

**Avis du Conseil stratégique et du Comité technique de l'innovation en santé sur  
l'opportunité de généraliser l'expérimentation  
« Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables  
(stratégie « Test and Treat ») »**

**Mai 2022**

Le comité technique de l'innovation en santé est saisi pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables (stratégie « Test and Treat ») » portée par le Centre hospitalier de Perpignan et autorisée le 26 juin 2019, par arrêté publié au Journal Officiel le 3 juillet 2019, après avis du comité technique d'innovation en santé, le 18 juin 2019.

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à sa disposition, le comité technique a rendu son avis le 5 mai 2022.

### **Contexte**

L'éradication de l'hépatite C est une priorité de l'OMS pour 2030. La France a fait sien cet objectif à l'horizon 2025, inscrit dans le Plan Prévention Santé.

Le réservoir de patients atteints du virus de l'hépatite C a diminué ces dernières années notamment grâce à la mise sur le marché des antiviraux à action directe (AAD) en 2013 et à leur accès universel en 2017. Ces traitements permettent la guérison de 95% des personnes infectées en 8 à 12 semaines et la réduction des risques de transmission.

Le nombre de patients atteints de VHC en France est estimé à 133 466 personnes infectées dont 25 892 personnes non diagnostiquées et 97 700 patients restants à traiter, avec par ailleurs, plus de 5 500 nouvelles infections par an (Saboni, 2019).

Les populations les plus à risque sont souvent éloignées du système de santé, sans suivi médical. Ces populations spécifiques nécessitent un déploiement de stratégies de « micro-élimination » adaptées à leurs profils. La HAS a rendu un avis en 2019 indiquant que la stratégie la plus « coût-efficace » consistait à cibler les patients présentant des facteurs de risque plutôt qu'un dépistage systématique en population générale. Il est donc nécessaire d'aller au-devant de cette population en proposant un programme « Test and Treat » comprenant un dépistage rapide et le cas échéant, une confirmation diagnostique et une mise sous traitement.

### **Objet de l'expérimentation**

L'objectif de l'expérimentation est la simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables les plus exposées (stratégie « Test and Treat ») : aller au-devant de ces mêmes populations et simplifier le parcours de soins de l'hépatite C des patients. Pour cela il est proposé de mettre en place dans des lieux d'intervention ciblés, en une séance unique de 5h, le dépistage, le bilan et l'initiation du traitement de l'hépatite C de personnes issues de populations vulnérables (session « Test and Treat »).

### **Déroghations mobilisées**

L'expérimentation a nécessité la dérogation aux 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du code de la santé publique pour permettre le financement des prestations non remboursées par l'Assurance Maladie telles que les bilans biologiques PCR VHC ainsi que la dérogation aux conditions de prise en charge des médicaments ou des produits et prestations associées prévues à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale et aux modalités de rémunération des établissements de santé dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments ou produits et prestations prévues à l'article 162-22-6 et L162-22-13 du code de la sécurité sociale.

## **Champ d'application territorial de l'expérimentation**

L'expérimentation a lieu sur le territoire du Groupement hospitalier de territoire (GHT) Aude Pyrénées.

## **Durée (prévue et effective) de l'expérimentation**

L'expérimentation a duré 2 ans conformément au cahier des charges. Elle a débuté le 1er octobre 2019 et s'est terminée le 1er octobre 2021.

## **Population cible, professionnels et structures impliquées**

La population cible comprend les populations vulnérables potentiellement à risque d'infection par le VHC et éloignées du système de santé accueillies et présélectionnées par les structures ciblées : les usagers de drogues, les personnes détenues et sortantes de prison, les personnes vulnérables et sans abri, les personnes originaires de pays à forte prévalence de VHC et les malades psychiatriques.

