



HAL
open science

Étude de l'accès au système de soins pour les migrants précaires au décours d'une découverte d'hépatite B ou C en CeGIDD à l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis, 93)

Quentin Bougault

► To cite this version:

Quentin Bougault. Étude de l'accès au système de soins pour les migrants précaires au décours d'une découverte d'hépatite B ou C en CeGIDD à l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis, 93). Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03434282

HAL Id: dumas-03434282

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03434282v1>

Submitted on 18 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N°270

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Étude de l'accès au système de soins pour les migrants précaires au
décours d'une découverte d'hépatite B ou C en CeGIDD
à l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis, 93)

Présentée et soutenue publiquement
le 31 octobre 2019

Par

Quentin BOUGAULT

Né le 25 mars 1991 à Paris

Dirigée par Mme le Docteur Marie Buson

Jury :

M. Le Professeur Damien Sene, PU-PH Président

Mme Le Professeure Élisabeth Bouvet, PU-PH

M. Le Docteur Jade Ghosn, MCU-PH

Remerciements

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Damien SENE. Je vous remercie d'avoir accepté de présider ma thèse. J'ai eu le privilège de débiter mon internat à vos côtés et c'est pour moi un grand honneur que vous présidiez l'aboutissement de celui-ci. Votre rigueur, votre dévouement et votre curiosité m'ont inspiré tout au long de mes études. Soyez assuré de ma plus grande admiration.

A ma directrice de thèse, Madame la Docteure Marie BUSON. Je te remercie pour ton accompagnement, ta bienveillance et ton aide précieuse tout au long de ce travail. Ce fut un plaisir et une chance de bénéficier de tes conseils avisés. Sois assurée de mon profond respect et de mon amitié.

A Madame la Professeure Élisabeth BOUVET. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de ma thèse. Il était important pour moi d'avoir le regard d'infectiologues sur ce travail et je suis honoré d'avoir pu bénéficier du vôtre. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Jade GHOSN. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de ma thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de vos enseignements de virologie dès le début de mes études de médecine et c'est avec gratitude et respect que je reçois votre présence à la fin de celles-ci.

A Madame la Docteure Marie-Aude KHUONG. Merci pour l'enseignement lumineux que je reçois chaque jour à tes côtés dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Delafontaine.

A Madame la Docteure Marie POUPARD, pour tes relectures attentives et ton indispensable aide pour les analyses statistiques.

A toute l'équipe du SMIT de l'hôpital Delafontaine pour la joie que vous me procurez à travailler à vos côtés.

A toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à mon apprentissage du métier de médecin.

A Nicolas Asesio et à tous mes amis proches, du lycée, de la fac, des branquignoles, des patates, des troupleurs et d'ailleurs pour le bonheur que je reçois à vivre en votre compagnie.

A mon ami Maxime Guesdon. Merci pour ton amitié si précieuse et ce chemin unique que l'on parcourt depuis maintenant 10 ans dans la médecine.

A ma famille. A mes deux mères, mon père, mes deux grand-frères et ma petite-sœur. Merci pour votre bienveillance, votre gentillesse et votre amour.

A Bénédicte, qui m'illumine chaque jour de son amour.

Résumé

Titre de la thèse

Étude de l'accès au système de soins pour les migrants précaires au décours d'une découverte d'hépatite B ou C en CeGIDD à l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis, 93)

Résumé

Introduction :

L'accroissement des flux migratoires vers l'Europe est un enjeu de santé publique pour les pays hôtes. La forte prévalence de maladies infectieuses telles que l'hépatite B ou l'hépatite C chez les migrants en situation de précarité rend primordial leur accès au système de soins. Peu de données sur cet accès existent à ce jour. Cette population doit pourtant faire face à de nombreux obstacles. **Objectif :** Nous avons souhaité mener une étude afin d'évaluer l'accès à une prise en charge des hépatites virales B et C au décours de leur découverte dans le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de l'hôpital Delafontaine pour les migrants en situation de précarité en Seine Saint-Denis (93).

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une cohorte rétrospective de tous les patients adressés par le Centre d'Accueil, de soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde au CeGIDD de l'hôpital Delafontaine entre janvier 2015 et mai 2018 et dont les sérologies VHB ou VHC étaient positives. Le critère de jugement était la consultation en hépatologie dans l'hôpital Delafontaine avant décembre 2018. Nous avons évalué l'impact de la création, au cours de l'étude, d'une fiche de liaison avec le service d'hépatologie puis du recueil des coordonnées du patient.

Résultats :

Sur les 165 patients inclus, tous étaient immigrés et majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (66.7%) et du Pakistan (25.5%). Ils étaient de sexe masculin pour 89.1% d'entre eux et avaient 33 ans de moyenne d'âge, 92.1% ne disposaient pas d'une couverture médicale. Lors du test de dépistage, 61.2% avaient un Ag HBs positif et 41.2% avaient une sérologie VHC positive. Lors du suivi, 43% ont obtenu un rendez-vous en hépatologie et 35.8% s'y sont rendus. Le délai moyen avant la consultation d'hépatologie était de 5 mois. La barrière de la langue ($p=0.009$) et l'âge de plus de 35 ans ($p=0.035$) étaient associés à moins de consultations. La barrière de la langue était plus fréquente chez les patients originaires d'Asie ($p<0.00001$) et augmentait linéairement avec l'âge. Un délai de moins de 3 mois semblait améliorer la venue en consultation (OR 1.69, $p=0.19$).

La fiche de liaison a amélioré la prise de rendez-vous (OR 3.09, $p=0.006$) et la venue en consultation (OR 2.49, $p=0.029$). Le recueil des coordonnées a amélioré encore davantage la prise de rendez-vous (OR 3.82, $p=0.0007$) et la venue en consultation (OR 4.32, $p=0.0003$). Ces deux interventions semblaient également améliorer le délai du rendez-vous.

Conclusion :

Le programme de dépistage mis en place entre le CASO de Médecins du Monde et le CeGIDD de l'hôpital Delafontaine est insuffisant et doit être remis en question, malgré l'amélioration apportée par la fiche de liaison et la prise des coordonnées. Son efficacité est comparable aux rares études existantes, tout comme les obstacles à l'entrée dans le système de soins identifiés dans cette étude. Des stratégies sont nécessaires afin d'optimiser l'accès au soin pour cette population, notamment via une formation des équipes, un accès facilité à une couverture médicale, une promotion du dépistage et une prise en charge pluridisciplinaire, coordonnée et rapprochée au décours immédiat.

Mots clés en français

Migrants, population en transit, hépatite virale B, hépatite virale C, inégalité devant les soins, parcours de soins

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
RESUME	5
TABLE DES MATIERES.....	6
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	8
ABREVIATIONS.....	10
DEFINITIONS.....	11
INTRODUCTION.....	12
1. CONTEXTE MIGRATOIRE DANS LE MONDE	12
2. SITUATION SANITAIRE DES MIGRANTS EN EUROPE	14
3. L'ENJEU DU DEPISTAGE ET DU SUIVI INITIAL DANS LE PAYS HOTE.....	16
3.1 INFECTION PAR LE VIH :	17
3.2 TUBERCULOSE LATENTE ET TUBERCULOSE MALADIE	18
3.3 HEPATITES VIRALES CHRONIQUES PAR LE VHB ET LE VHC	19
3.3.1 <i>Infection par le VHB</i>	20
3.3.2 <i>Infection par le VHC</i>	24
4. CAS PARTICULIER DU DEPARTEMENT DE SEINE-SAINT-DENIS.....	27
4.1 UNE FORTE CONCENTRATION DE MIGRANTS.....	27
4.2 CASO DE MEDECINS DU MONDE ET HOPITAL DELAFONTAINE	28
5. OBJECTIF DE L'ETUDE	30
MATERIEL ET METHODES.....	32
1. SCHEMA D'ETUDE ET POPULATION	32
2. CRITERES DE JUGEMENT ET VARIABLES D'INTERET	34
3. ANALYSES STATISTIQUES.....	34
4. COMITE D'ETHIQUE.....	35
RESULTATS	36
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	36
2. RESULTATS SEROLOGIQUES	40
2.1. PROFIL DEMOGRAPHIQUE DES PATIENTS INFECTES PAR LE VHB ET PAR LE VHC.....	41
2.2. STATUT SEROLOGIQUE DU VHB ET VACCINATION CHEZ LES PATIENTS INFECTES PAR LE VHC	42
3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE	42
3.1. RENDEZ-VOUS D'HEPATOLOGIE (<i>FIGURES 7 ET 8</i>)	44
3.2. CONSULTATION D'HEPATOLOGIE (<i>FIGURES 9 ET 10</i>)	46
4. ANALYSES EN SOUS-GROUPE.....	48
4.1. PROFIL DES PERDUS DE VUE (<i>TABLEAUX 7 ET 8</i>).....	48

4.1.1. Facteurs sociodémographiques :	48
4.1.2. Délai de consultation (Figure 11) :	49
4.1.3. Statut sérologique :	51
4.2. FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES DETERMINANT LA BARRIERE DE LANGUE (FIGURE 12).....	54

DISCUSSION.....56

1. PLUS DE LA MOITIE DES PATIENTS PERDUS DE VUE AU DECOURS DU DIAGNOSTIC	56
1.1. POPULATION D’ETUDE	56
1.2. SUIVI AMBULATOIRE AU DECOURS DE L’ANNONCE DIAGNOSTIQUE	57
1.3. FACTEURS PREDICTIFS D’ECHEC DE PRISE EN CHARGE	58
1.3.1. Facteurs sociodémographiques	58
1.3.2. Accès à une couverture médicale.....	60
1.3.3. Coordination de la prise en charge et impact logistique	61
2. OPTIMISATION DU SUIVI – ÉVALUATION DES PRATIQUES	64
2.1. APPORT DE LA FICHE DE LIAISON.....	64
2.2. APPORT DES COORDONNEES, IMPORTANCE DE LA PERSONNALISATION DES CONSULTATIONS...	65
3. LIMITES DE L’ETUDE	66
4. PROPOSITION DE STRATEGIES D’AMELIORATION DU SUIVI AMBULATOIRE DE CETTE POPULATION	70

CONCLUSION74

BIBLIOGRAPHIE.....76

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE CEGIDD (1/2).....83

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE CEGIDD (2/2).....84

ANNEXE 2 : FICHE DE LIAISON D’HEPATOLOGIE.....85

Table des illustrations

FIGURES :

Figure 1 : Taux d'accroissement migratoire dans le monde - Source : ONU 2017.....	13
Figure 2 : Parallèle entre la prévalence du portage de l'antigène HBs dans le monde (A) et l'incidence du CHC (B) – Source : Fares N, HGOD, 2016 ⁴⁰	21
Figure 3 : Histoire naturelle de l'infection chronique par le VHB – Source : Fanning G, Nature 2019 ⁴⁴	22
Figure 4 : Carte mondiale de la couverture vaccinale contre l'hépatite B – Source : OMS, 2018 ⁴⁹	23
Figure 5 : Prévalence de l'hépatite C dans le monde en 2015 – Source : Polaris observatory, Lancet Gastroenterol Hepatol 2017 ⁵⁸	25
Figure 6 : Région d'origine des patients adressés par MDM ayant une sérologie VHB ou VHC positive en CeGIDD (2015-2018).....	38
Figure 7 : Impact de la fiche de liaison (sans prise des coordonnées) et des coordonnées sur les rendez-vous	45
Figure 8 : Impact de la fiche de liaison et des coordonnées sur les rendez-vous avec Odds Ratio	46
Figure 9 : Impact de la fiche de liaison (sans prise de coordonnées) et des coordonnées sur les consultations.....	47
Figure 10 : Impact de la fiche de liaison et des coordonnées sur les consultations avec Odds Ratio	48
Figure 11 : Pourcentage de consultations honorées selon le délai du rendez-vous.....	50
Figure 12 : Facteurs sociodémographiques de la barrière de langue	55

TABLEAUX :

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients (N = 165)	37
Tableau 2 : Liste des pays d'origine des patients.....	39
Tableau 3 : Résultats des tests sérologiques	40
Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques démographiques des patients infectés par le VHB et le VHC	41
Tableau 5 : Statut VHB et vaccination parmi les patients infectés par le VHC	42
Tableau 6 : Rendez-vous et consultations d'hépatologie, fiche de liaison et coordonnées	43
Tableau 7 : Profil des perdus de vue des rendez-vous	52
Tableau 8 : Profil des perdus de vue des consultations.....	53

Abréviations

Ac : Anticorps

Ag : Antigène

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Afrique Sub-Saharienne

CASO : Centre d'accueil, de soins et d'orientation

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

CHC : Carcinome hépatocellulaire

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

IST : Infections sexuellement transmissibles

ITL : Infection tuberculeuse latente

MDM : Médecins du Monde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OR : Odds Ratio

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PVVIH : Patients vivant avec le VIH

UDIV : Usagers de drogue intraveineuse

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Définitions

Migrant : toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel elle n'est pas née et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays. (ONU)

Immigré : personne née de nationalité étrangère à l'étranger et résidant en France. Une partie des immigrants ont acquis la nationalité française. La qualité d'immigré est permanente : une personne demeure immigrée même si elle devient française par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit son origine géographique. (INSEE, 2019)

Réfugié : Au sens de la Convention de Genève de 1951, est éligible au statut de réfugié toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. Il existe aussi une acception non juridique de la notion de réfugié, qui désigne toute personne contrainte à quitter son pays d'origine et ne pouvant y rentrer.

Introduction

1. Contexte migratoire dans le monde

Depuis toujours, l'humanité est en mouvement. On observe cependant depuis vingt ans une augmentation forte et constante des flux migratoires dans le monde. Dans un rapport publié en 2017, l'ONU estimait à 258 millions le nombre de migrants à travers la planète, soit 3.4% de la population mondiale¹ alors qu'ils étaient 173 millions en 2000, soit 2.8% de la population mondiale. On estime, par ailleurs, à 405 millions leur nombre en 2050. C'est un phénomène complexe et multifactoriel : dans un monde de plus en plus mondialisé, certaines personnes se déplacent pour trouver un travail ou une sécurité économique, d'autres fuient la guerre, les conflits et les persécutions, d'autres encore doivent échapper aux dégradations environnementales et au changement climatique. Parmi cette population migrante, un nombre important de personnes sont contraintes à ce déplacement, ils sont alors nommés réfugiés : ce même rapport décompte que 68 millions de personnes sont déplacées de force, parmi lesquelles 25 millions sont réfugiées à l'international¹.

TAUX D'ACCROISSEMENT MIGRATOIRE
nombre net de migrations (par an pour 1000 habitants)

2015

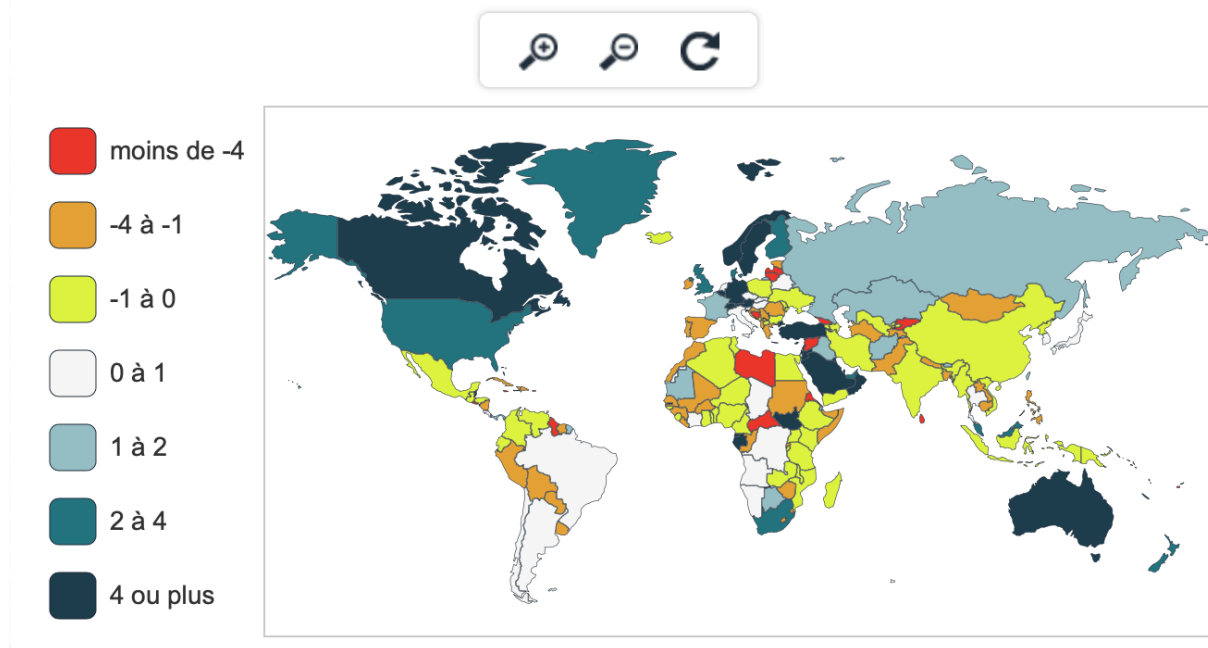


Figure 1 : Taux d'accroissement migratoire dans le monde - Source : ONU 2017

Si l'Union Européenne compte seulement 4% de citoyens non-européens dans sa population (Eurostat 2016), l'immigration vers celle-ci a substantiellement augmenté ces dernières années, notamment en raison de l'arrivée croissante de réfugiés et demandeurs d'asile. Le nombre de réfugiés accueillis chaque année sur le continent a doublé entre 2013 (1.2 millions) et 2017 (2.7 millions)².

La France voit ainsi son nombre de personnes immigrées augmenter, bien que celui-ci soit dans une proportion moindre que plusieurs de ses voisins européens (Italie, Allemagne, Royaume-Unis, Suède, Belgique, Luxembourg)³. Au dernier recensement de 2017, on y dénombrait 7.9 millions de citoyens non européens, soit environ 12% de la population générale, dont presque la moitié en Ile-de-France⁴. Parmi eux, plus d'un tiers sont en situation de précarité administrative (titre de séjour de moins d'un an ou sans titre de séjour). Comme dans le reste

de l'Europe, c'est surtout le nombre de réfugiés qui tend à augmenter: 123 625 personnes ont demandé l'asile en 2018 contre 65 000 en 2014⁵.

2. Situation sanitaire des migrants en Europe

Une grande partie de cette population cumule des facteurs de vulnérabilité et des difficultés d'inscription dans le droit commun, en particulier l'accès aux soins et à la prévention⁶. C'est ce que montrent plusieurs études, dont le rapport annuel de Médecins du Monde, une organisation non-gouvernementale (ONG) très impliquée dans la prise en charge médicale des personnes les plus vulnérables dans le monde. Cette prise en charge s'effectue notamment au travers de Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) répartis sur l'ensemble de la France métropolitaine et destinés à la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes en situation de précarité, en grande majorité migrantes (96% étaient de nationalité étrangère en 2016)⁷. Dans leur rapport d'activité de 2016, plus de 46% des patients reçus dans les CASO en France présentaient ainsi un retard de recours aux soins⁷.

