

# Hépocées

N° 2 — Janvier 2025

DÉCOUVRIR, RENCONTRER, S'ENGAGER.

**HÉPATITE DELTA**  
MISE EN PLACE D'UN  
DÉPISTAGE RÉFLEXE

**HÉPATITES VIRALES**  
MONTPELLIER AU PLUS  
PROCHE DES PATIENTS

DIABÈTE ET MALADIES  
**DU FOIE**  
Une complication à surveiller

Z O O M  
**REVHEPAT**  
25 ans d'un réseau  
holistique

 GILEAD

# Hépatite Delta

## Mise en place d'un dépistage réflexe

L'hépatite Delta est la plus sévère des hépatites virales chroniques et évolue rapidement vers les complications hépatiques : cirrhose, carcinome hépatocellulaire<sup>1</sup>. Néanmoins, la prévalence du VHD est probablement sous-estimée en raison d'une absence de dépistage systématique des patients porteurs de l'AgHBs, entraînant des diagnostics tardifs et laissant à la maladie le temps de se développer. Pour améliorer le dépistage du VHD chez les patients VHB, certains hôpitaux comme celui d'Avicenne et le Groupe Hospitalier Public Sud de l'Oise (GHPSO) ont adopté le reflex testing (dépistage réflexe). Ils nous expliquent les raisons de ce choix et les modalités pratiques qu'ils ont mises en œuvre.

### HOPITAL D'AVICENNE

#### Une évidence depuis plus de 10 ans à l'hôpital d'Avicenne

Le Dr Ségolène Brichler, virologue au Laboratoire associé au Centre National de Référence des Hépatites B, C et Delta (laboratoire de virologie de l'hôpital Avicenne) partage avec nous son expérience du dépistage réflexe du VHD.



Dr Ségolène Brichler

#### En quoi consiste le reflex testing de l'hépatite Delta ?

Le dépistage réflexe consiste pour le laboratoire d'analyses à ajouter de manière systématique, sans revenir vers le prescripteur, une mesure des anticorps anti-VHD quand un patient est positif pour l'AgHBs lors d'un premier bilan VHB. Ce type d'examen réflexe existe déjà dans d'autres indications, par exemple dans l'hépatite C où, en cas de sérologie positive, on réalise une recherche réflexe de la charge virale (CV) ARN du VHC sur le même échantillon. Cette stratégie améliore les délais de prise en charge et évite de perdre les patients de vue.

#### Comment se déroule le reflex testing ?

À l'heure actuelle, chaque laboratoire a sa propre organisation. Nous avons identifié 2 types de mise en place :

Le **reflex testing manuel** consiste pour le technicien ou le biologiste à ajouter manuellement la sérologie Delta dans le logiciel après avoir vérifié dans les antécédents du patient AgHBs+ que le dépistage n'a pas été réalisé précédemment. Suite à cette nouvelle demande d'analyse, le tube repasse sur la machine pour que le test soit réalisé dans la journée ou le lendemain par exemple. L'ajout de ce test ne pose généralement pas de problème de volume, de conservation de l'échantillon et ne retarde pas l'envoi des résultats au clinicien.

Toutefois, le **reflex testing manuel** ne permet pas de tester 100 % des patients. D'après une étude que nous menons actuellement avec 5 CHU, le taux de dépistage manuel varie de 60 à 95 % selon la sensibilisation des biologistes. Les raisons menant à ces taux plus faibles sont : l'oubli, la nécessité d'envoyer l'échantillon vers un autre centre pour l'analyse (si le test n'est pas fait sur place) et le fait que les patients soient vus uniquement pour des CV VHB et donc ne soient pas considérés comme étant dans le cadre d'un 1<sup>er</sup> bilan.

#### METTRE EN PLACE UN REFLEX TESTING DU VHD

C'est le sens de l'Histoire que d'avoir une approche préventive et protectrice, comme ce qui se fait actuellement pour le VIH.

Ce serait bien de le faire aussi pour les virus des hépatites virales (B, C et Delta) afin d'identifier le plus tôt possible les patients et d'éviter la progression de la maladie.



« Le reflex testing est techniquement très simple à mettre en œuvre. »

L'alternative est le **reflex testing automatisé** dans lequel l'ajout du test est programmé dans le système informatique du laboratoire. Des paramètres sont prédéfinis pour déterminer si une sérologie AgHBs+ correspond à un premier dépistage (absence d'antécédent depuis un certain délai). L'avantage de cette stratégie est d'être plus rapide et plus systématique que le dépistage réflexe manuel. L'inconvénient étant le risque de sur-dépistage, si le patient a une sérologie sur un autre dossier du même jour, de la veille ou du lendemain, que l'on peut déceler en validation manuelle mais pas en dépistage automatisé.

Dans notre centre, nous utilisons le dépistage manuel depuis plus de 10 ans en testant systématiquement tous les patients AgHBs+ qui n'ont pas d'antécédent de dépistage du VHD dans leur historique.

#### Quelles mesures effectuez-vous lors du reflex testing ?

Nous recherchons les anticorps totaux anti-VHD dans le sérum. D'ailleurs, sur un premier bilan d'hépatite B avec AgHBs+, d'autres tests sont ajoutés en réflexe avec la sérologie VHD : IgM HBc (hépatite B aiguë), quantification de l'AgHBs, l'AgHBe, l'Ac anti-HBe.

#### Que se passe-t-il quand une sérologie Delta est positive ?

En cas d'Ac anti-VHD positifs, on s'assure que le clinicien a pris connaissance du résultat et qu'il demande bien les deux CV, B et Delta. En effet, nous ne réalisons pas en routine le double **reflex testing**, c'est-à-dire la mesure systématique de la CV ARN Delta en cas de positivité aux anticorps anti-VHD.

D'abord pour une raison technique : le VHD pouvant être faiblement répliquant, il n'est pas optimal de travailler sur un fond de tube. La mesure de la CV nécessite un volume d'échantillon important (1 mL) et d'avoir congelé rapidement l'échantillon après réception.

Ensuite, parce qu'un patient VHD doit de toute façon être revu plusieurs fois en consultations dans le cadre de son suivi (bilan de la fibrose, dépistage du cancer...).

Pour ce faire nous avons prévu une alerte par email vers le service d'hépatologie pour les prévenir d'une découverte de

VHD au sein de tel ou tel service. Malheureusement ce n'est pas toujours efficace, nous pouvons encore améliorer la manière de communiquer les résultats pour éviter les patients perdus de vue.

#### Informez-vous le patient en cas de sérologie VHD positive ?

Non, en tant que laboratoire hospitalier, nous ne communiquons jamais avec les patients. L'information est transmise au service prescripteur du bilan qui se charge d'informer le patient et d'initier une prise en charge adaptée, en commençant par la mesure de la CV.

#### Comment améliorer la transmission de l'information au sein des services ?

La mise en place d'une consultation par une infirmière de pratique avancée est une bonne solution pour s'assurer que tous les patients ont eu un bilan complet. Je sais que certains centres ont une infirmière de coordination d'hépatologie qui reçoit les dossiers, lance les bilans complémentaires (Ac anti-VHD, CV, fibroscan, échographie...) devant une découverte d'AgHBs positif, et programme une consultation avec un hépatologue.