Les critères d'inclusion pour être pris en charge lors d'une session « Test and Treat » sont :

- Être âgé de plus de 18 ans
- Avoir des droits sociaux ouverts (*en l'absence de droits ouverts, intervention d'une assistante sociale de l'EMH*)
- Présenter des anticorps VHC positifs par TROD ou sérologie ;
- Avoir une charge virale inconnue ou déjà connue active ou patient déjà traité sans contrôle post thérapeutique ;
- Avoir eu une ou des pratiques à risque récentes.

Il était prévu d'inclure 780 patients. La mise sous traitement devait concerner les patients avec une charge virale active soit 60% de ces patients (i.e. 470 patients).

L'équipe mobile Hépatites du CH de Perpignan (EMH) est composée d'un infirmier, d'un assistant social et d'un médiateur social et réalise les sessions de « Test and Treat » dans les structures accueillant les populations vulnérables à raison de deux demi-journées par semaine. Elle est supervisée par un médecin hépatologue référent.

Les structures partenaires sont notamment les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), restaurants sociaux, lits halte soins santé (LHSS), restos du cœur et centres sociaux. Elles sont en charge de l'information et du repérage des patients à orienter vers une session de « Test and Treat ».

## **Le modèle testé**

### **- Parcours de soins :**

Après vérification des critères d'inclusion la prise en charge « Test and Treat » de 4h à 5h prévoit :

- Une mesure de la charge virale active par PCR via un dispositif de biologie médicale délocalisée permettant une mesure de la charge virale C en temps réel (système CEPHEID FINGER STICK®) ;
- Une mesure de la fibrose hépatique par Fibroscan® ;
- La réalisation d'un bilan éducatif et social ;
- La mise sous traitement par antiviraux d'action directe (AAD) ;
- Le suivi du traitement par l'infirmière et la réalisation des sessions d'éducation thérapeutique.
- La réalisation de TROD VIH et VHB pour détecter de potentielles co-infections<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Non prises en charge dans le cadre de la session « Test and Treat »

Le FISS finance cette expérimentation à hauteur de 41 000 € de crédits d'amorçage et d'ingénierie et de 196 560€ de prestations dérogatoires.

Les crédits d'amorçage incluent des frais de fonctionnement et une partie de l'achat du dispositif de biologie délocalisée (mesure de la charge virale).

La prestation dérogatoire consiste en un forfait de 252€ par patients pris en charge (patient avec résultat positif de TROD ou sérologie antérieure). Il est versé au CH pour financer l'équipe mobile Hépatites, ses déplacements, l'utilisation du dispositif médical de biologie délocalisée et ses consommables, le FibroScan® portable, le temps dédié à l'éducation thérapeutique, l'intervention à distance de l'hépatologue pour délivrer une ordonnance de traitement, le cas échéant. Le forfait ne comprend pas la réalisation des TROD VHC (préalables à l'inclusion) ni les traitements antiviraux, le cas échéant.

## Principaux résultats d'évaluation

### Rappel des questions évaluatives :

Déclinant les trois grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations Article 51 (faisabilité, efficacité et efficience, reproductibilité), les travaux d'évaluation sur l'expérimentation « Test and Treat » ont cherché à traiter des problématiques suivantes :

- Analyse de la faisabilité et de l'opérationnalité : dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif ?
- Analyse de l'efficacité et de l'efficience : dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs de contribution à l'élimination de l'hépatite C parmi les populations vulnérables sur le territoire du GHT Aude-Pyrénées et pour quel coût ?
- Reproductibilité : dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle systémique du dépistage et du traitement de l'hépatite C pour les personnes vulnérables ?

À noter, l'évaluation du dispositif s'est faite conjointement avec la réalisation du projet OPTIMISE financé par l'Union européenne. L'équipe OPTIMISE a réalisé un « benchmark » des initiatives de « Test and Treat » en Europe et l'expérimentation du projet « Test and Treat » du CH de Perpignan figurait parmi les initiatives évaluées. Les autres pays y participant sont le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Espagne et la Roumanie). L'effecteur est l'UCD (University College Dublin).