Les entraves à l'obtention d'une couverture médicale (complexité des démarches, dysfonctionnement, certaines pratiques abusives des administrations⁸) restent la première cause de non-recours au soin, devant toutes les autres caractéristiques sociodémographiques⁹. En Allemagne par exemple, les migrants sans couverture médicale sont deux fois moins dépistés pour les hépatites B et C et le VIH que les migrants assurés (41.2% vs 90%)⁹. De nombreuses études de coût-efficacité sont ainsi en faveur d'une couverture médicale généralisée^{8,9,10}.

Pourtant, l'accès à celle-ci est très variable en Europe. En France, 84% des personnes reçues pour la première fois dans les CASO en 2016 ne disposaient pas de couverture médicale bien qu'une grande majorité y avait théoriquement droit⁷. En effet, les personnes en situation irrégulière peuvent, depuis 2000, bénéficier de l'aide médicale d'état (AME) s'ils apportent la preuve d'une présence en France (hors Mayotte) depuis plus de trois mois. Les personnes en situation régulière sont quant à elles prises en charge par l'assurance maladie¹¹.

Or la population migrante est très hétérogène : son état de santé est directement lié au pays d'origine, aux circonstances de la migration et aux conditions de vie dans le pays d'accueil¹². De nombreux migrants arrivant en Europe proviennent de pays en voie de développement, notamment d'Afrique sub-saharienne, dans lesquels les systèmes de santé sont insuffisants, et dont l'accès, incluant les dépistages et les vaccinations, est rendu difficile par les contraintes économiques et l'insécurité environnante¹³. Beaucoup d'entre eux ont également rencontré de grandes difficultés au cours de leur voyage, à l'origine de dénutrition, d'infections, de psycho-traumatismes et traumatismes ostéo-articulaires notamment. Enfin, un grand nombre de ces personnes vivent dans des conditions très précaires une fois arrivées dans leur pays hôte, ce qui majore entre-autres le risque d'infections par le VIH, le VHB, le VHC et la tuberculose^{14,15}. Le retard au soin, notamment pour les migrants en situation irrégulière, peut également être responsable d'une dégradation de leur état de santé¹⁶.

Plusieurs études ont été menées pour décrire la situation sanitaire de ces migrants primo-arrivants en situation de précarité. Celles-ci montrent que les pathologies aiguës symptomatiques dominent les motifs de consultation et que les prises en charges de prévention et de dépistage sont largement insuffisantes. Une étude nationale a notamment été menée en 2016 dans trente Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en France, structures assurant

un accueil médico-social des patients en situation de précarité. Les patients, majoritairement des hommes jeunes (35 ans en moyenne) originaires d'Afrique subsaharienne (44.6%), demandeurs d'asile (34.1%) ou sans droit (37.7%) et en France depuis moins d'un an, avaient pour principaux motifs de consultation des troubles digestifs (13.2%), des maladies infectieuses (13.0%) et des troubles musculo-squelettiques (12.0%). Dans un tiers des cas, des violences subies étaient rapportées¹⁷. Une autre étude menée dans les différents CASO de Médecins du Monde en 2012 montrait une surreprésentation de troubles digestifs (14.5% vs 7.8%), oculaires (3.7% vs 1.0%), cutanés (9.2% vs 4.8%) et respiratoires (19.5% vs 10.7%) par rapport aux patients rencontrés en médecine générale de ville. A l'inverse, les problèmes métaboliques (4.5% vs 10.7%) et cardiovasculaires (8.3% vs 11.5%) étaient sous-représentés. Surtout, si les situations de prévention représentent le premier résultat des consultations de médecine générale de ville (11.7%), elles ne représentaient que 0.1% des consultations en CASO¹⁸.

C'est dans ce contexte que l'Académie de médecine, dans un rapport de 2017 intitulé « Précarité, pauvreté et santé » a ciblé les migrants comme l'une des populations dont la situation sanitaire est de plus en plus préoccupante et pour laquelle des initiatives doivent être encouragées afin que la santé ne reste pas une préoccupation secondaire¹⁹.

3. L'enjeu du dépistage et du suivi initial dans le pays hôte

Si les maladies se manifestant tôt par des signes fonctionnels (tuberculose maladie, troubles digestifs, ostéo-articulaires, psycho-traumatiques...) sont généralement rapidement

prises en charge après l'arrivée des migrants dans leur pays hôte, que ce soit dans les « hot-spots » (centre d'enregistrement des migrants aux frontières) ou dans les centres d'accueil, il semble de plus en plus prioritaire d'améliorer le dépistage des hépatites virales chroniques B et C, du VIH et de l'infection tuberculeuse latente (ITL)^{20,21}. Ceci pour trois raisons principales :

- Ces maladies ont chez les migrants une prévalence proche de celle de leur pays d'origine et souvent nettement supérieure à celle du pays d'accueil²².

- Par ailleurs, plusieurs études montrent que les migrants bénéficient d'une moins bonne prise en charge, en termes de dépistage et de traitement de ces quatre maladies ; suggérant la nécessité d'une optimisation des stratégies de prise en charge afin d'améliorer l'accès au traitement et de limiter l'apparition de complications potentiellement graves²³.

- Enfin, de par la contagiosité de ces maladies, elles peuvent constituer un problème de santé publique dans les pays hôtes²².

Dans ce sens, des études de coût-efficacité ont été réalisées et leurs résultats convergent vers l'importance d'un dépistage systématique et précoce dans l'optique d'un suivi et d'un traitement optimal^{23,24}.

3.1 Infection par le VIH :

Concernant l'infection par le VIH, sa prévalence en France est 9 fois supérieure chez les personnes hétérosexuelles d'origine étrangère ; les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (ASS) étant particulièrement touchées, puisque les taux d'incidence chez les hommes et les femmes sont respectivement 29 fois et 69 fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle française en général²⁵. Une étude européenne publiée dans *The BMC Medicine*

en 2015 montre qu'un grand nombre de ces infections sont toutefois acquises dans le pays hôte (29% des patients vivants avec le VIH originaires d'ASS ont été contaminés en France), ce risque persiste donc après l'arrivée dans le pays hôte et reflète un échec de prévention nationale vis à vis de ce public²⁶. Par ailleurs, la précarité de ces populations s'accompagne d'un retard au diagnostic et à la mise sous traitement, avec un risque accru de complications et de progression vers un stade SIDA¹⁴. Ce retard de mise sous traitement est également un problème de santé publique puisqu'il majore le risque de transmission du VIH. La prise en charge du VIH, de son diagnostic à la mise sous traitement et au suivi, demeure ainsi un enjeu important pour de nombreux pays européens.

3.2 Tuberculose latente et tuberculose maladie

La tuberculose est également une maladie pour laquelle les migrants primo-arrivants en Europe constituent une population particulièrement à risque, dans la mesure où la plupart d'entre eux proviennent de pays à fort taux d'incidence et présentent un risque important d'ITL. Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que l'incidence de la tuberculose est directement liée aux conditions socio-économiques, et que le risque d'ITL et de tuberculose maladie persistent après l'arrivée dans le pays hôte²⁷. La précarité des conditions de vie et la coexistence fréquente de facteurs de risque, comme une co-infection par le VIH, sont autant de risques de progression vers une tuberculose maladie²⁸. Enfin, le retard au diagnostic et au traitement majore le risque de transmission à l'entourage. Ainsi, un dépistage et un traitement systématique de l'infection tuberculeuse latente est recommandé par l'OMS pour cette population²⁷. Pourtant sa mise en application est très variable au sein de l'Union Européenne²⁹. Dans une revue de littérature parue dans *The Lancet* en septembre 2018 concernant les migrants

arrivés en Europe entre 2015 et 2018, seuls 40% d'entre eux avaient bénéficié d'un dépistage d'ITL par radiographie du thorax (un quart étant perdu de vue au décours immédiat); la prévalence des ITL était de 15% et seuls 54% des patients présentant une indication à un traitement de l'ITL avaient pu bénéficier d'un traitement complet²³.

3.3 Hépatites virales chroniques par le VHB et le VHC

Les hépatites virales chroniques par le VHB et le VHC sont un problème de santé publique mondial. D'après les estimations de l'OMS, environ 240 millions de personnes ont une infection chronique par le VHB dans le monde et 71 millions de personnes sont infectées par le VHC. Or ces deux infections sont les premières causes de cirrhose (30% des cirrhoses sont secondaires au VHB, 27% secondaires au VHC) et de carcinome hépatocellulaire (53% secondaires au VHB, 25% secondaires au VHC) dans le monde³⁰. Ces deux infections sont ainsi responsables de 1,4 millions de décès chaque année, soit plus que le VIH et la tuberculose réunis³¹. Une majorité des personnes infectées demeurent asymptomatiques et ainsi non diagnostiquées jusqu'à ce que les lésions hépatiques soient sévères et en grande partie irréversibles. Par ailleurs, en raison de la grande proportion de transmission congénitale du VHB, il est possible d'observer des cas de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire chez des jeunes patients, mettant directement en jeu leur espérance de vie^{29,32}.

En Europe, on estime que la prévalence du VHB chez les migrants est six fois plus élevée que celle de la population générale, et celle du VHC deux fois plus³³.

3.3.1 Infection par le VHB

En France, la prévalence du portage chronique de l'antigène HBs est estimée à 0.30% dans la population générale³⁴ et augmente à 5.25% chez les migrants nés en zone de forte endémicité, dont l'Afrique sub-saharienne (*InVS 2017*³⁵). Toujours selon l'*InVS*, 82% des patients pris en charge pour une hépatite B sont nés dans un pays d'endémicité forte ou modérée pour cette infection. Pourtant, en 2004, 80% des migrants ignoraient leur statut VHB contre 44.8% des français en général³⁵. La cohorte *PARCOURS* a suivi entre 2012 et 2013, 779 migrants originaires d'Afrique sub-saharienne (ASS) atteints d'une hépatite B chronique. L'analyse de cette cohorte a pu montrer que le diagnostic est réalisé en moyenne 4 ans après leur arrivée pour les hommes et 2 ans pour les femmes, et que ce diagnostic est significativement influencé par les difficultés sociales (logement, précarité économique et administrative) et par la couverture sociale. L'existence d'une couverture médicale et d'un titre de résidence augmentent par exemple respectivement de 1.7 et de 1.6 fois la chance de pouvoir être diagnostiqué³⁶.

Une autre étude, menée en Italie en 2017 et publiée dans *The Infectious Diseases of Poverty*, a étudié les caractéristiques des migrants en situation de précarité atteints d'une hépatite B chronique. Sur 1212 migrants (831 étrangers en situation irrégulière, 381 réfugiés), 9.6% présentaient une hépatite B chronique dont 4.4% au stade cirrhose et 2.2% compliquée d'un carcinome hépatocellulaire (CHC). Les principaux facteurs de risques étaient l'origine d'Afrique sub-saharienne (OR 6.18), le sexe masculin (OR 1.79) et le faible niveau scolaire (OR 1.05)³⁷.

Nous savons que la fréquence des complications (cirrhose et CHC) varie fortement selon les régions. Si l'incidence des complications est de 1 à 2% à 16 ans chez les patients non traités et asymptomatiques dans les pays de faible prévalence, le risque de cirrhose augmente de 13 à 38% à 5 ans dans les pays à forte prévalence et celui du CHC est de 17% à 5 ans en cas de cirrhose dans ces pays³⁸ ; ce risque étant en partie expliqué par la plus longue durée de ces infections dans ces pays³⁹.

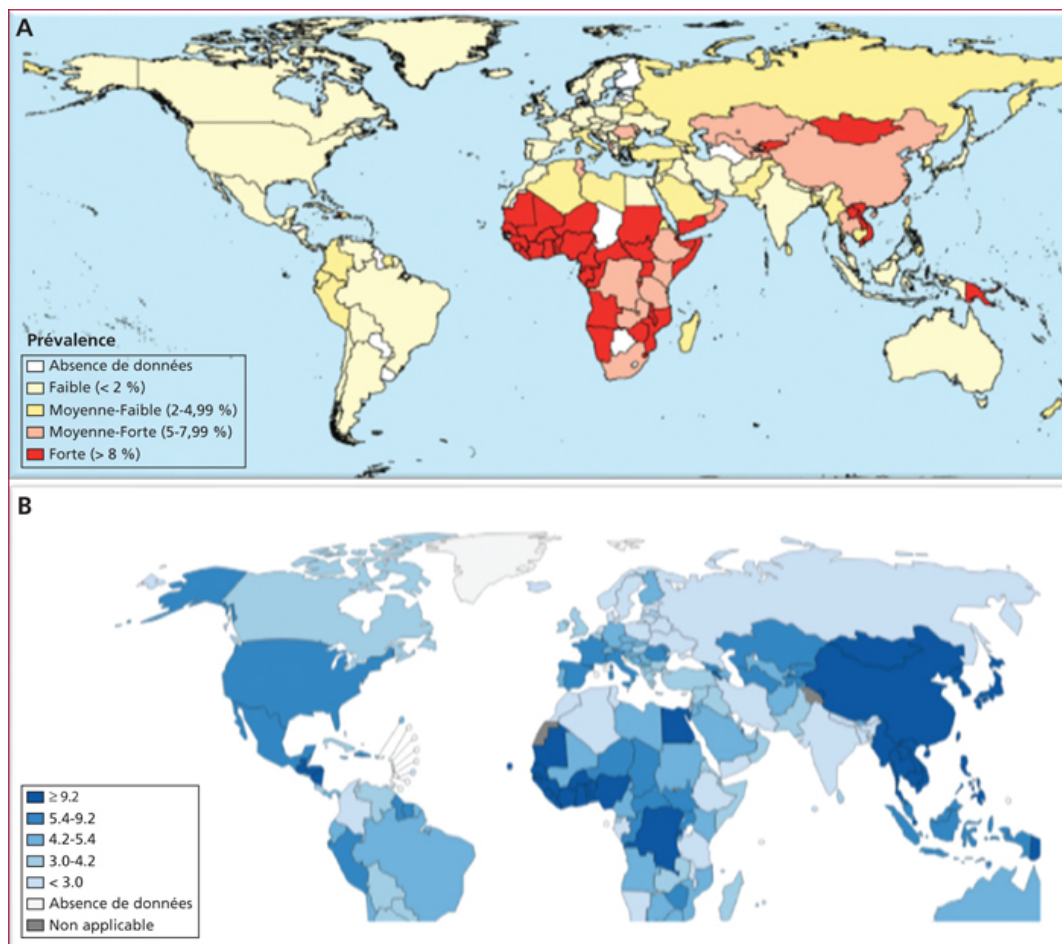


Figure 2: Parallèle entre la prévalence du portage de l'antigène HBs dans le monde (A) et l'incidence du CHC (B) – Source : Fares N, HGOD, 2016⁴⁰

Si aucun traitement curatif n'existe à ce jour, il a également été montré qu'un suivi rapproché et un traitement au long cours par inhibiteur nucléosidique ont un impact direct sur

la morbi-mortalité, avec une réduction significative du risque de cirrhose (Risque relatif (RR) de 0.51)⁴¹ et de CHC (RR 0.37)⁴², une baisse de 80% de la mortalité liée à une hépatopathie et une régression d'une cirrhose existante dans 71% des cas⁴³. La virosuppression acquise sous inhibiteurs nucléosidiques dès les premières phases d'inflammation hépatique (hépatite chronique à AgHBe positif) permet en effet de limiter la progression de la fibrose hépatique et des complications secondaires (Figure 3)⁴⁴.

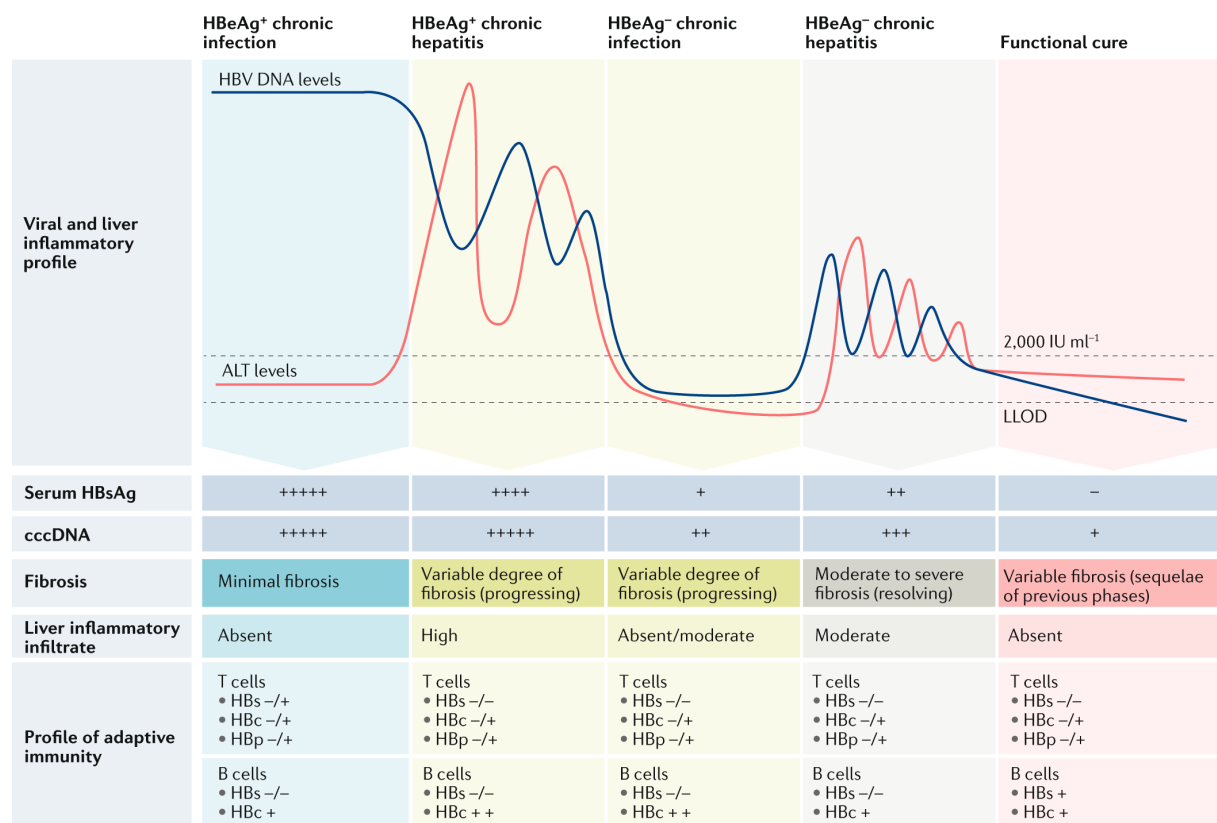


Figure 3: Histoire naturelle de l'infection chronique par le VHB – Source : Fanning G, Nature 2019⁴⁴

Par ailleurs, étant donné le retentissement hépatique d'une hépatite B chronique non traitée, le dépistage et le traitement précoce des hépatites B chez les migrants sont bénéfiques en terme de coût-efficacité⁴⁵.

