

comparé la répartition par CSP des consultants des centres en 1997 à celle du recensement de population de l'Insee en 1999, après exclusion des catégories hors Régime général. Dans la population active, les proportions de cadres supérieurs, professions intermédiaires, employés et ouvriers sont, respectivement, de 11,6 %, 23,9 %, 35,3 % et 29,2 % pour les consultants des centres, et de 14,5 %, 25,5 %, 31,8 % et 28,3 % pour la population française. On observe que ces répartitions sont relativement peu différentes, bien que les différences soient statistiquement significatives en raison des effectifs considérés. Un biais de sélection, modéré, lié à la CSP, ne peut donc être totalement écarté.

Par ailleurs, une étude conduite dans les centres en 2002 a montré que les publics fréquentant habituellement les centres répondent à une grande diversité de professions, de statuts, de catégories sociales et de secteurs d'activité [4].

Précarité et inégalités de santé

La précarité se définit comme un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux [5,6]. Ainsi, la précarité est le résultat d'un enchaînement d'événements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale [5]. Plusieurs dimensions de la précarité ont été décrites : le niveau d'étude, la CSP, le revenu, l'emploi, la couverture maladie, le logement, la famille, la santé [5,6].

La définition de la précarité utilisée dans la présente étude répond à la plupart de ces dimensions : la perte de l'emploi (chômeurs et CES), le faible niveau d'étude (jeunes en insertion), le logement (SDF), le bas niveau de revenu (RMI), et la santé qui est l'objectif de l'analyse. Nos résultats, conformes

aux données de la littérature sur les inégalités sociales de santé [2,5,6], apportent trois contributions originales à ces connaissances : l'étude de populations spécifiquement françaises, les niveaux élevés des risques pour les groupes SDF, RMI et jeunes en insertion, et l'importance des difficultés d'accès aux soins pour toutes les catégories.

Ces résultats pourraient contribuer à la réflexion sur les politiques de santé publique spécifiques dirigées vers ces populations, afin d'améliorer l'accès aux soins, l'état de santé et la réinsertion sociale.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les médecins Directeurs et les personnels des Centres d'examen de santé. Ils remercient également les Directeurs Généraux du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé), Danièle Desclerc-Dulac, Jean-Pierre Lagrula et Norbert Deville, actuel Directeur Général, ainsi que le docteur Jean-Pierre Giordanella et le professeur Marcel Goldberg, pour leurs contributions à l'animation des réseaux des centres.

RÉFÉRENCES

- [1] Zhang J, Yu KF. What's the relative risk ? A method of correcting the odds ratios in cohort studies of common outcomes. *JAMA* 1998; 280:1690-91.
- [2] Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Inserm. Editions La Découverte. Paris 2000.
- [3] Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York, NY: John Wiley & Sons Inc; 1989.
- [4] Carton M, Goldberg M. Rapport d'analyse de l'enquête sur les caractéristiques socioprofessionnelles des consultants des CES. Cetaf, juin 2002.
- [5] Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Editions ENSP, Collection Avis et Rapports. Rennes 1998.
- [6] Townsend P. Deprivation. *J Soc Policy* 1987; 16(2):125-46.

Identification des freins au dépistage et à la prise en charge des patients infectés par le virus de l'hépatite C : Étude Gymkhana 1, France, 9 au 12 décembre 2002

Michelle Bentata², Jean-Pierre Aubert², Stéphane Bouée¹, Christophe Compagnon², Bernard Elghozi², Jean-Michel Livrozet², Denis Méchali², Jean-François Perdrieau², Anne-Marie Py², Willy Rozenbaum², Olivier Tauléra², Alain Wajsbrot² et le groupe d'Étude Gymkhana*

¹ Cemka-Eval, Bourg-la-Reine ² Groupe d'étude et de recherche Ville-Hôpital, Paris

INTRODUCTION

Malgré les campagnes d'incitation au dépistage du virus de l'hépatite C (VHC), l'infection par le VHC est toujours sous diagnostiquée et sa prise en charge clinique et thérapeutique suboptimale. Il nous a donc semblé intéressant de tenter d'identifier les freins au dépistage et à la prise en charge.

