

Du dépistage de l'hépatite C chronique à un éventuel traitement antiviral, les patients ont des recours complémentaires aux médecines de ville et hospitalière. L'enquête nationale auprès des patients atteints d'hépatite C chronique, réalisée auprès des établissements de santé en 2003, indique que plus d'un tiers des séropositivités au VHC ont été découvertes fortuitement, par exemple à l'occasion d'un examen systématique ou d'un don de sang. Le médecin libéral est le plus souvent cité par le patient comme lui ayant conseillé le dépistage du VHC. La recherche des anticorps anti-VHC est, dans la moitié des cas, réalisée en laboratoire de ville. L'examen recherchant la présence effective du virus de l'hépatite C dans le sang (PCR) a, quant à lui, une fois sur deux été prescrit par un médecin généraliste. Quatre patients sur dix ont déclaré être habituellement suivis par un médecin en ville, en association ou non avec un médecin hospitalier, sans différence significative dans la gravité des hépatites selon leur modalité de suivi. Le recours à un établissement de santé est le plus fréquemment motivé par le suivi d'un traitement antiviral, qui concerne un tiers des patients. Plus de huit patients sur dix ont été pris en charge dans un service d'hépatogastro-entérologie et près d'un sur deux dans un service désigné comme pôle de référence, le recours à l'hôpital étant à près de 90% ambulatoire. Près de un patient sur huit présente une co-infection VHC-VIH et a plus volontiers recours à un service de maladie infectieuse ou de médecine interne.

**Nathalie GUIGNON*, Brigitte HAURY*
et Isabelle TORTAY****

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

* Drees

** Dhos

La prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique

Les soins liés à une hépatite C chronique, qui s'inscrit par définition dans la durée, supposent souvent une prise en charge alternée et complémentaire entre la médecine de ville et l'hôpital, voire dans d'autres structures comme les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) ou les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

L'enquête nationale auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (encadré 1), réalisée auprès des établissements de santé au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003¹, permet une meilleure connaissance des modes de prise en charge des patients atteints de cette pathologie. Dans leur parcours de soins, les patients sont en effet souvent amenés à consulter des médecins généralistes et spécialistes en ville et à avoir,

1. HAURY B., GUIGNON N., « La prise en charge et les conditions de vie des patients atteints d'hépatite C chronique : premiers résultats d'une enquête auprès des patients », *Drees, Études et Résultats*, n°368 janvier 2005.

le plus souvent, au moins un contact avec un établissement de santé. La présente enquête permet, à l'occasion de ce contact, de retracer en 2003 les modes et les caractéristiques de leur prise en charge. Il reste que ni le nombre de patients n'ayant eu aucun contact avec un établissement de santé, ni les modalités de leur prise en charge en ville ne sont connus.

La découverte d'une sérologie VHC positive a été fortuite pour plus d'un patient sur trois

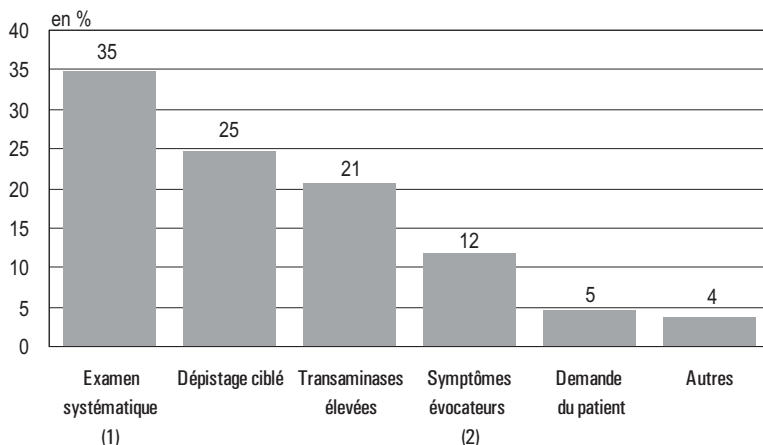
Selon les médecins hospitaliers, interrogés dans l'enquête sur le contexte de découverte de la maladie², dans plus d'un tiers des cas, la découverte de l'hépatite a eu lieu fortuitement à l'occasion d'un examen

systématique, d'un bilan préopératoire, d'un don de sang (graphique 1). Dans un quart des cas, la recherche de l'infection est déclenchée par la présence de facteurs de risque connus (dépistage ciblé) et dans près d'un tiers des cas par celle de signes cliniques évocateurs (douleurs épigastriques par exemple). Toujours d'après le médecin, dans près de 5 % des cas, la découverte de la maladie résulte d'un examen fait à la demande du patient.

Selon les patients, interrogés par auto-questionnaire³ sur leurs premiers contacts avec le milieu médical lors de la découverte de leur séropositivité au VHC, l'initiative personnelle a été le fait de 12 % d'entre eux. Pour autant, la première étape du parcours, à savoir le dépistage, a pu leur être conseillé par une ou plusieurs personnes. Le médecin de ville (généraliste ou spécialiste) est le plus fréquemment cité (22 %) par les patients, auquel succède un médecin exerçant à l'hôpital ou en clinique (14 %)⁴.