Dans ce contexte et afin de pouvoir répondre à l'objectif fixé par le Ministère de la santé d'une élimination de l'infection à l'horizon 2030⁴⁶, des efforts doivent être menés dans le dépistage, la vaccination et l'accès au traitement. Le dépistage doit être étendu et facilité, notamment via des centres de premiers recours et des centres de dépistage gratuits ; il doit également donner la priorité aux personnes cibles, notamment par l'intermédiaire d'actions « hors les murs » au contact des populations⁴⁷. Dans cette optique, les TROD VHB (Test rapide d'orientation diagnostique) communautaires seront disponibles en décembre 2019⁴⁷. L'accès à un suivi précoce et à un potentiel traitement au décours d'un diagnostic d'hépatite B sont également indispensables⁴⁸.

Enfin, la vaccination des personnes séronégatives est essentielle. Si la vaccination obligatoire a fortement amélioré la couverture vaccinale contre l'hépatite B en France, avec 98.6% des nourrissons vaccinés en 2018 contre 93% en 2017³⁴, les patients nés dans des pays à faible couverture vaccinale doivent bénéficier de programmes de rattrapage⁴⁸. C'est notamment le cas de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (*Figure 4*)⁴⁹.

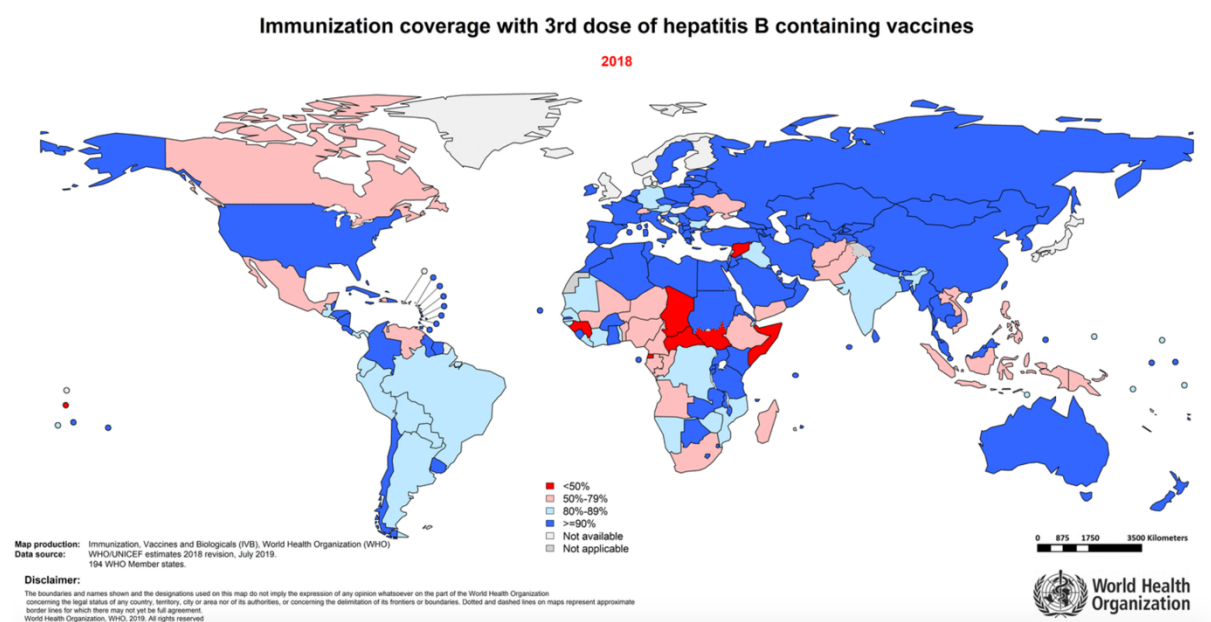


Figure 4 : Carte mondiale de la couverture vaccinale contre l'hépatite B – Source : OMS, 2018⁴⁹

3.3.2 Infection par le VHC

Concernant l'hépatite C, si la plupart des programmes de dépistage et de traitement en Europe sont ciblés sur les usagers de drogue intraveineuse (UDIV)⁵⁰, les migrants originaires de pays à moyenne et forte prévalence (respectivement $\geq 2\%$ et $\geq 5\%$ d'anticorps anti-VHC) sont un groupe à risque sous-estimé et sous-diagnostiqué⁵¹. Ils ont le plus souvent été exposés au virus du VHC dans leur pays d'origine à travers l'usage de produits sanguins contaminés ou d'injections non sécurisées, et ont une prévalence du VHC qui reflète celle de leur pays d'origine^{52,53}. Ils représentent en moyenne 14% des diagnostics en Europe et jusqu'à 50% dans les pays à faible prévalence⁵¹.

Or, avec plus de 14 millions de personnes infectées en Europe, l'infection chronique par le VHC est une cause majeure de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire, lorsqu'elle est non diagnostiquée et non traitée^{54,55}. On estime en effet que 75% des patients infectés par le VHC développent une hépatite C chronique qui se complique dans 27% des cas d'une cirrhose et dans 25% des cas d'un CHC en vingt ans⁵⁶. Des études menées au Canada et aux États-Unis ont également montré que l'incidence du CHC lié au VHC chez les migrants était deux à trois fois supérieure à celle de la population générale⁵⁷.

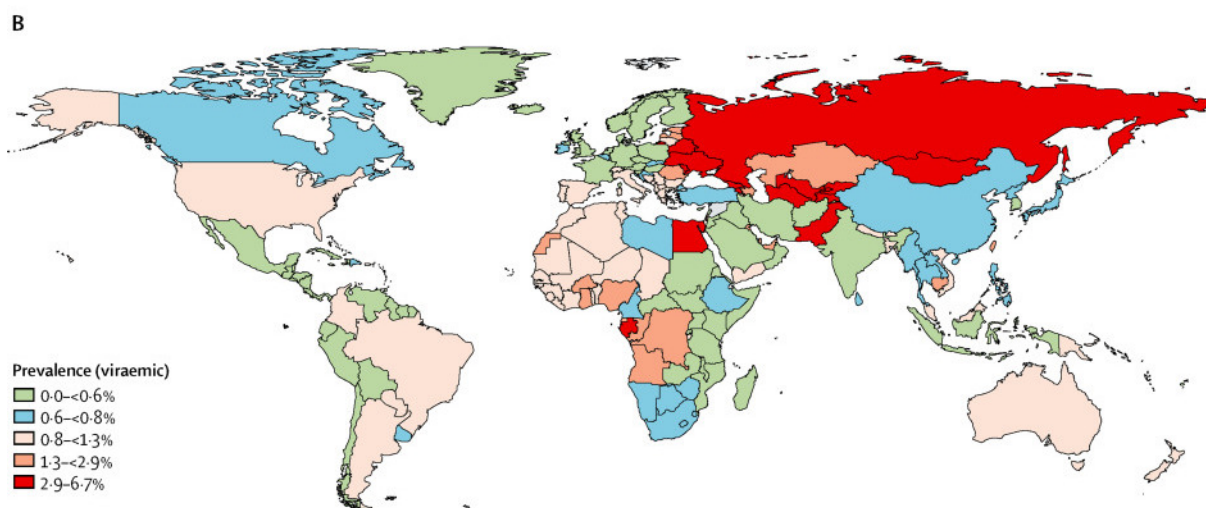


Figure 5: Prévalence de l'hépatite C dans le monde en 2015 – Source : Polaris observatory, *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017⁵⁸

Depuis 2013, la prise en charge et le pronostic des patients atteints du VHC ont profondément changé grâce à l'arrivée de nouveaux traitements à action antivirale directe (AAD), pan-génomiques, permettant de guérir plus de 97% des cas⁵⁹. L'OMS a ainsi pu fixer comme objectif l'élimination de l'épidémie pour 2030⁶⁰. Pourtant, en 2015, en Europe, seules 34% des personnes infectées étaient diagnostiquées et moins de 5% étaient traitées⁶¹. De plus, si les génotypes 1a et 1b sont les plus fréquents en Europe, il a été montré que les patients africains étaient majoritairement infectés par des virus VHC de génotype 1 non-a non-b sur lesquels les traitements pan-génomiques sont moins efficaces⁶².

Suite à l'arrivée des AAD et à l'appel de l'OMS, la France s'est fixée pour objectif une élimination de l'infection à l'horizon 2025⁴⁶. De nombreux efforts ont ainsi été réalisés dans la prévention, le dépistage et l'accès aux AAD. On note par exemple l'annonce récente d'une semaine de dépistage régional annuelle et d'une augmentation du budget alloué aux actions de dépistage « hors les murs », ainsi qu'une autorisation de prescription de deux AAD par les

médecins généralistes à partir mai 2019⁴⁷. Ces efforts ont permis une baisse de la prévalence de l'infection par le VHC : 0.84% en 2004, 0.75% en 2011 et 0.3% en 2016^{34,63}. Le programme *Barotest 2016*, dont les résultats ont été publiés en septembre 2019, a évalué à 135 466 le nombre de patients infectés par le VHC en France en 2016 contre 232 196 en 2004 et estime qu'ils sont 100 600 en janvier 2019³⁴. Ces résultats sont toutefois à nuancer. D'une part, on constate une baisse annuelle du nombre de patients traités par AAD depuis trois ans et ce nombre demeure largement insuffisant pour répondre à l'objectif de 2025 : ils étaient environ 19 000 en 2017 mais seulement 12 000 en 2019 alors que 18 000 patients devraient être traités chaque année pour pouvoir envisager l'élimination de l'infection en 2025⁶⁴. D'autre part, les migrants restent particulièrement vulnérables, avec une prévalence de l'infection estimée à 1,83%⁷ et jusqu'à 4.3% pour les migrants en grande précarité reçus par Médecins du Monde en 2016⁶⁵. Par ailleurs, tout comme pour l'hépatite B, seuls 22% d'entre eux connaissent leur statut sérologique⁶⁵.

Identifier, diagnostiquer et traiter les groupes à risques de VHC en Europe et en France est donc essentiel pour atteindre les objectifs de l'OMS. Parmi ces groupes à risque, les migrants font là encore face à des barrières supplémentaires en termes de précarité, d'accès à une couverture médicale, de dépistage et d'entrée dans le système de soins⁶⁶.

4. Cas particulier du département de Seine-Saint-Denis

4.1 Une forte concentration de migrants

En France, la population immigrée est davantage concentrée sur le territoire que la population non-immigrée et réside majoritairement dans les grands pôles urbains (80% vs 60%). En particulier, 38 % des immigrés (2.2 millions de personnes) habitent dans l'aire urbaine de Paris, où résident par ailleurs 17 % des non-immigrés (10.2 millions de personnes)⁶⁷. De façon plus générale, cette redistribution se fait des départements les plus aisés (Paris, Hauts-de-Seine et Yvelines) vers des banlieues ou des zones urbaines de grande couronne où le logement est moins coûteux⁶⁸. Ainsi, si la ville de Paris loge de moins en moins d'immigrés (30% en 1982 contre 21% en 2013), c'est la Seine-Saint-Denis qui en accueille chaque année d'avantage : 293 000 immigrés supplémentaires depuis 1982, cinq fois plus qu'à Paris. Ainsi, 29% de sa population était immigrée en 2014, soit 423 879 personnes⁶⁷.

Par ailleurs, un rapport de l'assemblée nationale estime à 200 000 le nombre de personnes immigrées en situation irrégulière en Seine-Saint-Denis en 2018 (estimations établies à l'aide des demandes d'AME et de titre de séjour)⁶⁹.

A Saint-Denis, plus particulièrement, l'INSEE dénombre 41 301 migrants, dans une ville qui comptait 109 343 habitants en 2013, soit 37.7% de la population locale. Parmi ces migrants, 12 574 sont d'origine d'Afrique sub-saharienne (30.4%)⁷⁰.

Cette forte concentration de migrants sur ce territoire représente un enjeu de prise en charge médico-sociale. Elle est également un potentiel échantillon d'étude adapté à l'évaluation de leur situation sanitaire.

4.2 CASO de Médecins du Monde et Hôpital Delafontaine

L'association Médecins du Monde intervient en Seine-Saint-Denis via un des deux CASO dont elle dispose en Ile-de-France. Le CASO de Saint-Denis a accueilli 6 188 patients en 2016 et 6 277 patients en 2017. Les patients accueillis sont en très grande majorité immigrés et en situation précaire : 99.7% d'entre eux sont des ressortissants étrangers et 78% sont en situation irrégulière. Ce sont pour la plupart des migrants arrivés récemment en France, dit primo-arrivants, puisque 69,1% sont en France depuis moins d'un an. Par ailleurs, cette population est majoritairement en dehors du système de soins français puisque 91.1% des patients ne disposent pas d'une couverture médicale, la majorité y ayant pourtant théoriquement droit⁷. Dans cette population, seuls 21% des patients connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C³⁴.

Ce groupe de patients présente des prévalences d'infections chroniques par le VHB et le VHC particulièrement élevées. Dans le rapport d'activité du CASO de Saint-Denis, en 2014, sur 369 patients ayant bénéficié d'un dépistage sérologique, 32 patients étaient porteurs de l'antigène HBs (8.7%) et 33 patients porteurs d'anticorps anti-VHC (8.2%)³⁴.

L'hôpital Delafontaine est un des deux hôpitaux du Centre Hospitalier Général situé dans la ville de Saint-Denis (93 200) et appartient au Groupe Hospitalier de Territoire de Plaine de France. Il est situé à trente minutes à pieds du CASO de Médecins du Monde. C'est un hôpital public qui dispose de 819 lits d'hospitalisation. Il dispose notamment d'un service de Maladies infectieuses et tropicales qui assure, quatre jours par semaine, la mission de Centre Gratuit d'Informations, de Dépistage et de Diagnostic d'infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). L'hôpital Delafontaine dispose également d'un service d'hépatologie qui prend en charge les hépatites virales B et C⁷¹.

Le CeGIDD de l'hôpital Delafontaine effectue environ 3 500 consultations par an, et environ 1700 dépistages. La population reçue est majoritairement d'origine étrangère (59.4% en 2017) et présente des facteurs de précarité : en 2017, 22.7% présentaient une barrière de langue et 30% ne disposaient pas d'une protection sociale.

Dans ce contexte et afin d'optimiser la réalisation des dépistages recommandés, un partenariat existe entre le CASO de Saint-Denis et le CeGIDD de l'hôpital Delafontaine. Ce programme permet de dépister les infections par le VIH, le VHB, le VHC, la syphilis et les infections par le Gonocoque et le Chlamydia. Ces dépistages sont réalisés gratuitement et anonymement. Ce programme représente une part non négligeable de la population reçue dans le CeGIDD : les patients adressés par Médecins du Monde représentaient 20% des patients reçus dans celui-ci en 2017, 65% des patients infectés par le VHB et 70.1% des patients infectés par le VHC.

Par ailleurs, il existe depuis plusieurs années un circuit de prise en charge des hépatites virales B et C diagnostiquées en CeGIDD en coordination avec le service d'hépatogastro-

entérologie au sein de l'hôpital Delafontaine afin d'en faciliter la prise en charge une fois le diagnostic établi. Ce circuit a été élaboré pour et avec Médecins Du Monde.

5. Objectif de l'étude

Les études existantes montrent à quel point la situation sanitaire des migrants en situation de précarité est préoccupante en Europe et en France. La première difficulté semble résider dans l'entrée dans le système de soins, avec pour conséquence une aggravation de certaines maladies, notamment infectieuses, acquises dans le pays d'origine, pendant le parcours ou après l'arrivée dans le pays hôte. De nombreuses études épidémiologiques insistent ainsi sur l'importance d'un dépistage généralisé et précoce, afin notamment de diagnostiquer et de prendre en charge les hépatites virales B et C, le VIH et la tuberculose maladie. A ce jour cependant, très peu d'études ont évalué la prise en charge de ces maladies après leur diagnostic dans cette population^{23,72}. Pourtant, celle-ci semble à la fois indispensable et difficile aux vues des nombreux obstacles à l'accès au soin qui persistent au décours de l'acte de dépistage.

Dans ce sens, nous avons souhaité explorer la qualité de ce suivi et identifier les principales barrières qui entravent la prise en charge de ces maladies. Pour ce faire, nous avons mené une étude afin d'évaluer le suivi ambulatoire des hépatites B et C au décours du diagnostic effectué en CeGIDD chez les migrants adressés par le CASO de Médecins du Monde à Saint-Denis (93), et d'en déterminer les facteurs pronostiques.

Nous avons également voulu évaluer deux stratégies d'optimisation de ce suivi. D'une part, la création d'une fiche de liaison entre la CeGIDD et le service d'hépatogastro-entérologie, d'autre part le recueil des coordonnées en CeGIDD, élaboré au cours de l'étude.

Matériel et Méthodes

1. Schéma d'étude et population

Cette enquête est une étude de cohorte longitudinale mono-centrique (Hôpital Delafontaine) rétrospective de janvier 2015 à avril 2017 puis prospective de mai 2017 à avril 2018. Ont été inclus tous les patients reçus dans le CeGIDD de l'hôpital Delafontaine (situé au 2^{ème} étage de l'hôpital) durant cette période, adressés par le CASO de Saint-Denis de Médecins du monde et dont le résultat de la sérologie VHB ou VHC était positif. Les patients n'étant pas venu chercher le résultat de leurs sérologies n'étaient pas inclus (c'est un évènement relativement rare : en 2017, 88.7% de l'ensemble des patients reçus en CeGIDD étaient venus récupérer leurs résultats. A noter, parmi les perdus de vue, 7 patients infectés par le VHB, dont une femme adressée par Médecins du Monde et 1 patient avec une sérologie VHC positive, adressé par Médecins du Monde). Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Tous ces patients ont bénéficié d'un dépistage de l'hépatite B et C, par la réalisation d'une sérologie VHB (avec dosage des antigènes HBs, des anticorps anti-HBc et anticorps anti-HBs) et d'une sérologie VHC. Ils ont également bénéficié d'un dépistage du VIH par la réalisation d'une sérologie du VIH 1 et 2, ainsi que d'un dépistage de la syphilis, par la réalisation du dosage plasmatique du TPHA et du VDRL. Ces dépistages ont été réalisés lors de la première consultation et leurs résultats ont été rendus lors d'une consultation médicale

dédiée 7 jours plus tard. Ce dépistage a été réalisé gratuitement et avec possibilité d'anonymat selon les conditions générales des CeGIDD.

Plusieurs informations ont également été recueillies d'après le questionnaire en vigueur dans le CeGIDD à cette période (annexe 1).

Lorsque le patient présentait une sérologie VHB ou VHC positive, le médecin lui recommandait de prendre un rendez-vous en consultation d'hépatologie (située au rez-de-chaussée de l'hôpital, dans une aile différente et avec un secrétariat différent).

