



**HAL**  
open science

# État des lieux de la prise en charge de l'hépatite C chronique chez les patients migrants en situation de précarité au centre hospitalier de Chambéry

Anne-Laure Graber

► **To cite this version:**

Anne-Laure Graber. État des lieux de la prise en charge de l'hépatite C chronique chez les patients migrants en situation de précarité au centre hospitalier de Chambéry. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01075728

**HAL Id: dumas-01075728**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01075728>**

Submitted on 20 Oct 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Joseph Fourier  
Faculté de médecine de Grenoble

Année universitaire 2013-2014

N°

**Etat des lieux de la prise en charge de l'hépatite C chronique  
chez les patients migrants en situation de précarité au centre  
hospitalier de Chambéry.**

Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat de Médecine Générale  
Diplôme d'Etat

Par Anne-Laure Graber née le 20 Octobre 1985 à Brest

Dirigée par le Dr. Bruno De Goër

Soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble  
Le 15 Octobre 2014

Devant le jury composé de :

Président du jury :  
Mr le Pr. Vincent Leroy

Membres du jury :  
Mme le Pr. Virginie Scolan  
Mr le Pr. Patrice Morand  
Mme le Dr. Marie-Noëlle Hilleret  
Mr le Dr. Bruno De Goër

## Résumé

**Introduction :** L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est un problème de santé publique dont la prise en charge est particulièrement compliquée chez les immigrés en situation de précarité sociale. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier de Chambéry (CHC) est confrontée aux migrants porteurs du VHC. L'objectif de ce travail était d'étudier si leur prise en charge à la PASS permettait des résultats équivalents à ceux obtenus de la littérature auprès de la population générale. Des objectifs secondaires étaient d'apporter des données épidémiologiques.

**Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective au CHC. Les patients inclus étaient immigrés, porteurs d'une hépatite C, ayant consulté à la PASS entre le 01/01/2006 et le 31/12/2013. Le critère de jugement principal était l'obtention d'une Réponse Virale Prolongée (RVP) à l'issue de la prise en charge.

**Résultats :** Sur 52 dossiers inclus, en intention de traiter, les taux de RVP étaient de 45% au total : 50% chez les génotypes 1, 20% chez les génotypes 2, 47% chez les génotypes 3. Le taux de clairance virale spontanée était de 9.6%. Il était noté en majorité une population issue d'Europe de l'Est, un mode de contamination présumé par toxicomanie intraveineuse, un génotype 3, un degré de fibrose F0 ou F1. 69% des patients ne parlaient pas français, 85% étaient en demande d'asile, 65% ne possédaient aucun hébergement. La moitié des patients furent perdus de vue pendant leur prise en charge.

**Discussion :** Cette étude ne permettait pas de conclure car limitée par un faible effectif de population étudié, des dossiers insuffisamment renseignés, beaucoup de patients perdus de vue. Elle confirmait une situation médicosociale précaire des immigrés, montrait des difficultés dans leur prise en charge qui devrait pouvoir être améliorée à l'heure de l'arrivée de nouveaux traitements.

**Mots-clés :** Hépatite C chronique, immigrés, précarité, PASS

## Abstract

**Introduction:** The management and treatment of chronic hepatitis C among immigrants experiencing social instability is quite problematic. The PASS (accessible healthcare committee room) of the hospital of Chambéry met many such immigrants. This study had for objective characterizing that managing and comparing the results to the literature in general population.

**Materials and methods:** This was a retrospective descriptive study. Included patients were immigrants with social instability and hepatitis C who needed at least one consultation at the PASS between 01/01/2006 and 31/12/2013. The main judgement's criterion was the obtention of a Sustained Virologic Response (SVR).

**Results:** 52 files were included. In intention to treat, the proportion of SVR was 45% all genotypes included, 50% among genotypes 1, 20% among genotypes 2, 47% among genotypes 3. Contact with half of the group was lost during management time.

**Discussion:** This study does not allow any conclusion because of too many limitations such as the small number of patients studied, records not clear enough, lot of patients that lost contact. It confirmed a precarious situation for the patients who can still be improved at the time of new treatment's arrival.

**Keywords:** Chronic hepatitis C, immigrants, social instability, PASS

## **Remerciements**

A Monsieur le Professeur Leroy, de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Scolan, d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Professeur Morand, qui me fait l'honneur de participer à ce jury. Merci d'avoir accepté .

A Madame le Docteur Hilleret, d'avoir répondu avec enthousiasme à mon invitation. Merci de faire partie de ce jury.

A Monsieur le Docteur De Goër, d'avoir dirigé ce travail. Merci de ta réactivité, ta disponibilité et ton aide dans ce travail. Reçois là mes plus vifs remerciements.

A ma famille, parents, grands-parents, frère et sœur et leurs conjoints, pour votre soutien et vos encouragements tout au long de ces études.

A Yann, pour ta compréhension, ton amour et ta présence.

A Céline, pour ce que tu es.

A mes amies, pour votre folie, votre écoute et votre soutien.

A Olivier, pour ta précieuse aide dans l'achèvement de ce travail.

## Table des matières

Résumé.....	2
Abstract .....	2
Remerciements.....	3
Introduction.....	5
Matériels et méthodes .....	6
Résultats.....	7
1. Résultats concernant l'objectif principal.....	8
2. Données épidémiologiques et clinicobiologiques des immigrés.....	11
Discussion.....	15
1. Limites de l'étude .....	15
2. Taux de clairance virale spontanée .....	15
3. Résultats.....	15
4. Difficultés d'accès aux soins et vulnérabilité des immigrés .....	16
5. Les atouts de la PASS du CHC.....	17
6. Une population spécifique .....	17
7. Pistes d'amélioration de la prise en charge .....	18
8. Le futur et les nouveaux traitements .....	19
Conclusion .....	19
Références bibliographiques .....	20
Annexes.....	23
Annexe 1 : Organigramme de la PASS du Centre Hospitalier de Chambéry .....	24
Annexe 2 : Fiche de récolte des données .....	26
Annexe 3 : Diagramme de flux des patients perdus de vue au cours de leur prise en charge .....	28
Annexe 4 : Répartition des prescripteurs du dépistage initial .....	29
Annexe 5 : Type de logements au moment de la prise en charge .....	29
Annexe 6 : Situation administrative au moment de la prise en charge .....	29
Annexe 7 : Co-infections des immigrés au moment de la prise en charge .....	30
Annexe 8 : Statut des patients vis-à-vis de l'hépatite B.....	30
Annexe 9 : Vaccins effectués à la PASS de Chambéry .....	30
Annexe 10: Pourcentage de gens maîtrisant le français ou non au moment de la prise en charge.....	31
Annexe 11: Pourcentage d'immigrés incarcérés ou expulsés .....	31
Annexe 12: Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un avis de comité.....	31
Annexe 13: Evolution de la part des populations étrangères et immigrées jusqu'en 2011 .....	32
Annexe 14: Répartition des immigrés par pays de naissance en 2011.....	33
Occupation des postes de PU PH 2013-2014, Faculté de Médecine de Grenoble .....	34
Occupation des postes de MCU PH 2013-2014, Faculté de Médecine de Grenoble .....	40
Serment d'Hippocrate .....	43

## Introduction

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est fréquente et un véritable problème de santé publique. En France métropolitaine, l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) estimait en 2004 que 367 000 adultes de 18 à 80 ans étaient porteurs d'anticorps anti-VHC (0.84% de la population générale), dont 221 000 personnes présentaient une virémie positive à l'ARN du VHC, soit 0.53% de la population générale atteinte d'une hépatite C chronique [1] [2].

Sans traitement, les complications de type cirrhose ou carcinome hépatocellulaire aboutissent au décès du patient : une analyse de certificats de décès de l'année 2001 estimait à 2646 le nombre de décès imputables au VHC [3]. Cependant, l'hépatite virale chronique C guérit sous traitement dans plus de la moitié des cas.

L'heure est de plus à un tournant majeur dans les stratégies thérapeutiques, avec l'arrivée d'une nouvelle génération de traitements par antiviraux d'action directe très prometteurs.

On note que la prévalence de ce virus varie considérablement d'une zone géographique à l'autre et d'une classe socioculturelle à l'autre. Elle serait plus élevée en cas de précarité sociale [4].

En France, en 2004, le taux de prévalence des anticorps anti-VHC chez les bénéficiaires de la CMU était de 2.65%, un taux alors trois fois plus élevé que chez les assurés sociaux du régime général [4].

La population migrante est bien souvent en situation de précarité sociale. Bénéficiaire de la CMU ou non, elle est en constante augmentation. Au 1er Janvier 2006, 5.04 millions d'immigrés résidaient en France (8.2% de la population française totale), contre 5.49 millions le 1er Janvier 2011 (8.7% de la population française totale) [5], soit une augmentation de 8.99% en 5 ans quand la population française augmentait de 2.7%.

Sa prise en charge médico-sociale est un enjeu complexe. Des études récentes s'accordent pour décrire un faible recours aux soins des immigrés, de par leur situation économique et sociale défavorisée, un accès plus restreint à une complémentaire santé, et une moindre intégration sociale [6]. Tout porte à penser que la prise en charge des personnes atteintes d'une hépatite virale C chronique est plus complexe pour ce public que dans la population générale.

Le premier recours aux soins des immigrés se fait très souvent par l'intermédiaire du médecin généraliste lorsqu'il existe une couverture sociale, ou par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS<sup>1</sup>) lorsque les droits sociaux ne sont pas ouverts.

Pour tenter de limiter les obstacles, la PASS du centre hospitalier de Chambéry (CHC) s'est organisée afin de pouvoir prendre directement en charge ces patients atteints de pathologies infectieuses chroniques. Elle accueille de nombreux immigrés en situation de grande précarité et initie leur prise en charge, y compris concernant l'hépatite virale C (du dépistage anonyme et gratuit au traitement), l'unité étant rattachée au service de maladies infectieuses (*Annexe 1 : Organigramme du service*).

L'objectif principal de ce travail est d'étudier si l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C chez les migrants en situation de grande précarité sociale, au niveau du CHC, permet des résultats équivalents à ceux obtenus dans la littérature dans la population générale.

Les objectifs secondaires sont d'apporter de nouvelles connaissances épidémiologiques concernant le lien hépatite C – migration au niveau de Chambéry, pour mettre en évidence des possibilités d'améliorer, de manière raisonnée et adaptée, la prise en charge de cette pathologie chez ce public défavorisé, en lien avec la médecine générale et au moment de l'arrivée de nouvelles thérapeutiques.

---

<sup>1</sup> La PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) est une cellule de prise en charge médico-sociale qui facilite l'accès des personnes démunies au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

## Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective menée au centre hospitalier de Chambéry.

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient :

- Le fait d'être immigré
- En situation de grande précarité sociale, définie par la nécessité d'au moins une consultation à la PASS
- Porteur d'une sérologie hépatite C positive confirmée
- Dépisté à la PASS, au point santé, ou à l'espace de santé publique du CHC, entre le 1er Janvier 2006 et le 31 Décembre 2013.

Le critère d'exclusion était l'absence d'informations pertinentes ou exploitables dans les dossiers.

Le critère de jugement principal était l'obtention d'une réponse virale prolongée, définie par l'absence d'ARN du VHC détectable dans le sang 6 mois après l'arrêt du traitement, recherché par PCR quantitative dont le seuil de détection était de 15 UI/ml.

Les données ont été récoltées après une analyse des dossiers du CHC (DMU papier, logiciel patient Crossway) obtenus en contactant l'infirmière référente et les secrétaires des services concernés (maladies infectieuses, gastro-entérologie, espace de santé publique, archives), ainsi que par des entretiens avec les médecins ayant pris en charge ces patients.

De nombreuses données ont été recueillies dans le but d'obtenir de meilleures connaissances concernant les patients et leur prise en charge (*Annexe 2 : Fiche de récolte des données*). Elles portaient sur :

- Epidémiologie des patients : sexe, date de naissance, pays d'origine, date d'arrivée en France, date de premier recours au CHC, maîtrise de la langue française, logement et situation administrative à l'initiation de leur prise en charge (demandeur d'asile, réfugié, irrégulier, détenteur d'une autorisation provisoire de séjour pour raisons de santé, d'un visa touristique ou d'un autre titre de séjour).
- Bilan initial (sérologie, PCR, bilan hépatique, génotype, charge virale, score METAVIR), traitement, contrôle post-thérapeutique (ALAT, PCR).
- Co-infections : VIH, hépatites virales A, B, D, statut vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B.
- Parcours de soins : y avait-il eu un recours à un médecin généraliste de ville, et si oui, pour quelle raison ? Y avait-il eu un suivi régulier au CHC, ou les patients étaient-ils perdus de vue ?