Toujours selon les patients, la recherche d'anticorps anti-VHC (encadré 2) a été réalisée le plus souvent dans un laboratoire en ville (54 %), un tiers des patients faisant réaliser ce test à l'hôpital ; 12 % des tests ont été effectués dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST), une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ou encore un dispensaire. Le patient déclare avoir été ensuite informé de sa séropositivité au VHC par un médecin de l'hôpital ou d'une clinique dans 55 % des cas, un médecin de ville dans 19 % des cas et un autre médecin dans 25 % (laboratoire, CDAG, CSST, milieu pénitentiaire...). Si cette annonce a été très majoritairement faite lors d'un entretien (82 % des patients) comme ce devrait être la

G • 01 contexte de découverte de l'hépatite C



(1) Y compris bilans grossesse, préopératoire, préalable à l'adhésion à une assurance, à l'occasion d'un don de sang ou d'un recours pour une autre pathologie...

(2) Y compris cirrhose, carcinome hépato-cellulaire, douleurs épigastriques, bilan hématologique perturbé...

Champ : Établissements de santé ayant au moins un service de médecine et susceptibles de recevoir des patients atteints d'hépatite C. France entière.

Source : Enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003.

2

E • 1

Présentation de l'enquête

L'enquête a été réalisée au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003 dans les établissements de santé (hôpitaux et cliniques)¹.

Tous les services de médecine spécialisés en hépato-gastro-entérologie, maladies infectieuses, de médecine interne, ainsi que les services de médecine générale ou polyvalente et de médecine générale ou spécialités médicales étaient concernés par l'enquête.

Le recueil des informations a reposé sur trois questionnaires :

- un questionnaire « service » où étaient indiquées les caractéristiques du service (appartenance éventuelle à un pôle de référence VHC, offre en matière de soutien psychologique...);
- un questionnaire « médecin » sur lequel étaient mentionnées les caractéristiques médicales du patient (mode de recours, stade de gravité de la maladie, traitement ou non, prise en charge psychologique...);
- un auto-questionnaire patient, sur lequel celui-ci indiquait son parcours dans le système de soin, son ressenti et sa satisfaction par rapport à sa prise en charge, la perception de sa qualité de vie avec la maladie...).

Les patients ont en grande majorité bien accepté l'enquête puisque le taux de participation s'élève à 91 %, la principale cause de non-réponse étant liée à l'impossibilité pour le patient de lire ou d'écrire le français. Toutefois, une des limites importantes de l'enquête est qu'elle n'apporte aucun élément d'information sur les patients suivis exclusivement en ville sans contact avec un établissement de santé.

1. Circulaire Drees-Dhos n°2003/416 du 29 août 2003.

2. Ces données ne peuvent être directement comparées à celles de l'Institut de Veille Sanitaire portant sur la surveillance de l'hépatite C (BEH n°16-17/2003) car elles ne portent pas sur la même population et la définition du contexte de découverte de la maladie est différente.

3. Il est possible qu'il y ait des biais de déclaration dans la mesure où l'on fait appel à la mémoire du patient

4. La question était « Qui vous a conseillé de faire un test de dépistage du VHC ? », le patient pouvait y donner plusieurs réponses, seules les plus fréquemment citées sont indiquées dans le texte.

règle, 15 % des patients déclarent que cette information leur a été donnée par courrier et 3 % par téléphone.

Pour la moitié des patients la première recherche du virus dans le sang a été prescrite par le généraliste

La présence effective du virus dans le sang, détectée par Polymerase chain reaction (PCR), permet de confirmer, suite à la recherche d'anticorps, qu'il existe bien une infection en cours par le VHC. Plus de la moitié des patients déclare que cet examen leur a été prescrit par un médecin de ville (plus fréquemment un généraliste qu'un spécialiste), 44 % par un médecin hospitalier et 4 % par un autre médecin.

À partir du moment où la PCR confirme une infection par le virus de l'hépatite C, d'autres examens doivent permettre de décider ou non d'un traitement.

Lorsqu'un examen plus complexe, comme la biopsie hépatique, est nécessaire, le patient est orienté vers un établissement de santé puisque cet examen est un geste délicat qui ne peut être pratiqué que par un spécialiste et qui nécessite une surveillance médicale de plusieurs heures. La biopsie hépatique, qui permet de juger du degré de gravité des lésions hépatiques, n'est toutefois pas réalisée systématiquement (cf. encadré 2).

D'après les médecins hospitaliers, cet examen a été réalisé chez trois quarts des patients qui ont eu au moins un recours à l'hôpital. Pour le quart restant, dans 30 % des cas il n'était pas indiqué (notamment lorsque les transaminases⁵ sont normales), dans 11 % des cas il était contre-indiqué (par exemple à cause de l'état de santé du patient), 13 % des patients l'ont refusé et enfin dans 39 % de cas il n'était pas encore à l'ordre du jour (première consultation ou bilan en cours). Les 8 % restant regroupent pour l'essentiel, la réalisation d'un fibrotest, examen non invasif, alternatif à la biopsie, examen loin d'être généralisé au moment de l'enquête⁶.