Deux interventions ont eu lieu au cours de l'étude. A partir de mai 2016, une fiche de liaison contenant des informations relatives aux démarches à suivre pour prendre rendez-vous en hépatologie (annexe 2) et auprès du service social a été systématiquement remise aux patients dont la sérologie VHB ou VHC était positive. Cette fiche de liaison, pensée antérieurement à l'étude, avait déjà pour but d'améliorer le suivi initial au décours du diagnostic d'hépatite virale B ou C en CeGIDD. Elle était délivrée par le médecin lors de la consultation d'annonce. Entre mai 2017 et avril 2018, pour les besoins de l'étude, nous avons effectué un recueil du numéro de téléphone, du nom et du prénom de tous les patients correspondant aux critères d'inclusion, après consentement oral selon la réglementation en vigueur au sein du CeGIDD. Le recueil du numéro de téléphone avait pour but de pouvoir appeler les patients 3 mois après leur consultation de CeGIDD afin de s'assurer qu'ils avaient pu obtenir un rendez-vous en hépatologie. Ces coordonnées étaient recueillies par le médecin lors de la consultation d'annonce et étaient ensuite retranscrites sur la fiche de liaison, dont le médecin gardait une copie.

2. Critères de jugement et variables d'intérêt

Le critère de jugement principal était la consultation d'hépatologie honorée avant décembre 2018. Le critère de jugement secondaire était l'obtention d'un rendez-vous en hépatologie avant décembre 2018.

L'impact de la fiche de liaison et du recueil des coordonnées sur les deux critères de jugement a été évalué.

Les données recueillies grâce au questionnaire du CeGIDD ont également été analysées.

3. Analyses statistiques

Le recueil initial de données a été réalisé par le Département de l'Informatique Médicale de l'hôpital, permettant de récupérer les résultats sérologiques de tous les patients adressés par Médecins du Monde durant cette période ainsi que les données de leur questionnaire CeGIDD.

La désanonymisation des données a été réalisée par comparaison des dossiers médicaux répertoriés dans le logiciel Applidis-Convergence® à l'aide de la date de naissance et du pays d'origine. Étaient considérés comme perdus de vue les patients sans dossier correspondant en consultation d'hépatologie en décembre 2018.

Les données ont été saisies sur le logiciel tableur Excel® puis analysées grâce au logiciel STATA®. Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant un test du Chi-2. Les comparaisons de moyennes ont été réalisées à l'aide d'un test t de Student. Pour les besoins de l'étude, nous avons considéré toutes les données comme rétrospectives. Suite aux premiers résultats, nous avons également procédé à des analyses secondaires.

Une valeur de $p \leq 0.05$ était considérée comme statistiquement significative⁷³.

4. Comité d'éthique

Un comité d'éthique s'est réuni le 28 juin 2017 à l'hôpital Delafontaine et a validé la désanonymisation des données pour les besoins de l'étude mais a refusé que soient réalisés les appels téléphoniques devant l'absence de consentement écrit préalable et le risque de divulgation d'un secret médical par téléphone.

Résultats

1. Description de la population

Nous avons pu inclure 165 patients entre janvier 2015 et avril 2018. Ont été inclus 42 patients en 2015, 61 en 2016 et 62 entre janvier 2017 et avril 2018.

La description de cette population figure dans le *tableau 1* (ci-joint).

Ces patients étaient majoritairement des hommes (89.1%) jeunes (33 ans en moyenne). La personne la plus âgée avait 62 ans à l'inclusion. Deux mineurs ont également été inclus. Les patients de moins de 45 ans étaient majoritairement de sexe masculin contrairement aux patients de plus de 45 ans.

La très grande majorité d'entre eux ne disposait pas de couverture maladie (92.1%). Seuls 7 patients (4.2%) déclaraient travailler au moment de l'inclusion. Par ailleurs, 38.2% des patients présentaient une barrière de langue vis-à-vis du français et de l'anglais.

Aucun n'a déclaré être homosexuel, un seul se déclarant sans sexualité. Une patiente était travailleuse de sexe. Aucun patient n'a déclaré être usager de drogue intraveineuse (UDIV).

		N (=165)	%
Sexe	Homme (H)	147	89.1
	Femme (F)	18	10.9
Age (ans)	<i>Moyen : 33.4</i>	-	-
	< 18	2	1.2
	<i>H / F</i>	2 / 0	1.3 / 0.0
	18 – 34	94	57.0
	<i>H / F</i>	84 / 10	57.1 / 55.6
	35 – 44	57	34.5
	<i>H / F</i>	54 / 3	36.7 / 16.7
	45 – 60	9	5.5
	<i>H / F</i>	6 / 3	4.1 / 16.7
	> 60	3	1.8
<i>H / F</i>	1 / 2	0.7 / 11.1	
Origine géographique	ASS	110	66.7
	Autre	55	33.3
Barrière de langue	Oui	63	38.2
	Non	102	61.8
Sexualité	Hétérosexuel	164	99.4
	Sans sexualité	1	0.6
Couverture maladie	Oui	13	7.9
	Non	152	92.1
Travail	Oui	7	4.2
	Non	158	95.8
Travailleur du sexe	Oui	1	0.6
	Non	164	94.4
UDIV	Oui	0	0

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients (N = 165)

Comme présenté dans la *figure 4*, les patients inclus étaient en grande majorité originaires d’Afrique subsaharienne (66.7%) et d’Asie (28.5%).

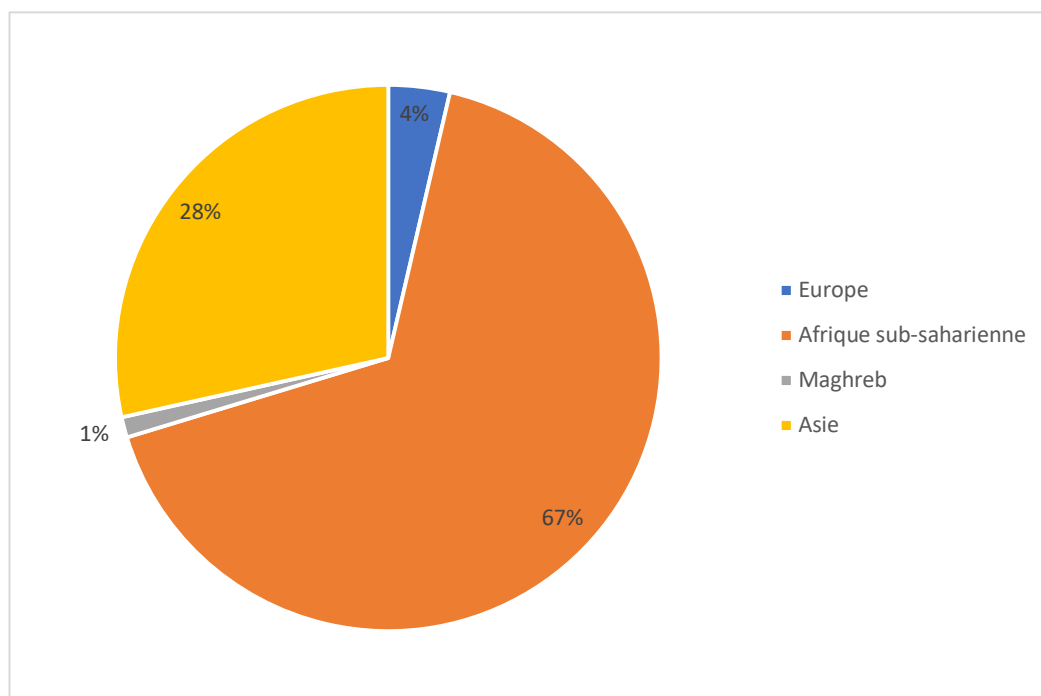


Figure 6 : Région d'origine des patients adressés par MDM ayant une sérologie VHB ou VHC positive en CeGIDD (2015-2018)

Les patients originaires d’Afrique sub-saharienne provenaient principalement de pays d’Afrique de l’ouest, majoritairement francophones (la Côte d’Ivoire, le Mali, le Cameroun et le Sénégal étaient les pays d’origines de 59.5% de l’ensemble des patients). Les patients asiatiques étaient très majoritairement originaires du Pakistan (25.5% de l’ensemble des patients) ; l’Inde et le Bangladesh ne représentant respectivement que 1.8% et 1.2% des patients. La répartition détaillée des pays d’origine est présentée dans le *tableau 2*.

PAYS	N	%
<i>Côte d'Ivoire</i>	45	27,3
<i>Pakistan</i>	42	25.5
<i>Mali</i>	29	17.6
<i>Cameroun</i>	16	9.7
<i>Sénégal</i>	8	4.9
<i>Roumanie</i>	4	2.4
<i>Guinée</i>	3	1.8
<i>Inde</i>	3	1.8
<i>Bangladesh</i>	2	1.2
<i>Gabon</i>	2	1.2
<i>Ghana</i>	2	1.2
<i>Moldavie</i>	2	1.2
<i>RDC</i>	2	1.2
<i>Algérie</i>	1	0.6
<i>Bénin</i>	1	0.6
<i>Burkina Fasso</i>	1	0.6
<i>Guinée Bissau</i>	1	0.6
<i>Maroc</i>	1	0.6

Tableau 2 : Liste des pays d'origine des patients

2. Résultats sérologiques

Tous les patients inclus ont réalisé les tests de dépistage du VHB, du VHC, du VIH et de la syphilis (*tableau 3*). Ils ont également tous récupéré les résultats de ces tests lors de la consultation médicale dédiée 7 jours plus tard.

Il y a eu un total de 101 diagnostics d'infection par le VHB (61.2%) et 68 sérologies VHC positives. Quatre patients présentaient une co-infection VHB-VHC.

Nous avons également diagnostiqué deux infections par le VIH, à chaque fois conjointes d'une infection par le VHB.

Enfin, il y a eu un diagnostic de syphilis, en co-infection d'une hépatite B, traitée directement en CeGIDD.

	N	%
<i>Hépatite B</i>	101	61.2
<i>Hépatite C</i>	68	41.2
<i>Co-infection VHB-VHC</i>	4	2.4
<i>VIH* (*co-infection VHB)</i>	2	1.2
<i>Syphilis</i>	1	0.6

Tableau 3 : Résultats des tests sérologiques

2.1. Profil démographique des patients infectés par le VHB et par le VHC

En comparant le profil des patients infectés par le VHB et le VHC, nous avons constaté que les patients infectés par le VHB étaient très majoritairement originaires d’Afrique subsaharienne (82.8%, OR à 8.2 (IC 95% : 4.4 – 15.3), $p < 0.00001$) alors que les infections par le VHC étaient principalement retrouvées chez des patients originaires d’Asie (85.1%), différence statistiquement significative avec un OR à 5.7 (IC 95% : 2.6-12.8, $p < 0.00001$). Les deux groupes avaient des profils comparables en termes d’âge et de sexe (*tableau 4*).

	VHB – N (%)	VHC – N (%)	OR (IC 95%)	Valeur de <i>p</i>
<i>Origine ASS</i>	90 (82.8)	24 (21.8)	8.2 (4.4-15.3)	<0.00001
<i>Origine Asie</i>	7 (14.9)	40 (85.1)	5.7 (2.6-12.8)	<0.00001
<i>Age</i>				
- <i>âge moyen</i>	32.5 ans	32.4 ans		
- <i><18 ans</i>	1 (1.0)	1 (1.5)		
- <i>18 – 30</i>	40 (39.6)	22 (32.4)	-	-
- <i>30 – 45</i>	55 (54.5)	37 (54.4)		
- <i>> 45</i>	5 (5.0)	8 (11.8)		
<i>Sexe masculin</i>	87 (86.1)	63 (92.7)	-	-

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques démographiques des patients infectés par le VHB et le VHC

2.2. Statut sérologique du VHB et vaccination chez les patients infectés par le VHC

Parmi les patients infectés par le VHC, 47% d'entre eux présentaient une infection par le VHB ancienne et guérie (définie comme la présence d'anticorps HBs et d'anticorps HBc) et 28% ont reçu au moins une injection de vaccin anti-VHB en CeGIDD. Seuls 4% d'entre eux avaient été préalablement vaccinés.

Statut VHB	Nombre (N = 68)	Pourcentage (%)
<i>Ag HBs positif</i>	2	2.9
<i>Infection par le VHB guérie</i>	32	47.1
<i>Préalablement vacciné</i>	3	4.4
<i>Vaccination faite</i>	19	27.9
<i>Vaccination refusée</i>	3	4.4
<i>Pas de vaccination proposée</i>	9	13.2

Tableau 5 : Statut VHB et vaccination parmi les patients infectés par le VHC

3. Critères de jugement principal et secondaire

Au total, 71 patients (43.0%) ont obtenu un rendez-vous en hépatologie et 59 patients (35.8%) s'y sont présentés (*tableau 5*). Le délai moyen entre la consultation d'annonce en CeGIDD et le rendez-vous d'hépatologie était de 5.0 mois.

Lors de l'annonce diagnostique en CeGIDD, 82 patients (49.7%) n'ont reçu que des informations et conseils à l'oral (avant mai 2016) et 81 patients (49.1%) se sont vus délivrer une fiche de liaison (à partir de mai 2016). Parmi les patients ayant bénéficié d'une fiche de liaison, 43 patients (26.1% de l'ensemble des patients) ont communiqué leurs coordonnées, 7 ont refusé. Nous n'avons pas trouvé de données pour 2 patients, nous les avons inclus dans le groupe n'ayant reçu que des informations orales lors les analyses.

Suite au refus du comité d'éthique et contrairement à l'objectif initial, nous n'avons pas pu joindre par téléphone les patients ayant donné leurs coordonnées, 3 mois après leur consultation CeGIDD, dans le but de s'assurer qu'ils avaient pu obtenir un rendez-vous d'hépatologie.

	N	%
<i>Orientation faite</i>	163	98.7
<i>Information orale</i>	82	49.7
<i>Fiche de liaison (à partir de mai 2016)</i>	81	49.1
<i>Coordonnées (à partir de mai 2017)</i>	43	26.1
<i>RdV hépatologie pris</i>	71	43.0
<i>Délai moyen (mois)</i>	4.98	-
<i>Consultation honorée</i>	59	35.8

Tableau 6 : Rendez-vous et consultations d'hépatologie, fiche de liaison et coordonnées

3.1. Rendez-vous d'hépatologie (Figures 7 et 8)

Nous avons retrouvé que la création d'une fiche de liaison puis le recueil des coordonnées amélioreraient significativement la prise de rendez-vous en hépatologie au décours de la consultation d'annonce en CeGIDD.

Les patients ayant bénéficié d'une fiche de liaison (avec ou sans coordonnées) étaient plus susceptibles d'obtenir un rendez-vous par rapport aux patients n'ayant eu qu'une information délivrée oralement (58.0% contre 28.6%). Cette différence était statistiquement significative avec un OR à 3,45 (IC 95% : 1.81 - 6.60, $p=0.0002$).

En ne prenant en compte que les patients ayant bénéficié d'une fiche de liaison sans le recueil des coordonnées, ils étaient également plus susceptibles d'obtenir un rendez-vous (55.3% contre 28.6%) en comparaison à une information orale, avec une différence statistiquement significative et un OR à 3.09 (IC 95% : 1.39 - 6.84, $p=0.0055$).

Les patients ayant fourni leurs coordonnées étaient encore plus susceptibles d'obtenir un rendez-vous par rapport aux patients n'ayant eu qu'une information délivrée oralement (60.5% contre 28.6%). Cette différence était également statistiquement significative avec un OR à 3.82 (IC 95% 1.76 - 8.28, $p=0.0007$). Ces patients semblaient également plus susceptibles d'obtenir un rendez-vous que les patients ayant reçu une fiche de liaison sans le recueil de coordonnées, sans que cette différence soit statistiquement significative avec un OR à 1.53 (IC 95% : 0.83 - 2.82, $p=0.22$).

Enfin, les patients ayant bénéficié d'une fiche de liaison avaient un rendez-vous en hépatologie plus précocement que les patients ayant reçu une information orale (4.38 mois en moyenne contre 5.85 mois). Ce délai était encore plus court dans le groupe des patients ayant donné leurs coordonnées (4.3 mois). Ces différences n'étaient toutefois pas statistiquement significatives ($p=0.18$).

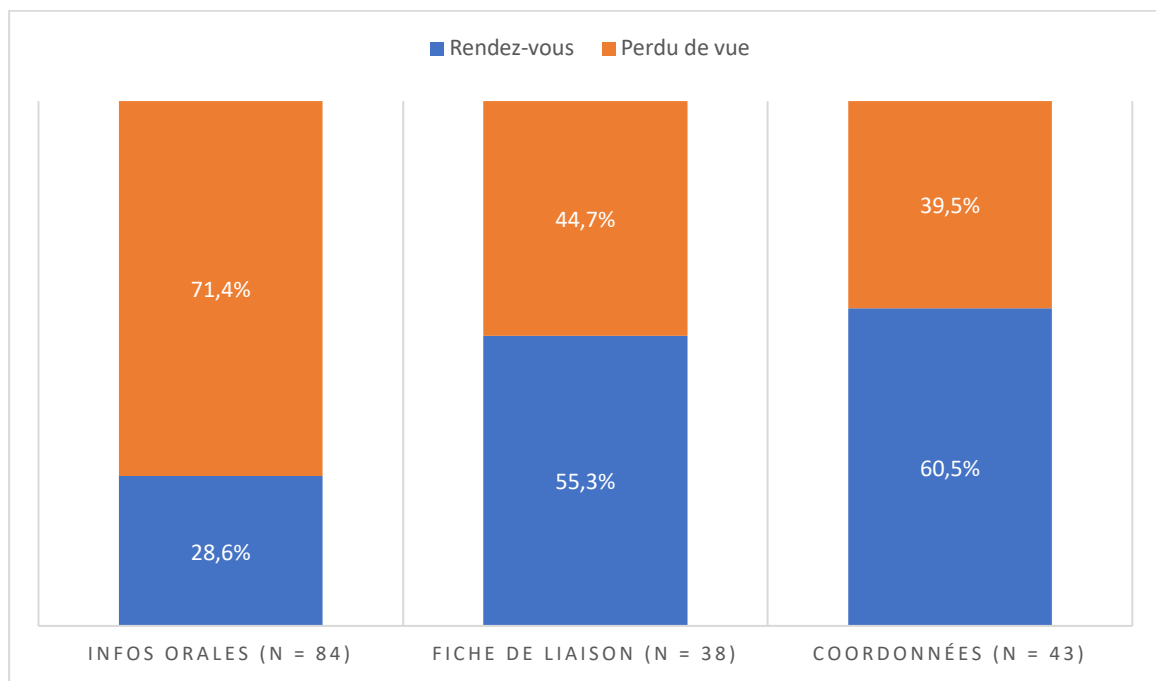


Figure 7 : Impact de la fiche de liaison (sans prise des coordonnées) et des coordonnées sur les rendez-vous

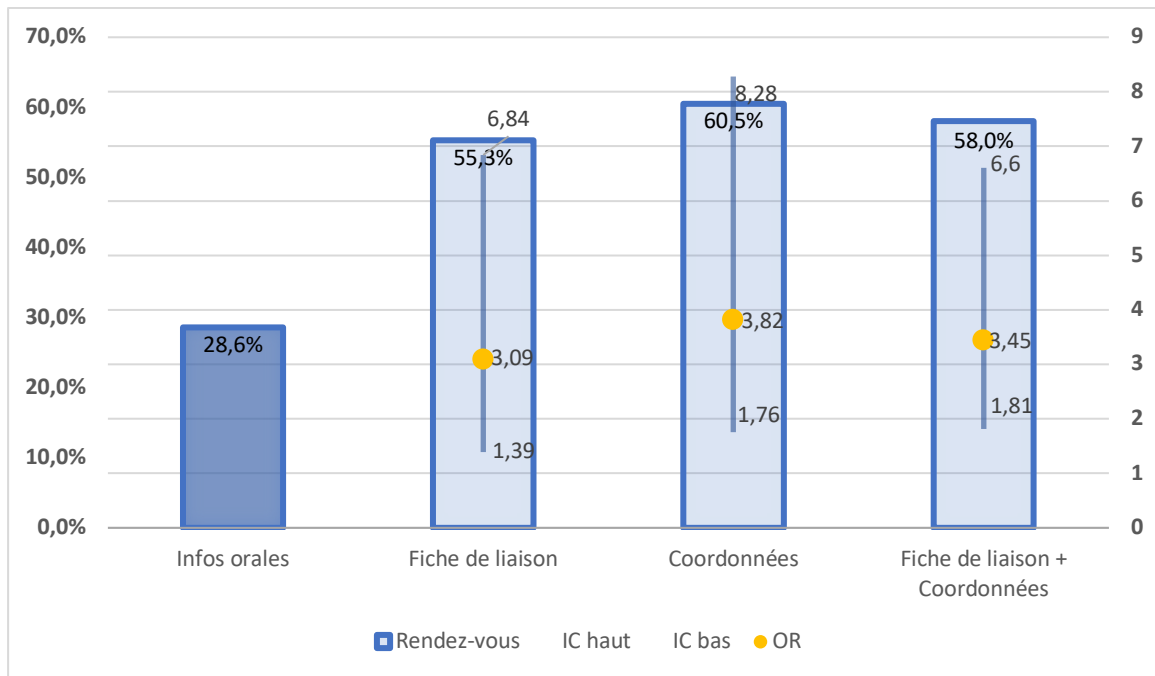


Figure 8 : Impact de la fiche de liaison et des coordonnées sur les rendez-vous avec Odds Ratio

3.2. Consultation d'hépatologie (Figures 9 et 10)

Nous avons également retrouvé que la création d'une fiche de liaison puis le recueil des coordonnées étaient associées à un nombre significativement plus élevé de patients honorant leur consultation d'hépatologie.

