

Bilan d'impact d'un réseau ville-hôpital « hépatites » après 12 ans d'activités, Maine-et-Loire, 1991-2002

Isabelle Fouchard-Hubert¹, Mathieu Schnee², Philippe Dubois³, Paul Calès¹ et le Réseau hépatites 49¹

¹Réseau hépatites 49, Centre hospitalier universitaire, Angers

²Service d'hépatogastroentérologie, Centre hospitalier général, La Roche-sur-Yon ; ³Cabinet d'hépatogastroentérologie, Angers

INTRODUCTION

Le réseau ville-hôpital du Maine-et-Loire ou « Réseau hépatites 49 » est l'un des plus anciens réseaux relatifs aux hépatites virales en France (création 1991). Les missions des réseaux hépatite C ont été définies par les circulaires de la Direction des hôpitaux du 9 avril 1997 et de la Direction générale de la santé et de la Direction des hôpitaux du 21 mai 1999 [1]. Les missions des réseaux hépatite C sont de déconcentrer les soins au plus près des patients. Pour ce faire les réseaux ont comme objectifs de diffuser l'information auprès de l'ensemble des acteurs concernés par le virus de l'hépatite C et de la population générale, de mettre en œuvre les stratégies de dépistage, de prévention et de soins, et de permettre la prise en charge globale du patient.

Le but de ce travail est d'évaluer les pratiques du réseau 12 années après sa création, comme nous l'avions précédemment effectué pour les six années de fonctionnement [2].

FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU

Activités du réseau

Les activités sont régulières (réunion mensuelle du réseau consacrée à une formation thématique puis à des présentations de dossiers de patients par le médecin référent, mise au point de procédures...) ou ponctuelles (par exemple, réunions de formation médicale ou paramédicale, d'information du grand public ou des patients, travaux d'évaluation...).

Membres du réseau

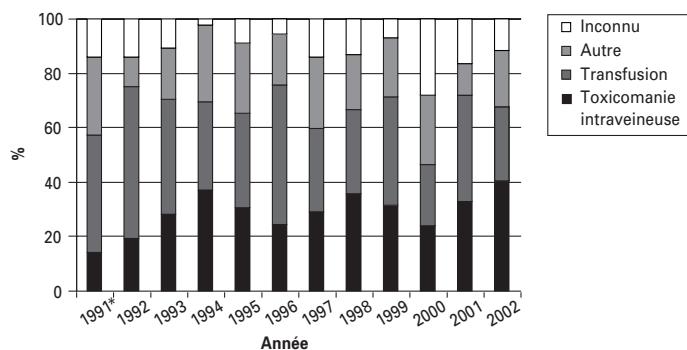
L'adhésion au réseau est libre et gratuite. Les membres du réseau sont bénévoles et sont représentés par des hépatogastroentérologues libéraux ou hospitaliers (Centre hospitalier universitaire (CHU) ou Centre hospitalier général (CHG)) des départements 49, 72, 53, 85 et 79, par des médecins référents tels que par exemple les virologues hospitaliers ou psychiatres hospitaliers et libéraux et par une association de patients, SOS hépatites Pays-de-la-Loire. Le nombre moyen de participants aux réunions mensuelles augmente régulièrement. Il est passé de 7 en 1993 à 13 en 2002, avec un maximum de 23 en 2001.

Recrutement du réseau

De juin 1991 à décembre 2002 (12 ans), 1 568 dossiers de malades porteurs d'une hépatite ont été présentés (1 208 (77 %) dues au virus C (VHC) et 300 dues (19 %) au virus B (VHB)). Dans la mesure où 1 patient pouvait avoir été présenté à plusieurs reprises, le nombre total de patients présentés est de 1 111 (dont 80 % avec VHC et 19,6 % avec VHB). Il y avait 61,1 % d'hommes, les patients étaient âgés en moyenne de 44 ± 15 ans. La proportion de dossiers de co-infections présentés est passée de 1,5 % (n = 17) de 1991 à 2000 à 13,0 % (n = 53) de 2001 à 2002.