Le recours à l'hôpital se fait essentiellement en ambulatoire et 7 patients sur 10 déclarent recourir toujours au même établissement

Au cours de l'enquête, près de huit patients sur dix (78 %) ont eu recours aux soins hospitaliers en consultation externe. 11 % sont venus en hospitalisation de jour et le même pourcentage en hospitalisation complète. Pour 85 % des consultants, il s'agissait d'un suivi régulier, 7,5 % ont déclaré ne pas être suivis régulièrement mais avoir déjà consulté, enfin pour 7,5 % d'entre eux il s'agissait d'une première consultation. Près de trois quarts des patients déclarent ne pas avoir consulté ou été hospitalisés dans un autre établissement que celui où ils se trouvaient le jour de l'enquête.

Les 85 % de patients qui bénéficient d'un suivi régulier à l'hôpital ou à la clinique consultent en moyenne 5,2 fois par an. Un tiers d'entre eux sont venus plus de deux fois par mois, mais 12 % une seule fois en 12 mois (tableau 1). En moyenne les patients qui ont une hépatite sans complication viennent 5,0 fois par an, ceux qui ont une hépatite avec cirrhose ou hépatocarcinome 6,0 fois.

4 patients sur 10 déclarent être « habituellement » suivis en ville

À la question « par qui êtes-vous suivi habituellement ? », 57 % des patients répondent « exclusivement par un médecin hospitalier », 25 % « exclusivement par un médecin de ville », et 15 % déclarent un suivi associant ville et hôpital. Les modalités de suivi ne semblent pas liées à la gravité de la maladie.

Pour près d'un tiers des patients, la première prise en charge dans l'établissement datait de l'année 2003, et pour un tiers de plus de 5 ans (graphique 2).

Les patients interrogés sur les raisons qui ont justifié le choix de cet hôpital ou de cette clinique⁷ ont déclaré que la recommandation émanait d'un médecin de ville dans 30 % des cas et d'un médecin hospitalier dans 13 % des cas. La réputation du médecin

hospitalier ou de l'établissement fait aussi partie des critères de choix les plus fréquemment cités par le patient, respectivement 14 % et 9 %. Les critères géographiques comme la proximité du domicile sont évoqués par 11 % des patients qui ne sont que 1 % à mentionner la proximité du lieu de travail.

Selon le médecin, pour près de 60 % des patients, le recours à l'hôpital est motivé par l'initiation d'un traitement, de son suivi pendant et après traitement ou encore par la pratique d'une biopsie (tableau 2). À l'issue du recours à l'hôpital, le patient est généralement invité dans 88 % des cas, à revenir dans l'établissement concerné. Il peut aussi être parallèlement adressé à un médecin en ville, plus souvent à un généraliste (16 %) qu'à un spécialiste (5 %) et dans 2 % des cas à un autre établissement. Toutefois, afin de renforcer la part des patients suivis par un médecin en ville, la Haute autorité de santé a été chargée par le ministre d'établir un référentiel et un protocole de soins proposant une répartition entre médecins de ville et hospitaliers suivant les étapes et la complexité de la prise en charge.

T 01 rythme annuel des consultations effectuées dans le cadre d'un suivi régulier de l'hépatite C en %

Rythme annuel des consultations dans le service pour les consultants réguliers (85 %)	en %
1 fois par an	12
1 fois tous les 6 mois	18
1 fois tous les trimestres	18
1 fois tous les 2 mois	18
Plus fréquemment	34

Champ : Établissements de santé ayant au moins un service de médecine et susceptibles de recevoir des patients atteints d'hépatite C, France entière.

Source : Enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003, données issues du questionnaire patient.

5. Enzymes dont la présence élevée dans le sang signe une atteinte du foie.

6. Bien que certains médecins aient spontanément cité la réalisation d'un fibrotest, l'enquête ne permet pas de calculer la proportion de patients ayant bénéficié de cet examen, car la modalité n'a pas été proposée.

7. Plusieurs motifs pouvaient être cochés par le patient.

Quelques éléments sur l'hépatite C

Qu'est ce que l'hépatite C ?

L'infection par le virus de l'hépatite C se caractérise par un passage à l'état chronique dans 55 à 90 % des cas. La plupart du temps, l'hépatite C aiguë est asymptomatique, elle peut guérir spontanément¹. Le virus de l'hépatite C se transmet par le sang ou les produits biologiques qui en sont dérivés, mais aussi par des dispositifs, médicaux ou non, souillés par des produits sanguins contaminés. Grâce à différentes mesures réglementaires et notamment à la généralisation depuis juillet 2001 du dépistage génomique viral (DGV) des dons de sang, les risques liés à la transfusion et aux dons d'organes sont désormais résiduels². Les autres situations à risque sont le tatouage et le piercing et, pour les usagers de drogues injectables ou per nasales, l'échange de seringues, le partage du matériel de préparation (coton, cuillère), ou de pailles en cas de lésions de la muqueuse nasale.

