



Master Complémentaire en Médecine Générale 2011-2013
Travail de Fin d'Etudes

Amélioration de la prise en charge des patients atteints d'Hépatite B Chronique en Médecine Générale

Recherche action dans une Association de Santé Intégrée du quartier Saint-Léonard à Liège

Dr DEBEN Laura

Tuteur : Dr Hubert Jamart

En collaboration avec le Dr Jean-Luc Belche

« Faut-il continuer la recherche action ? ... Oui, il faut trouver des réponses originales à des problématiques nouvelles, mal connues, changeantes : l'évolution du système social et donc de l'accès aux soins, l'accueil de nouvelles populations, l'émergence de nouvelles problématiques, la prise en considération de ce qui détermine les problèmes de santé. Les meilleures guidelines ne répondent pas, ou très peu, à ces aspects de la pratique. »

Marianne Prévost, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales, La recherche-action en maison médicale. Santé Conjuguée – octobre 2004 – n°30.

Je tiens sincèrement à remercier :

- Jean-Luc Belche, pour son accompagnement tout au long de mon travail et de mon assistanat, ses encouragements, son enthousiasme, son écoute, sa pédagogie positive et sa disponibilité.
- Hubert Jamart pour son accompagnement, ses remarques constructives, sa lecture attentive et la motivation qu'il m'a transmis pour découvrir le métier de médecin généraliste.
- Mes collègues de la maison médicale Saint-Léonard, en particulier Colombe Schoffeniels pour son écoute précieuse, Thida Kang pour son aide, ses conseils et sa relecture attentive et Gilles Henrard pour sa motivation.
- Toutes les personnes que j'ai rencontrées dans le cadre de ce TFE, mes collègues assistants avec qui j'ai échangé beaucoup de questionnements et les personnes qui m'ont transmis leur enthousiasme. Je pense en particulier au Professeur Delwaide, pour ses précieux conseils, sa collaboration et l'enthousiasme communiqué pour la recherche en médecine générale mais aussi Alain Dessard, pour ses encouragements et sa relecture.
- Martin Tonglet, pour son soutien à toute épreuve, ses encouragements et son aide.
- Mes parents, pour tellement de choses.
- Tous mes amis, pour leur compréhension et leur soutien. Je pense en particulier à Hélène Dispas, pour les heures partagées à travailler côté à côté, Aurélie Gérôme, pour l'enthousiasme porté à mon travail et Mélanie Delperdange, pour les marches aidant à la réflexion.

RESUME

Introduction. Avec l'arrivée de nouveaux migrants, l'hépatite B chronique est une maladie rencontrée régulièrement dans certaines pratiques de médecine générale urbaines. Dépistée et suivie en médecine générale quand elle ne nécessite pas de traitement, elle est pourtant mal connue.

L'objectif principal de ce travail est d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'hépatite B chronique dans une association de santé intégrée d'un quartier de la ville de Liège.

Méthode. La méthode est inspirée de la recherche action. Après une recherche bibliographique, une revue des dossiers des 23 patients atteints d'hépatite B chronique suivis à la maison médicale Saint-Léonard a été réalisée. Ensuite, une animation basée sur la technique du groupe nominal a été organisée afin de dégager des pistes d'amélioration. Des outils pratiques (de dépistage, de suivi et d'encodage informatique) ont été élaborés au cours de ce processus afin de faciliter la réalisation de l'objectif.

Résultats. Le suivi du patient atteint d'hépatite B chronique est complexe. Il nécessite une bonne connaissance de la pathologie et peu d'outils pratiques sont mis à disposition du médecin généraliste. La prévalence de la pathologie est plus élevée à la maison médicale Saint-Léonard que la moyenne nationale. Plusieurs pistes d'actions concrètes d'amélioration de la prise en charge de cette pathologie ont été élaborées (optimalisation de l'encodage dans le dossier informatique, le rappel spécifique des patients au suivi jugé insatisfaisant, la titularisation des patients, un consensus sur les termes utilisés pour décrire le statut sérologique, une amélioration du dépistage ciblé sur les facteurs de risque, ...).

Discussion. Même s'il est difficile de trouver des guidelines clairs à l'usage du médecin généraliste, celui-ci peut être plus proactif au niveau du dépistage et du suivi du patient atteint d'hépatite B chronique. Mettre la pratique à l'épreuve du questionnement peut apporter une contribution dans un processus d'amélioration de la qualité de notre système de santé. Au cours de la recherche, les différents intervenants ont exprimé un grand enthousiasme à comprendre et à renforcer la qualité de la prise en charge de cette pathologie.

Mots clés. Hépatite B Chronique, médecin généraliste, évaluation, qualité des soins.

TABLE DES MATIERES :

1. GLOSSAIRE ET ABREVIATIONS	1
2. INTRODUCTION	2
2. METHODOLOGIE	3
2.1. Recherche bibliographique	3
2.2. L'analyse de la pratique à la maison médicale Saint-Léonard	4
2.2.1. Le choix du centre de santé pour l'étude des patients	4
2.2.2. La revue des dossiers	4
2.2.2.1. Méthode de sélection des dossiers	4
2.2.2.2. Analyse des dossiers de santé	4
2.2.3. Mise en action avec les médecins généralistes de la maison médicale Saint-Léonard	4
2.2.4. Réalisation du GUIDE PRATIQUE HEPATITE B	5
2.3. Calendrier	6
2.4. Aspects éthiques	6
3. RESULTATS DE LA RECHERCHE	7
3.1. Rappel de quelques points de repère sur l'hépatite B	7
3.1.1. Prévalence et mode de transmission de l'hépatite B selon la région du monde	7
3.1.2. Dépistage et suivi de l'hépatite B chronique	8
3.2. Analyse de la pratique à la maison médicale Saint-Léonard	9
3.2.1. La vaccination contre le VHB à la maison médicale	9
3.2.2. Prévalence à la maison médicale Saint-Léonard	9
3.2.3. Analyse de dossiers de patients à la maison médicale	9
3.3. Mise en action avec les médecins généralistes de la maison médicale Saint-Léonard	14
4. DISCUSSION	16
4.1. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients atteints d'hépatite B chronique	16
4.1.1. Prévention et promotion de la santé	16
4.1.1.1. Prévention primaire	16
4.1.1.2. Prévention secondaire : le dépistage du VHB	18
4.1.1.3. Prévention tertiaire	20
4.1.2. Dépistage des comorbidités	21
4.1.3. Le traitement	22
4.2. Difficultés identifiées dans le suivi de l'hépatite B par le médecin généraliste et pistes d'actions pour y remédier	23
4.2.1. Utilisation du dossier médical	23
4.2.1.1. L'encodage des données dans le DSJ	23
4.2.1.2. Proposition d'un consensus pour l'encodage des données sur l'hépatite B	23
4.2.1.3. Proposition d'un consensus sur les termes à utiliser pour parler de l'hépatite B	24
4.2.1.4. Utilisation du Réseau Santé Wallon	25
4.2.2. La population	25
4.2.2.1. Le manque de connaissance de la population ciblée	25
4.2.2.2. L'accès financier aux soins de santé	26
4.2.3. Les déplacements des patients en Belgique, d'une ville à l'autre et d'un quartier à l'autre : le cas particulier de la maison médicale Saint-Léonard	27
4.2.4. Intérêt du sujet pour la pratique de médecine générale	28

4.2.4.1.	Le dépistage des maladies hépatiques en médecine générale	28
4.2.4.2.	La prévalence de la maladie en Belgique	29
4.2.4.3.	Une pratique de médecine générale particulière	29
4.2.5.	Guidelines	30
4.2.5.1.	Difficultés de trouver des guidelines belges pour le médecin généraliste sur l'infection au VHB.	30
4.2.5.2.	Les guidelines en pratique	30
4.2.5.3.	Guidelines sur la prise en charge des patients avec des Ac anti-HBc isolés	31
4.2.6.	Formation des médecins généralistes	33
4.2.7.	Le dépistage de l'entourage du patient	34
4.2.8.	La titularisation des patients de la maison médicale	35
4.2.9.	Collaboration avec les médecins spécialistes	36
4.2.10.	La complexité de l'infection au VHB et la prise en charge globale	37
4.3.	Limites et biais de la recherche	38
4.3.1.	La réalisation de l'algorithme de dépistage et de suivi de l'hépatite B et du GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE	38
4.3.2.	La méthode de revue des dossiers	38
4.3.3.	La sélection des patients et de la maison médicale	39
4.3.4.	La réunion avec les médecins de la maison médicale	39
4.3.5.	Le processus de recherche action	39
4.4.	Conclusion	40
5.	GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE	
	BIBLIOGRAPHIE	
7.	ANNEXES	

1. GLOSSAIRE ET ABREVIATIONS

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

OMS : organisation mondiale de la santé

Ag HBs : Antigène HBs

Ac anti-HBs : anticorps anti-HBs

Ac anti-HBc : anticorps anti-HBc

Ag HBe : Antigène HBe

Ac anti-HBe : Anticorps anti-HBe

ADN VHB : acide désoxyribonucléique du virus : représentation de l'activité virale de l'infection

Ig anti-HBs : Immunoglobulines anti-HBs

VIH : virus d'immunodéficience humaine

ALT : alanine aminotransférase = TGP = transaminase libérée par le foie en cas de mort cellulaire (les TGP augmentent plus que les TGO en cas de souffrance du foie dû à une hépatite virale, c'est l'inverse si la cause est un cancer du foie ou l'alcool).

AST : aspartate amino transférase = TGO

INR : International Normalized Ratio = résultats du taux de prothrombine sans la variation en fonction des machines utilisées par les laboratoires

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

HAS : Haute Autorité de Santé (française)

EASL : Association européenne d'étude du foie

AMU : Aide Médicale Urgente

DSI : Dossier de Santé Informatique

ASI : Association de Santé Intégrée

CLPS : Centre Local de Promotion à la Santé

ES : Elément de Santé

2. INTRODUCTION

Au début de ma jeune pratique de la médecine générale, en tant qu'assistante dans une association de santé intégrée, j'ai très vite été confrontée à la multi culturalité et à la précarité de la patientèle ainsi qu'aux problèmes de santé spécifiques de la population.

J'ai tout de suite été interloquée par mon manque d'assurance et de connaissances par rapport à des problèmes de santé qui sont peut-être moins rencontrés dans d'autres types de pratique (par exemple, à la campagne, avec peu de population immigrée).

Parmi ceux-ci, une maladie revenait souvent, l'hépatite B. J'ai pu aussi remarquer que mon questionnement sur le dépistage et le suivi faisait écho chez mes collègues médecins, me demandant d'effectuer des recherches spécifiques ou de contacter des spécialistes afin de leur poser des questions quant au suivi ou à la nécessité d'un traitement éventuel.

L'hépatite B est un problème de santé publique mondial et est considérée par l'OMS, comme une des dix maladies infectieuses les plus meurtrières. On estime en 2012 que 2 milliards de personnes sont infectées dans le monde, 350 millions de personnes souffrent de l'hépatite B chronique (1) et que près de 600 000 personnes meurent chaque année des conséquences aiguës ou chroniques de l'hépatite B (2).

Cette maladie étant le plus souvent asymptomatique et pouvant mettre de longue années avant de se réveiller ou d'entrainer des complications, il est d'autant plus important de la suivre régulièrement. Le médecin généraliste est en première ligne concernant la vaccination (prévention primaire), le dépistage (prévention secondaire) et le suivi de l'hépatite B (prévention tertiaire).

Mon travail s'appuie sur des principes de recherche action (3) caractérisée par :

- La recherche a un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations
- Le chercheur est acteur, l'acteur est chercheur : les mêmes personnes vont évaluer la réalité et la transformer
- Le processus est un cycle : évaluation d'une situation, recueil des données, analyse des données, choix de la stratégie, implantation du changement (planification, exécution,

mise en pratique des décisions), réévaluation, modification de l'action en fonction de l'analyse.

L'objectif principal de ce travail est d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'hépatite B chronique dans une association de santé intégrée.

Les objectifs intermédiaires sont :

- 1- Faire l'inventaire des tâches à accomplir dans la prise en charge du patient atteint d'hépatite B à partir d'une revue non exhaustive de la littérature.
- 2- Analyser la prise en charge d'une pathologie chronique au sein d'une association de santé intégrée.
- 3- Faire émerger des pistes d'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'hépatite B chronique au sein de cette association de santé intégrée et sélectionner des priorités d'action.

Afin de faciliter la réalisation de ces objectifs, des outils pratiques ont été proposés dans le GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE dont la réalisation fut un objectif découlant des autres.

2. METHODOLOGIE

2.1. Recherche bibliographique

1. Via le site du Cebam (liens francophones et anglophones) : voir ANNEXE 1
2. Via Pubmed : Via le thesaurus du MeSH , en combinant ces mots-clés : *hepatitis b chronic* et primary care/management/epidemiology/belgium
3. Via l'analyse des bibliographies des articles sélectionnés
4. Via les sites (disponibles également à partir du Cebam) : OMS (www.who.int) , Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr) , CisMef, Hepatitis B Foundation (www.hepb.org), Cochrane, British Columbia Centre for Disease Control (www.bccdc.ca), CHU Dupuytren Limoges, www.cdc.gov
5. Via des références, sous formes d'articles, recommandées par les personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche.

2.2. L'analyse de la pratique à la maison médicale Saint-Léonard

2.2.1. Le choix du centre de santé pour l'étude des patients

J'ai choisi d'effectuer ma recherche sur les dossiers des patients de l'association de santé intégrée où je suis actuellement assistante de médecine générale car cette recherche s'incluait dans mon travail quotidien. Cette ASI regroupant médecins, kinésithérapeutes, infirmiers et autres est une ASBL qui travaille au forfait. Elle s'appelle la maison médicale Saint-Léonard. Ce nom sera désormais utilisé.

2.2.2. La revue des dossiers

2.2.2.1. Méthode de sélection des dossiers

24 dossiers de santé ont été analysés à la date du 02/01/2013, après l'extraction de données dans le logiciel labellisé Pricare ®. Cela s'est fait avec l'aide de la personne responsable de l'informatique à la maison médicale et sur base de l'élément de santé (ES) « hépatite B – chronique ». 35 patients étaient sélectionnés avec cet ES. De ces 35 patients, 5 patients avaient cet ES encodé en passif (guéri), 3 patients avaient une hépatite B en antécédent familial, un patient était décédé d'une insuffisance hépatique sur une hépatite B mal suivie. 2 patients avaient aussi une hépatite B guérie mais étaient mal encodés. Leurs dossiers ont donc été premièrement analysés puis ils ont été exclus de la prévalence à la maison médicale. Le nombre de dossiers étudiés est donc en réalité de 26. On a pu remarquer également que 9 patients qui sont passés par la maison médicale mais qui se sont désinscrits pour cause de déménagement ou autre avaient une hépatite B chronique. Ces patients n'ont pas été étudiés.

2.2.2.2. Analyse des dossiers de santé

Les données du Dossier de Santé Informatique (DSI) ont été analysées de manière qualitative, sur base d'une grille d'analyse construite à partir de la revue de la littérature et disponible en ANNEXE 2.

2.2.3. Mise en action avec les médecins généralistes de la maison médicale Saint-Léonard

Tout au long du travail, la participation des médecins de la maison médicale a été sollicitée.

Ce fut un processus participatif dès le début. Premièrement, les résultats de la revue de la littérature leur ont été transmis, à leur demande et en fonction des questions. Ensuite, lors de la revue des dossiers des patients, de nombreuses sollicitations ont été effectuées. La réalisation des outils d'aide au dépistage et au suivi a été faite en collaboration.

Dernièrement, la mise en action a pris la forme d'une rencontre qui s'est déroulée en deux temps :

La première partie était consacrée à informer les médecins généralistes de la maison médicale sur l'avancement du travail.

Dans un deuxième temps, afin de proposer et de prioriser des pistes d'action concrètes pour l'amélioration de la prise en charge du patient atteint d'hépatite B , une animation basée sur la technique du groupe nominal s'est déroulée.

La technique du groupe nominal a été choisie car elle est reconnue efficace pour la prise de décision en groupe (4).

La question posée aux médecins était : « Selon vous, quelles sont les pistes d'action à prioriser pour améliorer le suivi des patients atteints d'hépatite B chronique à la maison médicale ? »

Après une réflexion d'abord individuelle puis collective, tous les médecins ont proposé des réponses qui ont été ensuite priorisées de la manière suivante : chacun a voté pour 5 réponses, en mettant un point pour celui qu'il considérait comme le moins important parmi les cinq choisis jusqu'à 5 points pour le plus important. La discussion de groupe a été enregistrée afin de rester fidèle au contenu si des informations devaient être utilisées ultérieurement.

2.2.4. Réalisation du GUIDE PRATIQUE HEPATITE B

Afin de répondre aux objectifs fixés, des outils pratiques ont été réalisés à partir des résultats de la bibliographie, de la revue des dossiers et du groupe nominal. Ces outils sont ainsi adaptés à la prise en charge des patients atteints d'hépatite B.

Premièrement, les recommandations de dépistage du VHB viennent de différentes sources (2), (5), (6), (7), la carte de distribution géographique de la prévalence de l'Ag HBs dans le monde en 2006 vient du site <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-b.htm> (8).

Par la suite, j'ai réalisé un algorithme de dépistage et de suivi de l'hépatite B afin de faciliter la prise en charge par le médecin généraliste. Cet algorithme m'a aidée à analyser les pratiques des médecins.

Les recommandations de suivi viennent de la source (9) et les recommandations pour une référence des patients au spécialiste viennent des sources (10) (11).

Troisièmement, un outil d'encodage a été ajouté afin d'uniformiser les pratiques et l'utilisation du DSI comme cela sera discuté plus tard.

Une validation par relecture de la part des acteurs de cette recherche (les médecins généralistes) a été recherchée. L'algorithme a été validé par le Professeur Delwaide, hépatologue au CHU de Liège.

2.3. Calendrier

Le calendrier de la recherche est présenté dans le Tableau 1 :

Tableau 1 : Calendrier de la recherche

	2012												2013											
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S						
Recherche bibliographique																								
Mise en action avec les médecins généralistes																								
Construction d'un algorithme																								
Rédaction																								
Réalisation du Guide Pratique																								
Récolte des données des dossiers																								
Analyse des données des dossiers																								
Proposition d'encodage informatique																								
Animation (basée sur la technique du groupe nominal)																								
Mise en place d'échéances dans les dossiers																								
Convocation des patients																								

2.4. Aspects éthiques

Au début de mon travail, j'ai veillé à avoir l'accord de tous les médecins de la maison médicale afin de revoir les dossiers de leurs patients. Etant moi-même médecin dans la maison médicale, j'ai pu accéder aux dossiers facilement car le secret professionnel est

partagé et, de par mon travail et les consultations effectuées à la maison médicale, j'avais un lien thérapeutique avec les patients étudiés.

L'accord des patients n'a pas été demandé dans ce cas-ci pour la publication des statistiques de la maison médicale dans mon TFE. Par contre, toutes les données ont été anonymisées dans le travail et les patients ont transmis leur accord pour l'utilisation des données de façon anonyme à des fins de statistiques via un formulaire signé lors de leur inscription à la maison médicale.

3. RESULTATS DE LA RECHERCHE

3.1. Rappel de quelques points de repère sur l'hépatite B

3.1.1. Prévalence et mode de transmission de l'hépatite B selon la région du monde

L'hépatite B est due au virus VHB et est très contagieuse. La plupart des infections restent asymptomatiques. Lorsque l'infection aiguë du foie est symptomatique (jaunisse, nausées, vomissements, fièvre, douleur abdominale ou douleur dans les articulations, décoloration des selles, urines foncées, perte d'appétit...), elle peut entraîner une fatigue grandissante conduisant à une incapacité de travail. (12) Il peut parfois y avoir passage à la chronicité et, après plusieurs années, évolution vers une cirrhose, voire un hépatocarcinome et donc exposer le sujet à un risque de décès. Elle représente un problème de santé majeur à l'échelle mondiale et la forme la plus grave d'hépatite virale (2). L'infection par le virus de l'hépatite B présente une prévalence supérieure à celle du VIH et du VHC (11).

La prévalence globale de l'AgHBs est très variable dans le monde et les pays peuvent être qualifiés comme ayant un niveau élevé ($> 8\%$), intermédiaire (2 à 7%) et faible de prévalence ($< 2\%$) de l'infection par le VHB (13). Approximativement 88% de la population mondiale vit dans une région où la prévalence de l'infection chronique au VHB chez les adultes est supérieure à 2% (12).

Dans les pays développés, la prévalence du VHB est plus élevée chez ceux qui ont immigré depuis des pays à haute prévalence ou à prévalence intermédiaire (13).

La transmission se fait par 4 modes :

- la transmission sexuelle,
- la transmission parentérale (par le sang) (2) et donc l'injection intraveineuse chez les usagers de drogues lors de le partage de seringue ou la piqûre accidentelle lors de soins médicaux (11)
- la transmission verticale de la mère à l'enfant lors de l'accouchement (2)
- la transmission horizontale (par des petites blessures, plaies, morsures, égratignures, salive contaminée par le sang) (2).

La prévalence et le mode de transmission varient en fonction de la région géographique : (11)

- **Dans les pays de haute prévalence** ($> 8\%$: Chine, Afrique subsaharienne et Asie du sud-est), le VHB se transmet essentiellement par voie verticale (périnatale).
- **Dans les régions de prévalence intermédiaire** (2 à 7 % : Région méditerranéenne, Inde, Moyen-Orient et Japon), le VHB se transmet essentiellement par voie horizontale (contact intrafamiliaux ou entre enfants).
- **Dans les pays de faible endémie** ($< 2\%$: Amérique du Nord, Europe de l'Ouest et Australie), le VHB se transmet principalement chez de jeunes adultes par voie intraveineuse (drogues) ou rapports sexuels non protégés.

