



## Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002

Jean-Jacques Moulin<sup>1</sup>, Virginie Dauphinot<sup>1</sup>, Caroline Dupré<sup>1</sup>, Catherine Sass<sup>1</sup>, Emilie Labbe<sup>1</sup>, Laurent Gerbaud<sup>2</sup>, René Guéguen<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf), Saint-Etienne

<sup>2</sup> Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand

### INTRODUCTION

Le réseau des Centres d'examen de santé agissant pour le compte de l'Assurance maladie est composé de 98 centres répartis sur la totalité du territoire français, qui réalisent environ 650 000 examens périodiques de santé par an. Ces examens sont destinés aux assurés du Régime général de la Sécurité sociale et à leurs-ayants droits, soit près de 85 % de la population française. Des personnes appartenant à d'autres régimes peuvent également être accueillies dans ces centres.

Suite à la publication de l'arrêté ministériel de 1992 (Arrêté du 20 Juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. Journal Officiel n° 218 du 19 septembre 1992), les centres ont focalisé leur activité sur les personnes en situation de précarité. Ainsi, près d'un tiers des examens de santé réalisés chaque année s'adresse aux publics précaires.

La présente étude repose sur l'exploitation de la base des données 1995-2002. Elle porte sur des indicateurs de comportement, d'accès aux soins et de santé. Elle a pour objectif de comparer les différentes personnes en situation de précarité à une population de référence constituée de sujets non précaires.

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

#### Populations d'étude

L'arrêté de 1992 a permis de définir 5 catégories de populations précaires : chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), titulaires d'un contrat emploi solidarité (CES), personnes sans domicile fixe (SDF) et jeunes 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans des processus d'insertion professionnelle.

La population d'étude comprend la totalité des sujets précaires examinés entre 1995 et 2002.

Un échantillon de référence, constitué de sujets considérés comme « non précaires », a été sélectionné dans l'ensemble des sujets non classés précaires, par tirage au sort d'un nombre égal de sujets non précaires en stratifiant sur le sexe, l'année d'examen et la région d'habitation. Après exclusion des sujets  $\geq 60$  ans, des personnes hors Régime général et des examens successifs réalisés sur la même personne (seul le premier examen a été conservé), les effectifs sont de 704 128 sujets précaires et 516 607 sujets non précaires (tableau 1). Les sujets  $\geq 60$  ans ont été exclus car les catégories de l'arrêté de 1992 concernent essentiellement des sujets  $< 60$  ans.

#### Variables de l'analyse statistique

Les données ont été recueillies en appliquant des procédures standardisées identiques pour tous les centres : questionnaire, examen médical et dentaire, tests fonctionnels (Cetaf, Guide de procédures techniques). Les variables explicatives sont décrites dans le tableau 2.

#### Méthodes statistiques

Les analyses, effectuées sur SPSS 11.5, ont été stratifiées sur le sexe.

Les taux de prévalence ont été standardisés sur l'âge, sur la base du recensement de population de 1999, Institut national de

Tableau 1

Description des populations étudiées, France, 1995-2002		
Effectifs	Précaires 704 128	Non précaires 516 607
<b>Sexe</b>	%	%
Hommes	46,2	46,3
Femmes	53,8	53,7
<b>Classes d'âge</b>	%	%
16 - 19	12,4	6,2
20 - 24	17,6	8,1
25 - 29	14,2	11,5
30 - 34	11,6	12,6
35 - 39	10,4	13,6
40 - 44	9,7	13,6
45 - 49	9,1	13,1
50 - 55	7,9	12,2
56 - 59	7,1	9,1
<b>Catégories socio-professionnelles</b>	%	%
Cadres	2,8	11,7
Professions intermédiaires	7,6	19,3
Employés	27,4	27,4
Ouvriers	23,3	20,2
Autres (étudiants, personnes au foyer et autres n'ayant jamais travaillé)	38,9	21,4
<b>Populations précaires</b>	%	
Chômeurs	49,6	
Bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI)	24,5	
Titulaires de contrats emploi solidarité (CES)	4,2	
Personnes sans domicile fixe (SDF)	0,4	
Jeunes 16-25 en insertion professionnelle	21,4	

la statistique et des études économiques (Insee). Chaque population de sujets précaires a été comparée, pour chaque indicateur, à la population de référence au moyen de la régression logistique, avec ajustement sur l'âge et la catégorie socio-professionnelle (CSP). La catégorie des jeunes en insertion a été comparée au sous-ensemble des sujets âgés de 16 à 25 ans de la population de référence.

