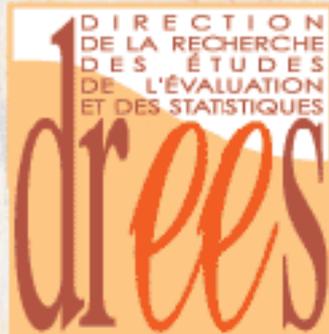




Ministère  
de l'emploi, du travail  
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé  
et de la protection sociale



# Études et Résultats

N° 368 • janvier 2005

*L'enquête réalisée du 24 au 30 novembre 2003 auprès de patients atteints d'hépatite C chronique et consultant dans un établissement de santé permet d'aborder différents aspects de leur prise en charge. Parmi les 3 600 patients enquêtés, plus de 60 % sont des hommes et près de huit patients sur dix sont pris en charge en consultation externe. Plus de 4 patients sur 10 déclarent être suivis habituellement en ville, exclusivement ou non. Plus du tiers des patients atteints d'hépatite C chronique ont pour facteur de risque suspecté l'injection de drogues par voie intraveineuse et plus d'un quart une transfusion intervenue avant 1992. 69 % des patients présentent une hépatite C chronique non compliquée et moins d'un quart une hépatite compliquée avec cirrhose ou hépato-carcinome. Un tiers des patients suit un traitement anti-viral. Concernant leur prise en charge, 70 % des patients ont eu leur première consultation dans le mois qui a suivi leur prise de rendez-vous et plus de 90 % des personnes interrogées se disent satisfaites du délai d'obtention de leur consultation. Pour la majorité des patients, l'annonce de leur séropositivité au VHC a eu lieu lors d'un entretien. La plupart des patients se disent en outre satisfaits de l'information reçue sur leur maladie. Le médecin puis les proches sont les interlocuteurs privilégiés pour évoquer leur maladie, mais un quart des patients ont aussi recouru au moins une fois à un psychologue ou un psychiatre. En effet, la maladie a un fort retentissement sur leur vie quotidienne, la fatigue et la dégradation du moral étant les difficultés les plus fréquemment éprouvées.*

**Nathalie GUIGNON, Dr Brigitte HAURY**

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille  
DREES

## La prise en charge et les conditions de vie des patients atteints d'hépatite C chronique

Premiers résultats d'une enquête  
auprès des patients

La prise en charge des pathologies chroniques nécessite, du fait de leur inscription dans la durée, un abord global, incluant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Elle va donc au-delà des soins, à la fois en amont et en aval. L'enquête réalisée auprès des patients atteints d'hépatite C chronique, au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003, est la première qui aborde au niveau national les différents aspects de cette prise en charge globale - éducation thérapeutique, soutien psychologique et information du patient... - et recueille le point de vue du patient sur la qualité de sa prise en charge et de ses conditions de vie, au quotidien, avec sa maladie (encadré 1). Cette enquête permettra ultérieurement d'étudier les filières de soins et, notamment, les interfaces entre la ville et l'hôpital pour la prise en charge de cette pathologie.

L'objet de cette première étude est de présenter quelques données de cadrage sur les types de recours aux soins pour hépatite C chronique, puis de mettre l'accent sur la qualité de la prise en charge telle que la perçoivent les patients. Les notions de filières de soins et de file active seront traitées dans une étude à venir.



**E•1**

**Présentation de l'enquête**

*L'enquête a été réalisée au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003<sup>1</sup>, son objectif principal était de mieux connaître, à l'occasion d'un recours à un établissement de santé, les caractéristiques des personnes infectées par le VHC, les modalités de prise en charge (parcours dans le système de soins) et l'impact de la maladie sur la vie de la personne atteinte. Il s'agit de la première enquête nationale où le patient est interrogé sur certains aspects de la qualité de sa prise en charge (délais d'attente, degré de satisfaction par rapport à l'information reçue, attentes en termes de soutien psychologique...) et sur ses conditions de vie avec la maladie, notamment au niveau des répercussions psychologiques, socioprofessionnelles et familiales de celle-ci. L'enquête était coordonnée sur le terrain par les médecins inspecteurs de santé publique des directions départementales ou régionales des Affaires sanitaires et sociales.*