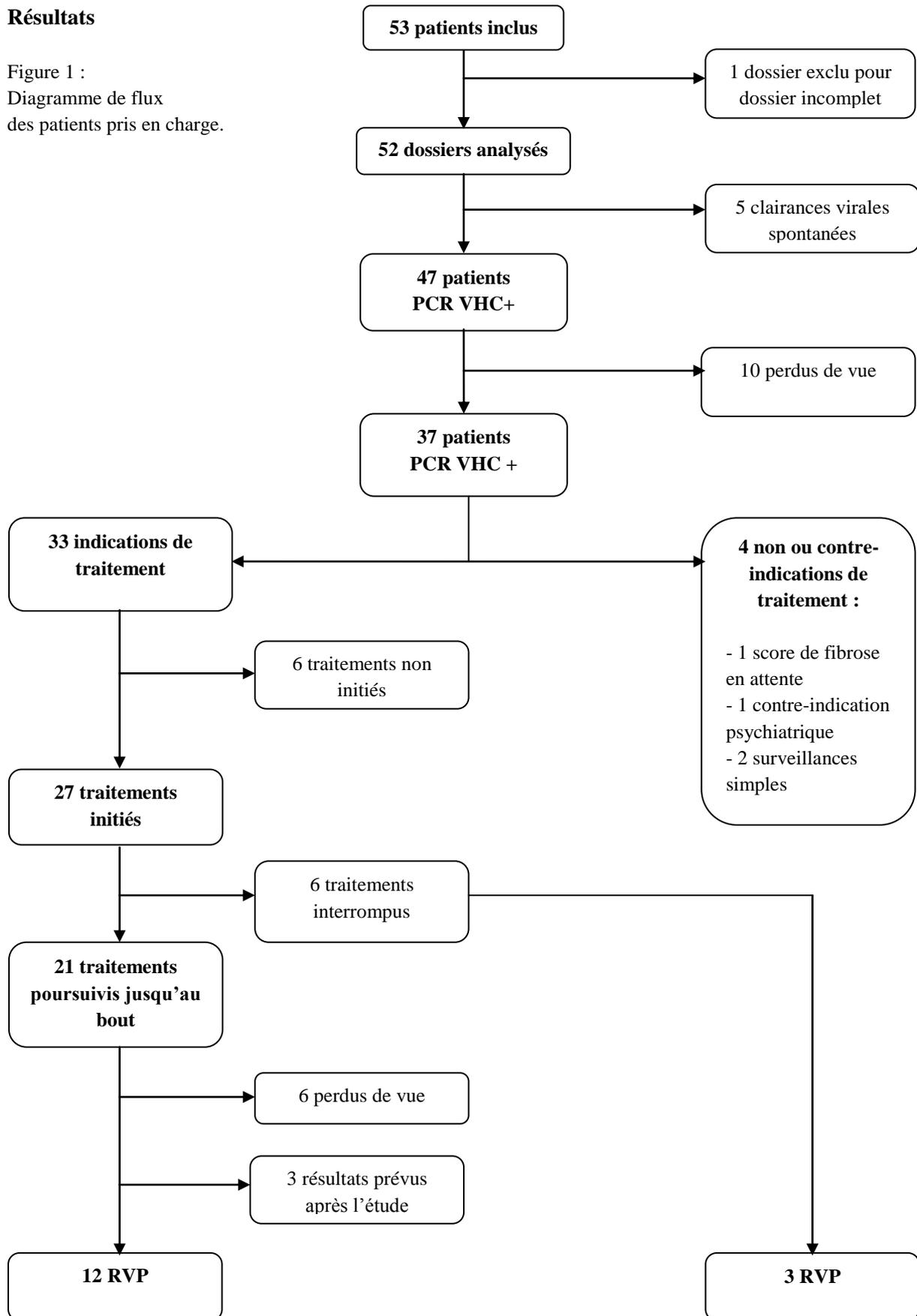
Les données ont été anonymisées, regroupées dans un tableau Excel, et ont bénéficié d'une analyse statistique descriptive.

En parallèle avait eu lieu une recherche bibliographique avec une interrogation de la banque de données Pubmed grâce aux mots clés / MeSH Terms : « immigrés », « hépatite C », « soins », « PASS », « traitement », « prise en charge ».

Ceci afin de comparer, d'une part, les résultats obtenus dans ce travail à ceux observés dans la littérature auprès de la population générale, et d'autre part, une meilleure connaissance des soins suivis par les immigrés et du fonctionnement de la PASS du CHC.

## Résultats

Figure 1 :  
Diagramme de flux  
des patients pris en charge.



## 1. Résultats concernant l'objectif principal

53 dossiers ont d'abord été inclus, dépistés positifs au VHC pendant la période concernée. Un dossier a été exclu car le dossier manquait d'informations.

Sur les 52 patients retenus, il y avait 6 femmes et 46 hommes.

Parmi ces 52 patients :

- 5 patients présentaient une clairance virale spontanée, soit 9.6% de la population
- 10 patients avaient été perdus de vue avant d'obtenir la totalité de leur bilan initial
- 4 patients ne présentaient pas d'indication de traitement :
  - 1 patient était en attente d'un fibrotest
  - 1 patient présentait une contre-indication psychiatrique à l'interféron
  - 1 patient était en attente des nouveaux traitements
  - 1 patient avait une indication simple de suivi.
- Il y avait 33 indications de traitement.

Parmi les 33 patients avec indication de traitement, 21 ont été initiés et poursuivis jusqu'au bout :

- 12 patients ont bénéficié d'un contrôle post-thérapeutique à 6 mois de la fin du traitement, et tous présentaient une RVP.
- Chez les 9 patients restants, la réponse virale à 6 mois du traitement était inconnue :
  - A l'heure de l'étude, 3 patients n'avaient pas encore bénéficié de la PCR à 6 mois de la fin du traitement, le contrôle étant prévu en dehors des limites de cette étude.
  - 6 patients avaient été perdus de vue peu après la fin du traitement, et n'avaient pas pu bénéficier du contrôle post-thérapeutique à 6 mois.

Parmi les 12 autres patients, 6 traitements ont été initiés, mais interrompus pour cause de :

- 2 anémies secondaires au traitement dont une avec pancytopenie, ce dernier patient ayant été perdu de vue par la suite
  - 2 cas d'intolérance au traitement dont une allergie vraie avec urticaire géante
  - 1 patient incarcéré
  - 1 patient perdu de vue.
- Parmi eux, 3 patients ont bénéficié d'un contrôle post-thérapeutique à 6 mois de l'arrêt du traitement, qui montrait 3 RVP.

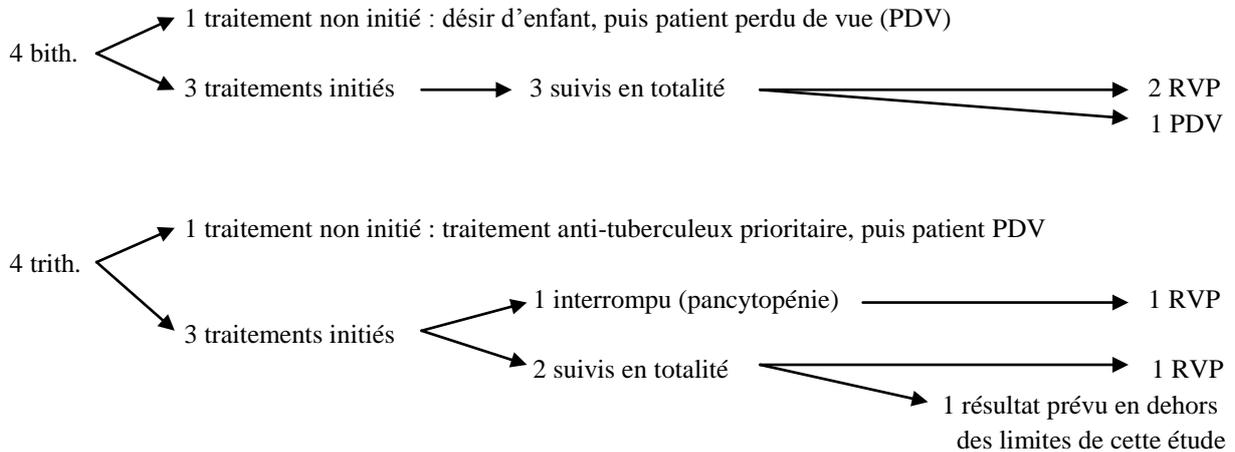
Enfin, 6 traitements n'avaient pas été initiés pour les raisons suivantes :

- 1 désir d'enfant, puis patient perdu de vue par la suite
- 1 attente d'euthyroïdie favorable à l'introduction du traitement
- 1 incarcération et troubles psychiatriques, puis patient perdu de vue par la suite
- 1 indication prioritaire à traiter une tuberculose, et patient perdu de vue par la suite
- 1 attente d'un jugement de tribunal concernant la situation administrative du patient
- 1 perdu de vue.

Les résultats obtenus étaient les suivants.

Figure 2 : Taux de réponse virale prolongée (RVP) dans le groupe génotype 1.

13 patients étaient concernés par ce génotype, 8 avaient une indication de traitement : 4 par bithérapie, 4 par trithérapie.

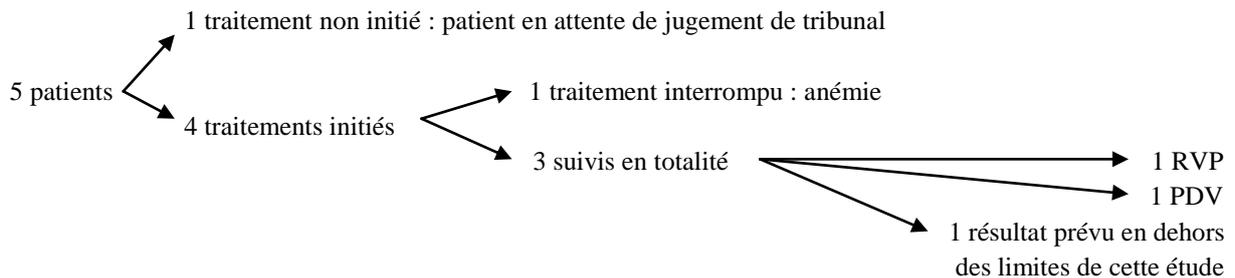


Dans le groupe génotype 1, les taux de RVP étaient de :

- En intention de traiter :
  - 50% chez les patients traités par bithérapie
  - 50% chez les patients traités par trithérapie
- Dans les conditions les plus optimales d'un traitement suivi dans sa totalité, avec résultats de la RVP à 6 mois disponibles : 100% de RVP chez les patients traités par bi ou trithérapie.

Figure 3 : Taux de réponse virale prolongée dans le groupe génotype 2.

6 patients étaient concernés par ce génotype, 5 avaient une indication de traitement.

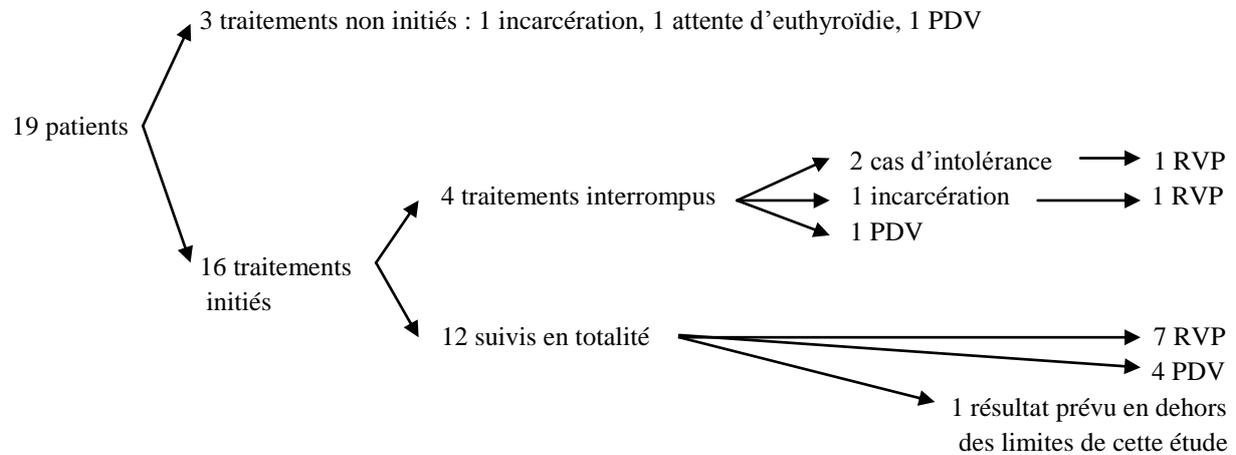


Dans le groupe génotype 2, les taux de RVP étaient de :

- En intention de traiter : 20%
- Dans les conditions les plus optimales d'un traitement suivi dans sa totalité, avec résultats de la RVP à 6 mois disponibles : 100%.

Figure 4 : Taux de réponse virale prolongée dans le groupe génotype 3.

20 patients étaient concernés par ce génotype, 19 avaient une indication de traitement.



Dans le groupe génotype 3, les taux de RVP étaient de :

- En intention de traiter : 47%

- Dans les conditions les plus optimales d'un traitement suivi dans sa totalité, avec résultats de la RVP à 6 mois disponibles : 100%.

Dans le groupe génotype 4, 1 patient était concerné. Il avait une indication de traitement, qu'il avait suivi dans sa totalité, et qui montrait une RVP.

Au total, tous génotypes, bithérapies et trithérapies confondues, en intention de traiter, il y avait 15 RVP sur 33 indications de traitements, soit 45% de RVP.

Dans les conditions les plus optimales de traitement : traitement suivi dans sa totalité, patient non perdu de vue et résultats de la RVP à 6 mois disponibles, le taux de RVP total était de 100%.

## 2. Données épidémiologiques et clinicobiologiques des immigrés

Tableau 1: Caractéristiques épidémiologiques des patients au moment du dépistage du VHC (et pendant toute la durée de la prise en charge concernant la consultation auprès d'un médecin généraliste) selon la région d'origine.

