

## Membres du groupe de travail

### Dr Isabelle ROSA

COORDINATRICE DU GROUPE

Gastro-entérologue et Hépatologue,  
CHI de Créteil

### Pr Victor DE LEDINGHEN

Hépatologue, CHU Bordeaux

### Charlotte LABOURDETTE

Chargée de mission PRECAVIR, CHI de Créteil

### Dr Nicolas VIGNIER

Infectiologue, Groupe hospitalier Sud Île-de-France

# PRISE EN CHARGE DU VHC chez les personnes migrantes

## Le contexte actuel

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

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

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

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

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

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

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

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

## Les premiers titres de séjours modifiés<sup>(9)</sup>

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

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

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

## La santé des personnes migrantes : un enjeu de santé publique

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

En 2014, **un retard de recours aux soins** était constaté pour **40%** des patients consultant dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO)

et **17%** de ces patients avaient **renoncé à des soins** au cours des douze derniers mois<sup>(12)</sup>.

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

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

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

### LE CAS PARTICULIER DE LA GUYANE ET DE MAYOTTE

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

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

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

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

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

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

De nombreux dispositifs existent en France mais **le manque de coordination** entre les différentes structures publiques ou associatives réduit leur efficacité<sup>(13)</sup>.

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

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

## L'hépatite C chez les personnes migrantes

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

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

pays d'origine rapportées aux populations étrangères vivant en France)<sup>(14)</sup>.

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

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

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

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

*Dr Céline Michaud, Infectiologue au CH de Mayotte*

## Des changements récents sur le droit au séjour pour soins

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

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

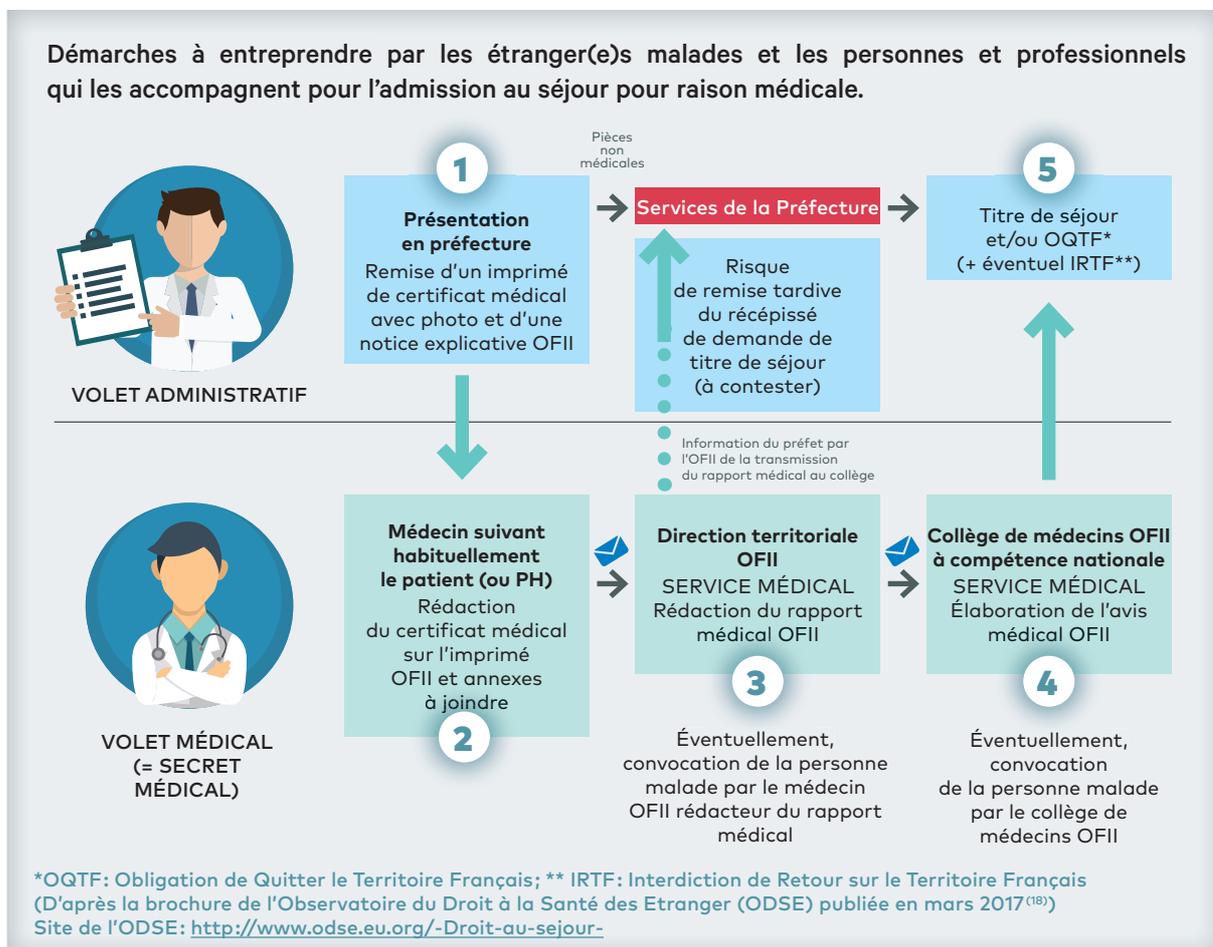
De plus, ce n'est plus le Ministère de la Santé qui est responsable de l'examen médical de la demande mais le service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) qui dépend du Ministère de l'Intérieur.