Plusieurs années peuvent s'écouler entre la date de contamination et l'apparition des premiers symptômes. Sur le long terme, les complications les plus sévères de l'hépatite C chronique sont la cirrhose (0,5 à 30 % des hépatites chroniques selon les populations étudiées) et l'hépatocarcinome (5 à 15 % des cirrhoses à 5 ans). En France, l'hépatite C est la deuxième cause de cirrhose et de carcinome hépato-cellulaire. Elle est devenue la première cause de transplantation du foie. L'évolution de l'infection dépend de plusieurs facteurs tels que l'âge, le type de virus (il existe 6 génotypes numérotés de 1 à 6), les co-morbidités et l'hygiène de vie. Cependant toutes les hépatites C n'évoluent pas vers la fibrose hépatique et certaines ne nécessitent qu'une surveillance au long cours. En 2002, une conférence de consensus considérait alors que plus la moitié des patients pouvaient guérir de leur infection. Depuis, les traitements sont devenus beaucoup plus efficaces, avec l'arrivée de la bithérapie anti-virale Interféron pégylé et Ribavirine. À partir de l'enquête réalisée³ en 2003-2004 auprès d'un échantillon de 14 416 assurés sociaux âgés de 18 à 80 ans, l'Institut de Veille Sanitaire a estimé la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C à 0,86 % de la population adulte française. Il est ainsi admis qu'entre 500 000 et 650 000 personnes seraient porteuses d'anticorps sériques anti-VHC. Toutefois seule la présence de virus détecté par la PCR permet de parler d'infection à VHC.

Du diagnostic au traitement⁴

La présence d'anticorps anti-VHC (sérologie positive) permet de savoir que la personne a eu une infection par le VHC, mais seule la présence du virus dans le sang (PCR⁵ positive) signe une infection en cours, aiguë ou chronique. Des examens biochimiques complémentaires, comme le dosage des transaminases dans le sang permettent de mettre en évidence une atteinte hépatique. La biopsie hépatique permet de mesurer la gravité des lésions inflammatoires et le stade de la fibrose et de poser une indication de traitement. Elle n'est pas indispensable si son résultat n'influence pas la décision thérapeutique (certains cas des hépatites de génotypes 2 ou 3). La détermination du génotype doit être réalisée dès que la décision de traiter est prise car elle permet de déterminer la durée et la posologie du traitement.

Tous les patients atteints d'hépatite chronique C sont des candidats potentiels au traitement et les patients à risque de développer une cirrhose doivent être traités. La décision de traiter est prise sur la combinaison de données histologiques, biochimiques et virologiques, l'indication type étant une hépatite modérée, des transaminases élevées et une virémie détectable.

En 2005, le traitement de l'hépatite virale C repose sur l'association de l'interféron α pégylé et de la ribavirine qui entraîne globalement (tous génotypes confondus), une réponse virologique prolongée chez près de 55 % des malades.

En général, les virus de type 2 et 3 répondent mieux au traitement que les types 1 et 4.

Compte tenu de la plus grande efficacité du traitement chez les porteurs de génotype 2 ou 3, la durée en est plus courte (en général 24 semaines) et les indications plus larges (des hépatites minimales peuvent être une indication compte tenu du rapport coût/efficacité). Les génotypes 1 et 4 nécessitent un traitement de 48 semaines.

Les principaux effets secondaires possibles de l'interféron pégylé sont un syndrome pseudo-grippal et des troubles psychiatriques (dépression). La ribavirine peut avoir pour effet secondaire une grave anémie.

La mauvaise réponse au traitement peut être liée à une mauvaise observance, au sexe masculin, à l'existence d'une cirrhose, à une consommation excessive d'alcool, une co-infection par le VIH ou le VHB, au génotype 1 et à une charge virale élevée. Une infection par le VIH accélère la maladie hépatique et il est recommandé de traiter les patients co-infectés. Cependant le traitement est moins efficace et l'association avec des anti-rétroviraux (traitement de l'infection à VIH) nécessite une surveillance encore plus étroite.

1. « Hépatite C : Transmission nosocomiale : état de santé et devenir des personnes atteintes, expertise collective », juin 2003, Inserm.

2. PILLONEL J., LAPERCHE S., le groupe « Agents transmissibles par transfusion », de la Société française de transfusion sanguine, l'Établissement français du sang et le Centre de transfusion sanguine des armées. « Risque résiduel de transmission du VIH, du VHC et du VHB par transfusion sanguine entre 1992 et 2002 en France et impact du dépistage génomique viral », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), n° 48, décembre 2003, InVS.

3. « Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez des assurés sociaux du régime général de France Métropolitaine », CNAMTS, INVS, Cetaf, Janvier 2005.