En pourcentage du nombre de dossiers renseignés (DR)		Totalité de la population n=52	Afrique n=7	Europe de l'Est n=43	Maghreb + Asie n=2	
<b>Sexe</b>	Homme (%)	88%	86%	88%	100%	
	Femme (%)	12%	14%	12%	0	
<b>Age moyen (années)</b>		35.4 ans	31.4 ans	35.8 ans	42.6 ans	
<b>Maîtrise du français</b>	Nombre de DR (n)	n=48	n=7	n=39	n=2	
	Oui (%)	21%	100%	5%	50%	
	Moyennement (%)	10%	0	10%	50%	
	Non (%)	69%	0	85%	0	
<b>Situation administrative</b>	Nombre de DR (n)	n=45	n=6	n=37	n=2	
	Visa étudiant (%)	2%	0	3%	0	
	Autorisation provisoire pour raisons de santé (%)	9%	17%	8%	0	
	Demande d'asile (%)	85%	83%	84%	100%	
	Réfugié (%)	4%	0	5%	0	
<b>Logement</b>	Nombre de DR (n)	n=46	n=6	n=38	n=2	
	Rue, squat, hébergement d'urgence (%)	65%	33%	71%	50%	
	En centre d'accueil des demandeurs d'asile ou chez un tiers (%)	26%	50%	21%	50%	
	Appart. thérapeutique (%)	2%	17%	0	0	
	Logement personnel (%)	7%	0	8%	0	
<b>Mode de contamination présumé</b>	Nombre de DR (n)	n=26	n=1	n=25	n=0	
	Toxicomanie IV (%)	66%	0	69%	0	
	Tatouage (%)	15%	0	15%	0	
	Iatrogène (Transfusion ou chirurgie) (%)	15%	100%	12%	0	
	Transmission maternelle (%)	4%	0	4%	0	
<b>Co-morbidités</b>	VIH +	Nombre de DR (n)	n=50	n=7	n=42	n=1
		(%)	4%	0	5%	0
	VHA +	Nombre de DR (n)	n=32	n=4	n=26	n=2
		(%)	72%	75%	69%	100%
		VHB +	Nombre de DR (n)	n=51	n=7	n=43
	VHB chronique (%)	12%	14%	12%	0	
	VHB séquellaire (%)	47%	57%	44%	100%	
VHD +	Nombre de DR (n)	n=6	n=0	n=6	n=0	
	(%)	50%	0	50%	0	
<b>Dépendance aux opiacés</b>	Nombre de DR (n)	n=52	n=7	n=43	n=2	
	(%)	33%	0	40%	0	
<b>Consultation auprès d'un médecin généraliste</b>	Nombre de DR (n)	n=52	n=7	n=43	n=2	
	En ville (%)	31%	57%	26%	50%	
	A la PASS (%)	29%	14%	33%	0	
	Motif : tout venant (%)	37%	71%	30%	50%	
	Motif : mise sous ALD (%)	23%	0	28%	0	

Les résultats sont exprimés en pourcentage du nombre de dossiers renseignés (DR), les dossiers n'étant pas tous complets.

La première colonne de chiffres exprime les résultats des dossiers renseignés dans la totalité de la population, puis chaque colonne exprime les résultats propres à chaque région :

Afrique : 7 personnes provenant de Côte d'Ivoire et du Congo

Europe de l'Est : 43 personnes provenant de : Arménie, Bulgarie, Géorgie, Kosovo, Macédoine, Moldavie, Pologne, Russie, Tchétchénie, Ukraine

Maghreb : 1 personne de Tunisie

Asie : 1 personne du Vietnam.

Il y avait 88% d'hommes et 12% de femmes. Il y avait plus de 85% d'hommes dans chaque groupe de population respectif.

L'âge moyen au moment de la première sérologie était de 35.4 ans.

Le français n'était pas maîtrisé dans 69% des cas, uniquement dans la population venant d'Europe de l'Est. 100% des Africains le parlaient couramment. Les deux personnes issues du Maghreb et d'Asie le parlaient bien ou moyennement.

85% des patients étaient en demande d'asile, dont 100% des 2 personnes issues du Maghreb et d'Asie, 84% des Européens de l'Est et 83% des Africains. 17% des Africains et 8% des Européens de l'Est bénéficiaient d'une autorisation provisoire de séjour pour raisons de santé. Parmi les Européens de l'Est : 3% avaient un visa étudiant, 4% possédaient le titre de réfugié.

65% des immigrants de l'étude vivaient dans la rue, en squat ou en centre d'hébergement d'urgence (CHU). 26% logeaient en Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) ou chez un tiers, 7% en logement personnel. La moitié des Africains logeaient en CADA, 1/3 vivaient dans la rue, en squat ou en CHU, le reste en appartement thérapeutique. La majorité des Européens de l'Est (71%) vivaient dans la rue, en squat ou en CHU, 21% en CADA ou chez un tiers, 8% possédaient un logement personnel. La personne issue du Maghreb vivait dans la rue, la personne issue d'Asie logeait en CADA.

Le mode de contamination présumé majoritaire était la toxicomanie intraveineuse, expérimentée par 66% des patients, tous venant de l'Europe de l'Est. Les 15% de la population ayant contracté le virus suite à un tatouage venaient d'Europe de l'Est. 100% des Africains avaient été contaminés de manière iatrogène (transfusion ou chirurgie), ainsi que 12% des personnes issues d'Europe de l'Est. Le virus avait été transmis par infection materno-fœtale chez 4% de la population, celle-ci venait d'Europe de l'Est. Il n'y avait pas de données concernant le mode de contamination présumé des populations maghrébine et asiatique.

4% des patients étaient co-infectés par le VIH, tous venant d'Europe de l'Est. 72% des patients présentaient une sérologie positive pour l'hépatite A, dont les 3/4 des Africains, 69% des Européens, ainsi que les 2 personnes issues du Maghreb et d'Asie. Une hépatite B chronique avait été retrouvée chez 12% de la population totale, elle concernait 12% des Africains et 14% des Européens de l'Est, mais pas les 2 personnes venant du Maghreb ou d'Asie. Une hépatite B séquellaire avait été mise en évidence chez 47% des patients totaux, dans plus de la moitié de la population africaine (57%), chez quasiment la moitié des Européens de l'Est (44%), et chez les 2 personnes issues du Maghreb ou d'Asie. Parmi les patients présentant une hépatite B chronique (6 personnes), 6 sérologies avaient été retrouvées pour le VHD, dont la moitié étaient revenues positives.

33% des patients totaux étaient dépendants aux opiacés, tous provenant d'Europe de l'Est.

Au cours de leur prise en charge, 60% des immigrants avaient bénéficié d'une consultation auprès d'un médecin généraliste, 31% auprès d'un médecin libéral, 29% auprès d'un médecin de la PASS. 37% l'avaient consulté pour des motifs relevant du tout-venant ou de la mise sous Affection Longue Durée (ALD), 24% uniquement pour la mise sous ALD.

Tableau 2 : Caractéristiques clinico-biologiques des immigrés selon leur région d'origine.

<b>En pourcentage du nombre de dossiers renseignés (DR)</b>		<b>Total n=52</b>	<b>Afrique n=7</b>	<b>Asie n=1</b>	<b>Europe de l'Est n=43</b>	<b>Maghreb n=1</b>
<b>Délai médian de consultation (j)</b>	Nombre de DR (n)	n=49	n=7	n=1	n=40	n=1
	Jours (j)	69 j	35 j	754 j	78 j	288 j
<b>Délai moyen de consultation (j)</b>	Nombre de DR (n)	n=49	n=7	n=1	n=40	n=1
	Jours (j)	312 j	741 j	754 j	227 j	288 j
<b>Délai moyen de prise en charge (années)</b>	Nombre de DR (n)	n=51	n=7	n=1	n=41	n=1
	Années	1.3 ans	3.6 ans	2.2 ans	2.2 ans	0.9 ans
<b>Génotype (%)</b>	Nombre de DR (n)	n=43	n=5	n=1	n=36	n=1
	1	30%	0	100%	30%	100%
	2	14%	20%	0	14%	0
	3	47%	0	0	56%	0
	4	9%	80%	0	0	0
<b>Degré de fibrose (%)</b>	Nombre de DR (n)	n=41	n=5	n=1	n=34	n=1
	F0F1	73%	80%	0	74%	100%
	F2F3	22%	20%	0	23%	0
	F4	5%	0	100%	3%	0
<b>Observance du traitement (%)</b>	Nombre de DR (n)	n=27	n=2	n=1	n=23	n=1
	Suivi jusqu'au bout	78%	50%	100%	83%	0
	Interrompu	22%	50%	0	17%	100%
<b>Suivi à l'heure de l'étude (%)</b>	Nombre de DR (n)	n=52	n=7	n=1	n=43	n=1
	Suivi régulier	42%	29%	100%	44%	0
	Suivi terminé	56%	71%	0	54%	100%
	Décédé	2%	0	0	2%	0

Les résultats sont exprimés en pourcentage du nombre de dossiers renseignés, les dossiers n'étant pas tous complets. La première colonne exprime les résultats des dossiers renseignés dans la totalité de la population, puis chaque colonne exprime les résultats propres à chaque région :

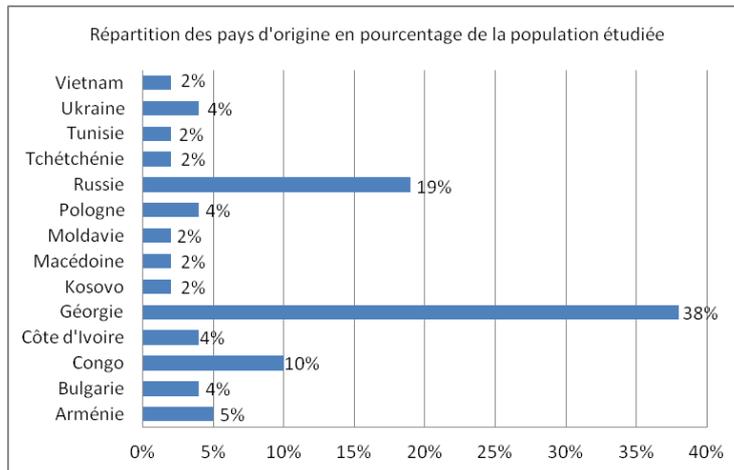
Afrique : 7 personnes provenant de Côte d'Ivoire et du Congo. Asie : 1 personne provenant du Vietnam.

Europe de l'Est : 43 personnes provenant de : Arménie, Bulgarie, Géorgie, Kosovo, Macédoine, Moldavie, Pologne, Russie, Tchétchénie, Ukraine. Maghreb : 1 personne provenant de Tunisie.

Les génotypes et degrés de fibrose avaient été calculés à partir de 47 dossiers car 5 patients sur 52 dossiers avaient présenté des clairances virales spontanées.

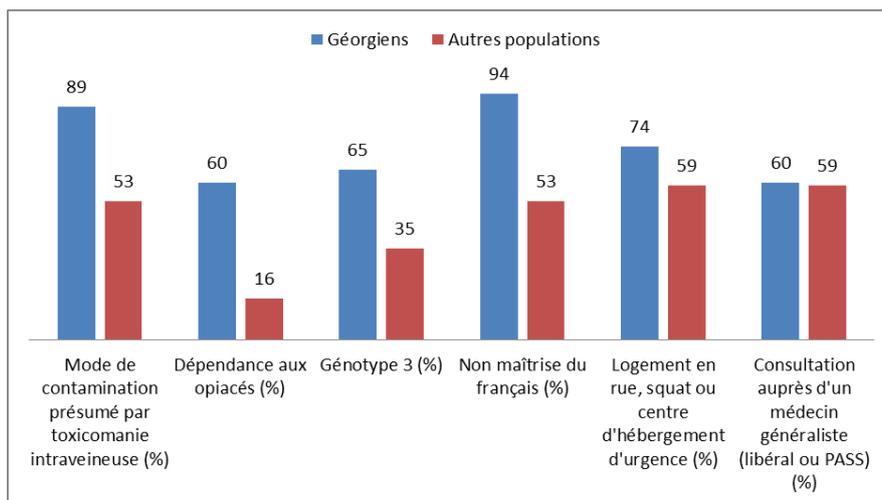
Le délai médian de consultation (délai entre la date d'arrivée en France et la première consultation à l'hôpital) était de 69 jours, la moyenne était de 312 jours, 4 patients présentant des délais de consultation extrêmes variant entre 1000 et 5000 jours. La prise en charge des patients durait en moyenne 1.3 ans. A l'heure de l'étude, 56% des patients n'étaient plus suivis par le CHC, 1 personne était décédée. Le génotype majoritaire était le 3, tous issus d'Europe de l'Est (56% de cette population). Puis venait le génotype 1, avec 30% de la population totale, dont 30% des Européens de l'Est, et les 2 personnes issues d'Asie et du Maghreb. Le génotype 2 représentait 14% de la population totale, dont 20% des Africains et 14% des Européens de l'Est. La totalité des génotypes 4 (9% de la population totale) venait d'Afrique. Le degré de fibrose le plus souvent retrouvé était F0 ou F1, pour 73% de la population, dont la majorité des Africains (80%), les 3/4 des Européens de l'Est, et la personne issue du Maghreb. Le degré de fibrose F2 ou F3 concernait 22% de la population. La personne asiatique ainsi que 3% des Européens de l'Est présentaient un degré de fibrose F4. 78% des patients ayant eu une indication de traitement l'avaient suivi dans sa totalité, 6 patients l'ayant interrompu pour les raisons exposées dans la figure 1 : 2 cas d'anémie, 2 cas d'allergie, 1 incarcération et 1 patient perdu de vue.

Figure 5 : Répartition des pays d'origine.



Parmi les pays les plus représentés se trouvaient la Géorgie d'où provenaient 38% de la population étudiée, puis la Russie avec 19% des patients, et le Congo avec 10% des patients.

Figure 6 : Comparaison de la population géorgienne au reste de la population immigrée étudiée.