#### Comment en êtes-vous venue à mettre en place le dépistage réflexe du VHD ?

Cela s'est fait naturellement à mon arrivée au laboratoire, notamment suite à des discussions que j'ai eues avec le Pr Vincent Thibault qui m'avait fait part de ses pratiques de dépistage systématique (ex. IgM HBc pour établir ou non la chronicité, le système HBe et les Ac anti-VHD) et le gain de temps pour le parcours patient associé. On faisait donc déjà du **reflex testing** sans le savoir depuis 2007-2008.

#### Quels sont les bénéfices du reflex testing de l'hépatite Delta ?

Il est probablement trop tôt pour pouvoir tirer un bilan du reflex testing car il se limite actuellement à quelques laboratoires universitaires hospitaliers qui voient des patients pris en charge peut-être plus tardivement.

Les résultats de notre enquête sur 6 hôpitaux nous montrent que la séroprévalence du VHD est de 6 % chez les patients AgHBs+ et que 60 % d'entre eux ont une infection répliquative ARN+.

Le bénéfice principal attendu est un gain de temps dans le parcours patient, en évitant d'avoir à multiplier les consultations et les analyses afin d'établir le diagnostic. Cela permet aussi d'avoir un bilan complet dans un laboratoire spécialisé hospitalier capable d'interpréter des bilans atypiques, à même de lancer des séquençages si besoin et d'apporter cette expertise au clinicien, en particulier si le patient est ensuite suivi en ville.

#### Quid du re-dépistage avec le risque de surinfection Delta ?

Effectivement, le risque de surinfection voudrait que l'on redépiste régulièrement le VHD chez les patients AgHBs+. À l'heure actuelle, les recommandations le prévoient en cas de prise de risque ou de cytolysse inexpliquée<sup>1,2</sup>. En cas de risque persistant, le redépistage doit être annuel. On pourrait donc envisager d'élargir le **reflex testing** aux bilans de suivi.

### Comment le *reflex testing* est-il remboursé ?

Les modes de facturation pour un laboratoire hospitalier public nous permettent de réaliser ce dépistage qui est intégré dans le forfait journalier hospitalier et non payé sur les analyses réalisées.

Le dépistage réflexe de la sérologie Delta n'est actuellement pas inscrit dans la Loi. Ce qui limite son utilisation par les laboratoires privés qui sont payés à l'acte. Or, on estime que 80% des dépistages de l'hépatite B sont réalisés par les laboratoires privés.

C'est là qu'il faudrait agir pour mieux diagnostiquer les patients VHD. D'autant qu'on note une meilleure connaissance du VHD par les médecins et une prise de conscience de l'importance du dépistage de ce virus depuis 5 ans environ.

Aujourd'hui, selon l'enquête DELTA DESCRIBE\*, seul 23 % des patients AgHBs+ sont dépistés pour le VHD en France. La conséquence est un diagnostic tardif avec une cirrhose déjà présente chez 20 à 30 % des patients infectés par le VHD<sup>3</sup>.

### Que diriez-vous à un centre qui souhaiterait faire du *reflex testing* ?

Quand on dispose de l'automate et du volume d'activité suffisant, le *reflex testing* est techniquement très simple à mettre en œuvre. Il se fait sur le même tube que la sérologie VHB, avec un petit volume et en utilisant des automates. Les résultats sont facilement consultables par les prescripteurs sur des serveurs à partir de l'hôpital et même de la ville.

## GRUPE HOSPITALIER PUBLIC SUD DE L'OISE

### Une volonté d'améliorer la prise en charge des patients

Le Pr Jean-François Cadranel, le Dr Honoré Zougmore, hépatologues et le Dr Camélia Mokhtari-Mercier, biologiste, au Groupe Hospitalier Public Sud de l'Oise (GHPSO) nous dévoilent les modalités de mise en œuvre du dépistage réflexe du VHD.



Pr Jean-François Cadranel, Dr Camélia Mokhtari-Mercier et le Dr Honoré Zougmore.

### Qu'est-ce qui vous a décidé à adopter le *reflex testing* de l'hépatite Delta ?

Nous avons profité d'un changement de notre logiciel informatique (SIL) pour automatiser le dépistage des Ac anti-VHD totaux devant tout dosage positif d'un AgHBs. Suite au changement de SIL, nous n'avions plus l'historique des patients dans le système, c'était donc l'occasion pour nous de repartir sur de nouvelles bases et de vérifier et mettre à jour le statut VHD de tous nos patients AgHBs+.

### Comment l'avez-vous mis en place ?

C'est le fruit d'une collaboration entre le service d'hépatologie, initiateur de la démarche, et le laboratoire de biologie. Dans notre hôpital, les hépatologues ont généralisé la demande du dosage des Ac du VHD en complément de la mesure de l'AgHBs via une ordonnance pré-établie. Quand la recherche du VHD n'est pas sur l'ordonnance, c'est le cas notamment pour des prescriptions issues d'autres services que celui d'hépatologie, notre laboratoire l'ajoute automatiquement sans revenir préalablement vers le prescripteur.

## AGHBs+ ET VHD

23%

Aujourd'hui, selon l'enquête DELTA DESCRIBE\*, seul 23 % des patients AgHBs+ sont dépistés pour le VHD en France. La conséquence est un diagnostic tardif avec une cirrhose déjà présente chez 20 à 30 % des patients infectés par le VHD<sup>3</sup>.

Il faudrait agir pour mieux diagnostiquer les patients VHD (...) on note une meilleure connaissance du VHD par les médecins et une prise de conscience de l'importance du dépistage de ce virus depuis 5 ans environ.

\* Étude rétrospective sur les données issues de l'assurance maladie française (SNDS) (2016 à 2020). Une photographie des tests VHD, VHB, VIH et VHC réalisés est fournie avec les caractéristiques épidémiologiques des patients ayant bénéficié des tests VHD et le profil de leurs prescripteurs.

### Pourquoi avez-vous mis le dépistage réflexe en place ?

Dans notre hôpital, nous sommes amenés à rencontrer un certain nombre de patients infectés par le VHD, notamment des personnes originaires du Sahel et d'Asie. Nous savons qu'il y a des risques de contaminations et des patients à identifier.

La deuxième raison est due aux avancées thérapeutiques récentes rendant possible le contrôle de la progression de la maladie. Nous sommes par ailleurs très actifs dans la recherche médicale sur le VHD, ce qui nous donne une bonne connaissance des enjeux et des lacunes liés à son dépistage.

### Recherchez-vous aussi les surinfections Delta chez les patients déjà suivis pour une hépatite B ?

Tout à fait, en plus des découvertes d'AgHBs+, nous avons paramétré notre système pour répéter le dosage des Ac Delta si celui-ci n'a pas été fait depuis au moins 1 an. Cela nous permet de surveiller régulièrement l'éventualité d'une infection par le VHD chez les patients VHB déjà suivis. C'est important de le faire car l'infection par le VHD peut être cliniquement silencieuse et passer inaperçue pendant les consultations d'hépatologie.

« Plus on dépiste, plus on découvre de patients nécessitant une mise sous traitement. »

### Quel bilan faites-vous de la mise en place du dépistage réflexe du VHD ?

Ce dépistage systématique nous a permis de découvrir de nouveaux patients infectés par le VHD, dont certains pour lesquels la situation clinique a nécessité la mise sous traitement.