En Belgique la transmission sexuelle est le mode de transmission dominant (2).

Le rappel des différents stades de la maladie et son histoire naturelle est disponible en ANNEXE 3. La bonne compréhension de cette maladie m'a permis de mieux aborder ce sujet mais les résultats de cette partie de ma recherche n'ont pas été ajoutés pour préserver l'essentiel du travail.

3.1.2. Dépistage et suivi de l'hépatite B chronique

Les résultats les plus importants de la revue de la littérature ont été inclus dans le GUIDE PRATIQUE. Différents points plus en détails sont dans différentes ANNEXES (3-5-6-7-8-9). La réalisation de ce GUIDE PRATIQUE est une production personnelle, à la suite de la revue de la littérature et des interactions avec les différents acteurs de la recherche comme décrit plus haut dans la méthodologie.

3.2. Analyse de la pratique à la maison médicale Saint-Léonard

3.2.1. La vaccination contre le VHB à la maison médicale

En pratique, à la maison médicale Saint-Léonard, les vaccinations sont gérées principalement par les infirmières pour les enfants qui sont inscrits à la maison médicale, selon le calendrier vaccinal de la Communauté française.

Pour ces enfants, elles reprennent les cartes de vaccination ou les carnets ONE et proposent de les mettre à jour. De préférence pour les enfants de 0 à 6 ans, c'est l'ONE (3 consultations sur notre zone) qui gère le suivi et les rappels éventuels ou les rattrapages pour les primo-arrivants. Le stock de vaccins est réapprovisionné auprès de la Direction générale de la santé de la Communauté française, cellule vaccination.

Concernant les adultes, il n'y a pas de systématisation de la vaccination.

3.2.2. Prévalence à la maison médicale Saint-Léonard

A la maison médicale Saint-Léonard, au 02/01/2013, 24 patients sur 1524 patients ont une hépatite B chronique. La prévalence est donc de 1.6 %.

A titre de comparaison, la prévalence à la maison médicale Saint-Léonard du diabète de type 2 pour les personnes de plus de 35 ans au 31/12/2011 est de 2.8 %, de la BPCO au 02/01/2013 est de 1.5 %, de l'Hépatite C est de 1.1 % et celle du HIV est de 1.1 %.

3.2.3. Analyse de dossiers de patients à la maison médicale

Les données principales concernant les 24 patients étudiés avec un ES « Hépatite B - Chronique » ainsi que tous les éléments interrogés dans les dossiers informatiques et papiers se trouvent en ANNEXE 4. Ces 24 patients étaient à la base 26 mais 2 patients avaient été encodés comme « Hépatite B - Chronique » alors qu'ils étaient en fait guéris et ont été retirés des résultats ci-dessous et sont en italique dans le Tableau de l'ANNEXE 4.

Dans le Tableau 2, voici une analyse des données du Dossier de Santé Informatique (DSI) :

Tableau 2 : Données du DSI.

Eléments du DSI	Analyse de l'encodage
Données socio-démographiques : - Pays d'origine du patient - Nationalité - Langue(s)	Non présentes dans le DSI
Données socio-démographiques : - Age - Sexe - Mutuelle ou dépend de l'AMU	Disponibles dans le DSI
Procédures : - Prévention - Dépistage alcool - Contact programmé problème digestif - Sérologie hépatite B - Sérologie HIV - Dépistage MST	Non encodées dans le DSI
Statut sérologique du patient	N'est pas précisé clairement dans l'ES « Hépatite B - Chronique »
Date de l'Elément de Santé¹	Connu
Données biochimiques	Rarement encodées
Echéances : - Prise de sang pour problème digestif - Echographie du foie	Rarement encodées et de manière différente

¹ Date à laquelle un médecin a créé l'ES (élément de santé). Cette date ne coïncide pas toujours avec la date du diagnostic de l'hépatite B car ce diagnostic est dans plusieurs cas antérieur à la prise en charge du patient à la maison médicale.

Dans le Tableau 3, voici une analyse des données récoltées dans les dossiers étudiés.

Tableau 3 : Données des dossiers pour les 24 patients étudiés

1. Age	Moyenne : 38.2 ans Min : 20 ans Max : 82 ans
2. Sexe	16 hommes / 8 femmes
3. Statut social	14 patients OMNIO, 6 assurés ordinaires et 4 AMU. Il est à noter que 2 patients étaient AMU lors de leur inscription à la maison médicale mais ont à présent une mutuelle.
4. Stabilité de la population	Les patients sélectionnés dans ce travail sont inscrits à la maison médicale depuis 3 ans et 3 mois en moyenne. Sept patients sont là depuis plus de 5 ans, 11 patients sont là depuis 3 à 5 ans et 7 patients sont là depuis moins de 3 ans.
5. Pays d'origine des patients	Voir Carte en Figure 1 Afrique : Tanzanie, Gabon, Niger, Sénégal, Angola (2 patients), Guinée (6 patients), République Démocratique du Congo, Rwanda (2 patients), Ghana Asie : Inde, Turquie Amérique du Sud : Chili Inconnu : 5 patients

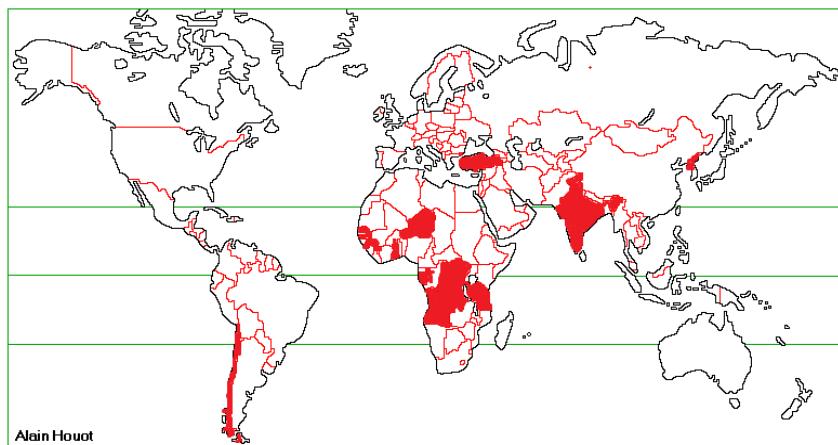


Figure 1 : Carte du monde avec répartition des pays d'origine des patients atteints d'hépatite B à la maison médicale Saint-Léonard.

6. La titularisation	Elle permet qu'un patient ait un médecin référent identifié. Il s'agit d'une démarche active des soignants. Sur 24 patients, seuls 12 étaient déjà titularisés.
7. Lieu de réalisation du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Maison médicale Saint-Léonard</u> : 10 diagnostics • <u>Autres médecins généralistes</u> : 5 diagnostics • <u>Centre-Croix Rouge</u> : 5 diagnostics (lors de l'arrivée en Belgique) • <u>Médecins spécialistes</u> : 2 diagnostics (1 gynécologue et un spécialiste du VIH)
8. Le suivi : <u>Prises de sang et sérologies</u>	Peu de suivi tous les 6 mois, peu de sérologies Ag HBe. Pour les détails, voir tableau de récolte des données en ANNEXE 4.
PCR	8 patients ont des résultats de PCR VHB dans le dossier (3 patients avec hépatites B actives et 5 patients porteurs sains)
Echographies hépatiques	<ul style="list-style-type: none"> • 10 patients n'ont jamais eu d'échographie (5 porteurs inactifs, les 4 Ac anti-HBc positifs isolés et 2 hépatites B anciennes). • Dans ceux qui ont eu des échographies hépatiques, les hépatites B actives ont une échographie dans l'année précédente, ce qui n'est pas le cas pour certains porteurs sains (parfois, dernière échographie en 2008, 2010 ou 2011). Seulement 2 porteurs sains ont eu une échographie dans la dernière année (2012).
<u>Le dosage de l'alpha foeto-protéine (αFP) :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 11 patients n'ont jamais eu de dosage de l' αFP alors qu'ils sont suivis depuis plusieurs années • 8 patients ont eu plusieurs dosages de l' αFP mais avec des années où le dosage est manquant. • 5 patients ont eu un seul dosage de l' αFP sur plusieurs années de suivi. • 2 patients ont eu un dosage au moment du diagnostic, lors de la mise au point de l'infection au VHB (diagnostic récent). • Il n'est suivi annuellement chez aucun des patients.
9. Le dépistage des comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> • L'alcool est dépisté chez 10 patients (4 ont une consommation d'alcool estimée modérée à excessive par le soignant) • L'immunisation contre l'hépatite A : 11 patients ont des sérologies hépatite A (dont 9 patients immunisés contre l'hépatite A et 2 non immunisés). • Les autres infections sexuellement transmissibles sont habituellement testées lors du premier dépistage.
10. Le dépistage et la vaccination de l'entourage	Pour 6 patients, cela a été évoqué, dont à trois reprises par le médecin spécialiste. Pour un patient, il est clairement inscrit dans le dossier papier qu'il vit seul et qu'il a été informé de sa maladie. Pour les autres patients, le dépistage et la vaccination de l'entourage a peut-être été réalisé mais rien n'apparaît clairement dans les dossiers.

11. Le suivi par un spécialiste	Les 4 patients avec une hépatite B active sont suivis par un gastroentérologue. Pour les autres, il n'y a pas de notion de spécialiste ou de traitement mais cela ne peut être exclu formellement, surtout pour ce qui s'est déroulé dans le passé car il n'est pas demandé « d'historique spécifique de l'hépatite B ». Néanmoins, les diagnostics sont souvent récents et pour la plupart réalisés dans les cinq dernières années.
12. Le traitement	Les 3 patients avec une hépatite B active (Ag HBe +) sont en cours de traitement, le patient avec une hépatite B active (Ag HBe-) ne l'est pas pour le moment car il n'a pas encore eu l'avis du spécialiste depuis l'augmentation des transaminases (mais a été traité en 2010). Pour les autres patients, il n'y a pas de renseignements sur un traitement passé éventuel.
13. Demande de certificat 9ter	= Demande de régularisation pour l'obtention d'une autorisation de séjour en Belgique pour raisons médicales 5 patients au minimum, ont demandé à leur médecin de remplir ce certificat, avec comme ES parmi d'autres « Hépatite B chronique ».
14. Le statut sérologique	<ul style="list-style-type: none"> • Porteur inactif² : 12 patients • Ac anti-HBc isolés³ : 5 patients • Hépatite B chronique active⁴ : 4 patients • Statut indéfini⁵ : 3 patients • (Hépatite guérie⁶ mal encodée : 2 patients)

Remarques en fonction des différents statuts sérologiques :

- Pour les 12 patients « Porteurs inactifs », seuls 2 patients ont eu des sérologies hépatites B l'année précédente de l'étude (en 2012). 4 patients ne les ont plus eu depuis 2 ans, 4 autres patients depuis 3 ans, un patient n'a plus eu de sérologies depuis 4 ans et un depuis 5 ans.
- Pour les 5 patients avec des Ac anti-HBc + isolés, aucun ont une PCR VHB apparaissant dans le dossier de la maison médicale.

² Tests hépatiques normaux, Ag HBe négatif, pas d'indication de traitement.

³ Tests hépatiques normaux, Ag HBs négatif, Ac anti-HBs négatifs, Ac anti-HBc positifs isolés. A priori considéré comme une infection ancienne avec disparition des Ac anti-HBs. Possibilité de faux négatif, d'infection occulte au VHB ou de réactivation du virus si immunodépression.

⁴ Tests hépatiques perturbés, Ag HBe positif ou négatif. Entre souvent dans les indications de traitement.

⁵ Pas assez d'éléments dans le dossier pour définir le statut du patient

⁶ Tests hépatiques normaux, Ag HBs négatif, Ac anti-HBs positifs et Ac anti-HBc positifs.

- Pour les 2 patients avec une Hépatite B ancienne (guérie), ils ont des sérologies hépatite B avec Ag HBs négatif, Ac anti-HBc + et Ac anti-HBs + avec un ES dans le DS1 « Hépatite B chronique ».

3.3. Mise en action avec les médecins généralistes de la maison médicale Saint-Léonard

Lors de cette recherche, les médecins de la maison médicale ont été impliqués comme expliqué plus haut dans la méthodologie. Les résultats de cette implication sont multiples :

- Les acteurs ont été sensibilisés au dépistage et au suivi de cette pathologie et des autres infections sexuellement transmissibles. Plusieurs d'entre eux m'ont fait part de changements pratiques.
- Le GUIDE PRATIQUE proposé à la fin de ce travail a été adapté à la pratique en fonction des remarques des acteurs (outils de dépistage, de suivi et d'encodage informatique).
- Les fiches d'évaluation des données des patients ont été ajoutées aux dossiers.
- Une titularisation des 14 patients non titularisés a été réalisée.
- J'ai été identifiée comme médecin généraliste s'intéressant à l'hépatite B et invitée à participer à la création du « Réseau Hépatites Liège ».

Lors de l'animation basée sur la technique du groupe nominal, la question posée aux médecins : « *Selon vous, quelles sont les pistes d'action à prioriser pour améliorer le suivi des patients porteurs de l'hépatite B à la maison médicale ?* » semblait être la plus adéquate pour tous. Au vu de l'enthousiasme des médecins participants au groupe et des effets ultérieurs, cette partie de mon travail constitue un intérêt certain.

11 pistes d'actions concrètes pour l'amélioration de la prise en charge de l'hépatite B ont été évoquées et sont citées par ordre de préférence dans le Tableau 4. Les 5 pistes avec le plus de points étaient aussi celles avec le plus de citations. Le groupe a priorisé 5 actions à mener désormais afin d'améliorer la prise en charge de cette pathologie et améliorer la qualité des soins en général.

Tableau 4 : Pistes d'action proposées	Nombre de points	Nombre de citations
1. Utilisation d'un encodage systématisé des échéances et des éléments nécessaires au suivi (avec l'aide de la proposition d'encodage réalisée au cours de ce travail)	18	6
2. Le rappel spécifique des patients au suivi jugé insatisfaisant	15	5
3. La titularisation des patients	14	5
4. Établir un consensus sur le suivi de l'hépatite B et sur les termes à utiliser afin de décrire le statut sérologique du patient. (Ce point est proposé par l'algorithme de dépistage et de suivi de l'hépatite B)	15	4
5. Un dépistage plus proactif et systématique de la population à risque. En fonction des critères d'inclusion de la population à risque, le médecin se charge, lors de la première anamnèse, de voir si une sérologie hépatite a déjà été réalisée. Il évalue aussi la nécessité de s'enquérir des autres sérologies IST.	13	4
6. L'amélioration du dépistage et de la vaccination de l'entourage	7	3
7. Etude de cas des patients Ag HBs + non suivis.	5	1
8. Une sensibilisation du patient et une explication de la maladie au patient et des mesures à mettre en place afin de ne pas transmettre la maladie et cela en incluant les infirmières.	2	1
9. Réunion d'information afin d'impliquer les autres soignants quant à la réalisation des échéances. Si un autre soignant ouvre le DSI et voit que le patient a plusieurs échéances en retard, lui signaler de revoir son médecin.	1	1
10. Une campagne d'affichage « hépatite B », à l'instar des campagnes de dépistage du VIH, des MST. L'instauration d'une « semaine de l'hépatite B » à la maison médicale avec sensibilisation soignants.	0	0
11. L'anamnèse des sérologies antérieures au moment de l'inscription des patients ou lors d'une consultation infirmière en première anamnèse.	0	0

4. DISCUSSION

4.1. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients atteints d'hépatite B chronique

4.1.1. Prévention et promotion de la santé

4.1.1.1. Prévention primaire

4.1.1.1.1. L'information et le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

En Belgique la transmission sexuelle du VHB est le mode de transmission dominant. (2)

L'hépatite B est moins connue que le VIH et pourtant elle est 100 fois plus transmissible que le VIH et 10 fois plus transmissible que l'hépatite C (14).

Le rôle du médecin généraliste est d'informer son patient sur les risques de contracter une infection sexuellement transmissible.

En choisissant mon sujet de TFE, je me suis penchée sur le suivi de l'hépatite B plus que sur le dépistage de cette maladie. Néanmoins, j'ai pu remarquer que le dépistage des IST en général est une préoccupation importante à la maison médicale (campagne d'affichage, mise à disposition de préservatifs) et qu'il est fréquent car de nombreuses IST ont été dépistées lors de la dernière année.

L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education de la Santé, en France) recommande de dépister le VIH chez toute personne entre 15 et 70 ans et cela en dehors de notion d'exposition à un risque (15). Il ne recommande pas de dépister dans ce cas le VHB mais cela peut être discuté en fonction des facteurs de risque.

En pratique, aborder le dépistage de toutes les IST (VHB, VIH, Syphilis, VHC, gonocoque, chlamydia et autres... en fonction des symptômes) peut être facilité en mettant à disposition des documents d'information dans la salle d'attente, en évoquant la « santé sexuelle » dès la première consultation pour les nouveaux patients, en abordant le thème sans jugement, en étant respectueux de l'intimité du patient, de sa vie privée, en intégrant un test de dépistage au

sein d'un bilan plus complet (avec le consentement éclairé du patient) et en rassurant sur la nature confidentielle des entretiens et des examens (15).

4.1.1.1.2. L'information du patient sur les modes de transmissions du VHB

Le médecin généraliste a un rôle prépondérant auprès du patient porteur du VHB quant à l'information sur les mesures de protection à adopter afin de ne pas contaminer son entourage. Ces recommandations sont issues du Guide des affections de longues durées sur l'hépatite B de la HAS et sont clairement identifiées comme rôle attribué au médecin généraliste (9).

Cela nécessite de savoir parler de sexualité avec les patients car le port du préservatif est nécessaire si le partenaire n'est pas immunisé ou a un statut inconnu. La vaccination est recommandée pour les partenaires sexuels s'ils sont dépistés négatifs ainsi que pour l'entourage vivant sous le même toit. Les hommes avec hépatite B chronique active dont les partenaires sont enceintes doivent être informés de la nécessité d'utiliser un préservatif.

D'autres mesures de prévention simples sont importantes comme ne pas partager la brosse à dent ou le rasoir, couvrir les plaies ou les égratignures, nettoyer les projections de sang avec un détergent ou de l'eau de javel, ne pas donner du sang, des organes ou du sperme (9).

Cette tâche pourrait être partagée avec les infirmières, comme elles le font déjà dans leurs consultations pour certains sujets (explication de la transmission des IST et des mesures de prévention, explication de la contraception).

4.1.1.1.3. La vaccination contre le VHB

Par le dépistage, il s'agit également de proposer la vaccination aux sujets à risque n'ayant jamais eu de contact avec le VHB (action préventive vis-à-vis de l'entourage aussi) et de leur proposer des conseils de prévention (valables aussi pour le VHC, le VIH et les autres IST) afin de réduire l'incidence des infections par le VHB (7).

Le vaccin est efficace à 95% pour éviter l'apparition de l'hépatite B. Il donne une protection d'au moins 20 ans et l'OMS ne recommande pas pour l'instant de vaccination de rappel. La vaccination universelle contre l'hépatite B est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1992 (17).

Depuis 1999, la Belgique procède à la vaccination systématique des nourrissons et des pré-adolescents non vaccinés (11-12 ans). C'est la méthode la plus efficace et la moins chère pour protéger progressivement l'ensemble de la population et pour éviter le passage à la chronicité. Celle-ci est plus fréquente si l'infection est contractée tôt dans la vie (18).

Le médecin généraliste, les infirmières et l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) ont un rôle central afin de rester attentifs aux critères de vaccination de l'hépatite B, pour la proposer quand cela est nécessaire, en particulier chez les adultes, pour qui aucune vaccination systématique n'est prévue. Celle-ci est parfois compliquée pour les adultes entrant dans les critères car elle a un certain coût.

4.1.1.1.4. Dépistage et vaccination de l'entourage d'un patient atteint d'hépatite B⁷

La vaccination de l'entourage du patient atteint d'hépatite B permet de réduire directement l'incidence de la maladie.

Ce point est discuté dans le chapitre sur les « Difficultés identifiées dans le suivi de l'hépatite B par le médecin généraliste et pistes d'actions pour y remédier ». Cela fait pleinement partie à mon sens des tâches dévolues au médecin généraliste.

4.1.1.2. Prévention secondaire : le dépistage du VHB

Le médecin généraliste a un rôle principal dans le dépistage de l'hépatite B et des IST. Il ne s'agit pas ici d'un dépistage universel de la population mais d'un dépistage ciblé sur des facteurs de risque (comportements sexuels à risque, toxicomanie, pays d'origine, ...) (5). Un dépistage proactif et systématique des IST pour la population cible doit être proposé. Celui-ci pourrait se faire dès la première consultation. La maison médicale, étant dans un quartier avec un fort taux d'immigration, de nombreux patients entrent dans les critères de dépistage.

L'hépatite B, étant le plus souvent asymptomatique, et pouvant mettre de longues années avant de se réveiller ou causer des complications, il est d'autant plus important de dépister en connaissant les recommandations. Celles-ci sont décrites en détails dans le GUIDE PRATIQUE à la fin de ce travail. A petite échelle, cela est possible en connaissant les groupes à risque et en voyant les patients en consultation individuelle. C'est un dépistage

⁷ Ce point peut être considéré comme de la prévention primaire et secondaire.

opportuniste. Par contre, une action systématique vis-à-vis d'une population cible n'est pas réalisable pour le moment car cette population cible n'est pas identifiable avec les données encodées dans le DSI. En effet, il n'est pas possible de sélectionner les patients via leur pays d'origine ou autre et d'insérer une échéance dans leur dossier pour le dépistage. Davantage d'échéances dans le DSI et la sensibilisation par les autres soignants serait l'idéal.