Les résultats sont exprimés en pourcentage du nombre de dossiers renseignés, les dossiers n'étant pas tous complets. La population géorgienne comprenait 20 personnes, les autres populations représentaient 32 personnes.

Les Géorgiens présentaient des taux plus élevés d'antécédents de toxicomanie intraveineuse (89% des 9 dossiers renseignés chez les Géorgiens vs 53% parmi 17 dossiers renseignés dans les autres populations), de dépendance aux opiacés (60% des 20 dossiers renseignés vs 16% des 32 dossiers renseignés), de génotype 3 (65% des 17 dossiers renseignés vs 35% des 26 dossiers renseignés). Ils étaient proportionnellement plus nombreux à ne pas parler français (94% des 18 dossiers renseignés vs 53% des 30 dossiers renseignés), ainsi qu'à vivre dans la rue, en squat ou en centre d'hébergement d'urgence (74% des 19 dossiers renseignés vs 59% des 27 dossiers renseignés). Le taux de recours auprès d'un médecin généraliste libéral ou de la PASS était de 60% chez les Géorgiens (12 dossiers renseignés) contre 59% dans le reste de la population immigrée (19 dossiers renseignés).

## Discussion

### 1. Limites de l'étude

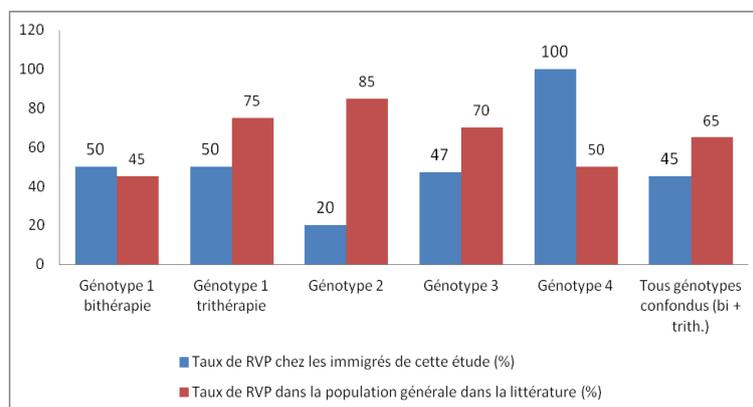
Cette étude a présenté de nombreuses limites. Malgré des objectifs initiaux d'une inclusion de 50 patients minimum atteints avec un quota de 52 patients inclus, seulement 47 d'entre eux avaient été étudiés car virémiques à l'hépatite C. Les 5 autres patients avaient présenté des clairances virales spontanées. L'effectif total de la population étant peu élevé, la division en sous-groupes réduisait encore plus les sous-populations montrant des résultats non significatifs, n'ayant bénéficié que d'une analyse statistique purement descriptive. Les données récoltées avaient été marquées par la disparité : la situation des immigrés de cette étude (administration, logement, incarcération..) avait souvent été modifiée au cours de la prise en charge, et les dossiers étaient rarement clairement renseignés. La régularité et l'observance au traitement, ainsi que leurs effets secondaires (état grippal, asthénie, arthralgies, perte de poids, perte de cheveux, perturbation du sommeil et de l'appétit, sécheresse de la peau, dysthyroïdies, troubles de l'humeur : irritabilité, dépression, troubles de la libido...) avaient très certainement été difficiles à gérer dans les conditions de vie précaires. Les résultats avaient été biaisés par le fait que quasiment la moitié des patients (47%) présentant une virémie positive au VHC et nécessitant un bilan voire un traitement, avaient été perdus de vue entre l'initiation de leur bilan initial et la fin de leur prise en charge (*Annexe 3*). 22% des traitements initiés avaient été interrompus à cause d'effets indésirables tels qu'allergie et anémie voire pancytopenie, d'une incarcération et d'un patient perdu de vue (*Figure 1*). De plus, 3 résultats de virémie à 6 mois de la fin du traitement étaient prévus en dehors des limites de cette étude. En intention de traiter, le taux de réponse virale non connu chez les immigrés de cette étude ayant une indication de traitement, traitement initié ou non, poursuivi dans sa totalité ou non, était alors de 55%. Au vu des limites de cette étude, il convient d'être très prudent dans l'interprétation des résultats et dans le fait que les données soient comparables ou non à la littérature.

### 2. Taux de clairance virale spontanée

Le taux de clairance virale spontanée (CVS) était de 9.6% dans cette étude, taux extrêmement bas. La littérature montre un taux de CVS d'entre 10% et 50% dans la population générale [1]. A Chambéry, une thèse consacrée à la prise en charge de l'hépatite C chez les toxicomanes suivis en Centre de Soins Spécifiques, de 1989 à 2002, concernait 294 patients et retrouvait un taux de CVS de 37% [7]. Une autre étude locale, interne à l'hôpital et effectuée en 2005, concernait 95 patients et retrouvait un taux de CVS de 27.4% [8]. Dans notre étude, le taux de CVS était alors bien plus bas que celui trouvé dans la population générale ainsi que dans les études locales Chambériennes – mais parmi une population exclusive de patients toxicomanes.

### 3. Résultats

Figure 7: Diagramme comparatif des taux de RVP dans le cadre d'une intention de traiter, chez les immigrés de cette étude vs la population générale dans la littérature.



Dans cette étude, parmi les personnes ayant une indication de traitement, les taux de RVP étaient de 50% dans les groupes génotypes 1 traités par bi ou trithérapie, de 20% dans le groupe génotype 2, de 47% dans le groupe génotype 3, et de 100% dans le groupe génotype 4 (1 seul patient concerné). Tous génotypes et traitements confondus le taux de RVP était de 45%. La littérature nous montre que le taux de RVP en intention de traiter était entre 36% et 45% pour les génotypes 1 traités par bithérapie (représentés à 45% dans le graphique), de 66% à 75% pour les génotypes 1 traités par trithérapie (représentés à 75% dans le graphique), de 85% pour les génotypes 2, de 70% pour les génotypes 3, et de 50% pour les génotypes 4. Tous génotypes confondus le taux de RVP était de 65% [1] [9] [10]. Malgré les limites de cette étude ne permettant pas de conclure à une significativité statistique des résultats, les taux de RVP retrouvés ici dans la population immigrée tendent à être inférieurs à ceux observés dans la littérature, hormis pour le groupe génotype 1 traité par bithérapie (50% chez les immigrés de l'étude vs 45% dans la population générale) et pour le groupe génotype 4, le résultat n'étant pas exploitable car il ne concernait qu'un seul patient.

Néanmoins, on constatait certains éléments surprenants. Dans les conditions les plus optimales de traitement (traitement suivi dans sa totalité, patient non perdu de vue et résultats de la RVP à 6 mois disponibles), on constatait des taux de RVP de 100% dans chacun des groupes du génotype 1 au génotype 4. Toutes les virémies contrôlées à 6 mois des traitements présentaient une RVP, il s'agissait d'une absence de rechute. Aucun non répondeur n'avait été repéré, tous les traitements interrompus l'ayant été pour cause d'effets secondaires, de patients perdus de vue ou incarcérés.

On notait une majorité de génotype de type 3 (47%), trouvé à 19-21% dans la littérature auprès de la population générale [1], au détriment du génotype 1 (30%) trouvé à 57-61% dans la littérature [1]. Ces résultats pourraient éventuellement être liés au fait que les souches de génotype 3 sont plus fréquemment trouvées chez les usagers de drogue par voie intraveineuse [1], que la population majoritaire de cette étude provenait d'Europe de l'Est (83%) dont 69% présentaient des antécédents de toxicomanie par voie intraveineuse (*Tableau 1*). Par ailleurs, le degré de fibrose majoritaire était discordant d'avec celui retrouvé dans la littérature : F0F1 pour 73% des cas vs 43% dans la population générale [1]. Une différence qui ne s'expliquerait pas par la moyenne d'âge de 35.4 ans dans ce travail. L'étude interne menée au CHC en 2005 [8] sur les 54 dossiers de toxicomanes, porteurs d'une hépatite C chronique, avec degré de fibrose connu, montrait un taux F0F1 de 43%, comme celui de la littérature en population générale. Si la moyenne d'âge était de 38.6 ans, les génotypes 1 étaient majoritaires malgré la contamination quasi exclusivement par voie intraveineuse.

#### **4. Difficultés d'accès aux soins et vulnérabilité des immigrés**

On observe que la population immigrée de cette étude présente une vulnérabilité particulière, compromettant son accès aux soins, sa régularité au suivi, ainsi que son observance aux traitements. Les migrants mettaient un délai médian de 69 jours pour consulter un médecin après leur arrivée en France (*Tableau 2*). Le nombre de patients présentant une virémie positive au VHC et nécessitant un bilan voire un traitement était de 47, mais quasiment la moitié d'entre eux (47%) n'avait pas poursuivi la prise en charge jusqu'au bout à cause d'intolérance aux traitements, de patients perdus de vue, incarcérés ou expulsés (*Annexe 3*).

Les difficultés et obstacles à l'accès aux soins rencontrés par les migrants dans cette étude sont marqués de fait par la précarité et des conditions de vie difficiles, liées aux facteurs suivants.

- Le logement. 65% des patients vivaient dans la rue, en squat ou en centre d'hébergement d'urgence, 26% en centre d'accueil pour les demandeurs d'asile ou chez un tiers. Seulement 7% possédaient un logement personnel (*Annexe 5*).
- La situation administrative. 85% des patients étaient demandeurs d'asile, 9% bénéficiaient d'une autorisation provisoire de séjour pour raisons de santé, et seulement 4% possédaient le titre de réfugié (*Annexe 6*). Les personnes originaires de pays en développement, atteintes d'une infection par les virus des hépatites B et/ou C, remplissent pourtant les conditions requises pour l'obtention d'un titre de séjour en raison de leur état de santé<sup>2</sup> [1].

---

<sup>2</sup> Art L313-11 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile : Ceseda : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

- L'absence de revenu. Sur l'année 2013, à la PASS de Chambéry, seulement 2.8% des patients (immigrés et autres) avaient un travail stable, 4.6% un travail instable, les autres étant sans activité professionnelle [12].
- Un état de santé fragilisé par la présence de co-morbidités. 12% des patients présentaient une hépatite B chronique dont la moitié associée à une hépatite Delta, ce qui est largement supérieur aux chiffres présentés dans la littérature [1] : la prévalence de l'hépatite B chronique dans la population générale atteinte d'hépatite C serait de 3%, et 5% des hépatites B chroniques seraient associées à une hépatite Delta. 47% des sérologies montraient une hépatite B séquellaire, 72% des patients avaient été infectés par le VHA. 4% de la population étaient co-infectés par le VIH (*Tableau 1, Annexes 7 et 8*), en plus de la présence de maladies chroniques [13], et d'une dépendance aux opiacés dans 33% des cas (*Tableau 1*).
- Des traumatismes psychologiques. La plupart des migrants étaient fragilisés sur le plan psychologique par des antécédents de violence dans leur pays d'origine [13] [14].
- La barrière linguistique. 69% des patients étudiés ne parlaient pas français (*Annexe 10*).
- La peur des arrestations [6]. 10% des immigrés étudiés avaient été expulsés ou emprisonnés au cours de leur prise en charge (*Annexe 11*).
- L'absence de couverture sociale. En 2013, à la PASS de Chambéry, 77.9% des patients (tout patient compris) ne possédaient aucun droit à une assurance maladie lors de leur première consultation [12].
- La discrimination. Certains bénéficiaires de l'AME ou de la CMU rencontrent un refus de soins de la part de certains professionnels de santé [15].
- La méconnaissance des structures délivrant des soins. Ceci entraînerait des retards de recours aux soins, avec un délai médian de consultation de 69 jours dans cette étude (moyenne de 312 jours) (*Tableau 2*).
- La méconnaissance de leurs droits et des procédures. Par eux-mêmes et par les professionnels de santé [6], peut-être due à la complexité du droit en matière d'immigration et à ses réformes successives [6].

## 5. Les atouts de la PASS du CHC

La PASS de l'hôpital de Chambéry présente cependant des atouts pour améliorer la prise en charge de l'hépatite C dans cette population, de par son organisation (*Annexe 1 : Organigramme du service*) en une PASS hospitalière et une PASS externe, son pilotage par un comité spécifique, son appréciation par un comité technique, et ses liens avec le Réseau Santé Précarité Egalité Coordination dans les Territoires de Savoie (RESPECTS 73). L'autre atout majeur est le fait d'être rattachée à l'unité de maladies infectieuses, ce qui lui permet de prendre aisément en charge les pathologies infectieuses chroniques. Le service de médecine interne/maladies infectieuses assure en effet la quasi-totalité des hospitalisations adressées par la PASS [12].

De plus, la PASS est une antenne du Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) et du Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT). Elle est aussi en lien avec le centre de vaccinations, permettant la prise en charge des vaccins. Dans cette étude, 67% des immigrés non immunisés contre l'hépatite A avaient bénéficié du vaccin préventif de cette hépatite, ainsi que 84% des patients concernant l'hépatite B (*Annexes 7, 8 et 9*).

Elle participe à la concertation du comité des anti-viraux et du comité départemental des hépatites du CHC concernant les indications de traitements à mettre en place (*Annexe 12*).

Le service est de plus référent en addictologie/produits illicites. Il intervient aussi dans 2 Unités Sanitaires (US) de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton. Une assistante sociale est présente sur place, et un suivi social au long cours était assuré dans 69.8% des cas sur l'année 2013, concernant tous les patients ayant consulté à la PASS, atteints par le VHC ou non, immigrés ou non [12].