Ces résultats encourageants nous ont d'ailleurs poussés à prolonger la durée de notre étude en cours afin d'affiner nos analyses. Celles-ci seront publiées prochainement.

### A-t-il permis des prises en charge plus précoces ?

Nous n'avons pour l'instant pas un recul suffisant pour le dire, d'autant que le nombre de patients susceptibles d'être infectés par le VHD reste limité. Cependant, il est évident que la systématisation et la régularité des dépistages permettent d'identifier les patients dans des délais plus courts (1 an chez nous pour la surinfection), et de donner moins de temps à la maladie pour se développer. D'autant que l'hépatite Delta est la plus sévère des hépatites virales et évolue rapidement vers les complications hépatiques.

1 - AFEF. Recommandations pour le diagnostic et le suivi non invasif des maladies chroniques du foie. Juillet 2020. Disponible sur : <https://afef.asso.fr/recommandations/recommandations-afef/>  
2 - HAS, ANRS, CNS. Recommandations de prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite Delta. Recommandation. Septembre 2023.  
3 - Roulot D, et al. Origin, HDV genotype and persistent viremia determine outcome and treatment response in patients with chronic hepatitis delta. J Hepatol 2020;73(5):1046-62



### Le dépistage plus précoce permet-il d'améliorer l'évolution de l'état de santé des patients ?

Là encore nous n'avons pas le recul nécessaire. Bien qu'il ait progressé ces dernières années, le dépistage du VHD reste encore bien trop bas en France. Toute initiative visant à améliorer ce dépistage ne peut qu'être bénéfique pour orienter les patients vers une prise en charge spécialisée. Plus on identifie tôt les patients, moins on donne de temps à la maladie pour se développer et plus on donne de chances aux patients.

### Que pourrait-on faire pour améliorer le dépistage du VHD en France ?

En parallèle des initiatives de dépistages réflexes (sans prescription) dans les laboratoires de biologie hospitaliers, il faudrait augmenter le dépistage en ville. C'est là que l'essentiel des découvertes ont lieu. Il faudrait que les médecins libéraux adoptent ce réflexe d'ajouter d'emblée à leur prescription la mesure des Ac Delta si l'AgHBs est positif. C'est utile pour dépister les patients et les adresser à un centre d'hépatologie expert, même si par la suite le praticien de ville ne suit pas ces patients.

« Plus on identifie tôt les patients, moins on donne de temps à la maladie pour se développer. »

### Que diriez-vous à des centres qui envisageraient de mettre en place un *reflex testing* du VHD ?

C'est le sens de l'Histoire que d'avoir une approche préventive et protectrice, comme ce qui se fait actuellement pour le VIH pour lequel tous les laboratoires peuvent proposer un dépistage remboursé par l'Assurance Maladie. Ce serait bien de le faire aussi pour les virus des hépatites virales (B, C et Delta) afin d'identifier le plus tôt possible les patients et d'éviter la progression de la maladie.

# Bordeaux

## Métropole Sans Hépatite Virale

S'inscrivant dans les annonces du gouvernement français et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui visent à faire de la France un pays sans hépatite virale d'ici 2030, le réseau Bordeaux Métropole Sans Hépatite Virale (BMSHV) espère placer Bordeaux comme première métropole française sans hépatite. Réunissant de nombreux partenaires investis dans la sensibilisation, le dépistage et le traitement des hépatites, BMSHV compte sur l'engagement indéfectible des équipes soignantes et de l'ensemble de son réseau pour atteindre cet objectif de santé capital.

Rencontre avec le Docteur Foucher (hépatogastro-entérologue au CHU\* de Bordeaux) et Anne-Laure De Araujo (IDE\*\*, coordinatrice du projet), membres clés du réseau.



L'équipe de Bordeaux Métropole Sans Hépatite Virale

### Une approche solidaire

BMSHV a été fondé fin 2017. Constatant que les CHU étaient souvent éloignés des populations cibles (migrants, usagers de drogues, etc.) et que les centres experts étaient trop spécialisés pour pratiquer le dépistage à grande échelle, le réseau s'est engagé à mettre en oeuvre tous les moyens nécessaires afin de combler ce manque.

Avec une démarche centrée sur l'humain et la solidarité, BMSHV et son réseau souhaitent favoriser le lien entre les populations vulnérables et l'accès au dépistage, tout en les accompagnant dans leur prise en charge.

### De la mise en place du réseau à son extension

La première étape a été la création d'un accès, prioritaire et facilité, pour la prise en charge des hépatites virales chez les patients vulnérables. L'équipe de BMSHV a mis en place des consultations dédiées tous les vendredis matin, assurées en alternance par des médecins référents.

Pour dépister un maximum de personnes vulnérables, BMSHV s'est associé à de nombreuses structures partenaires pour les sensibiliser aux enjeux du dépistage des hépatites virales et les inviter à rejoindre le réseau BMSHV.

S'est formé ainsi un tissu d'équipes dévouées et déterminées, pour lesquelles la coopération et le maintien du lien humain sont des défis constants. Avec le temps, elles ont développé une connaissance mutuelle renforçant la confiance et la collaboration entre leurs structures.

L'accompagnement des différentes structures partenaires du réseau se fait par des temps d'échanges et des rencontres semestrielles organisées par BMSHV. Ils permettent de recueillir les difficultés rencontrées et de créer du lien entre les structures.

### Des campagnes de sensibilisation à grande échelle

Le réseau BMSHV mène également diverses actions de communication, comme des campagnes de sensibilisation au dépistage déployées dans des salles d'attentes ou les couloirs des hôpitaux. Ainsi, en 2022, le TRAM de Bordeaux a été customisé aux couleurs d'une grande campagne de dépistage et rebaptisé #Hépatitram.



### Patients et soignants au coeur du dispositif

La relation humaine que BMSHV entretient avec les patients est la clé de son succès. Chaque membre du réseau oeuvre pour faciliter le dépistage et le suivi. Des méthodes de communication non traditionnelles ont d'ailleurs été mises en place à chaque étape :

- Au moment du diagnostic d'une hépatite virale, la structure qui a procédé au dépistage adresse un courriel à BMSHV. Pour simplifier cette prise de contact, une adresse électronique a été créée. Le courriel indique le résultat du test de dépistage, afin d'identifier en amont quelle(s) hépatite(s) vont devoir être prise(s) en charge. Il indique l'identité du patient, ses coordonnées et sa langue parlée afin de faire appel à un interprète si cela est nécessaire.

- Le rendez-vous avec le patient est fixé dans un délai de 15 jours maximum. « Le rendez-vous doit être proche car ce sont des personnes qui ne sont pas en situation stable ». Un numéro de téléphone dédié permet de traiter les appels et les demandes avec une grande disponibilité.

- Grâce à l'utilisation d'une application de traduction, une convocation est envoyée au patient dans sa langue. Pour faciliter sa venue, le trajet en tram jusqu'au CHU est également détaillé et joint à sa convocation.

« Les communications avec les patients se font par courriel mais également via Whatsapp (...) Ils n'ont pas toujours de forfait téléphonique mais peuvent facilement accéder à une connexion wifi gratuite ».