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

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

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

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



## DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DU VHC chez les personnes migrantes

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

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

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

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

#### “Aller vers” les populations migrantes”

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

Implanté au sein du Groupe hospitalier Sud Île-de-France depuis sa création en 1991, le **Réseau Ville Hôpital 77 sud** (RVH77 Sud) est une association loi 1901, dont l'objectif est de favoriser l'information et la prévention, l'accès au dépistage et aux soins, et l'insertion sociale, afin d'améliorer la prise en charge des personnes sur le territoire du sud de la Seine et Marne, et notamment des personnes migrantes en situation de précarité. Ce réseau anime une consultation d'accès aux soins en Seine et Marne depuis 20 ans. **Il se déplace dans les centres de mise à l'abri, dans les centres d'accueils de demandeurs d'asile, dans les foyers de travailleurs migrants,**

**dans les hôtels hébergeant des migrants, ou encore dans les camps de Roms et y propose gratuitement une consultation médicale et la délivrance de médicaments** grâce à une pharmacie humanitaire. Ces actions “d'aller vers” intègrent le dépistage du VIH et des hépatites virales en lien avec le CeGIDD. Elle permet **une entrée rapide du patient dans le parcours de soins** grâce à des liens étroits avec le Groupe hospitalier Sud Île-de-France. Dès l'annonce de l'ouverture d'un centre d'hébergement, de l'arrivée de nouveaux résidents ou de l'existence d'un camp de Roms, la réactivité des équipes permet de mettre en place une intervention rapide, en quelques jours seulement (Cf. Fiche Pratique 1).

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

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

*“La présence d'une infirmière référente permet de mener à bien les traitements notamment auprès de patients migrants ne parlant pas le français; elle fait le lien avec les médecins et l'interprétariat téléphonique, avec les associations en ville; elle répond aux questions, etc...”*

*Dr Dominique Grassineau, Médecin coordinateur des PASS médico-sociales adultes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille*

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

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

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

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

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

Le recours aux TROD est d'autant plus important qu'il permet de lever les craintes des personnes

migrantes vis-à-vis des prélèvements de sang. De plus, l'immédiateté du dépistage "évite les perdus de vue" et favorise l'accès aux soins le cas échéant.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Proposer un accompagnement global (médical, paramédical et social)

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

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

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

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

d'acquis sociaux, elle respecte la temporalité et s'adapte au rythme du patient.

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

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

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

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

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

## PERSPECTIVE FUTURE

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

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

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

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

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

### Permettre l'accès au traitement de l'hépatite C

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

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

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

# LES PROPOSITIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## LES ANNEXES: fiches explicatives d'initiatives existantes en France

FICHE PRATIQUE 1

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

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

Implanté au sein du Groupe hospitalier Sud Île-de-France depuis sa création en 1991, le RVH77 Sudest une association loi 1901, dont l'objectif est de favoriser l'information et la prévention, l'accès au dépistage et aux soins, et l'insertion sociale, afin d'améliorer la prise en charge des personnes

sur le territoire du sud de la Seine et Marne, et notamment des personnes migrantes en situation de précarité. En plus de proposer un dépistage de l'hépatite C lors de la consultation d'accès aux soins et aux droits organisée tous les jeudis pour les personnes sans couverture sociale, l'association RVH77 Sud a mis en place des actions de "aller-vers", en collaboration avec le CeGIDD Sud 77 et le Groupe hospitalier Sud Île-de-France.

#### CIBLE ET FILE ACTIVE

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

#### ENJEUX

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

#### ACTEURS MOBILISÉS

- Travailleur social
- Médecins
- Infirmier(e)s

#### EN PRATIQUE

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

#### FINANCEMENT

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

#### RÉSULTATS

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

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

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

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

### CIBLE ET FILE ACTIVE

- Population migrante atteinte de VHC.

### ENJEUX

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

### ACTEURS MOBILISÉS

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

### EN PRATIQUE

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

- Discuter de la maladie,
  - Répondre aux questions,
  - Transmettre des messages de prévention,
  - Orienter vers d'autres structures pouvant leur venir en aide (Restos du cœur, Emmaüs et autres associations apportant un soutien administratif).
- Deux types de rencontres :**
- Les rencontres collectives
    - Un espace d'écoute et de dialogue basé sur l'échange et le soutien entre pairs,
    - Séances animées par une psychologue clinicienne, une sexologue et une chargée de missions.
  - Les rencontres individuelles :
    - Un espace d'expression libre sans le regard du groupe permettant à chacun de progresser à son rythme,
    - Entretiens avec la psychologue clinicienne ou la sexologue.