4. Revue du Praticien, n° 6 Tome 55, 31 mars 2005.

5. Polymerase chain reaction.

Plus d'un patient sur trois suit un traitement antiviral, les hommes plus souvent que les femmes

34 % des patients suivent un traitement antiviral, avec une différence significative selon le sexe, le taux de traitement étant de 36 % pour les hommes et 30 % pour les femmes. Les premiers présentent en effet plus souvent des hépatites graves, en particulier avec cirrhose compensée⁸. Par ailleurs, ils sont plus souvent porteurs de génotypes plus sensibles au traitement, à savoir des génotypes classés 2 et 3⁹. La répartition des patients selon les six génotypes de l'hépatite C diffère en effet selon le sexe : les femmes ayant un peu plus souvent un génotype 1 (65 %) ou 2 (11 %) [contre respectivement 62 % et 8 % pour les hommes] et les hommes plus souvent un génotype 3 (22 % versus 15 %). L'étude ne met toutefois pas en évidence de différence significative de taux de traitement selon le génotype viral.

Toutes les hépatites chroniques, notamment les hépatites « minimales », qui sont incluses dans les hépatites non compliquées, ne nécessitent pas toujours un traitement (cf. encadré 2).

Parmi les principaux motifs de non traitement, on relève l'absence d'indication¹⁰ (22 % des cas), la guérison après traitement (11 %) et la contre-indication au traitement¹¹ (9,5 %). Le refus du patient et le risque de mauvaise observance représentent respectivement 4 % et 3 % des raisons invoquées. Dans 24 % des cas, le traitement a été arrêté pour diverses raisons parmi lesquelles sont fréquemment cités les effets secondaires des médicaments.

Les patients contaminés par usage intraveineux de drogues sont, quand ils recourent à l'hôpital, aussi souvent traités par antiviraux que les autres patients

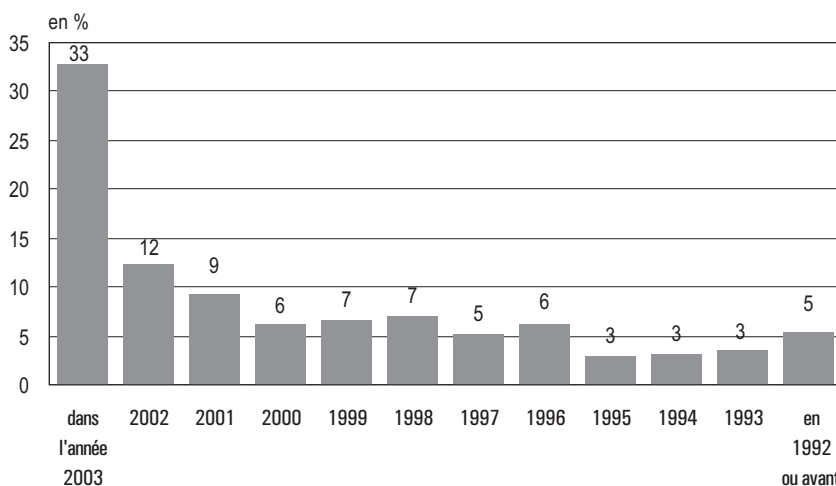
L'usage intraveineux de drogue (UDIV) est cité comme facteur de risque suspecté dans plus du tiers des cas des porteurs chroniques de VHC (36 %). Les hommes sont beaucoup plus concernés que les femmes (73 % versus 26 %). Il s'agit en général de personnes jeunes : 71 % ont moins de 45 ans contre 30 % chez celles pour lesquels ce facteur de risque n'est pas suspecté. Pris en charge à l'hôpital, ils sont aussi souvent traités par des médi-

caments antiviraux que les autres patients. Ils consultent toutefois un peu plus souvent pour un bilan de sérologie VHC positive (7 % contre 5 %) et un peu moins souvent pour un suivi après traitement (16 % contre 23 %).

Près d'un patient sur huit est infecté à la fois par le VHC et par le VIH

Près de 12 % des patients enquêtés avaient une co-infection VIH-VHC (14 % des hommes, 9 % des femmes) et 3 % une co-infection VHB-VHC (4 % des hommes, 2 % des femmes). Les patients co-infectés par le VIH sont en moyenne plus jeunes que les autres, la tranche d'âge 35 à 44 ans étant parmi eux largement prédominante (66 %). Bien que les stades de gravité ne diffèrent pas chez les patients co-infectés, ils reçoivent, selon le médecin, contrairement aux recommandations (cf. encadré 2), plutôt moins souvent un traitement antiviral que ceux qui n'ont pas de co-infection (25 % versus 35 %). Les motifs de recours à l'hôpital les plus fréquents diffèrent peu de ceux évoqués pour les patients indemnes de co-infection : il s'agit essentiellement du suivi de leur hépatite. La part

G •02 ancienneté de la première prise en charge pour hépatite C dans l'établissement



Champ : Etablissements de santé ayant au moins un service de médecine et susceptibles de recevoir des patients atteints d'hépatite C, France entière.
Source : Enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003 ; données issues du questionnaire patient.