Cette proximité permet aux équipes du CHU d'effectuer un rappel aux patients la veille de chaque rendez-vous, de les accompagner au plus près de leurs besoins durant leurs traitements, d'échanger sur les éventuelles difficultés liées à leur traitement ou à son suivi.

Une fois au CHU, le patient est reçu en consultation par l'un des médecins référents. « Même avec beaucoup de retard, le patient sera vu par le médecin. Nous sommes plutôt flexibles ».

Cette consultation peut se dérouler avec un interprète en présentiel ou en distanciel. Un dispositif qui permet de fluidifier les échanges entre le médecin et le patient. Les examens nécessaires sont réalisés puis le patient bénéficie d'une séance d'éducation thérapeutique. Pour finir, le patient rencontre l'association AIDES, présente tous les vendredis matin, et bénéficie d'un temps d'échange autour d'une pause-café. A la suite de l'ensemble de ces examens, les médecins vont pouvoir fixer un nouveau rendez-vous et une nouvelle convocation sera remise au patient.

Les équipes de BMSHV sont remarquables aussi par leur ténacité :

« Pas de perte de vue ! Si un patient ne vient pas à son rendez-vous, on le rappelle pour qu'il vienne à la consultation, même s'il a déjà manqué plusieurs rendez-vous. Et on s'adapte au mieux à leur planning »

A ce jour, plus de 1000 patients ont été pris en charge par l'équipe de BMSHV. Un chiffre qui témoigne de l'impact positif du projet dans la région bordelaise. Au-delà de l'élimination des hépatites virales, le réseau continue d'œuvrer pour promouvoir une approche solidaire dans le domaine de la santé, témoignant de l'importance de l'humain au coeur de chaque initiative.

Pour en, savoir plus, connectez-vous sur :

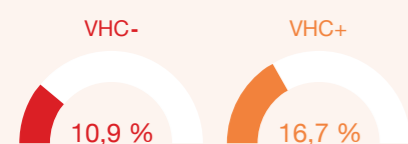


# Diabète et maladies du foie, Une complication à surveiller

## Le diabète de type 2 (DT2) est l'une des complications extra-hépatiques les plus fréquentes de l'hépatite C chronique<sup>1</sup>.

L'hépatite C chronique est associée à un risque accru de DT2

Risque cumulé de diabète<sup>2</sup>



p < 0,001

Chez les patients VHC, le DT2 augmente de



La prévalence du DT2 augmente avec l'âge<sup>3</sup>

À partir de 40 ans, les patients VHC ont



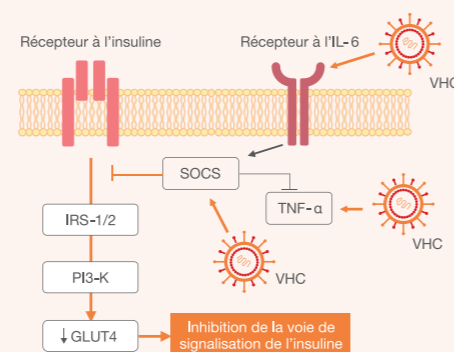
## L'hépatite C chronique perturbe les métabolismes glucidique et lipidique<sup>6</sup>.



## Le VHC agit principalement sur la résistance à l'insuline pour favoriser le DT2<sup>7</sup>.

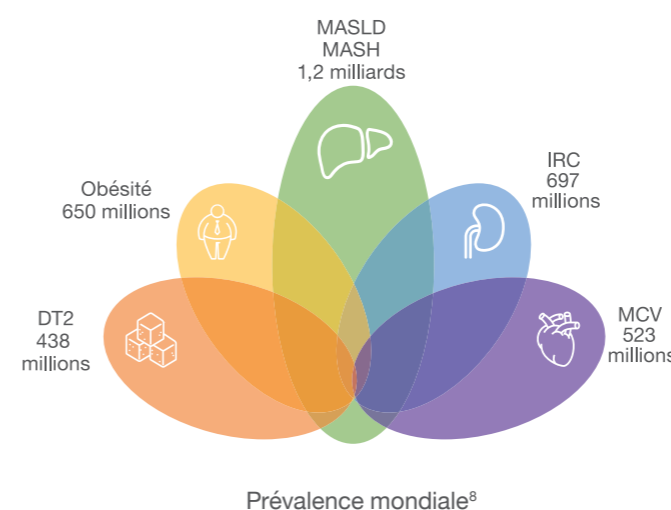
Le VHC, via l'induction de l'IL-6 et ou du TNF-α, induit la dégradation des substrats au récepteur de l'insuline IRS 1 et 2 par SOCS.

Ce qui diminue l'action de la PI3-K, réduisant l'expression de GLUT4, un transporteur transmembranaire du glucose, inhibant ainsi la voie de signalisation de l'insuline<sup>7</sup>.



AAD : antiviraux à action directe ; AVC : accident vasculaire cérébral ; GLUT-4 : glucose transporter type 4 ; HbA1c : hémoglobine glyquée ; IL-6 : interleukine 6 ; IRCT : insuffisance rénale chronique terminale ; IRS : insulinerécepteur substrate ; MASH : stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique, anciennement nommée NASH non-alcoholic steatohepatitis ; MASLD : maladie du foie associée à un dysfonctionnement métabolique, anciennement nommée NAFLD Non-alcoholic fatty liver disease ; PI3-K : phosphatidylinositol 3 kinase ; SOCS : suppression of cytokine signalling ; TNF-α : tumor necrosis factor-alpha ; VHC : virus de l'hépatite C.

## Au-delà du foie, l'hépatopathie stéatosique métabolique affecte de nombreux organes<sup>8</sup>

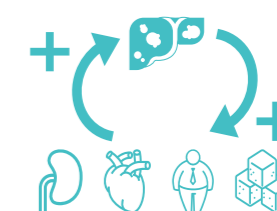


La MASLD concerne 40 % des adultes<sup>8</sup>



L'hépatopathie stéatosique augmente le risque d'événements cardiovasculaires majeurs, de DT2 et d'insuffisance rénale chronique.

Inversement, les patients atteints de maladies cardiométaboliques ont une prévalence plus élevée d'hépatopathie stéatosique<sup>8</sup>.



## Un risque d'interactions médicamenteuses sous AAD

Les patients VHC chroniques sont souvent polymédiqués lorsqu'ils sont traités par AAD<sup>9</sup>.

Ce qui les expose à des risques d'interactions médicamenteuses lors du traitement par AAD<sup>9</sup>.