MÉTHODES

Dans ce but, le Groupe d'étude et de recherche ville-hôpital (Gervih) a mené une étude observationnelle multicentrique prospective du 09/12/02 au 14/12/02 dans 11 réseaux Ville-Hôpital spécialisés dans la prise en charge du VIH et de ses pathologies connexes. Il est important de signaler que les réseaux Ville-Hôpital concernés par l'étude Gymkhana regroupaient des omnipraticiens dont la clientèle les jours de l'enquête a été extrêmement variée. Ont participé à cette étude 101 médecins, 80 généralistes et 21 hospitaliers. Tous les patients ambulatoires de plus de 18 ans ayant accepté oralement le principe de l'étude, ont rempli un auto-questionnaire sur les facteurs de risque pour l'infection par le VHC. Un comité de pilotage avait prédéfini 13 facteurs de risque de l'infection pour le VHC. Les cinq facteurs de risque majeurs étaient la transfusion avant 1992, l'hémophilie, l'hémodialyse chronique, l'usage de drogues par voie intraveineuse, l'infection par le VIH et les huit facteurs mineurs, le tatouage ou le piercing, l'usage de drogues intra-nasales, les antécédents d'incarcération, de soins médicaux dans les pays en voie de développement ou de fibroscopie, coloscopie et coelioscopie, l'existence d'un partenaire sexuel infecté par le VHC ou un membre de la famille proche infecté par le VHC, l'appartenance à une profession de santé. Quand l'auto-questionnaire du patient signalait au moins un facteur de risque majeur ou mineur, et seulement dans ce cas-là, les praticiens remplissaient alors un questionnaire

médical explorant les difficultés de dépistage ou de prise en charge.

RÉSULTATS

Ont été inclus 4 935 patients, 45,3 % d'hommes et 54,7 % de femmes, d'âge moyen 44,8 ans. Seuls 33,4 % avançaient un niveau d'étude supérieur. Au moment de l'enquête, ils avaient tous la sécurité sociale ou l'aide médicale état. Une co-infection par le VIH existait chez 686 (13,9 %). Au moins un des facteurs de risque prédéfinis était présent chez 4 237 (85,8 %), au moins un majeur chez 1 525 (36,0 %) et au moins un mineur sans facteur majeur chez 2 712 (64,0 %). Les oreilles percées étaient le seul facteur de risque chez 675 (15,9 %). Seuls 698 (14,2 %) n'avaient aucun facteur de risque.

Bilan du dépistage

Chez 100 sujets (dont 12 VIH+), l'auto-questionnaire n'était pas exploitable. Au total, seuls 1 597/4 137 patients (38,6 %) avec au moins un facteur de risque ont été testés pour le VHC. Mais si l'on ne considère que les 5 facteurs majeurs, 1 018/1 488 (68,4 %) ont été testés. Chez les patients infectés par le VIH, le dépistage est bien meilleur avec 631/674 (93,6 %) patients testés (tableau 1).

Tableau 1

Bilan du dépistage, Étude Gymkhana, France, 9-12 décembre 2002				
	Patients VIH+ n = 674	Patients VIH- n = 3 463	p	Total n = 4 137
Le test de dépistage du VHC a été prescrit	631 (93,6 %)	966 (27,9 %)	<0,001	1 597 (38,6 %)
Le résultat du test figure dans le dossier du patient	617 (97,8 %)	832 (86,1 %)	<0,001	1 449 (90,7 %)
Test positif	215/617 (34,8 %)	198/832 (23,8 %)	<0,001	413/1 449 (28,5 %)

La principale raison pour la non réalisation du test VHC chez les 2 540 patients ayant au moins un facteur de risque est que, bien que le patient soit bien connu du praticien, celui-ci n'a pas identifié le facteur de risque (1 794/2 540, 70,6 %). La plupart des patients présentant plusieurs facteurs de risque, il était intéressant de préciser comment était reconnu chaque facteur de risque par une analyse multivariée avec calcul de l'odds ratio (OR). Cet OR de reconnaissance du risque par le médecin est de 16,5 (IC 95 %, 11,1-24,6) quand le sujet était infecté par le VIH, de 5,8 (3,7-9,2) quand le sujet était toxicomane par voie intraveineuse, de 4,1 (3-5,5) pour les toxicomanes usant de voie non intraveineuse, de 2,7 (0,5-16,2) pour avoir été en hémodialyse et < 2 pour tous les autres facteurs de risque prédéfinis. L'OR pour les oreilles percées était de 0,7 (0,6-0,8).

