



ANNEE 2025/2026

THESE

N°2026SORUZ027

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

SPECIALITE : Santé Publique

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/04/2026

Par DALLANT Titiane

Née le 04/12/1995 à Paris

Connaissances sur l'Hépatite B parmi les patients du C.A.S.O. de Médecins du Monde à Saint-Denis et amélioration du parcours de soins des personnes dépistées positives au Virus de l'Hépatite B

DIRECTRICE DE THESE : Dre MATHIEU Pauline

PRESIDENT DU JURY : Pr VIGNIER Nicolas

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Dre SAUTEREAU Aurélie

Dre DOLLAT Marion

Dr CRUCHET Romuald

Remerciements

À Monsieur le Professeur Nicolas Vignier, un grand merci d'avoir accepté de présider ce jury. Votre parcours et vos engagements sont, pour moi, une grande source d'inspiration, comme en témoignent mon sujet et la bibliographie. Je suis honorée que vous puissiez apporter votre regard à ce travail.

À Madame la Docteure Pauline Mathieu, merci d'avoir dirigé ce travail mais surtout, merci pour tout ce que tu m'as apporté durant mon année au SPAS qui a été la plus belle et la plus riche de mon internat. C'était en grande partie grâce à toi et ce fût un honneur de prolonger le plaisir avec cette thèse.

À Madame la Docteure Aurélie Sautereau, merci d'avoir accepté d'évaluer ce travail et merci pour ce projet essentiel de redéfinition des parcours de soins dont tu es à l'initiative. Je suis admirative de ton engagement auprès des personnes éloignées du soin.

À Madame la Docteure Marion Dollat, merci pour ta participation à ce jury et pour ta disponibilité lors de nos échanges. Au risque de me répéter (mais les personnes présentes l'imposent), tes engagements hospitaliers pour la santé des personnes migrantes, entre autres, sont admirables.

Monsieur le Docteur Romuald Cruchet, c'est grâce à toi que j'ai d'abord trouvé un intérêt pour la santé sexuelle et l'infectiologie et retrouvé goût à une part d'activité clinique. C'était donc très important pour moi que tu fasses partie de ce jury et que tu apportes tes éclairages à ce travail. Je t'en remercie.

Un grand merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce travail : à Frédéric, un médiateur en santé hors-pair, merci pour tout ce que tu apportes aux patients, à Robert pour m'avoir offert ce sujet, pour ta gentillesse et ta bonne humeur, à Sandrine et aux autres secrétaires qui ont participé à la passation des questionnaires, cela n'aurait pas été possible sans votre aide, à Guillaume Bellon, Matthieu Dréan et toute l'équipe du CASO pour leur accueil.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ma formation au fil des semestres et dont je garde de précieux enseignements : Pr Loïc Josseran grâce à qui j'ai pu revenir à Paris et intégrer le DES de Santé Publique après un parcours semé d'embûches, Pre Marie Herr, Pre Elisabeth Delaroque-Astagneau, Dre Pénélope Troude, Pre Agnès Dechartres, Dr Thomas Huleux.

Merci à ces collègues devenus des amis : Christelle, Arnaud & Bastien les Starsky & Hutch de la Pitié, Leïla et Mahera.

Merci à toute l'équipe du SPAS au central, au CeGIDD et aux CDPS de Montreuil et de Saint-Denis pour une année d'internat des plus enrichissantes, tant sur le plan professionnel qu'humain, dans cet environnement de travail rêvé !

Merci aux compagnons de route Santé-Publicologues. À ceux avec qui j'ai eu le plaisir de partager des stages et bien plus : Xavier, mon papa personnel de la santé publique, Camille et ton presque-baby que j'ai hâte de rencontrer, Samy, Baptiste, Jérôme et Céline. Et merci à ceux qui m'ont accompagnée d'autres façons toutes aussi importantes : Justine, Lisa, Aurélie, Astrid, Rémi (y a un problème Rémi), Pol et Béranger, notre papa de la santé publique à tous.

À mes parents, merci papa de m'avoir transmis ce goût pour les sciences et la médecine ainsi qu'un humour pour le moins foireux. Merci maman pour ta douceur, ta gentillesse et ta générosité : j'espère pouvoir dire que tu m'en as transmis un petit dixième, ce sera déjà pas mal (et merci pour tes relectures attentives jusqu'au dernier moment).

À Ileana et Ilan (dans le désordre), qui sont autant mes frère et sœur que mes meilleurs amis. Merci d'être si stupidement géniaux ou génialement stupides (dans le désordre).

Merci à Régine, à Zaza, à Davide, à Anaïs, à Patrick, mon oncle incarné, à Djanie, Isabelle ma tantine-ainsi-que-marraine, à Manon, Vincent, Nico et Leo, à Camille et Louise, à Anne-Laure, à Fabrice et à Béatrice.

À ma belle brochette de bûchettes, mes meufs si inspirantes : Amélie, Louise, Perrine, Anna, Marie, Maëva et petit boubou d'amour, merci : grandir à vos côtés depuis ces 10 dernières années est l'une des choses qui rendent ma vie si belle (comme vous). Vous aurez une page de remerciement chacune dans la version longue ! À de nombreux prochains weekends à pleurer au coin du poêle en regardant les pires téléfilms. Merci beaucoup Louise et Marie pour vos relectures.

À mes copains de la fac, de la vie, des voyages, des vacances et des bêtises : À Théo, la goatesque Paupau l'asticot, Paul, Alex, Guigui, Alex-Guy, Coco, Valentine, Antoine, Gabyhan, Teddy, Victor, Noémie, Diana, Alexia, Flo et Flo. À mon bon Marcel que je ne vois pas assez (les autres c'est bon).

À Hugo, mon plan cœur, mon frère, le genre de frère attachant qu'on a fréquemment envie d'insulter mais qu'au fond on adore.

À Eugénie, ma plus vieille amie, que j'aimerais voir plus souvent (ce serait pratique qu'on habite à côté par exemple). Merci d'être toujours présente et particulièrement dans les moments difficiles. Je re-signe pour 30 ans !

À ma Juju, la sœur que je n'ai jamais eue à part ma sœur. Merci d'exister, déjà, merci d'être hilarante, merci de m'appeler quand tu cours, merci de raisonner mes pétages de câble, merci d'avoir relu ma thèse en entier (sacrée preuve d'amitié), merci de m'avoir laissée rentrer dans ta famille et de faire partie de la mienne.

À mon Valentin, malicieux être de lumière qui embellit ma vie chaque jour un peu plus. Merci pour ton soutien sans faille qui a, entre autres, rendu les dernières semaines de rédaction tenables. À toutes nos prochaines années ensemble.

À Mamé, à Nani.

À mon Papou adoré... J'aurais aimé que tu puisses voir ton « médecin préféré » devenir ton Docteur préféré. Mais je retiens avant tout que tu as eu le bonheur de rencontrer ton arrière-petite-fille, ce petit cœur de Leonor, avant de partir. Cette rencontre est tout le symbole de la merveilleuse famille soudée que tu as créée et qui est bien plus importante que tout le reste.

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	6
Liens d'intérêt	8
Table des tableaux	9
Table des figures	10
Liste des annexes	11
Liste des sigles et acronymes	12
Introduction	13
1. Épidémiologie	13
2. Enjeux mondiaux	14
3. Physiopathologie et histoire naturelle de l'infection par le virus de l'Hépatite B (VHB)	15
4. Prise en charge d'une infection chronique par le Virus de l'Hépatite B (VHB)	20
5. Articulation des soins	23
6. Les personnes migrantes et le système de soins français	25
7. Le CASO de Médecins du Monde de Saint-Denis	30
8. Adhésion au parcours de soins	31
A. Cadre théorique	31
B. Adhésion au parcours de soins des patients infectés par le VHB diagnostiqués au CASO	33
Partie I : Connaissances relatives au VHB	37
1. Introduction	37
2. Méthode	37
Mesure	37
Analyses statistiques	38
Entretiens	40
Ethique	40
3. Résultats	40
Caractéristiques générales de la population	41
Réponses aux questions générales sur le VHB	45
Réponses aux questions de connaissances sur le VHB	46
Évaluation de la fiabilité du score de connaissances en 10 items	48
Score de connaissance et facteurs associés	51
Entretiens	54
4. Discussion	56
5. Conclusion	59

Partie II : Apport de la médiation en santé dans le parcours de soins	61
1. Contours de la médiation en santé	61
2. Rôle du médiateur au sein du service	63
3. L'accompagnement raconté par les patients	65
4. L'accompagnement en chiffres	66
5. Conclusion	67
Partie III : Vers une fluidification du parcours de soins par un renforcement du lien ville- hôpital	69
1. Parcours des patients au moment de l'étude	69
2. Contexte de la réorganisation à Saint-Denis	70
3. Proposition d'algorithme de prise en charge (PEC) pour les patients du CASO	74
4. Conclusion	77
Discussion générale	78
Conclusion Générale	86
Bibliographie	88
Annexes	97
Annexe 1 : Questionnaire de connaissances sur l'hépatite B	97

Liens d'intérêt

Docteure Pauline Mathieu, directrice de thèse, et moi-même ne présentons aucun lien d'intérêt en rapport avec le travail effectué.

Table des tableaux

Tableau 1 - Classification EASL de l'histoire naturelle de l'infection chronique à VHB ..	19
Tableau 2 - Caractéristiques générales de la population	43
Tableau 3 – Réponses aux questions générales sur l'hépatite B.....	45
Tableau 4 - Réponses aux questions de connaissance relative à l'hépatite B.....	46
Tableau 5 - Charges factorielles issues de l'Analyse Factorielle Exploratoire et Coefficient Omega de Mac Donald (ω).....	51
Tableau 6 - Score de connaissance et facteurs associés	52
Tableau 7 - Comparaison paire à paire du score en fonction du niveau d'études (test de Dunn).....	54
Tableau 8 - Caractéristiques de l'accompagnement du médiateur en santé	67
Tableau 9 - Caractéristiques médicales des patients suivis par le médiateur en 2023 et 2024.....	72
Tableau 10 - Caractéristiques socio-démographiques des patients VHB suivis par le médiateur en 2023 et 2024	73

Table des figures

Figure 1 - Prévalence de l'antigène HBs (Ag HBs) par pays en 2019.....	13
Figure 2 - Structure et cycle de réplication du virus de l'hépatite B	17
Figure 3 - Histoire naturelle de l'infection au Virus de l'Hépatite B.....	20
Figure 4 - Indications à un traitement, mise à jour EASL 2025 (16).....	22
Figure 5 - Population immigrée et étrangère en France en 2024.....	26
Figure 6 – Les 5 dimensions affectant l'adhésion aux soins	32
Figure 7 - Diagramme de flux.....	41
Figure 8 - Scree plot des valeurs propres (eigen values) de l'analyse parallèle	48
Figure 9 - Modèle de l'Analyse Factorielle Exploratoire	50
Figure 10 - Score en fonction de 4 variables qualitatives : sexe, région d'origine, niveau d'étude et connaissance d'une personne atteinte d'hépatite B	53
Figure 11 - Score en fonction de l'âge.....	54
Figure 12 - Livrets d'information utilisés pour les patients du CASO	60
Figure 13 - Algorithme de prise en charge (PEC) des patients dépistés positifs au VHB	76
Figure 14 - Charte l'Ottawa pour la Promotion de la Santé, 1986.....	84

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire de connaissances sur l'hépatite B	97
--	----

Liste des sigles et acronymes

AASLD : American Association for the Study of Liver Diseases
ACS : Aide pour une Complémentaire Santé
ADN : Acide Désoxyribonucléique
ADNrc : ADN circulaire relâché
ADNccc : ADN circulaire clos de façon covalente
AFE : Analyse Fonctionnelle Exploratoire
AFEf : Association Française pour l'Étude du Foie
Ag : Antigène
AgHBs : Antigène HBs (antigène de surface)
ALAT : Alanine Aminotransférase
ALD : Affection Longue Durée
AME : Aide Médicale d'État
ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales
APALD : Actes et Prestations pour les Affections Longue Durée
APASL : Asian Pacific Association for the Study of the Liver
ARN : Acide Ribonucléique
ARNm : ARN messenger
ARNpg : ARN pré-génomique
ASAT : Aspartate Aminotransférase
CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CD93 : Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis
CDPS : Centre Départemental de Prévention Santé
CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic
CF : Charge Factorielle
CHC : Carcinome Hépatocellulaire
CHSD : Centre Hospitalier de Saint-Denis (Hôpital Delafontaine)
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CLAT : Centre de Lutte Anti-tuberculeuse
CMS : Centre Municipal de Santé
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire
Comede : Comité pour la santé des exilés
CSS/C2S : Complémentaire Santé Solidaire
DSUV : Dispositif de Soins Urgents et Vitaux
DU : Diplôme Universitaire
EASL : European Association for the Study of the Liver
GGT : Gamma Glutamyl Transférase
HAS : Haute Autorité de Santé
HGE : Hépto-Gastro-Entérologie
IDE : Infirmière Diplômée d'État
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
InVS : Institut de Veille Sanitaire
MdM : Médecins du Monde
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAL : Phosphatase Alcaline
PMI : Protection Materno-Infantile
PUMa : Protection Universelle Maladie
SAHGE : Société Africaine d'Hépto-Gastro-Entérologie
SMIT : Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
SPAS : Service Prévention et Actions Sanitaires
TNIF : Test Non Invasif de la Fibrose
USD : Dollar américain
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

1. Épidémiologie

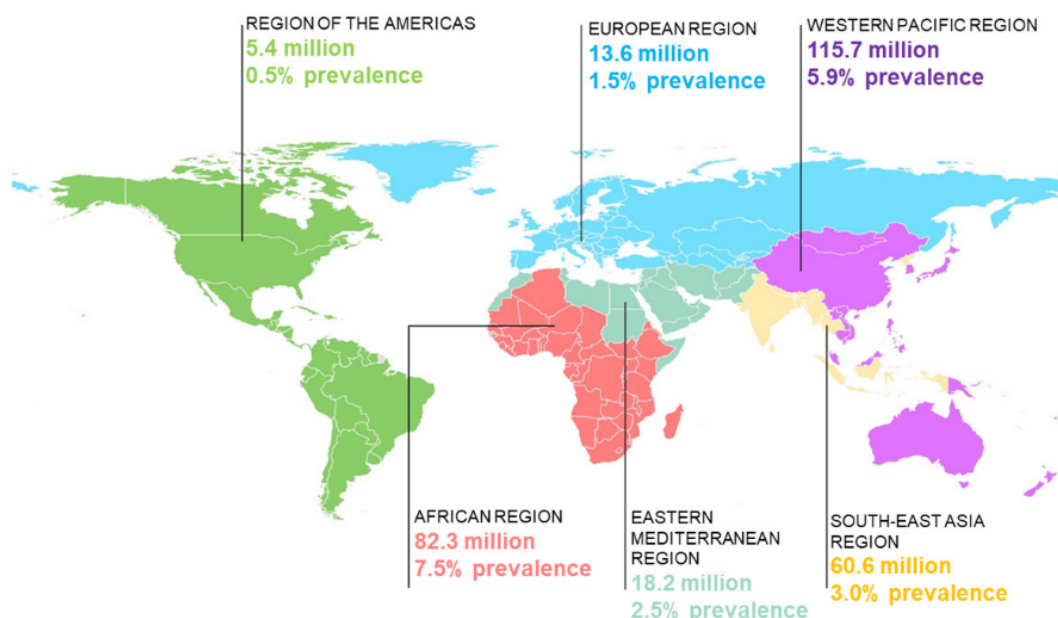
Avec 254 millions de personnes porteuses dans le monde en 2022 et 1,2 million de nouvelles infections chaque année selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) constitue une épidémie mondiale dont le poids s'élève à 1,1 million de décès en 2022, par décompensation de cirrhose ou carcinome hépatocellulaire (CHC) [\(1\)](#). L'OMS estime également qu'en 2022, seules 13.6% des personnes vivant avec une infection chronique par le VHB étaient diagnostiquées dont moins de 3% traitées [\(2\)](#).

A titre de comparaison, l'épidémie de VIH concernait en 2022 39 millions de personnes dans le monde avec 1,3 million de nouvelles infections et 630 000 décès liés à ce virus [\(3\)](#).

Les prévalences les plus élevées d'infections par le VHB sont actuellement regroupées en Afrique subsaharienne (données les plus récentes de 2022). Ainsi les pays suivants sont considérés comme pays de haute endémicité pour le VHB, la prévalence de l'antigène HBs (AgHBs) y dépassant les 8% : l'Afrique du sud, l'Angola, le Bénin, la Côte d'Ivoire, la République Démocratique du Congo, le Congo, la Guinée, la Guinée Bissau, la Guinée équatoriale, le Ghana, le Liberia, le Mali, la Mauritanie, le Niger, la Sierra Leone, le Soudan du sud, le Tchad, et le Zimbabwe [\(4,5\)](#). Dans 15 pays d'Afrique et 3 pays d'Asie, le CHC (causé en grande majorité par les hépatites virales dans ces pays) est la première cause de mortalité par cancer [\(6,7\)](#).

En France métropolitaine, la prévalence se situe entre 0.30 et 0.65% dans la population générale, où elle concerne majoritairement des personnes originaires de pays de plus haute endémicité [\(8,9\)](#).

Figure 1 - Prévalence de l'antigène HBs (Ag HBs) par région OMS en 2019.



Source : Organisation Mondiale de la Santé

2. Enjeux mondiaux

L'hépatite B est donc une cause majeure de mortalité dans le monde. Elle a pourtant longtemps été négligée en tant que menace de santé publique dans les politiques de santé internationales.

En 2015 l'OMS établit 17 nouveaux objectifs de développement durable (ODD) à atteindre pour l'horizon 2030. Parmi eux, l'objectif n°3 « *Bonne Santé et Bien-Être : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être à tout âge* » contient le sous-objectif n°3.3 sur les maladies transmissibles : « *D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles* » [\(10\)](#). Concernant les hépatites virales, l'OMS définit 2 stratégies successives en 2016 (pour la période 2016-2021) [\(10\)](#) et 2022 (pour 2022-2030) [\(11\)](#) dont l'objectif est d'« *éliminer d'ici 2030 l'hépatite virale en tant que grave menace pour la santé publique* » afin de tendre vers « *un monde où la transmission de l'hépatite virale est stoppée et où toute personne atteinte d'hépatite virale a accès à des services sûrs, abordables et efficaces de prévention, de soins et de traitement* ».

Concrètement ces objectifs visent plusieurs cibles intermédiaires, notamment la diminution du nombre de nouveaux cas annuels (de 1,5 million en 2020 à 170 000 en 2030), du nombre de décès annuels (820 000 en 2020 à 310 000 en 2030), et l'augmentation du diagnostic chez les personnes atteintes (à 90%) et du traitement des personnes diagnostiquées le nécessitant (à 80%).

Pour atteindre ces cibles, l'OMS souhaite, dans les pays, améliorer la disponibilité des données d'indicateurs de santé, augmenter drastiquement l'accès à la prévention primaire, (notamment l'accès universel à une dose de vaccination à la naissance) et à des services de dépistage, de soins et de traitement. Cela implique une sensibilisation du grand public, une simplification et une décentralisation des services, un travail de plaidoyer auprès des responsables politiques et un effort de financement [\(11\)](#).

En 2022 on constate que 8 ans après l'élaboration de la première stratégie, il existe toujours un écart majeur entre ces objectifs et la réalité, puisqu'on estime notamment que seules 13 à 14% des 254 à 257,5 millions de personnes atteintes sont diagnostiquées (soit 36 millions), et qu'entre 3 et 8% des personnes atteintes qui nécessiteraient un traitement sont effectivement traitées (soit 6,8 sur 83,3 millions) [\(12,13\)](#). Le poids de cet écart est très majoritairement porté par les pays à revenus faibles ou intermédiaires, creusant ainsi d'autant plus les inégalités de santé, avec ces pays dans lesquels la prévalence de l'infection chronique par le VHB est déjà la plus élevée (Afrique Subsaharienne). En effet dans une grande partie du monde les pays ont progressé dans l'élimination des hépatites virales, du VIH et des IST. En Asie de l'Est et du Sud-Est la prévalence de l'AgHBs a considérablement diminué et les 3 pays (Laos, Philippines et Corée du Nord) encore à haute endémicité avant 2019 ne le sont plus en 2022. La couverture vaccinale des enfants y a atteint la cible de 90% fixée pour 2020 et les Maldives sont le premier pays à avoir atteint la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et du VHB en 2023 [\(14\)](#). Mais la majeure partie de l'Afrique reste en retard sur l'élimination de l'hépatite B en tant que menace de santé publique. En 2021, la prévalence de l'AgHBs reste très élevée (jusqu'à 19% au Tchad) avec 19 pays de la région africaine OMS sur 47 encore en haute endémicité. Toujours en 2021, 20 pays sont encore sous le seuil de couverture vaccinale de 90% des enfants ciblé pour 2020 et 33 pays qui n'ont pas encore implémenté la dose de vaccin à la naissance [\(5\)](#).

Cet écart aux objectifs fixés s'explique par 2 raisons principales :

- Des difficultés économiques et organisationnelles à implémenter les stratégies de prévention, dépistage, suivi et traitement dans ces pays à revenus faibles ou intermédiaires,

- Des algorithmes de prises en charge complexes et hétérogènes émis par les sociétés savantes internationales (AASLD (*American Association for the Study of Liver Diseases*) et EASL (*European Association for the Study of the Liver*) notamment) [\(13,15\)](#).

Ainsi l'OMS émet, en 2024, de nouvelles recommandations visant à mettre à jour celles des sociétés savantes et qui tendent à simplifier et harmoniser les recommandations, notamment en élargissant les indications au traitement médicamenteux, particulièrement aux phases précoces de l'infection (cf. *Introduction - 4. « Prise en charge d'une infection chronique par le Virus de l'Hépatite B »*) [\(13,15,16\)](#).

3. Physiopathologie et histoire naturelle de l'infection par le virus de l'Hépatite B (VHB)

Le virus de l'hépatite B appartient à la famille des *Hepadnaviridae*, soit un virus hépatotrope enveloppé, à ADN double brin. Il a la capacité de se diviser en plusieurs particules :

- Les particules infectieuses (particules de Dane, **Figure 2.A**) qui contiennent le matériel génétique : le génome viral est contenu dans la nucléocapside de ces particules sous forme d'une molécule d'ADN circulaire relâché partiellement double brin (ADNrc) à laquelle est liée de façon covalente une ADN polymérase. Il code pour 7 protéines dont l'ADN polymérase (qui joue un rôle clé à 2 étapes de la réplication), la protéine de capsid (« Core », Antigène HBc), l'antigène HBe, l'antigène HBx et les 3 protéines de surface du virus (dont l'antigène HBs).
- Des particules sous-virales non infectieuses, sans matériel génétique, dont le rôle principal est de séquestrer les anticorps anti-HBs produits en réponse à l'infection.

La cible du VHB, et en particulier des particules de Dane, est l'hépatocyte, dans lequel il effectue son cycle de réplication selon les étapes suivantes (**Figure 2.B**) :

1. Attachement de la particule virale à la surface de l'hépatocyte.
2. Endocytose via le récepteur d'acides biliaires NTCP : la nucléocapside (« core ») est relâchée dans le cytoplasme et transportée jusqu'au noyau de l'hépatocyte.
3. L'ADNrc libéré dans le nucléoplasme de l'hépatocyte est converti, par la polymérase virale, en ADN circulaire clos de façon covalente (ADNccc) qui est la forme réservoir du VHB.
4. A partir de l'ADNccc, l'ARN polymérase II hépatocytaire synthétise 2 types d'ARN messagers (ARNm) : les ARNm subgénomiques codant pour des protéines de structure/régulation et un ARN prégénomique (ARNpg).
5. L'ARNpg est encapsidé (nucléocapside identique à celle ayant intégré le cytoplasme après endocytose de la particule de Dane initiale) avec une polymérase virale.
6. Dans la capsid l'ARNpg est convertie en ADNrc grâce à l'activité transcriptase inverse de la polymérase virale. Après cette étape, 2 issues sont possibles :
7. a. Soit la nucléocapside acquiert une enveloppe via le réticulum endoplasmique (grâce aux protéines de l'enveloppe synthétisées dans le réticulum endoplasmique via les ARNm subgénomiques) constituant ainsi une nouvelle copie du virus, pour être sécrétée en dehors de l'hépatocyte,

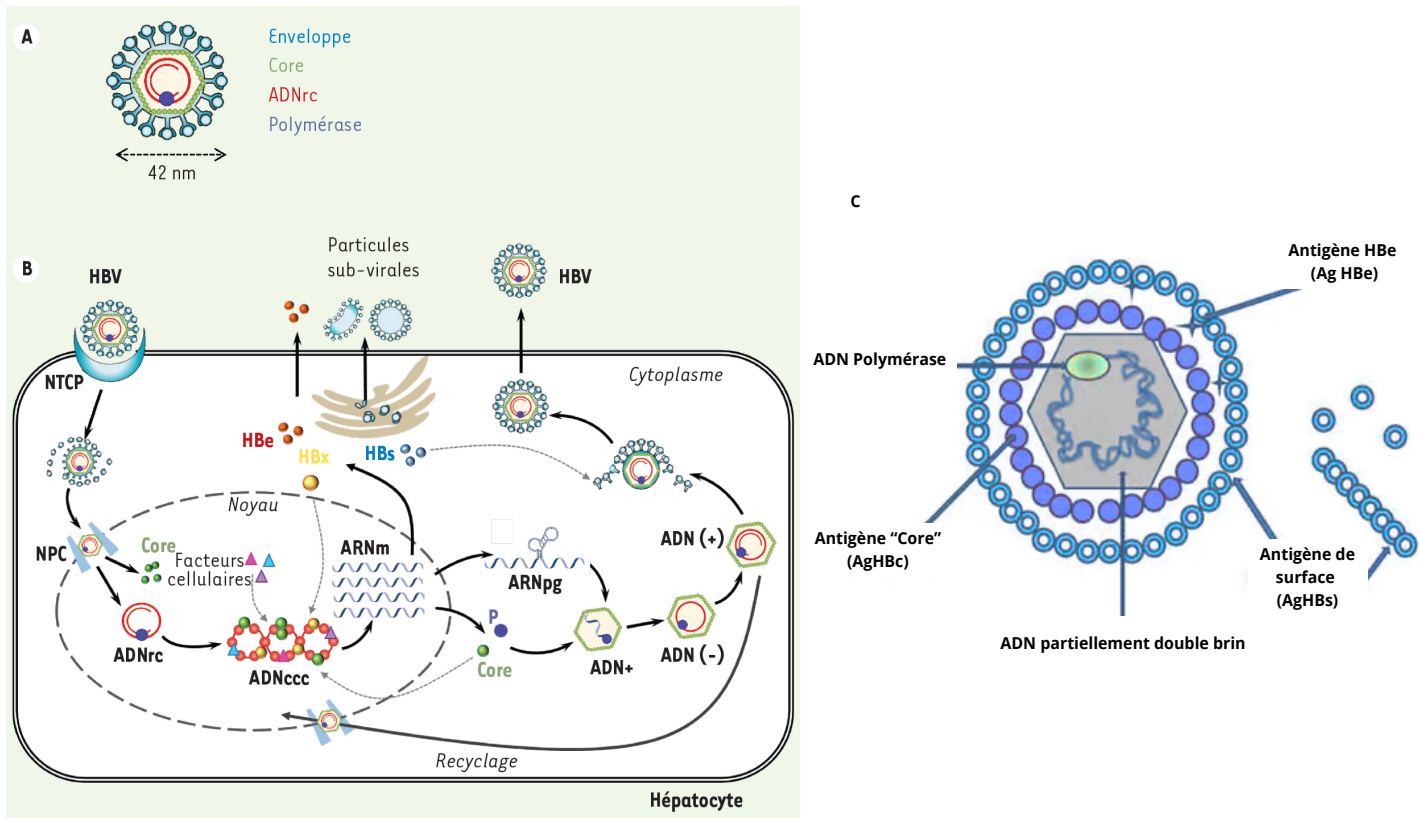
b. Soit la nucléoplasme retourne vers le noyau pour alimenter la réserve d'ADNccc. [\(17\)](#)

Actuellement les principaux traitements représentés par les analogues nucléosidiques ou nucléotidiques (ENTECAVIR, TENOFOVIR) ciblent l'ADN polymérase virale, provoquant ainsi un arrêt de la réplication du VHB. Malheureusement, en l'absence de molécule ciblant l'ADNccc qui est la forme de réserve du VHB, restant à long terme dans le noyau des hépatocytes, les traitements ne pourront pas être curatifs.

La cyto-pathogénicité du VHB ne provient pas directement de la réplication virale. Les lésions nécrotico-inflammatoires hépatiques pouvant mener à la cirrhose ou au CHC sont le fruit de l'interaction entre la réplication virale au sein des hépatocytes et la réponse immunitaire de l'hôte. Cette réponse est principalement adaptative (rôle de l'immunité innée dans la pathogénicité discutée), médiée par les lymphocytes B et T CD4+ et CD8+, ce qui explique la grande variabilité d'évolution d'une infection par le VHB entre les individus. [\(18,19\)](#)

Les antigènes HBs (protéine de surface du VHB), HBc (protéine de la capsid virale (« core »)) et HBe (protéine située entre la surface et la capsid, et ainsi excrétée dans la circulation lors d'une réplication active) sont à l'origine de la réaction immunitaire adaptative et de la production par les lymphocytes B, puis des plasmocytes, des anticorps (Ac) correspondants : Ac antiHBs, Ac antiHBc et Ac antiHBe. **(Figure 3.C)**

Figure 2 - Structure et cycle de réplication du virus de l'hépatite B



A. Structure de la particule de Dane - B. Cycle de réplication (D'après Chabrolles et al., 2018) (20) - C. Position des Antigènes (D'après A. Georges et A. Kepoyer, 2008)

Le VHB peut se transmettre selon 3 voies :

- La voie sexuelle lors de rapports non protégés par un préservatif, par pénétration orale, vaginale ou anale, y compris lors de partage d'objet. Cette transmission est facilitée par des lésions traumatiques ou la présence de sang ;
- La contamination par le sang, notamment chez les usagers de drogues injectables ;
- La transmission mère-enfant durant la grossesse et l'accouchement qui est la voie majoritaire dans les pays de haute endémicité.

Si le VHB partage ses modes de transmission avec le VIH, son risque de transmission est cependant environ 50 à 100 fois plus élevé. En effet lors d'un accident d'exposition sexuelle (entre une personne infectée par le virus et une personne non vaccinée contre le VHB), le taux de séroconversion pour le VHB est de 50% contre 1% pour le VIH. Lors d'un accident d'exposition au sang il peut atteindre 40% pour le VHB contre 0,3% pour le VIH (21).

En raison de cette haute transmissibilité, il existe un quatrième mode de transmission, horizontal, au sein d'un même foyer et en particulier chez les enfants. Les mécanismes exacts ne sont pas identifiés mais l'hypothèse principale serait un contact entre des traces de sang non apparentes avec une peau lésée ou des muqueuses (22). C'est

pourquoi il est préconisé aux personnes avec une infection par le VHB de ne pas partager leur matériel d'hygiène tel que rasoirs, brosses à dent, serviette, etc.

Après contact avec le VHB l'hôte développe une hépatite B aiguë avec une durée d'incubation de 4 à 26 semaines (10 en moyenne), asymptomatique dans la plupart des cas (60% chez l'adulte et 90% chez l'enfant) et passe donc inaperçue. Lorsqu'elle est symptomatique, la présentation est aspécifique avec fébricule, asthénie, arthralgies, nausées, anorexie, douleurs abdominales et ictère.

A l'issue de la phase aiguë trois cas de figure sont possibles, dépendant de la réaction de l'hôte :

- Guérison spontanée dans 90% des cas si contamination à l'âge adulte (10% chez le nouveau-né et 70-80% chez l'enfant de moins de 5 ans)
- Chronicisation dans environ 10% des cas (et donc 90% chez le nouveau-né et 20-30% chez l'enfant), caractérisée par une persistance de l'AgHBs à la sérologie pendant plus de 6 mois.
- Hépatite fulminante rare : <1% des cas [\(23,24\)](#)

Les personnes atteintes d'une infection chronique par le VHB peuvent évoluer selon cinq phases décrites par l'EASL (**Tableau 1**) en 2017 [\(25\)](#). Cette nouvelle classification permet notamment de différencier des phases dites « d'infection chronique » et « d'hépatite chronique ». Ces phases traduisent une variabilité inter-humaine et au cours de la vie, dans la réponse immunitaire face au virus et ne se suivent pas forcément de façon linéaire. Elles sont décrites en fonction de la présence de l'AgHBe, de lésions hépatiques, et du dosage de l'AgHBs, des ALAT (Alanine aminotransférases) et de l'ADN viral [\(23\)](#) :

- Phase d'infection chronique avec AgHBe positif anciennement « phase d'immunotolérance » : La positivité de l'AgHBe et la charge virale (ADN VHB) élevée témoignent d'une réplication importante, mais le bilan hépatique non perturbé et les lésions hépatiques absentes ou minimales témoignent d'une faible réaction immunitaire.
- Phase d'hépatite chronique avec AgHBe positif : La réaction immunitaire de l'hôte s'accroît expliquant une perturbation du bilan hépatique avec des ALAT élevées et des lésions hépatiques modérées à sévères, mais aussi une baisse de la charge virale. L'AgHBe reste encore positif à ce stade. Suite à cette phase, l'évolution peut mener à la phase d'infection chronique ou d'hépatite chronique AgHBe négatif.
- Phase d'infection chronique avec AgHBe négatif, anciennement « porteur inactif » ou « porteur sain » : c'est le cas où la réaction immunitaire de la phase précédente a été efficace. Une séroconversion HBe a eu lieu et l'AgHBe se négative pour laisser place à une positivité de l'Anticorps antiHBe (Ac antiHBe). Les ALAT reviennent à la normale et la réplication persiste à bas bruit avec une charge virale basse, mais l'AgHBe reste négatif car neutralisé par les Anticorps. Cette phase peut persister, mener sur la phase d'hépatite chronique AgHBe négative ou, avec une reversion HBe, revenir vers une phase de réaction immune donc d'hépatite chronique AgHBe positive.
- Phase d'hépatite chronique AgHBe négative : elle est caractérisée par des fluctuations périodiques de réplication virale et d'élévation des ALAT, avec des lésions nécrotico-inflammatoires et de fibrose. Cette phase est associée à un très faible taux de rémission spontanée.

- Perte de l'AgHBs ou « infection occulte à VHB » : AgHBs négatif, Ac anti-HBc positif et Ac anti-HBs positif ou négatif. Le risque d'évolution vers la cirrhose et/ou le CHC est déterminé par l'apparition préalable de lésions nécro-inflammatoires. Cette situation reste à risque de réactivation.