Figure 1

Évolution du mode de contagion en fonction du temps chez les patients ayant une hépatite C répertoriée par le Réseau hépatites 49, 1991-2002



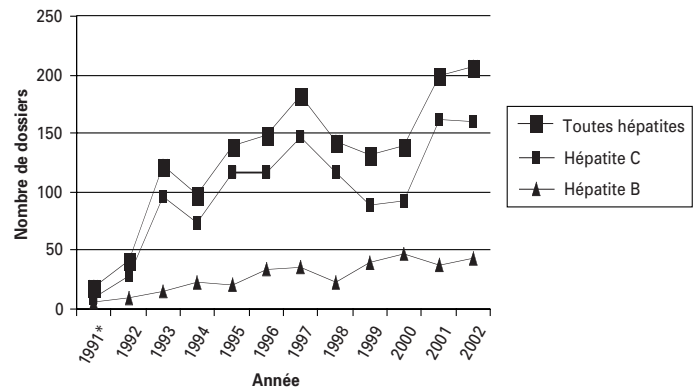
* Recueil des données à partir de juin 1991

Le mode de contamination était répertorié pour 860 patients : 36 % par transfusion sanguine, 31 % par toxicomanie intraveineuse (IV), 21 % divers (tatouage, sexuel, familial, materno-fœtal...) et inconnu dans 12 % (figure 1).

Le nombre annuel de dossiers présentés au réseau a augmenté pendant les 12 ans mais de façon non linéaire puisqu'il y a eu une baisse similaire pour le CHU et les hépatogastroentérologues libéraux entre 1998 et 2000 (figure 2). L'augmentation d'un facteur 1,8 du nombre de dossiers d'hépatite C entre les périodes 1999-2000 et 2001-2002 est attribuée à l'augmentation régulière des dossiers provenant d'hépatogastroentérologues de CHG, notamment par création en 2001 de visioconférences mensuelles incluant un nouveau CHG (figure 3).

Figure 2

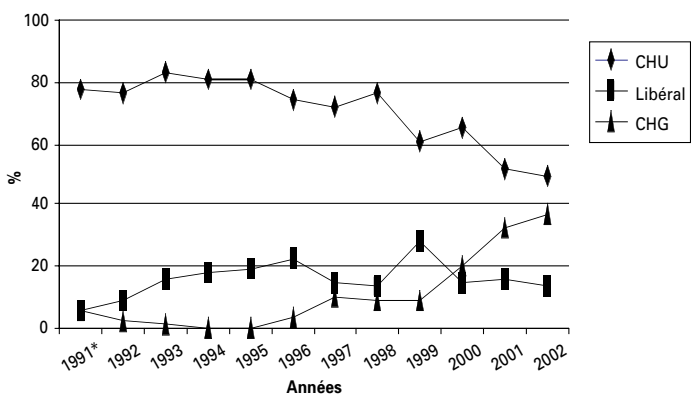
Évolution annuelle du nombre de dossiers de patients présentés au Réseau hépatites 49, en fonction du type d'hépatite, 1991-2002



* Recueil des données à partir de juin 1991

Figure 3

Évolution annuelle du nombre de dossiers présentés au Réseau hépatites 49 en fonction du type d'exercice des médecins, 1991-2002



* Recueil des données à partir de juin 1991

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES DU RÉSEAU

Prévention des tentatives de suicide

Un des principaux objectifs du réseau a été d'évaluer parmi les patients traités par interféron l'incidence des tentatives de suicide, leurs facteurs prédictifs et de mettre en place un protocole de prévention.