Une infection par le VHC était retrouvée chez 413 sur 1 449 patients dépistés soit (28,5 %). La quasi-moitié d'entre eux (198, 47,9 %) était aussi infectée par le VIH. Parmi les patients avec au moins un des 5 facteurs de risque majeurs, 37,5 % étaient infectés par le VHC alors que seulement 5,5 % des patients avec un des 8 facteurs de risques mineurs mais pas de facteur majeur l'étaient. Aucun facteur de risque n'était reconnu chez 675 patients et seuls 2 (0,3 %) d'entre eux étaient infectés par le VHC. Aucun des 61 patients testés qui n'avaient comme facteur de risque que les oreilles percées, n'était infecté par le VHC.

Bilan des prises en charge médicales des patients infectés par le VHC

Les médecins ont rempli un questionnaire décrivant les différentes étapes de la prise en charge médicale pour les 413 patients reconnus comme infectés par le VHC. Seuls 246/413 patients (60 %) ont eu une prise en charge médicale complète. Pour les 40 % restant les principaux obstacles à une prise en charge optimale étaient : la négligence ou la peur du patient, un état physique trop précaire pour la réalisation de toutes les étapes (bilan biologique, biopsie hépatique si nécessaire, traitement si légitime). La négligence du médecin n'est retrouvée que pour 2,4 % des patients. La principale différence entre les patients mono-infectés et les co-infectés par le VIH réside dans un état physique beaucoup plus précaire chez ces derniers (tableau 2). La principale étape d'arrêt de la prise en charge est la biopsie du foie qui reste non prescrite ou non effectuée chez 59/167 patients (35,4 %). Il est intéressant de noter que 36 fois sur 59 (61 %), la raison en était l'existence d'un facteur qui aurait contre-indiqué la mise en place d'un traitement spécifique (dont 31 fois un mauvais état général ou des co-morbidités incompatibles avec celui-ci).

Tableau 2

Raisons d'une prise en charge non optimale, Étude Gymkhana, France, 9-12 décembre 2002				
	VIH+ n = 93	VIH- n = 74	p	Total n = 167
Oubli, négligence ou peur du patient	42 (45,1 %)	43 (58,1 %)	ns	85 (50,9 %)
État physique trop précaire	25 (26,9 %)	5 (6,8 %)	<0,001	30 (18 %)
Addiction ou alcoolisme sévère	17 (18,3 %)	8 (10,8 %)	ns	25 (15 %)
Mauvaise relation médecin-malade	8 (8,6 %)	7 (9,5 %)	ns	15 (9 %)
Problèmes sociaux non résolus	7 (7,5 %)	5 (6,8 %)	ns	12 (7,2 %)
Négligence du médecin	2 (2,2 %)	2 (2,7 %)	ns	4 (2,4 %)

DISCUSSION

L'intérêt de notre étude est qu'elle s'est déroulée en situation de médecine générale quotidienne au cabinet des généralistes de ville ou de médecins hospitaliers impliqués directement dans le suivi des patients. Il est important de comprendre que ces praticiens sont à la fois des omnipraticiens et des praticiens engagés dans un réseau « Ville-Hôpital » spécialisé dans la prise en charge des patients toxicomanes et/ou infectés par le VIH, ayant donc une double population avec une prédominance de la population générale des cabinets de ville. Les résultats pourraient être différents dans la patientèle de généralistes n'appartenant aux réseaux ville-hôpital. Pour comprendre la faiblesse du dépistage, tout en soulignant qu'il en est probablement de même dans la vie réelle, on pourrait invoquer que l'habitude de santé publique passe derrière la plainte

principale du patient en médecine générale. D'autre part, certains facteurs de risque retenus par le comité de pilotage ne sont pas reconnus comme tels de façon consensuelle. La Haute autorité de santé (anciennement Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Anaes) ne reconnaît notamment pas l'usage de stupéfiants sniffés, les actes endoscopiques ou l'appartenance à une profession de santé comme facteur de risque [1]. Le piercing des oreilles, très fréquent dans notre population, n'a pas été reconnu comme un facteur de risque pour le VHC par les médecins du groupe et d'ailleurs aucun chiffre de risque associé à cette pratique n'est actuellement disponible. A l'inverse quand le facteur de risque est bien reconnu par le praticien, la qualité du dépistage est bonne comme cela est le cas chez les patients infectés par le VIH par rapport à ceux qui ne le sont pas.