### FINANCEMENT

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

### RÉSULTATS

En 2016 :

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

Pour en savoir plus :

Contact : Mme Charlotte Labourdette, Chargée de missions au CHI de Créteil - [Charlotte.Labourdette@chicreteil.fr](mailto:Charlotte.Labourdette@chicreteil.fr)

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

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

### CIBLE ET FILE ACTIVE

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

### ENJEUX

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

### ACTEURS MOBILISÉS

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

### EN PRATIQUE

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

### FINANCEMENT

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

### RÉSULTATS

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

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

#### Pour en savoir plus:

Contact: Pr Victor De Ledinghen, Hépatologue au CHU de Bordeaux - [victor.deledinghen@chu-bordeaux.fr](mailto:victor.deledinghen@chu-bordeaux.fr)

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CHAPITRE 2 :

1. Insee. Immigré. Définition. [En ligne]. Accessible via <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>. Consulté le 21/12/17
2. Unesco. Apprendre à vivre ensemble. Migrant/migration. [En ligne]. Accessible via <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/> Consulté le 21/12/17
3. Populations française, étrangère et immigrée en France depuis 2006. Insee Focus n°38 – 13/10/2015 (Accessible via <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1410693>)
4. Les immigrés récemment arrivés en France. Une immigration de plus en plus européenne. Insee Focus n°1524 – 21/11/2014 (Accessible via <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281393>)
5. Parlement européen . <http://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/priorities/20150831TST91035/20170629STO78631/la-crise-des-migrants-en-europe>
6. Frontex. Rapport général 2014. ([http://frontex.europa.eu/assets/About\\_Frontex/Governance\\_documents/Annual\\_report/2014/General\\_Report\\_FR.pdf](http://frontex.europa.eu/assets/About_Frontex/Governance_documents/Annual_report/2014/General_Report_FR.pdf))
7. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. Ministère de l'intérieur. Chiffres clés. [En ligne]. Accessible via <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-clefs/Archives/Statistiques-publiees-en-juillet-2016/Les-demandes-d-asile-statistiques> Consulté le 21/12/17
8. La Cimade. Cartographie de la demande d'asile en 2016 – 15 avril 2017 [En ligne]. Accessible via <http://www.lacimade.org/cartographie-de-la-demande-dasile-en-2016/> Consulté le 21/12/17
9. Ministère de l'intérieur. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. EM 2017-3 Demandes d'asile au 11 juillet 2017 [file:///C:/Users/user/Downloads/Les\\_essentiels\\_%2011\\_juillet\\_2017\\_.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Les_essentiels_%2011_juillet_2017_.pdf)
10. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, Toolan M, Flicoteaux R, Aparicio C, Georges-Tarragano C. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):396-405
11. Guisao A, et al. La santé des migrants primo-arrivants: résultats d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. Bull Epidémiol Hebd 19-20 2017
12. Médecin du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2014. (<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2015/10/17/rapport-de-lobservatoire-de-laccès-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2014>)
13. Académie Nationale de Médecine. Rapport Précarité, pauvreté et santé. [En ligne] Accessible sur <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf> Consulté le 19/12/17
14. Pioche C, Pelat C, Larsen C, et al. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, en France métropolitaine, 2011. Bull Epidémiol Hebd 2016;(13-14):224-229
15. Revault P, Giacobelli M, Lefebvre O, Veïsse A, Vescovacci K. Infections par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au Comede entre 2007 et 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(14-15):271-6
16. Roudot-Thoraval F, Rosa-Hézode I, Delacroix-Szmania I, Costes L, Hagège H, Elghozi B, et al. Prise en charge des populations précaires fréquentant les permanences d'accès aux soins de santé, atteintes d'hépatites et ayant bénéficié d'une proposition systématique de dépistage: étude PrécaVir 2007-2015. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(14-15):263-70
17. Gaillet M, Brousse P, Guamit B, Adriouch L, Schaub R, et al. Hépatites B - Delta - et C dans les centres délocalisés de prévention et de soins (CPDS) de Guyane française. Bulletin de Veille Sanitaire N°2 mai-juin 2017:23-27
18. ODSE. Etrangers-es malades résidant en France. Démarches préfectorales et accès aux droits après le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Mars 2017 (<http://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/05/VF2-Brochure-ODSE-mars-2017.pdf>)
19. Bottero J, et al. Simultaneous Human Immunodeficiency Virus- Hepatitis B-Hepatitis C Point-of-Care Tests Improve Outcomes in Linkage-to-Care: Results of a Randomized Control Trial in Persons Without Healthcare Coverage. Open Forum Infect Dis. 2015;2(4):ofv162