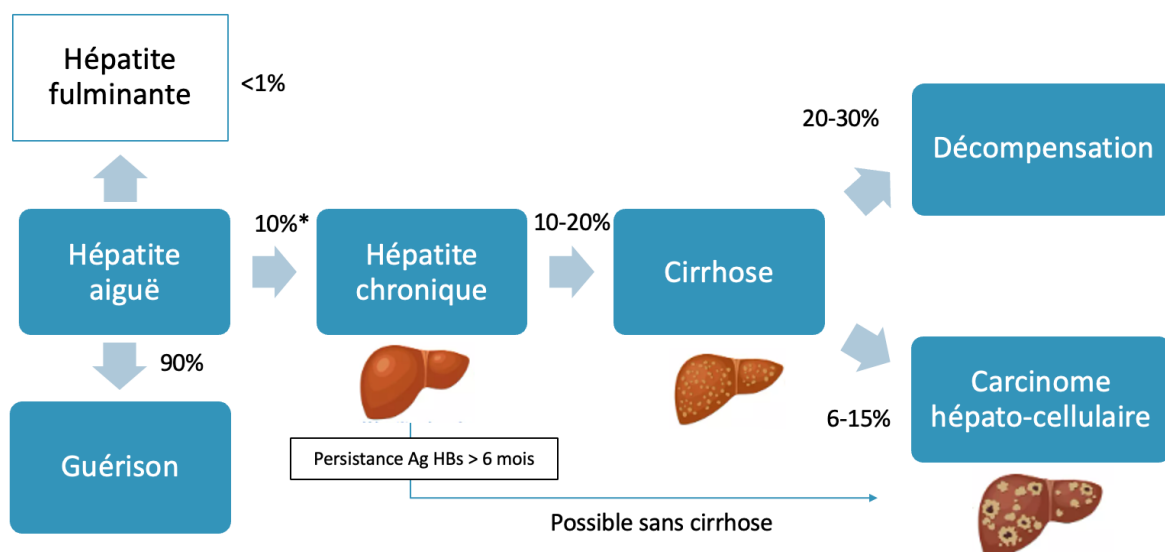
Tableau 1 - Classification EASL de l'histoire naturelle de l'infection chronique à VHB

	AgHBe Positif		AgHBe négatif	
	Infection chronique	Hépatite chronique	Infection chronique	Hépatite chronique
Ancienne dénomination	Immuno-tolérance	-	Porteur inactif/sain	-
ALAT	Normales	Élevées	Normales	Élevées
Lésions hépatiques	Absentes ou minimales	Modérées ou sévères	Absentes ou minimales	Modérées ou sévères
Charge virale : ADN VHB (UI/ml)	Très élevée $>10^7$	Élevée 10^4 - 10^7	$<2\ 000$ ($<20\ 000$)	$>2\ 000$
Quantité AgHBs	Très élevée	Très élevée ou moyenne	Basse	Moyenne

Cette classification permet de guider les indications de traitement et d'examen complémentaires ainsi que la périodicité du suivi.

Le risque de l'hépatite B chronique non traitée est l'évolution vers la cirrhose, avec une incidence cumulée à 5 ans estimée entre 8 et 20%. Quand le stade cirrhose est atteint, le risque de décompensation est de 20% à 5 ans, et le risque annuel de CHC est entre 2 et 5%, avec pour facteurs de risque de ces évolutions : l'âge, le sexe masculin, l'éthylisme chronique, le syndrome métabolique, le diabète, la co-infection virale (hépatite virale C, hépatite virale Delta, VIH), les antécédents familiaux de cirrhose ou de CHC (facteurs liés au patient), le degré de fibrose/nécro-inflammation, la charge virale et le taux d'AgHBs élevés (facteurs liés à l'infection) [\(23\)](#). Au total en vie entière, 10 à 20% des personnes atteintes d'une infection chronique à VHB développeront une cirrhose, parmi lesquels 20 à 30% décompenseront et 6 à 15% développeront un CHC [\(24\)](#). Il est à noter que contrairement aux autres causes de cirrhose, une infection par le VHB peut parfois mener directement à un CHC sans passer par le stade de cirrhose (**Figure 3**).

Figure 3 - Histoire naturelle de l'infection au Virus de l'Hépatite B



*5-10% chez l'adulte, 20-30% chez l'enfant de moins de 5 ans, 90% chez le nouveau-né

4. Prise en charge d'une infection chronique par le Virus de l'Hépatite B (VHB)

Les mécanismes complexes et les modes d'évolution extrêmement variables entre les individus atteints, décrits précédemment, justifient un bilan initial complet basé sur de nombreux examens complémentaires et un suivi dont la périodicité et le mode doit être adaptable à chaque situation. L'enjeu est de pouvoir prédire au mieux l'évolution de l'infection et dépister au plus tôt les lésions afin de mettre en place un traitement dès que nécessaire.

Le bilan initial suivant le diagnostic d'infection chronique par le VHB (AgHBs positif avec Ac anti-HBs et anti-HBc négatifs à la sérologie) doit comporter :

- Une consultation médicale
 - D'annonce et d'explications,
 - Avec anamnèse recherchant le mode de transmission, les éventuelles comorbidités – éthyisme, maladie hépatique préexistante connue (auto-immune, infectieuse, métabolique, stéatose, stéatohépatite), diabète, syndrome métabolique – et les antécédents familiaux de CHC ou de cirrhose,
 - Et examen clinique à la recherche de signes d'hépatopathie chronique plus ou moins décompensée.
- Un bilan biologique avec : les autres marqueurs virologiques du VHB (AgHBe, Ac anti-HBe, charge virale, quantification de l'AgHBs), numération formule sanguine et plaquettes, bilan hépatique complet, albumine, taux de prothrombine, dosage d'alpha fœtoprotéine (marqueur de CHC), évaluation de la fonction rénale, TSH, glycémie à jeun, exploration des anomalies lipidiques recherche de co-infections (VIH, VHC, VHD) et sérologie hépatite A.
- Un test non invasif d'évaluation de la fibrose (TNIF) : à l'heure actuelle il s'agit principalement du FibroScan® ou autre méthode d'élastométrie, permettant désormais d'éviter une ponction-biopsie hépatique la plupart du temps, et qui

permet d'exclure une fibrose significative pour un seuil <6kPa, et de suspecter une fibrose sévère si >9 ou 12kPa dépendant du dosage des transaminases.

- Une échographie abdominale recherchant des signes d'hypertension portale ou de lésions évocatrices de CHC.

[\(24\)](#)

Ce bilan initial permet d'établir, en fonction de l'âge et du sexe du patient, la nécessité d'un traitement et la périodicité et les modalités du suivi, qui peuvent prendre des schémas très divers allant de :

- Pas d'indication à un traitement et surveillance par dosage des transaminases et charge virale une fois par an avec évaluation de la fibrose et échographie tous les 3 ans, pour un patient de moins de 40 ans avec infection chronique avec AgHBe négatif avec ADN VHB < 2000 UI/ml, transaminases normales et FibroScan < 6kPa au bilan initial, sans co-morbidité et sans antécédent familial,
- À une indication à un traitement médical avec surveillance par bilan biologique (transaminases, AgHBs, charge virale, dosage de l'alpha-fœtoprotéine, fonction rénale) tous les 3 à 6 mois et échographie tous les 6 mois, pour un patient au stade de cirrhose au bilan initial.

[\(24\)](#)

Les indications de traitement sont les suivantes (Recommandations françaises HAS grade A 2023 [\(26\)](#)): «

- *Cirrhose (compensée ou décompensée) avec ADN VHB détectable (grade A). [...]*
- *Hépatite AgHBe + avec ADN VHB > 20 000 UI/mL et : élévation des ALAT > 2 N ou fibrose significative (≥ F2 [équivalent à >7kPa au FibroScan [\(27\)](#)])*
- *Hépatite AgHBe – avec ADN VHB > 2 000 UI/mL et : élévation des ALAT > N ou fibrose significative (≥ F2)*
- *Carcinome hépatocellulaire (CHC), quels que soient le stade de l'infection virale B, le stade de fibrose hépatique et le stade du CHC*
- *Manifestations extra-hépatiques liées au VHB*
- *Co-infection par le VHD ou le VIH.*
- *Doit être considéré de façon systématique en cas d'antécédent familial de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire, si l'AgHBs est positif (grade C).*
- *Peut être envisagé au stade d'infection chronique AgHBe +, si ADN VHB > 1 000 000 UI/mL, au-delà de 30 ans (grade C). En dehors de cette indication, le traitement antiviral n'est pas recommandé au stade d'infection chronique. (grade A)*
- *Chez les femmes enceintes le traitement antiviral est recommandé en cas d'ADN VHB > 200 000 UI/mL, dès le début du troisième trimestre de grossesse et jusqu'à 12 semaines après l'accouchement, indépendamment du stade de l'infection par le VHB (grade A).*
- *Un traitement antiviral doit être proposé chez toute personne ayant un ADN VHB positif et un risque élevé de transmission du VHB (professionnels de santé, usagers de drogues intraveineuses, personnes à risque de transmission sexuelle) (grade B). »*
- *Avant l'initiation d'un traitement immunosuppresseur en cas de réplication virale (grade A).*

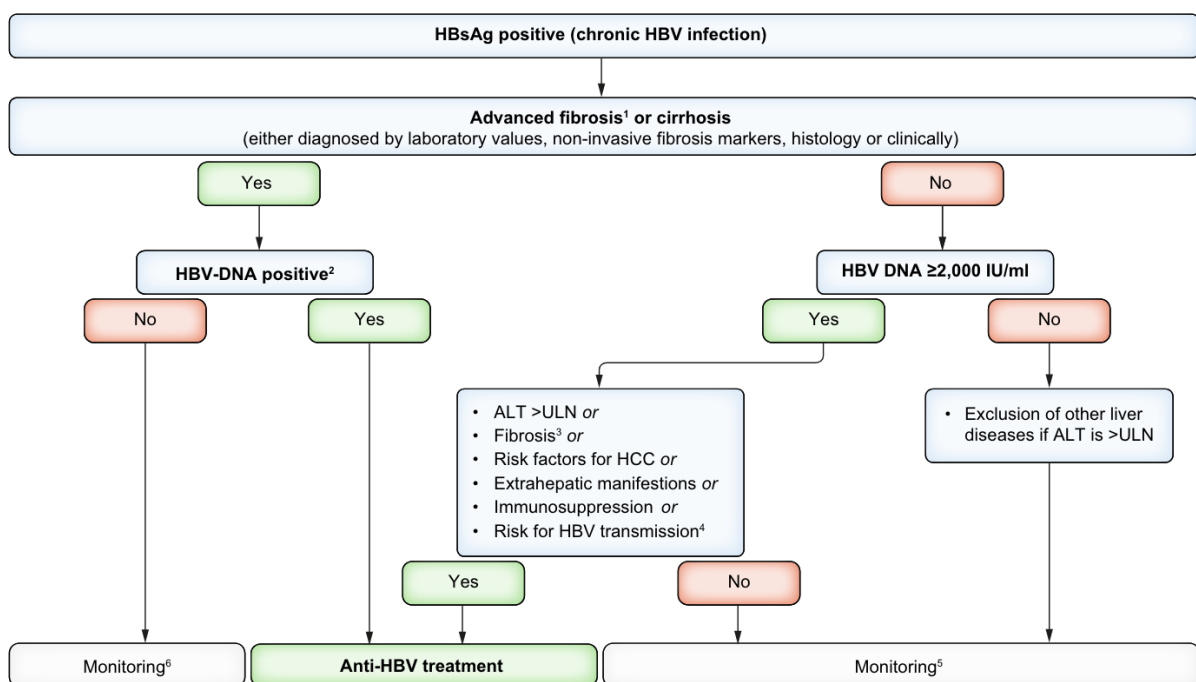
L'objectif principal du traitement est une virosuppression stable sur le long terme (ADN VHB <10-15UI/mL) (grade A).

Il est à noter que ces indications thérapeutiques françaises selon la HAS (2023) sont basées sur les recommandations de l'EASL 2017. Or l'EASL a émis en 2025 de nouvelles recommandations [\(16\)](#) (à partir des recommandations OMS 2024 [\(13\)](#)) qui tendent à simplifier et étendre les indications de traitement à toute personne porteuse d'une infection chronique à VHB si (**Figure 4**):

- Fibrose avancée (F3-F4 ou élastométrie $\geq 8\text{kPa}$) avec ADN VHB positif (quel que soit le taux, seuil de détection généralement $\geq 20\text{ UI/mL}$)
- Ou ADN VHB $\geq 2\,000\text{ UI/mL}$ avec un des facteurs associés parmi la liste suivante : ALAT>N, Fibrose (élastométrie $\geq 7\text{kPa}$), facteur de risque de CHC, manifestation extra-hépatique, immunosuppression ou risque de transmission
- Manifestations extra-hépatiques
- Co-infection VIH
- CHC
- Immunosuppression.

Ainsi les recommandations françaises émises par la HAS seront probablement amenées à changer prochainement.

Figure 4 - Indications à un traitement, mise à jour EASL 2025 (16)



En l'absence d'indication thérapeutique, les patients bénéficieront d'un suivi clinique, biologique et radiologique.

5. Articulation des soins

La question du praticien devant prendre en charge et suivre les patients atteints d'une infection chronique par le VHB est peu abordée dans les recommandations officielles récentes. Il semble exister une discordance entre ce qui pourrait être envisagé en termes de liens ville – hôpital / spécialiste – généraliste – IDE (infirmier.ère diplômé.e d'Etat), et les pratiques réelles qui sont diverses selon les pays.

Voici l'état des recommandations à ce sujet en France et à travers le monde :

- En France, les dernières recommandations de la HAS ne détaillent pas ce point tandis que l'APALD (Actes et prestations affection longue durée) indique, sans spécifier leur rôle, que les médecins généralistes et spécialistes (hépato-gastro-entérologues, infectiologues ou internistes) peuvent être impliqués aux diagnostic, bilan initial et suivi avec ou sans traitement au titre de l'ALD 6 (Hépatite B chronique), ce qui engendre une ambiguïté quant à la conduite à tenir en terme d'articulation des soins. [\(26,28,29\)](#)
Cependant un rapport émis en 2014 par l'ANRS (*Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales*) et l'AFEF (*Association Française pour l'Etude du foie*) recommande l'articulation suivante :
 - Le médecin traitant (généraliste) peut réaliser la vaccination, le dépistage et, en cas de positivité, la prescription du bilan initial avant d'adresser au spécialiste (Hépatogastro-entérologue) pour la première évaluation une fois les examens complémentaires effectués. Ensuite le « *rôle du médecin traitant doit être privilégié dans les formes minimales ou modérées [...] avec un avis spécialisé annuel afin d'éventuellement rediscuter l'opportunité d'un traitement.* »
 - En cas de nécessité de traitement, celui-ci doit être initié par un spécialiste mais il peut ensuite être renouvelé par le médecin traitant avec une réévaluation tous les 3 mois.
 - Le suivi des patients sévères (hépatite chronique sévère ou cirrhose doit être assuré par un spécialiste, avec notamment un dépistage du CHC par échographie tous les 6 mois, et une fibroscopie œso-gastro-duodénale tous les 1 à 3 ans (dépistage et traitement des varices œsophagiennes).
 - Si le suivi est réalisé par un spécialiste hospitalier, le relai vers un spécialiste de ville devrait être encouragé.
 - Si un protocole de coopération est écrit, le suivi peut être partagé avec un IDE (mais cela semble surtout concerner la prise en charge du VHC (Virus de l'Hépatite C)) [\(30\)](#).

Dans un rapport intitulé « *Premiers états généraux de l'hépatite B* » de 2021, l'association SOS Hépatites fédération, principal regroupement d'associations françaises sur les hépatites et les maladies du foie, précise également le rôle des IDE comme « *déterminant dans l'éducation thérapeutique du patient qui permet à ce dernier de mieux comprendre sa maladie et son évolution et d'optimiser l'adhésion au traitement.* » [\(29\)](#)

- Au niveau mondial l'OMS Recommande sans précision une répartition des tâches entre les spécialistes, les IDE et praticiens de soins primaires, avec des infrastructures permettant de passer de l'un à l'autre en cas de besoin [\(15\)](#)
 - L'EASL (Europe) préconise en 2017 une consultation spécialisée pour toutes les personnes avec un dépistage positif [\(25\)](#), sans précision concernant la suite. La mise à jour de 2025 ne précise rien à ce sujet mais le rapport dit s'adresser aux spécialistes concernant la prise en charge de ces patients et semble donc laisser sur le côté les IDE et médecins généralistes [\(16\)](#).
 - L'APASL (*Asian-Pacific Association for the Study of the Liver*, Asie-Pacifique) et l'AASLD (USA) ne détaillent pas la conduite à tenir concernant l'adressage des patients dans leurs recommandations [\(31,32\)](#).
 - La SAHGE (*Société Africaine d'Hépatologie-Gastro-Entérologie*, Afrique) n'a pas émis de recommandation à propos de l'hépatite B.
- En pratique
 - En France, l'articulation préconisée n'est pas souvent effective et la prise en charge est trop souvent tournée vers l'hôpital. Ainsi, par exemple, dans la file active des patients suivis pour hépatite B à l'hôpital Bichat en 2021, seuls 16% (40/247) nécessitaient un traitement, dont trois quarts (30/40) contrôlés sous traitement (ADN VHB <10UI/L). La grande majorité de ces patients pourraient donc bénéficier d'un suivi en médecine générale avec avis spécialisé annuel (lien ville-hôpital), en particulier devant la surcharge hospitalière. [\(33\)](#)
 - A l'étranger :
 - Aux Etats-Unis (données s'étendant entre 2006 et 2021), 3 publications décrivent le parcours de soins parmi des populations migrantes (dépistages en foyers d'accueil). Les pratiques y sont variées : certains adressent systématiquement à un spécialiste, d'autres tantôt à un spécialiste, tantôt en soin primaire sans en définir les modalités. Il ne semble pas exister de pratique uniforme. Le taux de patients maintenus dans le soin est sous-optimal : selon les articles, entre 29 et 46% des patients dépistés finissent par avoir leur consultation initiale. Ces publications alertent sur l'intérêt d'un protocole d'adressage et d'un monitoring actif des patients. [\(34–36\)](#)
 - En Australie (données de 2010 à 2014), des établissements spécifiques aux maladies hépatiques « liver clinics », sont surchargées par le modèle hépatologue-patient unique [\(37\)](#). Cela révèle la nécessité d'impliquer de plus en plus les IDE avec des protocoles de coopération et surtout d'émettre des recommandations claires et précises sur un nouveau modèle impliquant les hépatologues, patients, médecins généralistes et IDE [\(38\)](#) avec des protocoles précis d'adressage. La communication entre les différents soignants (surtout entre médecins généralistes et spécialistes hospitaliers) et avec les patients est à améliorer. Il existe aussi un manque de connaissance ressenti par les professionnels

du soin primaire sur le VHB nécessitant une formation spécifique. [\(39\)](#)

- Au Pays bas : La recommandation en vigueur est l'adressage à un spécialiste. En pratique l'adressage est mal fait. [\(40\)](#)
- Au Moyen-orient :
 - En Arabie Saoudite et aux Émirats Arabes Unis où la prévalence du VHB est respectivement de 1,7% et entre 1 et 1,5%, une recommandation propose qu'un patient dépisté en soin primaire soit adressé à un spécialiste si l'ADN VHB >2000 UI/mL, sinon la prise en charge peut être poursuivie par le médecin généraliste [\(41\)](#). En pratique le suivi est effectivement partagé entre les professionnels du soin primaire et les spécialistes mais seuls 15,7% des médecins sont favorables au fait que des patients soient suivis dans des structures de soin primaire [\(42\)](#).
 - En Jordanie où la prévalence du VHB est passée de quasiment 10% avant vaccination à 2,4%, les patients sont habituellement adressés aux spécialistes mais peuvent dans certains cas être suivis par le généraliste. L'article recommande de développer l'autonomisation du soin primaire par des programmes courts de formation et des outils/algorithmes simples de détection des patients à haut risque. [\(43\)](#)

Si historiquement la prise en charge des patients atteints d'infection chronique par le VHB appartenait aux hépatologues et plutôt hospitalière en raison notamment de la nécessité d'examens spécialisés tels que la ponction-biopsie hépatique, et de la complexité des algorithmes de soin, il apparaît aujourd'hui que la prise en charge de ces patients pourrait être d'avantage partagée avec les professionnels du soin primaire et en particulier les médecins généralistes.

6. Les personnes migrantes et le système de soins français

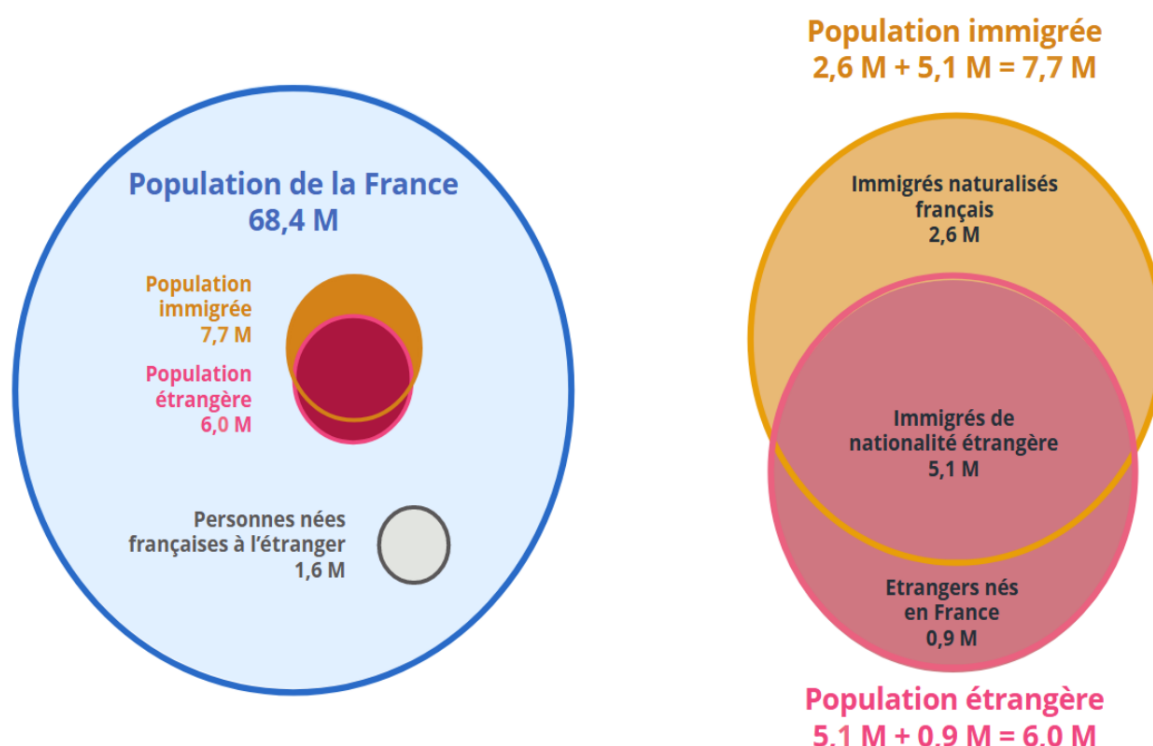
Dans cette partie, deux termes distincts sont employés : les termes « immigré »/« personne immigrée » désignent une personne née à l'étranger et résidant en France (qu'elle en ait acquis la nationalité ou non). Les termes « migrant »/« personne migrante » désignent une personne immigrée arrivée en France récemment, sans limite de temps particulière mais rendant compte d'un mouvement, d'un long processus, ce qui est le cas de la grande majorité des personnes de notre population d'étude du CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) de Médecins du Monde de Saint-Denis et des CASO de manière générale.

Selon l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) en 2024 la France compte 7,7 millions d'immigrés soit 11,3% de sa population totale dont 2,6 millions ont acquis la nationalité française et donc 5,1 millions (7,5%) sont de nationalité étrangère. La population étrangère compte ces 5,1 millions de personnes immigrées auxquelles s'ajoutent 900 000 personnes étrangères nées en France. La population étrangère s'élève ainsi à 6 millions de personnes (**Figure 5**) [\(44\)](#). Il est à noter que ces chiffres sont censés prendre en compte les personnes en situation irrégulière via recensement. On peut estimer le nombre de personnes immigrées en situation irrégulière

à environ 900 000 étant donné qu'il y avait 460 000 bénéficiaires de l'AME en 2024 et que 49% des personnes éligibles n'y ont par recours selon l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) [\(45,46\)](#). La population immigrée est originaire à 48,9% d'Afrique (dont plus de la moitié du Maghreb), 30,9% d'Europe, 14,3% d'Asie et 5,9% d'Amérique et d'Océanie. En Seine-Saint-Denis, 31,1% de la population est immigrée dont environ deux tiers d'Afrique (10,9% de la population totale immigrée est originaire du Maghreb et 7,9% d'autres pays d'Afrique).

Si l'immigration a connu une évolution inconstante au cours du 20^{ème} siècle, elle croît globalement depuis le début des années 2000 à l'exception d'un creux lié au Covid-19 en 2019-2020. Ainsi en 2022, 375 000 personnes migrantes arrivaient en France contre 278 000 10 ans plus tôt. [\(44\)](#)

Figure 5 - Population immigrée et étrangère en France en 2024



Source : Insee [\(44\)](#)

Chez les personnes immigrées, et ce d'autant plus qu'elles sont arrivées récemment, existe une surreprésentation d'un grand nombre de facteurs de précarité par rapport à la population générale :

- Facteurs de précarité économiques :
 - o En premier lieu la pauvreté : selon l'Insee, les personnes immigrées, et a fortiori originaires d'Afrique, ont un niveau de vie bien inférieur à la population non immigrée. Le taux de pauvreté atteint 30,6% (35,9% pour originaires d'Afrique) contre 12,7% chez les non immigrés. Selon le rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins Médecins du Monde de 2020, 98% des personnes accueillies dans les CASO (majoritairement migrantes primo-arrivantes) en 2019 déclaraient vivre sous le seuil de pauvreté dont la moitié sans aucune ressource. [\(47,48\)](#)
 - o Le logement : selon l'Insee la part des personnes immigrées (et particulièrement d'origine africaine) qui vivent dans des quartiers prioritaires

des villes est 10 fois supérieure à celle des non immigrés. La part vivant dans des logements suroccupés est 3 à 5 fois supérieure. Selon Médecins du Monde, parmi les 17 000 personnes accueillies dans les CASO de France en 2023, seules 6% vivaient dans leur logement personnel. Concernant les autres, 65% étaient hébergées (tiers, association, etc.), 5% vivaient dans des squats/bidonvilles et 24% étaient sans domicile fixe (majoritairement à la rue). Près de 70% des personnes interrogées ressentaient une instabilité vis-à-vis de leur condition de logement. Enfin, dans la cohorte de personnes vivant avec une infection chronique par le VHB originaires d'Afrique Subsaharienne issue de l'enquête ANRS-Parcours¹ en 2012-2013, les chiffres de conditions de logement à l'arrivée en France étaient similaires à ceux retrouvés dans les CASO. (49-51)

- Le travail : selon Médecins du Monde en 2023 seules 18% des personnes de plus de 16 ans accueillies déclaraient exercer une activité pour gagner leur vie, activité largement précaire. (50)
- L'alimentation : parmi les 20 000 personnes accompagnées par le Comede (Comité pour la santé des exilés) ces dernières années, 20 à 30% expriment des restrictions alimentaires pour raisons financières. (52)
- Facteurs de précarité sociale :
 - L'isolement social (Un tiers des personnes accompagnées par le Comede déclarent n'avoir pas de proche avec qui partager leurs émotions) et géographique (25% expriment des difficultés de déplacement). (52)
 - La barrière de la langue : au Comede 40% des patients ne peuvent s'exprimer ni en français ni en anglais. (52)
 - Le niveau d'étude moins élevé : chez les personnes accompagnées au Comede, plus le niveau d'étude était faible, plus la détresse sociale était élevée. Chez les patients suivis pour infection chronique par VHB seuls 20% environ avaient fait des études supérieures. (51,52)
- Facteurs de précarité administrative :
 - Majoritairement représentés par le statut du séjour : 58% des personnes ayant fréquenté les CASO en 2023 étaient en situation irrégulière au regard de leur séjour, mais les autres se trouvent souvent dans une situation administrative relativement précaire puisque seuls 7% bénéficient d'un titre de séjour de plus de 6 mois. Les mêmes chiffres sont retrouvés par le Comede avec 93% de séjours précaires et 7% de séjours stables mais avec une part plus importante de demandeurs d'asile. Le nombre d'étrangers en situation irrégulière en France est estimé à environ 900 000 personnes comme vu précédemment. (48,50,52)
 - La complexité administrative perçue et la fracture numérique (53)

Selon des résultats de l'enquête ANRS-Parcours, la moitié des personnes migrant d'Afrique Subsaharienne n'ont, au bout de 6 à 7 ans, pas encore les trois critères

¹ L'Enquête ANRS-Parcours est une étude de grande ampleur ayant interrogé en 2012-2013 un échantillon représentatif de 3 groupes de migrants d'Afrique subsaharienne (un groupe de personnes vivant avec le VIH (N = 923), un groupe de personnes porteuses d'une infection chronique par le VHB (N = 778) et un groupe ne présentant aucune de ces infections (N = 763)) recruté dans 74 structures de santé d'Île-de-France. Elle retrace les parcours migratoires, sociaux, administratifs et de santé de ces personnes immigrées. Cette enquête a fait l'objet d'un ouvrage et de nombreuses publications auxquelles il sera fait référence à plusieurs reprises au cours de cette thèse.

d'installation à savoir un logement personnel, un travail et un titre de séjour valable au moins un an. [\(54\)](#)

Le Comede a établi un indicateur de vulnérabilité sociale défini par la présence d'au moins 5 des 8 critères de vulnérabilité (langue, hébergement, isolement, difficulté de déplacement, droit de séjour, protection maladie, alimentation et ressources financières). En 2022, 27% des personnes accueillies répondaient à ce critère. [\(52\)](#)

L'état de santé des personnes migrantes est préoccupant : si certains auteurs décrivent un « healthy immigrant effect » (migrant en bonne santé par rapport à la population native du pays d'arrivée) lié à un effet de sélection de personnes en relative bonne santé parvenues jusqu'au pays d'arrivée, dans les études sur la santé des migrants en Europe, il est également décrit une inversion rapide de cette tendance au cours du temps après l'arrivée. En effet la santé de ces personnes est malheureusement rattrapée par une exposition plus marquée aux risques psycho-sociaux en lien avec les facteurs de précarité définis précédemment, et par un accès plus limité aux soins. [\(55,56\)](#)

En 2023 dans les différents CASO de France, 57% des personnes ont été diagnostiquées pour au moins une pathologie chronique parmi lesquelles 90% nécessitaient un suivi ou un traitement. Les données des CASO ne peuvent néanmoins pas être représentatives de l'état de santé de l'ensemble des personnes migrantes puisque les personnes peuvent y consulter justement pour une problématique de santé. Elles représentent environ 20 000 personnes par an [\(50\)](#). En revanche lors de bilans infirmiers réalisés de façon systématique dans ces centres d'hébergement franciliens en 2015, la moitié seulement des personnes s'estimaient en bonne santé, et les équipes ont identifié un besoin d'orientation médicale pour les trois quarts. [\(57\)](#)

L'état de santé dégradé des personnes migrantes par rapport à la population générale se manifeste à bien des niveaux :

- Violences subies : selon le Comede, 70% déclarent des antécédents de violences dont torture, violences liées au genre ou à l'orientation sexuelle et violences sexuelles. Ces violences pouvaient avoir eu lieu dans le pays d'origine, sur le trajet migratoire mais également en France (majoritairement des femmes, souvent des rapports forcés contre un hébergement). Les femmes sont particulièrement atteintes par des violences conjugales, intrafamiliales, des mariages forcés et des mutilations génitales féminines. La résultante en termes de psycho-traumatisme, de douleurs chroniques et de pathologies gynécologiques est particulièrement importante et doit être systématiquement dépistée.
- Grossesses non suivies suite à un viol ou non
- Troubles psychologiques ou psychiatriques plus prévalents que dans la population générale (syndrome de stress post-traumatique et dépression surtout). Ils sont en partie à mettre en lien avec les violences subies mais aussi la complexité du parcours migratoire dans son ensemble et les raisons de départ.
- Maladies infectieuses : VIH (2% de sérologies positives sur l'ensemble des CASO en 2023), VHB (8%), VHC (3%), Tuberculose, parasitoses (bilharziose, anguillulose, paludisme, épidémies de gale dans des campements).
- Pathologies non transmissibles : maladies cardiovasculaires (hypertension), diabète, drépanocytose pour certaines populations, asthme, affections bucco-dentaires.

[\(50,52,58,59\)](#)

En théorie les dispositifs suivants sont censés garantir un droit à la santé pour tous :

- Les personnes en situation régulière et stable en France doivent avoir accès à la PUMa (Protection Universelle Maladie, englobant depuis 2016 l'ex-CMU (Couverture Maladie Universelle) et l'Assurance Maladie), qui peut être complétée par la C2S (Complémentaire Santé Solidaire, fusionnant les ex- CMU-c et ACS) sous conditions de ressources.
- Les personnes en situation irrégulière en France depuis plus de 3 mois peuvent accéder à l'AME (Aide Médicale d'État, financée par le budget de l'état mais géré par l'Assurance Maladie) à condition d'une domiciliation au moins administrative et d'un niveau de ressources maximum. L'AME donne droit à une prise en charge à 100% sans avance de frais dans la limite d'un panier de soins restreint.
- Les personnes sans aucune couverture maladie et en situation médicale d'urgence doivent bénéficier du DSUV (Dispositif de Soins Urgents et Vitaux) géré par l'Assurance Maladie et couvrant à 100% un certain nombre de soins dont l'absence altérerait gravement l'état de santé. Ce dispositif doit notamment couvrir les soins d'une femme enceinte et des personnes mineures, et compense a posteriori les dépenses engagées par les hôpitaux.

[\(60\)](#)

En pratique l'accès au soin des personnes migrantes est loin d'être garanti. De nombreuses études mettent en avant un faible taux de recours à leurs droits principalement en raison d'une méconnaissance du système. Une difficulté administrative supplémentaire réside dans la nécessité de justifier d'une adresse postale fixe pour recevoir le courrier, ce qui n'est bien souvent pas le cas. Dans les CASO, trois quarts des personnes éligibles à une couverture maladie (PUMa ou AME) n'ont pas de droits ouverts et 37% ne sont pas éligibles à une couverture. Ces chiffres ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population des personnes migrantes puisque les CASO prennent justement en charge des personnes migrantes sans couverture. Mais selon l'Irdes qui a questionné le recours à l'AME à partir d'un échantillon représentatif de personnes étrangères sans titre de séjour en 2019, 49% des personnes éligibles à l'AME n'y ont pas recours. [\(46,50,58\)](#)

Certains dispositifs et associations constituent une interface entre les patients et la complexité du système de soins. Des associations telles que Médecins du Monde (par les CASO), Médecins sans frontières, le Comede, le Samu social proposent un accueil médical, infirmier, psychologique et/ou social permettant des soins primaires et de la prévention, ainsi qu'une aide majeure dans les démarches administratives d'accès aux droits. Elles n'ont pas vocation à suivre les patients sur un temps long mais à les orienter le plus rapidement vers le droit commun. Au niveau hospitalier public, les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) permettent également des consultations médicales ou dentaires généralistes gratuites pour des personnes sans couverture maladie, avec ou sans adressage vers un spécialiste de l'établissement, ainsi qu'une aide sociale pour l'accès aux droits. Il existe également depuis plusieurs années des dispositifs PASS de ville qui permettent par exemple aux patients de Saint-Denis sans droits ouverts de consulter dans les CMS (Centre Municipaux de Santé) [\(61\)](#). Les CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic), CDPS (Centres Départementaux de Prévention Santé), PMI (Protection Maternelle et Infantile), CLAT (Centres de Lutte Anti-Tuberculose), centres de planification familiale et autres peuvent permettre certains soins gratuitement et sans condition de couverture, tels qu'un

dépistage d'IST (infection sexuellement transmissible) ou de tuberculose, un rattrapage vaccinal, une prise en charge de la grossesse et de la petite enfance, la contraception ou une IVG. Ces offres de soin, bien que nombreuses, restent insuffisantes face aux besoins de santé, mal réparties sur le territoire et surtout parcellaires. Elles ne permettent pas une prise en compte globale de la santé des personnes dans un lieu ou un réseau unique. Au total, l'offre de santé et les parcours de soin sont bien moins lisibles que pour le reste de la population.