Nous avons rapporté en 1998 une incidence de suicide réussi de 0,65 % (2 cas) parmi 306 patients traités par interféron de 1991 à 1996 pour une incidence de suicide de 0,027 % en 1993 dans la population générale. Nous avons également suggéré que le suivi des patients soit renforcé après l'arrêt de l'interféron car la prévalence de tentative de suicide était de 0 % sous traitement contre 1,3 % durant les six mois suivant l'arrêt de l'interféron ($p < 0,05$) [3]. Le réseau a ensuite effectué entre 1997 et 1999 une étude prospective de 71 patients évalués par des psychiatres référents [4]. Cette étude a permis d'identifier des facteurs favorisant la survenue de troubles anxio-dépressifs chez les patients traités par interféron et ainsi de réaliser un protocole de prise en charge psychiatrique des patients. Ainsi de 1999 à 2002, nous n'avons pas eu connaissance de suicide « réussi » parmi nos 255 patients traités.

Enquête de transmission soignant/soigné

Le travail en réseau a contribué à élucider le cas d'un contage par VHC. Une hépatite aiguë C a été documentée chez un malade soigné au CHU. Le partage d'information du réseau a pu établir un lien entre un soignant, suivi pour hépatite chronique C, et le soigné. L'homologie des séquences génomiques du VHC des deux sujets était de 98,7 %. L'éventualité d'autres cas de contage à partir du même soignant a été évaluée par analyse de la base de données du réseau. La prévalence des hépatites C prises en charge dans les dix communes de la clientèle du soignant était de 0,12 % (16/13 770) vs 0,12 % (15/12 351) et 0,12 % (14/11 679) dans deux zones adjacentes démographiquement comparables et 0,11 % dans le reste du département. Le risque relatif (RR) était de 1,00 (0,99-1,01). Ceci est un argument contre une surincidence mais ne permet pas de préjuger d'autres cas de contage. La puissance de la comparaison aurait permis de détecter une augmentation significative dans l'aire d'intérêt à partir de 21 cas supplémentaires (RR : 2,42) par rapport aux dix communes adjacentes ou à partir de 10 cas supplémentaires (RR : 1,82) par rapport au reste du département aux risques α de 5 % et β de 20 %.

IMPACT DU RÉSEAU

Exhaustivité du recueil des dossiers

L'enregistrement du réseau n'est pas exhaustif des malades pris en charge dans son aire géographique. En 2002, quatre des cinq hépatogastroentérologues des CHG et neuf des 14 hépatogastroentérologues libéraux du département 49 ont ainsi répondu à un questionnaire concernant le taux de présentation des patients au réseau : 69 % pour les hépatogastroentérologues des CHG et 50 % pour les hépatogastroentérologues libéraux. Nous avons également colligé 43 cas de patients avec hépatite C et biopsie hépatique (PBH) auprès d'une source indépendante, les anatomopathologistes hors du CHU. Parmi ces 43 cas, 26 (60 %) avaient été présentés au réseau dont 20 sur 31 (64 %) cas des hépatogastroentérologues libéraux et 6 sur 12 (50 %) cas des hépatogastroentérologues des CHG. La similitude de ces résultats indépendants argumente la robustesse de l'évaluation du degré d'exhaustivité.

Étude de concordance

Nous avons évalué la concordance entre un anatomopathologiste référent du CHU et les autres pathologistes du département d'après 26 PBH en 1998. La concordance étant médiocre (stade de fibrose : $\kappa = 0,13$), nous avons réévalué cette concordance en 2003 d'après 33 PBH différentes ($\kappa = 0,18$). Cette concordance interobservateur toujours médiocre, en dépit d'une information nationale, a suscité les mesures suivantes en 2004 : séance de formation des anatomopathologistes avec recommandation d'une double lecture [5].

Taux de patients pris en charge

Le nombre de patients présentés au réseau permet d'estimer la proportion de patients pris en charge par les médecins du département. Le taux de présentation est de 0,1 % (927/73 3000) de la population générale du département, soit 0,14 % de taux de prise en charge après correction du taux précédent de sous-

notification. Comme la prévalence de l'hépatite C a été estimée en 1994 à 0,8 % dans notre département [6] avec un taux de connaissance de 55 % en 2003*, cela suggère que 17,5 % (0,14/0,8) de l'ensemble des hépatites C et 32 % (0,14/0,8 x 0,55) des hépatites connues ont été nouvellement prises en charge par les médecins du réseau durant les 12 ans.