Les patients ayant bénéficié d'une fiche de liaison (avec ou sans coordonnées) étaient plus susceptibles de se présenter en consultation d'hépatologie par rapport aux patients n'ayant eu qu'une information délivrée oralement (49.4% contre 22.6%). Cette différence était statistiquement significative avec un OR à 3.34 (IC 95% : 1.71 - 6.53, $p=0.0004$).

En ne prenant en compte que les patients ayant bénéficié de fiches de liaison sans le recueil des coordonnées, ils étaient également plus susceptibles de se présenter en consultation d'hépatologie (42.1% contre 22.6%) en comparaison à une information orale, avec une différence statistiquement significative et un OR à 2.49 (IC 95% : 1.09 - 5.66, p=0.029).

Les patients ayant donné leurs coordonnées étaient encore plus susceptibles de se rendre en consultation d'hépatologie par rapport aux patients n'ayant eu qu'une information délivrée oralement (55.8% contre 22.6%). Cette différence était également statistiquement significative avec un OR de 4.32 (IC 95% : 1.96 - 9.51, p=0.0003). Ces patients semblaient également plus susceptibles de se présenter en consultation que les patients ayant reçu une fiche de liaison sans le recueil de coordonnées, sans que cette différence soit statistiquement significative, avec un OR à 1.73 (IC 95% : 0.71 – 4.19, p=0.22).

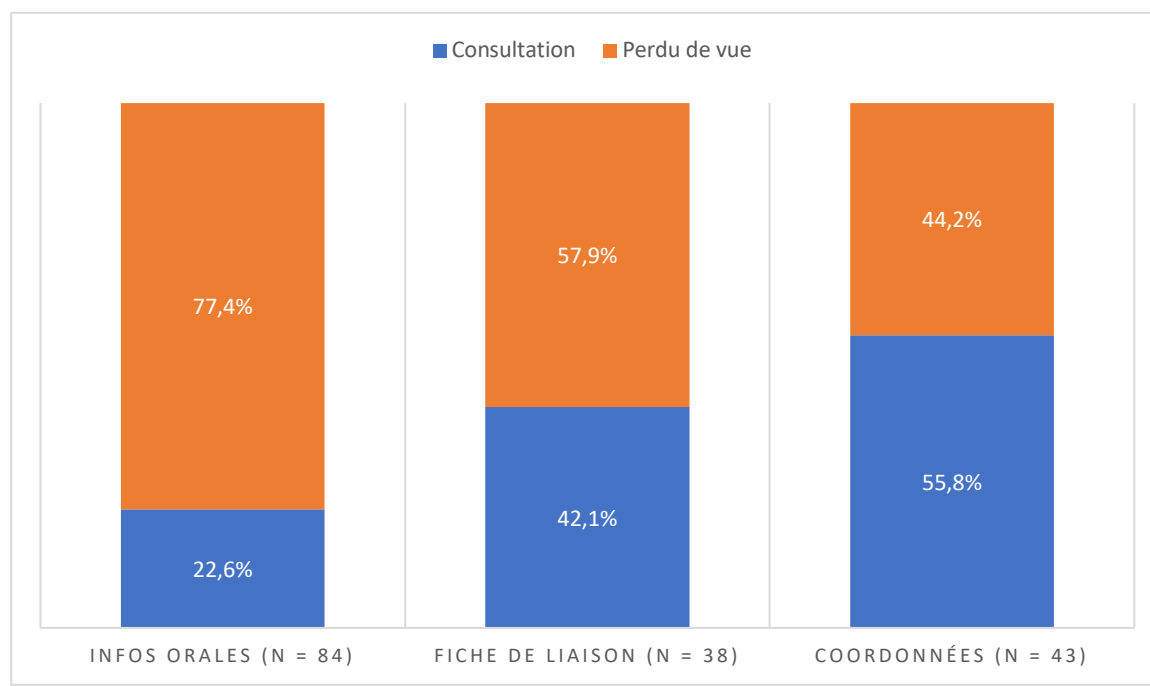


Figure 9 : Impact de la fiche de liaison (sans prise de coordonnées) et des coordonnées sur les consultations

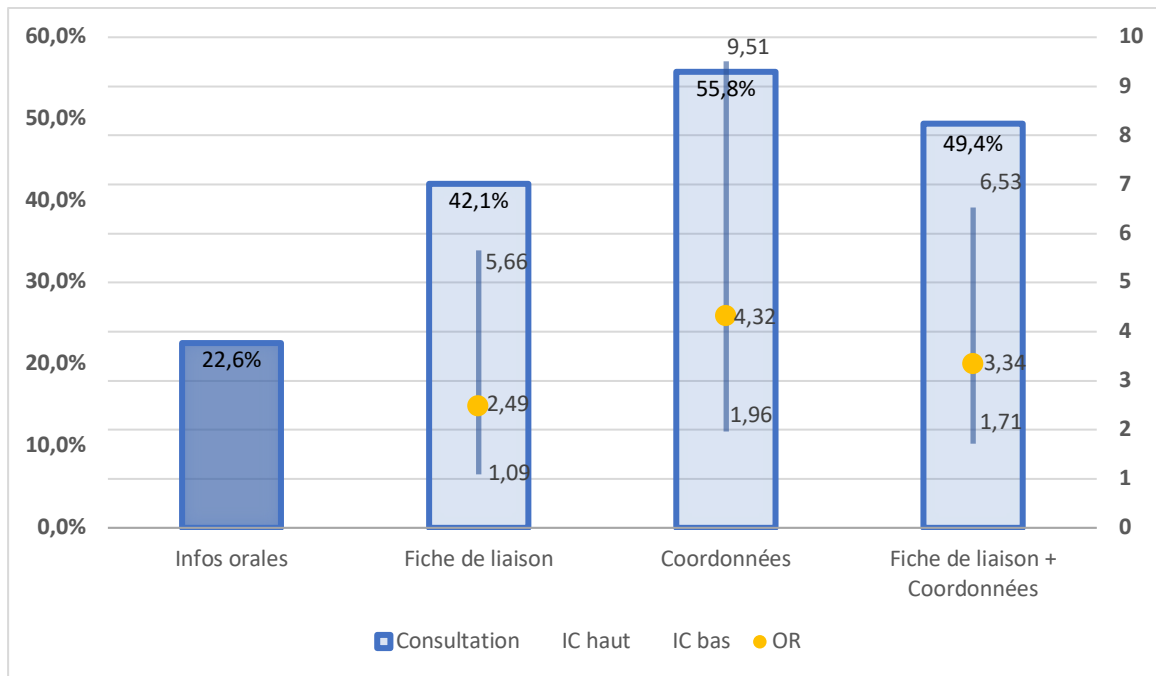


Figure 10 : Impact de la fiche de liaison et des coordonnées sur les consultations avec Odds Ratio

4. Analyses en sous-groupe

4.1. Profil des perdus de vue (Tableaux 7 et 8)

Nous avons analysé les caractéristiques des patients n'ayant pas été reçus en consultation (critère de jugement principal) et n'ayant pas obtenu de rendez-vous (critère de jugement secondaire).

4.1.1. *Facteurs sociodémographiques :*

Nous avons retrouvé que les patients âgés de plus de 35 ans étaient moins susceptibles d'obtenir un rendez-vous, de manière statistiquement significative, avec un OR de 0.50 (IC

95% : 0.26-0.96, $p=0.035$). Cette différence semblait également exister, mais de manière non significative, pour la consultation d'hépatologie avec un OR à 0.53 (IC 95% : 0.27-1.05, $p=0.06$).

Nous avons également retrouvé que la barrière de langue était associée à une probabilité plus faible d'obtenir un rendez-vous, de manière statistiquement significative, avec un OR à 0.42 (IC 95% : 0.21-0.82, $p=0.009$). Cette différence semblait également exister, mais de manière non significative, dans la probabilité d'être reçu en consultation d'hépatologie, avec un OR à 0.60 (IC 95% : 0.30-1.18, $p=0.13$).

Par ailleurs, les patients originaires d'Afrique subsaharienne semblaient plus susceptibles d'obtenir un rendez-vous et de se présenter en consultation, par rapport aux patients originaires d'ailleurs, sans que cette différence soit statistiquement significative.

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative sur le sexe. Nous n'avons pas non plus retrouvé de différence sur le travail et uniquement une tendance protectrice de la couverture médicale.

La patiente travailleuse du sexe s'est présentée en consultation d'hépatologie (pas d'analyse réalisée sur ce cas isolé dans l'étude).

4.1.2. Délai de consultation (Figure 11) :

Nous avons également comparé la probabilité de se présenter en consultation selon que le délai entre l'annonce et le rendez-vous soit court (moins de 3 mois) ou long (plus de 6 mois).

Dans notre étude, 25 patients avaient pu bénéficier d'un délai court (35.2%) et 18 patients avaient obtenu un rendez-vous plus de 6 mois après leur consultation d'annonce en CeGIDD (25.4%).

Pour rappel, le délai moyen de rendez-vous était de 4.98 mois pour un taux de consultations honorées de 83.1%. Un délai court (moins de 3 mois) était associé à une meilleure probabilité de se présenter en consultation (88.0%). A l'inverse, les patients ayant obtenu un rendez-vous plus de 6 mois après leur consultation de CeGIDD s'étaient présentés en consultation d'hépatologie dans seulement 72.0% des cas.

Cette différence n'atteignait pas de seuil statistiquement significatif, avec un OR à 1.69 (IC 95% : 0.85 – 3.33, $p = 0.19$), la faiblesse des effectifs amoindrissant cependant la puissance des analyses.

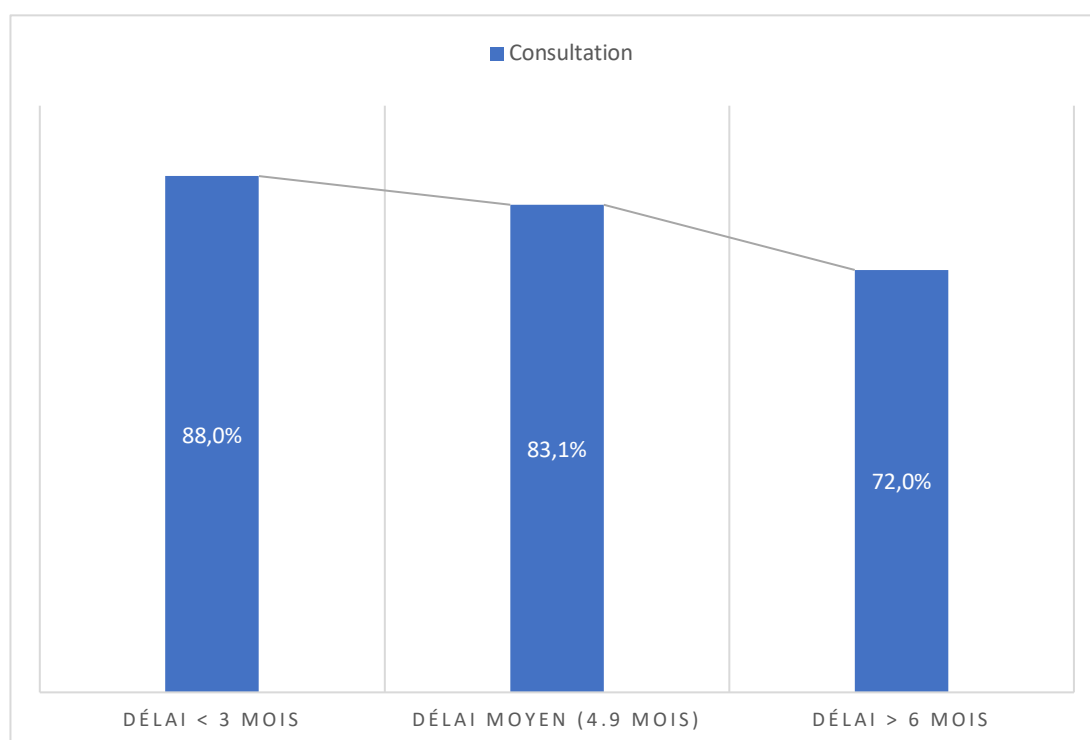


Figure 11 : Pourcentage de consultations honorées selon le délai du rendez-vous

4.1.3. Statut sérologique :

Nous avons retrouvé une plus grande proportion de patients infectés par le VHB dans les groupes Rendez-vous (OR = 1.30, IC95% : 0.68-2.47, p=0.4) et Consultation (OR = 1.24, IC 95% : 0.64-2.39, p=0.53) que dans le groupe Perdus de vue. Cette tendance non significative semblait être en faveur d'une plus grande susceptibilité des patients infectés par le VHC à être perdus de vue.

Trois des quatre patients co-infectés par le VHB et le VHC ont obtenu un rendez-vous et deux se sont présentés en consultation. Cette différence par rapport aux mono-infections VHB et VHC n'était pas analysable statistiquement compte-tenu de l'effectif très limité.

Les deux patients ayant présenté une co-infection VHB-VIH ont été reçus en consultation d'hépatologie. Néanmoins l'effectif était trop faible pour être analysable.

Le seul patient ayant présenté au diagnostic une co-infection par la syphilis a été perdu de vue avant d'avoir pris rendez-vous.

	Perdu de vue N = 94 (%)	Rendez-vous N = 71 (%)	OR (IC 95%)	Valeur de p
<i>Sexe masculin</i>	82 (87.2)	65 (91.5)	-	-
<i>Age moyen (ans)</i>	34.4	32.4	-	-
<i>- < 18 ans</i>	1 (1.1)	1 (1.4)	-	-
<i>- 18 - 35 ans</i>	41 (43.6)	41 (57.7)	-	-
<i>- > 35 ans</i>	46 (48.9)	23 (32.4)	0.50 (0.26-0.96)	0.035
<i>Barrière de langue</i>	44 (46.8)	19 (26.8)	0.42 (0.21-0.82)	0.009
<i>Protection sociale</i>	4 (4.3)	9 (12.7)	-	-
<i>Travail</i>	4 (4.3)	3 (4.2)	-	-
<i>Origine ASS</i>	58 (61.7)	52 (73.2)	1.44 (0.72 – 2.90)	0.3
<i>Hépatite B</i>	55 (58.5)	46 (65.8)	1.30 (0.68-2.47)	0.4
<i>Hépatite C</i>	40 (42.6)	28 (39.4)	-	-
<i>Coinf VHB-VHC</i>	1 (1.1)	3 (4.2)	-	-
<i>VIH</i>	0 (0.0)	2 (2.8)	-	-
<i>Syphilis</i>	1 (1.1)	0 (0.0)	-	-

Tableau 7 : Profil des perdus de vue des rendez-vous

	Perdu de vue N = 106 (%)	Consultation N = 59 (%)	OR (IC 95%)	Valeur de p
Sexe masculin	93 (87.7)	54 (91.5)	-	-
Age moyen (ans)	34.1	32.5	-	-
- < 18	1 (0.9)	1 (1.7)	-	-
- 18 – 35	56 (52.8)	40 (67.8)	-	-
- > 35	50 (47.2)	19 (32.2)	0.53 (0.27-1.05)	0.06
Barrière de langue	45 (42.5)	18 (30.5)	0.60 (0.30-1.18)	0.13
Protection sociale	5 (4.7)	8 (13.6)	-	-
Travail	4 (3.7)	3 (5.1)	-	-
Origine ASS	68 (64.15)	42 (71.2)	1.20 (0.59 – 2.45)	0.62
Hépatite B	63 (59.4)	38 (64.4)	1.24 (0.64-2.39)	0.53
Hépatite C	45 (42.5)	23 (39.0)	-	-
Coinf VHB-VHC	2 (1.8)	2 (3.4)	-	-
VIH	0 (0.0)	2 (3.4)	-	-
Syphilis	1 (0.9)	0 (0.0)	-	-
Délai < 3 mois	3	22	1.69	0.19
Délai > 6 mois	5	18	(0.85-3.33)	

Tableau 8 : Profil des perdus de vue des consultations

4.2. Facteurs sociodémographiques déterminant la barrière de langue (Figure 12)

Compte-tenu de l'impact de la barrière de langue sur la probabilité d'obtenir un rendez-vous en hépatologie, nous avons analysé les facteurs sociodémographiques des patients présentant cette caractéristique.

Les patients asiatiques étaient les plus susceptibles de présenter une barrière de langue (85.1% vs 19.5% dans le reste du monde). L'analyse retrouvant un OR à 5.71 (IC 95% : 2.56 – 12.76, $p < 0.00001$).

L'effectif des patients ayant une couverture médicale ou un travail était trop faible pour en analyser l'impact. Il semblerait que les patients avec une couverture médicale aient moins de barrières de langue (23.1% vs 38.2% dans la population générale de l'étude).

Il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes.

Nous avons retrouvé que la barrière de langue augmentait linéairement avec l'âge. Ainsi, si 27,1% des patients de moins de 30 ans présentaient une barrière de langue, c'était 42.3% des patients de 30 à 45 ans et 66.7% des patients de plus de 45 ans.