Les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) des villes, les centres de domiciliation ou certaines associations permettent une domiciliation administrative des personnes sans adresse stable afin de justifier d'une adresse, nécessaire à la demande de droits sociaux.

Ainsi, outre les raisons administratives liées à l'absence de droits ouverts, les personnes migrantes renoncent souvent à des soins (15 à 30% y ont déjà renoncé au moins une fois) pour des raisons financières principalement, de barrière de la langue, géographiques ou de niveaux différents de littératie en santé. Malheureusement elles y renoncent aussi parfois par refus de soins de la part de certains professionnels, pour des raisons soit purement discriminatoires, soit financières par refus de prendre en charge des patients bénéficiant de la C2S ou de l'AME (n'autorisant pas les dépassements d'honoraire). [\(50–52,59\)](#)

La précarité en matière de santé, à la fois, s'ajoute et est la résultante des nombreux autres facteurs de précarité des personnes migrantes énoncés. Le contraste entre l'état de santé dégradé des personnes migrantes et leur difficulté à accéder à des soins de qualité est une atteinte aux droits fondamentaux et une problématique majeure de santé publique.

7. Le CASO de Médecins du Monde de Saint-Denis

Au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde de Saint-Denis, comme dans les 13 autres CASO de France, sont accueillies des personnes en situation de vulnérabilité en large majorité migrantes primo-arrivantes pour une prise en charge sociale, médicale et psychologique ou psychiatrique. Toute personne y est accueillie sans condition et bénéficie d'un entretien abordant ses motifs de venue en France, ses conditions de vie, sa situation administrative et ses difficultés d'accès aux soins [\(50\)](#). Suite à ce premier accueil, peut être proposé un entretien social permettant, entre autres, de débiter les démarches d'accès aux droits de santé en fonction de la situation, puis la personne peut être orientée vers une consultation médicale (généraliste mais également cardiologique ou ophtalmologique), dentaire, psychologique ou psychiatrique au sein de la structure en fonction des besoins repérés. Le but de cet accueil est d'être le plus occasionnel possible et d'orienter rapidement vers le droit commun.

Une consultation de prévention des maladies infectieuses est également proposée à chaque personne accueillie. Cette consultation a lieu deux fois par semaine et est réalisée par un médecin avec un.e infirmier.ère et un.e secrétaire médicale du Service de la Prévention et des Actions Sanitaires (SPAS) du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis (CD 93) via un partenariat. Elle propose un dépistage d'IST (sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis, prélèvements multisites pour PCR Chlamydiae et gonocoques, ou autre analyse en fonction des nécessités identifiées) et un rattrapage vaccinal (hépatite B après sérologie, diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole). Elle propose une fois par mois un dépistage de la tuberculose avec un camion

de radiologie. La permanence dentaire est également assurée par l'équipe du pôle bucco-dentaire du SPAS.

Toutes les consultations peuvent être réalisées en présence physique ou téléphonique d'un interprète.

En 2023 ce sont 2917 personnes qui ont été accueillies au CASO de Saint-Denis (soit 17% de l'effectif de l'ensemble des CASO) dont plus de la moitié étaient originaires d'Afrique Subsaharienne (Côte d'Ivoire principalement, Cameroun, Mali) et un quart du Maghreb (Algérie). Seuls 3% avaient un logement personnel, 71% étaient hébergés par un tiers ou en foyer, 7% vivaient dans un squat ou campement et 19% étaient sans domicile fixe. Au total 85% s'estimaient vivre dans des conditions instables ou temporaires. La moitié des personnes étaient éligibles à une couverture maladie mais seule une personne éligible sur 10 avait des droits effectivement ouverts. Plus d'un quart des personnes avait renoncé à des soins au moins une fois sur la dernière année. Sur le plan médical, parmi les patients orientés vers une consultation en médecine générale, près de 60% présentaient une pathologie chronique (40% une pathologie aiguë) avec au total 92% des personnes qui nécessitaient un traitement ou un suivi. Trois quarts des patients présentaient un retard de recours au soin, et 60% se trouvaient dans une situation urgente ou assez urgente au moment de la consultation. [\(50\)](#)

Sur les consultations de prévention des maladies infectieuses entre 2012 et 2016, les sérologies retrouvaient 3,6% d'infections par le VIH, 10,9% par le VHB et 8,2% par le VHC (majoritairement portés par des personnes originaires du sous-continent indien dont la migration vers la France a fortement baissé depuis). Le taux de positivité pour l'hépatite B reste d'environ 10% chaque année depuis. [\(62\)](#)

A la suite d'un dépistage positif pour une infection par le VHB², le diagnostic est annoncé et expliqué par le médecin qui rédige un courrier d'adressage médical et met en lien le patient avec le médiateur en santé du SPAS. Celui-ci contacte le patient et l'oriente, selon ses besoins, vers les assistantes sociales du service et vers l'hôpital du secteur d'habitation (Delafontaine pour Saint-Denis) pour bilan initial et poursuite du suivi. L'accompagnement et la poursuite du suivi seront détaillés dans les **Parties II et III**.

8. Adhésion au parcours de soins

A. Cadre théorique

La problématique de l'adhésion aux soins et aux traitements au long cours a été théorisée en 2003 par l'OMS, qui décrit cinq dimensions entrecroisées influant sur cette adhésion : **(Figure 6)**

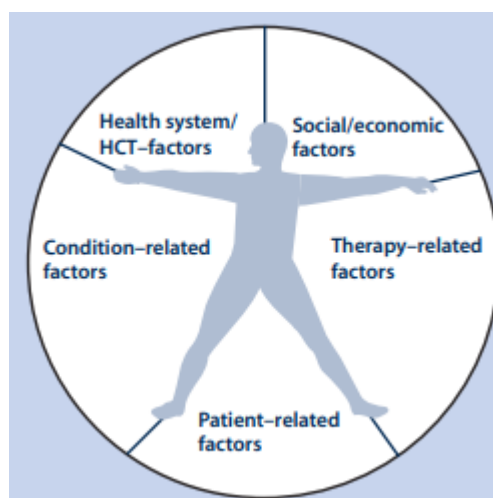
- Les facteurs socio-économiques : la pauvreté, les conditions de vie instables, le faible niveau d'étude/analphabétisme, le chômage, le manque de réseau social de soutien ou encore les différences culturelles de représentation de la santé et de la maladie sont autant de facteurs qui peuvent amener à devoir choisir entre différentes priorités de vie.

² N'est détaillée ici que la prise en charge suite à un diagnostic d'infection par le virus de l'hépatite B. Elle est initialement assez similaire pour le VIH et le VHC et ce jusqu'à l'adressage, mais nous verrons que les prises en charge d'infections par le VIH ou le VHC présentent par la suite moins de difficultés dans la suite du parcours de soin. C'est une des raisons pour lesquelles nous nous sommes concentrés sur la problématique du VHB dans cette thèse.

- Les facteurs liés au système de santé et aux équipes soignantes : la prise en charge des soins par le système de santé, la qualité de la relation soignante, le temps alloué aux consultations et à l'éducation des patients sur leur maladie, la capacité des soignants à établir des liens avec le réseau de soin et de soutien influent fortement sur l'adhésion.
- Les facteurs liés au patient : les connaissances, croyances, attitudes, perceptions, attentes du patient face à sa maladie, sa confiance en lui et son niveau d'anxiété modulent sa motivation à entrer et rester dans le parcours de soins établi.
- Les facteurs liés à la maladie : la durée et la sévérité de la maladie et de ses symptômes et le niveau de handicap généré sont majeurs. Une maladie génératrice de symptômes et de handicap forts et dont on peut guérir rapidement génèrera une adhésion plus élevée qu'une maladie chronique avec des symptômes latents sans perspective de guérison. Les comorbidités telles que la dépression ou l'addiction à des substances psychoactives modifient également les comportements face au suivi.
- Les facteurs liés au traitement : il s'agit en premier lieu de l'existence d'un traitement, dont le renouvellement d'ordonnance donne une raison matérielle de continuer à se présenter aux rendez-vous. En cas de traitement, les facteurs influant sur l'observance seront l'efficacité, les effets secondaires, la durée de traitement, l'immédiateté des effets bénéfiques, la complexité des modalités thérapeutiques ou encore les échecs des précédents traitements.

[\(63\)](#)

Figure 6 – Les 5 dimensions affectant l'adhésion aux soins



Source : OMS

DiMatteo, Haskard-Zolnierrek et Martin ont décrit en 2010 un modèle de trois axes d'actions à mener par les professionnels de santé afin de favoriser l'adhésion de leurs patients :

1. S'assurer que les patients détiennent les bonnes informations et savent comment adhérer. Ceci implique aussi d'être à l'écoute de leurs préoccupations et d'encourager leur participation à la prise de décision, et de construire une confiance mutuelle avec empathie.
2. Les aider à croire en leur traitement et/ou leur suivi et les motiver à s'y impliquer, en prenant en compte leur contexte socio-culturel avec leurs croyances, attitudes et motivations.

3. Les aider à surmonter les obstacles pratiques à l'adhésion en trouvant des stratégies à long terme. [\(64\)](#)

B. Adhésion au parcours de soins des patients infectés par le VHB diagnostiqués au CASO

Ces cinq dimensions décrites précédemment se déclinent de façon défavorable dans le cas de l'hépatite B chez les patients du CASO de Saint-Denis, une population migrante primo-arrivante :

- Facteurs socio-économiques : Comme nous l'avons vu plus haut, ces patients sont souvent en situation de grande précarité, sans couverture maladie et avec des priorités perçues comme plus urgentes que la santé telles que trouver un logement, s'alimenter correctement ainsi que sa famille et accéder à un titre de séjour stable.
- Facteurs liés au système de santé et aux équipes soignantes : la prise en charge d'une infection par le VHB étant rarement considérée comme urgente, les délais de rendez-vous peuvent être de plusieurs mois, rendant difficile la projection du patient à un premier rendez-vous. Les modalités du suivi sont difficiles à comprendre, d'autant plus lorsque l'on vient d'arriver en France et que l'on peine à naviguer dans son système de santé et ses infrastructures, ou que l'absence de couverture sociale ajoute une étape supplémentaire de passage au service social de la PASS de l'hôpital par exemple.
- Facteurs liés au patient : ils sont principalement représentés par le manque de connaissances sur l'hépatite B, qui est l'objet principal de cette thèse (**Partie I**). La barrière de la langue et les représentations culturelles de la santé et de la maladie jouent aussi un rôle majeur. Par exemple, nous avons pu constater que certains patients étaient réticents face aux nombreuses prises de sang où le terme « prise » prend tout son sens. En effet, le sang peut porter une symbolique bien différente selon les cultures. Le sang est souvent perçu comme source de vitalité et de force (et ne doit donc pas être retiré) dans des cultures occidentales et africaines mais peut aussi être le symbole de la parenté et de l'identité et ne doit pas sortir de la famille (frein identifié au don de sang). Un lien est aussi fait dans la littérature avec la sorcellerie où dans certaines cultures d'Afrique Subsaharienne le sang peut être utilisé dans des pratiques occultes. Enfin il peut exister une crainte que le sang soit vendu ou détourné et dans certains pays d'Afrique le don de sang peut être considéré « *comme une forme de colonialisme et d'appropriation corporelle car le sang est perçu comme un fluide à acheter, vendre et voler dans l'intention de profiter financièrement et médicalement aux riches et à ceux des pays occidentaux.* » (Polonsky et al. 2011) [\(65,66\)](#)
- Facteurs liés à la maladie : nous sommes ici dans le cas d'une infection chronique qui, au moment du dépistage, est asymptomatique, ne génère pas de handicap particulier et ne peut être guérie définitivement.
- Facteurs liés au traitement : la plupart du temps les patients ne se verront pas prescrire de traitement au début du suivi (seuls 20% environ en ont un [\(33\)](#)), ce qui impacte fortement l'adhésion par une incompréhension de la nécessité de suivi. En revanche, lorsqu'un traitement est prescrit ses modalités de prise sont aisées et il ne génère pas particulièrement d'effets secondaires, ce qui faciliterait plutôt l'observance.

La combinaison de ces facteurs engendre une proportion conséquente de perdus de vue au cours des suivis d'hépatite B dont la littérature fait état à travers plusieurs études.

Dans une cohorte de patients avec sérologie VHB positive entre 2007 et 2021 à l'hôpital de Nottingham (Royaume-Uni), un tiers des patients (majoritairement d'origines Asiatique et Africaine) étaient perdus de vue en 2023 (506/1580, 32%). Parmi eux, 10% ont pu être réinsérés dans le soin après reprise de contact par les auteurs. [\(67\)](#)

Une étude américaine a montré dans une population de 454 patients avec une hépatite B (majoritairement d'origine asiatique) diagnostiquée entre 2009 et 2017, que 63% établissaient un premier lien avec un service de soin adapté avec succès et par la suite 69% d'entre eux restaient dans le soin. Ainsi 56% de l'effectif total étaient perdus de vue. Les personnes qui avaient par ailleurs un médecin généraliste adhéraient significativement mieux à leur suivi pour hépatite B. [\(68\)](#)

Dans une population constituée spécifiquement de réfugiés et demandeurs d'asile au Nord de l'Italie, en grande majorité originaire d'Afrique, 12,7% des personnes dépistées (154/1214) présentaient une infection : par le VIH (17/1214 ; 1,4%), par le VHB (129/1214 ; 10,6%) et/ou par le VHC (2/1214 ; 0,2%). Par la suite 79% d'entre eux (122/154) ont eu une première consultation en maladies infectieuses, parmi lesquels 39% (48/122) étaient encore dans le soin 1 an plus tard. Au total, ce sont donc deux tiers des personnes positives à une de ces 3 infections qui étaient perdus de vue un an après le diagnostic (74/154, 69%). De plus, parmi les patients éligibles à une vaccination contre l'hépatite B seuls 10% (51/512) ont pu être vaccinés. [\(69\)](#)

En Guyane parmi les patients ayant une infection par le VHB référés au centre hospitalier de Cayenne entre 2015 et 2018, 47% (95/203) étaient perdus de vue (pas de visite pendant au moins 18 mois). Ceux qui avaient un traitement étaient significativement moins souvent perdus de vue que ceux qui bénéficiaient d'une surveillance simple. Une stratégie de rappel des perdus de vue a été efficace : la moitié sont revenus consulter (46/95 ; 48%) dont 3 qui nécessitaient un traitement. [\(70\)](#)

Enfin, le taux de première consultation des 165 patients adressés par le CASO de Saint-Denis en hépatologie à l'hôpital Delafontaine entre 2015 et 2018 (à l'époque adressage via le CeGIDD de l'hôpital) pour une découverte d'infection par le VHB et/ou le VHC a été évalué. Les patients étaient majoritairement d'origine d'Afrique Subsaharienne et du Pakistan, 92% n'avaient pas de couverture maladie, 61% (101/165) avaient une sérologie AgHBs positive et 41% (68/165) une sérologie VHC positive. Au total seuls 36% (59/165) se sont rendus à la première consultation avec un délai moyen avant consultation de 5 mois. Ce sont donc encore une fois près de deux tiers de perdus de vue, la barrière de la langue et un âge supérieur à 35 ans étant associés significativement à l'absence de consultation. En revanche un délai de consultation de moins de 3 mois était associée à la venue. [\(71\)](#)

Dans ces publications les perdus de vue au cours du suivi représentent un à deux tiers de l'effectif, se rapprochant plutôt des deux tiers lorsqu'il s'agit de personnes migrantes comme dans notre population d'étude, d'autant plus lorsqu'il existe une barrière de la langue. Le fait d'avoir un suivi en médecine générale par ailleurs, ou un délai d'attente plus court avant le premier rendez-vous semblaient favoriser l'adhésion. Des stratégies de rappel des perdus de vue semblaient efficaces pour les ramener vers le soin.

A son arrivée dans le service en 2023, le médiateur en santé a tenté de rappeler 33 des 48 personnes ayant été diagnostiqué d'une infection par le VHB (ceux pour

lesquels il disposait d'un numéro de téléphone renseigné) entre 2019 et 2022 : seuls un tiers d'entre eux (11/33, 33%) étaient encore dans le soin au moment de l'appel (on retrouvait donc à nouveau deux tiers de perdus de vue), 5/33 (15%) étaient joignables et en rupture de suivi et 17/33 (52%) étaient perdus de vue, injoignables.

L'infection par le Virus de l'Hépatite B est la plus fréquente des infections dépistées au CASO de Médecins du Monde de Saint-Denis. Elle est pourtant mal connue des usagers qui adhèrent difficilement à sa prise en charge complexe.

Comment faciliter l'adhésion de ces patients à leur parcours de soins après un diagnostic d'infection par le VHB ?

A partir des facteurs décrits par l'OMS, nous avons identifié principalement 3 leviers mobilisables : améliorer la compréhension des patients sur leur maladie (facteur lié au patient), accompagner les personnes dans leur parcours de façon globale, c'est-à-dire dans le suivi médical mais également social (facteurs socio-économique et lié au système de santé) et simplifier le parcours de soins établi (facteurs liés au système de santé et aux équipes soignantes). Ces leviers s'inscrivent pleinement dans le modèle proposé par DiMatteo qui vise à favoriser l'adhésion [\(64\)](#). Ce sont ces 3 axes que nous allons développer dans les parties suivantes :

1/ En questionnant l'état des connaissances des patients du CASO sur l'hépatite B, afin d'adapter les discours et les outils utilisés pour permettre aux patients de mieux comprendre leur maladie (**Partie 1**) ;

2/ En mettant en lumière l'importance de la médiation en santé dans l'accompagnement des patients (**Partie 2**) ;

3/ En décrivant un projet de simplification du parcours sur le territoire, en collaboration entre la ville de Saint-Denis, l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis, et le Département (**Partie 3**).

J'aimerais apporter des précisions sur mon implication dans ce travail :

- La Partie 1 constitue la partie recherche que j'ai effectuée dans son entièreté (exceptée la passation des questionnaires que j'ai uniquement supervisée et qui a été effectuée par les secrétaires médicales du service),
- La Partie 2 portant sur la médiation en santé dans le parcours de soins consiste essentiellement en une description du rôle majeur d'un des médiateurs en santé du service, illustrée par le regard de certains de ses patients et une description de données quantitatives sur le suivi de ces personnes,
- La Partie 3 décrit le projet d'amélioration du parcours de soin de ces personnes élaboré en partenariat entre la Ville de Saint-Denis (Direction de la Santé et Centres Municipaux de Santé (CMS)), les services d'infectiologie et d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Delafontaine et le Service Prévention et Actions Sanitaires (SPAS) du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis (CD 93).

Partie I : Connaissances relatives au VHB

1. Introduction

Comme vu en introduction générale, une bonne connaissance de sa maladie apparaît comme un facteur déterminant dans l'adhésion à un parcours de soin déjà complexe (63). Or il a été mis en évidence dans plusieurs études une méconnaissance globale sur cette infection dans la population française générale (72,73) et particulièrement chez des populations plus précaires (74), ainsi que dans des populations de ou originaires d'Afrique Subsaharienne (75–77) dont est également issue une majorité des personnes fréquentant le CASO de Saint-Denis. Les points de méconnaissance concernent principalement les modes de transmission et de protection contre le virus, son tropisme hépatique et l'existence de traitements, contrastant avec une meilleure connaissance du VIH. *Pauti, Chappuis et al.* ont montré qu'en 2012 seules 29% des personnes fréquentant les CASO de France connaissaient leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites virales (B et C) contre 35% pour le VIH. En 2014 ce pourcentage était de 26 pour le VHB seul (78,79). Il nous apparaissait donc nécessaire de documenter l'état des connaissances relative à l'hépatite B, et d'identifier les notions importantes mal assimilées, parmi la population du CASO. Cet état des lieux peut permettre de mieux comprendre quelles sont les connaissances et représentations de nos patients en amont d'un diagnostic afin d'adapter nos discours et outils pour les informer efficacement et ainsi leur donner les clés de l'importance d'un suivi régulier (ou d'une prévention notamment par vaccination en cas de sérologie négative).

Ainsi cette étude avait pour objectif de décrire le niveau de connaissance relative au VHB et ses facteurs associés, chez les patients de la consultation de prévention des maladies infectieuses du CASO de Médecins du Monde de Saint-Denis.

2. Méthode

Du 27 septembre 2024 au 27 mars 2025, nous avons conduit une étude transversale au CASO de Saint-Denis dont les critères d'inclusion étaient :

- Âge supérieur ou égal à 18 ans
- Venue pour consultation de prévention des maladies infectieuses
- Consentement à la participation.

Mesure

Aucune échelle de mesure validée de la connaissance relative au VHB n'existant, nous avons construit un questionnaire basé sur la littérature, compilant les questions et notions abordées dans les différentes études trouvées (72–76). Le questionnaire disponible en **Annexe 1** était ainsi constitué de deux parties :

- La partie 1 recueillait les données socio-démographiques : langue parlée, capacité à lire et écrire, âge, sexe, pays d'origine, niveau d'étude, date d'arrivée en France et affiliation ou non à une couverture maladie (PUMa ou AME).
- La partie 2 était composée de 14 questions : 10 évaluant les connaissances sur l'hépatite B, et 4 interrogeant sur le fait d'en avoir déjà entendu parler, de connaître quelqu'un qui en est atteint et la connaissance de ses propres statuts vaccinal et sérologique.

Le questionnaire était soumis par la secrétaire médicale enregistrant le patient avant sa consultation. Elle collectait les données socio-démographiques de la première partie

puis laissait le patient remplir le reste du questionnaire en salle d'attente. Si le patient était analphabète, la secrétaire l'aidait à remplir en écrivant à sa place, et s'il ne parlait pas français, le questionnaire était rempli avec le médecin durant la consultation en traduisant les énoncés à l'aide d'un service de traduction téléphonique utilisé pour la consultation.

Les questionnaires étaient remplis sur papier et ensuite saisis sur le logiciel Sphinx IQ3 pour constituer la base de données.

Analyses statistiques

Analyse descriptive

Les caractéristiques générales des patients ont été décrites par nombre et pourcentage (variables qualitatives) ou moyenne, écart-type et minimum-maximum (variables quantitatives). Elles ont été décrites pour l'effectif total et en fonction de la réponse à la question « avez-vous déjà entendu parler de l'hépatite B ? » (« oui » ou « non/ne sait pas »). Chaque caractéristique générale a été ainsi décrite dans les deux groupes et comparée par le test adapté aux conditions de validité :

- Pour la variable quantitative (âge) : test t de Student (paramétrique) si elle suivait une loi normale (normalité évaluée par test de Shapiro) ou test de Wilcoxon-Mann-Whitney (W-M-W, non paramétrique) si non,
- Pour les variables qualitatives : test du Chi-2 (paramétrique) si les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égaux à 5 ou test de Fisher (non paramétrique) si non,
- Pour les variables ordinales : test du Chi-2 de tendance.

Une analyse descriptive a été effectuée pour la suite du questionnaire. Nous avons d'abord décrit les réponses à la première question « avez-vous déjà entendu parler de l'hépatite B », puis décrit les réponses aux autres questions uniquement pour ceux ayant déclaré en avoir déjà entendu parler, afin de minimiser les effets de réponses potentiellement données au hasard.

Score de connaissances et évaluation de la fiabilité

Nous avons construit un score à 10 points basé sur les réponses aux 10 questions de connaissances, chaque bonne réponse valant 1 point. Deux questions portant respectivement sur les modes de transmission et les moyens de protection nécessitaient de cocher plusieurs items et 0.5 points étaient attribués si une seule erreur était commise.

La fiabilité de ce score a été évaluée selon trois étapes :

- Premièrement nous avons réalisé une analyse parallèle afin de déterminer la structure factorielle du score (combien de facteurs en expliquent la variance totale) [\(80,81\)](#).
- Deuxièmement a été réalisée une analyse factorielle exploratoire (AFE). Celle-ci a permis d'estimer les poids d'un facteur général et de potentiels sous facteurs (nombre total de facteurs dépendant des résultats de l'analyse parallèle) [\(82\)](#). Nous avons utilisé une rotation oblique (« oblimin » compatible avec des facteurs potentiellement corrélés entre eux) et une méthode de factorisation par minimisation des résidus (robuste et adaptée à un petit échantillon) [\(81,83,84\)](#). Les items avec des charges factorielles $\geq 0,3$ étaient considérés comme contribuant au

facteur associé (85). Ainsi le concept sous-tendant chaque facteur était déduit des items y contribuant.

- Troisièmement, le coefficient Omega de MacDonald (ω) a été estimé à partir de l'AFE. Ce coefficient a permis d'évaluer la cohérence interne d'un score mesurant un facteur commun (ici supposément la connaissance relative à l'hépatite B) (82). La valeur a été interprétée selon l'échelle suivante : excellente cohérence interne si $\geq 0,90$, bonne si $\geq 0,80$, acceptable si $\geq 0,70$, questionnable si $\geq 0,60$, pauvre si $\geq 0,50$ et inacceptable si $< 0,50$ (86).

Ces analyses requérant un effectif minimum de 100, les résultats étaient à interpréter à titre exploratoire et avec précaution si l'effectif total était inférieur à ce nombre (87).

Facteurs associés au score

Le score a été décrit globalement et en fonction de six facteurs en univarié :

- Âge
- Sexe
- Niveau d'étude
- Région d'origine (4 régions et Afrique subsaharienne *versus* les autres régions regroupées)
- Délai depuis l'arrivée en France (en 4 catégories : moins de 3 mois, entre 3 mois et 1 an, entre 1 et 3 ans et plus de 3 ans)
- Connaissance d'une personne atteinte d'Hépatite B.

L'hypothèse de normalité du score a été évaluée par test de Shapiro afin de déterminer la nature des tests statistiques utilisés ensuite pour la comparaison selon les variables qualitatives : tests paramétriques si la normalité était respectée ($p > 0,05$) et non paramétrique si non.

Les méthodes statistiques suivantes ont ensuite été employées :

- La comparaison des scores en fonction de variables qualitatives binaires (sexe, région en 2 catégories et connaissance d'une personne atteinte d'hépatite B) a été réalisée par test t de Student (paramétrique) ou Wilcoxon-Mann-Whitney (W-M-W, test non paramétrique).
- La comparaison des scores en fonction de variables qualitatives à plus de 2 catégories (niveau d'étude, région d'origine et délai depuis l'arrivée en France) a été réalisée par ANOVA (test paramétrique) ou test de Kruskal-Wallis (test non paramétrique).
- Parmi ces dernières variables, un test de tendance a également été appliqué pour les variables ordinales (niveau d'étude et délai depuis l'arrivée en France) afin de mettre en évidence une éventuelle relation entre l'augmentation de catégorie et le score.
- La relation entre le score et la variable quantitative (âge) était évaluée par une régression linéaire avec un test t de Student.
- Enfin les scores ont été comparés dans un modèle de régression linéaire multivarié, ajusté sur le sexe, l'âge et les variables montrant une association avec le score avec un $p < 0,20$ en univarié.

Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées sur R (version 4.5.0) et le package « psych » a été utilisé pour les paramètres de fiabilité [\(81\)](#).

Entretiens

En complément de ces analyses quantitatives, et à titre exploratoire, plusieurs entretiens ont également été menés avec des patients dont une infection par le VHB avait été diagnostiquée au CASO pendant la période d'inclusion. Ils étaient composés de trois parties :

- 1- Une question générale : « Qu'avez-vous compris sur votre maladie ? »
- 2- La passation du questionnaire de connaissance, qu'ils l'aient reçu avant le diagnostic ou non. Cette nouvelle passation de questionnaire permettait, pour ceux l'ayant passé avant, de rendre compte de l'évolution des connaissances avec les explications données à l'annonce et en début de suivi, par les médecins et le médiateur.
- 3- Un entretien semi-dirigé portant sur les représentations, le vécu et le parcours de soins avec le médiateur. Une partie des résultats sera présentée dans ce chapitre, et la partie concernant la médiation sera présentée dans la partie 2 « Médiation en santé ».

Les entretiens ont été effectués en présentiel, lorsque cela était possible, ou par téléphone, après le bilan initial et la première consultation avec un hépatologue.

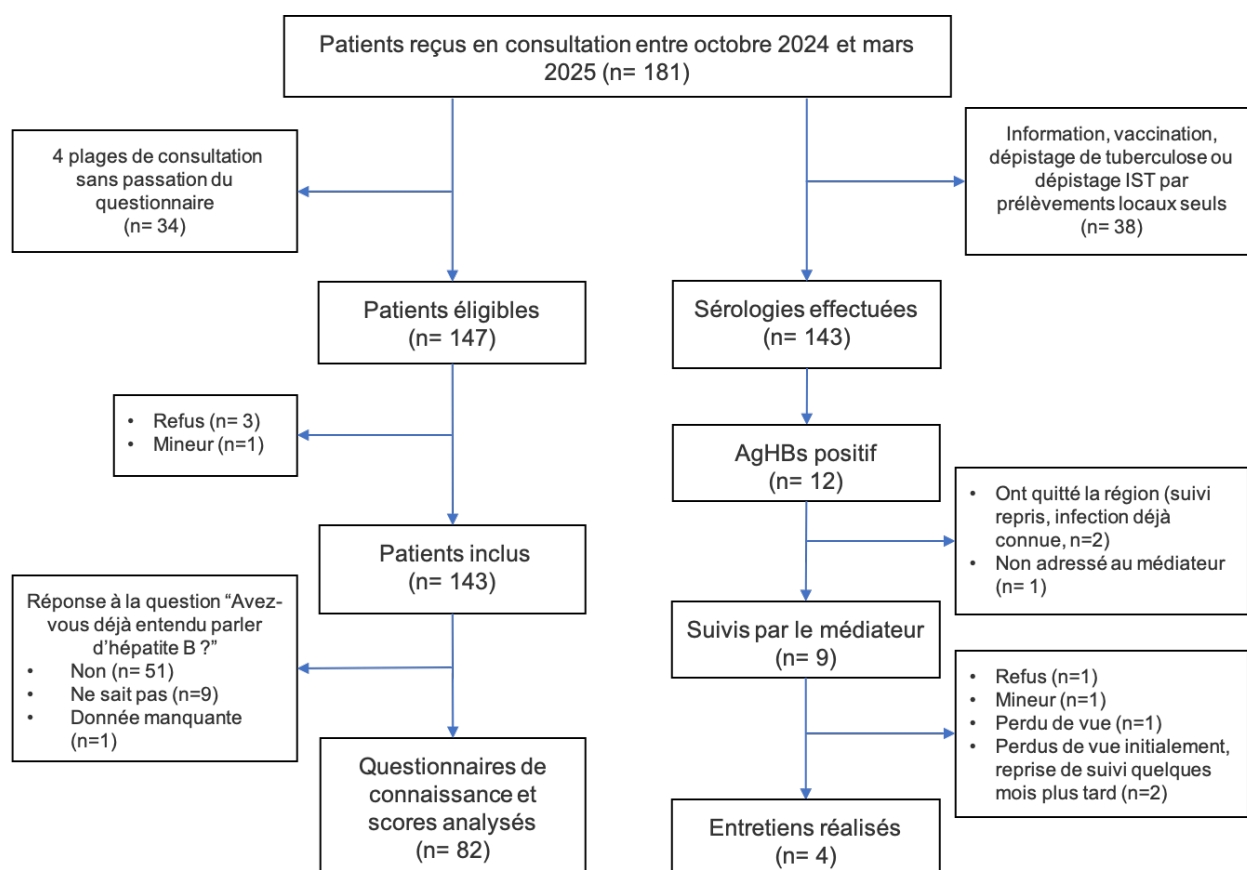
Ethique

Le protocole d'étude a reçu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest III (Réf. SIRIPH2G : 24.04703.000315) et a été déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés sous la méthodologie de référence MR-003.

3. Résultats

Au total 143 personnes ont été incluses dans l'étude pour le volet d'évaluation des connaissances en pré-dépistage sur la période de 6 mois, et 4 entretiens post-dépistages ont pu être menés (**Figure 7**).

Figure 7 - Diagramme de flux



Caractéristiques générales de la population

Le **Tableau 2** décrit les caractéristiques générales de la population au global et selon la réponse à la question « Avez-vous déjà entendu parler de l'hépatite B ? ». La population d'étude était constituée à 34% (48/143) de femmes et 66% (95/143) d'hommes avec une moyenne d'âge de 35 ans. Les patients étaient originaires à 83% (118/143) d'Afrique Subsaharienne (dont 41% du total (59/143) de Côte d'Ivoire, 14% (20/143) du Cameroun, 9% (13/143) du Mali et 5% (7/143) de République Démocratique du Congo), à 10% (15/143) d'Asie du Sud, 5% (7/143) d'Afrique du Nord, 1% des Caraïbes (2/143) et 1% (1/143) d'Europe de l'Est. Au moment de la consultation, 37% (47/127) d'entre eux étaient en France depuis moins de 3 mois, 34% (43/127) entre 3 mois et un an et 29% (37/127) depuis plus d'un an. La majorité parlait français (81% ; 114/141) et était lettrée (74% ; 104/141). Les niveaux d'étude étaient variés : 19% (26/135) n'avaient jamais été à l'école, 32% (43/135) avaient reçu une éducation niveau primaire/collège, 29% (39/135) au lycée et 20% (27/135) avaient fait des études supérieures. Au moment de la consultation 89% (125/139) ne bénéficiaient d'aucune couverture maladie.

La comparaison entre les deux groupes montre que ceux qui n'avaient jamais entendu parler d'hépatite B étaient en moyenne plus jeunes que les autres (moyenne de 33 *versus* 37 ans, $p=0,024$). Ils étaient plus souvent analphabètes (47% (27/58) *versus* 12% (10/82), $p<0.001$) et avaient un niveau d'étude moins élevé (36% (20/55) n'avaient jamais été à l'école *versus* 8% (6/79) et 7% (4/55) avaient fait des études supérieures *versus* 29% (23/79) avec un test de tendance significatif ($p<0.001$) à l'augmentation du niveau d'étude). Il existe également une différence dans la distribution des pays d'origine dans

les 2 groupes. Quasiment tous les patients originaires du Cameroun (19/20 ; 95%) avaient déjà entendu parler d'hépatite B, comme 69% des patients maliens (9/13). Moins de la moitié des personnes ivoiriennes (27/58 ; 47%), aucune des mauritaniennes (0/4 ; 0%) et aucune des indiennes (0/6 ; 0%) n'en avait entendu parler auparavant. La réponse à cette question ne semblait pas varier selon le sexe ni le délai depuis l'arrivée en France de façon significative.