## 6. Une population spécifique

Dans cette étude, une attention particulière a été portée à la population Géorgienne (*Figure 6*). En effet, les professionnels de santé ressentent des spécificités particulières parmi les immigrés Géorgiens fréquentant les PASS, et ceux-ci représentaient la plus forte proportion des patients de l'étude (38%). Cette population a été

comparée au reste de la population immigrée étudiée. Les résultats perçus montraient une population très fragile, vivant pour 74% dans la rue, en squat ou en centre d'hébergement d'urgence (vs 59% dans les autres populations), dont 94% ne comprenaient pas le français (vs 53%), et dépendante aux drogues dures : 89% présentaient des antécédents de toxicomanie intraveineuse (vs 53%), et 60% des patients étaient dépendants aux opiacés lors de la prise en charge (vs 16%). Elle ne consultait cependant pas plus que le reste de la population (60% vs 59%). Serait-ce dû à leur perception de la toxicomanie, qui en Géorgie est considérée comme une honte [16] ? Les consommateurs y sont stigmatisés, il n'existe pas de politique de réduction des risques, peu de programmes de substitution et les traitements contre le VHC sont très coûteux et non pris en charge [16].

La question se pose de la nécessité de relever certaines caractéristiques des populations soignées, leurs croyances et leurs comportements fréquents, ainsi que leur perception du système de soins français.

Les objectifs du projet médical 2012-2016 de la PASS de Chambéry sont alors d'évaluer les besoins des publics, en s'intéressant à leur expérience de vie, en créant une démarche participative des usagers, afin d'associer les personnes en grande précarité à l'identification de leurs besoins, de telle sorte que les patients deviennent acteurs de leur prise en charge.

## 7. Pistes d'amélioration de la prise en charge

D'autres facteurs limitant la prise en charge des immigrés pourraient être levés par l'amélioration de la visibilité et de la communication de la PASS, ainsi que par l'augmentation de la surface des locaux devant le nombre croissant des personnes prises en charge : 155 patients avaient consulté à la PASS intra-muros durant l'année 2006 contre 460 en 2013, avec une augmentation du nombre de consultations qui n'est pas stabilisé à ce jour (+21% en 2012, +12% en 2013) [12].

Il existe également une marge de progression concernant le dépistage et la prévention des co-infections des immigrés : alors que 98% des patients avaient été dépistés pour le VHB, que l'hépatite Delta avait été recherchée chez 100% des patients présentant une hépatite B chronique, et que le VIH avait été dépisté dans 98% des cas, encore 29% des patients n'avaient pas été dépistés pour l'hépatite A. 33% des patients non immunisés n'avaient pas été vaccinés contre cette hépatite, ainsi que 16% des patients non immunisés contre l'hépatite B (*Annexes 7, 8 et 9*).

De plus, pour favoriser une approche globale du patient pourrait être améliorée la traduction linguistique. Les outils actuels étant des traducteurs, pas toujours présents sur place, soit professionnels et réclamant un tarif élevé, soit bénévoles (travaillant au CHC, amis ou associatifs), avec des entretiens parfois délicats en raison d'incompréhensions ou de ressentiments interraciaux ou interculturels. D'autres méthodes de traduction existent avec le recours à internet via « Google Traduction<sup>3</sup> » ou « Traducmed<sup>4</sup> », imprécis et non exhaustifs, ce dernier ne permettant que du débrouillage à l'aide de questions-réponses de type oui/non. Un autre moyen est l'appel téléphonique à « ISM » (Interprétariat pour Services aux Migrants), gratuit pour un dépistage et son rendu, mais payant dans les autres cas. Les méthodes téléphoniques occultent malheureusement une partie essentielle de la communication : le non verbal, se traduisant par l'attitude physique et les émotions.

Il serait également nécessaire d'encourager la formation du personnel afin d'augmenter une prise de conscience concernant la précarité, d'assurer un soutien moral et logistique aux acteurs de terrain, et d'encourager le relais auprès d'un médecin généraliste de ville : seulement 31% des immigrés de cette étude avaient consulté un praticien libéral (*Tableau 1*). Enfin, si à l'avenir d'autres études de ce type doivent être menées, il serait nécessaire que les dossiers soient mieux renseignés en regard des caractéristiques sociales. Au mieux, une approche prospective permettrait d'être beaucoup plus exhaustif.

---

<sup>3</sup> Google traduction : Service Google gratuit de traduction en ligne permettant de traduire instantanément des textes en français.

Site internet : [translate.google.fr](http://translate.google.fr)

<sup>4</sup> Traducmed : traductions sonores d'un interrogatoire médical en Français et des phrases d'explication de la prise en charge médicale.

Site internet : [www.traducmed.fr](http://www.traducmed.fr)

## 8. Le futur et les nouveaux traitements

Il est indispensable de renforcer les stratégies de dépistage et de faciliter l'accès aux soins des immigrés, afin de permettre une prise en charge précoce et un suivi régulier chez cette population vivant dans des conditions précaires, et présentant un profil particulièrement vulnérable. Cependant, en plus du dépistage et de l'accès aux soins des immigrés, va se poser la question de la gestion dans ce contexte des nouveaux traitements contre l'hépatite C : les anti-protéases de seconde génération. Un schéma d'administration simplifié à un comprimé par jour sur une durée raccourcie à 3 mois, avec moins d'effets secondaires et sans les contre-indications des traitements actuels... Les projections actuelles parlent d'une diminution de 93% du nombre d'infections chroniques sur la période 2013-2030, avec une diminution de 87% du nombre de carcinomes hépatocellulaires, de 85% et 84% du nombre de cirrhoses compensées et décompensées, et de 85% du nombre de décès. In fine, la prévalence de l'hépatite C serait inférieure à 0.01% [17]. Cette ambition est néanmoins modérée par la Haute Autorité de Santé dans son rapport de Juin 2014 [18], étant donné que les réponses aux nouveaux traitements pourraient être plus faibles en pratique courante, et qu'il resterait une épidémie « cachée » d'hépatite C : 56% des porteurs chroniques du VHC méconnaissaient leur statut en 2004 [4]. Et ces nouveaux traitements ont un coût exorbitant : environ 60 000 euros par personne pour un traitement de 3 mois [19]. Malgré des indications actuelles restreintes, et contrôlées après avis de comités d'experts, qu'en sera-t-il à l'avenir ? Qu'en sera-t-il de l'accessibilité de ces traitements, certainement inégale selon les pays ? Existerait-il aussi un risque de vague migratoire de patients démunis, issus de pays où les soins leurs seraient inaccessibles, et portés par l'espoir d'être guéris en France ? Et, dans l'hypothèse où les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) ne seraient octroyées que pour les patients avec une fibrose avancée, serait-on amené à traiter hors AMM certaines personnes avec un foie peu fibrosé, mais vouées à être expulsées vers leur pays d'origine ? Comment alors gérer le risque de création de filières spécifiques d'accès à ces nouvelles molécules ? S'il y a un progrès thérapeutique indiscutable, il est nécessaire que ces traitements puissent être accessibles partout dans le monde, et notamment dans ceux à forte prévalence de la maladie. Les expériences de diffusion des antirétroviraux contre le VIH dans certains pays en voie de développement pourraient-elles être reprises comme un modèle à travailler ?

**Titre :**

Etat des lieux de la prise en charge de l'hépatite C chronique chez les patients migrants en situation de précarité au centre hospitalier de Chambéry.

**Conclusion :**

La prise en charge des publics migrants en situation de grande précarité et porteurs chroniques du virus de l'hépatite C est effective au Centre Hospitalier de Chambéry (CHC). Malgré de nombreux obstacles à l'accès aux soins entraînant un nombre important de patients perdus de vue, 45% des immigrés de cette étude rétrospective présentaient de façon certaine une réponse virale prolongée (RVP). Ces patients plutôt jeunes, porteurs en majorité d'un génotype de type 3, présentaient cependant un faible effectif, notamment en sous-groupes, ne permettant pas de conclure sur d'éventuelles différences de résultats retrouvés dans la littérature auprès de la population générale.

Les résultats montraient cependant quelques éléments surprenants : un taux de clairance virale spontanée bas à 9.6%, une absence de patients non répondeurs, tous les traitements interrompus l'ayant été pour cause d'effets secondaires, de patients perdus de vue ou incarcérés, ainsi qu'une absence de rechuteurs, tous les contrôles virémiques à 6 mois de la fin de traitement disponibles montrant une RVP.

Cette étude confirmait une situation médicosociale très précaire chez les immigrés consultant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Chambéry : patients vivant dans la rue ou en hébergement à court terme, ne parlant pas français, des titres de séjour - lorsqu'il y en a - très provisoires... Leur prise en charge est particulièrement complexe, notamment pour une population spécifique issue des pays d'Europe de l'Est. Rattachée au service de médecine interne-maladies infectieuses, la PASS du CHC présente un certain nombre d'atouts dans cette prise en charge, mais il existe quelques pistes potentielles d'amélioration à l'heure de l'arrivée de nouveaux traitements très prometteurs -qui vont probablement engendrer des questions éthiques non négligeables-.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 24/03/2014

Le doyen, Pr Jean Paul Romanet



Le président de la thèse, Pr Vincent Leroy

**Professeur Vincent LEROY**  
Clinique Universitaire d'Hépatogastroentérologie  
Pôle DIGESTIF  
CHU de Grenoble  
Tel. 04 76 76 93 68  
N° RPPS 10002997186

## Références bibliographiques

[1] Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations, sous l'égide de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) et de l'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF), 2014.

[2] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Institut National de Veille Sanitaire, Mars 2007.

[http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=4362](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4362)

Site visité le 11 Juillet 2014.

[3] Pequignot F, Hillon P, Antona D, Ganne N, Zarski J-P, Mechain M *et al.* Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. *BEH*, 1<sup>er</sup> Juillet 2008 ; n°27 : p 237-240. En ligne : [http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh\\_27\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf). Visité le 02 Mars 2014.

[4] Enquête réalisée en partenariat entre l'Institut de Veille Sanitaire, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés, le Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé et les Centres d'Examens de Santé. Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004.

[5] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Evolution de la part des populations étrangères et immigrés jusqu'en 2011. Juillet 2014.

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02131](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02131)

Visité le 09 Juillet 2014.

[6] Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *BEH*, 17 Janvier 2012. 2-3-4 : 17-21.

[7] Vang J. Le traitement de l'hépatite C des toxicomanes actifs dans le réseau de soins Le Pélican-Chambéry. Thèse pour le Doctorat d'Etat en Médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Grenoble, Grenoble, 2003.

[8] De Goër B. Etude rétrospective auprès de 95 toxicomanes présentant une hépatite virale C chronique suivis au centre hospitalier de Chambéry en 2004 et 2005. Document interne du centre hospitalier de Chambéry, Unité de maladies infectieuses, non publié, 2006.

[9] Lerebours E, Marcellin P, Dhumeaux D. Traitement de l'hépatite C : avancées et consensus. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2002 ; 26 : 5-6.

[10] Castera L, Morice Y, Grando V, Bon C, Dény P, Roulot D. Le virus de l'hépatite C de génotype 4 : caractéristiques épidémiologiques et réponse aux traitements antiviraux. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2003 ; 27 : 596-604.

[11] Nations Unies et Office contre la drogue et le crime. Tendances mondiales des drogues illicites, 2003.

[12] PASS, point santé et unité médico-sociale C7 du Centre hospitalier de Chambéry, Bilan d'activité 2013.

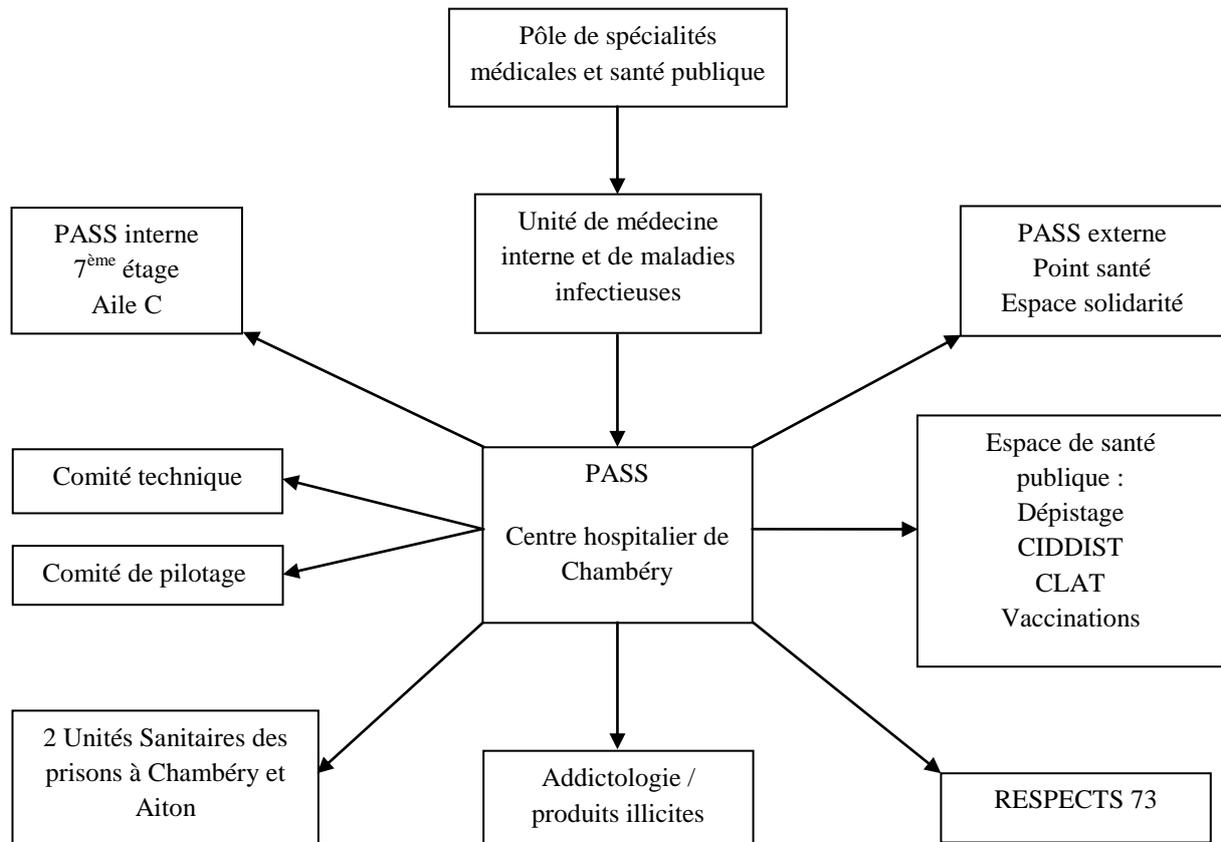
[13] Comité Médical pour les Exilés, Comede. La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2005. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 2006 : 48.