Prise en charge des patients par les médecins généralistes

Comme dans d'autres réseaux hépatite C, les médecins généralistes se sont très peu impliqués. La principale raison est un rapport entre la multiplicité des réseaux et le faible nombre de patients ayant une hépatite C par médecin généraliste peu compatible avec leur activité. Le Réseau hépatites 49 doit adapter ses actions de formation en fonction des besoins des médecins généralistes. Une prise en charge par l'ensemble des médecins du réseau de 17,5 % seulement de l'ensemble des hépatites C suggère qu'il convient d'augmenter le nombre de sujets dépistés et leur prise en charge.

CONCLUSION

Après plus de 12 ans d'existence, il nous semble que le Réseau hépatites 49 répond à certains objectifs des circulaires ministérielles. Le réseau a reçu pour 2005 un budget de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie - Agence régionale d'hospitalisation, afin de renforcer ses actions et de développer les objectifs perfectibles (soutien psychologique, éducation thérapeutique).

Travailler en réseau reste encore dans la pratique médicale peu fréquent mais devrait être de plus en plus répandu dans le futur. En effet, la prise en charge des patients ayant une maladie chronique telle qu'une hépatite chronique virale C ou B s'adapte tout à fait à un système de soins en réseau du fait de la nécessité d'une formation permanente en raison de progrès constants, et d'une prise en charge multidisciplinaire et transversale des patients. Par ailleurs, nous avons essayé de montrer à travers des exemples concrets (tentative de suicide, contage, PBH), l'impact des actions spécifiques d'un réseau en terme de santé publique par rapport à une structuration classique pyramidale de l'offre de soins.

REMERCIEMENTS

L'ensemble des 80 membres du réseau, Olivier Lehmann, Ddass 49 ; Olivier Meslet, Ddass 49 ; Monique Guillou, Drass Pays-de-Loire, pour leur soutien au réseau et Frédéric Dubois, Institut régional de la santé de Tours, pour les données épidémiologiques.

RÉFÉRENCES

- [1] Circulaire DGS/DH n° 99/299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.
- [2] Fouchard Hubert I, Tréchet JF, Gagea E, Payan C, Rabais J, Calès P et le Réseau hépatites du Maine-et-Loire. Réseau hépatites ville hôpital du Maine-et-Loire, six ans de suivi des malades et des médecins. *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24:82-8.
- [3] Rifflet H, Vuillemain E, Oberti F, Duverger P, Lainé P, Garré JB, Calès P et le Réseau hépatites du Maine-et-Loire. Pulsions suicidaires chez des malades atteints d'hépatite chronique C au cours ou au décours du traitement par l'interféron alpha. *Gastroenterol Clin Biol* 1998; 22:353-7
- [4] Gohier B, Goeb JL, Rannou-Dubas K, Fouchard I, Calès P, Garre JB. Hepatitis C, alpha interferon, anxiety and depression disorders : a prospective study of 71 patients. *World J Biol Psychiatry* 2003; 4:115-8.
- [5] Rousselet MC, Michalak S, Dupré F, Croué A, Bedossa P, Saint-André JP, Calès P and Hepatitis network 49. Sources of variability in histological scoring of chronic viral hepatitis. *Hepatology* 2005; 41:257-64.
- [6] Dubois F, Desenclos JC, Mariotte N, Goudeau A and the collaborative study group. Hepatitis C in a French population-based survey, 1994: seroprevalence, frequency of viremia, genotype distribution, and risk factors. *Hepatology* 1997; 25:1490-6.

*Données personnelles de F. Dubois, Irsa.