

# Évaluation du **Plan national de lutte** contre **les hépatites B et C** 2009-2012

Étude du déploiement et  
de la mise en place du  
plan dans trois régions  
métropolitaines

**Collection**  
*Évaluation*

---

Évaluation  
du **Plan national  
de lutte** contre les  
**hépatites B et C**  
2009-2012

Étude du déploiement  
et de la mise en place du plan dans  
trois régions métropolitaines

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.  
Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Direction de l'information légale et administrative, Paris, 2012

© Haut Conseil de la santé publique

Évaluation  
du **Plan national  
de lutte** contre les  
**hépatites B et C**  
2009-2012

Étude du déploiement  
et de la mise en place du plan dans  
trois régions métropolitaines

5 avril 2013

---

---

# Avertissement

Le présent document constitue le rapport final de l'étude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines réalisée par le cabinet Planète Publique à la demande du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) dans le cadre de l'évaluation du plan Hépatites B et C 2009-2012.

Il constitue une annexe du rapport d'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 publié par la Documentation française.

## Auteurs du rapport :

**Elise PROULT**

**Caroline MASSOT**

**Léon-Paul SCHWAB**

<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>1 Provence-Alpes-Côte d’Azur</b>	<b>10</b>
Principales caractéristiques et contexte territorial	10
Contexte institutionnel	11
Axe 1 : Réduction de la transmission des virus B et C (prévention primaire)	12
Axe 2 : Renforcement du dépistage des hépatites B et C	18
Axe 3 : Renforcement de l’accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d’hépatite chronique B ou C	21
Axe 4 : Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral	25
Axe 5 : Surveillance et connaissance épidémiologiques, évaluation, recherche et prospective	26
Conclusion générale relative à la mise en place du plan en région PACA	26
<b>2 Ile-de-France</b>	<b>27</b>
Principales caractéristiques et contexte territorial	27
Contexte institutionnel	28
Axe 1 : Réduction de la transmission des virus B et C	29
Axe 2 : Renforcement du dépistage des hépatites B et C	33
Axe 3 : Renforcement de l’accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d’hépatite chronique B ou C	35
Axe 4 : Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral	37
Axe 5 : Surveillance et connaissance épidémiologique	38
Conclusion générale relative à la mise en place du plan en région Ile-de-France	38
<b>3 Auvergne</b>	<b>40</b>
Principales caractéristiques et contexte territorial	40
Contexte institutionnel	41
Axe 1 : Réduction de la transmission des virus B et C	42
Axe 2 : Renforcement du dépistage des hépatites B et C	45
Axe 3 : Renforcement de l’accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d’hépatite chronique B ou C	49
Axe 4 : Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral	51
Axe 5 : Surveillance et connaissance épidémiologiques	52
Conclusion générale relative à la mise en place du plan en Auvergne	53
<b>4 Synthèse des monographies territoriales</b>	<b>54</b>
Question 1 : Pertinence et cohérence de l’organisation mise en place dans les territoires étudiés	54
Question 2 : Bilan de la mise en œuvre du plan dans les territoires étudiés et effets sur l’implication et la mobilisation des différentes catégories d’acteurs	56
Question 3 : Effets du plan sur les publics les plus exposés et/ou en situation de précarité	60
Conclusion à l’issue des monographies	61
Pistes de travail	62

<b>Annexes</b>	<b>66</b>
<b>Liste des personnes rencontrées</b>	
– Provence - Alpes-Cote d'Azur	66
– Ile-de-France	67
– Auvergne	67
<b>Synthèse des entretiens patients</b>	<b>68</b>
<b>Grilles d'entretien</b>	<b>70</b>
– ARS	70
– Associations	72
– Milieu carcéral	75
– Médecins généralistes	79
– Patients	80
– Pôle de référence	82
<b>Glossaire</b>	<b>86</b>

---

# Introduction

La Direction générale de la santé (DGS) a confié au HCSP l'évaluation du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Pour mener à bien cette évaluation, deux échelons de collecte de données et d'analyse ont été prévus par le comité d'évaluation :

- une analyse au niveau national, reposant sur des entretiens d'acteurs clefs, une analyse documentaire et le suivi d'indicateurs globaux ;
- une analyse au niveau régional, reposant sur des entretiens auprès des acteurs : l'Agence régionale de santé (ARS), les hôpitaux, les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risque pour usagers de drogues (CAARUD), les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les Unités de consultation et de soins ambulatoires en milieu carcéral (UCSA), les associations... dans trois régions différentes.

Afin de disposer d'une certaine variété de contextes locaux (en termes de caractéristiques de la population, de composition et de densité de l'offre de prise en charge...), le comité d'évaluation a sélectionné trois régions d'étude et, au sein de chacune, ciblé deux territoires pour identifier les acteurs à rencontrer ; l'un urbain et accueillant un pôle de référence hépatites, l'autre plus rural et comptant moins d'acteurs et moins de patients :

Ile-de-France	PACA	Auvergne
Paris – Belleville (75)	Marseille (12)	Clermont-Ferrand (63)
Saint-Denis (93)	Gap (05)	Moulins (03)

L'objectif en réalisant la collecte sur des territoires ciblés est de croiser les points de vue des différentes catégories d'acteurs ayant « vécu » la mise en œuvre du plan dans un contexte local similaire (en termes de structure hospitalière de proximité, d'associations présentes ou non sur le territoire, etc.).

Dans chacune des trois régions étudiées, une trentaine de personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre les hépatites ont été rencontrées (la liste des personnes interrogées figure en annexe, ainsi que les différents guides d'entretien). Il s'agit des interlocuteurs suivants :



- **L'ARS** (entre deux et huit personnes rencontrées par région) : référents hépatites et certains représentants des délégations territoriales pour les départements de territoires ciblés ;
- **les professionnels de santé hospitaliers (environ six personnes)** : dans chaque région, le chef d'un pôle de référence hépatites a été rencontré, et/ou les professionnels de santé en hépatologie des centres hospitaliers ; là où des réseaux de santé ville-hôpital interviennent dans le domaine des hépatites, ou en toxicomanie, les responsables de ces réseaux ont été rencontrés ;
- **les médecins généralistes libéraux (environ sept médecins par région)** : des discussions en petits groupes ont été organisées avec des médecins généralistes libéraux des territoires urbains, et des entretiens individuels ont été menés dans les autres territoires ;
- **les structures médico-sociales (environ neuf personnes)** : les structures intervenant auprès des usagers de drogues (CAARUD ; CSAPA), les centres de dépistage (CDAG/CIDAG – CIDDIST), les associations intervenant dans le domaine sanitaire auprès des migrants, ainsi que des associations de patients (SOS hépatites, AIDES...) ont été rencontrés.

Le schéma suivant présente le calendrier de déploiement de la collecte.

Semaine 45 05/11	Semaine 46 12/11	Semaine 47 19/11	Semaine 48 26/11	Semaine 49 03/12	Semaine 50 10/12
<b>Collecte PACA</b>					
	15/11 Focus Group Collecte Marseille				Collecte Gap
<b>Collecte Auvergne</b>					
		20/11 Focus group Collecte Clermont Ferrand			Collecte Moulins
<b>Collecte IDF</b>					
Collecte Ile de France			Collecte Ile de France		09/01 Focus group
			Réunion du CODEV 29/11		

Le présent rapport restitue les résultats de cette partie de la collecte et de l'analyse régionale.

Il se compose de trois monographies régionales, structurées selon les axes stratégiques du plan hépatites :

- **réduction de la transmission des virus B et C (Prévention primaire) ;**
- **renforcement du dépistage des hépatites B et C ;**

- 
- **renforcement de l'accès aux soins, amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatite chronique B ou C ;**
  - **mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral.**

Une synthèse d'ensemble des résultats régionaux est ensuite proposée ; elle s'attache à apporter des éléments de réponse aux trois questions évaluatives suivantes :

- **Question 1 : *L'organisation mise en place dans les territoires étudiés est-elle pertinente et cohérente ?***
- **Question 2 : *Quel est le bilan de la mise en œuvre du plan dans les territoires étudiés et quels en sont les effets sur l'implication et la mobilisation des différentes catégories d'acteurs ?***
- **Question 3 : *Quels sont les effets du plan sur les publics les plus exposés et/ou en situation de précarité ?***

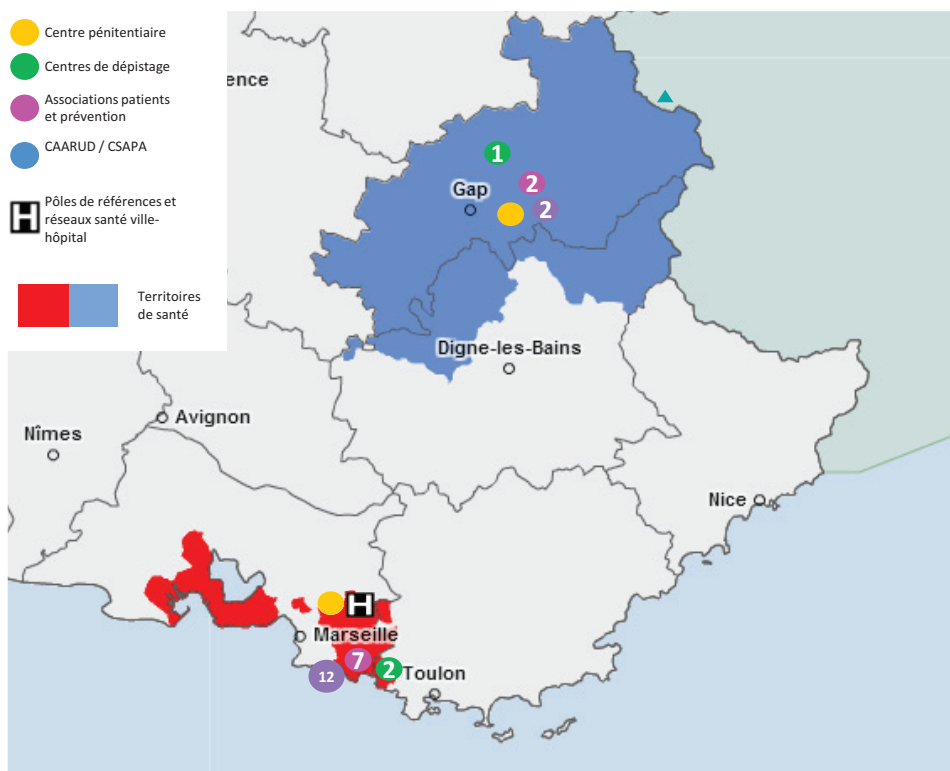
# Provence-Alpes-Côte d'Azur

## Principales caractéristiques et contexte territorial

	Région PACA	Département Bouches-du- Rhône	Territoire 1 Marseille	Département Hautes -Alpes	Territoire 2 Gap
<b>Contexte socio-démographique et sanitaire</b>					
Pop. (2009, Insee)	4 889 000	1 967 299	850 602	135 836	39 243
Nombre d'étrangers (2009, Insee)	306 498 (6%)	111 791 (6%)		4 261 (3%)	
Nombre détenus (2009, Insee)	7 849 (0,16%)	4525 (0,23%)		57 (0,04%)	
Prévalence VHC (Invs 2004) (interrégion Sud Est)	1,06 %				
Prévalence VHB (Invs 2004) (interrégion Sud Est)	0,52%				
Taux de vaccination VHB	26,6 % (InVS 2005 – 2006, 3 doses 24 mois)	24,8 % (InVS 2008 2 doses à 9 mois)		39,9 % (InVS 2010 2 doses à 9 mois)	
<b>Nombre de structures / acteurs intervenant dans le domaine des hépatites</b>					
Pôle(s) de référence <sup>1</sup>	2	1	1	0	0
PASS <sup>2</sup>	35	10	4	2	1
CDAG-CIDIST <sup>3</sup>	36	15	4	2	1
CAARUD <sup>4</sup>	15	6	5	0	0
CSAPA <sup>5</sup> (y compris les antennes)	66	22	7	4	2
Densité - Hépatogastro-entérologie (densité/100 000 hab.) <sup>6</sup>	7				
UCSA <sup>7</sup>	8	6	2	1	0

1. FNPRRH (Fédération des pôles de référence et réseaux hépatites): [http://www.fnprrh.com/co\\_pole.donut](http://www.fnprrh.com/co_pole.donut)
2. ARS PACA : <http://www.ars.paca.sante.fr/Les-PASS.91166.0.html>
3. SIDA Info-service : <http://www.sida-info-service.org/Centre-De-Depistage-VIH-Sida-Ville-de-Marseille>
4. Drogue-info-Service : <http://www.drogues-info-service.fr/?-Adresses-utiles->
5. *Ibid.*
6. Fédération Nationale des Observatoire Régionaux de Santé : <http://www.scoresante.org/score2008/index.html>
7. Ministère de la justice : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablisements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-paris-10121/>

## Cartographie des acteurs



## 1.2 Contexte institutionnel

Dès 2002, la région PACA a élaboré et mis en œuvre un Programme régional de santé (PRS) dédié à la lutte contre l'hépatite C (« *Agir contre l'hépatite C en région PACA, 2002-2004* »). A la suite de ce PRS, le Programme régional de santé publique 2005-2009 (PRSP) avait fait de la lutte contre les hépatites un objectif à part entière, dans le cadre d'un programme dédié, le programme 15 : « *Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge globale des hépatites B et C* ». La question des hépatites était également abordée de manière plus indirecte dans le cadre du programme 14 : « *Améliorer la prévention, le dépistage et le suivi du VIH/Sida/IST* ».

La création de l'ARS a donné lieu à un remaniement de la planification régionale, se traduisant par une structuration de la stratégie selon une approche populationnelle (âges et strates sociales), s'inscrivant dans un objectif général de réduction des inégalités de santé. Ainsi, le schéma régional de prévention 2012-2016 est décliné en plusieurs plans d'actions ciblant chacun des populations spécifiques.

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2011-2016 permet de toucher les personnes en situation de précarité, et notamment les personnes « sans chez soi », les migrants ou les étrangers (en situation régulière ou non), les travailleurs pauvres, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les personnes détenues ou sous main de justice ou les anciens détenus en démarche de réinsertion.

Dans le cadre du plan d'action « *Enfants, Adolescents, Jeunes* », des actions anciennement dédiées à la lutte contre le VIH couvrent aujourd'hui une dimension plus large de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et plus globalement une démarche dédiée à la santé sexuelle.

La question des hépatites est également abordée dans le cadre du schéma de prévention « *Personnes atteintes de maladie chronique* », dans le cadre de l'objectif 1.F, « *Prévenir la transmission d'une maladie infectieuse chronique à une autre personne, et la sur-contamination* ».

Enfin, le plan d'actions « population générale » aborde la question des hépatites dans le cadre de l'objectif 2.3<sup>8</sup> visant à « *Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive* » et de l'objectif 3.2<sup>9</sup> : « *Améliorer le dépistage de l'infection à VIH/Sida et des hépatites* ».

Ainsi, en particulier depuis la mise en place de l'ARS et d'une approche populationnelle, la question des hépatites est intégrée dans les différents programmes et plan d'actions, parmi d'autres problématiques, pour ce qui concerne la prévention et le dépistage (santé sexuelle, dépistage des maladies chroniques).

Cette organisation vise à dépasser la logique thématique qui tend à « découper » des populations touchées par des enjeux sanitaires et des pathologies pluriels. A l'inverse, elle rend plus difficile le suivi des actions spécifiques sur le sujet des hépatites (comment distinguer les actions et compter les bénéficiaires d'actions relatives à la prévention des IST ? à la co-infection VIH-VHC ?).

## Axe 1

### Réduction de la transmission des virus B et C (prévention primaire)

#### Renforcer l'information et la communication

**Des pathologies encore peu connues, mais qui profitent de la prévention en matière d'IST**

Malgré des efforts partagés, les acteurs soulignent un certain retard de la prévention des hépatites B et C : les modes de transmission et leur diversité restent mal connus et les pathologies sont peu identifiées par la population. Pourtant, les acteurs de terrain rencontrés affirment tous évoquer les hépatites (de longue date) dans le cadre de leur action de prévention « de base » aux contours plus larges. Ainsi, la thématique du VHB est souvent intégrée dans la prévention relative aux IST et la santé sexuelle (notamment pour les messages en direction des publics jeunes). Le VHC est quant à lui généralement couplé à la prévention concernant le VIH/Sida.

Ainsi, la prévention relative aux hépatites a été intégrée dans des actions stables et « rodées » mises en place depuis les années 1990, grâce à la forte mobilisation des

8. L'objectif 2.3 s'inscrit dans l'objectif général 2 : « *Promouvoir des comportements favorables à la santé* »

9. L'objectif 3.2 s'inscrit dans l'objectif général 3 : « *Améliorer le dépistage de certaines maladies chroniques* »

---

acteurs de la lutte contre le VIH (particulièrement à Marseille). Ceci a permis de gagner du temps dans la montée en charge de l'information et de la communication, alors même que la thématique a été investie plus tardivement (début des années 2000 du côté des acteurs institutionnels). Toutefois, cette relative rapidité de montée en charge n'a pas permis de combler entièrement le décalage avec l'investissement sur le champ du VIH/Sida.

**Un ciblage sur les populations les plus exposées qui laisse des vides pour la population générale**

Si les messages de prévention sont globalement intégrés par les acteurs de terrain, on constate cependant qu'ils touchent différemment les populations.

A Marseille, un nombre important d'acteurs interviennent auprès des usagers de drogues et notamment ceux dans des situations de grande précarité. Cette population à risque a été identifiée par les acteurs de terrain dès les années 1990 dans le cadre de la lutte contre le VIH, et elle est relativement bien couverte par les actions de prévention menées notamment par les CAARUD, les CSAPA, et l'association d'auto-support.

Du côté des populations migrantes, des associations communautaires intervenant dans le domaine de la santé existent et certaines réalisent des actions incluant les hépatites B et C. On peut citer le cas d'Afrisanté à Marseille, qui intervient historiquement dans la lutte contre le VIH. Elle cible particulièrement les populations migrantes originaires d'Afrique subsaharienne (90 % des publics de l'association sont migrants). L'action s'est progressivement diversifiée en direction de la promotion de la santé : l'association élargit ses messages aux problématiques d'hépatites B et C, mais aussi de saturnisme, de tuberculose.

Il en va de même pour l'association ASM (Action Solidarité de Marseille) qui intervient auprès des populations migrantes (historiquement les populations comoriennes), à travers un pôle « Santé intégration ». Le message de prévention de l'association ASM n'est pas ciblé sur la problématique hépatites, mais concerne plus généralement les IST.

Par ailleurs, les acteurs s'adressant à tous types de publics déclarent porter une attention particulière aux populations les plus exposées dans leurs actions. Cependant, au-delà de cette offre disponible, le nombre de publics potentiellement concernés n'est pas connu et il n'est pas possible de savoir dans quelle proportion la population « à risque » est couverte par les actions.

Cependant des carences existent pour la prévention des hépatites auprès de la population générale, en particulier pour l'hépatite C. En effet, cette pathologie reste très associée à des pratiques à risques, et les messages de prévention ne soulignent pas toujours suffisamment le fait que l'on peut être porteur asymptomatique, même plusieurs années après la prise de risque.

**Des supports qui existent et sont appropriés**

Les messages de prévention sont donc bien intégrés dans les pratiques. Les supports existent (brochures, plaquettes), mais ne sont pas toujours utilisés par les acteurs rencontrés. Ainsi, ils peuvent par exemple être mis à disposition dans les salles d'attentes et disponibles pour la consultation des usagers.

Dans un cas spécifique, l'association ASM (Action Solidarité de Marseille) a rédigé un support de sensibilisation en comorien (sous forme de roman-photo) pour informer les populations qu'elle cible. Elle a reçu des financements de la part de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour la réalisation de ce document et se charge de le diffuser aux acteurs qui le sollicitent (pour toute la France et également à l'étranger).

Les autres associations rencontrées, quand elles utilisent des plaquettes ou des brochures, privilégient le document qui leur semble le mieux fait ou répondre le mieux aux besoins des populations qu'elles ciblent. Un grand nombre d'entre eux concernent d'abord le VHC et ceux relatifs au VHB sont moins nombreux.

Les médecins généralistes rencontrés à Marseille n'ont cité aucun support, brochure ou site internet de référence sur la question des hépatites. Ils ont en revanche reçu la *newsletter* relative à la vaccination de l'hépatite B (cf. *infra*). Ils estiment connaître les facteurs de risque et être en mesure de repérer les patients potentiellement exposés.

## Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B

### Une couverture vaccinale faible dans la région

D'une façon générale, les habitants de la région PACA sont moins vaccinés que la moyenne française. Cette tendance se retrouve logiquement pour l'hépatite B. Ainsi, l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalisée en 2012 à partir des certificats de santé au 24<sup>e</sup> mois indiquait une couverture vaccinale du VHB de 35% dans les Hautes-Alpes, contre 51,7% dans les Bouches-du-Rhône (moyenne nationale : 64,6%)<sup>10</sup>.

Une étude de l'Observatoire régional de santé (ORS) réalisée en 2012 met cependant en évidence que le VHB est le seul vaccin (avec le ROR) dont la couverture progresse sur la période 2009-2010 au regard de la période 2002-2003, passant de 18,1% à 20,5% des enfants de 2 ans<sup>11</sup>. Cette augmentation ne concerne pas les populations les plus en difficulté, puisqu'elle touche plus spécifiquement les enfants scolarisés en dehors des zones d'éducation prioritaires (ZEP) et dont les parents travaillent.

Le suivi des indicateurs de l'ARS<sup>12</sup> relatif à la mise en place de l'objectif 15 fait état d'une forte augmentation de la vente des vaccins contre le VHB entre 2005 et 2009. Cette augmentation est similaire à l'évolution nationale (+160% environ).

La vaccination progresse donc dans la région, sans qu'elle puisse rattraper son retard au regard de la moyenne nationale. De plus, des disparités fortes persistent entre les départements. En 2011, les données de l'ARS mettaient en évidence de grandes disparités dans l'activité des centres de vaccination : alors que le vaccin anti-VHB représentait 6,7% du total des vaccins administrés en Hautes-Alpes, il représentait 14,8%

10. Données issues des certificats de santé au 24<sup>e</sup> mois, validité 2010.

11. Bilan de santé dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

12. Tableau de bord 2010 des indicateurs de suivi des programmes 14 et 15, Source : ARS, à partir de données InVS (Base des ventes pharmaceutiques – GERS).

---

des vaccins administrés dans les Bouches-du-Rhône (hors vaccinations réalisées par les services municipaux).

Face à ce constat, l'amélioration de la couverture vaccinale de la population est l'un des objectifs inscrits dans les programmes régionaux de l'ARS (programme 15, objectif 3<sup>13</sup> du PRSP 2005-2009), à travers trois objectifs opérationnels :

- L'information des usagers et parents sur l'intérêt de cette vaccination ;
- La sensibilisation des professionnels de santé à la nécessité d'une vaccination hépatite B des nourrissons, enfants et préadolescents ;
- La promotion de la vaccination auprès des populations exposées au risque (détenus, usagers de drogues...).

En 2011, un plan d'actions dédié a été élaboré pour favoriser le recours à la vaccination de la population régionale. Ce plan ne cite pas spécifiquement le VHB, mais prévoit un certain nombre de mesures en direction de la population et des médecins traitants, considérés comme les acteurs centraux en la matière.

### **Une action ciblée sur les « arguments pour convaincre »**

Une première action menée consiste à fournir aux médecins des arguments pour convaincre leur patient de se faire vacciner. La première pathologie traitée dans le cadre de cette démarche concerne l'hépatite B. Une lettre d'information a été rédigée en ce sens et envoyée aux médecins.