Tableau 2 - Caractéristiques générales de la population

Caractéristique ¹	Total (N=143)	A déjà entendu parler d'hépatite B (N=82) *	N'a jamais/ne sait pas s'il/elle a déjà entendu parler d'hépatite B (N=60) *	p-value (test)
Genre – n(%)				p=0,164 (Chi-2)
Femme	48 (34)	31 (38)	16 (27)	
Homme	95 (66)	51 (62)	44 (73)	
Age				p=0,024 (W-M-W)
Moyenne (écart-type)	35 (9)	37 (10)	33 (7)	
Min-Max	21 - 65	21 - 65	21 - 58	
Région d'origine – n(%)				p=0,133 (Fisher)
Afrique Subsaharienne	118 (83)	72 (88)	45 (75)	
Asie du Sud	15 (10)	5 (6)	10 (17)	
Afrique du Nord	7 (5)	4 (5)	3 (5)	
Caraïbes	2 (1)	1 (1)	1 (2)	
Europe de l'Est	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
Pays d'origine – n(%)				p<0,001 (Fisher)
Côte d'Ivoire	59 (41)	27 (33)	31 (52)	
Cameroun	20 (14)	19 (23)	1 (2)	
Mali	13 (9)	9 (11)	4 (7)	
République Démocratique du Congo	7 (5)	5 (6)	2 (3)	
Inde	6 (4)	0 (0)	6 (10)	
Sénégal	6 (4)	4 (5)	2 (3)	
Algérie	5 (3)	2 (2)	3 (5)	
Pakistan	5 (3)	3 (4)	2 (3)	
Mauritanie	4 (3)	0 (0)	4 (7)	
Congo Brazzaville	3 (2)	3 (4)	0 (0)	
Afghanistan	2 (1)	1 (1)	1 (2)	
Angola	2 (1)	2 (2)	0 (0)	
Bengladesh	2 (1)	1 (1)	1 (2)	
Egypte	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
France (Martinique)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
Gabon	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
Haïti	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
Maroc	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
Roumanie	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
Soudan	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
Donnée manquante	0	0	0	
En France depuis: – n(%)				p=0,287 (Chi-2 de tendance)
Moins de 3 mois	47 (37)	24 (33)	22 (42)	
Entre 3 mois et 1 an	43 (34)	30 (41)	13 (25)	

Caractéristique ¹	Total (N=143)	A déjà entendu parler d'hépatite B (N=82) *	N'a jamais/ne sait pas s'il/elle a déjà entendu parler d'hépatite B (N=60) *	p-value (test)
Entre 1 et 3 ans	23 (18)	12 (16)	11 (21)	
Plus de 3 ans	14 (11)	7 (10)	7 (13)	
Donnée manquante	16	9	7	
Langue parlée – n(%)				p=0,018 (Fisher)
Français	114 (81)	71 (87)	42 (72)	
Bambara	4 (3)	1 (1)	3 (5)	
Ourdou	4 (3)	3 (4)	1 (2)	
Pendjabi	4 (3)	0 (0)	4 (7)	
Soninke	3 (2)	1 (1)	2 (3)	
Bengali	2 (1)	1 (1)	1 (2)	
Anglais	2 (1)	0 (0)	2 (3)	
Portuguais	2 (1)	2 (2)	0 (0)	
Arabe	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
Arabe Egyptien	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
Farsi	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
Hindi	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
Pachto	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
Roumain	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
Donnée manquante	2	0	2	
Analphabète – n(%)				p<0,001 (Chi-2)
Oui	37 (26)	10 (12)	27 (47)	
Non	104 (74)	72 (88)	31 (53)	
Donnée manquante	2	0	2	
Niveau d'étude – n(%)				p<0,001 (Chi-2 de tendance)
N'a jamais été à l'école	26 (19)	6 (8)	20 (36)	
Primaire/collège	43 (32)	19 (24)	23 (42)	
Lycée	39 (29)	31 (39)	8 (15)	
Études supérieures	27 (20)	23 (29)	4 (7)	
Donnée manquante	8	3	5	
Couverture maladie – n(%)				p=0,839 (Chi-2)
Oui	15 (11)	9 (11)	6 (10)	
PUMA	4 (33)	1 (14)	3 (60)	
AME	8 (67)	6 (86)	2 (40)	
Donnée manquante	3	2	1	
Non	125 (89)	71 (89)	53 (90)	
Donnée manquante	3	2	1	

* Réponse à la première question « Avez-vous déjà entendu parler d'hépatite B ». Une donnée manquante : voir tableau 3
1 Les pourcentages excluent les données manquantes.

Réponses aux questions générales sur le VHB

Le **Tableau 3** décrit les réponses aux questions générales sur l'hépatite B. Seuls 82 des 143 participants (58%) avaient déjà entendu parler de cette infection, via leur cercle social, des professionnels de santé/associations, par les médias/réseaux sociaux ou autre.

Les résultats sont donc, à partir de ce point, uniquement décrits pour ces 82 personnes: 16% (13/79) déclaraient connaître quelqu'un ayant une hépatite B, 81% n'étaient pas ou ne savaient pas s'ils étaient vaccinés contre le VHB (65/80), et 63% (51/80) ne connaissaient pas leur statut sérologique.

Tableau 3 – Réponses aux questions générales sur l'hépatite B

Question ¹	Total (N=143)
Avez-vous déjà entendu parler de l'hépatite B ? – n(%)	
Oui	82 (58)
<i>Cercle social</i>	11 (27)
<i>Professionnels de santé/associations</i>	14 (34)
<i>Médias/réseaux sociaux</i>	10 (24)
<i>Autre</i>	6 (15)
<i>Donnée manquante</i>	41
Non	51 (36)
Ne sait pas	9 (6)
Donnée manquante	1
Question	Total (N=82)
Connaissez-vous quelqu'un qui a l'hépatite B ? – n(%)	
Oui	13 (16)
Non	63 (80)
Ne sait pas	3 (4)
Donnée manquante	3
Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ? – n(%)	
Oui	15 (19)
Non	49 (61)
Ne sait pas	16 (20)
Donnée manquante	2
Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage pour l'hépatite B ? – n(%)	
Oui	29 (36)
Non	42 (52)
Ne sait pas	9 (11)
Donnée manquante	2

¹ Les pourcentages excluent les données manquantes

Réponses aux questions de connaissances sur le VHB

Les réponses aux dix questions de connaissances relatives à l'hépatite B sont détaillées dans le **Tableau 4**. Treize pourcents des répondants (10/77) pensaient que l'hépatite B et le VIH étaient une même infection. Concernant les modes de transmission, seules 2 personnes sur 80 répondants (3%) ont donné la bonne réponse complète, à savoir « par le sang », « pendant la grossesse et l'accouchement de la mère à l'enfant », « par les relations sexuelles » et « par les seringues ». Au total seules 10 personnes sur 80 (13%) citaient la transmission verticale parmi leurs réponses. Les moyens de protection contre le VHB (« utiliser un préservatif » et « se vacciner ») étaient connus pour 11 participants sur 81 (14%), tandis que 64% (52/81) ne citaient pas du tout le préservatif dans leur réponse. Seuls 23% (18/80) savaient qu'il s'agissait d'une infection du foie. L'infection par le VHB semblait associée à de fausses représentations : 82% (65/79) ne savaient pas ou pensaient que toutes les personnes infectées se sentaient malades, et 53% (42/79) ne savaient pas ou pensaient que cela se voyait toujours de l'extérieur lorsqu'une personne était infectée. Soixante-dix pourcent (56/80) ne connaissaient pas les symptômes d'ictère possibles dans l'hépatite B.

Tableau 4 - Réponses aux questions de connaissance relative à l'hépatite B

Question ¹	Total (N=82)
2. L'hépatite B et le VIH (SIDA) sont-elles la même maladie ? – n(%)	
Oui	10 (13)
Non	53 (69)
Ne sait pas	14 (18)
Donnée manquante	5
6. L'hépatite B et le VIH sont-ils causés par des virus ? – n(%)	
Oui	46 (59)
Non	7 (9)
Ne sait pas	25 (32)
Donnée manquante	4
7. Comment se transmet l'hépatite B ? – n(%)	
Bonne réponse	2 (3)
Mauvaise réponse	46 (58)
Ne sait pas	32 (40)
Donnée manquante	2
Items cochés – n(%)	N=80
Par la respiration/toux	8 (10)
Par le sang	37 (46)
Par la nourriture/l'eau	7 (9)
Pendant la grossesse et l'accouchement de la mère à l'enfant	10 (13)
Par les mains/la peau	8 (10)
Par les relations sexuelles	31 (39)
Par les seringues (injection de drogue par exemple)	23 (29)
Par les moustiques	4 (5)

Question ¹	Total (N=82)
8. Qu'est-ce qui permet de se protéger de l'hépatite B ?– n(%)	
Bonne réponse	11 (14)
Mauvaise réponse	54 (67)
Ne sait pas	16 (20)
Donnée manquante	1
Items cochés – n(%)	N=81
Se laver les mains	14 (17)
Utiliser un préservatif	29 (36)
Porter un masque	14 (17)
Laver les aliments	14 (17)
Se vacciner	53 (65)
9. L'hépatite B est une maladie infectieuse qui s'attaque surtout : – n(%)	
Bonne réponse	18 (23)
Mauvaise réponse	20 (25)
Ne sait pas	42 (53)
Donnée manquante	2
Items cochés – n(%)	N=80
Au foie	29 (36)
Au cœur	6 (8)
Aux os	5 (6)
Aux poumons	14 (18)
A la peau	6 (8)
A l'estomac	
10. Toutes les personnes infectées par l'hépatite B se sentent malades. -n(%)	
Vrai	30 (38)
Faux	14 (18)
Ne sait pas	35 (44)
Donnée manquante	3
11. On peut savoir qu'une personne a l'hépatite B en la regardant. – n(%)	
Vrai	8 (10)
Faux	37 (47)
Ne sait pas	34 (43)
Donnée manquante	3
12. L'hépatite B peut donner la peau et les yeux jaunes. – n(%)	
Vrai	24 (30)
Faux	8 (10)
Ne sait pas	48 (60)

Question ¹	Total (N=82)
Donnée manquante	2
13. On peut bien vivre avec l'hépatite B si on est dépisté tôt et suivi par un médecin. – n(%)	
Vrai	57 (70)
Faux	1 (1)
Ne sait pas	23 (28)
Donnée manquante	1
14. Il existe des traitements contre l'hépatite B. – n(%)	
Vrai	48 (60)
Faux	1 (1)
Ne sait pas	31 (39)
Donnée manquante	2

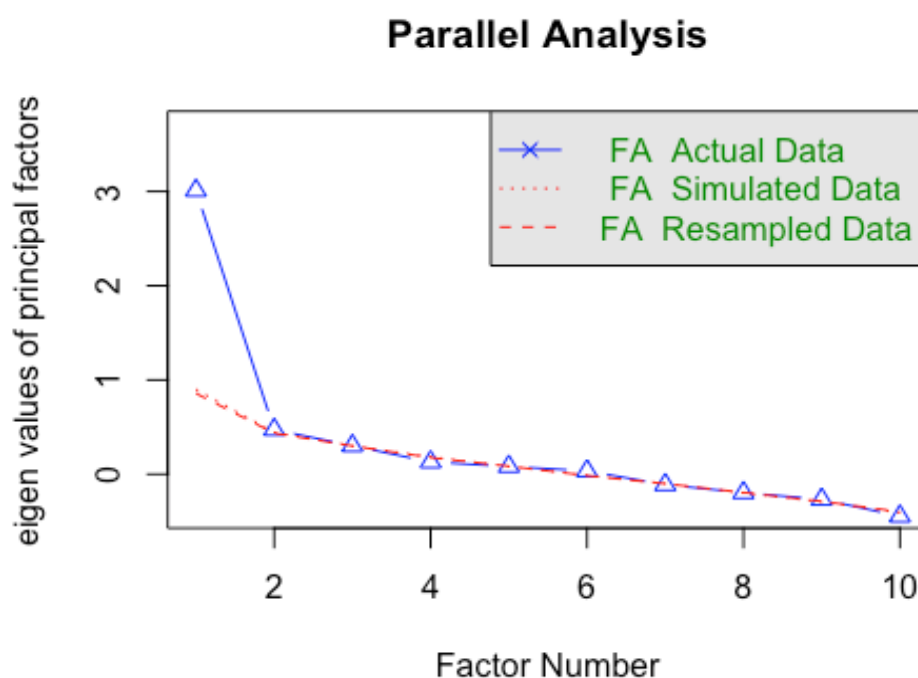
¹ Les pourcentages excluent les données manquantes.

Évaluation de la fiabilité du score de connaissances en 10 items

La fiabilité du score de connaissances construit n'ayant pu être évaluée que sur 82 réponses (n<100), les analyses sont considérées comme exploratoires.

- 1- L'analyse parallèle dont le scree plot est présenté en **Figure 8** montre qu'un seul facteur présente une valeur propre (eigen value) supérieure aux données simulées. Ceci suggère qu'un facteur explique à lui seul la majorité de la variance du score entre les sujets.

Figure 8 - Scree plot des valeurs propres (eigen values) de l'analyse parallèle



2- Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire (AFE) représentés dans les **Figure 9** et **Tableau 5** mettent en évidence des charges factorielles (CF) toutes supérieures à 0,3 pour un seul même facteur général « g », de façon cohérente avec l'analyse parallèle. Ainsi, toutes les réponses aux questions du score semblent être reliées à ce facteur g qui peut donc être interprété comme « connaissance globale relative à l'hépatite B ». Trois sous-facteurs supplémentaires pourraient également sous-tendre trois thématiques de groupes d'item :

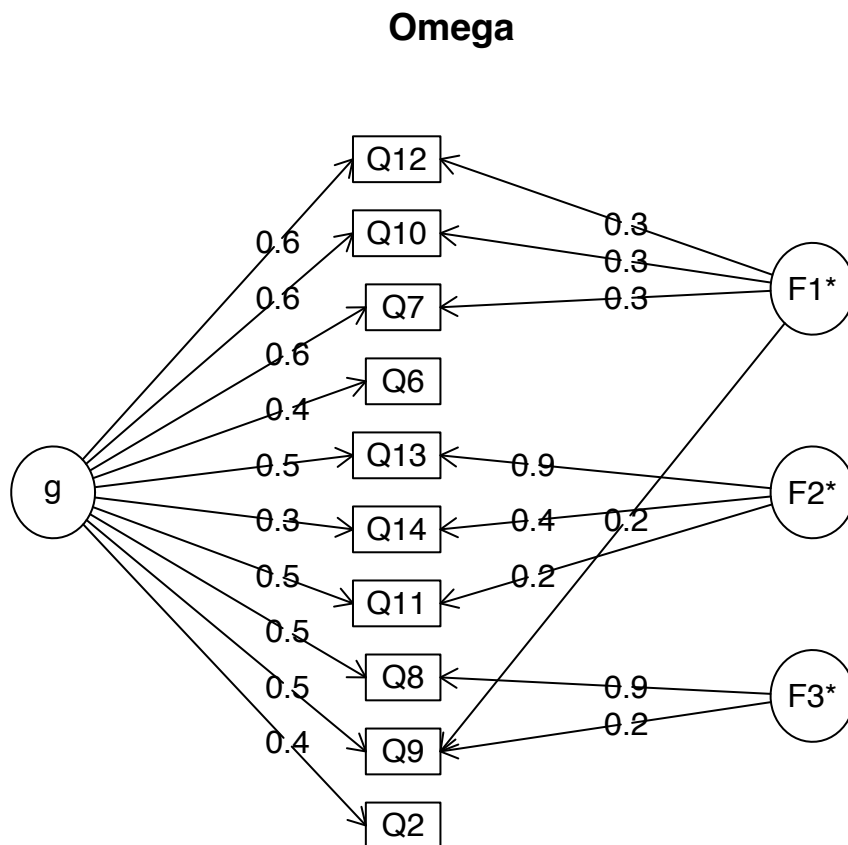
- F1 : corrélé aux questions 7 (modes de transmission, CF = 0,3), 10 (« Toutes les personnes infectées par l'hépatite B se sentent malades », CF = 0,3), 12 (« L'hépatite B peut donner la peau et les yeux jaunes », CF = 0,3) et faiblement à la question 9 (tropisme hépatique, CF = 0,2). Il pourrait être interprété comme un sous-facteur relatif aux symptômes/à la physiopathologie.
- F2 : corrélé aux questions 13 (« On peut bien vivre avec l'hépatite B si on est dépisté tôt et suivi par un médecin », CF = 0,9), 14 (existence de traitement, CF = 0,4) et faiblement à la question 11 (« On peut savoir qu'une personne a l'hépatite B en la regardant », CF = 0,2). Il peut être interprété comme un sous-facteur relatif au suivi/à l'expérience de la maladie.
- F3 : corrélé à la question 8 (moyens de protection, CF = 0,9) et faiblement à la question 9 (tropisme hépatique, CF = 0,2) et serait donc interprété principalement comme un sous facteur lié à la connaissance des moyens de protection.

L'analyse parallèle n'étant pas en faveur de la contribution de plus d'un facteur, et F2, F3 et F4 étant corrélés aux questions de façon assez inégale (grands différentiels de CF au sein d'un même sous-facteur, avec plusieurs CF<0,3), ces potentiels sous-facteurs ne sous-tendent probablement pas de façon suffisamment puissante la structure du score. Par conséquent, le score construit apparaît principalement porté par un seul facteur général de connaissance relative au VHB.

3- Le coefficient Omega de Mac Donald estimé à partir de l'AFE était de 0,86 suggérant une bonne cohérence interne.

Les résultats de ces analyses, menées à titre exploratoire en raison du nombre insuffisant de participants, suggèrent donc une cohérence interne et une fiabilité satisfaisante du score de connaissances relatives au VHB en 10 items construit.

Figure 9 - Modèle de l'Analyse Factorielle Exploratoire



¹ Q2 : "L'hépatite B et le VIH (SIDA) sont-elles la même maladie ?" ; Q6 : "L'hépatite B et le VIH sont causés par des virus." ; Q7 : "Comment se transmet l'hépatite B ?" ; Q8 : "Qu'est-ce qui permet de se protéger de l'hépatite B ?" ; Q9 : "L'hépatite B est une maladie infectieuse qui s'attaque surtout ." ; Q10 : "Toutes les personnes infectées par l'hépatite B se sentent malades." ; Q11 : " On peut savoir qu'une personne a l'hépatite B en la regardant." ; Q12 : " L'hépatite B peut donner la peau et les yeux jaunes." ; Q13 : " On peut bien vivre avec l'hépatite B si on est dépisté tôt et suivi par un médecin." ; Q14 : " Il existe des traitements contre l'hépatite B. »
 2 g: facteur général; F1*, F2* and F3* : sous facteurs

Tableau 5 - Charges factorielles issues de l'Analyse Factorielle Exploratoire et Coefficient Omega de Mac Donald (ω)

	g (facteur général)	F1	F2	F3
Q2	0,3593893	0,1441693	-0,0007427	0,1758845
Q6	0,4259802	0,1822002	0,1257405	0,0456416
Q7	0,6285889	0,3123185	-0,0525295	0,1494781
Q8	0,4799654	0,0018744	0,0149274	0,8791529
Q9	0,4852158	0,2012080	-0,0254276	0,2386054
Q10	0,5866385	0,3330217	-0,0269748	-0,0258068
Q11	0,5083371	0,1969022	0,2238216	0,0534400
Q12	0,5868221	0,3341202	0,0712796	-0,1252252
Q13	0,4623183	-0,0005766	0,8922099	-0,0022718
Q14	0,3105200	0,0162364	0,4070195	0,1287009
ω	0,86			

Score de connaissance et facteurs associés

Le **Tableau 6** et les **Figures 10** et **11** décrivent le score de connaissance sur 10 global parmi les 82 personnes ayant déclaré avoir déjà entendu parler d'hépatite B, et l'association de ce score avec 6 variables différentes : le genre, l'âge, la région d'origine (en 4 régions et entre Afrique subsaharienne et les autres régions), le niveau d'étude, la connaissance d'une personne atteinte d'hépatite B et le délai depuis l'arrivée en France. Le test de Shapiro ayant rejeté la normalité de la variable score, des tests non paramétriques (Kruskal-Wallis et Wilcoxon-Mann-Whitney) ont été utilisés en analyse univariée pour la comparaison des scores en fonctions de variables qualitatives. Une régression linéaire et test t de Student ont pu être réalisés, en raison de la normalité des résidus du modèle, pour évaluer l'association entre le score et l'âge. Ainsi en univarié, parmi les 6 associations testées, seul le niveau d'étude était associé significativement avec le score, avec un test de tendance montrant que cette relation était positive (différence de médiane de 2,8 entre les personnes non scolarisées et celles ayant fait des études supérieures, $p=0,004$). Le test de Dunn pour comparaison paire à paire montrait que la différence était attribuée principalement au groupe « études supérieures » par rapport à tous les autres (**Tableau 7**).

Le modèle multivarié a été ajusté sur l'âge, le genre, le niveau d'étude et le délai depuis l'arrivée en France, ces deux dernières caractéristiques ayant montré une association avec $p<0.2$ en univarié. La région d'origine n'a pas été prise en compte dans le modèle car 3 des 4 groupes avaient un effectif ≤ 5 . Le résultat du test de Kruskal-Wallis n'était donc pas fiable. Les conditions d'application du modèle de régression linéaire multiple (normalité de la distribution et homoscedasticité des résidus, linéarité des relations univariées et absence de colinéarité entre les variables explicatives) étant vérifiées, l'analyse multivariée confirmait la relation statistiquement significative et positive entre le score et le niveau d'étude ($p=0,002$), sans autre facteur associé.

Tableau 6 - Score de connaissance et facteurs associés

Variable	Moyenne (ET)	Médiane	IIQ	Min-Max	Test	p-value	Analyse multivariée*		
							Coefficient β (pente)**	IC à 95%	p-value
Total	4,1 (2,6)	4,0	[2,5; 5,5]	0,0-10,0	-	-	-	-	-
Genre					W-M-W	0,469	0,56	[-0,68; 1,79]	0,372
Femme (N=31)	3,7 (2,3)	4,0	[2,2; 5,0]	0,0 - 9,0					
Homme (N=51)	4,3 (2,7)	4,0	[2,5; 5,5]	0,0-10,0					
Région d'origine					Kruskal-Wallis	(0,066***)	-	-	-
Afrique du Nord (N=4)	5,0 (0,4)	5,0	[4,9; 5,1]	4,5 - 5,5					
Afrique Subsaharienne (N=72)	4,1 (2,6)	4,0	[2,5; 5,5]	0,0-10,0					
Asie du Sud (N=5)	2,1 (1,7)	2,0	[1,0; 3,5]	0,0 - 4,0					
Caraïbes (N=1)	8,5 (NA)	8,5	[8,5; 8,5]	8,5 - 8,5					
Région d'origine (ASS vs autre)					Kruskal-Wallis	0,932	-	-	-
Afrique Subsaharienne (N=72)	4,1 (2,6)	4,0	[2,5; 5,5]	0,0-10,0					
Autre (N=10)	3,9 (2,4)	4,2	[2,4; 5,0]	0,0-8,5					
Niveau d'étude					Kruskal-Wallis	0,006			
Non scolarisé (N=6)	2,7 (1,9)	2,2	[1,1; 3,4]	1,0 - 6,0	Test de tendance	0,004	1,01	[0,38; 1,64]	0,002
École primaire/collège (N=19)	3,4 (2,7)	3,5	[1,0; 5,0]	0,0 - 8,5					
Lycée (N=31)	3,8 (2,3)	4,0	[2,5; 5,0]	0,0 - 8,5					
Études supérieures (N=23)	5,7 (2,3)	5,0	[4,0; 7,5]	1,0-10,0					
Connaît quelqu'un ayant une hépatite B					W-M-W	0,715	-	-	-
Oui (N=13)	4,5 (2,7)	4,0	[3,5; 5,0]	0,0-10,0					
Non/ne sait pas (N=66)	4,0 (2,6)	4,0	[2,5; 5,5]	0,0 - 9,5					
Arrivée en France					Kruskal-Wallis	0,185	-	-	-
					Test de tendance	0,117	-0,5	[-1,18; 0,12]	0,106
<3 mois (N=24)	5,0 (2,7)	4,5	[3,4; 7,6]	0,0 - 9,5					
≥3 mois; <1 an (N=30)	3,5 (2,4)	4,0	[2,1; 5,0]	0,0 - 8,5					
≥1 an; <3 ans (N=12)	3,6 (3,2)	3,8	[0,8; 5,1]	0,0 - 10,0					
≥3 ans (N=7)	3,0 (1,9)	2,5	[1,5; 4,2]	1,0-6,0					
Régression linéaire									
	Coefficient β		IC à 95%		Test	p-value			
Age	-0,005		[-0,06; 0,05]		t-test	0,879	0,01	[-0,05; 0,07]	0,752

* Modèle de régression linéaire multiple, ajusté sur l'âge, le genre, le niveau d'étude et le délai depuis l'arrivée en France. **Première ligne pour référence. ***2 des groupes ayant un effectif <5, le résultat du test statistique ne peut être interprété. ASS : Afrique Subsaharienne ; ET : écart-type

Figure 10 - Score en fonction de 4 variables qualitatives : sexe, région d'origine, niveau d'étude et connaissance d'une personne atteinte d'hépatite B

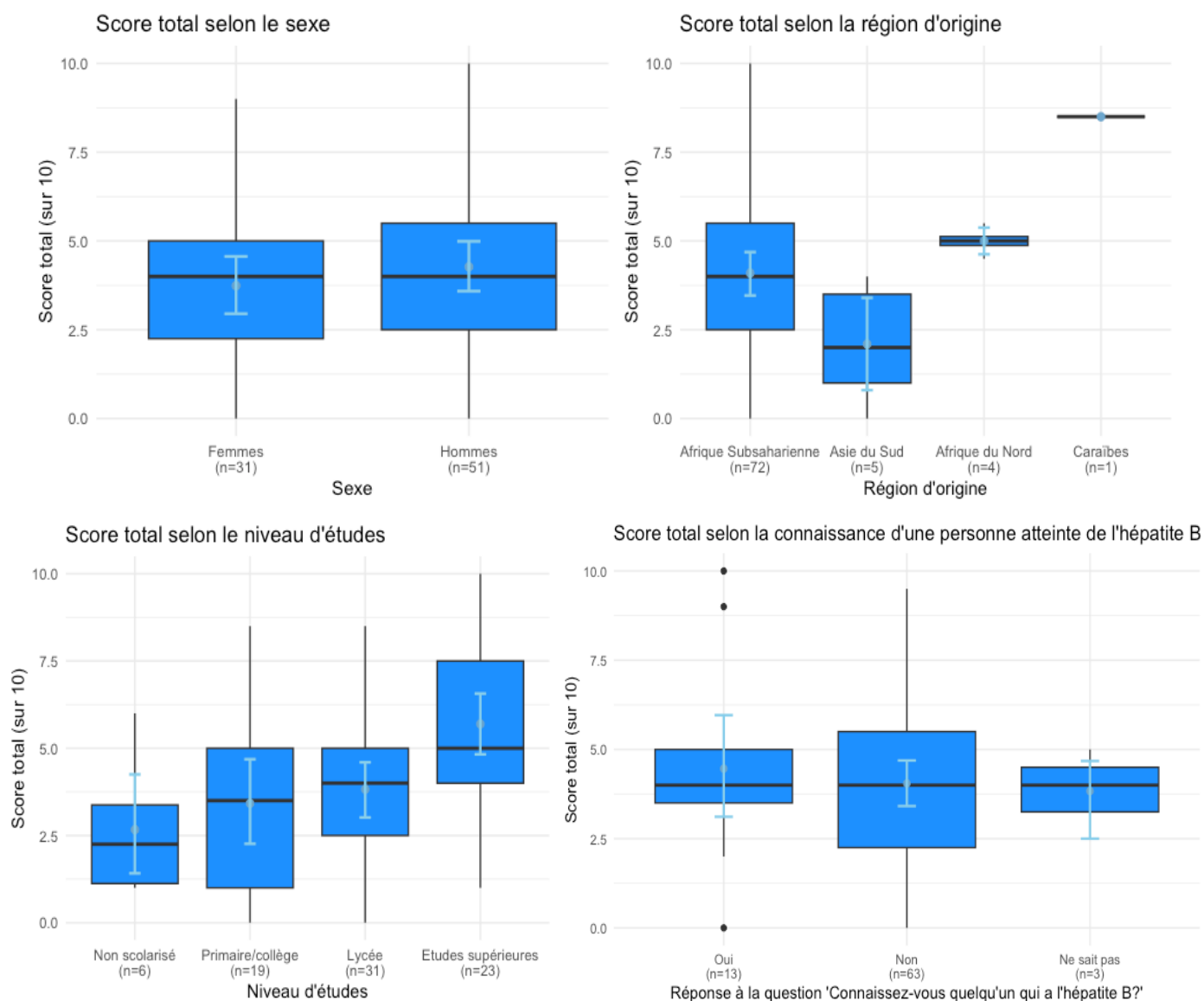


Figure 11 - Score en fonction de l'âge

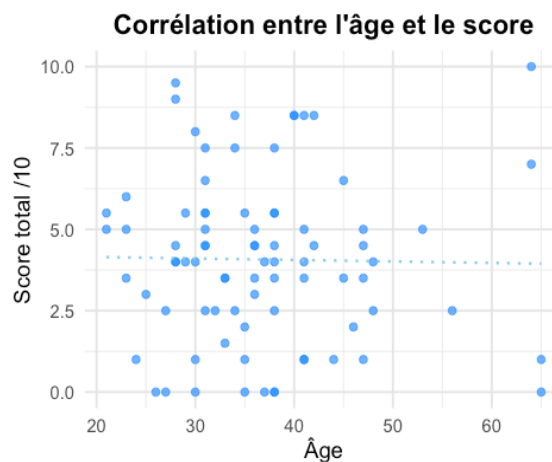


Tableau 7 - Comparaison paire à paire du score en fonction du niveau d'études (test de Dunn)

Paire comparée	p-value
Études supérieures – Non scolarisé	0,04319049
Études supérieures – École primaire/collège	0,02910177
Non scolarisé – École primaire/collège	0,96049997
Études supérieures – Lycée	0,03507724
Non scolarisé – Lycée	0,83788034
École primaire/collège – Lycée	0,60194689

Entretiens

Pendant la période d'inclusion, 12 personnes ont eu une sérologie positive pour l'AgHBs suite à leur dépistage au CASO (**Figure 7**). Parmi ces 12 personnes, 9 ont finalement été suivies par le médiateur en santé.

Quatre entretiens (*M. A*, *M. B*, *M. C* et *M. D*) ont pu être menés auprès de patients, dans les suites de leur bilan initial et de leur première consultation avec un hépatologue. Deux de ces entretiens ont pu être menés en présentiel et deux par téléphone. Les 4 étaient francophones. Parmi les quatre, deux avaient reçu le questionnaire avant dépistage.

Connaissances

À la première question « qu'avez-vous compris sur votre maladie ? », ressortait en premier lieu la notion d'évolution/traitement. Deux des personnes retenaient principalement que l'on ne peut pas en guérir : « Ça se soigne pas, mais [...] ça se calme quand même. [...] Il faut que je le suive, mais mon anticorps, il est bien. » (*M. D*), « c'est une pathologie qu'on ne peut pas traiter » (*M. C*) ; une parle de sa situation où le virus « est endormi, pas besoin de médicament » (*M. B*) et le dernier est rassuré : « Les médecins m'ont dit aussi de ne pas m'inquiéter que c'est une maladie qui se soigne » (*M. A*).

Les autres aspects évoqués spontanément étaient liés à la prévention : une des personnes interrogées mentionne spontanément des moyens de protection de son

entourage (protections lors des rapports, « *faire attention [avec] les ciseaux pour couper les ongles* » (M. A), et une autre, les conseils visant à la protection de son foie : « *pas trop de bière, pas trop prendre de poids, pas de cigarette* » (M. B).

M. A, originaire de Côte d'Ivoire avait déclaré n'avoir jamais entendu parler d'hépatite B (score de 0) à son premier questionnaire. Suite à son début de suivi médical et accompagnement par le médiateur, son score de connaissances s'élevait à 8/10 (manquaient les notions de virus et des symptômes d'ictère possibles).

M. D, originaire du Cameroun, est passé d'un score de connaissances de 4,5/10 avant dépistage à 6/10.

M. B, originaire de République Démocratique du Congo, et M. C originaire de Mauritanie, n'avaient pas reçu le questionnaire préalablement au dépistage. Suite au début de suivi il présentaient respectivement des scores de 8 et 5/10.

Deux des personnes pour lesquelles nous n'avons pas pu faire l'entretien mais qui ont bien été suivies médicalement étaient originaires de Guinée Conakry (femme) et du Soudan (homme, VHB connu). Ils avaient déjà entendu parler d'hépatite B et avaient obtenu des scores de connaissance respectifs de 5,5 et 9,5.

Deux des personnes perdues de vue initialement après le diagnostic étaient des hommes originaires de Côte d'Ivoire et n'avaient jamais entendu parler d'hépatite B au préalable. L'un d'eux a pu être recontacté par le médiateur plusieurs mois plus tard et débiter un suivi. La troisième personne initialement perdue de vue avant d'avoir pu être recontactée était une femme originaire du Sénégal et avait eu un score de 7 en pré-dépistage.

Vécu et représentations de la maladie :

Les quatre personnes interrogées avaient des représentations et un vécu de leur infection assez différentes.

M. A attachait une haute importance à sa santé et à son suivi : « *Chez moi c'est la santé d'abord si tu n'as pas la santé tu peux rien.* ». Il semblait très affecté par les décès qu'il a vus autour de lui : « *Chez nous en Côte d'Ivoire quand tu es malade, si tu n'as pas les moyens, tu meurs. [Pleurs] Des personnes sont décédées, devant moi comme ça. Si tu n'as pas d'argent, tu meurs. En Afrique, c'est comme ça.* ». Après l'annonce de l'infection qui l'a inquiété, il a été rassuré par sa prise en charge : « *Je m'inquiète un peu, disons 20 ou 30% parce que les médecins m'ont rassuré. [...] C'est une maladie quand même donc on peut pas être rassuré à 100% tant que la maladie n'est pas finie. Mais 70% ou 80% quand même, c'est positif parce que les médecins m'ont rassuré. [...] Je suis confiant.* »

Pour M. B la maladie n'était pas une priorité et il ne s'en inquiétait pas, car il avait beaucoup de difficultés supplémentaires liées à son histoire, son parcours migratoire et sa situation en France : « *J'ai l'hépatite B mais [...] je pense pas trop à ça. Jusqu'à ma mort ça va rester comme ça. J'ai vécu beaucoup de choses difficiles ; Ça n'a pas d'effet pour moi. Je dois prier toujours Dieu. C'est un peu difficile mais ça va aller.* » ; « *C'est une petite chose dans ma tête.* ». Il semblait adhérer à son suivi par confiance/obéissance au corps médical, et par foi : « *Je suis quelqu'un de foi. Les autres soucis vont me tuer avant. Mais il faut que je respecte car les médecins me l'ont dit.* »

La maladie avait un impact négatif fort sur la vie de M. C, pour qui la santé est très importante : « *la santé, ça doit être facile [...] Il n'y a pas un autre truc que tu peux*

favoriser que ça ». Le poids de l'aspect chronique est, pour lui, dur à porter : « *Je me suis senti un peu isolé [...] même jusque-là c'est pas toujours évident* » ; « *c'est difficile à supporter* », « *Je vis toujours avec la peur parce que je me dis, selon ce que j'entends, que ça attaque le foie, donc à un moment ça peut te donner certaines maladies* » ; « *ça m'empêche de faire des choses* » ; « *Je suis découragé* » ; « *tu vis quelque chose qui va jamais finir.* ». Il est donc attaché à son suivi médical : « *C'est mieux de suivre ce que le docteur a dit.* »

M. D adhérerait jusqu'ici à son suivi, probablement en partie car plusieurs membres de sa famille étaient décédés d'une hépatite B.