*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 reposait sur trois questionnaires : un questionnaire « service » où étaient indiquées les caractéristiques du service (appartenance éventuelle à un pôle de référence ou un réseau 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, sa perception de sa qualité de vie avec la maladie...).*

*Tous les patients adultes qui avaient un recours à ces services motivé principalement par l'hépatite C chronique que ce soit en consultation externe, ou en hospitalisation (complète ou de jour), étaient invités à remplir un auto-questionnaire.*

*Entre 1997 et 2000, des enquêtes sur l'activité hospitalière avaient été réalisées sur le même champ.*

*Les indicateurs de qualité de la prise en charge fournis par cette enquête sont destinés à alimenter les réflexions du Comité stratégique national de lutte contre les hépatites B et C et à participer à l'évaluation en cours du Plan national de lutte contre le VHC.*

*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.*

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

Durant la semaine d'enquête, 3 600 patients adultes ont eu recours à un établissement de santé public ou privé de France (métropole et Dom), pour une hépatite C chronique. Ils ont été accueillis par 224 établissements, ce qui correspond à 271 services de médecine spécialisée ou non. Plus de 93 % d'entre eux ont été accueillis par les établissements publics, 6 % par les établissements privés à but non lucratif et 1 % par le secteur privé à but lucratif<sup>1</sup>.

**Des hommes plus nombreux et légèrement plus jeunes**

Parmi les 3 600 patients, les hommes sont 61,2 % pour 38,8 % de femmes. La tranche d'âge la plus représentée chez les hommes est celle des 35-54 ans (66 %), la moitié des hommes enquêtés ayant moins de 47 ans. Chez les femmes, les tranches d'âge les plus représentées sont plus dispersées entre 35 et 64 ans (67 %), la moitié des femmes enquêtées ayant moins de 53 ans.

38 % des patients déclarent être en activité au jour de l'enquête, avec un emploi stable pour la majorité d'entre eux. 22 % sont retraités, avec davantage de femmes que d'hommes (27 % pour 18,5 %). Enfin 11 % déclarent être au chômage.

**Près de 8 patients sur 10 sont pris en charge en consultation**

La majorité des patients enquêtés a été prise en charge dans un service d'hépatite C chronique (82 %), près de 9 % en maladies infectieuses, à peine 7 % en médecine interne et 2 % dans un service de médecine générale. Les consultations externes représentent 78 % des prises en charge observées pendant la semaine d'enquête, l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation complète se partageant à part égale les 22 % restants (tableau 1).

2

**T•01**

**répartition par mode de recours pour hépatite C chronique et selon le stade de développement de la maladie**

	Hépatite C chronique sans cirrhose		Hépatite C chronique avec cirrhose ou hépato-carcinome		Stade indéterminé	ENSEMBLE
	Total des patients	Patients traités	Total des patients	Patients traités		
Consultations externes	2 029	789	561	259	221	2 811
Hospitalisation de jour	160	42	74	17	15	249
Hospitalisation complète	87	15	127	13	30	244
<b>Total selon le stade de la maladie</b>	<b>2 276</b>	<b>846</b>	<b>762</b>	<b>289</b>	<b>266</b>	<b>3 304*</b>

\* Le total des recours du tableau diffère des 3 600 recours recensés, en raison des non-réponses sur le mode de recours.

Champ : France entière

Sources : enquête Drees-Dhos auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

1. Établissements sous objectif quantifié national (OQN).

Le motif du recours est en relation avec le traitement dans 60 % des cas : soit pour un bilan pré-thérapeutique (ponction biopsie hépatique)<sup>2</sup>, soit pour une initiation de traitement, soit pour un suivi thérapeutique ou post-thérapeutique.

**Plus d'un tiers des patients ont pour facteur de risque suspecté l'injection de drogues par voie intraveineuse**

Le virus de l'hépatite C se transmet essentiellement par le sang (encadré 2). Les deux facteurs de risque de contamination, les plus fréquemment cités par le médecin, sont l'injection de drogues par voie intraveineuse (36 %) et une transfusion (de sang ou de ses dérivés) antérieure à 1992 (28 %). Comme dans d'autres enquêtes<sup>3</sup>, le risque transfusionnel est plus souvent relevé chez les femmes (38 % contre 22 % chez les hommes), alors que le risque de contamination par l'injection de drogues par voie intraveineuse est plus fréquent chez les hommes (43 % contre 24 % chez les femmes) de même que le risque de contamination par utilisation de drogues par voie per nasale (5 % contre 2 %) [graphique 1].