Ce type d'action semble répondre aux besoins des médecins généralistes de Marseille rencontrés, qui s'accordent sur l'importance de leur rôle dans les messages d'incitation à la vaccination auprès des patients. Ils insistent sur leur besoin d'accompagnement pour convaincre leurs patients, pour qui la vaccination est encore assez mal perçue, et peut-être encore plus fortement pour l'hépatite B :

- du fait des polémiques médicales qu'il a suscité et qui restent encore très présentes dans les esprits ;
- parce qu'il n'est pas obligatoire (ce qui peut remettre en question son importance) ;
- parce que le VHB est mal connu (la maladie et ses symptômes sont peu identifiés) ;
- parce que les IST peuvent être l'objet de tabous.

---

13. Programme 15, objectif 3 : « Améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B des nourrissons et des jeunes enfants, des personnes particulièrement exposées aux risques. »



**Des populations exposées bien repérées et mieux vaccinées**

La vaccination dans les CSAPA s'est inégalement mise en place dans les territoires. Ainsi, à Gap, la possibilité même de réaliser cette vaccination n'était pas connue par les acteurs du CSAPA. A l'inverse, à Marseille, les professionnels du CSAPA rencontrés affirment que la couverture vaccinale est plus importante, sans qu'elle soit systématique pour autant. Aucune donnée chiffrée précise n'est cependant disponible pour attester de cette augmentation. Des données existent au niveau régional sur la part des usagers de drogues déclarant être vaccinés, mais ces données doivent être prises avec précaution étant donné la méconnaissance importante de leur statut par les personnes concernées.

Par ailleurs, les acteurs marseillais en contact avec les populations migrantes issues de pays à forte endémie soulignent que ces populations se laissent facilement convaincre de l'intérêt de la vaccination. En effet, certaines populations (notamment originaire d'Afrique du Nord), fortement en contact avec la maladie dans leur pays d'origine, connaissent bien cette pathologie et sont souvent spontanément demandeurs de la vaccination.

De manière générale, les acteurs rencontrés (associations et médecins généralistes) affirment connaître et identifier facilement les populations les plus exposées, et leur proposer systématiquement un dépistage et la vaccination le cas échéant. Ils déploient des arguments variés pour favoriser le recours à la vaccination (« *c'est un vaccin anti-cancer* » ; « *moi aussi je suis vacciné* »), mais constatent cependant des résistances importantes de leurs patients (peur du vaccin, ou tabous face à des maladies sexuellement transmissibles par exemple).

## Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogue

**Une problématique bien prise en compte par les acteurs institutionnels**

La réduction des risques (RDR) est l'axe d'action majeur mis en place par les acteurs de terrain, en région PACA et en particulier à Marseille. La population d'usagers de drogue y est particulièrement ciblée, de même que les personnes prostituées. Ainsi, plusieurs actions sont menées et financées en ce sens au niveau régional et ces populations sont ciblées comme population à risque dans le cadre du PRAPS.

En région, les actions en direction des UD représentaient un budget de 132K€ en 2009 et 121 K€ en 2012 (montant prévisionnel). Cependant, le suivi de ces montants est difficile à établir précisément, puisque plusieurs actions peuvent toucher ces publics sans qu'ils soient explicitement cités. De plus, certains programmes ciblant en particulier les personnes qui se prostituent ou les personnes incarcérées touchent également la population des UD.

Le territoire marseillais est particulièrement concerné et de longue date par la problématique des usagers de drogue (notamment les « injecteurs »), et de nombreuses actions sont menées dans leur direction.

Ainsi, le service de Santé publique de la ville de Marseille s'est engagé depuis 1996 sur le champ du VIH et de la toxicomanie, qui a progressivement intégré les hépatites

---

B et C. La ville finance environ vingt associations sur le territoire marseillais (en moyenne sur 15 % à 20 % du coût total de l'action), ce qui représentent 200 K€ par an pour la thématique VIH/VHC. Les financements sont ainsi fortement orientés sur l'expérimentation et l'évaluation des actions, et sur le pilotage des acteurs.

L'action de la ville de Marseille s'est construite à travers une coordination locale des acteurs de terrain (concrètement un groupe de travail), au départ sur la problématique «VIH et toxicomanie». Cette «coordination» visait à établir un diagnostic partagé de la situation marseillaise en matière de toxicomanie et d'épidémie de VIH et de mettre à plat l'ensemble des actions proposées par les acteurs associatifs de la réduction des risques et les intervenants auprès des publics.

Pionnière dans la mise en place des automates d'échanges de seringues (huit automates, installés entre 1996 et 1997), la ville souhaiterait aujourd'hui participer à l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

### **Une intervention des soignants inscrite dans une démarche de RDR**

Le plan ne semble pas avoir modifié fondamentalement l'action des CAARUD, créés en 2005. Leur financement par l'Assurance Maladie a largement stabilisé leur financement et donc leur action. Leur fonctionnement même repose sur une démarche de réduction des risques. Le territoire de Marseille compte 5 CAARUD (sur 6 dans l'ensemble du département des Bouches-du-Rhône), parmi lesquels le Bus 31/32 (CAARUD mobile et fixe, principalement dédié aux interventions en milieu festif) dont l'action existe depuis 1994. Au départ intégré à la mission RDR de Médecin du monde, il a donné lieu depuis 2006 à la création d'une association dédiée (Association « bus 31/32 »). Celle-ci a également la charge d'un CSAPA (le « bus méthadone ») permettant un accès facilité aux traitements de substitution (CSAPA mobile). Le portage par la même association (et les mêmes professionnels) de ces deux structures permet d'intégrer les pratiques de RDR qui constituent le fondement même du CAARUD aux pratiques du CSAPA.

Bien que la RDR ne constitue pas toujours le cœur de métier historique des professionnels intervenant dans les CSAPA (depuis la fusion des Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) créant les CSAPA, la RDR constitue une mission obligatoire), les acteurs rencontrés affirment intégrer ces pratiques dans leur action au quotidien.

Ainsi, à Gap où il n'existe pas de CAARUD, le CSAPA s'est engagé depuis deux ans dans une démarche de RDR à travers un programme d'échange de matériel d'injection. Ceci est formalisé dans le projet régional de santé 2012-2016, qui prévoit de cibler l'action de prévention sur les territoires dépourvus et incite dès lors les CSAPA à développer une activité de réduction des risques (RDR). Concrètement, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), étant le seul acteur associatif intervenant sur le territoire de Gap avec le statut de CSAPA, a été invitée à mettre en œuvre une action de RDR.

Au total, la région PACA dispose de structures nombreuses et diversifiées qui interviennent spécifiquement auprès des usagers de drogue. Cependant les acteurs reconnaissent que leur action ne couvre pas l'ensemble des usagers de drogues.

**Les usagers de drogues non précarisés moins bien couverts par les actions de terrain**

En effet, si les populations les plus démunies peuvent trouver des acteurs pour les soutenir au travers des CAARUD, les usagers de drogues moins précarisés, ou ne s'identifiant pas comme tels, sont moins bien couverts. A Marseille, des actions existent dans les milieux festifs pour toucher ce public. C'est le cas du projet « Mission rave » porté par Médecins du Monde (depuis 2006) ou d'actions portées par AIDES. Le CAARUD (bus 31/32) qui intervient déjà dans ce milieu souhaite pouvoir mener plus d'actions en ce sens, considérant qu'il s'agit d'un enjeu fort de la RDR.

Ces actions permettent de toucher des publics de « sniffeurs » et de les alerter sur les risques liés à l'échange de pailles pour la cocaïne ou pour les drogues de « performances sexuelles » dans les milieux gays.

Le milieu festif est explicitement cité par l'ARS dans ces objectifs, dans le cadre du Schéma régional de prévention (plan d'action « *Enfants, Adolescents, Jeunes* »). Il représente un budget de 30 000 € en 2012.

## Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque

En région PACA, l'ARS a souhaité s'impliquer dans la mise en application du décret du 19 février 2008 relatif aux conditions d'hygiène et de salubrité dans les pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage. Cependant, au-delà de la sensibilisation des professionnels (groupes de travail), l'ARS ne dispose pas de réels moyens pour contrôler leur activité et éventuellement mettre en œuvre des sanctions, ce qui limite sa mise en application.

Le PRS investit par ailleurs une thématique non traitée par le plan national hépatites, à travers la prévention du risque de transmission dans les activités de coiffure (dans le cadre du plan d'action stratégique 2010-2014 « *Politique de santé pour personnes placées sous main de justice* »).

### Axe 2

## Renforcement du dépistage des hépatites B et C

### Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque

**Des objectifs institutionnels de favoriser le recours au dépistage pour l'ensemble de la population**

Concernant le dépistage, le plan d'action régional de prévention « Population générale » prévoit un budget de 240 660€ pour le dépistage du VIH, hépatites B et C. Le montant total de l'enveloppe dédié à l'objectif « *Améliorer le dépistage de certaines maladies chroniques* » n'est pas connu (les autres maladies ciblées sont les cancers du sein, colorectal et le diabète de type 2).

Des actions plus spécifiques d'incitation au dépistage sont développées dans le cadre du PRAPS à travers le soutien :

- 
- aux démarches de santé communautaire ainsi qu'à travers le soutien à des actions de prévention dans les lieux d'accueil des populations ciblées (parmi lesquelles les migrants et les usagers de drogues),
  - à des campagnes de dépistage organisé (VIH / Hépatites B et C/ IST) auprès des personnes incarcérées à l'entrée et pendant la détention<sup>14</sup>.

De plus, un des volets du PRAPS est dédié à favoriser effectivement l'accessibilité au système de soin pour les plus démunis (information, droits, financement). Cet objectif ne mentionne cependant pas spécifiquement l'accès au dépistage.

**Un dépistage  
fortement encouragé  
pour les populations  
à risque**

Au-delà de la planification régionale, les acteurs de terrain ont ancré cette pratique de manière relativement systématique, notamment en orientant les patients ou les publics vers les Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG). Une certaine spécialisation semble s'opérer pour les CIDAG-CIDDIST de Marseille qui touchent plus particulièrement les publics en difficulté. Ainsi, leur rôle est bien connu des acteurs associatifs qui peuvent orienter, voire accompagner selon les cas, les publics au centre. Malgré cet accompagnement, la pratique effective du dépistage reste difficile à estimer, dans la mesure où les acteurs qui incitent au dépistage et ceux qui le réalisent ne se coordonnent pas pour suivre les taux de « perte » entre les deux structures (en particulier pour les CDAG puisqu'ils garantissent l'anonymat). De plus, beaucoup de dépistages sont réalisés *via* les laboratoires de ville, pour lesquels le *reporting* n'existe pas.

Quelques chiffres sont cependant disponibles sur les dépistages réalisés dans les structures rencontrés. A titre illustratif, les CIDAG-CIDDIST gérés par le Conseil général des Bouches-du-Rhône ont réalisé en 2011 environ 12 000 dépistages des hépatites (répartis équitablement entre les dépistages VHC et VHB), en ville, mais également dans le cadre de leur intervention en milieu carcéral (un dépistage sur 6 pour le VHB et 1 sur 5 pour le VHC se fait dans le milieu carcéral).

En effet, le dépistage est systématiquement proposé aux personnes incarcérées lors de la visite « entrant » par les services du Conseil général 13 qui interviennent dans les centres pénitentiaires du territoire (cf. *infra*). C'est le cas également à Gap où l'UCSA propose et effectue le dépistage des hépatites aux détenus de la maison d'arrêt.

Ce ciblage de l'incitation au dépistage sur certaines populations est confirmée par les médecins généralistes : lorsqu'ils sont confrontés à une personne « à risque » (les toxicomanes ou anciens toxicomanes en particulier) ils suggèrent systématiquement un dépistage, mais pour la population générale d'autres pathologies sont dépistées en priorité (diabète).

---

14. Fiche action n° 5 du PRAPS 2011 – 2016 : « Agir avec et pour les populations démunies ».

**Une incitation  
au dépistage qui  
s'améliore mais  
conserve son retard  
par rapport  
au VIH/SIDA**

De manière plus générale, les acteurs rencontrés s'accordent à dire que les actions menées pour la prévention et l'incitation au dépistage du VIH ont logiquement intégré la problématique « hépatite », en particulier le VHC.

Ainsi, sur les dix dernières années on peut voir monter en charge le nombre de dépistages réalisés pour le VHC (multiplié par 2 en 10 ans), alors que le nombre de dépistages du VHB reste stable (niveau du début des années 2000 retrouvé après une chute importante entre 2002 et 2005).

Pour autant, le nombre de dépistages réalisés pour les hépatites reste très largement en dessous du nombre de dépistages réalisés pour le VIH. A titre illustratif, les CIDAG-CIDDIST des Bouches-du-Rhône indiquent un différentiel de 300% pour les dernières années<sup>15</sup>.

L'introduction des tests rapides à orientation diagnostique (TROD) est trop récente pour disposer de données de bilan sur leur effet en matière de dépistage du VIH/Sida. Cependant, ils sont plébiscités par les acteurs de la prévention rencontrés et l'ARS prévoit de les soutenir dans le cadre de son plan d'action de prévention « Population générale » (objectif opérationnel 3.2.1 : « Développer le dépistage du VIH et des hépatites, notamment par les TROD »).

Plusieurs autres facteurs contextuels en dehors du plan peuvent créer un effet levier pour favoriser le recours au dépistage pour les populations les plus démunies.

- Concernant les migrants étrangers :  
l'optique de disposer d'un accès pérenne au territoire en cas de diagnostic positif.
- Concernant les populations « précaires » :  
les TROD qui permettent un dépistage rapide et « hors les murs ».
- Concernant la population générale :
  - la mise en place d'actions d'information menées par les biologistes sur l'incitation au dépistage des hépatites, permettant de rendre plus visible cet enjeu.
  - l'arrivée des nouveaux traitements qui ont pu encourager le recours au dépistage du fait de l'accroissement des chances de guérison.

## Améliorer les pratiques de dépistage des hépatites B et C et de rendu des résultats

Cet objectif ne donne pas lieu à une déclinaison régionale.

15. Ces données doivent être prises avec la plus grande précaution, n'étant pas représentative de l'ensemble de l'activité de dépistage réalisée sur le département. Elles sont uniquement indiquées à titre illustratif.

### Axe 3

## Renforcement de l'accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatite chronique B ou C

En région PACA, la prise en charge des hépatites peut se faire auprès de l'un des deux pôles de référence : celui de l'hôpital de la Conception de Marseille, ou celui du CHU de Nice. D'autres hôpitaux disposent également d'un service d'hépatologie. C'est le cas notamment à Marseille de l'hôpital Saint Joseph, l'hôpital Nord, les hôpitaux Sud, l'hôpital de La Timone.

A Gap, c'est le service de gastro-entérologie qui prend en charge les patients atteints d'une hépatite.

### Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge de l'hépatite C

#### Une prise en charge des hépatites essentiellement hospitalière

Au-delà de l'amélioration des traitements et des soins apportés aux patients, le plan de lutte contre les hépatites fixait un objectif de meilleure répartition de la prise en charge du VHC entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. L'ambition était de favoriser la prise en charge des cas « simples » par le médecin traitant, dans le cadre du parcours coordonné de soin, avec l'appui d'intervenants spécialisés, afin de dégager du temps hospitalier pour les cas les plus complexes<sup>16</sup>.

Les acteurs de soin rencontrés en région PACA s'accordent à dire que la prise en charge des hépatites C se fait exclusivement à l'hôpital. Les patients sont orientés vers les services hospitaliers *via* les acteurs du dépistage, qui jouent véritablement un rôle de pivot entre les acteurs de la prévention et les acteurs du soin. C'est le cas aussi bien des CDAG que des médecins généralistes.

Au-delà de ce constat, les acteurs rencontrés, de ville ou hospitaliers, s'accordent largement sur la difficulté d'une prise en charge des soins par la médecine libérale (y compris par les spécialistes). En effet, les traitements concernant l'hépatite C sont considérés comme trop complexes, la gestion des effets secondaires trop lourde, pour des médecins qui rencontrent peu de cas par an (à Marseille, les médecins rencontrés lors du *focus group* déclarent être confrontés à 1 à 10 cas par an).

Dès lors, ceux-ci s'investissent majoritairement sur la prévention, le repérage des populations à risque et l'incitation au dépistage, mais passent le relais à l'hôpital après l'annonce des résultats.

16. Le plan ne donne cependant pas d'éléments précis pour définir les cas « simples » et les cas « complexes ».

**Marginalement  
des médecins  
généralistes prêts  
à s'investir plus**

De manière assez marginale (et sans consensus), certains médecins généralistes souhaiteraient s'investir plus dans la prise en charge de l'hépatite. Ils insistent notamment sur les limites d'une prise en charge uniquement hospitalière pour les populations les plus précaires, qui sont également celles les plus touchées par les hépatites. La plupart évoquent toutefois le manque de formation et de connaissance technique des généralistes pour s'investir sur ce sujet (alors même qu'il existe des spécialistes et que les médecins généralistes ne peuvent pas être formés sur tout).

Pour autant, des médecins impliqués auprès des populations toxicomanes (réseau addiction sud, ou médecins des microstructures) estiment être en mesure de prendre en charge ces populations en phase de traitement.

**Des liens entre ville  
et hôpital non  
formalisés**

Dans la région PACA, aucun réseau de santé n'existe spécifiquement sur la question des hépatites. Cependant des réseaux de coordination existent sur des problématiques proches ou connexes. C'est notamment le cas du réseau Ville-Hôpital dédié aux addictions, ou des réseaux de prise en charge du VIH à Marseille.

Malgré cette absence de réseau de coordination, l'articulation entre les professionnels de santé semble relativement fluide et les acteurs hospitaliers sont bien connus par les acteurs de la prévention et du dépistage, en particulier le pôle de référence de l'hôpital de la Conception et le service d'hépatologie de l'hôpital Saint Joseph.

Ainsi, le pôle de référence constate depuis quelques années une augmentation du nombre de patients orientés par leur médecin traitant, ce qui semble confirmer une plus grande prise de conscience ou connaissance de cette maladie par les professionnels. Il n'existe pas de données fiables sur les « flux » de patients atteints d'hépatites. De plus, ces évolutions sont liées, au moins pour partie, à l'évolution des traitements, devenus trop complexes pour une prise en charge en ville, avec des effets secondaires lourds (et donc des ajustements du traitement) et offrant de meilleures chances de guérison.

**Un lien avec  
les acteurs des  
addictions qui  
pourrait être  
amélioré**

Pourtant, les acteurs rencontrés s'accordent sur le constat que la prise en charge hospitalière n'est pas la plus adaptée aux populations en situation de grande précarité, non seulement parce qu'elles connaissent plus de difficulté à assurer une continuité à leur traitement, mais également du fait de la lourdeur du traitement qui est peu compatible avec leurs conditions de vie.

Pour la prise en charge de ces populations, la Permanence d'accès aux soins (PASS) joue un rôle important de relais pour orienter les patients adressés par les acteurs de ville (CAARUD, CSAPA, microstructure) dans les services hospitaliers (mise à jour des droits).

Cependant, certains médecins spécialisés se disent prêts à s'investir plus largement dans le traitement des patients. Ainsi, dans le cadre du réseau Ville-hôpital dédié au traitement des addictions, un certain nombre de patients sont atteints d'une hépatite. Les professionnels du réseau qui prennent en charge ces publics pour leur addiction assurent le suivi pour la problématique de l'addiction. Quand celle-ci est résolue les patients sont réorientés vers leur médecin traitant. Cependant, ils échappent, dès

---

lors, à la coordination des soins, ce qui ne permet pas de savoir s'ils sont réellement orientés vers un service de traitement de leur hépatite et s'ils suivent effectivement leur traitement.

La prise en charge des addictions à Gap pouvant se faire à l'hôpital, l'articulation entre les deux services semble se faire plus facilement (lien interpersonnel).

## Favoriser l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Si l'éducation thérapeutique est une problématique prise en charge dans le cadre de la planification régionale, les hépatites sont loin d'être prioritaires dans les pathologies concernées. Ainsi, un seul programme d'éducation thérapeutique est financé en 2012 dans le cadre du traitement des hépatites dans la région (montant non communiqué). Certains patients co-infectés peuvent en bénéficier.

A titre d'illustration, le service des maladies infectieuses qui prend en charge les patient VIH et co-infectés dispose de six infirmières formées à l'ETP, tandis que le service d'hépatologie n'a qu'une infirmière formée (0,5 équivalent temps plein). Par ailleurs, son financement n'est pas adressé directement au pôle de référence, mais à l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) qui l'attribue librement aux services.

Au-delà des programmes autorisés (financés ou non) par l'ARS, des actions ciblées d'éducation thérapeutique peuvent être mises en place dans les services de soins, au cas par cas.

## Soutenir l'ensemble des actions hors soins

D'un point de vue strictement comptable, le plan de lutte contre les hépatites B et C ne prévoyait pas de financement spécifique pour atteindre cet objectif. Le pôle de référence de Marseille dispose d'un financement de fonctionnement, dans le cadre de ces activités, mais ne dispose pas de budget pour des actions hors soin.

### Une coordination facilitée entre le dépistage et la prise en charge

Les CDAG de la Ville de Marseille disposent d'une permanence d'hépatologue dans leur service, qui permet un lien facilité entre le moment du dépistage et les services d'hépatologie. De même, les médecins généralistes rencontrés indiquent bien connaître les services hospitaliers de la prise en charge et orientent leur patient vers les hôpitaux marseillais en cas de dépistage positif (cf. *supra*).

A Gap, le centre de dépistage est intégré au centre hospitalier dont il constitue l'un des services, ce qui facilite l'articulation entre les acteurs.

### Une coordination nécessaire entre les acteurs du champ médico-social et la prise en charge médicale

La grande précarité d'une part importante de la population du territoire amène les acteurs du champ médico-social et les acteurs du soin à créer des liens entre eux.

En effet, pour ces populations le premier enjeu n'est pas tant l'accès au soin que la résolution de problématiques sociales lourdes en préalable à la mise en place d'un traitement (logement notamment). Le relais s'effectue bien entre les acteurs de la prévention et du dépistage, puis vers les services de prise en charge. Ce relais



s'effectue pour partie *via* la PASS, qui constitue une première porte d'entrée dans l'hôpital pour les populations en situation de précarité.

A Marseille, les acteurs de la ville se sont par ailleurs organisés dans le cadre du développement de microstructures. Ces structures visent à apporter un soutien médico-social aux patients des médecins généralistes touchés par une problématique d'addiction. Concrètement, une équipe de ville, composée d'acteurs du champ social et de psychologues intervient au cabinet du médecin, deux heures par semaine, pour rencontrer les patients adressés par le généraliste. Ces structures permettent de relayer le médecin sur la résolution des problématiques sociales de leurs patients, qui constituent un frein au traitement.

Enfin, l'articulation entre la prise en charge sociale et la prise en charge médicale se fait dans le cadre des appartements de coordination thérapeutique (ACT). La région PACA dispose de 12 structures d'ACT (212 places), dont 3 à Marseille (soit 85 places) et 1 à Gap (9 places). Les acteurs rencontrés soulignent l'intérêt de ces structures, même si elles sont encore en nombre insuffisant pour répondre à tous les besoins.

**Des besoins en matière d'interprétariat** Des besoins importants existent à Marseille en matière d'interprétariat. Certains acteurs (PASS) utilisent les services d'interprétariat par téléphone, mais estiment qu'ils sont insuffisants. De manière informelle et ponctuelle, des médecins ou des acteurs associatifs parlant des langues étrangères peuvent pallier à ces besoins.

### Améliorer la formation des professionnels de santé

Les médecins généralistes restent difficiles à toucher, et ce pour plusieurs raisons :

- ils rencontrent peu de cas chaque année et ne considèrent pas cette pathologie comme un sujet prioritaire dans leur pratique ;
- la prise en charge des hépatites est particulièrement complexe, et les médecins renvoient leurs patients vers les acteurs hospitaliers spécialisés (cf. supra) ;
- l'ARS a peu de moyens pour mener des actions directement auprès d'eux concernant leurs pratiques.

Dans le cadre du pôle de référence, quelques actions de formation sont menées auprès des médecins généralistes. Elles visent notamment à les aider à mieux gérer les effets secondaires et l'adaptation des doses de traitement. Cependant, ces formations ont peu mobilisé les médecins généralistes.