4. Discussion

A notre connaissance cette étude est la première à évaluer précisément le niveau de connaissance relative à l'hépatite B parmi le public du CASO, à savoir des personnes exilées arrivées majoritairement récemment en France et en situation de grande précarité. Cette étude fournit des données quantitatives sur le niveau général de connaissances et détaille quelles notions sont les moins assimilées. Nous avons montré que dans cette population, originaire en majorité de pays à haute prévalence d'infection chronique par le VHB, 42% n'en ont jamais entendu parler auparavant. Parmi ceux qui déclarent connaître cette infection, le niveau de connaissance est en réalité faible avec un score médian de 4/10. Les notions importantes telles que le tropisme hépatique, les modes de transmission, les moyens de protection, les possibles symptômes/absence de symptôme sont mal assimilés. En particulier la transmission verticale du virus est rarement connue (13%) alors qu'il s'agit du mode de transmission majoritaire dans les pays d'origine. Il est crucial d'anticiper cette transmission avant ou pendant la grossesse et la naissance, les risques de développer une infection chronique s'élevant à 90% en cas de transmission à un nouveau-né (*versus* 5 à 10% chez l'adulte)[\(23\)](#). Dans notre population, un niveau plus élevé d'études est associé au fait d'avoir déjà entendu parler d'hépatite B et à un meilleur niveau de connaissance. Ces données sont cohérentes avec les résultats de *Santos-Hövenner et al.* [\(75\)](#) qui ont montré en Allemagne chez une population de personnes migrantes originaire d'Afrique, que les personnes avec un diplôme universitaire avaient une connaissance de l'hépatite B 4.3 fois meilleure que ceux ayant un niveau scolaire primaire/secondaire. Cette information peut paraître évidente, mais elle montre bien qu'une place à l'éducation sur ce sujet, pour en améliorer la littératie, existe.

Les entretiens menés chez des personnes ayant initié un suivi suite au diagnostic d'infection chronique par le VHB, bien que peu nombreux, montrent globalement des scores de connaissance élevés (5, 6, 8 et 8/10, plus élevés qu'en pré-dépistage pour les deux personnes qui avaient reçu ce questionnaire). Malgré le biais induit par le fait que les perdus de vue, supposément en rupture de suivi, n'ont pas été, de fait, interrogés, on constate que ceux qui restent dans le soin sont ceux qui ont plutôt bien compris les enjeux de leur infection suite aux explications des médecins et du médiateur en santé. De la même façon, parmi les 4 personnes qui n'ont pas répondu à l'entretien, on peut noter que les 2 qui ont poursuivi leur prise en charge avaient des scores de connaissance pré-dépistage supérieurs à la moyenne, tandis que 2 personnes perdues de vue initialement n'avaient jamais entendu parler d'hépatite B auparavant. Cela conforte la notion que l'adhésion au parcours de soin est freinée par une méconnaissance de la maladie.

L'enquête ANRS-KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*) a évalué sur 6 vagues entre 1992 et 2010 l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-SIDA de la population générale française, par téléphone. Le dernier volet de 2010 de cette enquête comportait une section dédiée à l'hépatite B qui évaluait notamment la connaissance des modes de transmission. Notre population avait une connaissance bien moindre que la population générale française selon cette enquête. En effet dans la population générale 96% ont déjà entendu parler d'hépatite B (contre 58%) et parmi eux 70% citent les relations sexuelles comme mode de transmission (contre 39%), 90% citent le partage d'aiguille pour consommation de drogues IV (contre 29%) et 79% citent la grossesse (contre 13%). Au total 38% maîtrisaient la question des modes de transmission (contre 3%). (72)

Dans une étude Lyonnaise de 2005 évaluant les connaissances relatives aux hépatites virales chez une population précaire comportant 31% de personnes migrantes, *Sahajian et al.* ont montré que 36% savaient qu'il s'agissait d'un virus s'attaquant au foie (contre 59 (virus) et 23% (s'attaquant au foie) dans notre population), 45% maîtrisaient les modes de protection (contre 14%) et 25% les modes de transmission (contre 38% dans la population générale selon l'enquête KABP et 3% dans notre étude) (74).

A l'université de Cocody en Côte d'Ivoire (dont est originaire une 41% de notre population d'étude) en 2013, 69% des étudiants avaient entendu parler du VHB auparavant (contre 58% dans notre étude), 26% de l'effectif total connaissaient la transmission par le sang (contre 37/142 = 26%), 17,5% la transmission par les relations sexuelles (contre 31/142 = 22%) et aucun ne connaissait la voie verticale (contre 10/142 = 7%) sur plus de 2500 interrogés (77).

Enfin, un volet qualitatif de l'enquête ANRS-Parcours donne quelques éléments sur les connaissances des patients migrants d'Afrique Subsaharienne suivis pour une infection chronique par le VHB en 2012-2013. L'autrice y décrit un manque d'information et de fausses représentations. Par exemple certaines personnes rapportent l'hépatite B au sida et considèrent qu'il ne faut pas en parler au risque de se faire rejeter. D'autres l'associent à une maladie héréditaire (car on leur aurait expliqué qu'ils l'ont probablement attrapé par leur mère). L'autrice constatait aussi une méconnaissance des modes de prévention et de transmission, avec des personnes suivies depuis plusieurs années qui ne connaissaient pas le vaccin ou qui n'avaient plus de relation sexuelle de peur de contaminer le/la partenaire (88). On voit donc ici à quel point de mauvaises informations peuvent s'ancrer chez les patients concernés et leur être réellement délétères.

Au total, le niveau de connaissance sur l'hépatite B est meilleur dans la population générale française que dans une population plus précaire et l'écart se creuse lorsque cette population est constituée exclusivement de personnes migrantes comme c'est le cas au CASO de Saint-Denis. Cette différence peut s'expliquer en partie, comme nous l'avons montré, par la différence de niveau d'étude (46% de diplômes d'études supérieures dans l'enquête KABP en population générale, 20% dans notre étude) mais est probablement aussi à mettre en lien avec des transmissions d'information et des politiques de santé hétérogènes dans les pays d'origine de nos patients. En Côte d'Ivoire, *Enel et al.* ont notamment décrit en 2013 une situation préoccupante concernant les hépatites virales B et C. Ils mentionnent un manque global de connaissances par la population générale mais également par les professionnels de santé. Ce manque de connaissance contraste avec une prévalence de l'AgHBs pourtant élevée, de 11,4% (en 2013). L'offre de dépistage y est décrite comme rare, payante (en dehors des dons de sang) et sans centre dédié, menant ainsi à des occasions manquées de diagnostic. La couverture vaccinale est insuffisante avec une offre payante de vaccination pour les

adultes. La difficulté à recourir à des soins pour une hépatite chronique est majeure, puisque les 3 seuls services spécialisés en CHU sont situés dans la capitale Abidjan, pour 23 millions d'habitants [\(89\)](#). De plus, malgré un programme national de lutte contre les hépatites virales débuté en 2008, la prise en charge reste coûteuse car peu de personnes ont encore accès à la couverture sanitaire universelle instaurée en Côte d'Ivoire en 2019 et encore moins ont une assurance maladie complémentaire [\(90\)](#). Une étude menée au CHU de Yopougon (commune du district d'Abidjan) en 2022 a montré que le coût de prise en charge pour une infection chronique à VHB coûtait aux patients l'équivalent de 223 USD (dollars américains) au bilan initial auxquels il faut ajouter 237 USD de suivi annuel dans un pays où le salaire minimum équivaut à 135 USD par mois et où 35% de la population vit sous le seuil de pauvreté soit avec moins de 56 USD par mois. Dans cette étude, seul un quart des patients suivis avaient un revenu mensuel de moins de 163 USD, montrant bien qu'un suivi de qualité peut difficilement être assuré pour des patients sous le salaire minimum [\(90,91\)](#).

A titre d'indicateur reproductible de la prise en compte de la lutte contre l'hépatite B dans les politiques de santé des pays, considérons la vaccination. Chez l'adulte, l'estimation de la couverture vaccinale globale est difficile et non systématique. En Côte d'Ivoire par exemple elle a été évaluée à 53,1% chez les professionnels de santé du CHU d'Abidjan en 2020 [\(92\)](#) et 3,7% chez les étudiants de l'université de Cocody en 2013 [\(77\)](#). A plus grande échelle, une revue systématique avec méta-analyse a évalué la couverture vaccinale contre le VHB chez les étudiants universitaires de 15 pays d'Afrique Subsaharienne et trouvé des taux de couverture de 28,8% pour les pays d'Afrique de l'Ouest, 23,4% en Afrique de l'Est et 17% en Afrique centrale, avec de très grandes variations entre les différentes études (de 1 à 80%) montrant la réelle difficulté à évaluer ces taux de façon fiable [\(93\)](#). En 2014 au CASO, 30% des patients étaient vaccinés contre le VHB (authentifié par le médecin via le carnet de vaccination ou autre argument) [\(79\)](#) contre 19% (déclarés) dans notre étude. Cette différence peut être expliquée par la nature du recueil. Néanmoins, ces données de vaccination semblent comparables et témoignent d'une faible protection vaccinale dans la population étudiée.

Depuis 2009, l'OMS recommande l'administration d'une dose à la naissance et les modélisations montrent qu'une couverture de 90% avant 2030 pourrait prévenir 710 000 décès dans le monde liés au VHB dans les cohortes de naissance entre 2020 et 2030, dont 78% dans la région africaine de l'OMS. Mais en 2021 seuls 14 des 47 pays de la région africaine OMS avaient introduit cette vaccination gratuite systématique à la naissance dont, par exemple, la Côte d'Ivoire en 2019 et la Mauritanie en 2013, mais pas le Cameroun ni le Mali (exemples considérés par rapport aux pays d'origine majoritaires de notre population d'étude). Seuls 17% des nouveau-nés de la région Africaine avaient reçu ce vaccin en 2021. [\(94\)](#)

Dans 15 pays d'Afrique, le CHC est la première cause de mortalité par cancer. Dans ces pays figurent le Cameroun et le Mali, deux pays pour lesquels, dans notre étude, la quasi-totalité de ceux qui en sont originaires avaient déjà entendu parler du virus. On note également que pour ces deux pays, la dose de vaccin systématique à la naissance n'a pas encore été introduite. A l'inverse, en Côte d'Ivoire où plus de la moitié des personnes qui en étaient originaires ne connaissaient pas l'hépatite B, et au Mali et en Inde où personne ne la connaissait, le CHC est une cause de décès par cancer moins importante. Dans ces pays, la vaccination à la naissance a été introduite. On pourrait donc penser que là où l'on prend en compte l'hépatite B dans les politiques de santé

(vaccination), on en meurt moins, et donc paradoxalement on peut moins bien la connaître.

Les forces de cette étude sont d'abord le questionnaire, basé sur la littérature et qui reprend toutes les questions et notions abordées dans les autres études sur le sujet. Le score en 10 points semble présenter une bonne fiabilité selon les analyses exploratoires menées. Ce questionnaire et ce score pourraient ainsi être utilisés dans d'autres études ou en pratique courante si la fiabilité était confirmée dans une population plus large. Deuxièmement, le nombre élevé, à chaque question, de réponse « ne sait pas » indique que les personnes ont volontiers indiqué si elles ne savaient pas répondre à la question et par conséquent, on peut plus facilement considérer que les autres réponses n'ont pas été cochées au hasard. Troisièmement, le questionnaire a été rempli par 79% (143/181) les personnes se présentant à la consultation de prévention des maladies infectieuses pendant 6 mois. Notre population d'étude peut être considérée comme représentative du public de cette consultation. Enfin le faible niveau de connaissance général de notre population d'étude est, comme vu précédemment, cohérent avec la littérature, ce qui en accroît la validité externe.

Cette étude présente également plusieurs limites. Premièrement la façon de poser les questions a pu introduire certains biais. Par exemple les réponses à la question de la vaccination comme moyen de prévention ont pu être influencées par la question posée précédemment sur leur statut vaccinal. La question des modes de transmission a également pu être posée trop sévèrement, comme en témoigne le très faible nombre (2/80) de réponses exactes, par rapport à d'autres études où il fallait simplement cocher « relations sexuelles, sang et mère-enfant ». Deuxièmement l'effectif de patients interrogés après diagnostic et mise en place du suivi était trop faible (4 personnes) pour en tirer une conclusion significative sur l'amélioration ou non des connaissances. Cet échantillon était biaisé par rapport à l'adhésion au parcours de soin puisque, par définition il s'agissait de patients en cours de suivi.

5. Conclusion

Notre étude a mis en lumière une méconnaissance importante du VHB chez le public de la consultation de prévention des maladies infectieuses du CASO de Saint-Denis, des personnes migrantes arrivées en France récemment de régions de haute prévalence. Presque la moitié d'entre eux n'ont jamais entendu parler de cette infection et ceux qui déclarent la connaître détiennent souvent des informations fausses ou incertaines sur des notions majeures telles que la transmission, les moyens de protection, les symptômes ou les conséquences. Des informations et représentations erronées peuvent constituer un réel poids pour les personnes concernées. La compréhension d'une maladie représentant une clé majeure de l'adhésion au soin, il est essentiel de développer les outils adaptés à chaque individu pour leur fournir efficacement les informations qui leur sont nécessaires. Il faudrait ainsi à la fois utiliser les outils existants et disponibles en plusieurs langues (« *J'ai une hépatite B chronique* » de l'association SOS Hépatites et « *les hépatites B et C et nous* » de l'association Prométhée traduite en de nombreuses langues, **Figure 12**) et développer des outils vidéo ou audio en plusieurs langues, permettant aussi aux personnes analphabètes un meilleur accès aux informations. Des séances d'éducation thérapeutique avec traducteurs présents pourraient également représenter un axe d'amélioration de la compréhension.

L'apport de connaissances et l'éducation à la santé font également partie de l'accompagnement par un médiateur en santé.

Figure 12 - Livrets d'information utilisés pour les patients du CASO



SOS Hépatites



Prométhée

<https://www.soshepatites.org/plateforme/wp-content/uploads/2016/01/Brochure-He%CC%81patite-B-10.12.2013.pdf>

<https://www.mrsi.fr/nos-ressources/boite-a-outils/ressources-pour-les-professionnels/sante-et-du-foie-et-hepatites-ressources/>

Partie II : Apport de la médiation en santé dans le parcours de soins

1. Contours de la médiation en santé

Histoire de la médiation en santé

La médiation en santé est née de la convergence de plusieurs domaines, mais surtout d'une nécessité profonde émanant du terrain. D'abord la médiation sociale apparaît en France dans les années 1960, de mobilisations initialement non systématisées, citoyennes et principalement communautaires. Puis ces initiatives s'inscrivent dans le mouvement des « nouveaux acteurs sociaux » à la création en 1982 d'une « politique de la ville » dédiée aux quartiers en difficulté qui seront nommés « Quartiers Prioritaires de la Ville » (QPV) à partir de 2014. La dynamique des « femmes-relais » est impulsée par des femmes immigrées d'origine africaine (en particulier maghrébine) qui mettent à profit, bénévolement, leur expérience personnelle afin d'aider des familles nouvellement immigrées à interagir avec les administrations (préfecture, écoles etc.). En 1993 Simone Veil institutionnalise ce rôle en créant 1000 contrats d'emploi pour ces femmes-relais et reconnaît ainsi leur rôle important de médiation. Ceci ouvre la porte à la création des programmes « adultes-relais » en 1999 qui visent à appuyer le développement de postes de médiateurs sociaux dans les quartiers prioritaires.

Parallèlement, à la fin des années 1980 / début des années 1990, en France, la prise en charge des personnes atteintes d'une infection par le VIH s'appuie en grande partie sur le monde associatif et notamment les associations de patients. Un besoin important d'accompagnement personnalisé se révèle alors pour naviguer dans un système de soins parfois discriminant ou du moins avec des représentations rigides, en particulier envers des personnes migrantes qui peinent déjà à accéder à leurs droits. D'autres domaines de santé tels que la diabétologie, la psychiatrie ou la gériatrie, développent, dans le même temps, des rôles de médiation entre les patients et les structures de soin : les IDE coordinatrices et les pairs-aidants notamment.

Par la suite, la pratique se développe de façon hétérogène grâce à des programmes impliquant des médiateurs sur des thématiques spécifiques comme le dépistage et la prévention du VIH chez les populations migrantes (via les COREVIH) ou la santé materno-infantile des populations roms en bidonvilles par exemple, et un programme de formation expérimental financé par le Ministère de la Santé qui forme 150 médiateurs entre 2000 et 2005. Grâce à ces expérimentations fructueuses, certaines structures de santé telles que des hôpitaux, centres de santé et, à plus haute échelle, des ARS financent des postes de médiateurs en santé.

Il faut attendre 2016 pour que la médiation en santé soit reconnue par son inscription dans le Code de la Santé Publique par la loi de Modernisation de notre Système de Santé, qui stipule par l'article L.1110-13 que « *La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.* » [\(95\)](#). Les contours de sa pratique sont ensuite définis précisément dans le référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques de la HAS, intitulé « *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins* ».

[\(53,96–98\)](#)

Définition

Les définitions de la médiation en santé sont, par essence, diverses puisqu'une grande polyvalence la sous-tend. Sa fonction première est d'assurer une interface entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans le parcours de soins, avec pour objectifs :

- De faciliter l'accès aux droits à la santé, et à des soins préventifs et curatifs, en tenant compte de l'environnement des personnes et en favorisant le plus possible leur autonomie et leur capacité d'agir d'un côté, et
- De sensibiliser les acteurs de la santé aux difficultés et aux obstacles qui peuvent survenir dans l'accès et le parcours de soins de certains de leurs patients, de l'autre côté.

[\(53,96\)](#)

Public cible

La médiation en santé n'est pas propre aux populations migrantes, qu'il serait stigmatisant et faux de résumer toutes entières à « la population vulnérable éloignée du soin ». Les publics cibles tels que décrits dans le référentiel de la HAS sont les « *Publics vulnérables, éloignés des dispositifs socio-sanitaires de droit commun et qui échappent aux professionnels de la santé et du social* ». Elle s'applique théoriquement donc à toutes les personnes qui rencontrent des obstacles à l'accès ou au suivi d'un parcours de soins, tant préventif que curatif, optimal. Il peut s'agir de personnes migrantes, a fortiori primo-arrivantes, de personnes à mobilité réduite, âgées, avec une faible littératie en santé, éloignées géographiquement, disposant de peu de ressources financières ou encore vivant dans la rue.

[\(53,96\)](#)

Démarche

Au travers d'un réseau sanitaire et social (au moins de proximité) fourni, les pratiques de médiation en santé se déclinent en quatre axes principaux, selon le référentiel HAS :

- « *Axe 1 : (Re)créer la rencontre avec et entre les populations concernées (populations vulnérables et acteurs de santé) et instaurer une relation de confiance* »
- *Axe 2 : Faciliter la coordination du parcours santé*
- *Axe 3 : Proposer des actions collectives de promotion de la santé*
- *Axe 4 : Participer aux actions structurantes au projet (veille, partenariat, remontée des dysfonctionnements, ...)* »

Les médiateurs en santé s'inscrivent dans une démarche d'universalisme proportionné qui s'appuie sur deux principes fondamentaux :

- L'« aller-vers », qui implique de se déplacer vers les endroits fréquentés par les personnes éloignées du soin pour en identifier les besoins (exprimés ou non), puis de les « ramener vers » les structures et les professionnels qui ont réponse à ces besoins, et
- Le « faire avec » et non « à la place », selon les capacités initiales de la personne et en s'y adaptant continuellement, afin d'accéder progressivement à une autonomisation et à une responsabilisation (« empowerment ») de la personne

dans son parcours de soin qui pourra ainsi perdurer au-delà de l'accompagnement si les conditions le permettent.

Les moyens employés par les médiateurs doivent être adaptables pour des accompagnements sur mesure en proposant par exemple des déplacements au domicile des personnes ou des accompagnements physiques vers les acteurs (Axes 1 et 2).

[\(53,96\)](#)

Profils

Les profils des médiateurs en santé sont variés, ce qui fait la richesse de ce métier. Certains sont issus de professions médicales ou paramédicales (IDE, sage-femme, aide-soignant), de professions sociales, d'un parcours militant ou associatif, ou sont concernés personnellement par la problématique sur laquelle ils travaillent (médiateurs-pairs). Une formation est désormais structurée et possible via plusieurs DU (Diplômes Universitaires) ou Master qui doivent s'appuyer sur un socle commun défini dans le référentiel HAS.

La pratique de la médiation en santé s'appuie sur un cadre déontologique dont les fondements sont la confidentialité, le non-jugement et le respect de la volonté des personnes. Le médiateur détient idéalement des connaissances solides du public concerné, du territoire, du système de santé et de ses moyens d'accès et, si sa pratique est spécifique à des pathologies ou des domaines, de ceux-ci. Il est aussi capable d'écoute, d'empathie, de pédagogie, de patience et surtout d'une grande adaptabilité.

Les postes de médiateur en santé peuvent être portés par différents types de structure : associations, hôpitaux, centres de santé/maisons de santé, collectivités territoriales, ARS, ...

[\(96\)](#)

Ainsi la médiation en santé est un maillon essentiel de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, qui permet de reconnecter, de façon transversale, les personnes les plus éloignées du soin à un système qui a pu involontairement les délaisser.

2. Rôle du médiateur au sein du service

Trois médiateur.rice.s travaillent actuellement au sein du Service Prévention et Actions Sanitaires (SPAS) du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis (CD 93), avec des missions différentes. Une de leurs missions communes est de porter le dispositif « Accueil Santé » en partenariat avec certaines villes de Seine-Saint-Denis et avec des associations (Afrique Avenir, AIDeS, Le Comité des familles, femmes relais de Bobigny, Bamesso et ses amis par exemple). Chaque année, l'Accueil Santé s'implante dans 4 villes différentes de Seine-Saint-Denis dans lesquelles une problématique d'accès aux soins a été identifiée. Une fois toutes les deux semaines dans chaque ville, les médiateur.rice.s et des membres d'une association partenaire installent une tente dans un endroit stratégique de la ville afin de parler avec les passants de leur santé. Ainsi les personnes identifient ce lieu comme une ressource pour poser leurs questions de santé et trouver des solutions à leurs difficultés à accéder à une couverture maladie, à trouver un rendez-vous avec un médecin, à aborder la santé de leurs proches etc. Les médiateur.rice.s sont capables de répondre à leurs questions, de les orienter et de délivrer des messages de prévention. Certaines associations partenaires peuvent également réaliser des TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique). L'Accueil Santé s'implante durablement (sur une année, puis le relais peut être pris par la ville) sur

le territoire au plus proche du lieu de vie des personnes. Cette approche de l'aller-vers s'inscrit ainsi dans les 4 axes de la médiation en santé. Cependant les médiateur.rice.s n'assurent pas un suivi individuel à long terme des personnes via ce dispositif.

Les médiateur.rice.s du SPAS participent également à d'autres actions de prévention primaires et secondaires telles que des forums santé et des dépistages collectifs Hors-Les-Murs (HLM) organisés par le service dans différentes structures partenaires (IST, Tuberculose, rattrapage vaccinal). Il/elles y ont un rôle de recrutement des patients, d'information et de guidage (axes 1 et 3).

Un des médiateurs actuel du SPAS est arrivé dans le service début 2023 avec pour mission principale l'accompagnement des personnes avec un diagnostic d'infection par le VIH, le VHB ou le VHC au décours d'un dépistage dans les 3 CDPS (Centres Départementaux de Prévention Santé)/CeGIDD, pendant des actions HLM (Foyers de jeunes travailleurs, Université, Centres de domiciliation, ...) et au CASO de Saint-Denis. Il est ainsi sollicité par les différents médecins faisant le diagnostic pour environ 25 à 35 patients par an, soit une centaine depuis son arrivée dans le service, dont la grande majorité pour des découvertes d'infection par le VHB et principalement au CASO.

Sa démarche d'accompagnement débute par une première prise de contact permettant de :

- Réexpliquer le diagnostic en détails et s'assurer de la compréhension du patient sur l'infection, son fonctionnement, la nécessité de suivi et la prévention de la transmission à son entourage (en utilisant les guides édités par les associations SOS hépatites et Prométhée pour le VHB),
- Faire le point sur sa situation sociale de façon globale mais en premier lieu les besoins et possibilités de couverture maladie, pour adresser à l'assistante sociale si besoin (la grande majorité des patients du CASO nécessitent une demande d'AME),
- Établir le niveau d'autonomie et le besoin d'accompagnement dans les démarches (physique, téléphonique, rappels par messages ou pas d'accompagnement nécessaire), et
- Déterminer l'hôpital le plus facilement accessible depuis son lieu de vie (pas nécessairement le plus proche géographiquement mais le plus accessible en transports) et qui pourra le prendre en charge (le plus souvent l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis (CHSD) pour les patients du CASO).

Ensuite, pour ce qui est du VHB et de sa prise en charge à l'hôpital Delafontaine, il réunit auprès du médecin ayant fait le diagnostic l'ensemble des ordonnances (bilan sanguin, FibroScan et échographie hépatique) et courriers d'adressage nécessaires au bilan initial et prend rendez-vous auprès des services d'hépatogastro-entérologie et de radiologie pour réaliser dans un premier temps les examens complémentaires, puis la première consultation spécialisée dans les semaines suivantes. Il a à cœur de limiter au maximum le nombre de déplacements du patient en essayant de prendre tous ces rendez-vous sur 2 journées seulement. Deux journées différentes au minimum sont nécessaires en raison de la nécessité des résultats du bilan biologique pour la consultation. En l'absence d'AME effective, un passage par le service social de la PASS s'ajoute à chaque jour de rendez-vous pour délivrance d'un bon PASS permettant l'accès aux services concernés. Ce passage implique de se présenter dès le matin à 7h.

Il accompagne le/les premiers rendez-vous de la façon la plus adaptée aux besoins déterminés en continuant, au fil de l'accompagnement, de fournir des

informations, de répéter les explications et de répondre aux questions. Son objectif est l'autonomisation de la personne dans son parcours. Lorsque la personne est autonome, l'accompagnement peut progressivement cesser. Il prend cependant des nouvelles des patients qu'il a accompagnés à 1 an du début de prise en charge.

Les différents personnels médicaux, paramédicaux et sociaux concernés le connaissent désormais, et sont sensibilisés à la nécessité de son accompagnement pour certains patients.

3. L'accompagnement raconté par les patients

Lors des 4 entretiens effectués avec des patients suivis ou ayant été suivis par le médiateur (Messieurs A, B, C et D, cf. **Partie I - Méthode**), nous avons abordé son accompagnement.

À la question « *Est-ce que l'accompagnement du médiateur vous a aidé ?* », une des personnes interrogées M. A répond « *Oui, beaucoup beaucoup parce qu'au début je connaissais pas donc il m'a dit de ne pas m'inquiéter, qu'il va me montrer comment ça se passe. Donc il m'a accompagné une première fois, une deuxième fois, je crois qu'il m'a accompagné 2 ou 3 fois. Après il m'a demandé si moi, je peux [y aller sans lui] maintenant. Donc après les autres rendez-vous, je me déplaçais seul. Maintenant quand le rendez-vous va arriver comme ça, s'il reste 2 jours [...] il va m'appeler pour me dire: "t'as rendez-vous demain ou après-demain. Tu dois pas manger, tout ça (en cas d'échographie ou d'analyse à jeûn), donc il m'aide toujours. » « Je maîtrise maintenant ». On voit donc, avec ce patient, à quel point il a été important de l'accompagner d'abord physiquement, puis de s'adapter avant qu'il puisse s'autonomiser progressivement dans le suivi.*

C'est le cas également pour M. D, pour qui l'accompagnement physique était encore nécessaire au moment de notre entretien : « *Il me prend rendez-vous, après il m'envoie le jour des rendez-vous [...] on se retrouve à gare XXX et on va aller ensemble. »*

Lorsque la personne n'a pas exprimé de besoin d'un accompagnement physique, le médiateur propose au moins un accompagnement par téléphone ou par message en plus de la prise de rendez-vous, pour rappeler ces rendez-vous mais aussi au besoin pour diriger dans l'hôpital : M. C « *il veille toujours à mes rendez-vous comme ce matin il m'a écrit pour s'assurer que j'étais à l'hôpital* », « *c'est lui qui me dirige* ».

Il n'accompagne pas uniquement dans le parcours purement médical qui est contraint par les protocoles et les décisions des médecins, mais il travaille également en collaboration avec les autres professionnels du domaine médico-psycho-social. D'une part il collabore avec les travailleurs sociaux des différents établissements et en particulier les assistantes sociales du SPAS, en s'adaptant à chaque situation complexe, afin d'obtenir le plus rapidement une ouverture de droits.

M. C : « *c'est grâce à lui que je suis parti chez l'assistante sociale pour faire ma carte AME [...] donc si c'était pas lui j'allais pas connaître l'endroit où je devais aller pour faire ma carte AME* »

D'autre part le médiateur est à même de déceler des situations requérant une prise en charge spécifique telle que qu'une souffrance psychologique ou autre problématique de santé, et peut ainsi orienter voire prendre un rendez-vous (psychologue, médecin généraliste, ...). Les personnes qu'il accompagne l'ont identifié comme porte d'entrée vers les soins et font spontanément appel à lui en cas de problème de santé.

Les explications et connaissances fournies au début et au long de l'accompagnement favorisent encore l'alliance et l'adhésion au parcours de soin. M. D : *« ça me fait du bien même parce que y a certaines choses, je comprends lui plus que le médecin. Oui, lui il m'explique les choses bien, je comprends »*

Enfin il apporte un soutien moral essentiel à ces personnes à qui on dit souvent de ne pas parler de leur infection autour d'eux de peur qu'ils ne soient stigmatisés. Ils peuvent vivre difficilement la maladie comme M. C qui dit : *« Je me suis senti un peu isolé [...] même jusque-là c'est pas toujours évident » ; « c'est difficile à supporter », « Je vis toujours avec la peur parce que je me dis, selon ce que j'entends, que ça attaque le foie, donc à un moment ça peut te donner certaines maladies » ; « ça m'empêche de faire des choses » ; « Je suis découragé » ; « tu vis quelque chose qui va jamais finir. C'est un peu... »*. Ainsi grâce à la médiation ils se sentent aidés et accompagnés. Comme le dit M. B : *« il a apporté beaucoup de force, il appelle beaucoup, ne me laisse pas. [...] il s'occupe bien de moi. »*

4. L'accompagnement en chiffres

Les patients accompagnés par le médiateur en santé ne représentent pas l'ensemble des patients dépistés au CASO. D'une part, certains étaient en fait déjà connus et suivis ou certains déménagent suite au diagnostic. D'autre part l'accompagnement étant chronophage, il ne permet pas de prendre en charge, tous les patients qui le nécessiteraient.

Les chiffres présentés sont issus d'une analyse rétrospective de données issues du fichier de suivi d'accompagnement des patients.

Sur les années 2023, 2024 et 2025, le médiateur en santé a suivi 34 patients dépistés d'une infection par le VHB au CASO³ (**Tableau 8**). En 2023 et 2024 il a réalisé en médiane 2 accompagnements physiques (9 au maximum) et 4 accompagnements téléphoniques par patient. Son accompagnement a permis un maintien dans le soin de 11 patients sur 15 en 2023, 9 patients sur 10 en 2024 et 8 patients sur 9 en 2025. Il n'a donc quasiment plus de perdu de vue parmi les personnes qu'il accompagne et dont il prend des nouvelles à environ 1 an du suivi.

En 2024 et 2025 on constate une diminution du nombre d'infections à VHB dépistées et suivies. Celle-ci est en lien avec une baisse totale de fréquentation du CASO initiée pendant les Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris. La prévalence est, quant à elle à peu près stable puisque sur la période d'étude de 6 mois elle était de 8,4% (12/143) contre environ 10% les années précédentes.

³ En plus donc d'une soixantaine d'autres patients ayant une infection par le VIH ou le VHC, ou dépistés dans d'autres structures que le CASO.

Tableau 8 - Caractéristiques de l'accompagnement du médiateur en santé

	2023 (N=15)	2024 (N=10)	Total 2023/2024* (N=25)	2025** (N=9)
Nombre total d'interventions du médiateur par patient				
Médiane	8	5,5	6	3
Q1; Q3	5,5; 9,5	3,2; 7,5	4; 8	2; 4,5
Min-Max	2 - 15	2 - 9	2- 15	1 - 5
Contacts téléphoniques par patient				
Médiane	4	3,5	4	2
Q1; Q3	2,5; 6,5	2; 4	2; 6	0,5; 3
Min-Max	2- 9	1 - 8	1 - 9	0 - 5
Accompagnements physiques par patient				
Médiane	3	2	2	2
Q1; Q3	0; 4	1; 2	0; 4	0; 2
Min-Max	0 - 9	0 - 5	0 - 9	0- 2
Perdu de vue à 1 an				
Non	11 (73%)	9 (90%)	20 (80%)	8 (89%)
Oui	4 (26%)	1 (10%)	5 (20%)	1 (11%)

* Le total n'inclut pas l'année 2025 car les accompagnements débutés fin 2025 ne sont pas tous terminés à l'heure actuelle en 2026

** En 2025 une autre personne était initialement sortie du parcours de soin mais le médiateur a finalement réussi à le recontacter et le ramener vers le soin en 2026.

5. Conclusion

La médiation en santé est la véritable clé de voûte de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La connaissance du terrain, du public cible, du système de santé et de leurs acteurs permet un accompagnement adaptable des patients dans leur insertion dans les parcours de prévention et de soins curatifs.

Le médiateur en santé a réussi à instaurer un accompagnement précieux auprès des patients qu'il suit en favorisant une autonomisation pérenne. Ces patients ont également pu y trouver un soutien moral nécessaire dans un contexte d'immigration récente, déjà difficile, auquel s'ajoute un diagnostic qui peut être mal vécu. Ce rôle d'accompagnement constitue le cœur de son métier. Au quotidien, il aide les patients à naviguer dans le système de soins. Mais ces actions, mises bout à bout, révèlent un rôle de fond tout aussi nécessaire : mettre en lumière, aux yeux des acteurs de la santé, les lacunes subies par des patients vulnérables et auparavant invisibilisés car, de fait, rapidement sortis du soin.

La formation et les postes de médiateurs en santé sont à développer dans les différentes structures de soins et collectivités territoriales tant qu'il existera des inégalités d'accès aux soins. Mais cette pratique repose, en plus d'un socle de formation, sur des qualités humaines propres telles que l'écoute, l'empathie et l'adaptabilité, mais surtout sur une grande part de motivation personnelle à « aller chercher » les personnes éloignées du soin et ne pas les laisser en sortir au premier obstacle. Il n'est donc pas

envisageable à long terme de faire reposer l'insertion dans le soin de dizaines de personnes sur un.e seul.e médiateur.ice. C'est pourquoi il est nécessaire, à partir des difficultés remontées du terrain, d'agir en amont de ces obstacles en cherchant des solutions durables pour faciliter les parcours de soin à leur racine.