Une méthode de calcul supplémentaire a été mise en œuvre pour calculer les risques relatifs (RR) et leurs intervalles de confiance à 95 % à partir des odds ratios (OR) de la régression logistique [1].

### RÉSULTATS

La population étudiée est décrite dans le tableau 1 : répartitions en fonction du sexe, de l'âge, de la CSP et des catégories de précaires. Les taux de prévalence standardisés sur l'âge et les RR sont donnés dans les tableaux 2 et 3.

La plupart des indicateurs sont altérés dans toutes les catégories de personnes en situation de précarité comparées à la population de référence, et ces relations sont statistiquement significatives (tableau 3). Les RR sont les plus élevés pour le non suivi médical et dentaire, les RR variant de 1,96 pour les femmes en CES et 2,02 pour les hommes chômeurs jusqu'à des valeurs très supérieures pour les SDF (hommes RR = 5,21, femmes RR = 9,54).

Tableau 2

Nombres de personnes (N) et taux de prévalence standardisés sur l'âge (%), France, 1995-2002  
Standardisation : recensement de la population française, Insee, 1999

	16 - 59 ans					16 - 25 ans	
	Non précaires	Catégories de populations précaires				Non précaires	En insertion
		Chômeurs	RMI	CES	SDF		
<b>Hommes</b>	<b>N = 239 236</b>	<b>N = 156 287</b>	<b>N = 87 571</b>	<b>N = 13 141</b>	<b>N = 2 102</b>	<b>N = 31 417</b>	<b>N = 65 978</b>
<b>Indicateurs de comportements</b>							
Tabagisme <sup>a</sup>	36,89	52,45	58,58	60,82	69,89	41,88	66,67
Non-recours aux soins <sup>b</sup>	5,07	11,01	15,42	13,50	29,66	5,36	13,73
Sédentarité <sup>c</sup>	41,00	45,24	45,54	37,01	44,34	33,62	36,81
<b>Indicateurs de santé</b>							
Mauvaise santé perçue <sup>d</sup>	24,11	36,83	45,27	36,87	51,30	16,27	23,32
Obésité <sup>e</sup>	8,16	9,81	9,32	10,58	5,30	2,81	3,78
Maigreur <sup>f</sup>	3,02	4,38	6,34	6,18	6,28	8,24	11,61
Pression artérielle élevée <sup>g</sup>	23,25	25,41	26,02	28,14	20,27	10,91	10,40
Présence de dents cariées <sup>h</sup>	39,07	51,01	59,20	60,15	62,12	42,56	61,36
<b>Femmes</b>	<b>N = 277 371</b>	<b>N = 193 039</b>	<b>N = 84 595</b>	<b>N = 16 089</b>	<b>N = 811</b>	<b>N = 53 516</b>	<b>N = 84 515</b>
<b>Indicateurs de comportements</b>							
Tabagisme <sup>a</sup>	28,14	35,79	39,37	37,27	35,70	36,66	56,80
Non-recours aux soins <sup>b</sup>	2,08	4,62	6,08	4,20	24,05	2,50	6,26
Non suivi gynécologique régulier <sup>i</sup>	30,33	38,11	51,65	40,73	66,39	46,48	51,33
Sédentarité <sup>c</sup>	52,06	54,48	54,99	49,06	57,90	47,66	51,45
<b>Indicateurs de santé</b>							
Mauvaise santé perçue <sup>d</sup>	29,66	38,70	49,30	40,06	60,44	20,35	30,94
Obésité <sup>e</sup>	9,62	14,49	18,80	15,76	18,63	3,86	8,02
Maigreur <sup>f</sup>	6,48	6,75	7,59	6,70	7,86	12,69	13,04
Pression artérielle élevée <sup>g</sup>	12,44	14,70	17,46	15,97	14,58	2,96	3,66
Présence de dents cariées <sup>h</sup>	32,85	41,61	50,61	45,35	59,16	35,36	52,11

RMI : revenu minimum d'insertion, CES : contrats emplois solidarité, SDF : sans domicile fixe.