## Axe 4

### Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

La population carcérale est une population fortement prioritaire dans la planification régionale, et notamment dans le cadre du PRAPS. Cela se manifeste essentiellement à travers des actions relatives au dépistage.

#### Des actions ciblant essentiellement le dépistage

L'essentiel des actions mises en place dans les prisons relèvent du dépistage. Ainsi, à Marseille, le Conseil général intervient dans les centres pénitentiaires, à travers l'action des CIDAG-CIDDIST. Un dépistage est systématiquement proposé aux personnes incarcérées lors de la visite « entrant ».

A Gap, le CDAG de son côté propose un dépistage aux personnes incarcérées.

Cependant, au-delà de cet aspect, peu d'actions sont menées dans le milieu carcéral, et peu d'acteurs extérieurs y participent. A Gap, seul le CSAPA donne une consultation de traitement des addictions à la maison d'arrêt. (On peut cependant noter que l'un des médecins de l'UCSA est également addictologue).

A Marseille, quelques actions de prévention sont menées, avec l'intervention de deux associations : ACCES et Aides. On peut citer par exemple « action prison » menée par Aides depuis 2006.

A Gap, l'association Aides intervenait dans la maison d'arrêt avec le CDAG (avant la fermeture de son antenne en 2011) dans le cadre d'actions de prévention. Ils avaient notamment fait faire par les détenus eux-mêmes une brochure illustrée de prévention.

Peu d'actions de RDR y sont menées : l'échange de seringue n'y est pas pratiqué (en partie pour des raisons de sécurité) et l'accès à l'eau de javel n'est pas optimal ; en revanche des actions sont menées (et soutenues par l'ARS) sur les pratiques de tatouage et sur l'activité coiffure.

Au total, les actions de prévention menées dans le milieu carcéral représentaient un montant de près de 38 000 € en 2012, contre 29 600 € en 2009.

#### Une prise en charge variable des hépatites

La prise en charge des hépatites en milieu carcéral est variable selon les cas. Elle dépend notamment de la durée de la peine encourue par le patient, qui lui permettra d'aller ou non jusqu'au bout de son traitement. Dans le cas des peines courtes, les malades ne sont pas pris en charge lors de leur incarcération, mais orientés à leur sortie vers des acteurs de la prise en charge. A l'inverse, dans le cas des peines suffisamment longues, le traitement peut être effectué intégralement durant l'incarcération qui facilite l'assiduité du patient.

Ainsi, à Gap, les hépatites ne sont quasiment jamais traitées durant la période d'incar-

cération (il s'agit d'une maison d'arrêt, les personnes y sont incarcérées en attente de leur procès ou pour une durée inférieure à 1 an)<sup>17</sup>.

Alors que pour les patients atteints du VIH, un dossier partagé existe et facilite la liaison entre les Beaumettes et les services d'infectiologie, ceci n'existe pas encore dans le cas des hépatites. A Gap, les liens interpersonnels entre les acteurs facilitent la prise de relais, avec l'appui du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) pour la dimension sociale de la prise en charge (lien avec les appartements de coordination thérapeutique par exemple), *via* le médecin de l'UCSA intervenant à mi-temps au Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS).

## Axe 5 Surveillance et connaissance épidémiologiques, évaluation, recherche et prospective

Des études et des expérimentations sont en cours dans la région PACA (liste non exhaustive) :

- l'évaluation des microstructures mises en place sur le territoire marseillais est prévue en 2013 ;
- sur le territoire marseillais les outils de RDR liés à l'usage de drogue hors injection sont mis en œuvre par les acteurs de terrain (action « *Roule ta paille* » par exemple). Cette action est antérieure au plan et a dépassé le stade de l'expérimentation qui était préconisé dans l'axe 5 du plan ;
- une recherche-action menée par Médecins du Monde en partenariat avec la délégation régionale Alpes-Méditerranée d'AIDES et l'INSERM Marseille, soutenue par l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) vise à évaluer le programme Education aux risques liés à l'injection (ERLI).

## Conclusion générale relative à la mise en place du plan en région PACA

Les actions mises en place en région PACA s'inscrivent dans la logique du plan, mais pour l'essentiel n'ont pas été portées par le document national. De manière générale, les acteurs ne constatent pas de modification dans leur pratique pour les dernières années, et peinent à identifier un « effet plan ».

Plus encore, les actions de RDR semblent plus innovantes en région PACA, et particulièrement à Marseille, que celles qui sont promues par le plan. A Marseille, la prise en charge des hépatites (et particulièrement du VHC) bénéficie sans conteste d'une mobilisation importante des acteurs de la prévention, historiquement en matière de lutte contre le VIH. C'est notamment le cas pour les usagers de drogues qui font l'objet de nombreuses actions. Ces actions ont contribué à combler le retard de la prise en charge du VHC, même si elles sont encore insuffisantes.

17. De plus il s'agit d'une petite maison d'arrêt (39 places) et les cas d'hépatites y sont rares.

# Ile-de-France

## Principales caractéristiques et contexte territorial

	Région Ile-de-France	Département Seine St Denis	Territoire 1 Saint-Denis	Département Paris	Territoire 2 Paris Belleville
<b>Contexte socio-démographique et sanitaire</b>					
Pop. (2009, Insee)	11 598 866	1 515 983	105 749	2 234 105	
Nombre d'étrangers (2009, Insee)	1 466 990 (13%)	318 820 (21%)		335 429 (15%)	
Nombre détenus (2009, Insee)	13 154 (0,11%)	1 141 (0,08%)		829 (0,04%)	
Prévalence VHC (Invs 2004)	1,09%				
Prévalence VHB (Invs 2004)	0,80%				
Taux de vaccination VHB	52,3% (InVS 2005 – 2006, 3 doses à 24 mois)	68,4% (InVS 2010 2 doses à 9 mois)		78,2% (InVS 2010 2 doses à 9 mois)	
<b>Nombre de structures / acteurs intervenant dans le domaine des hépatites</b>					
Pôle(s) de référence <sup>18</sup>	6	1	0	3	1
PASS <sup>19</sup>	45	7		10	
CDAG-CIDIST <sup>20</sup>	64	9	1	12	1
CAARUD <sup>21</sup>	20	4	1	9	1
CSAPA <sup>22</sup> (y compris les antennes)	107	14	2	28	2
Hépatologues (/100 000 hab.) <sup>23</sup>	7				
UCSA <sup>24</sup>	10	2	1	1	0

18. FNPRRH (Fédération des pôles de référence et réseaux hépatites): [http://www.fnprrh.com/co\\_pole.donut](http://www.fnprrh.com/co_pole.donut)

19. DRASSIF : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drass75/2009/ISO20035247.pdf>

20. SIDA Info Service : [http://www.sida-info-service.org/?page=ann\\_departements](http://www.sida-info-service.org/?page=ann_departements)

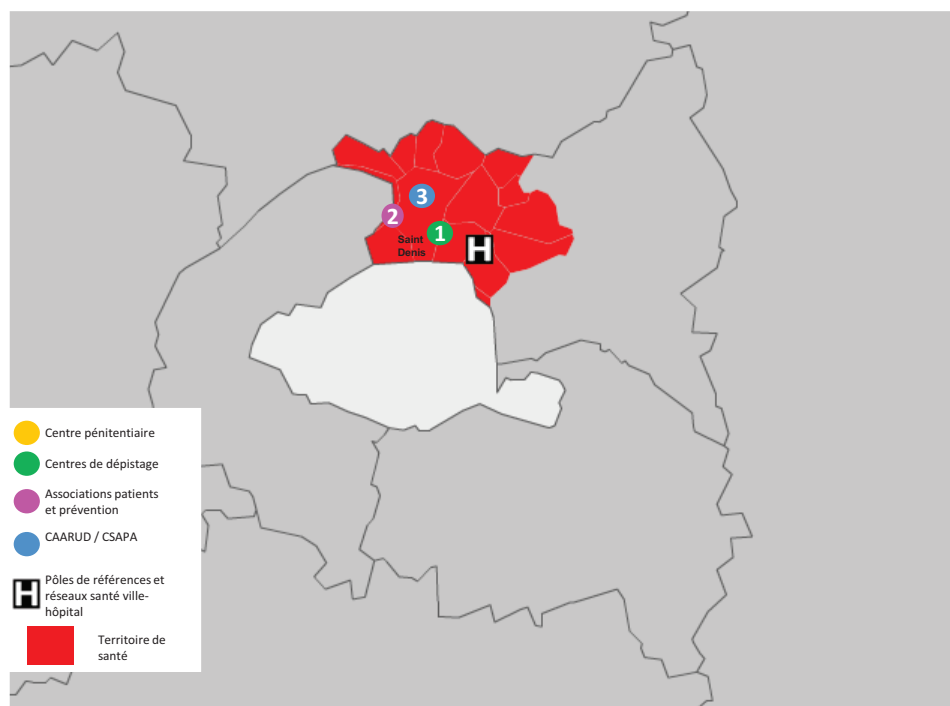
21. Drogue-info-Service : <http://www.drogues-info-service.fr/?-Adresses-utiles->

22. *Ibid.*

23. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) : <http://www.scoresante.org/score2008/index.html>

24. Ministère de la justice : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablisements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-paris-10121/>

## Cartographie des acteurs



## Contexte institutionnel

L'action régionale francilienne en matière de santé ne suit pas une logique d'entrée par pathologie. L'action en matière de lutte contre les hépatites est déclinée au sein des différents schémas et programmes régionaux, souvent très imbriqués avec le VIH.

La thématique hépatite est adressée principalement dans le Schéma Régional de Prévention, sans référence directe au plan Hépatites. Elle apparaît notamment dans la première orientation du schéma : « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », selon une approche de ciblage des populations les plus vulnérables (migrants, détenus, travailleurs du sexe, personnes en situation de grande précarité).

Les hépatites B et C sont également citées dans le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), dans son volet visant les « personnes en difficultés spécifiques ». Les actions à destination des usagers de drogues et des détenus notamment accordent une place importante à la prévention et la prise en charge des hépatites. Le plan Hépatites est cité explicitement dans ce schéma comme élément du « cadre d'intervention pour l'organisation du dispositif de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie », en complément du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011), et du plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011).

Le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) de la région mentionne l'orientation au dépistage des hépatites pour les populations démunies, dans le cadre de l'action « Déployer et rendre plus accessibles et lisibles les prestations de santé et de soins du droit commun ». La question n'apparaît cependant pas prioritaire dans le document.

## Axe 1

### Réduction de la transmission des virus B et C

#### Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter

##### Une information qui s'imbrique dans la communication sur le VIH

Le travail d'information et de prévention que mènent les structures de prévention englobe en général VIH, hépatites et autres IST.

SOS Hépatites est la seule association portant spécifiquement des messages sur les hépatites. Ces messages sont relayés notamment à travers des brochures qu'elle crée (et qui sont souvent utilisées dans les autres structures visitées). Cependant, étant donné les moyens limités de l'association, et son faible nombre de bénévoles, ses principales activités restent plutôt centrées sur le soutien et l'information aux patients, que cela soit par de l'écoute téléphonique ou de l'accueil physique. L'association intervient sur les forums de discussion en ligne sur les hépatites, pour répondre aux questions des internautes. Par ailleurs, l'association participe aux journées mondiales et nationales sur les hépatites.

L'association AIDES apparaît ainsi comme la principale association (en moyens humains et financiers) intervenant sur le sujet des hépatites, mais dans le cadre d'actions qui concernent principalement le VIH. L'association reçoit notamment des financements de l'ARS pour des actions à destination des migrants et des usagers de drogues.

Ces actions s'inscrivent dans l'activité régulière de ces deux structures. Les intervenants ne constatent pas d'évolution significative depuis 2009 sur les financements et les orientations qui leur sont proposées.

##### Un public de migrants bien informé sur les risques et les structures médico-sociales existantes

On constate à Saint-Denis l'absence de structures communautaires intervenant dans le domaine de la santé auprès des migrants. Cette absence n'apparaît pas particulièrement problématique, dans la mesure où elle semble résulter au contraire d'une bonne circulation de l'information au sein de ces publics sur les pathologies et leur traitement ; information qui ne passe pas tant par le tissu associatif que par les réseaux communautaires dans lesquels ils s'insèrent.

D'après les professionnels du CH de Saint-Denis, les migrants sont orientés plutôt par le Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde de Saint-Denis, ou par le centre de santé du Comité médical pour les exilés (Comede) au Kremlin-Bicêtre. Ces structures seraient plutôt bien connues des migrants. Le CASO notamment ne signale pas d'action de communication pour se faire connaître de ces publics, en dehors d'une intervention spécifique de médiation auprès de la population Rom.

Les professionnels de santé hospitaliers et du secteur médico-social rencontrés observent que ces migrants (notamment ceux en provenance d'Égypte ou du sous-continent indien), ont une bonne connaissance du risque que représente le VHC (et dans une moindre mesure peut être le VHB), et qu'ils se présentent spontanément dans les structures parfois spécifiquement pour se faire dépister ou s'informer sur cette maladie.

**Les CAARUD et CSAPA se rapprochent de leur public cible pour mener ce travail de prévention**

L'information auprès des usagers de drogues à Saint-Denis est intégrée au travail des soignants intervenant dans les CAARUD et CSAPA. Ces structures mettent également à disposition de leur public des brochures d'information : brochures INPES, mais aussi et principalement des brochures créées par les associations elles-mêmes, ou par d'autres associations (GAIA).

Des actions de prévention « hors les murs » sont également menées, par AIDES notamment, directement auprès des publics (rue, squats...). Les unités mobiles (« Bus méthadone ») apparaissent particulièrement adaptées à ce travail de médiation. Ces actions sont en cohérence avec la stratégie régionale telle que présentée par les acteurs institutionnels rencontrés, qui incite à la mobilité de ces structures, et les encourage à aller au plus près des publics cibles, ainsi que le suggère le PRAPS (« L'agence encouragera les services de proximité et les actions hors les murs. »).

## Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B

**Une progression de la vaccination dans tous les départements**

La vaccination en Île-de-France semble avoir progressé significativement, au moins parmi les nourrissons. Comme l'indique le graphique ci-dessous, en dépit de variations entre les départements, le taux de couverture vaccinale atteint des moyennes proches de 75% dans les différents départements, soit un doublement depuis 2006. Il semble s'agir là d'une tendance initiée à partir de 2007.

Couverture vaccinale hépatite B « 2 doses » à 9 mois (%)					
Département	2006	2007	2008	2009	2010*
Paris	38,7	ND	42,5	54,5	78,2
Seine-et-Marne	44,4	ND	49,7	72,2	ND
Yvelines	ND	38	43,1	62	76,2
Essonne	46,9	ND	60,8	77,5	84,2
Hauts-de-Seine	30,1	35,1	38,8	59,6	81,7
Seine-St-Denis	28,8	32,4	ND	ND	68,4
Val-de-Marne	33	39,8	38,1	62,3	78,4
Île-de-France	36,5	35,6	42,1	56	ND

Source : InVS (2004).

Il n'y a pas de données compilées disponibles permettant d'évaluer la progression de la vaccination chez l'adulte, ni parmi les publics ciblés dans le cadre du plan (migrants, usagers de drogues, détenus).

---

**Une pathologie bien prise en compte dans la stratégie régionale de vaccination**

L'action régionale en matière de vaccination met un accent particulier sur le ROR et la tuberculose, mais la vaccination contre l'hépatite apparaît également prioritaire, étant la deuxième pathologie citée dans le Programme régional d'Ile-de-France des « maladies à prévention vaccinale » (2008-2011). Ce programme décline des actions visant les professionnels de l'enfance et de la petite enfance, ainsi que les publics à risque (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnes prostituées, personnes séropositives VIH, professionnels du tatouage et du piercing).

**Les structures médico-sociales proposent systématiquement la vaccination**

Dans les différentes structures médico-sociales rencontrées sur le territoire de Saint-Denis, les soignants indiquent proposer systématiquement la vaccination contre le VHB. Cette vaccination intervient le plus souvent après le dépistage.

Le CDAG propose la vaccination aux patients en cas de résultat négatif du dépistage. Le CH de Saint-Denis réalise également la vaccination de l'entourage des patients. Le CASO de Médecins du Monde, ou le CAARUD de Saint-Denis orientent leurs patients vers les centres de vaccination, ou les centres municipaux de santé. Pour ses patients les moins insérés, le CASO a également mis en place un après-midi de vaccination au sein de sa structure, en partenariat avec les médecins du CDAG de l'hôpital Avicenne. Seule la première injection est réalisée, les patients sont ensuite orientés vers les centres de vaccination. Les soignants interrogés ne constatent pas d'évolution dans ces pratiques d'orientation à la vaccination. Les professionnels soulignent cependant que les messages fluctuants sur l'intérêt de la vaccination peuvent troubler la pratique des professionnels.

**Peu de freins constatés pour la vaccination des publics à risque**

Les soignants n'indiquent pas de difficultés particulières pour convaincre leurs patients de l'utilité du vaccin, en dehors de quelques cas ponctuels de « peur de l'aiguille ». Cette relative aisance est attribuée au public spécifique de Saint-Denis, largement composé de migrants avec de fortes appréhensions par rapport au virus et une ignorance des polémiques liées à la vaccination. La difficulté se situe plutôt dans le suivi de patients souvent très précaires pour la réalisation des trois injections.

Le CDAG rencontré à Paris constate plus de méfiance au regard du vaccin, avec environ 10% de refus de vaccination constatés.

**Les généralistes réalisent le vaccin « à la demande »**

Les pratiques des sept médecins généralistes rencontrés lors du *focus group* sont hétérogènes. La majorité d'entre eux ne font pas d'incitation appuyée à la vaccination, et préfèrent présenter les avantages et risques du vaccin, d'après la connaissance qu'ils en ont. Ils réalisent ainsi le vaccin à la demande de leurs patients. Il s'agit souvent de professionnels pour lesquels la vaccination est obligatoire (personnel hospitalier ou assistantes maternelles notamment), ou de personnes partant en voyage à l'étranger.

Les généralistes ayant pour habitude de suivre des nourrissons affirment avoir une pratique plus régulière de l'incitation au dépistage. Ceux-ci ne constatent pas de freins majeurs à la vaccination, et observent que la sortie du vaccin hexavalent « *Infanrix hexa* » qui inclut l'hépatite B a largement facilité la vaccination des nourrissons contre le virus.



## Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues

**Une priorité régionale** La réduction des risques est un des axes majeurs du SROMS, les usagers de drogues étant le principal public concerné dans le volet « *Personnes en difficultés spécifiques* » du schéma.

L'action régionale vise à étendre l'offre en matière d'échange de matériel et de conseil à l'injection à moindre risque, notamment en travaillant à la mise en place de nouveaux outils (installation d'automates distribuant du matériel de réduction des risques ; généralisation des pipes à « crack »). La région compte, en 2011, 134 automates de distribution.

Automates de distribution de seringues

Département	Nombre de sites d'implantation (2011)	Distribution de seringues par automates 2006	Distribution de seringues par automates (2009)	Évolution 2006 - 2009
Paris	33	272 594	282 202	4%
Seine-et-Marne	2	1 236	4 190	239%
Yvelines	1	1 800	4 642	158%
Essonne	10	21 466	27 690	29%
Hauts-de-Seine	36	53 500	40 090	-25%
Seine-St-Denis	15	36 034	42 004	17%
Val-de-Marne	30	48 064	23 214	-52%
Val-d'Oise	7	3 622	5 924	64%
Île-de-France	134	438 316	429 956	-2%

(Source : SROMS Île-de-France 2012)

**Les acteurs mobilisés sur l'information pour l'injection à moindre risque**

L'information sur l'injection à moindre risque est au cœur de l'activité des CAARUD. Si à Saint-Denis, le CAARUD constate une faible proportion d'usagers injecteurs dans la file active, ce travail d'information à l'injection à moindre risque apparaît prioritaire pour les personnes venues échanger leurs seringues.

Elle est réalisée par les intervenants eux-mêmes, pendant le temps — parfois très limité — permis par l'échange de matériel. Cette information s'appuie également sur des brochures créées par les structures elles-mêmes, bien que les professionnels doutent de leur efficacité pour transmettre des messages de prévention assez complexes.

Les acteurs se montrent très en attente de l'autorisation de salles de consommation à moindre risque pour pouvoir approfondir ce travail. Dans l'attente d'une éventuelle autorisation de ces structures, les CAARUD et CSAPA de Paris et de Seine-Saint-Denis participent au projet de recherche-action « AERLI » (Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection), mené par AIDES, Médecins du Monde, l'INSERM et

---

l'ANRS, entre 2011 et 2013. Les usagers inclus dans le dispositif sont supervisés par des professionnels pendant leur prise de substance dans les CAARUD, qui tentent ensuite d'améliorer leurs pratiques.

Les CSAPA de Saint-Denis et de l'association Gaia à Paris précisent travailler assez peu sur la thématique des risques liés à la consommation associée d'alcool. Des réunions sur le sujet ont été organisées, mais ces initiatives n'ont pas perduré face au manque de mobilisation du public cible.

## Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque

Les acteurs ne signalent pas d'actions significatives visant la prévention de la transmission des VHB et VHC dans les salons de coiffure et auprès des tatoueurs. SOS hépatites mentionne avoir conduit ponctuellement des actions en direction de ce public (distribution de brochures notamment). Il s'agit là cependant d'une piste que l'ARS envisage d'approfondir.

### Axe 2

## Renforcement du dépistage des hépatites B et C

### Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque

**Une orientation très systématique au dépistage, compte-tenu du profil de la population de Saint-Denis**

Les structures médico-sociales de Saint-Denis apparaissent très mobilisées dans l'orientation au dépistage des personnes à risque.

Compte tenu de la grande précarité de la population sur le territoire, et de la large proportion de migrants originaires de pays à forte endémie pour l'hépatite B comme pour l'hépatite C, le ciblage des populations s'effectue « naturellement ». La grande majorité des patients qui se présentent dans les différentes structures (Médecins du Monde (MDM), Centre hospitalier...) correspond potentiellement à un profil de risque. Les chiffres de prévalences très élevés transmis par les structures confirment ce constat : le CASO de Saint-Denis observe des prévalences de 6,53% pour le VHB et 7,01% pour le VHC parmi ses patients, soit des chiffres respectivement 10 et 8 fois plus élevés que les moyennes en population générale<sup>25</sup>.

Les différentes structures rencontrées tendent à proposer un dépistage systématique à leurs publics. Ainsi, le CDAG du CH de Saint-Denis encourage les patients venus pour d'autres pathologies que les hépatites, à réaliser également les sérologies VHB et VHC. A Paris, la population consultant le CDAG vient le plus souvent suite à une prise de risque. Les professionnels proposent donc de réaliser le dépistage des hépatites (VHB en particulier) lors de la même consultation.

---

25. Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*. Rapport 2011. Octobre 2012, p. 70.

La PASS du CH de Saint-Denis propose systématiquement la réalisation de dépistages aux patients venus pour l'ouverture de droits. L'incitation au dépistage constitue également le cœur d'intervention du CASO de Médecins du Monde. Le rapport d'activité indique que 39% des patients de la file active du CASO a bénéficié d'un dépistage (dans les murs ou hors les murs) du VIH et des hépatites, soit 1 340 dépistages réalisés<sup>26</sup>. Le centre d'accueil oriente ses patients vers le CDAG de l'hôpital Delafontaine, avec lequel elle a noué un partenariat, ainsi que vers le CDAG de l'hôpital Avicenne à Bobigny. En outre, une vacation de médecins du CDAG Avicenne au sein du CASO a été mise en place en mars 2010.

Les CAARUD et CSAPA de la région participent par ailleurs au projet de Fibroscan mobile, piloté par l'association Gaia. L'outil est ainsi mis à disposition des structures, dans le but de permettre le diagnostic non invasif de fibrose hépatique. Le projet initié en 2009 était financé par le Conseil Régional et le laboratoire Roche. Il a reçu des financements de l'ARS en 2011 pour son extension à toute la région.