- [14] Comité Médical pour les Exilés, Comede. Violence et torture, survivants et soignants. *Maux d'exil* 2006 ; 14 :1-8.
- [15] Stanojevich EA, Veisse A. Repères sur la santé des migrants. *La santé de l'homme*, 2007 ; 392 : 21-24.
- [16] Shenton M. Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés. Géorgie : Les modalités de prise en charge de l'hépatite C et le traitement des toxicomanes. 2005
- [17] Foster G. Fin programmée de l'hépatite C ? *Journal of Viral Hepatitis*, 9 Avril 2014.
- [18] Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hépatite C pas les médicaments Anti-viraux à Action Directe (AAD), Recommandation du collège, Juin 2014.
- [19] Mennecier D. Gros plan sur l'hépatite C. <http://hepatoweb.com/hepatite-C-traitement.php>. Visité le 6 Septembre 2014.

## Annexes

Annexe 1: Organigramme de la PASS du Centre Hospitalier de Chambéry .....	24
Annexe 2: Fiche de récolte des données .....	26
Annexe 3: Diagramme de flux des patients perdus de vue au cours de leur prise en charge.....	28
Annexe 4: Répartition des prescripteurs du dépistage initial.....	29
Annexe 5: Type de logements au moment de la prise en charge .....	29
Annexe 6: Situation administrative au moment de la prise en charge .....	29
Annexe 7: Co-infections des immigrés au moment de la prise en charge .....	30
Annexe 8: Statut des patients vis-à-vis de l'hépatite B.....	30
Annexe 9: Vaccins effectués à la PASS de Chambéry .....	30
Annexe 10: Pourcentage de gens maîtrisant le français ou non au moment de la prise en charge.....	31
Annexe 11: Pourcentage d'immigrés incarcérés ou expulsés .....	31
Annexe 12: Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un avis de comité.....	31
Annexe 13: Evolution des populations étrangères et immigrées jusqu'en 2011 .....	32
Annexe 14: Répartition des immigrés par pays de naissance en 2011.....	33

## Annexe 1 : Organigramme de la PASS du Centre Hospitalier de Chambéry.



La PASS interne ou intra-muros est située au 7<sup>ème</sup> étage de l'hôpital de Chambéry, et est composée de deux médecins, deux infirmières, une assistante sociale, une secrétaire et une cadre de santé.

L'unité de maladies infectieuses est située au même étage que la PASS interne. Elle permet des consultations sur rendez-vous ou en urgence ainsi que des hospitalisations si nécessaire.

La PASS externe est située à l'Espace Solidarité, 37 rue Saint François à Chambéry. Elle permet des consultations médicales et infirmières sans rendez-vous.

L'Espace Solidarité permet la mise en contact des patients avec les partenaires : le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogue (le CAARUD du Pélican, association spécialisée en addictologie), le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), l'Association Dentaire Solidarité, l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), la Sasson (Association Savoyarde d'Accueil des Secours et d'Orientation) et l'Accueil de jour avec ses accueillants et son éducateur de rue.

Le comité technique est une instance de débats composée d'acteurs de terrains confrontés à la précarité dans leur exercice professionnel. Ses objectifs sont de partager les expériences de chacun, relever, analyser et résoudre les problèmes, discuter des procédures de prise en charge du public, et participer à l'évaluation de la PASS.

Le comité de pilotage est une instance de pilotage et de validation composée de représentants décisionnaires des institutions. Il est présidé par le directeur du centre hospitalier. Ses objectifs sont de valider les propositions et travaux effectués par le comité technique, définir les stratégies et axes d'évolution de la PASS, s'assurer que des réponses à des dysfonctionnements soient apportées, évaluer les dispositifs, et faire remonter des propositions au sein des différentes institutions.

L'Espace de Santé Publique a été créé pour développer certaines missions de santé publique à l'hôpital :

- Le centre de vaccination propose gratuitement, aux enfants et aux adultes, la vérification et la mise à jour des vaccins recommandés en France.
- Le Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) propose la prévention, le dépistage anonyme et gratuit et le diagnostic de ces infections.
- Le Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) assure l'information sur la tuberculose, le dépistage de la maladie, le suivi des personnes exposées et la prise en charge des infections tuberculeuses latentes.

Le service est de plus référent en prison dans les deux unités sanitaires de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton, ainsi qu'en addictologie/produits illicites.

RESPECTS 73 est le Réseau Santé Précarité Egalité Coordination dans les Territoires de Savoie. ([www.respects73.fr](http://www.respects73.fr)). La PASS en est l'un des acteurs.

## Annexe 2 : Fiche de récolte des données.

### Données épidémiologiques :

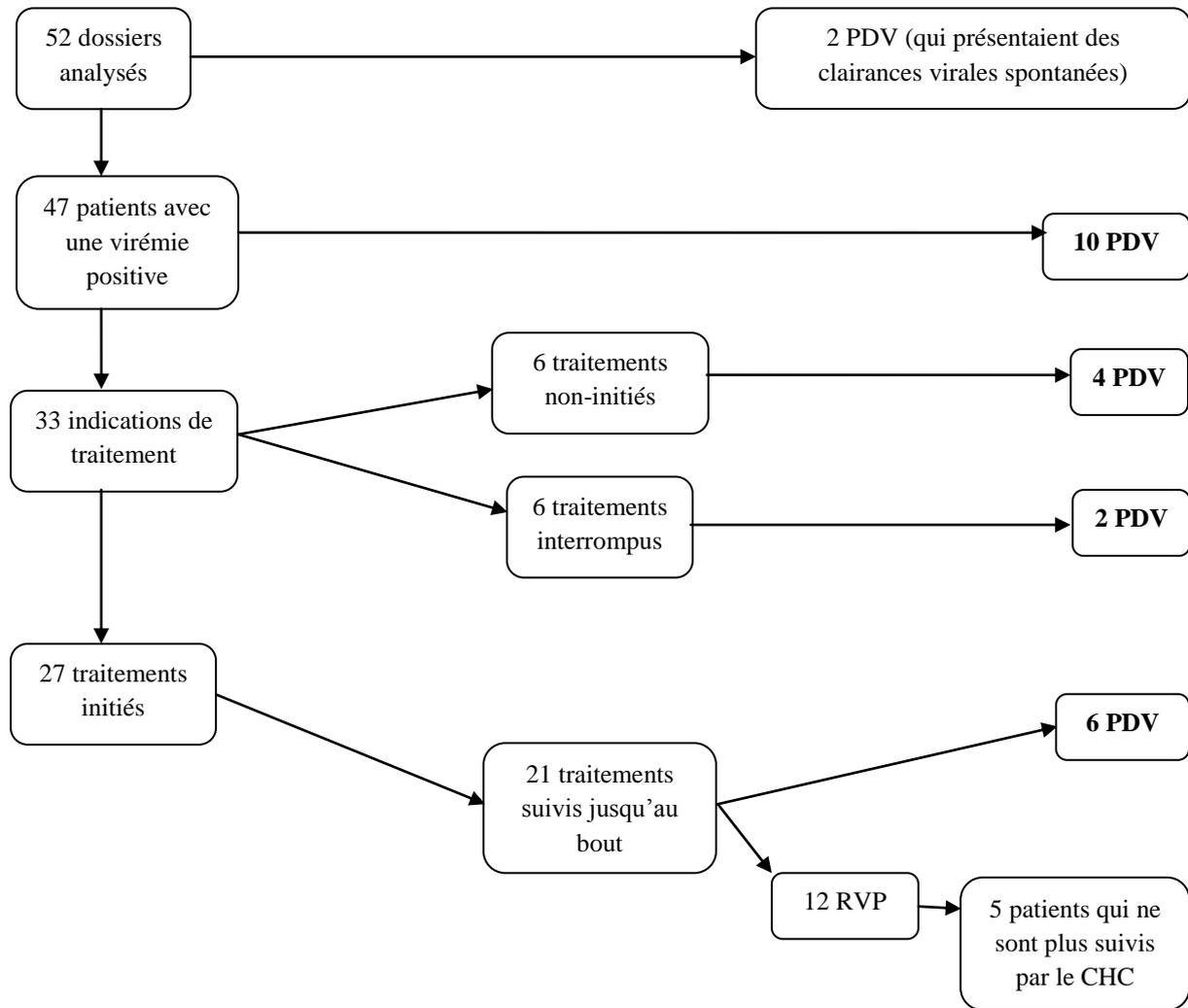
- Sexe, âge
- Date de naissance, lieu de naissance
- Pays d'origine
- Date d'arrivée en France
- Date de la première consultation à l'hôpital
- Date de la dernière consultation à l'hôpital
- Parle français : Bien/ Mal/ Non
- Situation : (au moment du diagnostic)
  - Visa touristique
  - Autorisation provisoire de séjour pour raisons de santé
  - Demandeur d'asile
  - Réfugié
  - Irrégulier
- Hébergement : (au moment du diagnostic)
  - Rue/squat/foyer d'urgence
  - Tiers
  - Centre d'accueil demandeurs d'asile CADA
  - Appartement associatif
  - Logement personnel

### Examens complémentaires : Avec dates des prélèvements et valeurs biologiques

0. Mode de contamination présumé
1. Dépistage  
Sérologie anticorps anti-VHC sur 2 prélèvements différents. Positif/négatif  
Prescripteur initial
2. Diagnostic / Bilan biologique
  - PCR ARN du VHC qualitative/quantitative
    - PCR - : stop
    - PCR + : poursuite
  - ALAT, ASAT
  - NFP
3. Co-infections/co-morbidités
  - VIH
  - VHB : chronique/séquelleire/non immunisée. Si négatif : vacciné ?
  - VHD si VHB chronique
  - VHA. Si négatif : vacciné ?
  - Dépendance aux opiacés ?
    - Non
    - Oui
  - traitement de substitution ?
    - Non
    - Oui : Médecin traitant/PASS/Pélican



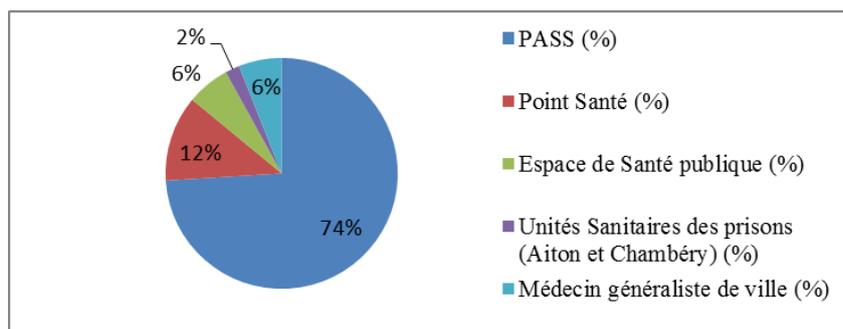
**Annexe 3 : Diagramme de flux des patients perdus de vue (PDV) au cours de leur prise en charge.**



Sur 47 patients présentant une virémie positive au VHC et nécessitant un bilan plus approfondi voire un traitement, 22 patients ont été perdus de vue au cours de la prise en charge, soit 47% :

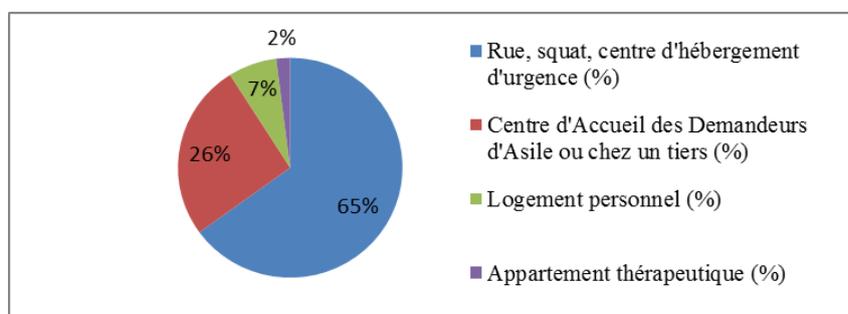
- 10 patients avant la totalité du bilan initial soit 46%,
- 4 patients avant l'initiation du traitement alors qu'il en existait l'indication soit 18%,
- 2 patients suite à une interruption de traitement soit 9%,
- 6 patients une fois le traitement terminé mais avant le contrôle virémique à 6 mois du traitement, soit 27%.