T •02 motifs de recours cités par le médecin

Motif(s) du recours (Plusieurs réponses étaient possibles)	en %
Suivi de traitement	31
Suivi après traitement	17
Suivi sans traitement	16
Bilan d'une sérologie VHC+	11
Initiation d'un traitement	7
Ponction biopsie hépatique	4
Autre	12

Champ : Etablissements de santé ayant au moins un service de médecine et susceptibles de recevoir des patients atteints d'hépatite C, France entière
Source : Enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003 ; données issues du questionnaire médecin

- 8. La cirrhose, due à la fibrose du foie, est dite « compensée » quand il n'y a pas de manifestations cliniques, contrairement à la cirrhose « décompensée ».
- 9. Le virus de l'hépatite C présente différents types (ou génotypes) classés de 1 à 6.
- 10. Par exemple, une hépatite minimale.
- 11. Par exemple, la grossesse.

des patients suivis sans traitement est cependant chez eux plus importante (23 % versus 14 %), contrairement au suivi pendant ou après un traitement.

L'usage intraveineux de drogue est l'un des facteurs de risque le plus souvent cité pour les malades co-infectés par le VIH et le VHC (73 %) et pour les porteurs du seul VHC (31 %). Les patients co-infectés par le VIH et le VHC sont majoritairement pris en charge dans les services de maladies infectieuses et de médecine interne des CHR.

Les patients co-infectés par les virus des hépatites B et C représentent quant à eux 3 % des patients enquêtés. Plus de trois quarts d'entre eux ont entre 35 et 54 ans. Cette co-infection concerne deux fois plus d'hommes que de femmes (4 % versus 2 %, p=0,0004), et à peine 1 % sont traités.

L'hospitalisation à temps complet est souvent due à une aggravation de l'état de santé

Au cours de la semaine d'enquête, 11 % des patients étaient en hospitalisation complète, c'est-à-dire en séjour de plus de 24 heures à l'hôpital. Ces patients, parmi lesquels on compte un peu plus d'hommes que de femmes (8 % pour 7 %) ¹² ont plus fréquemment une cirrhose ou un hépatocarcinome que les autres patients. Ils sont en général plus âgés : 43 % ont au moins 55 ans, contre 30 % pour ceux qui fréquentent les consultations externes et 22 % pour ceux qui sont en hospitalisation de jour. Ils sont aussi moins souvent sous traitement anti-viral (12 % contre 37 % pour les deux autres modes de prise en charge).

Sur dix patients hospitalisés à temps complet, environ deux le sont pour une ponction biopsie hépatique. Alors que les patients vus en consultation ou en hospitalisation de jour viennent souvent pour un suivi de traitement (respectivement 35 % et 21 %) ou un suivi après traitement (20 % et 7 %), la moitié de ceux qui sont hospitalisés à temps complet le sont pour un autre motif : il s'agit le plus souvent d'une aggravation de leur état de santé ou de pathologies graves (décompensation d'une cirrhose et pathologies liées – hémorragies digestives, encéphalopathies, cancer du foie, sevrage alcoolique).

Plus de 8 patients sur 10 ont été pris en charge dans un service d'hépatogastro-entérologie

Les patients atteints d'hépatite C chronique ont été majoritairement reçus par des établissements publics (93 % des 224 établissements ayant répondu au cours de la semaine d'enquête). Les services d'hépatogastro-entérologie en ont accueilli plus de huit sur dix (82 %), les services de maladies infectieuses, de médecine interne et de médecine générale, respectivement 9 %, 7 % et 2 %. Cette prise en charge spécialisée est liée, en partie, à l'existence de pôles de référence (cf. encadré 2) pour l'hépatite C.

À l'opposé, plus de la moitié des patients ont été pris en charge dans des services qui ont moins de quarante recours hebdomadaires.

Sur l'ensemble des 263 services (ayant répondu à la question) qui ont reçu au cours de la semaine au moins un patient atteint d'hépatite C, 16 dépendaient de l'AP-HP ¹³ et ont pris en charge 27 % des patients (tableau 3). Cette forte activité des services de l'AP-HP peut s'expliquer par la densité urbaine et la forte prévalence de l'hépatite C à Paris. Les patients qu'ils

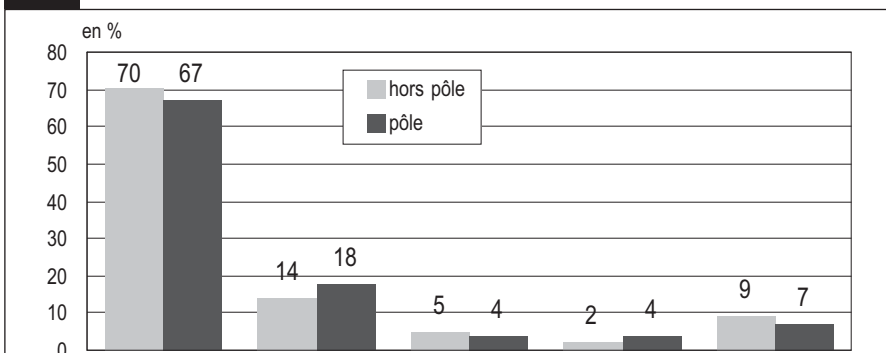
T • 03 nombre de patients atteints de l'hépatite C chronique selon le niveau d'activité du service