En Belgique, la moitié seulement des sujets porteurs de l'Ag HBs connaissent leur séropositivité (35) et selon l'Association européenne d'étude du foie, ce seraient 90 % des personnes infectées par les virus VHB et VHC qui l'ignoreraient (16).

Les recommandations sont parfois contradictoires concernant les sérologies à réaliser, certaines recommandations parlent de dépister avec Ag HBs, les Ac anti-HBs et les Ac anti-HBc, d'autres conseillent des combinaisons. Pour ma part, j'ai retenu que la combinaison des 3 sérologies ci-dessus sont utiles afin de définir le statut exact du patient si on a aucune idée s'il a été vacciné ou pas. Pour les sujets non vaccinés et entrant dans les critères de dépistage, seul la combinaison de l'Ag HBs et de l'Ac anti-HBc sont à priori utiles (7). Si l'Ac anti-HBc est positif isolément, il est intéressant d'ajouter l'Ac anti-HBs afin de définir si le patient est immunisé ou pas. Si ce n'est pas le cas, la vaccination est recommandée. (5), (13)

Lors de la réalisation de la recherche bibliographique et via des discussions avec mes collègues, j'ai pu me rendre compte que les modes de transmission sont bien connus mais par contre, il était difficile de systématiser un dépistage en fonction des facteurs de risque ou du pays d'origine. Il est parfois supposé qu'un dépistage aurait déjà été effectué à l'arrivée du patient en Belgique.

Lors de la sensibilisation des médecins généralistes de la maison médicale à ce sujet, une piste d'amélioration a été évoquée : en fonction des critères d'inclusion de la population à risque, le médecin se chargerait, lors de la première anamnèse, de voir si les sérologies virales pour les hépatites et les autres IST ont déjà été réalisées.

Un médecin généraliste de la maison médicale a confié à ce sujet : « *Ce travail de fin d'étude m'a déjà permis de changer ma pratique. Je propose déjà beaucoup plus souvent un dépistage pour les patients avec des facteurs de risque chez qui il n'y a pas de sérologies dans le dossier. Ce travail m'a sensibilisé davantage à la problématique de l'hépatite B* ».

4.1.1.3. Prévention tertiaire

4.1.1.3.1. Conseils aux patients avec Ag HBs +

L'éducation thérapeutique doit veiller à la bonne compréhension du patient de sa maladie et doit comporter l'information concernant la planification des examens de routine et leurs résultats (9). Cela nécessite une bonne compréhension de la maladie par le médecin, du moins pour ce qui est des mesures à prendre et du suivi à réaliser. Certaines modifications du mode de vie sont valables dans beaucoup de pathologies et en prévention primaire. Néanmoins, certaines mesures comme notamment l'arrêt du tabac doivent être proposés par le médecin généraliste. En effet, le risque de développer un hépatocarcinome est plus élevé chez les fumeurs (9), (12). L'alcool doit aussi être stoppé ou réduit au maximum (9), (19). La prise en charge des co-addictions doit être aussi prise en compte (9). La consommation de drogue doit être dépistée car elle peut être source de contamination de l'hépatite B et d'autres maladies (exemple de l'hépatite C).

Une réduction pondérale doit être conseillée ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie, surtout s'il y a une stéatose hépatique associée. C'est pour cela qu'il est recommandé d'inclure le dosage du cholestérol lors du bilan de base. Pour les femmes en cours de traitement, une contraception est recommandée (9).

Tous ces points pourraient être encodés dans le DSI mais l'évaluation réalisée note des lacunes importantes.

4.1.1.3.2. Le suivi de la pathologie chronique

Afin de prévenir la survenue de cirrhose hépatique ou de carcinome hépatocellulaire, il convient d'évaluer le statut de l'infection (actif ou inactif) conduisant à un programme de surveillance et éventuellement à un traitement adapté. Ce dernier permet aujourd'hui de contrôler l'infection (sans la guérir) dans près de 80 % des cas dans le but de diminuer la virémie afin de diminuer l'incidence de la cirrhose et de l'hépatocarcinome (5), (20).

Il est nécessaire d'encoder en remarque le statut sérologique actualisé du patient afin de connaître la prise en charge à effectuer. Les éléments de santé actifs (toujours en cours) versus passifs (hépatite B guérie) doivent être bien distingués afin d'éviter une confusion quant au suivi à réaliser.

Pour ce qui est des patients ne nécessitant pas de traitement (immunotolérants et porteurs inactifs, c'est-à-dire les patients n'ayant pas de perturbations des tests hépatiques), il paraît assez évident que le suivi se fasse par le médecin généraliste. Cette tâche lui est attribuée aussi par la Haute Autorité de Santé française. Les patients seront suivis régulièrement, tous les 6 mois au minimum (9). Les critères à surveiller sont exposés en ANNEXE 5 et repris dans l'algorithme de dépistage et de suivi.

Un tel suivi a un impact non négligeable sur la réduction de la mortalité par rapport aux patients non suivis (12).

L'actualisation des connaissances et la mise à disposition de guidelines précis à l'usage du médecin généraliste serait évidemment l'idéal.

Au niveau des patients de la maison médicale, le suivi est hétérogène et ne semble pas reposé sur un consensus clair, ni sur l'utilisation optimale du DSI.

Un rappel des patients pour qui le suivi est jugé insuffisant semble indispensable. Ce travail pourrait s'effectuer via les rappels par le médecin titulaire. Il pourrait ainsi améliorer le suivi de son patient et comprendre mieux les difficultés. Cette proposition est la deuxième priorité des médecins de la maison médicale lors de la réunion sur le sujet.

A titre anecdotique, j'ai pu voir en consultation un patient d'origine africaine, porteur inactif il y a deux ans. Il était surpris que je lui reparle de son hépatite B. Il m'a avoué savoir qu'il devait être suivi médicalement mais il ne se sentait pas malade. Néanmoins, cela l'inquiétait car il savait que son père était également atteint de l'hépatite B et qu'il était atteint d'un cancer du foie. Cet exemple m'a permis de me rendre compte que le patient avait bien compris les enjeux de sa maladie, point de départ pour qu'il accepte de se faire suivre mais cela n'est pas forcément suffisant.

4.1.2. Dépistage des comorbidités

Le dépistage des comorbidités est détaillé dans l'ANNEXE 6 avec les éléments pour la mise au point lors du diagnostic de l'hépatite B. Ces éléments doivent être recherchés par le soignant et encodés dans le DSI. Ceci permet de ne pas voir l'hépatite B chronique d'une manière uniquement verticale mais plutôt de façon transversale, c'est-à-dire en ne se centrant pas sur la maladie mais en considérant le patient atteint d'hépatite B au sens large.

4.1.3. Le traitement

Lors d'une hépatite B aigue, un traitement n'est pas recommandé car elle se résout spontanément dans plus de 95% des cas. Il y a une exception à cela dans les rares cas d'hépatite fulminante (1% des cas). Le suivi étroit aura pour but de déceler l'apparition de ces cas sévères d'insuffisance hépatique (21).

Pour ce qui concerne l'hépatite B chronique, un traitement spécifique est nécessaire pour les cas d'hépatite B chronique active. Le but du traitement sera d'éviter la progression vers l'inflammation et la fibrose hépatique, la cirrhose et l'hépatocarcinome (11).

Le traitement n'est pas recommandé pour les patients ayant des tests hépatiques normaux (statut d'immunotolérant ou porteur sains). Les recommandations de traitements selon l'Association Européenne d'Etude du Foie (EASL) sont disponibles en ANNEXE 5 (22).

L'algorithme décisionnel peut aider le médecin généraliste pour identifier le moment opportun pour référer le patient. Le suivi régulier des patients permet de ne pas laisser un trop grand laps de temps entre le début de la phase active et le début du traitement.

Le médecin généraliste a donc un grand rôle pour motiver le patient à consulter un médecin spécialiste. Ceci se fait plus facilement que le patient comprend bien les enjeux du suivi et l'importance de la référence vers un spécialiste.

Dans ce chapitre, je n'aborderai pas les sujets du suivi de l'observance thérapeutique et des effets secondaires du traitement antiviral. Cela souligne néanmoins l'importance de la communication entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste, notamment pour le suivi des éventuels effets secondaires.

Pour les patients en cours de traitement contre l'hépatite B, un outil spécifique permettant d'identifier les interactions médicamenteuses est disponible sur le site : www.hep-druginteractions.org. Ce site, à l'instar de celui qui permet d'identifier les interactions médicamenteuses avec les antirétroviraux contre le VIH, peut être une aide en consultation pour le médecin généraliste.

4.2. Difficultés identifiées dans le suivi de l'hépatite B par le médecin généraliste et pistes d'actions pour y remédier

4.2.1. Utilisation du dossier médical

4.2.1.1. L'encodage des données dans le DSİ

Au niveau du DSİ, l'encodage des données est partiel car non prévu et non initié par le soignant. Le pays d'origine des patients ainsi que la nationalité n'est pas demandée lors de l'inscription d'un patient. Il est donc impossible de cibler des actions de dépistage, de prévention et de vaccination en fonction de l'origine ethnique de la population.

Peu de données biochimiques sont disponibles dans le DSİ, parfois les protocoles de prises de sang sont importés dans le DSİ via le programme Mexxi mais les données doivent être ré-encodées manuellement dans le DSİ si on veut pouvoir atteindre la valeur d'une donnée biochimique directement et pouvoir la comparer aux anciennes valeurs. Cette dernière procédure est fastidieuse et chronophage pour le soignant et cela explique notamment, de façon assez surprenante, l'utilisation du dossier papier comme support dans les consultations afin de suivre les paramètres biochimiques des patients.

Dans ce travail, j'ai remarqué que le dossier papier était encore largement utilisé. L'accès à l'information ne demande ni logiciel de transcription des données, ni formation pour apprendre à s'en servir. Les patients peuvent aussi prendre connaissance de leur dossier aisément. Je pense notamment à un patient examinant son dossier en consultation et ne comprenant pas un document du centre de transfusion sanguine disant qu'il était refusé définitivement du don de sang car il a des Ac anti-HBc positifs. Des explications ont pu être données sur l'hépatite B et les IST en général.

4.2.1.2. Proposition d'un consensus pour l'encodage des données sur l'hépatite B

Très peu d'échéances sont encodées dans le DSİ à propos du suivi à réaliser de l'hépatite B. Cela montre qu'il n'y a pas de consensus entre les soignants pour le suivi de l'hépatite B via le DSİ comme il peut en exister un pour le suivi du diabète de type 2 (fiche de suivi instaurée par la fédération des maisons médicales).

Afin de tenter de remédier à la disparité de l'encodage, j'ai proposé un GUIDE PRATIQUE à l'usage du médecin généraliste pour l'uniformisation de l'encodage des données dans le DSI. Il est disponible à la fin de ce travail. Cet outil fut élaboré en incluant les commentaires de mes collègues dans la mise en action participative afin qu'il soit le plus pratique possible. Ensuite, le groupe a choisi à l'unanimité de privilégier en premier lieu l'usage de cet outil afin d'uniformiser l'encodage et le suivi des patients. Cette nécessité vient aussi du fait de travailler en groupe. En effet, un médecin retrouve plus facilement une information s'il travaille seul et s'il sait où se trouve tel ou tel type d'information. Par contre, la pratique de groupe requiert plus de coordination pour un suivi optimum des patients. Cela nécessite des consensus entre médecins généralistes et avec les autres soignants sur les termes utilisés.

Il est également souhaitable que si un patient voit régulièrement un autre soignant de la maison médicale, celui-ci l'alerte sur la nécessité de consulter son médecin ou un autre soignant si le suivi de ses pathologies prend du retard.

L'uniformisation de l'encodage et de l'utilisation adéquate du DSI permet un gain de temps pour l'échange des données et améliore la communication. Cela permet aussi de développer l'épidémiologie. Cela demande beaucoup d'investissement personnel de la part du généraliste (23).

4.2.1.3. Proposition d'un consensus sur les termes à utiliser pour parler de l'hépatite B

Ceci est le 3ème point prioritaire choisi par le groupe de médecins généralistes de la maison médicale : diffuser l'algorithme de dépistage et de prise en charge qui définit les statuts immunitaires. Pour le médecin généraliste, l'important est de savoir si l'hépatite B est active ou pas. Si l'hépatite n'est pas active, c'est-à-dire si les tests hépatiques ne sont pas altérés, le patient a un statut de porteur inactif (Ag HBe négatif) ou d'immunotolérant (Ag HBe positif). Il est proposé de classer dans le dossier : « Hépatite B non active » si les tests hépatiques sont strictement normaux, la précision du statut de l'Ag HBe n'a pas d'utilité pour le suivi mais permet de retracer par après l'historique de la maladie chronique. Par contre, si le patient a une altération des tests hépatiques, à partir d'une fois supérieure à la normale, un traitement peut être envisagé, qu'il ait un Ag HBe positif ou pas (10). Il est proposé d'encoder « Hépatite B active » et de préciser si l'Ag HBe est positif ou pas. Une PCR VHB afin de doser la charge

virale est alors recommandée et remboursée et cela via un document type comme exposé en ANNEXE 7.

4.2.1.4. Utilisation du Réseau Santé Wallon

Dans la pratique, il est parfois difficile de retrouver des examens médicaux demandés par un autre médecin, d'obtenir des rapports de consultation ou des informations sur le traitement du patient, les allergies et autres. On sait que quatre patients porteurs de l'hépatite B sont suivis pas un hépatologue et il est supposé que les autres n'ont jamais vu de spécialistes mais ceci n'est pas une affirmation certaine car des données sont facilement perdues avec notre fonctionnement.

Le futur étant à plus d'informatisation des dossiers et au partage des informations entre médecins, le réseau santé wallon (RSW), permet déjà d'échanger des informations nécessaires à la continuité des soins. Au 31 mars 2013, plus de deux millions de documents étaient référenciées sur le site du RSW, près de 6000 médecins étaient inscrits et plus de 64 000 patients (24). Cette démarche, sur base de l'adhésion volontaire du patient et de l'inscription de son médecin généraliste et des hôpitaux, permettrait à terme de remédier à certains problèmes de communication mais pas tous, notamment pour nos patients ne possédant pas de carte d'identité et bénéficiant de l'Aide Médicale Urgente.

4.2.2. La population

4.2.2.1. Le manque de connaissance de la population ciblée

Le manque de statistiques concerne aussi la population immigrée dans notre pays. En effet, des chiffres non officiels font état d'un flux migratoire représentant 100 000 nouveaux citoyens par an depuis cinq ans. Cette poussée de démographie se concentrerait plutôt dans les grandes villes et en particulier à Bruxelles. Selon le sociologue Jan Hertogen, en 2012, 24 % de la population totale serait issu de l'immigration en Belgique. Cela ne veut bien sûr pas dire que tous les immigrés viennent de zones à forte prévalence de l'hépatite B. Les pays cités en tête sont l'Italie, la France et le Maroc (40). Le centre pour l'égalité des chances et de lutte contre le racisme veut nuancer ces résultats tout en reconnaissant qu'il existe un manque de données sur une partie des immigrés, ceux en situation irrégulière, car ils peuvent n'être inscrits à aucun registre (25).

En 2007, le tableau de bord de la population de la ville de Liège montrait que les 10 nationalités les plus importantes dans le quartier Saint-Léonard étaient l'Italie, l'Espagne, le Maroc, la France, la Turquie, la RD Congo, l'Inde, la Roumanie, la Serbie et le Togo (26). Bien sûr, les flux migratoires peuvent répartir les populations différemment en 2013. À la maison médicale, il n'est malheureusement pas possible de définir la population soignée car certaines données comme le pays d'origine des patients ou des parents des jeunes patients ne sont pas répertoriés.

Toutefois, on remarque qu'une certaine partie de la population du quartier provient de pays avec une forte endémicité de l'hépatite B. Les patients atteints d'hépatite B dont on connaît le pays d'origine viennent de zones avec une prévalence de l'hépatite B élevée comme illustrée dans la Figure 1.

Ne serait-il pas intéressant de connaître mieux la population du quartier Saint-Léonard et de notre ville, en 2013 ? Ne pourrait-on pas encoder le pays d'origine des patients lors de leur inscription à la maison médicale ? Cela permettrait de cibler des actions de prévention en fonction de la population soignée.

4.2.2.2. L'accès financier aux soins de santé

Beaucoup de patients sont précarisés avec comme répercussion notamment une limitation de l'accès aux soins de santé pour des raisons financières. Chez les patients atteints d'hépatite B à la maison médicale, seuls 6 patients sur 24 sont des assurés ordinaires (25%).

En 2011 à la maison médicale, 35 % des patients sont des assurés ordinaires et 4.8 % des patients dépendent de l'aide médicale urgente (contre 1.7 % en moyenne dans les autres maisons médicales au forfait en Communauté Française). La maison médicale Saint-Léonard a un fonctionnement au forfait. Ce mode de financement permet de palier en partie à ce constat. Néanmoins, cela reste un facteur limitant pour le suivi de la pathologie par un spécialiste. En effet, de nombreux patients sont réticents à consulter des spécialistes car les coûts des consultations leur sont moins prévisibles. Les examens complémentaires ont leur coût également pour les patients.

À la maison médicale, le secteur social a renforcé l'information de tous les patients concernant l'obtention du statut OMNIO. Il permet au patient de moins payer dans la plupart des frais médicaux (ticket modérateur, médicament en catégorie B, ...). Renforcer les

connaissances des soignants sur les possibilités d'amélioration de l'accès aux soins de santé des patients est une autre piste. Ce travail m'a permis de mieux en percevoir l'importance.

4.2.3. Les déplacements des patients en Belgique, d'une ville à l'autre et d'un quartier à l'autre : le cas particulier de la maison médicale Saint-Léonard

Les patients porteurs du virus de l'hépatite B sont inscrits à la maison médicale depuis 3 ans et 3 mois en moyenne. Ceci peut être expliqué par le fait que la maison médicale est récente (5 ans et 8 mois en janvier 2013) et que les patients restent en moyenne 2.5 années à la maison médicale (tableau de bord de la maison médicale 2012). Les causes sont multiples et l'une d'entre elles est certainement la précarité des logements dans le quartier.

Cette instabilité des patients laisse effectivement peu de temps pour établir une relation de confiance avec le patient, pour la mise au point et la compréhension de la maladie par le patient ainsi que pour le dépistage et la vaccination de l'entourage. Néanmoins, cela est possible à condition que le patient soit informé de sa maladie dès le début de la prise en charge.

Les déplacements des personnes nous sont en général mal connus. Au moins cinq patients avec l'hépatite B sont passés par un Centre Croix-Rouge et ont été diagnostiqués par un médecin du centre lors d'un dépistage ciblé.

La difficulté réside souvent dans le suivi du dossier car le patient part du centre avec son dossier médical papier et ne l'amène pas toujours.

Je pense qu'il est important de savoir ce qui se fait dans un Centre Croix-Rouge lors de la venue d'un primo-arrivé sur le territoire belge. Pour cela, j'ai contacté une infirmière du Centre Croix-Rouge de Fraipont. Un dépistage systématique (hépatites A, B, et C, syphilis et VIH) est proposé à tout primo-arrivé de plus de 18 ans. Celui-ci est invité à se présenter au bureau médical du Centre Croix-Rouge s'il le désire. Ce dépistage n'est pas obligatoire, contrairement à celui de la tuberculose. Il arrive régulièrement que les médecins des Centres Croix-Rouge dépistent des maladies non connues ou que les personnes ne voulaient pas communiquer.

Ceci démontre aussi l'importance de demander le parcours de vie des patients lors de la première anamnèse, afin de ne pas méconnaître des examens réalisés ou de refaire des examens inutiles :

- Quel est le pays de naissance ?
- Quels sont les pays où le patient a séjourné dans sa vie ?
- Depuis combien de temps est-il en Belgique ?
- A-t-il été dans un centre Croix-Rouge et a-t-il des résultats avec lui ? Si ce n'est pas le cas, quel est ce centre ?
- A-t-il eu un dépistage de l'hépatite B (s'il vient d'une zone à forte prévalence) et des IST ? Si ce n'est pas le cas, expliquer l'intérêt et en proposer un.
- A-t-il des enfants, avec lui ? Au pays ?
- Y-a-t-il des maladies infectieuses dans la famille ou des autres maladies connues ?

4.2.4. Intérêt du sujet pour la pratique de médecine générale

4.2.4.1. Le dépistage des maladies hépatiques en médecine générale

La SSMG (société scientifique de médecine générale) ne recommande pas un dépistage systématique et généralisé des pathologies hépatiques mais renseigne sur le moment opportun pour dépister les affections hépatiques et les examens de laboratoire demandés. Ces informations venant du « Guide de Recommandation de Bonne Pratique de la SSMG » se trouvent en ANNEXE 8 (42). Il est désormais reconnu que la détection des maladies hépatiques doit rester une préoccupation du médecin généraliste. Celui-ci a une responsabilité quant à la prévention des pathologies hépatiques. En effet, les causes de maladies chroniques du foie sont courantes, comme la consommation excessive d'alcool, l'obésité entraînant une stéatose hépatique et les infections par le virus de l'hépatite B et celui de l'hépatite C. Ces causes sont potentiellement évitables et il est nécessaire d'agir le plus tôt possible (27).