#### Annexe 4 : Répartition des prescripteurs du dépistage initial.



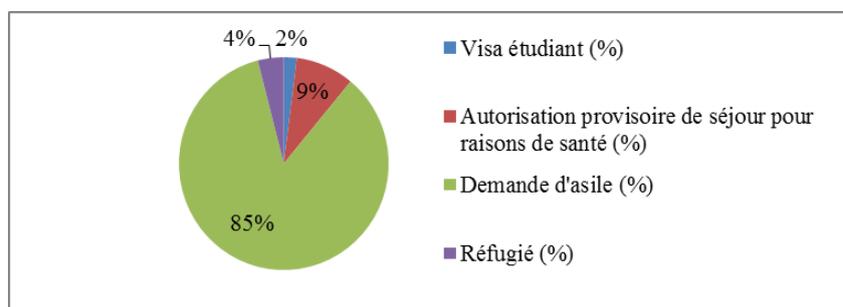
74% des dépistages initiaux ont été effectués à la PASS, 12% au Point Santé, 6% à l'Espace de Santé Publique, 2% aux Unités Sanitaires des prisons de Chambéry et d'Aiton, 6% par des médecins généralistes libéraux.

#### Annexe 5 : Type de logements au moment de la prise en charge.



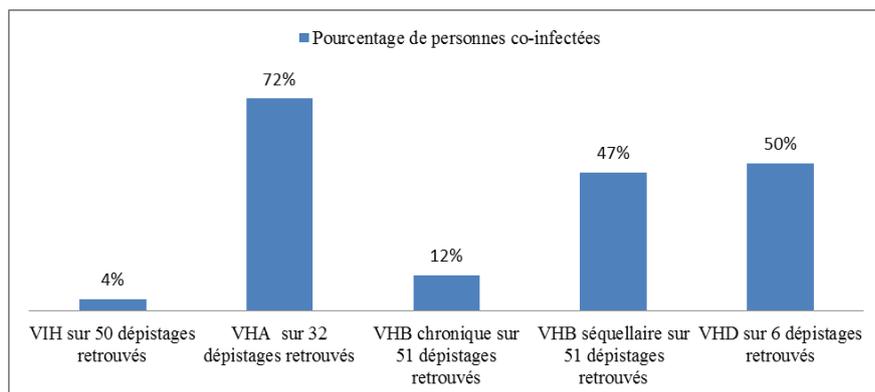
Les pourcentages ont été calculés avec 46 patients, car 6 dossiers étaient incomplets. 65% des patients dormaient dans la rue, en squat ou en centre d'hébergement d'urgence, 26% en Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile ou chez un tiers, 7% en logement personnel, et 2% en appartement thérapeutique.

#### Annexe 6 : Situation administrative au moment de la prise en charge.



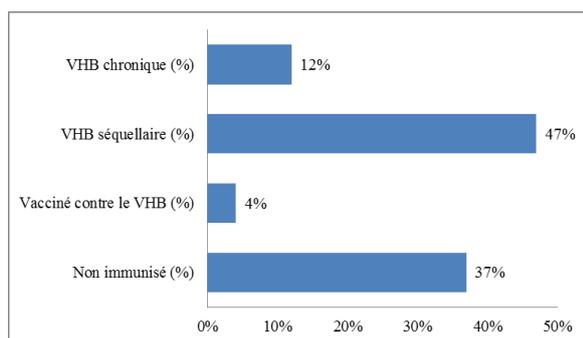
Les pourcentages ont été calculés avec 45 patients, car 7 dossiers étaient incomplets. 85% des patients étaient en demande d'asile, 9% bénéficiaient d'une autorisation provisoire de séjour pour soins, 4% étaient réfugiés, 2% possédaient un visa étudiant.

## Annexe 7 : Co-infections des immigrés au moment de la prise en charge.



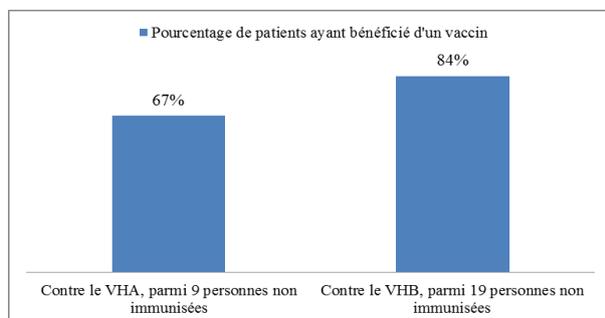
4% de la population étaient co-infectés par le VIH (sur 50 dépistages retrouvés dans les dossiers). 72% avaient été infectés par le VHA (sur 32 dépistages retrouvés dans les dossiers). 12% présentaient une hépatite B chronique, 47% une hépatite B séquellaire (sur 51 dépistages retrouvés dans les dossiers). Parmi les VHB chroniques (6 patients), 6 sérologies avaient été retrouvées pour le VHD, dont 50% étaient revenues positives, soit 50% des patients VHB chroniques atteints d'une hépatite Delta.

## Annexe 8 : Statut des patients vis-à-vis de l'hépatite B.



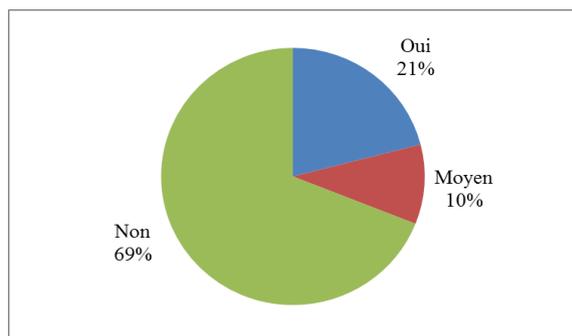
Les pourcentages ont été calculés avec 51 patients, car 1 dossier était incomplet. Une hépatite B chronique avait été retrouvée dans 12% des cas, une hépatite B séquellaire dans 47% des cas. 4% des patients avaient été vaccinés, et 37% n'étaient pas immunisés.

## Annexe 9 : Vaccins effectués à la PASS de Chambéry.



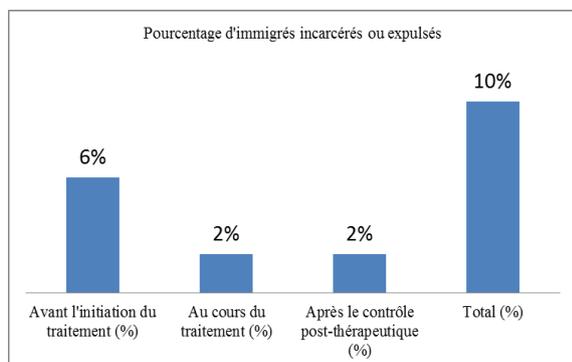
Parmi 9 personnes non immunisées contre l'hépatite A, 67% ont bénéficié du vaccin préventif de cette hépatite. Parmi 19 personnes non immunisées contre l'hépatite B, 84% ont bénéficié du vaccin préventif de cette hépatite.

### Annexe 10 : Pourcentage de gens maîtrisant le français ou non au moment de la prise en charge.



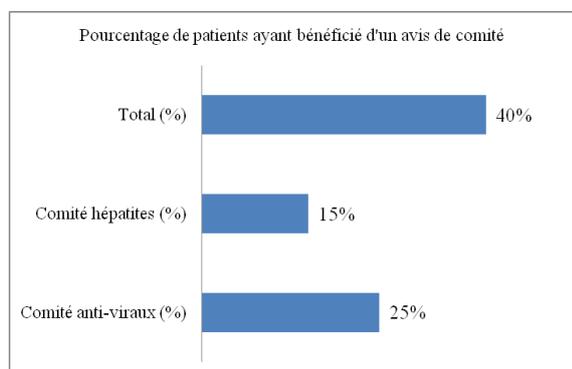
Les pourcentages ont été calculés avec 48 patients, car 4 dossiers étaient incomplets. 69% des immigrés de l'étude ne parlaient pas français, 10% le maîtrisaient moyennement, et 21% le parlaient couramment.

### Annexe 11 : Pourcentage d'immigrés incarcérés ou expulsés au cours de la prise en charge.



Tous les patients concernés avaient une indication de traitement. 6% des patients ont été emprisonnés ou expulsés avant l'initiation du traitement, 2% au cours du traitement, 2% après le contrôle post-thérapeutique à 6 mois de la fin du traitement, soit un total de 10% des immigrés.

### Annexe 12 : Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un avis de comité.



40% des patients ont bénéficié d'un avis du comité des antiviraux ou du comité départemental des hépatites de l'hôpital de Chambéry concernant l'indication d'un traitement ou non. 15% par l'intermédiaire d'un comité départemental des hépatites, 25% par l'intermédiaire d'un comité des antiviraux.

### Annexe 13 : Evolution des populations étrangères et immigrées jusqu'en 2011.

	Population totale (en milliers)	Français de naissance		Français par acquisition		Étrangers		Immigrés	
		en milliers	Part (en %)	en milliers	Part (en %)	en milliers	Part (en %)	en milliers	Part (en %)

Note : la "Part (en %)" correspond à la "Part dans la population totale".

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, recensements de la population.

1921	38 798	37 011	95,4	254	0,7	1 532	3,9	1 429	3,7
1926	40 228	37 570	93,4	249	0,6	2 409	6,0	2 288	5,7
1931	41 228	38 153	92,5	361	0,9	2 715	6,6	2 729	6,6
1936	41 183	38 468	93,4	517	1,3	2 198	5,3	2 326	5,6
1946	39 848	37 251	93,5	853	2,1	1 744	4,4	1 986	5,0
1954	42 781	39 948	93,4	1 068	2,5	1 765	4,1	2 293	5,4
1962	46 459	43 038	92,6	1 267	2,8	2 151	4,7	2 861	6,2
1968	49 655	45 775	92,1	1 316	2,7	2 664	5,3	3 281	6,6
1975	52 599	47 765	90,8	1 392	2,6	3 442	6,5	3 887	7,4
1982	54 296	49 160	90,5	1 422	2,6	3 714	6,8	4 037	7,4
1990	56 652	51 275	90,5	1 780	3,1	3 597	6,3	4 166	7,4
1999	58 521	52 902	90,4	2 355	4,0	3 263	5,6	4 309	7,4
Au 1er janvier 2006	61 400	55 218	89,9	2 640	4,3	3 542	5,8	5 040	8,2
Au 1er janvier 2011	63 070	56 490	89,6	2 807	4,5	3 774	6,0	5 493	8,7

#### Annexe 14 : Répartition des immigrés par pays de naissance en 2011.

	2011	
	en %	Effectifs

Champ : France.

Source : Insee, recensement 2011, exploitation principale.

Europe	37,1	2 078 469
Europe des 27	32,6	1 826 766
Espagne	4,4	245 013
Italie	5,3	297 740
Portugal	10,6	592 281
Royaume-Uni	2,7	153 955
Autres pays de l'UE 27	9,6	537 777
Autres pays d'Europe	4,5	251 703
Afrique	43,0	2 410 478
Algérie	13,1	737 077
Maroc	12,1	679 983
Tunisie	4,4	246 274
Autres pays d'Afrique	13,3	747 145
Asie	14,4	805 475
Turquie	4,4	246 881
Cambodge, Laos, Vietnam	2,9	161 730
Autres pays d'Asie	7,1	396 864
Amérique, Océanie	5,5	310 745
Total	100	5 605 167

**Occupation des postes de PU PH 2013-2014, Faculté de Médecine de Grenoble :**

<b>Occupation Actuelle</b>	<b>Section/ss CNU</b>	<b>Discipline Universitaire</b>	<b>Observation</b>
<b>ALBALADEJO Pierre Depuis 01/09/2008</b>	48.01	Anesthésiologie-réanimation	
<b>ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine Depuis de 01/09/2007</b>	53.02	Chirurgie générale	
<b>BACONNIER Pierre Depuis 01/10/1993</b>	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
<b>BAGUET Jean-Philippe Depuis 01/09/2006</b>	51.02	Cardiologie	
<b>BALOSSO Jacques Depuis 01/09/2003</b>	47.02	Radiothérapie	
<b>BARRET Luc Depuis 01/10/1992</b>	46.03	Médecine légale et droit de la santé	
<b>BAUDAIN Philippe Depuis 01/05/1990</b>	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
<b>BEANI Jean-Claude Depuis 01/10/1992</b>	50.03	Dermato-vénérologie	
<b>BENHAMOU Pierre Yves Depuis 01/09/2003</b>	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	
<b>BERGER François Depuis 01/09/2001</b>	44.03	Biologie cellulaire	
<b>BETTEGA Georges Depuis 01/09/2013</b>	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	
<b>BONAZ Bruno Depuis 01/09/2001</b>	52.01	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie	
<b>BOSSON Jean-Luc Depuis 01/01/2006</b>	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
<b>BOUGEROL Thierry Depuis 01/09/1998</b>	49.03	Psychiatrie d'adultes	
<b>BOUILLET Laurence Depuis 01/09/2012</b>	53.01	Médecine interne	
<b>BRAMBILLA CHRISTIAN Depuis 01/10/1989</b>	51.01	Pneumologie	
<b>BRAMBILLA Elisabeth Depuis 01/10/1993</b>	42,03	Anatomie et cytologie pathologiques	
<b>BRICAULT Ivan Depui 01/09/2011</b>	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
<b>BRICHON Pierre-Yves Depuis 01/10/1993</b>	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	
<b>CAHN Jean-Yves Depuis 01/09/2004</b>	47.01	Hématologie	