Les visites de terrain ont été coordonnées pour se dérouler simultanément, les analyses ont été partagées et le contenu des rapports transmis par OPTIMISE a été repris dans cette évaluation.

### - **Faisabilité :**

La mise en place de cette expérimentation doit être replacée dans le contexte d'actions engagées de longue date par le docteur Rémy, médecin responsable de l'équipe mobile hépatites (EMH) du CH de Perpignan sur le territoire du Groupement hospitalier de territoire (GHT) Aude Pyrénées. Depuis 2013, l'EMH se déplace dans les structures sociales et médico-sociales afin d'apporter le dépistage au plus près des personnes à risque. L'évaluation souligne donc que les liens de confiance observés entre l'EMH, les structures partenaires et les patients reposent sur cet historique.

Le processus de quadrillage et partenariat avec les structures a donc bien été respecté et les 40 structures participantes accueillent bien la population vulnérable ciblée et maillent le territoire.

L'équipe mobilisée est conforme au cahier des charges, à l'exception du poste d'assistante sociale. L'expérimentation a essentiellement fonctionné sans ce poste car il est resté vacant très souvent, malgré de successifs remplacements. De ce fait 3 patients parmi les patients éligibles n'ont pas pu avoir de droits ouverts et bénéficier du traitement antiviral.

Le rôle des infirmiers s'est vu étendu à une mission qui n'était pas initialement prévue. En effet, la positivité préalable d'un test VHC constituait un critère d'inclusion dans le parcours. En l'absence de la mobilisation des structures pour réaliser les TROD VHC, les infirmiers de l'EMH ont passé beaucoup de temps à les réaliser auprès de l'ensemble des patients se présentant en séance, peu de patients arrivant avec un résultat préalable de TROD VHC. La non réalisation des TROD VHC par les structures n'a pas permis la planification des séances T3T telle que prévue dans le cahier des charges.

Concernant les ateliers d'éducation thérapeutique, leur format s'est avéré inadapté à la population cible ce qui a empêché leur réalisation telle que prévue dans le cahier des charges. Ils ont été remplacés par des sessions d'information en groupe avant la réalisation des TROD pour recruter des patients et par des sessions de prévention réalisées au cours du bilan social pendant la mesure de la charge virale.

**- Efficacité :**

L'évaluation montre que les stratégies de ciblage et de dépistage n'ont pas permis d'atteindre la volumétrie prévue.

Le nombre d'inclusions reste bien en dessous de la cible prévue dans le cahier des charges.

Alors qu'il était attendu de pouvoir inclure 780 personnes avec un résultat positif de TROD VHC, seulement 150 personnes positives ont pu de fait être identifiées.

Ainsi, parmi les 960 présentes dans les structures lors du passage de l'EMH, 928 dépistages par TROD ont été réalisés, 150 personnes (16%) se sont avérées positives et 141 ont été incluses dans le parcours Test and Treat. Parmi elles, 68 (48%) avaient une charge virale positive, soit une proportion inférieure à celle attendue dans le cahier des charges (60%).

Ces 68 personnes ont toutes bénéficié d'une proposition de prise en charge médicale avec traitement mais seules 60 d'entre elles (88%) ont été effectivement mises sous traitement. 78% des personnes traitées ont terminé leur traitement, 4% étaient encore en cours de traitement lors du travail d'évaluation et 8 % ont été perdus de vue. Ce taux de perdus de vue est légèrement supérieur à celui attendu dans le cahier des charges (4%).

**Tableau : Effectifs de l'expérimentation**

	Prévisionnel	Réalisé
<b>Population vulnérable</b>	NA	960
<b>Population incluse (après TROD +)</b>	780	141
<b>Patients avec charge virale active</b>	470	68
<b>Patients mis sous traitement</b>	470	60
<b>Patients ayant terminé le traitement</b>	450	47 + 8*

\* 8 traitements encore en cours selon les dernières remontées de données

L'évaluation de l'efficacité de l'expérimentation questionne donc le mode de pré-sélection des personnes se présentant en session et le ciblage des structures. En effet, au-delà de la non-atteinte des objectifs chiffrés, et de l'implication non anticipée de l'ensemble de la structure mobile (déplacement de toute l'équipe) pour réaliser les TROD VHC, il apparaît que parmi les 40 lieux d'intervention ciblés, 7 lieux concentrent 80% des patients dépistés avec une infection active. Il s'agit principalement des centres de soins et des services d'action sociale.