10%

sont sous anti-diabétiques<sup>9</sup>



## Le traitement de l'hépatite C chronique peut améliorer les paramètres métaboliques

Un traitement par AAD réduit l'incidence du diabète et améliore le contrôle glycémique chez les patients VHC

Une réponse virologique prolongée diminue le risque de survenue des complications du diabète<sup>11</sup>



1 - Mazzaro C, et al. A review on extrahepatic manifestations of chronic hepatitis c virus infection and the impact of direct-acting antiviral therapy. Viruses 2021;13(11):2249.  
 2 - Lin YJ, et al. Chronic hepatitis C virus infection and the risk for diabetes: a community-based prospective study. Liver Int 2017;37(2):179-86.  
 3 - Mehta SH, et al. Prevalence of type 2 diabetes mellitus among persons with hepatitis C virus infection in the United States. Ann Intern Med 2000;133(8):592-9.  
 4 - Lecube A, et al. Glucose abnormalities in patients with hepatitis C virus infection: Epidemiology and pathogenesis. Diabetes Care 2006;29(5):1140-9.  
 5 - Yu ML, et al. TASL, TADE, and DAROC consensus for the screening and management of hepatitis C in patients with diabetes. J Formos Med Assoc 2023;122(3):202-20.  
 6 - Chaudhari R, et al. Metabolic complications of hepatitis C virus infection. World J Gastroenterol 2021;27(13):1267-82.  
 7 - Ribaldone DG, et al. The effect of viral clearance achieved by direct-acting antiviral agents on hepatitis C virus positive patients with type 2 diabetes mellitus: A word of caution after the initial enthusiasm. J Clin Med 2020;9(2):563.  
 8 - Zannad F, et al. MASLD and MASH at the crossroads of hepatology trials and cardiorenal metabolic trials. J Intern Med 2024;296(1):24-38.  
 9 - Sicras Mainar A, et al. Prevalence of the potential drug-drug interactions between pangenotypic direct-acting antivirals and the concomitant medications associated with patients with chronic hepatitis C virus infection in Spain. Gastroenterol Hepatol 2019;42(8):465-75.  
 10 - Butt AA, et al. Hepatitis C virus (HCV) treatment with directly acting agents reduces the risk of incident diabetes: Results from electronically retrieved cohort of HCV infected veterans (ERCHIVES). Clin Infect Dis 2020;70(6):1153-60.  
 11 - Li J, et al. Sustained virological response to hepatitis C treatment decreases the incidence of complications associated with type 2 diabetes. Aliment Pharmacol Ther 2019;49(5):599-608.

# Hépatites virales

## Montpellier au plus proche des patients

**Bien que le dépistage des hépatites virales, y compris l'hépatite Delta, se soit amélioré, il reste encore des patients à identifier, notamment dans les populations les plus éloignées du système de soins. Pour cela, il est nécessaire de mener des actions en dehors de l'hôpital. Dans la région Occitanie, un réseau de structures médico-sociales, comprenant le CHU de Montpellier, s'organise pour améliorer l'identification des patients et leur proposer une prise en charge adaptée. Rencontre avec Corinne Rotrou, infirmière coordinatrice au Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales, qui nous décrit les actions de dépistage et d'accompagnement des patients hors-les-murs qu'elle coordonne.**



### Quel est votre rôle au sein du Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales de Montpellier ?

Je coordonne toutes les actions du service et notamment la mission hors-les-murs qui joue un rôle essentiel dans la lutte contre les hépatites virales compte tenu des profils de populations concernés. Dans ce cadre, j'accompagne et éduque les patients atteints d'hépatite virale. Je coordonne aussi les échanges avec le Dr Meszaros pour les RCP des cas complexes d'hépatites.

### Quels sont les profils de patients atteints d'hépatite virale que vous rencontrez ?

Ce sont principalement des personnes hors parcours de soin, en difficulté sociale : vivant dans la précarité, avec de multiples problèmes de santé, ayant des addictions, souffrant de troubles psychiatriques ou ne parlant pas français...

### Comment s'organisent vos actions ?

Notre service expert est un petit réseau qui travaille sur la région Occitanie en collaboration avec la COHEP (Coordination Hépatites Occitanie) afin de sensibiliser les acteurs de la région aux hépatites virales. Nous prenons contact avec des structures susceptibles d'accueillir des personnes atteintes d'hépatite virale. L'idée est d'établir un maillage du territoire pour avoir des actions homogènes et concertées. Nos actions d'aller-vers se font avec des partenaires de terrain qui connaissent bien les personnes concernées. Pour ces populations plus vulnérables,

créer un lien de confiance est nécessaire pour dépister, traiter, accompagner ces patients et assurer un suivi dans le but d'éviter le risque de recontamination.

### Qui sont vos partenaires de terrain ?

Je travaille étroitement avec SOS hépatites Occitanie Est avec qui nous réalisons souvent des sessions de dépistages et d'accompagnements. Je travaille aussi beaucoup avec le CeGIDD de Montpellier pour les personnes qui n'ont pas encore de droits ouverts, et bien sûr la PASS du CHU. Nous avons beaucoup de partenaires de terrain, nous travaillons avec plus de 155 structures : CSAPA et CAARUD sur place ou en unités mobiles, centres hospitaliers, CAARUD, CADA, PRAHDA, CHRS, Restos du Cœur, Secours Populaire, structures de médecines communautaires... Notre réseau s'étend sur un vaste territoire comprenant l'Aveyron, la Lozère, une petite partie du Gard, l'Hérault et plus rarement l'Aude.

### Quelles sont vos actions de terrain ?

Nous effectuons des dépistages du VHC, du VHB et du VIH par TROD. Nous réalisons des FibroScan® qui nous permettent d'évaluer la fibrose hépatique de façon non invasive mais qui constitue aussi un outil de sensibilisation aux hépatites virales pour les personnes ne voulant pas se faire dépister d'emblée (pas de piqûre, appréhension du résultat). Nous avons également la capacité de mesurer la charge virale de l'hépatite C en une heure par Genexpert® quand le TROD est positif. Cela permet de faire du «Test to treat» et prescrire le traitement rapidement par les médecins à la suite du dépistage.

En cas de dépistage du VHB positif, on établit une ordonnance pour faire le dépistage de l'hépatite Delta et tous les marqueurs du VHB. Lorsque les patients viennent jusqu'à l'hôpital, le test du VHD est fait automatiquement. Dans le cadre de nos actions hors les murs, les ordonnances peuvent être confiées aux travailleurs sociaux ou infirmiers en contact avec le patient afin que celui-ci puisse faire les examens au plus près de son lieu de vie. L'idée est de simplifier au maximum le parcours de ces personnes en difficultés sociales. Nous réalisons un accompagnement sur-mesure en fonction du besoin des patients. Je peux par exemple accompagner physiquement les patients cirrhotiques pour les amener à une consultation au CHU. L'objectif est de suivre les patients avec des personnes de confiance pour leur donner une bonne qualité de soin.

« On crée une alliance thérapeutique patient-infirmière-pharmacien pour faciliter la prise du traitement. »

### Le dépistage est-il bien accepté par les populations ?

Oui, car nos actions sont préparées en amont par nos partenaires de terrain qui connaissent bien les personnes qu'ils voient régulièrement pour des problématiques d'addictions, de réduction des risques, d'ouvertures de droits ou d'accompagnement en santé globale. Ils ont installé un climat de confiance, ce qui évite que notre démarche soit perçue comme stigmatisante. Le fait que nous soyons une équipe réduite participe à maintenir ce climat, c'est une force. Cette approche via un maillage du territoire avec des partenaires locaux permet de cibler efficacement les populations concernées par les hépatites virales, comme l'illustre le fort taux de fibrose dépistées l'année dernière : de l'ordre de 10 %.