**Les médecins généralistes constatent peu de freins au dépistage**

Les médecins généralistes interrogés affirment orienter facilement leurs patients au dépistage du VHC et du VHB. Ils le proposent régulièrement à leurs patients chez lesquels ils identifient des comportements à risques. Ces patients seraient souvent bien renseignés sur les risques et sur la maladie, et se montrent eux-mêmes demandeurs de dépistages. Les médecins tendent à proposer une sérologie complète (VIH, VHB, VHC) en cas de prise de risque.

Les médecins se montrent dans l'attente d'un message clair des autorités sanitaires sur l'approche à adopter dans le ciblage du dépistage (ciblage des populations à risque ou dépistage massif). Ils indiquent avoir des difficultés à trouver des informations simples et accessibles sur les pratiques recommandées — notamment lorsqu'ils se rendent sur le site internet de la HAS.

**Une action régionale volontariste aux effets variables sur le terrain**

L'incitation au dépistage des usagers de drogues apparaît comme une priorité dans l'action régionale, dans le cadre de l'action « *Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages* » du SROMS. Les fiches actions indiquent notamment l'action suivante : « *Mettre en place dans les CAARUD et les CSAPA des « procédures/protocoles hépatite C » depuis le dépistage (à réaliser dans ou hors les murs), l'accompagnement des résultats, la vaccination éventuelle, jusqu'aux relations avec les hépatologues ainsi que les modalités de suivi des traitements* »

L'ARS encourage les CAARUD et CSAPA à passer des conventions avec les CDAG pour la réalisation de dépistage *in situ*, ou dans les centres de dépistage. Le dernier SROMS prévoit également la poursuite du projet « Fibroscan mobile ».

Dans le cas de Saint-Denis, le CAARUD oriente effectivement les patients vers le CDAG de Saint-Denis, mais les intervenants reconnaissent que le temps d'échange avec les usagers de drogues venus récupérer du matériel est assez limité, et ne permet pas de travail approfondi d'incitation au dépistage. Le CAARUD mène

26. Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*. Rapport 2011. Octobre 2012, p. 70.

---

ponctuellement quelques actions spécifiquement sur la question, notamment en faisant appel au fibroscan mobile de Gaia, ce qui permet de créer un temps fort sur le VHC.

## Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats

**La barrière de la langue représente la principale difficulté pour l'annonce et l'organisation de la prise en charge**

Les soignants ne constatent pas d'évolution significative dans leur pratique de rendus des résultats lors des consultations d'annonce. À Saint-Denis, où la proportion de migrants dans la file active des structures est très élevée, la principale difficulté se situe dans l'information au patient suite à un dépistage positif.

L'accès à des solutions d'interprétariat est une problématique centrale pour les soignants intervenant dans le dépistage ou l'accompagnement à la prise en charge. D'après les personnes interrogées, les patients non francophones viennent le plus souvent accompagnés par une personne assurant l'interprétariat. Le CDAG et le service d'hépatologie du CH de Saint-Denis indiquent utiliser également le service d'interprétariat par téléphone mobilisable dans le cadre de la convention passée entre l'association ISM interprétariat et la DGS pour les services de maladies infectieuses, les services d'hépatologie et les CDAG. Le fait que la PASS du même hôpital utilise régulièrement ce service a pu permettre de diffuser son usage au CDAG et au service d'hépatologie, même s'il reste ponctuel. Le CASO de Médecin du Monde fait également appel à ISM interprétariat, depuis 2007. L'usage de ce service est croissant, et représente une part importante du budget de la structure.

### Axe 3

## Renforcement de l'accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatite chronique B ou C

### Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge de l'hépatite C

**Une prise en charge qui reste intégralement hospitalière**

Les professionnels hospitaliers rencontrés constatent que la prise en charge des patients atteints d'hépatites reste majoritairement réalisée à l'hôpital. Si le pôle de référence envisageait initialement son rôle comme celui d'un réseau ville-hôpital, il s'est assez vite tourné vers un travail de réseau «hôpital-hôpital». Il n'existe pas d'autres réseaux ville-hôpital axés sur les hépatites.

D'après les spécialistes hospitaliers, la complexité du traitement et le suivi régulier à l'hôpital qu'il nécessite fait obstacle à un transfert vers la ville, y compris pour les cas moins complexes.

La question de la répartition des rôles et de la coordination entre les acteurs pour la prise en charge se joue donc plutôt entre les hôpitaux généraux et le pôle de référence hépatites du CHU Jean Verdier, situé à Bondy. Les professionnels hospitaliers du CH de Saint-Denis indiquent orienter régulièrement les cas complexes, ou pour lesquels les risques d'effets secondaires sont importants, vers le CHU Jean Verdier. Cette coordination serait très fluide d'après l'hépatologue interrogé. La possibilité de réorienter les patients est présentée comme un avantage important de la localisation en Île-de-France.

Les médecins généralistes qui suivent en moyenne 5 - 6 patients atteints d'hépatites constatent également une prise en charge de fait réalisée intégralement en milieu hospitalier. Ils regrettent le manque de communication de la part de l'hôpital (non spécifique de l'hépatite). Les généralistes déclarent jouer pourtant un rôle important d'information auprès des patients sur la maladie et les traitements, notamment sur les effets secondaires.

**Une coordination satisfaisante qui se traduit par forte affluence dans les circuits de dépistage et de prise en charge**

La coordination entre les acteurs pour l'organisation de la prise en charge n'est en général pas formalisée. Les structures qui orientent au dépistage (CAARUD, CSAPA, Comède...) ne réalisent pas de suivi de leurs patients une fois que ceux-ci sont pris en charge par l'hôpital de Saint-Denis.

Le partenariat entre le CASO de Médecins du Monde et le CH de Saint Denis fait exception. Ce circuit de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C a été formalisé par une procédure écrite et une feuille de transmission. Ce partenariat a été mis en place suite à un afflux de patients atteints du VHC, originaire du sous-continent indien principalement.

La PASS joue un rôle de pivot pour la prise en charge entre les structures associatives ou médico-sociales et l'hôpital. En effet, dans la mesure où la problématique de l'accès aux droits est particulièrement saillante en Seine-Saint-Denis, la prise en charge sociale est souvent un prérequis à la prise en charge médicale.

Si les différents interlocuteurs ne signalent pas de difficultés de communication ou de coordination entre structures, ils évoquent une saturation de leurs solutions de prise en charge. C'est le cas notamment du CH de Saint-Denis qui indique avoir des difficultés à absorber les patients orientés par Médecins du Monde, tant pour le dépistage que pour la prise en charge.

**Des liens réguliers avec les services d'addiction et de psychiatrie, mais un manque de solutions pour les patients non usagers de drogue**

Les professionnels hospitaliers des services d'hépatologie affirment travailler régulièrement avec les services d'addiction, pour l'usage de drogue, mais également pour la consommation d'alcool, qui concernerait un grand nombre de patients. Les addictologues sont consultés pour la mise en place du traitement et la prise en compte de contre-indications éventuelles. Si nécessaire, un suivi conjoint pendant le traitement est organisé.

Les professionnels notent cependant un manque de solutions de suivi psychiatrique des patients hors addictions, pour l'évaluation avant traitement ou pendant son déroulement.

## Une saturation des solutions d'hébergement pour les patients en grande précarité

Si l'articulation entre la prise en charge sociale pour l'ouverture des droits et la prise en charge médicale semble bien établie, les acteurs se heurtent à un manque de solution d'hébergements pendant le traitement pour les patients en situation de grande précarité. Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) de Saint-Denis sont saturés, et les patients atteints d'hépatites n'apparaissent pas prioritaires pour la prise en charge. La Seine-Saint-Denis compte 111 places en ACT en 2011, et 1 163 places en CHRS. Aucune donnée sur le nombre de places occupées par des patients atteints d'hépatites n'est disponible.

## Favoriser l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Les hépatites n'apparaissent pas comme une pathologie prioritaire dans l'action régionale pour l'éducation thérapeutique du patient. Parmi les 664 programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS en 2012, seuls 6 programmes portent spécifiquement sur les hépatites. Ce chiffre s'élève à 15 si l'on y ajoute les projets intégrant les hépatites au VIH et autres IST.

Les hôpitaux de Seine-Saint-Denis n'ont pas mis en place ce type de programme pour le traitement des hépatites. Les soignants indiquent donner des conseils et des informations au coup par coup, en consultation médicale et au début du traitement. Il s'agirait d'informations médicales, d'apprentissage de la technique d'injection, et de mise à disposition de documentation. Au sein de l'hôpital de Saint-Denis, la demande pour ce type de solution n'apparaît pas particulièrement forte, la question de la prise en charge sociale apparaissant prioritaire.

Au pôle de référence hépatites de l'hôpital Jean Verdier, qui traite des cas plus complexes, la mise en place de projets d'apprentissage et d'accompagnement s'apparentant en partie à de l'éducation thérapeutique est en cours de formalisation, et impliquerait notamment des infirmiers formés à l'éducation thérapeutique, un assistant social et un diététicien.

## Axe 4

### Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

## Des actions de prévention difficiles à réaliser en milieu pénitentiaire

L'ARS constate encore des freins importants à la mise en place d'actions de prévention et de réduction des risques en milieu pénitentiaire.

Les différents projets visant la création de salles de prévention, l'échange de matériel d'injection ou encore la mise à disposition d'eau de javel se sont heurtés aux réticences de l'administration pénitentiaire. L'ARS note également que les associations ont de moins en moins souvent accès à des parloirs spécifiques pour la réalisation d'actions de prévention en santé.

## Des actions en cours pour améliorer l'articulation entre intérieur et extérieur

L'action régionale concernant le milieu carcéral met l'accent sur l'articulation des soins au moment de la sortie de prison, et cherche à positionner des acteurs pouvant assurer cette fonction de relais.

En matière d'addiction notamment, l'ARS organise la mise en place de CSAPA et CAARUD référents (conformément aux orientations nationales) chargés d'améliorer la continuité des soins à la sortie de prison. Ce même type de positionnement est envisagé pour la prise en charge des hépatites et du VIH, sur le modèle d'un projet mis en place dans la maison d'arrêt de Nanterre. L'ARS finance un poste de « coordinateur VIH/Hépatites » chargé d'assurer cette fonction de relais pour assurer la continuité des soins entre l'intérieur et l'extérieur de la prison.

### Axe 5

#### Surveillance et connaissance épidémiologiques

Plusieurs études et expérimentations sont menées en Île-de-France en rapport avec les hépatites. De manière non exhaustive, on peut citer :

- la recherche action « Fibroscan mobile », pilotée par l'association Gaia, et menée auprès des usagers des CAARUD et CSAPA d'Île de France, initiée en 2009 à Paris et étendue à l'Île de France en 2011 ;
- le projet AERLI, mené par AIDES, Médecins du Monde, l'INSERM et l'ANRS, entre 2011 et 2013. Ce projet ne porte cependant pas spécifiquement sur les hépatites.

## Conclusion générale relative à la mise en place du plan en région Ile-de-France

La lutte contre les hépatites en Île-de-France, et plus spécifiquement à Saint-Denis se caractérise par une prégnance des problématiques liées à la forte proportion de migrants originaires de pays à forte endémie. La prise en charge de ces publics se heurte à des difficultés liées à l'ouverture de droits — qui nécessite un investissement des acteurs dans l'accompagnement social.

Malgré une bonne communication entre les acteurs du territoire, la forte prévalence du VHB et du VHC dans la région, et plus spécifiquement dans des territoires tels que Saint-Denis, crée mécaniquement un besoin très important de dépistage et de prise en charge médicale et sociale. Cela pose la question des solutions à trouver dans l'hypothèse où des actions de prévention plus nombreuses ou plus efficaces devaient amener un encore plus grand nombre de patients vers le dépistage et la prise en charge.

---

On constate par ailleurs un certain dynamisme des acteurs intervenant auprès des usagers de drogues, caractérisé par la mise en place d'expérimentations et d'approches nouvelles en matière de réduction des risques et de dépistage, qui vont au-delà des ambitions du plan Hépatites. Les acteurs apparaissent très en demande d'une pérennisation de ces démarches.



# Auvergne

## Principales caractéristiques et contexte territorial

	Région Auvergne	Département Puy-de-Dôme	Territoire 1 Clermont-Ferrand	Département Allier	Territoire 2 Moulines
<b>Contexte socio-démographique et sanitaire</b>					
Pop. (2009, Insee)	1 343 964	629 416	138 588	343 046	19 837
Nombre d'étrangers (2009, Insee)	43 693 (3%)	27 750 (4%)		9 346 (3%)	
Nombre détenus (2009, Insee)	923 (0,07%)	408 (0,06%)		332 (0,10%)	
Prévalence VHC	0,84% Source ARS				
Prévalence VHB	0,65% Source ARS				
Taux de vaccination VHB	38,6% (InVS 2005 – 2006, 3 doses 24 mois)	65,1% (2008 certificat de santé 24 mois)		54% (2008 certificat de santé 24 mois)	
<b>Nombre de structures / acteurs intervenant dans le domaine des hépatites</b>					
Pôle(s) de référence <sup>27</sup>	1	1	1	0	0
PASS <sup>28</sup>	14	7	3	4	2
CDAG <sup>29</sup>	8	1	1	3	1
CIDDIST <sup>30</sup>	6	1	1	3	1
CAARUD <sup>31</sup>	4	1	1	1	1
CSAPA <sup>32</sup>	7	1	1	2	2
Hépatologues (/100 000 hab.) <sup>33</sup>	4				
UCSA <sup>34</sup>	2	1	1	2	1

27. FNPRRH (Fédération des pôles de référence et réseaux hépatites): [http://www.fnprrh.com/co\\_pole.donut](http://www.fnprrh.com/co_pole.donut)

28. ARS Auvergne : [http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS\\_auvergne/actualites/2010/Evaluation\\_externe\\_acces\\_aux\\_soins.pdf](http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/actualites/2010/Evaluation_externe_acces_aux_soins.pdf)

29. ARS Auvergne

30. *Ibid.*

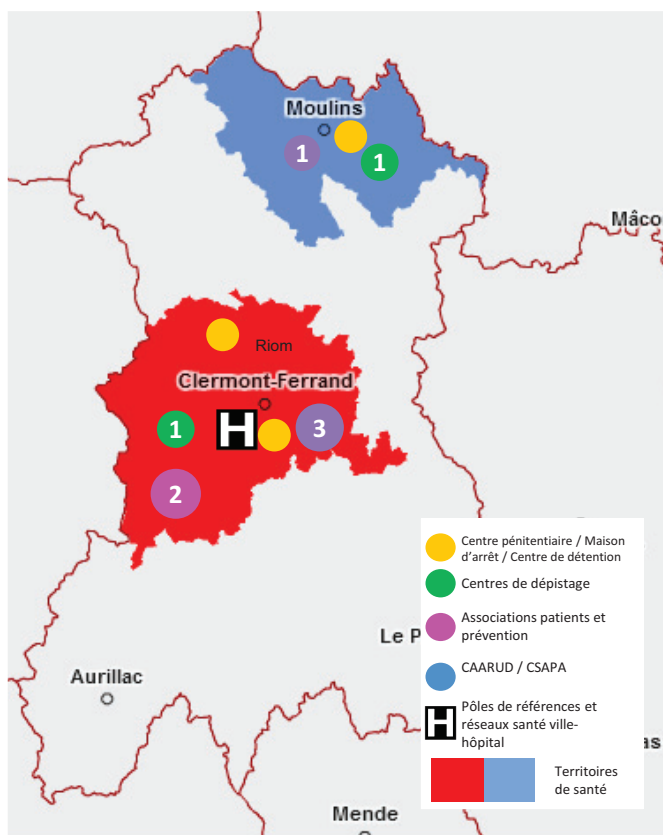
31. Drogue-info-Service : <http://www.drogues-info-service.fr/?-Adresses-utiles->

32. *Ibid.*

33. FNORS : <http://www.scoresante.org/score2008/index.html>

34. Ministère de la Justice : <http://www.annuaire.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-paris-10121/>

Cartographie des acteurs



## Contexte institutionnel

Les hépatites ne sont pas traitées de façon spécifique dans le projet régional de santé de l'ARS (signé en avril 2012). La lutte contre les hépatites s'insère dans l'orientation stratégique de « maîtrise des risques pour la santé », — objectif « prévention des risques infectieux » ainsi que dans l'orientation de lutte contre les maladies chroniques (notamment par rapport aux objectifs de dépistage des facteurs de risque et intégration de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins coordonné).

Cependant, le PRS ne précise pas les objectifs opérationnels, ni les actions relatifs à ces pathologies. En outre, dans la lutte contre les maladies chroniques, les hépatites ne sont pas ciblées comme maladies prioritaires dans l'action régionale.

Les hépatites sont citées dans le Schéma Régional de Prévention, en lien avec le VIH et les IST. Elles apparaissent également de manière plus fréquente et plus explicite dans l'annexe « Addictions » aux trois schémas régionaux, qui met un accent particulier sur le dépistage des usagers de drogues.

Ce caractère non prioritaire des hépatites B et C dans la stratégie régionale de santé s'explique notamment par la relative faible prévalence de ces pathologies dans la région.

## Axe 1

### Réduction de la transmission des virus B et C

#### Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter

**Des actions  
non spécifiques au  
VHB et VHC, mais  
plutôt conjointes  
VIH et IST**

Les professionnels de santé et les acteurs associatifs interrogés indiquent que le travail ou les actions d'information et de prévention auprès des patients portent rarement spécifiquement sur le sujet des hépatites. Ces actions comprennent le VIH et les autres IST. Dans le cas des CAARUD et CSAPA, l'information sur les hépatites, le VIH, etc. s'insère dans une information plus générale sur la prévention des risques (hygiène pour une injection à moindre risque).

Le Dispensaire Émile Roux (CDAG, Centre de vaccination) organise des séances d'information en milieu scolaire, mais ces séances de prévention ne sont pas spécifiquement consacrées aux hépatites. Il en va de même des actions menées par le Centre d'accueil pour la documentation, l'information sur le Sida (CADIS).

**Une bonne  
information des  
usagers de drogues,  
des actions plus  
ponctuelles pour  
les autres publics  
à risque**

Du fait de leur passage dans les structures d'échanges de seringues ou de traitement de substitution, les usagers de drogues apparaissent bien exposés à l'information sur les hépatites. En effet, le travail d'information sur le sujet est partie intégrante de l'activité de ces structures, tant dans l'activité quotidienne des soignants ou des intervenants, que dans certaines actions plus ponctuelles (journées d'information et de dépistage organisée par l'ANPAA 63, en partenariat avec AIDES par exemple).

Les structures s'appuient également sur des brochures d'information. Dans les structures visitées, il s'agit principalement de brochures créées par les associations elles-mêmes. Les brochures INPES sur le VHC sont utilisées de façon plus ponctuelle, et plutôt en aval, auprès des patients dépistés positifs.

Les différents soignants rencontrés indiquent que les usagers de drogues sont un public particulièrement renseigné sur les risques, les modes de transmission ou leur statut sérologique.

Les populations précaires apparaissent comme la deuxième cible la plus souvent mentionnée par les intervenants associatifs et médico-sociaux. Ainsi, AIDES comme le CDAG mènent des actions dans les structures d'hébergement d'urgence, ou à l'accueil de jour, à destination des personnes sans-abris.

Des actions plus ponctuelles sont menées à destination des migrants, notamment par AIDES, qui intervient dans des salons de coiffures situés dans les quartiers avec une forte population migrante d'origine africaine subsaharienne.

Le CADIS reçoit également des financements pour une action en direction des migrants.

**Peu d'actions d'information à destination de la population générale**

Les actions d'information menées auprès de la population générale apparaissent assez rares, et rarement axées spécifiquement sur les hépatites.

SOS Hépatites, la principale association d'information spécifique sur les hépatites visant la population générale, n'est portée que par une seule personne (en charge également du Limousin), qui joue plutôt un rôle de soutien ponctuel aux patients et à leur famille.

L'association participe néanmoins à la journée nationale des hépatites à Clermont-Ferrand, avec l'appui d'infirmiers du pôle de référence hépatites du CHU. Elle a pour principal but l'orientation au dépistage et l'incitation à la vaccination. En 2012, la journée a été organisée dans un centre commercial. SOS hépatites affirme manquer de moyens pour organiser ce même type d'événements pour la journée internationale des hépatites. Les médecins généralistes n'apparaissent pas non plus comme des relais d'information auprès de la population générale. Leur effort d'information, d'incitation au dépistage tend à se concentrer sur les personnes dont l'exposition au risque est bien identifiée (usagers de drogues essentiellement).

**Des actions d'information à destination des professionnels de santé libéraux qui peinent à mobiliser**

En matière d'information aux professionnels de santé, le pôle de référence hépatites organise des rencontres dont certaines visent les médecins de ville, mais les responsables de ces structures indiquent avoir de grandes difficultés à mobiliser sur le sujet, au-delà des professionnels hospitaliers et de quelques généralistes particulièrement impliqués. Les échanges avec les médecins généralistes confirment que le problème en matière d'information ne se situe pas tant au niveau de la disponibilité de l'information sur les hépatites que sur sa dilution dans la masse d'information qu'ils reçoivent sur les différentes pathologies. Ainsi, à moins d'un intérêt pour les hépatites, l'information n'atteint pas sa cible.

## Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B

**Des taux de couverture vaccinale très variables dans la région**

D'après des données InVS de 2008 sur la vaccination à 24 mois (étude basée sur les certificats de santé), la couverture vaccinale contre l'hépatite B en Auvergne varie de 19,6% pour la Haute-Loire à 65,1% pour le Puy-de-Dôme (la moyenne nationale la même année était de 47%).

Les professionnels de santé interrogés estiment qu'en l'absence d'impulsion particulière sur la question, les niveaux de vaccination n'ont pas progressé depuis 2009. En l'absence de nouvelles données cependant, ce constat est difficile à valider.

L'ARS appuie des actions de promotion de la vaccination, pendant la semaine européenne de la vaccination, et par la mise à disposition de supports d'information. Cependant, cette action ne cible pas spécifiquement les hépatites, et tend à se concentrer plutôt sur le ROR. D'après les référents hépatites, les orientations de 2013 pour la semaine de la vaccination prévoient des actions de promotion du vaccin du VHB notamment dans le Cantal et la Haute-Loire, où la couverture vaccinale est la plus faible.

**Des acteurs assez peu mobilisés pour l'incitation à la vaccination**

Dans l'ensemble des entretiens, les professionnels de santé évoquent beaucoup plus spontanément les problématiques du VHC que celles du VHB, laissant à penser que cette seconde pathologie apparaît moins prioritaire.

En conséquence, la question de la vaccination contre le VHB apparaît comme une problématique secondaire, par rapport au travail de prévention, dépistage et prise en charge du VHC.

Le centre de dépistage/vaccination (Dispensaire Emile Roux) apparaît logiquement comme l'acteur le plus mobilisé sur la question de la vaccination. La vaccination contre l'hépatite B est proposée systématiquement aux personnes venues faire un dépistage VHB. Il envisage de la proposer également à celles qui consultent pour une autre raison dans le dispensaire (qui regroupe de nombreuses spécialités médicales).

Le CSAPA de Clermont-Ferrand ne réalise pas la vaccination au sein de ses murs, contrairement à ce qui était envisagé dans le plan. Les patients sont orientés vers le centre de vaccination. L'intervention des soignants du centre de vaccination au sein du CSAPA est en projet. La vaccination sur site est en revanche en place au CSAPA de Moulins, par l'intervention dans la structure de soignants du centre de vaccination.

Les médecins généralistes rencontrés n'ont pas fait évoluer leurs pratiques en matière de vaccination durant la période de mise en œuvre du plan. Ils indiquent avoir des difficultés pour cibler les publics pour lesquels la proposition de la vaccination est la plus pertinente. Les médecins interrogés affirment rencontrer dans l'ensemble assez peu de freins à la vaccination quand ils la proposent, mais reconnaissent manquer d'arguments ou d'outils pour convaincre les quelques patients réticents qu'ils rencontrent.

## Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues

On compte trois structures intervenant auprès de ce public à Clermont-Ferrand : un CSAPA (géré par l'Anpaa), un CAARUD (géré par AIDES) et une unité hospitalière, le SATIS (Soins Accompagnement Thérapies Information et Substitution), qui dispose également d'un « bus méthadone ». Moulins dispose d'un CSAPA (dépendant du CH) traitant la toxicomanie. Dans le cadre de ses obligations réglementaires, il met en œuvre un programme de RDR (échange de seringues).

Malgré leur nombre relativement faible, ces acteurs sont très mobilisés dans leur action de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Cette mobilisation est visible dans leurs partenariats fréquents (journée dépistage organisée en partenariat entre AIDES et l'Anpaa ; orientation des patients réciproque entre le SATIS et l'Anpaa, selon les besoins des patients), ou dans les initiatives que ces structures mettent en place (à l'exemple de la création du bus méthadone par le SATIS).

Ces acteurs proposent une offre complète pour l'échange de seringues ou de pailles, l'échange de petit matériel, ou les traitements de substitution et ce dans des structures variées (bus, local associatif, hôpital) adaptées à la diversité des situations

---

sociales dans lesquelles peuvent se trouver les usagers de drogues. Les soignants de ces structures délivrent également des conseils sur l'injection à moindre risque, et des messages de prévention sur les risques liés à la consommation d'alcool associée.

Ces structures effectuent également un travail de réduction des risques en milieu festif. Outre l'information et le conseil, elles proposent de l'échange de matériel. L'ANPAA Cantal, l'association PT et AIDES interviennent notamment au festival de rue d'Aurillac. Sur ce type d'actions — réaffirmées dans le plan hépatites — les acteurs ne constatent pas de changement dans leurs pratiques. La mobilisation en milieu festif est en effet antérieure à 2009 et n'a pas particulièrement évolué depuis.

## Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque

La prévention de la transmission dans les salles de tatouages et perçage est un sujet sur lequel l'ARS est en recherche de pistes d'actions. A ce stade, les tatoueurs et perceurs ont l'obligation de déclarer leur activité à l'ARS et de suivre une formation à l'hygiène. L'ARS envisage de mener une action plus vigoureuse en direction de ces publics dans le cadre du plan d'action de contrôle, à travers la vérification de l'obtention du récépissé délivré par l'ARS.

### Axe 2

## Renforcement du dépistage des hépatites B et C

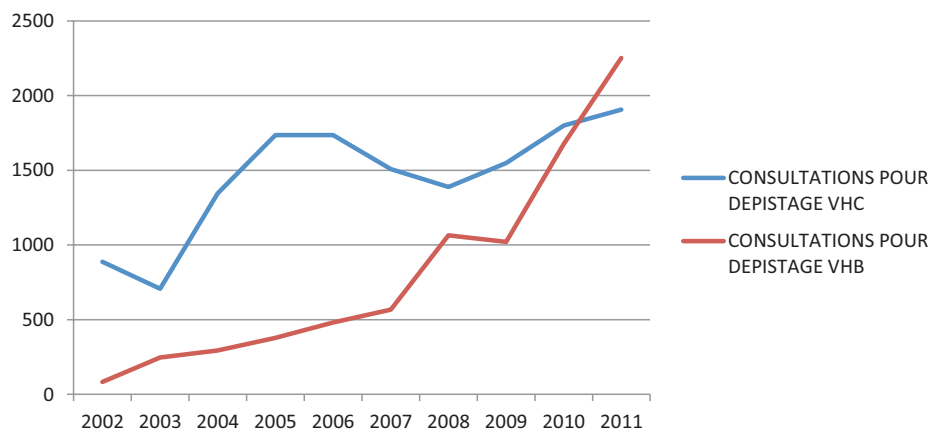
### Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque

Le premier objectif de l'axe 2 du plan Hépatites vise à renforcer l'incitation au dépistage pour les usagers de drogues, les migrants originaires de pays à forte endémie, mais également dans la population générale où les personnes exposées aux risques ne s'identifient pas comme telles.

#### Peu de données sur l'évolution du nombre de dépistages réalisés

La plupart des acteurs interrogés partagent le sentiment d'une orientation légèrement plus systématique et plus fréquente au dépistage, sur les dix à quinze dernières années. L'absence de données compilées fiables sur les différents centres de dépistage et centres d'examens empêche toutefois de confirmer ce constat. Les données du CDAG Émile Roux à Clermont-Ferrand tendent à suggérer effectivement une augmentation du nombre de dépistages effectués, mais dans la mesure où le centre a été créé en 1999, cette augmentation peut également être liée simplement à la montée en charge progressive de son activité.

### Nombre de consultations pour dépistage au CDAG Emile Roux



### Données VHC VHB du CDAG Émile Roux

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CONSULTATIONS POUR DEPISTAGE VHC	888	706	1346	1736	1735	1508	1388	1548	1800	1906
TESTS VHC	444	353	673	868	867	754	694	774	900	953
TESTS VHC POSITIFS	6	6	4	18	4	11	5	4	8	5
CONSULTATIONS POUR DEPISTAGE VHB	82	246	294	378	480	566	1064	1020	1676	2252
TESTS VHB	41	123	147	189	240	288	532	510	838	1176
TESTS VHB POSITIFS	0	4	1	7	4	10	7	8	4	9

Source : Rapport d'activité du Dispensaire Emile Roux (2011)

**Des structures mobilisées pour l'orientation au dépistage des usagers de drogues et des publics précaires**

Les structures intervenant auprès des usagers de drogues ont multiplié les approches pour faciliter et tenter de massifier le dépistage de leur public. Cependant, aucune donnée chiffrée fiable n'a pu être obtenue qui permettrait de mettre en évidence le résultat de cette mobilisation.

L'action régionale encourage ces structures à renforcer l'effort d'incitation au dépistage (dans l'annexe « Addictions » aux trois schémas régionaux), mais les moyens accordés<sup>35</sup> à la région pour ces actions semblent limités au regard des enjeux. Ainsi, une enveloppe régionale de 3 779€ pour trois années (2008, 2009 et 2010) a été attribuée pour les CSAPA auvergnats afin de mener des actions d'incitation au dépistage des hépatites et de vaccination contre l'hépatite B. Pour ce même type d'action une enveloppe de 1 645€ a été attribuée aux CAARUD, également pour trois années (2009, 2010 et 2011). D'autres financements ont toutefois été accordés aux CSAPA et CAARUD par l'ARS pour leur permettre de remplir leurs missions, dont le dépistage et la vaccination.

Les patients des CAARUD et CSAPA sont orientés principalement vers le CDAG ou le centre d'examen de santé. Une convention entre le CDAG et le CSAPA a été signée en

35. Crédits « fléchés » notifiés à la région Auvergne par les circulaires du 14 janvier et du 14 décembre 2009.

---

2002 pour la réalisation de ces tests de dépistage. Le CAARUD et le CSAPA organisent également quelques « journées dépistage » au sein de leurs murs.

L'association AIDES, gérant un CAARUD, a été par ailleurs habilitée à la réalisation des TROD. Il s'agit de la seule association habilitée<sup>36</sup>. Si ces tests sont pour l'instant limités au VIH, ils sont présentés par les soignants comme un bon outil pour entrer en contact et inciter au dépistage. L'attente de la mise en place des TROD VHC est forte, et les acteurs concernés se préparent à l'utilisation de ces tests dès qu'ils seront autorisés. Le SATIS (unité de soin en addictologie du CHU) est également mobilisé sur cette question, et a été habilité à l'usage de TROD VHC à titre expérimental, dans le cadre d'une étude (« substi-tox ») sur la prise en charge du VHC.

À Moulins, le CSAPA oriente ses patients vers le CDAG, mais a également mis en place depuis deux ans un dépistage sur site, en devenant « antenne du CDAG ».

Les professionnels du CSAPA de l'Anpaa 63 affirment encourager leurs patients à effectuer ces sérologies tous les ans, voire tous les six mois en cas de prise de risque. Ils perçoivent une certaine progression dans la systématique de ces sérologies, qu'ils attribuent à l'accent mis sur le dépistage en général, et notamment dans le cadre de la lutte contre le VIH, plutôt qu'au plan Hépatites.

**Plusieurs actions à destination des publics précaires sont menées**

Plusieurs actions d'orientation au dépistage ont été menées auprès des publics précaires. AIDES mène de telles actions (en s'appuyant sur les TROD) dans les structures d'hébergement d'urgence notamment.

Le CDAG mène également des actions auprès des personnes en situation de précarité, notamment par le lien étroit entretenu avec les services sociaux du Conseil général du Puy-de-Dôme situé dans les mêmes locaux. Les allocataires du RSA se voient ainsi proposer le dépistage des hépatites dans le cadre d'un bilan de santé proposé par les assistants sociaux du centre. Le CDAG intervient également hors les murs, en partenariat avec des associations d'action sociale, ou sur des chantiers d'insertion, où les soignants du centre peuvent effectuer des prélèvements.

Par ailleurs, l'organisation même du CDAG — qui appartient à une structure regroupant un centre de vaccination, un centre de lutte antituberculeuse, un lieu d'information sur les addictions, un lieu d'accueil social, un centre de consultation gynécologique, etc. — permet l'orientation au dépistage des visiteurs venus dans les murs pour des motifs autres que le dépistage. Cette action apparaît en cohérence avec l'orientation adoptée par l'ARS qui vise la mise en place de pôles de santé publique regroupant CDAG, CIDDIST et centre de vaccination.

**Une mobilisation auprès des migrants qui semble moins marquée**

L'orientation au dépistage des migrants apparaît moins dynamique, dans la mesure où on dénombre très peu de structures intervenant auprès de ces publics sur les questions de santé. AIDES mène des actions d'incitation au dépistage dans les salons de coiffure africains, pour lesquelles ils proposent un dépistage VIH TROD (dans le but également d'orienter vers un dépistage complet au CDAG). Le CDAG mène

---

36. L'ANPAA, gérant des CSAPA et des CAARUD, projette de solliciter l'habilitation.



également quelques actions dans les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) du département. Par ailleurs, il propose le dépistage des hépatites et du VIH aux migrants venus dans le centre de dépistage de la tuberculose (géré par la même structure).

**Les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans l'identification des profils de risque**

En dehors du public usager de drogues, le travail d'incitation au dépistage ne semble pas faire l'objet d'une mobilisation particulièrement forte des acteurs concernés, même si le CDAG à Clermont-Ferrand se distingue par ses actions envers les publics précaires.

Les médecins généralistes rencontrés n'identifient pas clairement les profils de patients exposés ou ayant été exposés aux risques qui nécessiteraient un ciblage ni la fréquence de renouvellement de la proposition au dépistage. Certains déclarent utiliser le site « vidalrecos » pour identifier les profils de risque, mais de façon ponctuelle. Ils affirment en revanche que dans les cas où ils proposent le dépistage, ils ne rencontrent pas de réticence particulière de leurs patients. La seule difficulté évoquée est le manque d'information de certains patients sur la gravité de la maladie. Les médecins orientent en général leurs patients vers le CDAG ou le centre d'examen de santé.

## Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats

Ce deuxième objectif du Plan réaffirme notamment l'importance de la consultation d'annonce pour initier le traitement ou faire passer des messages de prévention en cas de test négatif. À Clermont-Ferrand, parmi les acteurs concernés (CDAG, CSAPA et CAARUD principalement), ces pratiques apparaissent établies de longue date. Les acteurs interrogés affirment orienter systématiquement les patients séropositifs vers leur prise en charge médicale et éventuellement sociale. La bonne coordination entre les structures médico-sociales et l'hôpital rend d'après eux possible cette orientation. Ainsi, le CSAPA de l'Anpaa 63 formalise un projet de partenariat avec le pôle de référence du CHU pour favoriser l'accompagnement des patients.

Le CDAG de Clermont-Ferrand indique également réaliser une orientation systématique des patients vers la prise en charge sociale et médicale. La présence de travailleurs sociaux du Conseil général dans la même structure que le CDAG facilite l'accompagnement social. En outre, la localisation du CDAG à proximité du CHU facilite l'accompagnement, parfois physique, des patients pour leur prise en charge médicale.

Les différentes personnes interrogées n'indiquent pas manquer d'outils pour expliquer la maladie aux patients. Si la brochure INPES sur le VHC est mentionnée parmi les outils utilisés, les structures sont également nombreuses à avoir développé leurs propres supports d'information. Le CDAG indique utiliser si nécessaire le service ISM interpréteur, malgré les difficultés que l'usage de cet outil pose dans une consultation.

Dans le cas d'annonce de résultats négatifs, les soignants interrogés affirment profiter de la consultation pour transmettre des messages de prévention et de réduction

---

des risques, notamment dans les structures intervenant auprès des usagers de drogues. Les personnes interrogées considèrent qu'il s'agit là d'une pratique adoptée de longue date. Ils n'observent pas de changement lié au plan hépatites en la matière.

### Axe 3

## Renforcement de l'accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatites chroniques B ou C

### Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge de l'hépatite C

**La prise en charge reste majoritairement réalisée à l'hôpital voire au CHU**

En 2011, le CHU de Clermont-Ferrand a suivi 377 patients atteints d'hépatite C, dont 177 nouveaux patients (pour un total de 883 consultations). A la date de mai 2012, le CHU compte environ 30 patients suivis en trithérapie.

Professionnels hospitaliers et professionnels de ville s'accordent à considérer que dans la grande majorité des cas, la prise en charge n'est pas réalisable en dehors de l'hôpital. Pour les cas les plus complexes, les différents acteurs affirment qu'une orientation vers le CHU de Clermont-Ferrand est souvent nécessaire. Le CDAG du CH de Moulins indique en effet que les patients dont le traitement était le plus lourd ont été orientés vers le CHU.

Ce *statu quo* dans la répartition des rôles entre l'hôpital et la ville n'est pas considéré comme problématique, pour aucune des deux parties. Le responsable du pôle de référence estime que la complexité accrue du traitement de l'hépatite C nécessite une connaissance telle que les médecins de ville, spécialistes comme généralistes, n'ont pas vocation à en assurer la prise en charge. Les médecins généralistes rencontrés confirment ce constat, et indiquent orienter systématiquement leurs patients atteints d'hépatites à l'hôpital. Ils ne signalent aucune difficulté particulière dans ces échanges avec l'hôpital, et soulignent au contraire la disponibilité du service.

Les médecins généralistes ne se disent pas en demande d'une plus grande, ou d'une meilleure implication du généraliste dans le traitement, dans la mesure où ils n'identifient pas le rôle qu'ils pourraient avoir dans ce traitement.

**Un faible nombre d'acteurs qui facilite la coordination, mais tend à les surcharger**

Les acteurs institutionnels et médico-sociaux partagent le constat que le faible nombre de structures à Clermont-Ferrand a pour avantage de faciliter leur coopération et éventuellement leurs partenariats, mais peut aussi limiter leur capacité d'action : « *On retrouve souvent les mêmes acteurs [sur les problématiques VIH-IST-Hépatites], vu la taille de la région, on ne peut pas se disperser. Cela facilite les échanges, mais beaucoup de choses reposent sur quelques acteurs seulement et ils ne peuvent pas tout faire* » (ARS Auvergne).

Les structures intervenant auprès des usagers de drogues comme le CDAG n'indiquent aucune difficulté particulière pour adresser leurs patients au CHU pour la prise en charge de la maladie, tant au niveau des délais avant l'initiation du traitement, que de la communication entre professionnels hospitaliers lors du traitement.

Les échanges entre le service d'hépatologie et les structures (hospitalières ou médico-sociales) traitant de l'addiction à Clermont-Ferrand apparaissent fluides ; les soignants indiquant une communication régulière entre les deux pôles. Ainsi, les usagers de drogues suivis à la fois dans le cadre d'un traitement de substitution et d'un traitement contre le VHC sont également pris en charge pour les troubles psychiatriques que le traitement peut occasionner, au sein même de l'unité d'addictologie. Les professionnels hospitaliers signalent cependant des désaccords occasionnels entre les services sur la possibilité pour les patients de recevoir les traitements.

L'accès au suivi psychiatrique pour les patients non usagers de drogues semble en revanche plus incertain. Le service d'hépatologie du CHU mentionne par ailleurs une saturation des circuits de prise en charge des problèmes d'alcoologie, fréquents parmi les patients en traitement, et qui nuisent à son efficacité. Cette saturation est telle que le CHU envisage le recrutement d'un alcoologue dans le service.

### Favoriser l'éducation thérapeutique du patient

La demande d'un accès à des solutions d'éducation thérapeutique est très forte parmi les professionnels de santé rencontrés. Les soignants y voient une piste pour rendre possible le traitement, ou en assurer la continuité, pour les patients les plus fragiles socialement ou psychologiquement. Le coût très élevé du traitement en trithérapie justifie, pour les professionnels concernés, les moyens qui devraient être accordés à l'éducation thérapeutique.

Les hépatites n'apparaissent pas prioritaires dans l'action régionale relative au développement de l'offre d'éducation thérapeutique. En effet, le Schéma Régional de Prévention ne cite pas les hépatites dans son orientation visant le développement de l'éducation thérapeutique. L'ARS a incité le pôle de référence Hépatites à solliciter une autorisation, ce qui a été fait en septembre 2012.

Le SATIS (service d'addictologie) de l'hôpital de Clermont-Ferrand a récemment obtenu une autorisation pour son programme d'éducation thérapeutique pour les patients usagers de drogues. Ce programme, financé *via* l'activité d'addictologie n'est pas spécifiquement dédié aux usagers atteints d'hépatites, mais intègre bien l'accompagnement au traitement contre l'hépatite C. Les projets prendront la forme d'ateliers santé avec les patients.

Le pôle de référence hépatites du CHU a déposé une demande d'autorisation en septembre 2012 pour un projet d'éducation thérapeutique visant une prise en charge plus complète de la maladie, intégrant aspects psychologiques et sociaux. Le projet vise aussi toutes les étapes du traitement : la préparation du patient, l'accompagnement pendant le traitement et l'accompagnement à l'arrêt.

### Des pratiques systématiques en matière de dépistage et de vaccination

Les pratiques en matière de dépistage et de vaccination dans les trois établissements pénitentiaires du Puy-de-Dôme suivent des protocoles formalisés.

Le dépistage est conseillé systématiquement aux détenus lors de la consultation d'entrée. Il est réalisé par les soignants de l'UCSA, dans le cadre d'une convention avec le CDAG de Clermont-Ferrand qui prend en charge le financement de ces dépistages. Les prélèvements sont ainsi anonymisés par le CDAG avant leur analyse.

La proposition de dépistage n'est en revanche pas renouvelée, à moins que le détenu n'en formule la demande. Seuls les détenus du centre de détention de Riom se voient systématiquement proposer de nouveau une sérologie par un médecin infectiologue qui réalise les consultations VIH et hépatites.

Le médecin coordinateur des UCSA ne constate pas de changement majeur dans cette pratique du dépistage. Le principal changement concerne la maison d'arrêt de Riom, où la systématisme de la proposition de dépistage aurait été renforcée suite au changement d'organisation de l'équipe de l'UCSA. Les soignants de l'unité étaient des médecins généralistes vacataires, avant qu'elle ne soit mise sous la responsabilité des urgences du CHU.

Le pôle de référence hépatites de Clermont-Ferrand considère que l'effort de dépistage reste trop faible en milieu pénitentiaire, malgré des progrès depuis que les UCSA du Puy-de-Dôme ont été mis sous la responsabilité des urgences du CHU.

De nouvelles approches en matière de dépistage vont être expérimentées dans le cadre de l'étude « Prodepist » qui fait suite à l'enquête PREVACAR. Les UCSA du Puy-de-Dôme, en collaboration avec le COREVIH, le service de maladies infectieuses et le service de gastro-entérologie du CHU, vont mettre en place un dépistage plus poussé des atteintes hépatiques, liées aux virus et à l'alcool, en milieu carcéral. L'étude prévoit l'intervention d'un hépatologue au sein de l'UCSA, la réalisation d'un fibroscan, ainsi que des tests rapides VIH et VHC (TROD).

La vaccination contre le VHB est également proposée systématiquement aux nouveaux entrants, y compris dans les cas de détention courte. En cas d'acceptation, la première injection est systématiquement réalisée. Une carte de vaccination et une ordonnance pour une dose de vaccin sont laissées au détenu à sa sortie pour la réalisation des autres injections.

Le médecin coordinateur ne constate pas significativement plus de réticence à la vaccination contre le VHB par rapport aux autres pathologies. Le principal frein serait lié à la peur des piqûres en général.

## La prise en charge médicale des détenus ne pose pas de difficulté particulières

Avec une population carcérale de 350 détenus seulement dans le Puy-de-Dôme, les cas de détenus atteints d'hépatites ayant nécessité la mise en place d'un traitement sont très rares, d'après le médecin coordinateur des UCSA des centres pénitentiaires du département.

Ces quelques cas n'auraient pas posé de difficultés particulières. La plupart du temps, le traitement est réalisé au sein de la prison, après une première consultation au CHU. Le fait que les médecins intervenant à l'UCSA soient également urgentistes au CHU facilite la communication avec le service d'hépto-gastro entérologie. La continuité des soins pour des traitements initiés avant l'entrée en prison ou devant se poursuivre à la sortie est ainsi assurée par des échanges fréquents entre professionnels de santé du CHU.

Les soignants ne constatent pas d'évolution dans les pratiques ou les solutions de prise en charge, bien que le faible nombre de patients n'offre pas un recul suffisant pour observer de tels changements.

## Des actions de réduction des risques encore très limitées

En dehors de la mise à disposition de préservatifs, les actions en matière de réduction des risques sont *quasi* inexistantes, les initiatives se heurtant aux réticences de l'administration pénitentiaire. Les détenus n'ont pas accès à de l'eau de javel adaptée au nettoyage du matériel d'injection, ni à des solutions d'échange de matériel.

Des actions de prévention sont organisées par le CDAG (en partenariat avec le SPIP plutôt que l'UCSA) environ une fois par mois dans la maison d'arrêt de Riom.

Les détenus ont par ailleurs accès à des traitements de substitution à l'usage de drogue, délivrés par l'UCSA.

### Axe 5

#### Surveillance et connaissance épidémiologiques

Deux études principales sont à signaler en Auvergne :

- l'étude « Substitox », qui porte sur les usagers de drogues suivis dans le cadre de traitements substitutifs, et qui interroge les raisons de non prise en charge des patients atteints de l'hépatite C. Cette étude est pilotée par le service d'hépatologie du CHU de Clermont-Ferrand.
- l'étude « Prodepist » susmentionnée, portant sur le dépistage des fibroses hépatites d'origine virale ou toxique, menée dans les UCSA du Puy-de-Dôme.

---

## Conclusion générale relative à la mise en place du plan en Auvergne

En dépit d'une faible prévalence des hépatites en Auvergne, qui a pour corollaire un rang très secondaire de ces pathologies dans l'ordre des priorités régionales, la lutte contre les hépatites n'apparaît pas négligée par les acteurs au profit d'autres pathologies.

Elle apparaît comme une véritable priorité particulièrement pour les acteurs intervenant auprès des usagers de drogues, qui apparaissent mobilisés notamment sur la question du dépistage.

Plusieurs actions mises en place, en particuliers par les acteurs médico-sociaux (associations, CAARUD, CSAPA, CDAG), répondent de fait aux objectifs du plan, mais le plan n'est pas considéré comme un support qui aurait permis d'impulser, ni même d'aider à la mise en place de ces actions. Les personnes interrogées considèrent qu'elles ont été réalisées au gré des opportunités qui se présentaient localement, parfois même à l'initiative personnelle d'individus très impliqués.

# Synthèse des monographies territoriales

## Question 1 Pertinence et cohérence de l'organisation mise en place dans les territoires étudiés

Deux périodes doivent être distinguées concernant l'élaboration des stratégies régionales de santé depuis 2009, puisque la mise en place des ARS en avril 2010 a amené une reformulation des priorités et des orientations de chaque région entre 2011 et 2012. L'analyse des stratégies des trois régions étudiées s'appuie sur les documents actuellement en vigueur.