En parallèle, un travail important de l'EMH a aussi été d'informer les personnes vulnérables dans les structures sur les conséquences à long terme de la maladie et les nouveaux traitements. En effet, nombre de ces personnes ne savaient pas que le VHC pouvait désormais

se traiter de façon efficace et définitive en seulement 8 à 12 semaines et sans les effets secondaires lourds attribués à l'interféron.

Une enquête qualitative a été menée auprès de 81 patients : les personnes interrogées se sont déclarées satisfaites de leur prise en charge et ont souligné l'importance de l'information sur le traitement de l'hépatite C. En outre, les patients interrogés ont indiqué que le traitement de leur hépatite a été l'occasion d'une prise de conscience et d'une modification de leurs pratiques à risque. Les structures interrogées par enquête et entretiens ont toutes exprimé leur intérêt pour l'expérimentation, tout comme le personnel de l'EMH. La prise en charge par l'EMH est reconnue également dans son aspect social, car les témoignages soulignent une approche humaine et globale.

#### - Impact budgétaire

L'EMH a réalisé 928 TROD alors que cette étape n'était pas rémunérée par le forfait et que le taux de positivité observé (16%) a été faible par rapport au type de population ciblée (environ 30% chez les personnes utilisatrices de drogue par injection<sup>2</sup> qui constitue une part importante de la population cible).

Le nombre de personnes avec un TROD positif entrant dans le parcours et ayant déclenché le versement du forfait est donc déjà bien inférieur à ce qui était attendu. De plus, parmi les personnes incluses dans le parcours, une proportion plus faible que prévue (48% vs 60%) s'est avérée avoir une charge virale positive et nécessiter un traitement, ce qui questionne le calibrage du forfait d'autant plus que le cahier des charges du parcours n'a pas été totalement respecté (pas d'assistante sociale et des séances d'éducation thérapeutique réduites). En outre, au regard du nombre de forfaits perçus et des crédits d'amorçage et d'ingénierie versés, les recettes (74 000€) ont couvert un peu moins de 21% des dépenses (357 000€), l'EMH est donc très largement déficitaire.

Les coûts rapportés aux résultats indiquent que le coût de prise en charge pour un patient mis sous traitement s'approche des 6 000€ (hors traitement).

Le modèle économique testé n'est donc pas adapté.

**Tableau : Coûts budgétaire de l'expérimentation**

	Budget prévisionnel maximal autorisé	Budget consommé
<b>Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FISS)</b>	41 000€	41 000€
<b>Prestations dérogatoires (FISS)</b>	196 560€*	33 012€
<b>Total FISS</b>	<b>237 560€</b>	<b>74 012€</b>

\* montant maximal en rapport avec l'effectif maximal estimé

#### - Reproductibilité :

L'EMH intervient dans les structures médico-sociales du territoire depuis plusieurs années. L'expérience du porteur dans ses relations avec les structures partenaires et la connaissance du public cible à atteindre sont des facteurs importants pour la mise en place de l'expérimentation.

D'autres territoires présentent des taux de prévalence du VHC élevés, comparables à ceux de l'Occitanie (Ile-de-France, PACA, Guyane) et il existe une trentaine d'autres services experts « hépatite ».

Le projet est en outre transposable sur d'autres territoires notamment sur les aspects matériels, en particulier les supports, le matériel de dépistage et diagnostic, le recours à l'expertise se faisant à distance.

<sup>2</sup> Anrs-coquelicot 2011

La mise en perspective des différentes initiatives des territoires pré citées et de cette expérimentation devrait concourir à la mise en place d'un modèle plus optimal pour repérer, dépister et traiter les patients.