<sup>a</sup> Fumeurs actuels ou en cours d'arrêt vs. jamais et anciens fumeurs.

<sup>b</sup> Absence de consultation médicale et dentaire au cours des 2 dernières années vs  $\geq 1$  consultation médicale ou dentaire.

<sup>c</sup> Activité physique de loisir : aucune ou  $< 1$  heure de marche par jour vs  $\geq 1$  heure ou activité sportive.

<sup>d</sup> « Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10, votre état de santé tel que vous le ressentez ».

Mauvaise santé : note  $< 7$  vs  $\geq 7$ .

<sup>e</sup> Obésité : indice de masse corporelle (IMC) (poids/taillé<sup>2</sup>)  $\geq 30$  vs IMC  $< 30$ .

<sup>f</sup> Maigreur : IMC  $< 18,5$  vs IMC  $\geq 18,5$ .

<sup>g</sup> Pression artérielle (PA) élevée : PA systolique et/ou PA diastolique  $\geq 140$  et/ou  $\geq 90$  mmHg.

<sup>h</sup> Dents cariées :  $\geq 1$  carie dentaire non traitée vs absence de carie.

<sup>i</sup> Absence de consultation gynécologique dans l'année vs  $\geq 1$  consultation.

Les RR sont également élevés pour la consommation de tabac (1,28 pour les femmes au chômage à 1,85 pour les hommes SDF), la mauvaise santé perçue (1,26 pour les femmes au chômage à 1,93 pour les hommes SDF) et la présence de dents cariées (1,22 pour les femmes au chômage à 1,73 pour les femmes SDF).

L'analyse de l'indice de masse corporelle montre des « images en miroir » en fonction du sexe : les RR sont élevés pour la maigreur chez les hommes (1,41 à 2,17) et l'obésité chez les femmes (1,39 à 2,12) et plus proches de l'unité pour l'obésité chez les hommes (0,55 à 1,33) et la maigreur chez les femmes (1,04 à 1,28).

Les RR sont le plus souvent peu élevés, voire significativement inférieurs à 1,00, pour la sédentarité (0,92 pour les hommes en

CES à 1,15 pour les hommes RMI) et la pression artérielle élevée (0,79 pour les hommes SDF à 1,33 pour les femmes RMI).

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Des relations statistiquement significatives entre la précarité et la plupart des indicateurs sont mises en évidence. Ces relations concernent essentiellement :

- pour les populations : les SDF, les bénéficiaires du RMI et les jeunes en insertion ;
- pour les indicateurs : l'obésité chez les femmes, le défaut d'accès aux soins et le mauvais état dentaire pour l'ensemble de la population.

### Aspects méthodologiques

Ces résultats sont renforcés par la taille importante des échantillons, une puissance statistique des tests élevée avec peu de fluctuations aléatoires et une grande précision des indices statistiques. Un autre avantage est l'existence de procédures standardisées dans les centres pour le recueil des données.

La CSP, qui est un indicateur de position sociale connu pour être associé aux inégalités de santé [2], a été introduite comme variable de confusion dans le modèle puisque les populations étudiées différaient significativement selon ce critère (tableau 1).

Nous avons mis en œuvre la régression logistique multivariée, méthode la plus utilisée dans la littérature pour analyser ce type de données [3]. Cette méthode présente cependant l'inconvénient de produire des OR qui sont des estimations des RR : surestimations des RR  $> 1,00$  et sous estimation des RR  $< 1,00$  [1,3]. Ces écarts, qui sont mineurs lorsque les prévalences des phénomènes étudiés sont faibles ( $< 10\%$ ), deviennent très importants dès que les prévalences sont plus élevées [1,3]. C'est la raison pour laquelle nous avons appliqué la méthode proposée par Zhang et Yu [1] pour calculer les risques relatifs. Ceci conduit à une meilleure estimation des relations de la précarité avec les indicateurs considérés.