Les hépatites B et C ne font pas l'objet d'une partie spécifique dans les plans régionaux de ces régions, mais elles se retrouvent dans différentes parties de ce qui a été élaboré depuis 2009. Il s'agit généralement des parties dédiées à la prévention, aux mesures spécifiques sur les addictions, à l'éducation thérapeutique, et le milieu carcéral. La vaccination contre l'hépatite B s'insère quant à elle, dans les programmes de vaccination respectifs des différentes régions.

Les évolutions stratégiques qui ont suivi la mise en place des ARS ont introduit dans certaines régions un véritable changement d'approche, et aucune des trois régions ne structure sa politique de santé par grandes pathologies. Au travers de documents stratégiques, les hépatites B et C sont prises en compte de façon variable, avec une volonté d'adaptation au contexte régional, de la même façon que les autres plans nationaux. Parmi les trois régions étudiées, la région PACA est celle dans laquelle les hépatites sont prises en compte de façon plus appuyée.

	Ile-de-France	PACA	Auvergne
<b>Prise en compte des hépatites B et C dans la stratégie régionale</b>			
<b>PRS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sous objectif 1.2.1.</b> : « Renforcer les pratiques cliniques préventives » Les hépatites n'y sont pas mentionnées explicitement</li> <li>• <b>Sous objectif 1.4.1</b> : « Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne ».</li> </ul>	<p><b>Programme dédié dans le PRSP 2005-2009 :</b></p> <p><b>Programme 15</b> : « Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge globale des hépatites B et C ».</p>	<p>Les hépatites ne sont pas mentionnées explicitement Deux objectifs sont liés à ceux du plan hépatites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objectif 8</b> : « Assurer un parcours de soins coordonnés intégrant l'éducation thérapeutique ».</li> <li>• <b>Objectif 9</b> : « Prévention des risques infectieux ».</li> </ul>
<b>SRP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Faciliter l'accès, sensibiliser les publics prioritaires et les professionnels au dépistage du VIH, des IST et des hépatites et renforcer le lien dépistage soins ;</li> <li>• Promouvoir des actions de prévention adaptées à la transmission du VIH, IST, hépatites B et C ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions de prévention IST à destination dans le plan d'action « Enfants, adolescents, jeunes ».</li> <li>• Action dépistage et santé sexuelle dans le plan d'action « population générale ».</li> </ul>	<p>La vaccination contre le VHB est un des sous objectifs :</p> <p>« Favoriser l'adhésion aux stratégies vaccinales recommandées, en particulier hépatite B et HPV chez les adolescents ».</p>
<b>SROMS</b>	<p><b>Volet</b> : « Personnes en difficultés spécifiques »</p> <p><b>Action 2</b> : Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages. Le Plan hépatites est cité explicitement dans le SROMS comme cadre d'action.</p>	Hépatites non mentionnées.	Hépatites non mentionnées.
<b>PRAPS</b>	L'orientation au dépistage est mentionnée dans les objectifs opérationnels pour le secteur ambulatoire.	L'objectif de renforcement de l'accessibilité aux soins et « Agir avec et pour les populations démunies » mentionnent spécifiquement la question des hépatites.	<b>Accès aux soins / Action 3</b> : « améliorer les articulations entre les soins de premier recours, les services hospitaliers, les établissements médico-sociaux en [...] encourageant l'élaboration de protocoles : protocoles de prise en charge acteurs du premier recours et structures sanitaires ou médico-sociales (entrée et sortie des services hospitaliers, suivi des pathologies lourdes telles que cancer, hépatite, SIDA ..., admission en EHPAD) [...] ».
<b>Addictions</b>	Incluses dans le SROMS (volet : « personnes en difficultés spécifiques »).		<p>Les hépatites sont mentionnées (implicitement ou explicitement) dans les différents objectifs. Il est prévu notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le renforcement des liens CAARUD/CSAPA avec les CDAG CIDDIST et Centre de vaccination ;</li> <li>• Des partenariats entre les CSAPA/CAARUD et le pôle de référence hépatites ;</li> <li>• Le développement de dispositifs mobiles allant au-devant des populations.</li> </ul>



Les acteurs concernés par les différents plans nationaux présentant un lien avec le plan hépatites (VIH, addiction, milieu carcéral, qualité de vie des maladies chroniques) critiquent leur multiplicité, qui d'après eux, nuit à leur lisibilité, mais ne relèvent pas d'incohérence particulière entre les priorités et les pistes d'action identifiées. Ils ne relèvent pas non plus d'incohérence entre les différents financements publics, même s'ils ont dû s'adapter à l'évolution du cadre institutionnel suite à la mise en place des ARS.

Sur le plan financier, les trois ARS soulignent la difficulté de faire remonter des éléments spécifiques sur les hépatites B et C du fait même de la structuration de leurs outils de *reporting*, qui sont structurés par programmes et par objectif, dont aucun n'est ciblé spécifiquement sur ces pathologies. A part quelques lignes budgétaires spécifiques (financement de SOS-hépatites ou projet d'éducation thérapeutique dédié à cette pathologie par exemple), les données existantes ne permettent pas de connaître le montant utilisé pour des actions réalisées spécifiquement sur ces pathologies. Concrètement, les ARS ont pu financer des actions à travers des subventions à des associations ou dans le cadre d'appels à projets (rarement spécifiques aux hépatites, cf. le détail des actions présenté en question 2).

Le pilotage du plan en région est resté relativement limité. Les services de l'État antérieurs à l'ARS (la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) en particulier) disposaient tous d'un référent « hépatites » en charge du suivi de cette thématique. Du fait de la restructuration de la politique régionale et de l'organisation au sein des ARS qui en découle (par population ou par grande problématique (risques, soins, etc.), cette mission est aujourd'hui répartie sur plusieurs personnes. Aucune des trois régions visitées n'a mis en place d'instance (comité de pilotage ou de suivi, commission, groupe de travail...) sur les hépatites B et C, associant par exemple le ou les pôle(s) de référence. Les échanges entre les ARS et ces derniers sont d'ailleurs limités.

## Question 2 Bilan de la mise en œuvre du plan dans les territoires étudiés et effets sur l'implication et la mobilisation des différentes catégories d'acteurs

### Les effets du plan sur le contenu des actions sont limités

Les actions de terrain financées par les ARS ou subventions accordées à certaines structures ayant un lien avec les hépatites B et C sont les suivantes :

- financement d'actions de prévention et RDR des maladies infectieuses et/ou liés à la consommation de drogues (VIH / hépatites) ;
- une association dédiée (SOS-Hépatites) ;
- associations intervenant sur le VIH et les hépatites (AIDES, ...) ;
- associations intervenant auprès des usagers de drogues (ANPAA, Aides, PROSES, association Gaïa, association bus 31/32 ...) ;
- associations communautaires (ASM, Afrisanté...)

- actions de prévention et RDR en milieu carcéral (VIH/hépatites) ;
- financement spécifiques à des CAARUD/CSAPA pour la vaccination ;
- mise en place d'actions pour favoriser la vaccination (ensemble des vaccins, voire plutôt ciblé sur le ROR pour l'Auvergne par exemple) ;
- programmes d'éducation thérapeutique (1 projet déposé en Auvergne, 15 projets en Île-de-France dont 6 spécifiquement ciblés sur les hépatites, 1 programme ciblé sur les hépatites en PACA et 6 programmes ciblés sur la pathologie VIH avec ou sans co-infection) ;
- financement d'appartements thérapeutiques (quelques projets ou places dédiés aux patients atteints d'hépatites).

Parmi ces actions financées par les ARS et ayant un lien avec les hépatites, peu de nouvelles actions ont été mises en place entre 2009 et 2012. La plupart préexistaient au plan, en particulier dans le domaine de la prévention et de la réduction des risques. En termes de contenu, elles n'ont pas particulièrement évolué pour ce qui concerne les messages transmis ou les approches ou techniques d'animation privilégiées. Les publics privilégiés par ces actions (usagers de drogues, migrants, milieu carcéral) étaient déjà ciblés avant 2009.

En outre, elles sont rarement ciblées sur ces deux pathologies. Les quelques actions portant spécifiquement sur les hépatites représentent des montants limités. Par exemple, SOS hépatites Île-de-France ne reçoit que 10 000€ de l'ARS, pour l'animation de groupe de paroles.

Concernant la vaccination et le dépistage, peu d'actions ont été menées ; la principale évolution a concerné l'évolution du mode de financement des CSAPA-CAARUD — devenu financement: Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) — mais si celle-ci a permis de pérenniser leur existence, celle a eu peu d'effet sur leurs interventions dans ce domaine. Les montants attribués aux CSAPA pour la mise en place de la vaccination sont restés très limités (de l'ordre de 1 000 € par an pendant trois ans).

En revanche, les projets d'éducation thérapeutique et d'appartements thérapeutiques se sont pour la plupart développés sur la période du plan, en lien également avec le plan pour la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques (2007-2011) qui préconisait leur développement (mesure 5 : « *Rémunérer l'éducation thérapeutique en ville et à l'hôpital* »).

Toutefois, il convient de noter le nombre limité de projets d'ETP ciblés spécifiquement sur les hépatites dans les trois régions étudiées. Deux éléments d'explication peuvent être avancés :

- des interventions d'éducation thérapeutique sont menées par les équipes hospitalières en dehors des programmes soumis à autorisation dans le cadre de leur activité habituelle, et de ce fait, ne sont pas comptabilisées ;
- l'accès à un logement ou hébergement stable est plus souvent cité par les professionnels comme la priorité pour permettre un bon déroulement du traitement, avant la mise en place de sessions d'ETP.

Fortes de ce constat, certaines ARS (Auvergne par exemple) incitent les équipes à soumettre des projets d'ETP. Ainsi, plusieurs actions qui sont encore à l'état de projet ont également été recensées dans le cadre des études de cas :

- un projet d'éducation thérapeutique au sein du pôle de référence hépatites du CHU de Clermont-Ferrand ;
- un projet au sein du pôle de référence hépatites du CHU de Jean Verdier (hors programme soumis à autorisation).

Le lien de ces actions existantes et en projet avec le plan n'est jamais explicitement formulé par les acteurs qui les portent. Il est également important de noter que, faute de financements publics, certaines actions ont été mises en place avec des financements privés (laboratoires), c'est le cas notamment du projet « Prodepist » de dépistage par fibroscan dans les prisons en Auvergne initié en juin 2012.

Les acteurs considèrent qu'il a entraîné peu, voire pas, de changements dans les pratiques, dans tous les domaines (prévention, vaccination, dépistage, prise en charge). C'est également le cas pour les pôles de référence hépatites.

## La coordination des acteurs hospitaliers et médico-sociaux est satisfaisante

Le maillage associatif et médico-social (CAARUD, CSAPA, PASS...) est important dans les territoires urbains étudiés (Paris, Saint-Denis, Marseille, Clermont-Ferrand). Il est, de façon logique, moins dense dans les territoires plus éloignés de la capitale régionale (Gap, Moulins).

Quel que soit le type de territoire, le lien entre ces acteurs et les professionnels hospitaliers ne pose pas de difficultés particulières. Les structures associatives et médico-sociales orientent facilement leurs usagers vers l'hôpital.

Dans tous les territoires urbains étudiés, des professionnels hospitaliers interviennent dans ces structures. On peut citer par exemple : MDM et la PASS/CH de Saint Denis, CSAPA/CAARUD et CDAG à Marseille, CDAG et pôle de référence à Marseille, CSAPA et CDAG de Clermont Ferrand, CSAPA/CAARUD et hôpitaux à Paris. Cette collaboration est largement antérieure au plan et s'appuie le plus souvent sur un lien interpersonnel.

## Les médecins généralistes restent en marge de la prise en charge

L'implication des médecins généralistes sur les hépatites B et C reste globalement limitée, en particulier dans la prise en charge. D'après les informations collectées, elle ne semble pas avoir évolué durant la période de mise en œuvre du plan.

Les médecins généralistes rencontrés ont des pratiques variables en termes d'orientation au dépistage. Ils reconnaissent être peu au fait des recommandations en la matière, en particulier pour l'hépatite B, notamment du fait de l'évolution rapide des

---

connaissances sur les populations et les facteurs de risques. Ils identifient tous les mêmes critères de ciblage des personnes à risque pour le VHC et le VHB : malades transfusés, usagers de drogue par voie veineuse, et migrants primo-arrivants originaires des pays à forte endémie (même s'ils n'identifient pas tous précisément les pays concernés). Ils ont peu de difficulté à amener ces patients à se faire dépister. Pour la population générale non concernée par ces facteurs de risque, les arguments sont moins évidents à trouver. Ils prescrivent par conséquent le dépistage des hépatites le plus souvent dans le cadre d'une visite pré-nuptiale ou d'un autre dépistage (VIH notamment).

Les médecins généralistes soulignent la complexification du calendrier vaccinal et leur manque d'arguments pour inciter leurs patients à faire vacciner leurs enfants ou à se faire vacciner (en dehors des patients amenés à voyager dans des zones à forte endémie ou les personnes devant se faire vacciner pour des raisons professionnelles). Ils soulignent à ce titre les fortes réticences qui subsistent parmi leur patientèle par rapport à la vaccination en général et à ce vaccin en particulier. Ils sont également parfois démunis face à des messages fluctuants qui leur semblent contradictoires.

Tant pour le dépistage que pour la vaccination, les médecins généralistes ont des points de vue très variables concernant les différents supports à disposition et l'accès à l'information (recommandations notamment). Certains soulignent le manque d'information, quand d'autres signalent au contraire une surcharge (nombreuses newsletters, brochures, etc.) sur l'ensemble des pathologies qu'ils sont amenés à traiter. Ils s'accordent en revanche sur l'importance de disposer de messages simples, en particulier sur les hépatites qui constitue une part infime de leur activité. L'initiative du comité régional de vaccination de PACA de publier une lettre d'information et de la diffuser à l'ensemble des professionnels de santé libéraux est perçue de façon variable selon l'intérêt que les médecins généralistes portent au sujet.

La prise en charge des patients atteints d'hépatites reste quant à elle très largement hospitalière, particulièrement pour le VHC du fait de :

- la lourdeur des traitements et de la gestion des effets secondaires pour les patients ;
- la technicité des prescriptions qui nécessiterait une formation spécifique (or pour la plupart des médecins généralistes, il s'agit de pathologies rencontrées peu fréquemment dans leur patientèle — de l'ordre de 1 à 10 cas par an pour les médecins généralistes rencontrés) ;
- l'évolution rapide des connaissances sur les traitements et les contre-indications qui nécessite des mises à jour fréquentes des pratiques des médecins.

Les microstructures font exception à ce constat, et permettent une prise en charge en ville, mais se développent sur la base du volontariat (ce type de projet implique en effet une évolution dans la façon de concevoir sa pratique) et sont financées pour l'instant à titre expérimental, donc de façon non pérenne.

En termes de formation, des sessions ont été organisées par les pôles de référence des territoires étudiés. Pour autant, ces sessions ont été peu suivies par les médecins

généralistes. Le public cible de ces sessions est de fait devenu les hépatologues hospitaliers, les médecins addictologues et dans une moindre mesure les hépatologues de ville.

Au total, alors que le plan hépatites B et C affichait la volonté de donner aux médecins généralistes un rôle central dans la prise en compte de ces pathologies, leur implication a assez peu évolué depuis 2009. Seules des initiatives locales très spécifiques, comme les microstructures (concernent une dizaine de médecins sur le territoire marseillais), ont amené une réelle évolution dans leur pratique (en pluridisciplinarité) et leur implication auprès des patients concernés.

### Question 3 : Effets du plan sur les publics les plus exposés et/ou en situation de précarité

Le plan ciblait plus spécifiquement plusieurs catégories de populations particulièrement exposées : les personnes détenues (axe 4 du plan), les personnes migrantes originaires des pays à forte endémie et les usagers de drogues (en particulier au sein des axes 1 et 2 relatifs à la prévention / réduction des risques, au dépistage et à la vaccination).

La santé de ces publics est prise en compte de façon globale dans des plans dédiés au niveau régional – certains sont la déclinaison d'un plan national, mentionnant les hépatites B ou C.

Populations cibles	Plan	Période	Echelle
Détenus	Plan d'actions stratégiques - politique de santé pour les personnes placées sous main de justice	2010/2014	Nationale, éventuellement repris dans la stratégie régionale.
Usagers de drogues	SRP, PRAPS		Régionale
Migrants	SRP, PRAPS		Régionale

**Le tableau ci-contre récapitule la présence de ces deux pathologies dans ces documents stratégiques pour les trois régions étudiées**

Populations cibles	Ile-de-France	PACA	Auvergne
Détenus	SRP : « Adapter la prévention aux populations en situation de vulnérabilité ».		
Les trois publics sont concernés	PRAPS	Mentionnés dans l'annexe « Lutte contre les addictions ».	
Usagers de drogues		SRP – Plan d'action « Enfants, adolescents, jeunes ».	L'annexe « Lutte contre les addictions » détaille des mesures de prévention pour les usagers de drogues (dont détenus).
Migrants		PRAPS	Non mentionnés

---

Dans les trois régions étudiées, la période du plan (2009-2012) n'a pas particulièrement amené de changements en matière de prise en compte de ces populations. Aucun financement supplémentaire spécifique à ces populations, ni changement d'attribution des financements notable, n'est intervenu.

En matière de prévention et réduction des risques, les actions déjà menées auparavant auprès de ces publics ont été poursuivies pour la plupart, même si quelques actions ont été interrompues du fait de l'absence de financement (SOS Hépatites à Marseille), ou suite à la fermeture d'une association (AIDES à Gap). Le fait que la période de mise en œuvre du plan soit concomitante à la mise en place des ARS explique en grande partie ce constat.

En matière de prise en charge, certaines initiatives nouvelles ont concerné plus particulièrement ces publics, comme par exemple la mise en place de microstructures ou la création d'appartements thérapeutiques (dont une partie est réservée aux anciens détenus) à Marseille, mais elles restent isolées et liées à un contexte local spécifique. D'après les professionnels rencontrés confrontés à ces populations, ces actions répondent au besoin de stabilisation des patients en situation de précarité (qu'ils soient usagers de drogues, anciens détenus, ou migrants précaires) et de pluridisciplinarité de l'accompagnement (soins et situation sociale). Une évaluation spécifique de ces projets serait toutefois nécessaire pour en apprécier pleinement les résultats, tant pour les publics concernés que sur la coordination des acteurs.

## Conclusion à l'issue des monographies

Les acteurs rencontrés dans le cadre de l'étude de cas peinent globalement à identifier un « effet plan » dans leurs pratiques, et ce pour deux raisons :

- ils ne connaissent pas le plan et les orientations stratégiques qui en découlent ;
- en l'absence de financement, le plan ne permet pas une réorientation de l'action des acteurs de terrain.

Globalement ils soulignent l'intérêt d'un plan au niveau national pour renforcer la visibilité de ces pathologies (qui sont moins visibles et moins connues que le VIH par exemple) et mettre en évidence des enjeux pour les professionnels. D'autre part, ce type de document peut permettre la mise en place de travaux de recherche ou d'expérimentations qui relèvent d'un niveau national dans un premier temps, avant d'être éventuellement diffusés dans les territoires.

Cependant, plusieurs difficultés sont soulevées concernant un éventuel prochain plan relatif aux hépatites :

- l'angle d'attaque du problème « hépatite » : les acteurs soulignent les grandes différences qui existent entre le VHB et le VHC et la difficulté de les prendre en compte dans un document commun. Une solution pourrait être d'intégrer cette problématique dans des champs plus larges, tels que :
  - les IST ;
  - la réduction des risques ;
  - une approche populationnelle.

- la difficulté à décliner un plan national au niveau local : la mise en place des ARS conduit à une plus grande autonomie des régions dans la définition de leurs priorités d'action de santé. Cela se reporte également sur les acteurs de terrain, qui tendent à s'intégrer dans ces priorités locales plutôt que dans des priorités nationales (et notamment quand elles ne sont pas assorties de financement).

Par ailleurs, les ARS soulignent les difficultés à « rendre des comptes » sur une pathologie alors que leur politique régionale est déclinée par population ou par risque.

## Pistes de travail

En réponse à ces conclusions, plusieurs priorités de travail semblent se dégager. Elles se déclinent en pistes opérationnelles touchant les différents aspects de la prise en charge des hépatites (prévention, dépistage, traitement/soins) et des pistes plus transversales, relatives au cadre de l'intervention institutionnelle sur ce sujet.

Les éléments en gras correspondent aux propositions prioritaires, parce qu'elles constituent des préalables, parce qu'elles sont très partagées par les différents acteurs rencontrés et/ou parce qu'elles sont les plus innovantes.

## Pistes concernant la prévention des hépatites

Une première série de pistes de travail concerne l'amélioration de l'information et de la sensibilisation en matière d'hépatites :

- **renforcer auprès de la population générale la visibilité des hépatites B et C**, moins connues que le VIH. La forme et le contenu du message ne sont pas clairement définis. Il devrait cependant intégrer la question des modes de transmission, du degré de gravité de la maladie, ainsi que la possibilité d'être porteur sain. Pour le VHB, le message devrait intégrer la question de la vaccination ;
- **créer un groupe de travail interministériel entre la DGS et la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)** pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de prévention en milieu carcéral adaptés et acceptables (en lien avec les directions interrégionales des services pénitentiaires et les organisations professionnelles). Par exemple, ces programmes concerneraient la formation des soignants ou les échanges de seringues ;
- de façon plus anecdotique, a été mentionnée l'idée de développer la coopération sur des actions de prévention avec les pays à forte endémie.

Une seconde série de propositions concerne la réduction des risques (RDR) et son déploiement :

- expérimenter et évaluer de nouvelles pratiques de RDR en direction des usagers de drogues (salles de consommation à moindre risque, actions s'appuyant sur les pairs...);
- **soutenir les actions en direction de publics moins bien identifiés**, moins ciblés ou moins nombreux et qui ne se considèrent pas comme à risque (milieux festifs, salles de sport...);

- 
- **Renforcer l'information et le contrôle des structures dont l'activité peut présenter un risque de transmission** (tatoueurs-perceurs, salons de coiffure, cabinet dentaire...).

Le troisième groupe de propositions en matière de prévention concerne les pistes visant à renforcer la vaccination contre le VHB :

- **clarifier la position du ministère de la Santé en matière de vaccination** contre le VHB (utilité et risques éventuels liés au vaccin) ;
- faire connaître les recommandations en matière de vaccination :
  - auprès de la population générale, *via* des campagnes de communication au niveau national, claires sur l'utilité et les risques éventuels du vaccin ; l'un des acteurs suggère également de mettre à jour les informations contenues dans le carnet de santé relatives au calendrier vaccinal ;
  - auprès des professionnels de santé libéraux, *via* les Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), des *newsletters* (exemple : le document élaboré par l'ARS et le comité de pilotage régional vaccination en PACA) et/ou des informations transitant par l'ordre des médecins ;
  - auprès des médecins traitants, en leur proposant un argumentaire pour inciter leurs patients à se faire vacciner.
- quelques médecins suggèrent de mettre en place un outil individuel sur la situation vaccinale (idéalement en ligne), qui pourrait être consulté et renseigné par tout professionnel de santé, éventuellement en lien avec le Dossier médical personnel (DMP).

## Pistes concernant le dépistage des hépatites

Une première série de piste doit permettre d'améliorer la connaissance sur l'activité de dépistage :

- renforcer la remontée d'information sur l'activité de dépistage, *via* :
- l'inscription d'indicateurs spécifiques (dépistages réalisés / orientation vers un autre acteur et lequel) dans les rapports d'activité des CAARUD et des CSAPA ;
- une réflexion avec l'Assurance maladie et les laboratoires de biologie sur les possibilités de *reporting* en la matière.