### Qui sont vos patients VHD ?

Nos patients VHD sont souvent des personnes issues de l'immigration, que nous avons dépistés dans des structures qui les accueillent (CADA, PRAHDA) ou hors les murs. Ils sont majoritairement originaires d'Asie centrale, d'Europe de l'Est et d'Afrique sub saharienne. Bien qu'ils soient jeunes, ils ont souvent déjà une fibrose avancée.

### Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre accompagnement des patients VHD ?

Ils ne parlent pas toujours français. Il faut lever la barrière de la langue pour leur faire comprendre que non seulement on leur a découvert une hépatite B, mais qu'en plus un deuxième virus dangereux menace leur foie. Il faut aussi leur expliquer les modalités du traitement. Ce n'est pas toujours simple et l'utilisation de documents traduits dans leur langue est très utile. On utilise aussi des applications de traduction ou on fait appel à des traducteurs humains mais on n'est jamais sûrs à 100 % qu'ils comprennent nos messages. C'est pourtant essentiel parce qu'on veut que le patient devienne un expert de sa maladie et qu'il comprenne les enjeux de la prise en charge. Au quotidien, je communique beaucoup par SMS avec les patients. Il persiste un besoin au niveau de la qualité des traductions. Pour les populations migrantes, on peut aussi rencontrer des freins administratifs, notamment de délai de carence de 3 mois et l'ouverture des droits.

### Quels sont les clés de réussite dans le suivi des patients VHD ?

Il est indispensable de leur faire comprendre la gravité de la maladie, l'importance du traitement pour bloquer le virus et prévenir les complications hépatiques. Je vise donc à autonomiser au maximum les patients vis-à-vis de leur prise en charge. Je passe ainsi beaucoup de temps à leur apprendre les modalités thérapeutiques et les mesures d'hygiène associées. Je les accompagne physiquement à la pharmacie hospitalière

CADA : Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile ; CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues ; CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic ; CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ; PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé ; PRAHDA : Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile ; RCP : réunion de concertation multidisciplinaire ; TROD : test rapide d'orientation diagnostique.



pour récupérer leur premier traitement pour m'assurer qu'ils aient un bon contact avec le pharmacien et qu'ils sachent bien où aller chercher leur traitement. On crée une alliance thérapeutique patient-infirmière-pharmacien pour faciliter la prise du traitement. Lors du premier mois nous réalisons un accompagnement infirmier pour consolider leurs acquis et je reste disponible pour toute question ou interrogation.

« Avec notre accompagnement personnalisé, nos patients deviennent des experts de l'hépatite Delta, capables de lire leurs bilans et de comprendre les enjeux de leur prise en charge. »

### Comment garder les patients VHD motivés tout au long du suivi ?

J'apprends aussi aux patients à lire leurs bilans pour qu'ils soient partie prenante de leur suivi, ce qui facilite l'adhésion au traitement et leur permet de nous alerter en cas de survenue d'effet indésirable. Nous constatons ainsi une très bonne observance chez nos patients bien que certains aient une prise en charge thérapeutique depuis 3 ans. On entretient la motivation en leur rappelant à chaque visite que les résultats sont bons, qu'il faut persister pour continuer à protéger leur foie et éviter des complications.

Avec le temps nous tissons des liens avec les patients, on ne prend pas en charge un virus mais une personne dans sa globalité, avec sa vie et ses difficultés quotidiennes. C'est pour moi une grande fierté de pouvoir apporter un accompagnement adapté à chaque patient et de les rendre autonomes, au-delà des gestes techniques.

### Quel est le suivi médical des patients VHD ?

Nos patients VHD ont presque tous une fibrose évoluée, certains sont cirrhotiques compensés, donc on réalise le suivi de la cirrhose, tous les 3 mois au départ, ainsi que le dépistage du carcinome hépatocellulaire. À ce niveau d'hépatopathie, le FibroScan® ne suffit pas, le suivi est plus complexe et nécessite des examens complémentaires.

# Le Réseau REVHEPAT

## Engagés tout au long du parcours de soins



Le réseau REVHEPAT, acronyme de Réseau Ville Hôpital Hépatites, se distingue par son approche unique et holistique pour dépister, traiter et accompagner les personnes touchées par des hépatites virales à Clichy et ses environs. Créé en 1998, ce réseau a su évoluer et

s'adapter aux besoins changeants de la population, tout en maintenant un lien fort entre la ville et l'hôpital. Rencontre avec le Dr Boyer, hépatologue et coordinatrice du réseau qui nous présente son fonctionnement et les atouts qui font sa singularité.

### Une action durable

En 1998, une initiative nationale avait donné naissance à une trentaine de réseaux ville-hôpital en France, chacun centré sur un service Expert hospitalier. Depuis, de nombreux réseaux ont disparu et seulement quelques-uns sont restés actifs en France. C'est le cas de REVHEPAT qui grâce à son engagement constant a réussi à maintenir un lien solide avec la ville. « Nous avons toujours cherché à impliquer des acteurs de la ville dans nos activités et à répondre aux problématiques locales » explique le Dr Boyer. Le réseau est ainsi une association qui regroupe aujourd'hui une psychologue à temps plein, Béatrice Monnier, une secrétaire à mi-temps, des médecins qui réalisent des vacations, une infirmière « hors-les-murs » à temps plein, Sophie Ternay, avec l'aide d'une infirmière du service d'hépatologie de l'hôpital Beaujon et une douzaine de bénévoles.

L'objectif initial de REVHEPAT était de renforcer le dépistage et la prise en charge des hépatites virales, notamment de l'hépatite C. Un manque cruel d'accompagnement des malades suite à l'annonce de leur positivité était à déplorer : il fallait alors attendre plusieurs mois avant les rendez-vous de consultations spécialisées : « L'accès à l'information et aux soins était problématique. Nous laissons les patients dans la nature pendant 6 mois entre l'annonce et le premier rendez-vous de prise en charge. Pendant cette période, personne ne pouvait répondre à leurs questions ni éventuellement dédramatiser la situation ». Aujourd'hui, le réseau a élargi son champ d'action pour inclure les maladies chroniques du foie en général, comme la stéatose hépatique par exemple.

