

**ACCÈS AU TRAITEMENT VHC DANS UN
CAARUD PARISIEN POUR UN
PUBLIC CONSOMMATEUR DE DROGUES VIVANT
DANS DES CONDITIONS PRÉCAIRES**

IMPLICATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Sommaire



- Partenariat EGO et COREVIH
- Enquête auprès des usagers
- Mise en place du parcours et formation des intervenants
- Le cas de W.

EGO

CAARUD et CSAPA

- ▣ Accueil à bas seuil d'exigence
- ▣ Accès aux soins et le dépistage



Fibroscan

VERIFIEZ L'ETAT DE VOTRE FOIE

SANS DOULEUR

RESULTATS IMMEDIATS

The graphic features the Fibroscan logo in large blue and brown letters. Below it, a diagram shows a liver with arrows pointing to different stages of liver disease: 'Normal', 'Stéatose', and 'Cirrhose'. To the left, a Fibroscan machine is shown with a laptop displaying a liver scan. To the right, a hand is shown holding the probe. A clock icon is also present, indicating immediate results. At the bottom, there is a large empty blue-bordered box.

CAARUD EGO



- Situation de grande précarité
- Polyconsommateurs – crack
+++
- Public russophone
- Couverture sociale : 39%
CMU - 26% aucune - 14%
régime général et 13% AME
- 59 % SDF – 25 % centre
hébergement

EGO et la COREVIH

- Commission Substances Psycho-Actives :
 - Pilotée par le Dr Sylvie LARIVEN, infectiologue à l'hôpital Bichat-Claude Bernard et Léon GOMBEROFF, Directeur d'EGO
 - Sensibiliser les acteurs du territoire de la COREVIH IDF Nord à la prise en compte de l'usage de SPA
 - Promouvoir les stratégies innovantes de réduction des risques liés à l'usage de drogues



Enquête auprès des usagers



- ▣ Volontaire, individuel, anonyme
- ▣ Objectifs : évaluer la prévalence VIH, VHB et VHC, l'orientation post-dépistage et l'accès au traitement
- ▣ Biais : déclaratif, personnes les + « accessibles »

Nom du Centre : _____ Numéro du questionnaire : _____

Date : _____



DONNEES DEMOGRAPHIQUES :

1. Sexe : Femme Homme
2. Age : _____
3. Nationalité : _____ Région de naissance : _____

SUIVI :

4. Êtes-vous suivi dans un centre de soin d'addictologie (CSAPA) ?
 Oui Non
5. Dans les 12 derniers mois, avez-vous :
 fréquenté un centre de soin (CSAPA ou autre)
 eu une consultation à l'hôpital
 vu un médecin de ville
 vu un autre spécialiste

DEPISTAGE :

6. Avez-vous eu un dépistage pour les infections suivantes ?
- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VIH | } Merci de passer à la question 8. |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B | |
| <input type="checkbox"/> Hépatite C | |
| <input type="checkbox"/> A été dépisté mais ne sait pas de quelles infections. | |
| <input type="checkbox"/> Aucune des 3 (Merci de répondre à la question 7). | |
- Ne sait pas

7. Si non dépisté,

- Pourquoi ?
 Refus de votre part
 Manque de temps
 Mal informé
 Autre raison : _____
- Orientation ce jour vers :
 Un centre de Dépistage (CDAG ou CIDDIST)
 Un dépistage sur place
 Par TROD
 Autre
 Une autre structure : _____
 pour dépistage rapide par TROD
 Autre

8. Si déjà dépisté,

- | | | |
|---|---|---|
| QUAND le dépistage a-t-il eu lieu ? | OU a-t-il eu lieu ? | COMMENT a-t-il eu lieu ? |
| <input type="checkbox"/> Dans les 12 derniers mois
<input type="checkbox"/> Il y a plus de 12 mois
<input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Dans cette structure
<input type="checkbox"/> Centre de Dépistage (CDAG ou CIDDIST)
<input type="checkbox"/> Hôpital
<input type="checkbox"/> Médecin de ville
<input type="checkbox"/> Prison
<input type="checkbox"/> Autre structure : _____
<input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Prise de sang
<input type="checkbox"/> Dépistage rapide (TROD : Test Rapide d'Orientation et Diagnostic, test en moins de 30 minutes)
<input type="checkbox"/> Ne sait pas |