Par contre, l'association européenne des patients atteints de maladies hépatiques (ELPA) préconise une action urgente pour prévenir et réduire les conséquences de l'expansion des maladies infectieuses du foie, en particulier l'hépatite B et C. Elle propose d'inclure les tests hépatiques dans un examen de dépistage en routine en Europe (16).

4.2.4.2. La prévalence de la maladie en Belgique

Bien que la Belgique soit une zone de faible prévalence pour l'hépatite B (<2% de porteurs du virus), cette maladie reste l'une des pathologies infectieuses les plus préoccupantes (28).

Ces chiffres sont cependant à nuancer car on estime que la moitié des patients porteurs du VHB l'ignorent.

De plus, l'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire et pourtant, comme dans beaucoup de pays, cette obligation de déclaration est très mal respectée.

A la maison médicale Saint-Léonard, la prévalence connue est de 1.6 %. Cette prévalence est supérieure à la prévalence belge estimée à 0.7 % en 2012 (29).

Très peu de statistiques sont retrouvées sur la prévalence actuelle de la maladie en Belgique. Afin d'avoir plus de statistiques et d'informations sur la prévalence de l'infection, ne serait-il pas bon de déclarer à chaque fois la maladie ? Ceci vaudrait pour toutes les autres maladies à déclaration obligatoire. Plus d'informations sur www.sante.cfwb.be.

4.2.4.3. Une pratique de médecine générale particulière

Lors de la réalisation de mon travail, je me suis heurtée à des incompréhensions sur la nécessité de développer ce sujet. Certains médecins généralistes qui ne rencontrent que très rarement cette pathologie ne comprenaient pas pourquoi il peut être nécessaire d'être alerté sur la situation du suivi et du dépistage de l'hépatite B en médecine générale.

Il est compréhensible que pour certains médecins généralistes, ayant très peu de patients atteints d'hépatite B dans leur patientèle, l'investissement dans l'apprentissage du suivi du patient hépatite B peut paraître fastidieux. Un médecin généraliste à la campagne m'avait confié qu'ayant un seul patient atteint d'hépatite B, il considérait que le suivi était de l'ordre du médecin spécialiste.

Néanmoins, ce sujet a aussi suscité de la part de mes collègues à la maison médicale, d'autres assistants en médecine générale et d'autres médecins généralistes travaillant dans des centres Croix-Rouge, dans des maisons médicales ou dans d'autres types de pratiques, de nombreux encouragements.

Ma pratique est une pratique de ville, en maison médicale, dans un quartier multiculturel et avec une patientèle relativement jeune. A Liège, 140 nationalités différentes sont répertoriées au 31/12/2007 (26). Cela explique sans doute la sensibilité différente concernant la pratique de la médecine générale.

4.2.5. Guidelines

4.2.5.1. Difficultés de trouver des guidelines belges pour le médecin généraliste sur l'infection au VHB.

Lors de la recherche bibliographique, je me suis confrontée à la difficulté de trouver des guidelines destinés à la première ligne. En effet, peu de consensus existent. La Haute Autorité en Santé Française a pourtant bien publié son « Guide des affections de longue durée sur l'hépatite B » et « Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C » et elle explique quel rôle le médecin généraliste peut avoir dans la prise en charge de cette pathologie. Ces articles ne sont pas des recommandations de bonnes pratiques mais plutôt des études avec des discussions quant à la prise en charge. Ces textes sont relativement longs et ne permettent pas au médecin généraliste de suivre une démarche ou un algorithme simple en consultation. L'American Family Physician (30) a publié des recommandations sur le dépistage et le traitement principalement mais ce dernier n'a pas parlé du suivi spécifique de l'hépatite B en médecine générale et parle de la situation aux Etats-Unis. J'ai aussi extrait des recommandations de bonne pratique de la SSMG sur les « demandes d'examens de laboratoires par le médecin généraliste » mais on n'y explique pas en détail comment suivre l'hépatite B. Je me suis alors tournée vers des articles de médecine interne qui détaillaient certains points utiles à mon travail.

4.2.5.2. Les guidelines en pratique

Lors de l'utilisation de guidelines, il ne s'agit pas de les utiliser de manière robotisé et verticale, ce qui amènerait à une sous-utilisation de nos connaissances et de là une démotivation du soignant. Le travail du médecin généraliste est de faire l'intégration bio-psychosociale en intégrant les déterminants sociaux de la santé dans la prise en charge médicale. L'implication des soignants de première ligne dans la réalisation des guidelines est importante. Cela nécessite d'effectuer des travaux de recherche ancrés dans la pratique afin d'améliorer l'efficacité de la prise de décision clinique et l'efficience du système de soins de santé en général. Nous avons besoins d'outils pour évaluer le bien fondé de nos actions (31). Le travail en équipe offre alors une opportunité d'améliorer notre pratique en partageant nos

apprentissages et en mettant en place des outils d'évaluation et en introduisant des changements. La pratique est alors réflexive et collective. On apprend alors beaucoup à partir de notre pratique, en la théorisant et en utilisant des concepts à partir de celle-ci.

4.2.5.3. Guidelines sur la prise en charge des patients avec des Ac anti-HBc isolés

Dans la revue des dossiers, 4 patients avaient un statut d'Ac anti-HBc positifs isolés. Je me suis donc penchée un peu plus sur la question car le suivi de ces patients reste à clarifier. Plus de détails sur ce statut sont disponibles en ANNEXE 9.

Lors de la réunion avec les médecins généralistes de la maison médicale, un médecin disait : « *Quand je vois un patient avec des Ac anti-HBc isolés, je ne sais pas quoi faire. J'ai lu des choses mais ce n'est pas clair* ».

Dans certains articles, un dosage de la charge virale via une PCR VHB est recommandé afin d'évaluer le statut exact du patient avec des Ac anti-HBc isolés. Ce dosage n'est pas remboursé en Belgique. Cette recommandation se base sur le fait qu'une infection occulte au VHB est possible et selon certaines études, elle serait présente chez 10 à 30% des sujets avec des Ac anti-HBc (32). Dans ce cas, l'Ag HBs est indétectable dans le sérum, malgré la présence d'ADN du virus circulant. La plupart des infections occultes par l'hépatite B sont asymptomatiques et l'hépatocarcinome serait fréquent chez les patients avec une infection occulte au VHB (33).

A ce jour, aucune directive n'a été publiée sur ce sujet mais l'OMS pense qu'il serait nécessaire d'identifier les catégories de personnes chez qui il faudrait dépister une éventuelle infection occulte par le VHB (2). Néanmoins, le profil Ac anti-HBc isolé serait fréquent dans certaines populations comme les usagers de drogues intraveineuses, les hémodialysés, les greffés, les transfusés et les co-infectés VHC et VIH (33)

Par contre, la vaccination des patients avec un statut Ac anti-HBc isolés positifs est recommandée selon certaines sources (5), (13).

Selon le Professeur Delwaide, hépatologue au CHU, l'infection occulte au VHB n'est que très rarement rencontrée en médecine générale. La méfiance doit être de mise pour certains patients (immunodéprimés, dialysés) chez qui le virus pourrait se réactiver. Par contre, si le patient est d'origine africaine ou asiatique, il est probable qu'il ait contracté le virus tôt dans la vie et qu'il s'agisse alors d'une infection ancienne. La réalisation de la PCR VHB n'est pas

systématique vu le coût (96.50€ à charge du patient dans ce cas-ci) et que de nombreux patients sont en fait guéris de leur infection au VHB avec une disparition des Ac anti-HBs.

A titre anecdotique, une patiente (**patient 2** dans tableau des résultats en ANNEXE 4) avait eu une PCR VHB qui avait été demandée en 2010 mais le médecin généraliste et le médecin spécialiste qui la suivait pour le VIH ne connaissait pas le résultat. Le médecin généraliste fut interpellé à la suite de ce travail. Il a téléphoné au médecin spécialiste qui a retrouvé cette PCR VHB négative en 2010, dans les résultats du laboratoire du CHU. La patiente est ainsi non infectée et non immunisée et est à vacciner. La patiente fut revue par son médecin généraliste et a accepté la vaccination. Le doute aura persisté pendant 3 ans sur le statut de cette patiente car il y avait une notion d'hépatite B en cours et des transaminases perturbées qui ont été attribuées à la prise de pilule.

Un autre patient (**patient 21**) a des Ac anti-HBc positifs isolés depuis 3 ans et a eu 5 sérologies réalisées en 3 ans, avec les mêmes résultats et des transaminases normales. Le patient n'a jamais eu de PCR VHB. L'élément de santé dans le dossier est défini comme « hépatite B chronique non active ».

Ce patient s'est présenté pour donner son sang à la Croix-Rouge de Belgique mais a été refusé définitivement car il a un Ac anti-HBc positif isolé. Le patient n'était donc pas informé de son statut. Il n'a pas été revacciné par la suite. Ce patient fut revu en consultation et je me suis confrontée à la difficulté d'accepter un doute quant à son statut sérologique. Une PCR VHB n'a pas été demandée.

Ce que je peux retenir de la revue de littérature à ce sujet et des appels aux spécialistes est résumé ici : lors du dépistage d'Ac anti-HBc isolés, il s'agit de contrôler la sérologie à 3 mois et si le patient a toujours des Ac anti-HBc positifs isolés, il faudra le considérer comme guéri et à vacciner, sauf s'il fait partie de certains critères, alors l'avis d'un spécialiste est recommandé (usagers de drogues intraveineux, hémodialysés, greffés, transfusés et co-infectés VHC et VIH).

Néanmoins, il est utile de notifier un Elément de Santé dans le dossier « Hépatite B – ancienne, Ac HBc isolés, pas de PCR VHB » afin de retenir cet élément si une comorbidité survenait par la suite (immunodépression par exemple).

4.2.6. Formation des médecins généralistes

L'hépatite B est une pathologie qui a été étudiée lors de nos études de médecine. La pathologie a été décrite en détails, les spécificités du virus ont été décrites dans notre cours de gastro-entérologie. Par contre, les critères de dépistage et de suivi en première ligne n'étaient pas explicités. La formation de base d'un médecin comprend de nombreux aspects de physiopathologie nécessaires à la compréhension de la maladie mais n'aide guère lors de la prise en charge du patient sur le terrain. Le jeune médecin généraliste en formation se retrouve confronté à un apprentissage nouveau, celui de gestionnaire de la santé des patients et de la famille. Il doit être apte à conseiller les patients sur le dépistage, sur la prévention de la transmission, sur le suivi, à quelle fréquence, que doser et pourquoi. La recherche de guidelines est une préoccupation importante du médecin généraliste en formation, car celui-ci a besoin de supports et de références afin de pallier le manque d'expérience.

Les études n'amènent pas toujours l'aspect pratique dont nécessite tout praticien. Les cours de pathologies sont censés nous apporter ce dont tout médecin généraliste devrait savoir mais j'ai pu remarquer au début de mon assistantat, « qu'il n'y a qu'en forgeant que l'on devient forgeron ».

Il faut noter également que tout médecin généraliste n'est pas confronté aux mêmes pathologies. La première raison est sans doute le fait que d'un quartier à l'autre, d'une pratique urbaine ou rurale, la population est très différente. Cette différence de pratique peut se retrouver également au niveau des professeurs de médecine générale, selon si la pratique est rurale ou urbaine, l'accent sera mis sur différentes pathologies.

La population immigrée est peu étudiée et les pathologies plus spécifiques à cette population ne sont pas au programme des cours de médecine générale. Pourtant, nombreux sont les jeunes médecins généralistes qui vont être confrontés à des pathologies peu connues, vu l'évolution de la population en Belgique.

Les cours à l'université ne sont pas complètement adaptés à toutes les sortes de pratiques de médecine générale. Nous n'avons pas de cours reprenant les différents aspects de prise en charge spécifique de la santé des migrants comme les pathologies les plus courantes, les pathologies à dépister, les aspects de santé mentale liés à la migration,

Ne devrait-on pas instaurer un module « santé des migrants » lors des cours de 4^{ème} master destinés aux médecins généralistes ? Des formations sur les hépatites ne devraient-elles pas être plus axées sur l'aspect pratique ?

Ne pourrait-on pas imaginer une diffusion de fiches d'information pour le dépistage, le suivi et l'encodage des données sur l'hépatite B ?

Ce travail tente de répondre à mes questions et à celles de mes collègues sur la prise en charge de cette pathologie afin de clarifier les tâches dévolues au médecin généraliste.

4.2.7. Le dépistage de l'entourage du patient

C'est un point prioritaire à améliorer pour la moitié des médecins généralistes de la maison médicale. Un médecin généraliste a confié lors de cette réunion : « *Je ne m'en occupe jamais, je sais que c'est une lacune* », un autre, « *Moi je l'ai fait pour une famille et je m'en souviens encore. Cela ne devrait pas être anecdotique et donc je ne devrais pas m'en souvenir* ».

La question est de savoir pourquoi cette tâche, accordée au médecin généraliste, est si difficile à réaliser. Plusieurs pistes sont évoquées. Cela est consommateur de temps. Il s'agit tout d'abord d'informer le patient sur les enjeux de cette action. Cela nécessite une bonne connaissance de la maladie et de ses modes de transmissions. Il faut ensuite que le patient demande à sa famille et à son (ses) partenaire(s) de venir se faire dépister. Cela nécessite non seulement que le patient divulgue sa maladie à son entourage mais représente aussi des consultations supplémentaires afin de prescrire la prise de sang et d'en expliquer aux proches les intérêts.

Les proches ne sont pas toujours soignés par le même médecin ni même dans la même maison médicale que le patient atteint d'hépatite B. Il est alors difficile pour le médecin ayant réalisé le diagnostic chez le patient de voir personnellement l'entourage.

Une proposition de réponse peut alors être faite. Le médecin généraliste peut convoquer les proches et le(s) partenaire(s), avec l'accord du patient, si ceux-ci sont soignés par lui-même. Par contre, si l'entourage n'est pas soigné par le médecin ou la même maison médicale, un fascicule d'explication pourrait être remis au patient (comme celui disponible au Centre Local de Promotion de la Santé de Liège et mis en ANNEXE 10). Celui-ci serait alors responsable de le distribuer aux personnes cibles et identifiées par son médecin avec son aide. Les

personnes de l'entourage pourraient alors consulter leur médecin généraliste et expliquer leur demande.

Cela nécessite d'être proactif de la part du soignant et cette tâche pourrait être partagée avec les infirmières.

Un remboursement du vaccin est prévu par l'INAMI pour les proches de patients atteints d'hépatite B et vivants sous le même toit. Néanmoins, les informations sur la marche à suivre afin de l'obtenir est difficilement trouvable. Il n'y a pas de formulaire préétabli, comme pour d'autres médicaments demandant une autorisation de remboursement à priori par le médecin conseil (41). La diffusion de l'information sur le remboursement et la connaissance de la marche à suivre afin d'en bénéficier ou d'en faire bénéficier les patients pourraient améliorer la vaccination des proches de patients atteints d'hépatite B. C'est en téléphonant à une mutuelle que l'on m'a confirmé que cela est possible. Le médecin prescripteur doit faire une lettre au médecin conseil en précisant « que le patient vit sous le même toit qu'un patient qui est positif pour l'antigène HBs », qu'il soit son partenaire ou non. Le médecin conseil délivre alors au bénéficiaire, pour chaque conditionnement autorisé, une attestation qui permet à la pharmacie de délivrer le vaccin à prix réduit (14).

4.2.8. La titularisation des patients de la maison médicale

Le groupe des médecins de la maison médicale a défini comme prioritaire la tâche de revoir la titularisation des patients. En effet, les médecins travaillant en groupe, les patients peuvent voir l'un ou l'autre médecin selon les disponibilités. La particularité de ce groupe de médecins est que chacun d'entre eux a une activité complémentaire à la médecine générale et donc des temps de travail partiels à la maison médicale. Ceci nécessite de se coordonner pour les actions prioritaires en santé. Il est instauré que pour le suivi chronique des pathologies, c'est le médecin titulaire du patient qui s'en préoccupe. En effet, il faut un titulaire bien identifié pour améliorer la prise en charge de pathologies exigeantes comme l'hépatite B. Or ici, chez les patients atteints de l'hépatite B, seulement 12 patients étaient titularisés, avec mention dans le dossier. Pour les autres, il était néanmoins relativement aisé de définir quel serait le titulaire du patient car les patients ont tendance à voir souvent le même médecin, selon les affinités. Ceci est un point important car il permet de mettre en évidence un manquement au niveau de l'encodage de la titularisation des patients. C'est pour cela que le groupe a décidé que c'est une priorité d'action. Les 12 patients qui n'avaient pas de médecin désigné ont tous

été titularisés à la suite de cette revue de dossiers, avec l'accord des soignants et en fonction de l'affinité des patients.

Cela permettrait à terme de ne plus avoir de patients « qui papillonnent » comme on le dit dans notre jargon et qui passent d'un médecin à l'autre.

De plus, les fiches de récolte des données des dossiers des patients ont été ajoutées à leur dossier, afin d'être pragmatique pour le suivi ultérieur.

4.2.9. Collaboration avec les médecins spécialistes

Dans l'étude des dossiers, j'ai pu remarquer que chez certains patients consultant un médecin spécialiste, des informations sur le suivi sont parfois manquantes. Cette réflexion pourrait aussi se construire en sens inverse, en demandant aux médecins spécialistes s'ils pensent que la communication et la collaboration entre les deux échelons pourraient être améliorées et comment. Cela constituerait une piste d'un autre travail de fin d'études.

Des initiatives sont déjà entreprises par des hépatologues et des médecins généralistes à ce propos afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'hépatite C. Cette action part du constat que les patients ne sont pas traités à temps et qu'il est difficile de leur faire consulter un spécialiste. Ceci sort du cadre de mon travail même ; si certains facteurs de risque de ces deux pathologies se regroupent, les populations atteintes sont assez différentes. Néanmoins, cela montre une volonté d'initiative pour la collaboration. Ce futur « Réseau Hépatites Liège » est intéressant afin d'identifier les acteurs de terrain en première et en deuxième ligne autour d'une même pathologie. Cela peut être une pierre de plus dans la construction des liens entre généralistes et spécialistes. Néanmoins, il est difficile pour un médecin généraliste de s'investir dans les différents groupes de toutes les pathologies rencontrées en médecine générale, tant la liste peut être vaste. Le médecin généraliste se doit d'avoir une vue transversale sur les pathologies et non verticale, centrée sur le malade et non sur la maladie.

Cette initiative pourrait être étendue à une collaboration entre médecins généralistes et des gastro-entérologues pour toutes les maladies chroniques hépatiques.

Grâce à ce travail, j'ai été identifiée comme médecin généraliste s'intéressant à l'hépatite B et invitée à la construction de ce réseau.

4.2.10. La complexité de l'infection au VHB et la prise en charge globale

L'hépatite B est une maladie comportant différentes phases et le passage d'une phase à l'autre ne s'effectue pas forcément dans une seule direction (comme exposé dans la Figure 2) (11).

Chez certains patients, la maladie peut se réactiver des années plus tard. Chez la plupart des patients atteints d'hépatite B chronique, des progressions et des régressions surviennent alors que les patients sont asymptomatiques ou ont des symptômes non spécifiques tels que la fatigue (30).

Cette complexité en fait un élément limitant pour le suivi optimal par le médecin généraliste. Non pas que le médecin généraliste soit moins apte à comprendre cette pathologie, mais elle nécessite un investissement personnel afin de bien comprendre les aspects de la maladie et de rester à jour quant aux recommandations.

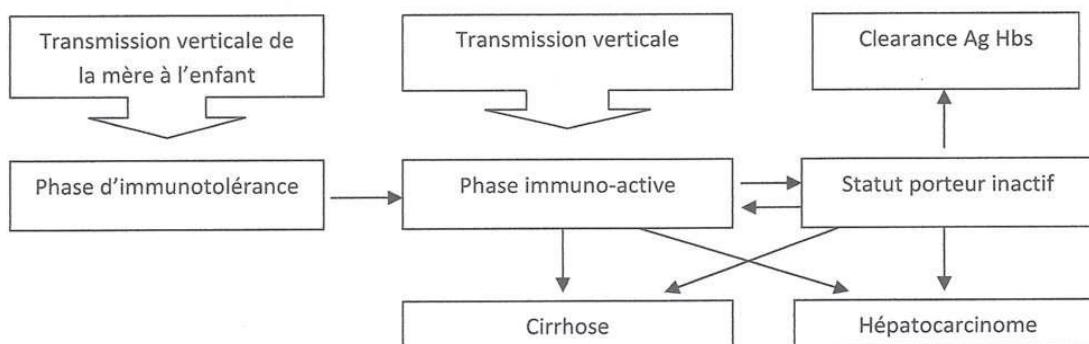


Figure 2 : Evolution naturelle et phases de l'hépatite B chronique (11).

La complexité de cette pathologie réside dans le fait qu'elle demande non seulement des compétences mais aussi d'avoir une vision globale de la santé du patient.

Une limitation importante de mon travail est qu'il s'est centré sur une seule pathologie, l'hépatite B. La complexité de cette pathologie m'a en effet demandé du temps afin de comprendre le suivi. De plus, cette pathologie a des modes de transmissions particuliers et est beaucoup plus contagieuse que d'autres maladies transmissibles. Essayant de garder une vue transversale sur la santé des patients, j'ai tenté d'inclure au maximum les comorbidités liées à l'hépatite B. Une étude des comorbidités des populations migrantes, des usagers de drogues et des personnes ayant des comportements à risque (sexuels ou autre) est un point qui me semble intéressant à développer pour améliorer nos programmes de prévention.