En effet, certains points d'amélioration ont été identifiés lors de l'évaluation.

La réduction de la contribution de l'EMH en amont de la session pourrait sensiblement améliorer l'efficacité. OPTIMISE préconise la mobilisation de pairs- experts<sup>3</sup>. Des IDE itinérantes pourraient également être chargées des dépistages, et également des sessions d'information, remplaçant le déplacement de la structure mobile « complète » dans son rôle de « Test and Treat » (mesure de la charge virale et FibroScan® des patients sélectionnés, et en cas de positivité de la charge virale, inclusion dans des séances d'éducation thérapeutique, et mise sous traitement).

Le ciblage des structures pourrait également être amélioré pour recentrer les sessions d'information et d'intervention sur les structures les plus adaptées.

Il serait aussi intéressant de vérifier la disponibilité et l'investissement de médecins hépatologues volontaires sur d'autres territoires et de trouver une alternative à la mobilisation de l'assistante sociale.

Les structures ont aussi exprimé le besoin de développer des réunions de concertation entre les structures et l'EMH pour mieux organiser et réfléchir à la pré-sélection des patients.

Enfin, il faut noter que le Fibroscan® a été réalisé par des infirmiers via un protocole de délégation de tâche qui n'inclut pas l'interprétation et le rendu des résultats. Les consultations à distance ont été réalisées par Skype, système non optimisé en termes de sécurisation pour de la téléconsultation, l'ordonnance de traitement n'était pas remise par le médecin mais par l'infirmier. De même, le parcours ne prévoyait pas la réalisation du bilan sanguin préconisé par la HAS en cas de dépistage du VHC.

Au vu de ces résultats, il conviendrait de développer et d'expérimenter une adaptation du modèle présenté ici.

### **Avis et recommandations du CTIS sur la suite à donner à l'expérimentation**

Les résultats de l'évaluation indiquent globalement que malgré des relations historiques avec les structures médicosociales la mise en œuvre du programme Test and Treat par l'EMH a été peu efficace.

Malgré l'intervention de l'EMH auprès des populations cibles permettant d'informer les populations à risque sur le VHC et de l'existence d'un traitement permettant la guérison de l'infection dans plus de 95% des cas, le taux de patients mis sous traitement est faible au regard des objectifs initiaux.

La réussite d'un tel programme requiert une mobilisation pleine et entière des structures pour informer et cibler les populations à risque. Pour en faciliter l'acceptabilité, il est utile que les pairs soient associés pour soutenir et conseiller les patients.

En ce qui concerne le modèle économique, le coût de prise en charge rapporté aux résultats est élevé. Le modèle « forfait par patient traité » n'est adapté ni à l'organisation ni à l'activité déployée par l'EMH. Il n'en couvre pas les charges fixes. Si une optimisation des charges reste nécessaire, un modèle mixte reposant sur une dotation et un paiement à l'activité pourrait néanmoins permettre de mieux répondre aux besoins.

---

<sup>3</sup> Par exemple, ils pourraient d'agir d'usagers de drogues accompagnant leurs pairs vers le dépistage et la prise en charge du VHC

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis défavorable à la généralisation du modèle de l'expérimentation « *Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables (stratégie « Test and Treat »)* » en l'état. Il propose de poursuivre des expérimentations de la stratégie « Test and Treat » reposant notamment sur une plus grande intégration des structures associatives et les pairs dans le programme.

**Pour le comité technique/conseil stratégique**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale

## Annexes

### **Positionnement conférence Nationale des présidents de CME des CHS**

La conférence nationale des présidents de CME de CHS n'a pas de remarques sur les documents

### **Positionnement Conseil National de l'ordre des Médecins**

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris bonne note des avis du comité technique relatifs à la fin des expérimentations Dépist'C Pharma et T3T ainsi que leur rapport d'évaluation finale respectif.