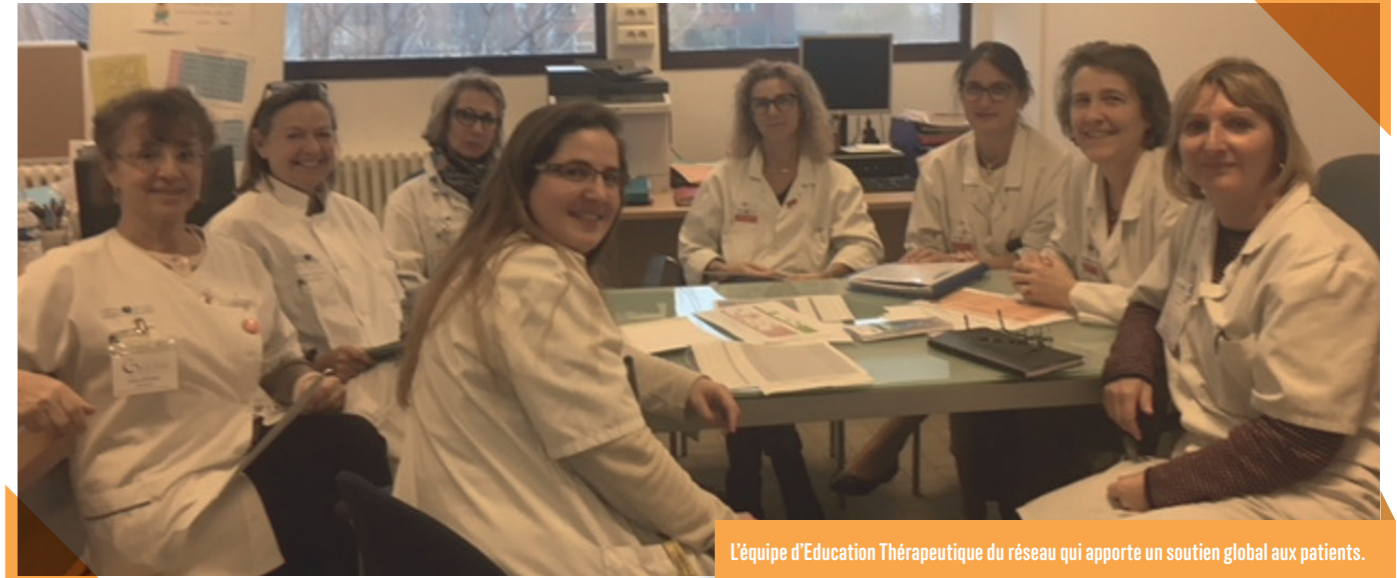


Sur la photo: Dr Boyer, hépatologue et coordinatrice du réseau REVHEPAT.

### La «consultation avancée» : une réponse rapide et personnalisée

L'une des innovations majeures de REVHEPAT est la création, en 2001, de la «consultation avancée». Cette consultation d'accueil et d'orientation permet une prise en charge rapide des patients atteints de maladies chroniques du foie. « En pratique, pour les hépatites virales par exemple, le patient qui vient d'être testé positif est vu à une ou deux reprises pour faire le point, répondre à ses questions ou l'orienter en urgence si nécessaire », détaille le Dr Boyer. Cette approche rapide (15 jours à 3 semaines) et personnalisée permet de réduire l'anxiété des patients et d'assurer une transition en douceur vers les soins spécialisés avec l'hépatologue ou les professionnels adéquats.

Cette consultation est majoritairement réalisée par des médecins généralistes intégrés au réseau, ce qui facilite une communication plus directe et moins intimidante avec les patients : « parce qu'ils connaissent peut-être mieux leurs problématiques et répondent mieux à leurs questions », ajoute le Dr Boyer. Elle permet également de former les professionnels de santé au dépistage et à la prise en charge des hépatites. « On s'efforce de toujours faire un retour au médecin généraliste «dépisteur» pour l'informer de la suite de la prise en charge du patient. Ces retours permettent donc une formation «autour du patient» du médecin généraliste «dépisteur» pour lever les éventuels freins empêchant une pratique du dépistage optimale. Ça a beaucoup renforcé l'écoute et le lien avec la ville », explique le Dr Boyer. Cette consultation est un franc succès avec plus de 500 consultations par an.



L'équipe d'Éducation Thérapeutique du réseau qui apporte un soutien global aux patients.

### L'Éducation Thérapeutique du Patient : un soutien global aux patients

L'autre pilier de REVHEPAT est son programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), mis en place en 2010 et agréé par l'ARS. Il vise à prendre en charge le patient dans sa globalité, en tenant compte de son environnement quotidien et de son entourage. « Nous proposons des consultations individuelles avec une psychologue, une infirmière, une diététicienne ou un enseignant d'activité physique adaptée (APA), en fonction des besoins du patient », explique le Dr Boyer. Mais le point fort du programme est la possibilité de participer à des ateliers collectifs où divers thèmes vont être abordés tels que les traitements de l'hépatite C et sa guérison, l'hépatite B, l'image de soi, la fatigue, la diététique ou encore l'activité physique adaptée ; différents profils de patients (profil socio-culturel, âge, origine de l'infection...) vont s'y rencontrer créant une grande richesse lors des échanges. Ces ateliers sont animés par un binôme composé d'un soignant spécialiste du thème abordé et d'un autre soignant ou d'un patient intervenant formé à l'ETP. « Ce travail avec les patients intervenants est essentiel car ils nous aident à adapter notre discours et à choisir les bons mots pour parler aux autres patients ».

Autre particularité, ce programme d'ETP est ambulatoire permettant un accès facilité pour les patients. « C'est aussi une façon de renforcer le lien ville-hôpital », précise le Dr Boyer.

Grâce à ces programmes, le patient se sent sécurisé par toute une équipe qui va le soutenir sous différents aspects (maladie, vie quotidienne, démarches...). Enfin, un programme transversal «ETP pluriel» a été créé pour accueillir des patients souffrant d'une maladie chronique, quelle qu'en soit l'étiologie, et d'aborder d'autres sujets tels que : « vie sexuelle et affective », « parlons tabac », « mes droits et démarches »...

### Un dépistage exhaustif pour capter les derniers réservoirs

Certaines populations sont classiquement ciblées : les usagers de drogues dans les CSAPA ou les CAARUD, les HSH, dans

les prisons. Mais le réseau souhaitait atteindre un plus large public. « Il faut maintenant aller chercher les malades où on va rarement : les populations précaires, les femmes isolées qui négligent souvent leur santé et les migrants, tout comme les personnes de plus de 50 ans souvent oubliées et qui sont les moins dépistées aujourd'hui ».

Pour ce faire, le réseau met en place des dépistages au sein de structures accueillant les personnes précaires et migrants telles que les Restos du Cœur, le Secours Populaire, les foyers de migrants et les centres d'hébergement d'urgence. Il entre aussi en relation avec des associations comme Coallia qui accompagne les demandeurs d'asile du 92 ou des associations d'Afrique Subsaharienne leur donnant accès à des sites où le réseau peut aller faire des dépistages assez régulièrement.

« C'est aussi l'occasion de former les professionnels et les bénévoles qui y travaillent pour qu'ils soient un relai sur place de notre action et qu'ils sachent comment aborder le sujet », explique le Dr Boyer.

Pour effectuer des dépistages vis-à-vis de la population générale, le réseau déploie son action sur des lieux publics comme les marchés municipaux : « par exemple, on va à la rencontre des gens sur les marchés à Clichy, avec 4 ou 5 postes de dépistage. Cela demande beaucoup d'énergie et d'organisation car il faut de nombreux bénévoles disponibles le samedi ou le dimanche », indique le Dr Boyer. Le réseau est aussi présent sur des événements sportifs comme les Foulées de Clichy ou au sein des services de médecine du travail des grandes entreprises de la ville. Des campagnes d'affichage sur les quais du métro, chez les commerçants, pharmacies, professionnels de santé libéraux ou sur les panneaux municipaux, l'utilisation des réseaux sociaux de la ville de Clichy ou de l'hôpital Beaujon... tous les moyens mis à leur disposition sont utilisés pour créer une vraie dynamique autour du sujet, toucher des publics variés et renforcer les dépistages.