Les patients pour lesquels une suspicion de contamination par injection de drogue par voie intraveineuse est évoquée sont plus fréquemment suivis dans les services de maladies infectieuses et de médecine interne, vraisemblablement à cause de la co-infection avec le VIH, que présentent près des trois quarts d'entre eux.

**E•2**

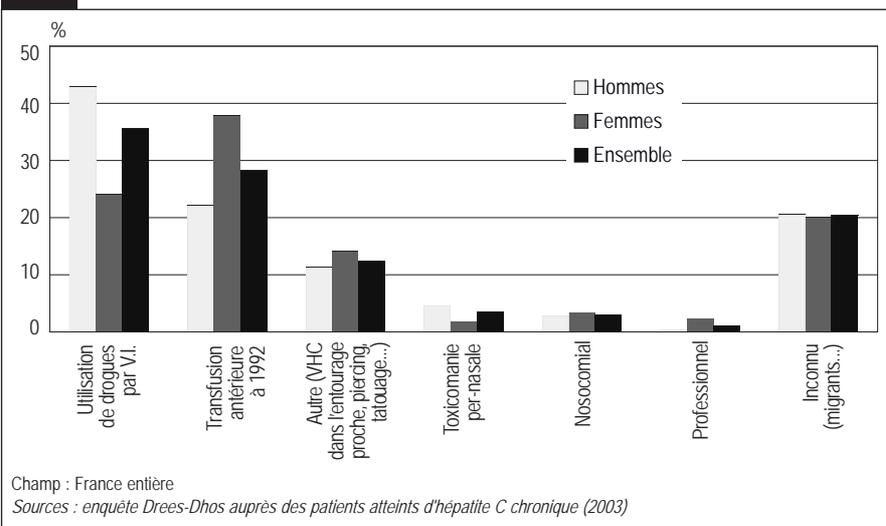
**Qu'est ce que l'hépatite C ?**

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 spontanément. 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 résiduels<sup>4</sup>. 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 comorbidités 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, la conférence de consensus considérait que plus la moitié des patients pouvaient alors guérir de leur infection. Depuis les traitements sont devenus beaucoup plus efficaces, avec l'arrivée de la bithérapie anti-virale interféron pegylé et ribavirine. En général, les virus de type 2 et 3 répondent mieux au traitement que le type 1. En 1995, l'InVS a estimé la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C à 1,1 % de la population adulte française. Il est ainsi communément admis qu'entre 500 000 et 650 000 personnes seraient porteuses d'anticorps sériques anti-VHC<sup>3</sup>. Toutefois seule la présence de virus détecté par la PCR<sup>4</sup> permet de parler d'infection à VHC. Une estimation actualisée de la prévalence devrait être publiée prochainement.

1. « Hépatite C : Transmission nosocomiale : état de santé et devenir des personnes atteintes, expertise collective », juin 2003, Insem.
2. PILLONEL Josiane, LAPERCHÉ Syria, 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 du nombre de sujets infectés par le VHC en France, 1994-1995 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 5, janvier 1996, InVS.
4. Polymerase chain reaction qui permet de détecter la présence du virus dans le sang.

**G•01** facteurs de risque de contamination suspecté selon le sexe du patient



2. La ponction biopsie hépatique est l'examen qui permet d'évaluer la gravité et l'évolutivité des lésions hépatiques et de poser l'indication d'un traitement.  
3. Numéro thématique : « Épidémiologie de l'Hépatite C : état des lieux », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°16-17/2003, InVS.

**Près de 70 % des patients  
présentent une hépatite C  
chronique non compliquée**

69 % des patients avaient, au jour de l'enquête, une hépatite C chronique non compliquée<sup>4</sup> et 23 % une hépatite compliquée avec cirrhose ou hépatocarcinome, tandis que le stade de gravité était indéterminé pour 8 % d'entre eux (bilan en cours). Les femmes ont moins souvent des hépatites graves que les hommes, 72 % étant, en effet, porteuses d'une hépatite C chronique sans cirrhose contre 67 % des hommes (graphique 2).