Ces documents n'appellent aucune observation particulière de la part du CNOM.  
Nous prenons acte de l'arrêt de l'expérimentation.

### **Positionnement HAS**

#### **Expérimentations de simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque**

L'objectif de renforcer le dépistage de proximité par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) dans les populations ciblées est triple :

- diminuer le retard de prise en charge et les diagnostics de formes tardives avancées de la maladie et ainsi augmenter nombre de patients pouvant bénéficier d'un traitement efficace ;
- réduire le volume du réservoir de personnes susceptibles de transmettre le virus ;
- augmenter la proportion de personnes infectées connaissant leur statut sérologique.

Concernant le dépistage du VHC, la HAS a conclu en 2019<sup>4</sup> que, bien que l'efficacité de la stratégie universelle par rapport au dépistage ciblant les personnes les plus à risque d'exposition au VHC n'était pas démontrée, une intensification du dépistage de la population ciblée pourrait être envisagée pour augmenter le diagnostic des personnes infectées (établissements pénitentiaires, usagers de produits psychoactifs, notamment chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)), ainsi démultiplier les offres de dépistage appropriées aux différents profils de populations infectées par l'hépatite C et non diagnostiquées pour permettre une meilleure acceptabilité et accès au dépistage.

#### **Expérimentation de simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque (projet « TEST TO TREAT »)**

Pour modifier les comportements à risque, la combinaison de méthodes de prévention comportementales, de dépistage et le suivi des soins sont des pratiques à combiner. Ainsi, il est important d'intégrer le dépistage dans une perspective de parcours de soins, adaptés aux caractéristiques des populations concernées et en mobilisant de nouveaux acteurs des secteurs médicaux, médico-social et social. Cette expérimentation s'inscrit dans cette démarche.

Pour rappel, l'objectif de l'expérimentation T3T initiée par le CH de Perpignan est d'augmenter le nombre de personnes à risque dépistées et traitées pour l'hépatite C par des séances *test to treat*. Cette expérimentation consiste à aller vers des populations vulnérables, au sein de structures d'accueil de personnes en grande précarité (quarante structures, réalisant ainsi près de 200 interventions)<sup>5</sup>, afin de donner un accès direct du diagnostic, au traitement de l'hépatite C, en une seule séance unique. Il s'agit d'une simplification du parcours de soins hépatite C pour ces populations, plus à risque et moins à même de bénéficier d'un dépistage en laboratoire de biologie médicale, sur prescription médicale. L'expérimentation a eu lieu sur le territoire du Groupement hospitalier de territoire Aude Pyrénées.

<sup>4</sup> Évaluer l'efficacité des stratégies de dépistage du VHC, HAS 2019.

<sup>5</sup> « partenaires » telles que les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues)

Pour l'évaluation de ce dispositif offrant un parcours de soin simplifié aux patients infectés par le VHC, éloignés du système de santé<sup>6</sup>, accueillis et présélectionnés par les structures ciblées, différents aspects sont à considérer :

### **Efficacité et qualité du dispositif de parcours de soin**

- L'évaluation montre que les modalités de ciblage envisagée n'ont pas permis d'atteindre la volumétrie attendue : nombre de patients inclus, nombre de patients pris en charge, taux de perdus de vue<sup>7</sup>. L'acceptabilité de la population prioritaire probablement insuffisante. Pour en faciliter l'acceptabilité, il est nécessaire d'une mobilisation de l'ensemble des structures concernés pour accompagner, informer et cibler les populations à risque ;
- le taux de positivité observé (16 %) a été faible par rapport au type de population pré-ciblée. 40 lieux d'intervention ciblés dont 7 lieux concentrent 80 % des patients dépistés avec une infection active. Il s'agit principalement des centres de soins et des services d'action sociale. Ceci suggère une pré-sélection des candidats peu adaptée à la situation <sup>8</sup>
- Absence d'évaluation de l'impact sur l'accès et la qualité de ce dispositif de parcours de soin. La positivité préalable d'un test VHC, un critère d'inclusion dans le parcours peut être un frein pour l'accès à ce dispositif ;
- Absence d'évaluation sur l'impact de l'information donnée aux personnes vulnérables concernant les conséquences à long terme de la maladie et l'efficacité démontré des nouveaux traitements.