La prévention des prises de risques est également réalisée auprès des jeunes avec des journées d'information dans les lycées professionnels et universités de la ville. La difficulté majeure rencontrée vis-à-vis de la population



générale est qu'elle ne se sent pas concernée par le sujet. « Les personnes rencontrées ont tout de suite un sentiment de culpabilité dès que l'on parle de transmission sanguine ou de virus ; c'est aussi lié à l'analogie avec l'infection par le VIH. Il faut trouver des arguments pour expliquer que tout le monde peut être concerné, même les personnes âgées ou celles qui ne se sentent pas à risque », explique le Dr Boyer avant d'ajouter : « Par exemple, chez une dame de 70 ans avec les oreilles percées, on va lui expliquer que c'est un piercing et donc une pratique à risque d'hépatites si elle n'est pas réalisée dans les bonnes conditions.

Pour les hommes, on peut, par exemple, aborder la question de la circoncision ; une intervention qui dans l'esprit n'est pas du tout associée à un risque sanguin alors que les conditions d'asepsie peuvent ne pas avoir toujours été respectées. On leur explique aussi que plus le geste est ancien, plus c'est dangereux car le matériel jetable n'était pas utilisé ».

La communauté de patients ciblée plus récemment est la population psychiatrique. Une étude en cours de publication avait été réalisée par le réseau avec l'hôpital Beaujon. Les patients qui arrivaient aux urgences et pour lesquels le psychiatre était appelé (problème psychiatrique ou d'addiction) avaient été ainsi dépistés. Les premiers résultats révèlent que la prévalence de l'hépatite C y est 10 fois plus élevée que dans la population générale. Pour autant, les dépistages fréquents dans les services de psychiatrie ne sont pas toujours efficaces car 70% des patients sont suivis en ville sans passage par l'hôpital.



Le réseau effectue aussi de la sensibilisation lors d'événements sportifs comme les Foulées de Clichy.

Pour tenter d'approcher cette population, le réseau travaille depuis 2 ans avec les CMP aux alentours (Clichy, Levallois, Gennevilliers, Asnières, St Ouen...) où prévention et dépistage sont réalisés.

#### Un accompagnement des patients sur le long terme

Ces dépistages sont souvent réalisés avec des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et le « Test and Treat » est utilisé pour des profils de patients spécifiques. « Pour les personnes que l'on risque de perdre de vue, notamment certains usagers de drogues, il est préférable de les traiter tout de suite, quitte à ne pas pouvoir vérifier la guérison ».

Pour d'autres profils patients, il est bénéfique de proposer une approche ajustée pour laisser le temps de créer du lien et aborder avec eux la question des comorbidités et/ou du risque de réinfection. « Pour le suivi sur le long terme, il peut être très différent d'un patient à un autre. Pour des patients jeunes guéris de l'hépatite C et sans comorbidité particulière, on va les voir au moment de la guérison et peut-être une fois ensuite pour vérifier l'absence de fibrose séquentielle, puis ils seront redirigés vers leur médecin traitant. Pour les patients

« Nous sommes très attachés à couvrir l'ensemble du parcours de soins du patient. Nos actions passent en effet par le dépistage, la prévention, la prise en charge psycho-médico-sociale du patient et la gestion des comorbidités ou complications (cirrhose, cancer). »

« C'est aussi l'occasion de former les professionnels et les bénévoles qui y travaillent pour qu'ils soient un relai sur place de notre action et qu'ils sachent comment aborder le sujet »,

avec un risque de réinfection comme les usagers de drogues, on va essayer de les voir au moins une fois par an pour refaire une mesure de la charge virale. Idem chez les patients présentant des comorbidités avec un suivi d'une fois par an au minimum effectué en relation avec le médecin traitant et avec la possibilité de les intégrer à des programmes de suivi addictologique », détaille le Dr Boyer.

#### Un modèle exportable et répliquable

Le modèle REVHEPAT pourrait être transposé dans d'autres régions. Des équipes de centres médicaux et d'autres communes limitrophes s'en inspirent déjà. « Plusieurs professionnels veulent créer des ateliers ETP similaires et ils viennent de très loin pour assister à nos ateliers. Ils en voient le fonctionnement et peuvent s'informer quant à la logistique à mettre en place. » Cependant, comme le souligne le Dr Boyer, il est crucial d'adapter ces initiatives à chaque contexte local pour garantir



Les bénévoles du réseau vont à la rencontre de la population générale lors d'événements pour sensibiliser aux hépatites virales et réaliser des dépistages.



La campagne d'affichage du réseau sur les quais du métro.

leur succès. « À titre d'exemple, il faut individualiser les ateliers ETP du parcours classique de consultation pour que le patient voit la différence avec le suivi médical et en comprenne et apprécie l'intérêt. Ce sont des pratiques spécifiques que nous avons acquises avec l'expérience et qui peuvent faire gagner du temps à d'autres centres qui souhaiteraient mettre en place ce type de projets ».

La création de liens solides avec les professionnels de santé de la ville est également essentielle pour une prise en charge intégrée et durable des patients. « Nous avons par exemple, une infirmière « hors-les-murs » qui s'occupe davantage du dépistage et une infirmière du service d'hépatologie qui s'occupe du suivi des patients traités. Elles font partie toutes deux de l'équipe d'ETP ; ça permet de créer aussi le lien avec la ville et l'hôpital et avec toutes les autres professions paramédicales », détaille le Dr Boyer.

#### Un parcours de soins complètement intégré

REVHEPAT s'attache ainsi à couvrir l'ensemble du parcours de soins, de la prévention au dépistage, en passant par l'accompagnement psycho-médico-social du patient lors de sa prise en charge et la gestion des comorbidités ou complications (cirrhose, cancer). Le travail de dépistage exhaustif auprès de différentes populations est un atout notable. « C'est en sensibilisant la population générale que l'on arrivera vraiment à faire du dépistage et à atteindre l'élimination de l'hépatite C ». Le Dr Boyer souhaiterait également mieux sensibiliser les différents professionnels de santé. « Certains pensent encore qu'il n'est pas possible de guérir de l'hépatite C. Il faudrait donc renforcer la formation des médecins généralistes mais aussi des spécialistes (gynécologues, rhumatologues...), notamment sur le dépistage. Et ce n'est qu'en créant du lien avec la ville que nous arriverons à entrer dans les structures et à leur apporter sur place une information fiable », conclut le Dr Boyer.

#### CONCLUSION:

Le réseau REVHEPAT illustre comment une approche innovante et collaborative ville-hôpital peut transformer la prise en charge des maladies chroniques du foie, en mettant l'accent sur le dépistage, l'accompagnement et l'éducation des patients. Grâce à son modèle unique, ce réseau continue de faire avancer la lutte pour l'élimination de l'hépatite C, offrant un espoir de guérison et de meilleure qualité de vie pour de nombreux patients.



**MALADIES HÉPATIQUES**  
*Libérer les possibles*

**RÉVOLUTIONNER**

la prise en charge de l'hépatite C et  
continuer de transformer la vie des patients

**INNOVER**

pour répondre à des besoins médicaux  
non couverts dans l'hépatite B/Delta  
et autres maladies du foie

**ACCOMPAGNER**

tous les acteurs du parcours  
de soins au service des patients

*tels sont nos engagements  
pour libérer les possibles...*