<b>CARPENTIER Françoise</b> Depuis 01/09/1997	48.04	Thérapeutique, médecine d'urgence	
<b>CARPENTIER Patrick</b> Depuis 01/10/1990	51.04	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire	
<b>CESBRON Jean-Yves</b> Depuis 01/09/1999	47.03	Immunologie	
<b>CHABARDES Stephan</b> Depuis 01/09/2010	49.02	Neurochirurgie	
<b>CHABRE Olivier</b> Depuis 01/09/2002	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	
<b>CHAFFANJON Philippe</b> Depuis 01/09/2005	42.01	Anatomie	
<b>CHAVANON Olivier</b> Depuis 01/09/2006	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	
<b>CHIQUET Christophe</b> Depuis 01/09/2007	55.02	Ophthalmologie	
<b>CHIROSEL Jean-Paul</b> Depuis 01/06/1990	42.01	Anatomie	
<b>CINQUIN Philippe</b> Depuis 01/10/1992	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
<b>COHEN Olivier</b> Depuis 01/09/2003	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
<b>COUTURIER Pascal</b> Depuis 01/09/2007	53.01	Gériatrie et biologie du vieillissement	
<b>CRACOWSKI Jean-Luc</b> Depuis 01/09/2009	48.03	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique	
<b>DE GAUDEMARIS Régis</b> Depuis 01/07/1992	46.02	Médecine et santé au travail	
<b>DEBILLON Thierry</b> Depuis 01/09/2003	54.01	Pédiatrie	
<b>DEMATTEIS Maurice</b> Depuis 01/09/2010	48.03	Addictologie	
<b>DEMONGEOT Jacques</b> Depuis 01/10/1989	(46.04)	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
<b>DESCOTES Jean-Luc</b> Depuis 01/09/1997	52.04	Urologie	
<b>ESTEVE François</b> Depuis 01/09/2004	43.01	Biophysique et médecine nucléaire	
<b>FAGRET Daniel</b> Depuis 01/10/1992	43.01	Biophysique et médecine nucléaire	
<b>FAUCHERON Jean-Luc</b> Depuis 01/09/2001	53.02	Chirurgie générale	

<b>FERRETTI Gilbert</b> Depuis 01/09/2000	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
<b>FEUERSTEIN Claude</b> Depuis 01/07/1992	44.02	Physiologie	
<b>FONTAINE Eric</b> Depuis 01/01/2006	44.04	Nutrition	
<b>FRANCOIS Patrice</b> Depuis 01/09/1998	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	
<b>GARBAN Frédéric</b> Depuis 01/09/2011	47.01	Hématologie, transfusion	
<b>GAUDIN Philippe</b> Depuis 01/09/2001	50.01	Rhumatologie	
<b>GAVAZZI Gaetan</b> Depuis 01/09/2011	53.01	Gériatrie et biologie du vieillissement	
<b>GAY Emmanuel</b> Depuis 01/09/2004	49.02	Neurochirurgie	
<b>GODFRAND Catherine</b> Depuis 01/09/2013	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques	
<b>GRIFFET Jacques</b> Depuis 01/03/2010	54.02	Chirurgie infantile	
<b>HALIMI Serge</b> Depuis 01/10/1990	44/04	Nutrition	
<b>HENNEBICQ Sylviane</b> Depuis 01/09/2012	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	-
<b>HOFFMANN Pascale</b> Depuis 01/09/2012	54.03	Gynécologie-obstétrique	
<b>HOMMEL Marc</b> Depuis 01/09/1995	49.01	Neurologie	
<b>JOUK Pierre-Simon</b> Depuis 01/09/1997	54.05	Génétique	
<b>JUVIN Robert</b> Depuis 01/10/1993	50.01	Rhumatologie	
<b>KAHANE Philippe</b> Depuis 01/09/2007	44.02	Physiologie	
<b>KRACK Paul</b> Depuis 01/09/2003	49.01	Neurologie	
<b>KRAINIK Alexandre</b> Depuis 01/09/2009	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
<b>LABARERE José</b> Depuis 01/09/2012	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	
<b>LANTUEJOL Sylvie</b> Depuis 01/09/2008	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques	
<b>LECCIA Marie-Thérèse</b> Depuis 01/09/2002	50.03	Dermato-vénérologie	

<b>LEROUX Dominique</b> Depuis 01/09/1996	47.04	Génétique	
<b>LEROY Vincent</b> Depuis 01/09/2007	52.01	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie	
<b>LETOUBLON Christian</b> Depuis 01/05/1992	53.02	Chirurgie générale	
<b>LEVY Patrick</b> Depuis 01/09/1997	44.02	Physiologie	
<b>MACHECOURT Jacques</b> Depuis 01/10/1989	51.02	Cardiologie	
<b>MAGNE Jean-Luc</b> Depuis 01/07/1990	51.04	Chirurgie vasculaire	
<b>MAITRE Anne</b> Depuis 01/09/2007	46.02	Médecine et santé au travail	
<b>MAURIN Max</b> Depuis 01/09/2002	45/01	Bactériologie-virologie	
<b>MERLOZ Philippe</b> Depuis 01/10/1991	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
<b>MORAND Patrice</b> Depuis 01/09/2007	45.01	Bactériologie-virologie	
<b>MOREAU-GAUDRY Alexandre</b> Depuis 01/09/2013	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
<b>MORO Elena</b> Depuis 01/09/2012	49.01	Neurologie	
<b>MORO-SIBILOT Denis</b> Depuis 01/09/2005	51.01	Pneumologie	
<b>MOUSSEAU Mireille</b> Depuis 01/09/1994	47.02	Cancérologie	
<b>MOUTET François</b> Depuis 01/10/1990	50.04	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique, brulologie	
<b>PALOMBI Olivier</b> Depuis 01/09/2011	42.01	Anatomie	
<b>PARK Sophie</b> Depuis 01/09/2013	47.01	Hématologie	
<b>PASSAGIA Jean-Guy</b> Depuis 01/09/1994	49.02	Neurochirurgie	
<b>PAYEN DE LA GARANDERIE</b> Jean-François Depuis 01/09/1996	48.01	Anesthésiologie-réanimation	
<b>PELLOUX Hervé</b> Depuis 01/09/2001	45.02	Parasitologie et mycologie	

<b>PEPIN Jean-Louis</b> Depuis 01/09/2004	44.02	Physiologie	
<b>PERENNOU Dominique</b> Depuis 01/04/2008	49.05	Médecine physique et de réadaptation	
<b>PERNOD Gilles</b> Depuis 01/09/2007	51.04	Médecine vasculaire	
<b>PIOLAT Christian</b> Depuis 01/09/2009	54.02	Chirurgie infantile	
<b>PISON Christophe</b> Depuis 01/09/1994	51.01	Pneumologie	
<b>PLANTAZ Dominique</b> Depuis 01/09/2003	54.01	Pédiatrie	
<b>POLACK Benoît</b> Depuis 01/09/1998	47.01	Hématologie	
<b>POLOSAN Mircea</b> Depuis 01/09/2013	49.03	Psychiatrie d'adultes	
<b>PONS Jean-Claude</b> Depuis 01/09/1998	54.03	Gynécologie-obstétrique	
<b>RAMBEAUD Jean-Jacques</b> Depuis 01/07/1991	52.04	Urologie	
<b>REYT Emile</b> Depuis 01/10/1992	55.01	Oto-rhyno-laryngologie	
<b>RIGHINI Christian</b> Depuis 01/09/2010	55.01	Oto-rhyno-laryngologie	
<b>ROMANET J. Paul</b> Depuis 01/10/1991	55.02	Ophtalmologie	
<b>SARAGAGLIA Dominique</b> Depuis 01/07/1992	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
<b>SCHMERBER Sébastien</b> Depuis 01/09/2005	55.01	Oto-rhyno-laryngologie	
<b>SCHWEBEL Carole</b> Depuis 01/09/2012	48.02	Réanimation, médecine d'urgence	
<b>SCOLAN Virginie</b> Depuis 01/09/2013	46.03	Médecine légale et droit de la santé	
<b>SERGEANT Fabrice</b> Depuis 01/09/2011	54.03	Gynécologie-obstétrique	
<b>SESSA Carmine</b> Depuis 01/09/2005	51.04	Chirurgie vasculaire	
<b>STAHL Jean-Paul</b> Depuis 01/10/1992	45.03	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
<b>STANKE Françoise</b> Depuis 01/09/2011	48.03	Pharmacologie fondamentale	
<b>TAMISIER Renaud</b> Depuis 01/09/2013	44.02	Physiologie	
<b>TIMSIT Jean-François</b>	48.02	Réanimation	MUTATION

<b>TONETTI Jérôme</b> 01/09/2007 au 31/12/2010	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
<b>TOUSSAINT Bertrand</b> Depuis 01/09/2008	44.01	Biochimie et biologie moléculaire	
<b>VANZETTO Gérald</b> Depuis 01/09/1999	51.02	Cardiologie	
<b>VUILLEZ Jean-Philippe</b> Depuis 01/09/1999	43.01	Biophysique et médecine nucléaire	
<b>WEIL Georges</b> Depui 01/09/2011	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	
<b>ZAOUI Philippe</b> Depuis 01/09/2002	52.03	Néphrologie	
<b>ZARSKI Jean-Pierre</b> Depuis 01/09/1994	52.01	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie	

**Occupation des postes de MCU PH 2013-2014, Faculté de Médecine de Grenoble :**

<b>Occupation Actuelle</b>	<b>Section/ss CNU</b>	<b>Discipline universitaire</b>	<b>Observation</b>
<b>APTEL Florent</b> Depuis 01/09/2012	55.02	<b>Ophthalmologie</b>	
<b>BOISSET Sandrine</b> Depuis 01/09/2012	45.01	<b>Bactériologie, virologie</b>	
<b>BONNETERRE Vincent</b> Depuis 01/09/2011	46.02	<b>Médecine et santé au travail</b>	
<b>BOTTARI Serge</b> Depuis 01/10/1993	44.03	<b>Biologie cellulaire</b>	
<b>BOUZAT Pierre</b> Depuis 01/09/2012	48.01	<b>Anesthésiologie-réanimation</b>	
<b>BRENIER-PINCHART M.Pierre</b> Depuis 01/11/2001	45.02	<b>Parasitologie et mycologie</b>	
<b>BRIOT Raphaël</b> Depuis 01/09/2009	48.04 (47.02 sur poste de Ringeisen)	<b>Thérapeutique, médecine d'urgence</b>	
<b>CALLANAN-WILSON Mary</b> Depuis 01/09/2002	47.01	<b>Hématologie, transfusion</b>	
<b>DECAENS Thomas</b> Depuis 01/09/2013			
<b>DERANSART Colin</b> Depuis 01/09/2004	44.02	<b>Physiologie</b>	
<b>DETANTE Olivier</b> Depuis 01/09/2009	49.01	<b>Neurologie</b>	
<b>DIETERICH Klaus</b> Depuis 01/09/2012	47.04	<b>Génétique</b>	
<b>DUMESTRE-PERARD Chantal</b> Depuis 01/09/2004	47.03	<b>Immunologie</b>	
<b>EYSSERIC Hélène</b> Depuis 01/10/2009	46.03	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>	
<b>FAURE Julien</b> Depuis 01/09/2008	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	

<b>GILLOIS Pierre</b> Depuis 01/09/2010	46.04	<b>Biostat, informatique médicale et technologies de communication</b>	
<b>GRAND Sylvie</b> Depuis 01/09/1995	43.02	<b>Radiologie et imagerie édicale</b>	
<b>GUZUN Rita</b> Depuis 01/09/2012	44.04	<b>Nutrition</b>	
<b>LAPORTE François</b> Depuis 01/10/1991	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	
<b>LARDY Bernard</b> Depuis 01/09/2007	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	
<b>LARRAT Sylvie</b> Depuis 01/09/2009	45.01	<b>Bactériologie, virologie</b>	
<b>LAUNOIS-ROLLINAT</b> Sandrine Depuis 01/09/2001	44.02	<b>Physiologie</b>	
<b>LONG Jean-Alexandre</b> Depuis 01/09/1999	52.04	<b>Urologie</b>	
<b>MAIGNAN Maxime</b> Depuis 01/09/2013	48.04	<b>Médecine d'urgence</b>	
<b>MALLARET Marie-Reine</b> Depuis 01/08/1992	46.01	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>	
<b>MARLU Raphaël</b> Depuis 01/09/2013	47.01	<b>Hématologie</b>	
<b>MAUBON Danièle</b> Depuis 01/09/2010	45.02	<b>Parasitologie et mycologie</b>	
<b>MC LEER (FLORIN) Anne</b> Depuis 01/09/2011	42.02	<b>Cytologie et histologie</b>	
<b>MOUCHET Patrick</b> Depuis 01/10/1992	44.02	<b>Physiologie</b>	
<b>PACLET Marie-Hélène</b> Depuis 01/09/2007	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	
<b>PAYSANT François</b> Depuis 01/02/2008	46.03	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>	
<b>PELLETIER Laurent</b> Depuis 01/01/2006	44.03	<b>Biologie cellulaire</b>	
<b>RAY Pierre</b> Depuis 01/09/2003	47.04	<b>Génétique</b>	

<b>RIALLE Vincent</b> Depuis 01/09/2001	46.04	<b>Biostat, informatique médicale et technologies de communication</b>	
<b>ROUSTIT Matthieu</b> Depuis 01/08/1990	48.03	<b>Pharmacologie clinique</b>	
<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b> Depuis 01/09/2012	44.01	<b>Biochimie et génétique moléculaire</b>	
<b>SATRE Véronique</b> Depuis 01/09/2005	47.04	<b>Génétique</b>	
<b>SEIGNEURIN Arnaud</b> Depuis 01/09/2013	46.01	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>	
<b>STASIA Marie-Josée</b> Depuis 01/08/1992	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	

## **Serment d'Hippocrate**

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate :

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.