A contrario, les hommes ont relativement plus d'hépatites compliquées avec cirrhose compensée ou décompensée<sup>5</sup> (22 % contre 18 % pour les femmes) ou avec hépatocarcinome (3 % contre à peine 2 %).

**Un tiers des patients suit un  
traitement anti-viral**

Le traitement de référence de l'hépatite C est aujourd'hui la bithérapie par interféron pégylé et ribavirine (encadré 2).

La part des patients enquêtés sous traitement anti-viral est de 34 %, avec une différence significative entre les hommes et les femmes, pour lesquels les proportions sont respectivement de 36 % et 30 %. Cette différence peut être liée d'une part, à la moindre gravité de l'hépatite dans la population féminine, les hépatites non compliquées ne nécessitant pas systématiquement un traitement, et d'autre part, au génotype viral qui conditionne la réponse à un traitement. Les femmes ont, en effet, plus souvent un virus de génotype 1, plus fréquent dans les

contaminations par transfusion de produits sanguins et qui implique une moins bonne réponse au traitement.

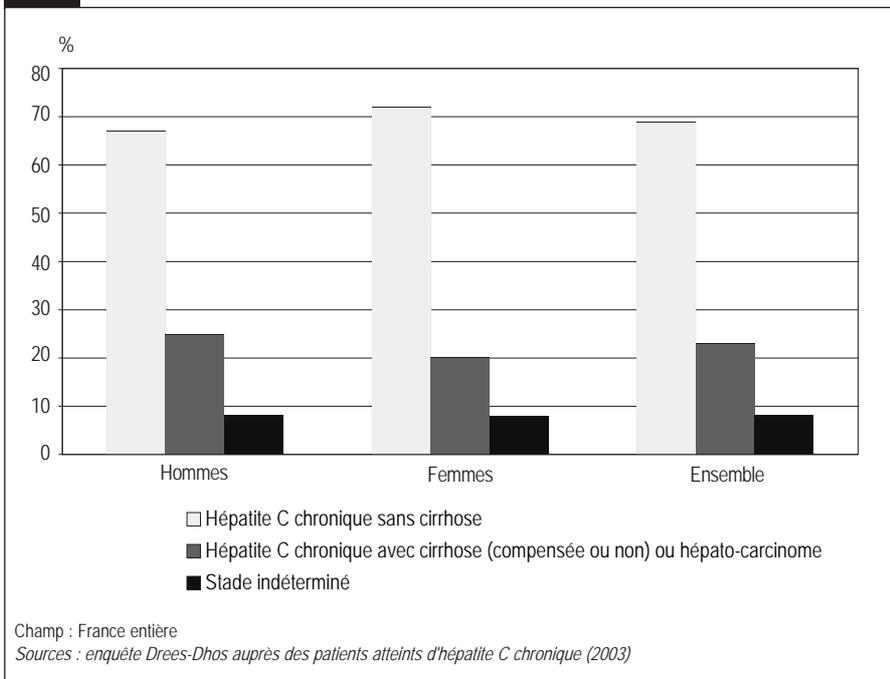
**Plus de 4 patients sur 10  
déclarent être habituellement  
suivis en ville, soit exclusivement,  
soit en association  
avec un suivi hospitalier**

Si près de 6 patients sur 10 (57 %) déclarent être médicalement suivis exclusivement à l'hôpital ou en clinique, plus d'un quart (26 %) déclare être suivi, de manière habituelle, exclusivement par un médecin de ville, qu'il soit spécialiste ou généraliste. Pour 15 % des patients, le suivi médical est mixte. Les patients habituellement pris en charge exclusivement en ville recourent à l'hôpital, le jour de l'enquête, principalement (35 %) pour le suivi de leur traitement, ce qui peut par exemple recouvrir les questions de réponse au traitement ou d'effets secondaires. C'est aussi le motif principal de recours à l'hôpital des autres patients, mais dans une proportion moindre (31 %). Pour près de la moitié des femmes (49 %) la prise en charge repose sur la médecine de ville, de façon exclusive ou non, contre 36 % pour les hommes. Elles se disent aussi plus fréquemment suivies de manière habituelle exclusivement en ville que les hommes (32 % contre 21 %). On peut signaler qu'en population générale, et donc indépendamment de l'hépatite C, les femmes ont, en moyenne, un suivi médical plus régulier que les hommes et consultent davantage en ville.