### Population d'étude

L'interprétation des résultats pose le problème de la représentativité de la population utilisée comme référence. Nous avons

Tableau 3

Risques relatifs (RR) des populations précaires et intervalles de confiance à 95 % ajustés sur l'âge et la catégorie socio-professionnelle par rapport aux populations non précaires (risque R des non précaires = 1), France, 1995-2002  
(Cf. définition des indicateurs et des populations dans le tableau 2)

	Chômeurs			RMI			CES			SDF			Jeunes en insertion		
	RR	IC 95 %		RR	IC 95 %		RR	IC 95 %		RR	IC 95 %		RR	IC 95 %	
<b>Hommes</b>															
<b>Indicateurs de comportements</b>															
Tabagisme	1,39	1,37 1,39		1,65	1,64 1,66		1,55	1,53 1,58		1,85	1,79 1,90		1,62	1,61 1,64	
Non-recours aux soins	2,02	1,97 2,06		2,83	2,76 2,89		2,33	2,22 2,45		5,21	4,85 5,59		2,64	2,52 2,77	
Sédentarité	1,10	1,09 1,11		1,15	1,14 1,16		0,92	0,90 0,94		1,05	1,00 1,10		1,11	1,09 1,13	
<b>Indicateurs de santé</b>															
Mauvaise santé perçue	1,41	1,40 1,42		1,74	1,72 1,76		1,34	1,31 1,38		1,93	1,84 2,02		1,48	1,44 1,52	
Obésité	1,12	1,09 1,14		1,07	1,05 1,10		1,22	1,15 1,29		0,55	0,45 0,67		1,33	1,23 1,43	
Maigreur	1,48	1,42 1,53		2,09	2,01 2,18		2,17	2,01 2,35		1,87	1,57 2,22		1,41	1,35 1,47	
Pression artérielle élevée	1,08	1,08 1,10		1,10	1,09 1,12		1,19	1,15 1,23		0,79	0,72 0,86		0,98	0,94 1,02	
Présence de dents cariées	1,23	1,22 1,24		1,46	1,45 1,47		1,41	1,38 1,44		1,55	1,49 1,61		1,46	1,45 1,48	
<b>Femmes</b>															
<b>Indicateurs de comportement</b>															
Tabagisme	1,28	1,27 1,29		1,53	1,52 1,55		1,29	1,26 1,32		1,39	1,27 1,52		1,55	1,54 1,57	
Non-recours aux soins	2,18	2,11 2,26		2,64	2,54 2,74		1,96	1,80 2,13		9,54	8,31 10,9		2,56	2,41 2,71	
Non suivi gynécologique régulier	1,23	1,22 1,24		1,56	1,54 1,57		1,34	1,32 1,37		1,89	1,77 2,00		1,11	1,10 1,12	
Sédentarité	1,05	1,04 1,05		1,05	1,04 1,06		0,95	0,94 0,97		1,06	0,99 1,12		1,08	1,07 1,10	
<b>Indicateurs de santé</b>															
Mauvaise santé perçue	1,26	1,25 1,27		1,56	1,55 1,58		1,30	1,27 1,33		1,84	1,73 1,96		1,53	1,51 1,56	
Obésité	1,48	1,46 1,50		1,73	1,69 1,76		1,64	1,58 1,71		1,39	1,16 1,66		2,12	2,03 2,22	
Maigreur	1,08	1,06 1,10		1,28	1,25 1,32		1,06	1,00 1,13		1,28	1,02 1,57		1,04	1,01 1,07	
Pression artérielle élevée	1,18	1,16 1,20		1,33	1,30 1,36		1,29	1,25 1,35		0,88	0,69 1,12		1,27	1,20 1,36	
Présence de dents cariées	1,22	1,21 1,24		1,48	1,46 1,49		1,31	1,28 1,34		1,73	1,62 1,84		1,49	1,47 1,51	

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 Bentata<sup>2</sup>, Jean-Pierre Aubert<sup>2</sup>, Stéphane Bouée<sup>1</sup>, Christophe Compagnon<sup>2</sup>, Bernard Elghozi<sup>2</sup>, Jean-Michel Livrozet<sup>2</sup>, Denis Méchali<sup>2</sup>, Jean-François Perdrieau<sup>2</sup>, Anne-Marie Py<sup>2</sup>, Willy Rozenbaum<sup>2</sup>, Olivier Tauléra<sup>2</sup>, Alain Wajsbrot<sup>2</sup> et le groupe d'Étude Gymkhana\*

<sup>1</sup> Cemka-Eval, Bourg-la-Reine <sup>2</sup> 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/](http://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](http://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](http://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](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
 Rédacteur en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto: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 Jouglu, 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](http://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](mailto: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)