4.3. Limites et biais de la recherche

4.3.1. La réalisation de l'algorithme de dépistage et de suivi de l'hépatite B et du GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE

Les sources sélectionnées pour la réalisation de ces outils sont des sources jugées fiables (voir bibliographie). Les outils ont été réalisés en fonction des questions que je me suis posée lors de la revue des dossiers des patients et lors de nombreuses discussions avec mes collègues. La réunion de ces recommandations était pour moi une étape essentielle afin d'engendrer la mise en pratique de mon travail.

Mon travail n'a pas été validé par des spécialistes en tant que tel même si j'ai eu de nombreux contact avec le Professeur Delwaide, hépatologue au CHU de Liège qui a validé des parties de mon travail.

La qualité scientifique de mon travail a été jugée suffisante par les médecins de la maison médicale afin de mettre en pratique les outils proposés et leur validation a été accordée.

4.3.2. La méthode de revue des dossiers

Les dossiers informatiques ont d'abord été analysés, via une extraction semi-automatique, en sélectionnant les informations voulues. Ceci peut constituer un premier biais car d'autres informations auraient peut-être été intéressantes mais n'ont pas été sélectionnées au vu des recommandations de la littérature. Je pense en particulier à tout ce qui est informel et qui n'est pas codé dans les dossiers, comme les motifs de consultation, les craintes,

Le fait que je suis moi-même assistante en médecine générale dans cette maison médicale est un biais important. J'ai moi-même réalisé des suivis de patients et j'ai pu être plus attentive sur certains points en fonction de mon expérience et des buts recherchés.

Afin d'analyser cette récolte de données, j'ai réalisé un tableau avec les données que je jugeais les plus pertinentes. Une analyse qualitative a pu être ressortie de ce travail. La subjectivité de ce processus est bien sûr un biais important mais permet d'apporter des nuances aux propos.

4.3.3. La sélection des patients et de la maison médicale

Ce projet reflète la pratique de médecins en pratique de groupe dans une seule association de santé intégrée. Ceci est voulu car un des objectifs du travail est d'améliorer la qualité des soins dans ce centre, qui est celui dans lequel je débute ma pratique en tant qu'assistante. Néanmoins, comme démontré ci-dessus, la prévalence de l'hépatite B étant plus élevée dans cette maison médicale que dans la population belge, on peut se demander si les médecins n'étaient pas plus sensibilisés à cette pathologie à la base.

Au vu de ce biais, on peut tout de même espérer que le GUIDE PRATIQUE réalisé dans ce travail (outils de dépistage, algorithme, outils d'encodage informatique) et la méthode de revue des dossiers pourront être utiles à tout médecin généraliste et toute ASI confrontés à cette pathologie. Une limitation serait effectivement une pratique ne rencontrant que très peu cette pathologie, comme on peut le supposer en milieu rural.

Un biais important est que l'encodage n'est peut-être pas optimum. Il existe probablement des patients atteints d'hépatite B chronique qui ne sont pas encodés dans le DSI et ils n'ont donc pas pu être repris dans mon étude. Le défaut d'encodage pourrait sous-estimer la prévalence à la maison médicale.

4.3.4. La réunion avec les médecins de la maison médicale

Concernant la méthodologie, l'animation basée sur la technique du groupe nominal fut la meilleure alternative car cette technique est reconnue efficace pour la prise de décision en groupe (4).

4.3.5. Le processus de recherche action

Ce processus a été effectué de manière collective. La problématique, un cadre éthique et acceptable pour chacun, les objectifs et les orientations de la recherche ont été définis avec les différents acteurs (les médecins de la maison médicale). Un partage des observations a été régulièrement fait après chaque phase d'intervention.

Néanmoins, même si la rigueur scientifique était de mise, le cycle de la recherche action n'a pas été terminé. En effet, pour conclure le processus, il serait intéressant, après l'implantation du changement et la mise en pratique des décisions prises, d'évaluer ce changement et éventuellement de réorienter l'action. Cette phase pourra se faire plus tard, en continuant ce travail.

4.4. Conclusion

Dans ma pratique, j'ai pu me rendre compte qu'il était laborieux pour beaucoup de médecins généralistes de suivre l'hépatite B chronique. Durant mon travail, j'ai été confrontée à la difficulté de retenir les informations sur le suivi de l'hépatite B chronique. Ce travail est rédigé dans le but de répondre à certaines difficultés pratiques afin d'améliorer des compétences nécessaires en médecine générale. Le GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE permet d'accéder rapidement aux informations nécessaires en consultation.

En tant qu'assistante en médecine générale, j'ai pris beaucoup de plaisir à réaliser cette recherche dans la maison médicale dans laquelle j'effectue mon assistanat et cela m'a beaucoup stimulée. J'ai en effet pu échanger avec mes collègues de nombreuses fois sur les observations faites. Je revoyais de temps à autre des patients pour lesquels je m'étais plongée dans leur dossier. Certains ont été étonnés de la connaissance que j'avais de leur dossier médical. Cela a permis de me rendre compte de l'importance de connaître ses patients et des difficultés liées aux déplacements des patients comme expliqué plus haut au point 4.2.3.

L'enthousiasme de mes collègues de la maison médicale et de mes collègues assistants en médecine générale m'a portée tout au long de mon travail. Nombreux sont ceux qui m'ont exprimé le partage de mon questionnement et l'utilité de creuser ce sujet pour la pratique de médecine générale. Quelques-uns me posaient fréquemment des questions concernant le suivi à réaliser pour leurs patients.

Cet enthousiasme a eu également des échos auprès de médecins spécialistes dont notamment le Professeur Delwaide, intéressé par mon questionnement et la recherche effectuée en médecine générale. Via un autre médecin spécialiste, j'ai été invitée à la création du « Réseau Hépatite Liège », étant identifiée comme « médecin généraliste s'intéressant aux hépatites ».

Par la suite, je pense qu'une diffusion de mon travail est souhaitable tant auprès de mes collègues de la maison médicale qu'auprès de mes collègues assistants en médecine générale qui aimeraient avoir plus de pistes pour les aider à suivre les patients atteints d'hépatite B chronique.

J'envisage éventuellement de diffuser le GUIDE PRATIQUE, via internet, à toutes les maisons médicales et les médecins généralistes demandeurs. J'aimerais également faire valider ces outils afin de les officialiser pour l'encodage informatique, via la fédération des maisons médicales notamment.

A travers ce travail, j'ai eu l'occasion d'expérimenter une démarche scientifique. J'ai appris à développer mon esprit critique quant à l'assurance qualité du système de soins dans lequel je pratique. Je pense que ce point est essentiel. En effet, je pense qu'il ne suffira pas plus tard de s'appuyer uniquement sur notre expérience, bien que de plus en plus riche, mais il faudra rester attentif à mettre notre pratique à l'épreuve du questionnement. De plus, ce travail m'a permis d'approfondir un sujet qui m'intéressait particulièrement, me conférant plus de connaissances utiles à ma pratique.

Par ailleurs, j'ai pu expérimenter une partie du processus de recherche-action. Cela m'a permis de tenter de transformer une situation ressentie comme insatisfaisante. L'élaboration de pistes d'actions concrètes pour améliorer la prise en charge du patient atteint d'hépatite B chronique (optimalisation de l'encodage dans le dossier informatique, le rappel spécifique des patients au suivi jugé insatisfaisant, la titularisation des patients, un consensus sur les termes utilisés pour décrire le statut sérologique, une amélioration du dépistage ciblé sur les facteurs de risque, ...) a été un moment charnière dans la réalisation de cette recherche et a particulièrement motivé mes collègues.

Cette recherche m'a beaucoup questionnée, bien au-delà de la prise en charge des patients atteints d'hépatite B. Partant d'une démarche scolaire, voulant améliorer mes connaissances sur l'hépatite B chronique, je me suis vite rendu compte, de par la population touchée par cette pathologie, que mon intérêt se portait sur différents points plus larges. En effet, la connaissance des déterminants non médicaux de la santé, les moyens de communication entre soignants, les différents moyens d'accès aux soins de santé en Belgique et la connaissance de la population immigrée sont des sujets dans lesquels j'ai amélioré mes connaissances mais qui me questionnent toujours. Le manque de recueil de données sur l'état de santé de la population en Belgique, la difficulté d'accès et l'insuffisance de leur utilisation accentuent d'autant plus la réalité difficile de la pratique de la médecine générale. Cela prouve aussi la nécessité d'une évaluation continue de notre pratique, relevant plutôt de l'autorité publique. La recherche serait alors le point de départ de l'organisation des soins de santé primaires,

basée sur l'identification des besoins de la population et l'efficience des systèmes de santé. Tout cela a permis d'élargir ma vision de la pratique de la médecine générale et influencera la manière dont j'exercerai ma profession.

De plus, par les aspects plus globaux abordés dans la discussion, ce travail tient lieu pour moi aussi de témoignage de ma pratique effectuée lors de mes deux années d'assistanat.

L'enthousiasme que mon travail a suscité m'a beaucoup stimulée et permet d'envisager des suites concrètes, ce qui donne du sens au travail et le prolonge dans le temps et dans l'action.

Même si le processus de recherche action n'est pas terminé, j'espère, à travers ce travail, avoir apporté une modeste contribution dans un processus d'assurance qualité de nos pratiques.

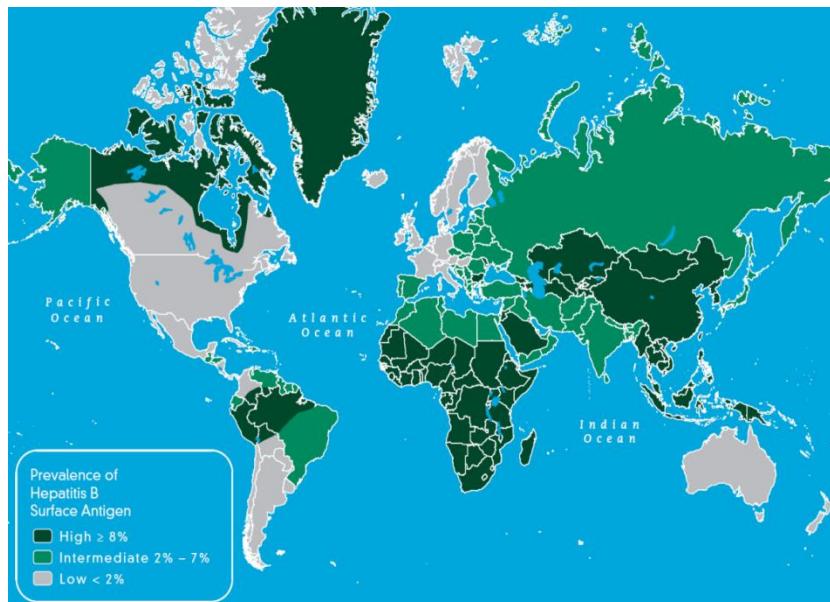
GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE

LE DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE B

QUI ? DÉPISTAGE CIBLÉ SUR LES FACTEURS DE RISQUE :

Les personnes nées dans les zones de prévalence > à 2% (haute et intermédiaire) y compris les immigrés et les enfants adoptés

A savoir : Afrique, Asie ou Europe de l'Est (sauf Hongrie). Se référer à la carte ci-contre de distribution géographique de la prévalence de l'Ag HBs (zones vertes foncées et vertes claires)



Carte 1: Distribution géographique de la prévalence de l'Ag HBs (OMS, 2006)

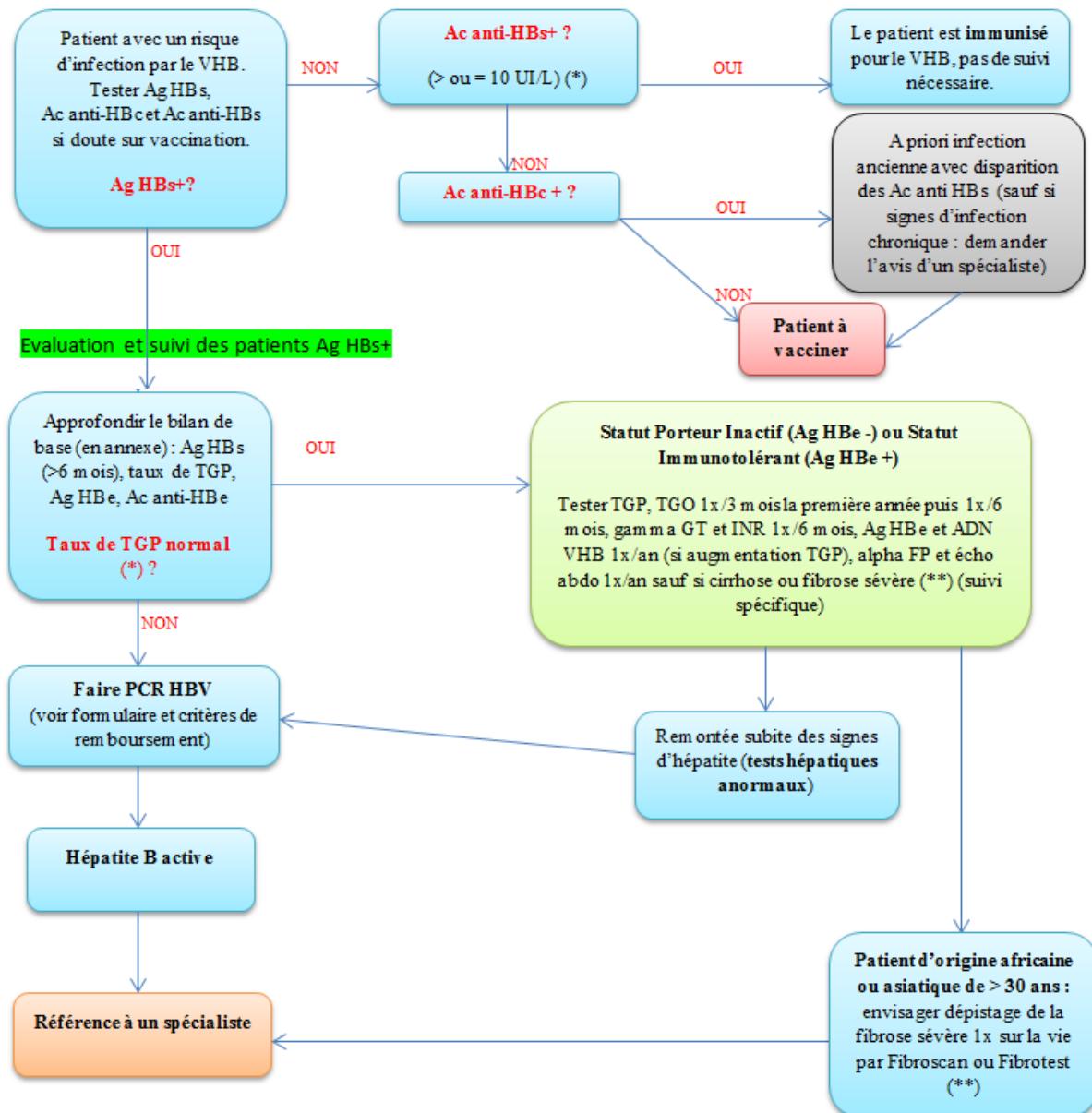
Les autres groupes où le dépistage est recommandé :

- Elévation des transaminases d'origine inconnue
- Consommateurs de drogues IV ou intranasal
- En présence de certaines pathologies:
 - Patients HIV+ ou infecté par le virus de l'hépatite C
 - Patients susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémodialysés, hémophiles, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe, ...)
 - Patients nécessitant une thérapie immunosuppressive (pas nécessairement vaccinés si séronégatifs)
- En cas de transmission sexuelle potentielle :
 - Contact avec une personne sous le même toit ou un partenaire sexuel Ag HBs+
 - Contact avec sang ou sécrétion Ag HBs+
 - Personnes avec plusieurs partenaires sexuels ou des antécédents d'infection sexuellement transmissible
 - Hommes ayant des relations homosexuelles
- Si membre d'une famille :
 - Enfants non vaccinés de parents issus d'un pays à prévalence > 8 % (haute)
 - Enfants nés de mère Ag HBs+
- Futures mamans : toutes les femmes enceintes
- Donneurs (sang, organe, plasma, sperme)
- Voyageurs ou résidents dans les pays de moyenne ou de forte endémie
- Au sein d'une collectivité
 - Adultes accueillis dans les institutions psychiatriques
 - Enfants accueillis dans les institutions psychiatriques, dans les services et les institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapée, enfants en âge préscolaire accueillis en collectivité
 - Prisonniers

GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE

ALGORITHME DE DÉPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE DE L'HEPATITE B CHRONIQUE

Dépistage ciblé des patients à risque



(*) Taux normaux de TGP $< 35 \text{ UI/L}$ (femme) et $< 40 \text{ UI/L}$ (homme) pour l'Institut de biologie clinique de l'ULB (34).

(**) Le risque est de méconnaître une fibrose sévère. Cette fibrose peut être vue par fibrotest ou fibroscan. Le Fibroscan a été validé pour le dépistage de la fibrose dans l'hépatite B (35). Cet examen n'est actuellement pas remboursé (50 à 65 €) mais est néanmoins recommandé une fois au cours de la vie pour les patients africains ou asiatiques âgés de > 30 ans (infection généralement acquise tôt dans la vie) (20). Si une fibrose ou une cirrhose sévère est avérée, le dépistage de l'hépatocarcinome devra alors être plus rapproché (échographie hépatique et αFP tous les 6 mois, éventuellement, surveillance de varices œsogastriques par gastroscopie) (9).

GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE

ENCODAGE DANS LE DOSSIER INFORMATIQUE⁸

ELÉMENTS DE SANTÉ (ES)

Au temps 0 :

→ **A : Alcool**

Si le patient consomme de l'alcool régulièrement, encodez un élément de santé (ES)

Usage/Dépendance - Alcool (P15). Précisez le nombre d'unité alcool (tous les ans)

→ **B : Briquet (Tabac)**

Si le patient est fumeur, encodez un élément de santé

Usage/Dépendance – Tabac (P17). Précisez le nombre de paquets années (tous les ans)

→ **C : Chronique**

Créer un élément de santé (ES) **Hépatite B – Chronique** (D72) :

- Préciser en texte libre
 - Le statut sérologique du patient (Hépatite active ou inactive, Ag HBe + ou -)
 - L'origine de la contamination (originale d'un pays d'Afrique, parent porteur de l'hépatite B, transfusion il y a autant d'années)
- Choisissez Significatif
- Encoder la date à laquelle le diagnostic a été réalisé si ce n'est pas maintenant

→ **D : Drug (médicaments et drogues)**

- Encoder le traitement complet en **médication chronique**
- Si le patient consomme de la drogue, encodez un élément de santé **Usage/Dépendance – Drogue** (ou *Cannabis ou Cocaïne ou Héroïne ou Autre*) (P19)
Précisez de quelle drogue il s'agit, de quelle manière il la consomme et à quelle fréquence en commentaire.

→ **E : Evénements personnels** : encoder les Comorbidités en créant un ES à chaque pathologie et en cochant Significatif

→ **F : Famille – Partenaire(s) sexuel(s)** : encoder si la famille a été dépistée et vaccinée et créer une échéance **Dépistage – groupe à risque – nca** (A49) descriptif : hépatite B, famille et entourage dépistée + Vaccination proposée

→ **G : Gestion de la santé**

Créer un élément de santé : **Gestion de la santé ou médecine préventive** (A98)

- Mettre en commentaire : Pays d'origine du patient -> Reliez-le aussi à l'ES Hépatite B - Chronique
- Choisissez Significatif
- Si vous estimatez que le patient a des difficultés financières qui l'empêchent d'accéder aux soins de santé comme cela lui est conseillé (difficultés pour acheter les médicaments, ...), créer un élément de santé : **Problème – Accessibilité – Soins de santé** (Z10)

⁸ La codification internationale CISP (Classification Internationale des Soins Primaires) permet l'encodage des données de manière standardisée pour les soins primaires et est reconnue par la WONCA (organisation scientifique mondiale des médecins généralistes). La CISP-2 est la 2^{ème} version en français de cette classification et sera utilisée dans cet outil (36).