La seconde série de pistes doit contribuer à accroître l'activité de dépistage quantitativement et qualitativement :

- mener une réflexion sur l'évolution des critères de ciblage du dépistage : territoires ? tranches d'âge (*baby-boomers*) ?
- **informer les professionnels de ces critères**, à travers un « aide-mémoire », un argumentaire voire éventuellement des formations sur le dépistage en général.
- la plupart des acteurs de la RDR voient positivement l'arrivée prochaine des TROD VHC. Certains acteurs émettent des réserves sur les modalités d'utilisation de ces dépistages (formation des professionnels, lieux et conditions du dépistage...)



## Pistes concernant la prise en charge des hépatites

Les pistes d'action en matière de prise en charge des hépatites visent à faciliter une vision globale du soin :

- **renforcer les liens entre les acteurs du soin et les acteurs médico-sociaux**, afin de mieux prendre en compte la dimension « sociale » du traitement, à travers :
  - le développement de certaines structures (ACT, réseaux de soins d'addictologie, microstructures...);
  - la mise en place d'outils de liaison entre les différentes catégories d'acteurs (associations / hôpital; PASS / services spécialisés);
  - l'amélioration de la continuité de la prise en charge à la sortie de prison, par exemple *via* un DMP, des fiches de liaison, des revues de dossier.
- renforcer l'accès à des compétences spécifiques en fonction des profils des patients, en particulier en psychiatrie (notamment pour les situations hors addictions) et en alcoologie ;
- étudier l'intérêt d'un développement des projets autorisés en matière d'éducation thérapeutique — au sens de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) —, par rapport à d'autres types d'interventions.

## Pistes concernant le cadre d'intervention en matière d'hépatites

La prise en compte de ces pathologies dans la politique de santé publique reste essentielle. En la matière, on peut notamment distinguer l'échelon national et l'échelon régional.

Au niveau national, plusieurs pistes de travail peuvent être proposées :

- redonner de la visibilité à cette pathologie, à travers la mise en place d'actions d'envergure nationale ;
- définir des messages forts sur la vaccination et donner des arguments aux professionnels
  - campagne de communication pour le grand public ;
  - fiche d'argumentation pour les professionnels.
- plus globalement, sur le thème des hépatites, apporter de la connaissance à travers le financement d'études et de travaux de recherche ;
- **assurer un pilotage national de cette thématique**, à travers l'animation de réunions avec les référents régionaux et la mise en place d'un *reporting* des réalisations et résultats des actions menées (dépistage, vaccination...) comprenant quelques indicateurs communs ;

Au niveau régional, les ARS revendiquent de pouvoir prendre en compte les hépatites en fonction de leur propre stratégie territoriale (depuis la prévention jusqu'à la prise en charge) et en l'adaptant à leurs spécificités (territoires, publics...).

---

Dès lors, cette stratégie régionale doit permettre :

- **d'assurer la cohérence d'intervention entre les différents acteurs**, notamment à travers :
  - la clarification du rôle des pôles de référence ;
  - la fusion des CIDAG et des CIDDIST ;
  - une réflexion sur l'intérêt de la mise en place d'une organisation spécifique, par exemple, le projet en Auvergne de « pôles de santé publique », regroupant plusieurs compétences (vaccination, dépistage, PASS, UCSA, addictologie...);
  - une réflexion sur la mise en cohérence de la diffusion des messages de prévention impliquant les acteurs potentiellement concernés : COREVIH, pôle de référence, pôle de compétence en éducation pour la santé, Centres régionaux d'information et de prévention du sida (CRIPS...);
  - le renforcement des liens entre les acteurs du soin et les acteurs médico-sociaux (cf. *supra*).

## Liste des personnes rencontrées

Provence-Alpes-  
Côte d'Azur

Structure	Nom	Fonction
ARS	Daniel Marquis	Responsable département prévention promotion de la santé
	Nicole Miroglio	Pilote de programmes de prévention
	Martine Sciortino	Référente éducation thérapeutique
	Philippe Malfait	Responsable CIRE (épidémiologiste)
	Marie-Cécile Marcellesi	Référente cohésion sociale
	Ludovique Loquet	Responsable du service pilotage de la politique régionale de prévention
	Alain Ferrero	Responsable maladies chroniques
	Danielle Margileux	Responsable département santé publique et environnement
	Noëlle Vandenbosch	Infirmière de santé publique (VIH - hépatites - ETP) - Direction territoriale 13
	Nelly Blanchet	MISP - Direction territoriale 05
Pôle de référence hépatites - Hôpital de la conception	Danielle Botta-Fridlund	Référent
	Isabelle Portal	Hépatologue
CIDAG - CIDDIST Joliette	Isabelle Portal	Hépatologue
	Joëlle Roux-Cadiou	Médecin responsable
Conseil général Bouches-du-Rhône	Chantal Vernay-Vaisse	Chef de service «Prévention IST, Cancers, Vaccinations, Lutte contre la tuberculose»
PASS - Hôpital de la Conception	Dominique Grassinot	Médecin coordinateur
Réseau de santé Vieux Port	Isabelle Ravaux	Présidente
Fédération des réseaux de santé	Aude Joly	Coordinatrice
SOS Hépatites	Constance Nave	Présidente
AIDES	Hervé Richaud	Directeur régional
	Marie Suzan	Présidente Bouches-du-Rhône
Afrisanté	Kodou Wade	Directrice
ASM (Action Solidarité Marseille)	Fatima Djamila	Directrice
UCSA - CMP les Beaumettes	Claude Bartoli	Chef de service
Association Bus 31/32 (CAARUD - CSAPA)	Serge Longere	Directeur
	Eric Broneer	Médecin
ASUD Marseille	Mathieu Pastini	Directeur
Ville de Marseille	Pierre Toubiana	Chef de service «Santé Publique»
	Didier Seyler	Chef de service «Centre de vaccination»
Médecins généralistes	5	

UCSA - Maison d'arrêt de Gap	Claude Nevière	Médecin coordinateur
CHICAS	Claude Nevière	Chef de service «Addictions»
CHICAS - Centre de dépistage et de vaccination	Sylvie Dopre	Infirmière cadre de santé
PASS - CHICAS	Marie-Annick Hidoux	Médecin coordinateur
Anpaa 05 - CSAPA	Josiane Pellerin	Directrice

## Ile-de-France

Structure	Nom	Fonction
ARS - Ile-de-France	Evelyne Baillon-Javon	Directrice du pôle « <i>Prévention et promotion de la santé</i> »
	Jeanne-Marie Pascal	Co-référente VIH
	Marie-France d'Acremont	Médecin - Pôle VIH
	Emmanuelle Chevalier Portalez	Responsable Maladies Chroniques
	Delphine Vilain	Responsable «Personnes en difficultés spécifiques» et «Addictions»
AIDES Île-de-France	Olivier Benoit	Coordinateur
SOS Hépatites	Michèle Sizorn	Présidente
	Patrick Favrel	Secrétaire Fédéral
Association GAIA / Bus Méthadone	Elizabeth Avril	Directrice et Médecin généraliste
	Thomas Dusouchet	Coordinateur
Pôle de référence Hépatites Paris Est - Hôpital Jean Verdier	Véronique Grando	Hépatologue
PASS - Hôpital Delafontaine	Catherine Lesamedi	Coordinatrice
	Denis Mechali	Médecin
	Jeanine Rochefort	Médecin
UCSA - Fresnes	Catherine Fac	Médecin coordonateur
	Gilles Marmin	Cadre de santé
Atelier Santé Ville, Association maison de la Santé	Catherine Lesamedi	Présidente
CDAG – Hôpital Delafontaine	Marie Aude Khuong	Responsable du pôle
MDM (Centre d'accueil de soins et d'orientation)	Alaine Bene	Responsable
CSAPA hôpital Avicennes	Aymeric Reyre	Responsable
CAARUD Saint-Denis	Lionel Sayag	Coordinateur
Service d'hépto-gastro-entérologie Hôpital Delafontaine	Hélène Labadie	Hépatologue
Médecins généralistes	7 médecins	

## Auvergne

Structure	Nom	Fonction
ARS - Direction de la prévention et de la santé publique	Laurence Caillot	Inspectrice
ARS - Direction de l'offre hospitalière	Marie-Claude Didierlaurent	Médecin de santé publique
ARS - Direction Territoriale	Alain Buch	Chef du bureau des questions médico-sociales

SOS Hépatites Auvergne	Gilbert Lalo	Président - Antenne Auvergne Limousin
Aides - Auvergne Clermont-Ferrand	Christopher Depalle	Délégué d'actions
CAARUD (Aides)	Christopher Depalle	Délégué d'actions
CSAPA (Anpaa 63)	Grégory Volle Marie Mialou	Directeur régional Médecin
Pôle de référence hépatites, Service d'hépatogastro-entérologie	Armand Abergel	hépatologue
PASS - CHU Gabriel Montpied	Sandra Taze	Médecin coordinateur
SATIS (Soins accompagnement thérapies information et substitution mobile)	H. Vieillemaringe Alain Boye M. - J. Martin	Médecin Médecin associé Cadre de santé
CDAG – Dispensaire Emile Roux	Jean Perriot	Médecin coordinateur
UCSA maison d'arrêt Riom	Angéline Guyot-Lena	Médecin coordinateur
CDAG – CH de Moulins Yzeure	Isabelle Jeux	Cadre de santé
CSAPA – CH de Moulins Yzeure	Philippe Dubost	Infirmier
ACT - SOS Habitat et soins	Edouard Théodore Patrice Salem Marie-Pierre Rage	Coordinateur Médecin coordinateur Infirmière
COREVIH	Christine Jacomet	Infectiologue
Médecins généralistes	4 médecins	

## Synthèse des entretiens patients

### Limites méthodologiques

Deux patients ont pu être interrogés (un dans le Var, un autre en Seine-et-Marne). Ces patients ont été contactés *via* le site « hepatitis.net ». Cette solution a été choisie suite aux difficultés rencontrées lors de la collecte en région. En effet, il n'a pas été possible de rencontrer de patients lors des entretiens dans les centres hospitaliers comme cela avait été prévu en accord avec le comité d'évaluation, soit parce qu'aucun patient n'était présent ces jours-là, soit parce qu'aucune salle n'était disponible pour mener un entretien confidentiel.

### Information du patient

Les deux patients sont suivis pour le VHC depuis 16 et 9 ans. L'un d'eux est co-infecté par le VIH. Tous deux sont suivis dans des hôpitaux généraux.

Dans la mesure où le dépistage remonte à plusieurs années, les patients n'ont pas évoqué spontanément de problème d'information au moment où la maladie a été identifiée. Le déficit d'information se fait cependant sentir concernant les traitements et l'évolution de la maladie (effets secondaires, effets du traitement, etc...). Les deux patients évoquent un temps d'échange très court avec l'hépatologue lors de consultations, qui nécessite de préparer ses questions à l'avance pour pouvoir toutes les

---

poser. Les deux personnes interrogées complètent les informations données par le médecin par une consultation des sites spécialisés (hépatites.net), et plus ponctuellement, par des échanges avec l'association SOS hépatites (les patients interrogés n'en sont pas membres, mais ont des contacts ponctuels avec cette association).

## Rôle du médecin généraliste

Les deux patients sont par ailleurs suivis par leur médecin traitant généraliste, mais ce dernier joue un rôle mineur dans le traitement. Dans les deux cas, les patients indiquent que leur médecin reçoit régulièrement les résultats des différents examens effectués, mais pour l'essentiel du traitement et de l'information sur le traitement, les généralistes s'en remettent au spécialiste hospitalier.

## Education thérapeutique

L'un des patients évoque des programmes d'éducation thérapeutique auxquels il a eu accès au début de son traitement. À sa connaissance, ce programme a par la suite été interrompu, par manque de personnel infirmier pour le poursuivre. Le patient considère ces programmes utiles pour l'information des patients.

## Coordination des soins

Les patients ne signalent pas spontanément de problème de coordination entre professionnels de santé (ils n'indiquent pas avoir à répéter les mêmes réponses aux questions). Le patient suivi à la fois pour le VIH et le VHC indique que la communication entre les deux spécialistes est fluide. Cependant, ce patient qui est également diabétique, signale une mauvaise communication entre ces deux spécialistes et le diabétologue.

## Prise en charge sociale

Interrogés sur les problématiques de prise en charge sociale, les deux patients évoquent les démarches liées à l'obtention du statut d'invalidité, pour lesquelles ils ont eu des contacts avec des assistants sociaux (et pour l'un d'eux, avec la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), et ne signalent pas de difficultés particulières. L'un des deux patients a indiqué par ailleurs avoir eu des démarches juridiques assez lourdes à effectuer pour obtenir l'indemnisation prévue pour les cas de transfusions.

# Grilles d'entretien

## Grille ARS

### 1 - Organisation et pilotage du plan

- **En quelques mots, que peut-on dire du contexte régional / local au regard du sujet « hépatites »**
  - Prévalence de la maladie ; population à risque ; organisation des soins ; existence de structure de prévention, de dépistage, d'accompagnement ; tissu associatif...
  - Ancienneté de la prise en charge de cette problématique...
  - S'agit-il d'une thématique prioritaire sur votre territoire ? Pour quelle raison est-elle prioritaire ? Comment cela se traduit-il (programmation / financement, place dans le PNRS) ?  
Y a-t-il des territoires plus ciblés pour lesquels il s'agit d'une priorité ? (Quelle réponse apportée ?)
  - Mettez-vous en place des actions sur le sujet des hépatites, en dehors du plan ?
  - Existence de documents de planification antérieurs sur le sujet hépatites, sur les populations exposées, sur les thématiques connexes
    - Au niveau régional
    - Au niveau local
  - Quelle articulation entre ces différents documents ?
    - Avez-vous le sentiment d'une cohérence ? de redondances ? de contradictions ?
  - Quelles autres modalités de financement sur cette problématique ou sur des thématiques connexes, ou en direction de ces populations ?
- **Quel pilotage du plan a été mis en place ?**
  - Quels acteurs ont-été associés ?
  - Quelle fréquence des réunions ?
  - Quel contenu ?
  - Quel lien entretenez-vous avec le pilotage national ?
- **Quels acteurs ont été associés à la mise en place du plan ?**
  - Quel est le rôle spécifique du / des pôles de références ?
  - Quel est le rôle spécifique du ou des réseaux ?
  - Mise en œuvre des actions
  - Y a-t-il des acteurs que vous vouliez associer, sans succès (difficulté à mobiliser ce public, manque d'intérêt de ce public, oubli...)
  - Quels éléments pourraient / auraient pu faciliter leur implication ?
- **Quel suivi du plan a été mis en œuvre ?**
  - Répartition des financements alloués (critères de sélection des projets le cas échéant)

- 
- Outils de suivi des financements
  - Outils de suivi des actions (bilan ? évaluations ?)
  - Quels éléments de la mise en œuvre ont constitué les plus grands succès ?
  - Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en œuvre du plan ?
    - Lesquelles ?
    - Comment ont-elles / auraient-elles pu être dépassées ?

## 2 - Les actions mises en œuvre sur le territoire

- **Quelles actions ont été mises en place, pour chacun des publics (population générale, UD, migrants, personnes incarcérées + VHB / VHC) ? (Et quel état d'avancement ?)**
  - En matière de prévention
  - En matière de dépistage
  - En matière d'accès aux soins
  - En matière d'accompagnement des patients et/ou des proches ?
- **Ces actions sont-elles nouvelles ?**
  - Nouveaux porteurs /nouveaux partenariats ?
  - Nouveaux publics ?
  - Nouvelle approche de la prévention / du dépistage / de l'accès aux soins / de l'accompagnement ?
- **Les publics les plus exposés sont-ils ciblés par les actions ?**
  - Si non, quels publics et pourquoi ?
  - Si oui, quelle part des actions ?
- **Quelles actions ont particulièrement bien marché ?**
  - Sur quel critère ont-elles « bien marché » ?
  - Comment expliquez-vous ce succès ?
  - Eventuellement des choses qui ont bien marché « hors plan » ?
  - Diriez-vous que ces actions peuvent se pérenniser, en dehors d'un éventuel prochain plan ?
- **Quelles sont les actions qui n'ont pas « bien marché » (pas mises en place ou difficulté à se mettre en place) ?**
  - Quelles actions ?
  - Pour quelle raison ?
  - Comment les difficultés ont / auraient pu être dépassées ?
- **Avez-vous eu l'impression que tous les acteurs concernés ont-été impliqués dans les actions ?**
  - Y a-t-il des acteurs «qui manquent» ?
  - Qui se sont insuffisamment impliqués au regard de ce qui étaient attendu d'eux ?
  - Pour quelle raison se sont-ils peu impliqués ?
  - Quels éléments auraient pu faciliter leur implication ?



- Des actions prévues ont-elles été modifiées depuis 2009 (ou nouvelles actions mises en œuvre), en raison de connaissance ou de données nouvelles ?
- Le plan reste-t-il pertinent ? En fonction des évolutions du contexte ?

### 3 - Les effets pour les populations

- **Diriez-vous que, depuis 2009, la prévention s'est améliorée ?**
  - Couverture vaccinale plus importante ?
  - Meilleure connaissance (et réduction) des pratiques à risques ?
- **Diriez-vous que, depuis 2009, le dépistage s'est amélioré ?**
  - Plus de dépistage pour les populations à risque ?
  - Y a-t-il des populations pour lesquelles le dépistage vous semble encore insuffisant ?
  - Le dépistage est-il systématiquement proposé pour les populations les plus exposées (UD, migrants, personnes incarcérées) ?
  - Dépistage plus précoce ?
  - Des mesures de prévention des risques sont-elles associées au dépistage (y compris en cas de dépistage négatif) ?
  - En cas de dépistage positif, les liens avec la prise en charge (PEC) sont-ils plus systématiques ? avec quel accompagnement ?
  - Constatez-vous des difficultés à orienter les personnes infectées vers la PEC ? pour quelles catégories de population en particulier ?
- **Diriez-vous que, depuis 2009, la PEC des patients s'est améliorée ?**
  - PEC plus rapide ?
  - Meilleure coordination entre les professionnels intervenant auprès des patients ?
  - Meilleur accès au traitement VHC ?
  - Plus grande « mise au centre » du patient dans sa PEC (éducation thérapeutique). Y a-t-il des différences entre les publics dans la mise en œuvre de cette démarche ?

## Grille associations

### 1 - Organisation et pilotage du plan

- **Avez-vous été associé à la mise en place du plan ? Sous quelle forme ?**
  - Pilotage, gouvernance suivi
  - Mise en œuvre des actions
- **Description des actions mises en œuvre dans le cadre du plan**
  - Publics ciblés
  - Axe ciblé
  - Méthodologie
  - Votre projet fait-il référence à des plans nationaux ou locaux portant sur les

- 
- mêmes populations ou des thématiques connexes ?
  - Financement

- **Disposez-vous d'autres financements sur le sujet « hépatites », en dehors du plan ? (Lesquels ?)**

## 2 - Les actions mises en œuvre

- **Quelles actions avez-vous mises en place ? (Et quel état d'avancement)**
  - En matière de prévention
  - En matière de dépistage
  - En matière d'accès aux soins
  - En matière d'accompagnement des patients et/ ou des proches ?
  - Quelles sont vos sources de financement pour chacune de ces actions (dons, subventions publiques, financements privés) ? (bilan d'activité ?)
- **Y a-t-il des éléments nouveaux dans ces actions, par rapport à votre action antérieure ?**
  - Nouveaux porteurs /nouveaux partenariats ?
  - Nouveaux publics ?
  - Nouvelle approche de la prévention / du dépistage / de l'accès aux soins / de l'accompagnement ?
- **Ces actions ont-elles été modifiées du fait de leur inscription dans le plan**
  - Plus d'ampleur ? (nombre de personnes touchées, territoires touchés...)
  - Publics différents ?
  - Partenariats différents ? (liens avec le social, la psychiatrie notamment et les sujets connexes)
- **Quels sont les éléments à ce stade qui ont particulièrement bien marché ?**
  - Comment expliquez-vous ce succès ?
  - Quel suivi / évaluation des actions ?
  - Quelles données disponibles ?
  - Eventuellement des choses qui ont bien marché « hors plan » ?
- **Diriez-vous que ces actions peuvent se pérenniser, en dehors d'un éventuel prochain plan ? Quelles sont les actions qui n'ont pas « bien marché » (pas mises en place ou difficulté à se mettre en place) ?**
  - Quelles actions ?
  - Pour quelle raison ?
  - Comment les difficultés ont/auraient pu être dépassées ?
- **Quels sont vos liens avec les autres professionnels sur votre territoire ?**
  - Avez-vous des contacts avec le pôle de référence ? De quel type ? (Partenariats sur des projets ? Orientation de patients ?)
  - Avez-vous des contacts avec les professionnels d'un réseau de santé (hépatites/toxicomanie) ? De quel type ? (Partenariats sur des projets ? Orientation de patients ?)
  - Avez-vous des contacts avec les professionnels hospitaliers ? de quel type ?

- (Partenariats sur des projets ? Orientation de patients ?)
- Avez-vous des contacts avec les professionnels de ville ? de quel type ? (Partenariats sur des projets ? Orientation de patients ?)
  - Avez-vous des contacts avec les professionnels du champ médico-social/ social ? de quel type ? (Partenariats sur des projets ? orientation de patients ?)
  - Ces contacts vous semblent-ils plus importants et/ou plus systématiques depuis 2009 ?

■ **Avez-vous eu l'impression que tous les acteurs concernés ont-été impliqués dans les actions ?**

- Y a-t-il des acteurs «qui manquent» ?
- Rencontrez-vous parfois des difficultés pour mobiliser certains acteurs ?
- Pour quelle raison ?
- Quels éléments pourraient/auraient pu faciliter leur implication ?

### 3 - Les effets pour les populations

■ **Diriez-vous que, depuis 2009, la prévention s'est améliorée ?**

- Couverture vaccinale plus importante ?
- Meilleure connaissance (et réduction) des pratiques à risques ?

■ **Diriez-vous que, depuis 2009, le dépistage s'est amélioré ?**

- Plus de dépistage pour les populations à risque ? (Quelle évolution du refus de dépistage ?)
- Y a-t-il des populations pour lesquelles le dépistage vous semble encore insuffisant ?
- Le dépistage est-il systématiquement proposé pour les populations les plus exposées (UD, migrants, personnes incarcérées) ?
- Dépistage plus précoce ?
- Des mesures de prévention des risques sont-elles associées au dépistage (y compris en cas de dépistage négatif) ?
- En cas de dépistage positif, le lien avec la prise en charge sont-ils plus systématiques ? plus suivis ? Quelle évolution du refus d'entrer en soin ?
- Constatez-vous des difficultés à orienter les personnes infectées vers la PEC ? Pour quelles catégories de population en particulier ?

■ **Diriez-vous que, depuis 2009, la PEC des patients s'est améliorée ?**

- PEC plus rapide ?
- Meilleure coordination entre les professionnels intervenant auprès des patients ?
- Meilleure prise en compte de l'environnement du patient (qualité de vie, proches...)
- Systématisation de l'éducation thérapeutique, auprès de tous les publics ?

---

#### 4 - Publics les plus exposés (à poser aux associations généralistes)

- Les publics les plus exposés sont-ils ciblés par les actions ?
  - Si non, quels publics et pourquoi ?
  - Si oui, quelle part des actions ?
- Quelles ont été les méthodes mobilisées pour toucher ces publics ?
  - Quelles sont celles qui semblent procurer les meilleurs résultats ?
- Quels acteurs médicaux et médico-sociaux mobilisez-vous dans le cadre des actions auprès de ces publics ?
  - Quel est leur rôle dans la mise en œuvre des actions ? (Partenaires, pilotes, financeurs...)
  - Pour quel(s) enjeu(x) ont-ils été particulièrement mobilisés (Prévention, dépistage, accès aux soins, qualité de vie du patient)
  - Leur implication vous semble-t-elle plus importante et/ou plus systématique ?
- Quels sont les effets observables à ce stade pour les populations ?
  - Prévention
  - Dépistage
  - Accès aux soins / rapidité de la prise en charge

#### 5 - Accompagnement / qualité de vie Quelles suggestions pour l'avenir ?

- Selon vous, quels sont les principaux problèmes qui nécessitent actuellement une attention particulière ?
- Quels sont les principaux axes qui vous paraissent importants à développer pour les cinq ans à venir ?
- Quelles mesures / actions concrètes seraient souhaitables ?
- Diriez-vous que le parcours du patient est simplifié (coordination et cohérence) ?