**Pour 7 patients sur 10,  
la première consultation a eu lieu  
dans le mois suivant la prise  
de rendez-vous**

Dans cette première étude, cinq critères ont été retenus comme indicateurs de qualité de la prise en charge ; il s'agit des délais d'attente pour un rendez-vous à l'hôpital ou à la clinique, du mode d'information utilisé pour l'annonce du dia-

**G** • 02 stade de gravité de la maladie selon le sexe du patient



4. L'hépatite C chronique non compliquée correspond à une hépatite sans cirrhose par opposition à une hépatite compliquée avec cirrhose ou hépatocarcinome.

5. 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 ».

gnostic, de l'information sur la maladie, de la prise en charge psychologique et de l'éducation thérapeutique.

Pour 7 patients sur 10, la première consultation (dans l'établissement) a eu lieu dans le mois suivant la prise de rendez-vous, le délai entre la prise de rendez-vous et la consultation était supérieur à deux mois dans un cas sur 10 (tableau 2). Ce délai est un peu plus long dans les services d'hépatogastro-entérologie et dans les centres hospitaliers régionaux (CHR).

Concernant la consultation réalisée le jour de l'enquête, 92,5 % des patients se déclarent satisfaits (tout à fait ou plutôt satisfaits) du délai dans lequel ils ont pu obtenir un rendez-vous. Ce délai n'est pas quantifié, mais compte tenu de l'attente pour une première consultation, il semble que l'intervalle entre deux consultations soit raisonnable. En effet, en général, un patient en cours de traitement devrait être suivi cliniquement et biologiquement tous les mois<sup>6</sup>, tandis qu'un patient non traité avec une hépatite chronique à surveiller est appelé à consulter tous les six mois puis tous les ans.

Pour 82 % des patients, l'annonce de leur séropositivité au VHC s'est faite lors d'un entretien, comme ce devrait être la règle<sup>7</sup>, pour 15 % par courrier et pour 3 % par téléphone. L'information est donnée plus fréquemment par courrier lorsque le test de dépistage a été effectué dans un laboratoire de ville, un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou en dispensaire.

### *La grande majorité des patients se déclarent satisfaits de l'information reçue*

94 % des patients se déclarent satisfaits de l'information reçue sur la maladie de la part du personnel médical et paramédical qui les suit habituellement. Le niveau de satisfaction est le même pour les hommes et les femmes. Le

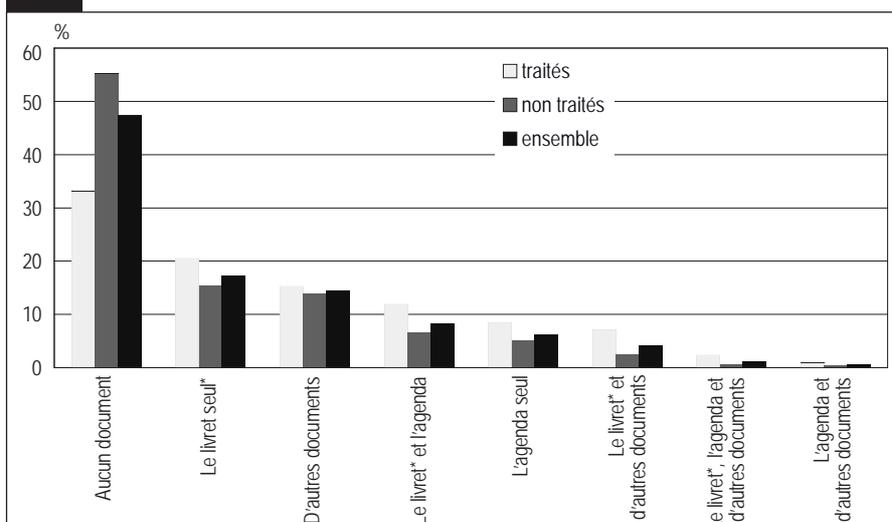
### T • 02 délai d'attente entre la prise de rendez vous et la première consultation dans l'établissement

	En %	% cumulé
Moins de 15 jours	29,9	29,9
Entre 15 jours et 1 mois	40,8	70,7
Entre 1 mois et 2 mois	19,5	90,2
Entre 2 et 3 mois	5,1	95,3
Plus de 3 mois	4,7	100,0

Champ : France entière

Sources : enquête Drees-Dhos auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

### G • 03 types de documents reçus par le patient



\*Le livret : « Hépatite C, du dépistage au traitement : questions réponses » du ministère de la Santé.