RESULTATS :

9. Merci de répondre pour chacun des dépistages :

VHB	VHC	VIH
<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre
Si négatif, avez-vous eu une vaccination ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si non pourquoi ? _____ Si non ou si ne sait pas : orientation ce jour vers : _____		
Si positif, avez-vous eu les examens suivants :		
<input type="checkbox"/> Charge virale Résultats : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Charge virale Résultats : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Charge virale Résultats : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
<input type="checkbox"/> Bilan hépatique <input type="checkbox"/> Echographie du foie <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Bilan hépatique <input type="checkbox"/> Fibroscan <input type="checkbox"/> Echographie du foie <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> CD4/CD8 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si positif, quel est votre suivi :		
Êtes-vous suivi régulièrement ? <input type="checkbox"/> Oui, à l'hôpital <input type="checkbox"/> Oui, chez un médecin généraliste <input type="checkbox"/> Oui dans une autre structure, laquelle : _____ <input type="checkbox"/> Non		
- Consultation avec un hépatologue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	- Consultation avec un hépatologue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	- Consultation avec un infectiologue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Traitement en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	- Traitement en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	- Traitement en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non suivi, orientation vers : <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Autre structure, laquelle : _____		

Nous vous remercions pour votre participation à cette enquête.

Conclusions

- Bon accès au dépistage : 87,5% des personnes dépistées dont 75,5% dans les 12 derniers mois
 - Difficultés / méconnaissance des intervenants sur les maladies infectieuses et leur prise en charge
- ➔ Améliorer l'orientation, former les équipes et mise en place d'un parcours de soin

Parcours facilité



- Adapté aux personnes les plus vulnérables
- Equipes hospitalières sensibilisées, infectiologue identifiée et délais raccourcis
- Accompagnements physiques
- Personnes référentes au CAARUD
- Fiche navette

 Service des maladies infectieuses et tropicales du Pr Yazdampah	Fiche d'orientation et suivi CAARUD et SMIT de l'hôpital BICHAT	Référence : Version du 18 janvier 2016
		Date d'approbation :
		Page 1 sur 4

ORIENTATION

➤ Etat civil du patient :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

➤ Personne contact dans la structure :

<u>Nom du centre :</u>	<u>Nom et prénom de la personne contact :</u>	<u>Fonction :</u>
	<u>Numéro de fax auquel envoyé la dernière page :</u>	

➤ Médecin du centre à qui adresser les CR de consultation :

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse du centre : _____

➤ Motif de l'orientation :

Sérologie(s) positive(s) : VIH, VHB, VHC,
 -> Préciser si déclaratif ou validé et par quelle technique (TROD, prise de sang) : _____

Rupture de suivi ou de traitement : VIH, VHB, VHC

Vaccination

Autres infections, Merci de préciser : _____

➤ Personnes à contacter pour prendre un RDV au SMIT de l'hôpital BICHAT :

- Si le patient vient d'être dépisté positivement pour l'une des 3 sérologies, Merci de contacter le secrétariat de l'hôpital de Jour :

Secrétariat de l'hôpital de jour : Mme Arélys Kirshoffer 01 40 25 70 81.

- Si le patient est en rupture de suivi ou de traitement ou à besoin de vaccination, Merci de contacter le secrétariat pour prise de RDV :

Secrétariat du service, Mme Maryline Berthaux : 01 40 25 78 84

➤ Détails du rendez-vous pris :

Date de l'appel : ___/___/___


Date du rendez-vous : ___/___/___ Heure : ___ : ___

Consultation, Merci de préciser le médecin : _____

Hôpital de jour,

Consultation de vaccination.