Partie III : Vers une fluidification du parcours de soins par un renforcement du lien ville-hôpital

1. Parcours des patients au moment de l'étude

Nous avons vu en introduction générale que la prise en charge d'une infection chronique par le VHB était complexe car elle pouvait prendre des chemins variés en fonction de l'âge du patient, de ses comorbidités et de son bilan biologique et lésionnel initial. Elle est d'autant plus complexe lorsqu'il existe une problématique d'accès aux droits.

Au moment où débute notre enquête sur les connaissances, le parcours de soins des personnes diagnostiquées d'une infection par le VHB s'articule classiquement comme suit :

1. Après l'annonce du diagnostic et les explications, le médecin au CASO rédige les ordonnances de bilan biologique, échographie abdominale et FibroScan ainsi qu'un courrier d'adressage au spécialiste.
2. Le médiateur contacte le patient pour définir ses besoins et prend les rendez-vous à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis préférentiellement, si le lieu d'habitation du patient le permet. Il y a généralement 3 à 4 mois d'attente pour le premier rendez-vous.
3. Le patient effectue les 3 éléments du bilan initial et la première consultation avec un hépatologue, sur un minimum de 2 journées (si les rendez-vous ont pu être placés de façon optimale).
4. Suite à la première consultation, l'hépatologue décide de la mise en route ou non d'un traitement et de la périodicité des examens complémentaires et du suivi (à 3, 6 voire 12 mois) qui se poursuivront à l'hôpital Delafontaine.

A chaque visite à Delafontaine, une étape supplémentaire de passage à la PASS, en l'absence de couverture maladie effective, doit se faire tôt le matin.

La prise en charge, hospitalo-centrée, demande une coordination forte entre les différents services qui interviennent (hépato-gastro-entérologie, radiologie, service de prélèvement, PASS) qui, au moment de notre étude sur les connaissances, repose principalement sur le médiateur. Sans son intervention, le patient doit prendre lui-même ses rendez-vous qui seront donnés a priori sur des jours différents et donc se déplacer à plusieurs reprises dans un hôpital qu'il ne connaît pas au préalable.

Les patients décrivent cette complexité et cette appréhension de l'hôpital lors des entretiens. M. B dit par exemple que cela aurait été « *Un peu difficile* », « *sans [le médiateur] je connais pas là bas [...] L'hôpital il est là, mais je dois aller quelle porte, quel pavillon ? [...] je dois aller à la PASS parce que j'avais pas AME.* ».

M. D, qui n'était jamais allé à l'hôpital auparavant dit que ce serait « *un peu compliqué* » de se repérer.

Nous avons donc souhaité repenser le parcours de soins de ces patients, en amont de la palliation des nombreuses difficultés par le médiateur en santé.

2. Contexte de la réorganisation à Saint-Denis

Initialement le projet de réorganisation du parcours de soins des patients de Saint-Denis suivis pour une infection chronique par le VHB naît de la volonté d'un médecin généraliste exerçant une activité partagée entre le Centre Municipal de Santé (CMS) La Plaine (un des 4 CMS de Saint-Denis) et des consultations du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) de l'Hôpital Bichat. Elle porte la promotion du lien ville-hôpital entre ces deux structures.

Elle constate que sur la file active des 247 patients suivis pour VHB à l'hôpital Bichat (proche de Saint-Denis) en 2021, seuls 16% (40/247) nécessitent et ont un traitement dont les trois quarts (30/40) contrôlés sous ce traitement avec un ADN VHB <10 UI/mL. La majorité des patients traités n'avaient pas de lésion ou minimales au dernier FibroScan disponible (88%, 29/33). Chez les patients non traités seuls 19% (38/196) ont un ADN VHB >2000UI/mL. Ces résultats montrent qu'une large majorité de ces patients suivis en consultation spécialisée hospitalière ne présentent en réalité pas de complication et gagneraient à être suivis en médecine générale, ce qui soulagerait également l'hôpital. [\(33\)](#)

Par la suite s'engage une réflexion commune entre la ville de Saint-Denis (Direction de la Santé et médecins et médiateur des CMS) et l'Hôpital Delafontaine (SMIT et HGE) à laquelle nous (le SPAS) nous joignons afin de pouvoir intégrer les patients du CASO directement dans ce nouveau parcours en construction.

Le but est donc :

- De construire un parcours qui privilégie un suivi de médecine générale, dans les CMS, lorsque les patients ne présentent pas de complication nécessitant un avis spécialisé et,
- De tisser des liens privilégiés entre la ville et l'hôpital, pour recourir à un avis d'hépatologie avec possibilité d'adresser rapidement en cas de besoin.

Une telle prise en charge paraît pertinente pour les patients du CASO à plusieurs niveaux, d'après le profil des 25 patients accompagnés en 2023 et 2024 (**Tableaux 9 et 10**, données issues du fichier de suivi du médiateur) :

- Sur le plan médical :
 - o Un seul patient avait un taux d'ALAT élevé (à 2 fois la normale), et un était co-infecté par le VIH, seules données du bilan initial disponibles. Seuls trois patients (14%) ont nécessité la mise en route d'un traitement médical du VHB au cours de leur suivi. Ces données semblent indiquer que la prise en charge était, le plus souvent, simple.
 - o Deux patients présentaient des co-morbidités et une patiente était enceinte. Ils requéraient donc une prise en charge globale de médecine générale. Les antécédents sans rapport avec le VHB n'étaient pas recueillis de façon systématique.
 - o On note chez 24% des patients (6/25) des antécédents de violences subies qui nécessitaient d'être suivis notamment sur le plan psychique.
- Sur le plan social :
 - o Les trois quarts des patients n'avaient aucune couverture maladie avant le suivi. Pourtant la majorité (84%, 21/25) étaient en France depuis plus de 3 mois au moment du diagnostic. Étant probablement éligibles à l'AME, ils

auraient pu bénéficier d'une ouverture de droits rapide avec l'aide du médiateur du CMS.

- Un tiers d'entre eux (33%, 8/23) vivait à la rue ou en squat et la grande majorité (96%, 21/22) n'avait pas d'emploi. Ces personnes auraient donc pu bénéficier au CMS d'une aide globale sur le plan social.

- Sur le plan organisationnel :

- Il serait bénéfique pour ces patients de supprimer la difficulté de déplacements fréquents à l'hôpital et de créer des liens avec eux dans une structure plus proche du lieu de vie.
- Cela paraît possible sans surcharger les CMS car sur les années 2023 – 2024 ce sont seulement 6 de ces patients qui vivaient sur le secteur de Saint-Denis.

Au cours de ces réflexions, un circuit d'hospitalisation de jour (HdJ) a pu être construit à l'hôpital Delafontaine, sous l'impulsion d'une des médecins infectiologues. Il a débuté en janvier 2026 et permet depuis de réaliser sur une journée tous les examens du bilan initial avec : accueil infirmier et bilan biologique à l'HdJ du SMIT, échographie hépatique en radiologie, FibroScan en HGE et consultation de synthèse avec un interne du SMIT. Une consultation avec un.e hépatologue est ensuite programmée deux à trois semaines après l'HdJ pour décider ou non de la prescription d'un traitement et élaborer une conduite à tenir pour le médecin généraliste qui pourra prendre le relai par la suite. Cette hospitalisation de jour nécessite une couverture maladie ou d'y être au moins éligible (rétroactivité possible à l'ouverture).

Tableau 9 - Caractéristiques médicales des patients suivis par le médiateur en 2023 et 2024

Caractéristique	N=25
Contexte du diagnostic – n(%)	
Découverte	20 (80)
Reprise de suivi	5 (20)
Antécédents médicaux/comorbidités – n(%)	
Non	21 (84)
Co infection VIH	1 (4)
Dorsalgies chroniques, antalgiques	1 (4)
Grossesse au moment du diagnostic	1 (4)
Ulcère	1 (4)
Antécédents de violences subies – n(%)	
Oui	6 (24)
Non	19 (76)
Transaminases au bilan initial – n(%)	
Elevées	1 (4)
Normales	24 (96)
Mise en route d'un traitement au cours du suivi – n(%)	
Oui	3 (14)
Non	18 (86)
Donnée manquante	4
Lieu d'orientation – n(%)	
Hôpital Delafontaine	14 (56)
Hôpital parisien ¹	5 (20)
Autre hôpital d'Ile-de-France ²	5 (20)
Hôpital hors Ile-de-France ³	1 (4)

¹Hôpitaux parisiens : Bichat, Lariboisière, Saint-Louis, Saint-Antoine, Tenon ; ²Autre hôpitaux d'Ile-de-France : Longjumeau (2 patients), Villeneuve-Saint-Georges, Robert Ballanger, Sud Francilien ; ³CHU Caen Normandie

Tableau 10 - Caractéristiques socio-démographiques des patients VHB suivis par le médiateur en 2023 et 2024

Caractéristique	N=25
Genre – n(%)	
F	5 (20)
M	20 (80)
Age au moment du diagnostic – n(%)	
Moyenne (écart-type)	32 (7)
Min-Max	20 - 47
Pays d'origine – n(%)	
Côte d'Ivoire	16 (64)
Guinée	3 (12)
Cameroun	2 (8)
Sénégal	2 (8)
Bénin	1 (4)
Mali	1 (4)
Au moment du diagnostic, en France depuis : – n(%)	
Moins de 3 mois	4 (16)
Entre 3 mois et 1 an	14 (56)
Entre 1 et 3 ans	4 (16)
Plus de 3 ans	3 (12)
Adresse de rattachement – n(%)	
Saint-Denis	6 (24)
93 hors Saint-Denis	10 (40)
Hors 93	9 (36)
Lieu de vie – n(%)	
logement personnel (collectivité)	2 (9)
hébergé	13 (57)
squat	2 (9)
sans domicile	6 (26)
Donnée manquante	2
Emploi – n(%)	
oui	1 (4)
non	21 (96)
Donnée manquante	3
Couverture maladie au dépistage – n(%)	
Aucune	19 (76)
PUMA	2 (8)
AME	4 (16)
Dossier AME en cours	0 (0)

3. Proposition d'algorithme de prise en charge (PEC) pour les patients du CASO

Voici comment pourrait s'articuler la prise en charge suite à un dépistage d'infection par le VHB au CASO (**Figure 13**).

Lorsqu'une infection par le VHB est découverte, le médecin l'annonce et informe le patient sur ce qu'est l'hépatite B à l'aide des outils de SOS *hépatites* notamment. Il reprend un interrogatoire à la recherche de comorbidités et de facteurs de risques de CHC, examine le patient en recherchant des signes d'hépatopathie avancée ou décompensée et fait prélever un nouveau bilan biologique (Charge virale, bilan hépatique (transaminases, GGT, PAL, bilirubine) et clairance de la créatinine, les autres analyses n'étant pas prises en charge par ce laboratoire).

Si critère d'urgence ou de gravité : signe clinique d'hépatopathie avancée/décompensée, ADN VHB >20 000 UI/mL, perturbation du bilan hépatique, facteur de risque de CHC

Le médecin ayant fait le diagnostic prend avis auprès du service d'infectiologie ou d'HGE de l'hôpital vers lequel sera orienté le patient, afin d'organiser une prise en charge rapide.

Sans critère de gravité/urgence :

Si le patient est domicilié en Seine-Saint-Denis, secteur Saint-Denis, et qu'il bénéficie d'une couverture maladie (rare) ou qu'il y est éligible (plus fréquent), il peut alors effectuer son bilan initial en hôpital de jour (HDJ) au SMIT de l'hôpital Delafontaine (CHSD). Il sera alors revu deux à trois semaines plus tard par un hépatologue du CHSD qui déterminera la prescription d'un traitement ou non et la conduite à tenir par la suite. A partir de ce moment, le patient pourra être suivi par un médecin généraliste dans un CMS proche de chez lui, qui prendra en charge sa santé globale incluant l'infection par le VHB. Son attaché au CMS lui permettra aussi de bénéficier d'un accompagnement social, notamment pour l'ouverture de droits.

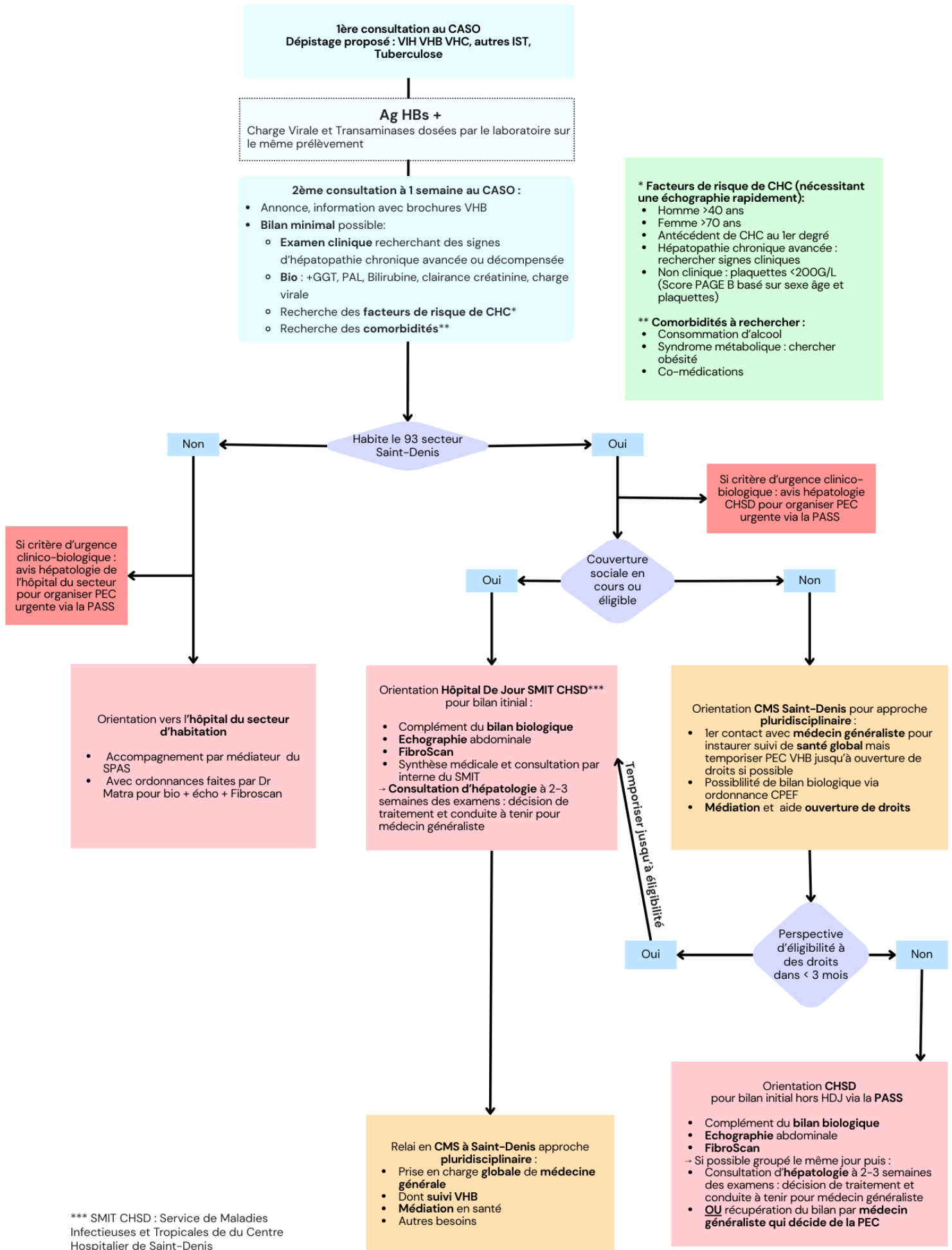
Si le patient est domicilié en Seine-Saint-Denis, secteur Saint-Denis, mais qu'il n'a pas de couverture maladie et qu'il n'y est pas éligible à court terme, alors administrativement il ne peut pas recourir à l'HdJ. Il pourra alors être orienté directement en CMS pour un premier contact avec un médecin généraliste et un entretien avec le médiateur pour évaluer les possibilités d'accès aux droits. Si une perspective d'éligibilité à des droits s'ouvre dans les 3 mois⁴, alors le médecin peut décider de temporiser jusqu'à cette date pour demander un bilan initial en HdJ au CHSD. Si les perspectives d'accès à des droits sont trop éloignées, il faut alors passer par l'ancien circuit : les examens sont réalisés un par un via la PASS, en essayant de grouper les rendez-vous. Cette première attache dans un CMS, est nécessaire rapidement après le diagnostic afin d'engager tout de suite le patient dans un parcours de soins et ne pas perdre le contact.

Enfin, si le patient ne vit pas sur le secteur de Saint-Denis, alors le médiateur en santé du SPAS, comme auparavant, prend les rendez-vous et accompagne le patient à l'hôpital le plus accessible pour lui.

⁴ C'est par exemple le cas d'une personne migrante en situation irrégulière arrivée il y a moins de 3 mois (situation fréquente), avec des papiers d'identité, une adresse de rattachement et des ressources inférieures au plafond imposé. Elle pourra recourir à l'AME au bout de 3 mois en France.

En pratique, à l'heure actuelle, deux patients du CASO ont pu être orientés vers des CMS et une patiente bénéficiera prochainement d'une HdJ.

Figure 13 - Algorithme de prise en charge (PEC) des patients dépistés positifs au VHB



4. Conclusion

Il est primordial, devant la surcharge hospitalière et les difficultés d'accès aux soins, de repenser les parcours. Dans le cadre du VHB, la plupart des situations ne requièrent pas un suivi entièrement spécialisé ni hospitalier. La prise en charge dans un Centre Municipal de Santé présente de nombreux avantages :

- Pour le patient :
 - Par la médecine générale, une approche complète de la santé qui, nous l'avons vu, peut présenter bien d'autres problématiques en lien ou non avec le VHB,
 - Une approche sociale permettant notamment une ouverture de droits de santé accélérée,
 - Une structure de soins pluridisciplinaire identifiée par le patient ainsi que sa famille et proche du lieu de vie,
- Et à plus grande échelle pour le système de soins :
 - Un lien entre les professionnels de santé de ville et hospitaliers qui permet un avis spécialisé en cas de besoin,
 - Une décharge hospitalière qui soulage les soignants et libère de la place pour les situations complexes.

Un renforcement du lien-ville hôpital améliorerait ainsi la lisibilité du parcours de soins pour les patients et les soignants. Cette démarche n'est pas spécifique aux patients du CASO. Elle s'inscrit dans les directives émises par l'ANRS et l'AFEF en 2014 qui stipulent notamment que « *le rôle du médecin traitant doit être privilégié dans les formes minimales ou modérées [...] avec un avis spécialisé annuel afin d'éventuellement rediscuter l'opportunité d'un traitement* », ceci après une évaluation initiale spécialisée. [\(30\)](#).

Discussion générale

La problématique initiale était celle des patients du CASO de Médecins du Monde, chez qui nous retrouvons une prévalence élevée d'infection chronique par le Virus de l'Hépatite B, et qui adhéraient ensuite difficilement à leur suivi médical. Nous nous sommes intéressés à trois leviers d'action mobilisables pour favoriser l'adhésion des patients à leur parcours de soins et leur éviter des complications à long terme : les connaissances liées à l'infection, l'accompagnement par la médiation en santé et la fluidification du parcours de soins.

Dans la Partie I nous avons souhaité évaluer le niveau de connaissances des patients vis-à-vis du VHB. Cette étude nous a permis de constater que, bien qu'originaires de régions où le VHB est endémique, les patients le connaissent mal. En effet, 42% n'en ont jamais entendu parler. Ceux qui en ont entendu parler en maîtrisent peu les notions clés telles que le tropisme hépatique et les enjeux de transmission et de protection. En pratique, il faudrait donc partir du principe que :

- Une personne qui a accepté de faire un dépistage ne sait, en réalité, pas nécessairement ce que l'on cherche, ni pourquoi.
- Une personne avec une sérologie positive pour le VHB n'a potentiellement jamais entendu parler de cette maladie. Si elle dit en avoir déjà entendu parler, elle détient possiblement des informations erronées ou incomplètes à son sujet, ou bien elle peut le confondre avec le VIH par exemple.

Le premier axe de stratégies favorisant l'adhésion proposé par *DiMatteo et al.* [\(64\)](#) préconise de s'assurer que les patients détiennent les bonnes informations et savent comment adhérer, en étant à l'écoute de leurs préoccupations. Ceci implique donc, à partir de nos résultats, de fournir une information complète aux patients, au moment du dépistage, sur les infections recherchées et pourquoi on les recherche. Il faudrait notamment les informer sur la possible vaccination contre le VHB qui en découlera. Ces précisions pourraient favoriser leur venue pour récupérer les résultats. L'information au moment de l'annonce d'un dépistage positif devrait être d'autant plus claire. Nous avons vu par l'enquête ANRS-Parcours, que des patients pouvaient intégrer durablement de fausses informations sur leur infection [\(88\)](#). Si les personnes qui suivent le patient n'accordent pas le temps nécessaire à l'information et à la déconstruction de ses représentations, celles-ci peuvent peser lourd sur leur bien-être. Les notions importantes telles que les modes de transmission, le tropisme hépatique, les possibles symptômes ou absence de symptôme, la nécessité de suivi pour prévenir les complications, même en l'absence de symptôme, et la prévention de transmission à l'entourage devraient être expliquées dans un double enjeu : faire prendre conscience au patient de la nécessité d'adhérer à son suivi médical, mais aussi celle de faire dépister et, le cas échéant, vacciner ou faire suivre médicalement les membres de son entourage proche. L'information devrait s'adapter à chaque personne avec sa barrière de la langue et son niveau de compréhension. L'utilisation de l'interprétariat, si possible présentiel ou au moins téléphonique, devrait être systématique à n'importe quelle consultation pour s'adapter aux langues maîtrisées par la personne. L'utilisation seule d'outils informatiques de traduction devrait être proscrite car l'information traduite peut être erronée ou incomplète [\(99\)](#). Ainsi, cette information devrait s'appuyer sur des outils clairs et validés, tels que les brochures présentées, et des outils vidéo/audio en plusieurs langues, encore à créer. Notre questionnaire de connaissances pourrait aussi constituer un outil d'information : les patients pourraient, avant un dépistage, remplir le

questionnaire en salle d'attente. Cela pourrait leur permettre de réfléchir sur le sujet et amener le médecin, pendant la consultation, à revenir sur les sujets qui posent question.

Notre étude a montré que le niveau de connaissance était corrélé avec le niveau d'étude des personnes interrogées. Cette information peut paraître évidente, mais en réalité elle confirme qu'il existe une réelle place à l'éducation des patients sur ce sujet pour en améliorer leurs connaissances. C'est pourquoi il est primordial d'informer et de s'assurer de la bonne compréhension, dès le début, mais aussi tout au long du suivi. Des programmes d'éducation thérapeutique sur le sujet de l'hépatite B pourraient permettre de renforcer les connaissances et la motivation à adhérer, qui sont deux piliers de la littératie en santé. En effet, il a été montré dans de nombreuses études que des interventions ciblant la littératie en santé amélioreraient l'adhésion dans le cadre de pathologies chroniques. Selon la littérature, cette amélioration serait particulièrement significative lorsque les interventions ciblent des populations plus vulnérables (pauvreté, minorités ethniques). [\(100\)](#)

Mais une bonne compréhension de sa maladie, bien que nécessaire, est insuffisante si l'on ne prend pas en compte la personne dans sa globalité, avec toutes ses difficultés, préoccupations, contraintes, représentations, motivations, son autonomie et son vécu. Nous avons vu que les personnes pouvaient vivre leur maladie et être motivées par le suivi de façon bien différentes. Elles peuvent par exemple avoir de nombreuses préoccupations et considérer leur infection comme un problème annexe (M. B). Elles peuvent aussi accorder une grande importance à leur santé et être donc motivées et reconnaissantes envers leur suivi (M. A) ou au contraire souffrir psychiquement du fait que leur état de santé soit perçu comme dégradé (M. C). Elles peuvent aussi, par leur histoire, porter des représentations ancrées de la maladie si, par exemple, des proches en ont souffert et/ou en sont décédés (M. D). Les situations sociales rencontrées sont également très diverses. Des problématiques concrètes d'accès aux droits à la santé, de logement, de ressources ou de proximité avec les structures de soins impactent directement l'adhésion au suivi. Cette variabilité nécessite une grande adaptabilité et un suivi personnalisé.

Cette adaptabilité ne peut être entièrement portée par les professionnels de santé impliqués dans le suivi, en raison notamment d'un manque de temps, de formation et de moyens. Elle est, en revanche, le propre du médiateur en santé. Nous avons vu en Partie II que la médiation en santé constituait une interface entre les patients et le système de soins. L'accompagnement des patients par le médiateur en santé s'inscrit dans le deuxième axe stratégique pour favoriser l'adhésion. En tenant compte de leur contexte socio-culturel avec leurs connaissances, croyances, attitudes et motivations, il aide les patients à croire en l'intérêt de leur suivi et les motive à s'y impliquer. Il se situe également à l'intersection des deux autres axes en s'assurant de la bonne compréhension de façon répétée, et en aidant les patients à surmonter les obstacles pratiques par l'accompagnement physique et l'aide à l'accès aux droits. [\(64\)](#) Ainsi, la médiation en santé apparaît comme une variable d'ajustement essentielle entre l'infinité de situations possibles et la rigidité relative du système de santé.

Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2023 sur la médiation en santé souligne son intérêt majeur dans la lutte contre les inégalités sociales de santé [\(101\)](#). En effet, son intérêt a été démontré dans de nombreuses expérimentations. Par exemple lors de la pandémie, la mobilisation de médiateurs en santé a permis de décliner le plan de lutte contre la Covid-19 chez les Gens du voyage

en Nouvelle-Aquitaine, en aidant à l'identification de cas contacts et le signalement des cas. Ceci a été possible grâce à la relation de confiance qu'ils avaient établi avec ces personnes et ils ont été capables de prendre en compte leurs problématiques spécifiques (102). Le rôle de médiateur en santé a également été décrit au sein de 4 services d'urgences du Sud-Est de la France. Leurs interventions auprès de personnes en situation de précarité qui fréquentaient souvent les urgences, ont permis une réduction du nombre de réadmissions. Cette étude soulignait le rôle de la médiation en santé dans le renforcement des réseaux interprofessionnels au sein et à l'extérieur du service, le soulagement du poids psychologique des soignants des urgences et la réduction de l'errance médicale des patients (103). Ainsi, la médiation trouve également son intérêt directement dans des structures de soins. Les médiateurs pourraient y accompagner les personnes présentant des difficultés dans leurs parcours, et notamment celles qui ont interrompu leur suivi, par une stratégie de rappel. Enfin, l'IGAS souligne un aspect important de la médiation qui est de « *mobiliser les ressources communautaires des territoires qui sont souvent sous-valorisées par les professionnels (permanences associatives, maisons de quartiers, espaces jeunesse, tiers-lieux seniors...) dont les évaluations d'impact montrent à la fois un impact positif tant pour les bénéficiaires directs dans l'accès aux soins que pour les professionnels et les aidants* ».

Ainsi les médiateurs en santé jouent un rôle important dans le décroisement du système de soins et, par leurs actions, mettent en lumière la nécessité de repenser les parcours.

Lorsqu'une infection par le VIH est dépistée, la suite de la prise en charge est bien codifiée et les services d'infectiologie sont mobilisés pour accueillir très rapidement les patients et mettre en place un traitement au plus tôt. C'est d'ailleurs cet enjeu de mise sous traitement précoce qui impose de ne pas perdre de temps avant d'engager les patients dans le soin. La structuration de ces parcours de soins spécifiques a été grandement favorisée par des mobilisations médicales et associatives, en réponse à l'épidémie (88). Un diagnostic d'hépatite C nécessite également une mise sous traitement systématique (104). Le traitement antiviral de l'hépatite C est une des grandes révolutions médicales du XXI^{ème} siècle. Ces avancées récentes, qui permettent une guérison virologique attendue dans les 3 à 4 mois suivants dans 95% des cas, justifient que la prise en charge soit débutée au plus tôt. Les moyens sont ainsi également déployés pour le permettre. L'hépatite B n'a pas bénéficié de mobilisations collectives de même ampleur que le VIH. De plus, nous l'avons vu, sa prise en charge est plus complexe. La plupart des patients ne seront pas mis sous traitement et la surveillance devra être poursuivie au long cours. Ainsi la mise en route du suivi médical d'une infection chronique par le VHB est perçue comme non-urgente ce qui, dans des infrastructures de santé débordées, la classe plus loin dans la liste des priorités.

La redéfinition du parcours de soins de ces patients, détaillé dans la Partie III, apparaît donc nécessaire, d'un côté, sur un plan organisationnel : l'hôpital est surchargé, et il est possible de prendre en charge en ville la majorité des suivis de cette infection chronique. En effet, parmi les patients avec une infection chronique par le VHB à Bichat en 2021, seuls 16% étaient sous traitement, dont une majorité contrôlée (33). Chez les 25 patients du CASO suivis par le médiateur en 2023 et 2024, un seul avait un taux d'ALAT augmenté au bilan initial et par la suite seuls 3 ont dû être mis sous traitement (12%). Ces données mettent en évidence que la majorité de ces patients bénéficiant d'un suivi spécialisé hospitalier, pourraient en fait être suivie en médecine générale. A plus grande échelle, les données de l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) montrent que les

personnes nouvellement prises en charge entre 2008 et 2011 ne présentaient des critères de gravité qu'en minorité. La charge virale était <2000UI/mL chez 58%, le taux d'ALAT normal dans 72% des cas et une atteinte hépatique sévère était retrouvée chez 11% des patients (9,5% pour les patients originaires de zones de haute endémicité) [\(105\)](#). Les données de gravité et de probable nécessité de suivi spécialisé sont donc comparables dans les 3 situations. Pourtant l'enquête ANRS-Parcours retrouve en 2012-2013 18% d'atteinte hépatique grave et 34% de patients sous traitement dans sa cohorte de patients suivis majoritairement en hospitalier. En réalité dans cette cohorte les patients étaient suivis depuis 5 ans en médiane. L'hypothèse principale des auteurs pour expliquer cette différence avec les données de l'InVS est un phénomène d'attrition lié au fait que, justement, les personnes ayant une infection peu grave maintiennent peu leur suivi au long cours. De même, ils constataient que dans leur cohorte les patients avaient eu un délai de prise en charge (délai entre le diagnostic et le début de la prise en charge) beaucoup plus court que dans les données de l'InVS. Cette différence témoignerait également d'une attrition liée au fait que les personnes ayant eu une prise en charge tardive adhèrent par la suite plus difficilement [\(106\)](#). Ces deux dernières notions nous confirment l'importance :

- De proposer une prise en charge simplifiée et plus accessible (en médecine générale) des patients sans critère de gravité qui seraient moins enclins à un suivi,
- Et d'initier la prise en charge le plus tôt possible après le diagnostic.

C'est pourquoi, d'un autre côté, la redéfinition du parcours apparaît nécessaire au bénéfice du patient.

Le parcours décrit à Saint-Denis propose : un bilan initial complet en hospitalisation de jour (HdJ) suivi d'une consultation spécialisée en hépatologie, puis un adressage du patient vers un médecin généraliste en CMS. Ce parcours présente de nombreux avantages pour les patients :

- Le bilan initial complet effectué en HdJ permet au patient de ne se déplacer à l'hôpital que deux fois pour les examens et la consultation. Cette journée peut être l'occasion pour le patient de rencontrer d'autres patients dans sa situation et de créer du lien. Par la suite, des séances d'éducation thérapeutique pourraient être proposées lors de ces journées.
- L'infection par le VHB devient une porte d'entrée pour accéder à un médecin généraliste qui intégrera l'infection dans un suivi global de santé et de prévention.
- Le CMS est une structure plus petite et plus proche généralement que l'hôpital.
- Le CMS peut devenir une attache identifiée pour les besoins de santé physique et mentale, de prévention et d'aide sur le plan social, pour le patient et ses proches.

C'est réellement la notion de lien qui est primordiale dans ce parcours. La consultation d'hépatologie qui conclut le bilan initial permet de donner une conduite à tenir au médecin généraliste qui prendra le relai. Cette communication est essentielle pour établir un lien privilégié ville-hôpital et donner confiance aux médecins généralistes dans leur prise en charge. De plus, les dernières recommandations EASL, qui seront probablement prises en compte par la HAS prochainement, tendent à simplifier la prise en charge, ce qui facilitera son intégration dans des parcours de médecine générale [\(27\)](#). Il pourrait être bénéfique de créer un outil tel qu'un algorithme, informatique ou non, d'aide à la décision dans le suivi des infections chroniques par le VHB [\(33\)](#).

Le lien entre un patient et son médecin doit, quant à lui, constituer une alliance thérapeutique forte. L'enquête ANRS-Parcours a établi, par un volet qualitatif, que les attentes et contraintes des spécialistes ne rencontraient pas réellement les attentes des patients suivis pour une infection chronique par le VHB (et moins que pour le VIH). Dans

cette étude les médecins décrivent comme objectif une consultation médicale centrée sur les résultats biologiques. Les consultations de 5 à 10 minutes ne laissent pas de temps à consacrer à de l'information approfondie et à la situation personnelle et sociale du patient. Du côté des patients, *D. Pourette*, l'autrice, constate un manque d'information et de fausses représentations que nous avons déjà mentionnés (cf. Partie I). Les patients attendent donc des informations notamment sur les traitements et une possibilité de guérison. Ceux qui ont un traitement voudraient en comprendre l'intérêt s'il ne permet pas de guérison, et ceux qui n'en ont pas aimeraient comprendre pourquoi on ne leur en prescrit pas. Certains patients souhaiteraient de l'aide de la part des médecins dans l'obtention d'un titre de séjour (88). De nombreuses études et une méta-analyse ont prouvé que la communication du médecin avec son patient était fortement corrélée à l'adhésion (107). Ainsi, un suivi par le médecin traitant, dans le cadre d'un suivi global de santé, avec un contact plus régulier et approfondi créerait un lien de confiance privilégié qui serait favorable à l'adhésion.

En pratique, certaines difficultés concrètes freinent la pleine mise en route de ce parcours. Notamment, pour prendre rendez-vous en HdJ, l'identitovigilance impose la présence du patient, ce qui nécessite un déplacement supplémentaire, et les délais sont longs. Concernant le suivi en ville, le Fibroscan reste un problème car il ne peut être effectué qu'à l'hôpital Delafontaine, avec des délais d'attente allant jusqu'à plusieurs mois. Ceci pourrait être surmonté si des échographistes proposant une autre technique d'élastométrie associée à l'échographie étaient identifiés en ville (ARFI (acoustic radiation force impulse imaging) ou SWE (shear wave elastography)) (108). Une pratique inspirante à ce sujet est celle de l'Equipe Mobile Hépatites du centre hospitalier de Perpignan, spécialisée dans la prise en charge des hépatites B et C « *du dépistage à la guérison* ». Grâce à un camping-car aménagé équipé d'un Fibroscan, ils réalisent auprès d'une cinquantaine de structures partenaires des dépistages de VIH, VHB et VHC et peuvent évaluer la fibrose hépatique. En Île-de-France, le SPIDH (Service mobile de Prévention, d'Information et de Dépistage des Hépatites et du VIH) de l'association Gaïa propose aussi de façon mobile, des dépistages et évaluations de la fibrose. Elle s'adresse principalement à des structures d'addictologie et de réduction des risques (109,110).