Champ : France entière

Sources : enquête Drees-Dhos auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

degré de satisfaction est meilleur lorsque le suivi médical du patient se fait exclusivement à l'hôpital (96 %) ou lorsqu'il est associé à un suivi en ville (95 %). Il est un peu inférieur (92,5 %) lorsque le suivi est exclusivement assuré en ville.

Il semble, toutefois, que la diffusion des documents d'information relatifs à l'hépatite C reste limitée. La Direction générale de la santé avait, en effet, avec l'Assurance maladie et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES)<sup>8</sup>,

édité des documents destinés à l'information du patient sur l'hépatite C et un agenda destiné au patient traité. Certaines structures ont, également, édité des documents spécifiques. Or, 47 % des patients déclarent n'avoir reçu aucun document, cette proportion est plus élevée chez les patients non traités (55 % contre 33 %) [graphique 3]. Seuls, un quart des patients traités déclare ainsi avoir reçu l'agenda qui leur est destiné, contre 13 % des patients non traités.

6. Conférence de Consensus « Traitement de l'hépatite C » février 2002, ANAES, AFEF, Paris.

7. Arrêté du 3 octobre 2000 relative aux consultations de dépistage anonyme et gratuit.

8. Comité français d'éducation pour la santé devenu depuis l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

### *Un quart des patients ont bénéficié au moins une fois d'un entretien avec un psychologue ou un psychiatre*

La conférence de consensus de février 2002 ne donne pas de recommandation particulière en ce qui concerne l'éducation thérapeutique ou la prise en charge psychologique. Cependant, il est souvent souligné que le soutien psychologique et l'information du patient peuvent permettre d'améliorer l'observance du traitement. L'intérêt des consultations d'éducation à la santé et d'un accompagnement psychologique a, par exemple, été évoqué lors des « États généraux des patients »<sup>9</sup>.

En matière de prise en charge psychologique, plus de 62 % des services<sup>10</sup> disent proposer fréquemment ou systématiquement des consultations de « soutien psychologique ». D'après les médecins, 23 % des patients ont bénéficié au moins une fois d'une consultation avec un psychiatre et 17 % avec un psychologue.

Quant aux patients, ils sont 25 % à déclarer avoir bénéficié au moins une fois d'un entretien avec un psychologue ou un psychiatre ; cependant un patient sur 10 regrette de ne pas y avoir eu accès bien qu'il en ait ressenti le besoin.

Selon les médecins, près d'un tiers des patients a bénéficié d'au moins une séance avec un professionnel formé à l'éducation thérapeutique. Cependant, la définition de l'éducation thérapeutique n'a pas été précisée dans le questionnaire, sachant qu'elle peut avoir un sens différent selon les professionnels, certains médecins considérant qu'elle fait partie intégrante de la consultation médicale.

### *Le médecin est l'interlocuteur privilégié pour parler des problèmes liés à la maladie*

Le médecin reste la personne à laquelle les patients disent confier le plus volontiers les problèmes liés à leur maladie. Les autres profession-

nels, tels les infirmiers, psychologues ou psychiatres, sont plus rarement cités, respectivement par 13 %, 9 % et 7 % des patients.

Presque à égalité avec le médecin, les proches (parents, amis, conjoint...) sont les interlocuteurs privilégiés des patients pour « parler en toute confiance des problèmes liés à leur maladie ». Près de 3 % des patients déclarent toutefois n'avoir personne à qui parler des problèmes liés à l'hépatite C (tableau 3).

Les déclarations des hommes et des femmes diffèrent peu en la matière, les hommes déclarant cependant plus fréquemment se confier au personnel infirmier ou à une assistante sociale.