GUIDE PRATIQUE HEPATITE B CHRONIQUE

Temps	PROCÉDURES/ECHÉANCES	OBSERVATIONS/MESURES
<u>Au temps 0 : faire bilan de base</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Test - sang – probl digestif (D34) descriptif : mise au point Hépatite B (tous les éléments du suivi, dépistage mst, sérologies hépatite A, C, D, dosage cholestérol et dépistage des comorbidités par ex. l'obésité) - Conseil – probl digestif – nca (D45) descriptif : Information contagion - Hépatite B - Dépistage – groupe à risque – nca (A49) descriptif : hépatite B, famille et entourage + Vaccination proposée 	<ul style="list-style-type: none"> - Biologie : <ul style="list-style-type: none"> o TGP, TGO (1x / 3mois la 1^{ère} année puis 1x / 6 mois) Objectif : < 40 UI/L o γGT o INR Objectif : < 1.31 sans thérapie anticoagulante (si > 1.31 : référence spécialiste) o ADN VHB : si tests hépatiques anormaux chez les patients Ag HBs + (2x/an max) o αFP (sauf si fibrose sévère ou cirrhose, suivre les recommandations : tous les 6 mois) o Ag HBe
Si pas d'altération des tests hépatiques : Mettre le statut sérologique en commentaire dans l'ES		
<u>Tous les 6 mois par le médecin généraliste</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Test - sang – probl digestif (D34) descriptif : TGP, TGO, γGT, INR (TGO et TGP tous les 3 mois si c'est la première année) - <u>Si cirrhose</u> : Encoder un ES si cirrhose : Cirrhose – Hépatite (D97) <ul style="list-style-type: none"> o Test - sang – probl digestif (D34) descriptif : αFP o Imagerie – probl digestif (D41) descriptif : échographie hépatique – Hépatite B 	<ul style="list-style-type: none"> - Biologie : <ul style="list-style-type: none"> o TGP, TGO (1x / 3mois la 1^{ère} année puis 1x / 6 mois) Objectif : < 40 UI/L o γGT o INR Objectif : < 1.31 sans thérapie anticoagulante (si > 1.31 : référence spécialiste) o ADN VHB : si tests hépatiques anormaux chez les patients Ag HBs + (2x/an max)
<u>Une fois par an par le médecin généraliste</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage - groupe à risque – nca (A49) descriptif : Tabac / Alcool / Drogue - Test - sang – probl digestif (D34) descriptif : suivi Hépatite B (αFP, Ag HBe) - Imagerie – probl digestif (D41) descriptif : échographie hépatique – Hépatite B Encoder quand l'échographie est réalisée (normal ou à contrôler dans x mois) et remettre une échéance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habitude de vie : <ul style="list-style-type: none"> o Cigarettes (0 ou nombre cig/j et paquets/année) o Alcool (0 ou nombre unité alcool/j ou / semaine) o Drogue - Biologie : <ul style="list-style-type: none"> o αFP (sauf si fibrose sévère ou cirrhose, suivre les recommandations : tous les 6 mois) o Ag HBe
Si altération des tests hépatiques (statut d'hépatite B active) : Référence – gastro-entérologie (D67), le mettre en échéance et mettre le statut sérologique en commentaire dans l'ES		

Selon les besoins de la prise en charge :

- **Référence – gastro-entérologie (D67)**
- **Test - sang – probl digestif (D34)** descriptif : réalisation d'une PCR HBV
- **Vaccination – Hépatite A (D34)** si voyage prévu en zone endémique et pas d'immunisation

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *J Viral Hepat.* 2004 Mar;11(2):97-107.
2. OMS. Aide-mémoire N°204, Juillet 2012, site <http://www.who.int>, consulté le 20/08/2012.
3. Fédération des maisons médicales. La recherche action en maison médicale. Santé conjuguée. 2004;30
4. IAAT. Guide méthodologique du travail en commun : la technique du groupe nominal. Avril 2005. Trouvé le 14/04/2013 sur le site www.iaat.org/telechargement/guide_methodo/2_8_groupe_nominal.pdf
5. HAS. Note de cadrage « Algorithmes de dépistage des hépatites B et C », novembre 2009, trouvé sur le site www.has-sante.fr consulté pour la dernière fois le 10/11/2012.
6. Weinbaum CM, Williams I, Mast EE, et al. Recommendations for identification and public health management of persons with chronic hepatitis B virus infection. *MMWR Recomm Rep* 2008;57(RR-8):1-20.
7. HAS. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C, dernières mises à jour le 13/01/2012, trouvé sur le site du HAS consulté pour la dernière fois le 10/11/2012
8. Centers for disease control and prevention. Hepatitis B. Chapter 3. Carte trouvée sur le site <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-b.htm>, le 16/08/2012.
9. HAS. Hépatite chronique B, Guide des affections de longue durée, octobre 2006. Trouvé sur le site www.has-sante.fr consulté pour la dernière fois le 10/11/2012
10. Rantala M, van de Laar MJ. Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe – a review. *Euro Surveill.* 2008;13.
11. J-P. Mulkay. Hépatite B ; dépistage et traitement, *Rev Med Brux*, 2012
12. Thad Wilkins. Hepatitis B : Diagnosis and Treatment, *American Family Physician*, April 2010 ; 15 :81(8) : 965-972
13. Anna S. F. Lok1 and Brian J. McMahon. Chronic Hepatitis B: Update 2009. *HEPATOLOGY*, Vol. 50, No. 3, 2009
14. Carrefour hépatites. Site <http://hepatites.be/hepatite-b/> consulté pour la dernière fois le 02/02/2013.
15. INPES. Dépistage du VIH et des IST, Repères pour votre pratique, novembre 2007 Sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf> trouvé le 03/03/2013.
16. ELPA. Presentation of EASL White book : The burden of liver disease in Europe“ at literature review event, Understanding the burden of liver disease – why urgent action is needed!“ 2013-03-05 trouvé le 15/04/2013 sur le site <http://www.elpa-info.org/elpa-news---reader/items/easl-white-book-the-burden-of-liver-disease-in-europe.htm>
17. OMS. Site <http://www.who.int> de l'OMS, septembre 2012
18. Site officiel de vaccination de la communauté française www.vaccination-info.be/, consulté le 10/09/2012.
19. Amber Huntzinger, AASLD Updates Chronic Hepatitis B Recommandations, *Hepatology*, February 2007
20. Pr. J. Delwaide. « Hépatites : rappels et nouveautés », Liège, Enseignement de formation continue de l'A.M.Lg., le 19 octobre 2012.
21. Liaw YF, Chu CM. Hepatitis B virus infection. *Lancet* 2009 ; 373 : 582-92
22. EASL. Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection, *Journal of Hepatology* 2012 vol. 57 j 167–185
23. Jongen Philippe. Le Réseau santé wallon. Santé Conjuguée, octobre 2011, n°58

- 24.** RSW. Intégration des médecins et institutions de santé au Réseau Santé Wallon au 31 mars 2013, trouvé le 16/04/2013 sur le site www.reseausantewallon.be
- 25.** Centre pour l'égalité des chances et de lutte contre le racisme, site <http://www.diversite.be> consulté le 20/04/2013.
- 26.** Tableau de bord population 2007 de la ville de Liège, site <http://www.liege.be/telechargements/pdf/vie-communale/carte-de-visite/liege-tableau-de-bord-population-2007.pdf> consulté le 21/02/2013.
- 27.** Editorials BMJ. How to tackle rising rates of liver disease in the UK, All health professionals must strive to detect risk factors and intervene early BMJ | 16 FEBRUARY 2013 | VOLUME 346
- 28.** Centre Belge d'Information Pharmaco thérapeutique, site www.cbip.be consulté le 20/08/2012.
- 29.** P. Deltenre et al. : HBV infection in Belgium : Results of de BASL observatory of 1.456 HBsAg carriers. Acta Gastro-Enterologica Belgica, Vol. LXXV, January-March 2012
- 30.** Brian J. McMahon, MD, et al, Internist Diagnosis and Management of Chronic Hepatitis B Virus Infection. The American Journal of Medicine, Vol 125, No 11, November 2012
- 31.** J-P Unger, Professeur de Santé Publique à l'Institut Tropical d'Anvers. « Quelles leçons tirer de quelques expériences positives de politiques de santé publiques en Amérique Latine ? », Liège, Conférence du groupe Nord-Sud de l'IGL, le 05/03/2013.
- 32.** S. Chevaliez, JM Pawlotsky. Virus de l'hépatite B : quels outils virologiques pour le clinicien ? La lettre de l'hépato-gastro-entérologie, Vol IX, n°4, septembre 2006.
- 33.** Sophie Alain : Hépatites B occultes/variants , Service de Bactériologie-Virologie-Hygiène CHU Dupuytren-Limoges
- 34.** Institut de biologie clinique de l'ULB. Fiche d'analyse transaminases. Site http://www.ulb-ibc.be/repertoire%20_IBC/transaminases.aspx, consulté le 17/01/2013
- 35.** A. Lamprocye (1), J. Belaiche (2), J. Delwaide (3). LE FIBROSCAN® : une nouvelle méthode d'évaluation non invasive de la fibrose hépatique, Rev Med Liège 2007; 62 : Synthèse 2007 : 68-72
- 36.** Marc Jamouille, Michel Roland. La CISP, une classification en soins de première ligne et une méthode de traitement de l'information en médecine ambulatoire Communication au Colloque 'Classifications des patients des secteurs stationnaire et ambulatoire', PCS Suisse, Société Suisse pour la Politique la Santé, Berne, 10 novembre 2000, trouvé sur le site <http://www.ulb.ac.be> le 25/02/2013.
- 37.** Hyams KC. Risks of chronicity following acute hepatitis B virus infection : a review. Clin Infect Dis 1995 ; 20 : 992-1000
- 38.** J-F Cadarrel et al. Epidemiology oh chronic hepatitis B infection in France : risk factors for significant fibrosis – results of a nationwide survey. Aliment Pharmacol Ther 26, 565-576, 2007
- 39.** Fédération SOS hépatites. Site http://www.soshepatites.org/infos/foie_hepatites.htm consulté le 20/08/2012.
- 40.** DGSIE (direction générale statistique et informations économie). Chiffres population 2010-2012. Site http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/population_chiffres_population_2010 - 2012.jsp consulté le 20/04/2013.
- 41.** INAMI. Spécialités pharmaceutiques - Conditions de remboursement. Chapitre 4. http://www.inami.fgov.be/inami_prd/ssp/cns2/pages/SpecialityDisplayDet.asp?qs_Spc_Cod=00239466&qs_CrtSeaG=ENGERIX-B&qs_MnuTypSea=1 consulté le 20/04/2013.

- 42.** Marijke Avonts, Hanne Cloetens, Christine Leyns, et al. Demande d'examens de laboratoire par les Médecins Généralistes : Recommandation de Bonne Pratique, SSMG 2011.
- 43.** Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique – Hors série. Rev Prescrire 2011 ; 31 (338 suppl. interactions médicamenteuses) : 457

6. ANNEXES

ANNEXE 1 : Méthode de recherche bibliographique à partir du site du Cebam

ANNEXE 2 : Fiche vierge de récolte de données de patients atteints d'hépatite B

ANNEXE 3 : Rappel et définition des différents stades de la maladie

ANNEXE 4 : Tableau avec les données de la revue des dossiers des patients avec un ES
« Hépatite B – Chronique »

ANNEXE 5 : Quel suivi et à quelle fréquence pour les patients non traités ? Quels patients doivent-être référés au spécialiste pour être traités ?

ANNEXE 6 : Bilan de base lors de la découverte de l'Ag HBs positif

ANNEXE 7 : Formulaire de demande de PCR VHB et critères de remboursement

ANNEXE 8 : Le dépistage des affections hépatiques en médecine générale
(Recommandations de bonnes pratiques de la SSMG 2011)

ANNEXE 9 : Prise en charge des patients Ac anti-HBc isolés

ANNEXE 10 : Brochure d'information venant du CLPS

ANNEXE 1 : Méthode de recherche bibliographique



Accueil

sponsored by
INAMI



Cebam Search (First time user check the help function)

Directives Cliniques

Liens francophones

- SSMG : consulté, rien trouvé sauf fiche info patient sur vaccination
- Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé : consulté
- Publications INAMI : consulté
- Répertoire des recommandations de bonne pratique francophone (CISMeF-BP) : consulté
- Haute Autorité de Santé (France) : consulté
- Organisation mondiale de la santé : consulté
- Moteur de recherche Conseil Supérieur de la Santé : consulté
- Vax Info
- Belgian Screening Tools outils d'évaluation de l'activité infirmière (BeST)
- Recommandation de bonnes pratiques en soins infirmiers

Liens néerlandophones

- Domus Medica (WWW)
- Richtlijnen Kenniscentrum (KCE)
- RIZIV richtlijnen
- Nederlands Huisartsengenootschap
- CBO
- Zoekmotor Hoge Gezondheidsraad
- Vax Info

Autres langues

- EBMPRACTICENET

Manuel électronique EBM

- Clinical Evidence (BMJ version) : consulté

Livres online

- Ebrary e-books collection

Revues Systématiques

- Cochrane Library : consulté
- DARE: Database of abstracts of reviews of effects
- JBI Best Practice
- Medion (Systematic review on diagnostic research)

Lecture critique

- ACP Journal Club
- EBM tijdschriften
- Folia Pharmacotherapeutica (FR) : consulté
- Folia Pharmacotherapeutica (NL)
- Journaux EBM : fait

- Clinical Knowledge Summaries (Prodigy) – username & password = 'cebam99'
- Guideline Finder UK
- National Guideline Clearinghouse
- New Zealand Guidelines Group
- WHO

Meta-moteurs de recherche EBM

- Meta-moteur francophone – Cismef : consulté
- PEDro – The Physiotherapy Evidence Database
- PEDro – la base de données de la physiothérapie
- Sumsearch
- Tripdatabase

Outils Linguistiques

- BabelMeSH
- Inter-Active Terminology for Europe (IATE)

- MINERVA : fait
- Pearls (Courriels Cochrane en Français)
- Pearls (Cochrane Primary Health Care Field)

Medline & Cochrane Central

- Cinahl and Pre Cinahl
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Medline (via Ovid)
- Medline (via PubMed) : consulté

Diagnostic

- Klinische Diagnostiek

Information médicamenteuse

Pharmacologie

- BCFI (NL)
- CBIP (FR) : consulté
- Cybele (medicatie bij zwangerschap/lactatie)
- Farmacotherapeutisch kompas
- Formulaire MRS (FR)
- Micromedex – Summary Documents & Diseasedex
- WZC Formularium (NL)

Revues de Médecine Générale

La Revue de la Médecine Générale (SSMG) : consulté

~~Huisarts en Wetenschap (NL, 1 an d'embargo)~~

American Family Physician (USA, 1 an d'embargo) : consulté

The Journal of Family Practice (USA, 6 mois d'embargo) : consulté

Canadian Medical Association Journal (Canada, Fr/Eng) : consulté

Canadian Family Physician (Canada, Fr/Eng) : consulté

Bandolier (UK) : consulté

Big Five

Annals of Internal Medicine - ACP Journal Club : consulté

JAMA : consulté

New England Journal of Medicine : consulté

The British Medical Journal : consulté

The Lancet : consulté

Journaux EBM

Evidence-Based Medicine : consulté

Evidence-Based Gastro-Enterology : consulté

~~Evidence-Based Mental Health~~

~~Evidence-Based Nursing~~

~~Evidence-Based Ophthalmology~~

ANNEXE 2 : Fiche vierge de récolte de données de patients atteints d'hépatite B

- Données socio-démographiques :
 - Nom
 - Prénom
 - DN
 - Sexe
 - Numéro de dossier (DSI)
 - Date inscription :
 - Date de désinscription
 - Pays d'origine ?
 - Nationalité ?
 - Langue
 - Titulaire du patient
 - Actif / Passif
 - Données mutuelles
 - Date inscription AMU
 - Etat civil (i, c ?)
 - ES actif / ES passif
 - ES significatif / ES non significatif
 - ES personnel / ES familial
- Historique de l'infection :
 - Date de l'élément de soin
 - Age du diagnostic
 - Facteurs de risque du VHB (origine de la transmission)
 - Co morbidités
- Echographie hépatique réalisée à quelle fréquence ? (D41)
- Echéances dans le dossier informatique ? Réalisées ?
- Information sur le traitement passé, en cours ou futur ?
- Données histologique : score METAVIR (si cirrhose)
- Nombre de personnes dans la famille suivie à la maison médicale
- Nombre de personnes dans la famille non suivie à la maison médicale
- Famille dépistée et vaccinée
- Patient informé des mesures de prévention pour éviter la transmission ? Echéance dans dossier ? (D49, P49, D63)
- Données biochimiques : encodées dans DSI ?
- Au niveau du suivi
 - D34 prise de sang problème digestif
 - D43 prévention
 - P49 dépistage alcool
 - D63 contact programmé problème digestif
 - D33 sérologie hépatite b
 - B33 sérologie HIV
 - X33 et Y33 : dépistage MST chez une femme ou chez un homme
 - D41 échographie
- Au niveau des comorbidités : Eléments de santé encodés et à quelle date
 - Hépatite A (D72)
 - Hépatite C (D72)
 - Hépatite D
 - HIV (B90)
 - Alcool (P15)
 - Cholestérol (T93)

- Cirrhose (D97)
- Dépendance (P19)

Données biologiques repris dans les dossiers des patients atteints d'hépatite B

NOM :

Prénom :

Date													
Transaminases													
Alpha FP													
Gamma GT													
Bilirubine													
PAL													
INR													
Hémogramme (et plaquettes)													
Cholestérol													
Ag HBs													
Ac anti-HBs													
Ac anti-HBc													
Ac anti-HBe													
Ag HBe													
ADN HBV													
Ac HAV													
Ac HCV													
Ac HDV													
Ac HEV													
HIV													
Syphilis													

ANNEXE 3 : Rappel et définition des différents stades de la maladie

Histoire naturelle de la maladie :

La Figure 1 montre l'évolution naturelle de la maladie. L'évolution de l'hépatite B aigüe dépendra de l'âge au moment de l'infection. Si cette dernière survient à la naissance, 90 à 95 % des individus développeront une hépatite chronique alors que si elle survient durant l'enfance, 25 % évolueront vers l'hépatite chronique. Si elle survient à l'âge adulte, seulement 5 % des individus évolueront vers la chronicité. Plus l'hépatite sera symptomatique et le patient moins immunodéprimé, moins cette hépatite aura de chance d'évoluer vers la chronicité et se résoudra sans séquelle (37).

L'évolution naturelle de l'hépatite B chronique est variable et dépendra essentiellement de l'importance de la charge virale et de la réponse immune du patient. Le risque de développer un hépatocarcinome, est plus élevé en cas de cirrhose et de charge virale élevée (11).

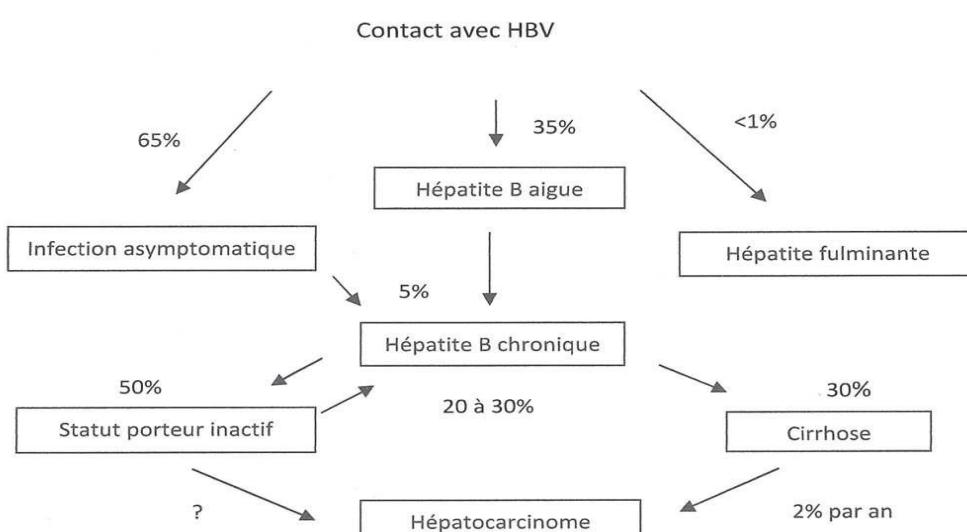


Figure 1 : Histoire naturelle de l'hépatite B (11)

Hépatite B aigüe :

- Ag HBs + découvert il y a moins de 6 mois,
- IgM anti-HBc positifs,
- TGP (ALT) >10x la norme supérieure en l'absence de signes de maladie chronique hépatique (38).

L'évolution des marqueurs sérologiques en phase aigüe est exposée en Figure 2 (39).

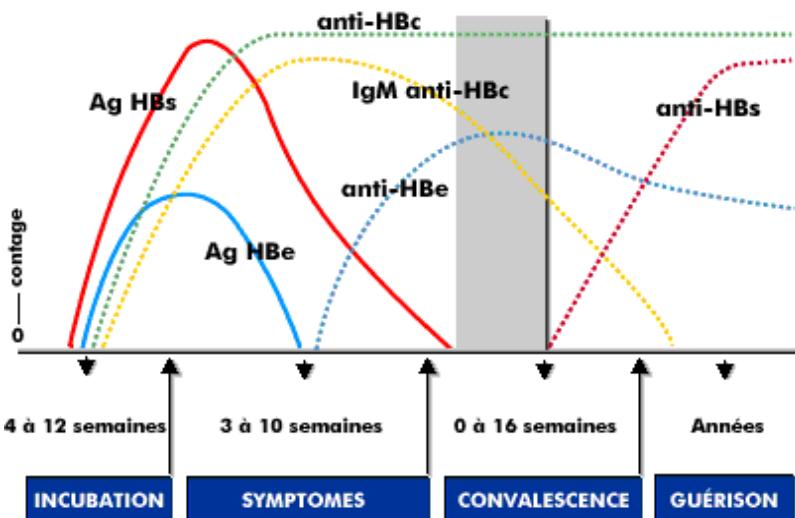


Figure 2 : graphique de l'évolution des marqueurs sérologiques en phase aigüe de l'hépatite B

Il y a 95 % de guérison spontanée à cette phase de la maladie. La guérison peut être affirmée sur la disparition de l'Ag HBs et l'apparition de l'Ac anti-HBs (20).

On observe une fenêtre sérologique dans laquelle les Ag HBs ont disparu alors que les Ac anti-HBs ne sont pas encore présents : il est donc utile de doser les anticorps anti-HBc, dont les IgM anti-HBc (38).

Le traitement antiviral n'est pas recommandé à la phase aigüe car il diminue la réaction inflammatoire qui lutte contre le virus de l'hépatite B. Les signes biologiques de la guérison sont la perte de l'Ag HBe dans les 4 mois, la perte de l'Ag HBs avant 6 mois et l'apparition d'Ac anti-HBc (20).

Hépatite B chronique :

L'infection au virus de l'hépatite B est considérée comme chronique lors de la persistance du virus pendant plus de 6 mois (12).

Elle évolue en quatre phases distinctes comme illustrée dans le Tableau 1 qui montre comment faire la différence entre les phases (11). La charge virale et l'histologie hépatique ont volontairement été enlevées de ce tableau par soucis de facilité d'utilisation pour le médecin généraliste.