La fluidification du parcours de soins par un renforcement du lien ville-hôpital s'inscrit dans le troisième axe pour favoriser l'adhésion, car elle vise à établir une stratégie à long terme qui aide à surmonter les obstacles pratiques. Elle répond également aux recommandations émises par l'ANRS et l'AFEF (30) qui préconisent de privilégier le rôle du médecin traitant dans le suivi des formes minimales à modérées.

Par ces trois leviers d'actions, nous avons souhaité mobiliser les facteurs d'adhésion aux soins tels que décrits par l'OMS. Renforcer les connaissances impacterait positivement les « facteurs liés au patient ». La médiation en santé joue sur trois types de facteurs. Elle impacte les facteurs liés au système de santé et aux équipes soignantes, en accompagnant et en facilitant l'insertion dans le soin. Elle joue un rôle important sur les facteurs liés aux patients, en renforçant leurs connaissances, tout en prenant en compte leurs perceptions, leurs difficultés, leurs motivations et en favorisant leur autonomisation. Elle agit enfin sur les facteurs socio-économiques par une orientation auprès d'assistantes sociales qui peuvent apporter de l'aide, non seulement à l'ouverture des droits, mais aussi pour trouver un logement, des associations d'aide alimentaire ou autres.

Les facteurs liés à la maladie sont difficilement modifiables ; mais concernant les facteurs liés au traitement, une prise en compte des dernières recommandations de 2025

de l'EASL par la HAS permettra peut-être prochainement d'élargir et de simplifier les indications thérapeutiques. Les patients sous traitement adhèreraient possiblement mieux à leur suivi que s'ils n'étaient pas traités [\(27\)](#).

Notre travail sur l'adhésion des patients à leur suivi d'une infection chronique, dans le but d'en prévenir les complications correspond à une démarche de prévention tertiaire, qui tente de s'inscrire dans la charte d'Ottawa, texte fondateur de la promotion de la santé. Cette charte établit 5 axes stratégiques qui sont, encore aujourd'hui, des repères essentiels à la création de programmes de prévention et de promotion de la santé, à toutes les échelles : élaboration de politiques pour la santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles et réorientation des services de santé [\(111\)](#) (**Figure 14**).

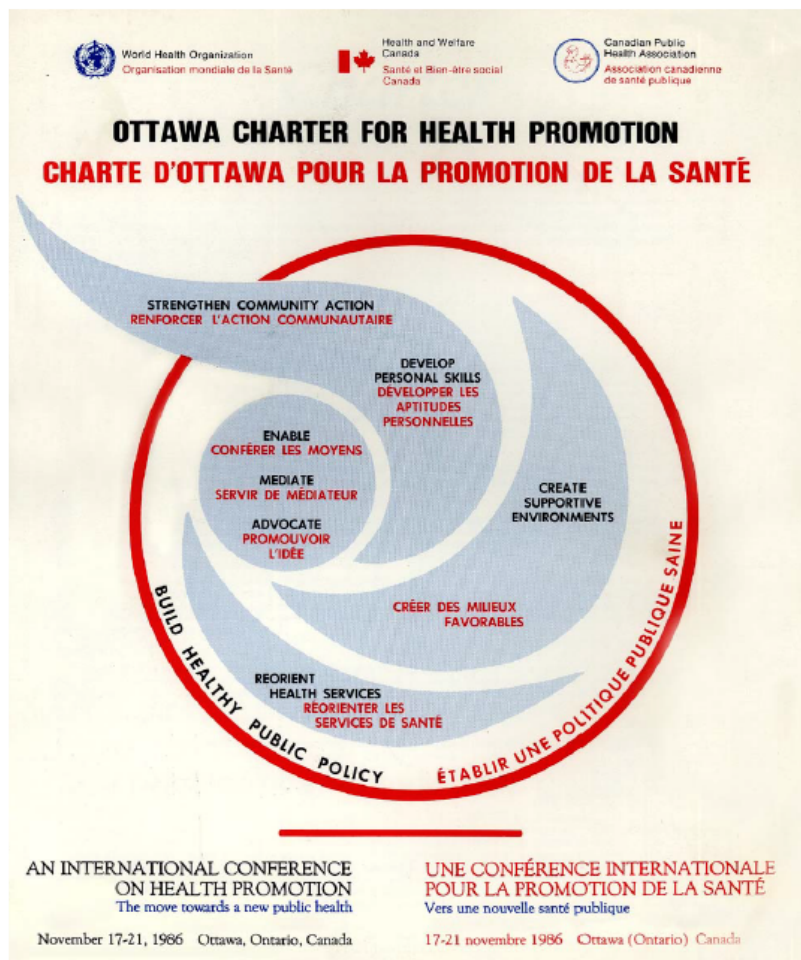
Dans le cadre de cette thèse :

- L'acquisition d'aptitudes individuelles passe par l'amélioration des connaissances et l'autonomisation.
- L'accompagnement par le médiateur et des structures de soin pluridisciplinaires telles que les CMS créent des milieux favorables.
- La redéfinition du parcours de soins participe à réorienter les services de santé.

Afin de s'intéresser aux deux axes restants :

- Une valorisation et une collaboration renforcée avec le milieu associatif (associations communautaires, associations de patients, etc.) permettrait de renforcer l'action communautaire.
- Les politiques publiques saines doivent déjà, avant d'en élaborer de nouvelles, être conservées. Malheureusement le droit à la santé des personnes migrantes, particulièrement celles en situation irrégulière, est continuellement remis en cause. L'AME revient chaque année au cœur des débats politiques et en ressort plus abîmée : menaces de suppression, gel des budgets, remises en question du panier de soins, instauration d'un délai minimal de 9 mois d'admission avant certains soins non urgents, et plus récemment, obligation de présentation d'une pièce d'identité avec photo, excluant ainsi un tiers des personnes accueillies dans les CASO [\(112,113\)](#). Les stratégies de plaidoyer, employées par des ONG telles que Médecins du Monde ou AIDeS, et des collectifs médicaux [\(114\)](#), sont de plus en plus nécessaires. La délivrance de titres de séjours pour soins est actuellement accordée pour environ 60% des personnes suivies pour une infection chronique par le VHB (données de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) de 2019 [\(115\)](#)). Elle constitue également un levier important dans la promotion de la santé de ces personnes.

Figure 14 - Charte l'Ottawa pour la Promotion de la Santé, 1986



La charte d'Ottawa a été élaborée en 1986 à l'issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé.

Ce travail présente plusieurs limites. Les axes de médiation en santé et de redéfinition du parcours de soins n'ont pas fait l'objet d'évaluation approfondie de leur efficacité. L'intérêt de la médiation en santé est démontré dans la littérature et les recommandations de la HAS. Le faible nombre de perdus de vue à 1 an témoigne aussi de l'efficacité de son suivi. Cette donnée pourrait être évaluée à plus long terme et sur d'autres indicateurs sociaux (accès aux droits, hébergement, titre de séjour) et de santé (contrôle de l'infection, qualité de vie, littératie en santé). Le nouveau parcours de soin défini, et notamment l'implication du médecin généraliste, sont en cours d'implémentation et devraient être évalués à distance. Les indicateurs du côté des patients pourraient être communs avec ceux décrits pour l'évaluation de la médiation. Les autres pathologies nécessitant un suivi par un médecin traitant, les autres professionnels consultés dans les CMS et le fait que d'autres membres de la famille soient suivis ou non dans les CMS pourraient être également mesurés. Les bénéfices pour les structures de soin pourraient également être évalués par l'évolution du nombre de patients suivis pour une infection par le VHB et par le délai d'attente pour un rendez-vous à l'hôpital et dans les CMS. Enfin une évaluation qualitative pourrait s'envisager par des entretiens avec des patients et les professionnels impliqués (médecins spécialistes hospitaliers, médecins généralistes, médiateurs).

Une autre limite concerne le périmètre d'application du nouveau parcours. A l'heure actuelle il s'adresse aux patients dépistés au CASO et résidant sur le secteur de Saint-Denis. Les autres patients dépistés par les médecins du SPAS (CDPS, CeGIDD, lors d'actions hors-les-murs) pourraient être également inclus. Si l'implémentation se consolide et se révèle bénéfique au regard des critères définis plus haut, une réflexion pourrait être menée avec les CMS des autres villes de Seine-Saint-Denis proches de l'hôpital Delafontaine.

Conclusion Générale

L'infection par le Virus de l'Hépatite B est la plus fréquente des infections dépistées au CASO. Non suivie, elle peut se compliquer de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire et entraîner un décès prématuré. Elle est pourtant mal connue des usagers du CASO qui sont majoritairement originaires de pays de haute endémicité.

La complexité de la prise en charge de cette infection et l'incompréhension de ses enjeux par les personnes concernées ont pour conséquence des ruptures de suivi. En effet, un tel diagnostic constitue souvent un fardeau supplémentaire pour des personnes éloignées du soin, qui peuvent cumuler les facteurs de précarité.

Une éducation pour la santé, un accompagnement favorisant l'autonomisation et un suivi intégré à une démarche de médecine générale globale sont des leviers à mobiliser pour favoriser l'adhésion au parcours de soins.

Un diagnostic d'infection par le VHB, au lieu de n'être qu'un fardeau, peut aussi constituer une porte d'entrée privilégiée vers le système de santé et le secteur social.

Valorisation

La partie I sur les connaissances fait l'objet d'un article actuellement en cours de relecture qui sera soumis prochainement à la revue *Infectious Diseases Now*. Elle a également été présentée en communication orale aux Journées Thématiques en Santé Sexuelle en mai 2025.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Hépatite B [Internet]. Genève: OMS; 2024 [cité 19 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
2. Global Hepatitis Report 2024: Action for Access in Low- and Middle-Income Countries. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p.
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). VIH/sida [Internet]. Genève: OMS; 2024 [cité 19 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> [Internet]. [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
4. Sheena BS, Hiebert L, Han H, Ippolito H, Abbasi-Kangevari M, Abbasi-Kangevari Z, et al. Global, regional, and national burden of hepatitis B, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. sept 2022;7(9):796-829. doi:10.1016/S2468-1253(22)00124-8
5. World Health Organization. Viral Hepatitis Scorecard 2021: African Region | OMS | Bureau régional pour l'Afrique [Internet]. 2026 [cité 22 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/publications/viral-hepatitis-scorecard-2021-african-region>
6. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol*. 1 déc 2019;5(12):1749-68. doi:10.1001/jamaoncol.2019.2996
7. Maucourt-Boulch D, de Martel C, Franceschi S, Plummer M. Fraction and incidence of liver cancer attributable to hepatitis B and C viruses worldwide. *International Journal of Cancer*. 2018;142(12):2471-7. doi:10.1002/ijc.31280
8. 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 Epidemiol Hebd*. 2019;9p.
9. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. *Institut de veille sanitaire*. 2004:176p.
10. Global Hepatitis Program. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016–2021, vers l'élimination de l'hépatite virale. World Health Organization; 2016.
11. Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles. Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030. World Health Organization; 2022.
12. Razavi-Shearer D, Gamkrelidze I, Pan C, Jia J, Berg T, Gray R, et al. Global prevalence, cascade of care, and prophylaxis coverage of hepatitis B in 2022: a modelling study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 1 oct 2023;8(10):879-907. doi:10.1016/S2468-1253(23)00197-8
13. Wong GLH, Lemoine M. The 2024 updated WHO guidelines for the prevention and management of chronic hepatitis B: Main changes and potential implications for the next

major liver society clinical practice guidelines. *Journal of Hepatology*. mai 2025;82(5):918-25. doi:10.1016/j.jhep.2024.12.004

14. Global Progress Report on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections, 2021. *Accountability for the Global Health Sector Strategies 2016-2021: Actions for Impact*. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.

15. Spearman W, Saeed Sadiq H. Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection. World Health Organization. 2024.

16. Cornberg M, Sandmann L, Jaroszewicz J, Kennedy P, Lampertico P, Lemoine M, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of Hepatology*. 1 août 2025;83(2):502-83. doi:10.1016/j.jhep.2025.03.018 PubMed PMID: 40348683.

17. Chevaliez S. Virus de l'Hépatite B. *Société Française de Microbiologie*.

18. Guidotti LG, Chisari FV. Immunobiology and pathogenesis of viral hepatitis. *Annu Rev Pathol Mech Dis*. 1 févr 2006;1(1):23-61. doi:10.1146/annurev.pathol.1.110304.100230

19. Busca A, Kumar A. Innate immune responses in hepatitis B virus (HBV) infection. *Virol J*. 7 févr 2014;11:22. doi:10.1186/1743-422X-11-22 PubMed PMID: 24507433; PubMed Central PMCID: PMC3922976.

20. Chabrolles H, Lahlali T, Auclair H, Salvetti A. Les multiples rôles de la protéine Core du virus de l'hépatite B - Nouvelles pistes de recherche et enjeux thérapeutiques. *Med Sci (Paris)*. 1 août 2018;34(8-9):693-700. doi:10.1051/medsci/20183408016

21. CMIT. Item 366 - Exposition accidentelle aux liquides biologiques: conduite à tenir. In: PILLY Etudiant 2023 Items « Maladies Infectieuses » du programme de l'EDN 2024 et des ECOS 2024 [Internet]. 2023 [cité 8 sept 2025]. p. 325-30. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-366.pdf>

22. Kammerlander R, Zimmermann H. Transmission de l'hépatite B. *Soz Präventivmed*. janv 1998;43(S1):S105-7. doi:10.1007/BF02042191

23. Paccoud O, Surgers L, Lacombe K. Infection par le virus de l'hépatite B : histoire naturelle, manifestations cliniques et principes thérapeutiques. *La Revue de Médecine Interne*. 1 sept 2019;40(9):590-8. doi:10.1016/j.revmed.2019.03.333

24. Pouteau M. Hépatite virale B : rappel des fondamentaux. POST'U (FMC-HGE). 2023.

25. Lampertico P, Agarwal K, Berg T, Buti M, Janssen HLA, Papatheodoridis G, et al. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of Hepatology*. août 2017;67(2):370-98. doi:10.1016/j.jhep.2017.03.021

26. Pitard A. Recommandations de prise en charge des personnes infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B. HAS - Recommandations de bonnes pratiques. 2023.

27. Cornberg M, Sandmann L, Jaroszewicz J, Kennedy P, Lampertico P, Lemoine M, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of Hepatology*. 1 août 2025;83(2):502-83. doi:10.1016/j.jhep.2025.03.018

28. Isabelle LP. ALD 6 – Hépatite chronique B. HAS. 17 oct 2024.

29. SOS Hépatites. Premiers états généraux de l'Hépatite B. Document de synthèse; 2021.

30. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C: rapport de recommandations 2014. Paris Les Ulis: EDK, éditions médicales et scientifiques EDP sciences; 2014.
31. Sarin SK, Kumar M, Lau GK, Abbas Z, Chan HLY, Chen CJ, et al. Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update. *Hepatol Int*. 13 nov 2015;10(1):1-98. doi:10.1007/s12072-015-9675-4 PubMed PMID: 26563120; PubMed Central PMCID: PMC4722087.
32. Terrault N, Lok A, McMahon B, Chang K, Hwang J, Jonas M, et al. Update on Prevention, Diagnosis, and Treatment and of Chronic Hepatitis B: AASLD 2018 Hepatitis B Guidance. *Hepatology*. avr 2018;67(4):1560-99. doi:10.1002/hep.29800 PubMed PMID: 29405329; PubMed Central PMCID: PMC5975958.
33. Sautereau A, Lehur AC, Digumber M, Gervais A, Le gac S, Larrouy L, et al. Vers un suivi ville-hôpital de l'hépatite B chronique ? *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*. 1 juin 2022;1(2, Supplement):S79. doi:10.1016/j.mmifmc.2022.03.171
34. Payton C, DeSilva MB, Young J, Yun K, Aragon D, Kennedy L, et al. Hepatitis B Evaluation and Linkage to Care for Newly Arrived Refugees: A Multisite Quality Improvement Initiative. *J Immigr Minor Health*. juin 2021;23(3):558-65. doi:10.1007/s10903-020-01058-7 PubMed PMID: 32712852.
35. Young J, Payton C, Walker P, White D, Brandeland M, Kumar GS, et al. Evaluation of a Program to Improve Linkage to and Retention in Care Among Refugees with Hepatitis B Virus Infection — Three U.S. Cities, 2006–2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 29 mai 2020;69(21):647-50. doi:10.15585/mmwr.mm6921a2 PubMed PMID: 32463810; PubMed Central PMCID: PMC7269606.
36. Harris AM, Schoenbachler BT, Ramirez G, Vellozzi C, Beckett GA. Testing and Linking Foreign-Born People with Chronic Hepatitis B Virus Infection to Care at Nine U.S. Programs, 2012–2014. *Public Health Rep*. 2016;131(Suppl 2):20-8. doi:10.1177/00333549161310S204 PubMed PMID: 27168657; PubMed Central PMCID: PMC4853324.
37. Wallace J, McNally S, Richmond J, Hajarizadeh B, Pitts M. Challenges to the effective delivery of health care to people with chronic hepatitis B in Australia. *Sex Health*. mai 2012;9(2):131-7. doi:10.1071/SH10137 PubMed PMID: 22498156.
38. Biddle ML, Adler NR, Heath M, Streat S, Wardrop M, Watson JP. Nurse-led clinic: effective and efficient delivery of assessment and review of patients with hepatitis B and C. *Intern Med J*. juin 2014;44(6):581-5. doi:10.1111/imj.12400 PubMed PMID: 24612294.
39. Wallace J, Hajarizadeh B, Richmond J, McNally S. Challenges in managing patients in Australia with chronic hepatitis B: the General Practitioners' perspective. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2013;37(5):405-10. doi:10.1111/1753-6405.12127
40. van Oorschot E, Koc ÖM, Oude Lashof AML, van Loo IHM, Ackens R, Posthouwer D, et al. Cascade of care among hepatitis B patients in Maastricht, the Netherlands, 1996 to 2018. *J Virus Erad*. 20 juin 2022;8(2):100075. doi:10.1016/j.jve.2022.100075 PubMed PMID: 35784678; PubMed Central PMCID: PMC9241047.
41. Sanai F, Alkhatry M, Alzanbagi A, Kumar S. Hepatitis B virus infection in Saudi Arabia and the UAE: Public health challenges and their remedial measures. *Journal of Infection and Public Health*. 1 sept 2023;16(9):1410-7. doi:10.1016/j.jiph.2023.07.008
42. Aljumah AA, Babatin M, Hashim A, Abaalkhail F, Bassil N, Safwat M, et al. Hepatitis B care pathway in Saudi Arabia: Current situation, gaps and actions. *Saudi J*

- Gastroenterol. 2019;25(2):73-80. doi:10.4103/sjg.SJG_421_18 PubMed PMID: 30720000; PubMed Central PMCID: PMC6457186.
43. Nusair M, Rayyan Y, Hammoudeh W, Al-Khatib MA, Mansour E, Snehanshu S, et al. Hepatitis B care pathway in Jordan: current situation, gaps and recommended actions. *J Virus Erad.* 20 févr 2020;6(1):1-6. doi:10.1016/S2055-6640(20)30004-2 PubMed PMID: 32175084; PubMed Central PMCID: PMC7043903.
 44. Insee. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. 2025 [cité 22 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
 45. De Almeida E. L'Aide Médicale d'État. Les Comptes de la Sécurité Sociale. 2025.
 46. Jusot F. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. Irdes. 2019.
 47. Insee. Niveau de vie et pauvreté des immigrés – Les revenus et le patrimoine des ménages [Internet]. Insee; 2024 [cité 23 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7941405?sommaire=7941491&q=immigration+pauvrete%C3%A9>
 48. Médecins du Monde. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins - 2020. Médecins du Monde; 2020.
 49. Insee. Conditions de logement – Immigrés et descendants d'immigrés [Internet]. Insee; 2023 [cité 23 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793286?sommaire=6793391&q=immigr%C3%A9%20logement#graphique-figure2>
 50. Médecins du Monde. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins - 2024. 2024.
 51. Vignier N, Spira RD, Lert F, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, et al. Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique. *Santé Publique.* 18 juill 2017;29(3):361-70. doi:10.3917/spub.173.0361
 52. Comede. La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation - 2023 [Internet]. Comede; 2023 [cité 23 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.comede.org/rapport-dactivite/>
 53. Bouchaud O, Hamel E, Soleymani D. La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. *La Santé en Action* [Internet]. 2022 [cité 3 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention>
 54. Gosselin A, Loû AD du, Lelièvre É, Lert F, Dray-Spira R, Lydié N. Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? *Population & Sociétés.* 2016;533(5):1-4. doi:10.3917/popsoc.533.0001
 55. Bousmah M al Q, Combes JBS, Abu-Zaineh M. Health differentials between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy.* 1 févr 2019;123(2):235-43. doi:10.1016/j.healthpol.2018.12.005
 56. Bousmah M al Q, Gosselin A, Coulibaly K, Ravalihasy A, Taéron C, Senne JN, et al. Immigrants' health empowerment and access to health coverage in France: A stepped wedge randomised controlled trial. *Social Science & Medicine.* déc 2023;339:116400. doi:10.1016/j.socscimed.2023.116400
 57. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : Résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des

centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017.

58. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health.* déc 2020;20(1):1039. doi:10.1186/s12889-020-08749-8

59. Vignier N. La santé des migrants en France. *La Revue de l'Infirmière.* mai 2019;68(251):20-4. doi:10.1016/j.revinf.2019.03.027

60. Spira A, Adolphe M, Hermange MT, Lecomte D, Benoît MMG, Dreux CL, et al. Précarité, pauvreté et santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* 1 avr 2017;201(4):567-87. doi:10.1016/S0001-4079(19)30446-7

61. Sautereau A, Erny K, Azzeddine H, Metois A, Dechanet A, Ghosn J, et al. Dépistage des maladies infectieuses (MI) chez les patients (pts) primo-arrivants (PA) en Seine Saint Denis (SSD), l'exemple d'une étude clinique en médecine générale (MG) : cohorte ANRS CoPAMViL (cohorte de patients migrants primo arrivants consultants en ville). *Médecine et Maladies Infectieuses Formation.* 1 juin 2024;24es Journées Nationales d'Infectiologie3(2, Supplement):S105. doi:10.1016/j.mmifmc.2024.04.312

62. Mangin F. Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primoarrivantes au CASO de Médecins du Monde de Saint-Denis, de 2012 à 2016 / screening for HIV, hepatitis and STIs among recent migrants at the healthcare and advice clinics (caso) of Doctors of the World in Saint-Denis (France) from 2012 to 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018.

63. World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003. 206 p.

64. DiMatteo MR, Haskard-Zolnieriek KB, Martin LR. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review.* 2012. doi:10.1080/17437199.2010.537592

65. Kabore A, Rieunier S. Le don du sang des afro-caribéens vivant en France : quels enjeux pour la communication marketing ? *Décisions Marketing.* 6 août 2024;114(2):117-47. doi:10.3917/dm.114.0117

66. Polonsky MJ, Renzaho AMN, Brijnath B. Barriers to blood donation in African communities in Australia: the role of home and host country culture and experience. *Transfusion.* août 2011;51(8):1809-19. doi:10.1111/j.1537-2995.2010.03053.x PubMed PMID: 21332730.

67. Jackson R, Marks A, Irving WL, Jack K. Identifying people with chronic hepatitis B virus who are lost to clinical follow up: A retrospective case finding and re-engagement service improvement exercise. *Journal of Clinical Virology.* déc 2025;181:105876. doi:10.1016/j.jcv.2025.105876

68. Tang E, Liu B, Bhuket T, Wong RJ. Low Rates of Linkage and Retention Into Care Among Patients With Chronic HBV Infection. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 1 août 2019;17(9):1909-11. doi:10.1016/j.cgh.2018.10.003 PubMed PMID: 30292889.

69. Formenti B, Benoni R, Testa J, Bertoli G, Stroffolini G, Pizzi MG, et al. Navigating healthcare pathways: Cascade of prevention and care for chronic viral hepatitis in asylum seekers and refugees. A multicenter analysis in Northern Italy. *Journal of Migration and Health.* 1 janv 2025;11:100307. doi:10.1016/j.jmh.2025.100307

70. Vo-Quang E, Vignier N, Adenis A, Adriouch L, Lucarelli A, Guarmit B, et al. Tackling a worrisome rate of lost to follow-up among migrants with hepatitis B in French Guiana. *Infectious Diseases Now*. oct 2024;54(7):104974. doi:10.1016/j.idnow.2024.104974
71. Bougault Q, Buson M, Poupard M, Sayre N, Frison B, Khuong MA. Étude de l'accès au système de soins pour les migrants précaires au décours d'une découverte d'hépatite B ou C dans un CeGIDD de Seine Saint-Denis. *Médecine et Maladies Infectieuses*. sept 2020;50(6):S140-1. doi:10.1016/j.medmal.2020.06.297
72. Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N. Hepatitis B knowledge, perceptions and practices in the French general population: the room for improvement. *BMC Public Health*. 13 juin 2013;13:576. doi:10.1186/1471-2458-13-576 PubMed PMID: 23764171; PubMed Central PMCID: PMC3849746.
73. Vignier N, Jestin C. Encadré 2 : Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative. *Bull Epidemiol Hebd*. 19 mai 2019.
74. Sahajian F, Voirin N, Vanhems P, Fabry J. Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C: Knowledge of underprivileged people about hepatitis B and C. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 févr 2005;53(1):25-42. doi:10.1016/S0398-7620(05)84570-5
75. Santos-Hövenner C, Marcus U, Koschollek C, Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo OI, et al. Determinants of HIV, viral hepatitis and STI prevention needs among African migrants in Germany; a cross-sectional survey on knowledge, attitudes, behaviors and practices. *BMC Public Health*. 6 août 2015;15:753. doi:10.1186/s12889-015-2098-2 PubMed PMID: 26246382; PubMed Central PMCID: PMC4545823.
76. Eni AO, Soluade MG, Oshamika OO, Efekemo OP, Igwe TT, Onile-ere OA. Knowledge and Awareness of Hepatitis B Virus Infection in Nigeria. *Ann Glob Health*. 85(1):56. doi:10.5334/aogh.33 PubMed PMID: 30977623; PubMed Central PMCID: PMC6634363.
77. Lohouès-Kouacou MJ, Assi C, Nigué L, Biékré AR, Ouattara A, Koné S, et al. Connaissance et couverture vaccinale contre l'hépatite virale B (HVB): étude transversale parmi les étudiants de l'université de Cocody, Côte d'Ivoire. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. oct 2013;61(5):494-8. doi:10.1016/j.respe.2013.04.007
78. Chappuis M, Pauti MD, Tomasino A, Fahet G, Cayla F, Corty JF. Knowledge of HIV and hepatitis B and C status among people living in extreme poverty in France, in 2012. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 mars 2015;45(3):72-7. doi:10.1016/j.medmal.2015.01.008
79. Pauti MD. 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.
80. Mannan A, Suparto S, Kusaeri K. Practices and Challenges of the Validity of Exploratory Factor Analysis (EFA)-Based Assessment Instruments: A Systematic Literature Review 2020–2025. *EDUKASIA Jurnal Pendidikan dan Pembelajaran*. 18 juill 2025;6(1):611-26. doi:10.62775/edukasia.v6i1.1463
81. Revelle W. psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research [Internet]. 2007 [cité 3 oct 2025]. p. 2.5.6. Disponible sur: <https://CRAN.R-project.org/package=psych> doi:10.32614/CRAN.package.psych

82. Béland S, Cousineau D, Loyer N. Utiliser le coefficient omega de McDonald à la place de l'alpha de Cronbach. *mje*. 8 août 2018;52(3):791-804. doi:10.7202/1050915ar
83. Jung S. Exploratory factor analysis with small sample sizes: A comparison of three approaches. *Behavioural Processes*. 1 juill 2013;97:90-5. doi:10.1016/j.beproc.2012.11.016
84. Costello AB, Osborne JW. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Exploratory Factor Analysis*. 10(7).
85. Tavakol M, Wetzel A. Factor Analysis: a means for theory and instrument development in support of construct validity. *Int J Med Educ*. 6 nov 2020;11:245-7. doi:10.5116/ijme.5f96.0f4a PubMed PMID: 33170146; PubMed Central PMCID: PMC7883798.
86. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step : a simple guide and reference, 11.0 update [Internet]. Boston : Allyn and Bacon; 2003 [cité 30 sept 2025]. 408 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/spssforwindowsst00geor>
87. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health*. 11 juin 2018;6:149. doi:10.3389/fpubh.2018.00149
88. Pourette D. Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient. *Santé Publique*. 29 nov 2013;25(5):561-70. doi:10.3917/spub.135.0561
89. Enel C, Desgrées du Loû A, N'Dri Yoman T, Danel C, Larmarange J. Les hépatites virales B et C en Côte d'Ivoire : l'urgence d'une dynamisation de la lutte [Internet]. AFRAVIH; avr 2014 [cité 24 janv 2026]. Disponible sur: <https://ird.hal.science/ird-04119665>
90. Anzouan-Kacou HYK, Dehinsala M, Bangoura AD, Kouamé DH, Doffou AS, Mahassadi AK, et al. Socio-economic aspects of the management of chronic viral hepatitis in Côte-d'Ivoire. *Ann Afr Med*. 23 sept 2022;15(4):e4770-8. doi:10.4314/aamed.v15i4.3
91. FACTORY D. solidarite.gouv.ci [Internet]. [cité 15 févr 2026]. « Les personnes vulnérables financièrement ne sont aucunement laissées pour compte » Myss Belmonde DOGO. Disponible sur: <https://www.solidarite.gouv.ci/actualite/actudetail/les-personnes-vulnables-financirement-ne-sont-auc>
92. Kouamé AAB, Breml AAP, Kouassi YM. Evaluation de la couverture vaccinale du personnel soignant des centres hospitaliers et universitaires d'Abidjan en 2020. *Mali Médical*. 2024.
93. Lebem T, Ndong A, Bah MS, Ndoye D, Niang K. Hepatitis B Vaccination Coverage among University Students in Sub-Saharan Africa: Systematic Review and Meta Analysis. *Journal of Biosciences and Medicines*. 1 oct 2024;10:45-58. doi:10.4236/jbm.2024.1210005
94. Njuguna HN, Ward JW, Kabore HJ, Hiebert L, Jacques-Carroll L, Khetsuriani N, et al. boîte à outils pour les groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination, 2022.

95. Légifrance [Internet]. Article 90 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913426/
96. HAS (Haute Autorité de Santé). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. 2017.
97. Kerarvran A. Le déploiement du dispositif de médiation en santé dans les villes / municipalités en France [Mémoire]. EHESP; 2023.
98. Historique de la médiation sociale. Association France Médiation.
99. Ruch Y. Place de l'interprétariat dans la prise en soins des migrants. Journée thématique régionale SPILF/SFLS. 27 sept 2024; Strasbourg.
100. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. 1 juill 2016;99(7):1079-86. doi:10.1016/j.pec.2016.01.020
101. Berkesse A, Denormandie P, Henry E, Tourniaire N, Belkhir F. La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider [Internet]. Saint-Maurice (France): Inspection générale des affaires sociales - IGAS; juill 2023 [cité 8 mars 2026]. p. 129p. Rapport N°. Disponible sur: <https://ehesp.hal.science/hal-04997799>
102. Richard E, Brabant G, Autes E, Ramel V, Vandentorren S. Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020. Investigation de clusters complexes par la médiation en santé. *Santé Publique France* [Internet]. 2021 [cité 8 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/plan-de-lutte-contre-la-covid-19-aupres-des-gens-du-voyage-en-nouvelle-aquitaine-2020.-investigation-de-clusters-complexes-par-la-mediation-en-sante>
103. Naït Salem R, Rotily M, Apostolidis T, Odena S, Lamouroux A, Chischportich C, et al. Health mediation: an intervention mode for improving emergency department care and support for patients living in precarious conditions. *BMC Health Serv Res*. 16 mai 2023;23(1):495. doi:10.1186/s12913-023-09522-4
104. Anaïs VP. Recommandations de prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. HAS - Recommandations de bonnes pratiques. 2024.
105. Pioche C, Brouard C, Chevaliez S, Larsen C. Hépatite B chronique : Prise en charge en France entre 2008 et 2011. *Bull Epidemiol Hebd* [Internet]. 2013 [cité 4 mars 2026]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/12/2014_12_2.html
106. Dray-Spira R, Sogni P, Lert F, Bajos N, Lydié N. Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique Subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours.
107. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. août 2009;47(8):826-34. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc PubMed PMID: 19584762; PubMed Central PMCID: PMC2728700.
108. Aubé C. Les nouvelles techniques d'élastométrie échographique : technique et indications en pratique clinique.
109. Perpignan CH. Site Internet du/de la Centre Hospitalier Perpignan [Internet]. [cité 3 mars 2026]. Notre offre de soins. Disponible sur: <https://www.ch->

perpignan.fr/professionnels/notre-offre-de-soins-116/equipe-mobile-hepatites-emh-66.html?cHash=3e77e7f94b65acd87a84abc0398a3725

110. SPIDH – dépistage mobile – Gaïa-Paris [Internet]. [cité 3 mars 2026]. Disponible sur: <https://gaia-paris.fr/depistage-mobile/>

111. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé. 1986.