Nombre de recours hebdomadaires	Nombre de services	%	Nombre de patients	%
Inférieur à 10	185	70,3	627	18,8
10 à 19	34	12,9	484	14,5
20 à 39	22	8,4	651	19,5
40 à 59	10	3,8	483	14,5
Supérieur ou égal à 60	12	4,6	1 096	32,8
Ensemble	263	100,0	3 341	100,0

Champ : Établissements de santé ayant au moins un service de médecine et susceptibles de recevoir des patients atteints d'hépatite C, France entière.

Source : Enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003.

G • 03 stade de gravité de la maladie selon le service d'accueil



Champ : Établissements de santé ayant au moins un service de médecine et susceptibles de recevoir des patients atteints d'hépatite C, France entière.

Source : Enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003.

12. Ces pourcentages tenant compte des non-réponses pour le sexe des patients, la part des patients hospitalisés est plus faible que lorsqu'elle porte sur l'ensemble des patients tous sexes confondus.

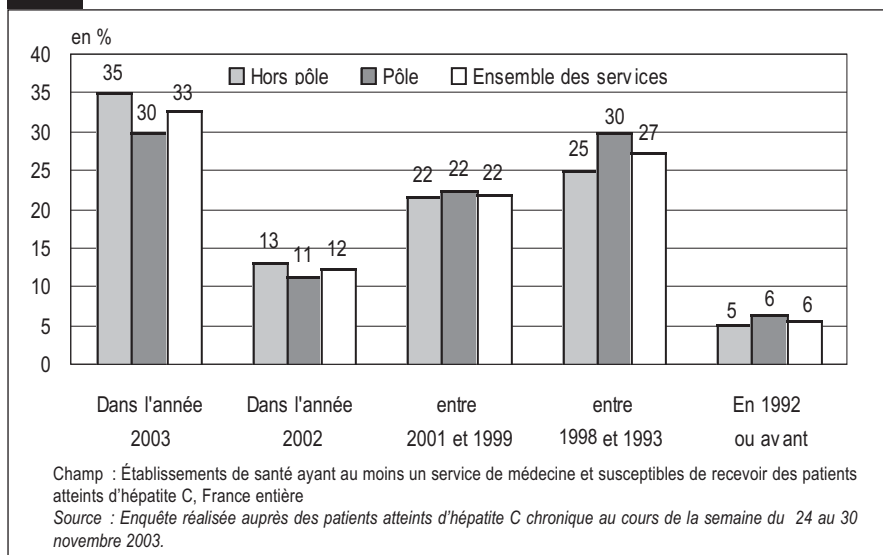
accueillent ont plus fréquemment des hépatites compliquées (28 % contre 21 % pour les autres services), surtout des hépatites avec cirrhose compensée ou des hépato-carcinomes. La proportion de patients co-infectés par le VIH et le VHC y est aussi plus élevée (16 % versus 10 %) notamment dans les services de maladies infectieuses et de médecine interne. Les patients pris en charge par les médecins de l'AP-HP sont plutôt moins fréquemment adressés à un médecin de ville (1 % versus 7 %) à l'issue de leur recours hospitalier.

Près de un patient sur deux consulte ou est hospitalisé dans un service pôle de référence

Les services pôles de référence ont été créés à partir de 1995 et leurs missions ont été précisées par une circulaire de 1999¹⁴. Ce sont des services spécialisés en hépato-gastro-entérologie, situés dans les CHU, qui ont pour principales missions d'élaborer des protocoles diagnostiques et thérapeutiques, de participer à la formation des professionnels et à l'élaboration des orientations régionales dans le domaine de l'hépatite C. Les stades de gravité observés chez les patients pris en charge diffèrent peu selon que le service est ou non pôle de référence. On note cependant plus d'hépatites avec cirrhose compensée ou hépato-carcinome dans ces services (graphique 3).

Les taux de recours à un traitement antiviral sont similaires quel que soit le type de service. Cependant, l'hépatite C des patients ayant recours aux pôles de référence est souvent connue depuis plus longtemps que dans les autres services (60 % depuis plus de 5 ans contre 54 %). Ils y sont aussi pris en charge depuis plus longtemps : 36 % le sont depuis plus de 5 ans contre 30 % dans les autres services (graphique 4). Au contraire, les patients dont le facteur de risque présumé est l'usage de drogue par voie intraveineuse sont plus fréquemment suivis dans les services qui ne sont pas des pôles de référence, où ils représentent 42 % des patients, contre 28 % dans les pôles (tableau 4).