Tableau 1 : différentes phases d'hépatite B chronique (11)

	Immunotolérance Ag HBe +	Hépatite B chronique active	Statut porteur inactif	Hépatite chronique Ag HBe négatif
Transaminases	Normales	Élevées ou fluctuantes	Normales	Élevées ou fluctuantes
Ag HBe	Positif	Positif	Négatif	Négatif
Indication de traitement	Non	OUI	Non	OUI

Explication détaillée des différentes phases de l'hépatite chronique :

1) Immunotolérance : C'est la phase où (voir figure 3)

- Ag HBs + depuis plus de 6 mois
- Ag HBe +
- ADN viral du VHB est élevé
- les transaminases sont dans les limites de la normale.

Cette phase peut perdurer de 10 à 30 ans. Cette phase d'hépatite B chronique est généralement associée à une infection acquise à la naissance ou au cours de la petite enfance. La clairance spontanée de l'Ag HBe est rare (< 1 % par an).

➔ A ce stade, il n'y a pas d'indication de traitement (11). Le traitement s'envisagera plus tard car il y a beaucoup de virus présent mais cette virémie est bien tolérée et donc il n'y a pas de lésion hépatique (20).

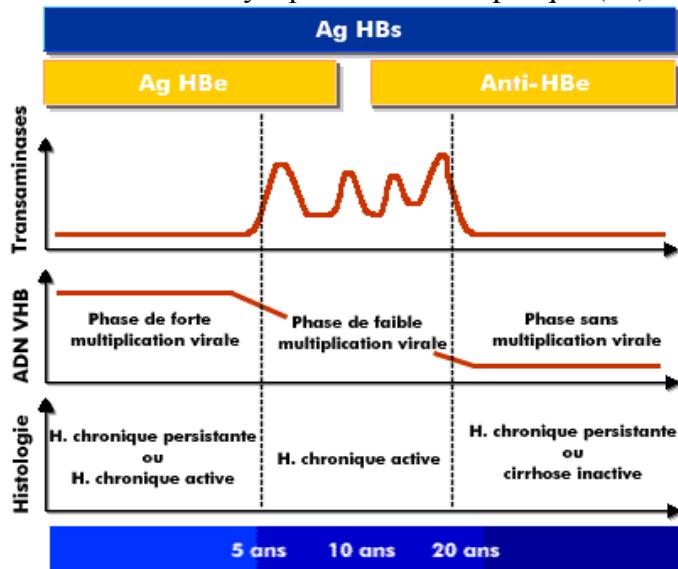


Figure 3 : Graphique sur l'évolution de l'hépatite B (39)

2) Hépatite B chronique active Ag HBe +

C'est une phase qui se caractérise par des lésions hépatiques pouvant varier d'une inflammation légère à la cirrhose. La clairance spontanée de l'Ag HBe peut survenir à un taux de 10 à 20 % par an et peut s'accompagner fréquemment d'une cytolysé hépatique. Chaque "tentative" avortée de clairance de l'Ag HBe accompagnée d'une exacerbation de l'hépatite entraînera une évolution plus rapide vers la cirrhose. Si l'infection est contractée à l'âge adulte, cette phase de clairance sera la première phase de l'infection (11).

Les examens sanguins et la biopsie montreront (29), (38) :

- Ag HBs + depuis plus de 6 mois
- Ag HBe +
- Ac IgM anti-HBc négatifs,
- taux d'ALT élevés et
- biopsie hépatique montrant une hépatite chronique.

C'est à ce moment que les lésions hépatiques se créent. Plus cette phase est longue, plus le risque de cirrhose future est élevé. C'est une phase où le traitement doit être instauré (20).

3) Porteur inactif (ou porteur sain) :

C'est souvent la troisième phase de l'infection pour les patients infectés à la naissance et la deuxième pour ceux infectés à l'âge adulte.

Cette phase est de bon pronostic car les lésions inflammatoires sont minimes à l'histologie et le degré de fibrose est variable. La clairance de l'Ag HBs peut encore survenir mais à un taux faible de 0,5 à 2 % par an. Cependant, 4 à 20 % des patients peuvent présenter plus d'un épisode de réversion, à savoir une réapparition de l'Ag HBe et donc une récidive de réPLICATION virale justifiant la nécessité d'un suivi régulier chez ces porteurs inactifs (11).

Les examens complémentaires montreront :

- Ag HBs positif depuis plus de 6 mois,
- **ALT < normes supérieures** à raison de 3 mesures répétées dans les 12 derniers mois,
- Ag HBe négatif et
- Ac anti-HBe positifs,
- absence de co-infections par le HCV, le HDV ou le HIV,
 - ➔ les patients n'ont pas de traitement pour l'hépatite B quand ils sont porteurs sains, les tests hépatiques et le taux de plaquettes doivent être normaux, absence d'autre cause de maladie hépatique (par exemple, l'alcoolisme ou des causes métaboliques ou auto-immune) et une échographie hépatique normale (38).
 - ➔ C'est une phase où les lésions sont acquises, comme par exemple les patients africains contaminés pendant l'enfance où l'adolescence, il y a peu de lésion et donc il n'y a pas de traitement à cette phase (20).

4) Hépatite B chronique active Ag HBe négatif et Ac anti-HBe positifs :

Cette phase se caractérise par une réPLICATION virale persistante et fluctuante malgré l'absence d'Ag HBe et cela suite à la mutation de la région précore/core du génome viral.

30 % des patients souffrant d'une hépatite B chronique développeront une cirrhose, l'incidence annuelle étant de 2 à 6 % pour les Ag HBe positifs et de 8 à 10 % pour les Ag HBe négatifs.

L'incidence annuelle du cancer du foie (hépatocarcinome) est de 2 à 3 % en cas de cirrhose et < 1 % en absence de cirrhose (11).

Les examens complémentaires montreront à cette phase (38) :

- Ag HBs + depuis plus de 6 mois
- Ag HBe négatif et
- Ac HBe positifs en l'absence de traitement antiviral,
- absence ou présence de faible taux d'anticorps IgM anti-HBc,

- augmentation du taux d'ALT à au minimum une occasion et
- biopsie hépatique montrant une hépatite chronique.
 - ➔ Les lésions hépatiques sont variables et ces patients sont dans une phase d'immunoclairance et de réactivation.
 - ➔ C'est la situation la plus fréquente chez nous pendant des décennies et qui mène à la cirrhose car phase où les lésions s'accumulent également.
 - ➔ Cette phase est également propice au traitement (13), (20).

Le but du traitement est de diminuer la virémie afin de diminuer l'incidence de la cirrhose et de l'hépatocarcinome (20).

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale	Pays de naissance	Nombre d'années en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Comorbidités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemen ancien ou en cours ?
1	26	M	20, Centre Croix-Rouge	3.5	Tanzanie (demandé au patient car pas dans dossier)	6	PORTEUR INACTIF en 01/2011	Plus de pds depuis 2 ans, alphaFP il y a 3 ans, sérologies aussi	1x en 2010	Non	Echo foie encodées	Alcool négatif en 2009, non immunisé hépatite A	?	Non	Non
2	32	F	30, spécialiste HIV car ↑ TGP	3.5	Gabon	4.5	Ac anti-HBc + isolés	Doute sur le statut pendant 3 ans car Ag HBs -, Ac HBs -, Ac HBc + et résultats de la PCR en 2010, non connue par MG et MS -> recherche au labo CHU (suite à la revue du dossier 01/2013) : PCR HBV – en 2010 : NON INFECTEE, NON IMMUNISEE : patiente à vacciner	Non	Non	Oui, pour les transaminases (car perturbées et doute si attribution à la pilule ou à l'Hépatite chronique B)	HIV avec taux de CD4 bas	Enfants nés en Belgique donc vaccinés Et le MG a proposé la vaccination hép B à la patiente qui a accepté	Pour le HIV	Pour le HIV uniquement
3	44	F	34, autre maison médicale	4.5	Niger	10	PORTEUR INATIF en 2012	Pause de 3 ans dans le suivi, plus de alphaFP depuis 2 ans	1x en 2008	2x (2010,2011)	Non	Alcool négatif en 2009 ; immunisé hépatite A	?recommandé par spécialiste en 2008 (2 enfants nés au Niger)	Oui, 1 seul rapport en 2008	Non

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale	Pays de naissance	Nombre d'années de résidence en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Comorbidités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemennt ancien ou en cours ?
4	25	F	23, gynécologue lors de la première grossesse	2	Turquie	3	HEPATITE B CHRONIQUE ACTIVE (Ag HBe +)	Par spécialiste après mise au point du MG	2012	PCR demandée d'abord par MG	Non	Immunisé contre l'hépatite A	?	Oui	Oui, depuis 10/2012
5	40	M	38 (à la maison médicale mais est passé par un Centre Croix-Rouge	2	Sénégal	4	HEPATITE B CHRONIQUE ACTIVE (Ag HBe négatif)	1x/an, transaminases perturbées	1x en 2012	Non	Oui (prise de sang contrôle hép B, PCR et alphaFP, référence hépatologue en attente)	Immunisé contre l'hépatite A	?	Oui en 2010 et prises de sang récentes envoyées au spécialiste qui demande à voir le patient à nouveau	Oui en 2010 puis stoppé, spécialiste demande à revoir le patient car transaminases perturbées
6	40	M	40	4	Angola	?	HEPATITE B ANCIENNE (AG HBs négatif, Ac anti-HBs+, Ac anti-HBc +) - > mauvais encodage	Pas approprié	Non	Non	Non	Immunisé contre l'hépatite A	?	Non	Non

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale	Pays de naissance	Nombre d'années de résidence en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Comorbidités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemennt ancien ou en cours ?
7	56	M	54 (autre médecin traitant)	4	?	?	Ag HBs + en 2009, pas d'autres sérologies demandées	Pas de sérologies retrouvées, pas de dépistage IST	1x en 2011	Non	Non	?	?	Oui, gastroentérologue (pas de rapports reçus)	?
8	29	M	27 (autre maison médicale)	0.5	Guinée Conakry (a eu tatouages en Guinée)	2.5	HEPATITE B CRONIQUE ACTIVE (Ag Hbe +) avec fibrose sévère (fibroscan 2011)	Oui, fréquent (1x/3 à 6 mois), alpha FP (dernier en 09/2011) alors que recommandé 1x/6mois car fibrose sévère	1x/6 mois (recommandé car fibrose sévère)	En 2011, +	Non	Pas d'alcool, pas de drogue IV, immunisé hépatite A	? épouse en Belgique, enfants en Afrique en 2010	Oui en 2011 et 2012 (6x)	Oui en 02/2012 (et formulaire 9ter rempli par spécialiste), après ? plus de rapport de spécialiste et plus de biologies)
9	43	M	10 (autre MG en Belgique)	5	Corée	38	HEPATITE B ANCIENNE	Oui, 5 sérologies sur 12 ans pour en tirer la conclusion que c'est une hépatite B ancienne car il y avait notion d'hépatite B dans le dossier et changements de MT (alors que l'Hépatite B était déjà guérie en 2000)	1x en 2008 car tests hépatiques altérés	Non	Non	Consommation excessive d'alcool (-> tests hépatiques perturbés, confusion hépatite b active) et immunisé hépatite A	?	Oui, gastroentérologue en 2008 qui a redemandé une sérologie hépatite B car tests hépatiques perturbés)	Non

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale	Pays de naissance	Nombre d'années de résidence en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Comorbidités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemennt ancien ou en cours ?
10	31	F	30.5, maison médicale St-Léonard	1 AM U	? Afrique	?	En 09/2012 : Ag HBs + (pas encore confirmation de l'hépatite chronique), Ac anti-HBc+, Ac anti-HBe+, TGP et TGO : N	À refaire en mars 2013 pour confirmation hépatite chronique	Au diagnostic : normale	Non	Prise de sang en attente pour 03/2013	?	?	Non	Non
11	43	M	41, maison médicale St-Léonard	3.5	Guinée (infirmier au pays)	6	PORTEUR INACTIF EN 10/2011	1x en 10/2011	Non	Non	Échographie hépatique en attente pour 01/2012	Immunisé contre hépatite A	?	Non	Non
12	42	M	41.5, centre Croix-Rouge	0.5	Guinée Conakry	2	HEPATITE B ANCIENNE (mais encodé dans DI comme active)	Il avait été constaté en 2011 que l'hépatite B était guérie mais sérologies recommandées à la maison médicale car dossier Croix-Rouge donné après par le patient	Non	Non	Non	Néoplasie anale et insuffisance rénale	?	Non	Non
13	82	F	?	0.5	Chili	? (> 30 ans)	Ac anti-HBc isolés	Ag HBs -, Ac anti-HBs -, Ac anti-HBc+, TGO et TGP normales -> sérologies refaites	Non	Non	Non	Autres pathologies sans lien	? Famille venant du Chili à dépister	Non, pas en Belgique	Non, pas en Belgique

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale	Pays de naissance	Nombre d'années de résidence en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Comorbidités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemennt ancien ou en cours ?
14	42	M	37, à la maison médicale St-Léonard	5.5	Congo	20	PORTEUR INACTIF en 2010	5x depuis 2007, plus depuis 7/2011, plus de sérologie depuis 04/2010	1x en 2011	Jamais mais question posée en 2007	Oui pour prise de sang, en attente pour 2012	?	? mais évoqué en 2007 pour le conjoint et les 3 enfants	Oui 1x en 2010	?
15	26	M	23.5, à la maison médicale	2.5 AM U	Guinée-Conakry	5	?	En 07/2010 Ag HBs +, Ac anti-HBs-, Ac anti-HBc +, TGox10, TGPx2, pas de sérologie Ac et Ag HBe	Fait en 2010	Non	Oui, pour échographie en 2010 et 2011	Problème d'accessibilité soins de santé-sécurité sociale	?	Non	Non
16	35	M	25, centre Croix-Rouge	4.5	Guinée-Conakry	7	PORTEUR INACTIF en 2011	Plus de prise de sang depuis 09/2011 (TGP), plus de sérologie depuis 03/2009, jamais eu de sérologie HBe. 5 prises de sang retrouvées dans le dossier en 10 ans	Non	Non	Oui, prise de sang et échographie en attente depuis 2010	?	?	Non	Non
17	44	M	41 (?) : à la maison médicale St-Léonard	5	Angola	23	PORTEUR INACTIF en 2010	Plus de prise de sang depuis 04/2010	Non	Non	Non	Immunisé contre l'hépatite A, alcool +	?	Non	Non

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale	Pays de naissance	Nombre d'années de résidence en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Co morbidités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemennt ancien ou en cours ?
18	30	F	25 : maison médicale Saint-Léonard	5.5	?	?	PORTEUR INACTIF en 2007	Plus de prise de sang depuis 2010, sérologies en 2007 et 2008, alphaFP en 2008 et 2010 (3 prises de sang en tout)	1x en 2010	Oui + en 2008	Non	?	? a un enfant	Non	Non
19	41	F	36 : maison médicale Saint-Léonard	5.5	?	Min 13	PORTEUR INACTIF en 2009	De 1999 à 2008, 10 prises de sang avec plusieurs sérologies HIV et transaminases perturbées (> 1.5x la normale). Sérologies en 2008 et 2009 puis stop, suivi transaminases (valeur normale) tous les 6 à 9 mois de 2010 à 2012. alphaFP faite 1x/an.	1x en 1999 (perturbation tests hépatiques sans sérologies), 1x 2008 et 1x 2012. FIBROSCAN en 2010	1x 2008 (par gastro-entérologue)	Oui 1prise de sang faite en 2009	Pas d'alcool, Pas d'immunisation contre l'hépatite A.	Discuté en 2008 par gastro-entérologue mais fait ?	Oui, 3x en 2008 et 2009	Non
20	39	M	32.5 : par ancien MT dans autre maison médicale	3	?	8	PORTEUR INACTIF en 2010	3 prises de sang de 2006 à 02/2010 puis plus rien	Non	Non	Non	Alcool occasionnel	?	À priori non	Non

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale (années)	Pays de naissance	Nombre d'années de résidence en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Co morbilités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemen ancien ou en cours ?
21	20	M	17	2.5	Rwanda	4	Ac anti-HBc positifs isolés	5 sérologies en 3 ans avec Ac HBc isolés	Non	Non, à faire pour classer le diagnostic et informer le patient ?	Non	Patient a voulu donner son sang mais refusé définitivement car Ac anti-HBc isolé + ; mauvaise information , Pas d'alcool	?	Non	Non
22	43	M	41.5 : par la maison médicale Saint-Léonard	3 AM U	Ghana	5	Ac anti-HBc positifs isolés (dans dossier diagnostic d'hépatite B chronique non active)	1x dosage Ac anti-HBs et Ac anti-HBc sans Ag HBs puis dosage Ag HBs seul	Non	Non mais demandée dans dossier, non réalisée	Non	HTA, obésité, diabète, hypercholestérolémie -> certificat 9 ter rempli	Non	Non	Non
23	47	F	27, par ancien médecin traitant	5.5	Inde	41	PORTEUR INACTIF en 2012	8 sérologies en 20 ans, toujours transaminases normales	Non	ADN HBV non détecté en 2007	Non	Immunisée contre l'hépatite A	?	En 1994, médecin traitant avait eu un contact avec un spécialiste	Non

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale (années)	Pays de naissance	Nombre d'années de résidence en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Co morbilités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemen ancien ou en cours ?
24	29	M	25 : Centre Croix-Rouge	? : AM Umi n 2 ans	Guinée	2.5	HEPATITE B CHRONIQUE ACTIVE (Ag Hbe +)	4 ^{ème} sérologie avec Ag HBe + et perturbation des tests hépatiques : contact avec spécialiste pour envisager traitement, a eu une seule fois un dosage d'alphaFP	1 x en 2010, 1x en 2011, 2x en 2012, + scan abdo en 2010 (demandé par centre Croix-Rouge) + gastroscopie + fibroscan 2011	1 ^{ère} PCR 2 ans après diagnostic alors que Ag HBe + et TGP x5 dès le diagnostic, puis PCR avant traitement et en cours de traitement	Oui, échographie, prise de sang, gastroscopie, certificat 9ter	Personnalité schizoïde, Pas d'alcool, Varices œsophagiennes et gastropathie d'hypertension portale à suivre 1x/an par gastroscopie, patient dépressif, isolement social car hépatite B	Non	Oui, après appel du MG pour informations quant au stade de la maladie et aux possibilités de traitement	Oui, traitement en cours, Baraclude depuis 8/3/2012 : diminution réPLICATION virale et séroconversion Ag HBe – et Ac HBe +
25	32	M	28 : Centre Croix-Rouge	3	Guinée-Conakry	5	PORTEUR INACTIF en 2010	Plus de sérologies hépatiques depuis 2010, contrôle transaminases 4x en 5 ans dont 2x TGO et TGP augmentés (> 1.5x la normale)	Normal en 2010 et en 2012	Non	1 prise de sang, suivi des enzymes hépatiques en attente planifiée (12/06/2013)	Alcool modéré (2010), suspicion sarcoïdose, atcd BK, malaria et fièvre typhoïde	Non	Non	Non

ANNEXE 4 : Tableau : données de la revue des dossiers des patients avec un ES « Hépatite B – Chronique »

Patient	Age (années)	Sexe	Age du diagnostic (années) et fait par qui ?	Age du suivi à la maison médicale (années)	Pays de naissance	Nombre d'années de résidence en Belgique	Statut Sérologique	Suivi : biologique	Suivi écho graphique du foie	Suivi PCR	Échéances dans dossier informatique ?	Co morbidités / ES à surveiller	Dépistage entourage et vaccination ? (info dans dossier)	Vu par un spécialiste ?	Traitemen ancien ou en cours ?	
26	33	M	24 : lors de son arrivée en Belgique, par le médecin du CPAS	5	Rwanda	8.5	PORTEUR INACTIF (en 06/2011)	Dernière prise de sang en 06/2011, 1 prise de sang en 2004 puis 1 en 2007 puis 1 en 2009 et une en 2011 (transaminases augmenté (entre 1x et 1.5x en 2009 et en 2011)	En 2009 et 2011 : écho normales (un soignant se demandait en 2011 si l'échographie était à réaliser car transaminases élevées)	En 2004 et 2007 alors que transaminases normales	Non		Dépendance alcool (7 bières/jour)	Dans une consultation de 2009 : mise au courant du patient et vit seul.	Non	Non

ANNEXE 5 : Quel suivi et à quelle fréquence pour les patients non traités ?

Pour ce qui est des patients ne nécessitant pas de traitement (immunotolérants et porteurs inactifs), ils seront suivis régulièrement en consultation, le plus souvent en médecine générale, tous les 6 mois au minimum (9).

- Biologie :

- Tester TGP, TGO 1x/3 mois la première année puis 1x/6 mois,
 - Gamma GT et INR 1x/6 mois,
 - Ag HBe et ADN VHB 1x/an,
 - Alpha-foetoprotéine 1x/an sauf si cirrhose ou hépatite sévère (suivi spécifique)
- **Echographie abdominale** 1x/an sauf si cirrhose ou hépatite sévère (suivi spécifique)

Suivi spécifique chez les patients cirrhotiques ou atteints d'hépatite chronique sévère (à l'histologie : score METAVIR F3-F4) (9) :

Le suivi ici plus haut doit être renforcé pour le dépistage du carcinome hépatocellulaire et les varices œsogastriques doivent être surveillées :

- Echographie abdominale et alpha-foetoprotéine 1x/6 mois
- Fibroscopie Oeso-gastro-duodénale : tous les 1 à 3 ans selon la taille des varices)

Quels patients doivent-être référés au spécialiste pour être traités ?