112. AME : Le gouvernement franchit un nouveau cap dans l'exclusion des plus vulnérables. Médecins du Monde [Internet]. [cité 10 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/actualite/ame-le-gouvernement-franchit-un-nouveau-cap-dans-l'exclusion-des-plus-vulnerables/>

113. Almeida D. Les Comptes de la Sécurité Sociale - juin 2025.

114. Féral Pierssens AL, Castan B, Cordel H, Vuillemin A, Chastang J, Papazian L, et al. The French medical community united against cuts to State Medical Aid. Health Policy. 1 mai 2024;143:105037. doi:10.1016/j.healthpol.2024.105037

115. Le-Luong T. Demandes de titres de séjour pour soins - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Journée COREVIH IDF-Ouest. 2019.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de connaissances sur l'hépatite B

Partie à remplir par l'enquêteur.rice :				
Date : ____/____/202__				
N° NOVA _____				
Consentement à participer à l'étude :				
☐ Oui				
☐ Non				
Francophone :				
☐ Oui				
☐ Non				
Si non, langue traducteur : _____				
Analphabète :				
☐ Oui				
☐ Non				
Niveau d'études :				
☐ Primaire/Collège				
☐ Lycée				
☐ Université				
☐ Autre : _____				
☐ Pas de diplôme				
Remplissage :				
☐ Seul				
☐ Avec aide : ☐ MdM ☐ Secrétaire ☐ Médecin en consultation ☐ Autre				
Motif de consultation au CASO énoncé par le patient (Poser la question : « Savez-vous pourquoi vous venez aujourd'hui ? ») : _____				
Couverture sociale :				
☐ Oui : ☐ PUMA ☐ AME				
☐ Non : ☐ Demande en cours ☐ Droits non renouvelés ☐ Pas de demande en cours				

PARTIE A REMPLIR PAR LE/LA PATIENT.E :				
Âge : ____ ans				
Sexe :	☐ Femme	☐ Homme	☐ Personne trans	☐ Autre : _____
Pays de naissance : _____		Pays traversés : _____		
Date d'arrivée en France (au moins l'année) : _____				
1. Avez-vous déjà entendu parler de l'hépatite B ?				
☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas
Si oui, par qui ? _____				
2. L'hépatite B et le VIH (SIDA) sont-elles la même maladie ?				
☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas
3. Connaissez-vous quelqu'un qui a l'hépatite B ?				
☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas
4. Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ?				
☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas
5. Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage pour l'hépatite B (prise de sang au laboratoire ou par test au bout du doigt) ?				
☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas
6. L'hépatite B et le VIH sont causés par des virus.				
☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas
7. Comment se transmet l'hépatite B ? Plusieurs réponses possibles				
☐ Par la respiration/toux		☐ Par le sang		☐ Par la nourriture/l'eau
☐ Pendant la grossesse et l'accouchement de la mère à l'enfant		☐ Par les mains/la peau		☐ Par les relations sexuelles
☐ Par les seringues (injection de drogue par exemple)		☐ Par les moustiques		☐ Ne sait pas
8. Qu'est-ce qui permet de se protéger de l'hépatite B ?				
☐ Se laver les mains	☐ Utiliser un préservatif	☐ Porter un masque	☐ Laver les aliments	☐ Se vacciner
☐ Ne sait pas				
9. L'hépatite B est une maladie infectieuse qui s'attaque surtout :				
☐ Au cœur		☐ Au foie		☐ Aux os
☐ Aux poumons		☐ A la peau		☐ A l'estomac
☐ Ne sait pas				
10. Toutes les personnes infectées par l'hépatite B se sentent malades :				
☐ Vrai		☐ Faux		☐ Ne sait pas
11. On peut savoir qu'une personne a l'hépatite B en la regardant :				
☐ Vrai		☐ Faux		☐ Ne sait pas
12. L'hépatite B peut donner la peau et les yeux jaunes :				
☐ Vrai		☐ Faux		☐ Ne sait pas
13. On peut bien vivre avec l'hépatite B si on est dépisté tôt et suivi par un médecin				
☐ Vrai		☐ Faux		☐ Ne sait pas
14. Il existe des traitements contre l'hépatite B :				
☐ Vrai		☐ Faux		☐ Ne sait pas

Liste des Professeures et Professeurs des Universités (PU) et des Maîtresses et Maîtres de Conférence des Universités (MCU) de la Faculté de Santé Sorbonne Université

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
ACAR	Christophe	PU-PH	PSL	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	SAT	48-02	Médecine intensive-réanimation
ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	SAT	49-01	Neurologie
ALLENBACH	Yves	PU-PH	PSL	53-01	Médecine interne
AMOURA	Zahir	PU-PH	PSL	53-01	Médecine interne
ANDRE	Thierry	PU-PH	SAT	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
ANDREELLI	Fabrizio	PU-PH	PSL	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	SAT	44-02	Physiologie
ARNULF	Isabelle	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
ARON WISNEWSKY	Judith	PU-PH	PSL	44-04	Nutrition
ASSOUAD	Jalal	PU-PH	TNN	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	PSL	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ATLAN	Michaël	PU-PH	TNN	50-04	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
AUBART COHEN	Fleur	PU-PH	PSL	53-01	Médecine interne
AUBRY	Alexandra	PU-PH	PSL	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
AUDO	Isabelle	PU-PH	15/20	55-02	Ophtalmologie
BACHELOT	Anne	PU-PH	PSL	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	PSL	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
BACHY	Manon	PU-PH	TRS	54-02	Chirurgie infantile
BAGNIS	Corinne	PU-PH	PSL	52-03	Néphrologie
BARBAUD	Annick	PU-PH	TNN	50-03	Dermatologie
BAUJAT	Bertrand	PU-PH	TNN	55-01	ORL
BAYEN	Eléonore	PU-PH	PSL	49-05	Médecine Physique et Réadaptation
BAZOT	Marc	PU-PH	TNN	43-02	Radiologie et imagerie médicale
BELMIN	Joël	PU-PH	CFX	53-04	Gériatrie
BENVENISTE	Olivier	PU-PH	PSL	53-01	Médecine interne
BERENBAUM	Francis	PU-PH	SAT	50-01	Rhumatologie
BERTOLUS	Chloé	PU-PH	PSL	55-03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BIELLE	Franck	PU-PH	PSL	42-03	Anatomie pathologique
BLONDIAUX	Eléonore	PU-PH	TRS	43-02	Radiologie et imagerie médicale
BOCCARA	Franck	PU-PH	SAT	51-02	Cardiologie
BODAGHI	Bahram	PU-PH	PSL	55-02	Ophtalmologie
BODDAERT	Jacques	PU-PH	PSL	53-04	Gériatrie
BODINI	Benedetta	PU-PH	SAT	49-01	Neurologie
BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	SAT	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
BOFFA	J-Jacques	PU-PH	TNN	52-03	Néphrologie
BONNET	Marie-Pierre	PU-PH	TRS	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BORDERIE	Vincent	PU-PH	15/20	55-02	Ophtalmologie
BOUGLE	Adrien	PU-PH	PSL	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BOUHERAOUA	Nacim	PU-PH	15/20	55-02	Ophtalmologie
BOURRON	Olivier	PU-PH	PSL	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
BRICE	Alexis	PU-PH	PSL	47-04	Génétique
BRISOT	Eolia	PU-PH	SAT	47-01	Hématologie clinique

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	PSL	42-03	Anatomie pathologique
BRUNETEAU	Gaëlle	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
BUFFET	Camille	PU-PH	PSL	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
BUOB	David	PU-PH	PSL	42-03	Anatomie pathologique
BUZYN-LEVY	Agnès	PU-PH	SAT	47-01	Hématologie clinique
CACOUB	Patrice	PU-PH	PSL	53-01	Médecine interne
CADRANEL	Jacques	PU-PH	TNN	51-01	Pneumologie
CALVEZ	Vincent	PU-PH	PSL	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
CAMBON	Adeline	PU-PH	SAT	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CAMUS DUBOC	Marine	PU-PH	SAT	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
CANLORBE	Geoffroy	PU-PH	PSL	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	PSL	49-02	Neurochirurgie
CARRAT	Fabrice	PU-PH	SAT	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
CARRIE	Alain	PU-PH	PSL	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
CATALA	Martin	PU-PH	PSL	42-02	Histologie embryo et cytogénétique
CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	TNN	54-05	Biologie et médecine de la reproduction
CHARGARI	Cyrus	PU-PH	PSL	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
CHARRON	Philippe	PU-PH	PSL	47-04	Génétique
CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	PSL	52-04	Urologie
CHASSET	François	PU-PH	TNN	50-03	Dermatologie
CHICHE	Laurent	PU-PH	PSL	51-04	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
CHRISTIN-MAITRE	Sophie	PU-PH	SAT	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
CLARENCON	Frédéric	PU-PH	PSL	43-02	Radiologie et imagerie médicale
CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	PSL	44-04	Nutrition
COCHENNEC-PALIWODA	Frédéric	PU-PH	PSL	51-04	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
COHEN	David	PU-PH	PSL	49-04	Pédo psychiatrie
COHEN	Laurent	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
COHEN	Aron	PU-PH	SAT	51-02	Cardiologie
COHEN	Romain	PU-PH	SAT	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
COMBES	Alain	PU-PH	PSL	48-02	Médecine intensive-réanimation
CONSTANT	Isabelle	PU-PH	TRS	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	PSL	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	PSL	44-03	Biologie cellulaire
COPPO	Paul	PU-PH	SAT	47-01	Hématologie clinique
CORDIER	Anne-Gaël	PU-PH	TNN	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CORVOL	Henriette	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
COULET	Florence	PU-PH	PSL	47-04	Génétique
COULOMB	Aurore	PU-PH	PSL	42-03	Anatomie pathologique
DARAI	Emile	PU-PH	TNN	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DAVI	Frédéric	PU-PH	PSL	47-01	Hématologie biologique
DEBETTE	Stéphanie	PU-PH	PSL	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
DECHARTRES	Agnès	PU-PH	PSL	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DEGOS	Vincent	PU-PH	PSL	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
DELHOMMEAU	François	PU-PH	SAT	47-01	Hématologie biologique
DEMOULE	Alexandre	PU-PH	PSL	48-02	Médecine intensive-réanimation
DHOMBRES	Ferdinand	PU-PH	TRS	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
DOIZI	Steeve	PU-PH	TNN	52-04	Urologie
DOMMERGUES	Marc	PU-PH	PSL	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DRAY	Xavier	PU-PH	SAT	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
DRES	Martin	PU-PH	PSL	48-02	Médecine intensive-réanimation
DUBERN	Béatrice	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
DUCOU LE POINTE	Hubert	PU-PH	TRS	43-02	Radiologie et imagerie médicale
DUGUET	Alexandre	PU-PH	PSL	51-01	Pneumologie
DUPONT	Charlotte	PU-PH	TNN	54-05	Biologie et médecine de la reproduction
DUPONT DUFRESNE	Sophie	PU-PH	PSL	42-01	Anatomie / SSR
DURR	Alexandra	PU-PH	PSL	47-04	Génétique
DUVAL	Alex	PU-PH	SAT	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
EL KAROUI	Khalil	PU-PH	TNN	52-03	Néphrologie
FAIN	Olivier	PU-PH	SAT	53-01	Médecine interne
FARTOUKH	Muriel	PU-PH	TNN	48-02	Médecine intensive-réanimation / Pneumologie
FAUTREL	Bruno	PU-PH	PSL	50-01	Rhumatologie
FEKKAR	Arnaud	PU-PH	PSL	45-02	Parasitologie et mycologie
FERREIRO	Ana	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
FERRERI	Florian	PU-PH	SAT	49-03	Psychiatrie adultes
FEVE	Bruno	PU-PH	SAT	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
FITOUSSI	Frank	PU-PH	TRS	54-02	Chirurgie infantile
FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
FOIX L'ELIAS	Laurence	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
FONTAINE	Bertrand	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
FOSSATI	Philippe	PU-PH	PSL	49-03	Psychiatrie adultes
FRANCOIS-PRADIER	Hélène	PU-PH	TNN	52-03	Néphrologie
FRERE	Corinne	PU-PH	PSL	47-01	Hématologie biologique
FREUND	Yonathan	PU-PH	PSL	48-05	Médecine d'urgence
GALANAUD	Damien	PU-PH	PSL	43-02	Radiologie et imagerie médicale
GANDJBAKHCH	Estelle	PU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
GAUJOUX	Sébastien	PU-PH	PSL	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
GENSER	Laurent	PU-PH	PSL	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	PU-PH	TNN	53-01	Médecine interne
GIRERD	Xavier	PU-PH	PSL	48-04	Thérapeuthique / Endocrino
GLIGOROV	Joseph	PU-PH	TNN	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
GONZALEZ	Jésus	PU-PH	PSL	51-01	Pneumologie
GOROCHOV	Guy	PU-PH	PSL	47-03	Immunologie
GOSSEC	Laure	PU-PH	PSL	50-01	Rhumatologie
GRABLI	David	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
GUEDJ	Romain	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
HAJAGE	Damien	PU-PH	PSL	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
HAROCHE	Julien	PU-PH	PSL	53-01	Médecine interne
HARTEMANN	Agnès	PU-PH	PSL	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
HATEM	Stéphane	PU-PH	PSL	44-02	Physiologie / Cardio
HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	TNN	44-02	Physiologie
HELFT	Gérard	PU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	SAT	45-02	Parasitologie
HERITIER	Sébastien	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
HOANG XUAN	Khé	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
HUGUET	Florence	PU-PH	TNN	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
IDBAIH	Ahmed	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
IRTAN	Sabine	PU-PH	TRS	54-02	Chirurgie infantile
ISNARD	Richard	PU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	TRS	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KALAMARIDES	Michel	PU-PH	PSL	49-02	Neurochirurgie
KARACHI	Carine	PU-PH	PSL	49-02	Neurochirurgie
KAS	Aurélie	PU-PH	PSL	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
KAYEM	Gilles	PU-PH	TRS	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KERNEIS	Mathieu	PU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
KINUGAWA	Kiyoka	PU-PH	CFX	53-04	Gériatrie
KIRCHGESNER	Julien	PU-PH	SAT	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
LACOMBE	Karine	PU-PH	SAT	45-03	Maladies infectieuses
LACORTE	Jean Marc	PU-PH	PSL	44-03	Biologie cellulaire
LAMAZIERE	Antonin	PU-PH	SAT	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
LANDMAN-PARKER	Judith	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
LAPIDUS	Nathanael	PU-PH	SAT	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	TRS	47-01	Hématologie biologique
LAVENEZIANA	Pierantonio	PU-PH	PSL	44-02	Physiologie
LE FEUVRE	Claude	PU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
LE GUERN	Eric	PU-PH	PSL	47-04	Génétique
LEBRETON	Guillaume	PU-PH	PSL	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LEFEVRE	Jérémie	PU-PH	SAT	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
LEGENDRE	Marie	PU-PH	TRS	47-04	Génétique
LEGER	Pierre Louis	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
LEGRAND	Olivier	PU-PH	SAT	47-01	Hématologie clinique
LEHERICY	Stéphane	PU-PH	PSL	43-02	Radiologie et imagerie médicale
LEMOINNE	Sara	PU-PH	SAT	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
LEPRINCE	Pascal	PU-PH	PSL	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	TNN	44-02	Physiologie
LEVY	Rachel	PU-PH	TNN	54-05	Biologie et médecine de la reproduction

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
LEVY	Richard	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
LORROT	Mathie	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	TNN	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
LOUAPRE	Céline	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
LUCIDARME	Olivier	PU-PH	PSL	43-02	Radiologie et imagerie médicale
LUSSEY	Charlotte	PU-PH	PSL	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
LUYT	Edouard	PU-PH	PSL	48-02	Médecine intensive-réanimation
MALARD	Florent	PU-PH	SAT	47-01	Hématologie clinique
MANESSE-CONSOLI	Angèle	PU-PH	PSL	49-04	Pédo psychiatrie
MARCELIN	Anne Geneviève	PU-PH	PSL	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MARIN	Benoit	PU-PH	TRS	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAURY	Eric	PU-PH	SAT	48-02	Médecine intensive-réanimation
MEKINIAN	Arsène	PU-PH	SAT	53-01	Médecine interne
MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	PSL	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
MESNARD	Laurent	PU-PH	TNN	52-03	Néphrologie
MILLET	Bruno	PU-PH	PSL	49-03	Psychiatrie adultes
MIYARA	Makoto	PU-PH	PSL	47-03	Immunologie
MOCHEL	Fanny	PU-PH	PSL	47-04	Génétique
MOHTY	Mohamad	PU-PH	SAT	47-01	Hématologie clinique
MONSEL	Antoine	PU-PH	PSL	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	TNN	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
MORAND	Laurence	PU-PH	SAT	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	PSL	51-01	Pneumologie
NACCACHE	Lionel	PU-PH	PSL	44-02	Physiologie / Neurologie
NATHAN MOULIN	Nadia	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
NAVARRO	Vincent	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
NETCHINE	Irène	PU-PH	TRS	44-02	Physiologie
NGUYEN	Yann	PU-PH	PSL	55-01	ORL
NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	PSL	47-01	Hématologie biologique
NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	PSL	47-01	Hématologie clinique
NIZARD	Jacky	PU-PH	PSL	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
OPPERT	Jean Michel	PU-PH	PSL	44-04	Nutrition
PÂQUES	Michel	PU-PH	15/20	55-02	Ophtalmologie
PARC	Yann	PU-PH	SAT	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
PASCAL MOUSSELLARD	Hugues	PU-PH	PSL	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PATERON	Dominique	PU-PH	SAT	48-05	Médecine d'urgence
PAUTAS	Eric	PU-PH	CFX	53-04	Gériatrie
PAYE	François	PU-PH	SAT	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
PERETTI	Charles-Siegrid	PU-PH	SAT	49-03	Psychiatrie adultes
PETIT	Arnaud	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
PEYRE	Matthieu	PU-PH	PSL	49-02	Neurochirurgie
PHE	Véronique	PU-PH	TNN	52-04	Urologie
PIALOUX	Gilles	PU-PH	TNN	45-03	Maladies infectieuses

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
PIARROUX	Renaud	PU-PH	PSL	45-02	Parasitologie
POITOU BERNERT	Christine	PU-PH	PSL	44-04	Nutrition
POURCHER	Valérie	PU-PH	PSL	45-03	Maladies infectieuses
PUYBASSET	Louis	PU-PH	PSL	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
PYATIGORSKAYA	Nadya	PU-PH	PSL	43-02	Radiologie et imagerie médicale
RAMBAUD	Jérôme	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
RATIU	Vlad	PU-PH	PSL	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
RAUX	Mathieu	PU-PH	PSL	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
REDHEUIL	Alban	PU-PH	PSL	43-02	Radiologie et imagerie médicale
RENARD PENNA	Raphaële	PU-PH	PSL	43-02	Radiologie et imagerie médicale
RIOU	Bruno	PU-PH	PSL	48-05	Médecine d'urgence
ROBERT	Jérôme	PU-PH	PSL	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
RODRIGUEZ	Diana	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
ROHAUT	Benjamin	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie / Médecine intensive
ROOS-WEIL	Damien	PU-PH	PSL	47-01	Hématologie clinique
ROSMORDUC	Olivier	PU-PH	PSL	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
ROSSO	Charlotte	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie / urgences
ROTGE	Jean-Yves	PU-PH	PSL	49-03	Psychiatrie adultes
ROUPRET	Morgan	PU-PH	PSL	52-04	Urologie
RUDLER	Marika	PU-PH	PSL	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
SAADOUN	David	PU-PH	PSL	53-01	Médecine interne
SABOURDIN	Nada	PU-PH	TRS	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
SALEM	Joe Elie	PU-PH	PSL	48-03	Pharmacologie clinique
SANSON	Marc	PU-PH	PSL	42-02	Histologie embryo et cytogénétique
SARI ALI	El Hadi	PU-PH	PSL	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAUTET	Alain	PU-PH	SAT	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCATTON	Olivier	PU-PH	PSL	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
SCHMIDT	Mathieu	PU-PH	PSL	48-02	Médecine intensive-réanimation
SCHOUMAN	Thomas	PU-PH	PSL	55-03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
SEILHEAN	Danielle	PU-PH	PSL	42-03	Anatomie pathologique / neurologie
SEISEN	Thomas	PU-PH	PSL	52-04	Urologie
SEKSIK	Philippe	PU-PH	SAT	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
SELLAM	Jérémie	PU-PH	SAT	50-01	Rhumatologie
SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	PU-PH	TNN	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
SIBIUDE	Jeanne	PU-PH	TRS	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
SILVAIN	Johanne	PU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
SIMLOWSKI	Thomas	PU-PH	PSL	51-01	Pneumologie
SIMON	Tabassome	PU-PH	SAT	48-03	Pharmacologie biologique
SOKOL	Harry	PU-PH	SAT	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
SORIA	Angèle	PU-PH	TNN	50-03	Dermatologie
SPANO	J-Philippe	PU-PH	PSL	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
STANKOFF	Bruno	PU-PH	SAT	49-01	Neurologie
STEICHEN	Olivier	PU-PH	TNN	53-01	Médecine interne

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
STRAUS	Christian	PU-PH	PSL	44-02	Physiologie
SVRECK	Magali	PU-PH	SAT	42-03	Anatomie pathologique
THABUT	Dominique	PU-PH	PSL	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
THOMASSIN-NAGGARA	Isabelle	PU-PH	TNN	43-02	Radiologie et imagerie médicale
TOUBOUL	Cyril	PU-PH	TNN	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
TOUITOU	Valérie	PU-PH	PSL	55-02	Ophtalmologie
TOUNIAN	Patrick	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
TOURAINE	Philippe	PU-PH	PSL	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
TOURRET-ARNAUD	Jérôme	PU-PH	PSL	52-03	Néphrologie
TRAXER	Olivier	PU-PH	TNN	52-04	Urologie
TUBACH	Florence	PU-PH	PSL	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ULINSKI	Tim	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
UZAN	Catherine	PU-PH	PSL	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
VALLET	Hélène	PU-PH	SAT	53-04	Gériatrie
VATIER	Camille	PU-PH	SAT	44-03	Biologie cellulaire
VERDONK	Franck	PU-PH	SAT	48-01	Anesthésie-Réanimation
VERNY	Marc	PU-PH	PSL	53-04	Gériatrie
VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	SAT	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VIALLE	Raphaël	PU-PH	TRS	54-02	Chirurgie infantile
VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	PSL	49-01	Neurologie
VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	SAT	44-03	Biologie cellulaire
VOIRIOT	Guillaume	PU-PH	TNN	48-02	Médecine intensive-réanimation
WAGNER	Mathilde	PU-PH	PSL	43-02	Radiologie et imagerie médicale
WEISS	Nicolas	PU-PH	PSL	48-04	Thérapeutique/réa médicale / neuro
WENDUM	Dominique	PU-PH	PSL	42-03	Anatomie pathologique
WORBE	Youlia	PU-PH	SAT	44-02	Physiologie/neurologie
ZAHR	Noël	PU-PH	PSL	48-03	Pharmacologie fondamentale
GATIGNOL	Peggy	PR	FAC	91	Sciences de la rééducation et réadaptation
FAURE	Pascaline	PR	FAC	11	Etudes anglophones
CADWALLADER	Jean Sébastien	PU-MG	DMG	53-03	Médecine générale
IBANEZ	Gladys	PU-MG	DMG	53-03	Médecine générale

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
ALLAIRE	Manon	MCU-PH	PSL	52-01	Gastroentérologie; hépatologie ; Addictologie
AMOUYAL GALAND	Chloé	MCU-PH	PSL	54-04	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
ARMAND	Marine	MCU-PH	PSL	47-01	Hématologie biologique
BARON	Marine	MCU-PH	PSL	47-01	Hématologie clinique
BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	PSL	42-02	Histologie embryo et cytogénétique
BEL LASSEN	Pierre	MCU-PH	PSL	44-04	Nutrition
BELLANNE CHANTELOT	Christine	MCU-PH	PSL	47-04	Génétique
BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	PSL	44-02	Physiologie
BENAROUS	Xavier	MCU-PH	TRS	49-04	Pédo psychiatrie
BENUSIGLIO	Patrick	MCU-PH	PSL	47-04	Génétique
BEURTON	Alexandra	MCU-PH	TNN	48-02	Médecine intensive-réanimation
BOISSAN	Mathieu	MCU-PH	PSL	44-03	Biologie cellulaire
BOUAOUD	Jebrane	MCU-PH	PSL	55-03	Chirurgie maxilo
BOUGHDAD	Sarah	MCU-PH	PSL	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGOIN HECK	Melisande	MCU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	PSL	45-01	Bactériologie ; Virologie ; Hygiène
BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	TRS	44-02	Physiologie
CERVERA	Pascale	MCU-PH	SAT	42-03	Anatomie pathologique
CHALLINE	Alexandre	MCU-PH	SAT	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
CHAPIRO	Elise	MCU-PH	PSL	47-01	Hématologie biologique
CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	PSL	42-03	Anatomie pathologique
CHOLLAT	Clément	MCU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
COLBOC	Hester	MCU-PH	RTH	53-04	Gériatrie
COURTIES	Alice	MCU-PH	SAT	50-01	Rhumatologie
COUSYN	Louis	MCU-PH	PSL	49-01	Neurologie
COUVERT	Philippe	MCU-PH	PSL	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
CRISTOFARI	Sarra	MCU-PH	TNN	50-04	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
DABI	Yohann	MCU-PH	TNN	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	PSL	44-02	Physiologie
DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	PSL	51-04	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
DECAVELE	Maxens	MCU-PH	PSL	48-02	Médecine intensive- réanimation
DELORME	Pierre	MCU-PH	TRS	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DENIS	Jérôme	MCU-PH	PSL	44-03	Biologie cellulaire
DROUIN	Sarah	MCU-PH	PSL	52-04	Urologie
ECKERT	Catherine	MCU-PH	SAT	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
EL KHATTABI	Laïla	MCU-PH	TRS	42-02	Histologie, embryologie et cytogénétique
ESTEVE	Emmanuel	MCU-PH	TNN	52-03	Néphrologie
ETIENNE	Harry	MCU-PH	TNN	51-03	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	TNN	42-02	Histologie embryo et cytogénétique
FARAJ	Sébastien	MCU-PH	TRS	54-02	Chirurgie infantile
FAURE-BARDON	Valentine	MCU-PH	PSL	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
FOY	Jean-Philippe	MCU-PH	PSL	55-03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GALLO	Antonio	MCU-PH	PSL	44-04	Nutrition

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
GARDERET	Laurent	MCU-PH	PSL	47-01	Hématologie clinique
GAY	Frédéric	MCU-PH	PSL	45-02	Parasitologie et mycologie
GEROTZIAS	Grigoris	MCU-PH	TNN	47-01	Hématologie immunologie
GERSCHENFELD	Gaspard	MCU-PH	PSL	49-01	Neurologie
GIABICANI	Eloïse	MCU-PH	TRS	44-02	Physiologie
GIURGEA	Irina	MCU-PH	TRS	47-04	Génétique
GOUGIS	Paul	MCU-PH	PSL	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
GOUMARD	Claire	MCU-PH	PSL	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
GOZLAN	Joël	MCU-PH	SAT	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
GRABAR	Sophie	MCU-PH	SAT	46-04	Biostatistiques, informatique médicale et ..
GUEDENEY	Paul	MCU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
GUIHOT	Amélie	MCU-PH	PSL	47-03	Immunologie
GUILBAUD	Lucie	MCU-PH	TRS	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
GUITARD	Juliette	MCU-PH	SAT	45-02	Parasitologie et mycologie
HADDAD	Rebecca	MCU-PH	RTH	49-05	Médecine physique et réadaptation
HADJADJ	Jérôme	MCU-PH	SAT	53-01	Médecine interne
HARIRI	Geoffroy	MCU-PH	PSL	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
HENTZEN	Claire	MCU-PH	TNN	49-05	Médecine physique et réadaptation
HERLIN	Bastien	MCU-PH	PSL	42-01	Anatomie/neurologie
HIRSCH	Pierre	MCU-PH	SAT	47-01	Hématologie biologique
JAMES	Arthur	MCU-PH	PSL	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
JARY	Aude	MCU-PH	PSL	45-01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
JASPARD	Marie	MCU-PH	SAT	45-03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
JERU	Isabelle	MCU-PH	PSL	47-04	Génétique
JOFFRE	Jérémie	MCU-PH	SAT	48-02	Médecine intensive-réanimation
KOLANSKA	Kamila	MCU-PH	TNN	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	CFX	53-04	Gériatrie
LAHLOU	Ghizlène	MCU-PH	PSL	55-01	Oto-rhino-laryngologie
LALLEMANT	Pauline	MCU-PH	TRS	49-05	Médecine physique et réadaptation
LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	SAT	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	PSL	44-02	Physiologie
LAREDO	Mikael	MCU-PH	PSL	51-02	Cardiologie
LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	PSL	49-04	Pédo psychiatrie
LE BIHAN Mme	Johanne	MCU-PH	PSL	44-03	Biologie cellulaire
LEFEVRE	Etienne	MCU-PH	PSL	42-01	Anatomie / neurochirurgie
LEMOINE	Anais	MCU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
LETOUZEY	Mathilde	MCU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
LOUVRIER	Camille	MCU-PH	TRS	47-04	Génétique
LUQUE	Yosu	MCU-PH	TNN	52-03	Néphrologie
MAITRE	Thomas	MCU-PH	TNN	51-01	Pneumologie
MARIANI	Louise-Laure	MCU-PH	PSL	48-03	Pharmacologie clinique / neurologie
MARIE-HARDY	Laura	MCU-PH	PSL	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MAROT	Stéphane	MCU-PH	PSL	45-01	Bactériologie ; Virologie ; Hygiène

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
MATHON	Bertrand	MCU-PH	PSL	49-02	Neurochirurgie
MIROUSE	Adrien	MCU-PH	PSL	53-01	Médecine interne
MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	SAT	45-02	Parasitologie et mycologie
NABET	Cécile	MCU-PH	PSL	45-02	Parasitologie et mycologie
NAVA	Caroline	MCU-PH	PSL	47-04	Génétique
PALICH	Romain	MCU-PH	PSL	45-03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PATOUT	Maxime	MCU-PH	PSL	51-01	Pneumologie ; Addictologie
PHILIPPON	Anne-Laure	MCU-PH	PSL	48-05	Médecine d'urgence
PLU	Isabelle	MCU-PH	PSL	46-03	Médecine légale
RAZAKAMANANTSOA	Léo	MCU-PH	TNN	43-02	Radiologie et imagerie médicale
RENAUD	Florence	MCU-PH	PSL	42-03	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIN DEL CAMPO	Eléonor	MCU-PH	TNN	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	PSL	47-03	Immunologie
ROUX	Charles	MCU-PH	PSL	42-03	Radiologie et imagerie médicale
ROZENBLUM	Laura	MCU-PH	PSL	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
SCHNURIGER	Aurélié	MCU-PH	TRS	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
SERRESSE	Laure	MCU-PH	PSL	46-05	Médecine palliative
SIMONIN	Mathieu	MCU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	TNN	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
STERLIN	Delphine	MCU-PH	PSL	47-03	Immunologie
SURGERS	Laure	MCU-PH	SAT	45-03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
TAYTARD	Jessica	MCU-PH	TRS	44-02	Physiologie
TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	SAT	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
THELLIER	Marc	MCU-PH	PSL	45-02	Parasitologie et mycologie
TOUAT	Madhi	MCU-PH	PSL	49-01	Neurologie
TOUHAMI	Sarah	MCU-PH	PSL	55-02	Ophtalmologie
VILLAIN	Nicolas	MCU-PH	PSL	49-01	Neurologie
VILLAR QUILES	Rocio Nur	MCU-PH	PSL	49-01	Neurologie
VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH	SAT	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VORON	Thibault	MCU-PH	SAT	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
VULSER	Hélène	MCU-PH	PSL	49-03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
ZEITOUNI	Michel	MCU-PH	PSL	44-02	Physiologie/Cardiologie
ZERAH	Lorène	MCU-PH	PSL	53-04	Gériatrie
BOREL	Stéphanie	MCF	FAC	91	Sciences de la rééducation et réadaptation
SAUVEGRAIN	Priscille	MCF	FAC	90	Maïeutique
LEBLANC	Judith	MCF	FAC	92	Sciences infirmières
LALOI	Aude	MCF	FAC	91	Sciences de la rééducation et réadaptation
COULM	Bénédicté	MCF	FAC	90	Maïeutique
PEYRE	Iseline	MCF	FAC	91	Sciences de la rééducation et réadaptation
VILLAIN	Marie	MCF	FAC	91	Sciences de la rééducation et réadaptation
PICARD	Diane	MCF	FAC	91	Sciences de la rééducation et réadaptation
IRAOLA	Elisabeth	MCF	FAC	90	Maïeutique
CHASTANG VALENTIN	Julie	MCU-MG	DMG	53-03	Médecine générale
MOUSSAOUI	Sohela	MCU-MG	DMG	53-03	Médecine générale
SALDANHA-GOMES	Cécilia	MCU-MG	DMG	53-03	Médecine générale

RÉSUMÉ :

Au CASO de Médecins du Monde de Saint-Denis, les sérologies de dépistages retrouvent une infection par le virus de l'hépatite B (VHB) chez environ 10% des patients. Chez ces personnes migrantes, majoritairement primo-arrivantes, l'adhésion au parcours de soins complexe qui suit un tel diagnostic est médiocre. En effet, les nombreux facteurs de vulnérabilité qu'elles peuvent cumuler se heurtent à un système de santé qui n'est pas pensé pour les recevoir véritablement. Pourtant le suivi à long terme d'une infection chronique par le VHB est primordial pour éviter des complications potentiellement mortelles telles qu'une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire. À partir des nombreux facteurs influençant l'adhésion aux soins, nous avons identifié trois leviers sur lesquels agir : l'amélioration des connaissances des patients sur le VHB, l'accompagnement par un.e médiateur.ice en santé et la simplification de leur parcours.

La Partie 1 de cette thèse évalue le niveau de connaissance des patients vis-à-vis de l'hépatite B par un questionnaire proposé à toute personne venant effectuer un dépistage de maladies infectieuses au CASO et permettant d'établir un score de connaissance sur 10 points. Sur 143 participants, majoritairement des hommes (66%, 95/143) jeunes (35 ans en moyenne), originaires d'Afrique Subsaharienne (83% ; 118/143), principalement de Côte d'Ivoire (41%, 59/143) donc d'une région de haute endémicité, et arrivés en France il y a moins d'un an (71%, 90/127), seuls 82 personnes (58%) ont déjà entendu parler d'hépatite B auparavant. Chez ceux qui déclarent la connaître, le score médian est de 4/10 avec une méconnaissance sur des points d'importance tels que les modes de transmission (en particulier la transmission verticale pourtant majoritaire dans les pays de haute prévalence), les moyens de protection, le tropisme hépatique et les possibles symptômes ou absence de symptôme. Les scores sont significativement plus élevés chez les personnes ayant fait des études supérieures. Ces résultats confirment l'hypothèse selon laquelle, bien qu'originaires de pays où l'hépatite B est endémique, les patients la connaissent en réalité très mal. Cela démontre la nécessité d'informations claires, précises, répétées et adaptées à chaque personne qui reçoit un diagnostic d'infection par le VHB, afin qu'elle puisse saisir tout l'enjeu du suivi de cette infection le plus souvent, initialement, asymptomatique et ne requérant pas de traitement.

La Partie 2 décrit le travail, nécessaire, du médiateur en santé qui, après un diagnostic d'infection par VHB, prend les rendez-vous pour un bilan initial et une première consultation spécialisée et accompagne les personnes aussi bien physiquement que par téléphone selon la nécessité. Son accompagnement adapté à chaque situation, qui prend en compte la personne dans sa globalité médicale, sociale et psychologique et qui mène à son autonomisation progressive permet de diminuer considérablement le nombre de perdus de vue. Son expertise met aussi en lumière les lacunes générales du parcours de soins.

La Partie 3 décrit le projet de renforcement du lien ville-hôpital entre l'hôpital Delafontaine et les CMS de Saint-Denis. Celui-ci vise à développer la place de la médecine générale dans le suivi des infections chroniques par le VHB sans complication. Le but est de simplifier ce suivi pour les patients en l'intégrant dans une prise en charge globale de santé, au sein d'une structure de proximité équipée pour les accompagner également sur le plan social. Ainsi, à l'avenir, les patients pourront bénéficier d'une hospitalisation de jour à l'hôpital Delafontaine pour un bilan initial suivi d'une consultation spécialisée qui déterminera une conduite à tenir pour le médecin généraliste qui prendra le relais.

Une bonne compréhension des enjeux de son suivi, un accompagnement sur mesure et un parcours de soins fluide sont déterminants pour adhérer pleinement à sa prise en charge. Des outils d'information doivent être créés en prenant en compte la barrière de la langue et les difficultés de compréhension ou de lecture. Chaque occasion doit être saisie pour s'assurer de la bonne compréhension de la personne sur son état de santé. La médiation doit être développée et renforcée, mais ne doit pas être utilisée pour cacher les lacunes du système de santé et ses difficultés à intégrer les personnes les plus vulnérables et éloignées du soin. Au contraire, elle doit servir à mettre en exergue ces lacunes pour travailler à les combler et ainsi améliorer l'accès aux parcours de soins dès leur point d'entrée.

MOTS-CLÉS : Hépatite B – Personnes migrantes – Accès aux services de santé – Connaissances – Médiation en santé – Lien ville-hôpital