### *Fatigue et dégradation du moral sont les principales incidences sur la vie quotidienne*

La maladie a un retentissement fort sur la vie quotidienne des personnes atteintes d'hépatite C, tout particulièrement pour les patients

6

T  
•03

« avec qui pouvez-vous parler en toute confiance, sans vous censurer, des problèmes liés à votre maladie ? »

en %

Plusieurs réponses possibles	Hommes	Femmes	Ensemble	p (test du Khi 2 à 5 %)
Le médecin qui vous suit régulièrement	66,2	63,7	65,2	Non significatif à 5 %
Vos proches (conjoint, ami, frère, sœur)	62,8	60,2	61,8	NS à 5 %
Un(e) infirmier(ère)	14,3	10,6	12,9	0,001
Un psychiatre	6,7	6,2	6,5	0,049
Un psychologue	9,4	7,5	8,7	NS à 5 %
Une association de patients	4,8	3,7	4,4	NS à 5 %
Une assistante sociale	5,1	2,1	3,9	< 0,001
Un autre professionnel	4,0	2,4	3,4	0,01
Personne	2,9	2,6	2,8	NS à 5 %

Champ : France entière

Sources : enquête Drees-Dhos auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

9. Les premiers États généraux de l'hépatite C - Saint-Denis - janvier 2002.

10. Donnée issue du questionnaire « service ».

**T** perception des difficultés de la vie quotidienne chez les patients traités ou non

**•04** en %

	Patients sous traitement anti-viral			p (test du Khi 2)
	Oui	Non	Ensemble	
Forte fatigue qui empêche d'agir comme avant	88,9	73,1	78,9	< 0,001
Dégradation du moral	71,5	63,5	66,6	< 0,001
Diminution de la capacité à travailler	79,0	58,9	66,3	< 0,001
Dégradation des activités physiques	77,6	55,0	63,6	< 0,001
Irritabilité ou agressivité fréquente	69,5	54,8	60,3	< 0,001
Incapacités à poursuivre les loisirs habituels	65,8	43,6	51,9	< 0,001
Dégradation de la vie sexuelle	61,6	46,0	51,8	< 0,001
Difficulté à faire des projets d'avenir	53,6	49,3	51,1	< 0,001
Dégradation de la vie sociale	44,8	37,0	40,4	< 0,001
Culpabilité à l'égard de l'entourage	34,2	33,3	34,0	Non significatif à 5 %

Lecture : 88,9 % des patients traités qualifient « d'absolument vrai ou de plutôt vrai » le fait de ressentir une forte fatigue qui les empêche d'agir comme avant contre 73,1 % de ceux qui ne sont pas sous traitement.

Champ : France entière

Sources : enquête Drees-Dhos auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

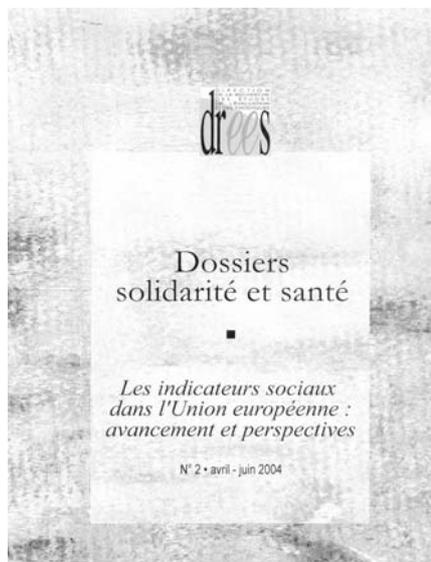
sous traitement anti-viral. Les difficultés les plus lourdement ressenties par les patients sont celles liées à la fatigue, citées par près de 8 patients sur 10.

Près de 7 patients sur 10 rapportent une dégradation de leur moral et de leurs activités physiques, et une diminution de leur capacité de travail. Plus de la moitié d'entre eux mentionnent, en outre, une dégradation de leur vie sexuelle. La culpabilité à l'égard de

l'entourage est, enfin, citée par un patient sur 3 (tableau 4).

La fatigue, la dégradation du moral ainsi que la culpabilité à l'égard de l'entourage sont des problèmes plus fréquemment cités par les femmes. D'après les déclarations des patients, le traitement a un impact important sur leur vie quotidienne, mais il est difficile de faire la part des choses entre ce qui relève des effets secondaires du traitement ou de l'incidence propre de l'hépatite.