G •04 ancienneté de la 1^{ère} prise en charge pour hépatite C selon le service d'accueil



T •04 quelques indicateurs selon le type de service

	Pôle VHC		Ensemble des services
	non	oui	
% DE PATIENTS CONCERNÉS	54	46	////
FACTEURS DE RISQUE SUSPECTÉ			
FDR Toxicomanie IV	42	28	37
CO-INFECTION			
Co-infection VIH-VHC	18	5	12
Co-infection VHB-VHC	4	3	3
STADES DE GRAVITÉ			
HCC sans cirrhose	70	67	69
HCC avec cirrhose compensée	14	18	16
HCC avec cirrhose décompensée	5	4	5
HCC avec hépato-carcinome	2	4	9
Stade indéterminé	9	7	8
TRAITEMENT PAR ANTI-VIRAL	n.s.	n.s.	34
SUIVI MÉDICAL HABITUEL			
Suivi exclusif à l'hôpital ou en clinique	62	51	57
Suivi exclusif en ville	22	29	26
Suivi mixte ville / hôpital	13	16	15
Par aucun médecin ou autre	3	3	3
ORIENTATION À L'ISSUE DU RECOURS (plusieurs réponses possibles)			
Même établissement	90	94	88
Un médecin généraliste libéral	16	19	16
Un médecin spécialiste en hépato-gastro libéral	8	2	5

Champ : Établissements de santé ayant au moins un service de médecine et susceptibles de recevoir des patients atteints d'hépatite C, France entière.
Source : Enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003.

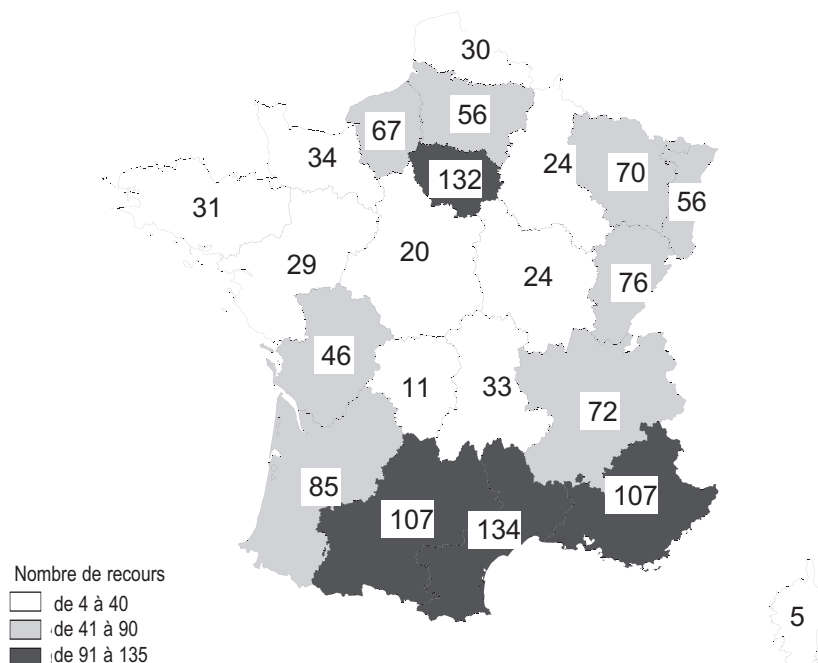
13. L'AP-HP comporte à la fois des services pôles de référence et non pôles de référence.

14. Circulaire N° DGS/VS2/DH/99/299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.

**répartition régionale des recours aux soins hospitaliers
pour hépatite C au cours de la semaine
du 24 au 30 novembre 2003**

Au niveau national, le taux de recours est en moyenne de 73 pour 1 million d'adultes, mais il varie fortement selon les régions (carte), les régions Languedoc-Roussillon (134 pour un million d'adultes), Île-de-France (132 pour 1M), PACA et Midi-Pyrénées (107), étant les plus concernées alors que les régions du Nord-ouest ont les taux de recours les plus faibles. Ces données sont cohérentes avec l'épidémiologie de la maladie et la répartition régionale de la toxicomanie par voie intraveineuse qui est le mode dominant de contamination à l'heure actuelle¹.

**taux de recours à un établissement de santé
pour hépatite C chronique (pour 1 million d'adultes)**



France métropolitaine : 73 recours
 Dom : 44 recours
 Champ : Établissements de santé ayant au moins un service de médecine et susceptibles de recevoir des patients atteints d'hépatite C, France entière
 Source : Enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003.

1. Numéro thématique, « Épidémiologie de l'Hépatite C : état des lieux », BEH n°16-17/2003

Pour en savoir plus

• HAURY B., GUIGNON N., 2005, « La prise en charge et les conditions de vie des patients atteints d'hépatite C chronique : premiers résultats d'une enquête auprès des patients », Études et Résultats, n° 368 janvier Drees.

- <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er368.pdf>
- Revue du Praticien n°6 Tome 55, 31 mars 2005
- Conférence de Consensus, 27-28 février 2002, Anaes.
- Circulaire Drees-Dhos n°2003/416 du 29 août 2003.
- Numéro thématique : « Épidémiologie de l'Hépatite C : état des lieux », BEH n°16-17/2003, InVS.
- <http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=beh+h+%E9patite+C>