Une fois le dépistage effectué et l'infection VHC reconnue, la prise en charge optimale semble nettement insuffisante. Les raisons sont exposées dans le tableau 2 et l'on peut voir que les deux principales causes en sont l'oubli, la négligence ou la peur du patient et un état physique jugé trop précaire pour l'aboutissement complet de la prise en charge (notamment biopsie hépatique et traitement) et ce tout particulièrement chez les sujets co-infectés par le VIH. D'autres travaux ont rapporté le faible nombre de patients bénéficiant d'un traitement parmi les patients répliqueurs de VHC [2] ou insisté sur l'insuffisance de la communication voire la stigmatisation ressenties par les patients [3]. Depuis la conférence européenne de consensus sur le traitement de l'hépatite C en février 2002 [4], les indications de la biopsie du foie et des traitements spécifiques ont évolué avec moins d'indications de biopsie et plus de recours directs au traitement spécifique en vu d'éradication notamment pour les génotypes 2 et 3 bons répondeurs. Cette évolution entraînera probablement une modification future des pratiques. Enfin, notre étude ne nous permet pas de savoir si les raisons d'une prise en charge incomplète ne sont pas les mêmes chez les patients ayant été ou non au bout de leur parcours (notamment pour la mauvaise relation médecin-malade, la non résolution des problèmes sociaux, les addictions sévères persistantes). Une étude Gymkhana 2, cette fois-ci qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés, est donc actuellement en cours de réalisation chez des patients tirés au sort parmi ceux de Gymkhana 1 et acceptant cette nouvelle participation. Quoiqu'il en soit, il semble important de revoir nos pratiques à la lumière des connaissances récentes puisque les bithérapies bien conduites par Interféron pégylé et ribavirine ont montré permettre l'éradication du VHC chez un nombre important de patients, ce qui joint à la baisse de la mortalité due au VIH devrait nous inciter à une prise en charge beaucoup plus précoce des patients mono ou co-infectés et donc à un dépistage mieux conduit [4,5].

CONCLUSION

Notre étude permet de pointer quelques objectifs réalisables pour améliorer le dépistage et la prise en charge complète de l'infection par le VHC : des efforts concertés doivent être faits pour améliorer la reconnaissance des facteurs de risque d'infection par le VHC ainsi que la relation médecin-malade. Toutefois, le principal obstacle à la réalisation complète de la prise en charge et du traitement, demeure un état physique précaire, tout particulièrement chez les co-infectés par le VIH. Une intervention médicale plus précoce dans l'histoire de l'infection par le VHC est probablement souhaitable.

REMERCIEMENTS

Cette étude a été soutenue par Roche France.

* Composition du groupe d'Étude Gymkhana, consultable sur les pages web du BEH : www.invs.sante.fr/beh/

RÉFÉRENCES

- [1] Dépistage de l'hépatite C : populations à dépister et modalités du dépistage. Anaes ; janvier 2001. www.anaes.fr.
- [2] Falck-Ytter Y and al. Surprisingly Small Effect of Antiviral Treatment in Patients with Hepatitis C. *Ann Intern Med* 2002; 136:288-292.
- [3] Zickmund S et al. Hepatitis C Virus-Infected Patients Report Communication Problems With Physicians. *Hepatology* 2004; 39:999-1007.
- [4] Conférence Européenne de consensus : traitement de l'hépatite C. Anaes ; février 2002 et *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; 26:B1-B320. Hors série n° II.
- [5] NIH Consensus Statements; september 2002. www.consensus.nih.gov.

Directeur de la publication : Pr Gilles Brücker, directeur général de l'InVS
 Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
 Rédacteur en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
 Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Pierre Arwidson, Inpes ; Dr Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste ; Dr Juliette Bloch, InVS ; Dr Eugénia Gomes do Espírito Santo, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Loïc Josseran, InVS ; Eric Jouglas, Inserm CépIdc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS ; Laurence Mandereau-Bruno, InVS ; Hélène Therre, InVS.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466
 Institut de veille sanitaire - Site internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements
 12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
 Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr
 Tarifs 2004 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC
 Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique, hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT
 Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)