Cette enquête menée auprès des personnes atteintes d'hépatite C ayant recours à l'hôpital, montre donc que, dans l'ensemble, les usagers sont plutôt satisfaits de leur prise en charge, aussi bien en ce qui concerne l'information qui leur est donnée que sur les délais d'attente. Elle met également en évidence une répartition du suivi en ville et à l'hôpital, qui sera approfondie lors d'une prochaine publication sur les filières de soin. ●



DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ  
N° 2 AVRIL - JUIN 2004

## LES INDICATEURS SOCIAUX DANS L'UNION EUROPÉENNE : AVANCEMENT ET PERSPECTIVES

*au sommaire de ce numéro*

Prix : 10,80 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé  
sont diffusés par la Documentation  
Française  
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

Renseignements,  
commande et abonnement annuel au :  
01 40 15 72 00

Commande en ligne :  
[www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)

### *Derniers numéros parus :*

• Outils et méthodes statistiques pour les  
politiques de santé et de protection sociale  
*N° 1, janvier-mars 2004*

• Les revenus sociaux en 2002  
*N° 4, octobre-décembre 2003*

• La microsimulation des politiques  
de transferts sociaux et fiscaux à la Drees :  
objectifs, outils et principales études  
et évaluations  
*N° 3, juillet-septembre 2003*

• Des comptes de la santé par pathologie :  
un prototype pour l'année 1998  
*N° 2, avril-juin 2003*

• Les personnes âgées entre  
aide à domicile et établissement  
*N° 1, janvier-mars 2003*

**CONSTRUIRE DES INDICATEURS EUROPÉENS DE PENSIONS :  
UNE ENTREPRISE QUI RÉVÈLE LES PARTICULARITÉS NATIONALES  
DES SYSTÈMES DE RETRAITE**

*Laurent CAUSSAT et Michèle LELIÈVRE*

**LES INDICATEURS DE SUIVI DES PENSIONS :  
L'ANNEXE STATISTIQUE PRÉSENTÉE PAR LA FRANCE  
DANS LE RAPPORT DE STRATÉGIE NATIONALE SUR LES PENSIONS**

*Hanène BELHAJ*

**MÉTHODOLOGIE DES INDICATEURS DU PLAN D'ACTION  
POUR L'INCLUSION SOCIALE**

*Patrick PÉTOUR*

**PRÉSENTATION DE L'ANNEXE STATISTIQUE FAISANT LE BILAN  
DU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'INCLUSION SOCIALE  
EN FRANCE POUR LA PÉRIODE 2001-2003**

*Brou ADJÉ et Patrick PÉTOUR*

**QUELQUES COMMENTAIRES SUR L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS ASSOCIÉS  
AU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'INCLUSION  
SOCIALE POUR LA PÉRIODE 2001-2003**

*Katia JULIENNE et Patrick PÉTOUR*

**UN NOUVEL INDICATEUR EUROPÉEN :  
LES TRAVAILLEURS PAUVRES**

*Michèle Lelièvre, Eric Marlier et Patrick Pétour*

**CONSTRUCTION D'UN INDICATEUR DES « SANS-ABRI » :  
QUELLE HARMONISATION AU NIVEAU EUROPÉEN ?**

*Cécile BROUSSE*

**DÉMARCHE ET PROPOSITIONS POUR UNE HARMONISATION  
DES ENQUÊTES ET INDICATEURS DE SANTÉ EN EUROPE :  
L'APPROCHE D'EURO-REVES**

*Jean-Marie Robine, Emmanuelle Cambois et Isabelle Romieu*

drees

ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 368 • janvier 2005

Directrice de la publication : Mireille ELBAUM • Rédactrice en chef technique : Anne EVANS • Conseiller technique : Gilbert ROTBART •  
Secrétaires de rédaction : Marie-Hélène BELLEGOU, Catherine DEMAISON • Mise en page : Régis GOURRAUD •  
Impression : AIT du ministère de la Santé et de la protection sociale  
Internet : [www.sante.gouv.fr/html/publication](http://www.sante.gouv.fr/html/publication)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791