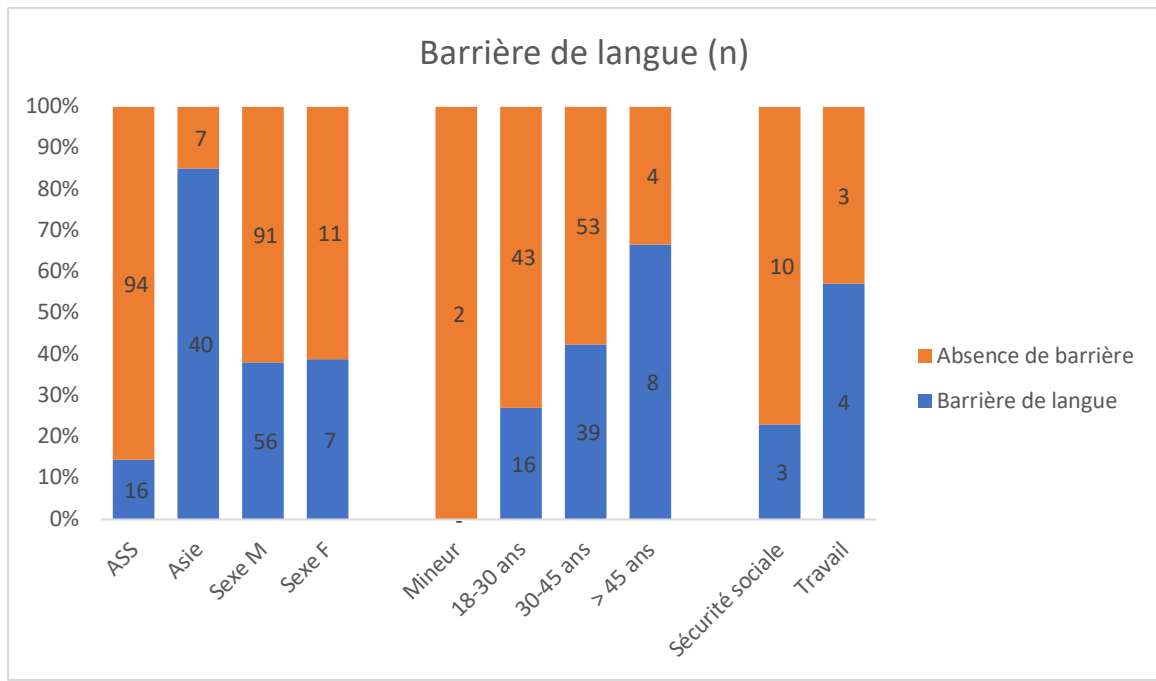


Figure 12 : Facteurs sociodémographiques de la barrière de langue

Discussion

1. Plus de la moitié des patients perdus de vue au décours du diagnostic

Nous avons souhaité mener cette étude afin d'évaluer la qualité de l'accès au système de soins au décours d'un diagnostic d'hépatite virale B ou C chez les migrants primo-arrivants en situation de précarité en France et d'en évaluer les facteurs pronostiques.

1.1. Population d'étude

La population qu'a constitué cet échantillon correspond à la population cible de cette étude. Tous les patients inclus avaient immigré en France. Ils étaient principalement originaires d'Afrique subsaharienne ou du Pakistan. Ils étaient majoritairement de sexe masculin, jeunes (33 ans) et présentaient une barrière de langue dans 38.2% des cas. Par ailleurs, avec une absence de couverture médicale pour 92.1% d'entre eux, ils étaient majoritairement accueillis en tant que primo-arrivants et reçus en consultation de premier recours, sans être encore entrés dans le système de soins français.

Cette population est comparable à celle reçue dans plusieurs structures prenant en charge les migrants en situation de précarité (population reçue dans les CASO de Médecins du

Monde en 2016⁷, population reçue dans les PASS en France en 2016¹⁷, population reçue dans des centres d'accès aux soins pour migrants à Créteil en 2017⁷⁴).

1.2. Suivi ambulatoire au décours de l'annonce diagnostique

Dans cette étude, la population accueillie dans le CeGIDD de l'hôpital Delafontaine a montré de grandes difficultés à accéder au système de soins au décours du diagnostic d'une infection par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, selon le programme de dépistage mis en place en coordination avec Médecins du Monde. En effet, à au moins 6 mois de la consultation d'annonce diagnostique, seuls 43,0% des patients avaient obtenu un rendez-vous en hépatologie et seuls 35.8% avait pu être reçus en consultation. Ces résultats sont loin d'être satisfaisants et remettent en question l'efficacité de ce programme de dépistage.

L'obtention d'un rendez-vous semble néanmoins être l'élément central du suivi ambulatoire puisque la grande majorité des patients étant parvenus à prendre un rendez-vous s'y sont rendus (83.3%).

Ces résultats semblent être cohérents avec les données de la littérature. Peu d'études ont évalué l'accès au traitement des hépatites B et C au décours du diagnostic dans cette population mais toutes retrouvent des difficultés d'accès au traitement :

Dans une étude européenne publiée en 2016 dans *The European Journal of Public Health* et évaluant l'accès des migrants au traitement de l'infection par le VHB ou le VHC en Europe, des restrictions au traitement antiviral étaient retrouvées dans 75% à 89% des cas dans plusieurs pays (Hongrie, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni – France non étudiée)⁷².

En France, dans une étude menée entre 2007 et 2017 dans deux centres de dépistage et de soins pour migrants à Créteil (94) et évaluant l'accès au traitement des migrants au décours d'un diagnostic d'infection par le VHC, un peu plus de la moitié des patients seulement (61.2%) avaient eu accès au traitement malgré un dispositif de prise en charge adapté à cette population. Le traitement devait cependant être différé de 14 semaines en moyenne, délai avant l'obtention d'une couverture médicale⁷⁴, ce qui a pu complexifier la prise en charge.

Une étude transversale multicentrique a également été menée en Italie en 2012 afin d'évaluer les facteurs associés à l'accès au traitement des patients ayant une hépatite B chronique. Si 63% de l'ensemble des patients bénéficiaient d'un traitement, les patients immigrés avaient deux fois moins de chance d'en bénéficier ($p=0.009$)⁷⁵.

1.3. Facteurs prédictifs d'échec de prise en charge

1.3.1. *Facteurs sociodémographiques*

Dans notre étude, la barrière de langue était le facteur le plus prédictif d'une difficulté de suivi. C'était un critère statistiquement significatif dans la prise de rendez-vous. Une tendance similaire était retrouvée pour la consultation bien que celle-ci ne soit pas statistiquement significative, ce qui peut être dû à un manque de puissance.

Ce résultat était attendu dans la mesure où cette caractéristique semble primordiale pour réussir à obtenir un rendez-vous. Au décours de la consultation en CeGIDD (2^e étage du bâtiment principal de l'hôpital), les patients doivent en effet redescendre au rez-de-chaussée et

se rendre dans une autre aile du bâtiment pour prendre rendez-vous en hépatologie. Lorsqu'ils n'ont pas de couverture médicale, ils doivent également se rendre dans une autre aile pour rencontrer un assistant social et démarrer les procédures de demande de couverture médicale avant le rendez-vous. Il est compréhensible qu'une bonne maîtrise du français facilite ces démarches.

Plusieurs facteurs, potentiellement liés à la barrière de langue, ont également été associés à l'absence de suivi hépatologique. C'est notamment le cas de l'âge supérieur à 35 ans qui était statistiquement significatif dans l'absence d'obtention d'un rendez-vous. Une tendance non statistiquement significative était également retrouvée dans la venue en consultation. L'origine d'Afrique subsaharienne semblait associée à un meilleur suivi, de manière non significative. Ces résultats sont très probablement liés entre eux dans la mesure où, dans notre échantillon, les personnes présentant le plus souvent une barrière de langue étaient âgés de plus de 35 ans et originaires d'Asie. A l'inverse, les patients de moins de 35 ans et originaires d'Afrique subsaharienne présentaient le moins de difficultés linguistiques.

Dans notre étude, les patients infectés par le virus de l'hépatite B semblaient présenter un meilleur suivi au décours, sans que celui-ci ne soit statistiquement significatif. Ces résultats sont cohérents et probablement liés aux autres facteurs retrouvés, dans la mesure où les patients infectés par le VHB étaient majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne. A l'inverse, les patients infectés par le VHC étaient de manière significative majoritairement originaires d'Asie centrale et présentaient un sur-risque de barrière de langue.

D'autres études ont également identifié la barrière de langue comme facteur majeur de la difficulté d'accès au traitement de l'hépatite B et de l'hépatite C, parmi plusieurs autres

facteurs tels que le manque de connaissance vis-à-vis de ces maladies et la peur des effets indésirables^{76,77}.

1.3.2. Accès à une couverture médicale

Seul un très faible nombre de patients détenait une couverture médicale dans notre étude, ce qui ne permettait pas d'étudier l'impact de ce facteur sur l'entrée dans le système de soins.

D'autres études ont rapporté ce facteur comme étant un des principaux freins à l'entrée dans le système de soins, notamment en France et en Allemagne^{7,9,13}. Dans une étude menée sur 38 000 patients aux États-Unis entre 2001 et 2010, les patients sans couverture médicale avaient trois fois moins de chance d'accéder à un traitement contre l'hépatite C⁷⁸.

Le système de soins en France offre une couverture médicale à la quasi-totalité des personnes vivant sur le territoire (à l'exception des personnes présentes irrégulièrement en France depuis moins de 3 mois). La grande majorité des patients reçus dans notre étude étaient en droit d'avoir une couverture médicale au moment de la consultation en CeGIDD, d'après les données obtenues auprès du CASO de Saint-Denis⁷. Pourtant, seuls 13 patients (7.9%) disposaient d'une couverture médicale à l'inclusion. Un meilleur accès aux services sociaux et une optimisation des procédures semblent nécessaires.

Par ailleurs, même dépositaire d'une couverture médicale, cette population reste stigmatisée dans son accès aux soins. Une étude menée sur la cohorte PARCOURS de l'ANRS

en 2012 et 2013 a récemment évalué la fréquence des refus de soins rapportés par des immigrés d’Afrique subsaharienne vivant en région parisienne. Elle a montré que les refus de soins étaient deux fois plus fréquents parmi les personnes infectées par le VHB (10% vs 6%), en raison d’une plus grande précarité et d’un recours plus fréquent à la CMU-C ou à l’AME ; ces refus ayant plus fréquemment lieu chez les médecins libéraux ou en pharmacie⁷⁹. L’AME et la CMU-C permettent pourtant une prise en charge intégrale des consultations de secteur 1 et un remboursement intégral des médicaments de service médical rendu modéré ou supérieur. Des politiques publiques pourraient être menées auprès du personnel de santé afin d’accroître la connaissance des droits sociaux auxquels donnent accès ces couvertures médicales.

1.3.3. Coordination de la prise en charge et impact logistique

Si la majorité des patients ayant réussi à obtenir un rendez-vous s’y est rendue, il nous est également apparu que le délai entre la consultation d’annonce et la consultation d’hépatologie avait une probable influence sur la suite du suivi. Bien que non statistiquement significative (très faible puissance), la propension à se présenter au rendez-vous diminuait linéairement à mesure que le délai augmentait (*figure 9*). Ceci peut s’expliquer par la grande précarité des patients reçus, responsable d’enjeux socio-économiques reléguant l’infection chronique par le VHB ou le VHC en préoccupation secondaire. Le potentiel changement de lieu entre la consultation de CeGIDD et celle d’hépatologie peut également entraver la venue au rendez-vous. Enfin, un délai long avant la consultation d’hépatologie pourrait favoriser les oublis et apparaître en contradiction avec l’importance d’une prise en charge. Dans notre étude, le délai moyen avant la consultation en hépatologie était de 5 mois. Celui-ci pourrait être réduit grâce à des mesures organisationnelles mais il demeure contraint par l’obtention d’une

couverture médicale. Il ne devrait donc pas pouvoir être inférieur à 3 mois (délai prouvé sur le territoire avant l'autorisation d'une demande d'aide médicale d'état) pour la majorité des patients.

Les deux patients pour lesquels une co-infection par le VIH a été découverte se sont rendus en consultation d'hépatologie. Ce résultat n'est pas significatif compte-tenu du très faible effectif mais pourrait suggérer qu'un accompagnement rapproché, temporellement et géographiquement, améliore la qualité du suivi médical dans la mesure où ces patients étaient directement pris en charge dans le service de maladies infectieuses accueillant le CeGIDD. Cet élément est à mettre en lumière avec la difficulté d'obtention d'un rendez-vous ambulatoire et l'impact du délai avant la consultation en hépatologie.

Dans l'étude menée entre 2007 et 2017 à Créteil (94) et retrouvant un meilleur accès au traitement des migrants que dans notre étude au décours d'un diagnostic d'infection par le VHC, les centres disposaient d'un infirmier, d'un médecin généraliste, d'un travailleur social et d'un hépatologue au même endroit afin de limiter les perdus de vue. Ils disposaient également d'un assistant coordinateur dont le rôle était d'accompagner de manière rapprochée les patients tout au long de leur suivi⁷⁴.

Dans la région Haut-de-France, l'association Médecin Solidarité Lille (MSL) prend également en charge les migrants en situation de précarité (en situation irrégulière ou demandeurs d'asile). Devant le grand nombre de perdus de vue constaté au décours du diagnostic d'infection par le VHB ou le VHC (plus de 50% en 2018), le parcours de soin a été optimisé : rapprochement géographique entre les consultations de dépistage et les consultations d'hépatologie du centre hospitalier de Lille (500 mètres), feuille de liaison, sensibilisation des

hôtesses d'accueil des consultations d'hépatologie, plage de rendez-vous dédiée permettant une consultation en hépatologie dans les 15 jours. Dans une étude en attente de publication en septembre 2019, 84% des patients infectés par le VHB et 90% des patients infectés par le VHC se sont présentés en consultation d'hépatologie au décours du diagnostic en 2019 suite à ces mesures⁸⁰.

Une autre étude menée au Royaume-Uni chez des patients en situation de précarité et infectés par le VHC a également montré qu'une prise en charge coordonnée entre les différents acteurs (infirmiers, travailleurs sociaux, médecins généralistes et spécialistes) améliorerait fortement la prise en charge thérapeutique⁸¹.

Enfin, une étude multicentrique menée dans quatre villes européennes (Dublin, Londres, Séville et Bucarest) a évalué la mise en place d'un programme de dépistage intensif et de traitement du VHC par des équipes pluridisciplinaires ville-hôpital dans plus de 200 sites « hors les murs » parmi des populations vulnérables (sans-abris, anciens détenus, usagers de drogue intraveineuse) entre 2016 et 2019. Ce programme, baptisé *HepCare Europe*, était en lien avec des associations de proximité et incluait la formation des équipes soignantes, la réalisation d'une séance d'éducation thérapeutique au décours de l'annonce par des infirmières formées et l'accompagnement des patients en service d'hépatologie par des patients pairs. Ce programme a permis d'améliorer très fortement l'accès aux systèmes de soin et aux traitements : à Dublin, 94.3% des patients inclus ont été reçus en consultation d'hépatologie, contre 16% en 2014 (avant la mise en place de ce programme). Enfin, 54.9% des patients ont pu bénéficier d'un traitement, contre 4% en 2014^{82,83}.

2. Optimisation du suivi – Évaluation des pratiques

Les stratégies mises en place par le CeGIDD de l'hôpital Delafontaine en coordination avec MDM afin de faciliter ce suivi ambulatoire se sont avérées efficaces mais insuffisantes.

2.1. Apport de la fiche de liaison

Avec près de deux fois plus de patients suivis en hépatologie au décours du CeGIDD, la fiche de liaison a amélioré de manière très significative la prise de rendez-vous et la venue en consultation. Elle a également amélioré le délai d'obtention du rendez-vous. Ces résultats peuvent s'expliquer par différentes raisons.

En donnant et en expliquant la fiche de liaison au patient, le médecin a pu répéter plusieurs informations et s'assurer de la bonne compréhension de celles-ci.

Pour les patients, la fiche de liaison a pu servir de vecteur d'information relativement fiable avec les autres intervenants de la prise en charge (secrétariats d'hépatologie et du service social, intervenants de Médecins du Monde, entourage...) et constituer un rappel écrit de plusieurs informations données lors de la consultation de CeGIDD. Pour les patients présentant une barrière de langue, elle a pu être une aide encore plus précieuse pour la suite des démarches.

Si elle n'est pas suffisante, en ne permettant qu'à un peu plus de la moitié des patients d'obtenir un rendez-vous de consultation, elle semble indispensable à cette démarche dans cette population.

2.2. Apport des coordonnées, importance de la personnalisation des consultations

La prise des coordonnées (nom, prénom et numéro de téléphone), effectuée à partir de mai 2017 en plus de la fiche de liaison, a été bien acceptée auprès des patients avec seulement 14% de refus. Elle s'est avérée encore plus efficace sur la prise de rendez-vous et la venue en consultation. Elle a également amélioré le délai d'obtention du rendez-vous (sans atteindre un seuil statistiquement significatif). Ces résultats ont été surprenants dans la mesure où nous n'avions pas l'autorisation du Comité d'éthique d'appeler les patients pour leur rappeler l'importance de la consultation d'hépatologie et vérifier qu'ils avaient pu obtenir un rendez-vous, contrairement au projet initial. Cette prise de coordonnées n'a donc engagé aucune vérification du suivi auprès du patient.

Ce résultat est très intéressant. Si aucun appel téléphonique n'a pu être réalisé au décours, le recueil des coordonnées a eu des conséquences directes sur la consultation d'annonce. Il était effectué pendant la consultation, par le médecin, au moment de la création de la fiche de liaison. Il était réalisé avec le consentement oral du patient et le médecin demandait alors son nom, son prénom, son numéro de téléphone et l'informait d'un appel téléphonique 3 mois plus tard afin de s'assurer qu'il avait pu obtenir un rendez-vous d'hépatologie.

Nous l'interprétons tout d'abord comme une possible application supplémentaire du médecin lors de la consultation, un temps dédié allongé et une potentielle meilleure disponibilité et une meilleure écoute. Ce recueil a également pu permettre de répéter plusieurs informations et de mieux en évaluer la compréhension par le patient.

Nous l'interprétons également comme le bénéfice apporté par la personnalisation de la consultation. Les patients ont ainsi pu se sentir plus concernés. La démarche de désanonymisation a également pu dramatiser l'annonce du diagnostic et renforcer l'importance du suivi au décours.

3. Limites de l'étude

De par son caractère rétrospectif, cette étude présente un faible niveau de preuve et ses résultats doivent être interprétés avec précaution. Cependant, les informations qu'elle apporte sont utiles dans la mesure où très peu d'études sur l'accès au système de soins au décours du dépistage existent à ce jour pour cette population.