Si questions sur l'orientation : Dr Sylvie LARIVEN au 01 40 25 68 56 ou par mail :
 sylvie.lariven@aphp.fr

 Service des maladies infectieuses et tropicales du Pr Yazdampah	Fiche d'orientation et suivi CAARUD et SMIT de l'hôpital BICHAT	Référence : Version du 18 janvier 2016
		Date d'approbation :
		Page 2 sur 4

ANTECEDENTS (à compléter avec les données disponibles)

Complété par : _____ Fonction : _____ Date : _____

Social

• Logement : Stable Précaire Sans logement

• Couverture maladie :

CMU

CMU C

ALD

Sécurité sociale + mutuelle complémentaire

AME

Aucune couverture sociale

• Ressources :

AAH

Aidé par un tiers

Salaire

ASSEDIC

RSA

Sans ressource

Addictions

• **Les trois produits les plus consommés :**

Produit	Mode d'administration	Régularité	Age première consommation

• **Usage de drogues par voie intraveineuse :**

- Oui, actuellement. Préciser l'âge des premières injections : _____
- Oui, antérieurement. Préciser l'âge des premières injections : _____
- Non

• **Consommation d'alcool :**

- Oui, actuellement Oui, antérieurement Non

o **Si consommation actuelle d'alcool, quelle en est la fréquence :**

- Moins d'une fois par mois Une fois par semaine Tous les jours
- Plusieurs fois par mois Plusieurs fois par semaine Ne sait pas / absence de réponse

• **Suivi addictions :**

- En CSAPA (lequel) : _____
- A l'hôpital (lequel) : _____
- Avec un médecin de ville
- Avec un autre spécialiste
- Sans suivi actuel mais suivi auparavant à : _____
- Jamais suivi

• **Substitution en prescription médicale :**

- Oui. Préciser : Buprénorphine Méthadone Autre : _____
- Non

FICHE A FAXER AU CENTRE APRES LA CONSULTATION

(à compléter par le médecin de Bichat et à faxer à la structure qui a orienté le patient)

➤ **Etat civil du patient :**

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

➤ **Personne contact dans la structure :**

Nom du centre :	Nom et prénom de la personne contact :	Fonction :
	Numéro de fax auquel envoyé la dernière page :	

➤ **Médecin de l'hôpital BICHAT :**

Nom du médecin ayant vu le patient : _____

PRIORITES APRES CONSULTATION BICHAT

- 1.
- 2.
- 3.

Implication des intervenants



Les intervenants : travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés

- Formations en interne et externe
 - TROD, épidémiologie, counselling
 - Colloques, journées thématiques
- Liens entre CSAPA et CAARUD - exemplarité de certaines situations

Quelques chiffres



- 26 personnes orientées sur le parcours en 18 mois : 16 patients ont débuté un suivi hépato (14 à Bichat/2 au CSAPA)
- 7 patients ont été traités, 5 sont en cours
- 11 ont débuté un suivi au CSAPA pour leurs addictions
- 3 ont trouvé un hébergement

Exemple de parcours

- **W., 43 ans, 6 ans de rue, RSA, pas droits sécu ouverts, très désocialisé**
- **Consomme quotidiennement Subutex (injection), crack et cocaïne, gros fumeur**
- **Septembre 2016, entre sur le parcours de soin via le CAARUD – TROD et fibroscan**
- **Consultation infectiologue, orientation HDJ, découverte masse pulmonaire**
- **Démarrage suivi au CSAPA avec mise en place TSO**
- **Hospitalisation en pneumologie**
- **Accès à un ACT et traitement VHC**
- **Reprise suivi psychiatrique**

Pistes d'amélioration

- Accès à l'hébergement via le CAARUD
- Accompagnements physiques – par des pairs ?
- Interprétariat pour les personnes russophones (60%)
- Coordination avec l'équipe de Bichat



Merci de votre attention !