### Grille milieu carcéral

#### 1 - Contexte

- Combien de patients VHB et VHC suivez-vous par an en moyenne ? Cette part vous semble-t-elle avoir augmenté depuis 2009 ?
- À quelle fréquence sont organisées les visites médicales dans votre établissement ?

- Prévention et vaccination**
- **La prévention des risques dans l'établissement ?**
    - Quelles actions de prévention sont mises en place dans l'établissement ?
      - Quels sont les acteurs associés à cette démarche (associations ?). Quelles difficultés rencontrez-vous pour les mobiliser ?
      - De quels financements disposez-vous pour mener de telles actions ? (Quels montants ? Quelles sources ?)
    - Quelles actions d'éducation à la santé sont mises en place dans l'établissement
      - Quels sont les acteurs associés à cette démarche (associations) ? Quelles difficultés rencontrez-vous pour les mobiliser ?
      - De quels financements disposez-vous pour mener de telles actions ? (Quels montants ? Quelles sources ?)
    - Quels sont les outils ou les supports que vous utilisez en matière de prévention ? Disposez-vous de brochures sur les IST ou les hépatites que vous pouvez remettre aux détenus ? *Recommandations 2001.*
    - Quelles actions de réductions des risques sont mises en place dans l'établissement ?
      - Est-ce que l'établissement met à disposition des détenus des préservatifs ? *Recommandations 2001.*
      - De l'eau de javel (utilisée pour la désinfection du matériel en contact avec le sang – seringues, tatouages, piercing) ? *Recommandations 2001.*
    - Les détenus usagers de drogues ont-ils la possibilité de suivre des traitements de substitution (méthadone, buprénorphine) ? Combien de personnes environ suivent ces traitements ?
  - **La vaccination contre le VHB.**
    - La vaccination contre le VHB est-elle proposée dans votre établissement ? *Recommandations 2001.*
    - À quel moment ?
    - Des campagnes de vaccination ont-elles été organisées dans votre établissement ? *Recommandations 2001.*
      - Quels obstacles à la mise en œuvre de la vaccination ? Quels sont les facteurs qui au contraire facilitent la vaccination ?
      - Comment est assuré le relais à l'extérieur pour la vaccination, si les trois injections n'ont pas pu être effectuées durant la durée de la détention ? *Recommandations 2001.*
      - Avez-vous le sentiment que la vaccination est plus systématiquement proposée ? Acceptée ?
- Évolutions dans les pratiques**
- Vos pratiques en matière de prévention et d'éducation en santé ont-elles évolué ?
  - Les instructions ou recommandations que vous avez reçues en matière de prévention ont-elles évolué depuis 2009 ?

---

## 2 - Dépistage

- **Comment s'organise le dépistage du VHC et VHB en milieu carcéral ?**
  - Le dépistage est-il proposé aux détenus ? À quel moment (visite « entrant », pendant la détention, à la sortie) ? Est-il proposé systématiquement ou uniquement aux publics « à risque » (UD, migrants...) ? *Action IV 1.*
  - Quels sont les acteurs associés à la mise en place de ce dépistage (CDAG ? Associations ?) Comment les mobilisez-vous ? Comment s'organise la prise de relais éventuel ?
  - Quels obstacles rencontrez-vous dans la mise en œuvre de ce dépistage ? Inversement, quels facteurs ou quelles conditions facilitent ce dépistage ?
  - Comment sont gérés les refus de dépistage ? *Action IV 1.*
  - La proposition de dépistage est-elle renouvelée (en cas de refus ou en cas de premier dépistage négatif) ? *Action IV 1.*
  - Avez-vous le sentiment que le dépistage est plus systématiquement proposé ? Accepté ?
  - Avez-vous le sentiment que le dépistage est plus précoce ?
- **Les guides et instructions en matière de dépistage ont-ils évolué ?**
  - Avez vous connaissance de guides méthodologiques (exemple : *guide de 2005 sur la prise en charge des patients*), ou autres instructions écrites (circulaire de 1996), relatifs aux modalités de proposition de dépistage ?
  - Votre pratique en matière de dépistage se fonde-t-elle sur de tels documents ?
  - Les instructions ou recommandations que vous avez reçues en matière de dépistage ont-elles évolué depuis 2009 ?
  - Que faites-vous différemment en matière de dépistage (notamment en matière de repérage des populations à risque et d'orientation vers le dépistage) ?

## 3 - Prise en charge

- **Combien environ de patients atteints sont identifiés dans l'établissement ?**
- **Comment s'organise la prise en charge d'un détenu atteint d'hépatite ?**  
*Action IV. 2 Action IV 4.*
- **Comment se déroule l'annonce des résultats ?**
- **Comment s'articule le relais et la prise en charge avec les professionnels de santé de l'extérieur ?**
  - Les patients ont-ils accès à des traitements post-exposition ? *Recommandations 2001.*
  - Les détenus ont-ils la possibilité d'assister à des consultations d'hépatogastro-entérologie ? *Action IV 4.*
- **Est-ce que les associations ou d'autres structures médico-sociales interviennent dans la prise en charge des détenus atteints d'hépatites ?**
- **Quels sont les obstacles à une bonne prise en charge des détenus atteints ? Quels facteurs facilitent cette prise en charge ?**

- Y a-t-il beaucoup de déperdition entre la prévention, le dépistage et la prise en charge (pour les personnes atteintes) ? Pour quelles raisons ?
- Avez-vous le sentiment que la qualité de vie du patient est plus systématiquement prise en compte ?
- Les patients ont-ils accès à une démarche d'éducation thérapeutique ?
- Quels sont les acteurs impliqués dans une telle démarche ?

#### 4 - Coordination des soins

- Concrètement, lorsque vous êtes confronté à un cas d'hépatite, quels sont les liens que vous mettez en place avec les autres professionnels de santé ?
  - Pôle de références
  - Médecins de ville spécialisés ou hospitaliers (gastro-entérologues, médecins des addictions, psychiatre...)
  - Pour quel(s) enjeu(x) les mobilisez-vous le plus ? (Prévention, dépistage, accès aux soins, qualité de vie du patient)
  - Rencontrez-vous des difficultés pour mobiliser ces acteurs ? Lesquelles ?
- Quels acteurs du domaine social (accès aux droits – migrants et personnes incarcérées) mobilisez-vous ? Comment ?
  - Leur implication vous semble-t-elle plus importante et / ou plus systématique ?
  - Pour quel(s) enjeu(x) les mobilisez-vous le plus ? (Prévention, dépistage, accès aux soins, qualité de vie du patient)
  - Rencontrez-vous des difficultés pour mobiliser ces acteurs ? Lesquelles ?
- Comment est organisé le relais avec les différents acteurs à la sortie de prison ? *Action IV 2. ; Action IV 4.*
  - Quels acteurs (associations, médecins généralistes, médecins spécialistes / hospitaliers...) sont associés à la prise en charge ? Quel rôle jouent-ils ? Comment les mobilisez-vous ?
  - Quels sont les obstacles rencontrés pour assurer la continuité des soins à la sortie de prison ? Quels sont les facteurs facilitant cette continuité des soins ?

#### 5 - Quelles suggestions pour l'avenir ?

- Selon vous, quels sont les principaux problèmes qui nécessitent actuellement une attention particulière ?
- Quels sont les principaux axes qui vous paraissent importants à développer pour les cinq ans à venir ?
- Quelles mesures / actions concrètes seraient souhaitables ?

---

## Grille médecins généralistes

### 1 - Perception du rôle

- **Comment comprenez-vous votre rôle en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des hépatites ?**
  - Combien de patients VHB et VHC suivez-vous par an en moyenne ? Cette part vous semble-t-elle avoir augmenté depuis 2009 ?
  - En matière de prévention
  - En matière de dépistage
  - En matière de prise en charge sanitaire
  - En matière d'accompagnement des patients et/ ou des proches ?
- **Ce rôle vous semble-t-il nouveau ?**
- **Rencontrez-vous des difficultés pour investir ce rôle ?**
- **Vos pratiques ont-elles évolué depuis 2009 ?**
  - Que faites-vous différemment en matière de prévention (notamment en matière de préconisation de la vaccination) ?
  - Que faites-vous différemment en matière de dépistage (notamment en matière de repérage des populations à risque et d'orientation vers le dépistage) ?
  - Que faites-vous différemment en matière de prise en charge (notamment en matière de suivi des patients / d'orientation vers un centre de soin) ?
  - Quels sont les éléments qui ont fait évoluer vos pratiques ?
- **Avez-vous suivi des formations sur le sujet des hépatites ou sur des sujets connexes ?**
  - Des formations vous ont-elles été proposées ? (Dans quel cadre ? Sur quel sujet en particulier ?)
  - Avez-vous suivi ces formations ?
  - Quel regard portez-vous sur ces sessions ? (Qualité du contenu, intérêt, utilité).

### 2 - Coordination avec les autres acteurs

- **Concrètement, lorsque vous êtes confronté à un cas d'hépatite, quels sont les liens que vous mettez en place avec les autres professionnels de santé ?**
  - Pôle de références
  - Médecins de ville spécialisés ou hospitaliers (gastro-entérologues, médecins des addictions, psychiatre...)
  - Pour quel(s) enjeu(x) les mobilisez-vous le plus ? (Prévention, dépistage, accès aux soins, qualité de vie du patient)
  - Rencontrez-vous des difficultés pour mobiliser ces acteurs ? Lesquelles ?
- **Quels acteurs du domaine social (accès aux droits – migrants et personnes incarcérées) mobilisez-vous ? Comment ?**
  - Leur implication vous semble-t-elle plus importante et / ou plus systématique ?



- Pour quel(s) enjeu(x) les mobilisez-vous le plus ? (prévention, dépistage, accès aux soins, qualité de vie du patient)
- Rencontrez-vous des difficultés pour mobiliser ces acteurs ? Lesquelles ?

### 3 - Publics les plus exposés

- **Avez-vous l'impression de pouvoir détecter plus facilement les populations les plus exposées au risque hépatites ?**
  - Quels sont les « outils » ou les « supports » que vous utilisez ?
  - Quels ont été les éléments qui vous ont aidé à améliorer ce repérage ?
  - Rencontrez-vous des difficultés pour mobiliser ces publics ? Lesquelles ?
  - Comment sont reçus vos conseils par vos patients (y compris population générale) ? Les patients sont-ils sensibles aux campagnes hépatites ?
- **Quelles méthodes mobilisez-vous pour sensibiliser ces publics aux risques, pour les orienter vers le dépistage ou une prise en charge ?**
  - Rencontrez-vous des difficultés pour orienter ces publics ? Lesquelles ?
- **Quels sont les effets que vous pouvez observer pour les patients, en terme de :**
  - information et sensibilisation sur les pratiques à risques
  - réduction des pratiques à risque
  - sensibilisation à la vaccination
  - précocité du dépistage et de la prise en charge
  - rapidité de la prise en charge
  - prise en compte de la qualité de vie des patients
  - systématisation de l'éducation thérapeutique

### 4 - Quelles suggestions pour l'avenir ?

- Selon vous, quels sont les principaux problèmes qui nécessitent actuellement une attention particulière ?
- Quels sont les principaux axes qui vous paraissent importants à développer pour les cinq ans à venir ?
- Quelles mesures / actions concrètes seraient souhaitables ?

## Grille patients

### 1 - Information

- **Comment avez-vous été informé(e) sur votre maladie et votre traitement ?**  
( Professionnels > Lesquels ?    Internet > Quels sites ?  
Réseau > Qui ?    Association > Laquelle... ) ?  
Sur les professionnels et les structures susceptibles de vous soigner et de vous accompagner ?

- 
- Est-ce que cela vous a paru compliqué d'obtenir des informations ? Pourquoi ?
  - Estimez-vous être bien informé(e) ? Quels sont les aspects sur lesquels vous estimez qu'il vous manque de l'information ?
  - Connaissez-vous des associations qui interviennent sur votre maladie ? En faites-vous partie ? Pour quelle raison ?

## 2 - Coordination des soins

- Depuis que vous êtes pris en charge, quels professionnels de santé avez-vous rencontrés ? dans quels établissements avez-vous été pris en charge ?
- Avez-vous l'impression que ces professionnels se concertent sur votre cas ? Devez-vous répéter votre situation et votre parcours à chaque nouvel interlocuteur ?
- Quel rôle joue votre médecin généraliste ?
- Avez-vous rencontré des travailleurs sociaux ? Avez-vous l'impression que ces professionnels travaillent en concertation avec l'équipe soignante ?
- Avez-vous parfois été confronté à des contradictions entre ces différents acteurs ? Lesquelles ?
  - Sur vos pratiques / modes de vie
  - Sur votre traitement
  - Sur vos droits

## 3 - Qualité de vie

- Globalement, diriez-vous que votre environnement/votre entourage/vos conditions de vie sont pris en compte par les professionnels qui vous suivent ?
- Place du patient dans la PEC
- Avez-vous participé à un programme d'éducation thérapeutique ? Si oui, comment l'avez-vous perçu ? Quels en sont les côtés positifs et les côtés négatifs ?

## 4 - Quelles suggestions pour l'avenir ?

- Si vous pouviez améliorer la situation en matière d'information, de dépistage, et de PEC des patients, que proposeriez-vous ?
- Quels sont les besoins que vous ressentez qui ne sont pas couverts par les professionnels qui vous entourent ? Comment pourrait-on les couvrir ?
- Quelles mesures/actions concrètes seraient souhaitables ?

## Grilles pôle de référence

### 1 - Organisation et mise en place

- **En quelques mots, que peut-on dire du contexte régional/local au regard du sujet « hépatites »**
  - Prévalence de la maladie ; population à risque ; organisation des soins ; existence de structure de prévention, de dépistage, d'accompagnement ; tissu associatif...
- **Avez-vous été associé à la mise en place du plan ? Sous quelle forme ?**
  - Pilotage, gouvernance suivi
  - Mise en œuvre des actions
- **Description des actions du pôle**
  - Rôle du pôle et ressources humaines
  - Acteurs associés
  - Nombre de réunions par an / fonctionnement
  - Nombre de patients dans la file active
  - Financements reçus (financement du plan, autres financements publics, financement privés)
  - Autres actions et partenariats
- **Un réseau VIH/VHC est-il associé à votre pôle ?**
  - Activités
  - Acteurs associés
  - Nombre de réunions par an / fonctionnement
  - Financements reçus

### 2 - Les actions du plan 2009-2012

- **Quelles actions du plan avez-vous mises en place ? (Et quel état d'avancement ?)**
  - En matière de prévention
  - En matière de dépistage
  - En matière d'accès aux soins
  - En matière d'accompagnement des patients et/ ou des proches ?
- **Quelles actions ont-été mises en place, pour chacun des publics (population générale, usagers de drogues, migrants, personnes incarcérées + VHB / VHC) ? (Et quel état d'avancement ?)**
  - En matière de prévention
  - En matière de dépistage
  - En matière d'accès aux soins
  - En matière d'accompagnement des patients et/ ou des proches ?
- **Le plan a-t-il représenté pour vous un *stimulus* ou une opportunité pour mettre en place de nouvelles actions ? Pourquoi ? Lesquelles ?**

- 
- **En quoi ces actions sont-elles nouvelles ?**
    - Nouveaux porteurs /nouveaux partenariats ?
    - Nouveaux publics ?
    - Nouvelle approche de la prévention / du dépistage / de l'accès aux soins / de l'accompagnement ?
  - **Ces actions ont-elles été modifiées du fait de leur inscription dans le plan ?**
    - Plus d'ampleur ? (Nombre de personnes touchées, territoires touchés...)
    - Publics différents ?
    - Partenariats différents ? (Liens avec le social, la psychiatrie notamment et les sujets connexes)
  - **Quelles actions ont particulièrement bien marché ?**
    - Sur quel critère ont-elles « bien marché » ?
    - Quel suivi / évaluation des actions ?
    - Comment expliquez-vous ce succès ?
    - Eventuellement des choses qui ont bien marché « hors plan » ?
    - Diriez-vous que ces actions peuvent se pérenniser, en dehors d'un éventuel prochain plan ?
  - **Quelles sont les actions qui n'ont pas « bien marché » (pas mises en place ou difficulté à se mettre en place) ?**
    - Quelles actions ?
    - Pour quelle raison ?
    - Comment les difficultés ont / auraient pu être dépassées ?
  - **Des actions prévues ont-elles été modifiées depuis 2009 (ou nouvelles actions mises en œuvre), en raison de connaissance ou de données nouvelles ?**
  - **Le plan reste-t-il pertinent ? En fonction des évolutions du contexte ?**

### 3 - Vos liens avec les autres professionnels

- **Quels sont vos liens avec les professionnels généralistes et les hépato-gastro-entérologues sur votre territoire ?**
  - Les professionnels de ville prennent-ils en charge des patients ?
  - Comment coordonnez-vous votre action avec la leur ?
  - Ces contacts vous semblent-ils plus importants et/ou plus systématiques depuis 2009 ?
  - Quel a été le rôle du pôle depuis 2009 pour former ces professionnels ? Quelles activités de formation médicale continue ? (Formation – information, utilisation des médias-outils diffusés au plan national)
- **Quels sont vos liens avec les autres professionnels de santé sur votre territoire (infirmiers, pharmaciens, médecins CSAPA, médecins PASS) ?**
  - Comment coordonnez-vous votre action avec la leur ?
  - Ces contacts vous semblent-ils plus importants et / ou plus systématiques depuis 2009 ?
  - Quel a été le rôle du pôle depuis 2009 pour former ces professionnels ? Quelles

activités de formation médicale continue ? (Formation – information, utilisation des médias-outils diffusés au plan national)

- **Quels sont vos liens avec les professionnels du champ social sur votre territoire ?**
  - Avez-vous des contacts avec les professionnels du champ médico-social/ social ? de quel type ? (Partenariats sur des projets ? Orientation de patients ?)
  - Ces contacts vous semblent-ils plus importants et/ou plus systématiques depuis 2009 ?
- **Quels sont vos liens avec les associations de patients sur votre territoire ?**
  - Avez-vous des contacts avec les associations de patients ? De quel type ? (Partenariats sur des projets ? Orientation de patients ?)
  - Ces contacts vous semblent-ils plus importants et/ou plus systématiques depuis 2009 ?
  - Quel est le rôle du réseau dans ces contacts avec les associations ?
- **Avez-vous eu l'impression que tous les acteurs concernés ont été impliqués dans les actions ?**
  - Y a-t-il des acteurs «qui manquent» ?
  - Qui se sont insuffisamment impliqués au regard de ce qui était attendu d'eux ?
  - Pour quelle raison se sont-ils peu impliqués ?
  - Quels éléments auraient pu faciliter leur implication ?
  - Avez-vous le sentiment qu'il a pu exister un phénomène de concurrence entre les acteurs ?

#### 4 - Les effets pour les populations

- **Diriez-vous que, depuis 2009, la prévention s'est améliorée ?**
  - Couverture vaccinale plus importante ?
  - Meilleure connaissance (et réduction) des pratiques à risques ?
- **Diriez-vous que, depuis 2009, le dépistage s'est amélioré ?**
  - Plus de dépistage pour les populations à risque ?
  - Dépistage plus précoce ?
- **Diriez-vous que, depuis 2009, la prise en charge des patients s'est améliorée ?**
  - PEC plus rapide ? (Combien de temps pour avoir un RDV au pôle ?)
  - Meilleure coordination entre les professionnels intervenant auprès des patients ?
  - Meilleure prise en compte de l'environnement du patient (qualité de vie, proches...)
  - Systématisation de l'éducation thérapeutique. Y a-t-il des différences entre les publics en matière d'éducation thérapeutique ? (Des publics pour lesquels la proposition est moins systématique ? La mise en œuvre plus complexe ?)

---

## 5 - Publics les plus exposés

- **Comment prenez-vous en charge les publics les plus exposés ?**
  - Quelle part des patients représentent les usagers de drogues ? Les migrants de zones à forte ou moyenne endémie ? Les personnes incarcérées ?
  - Comment parvenez-vous à les toucher ? (Prévention, dépistage, PEC)
  - Quelles sont les méthodes qui semblent procurer les meilleurs résultats ?
- **Des acteurs du domaine social (accès aux droits – migrants et personnes incarcérées) ont-ils été mobilisés ? Lesquels ? Comment ?**
  - Quel rôle dans la mise en œuvre des actions ? (Partenaires, pilotes, financeurs...)
  - Avez-vous rencontré des difficultés / des obstacles pour les mobiliser ?
  - Pour quel(s) enjeu(x) ont-ils été particulièrement mobilisés ? (Prévention, dépistage, accès aux soins, qualité de vie du patient)
  - Leur implication vous semble-t-elle plus importante et / ou plus systématique ?
- **Quels autres acteurs médicaux ont été mobilisés (psychiatrique, addictologie, infectiologie) ?**
  - Quel rôle dans la mise en œuvre des actions ? (Partenaires, pilotes, financeurs...)
  - Pour quel(s) enjeu(x) ont-ils été particulièrement mobilisés ? (Prévention, dépistage, accès aux soins, qualité de vie du patient)
  - Leur implication vous semble-t-elle plus importante et / ou plus systématique ?
- **Quels sont les effets observables à ce stade pour ces populations ?**
  - Prévention
  - Dépistage
  - Accès aux soins / rapidité de la prise en charge
  - Accompagnement / qualité de vie

## 6 - Quelles suggestions pour l'avenir ?

- Selon vous, quels sont les principaux problèmes qui nécessitent actuellement une attention particulière ?
- Quels sont les principaux axes qui vous paraissent importants à développer pour les cinq ans à venir ?
- Quelles mesures / actions concrètes seraient souhaitables ?

---

## Glossaire

<b>ACT</b>	Appartement de coordination thérapeutique
<b>ANPAA</b>	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
<b>ANRS</b>	Agence nationale de recherche sur le sida
<b>AP/HM</b>	Assistance publique - Hôpitaux de Marseille
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CAARUD</b>	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
<b>CADIS</b>	Centre d'accueil pour la documentation, l'information sur le Sida
<b>CADA</b>	Centres d'accueil pour demandeurs d'asile
<b>CASO</b>	Centres d'accueil, de soins et d'orientation
<b>CCAA</b>	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
<b>CDAG</b>	Centres de dépistage anonymes et gratuits
<b>Codev</b>	Comité d'évaluation
<b>CDAG/CIDAG</b>	Centre de dépistage anonyme et gratuit
<b>CHRS</b>	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
<b>CIDDIST</b>	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
<b>Comede</b>	Comité médical pour les exilés
<b>CSAPA</b>	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CSST</b>	Centres de soins spécialisés aux toxicomanes
<b>DAP</b>	Direction de l'administration pénitentiaire
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DMP</b>	Dossier médical personnel
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>Ehpad</b>	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ERLI</b>	Éducation aux risques liés à l'injection
<b>ETP</b>	Éducation thérapeutique du patient
<b>FNPRRH</b>	Fédération des pôles de référence et réseaux hépatites
<b>FNORS</b>	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
<b>HPST</b>	Hôpital, patients, santé et territoires
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles
<b>MDHP</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>MDM</b>	Médecins du Monde
<b>ONDAM</b>	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
<b>ORS</b>	Observatoire régional de santé
<b>PASS</b>	Permanence d'accès aux soins
<b>PRS</b>	Programme régional de santé
<b>PRSP</b>	Programme régional de santé publique
<b>PRAPS</b>	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
<b>RDR</b>	Réduction des risques
<b>ROR</b>	Rougeole, oreillon, rubéole
<b>SPIP</b>	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
<b>SROMS</b>	Schéma régional d'organisation médico-sociale
<b>TROD</b>	Tests rapides à orientation diagnostique
<b>UCSA</b>	Unité de consultation et de soins ambulatoires
<b>UD</b>	Usagers de drogues
<b>ZEP</b>	Zone d'éducation prioritaire