Nous n'avons pu inclure qu'un nombre limité de patients dans cette étude, en raison de son caractère mono-centrique, de la courte période d'inclusion (2015 à 2018) et de la prévalence relativement faible des infections par le VHB et le VHC. Par conséquent, cette étude a pu manquer de puissance dans plusieurs des analyses statistiques réalisées et peu de résultats ont été statistiquement significatifs. Nous pensons que plusieurs facteurs étudiés et dont l'impact

n'est pas statistiquement significatif dans notre étude auraient intérêt à être analysés dans un effectif plus important. C'est notamment le cas de la couverture médicale, du travail et du délai de consultation.

Par ailleurs, le résultat du nombre de perdus de vue est probablement sous-estimé en raison des critères d'inclusion de l'étude. En effet, nous n'avons pas eu accès au nombre de patients adressés par Médecins du Monde qui ne sont pas rendus en consultation CeGIDD et qui ont donc été perdus de vue avant le dépistage. Contraints par le logiciel informatique de l'hôpital, nous n'avons pas non-plus inclus les patients ayant bénéficié d'un dépistage mais n'étant pas venus récupérer les résultats sept jours plus tard. Ce nombre de perdus de vue est probablement limité : entre 88% et 90% des patients viennent récupérer leurs résultats chaque année. Néanmoins, plusieurs patients infectés par le VHB ou le VHC ont pu être perdus de vue (en 2017, parmi les 1672 patients reçus en CeGIDD, 7 patients infectés par le VHB, dont un adressé par MDM, et un patient infecté par le VHC, adressé par MDM, n'ont pas récupéré leurs résultats).

Plusieurs des facteurs étudiés dans l'étude sont liés entre eux et les résultats ont pu être interprétés avec un biais de confusion. C'est notamment le cas de l'âge et de l'origine géographique, avec dans notre étude, une prédominance de barrière de langue chez les patients âgés de plus de 35 ans et originaires d'Asie. A l'inverse, les patients de moins de 35 ans et originaires d'Afrique subsaharienne présentaient le moins de difficultés linguistiques.

Plusieurs critères n'ont pas été étudiés dans notre étude et pourraient avoir un impact sur l'accès au système de soins dans cette population. Il serait notamment intéressant de connaître le délai sur le territoire français avant l'accès au dépistage. Une étude a montré que

le diagnostic de l'infection par le VHB est réalisé en moyenne 4 ans après leur arrivée en France pour les hommes et 2 ans pour les femmes, et que ce diagnostic est significativement influencé par les difficultés sociales (logement, précarité économique et administrative) et par la couverture médicale³⁶. Par ailleurs, nous n'avons pas étudié certaines données subjectives pouvant avoir un impact sur la qualité du suivi au décours du diagnostic. Il serait par exemple intéressant de pouvoir évaluer l'état de connaissance de cette population sur ces maladies, sur leurs modes de transmission, sur leurs conséquences avec et sans traitement. Il serait également intéressant de connaître les connaissances et les peurs associées aux traitements. Des études ont montré que le manque de connaissance vis-à-vis de ces maladies et la peur des discriminations et d'un isolement social secondaires étaient en grande partie responsables des échecs de dépistage et des perdus de vue^{84,85}.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'accès au système de soins au décours immédiat du diagnostic d'une hépatite B ou C. Nous n'avons pas eu accès aux caractéristiques et à la sévérité de l'hépatopathie secondaire à ces infections. Ces informations étaient manquantes pour des raisons logistiques. La désanonymisation et l'accès aux rendez-vous d'hépatologie étaient informatiques et nous n'avions pas accès aux dossiers manuscrits dans lesquels étaient transcrits les compte-rendus des consultations. La physiopathologie et le risque de cirrhose et de CHC secondaires dans la population générale sont connus. On estime qu'environ 20% des hépatites B chroniques se compliquent d'une cirrhose et que le risque de développer un CHC est alors de 4% par an^{86,87}. On estime également que 75% des patients infectés par le virus de l'hépatite C développent une hépatite C chronique qui se complique dans 27% des cas d'une cirrhose et dans 25% des cas d'un CHC en vingt ans⁵⁶. D'autres études ont montré que ces infections étaient plus graves parmi les migrants. Le risque de cirrhose et de CHC secondaires à une hépatite B chronique est jusqu'à 10 fois plus élevé dans les pays à

forte prévalence d'hépatite B³⁸. Des études menées au Canada et aux États-Unis ont également montré que l'incidence du CHC lié au VHC chez les migrants était deux à trois fois supérieure à celle de la population générale⁵⁷. Il serait intéressant de prolonger cette étude par l'évaluation des conséquences de ces infections lors du diagnostic initial et au cours du suivi secondaire, ainsi que l'accès au traitement médicamenteux.

Concernant l'hépatite C, nous n'avons pas pu différencier les infections actives des infections guéries, n'ayant pas accès aux résultats biologiques de la quantification de la charge virale du VHC. Des études ont montré qu'environ deux-tiers des patients migrants précaires ayant une sérologie VHC positive en dépistage avaient une charge virale du VHC positive^{66,74}.

Concernant l'infection par le VHB, nous n'étions pas en mesure d'affirmer son caractère chronique (défini comme la persistance de l'antigène HBs à 6 mois). Néanmoins, les recommandations européennes de l'ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) de décembre 2018 proposent une prise en charge spécifique des migrants diagnostiqués porteurs de l'antigène HBs sans attendre la confirmation de sa chronicité⁴⁸. Par ailleurs, la prévalence moyenne d'infection chronique par le VHB chez les migrants précaires en Europe est estimée à 9.6%⁸⁸, proche de la prévalence de VHB retrouvée parmi les patients pris en charge au CASO de Saint-Denis (8.7%)⁶⁵, ce qui pourrait laisser penser que la majorité des patients diagnostiqués porteurs de l'antigène HBs dans notre étude le sont chroniquement.

Une autre limite de l'étude a été de ne pas pouvoir réaliser d'appel téléphonique dans le groupe des patients ayant donné leurs coordonnées contrairement à ce qui était prévu initialement. Cette impossibilité est due au refus du Comité d'éthique de l'hôpital Delafontaine à cause du risque de dérogation au secret médical. Plusieurs études ont montré qu'un suivi

rapproché par des appels téléphoniques, y compris grâce à un coordinateur dédié, permettaient d'améliorer le suivi médical des hépatites B et C dans cette population^{74,81}.

Enfin notre étude présente un faible niveau de preuve compte-tenu de son caractère rétrospectif. Bien que l'échantillon d'étude semble correspondre, dans ses caractéristiques, à la population cible de l'étude, ses résultats sont également limités par son caractère monocentrique.

4. Proposition de stratégies d'amélioration du suivi ambulatoire de cette population

Cette étude apporte plusieurs enseignements dans la prise en charge ambulatoire de cette population en situation de très grande précarité et dont l'état de santé est préoccupant.

Nous avons pu constater la grande difficulté qu'ont les migrants en situation de précarité à accéder au système de soins français. Le nombre de perdus de vue retrouvé, bien qu'amélioré par différentes stratégies adoptées au cours de l'étude, demeure très insatisfaisant.

La barrière de langue était ici le principal critère ayant un retentissement direct sur le suivi au décours du diagnostic. Il semble fondamental d'y pallier, à chaque étape de la prise en charge. Les associations prenant en charge ces patients (Médecins du Monde dans notre étude) pourraient être davantage aidées par des traducteurs et des accompagnants. Les CeGIDD

pourraient avoir un accès généralisé et facilité à des traducteurs via des plateformes téléphoniques (ISM interprétariat® ou autres). Les dépenses associées pourraient être anticipées et incluses dans le budget alloué aux CeGIDD par l'ARS. Des applications numériques de traduction et des textes explicatifs dans les principales langues pourraient aussi être utiles.

Notre étude a également démontré que les stratégies d'organisation et de coordination des soins pouvaient grandement améliorer la suite de la prise en charge. Ainsi, la création d'une fiche de liaison a permis de presque doubler le nombre de patients se rendant en consultation d'hépatologie au décours du diagnostic. Nous pensons que ces patients nécessitent une prise en charge spécifique et adaptée en coordination avec les différents acteurs. Des études ont montré une forte amélioration du suivi en cas de présence, dans un même espace géographique, du secrétariat, du travailleur social, des infirmiers et des médecins^{74,81}. Dans notre étude, les deux patients ayant présenté une co-infection VIH et pris en charge directement dans le service de maladies infectieuses, où réside le CeGIDD et qui bénéficie de tous ces acteurs, n'ont pas été perdus de vue. A défaut, la prise du rendez-vous d'hépatologie par l'acteur réalisant le diagnostic au décours immédiat de la consultation d'annonce pourrait peut-être faciliter le suivi. Enfin, des stratégies de communication organisées entre les différents acteurs de la prise en charge semblent indispensables tout au long de celle-ci. Bien qu'insuffisante, la fiche de liaison étudiée dans notre étude en est un exemple.

Il semble également que le délai entre la consultation d'annonce et la consultation d'hépatologie a un impact sur le suivi. Des stratégies doivent être pensées pour permettre de le raccourcir. Des plages de rendez-vous spécifiques pourraient être dédiées et communiquées aux différents acteurs du dépistage.

Enfin, il semble indispensable de pouvoir accompagner de manière rapprochée ces patients à chaque étape de leur prise en charge. Ceci pourrait être réalisé par un coordinateur dédié ou un patient pair. Ceci pourrait également être réalisé par la possibilité d'émettre des appels téléphoniques d'accompagnement régulièrement.

D'autres stratégies ont été évaluées pour limiter les perdus de vue dans cette population. La réalisation d'une séance d'éducation thérapeutique systématique par des infirmières spécialisées a par exemple montré un impact positif sur l'observance des consultations et du traitement de l'hépatite C⁸⁹.

Dans notre étude, la grande majorité des patients ne disposaient pas d'une couverture médicale à l'inclusion. Or, la plupart d'entre eux y avaient théoriquement droit d'après les données du CASO de Médecins du Monde⁷. L'accès aux droits et aux travailleurs sociaux pourrait être amélioré par la présence d'un travailleur social au sein du dispositif de dépistage ou par la possibilité d'un rendez-vous rapide dans un service social à proximité.

Dans le cas de l'hépatite C, un accès facilité à un test de confirmation par dosage de la charge virale VHC par le dispositif de dépistage pourrait améliorer le suivi en accélérant la prise en charge⁹⁰. Des alternatives au prélèvement sanguin pour la détection et la quantification de l'ARN du VHC existent, tels que les tests non immunologiques sur papier buvard, et pourraient permettre la réalisation d'une biologie délocalisée auprès du patient, pendant la consultation d'annonce⁹¹. Elles pourraient faciliter la mise en place d'une stratégie de « Test and Treat » (tester et traiter), qui a démontré une amélioration de l'observance du traitement et du nombre de perdus de vue dans une étude menée en Égypte et publiée en 2018 dans *The*

*Lancet Gastroenterology and Hepatology*⁹². Cette stratégie est actuellement en cours d'étude afin de répondre à l'objectif OMS de 2030^{61,93}. Elle est notamment en cours d'expérimentation par le Centre Hospitalier de Perpignan via un programme « Test and Treat » de l'hépatite C auprès des populations précaires du département des Pyrénées Orientales (migrants, sans-abris, anciens détenus) dans le cadre de l'article L51: une équipe mobile se déplace auprès des populations cibles et propose un programme de dépistage et de prise en charge du VHC « tout-en-un » en 5h (sérologie et charge virale du VHC, fibroscan, évaluation sociale, éducation thérapeutique, prescription de l'AAD et accompagnement à la pharmacie) ; les résultats sont en cours en septembre 2019⁹⁴. Une stratégie similaire dans la prise en charge du VIH a montré, dans une étude publiée en juillet 2019 dans le *New England Journal of Medicine*, une réduction de 30% de l'incidence du VIH dans 21 communautés en Afrique du Sud et en Zambie en 3 ans⁹⁵.

Conclusion

En conclusion, cette étude illustre la grande difficulté d'accès au système de soins au décours d'un diagnostic d'infection par le VHB ou par le VHC chez les migrants en situation de précarité à Saint-Denis (93). Permettant à à-peine plus d'un tiers des patients d'accéder à une consultation d'hépatologie au décours du diagnostic, le programme de dépistage mis en place entre le CASO de Médecins du Monde et l'hôpital Delafontaine est largement insuffisant et doit être remis en question. Ces résultats ont ainsi vocation à être présentés aux différents acteurs de ce programme, sous la forme d'évaluation de pratiques professionnelles notamment, afin de tenter de l'optimiser. Cette étude fournit par ailleurs plusieurs données permettant de mettre en évidence des facteurs pronostiques de l'accès au système de soins au décours du dépistage dans cette population. Elle apporte quelques précisions dans un contexte où peu d'études existent à ce jour.

Les barrières identifiées dans cette étude sont en accord avec celles retrouvées par les autres études de l'accès au système de soins dans cette population, et renforcent les rares preuves existantes concernant les obstacles au dépistage et au traitement de ces maladies infectieuses chez les migrants en situation de précarité. Ces résultats pourraient être utiles dans la plupart des situations de prise en charge ambulatoire des populations précaires et vulnérables présentant des pathologies chroniques. Cependant, cette étude met également en lumière le manque de données publiées à ce jour.

Pour améliorer l'entrée dans le système de soins au décours du dépistage, il est essentiel de savoir reconnaître ces barrières mais également d'intégrer des stratégies efficaces afin de pallier au mieux ces difficultés. Les stratégies adoptées dans le CeGIDD de l'hôpital Delafontaine ont montré leur efficacité et pourraient être reproduites et améliorées ; elles sont néanmoins insuffisantes. Cela devrait inclure une sensibilisation des équipes à chaque étape de la prise en charge, afin de repérer les patients à risque de difficultés, d'améliorer la compréhension et l'acceptabilité des soins, de promouvoir le dépistage et de prévoir une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée et rapide au décours immédiat. Un accompagnement rapproché des patients semble indispensable tout au long de leur prise en charge. Enfin, afin d'améliorer l'état de santé de cette population et de limiter le risque de transmission, des efforts des politiques publiques doivent être faits dans la généralisation du diagnostic et du traitement de l'infection par le VHB et le VHC dans les populations migrantes à risque, notamment via un dépistage dès l'arrivée, une amélioration de l'accès à une couverture médicale et un accès au système de soins rapide, facilité et coordonné sur l'ensemble du territoire.

Bibliographie

1. United Nations Publications. World Migration Report 2018. United Nations PUBNS (2018).
2. Refugees, U. N. H. C. for. UNHCR Global Trends 2017. UNHCR (2017). Available at: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5b27be547/unhcr-global-trends-2017.html>.
3. Statistiques sur l'asile - Statistics Explained. Europa (2019). Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr.
4. L'immigration en France, Données du recensement de 2015. Ministre de l'Intérieur (2015). Available at: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Donnees-de-cadrage/Population>
5. Chiffres clés. Ministère de l'Intérieur (2019). Available at: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>
6. Safon, M.-O. La santé des migrants. Centre de documentation de l'Irdes. 298 (2018).
7. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2016. Médecins du Monde (2017) Available at: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-l-observatoire-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2016>.
8. Vignier, N. et al. Access to health insurance coverage among sub-Saharan African migrants living in France: Results of the ANRS-PARCOURS study. PLoS ONE 13, e0192916 (2018).
9. Müllerschön, J. et al. Impact of health insurance status among migrants from sub-Saharan Africa on access to health care and HIV testing in Germany: a participatory cross-sectional survey. BMC Int Health Hum Rights 19, (2019).
10. Sommers, B. D., Gunja, M. Z., Finegold, K. & Musco, T. Changes in Self-reported Insurance Coverage, Access to Care, and Health Under the Affordable Care Act. JAMA 314, 366–374 (2015).
11. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? | service-public.fr (2019). Available at: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>.
12. Carballo, M., Hargreaves, S., Gudumac, I. & Maclean, E. C. Evolving migrant crisis in Europe: implications for health systems. The Lancet Global Health 5, e252–e253 (2017).
13. Obstacle Course to Europe: A Policy-Made Humanitarian Crisis at EU Borders. Doctors Without Borders - USA (2016) Available at: <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/research/obstacle-course-europe-policy-made-humanitarian-crisis-eu-borders>.

14. Desgrees-du-Lou, A. et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS* 30, 645–656 (2016).
15. Gosselin, A. et al. How long do sub-Saharan migrants take to settle in France? 533, (2016).
16. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. World Health Organization (2017). Available at: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-undocumented-migrants-in-the-european-region-2015>.
17. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd*; (19-20):396-405 (2017). http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.html
18. Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bull Epidemiol Hebd*, n°. 19-20, p. 430-6 (2017).
19. Spira, A. Précarité, pauvreté et santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 201, 567–587 (2017).
20. Kentikelenis, A. et al. How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *Eur J Public Health* 25, 937–944 (2015).
21. Arnold, F., Katona, C., Cohen, J., Jones, L. & McCoy, D. Responding to the needs of refugees. *BMJ* 351, h6731 (2015).
22. El-Hamad, I. et al. Point-of-Care Screening, Prevalence, and Risk Factors for Hepatitis B Infection Among 3,728 Mainly Undocumented Migrants From Non-EU Countries in Northern Italy. *J Travel Med* 22, 78–86 (2015).
23. Seedat, F. et al. How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review. *Lancet Infect Dis* 18, e259–e271 (2018).
24. Suijkerbuijk, A. W. M. et al. Cost-effectiveness of screening for chronic hepatitis B and C among migrant populations in a low endemic country. *PLoS ONE* 13, e0207037 (2018).
25. VIH/sida. Santé Publique France (2019). Available at: [/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida](#).
26. Fakoya, I. et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health* 15, 561 (2015).

27. Rapport de lutte contre la tuberculose dans le monde. World Health Organization (2018)
28. Ploubidis, G. B. et al. Social determinants of tuberculosis in Europe: a prospective ecological study. *European Respiratory Journal* 40, 925–930 (2012).
29. Castelli, F. & Sulis, G. Migration and infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection* 23, 283–289 (2017).
30. Perz, J. F., Armstrong, G. L., Farrington, L. A., Hutin, Y. J. F. & Bell, B. P. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *Journal of Hepatology* 45, 529–538 (2006).
31. « WHO | Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021 ». World Health Organization (2016)
32. Keane, E., Funk, A. L. & Shimakawa, Y. Systematic review with meta-analysis: the risk of mother-to-child transmission of hepatitis B virus infection in sub-Saharan Africa. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 44, 1005–1017 (2016).
33. Hahné, S. J. M. et al. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. *BMC Infect. Dis.* 13, 181 (2013).
34. Saboni L, Brouard C, Gautier A, Chevaliez S, Rahib D, Richard JB, et al., Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, *Baromètre de Santé publique France-BaroTest. Bull. Epidémiol. Hebd.*, 469-77, 24-25 (2019)
35. Meffre, C. et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J. Med. Virol.* 82, 546–555 (2010).
36. Pannetier, J., Gigonzac, V., Lydié, N., Desgrées du Loû, A. & Dray Spira, R. Timing of chronic hepatitis B diagnosis after migration and its determinants among Sub-Saharan African migrants living in France. *PLoS ONE* 12, e0189196 (2017).
37. Coppola, N. et al. Hepatitis B virus infection in undocumented immigrants and refugees in Southern Italy: demographic, virological, and clinical features. *Infect Dis Poverty* 6, 33 (2017).
38. Seto, W.-K., Lo, Y.-R., Pawlotsky, J.-M. & Yuen, M.-F. Chronic hepatitis B virus infection. *The Lancet* 392, 2313–2324 (2018).
39. Lai, C. L., Ratziu, V., Yuen, M.-F. & Poynard, T. Viral hepatitis B. *The Lancet* 362, 2089–2094 (2003).
40. Fares, N. & Péron, J.-M. Le carcinome hépatocellulaire au cours de l'infection virale B. *Hépatogastro & Oncologie Digestive* 23, 731–738 (2016).
41. Wong, G. L.-H. et al. Entecavir treatment reduces hepatic events and deaths in chronic hepatitis B patients with liver cirrhosis. *Hepatology* 58, 1537–1547 (2013).