### **Aspects organisationnels du dispositif**

- Le projet semble transposable sur d'autres territoires notamment en termes de matériel. En revanche, l'expérimentation a été réalisée sur un périmètre déjà structuré et donc facilite la mise en œuvre de ce dispositif (un leadership existant et des équipes déjà organisées). Toutefois, il est fort probable que dans d'autres territoires le schéma soit moins propice et favorable au bon déroulement du dispositif envisagé. Les limites et biais inerrant ne sont pas discutés ;
- dans le cahier des charges, l'équipe de soignants devrait se rendre dans la structure pour confirmer une infection VHC active avec la mesure de la charge virale. Or, peu de patients arrivant avec un résultat préalable de TROD VHC. Ceci à nécessiter l'implication de la structure mobile pour réaliser les TROD VHC<sup>9</sup>. Le ciblage (pré-sélection) de la population doit être redéfini ainsi que ces conséquences sur un plan organisationnel (point non précisé dans le cahier des charges)<sup>10</sup> ;
- le ciblage des structures pourrait également être amélioré pour recentrer les sessions d'information et d'intervention sur les structures les plus adaptées.

### **Aspects médico-économiques**

---

<sup>6</sup> Ici, identifiées comme les usagers de drogues, les personnes détenues et sortantes de prison, les personnes vulnérables et sans abri, les personnes originaires de pays à forte prévalence de VHC et les malades psychiatriques

<sup>7</sup> le cahier des charges prévoyait d'inclure 780 patients, dont il était attendu que 60% présentent une charge virale active et seraient mis sous traitement, soit 470 patients traités. Taux estimé de personnes arrivant à la fin du traitement : 450 personnes/ 470

<sup>8</sup> Critères d'inclusion : TROD ou document indiquant une sérologie VHC positive, charge virale inconnue/non contrôlée après traitement antiviral prise de risque récente, conduite à risque...

<sup>9</sup> en l'absence de la mobilisation des structures pour réaliser les TROD VHC, les infirmiers de l'EMH ont passé beaucoup de temps à les réaliser auprès de l'ensemble des patients se présentant en séance,

<sup>10</sup> a priori par les structures partenaires ou des membres de l'EMH en amont comme porteurs d'anticorps VHC

- Le coût de prise en charge rapporté aux résultats semble élevé. (60 patients mis sous traitement pour des coûts de personnel engagés de 257 000€).
- L'analyse de l'impact budgétaire doit prendre en compte l'ensemble des paramètres économiques (la taille critique territoriale, le réseau de structures sociales, la stratégie de ciblage dans la présélection ...), rendant difficile l'interprétation des résultats.
- Par exemple, certains actes/actions non pas été évoqué dans le cahier des charges, ayant eu aussi des conséquences sur la mobilisation des équipes mobiles et donc des coûts afférents supplémentaires (sans repérage de patients positifs et sans contrepartie financière puisque le forfait n'est déclenché qu'à partir de la mesure de la charge virale).

**En conclusion, à ce stade des connaissances la HAS partage l'avis du CTIS en défaveur d'une généralisation de l'expérimentation « TEST TO TREAT ».**

Toutefois, cette action innovante « d'aller vers les publics cibles », reste encourageante et pourrait à terme répondre à la volonté de disposer d'un dispositif de parcours de soin plus optimal pour repérer, dépister et traiter le plus précocement les publics cibles et très vulnérables (éloignés du système de santé).

Certains éléments d'amélioration et points en suspens de cette expérimentation ont été cités (redéfinir la stratégie de ciblage de la population cible, le ciblage des structures sociales d'accueil/d'hébergement, permettre une mobilisation de l'ensemble des structures concernées pour faciliter l'acceptabilité).