42. Wu, C.-Y. et al. Association of nucleos(t)ide analogue therapy with reduced risk of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis B: a nationwide cohort study. *Gastroenterology* 147, 143-151.e5 (2014).
43. Marcellin, P. et al. Regression of cirrhosis during treatment with tenofovir disoproxil fumarate for chronic hepatitis B: a 5-year open-label follow-up study. *Lancet* 381, 468–475 (2013).
44. Fanning, G. C., Zoulim, F., Hou, J. & Bertolotti, A. Therapeutic strategies for hepatitis B virus infection: towards a cure. *Nat Rev Drug Discov* 1–18 (2019). doi:10.1038/s41573-019-0037-0
45. Veldhuijzen, I. K. et al. Screening and Early Treatment of Migrants for Chronic Hepatitis B Virus Infection Is Cost-Effective. *Gastroenterology* 138, 522–530 (2010).
46. Plan priorité prévention, mars 2018. Ministère de la Santé (2018)
47. Salomon J. Éditorial. La France mobilisée dans la lutte contre les hépatites virales. *Bull Épidémiol Hebd.* 468–9 (2019).
48. ECDC issues migrant screening and vaccination guidance. European Centre for Disease Prevention and Control (2018). Available at: <http://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-issues-migrant-screening-and-vaccination-guidance>.
49. Immunization, Vaccines and Biologicals - Hepatitis B. World Health Organization (2018). Available at: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/passive/hepatitis/en/.
50. Hofstraat, S. et al. Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control (2016). doi: 10.2900/24396
51. Falla, A. M., Ahmad, A. A., Duffell, E., Noori, T. & Veldhuijzen, I. K. Estimating the scale of chronic hepatitis C virus infection in the EU/EEA: a focus on migrants from anti-HCV endemic countries. *BMC Infect. Dis.* 18, 42 (2018).
52. Greenaway, C. et al. The Seroprevalence of Hepatitis C Antibodies in Immigrants and Refugees from Intermediate and High Endemic Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10, e0141715 (2015).
53. Moin, A., Fatima, H. & Qadir, T. F. Tackling hepatitis C—Pakistan’s road to success. *The Lancet* 391, 834–835 (2018).
54. WHO | Global hepatitis report, 2017. World Health Organization (2017). Available at: <http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>.
55. Mühlberger, N. et al. HCV-related burden of disease in Europe: a systematic assessment of incidence, prevalence, morbidity, and mortality. *BMC Public Health* 9, 34 (2009).

56. Han, R., Zhou, J., François, C. & Toumi, M. Prevalence of hepatitis C infection among the general population and high-risk groups in the EU/EEA: a systematic review update. *BMC Infect Dis* 19, (2019).
57. Sharma, S., Carballo, M., Feld, J. J. & Janssen, H. L. A. Immigration and viral hepatitis. *Journal of Hepatology* 63, 515–522 (2015).
58. Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2, 161–176 (2017).
59. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J. Hepatol.* 69, 461–511 (2018).
60. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030. World Health Organization (2030). Available at: <http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/>.
61. European Union HCV Collaborators. Hepatitis C virus prevalence and level of intervention required to achieve the WHO targets for elimination in the European Union by 2030: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2, 325–336 (2017).
62. Childs, K. et al. Suboptimal SVR rates in African patients with atypical Genotype 1 subtypes: implications for global elimination of Hepatitis C. *J. Hepatol.* (2019). doi:10.1016/j.jhep.2019.07.025
63. Pioche C, Léon L, Vaux S, Brouard C, Lot F. Dépistage des hépatites B et C en France en 2016, nouvelle édition de l'enquête LaboHep. *Bull Epidémiol Hebd*;(11):188-95 (2018). Available at: <https://slideplayer.fr/slide/15365324/>.
64. Dessauce C, Semenzato L, Rachas A, Barthélémy P, Lavin L, Comboroure JC, et al. Les antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur quatre ans de prise en charge par l'Assurance maladie (janvier 2014-décembre 2017). *Bull Epidémiol Hebd.* 502–9 (2019).
65. Pauti et al. Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France. Numéro thématique. Hépatites B et C, données épidémiologiques récentes. n°. 13-14, 230–6 (2016).
66. Greenaway, C. et al. The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Hepatitis C Screening for Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 15, (2018).
67. La localisation géographique des immigrés - Insee Première - 1591. Insee (2019) Available at: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121524>.
68. Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional - Insee Analyses Ile-de-France - 70 (2017). Available at: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3136640#consulter>.

69. N° 1014 - Rapport d'information de MM. François Cornut-Gentile et Rodrigue Kokouendo déposé en application de l'article 146-3 du règlement, par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis. Assemblée Nationale (2018) Available at: http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1014.asp#P263_47383.
70. IMG1A - Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration en 2013 – Commune de Saint-Denis (93066) –Étrangers - Immigrés en 2013 | Insee (2013). Available at: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020940?sommaire=2106113&geo=COM-93066>.
71. Mieux connaître votre centre hospitalier. CHSD (2019) Available at: <http://www.chstdenis.fr/le-ch-de-saint-denis/presentation,27,73.html?>
72. Falla, A. M., Veldhuijzen, I. K., Ahmad, A. A., Levi, M. & Hendrik Richardus, J. Limited access to hepatitis B/C treatment among vulnerable risk populations: an expert survey in six European countries. *Eur J Public Health* 27, 302–306 (2017).
73. Nuzzo, R. Scientific method: statistical errors. *Nature* 506, 150–152 (2014).
74. Rosa-Hezode, I. et al. Cascade of care for migrants tested Hepatitis C antibodies positive in France through a systematic screening program: the PRECAVIR study. *Journal of Viral Hepatitis* (2019).
75. Antonucci, G. et al. Factors associated with access to antiviral treatment in a multicentre cross-sectional study of patients with chronic hepatitis B in Italy. *J. Viral Hepat.* 19, 881–889 (2012).
76. McGowan, C. E. & Fried, M. W. Barriers to hepatitis C treatment. *Liver Int.* 32 Suppl 1, 151–156 (2012).
77. Malespin, M. et al. Barriers to Treatment of Hepatitis B in an Urban Chinatown Community. *Journal of Clinical Gastroenterology* 46, (2012).
78. Ditah, I. et al. Lack of Health Insurance Limits the Benefits of Hepatitis C Virus Screening: Insights from the National Health and Nutrition Examination Hepatitis C Follow-Up Study. *American Journal of Gastroenterology* 110, 1126–1133 (2015).
79. Vignier, N. et al. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants in France: a comparison according to their HIV and HBV status. *Eur J Public Health* 28, 904–910 (2018).
80. Canva, V. Expérience de dépistage après des populations migrantes - Médecins Solidarité Lille. Journée nationale de lutte contre les hépatites virales (2019). Available at: <http://ptolemee.com/colloque-contre-hepatite/programme.html>.
81. Tait, J. M. et al. Multidisciplinary managed care networks—Life-saving interventions for hepatitis C patients. *Journal of Viral Hepatitis* 24, 207–215 (2017).
82. Swan, D. et al. Hepcare Europe - bridging the gap in the treatment of hepatitis C: study protocol. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 12, 303–314 (2018).

83. Lambert, J. S. et al. 'HepCheck Dublin': an intensified hepatitis C screening programme in a homeless population demonstrates the need for alternative models of care. *BMC Infect. Dis.* 19, 128 (2019).
84. Owiti, J. A., Greenhalgh, T., Sweeney, L., Foster, G. R. & Bhui, K. S. Illness perceptions and explanatory models of viral hepatitis B & C among immigrants and refugees: a narrative systematic review. *BMC Public Health* 15, 151 (2015).
85. Lee, A. C. K. et al. Determinants of uptake of hepatitis B testing and healthcare access by migrant Chinese in the England: a qualitative study. *BMC Public Health* 17, 747 (2017).
86. Busch, K. & Thimme, R. Natural history of chronic hepatitis B virus infection. *Med Microbiol Immunol* 204, 5–10 (2015).
87. European Association For The Study Of The Liver & European Organisation For Research And Treatment Of Cancer. EASL-EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J. Hepatol.* 56, 908–943 (2012).
88. Rossi, C. et al. Seroprevalence of chronic hepatitis B virus infection and prior immunity in immigrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 7, e44611 (2012).
89. Lubega, S., Agbim, U., Surjadi, M., Mahoney, M. & Khalili, M. Formal hepatitis C education enhances HCV care coordination, expedites HCV treatment and improves antiviral response. *Liver International* 33, 999–1007 (2013).
90. WHO. Pico 2: screening: a systematic review of immediate HCV RNA testing following HCV antibody compared with HCV RNA testing at time of assessment for HCV therapy. (2014). Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/133711>.
91. Chevaliez S, Pawlotsky JM. Méthodes alternatives au prélèvement sanguin pour le diagnostic de l'infection par le virus de l'hépatite C. Numéro spécial. Dépistage des hépatites B et C en France : état des lieux et perspectives. *BEHweb* 5 (2011).
92. Shiha, G. et al. An educate, test, and treat programme towards elimination of hepatitis C infection in Egypt: a community-based demonstration project. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 3, 778–789 (2018).
93. Screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. World Health Organization (2019). Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.
94. Jean-Remy, A. Expérimentation d'innovation en santé (article 51) : du parcours de soins hépatite C chez les populations vulnérables. Journée nationale de lutte contre les hépatites virales (2019). Available at: <http://ptolemee.com/colloque-contre-hepatite/programme.html>.
95. Hayes, R. J. et al. Effect of Universal Testing and Treatment on HIV Incidence — HPTN 071 (PopART). *New England Journal of Medicine* 381, 207–218 (2019).

Annexe 1 : Questionnaire CeGIDD (1/2)

Formulaire - CIDAG_QUESTIONNAIRE_MED_V3
 CIDAG SP M 29/06/1992 27 ans 306560440 Ijp

Saisie de formulaire

N° D'ANONYMAT 19/1125
 NOM DE NAISSANCE [] NOM MARITAL []
 PRENOM [] PAYS DE NAISSANCE FRANCE

Activité professionnelle Non DPT DOMICILE ACTUEL IDF DATE DU RDV 02/09/2019
 Barrière linguistique Oui PAYS [] HEURE DU RDV 11:30
 Protection sociale Non

CDAG

TESTS A REALISER
 Test de VIH
 Test de VHB
 Test de VHC
 TPHA-VDRL
 Date de l'AES []

MOTIF DE LA CONSULTATION
 adressé par une association
 AES sexuel
 confirmation test VIH +
 confirmation VHB/VHC
 Consultation initiale PREP
 Démarche de couple
 Ist symptomatique
 partenaire avec IST
 rsnp
 se rassurer
 viol

PREMIER TEST ?
 Oui Non
DATE DU DERNIER TEST
 09/09/2019
RESULTAT DU DERNIER TEST
 VIH + VIH -
 -Cons. CEGIDD >= 2 durant 12 derniers mois
 Oui Non

Autre Motif []
 TRAVAILLEUR DU SEXE
 UDIV
 TRANSGENRE

MEDECIN PRESCRIPTEUR
 Dr Marie-Aude KHUONG-JOSSES
 ENVOYE PAR AIDES
 ENVOYE PAR MEDECIN DU MONDE

Sexualité
 Homo/Bisexuel
 Hétérosexuel
 Sans sexualité

CIDDIST

MOTIF DE CONSULTATION
 Critères de dépistage
 Symptômes cliniques
 Autres

CLINIQUE
 Symptomatique
 Asymptomatique

PRELEVE ?
 Prélevé
 Non prélevé

PRESCRIPTION MEDICALE

N°	Tests	Autres tests	Type de prélèvement
1			

TESTS A REALISER
 Gonocoque Chlamydiae Autres Culture

TYPE PRELEVEMENT
 Prélèvement génital
 Prélèvement anal
 Prélèvement pharyngé
 Prélèvement urinaire

Actes Diagnostics Antécédents D. vitales Recal. Mes. OK Annuler
 11:38 09/09/2019

Annexe 1 : Questionnaire CeGIDD (2/2)

CIDAG SP M 29/06/1992 27 ans 306560440 Ilp

Saisie de formulaire Précédent Suivant

RESULTATS DES EXAMENS : CDAG
TEST DE VIH
 Positif
 Négatif
 Discordant
TEST DE VHC
 Positif
 Négatif
TPHA-VDR
 Positif Négatif
TROD
 Oui Non
TEST DE VHB
 Ag Hbs positif
 Infection ancienne ou Ac anti HBC isolé
 Vacciné (taux Ac anti Hbs >10)
 Négatif

RESULTATS DES EXAMENS : CIDDIST
TEST GONOCOQUE
 Positif Négatif
TEST CHLAMYDIAE
 Positif Négatif
TRAITEMENT ADMINISTRE ?
 Oui Non
TRAITEMENTS

CONDUITES A TENIR
CONDUITES
 Vaccination hépatite B
 Orientation
Type d'orientation
 Maison des femmes Assistante sociale
 Psychologue Hépatologue
 Sexologue Autre
HEPATITE B
COURRIERS

COMMENTAIRES

N°	Prescription

VACCINS
 Présent Fait ce jour Refus

Impression d'un formulaire
Liste des documents associés au formulaire
 CIDAG ORDONNANCE
 COURRIER MAISON FEMMES
 ORDONNANCE CONTRACEPTION
 ORDONNANCE PRISE DE SANG
 ORDO VACCINATION HEP B
 ORDO VACCINATION HPV
 ORDO VACCINATION VHA
 CIDAG_FICHE PRESCRIPTION
 FICHE LIAISON HEPATITES
 CONTACTS UTILES
 COURRIER MED CeGIDD
Aperçu Imprimer Annuler

Actes Diagnostics Antécédents D. vitales Recal. Mes. OK Annuler

11:53 09/09/2019

Annexe 2 : Fiche de liaison d'hépatologie



SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CeGIDD
2, Rue du Dr Pierre Delafontaine - 93205 SAINT-DENIS Cedex

hsd-smit@ch-stdenis.fr

☎ 01 42 35 61 99

☎ 01 42 35 61 83 ☎ 01 42 35 62 37- *secrétariat*

Dr KHUONG

PH-Chef de Service

Dr POUPARD

Praticien-Hospitalier

Dr SAYRE

Attachée

Dr CHARPENTIER

Attachée

BOUGAULT

Assistant

Dr FRISON

Attaché

FICHE DE LIAISON HEPATITE

NOM

PRENOM

DDN

DATE DE CS CeGIDD

N° de dépistage

BIO PRESCRITE

- 1- **CONSULTATION D HEPATOLOGIE** AVEC DRS DE KERGUENNEC, LABADIE OU POUTEAU

PORTE 7 RDC

TEL 01.42.35.60.00 / 66.71

- 2- **SERVICE SOCIAL DES PATIENTS** : LUNDI AU VENDREDI, 8H30-15H30

ENTRE LES 2 BATIMENTS, EN FACE DE LA CAFETERIA

PRISE DE RDV AU 01.42.35.60.25

Résumé

Titre de la thèse

Étude de l'accès au système de soins pour les migrants précaires au décours d'une découverte d'hépatite B ou C en CeGIDD à l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis, 93)

Résumé

Introduction :

L'accroissement des flux migratoires vers l'Europe est un enjeu de santé publique pour les pays hôtes. La forte prévalence de maladies infectieuses telles que l'hépatite B ou l'hépatite C chez les migrants en situation de précarité rend primordial leur accès au système de soins. Peu de données sur cet accès existent à ce jour. Cette population doit pourtant faire face à de nombreux obstacles. **Objectif :** Nous avons souhaité mener une étude afin d'évaluer l'accès à une prise en charge des hépatites virales B et C au décours de leur découverte dans le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de l'hôpital Delafontaine pour les migrants en situation de précarité en Seine Saint-Denis (93).

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une cohorte rétrospective de tous les patients adressés par le Centre d'Accueil, de soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde au CeGIDD de l'hôpital Delafontaine entre janvier 2015 et mai 2018 et dont les sérologies VHB ou VHC étaient positives. Le critère de jugement était la consultation en hépatologie dans l'hôpital Delafontaine avant décembre 2018. Nous avons évalué l'impact de la création, au cours de l'étude, d'une fiche de liaison avec le service d'hépatologie puis du recueil des coordonnées du patient.

Résultats :

Sur les 165 patients inclus, tous étaient immigrés et majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (66.7%) et du Pakistan (25.5%). Ils étaient de sexe masculin pour 89.1% d'entre eux et avaient 33 ans de moyenne d'âge, 92.1% ne disposaient pas d'une couverture médicale. Lors du test de dépistage, 61.2% avaient un Ag HBs positif et 41.2% avaient une sérologie VHC positive. Lors du suivi, 43% ont obtenu un rendez-vous en hépatologie et 35.8% s'y sont rendus. Le délai moyen avant la consultation d'hépatologie était de 5 mois. La barrière de la langue ($p=0.009$) et l'âge de plus de 35 ans ($p=0.035$) étaient associés à moins de consultations. La barrière de la langue était plus fréquente chez les patients originaires d'Asie ($p<0.00001$) et augmentait linéairement avec l'âge. Un délai de moins de 3 mois semblait améliorer la venue en consultation (OR 1.69, $p=0.19$).

La fiche de liaison a amélioré la prise de rendez-vous (OR 3.09, $p=0.006$) et la venue en consultation (OR 2.49, $p=0.029$). Le recueil des coordonnées a amélioré encore davantage la prise de rendez-vous (OR 3.82, $p=0.0007$) et la venue en consultation (OR 4.32, $p=0.0003$). Ces deux interventions semblaient également améliorer le délai du rendez-vous.

Conclusion :

Le programme de dépistage mis en place entre le CASO de Médecins du Monde et le CeGIDD de l'hôpital Delafontaine est insuffisant et doit être remis en question, malgré l'amélioration apportée par la fiche de liaison et la prise des coordonnées. Son efficacité est comparable aux rares études existantes, tout comme les obstacles à l'entrée dans le système de soins identifiés dans cette étude. Des stratégies sont nécessaires afin d'optimiser l'accès au soin pour cette population, notamment via une formation des équipes, un accès facilité à une couverture médicale, une promotion du dépistage et une prise en charge pluridisciplinaire, coordonnée et rapprochée au décours immédiat.

Mots clés en français

Migrants, population en transit, hépatite virale B, hépatite virale C, inégalité devant les soins, parcours de soins

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06