Selon l'EASL (Association européenne d'étude du foie), le traitement antiviral est préconisé pour les patients qui ont (10), (11) :

- une charge virale > 2000 UI/ml (= environ 10 000 copies/ml), des transaminases (ALT) supérieures à 1 fois la normale et une inflammation ou une fibrose modérée à sévère à la biopsie hépatique et cela qu'ils soient Ag HBe positif ou négatif.
- Le traitement doit également être envisagé si les transaminases sont normales à condition que la charge virale soit élevée (> 2.000 UI/ml) et que les lésions hépatiques soient modérées à sévères.
- Le traitement s'impose si les transaminases sont à 2 fois la normale et que la charge virale est supérieure à 20.000 UI/ml quel que soit le statut Ag HBe (positif ou négatif). Dans ce cas, la biopsie hépatique n'est pas indispensable selon l'EASL.

Ces deux dernières indications ne peuvent cependant être suivies à la lettre en Belgique car la réalisation d'une biopsie hépatique d'une part et des transaminases élevées d'autre part sont indispensables pour le remboursement des traitements antiviraux (11).

ANNEXE 6 : Bilan de base lors de la découverte de l'Ag HBs positif :

(9)

- En cas d'Ag HBs positif, la HAS recommande le contrôle sur un deuxième prélèvement.
- ADN du VHB (voir demande spécifique en annexe) : Evaluation de l'activité virale de l'infection :
 - ADN du VHB > 100 000 copies/ml pour l'hépatite chronique Ag HBe positif
 - ADN du VHB > 10 000 copies/ml pour l'hépatite chronique Ag HBe négatif.
- Remarque pour le VHA : Recherche des Ac IgG anti-VHA : la vaccination vis-à-vis du VHA est recommandée si les Ac IgG anti-VHA sont négatifs (9), (12).
- Examen paraclinique :
 - Echographie abdominale
- Recherche de contre-indications à l'interféron si traitement envisagé :
- Diagnostic biologique de grossesse
- ECG chez les patients de > 40 ans ou en cas de cardiopathie connue
- Examen ophtalmologique à la recherche d'une xérophtalmie en cas de symptomatologie évocatrice
- Avis psychiatrique, qui doit être indispensable en cas d'antécédents de manifestations psychiatriques
- Rechercher les facteurs augmentant le risque de développer un hépatocarcinome (12) :
 - Abus d'alcool
 - Histoire familiale de carcinome hépatocellulaire
 - Consommation de tabac
 - Autres ; sexe masculin, âge avancé et infection de longue durée, cirrhose, origine africaine ou asiatique, co-infection HBV et HDV, ADN VHB > 10 000 UI/mL, génotype C du HBV, présence de l'Ag HBe.

Dépistage de l'hémochromatose

HEMATOLOGIE		REINS - IONS - OS			GLUCIDES/LIPIDES/RISQUE CV	
<input type="checkbox"/> VS (<i>si pas fibrinogène</i>)		<input type="checkbox"/> Protéines	<input type="checkbox"/> Sg	<input type="checkbox"/> Ur	<input type="checkbox"/> Ur24h	<input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun
<input type="checkbox"/> Hémoglobine		<input type="checkbox"/> Urée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insuline à jeun
<input type="checkbox"/> Globules rouges/ HMT		<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glycémies fractionnées :
<input type="checkbox"/> Leucocytes		<input type="checkbox"/> Acide urique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 11h <input type="checkbox"/> 15h
<input type="checkbox"/> Formule		<input type="checkbox"/> Sodium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insul. à h h h
<input type="checkbox"/> Plaquettes,		<input type="checkbox"/> Potassium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C peptide à jeun <input type="checkbox"/> à h
<input type="checkbox"/> Réticulocytes		<input type="checkbox"/> Chlore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HbA1c diabète
<input type="checkbox"/> Fer		<input type="checkbox"/> Magnésium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HbA1c non diab. <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Transferrine (<i>coeff. sat.</i>)		<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HGPO + insul. : <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ferritine		<input type="checkbox"/> Phosphore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HGPO + Cptp. : <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vitamine B12		<input type="checkbox"/> Osmolalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Test O'Sullivan (grossesse)
<input type="checkbox"/> Ac. folique sérique		<input type="checkbox"/> MDRD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acide lactique
<input type="checkbox"/> Ac. folique érythro		<input type="checkbox"/> Cockcroft	<input type="checkbox"/> Poids: kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Micro albuminurie (diab.)
<input type="checkbox"/> Electrophorèse Hgb		<input type="checkbox"/> Clearance créat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glucosurie
<input type="checkbox"/> Haptoglobine (<i>hémolyse</i>)		<input type="checkbox"/> * Urines de 24h indispensables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides
		<input type="checkbox"/> PTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total
		<input type="checkbox"/> 25 OH Vit. D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dosage HDL (+ calcul LDL)
		<input type="checkbox"/> Crosslaps (CTX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dosage LDL (sans calcul HDL)
		<input type="checkbox"/> Phosph.Alc.Os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Max 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Homocystéine (<55ans) 4*max 2H
		<input type="checkbox"/> Ostéocalcine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CRP ultrasensible (<i>si pas CRP</i>)
		<input type="checkbox"/> Eq. Acide Base	<input type="checkbox"/> 4*max 30'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Calcium ionisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Max 2	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> T4 libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> euthyroïde	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> T3 libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Ac.anti-TPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Max 1	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Ac.anti-thyroglobuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Ac.récepteurs TSH (<i>monitoring</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Thyroglobuline (<i>si patho thyro</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Calcitonine	<input type="checkbox"/> Max 2H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Iode urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Test TRH	<input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 20' <input type="checkbox"/> 60'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Prolactine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dépistage de l'hépatocarcinome

MARQUEURS ONCO		MÉDICAMENT/INTOXICATION	
I MONITORING	DEPISTAGE !	Digoxine	Théophylline
<input type="checkbox"/> Alpha foeto (fœt)	<input type="checkbox"/> PSA (<i>> 50 ans</i>)	<input type="checkbox"/> Phénobarbital	<input type="checkbox"/> Phénytoïne
<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> PSA libre (<i>si PSA 2 à 10</i>)	<input type="checkbox"/> Ac. valproïque	<input type="checkbox"/> Ethosuccimide
<input type="checkbox"/> CA 15.3 (<i>sein</i>)	<input type="checkbox"/> CA 19.9 (<i>colorectal</i>)	<input type="checkbox"/> Carbamazépine	<input type="checkbox"/> Oxcarbazépine
<input type="checkbox"/> CA 125 (<i>ovaire</i>)	<input type="checkbox"/> NSE	<input type="checkbox"/> Keptra	<input type="checkbox"/> Lamotrigine
<input type="checkbox"/> LHCG bêta libre	<input type="checkbox"/> Chromogranine A	<input type="checkbox"/> Lithium	<input type="checkbox"/> Amiodarone
<input type="checkbox"/> Cytomégalovirus		<input type="checkbox"/> Ciclosporine	<input type="checkbox"/> Tacrolimus
PARASITES		<input type="checkbox"/> Ethanol	<input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/>
Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> IGG	<input type="checkbox"/> Carboxy Hgb	<input type="checkbox"/> Méthémoglobine
	<input type="checkbox"/> IGM	<input type="checkbox"/> Plombémie	<input type="checkbox"/> Cotinine urinaire
Goutte épaisse		<input type="checkbox"/> Screening urinaire drogues	
Ag plasmodium			

BACTÉRIE (MAX 4)		VIRUS MAX 8	
<input type="checkbox"/> ASL (<i>< 18 ans et susp. clinique</i>)		HIV (1+2, Ag+Ac)	<input checked="" type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> Borrelia (Lyme)		Paul et Bunnel	<input type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> TPHA		EBV (monuc)	<input type="checkbox"/> IgM
<input type="checkbox"/> Brucella			<input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hélicobacter		Cytomégalovirus	<input type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> Griffes chat (Bartonella) <input type="checkbox"/>		Herpes simplex	<input type="checkbox"/> IgG
RICK./MYCOPL./CHLAM.		Varicelle	<input type="checkbox"/> IgM
<input type="checkbox"/> Fièvre Q (cox burnet)		Rubéole	<input type="checkbox"/> EA
<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae		Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae		Oreillons	<input type="checkbox"/> IgM
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis		Echo/coxsackies	<input type="checkbox"/> IgG
		Influenza (<i>2x</i>)	<input type="checkbox"/> IgM
		Parainfluenza (<i>3x</i>)	<input type="checkbox"/> IgG
		Adénovirus	<input type="checkbox"/> IgM

Confirmation du portage chronique

Voir formulaire ad hoc *

Lexique :
Diagnostic des co-infections
* avec l'accord du patient
Recherche des comorbidités

ANNEXE 7 : Formulaire de demande de PCR VHB et critères de remboursement

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE Laboratoire de Biologie Moléculaire FAX Microbiologie: 04/366.24.40		 Microbiologie-LRS Fax LRS: 04/366.75.47														
Formulaire de demande de PCR Microbiologie-LRS																
NOM : Prénom : Date de naissance : <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F Adresse du patient : Mutuelle : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">OU coller ici l'étiquette du patient</div>	<p>Case réservée au laboratoire</p> <p>Date d'arrivée : Etiquette labo</p> <table border="1" style="margin-top: 20px;"> <tr><td>EDTA</td><td></td></tr> <tr><td>COAGULE</td><td></td></tr> <tr><td>CITRATE</td><td></td></tr> <tr><td>HEPARINE</td><td></td></tr> <tr><td>SERUM</td><td></td></tr> <tr><td>AUTRE(S)</td><td></td></tr> <tr><td>INITIALES</td><td></td></tr> </table>		EDTA		COAGULE		CITRATE		HEPARINE		SERUM		AUTRE(S)		INITIALES	
EDTA																
COAGULE																
CITRATE																
HEPARINE																
SERUM																
AUTRE(S)																
INITIALES																
NOM, prénom, adresse et code INAMI du médecin prescripteur Date et signature :																
Hépatite B																
Détection quantitative du virus de l'hépatite B (96.50 €)		10 ml EDTA*														
Règles diagnostiques : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lors de l'initialisation d'un traitement chez les patients chroniques positifs pour l'antigène HBs. <input type="checkbox"/> Pour le suivi du traitement de patients chroniques positifs pour l'antigène HBs <input type="checkbox"/> Dans le cas de remontée subite des signes d'hépatite chez les patients chroniques HBsAg positifs, sur base des tests hépatiques anormaux. 		Fréquence autorisée 1 fois, sauf au cours de la première année, au maximum 3 fois Maximum 2 fois/an Maximum 2 fois/an														
(*) = tubes non ouverts, à envoyer au laboratoire dans la journée du prélèvement																
Hépatite C																
Détection qualitative du virus de l'hépatite C par PCR (64.33 €)		10 ml EDTA*														
Règles diagnostiques : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suspicion d'infection HCV chez un enfant d'une mère démontrée HCV-positive <input type="checkbox"/> Confirmation de la présence de HCV chez un patient démontré positif pour les anticorps anti-HCV. Indiquer le résultat du test EIA de dépistage (Ratio). Par défaut, le laboratoire CDM recommencera l'analyse. Résultat du test de dépistage : Ratio = Sample / cut-off = Nom du test utilisé : <input type="checkbox"/> Confirmation d'une infection HCV chez des patients immuno-compromis, présentant des symptômes d'hépatite (y compris les patients dialysés), même en cas de résultat négatif de détection des anticorps anti-HCV <input type="checkbox"/> Lors d'un accident par piqûre par une personne HCV positive à condition que la victime développe des signes fonctionnels indicatifs d'une hépatite 		Fréquence autorisée 1 fois 1 fois 1 fois endéans les 3 mois de l'apparition des symptômes 1 fois endéans les 3 mois qui suivent l'établissement des faits.														
Détection quantitative du virus de l'hépatite C par PCR (96.50 €)		Fréquence autorisée														
Règles diagnostiques : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> suivi de traitement (pour autant que cela soit justifié dans le contexte du suivi de traitement) 		1 fois par période de traitement 3 fois par période de traitement														
Typage du génotype du virus de l'hépatite C (128.66 €)																
Indiquer le résultat de la charge virale si celle-ci n'a pas été réalisée par notre laboratoire. En absence d'information, nous réaliserons une mesure de la charge virale en 'Baseline'. UI/mL																
Règles diagnostiques : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lors de l'initialisation du traitement 																
<input type="checkbox"/> Cocher ici lorsque les analyses sont demandées en dehors des règles diagnostiques et spécifiez ci-après la raison de votre demande. Les analyses seront facturées au patient.																
Raison de la demande :																
A faire signer par le patient : "Je déclare avoir reçu des informations claires sur l'utilité de réaliser les analyses demandées. Ces analyses n'étant pas remboursées par la sécurité sociale, je marque mon accord pour en supporter le coût qui me sera facturé par le laboratoire" Date : le .../.../..... Signature :																

ANNEXE 8 : Le dépistage des affections hépatiques en médecine générale (Recommandations de bonnes pratiques de la SSMG 2011)

(42)

Quand faut-il pratiquer un dépistage des affections hépatiques?

- en cas de signes spécifiques de maladie hépatique aiguë ou chronique
- en cas de fatigue persistante et/ou de signes généraux laissant présager une maladie hépatique

Dépistage, même en l'absence de signes de maladie hépatique,

- en cas de risque d'hépatite virale pour cause de comportement sexuel à risque
- d'usage de drogues par voie intraveineuse
- de transfusion sanguine avant 1992
- d'accident de piqûre
- prise prolongée prévue de statines et de médicaments potentiellement hépatotoxiques comme les antiépileptiques, les contraceptifs oraux ou les statines
- les patients diabétiques, dyslipidémies et obèses compte tenu du risque de stéatose hépatique non alcoolique ou stéatose hépatique (NASH), la maladie du foie la plus fréquente à part l'hépatite virale
- les patients ayant une consommation excessive d'alcool, pour avoir un aperçu de la fonction hépatique ainsi que des arguments supplémentaires pour inciter le patient à réduire sa consommation d'alcool.

Quels examens de laboratoire demander ?

- GGT et TGP de base (TGP plus sensible si pathologie hépatique aigue, GGT (plus sensible si pathologie hépatique chronique)
- Si GGT ↑ : doser les PAL pour différencier un problème hépatocellulaire (GGT ↑) d'un problème de type cholestatique (PAL ↑)
- Si risque d'affection virale : sérologies hépatite B et hépatite C (Ac anti-HCV) et IgM anti-VHA si contact avéré d'une personne proche)
- Si ictere : doser bilirubine directe et indirecte
- Si suspicion de lésion hépatique d'origine alcoolique : doser les TGO et en général : TGO > TGP

Remarque : L'hémochromatose, acquise ou génétique, est une pathologie fréquente au sein de la population blanche avec une prévalence de 0,5%.

Un patient icterique dont l'INR est élevé, ce qui peut être le signe d'une hépatite fulminante, doit être référé. Un INR de >1,31 chez un patient qui n'est pas sous thérapie anticoagulante orale est le signe d'une grave atteinte hépatique. L'intéressé sera adressé immédiatement à un spécialiste.

Si, en cas de suspicion d'une hépatite virale aiguë, la sérologie VHA, VHB et VHC est négative et si une réaction toxique aiguë à des médicaments, à des drogues ou à l'alcool est improbable, on demandera en complément un test CMV et une sérologie EBV.

Recommandations en cas d'hépatite de cause inconnue

- **Hépatite supposée chronique et de cause virale** (individu symptomatique ou transaminases élevées) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-VHC

Remarque : La période d'incubation du VHB est de 90 jours en moyenne (de 30 à 180 jours) et le virus peut être détecté 30 à 60 jours dans le sérum après le contact (2).

- **Hépatite supposée de cause médicamenteuse** : éliminer la cause virale ou alcoolique, demander si un nouveau médicament a été introduit (médicament connu pour être hépatotoxique, voir liste des médicaments dans annexe)

La toxicité hépatique du paracétamol est augmentée chez certains patients, en cas d'affection hépatique, de consommation importante d'alcool, de malnutrition, de jeûne prolongé ou d'anorexie, de traitement par médicaments inducteurs enzymatiques, d'ingestions répétées de surdoses, même modérées, de *paracétamol*. Chez ces patients à risque accru de toxicité hépatique, mieux vaut éviter d'atteindre la dose maximale habituellement fixée à 4 g par jour chez les adultes (43).

Médicaments qui entraînent ou agravent une atteinte hépatique (43)

- **des médicaments utilisés dans le traitement des cancers** : le paclitaxel, la gemcitabine, l'oxaliplatin, le raltitrexed, le pémétrexed, le tegafur + uracil, le géfitinib, l'erlotinib, le lapatinib, le sorafénib, le tamoxifène, le torémifène ; les antiandrogènes non stéroïdiens : le flutamide, le bicalutamide, le nilutamide ; la cyprotérone ; l'estramustine ; les sétrons ;
- **des médicaments à visée cardiovasculaire** : l'amiodarone, les inhibiteurs calciques, le nicorandil, la quinidine, l'hydroquinidine, le disopyramide, le flécaïnide, la propafenone, la méthylétine, la méthyldopa, les antivitamine K notamment la fluindione, le rivaroxaban, le dabigatran, la ticlopidine, le clopidogrel, le prasugrel, les statines, l'ézétimibe, l'acide nicotinique, le bosentan ;
- **des antibiotiques** : les cyclines, l'amoxicilline + acide clavulanique, des céphalosporines, les macrolides, le linézolide, la moxifloxacine, la nitrofurantoïne, les aminosides, l'association sulfaméthoxazole + triméthoprime alias cotrimoxazole, l'isoniazide, le pyrazinamide, la rifampicine ;
- **des antifongiques** : la terbinafine, le kéroconazole ;
- **les antirétroviraux** ;
- **un antiacnéique** : l'isotrétinoïne ;
- **des hypoglycémiants** : les sulfamides hypoglycémiants, l'acarbose, les glitazones, le répaglinide ;
- **un antithyroïdien**, le propylthiouracil ;
- **des antalgiques** : le paracétamol en cas de surdose (l'atteinte est mortelle au-delà de seuils, variables selon les situations), des AINS (en particulier le nimésulide), le néfopam ;
- **des immunodépresseurs** : la ciclosporine, le tacrolimus, l'azathioprine, le sirolimus, l'évérolimus, le méthotrexate, des anti-TNF alpha, le léflunomide, le rituximab ;

- **des antiépileptiques** : la carbamazépine, l'acide valproïque, la phénytoïne, la fosphénytoïne, le phénobarbital, la primidone, la lamotrigine, le topiramate, le zonisamide, la gabapentine, la prégalbine, le lévétiracétam, le felbamate, la vigabatrine ;
- **des antiparkinsoniens** : l'entacapone, la tolcapone ;
- un médicament de l'asthme : le montélukast ;
- **des antidépresseurs** : la miansépine, la mirtazapine, la tianeptine, la duloxétine, l'agomélatine ;
- **des médicaments utilisés en rhumatologie ou en gastro-entérologie** : la sulfasalazine, la mésalazine, la pénicillamine, les sels d'or, le strontium ;
- **des médicaments de la goutte** : l'allopurinol, le fébusostat, le probénécide ;
- **des plantes** : la germandrée petit-chêne, le kava, la chélidoine.

ANNEXE 9 : Prise en charge des patients Ac anti-HBc isolés

Ce profil peut correspondre à plusieurs situations cliniques : (2), (5), (33)

- Faux positif
- Evolution naturelle de l'hépatite B :
 - o Fenêtre sérologique (après la disparition de l'Ag HBs et avant l'apparition des Ac anti-HBs) : dure quelques semaines, contrôle 3 mois après.
 - o Perte des Ac anti-HBs alors que l'infection est ancienne : patient à vacciner*
- **Infection occulte** : Infection chronique à bas niveau de réPLICATION (ADN <10 000 copies/ml sérum). La PCR HBV dans ce cas-ci n'entre pas dans les critères de remboursement. Elle peut néanmoins être recommandée par un spécialiste pour des personnes plus à risque d'infection occulte.

* La vaccination des patients avec un statut Ac anti-HBc isolés positifs est en général recommandée (5), (13).

ANNEXE 10 : Brochure d'information venant du CLPS

Ed. Resp. Thierry Martin. Les IST. Plate-forme Prévention Sida

LES HÉPATITES B ET C

SYMPTÔMES

Ils peuvent apparaître entre 2 et 8 semaines après la contamination.

- Fièvre
- Fatigue
- Jaunisse

> Puis ils disparaissent, pouvant laisser place à une hépatite chronique [dans près de 80% des cas d'infections pour l'hépatite C] avec un risque d'évolution vers la cirrhose et le cancer du foie].

> Les symptômes peuvent passer inaperçus alors qu'on a été infecté. Il faut donc se protéger son/sa/ses partenaire[s] après une prise de risque.

DÉPISTAGE

Prise de sang

TRAITEMENTS

Traitements appropriés si déjà infecté [combinaison de deux médicaments]. Même en cas de traitement, il arrive qu'on ne guérisse pas. L'hépatite devient chronique.

MODES DE TRANSMISSION SPECIFIQUES

- Hépatite B: risque faible transmission par la salive (baiser profond), risque élevé: transmission lors de rapport sexuel non protégé (pénétration anale et vaginale), partage de seringues et de matériel de snif, mais aussi de la mère à l'enfant.
- Hépatite C: transmission par le partage de seringue et de matériel de snif et lors de rapports sexuels avec contact avec du sang ou des muqueuses blessées [rapports sexuels violents comme le viol, pénétration anale brutale, ...], mais aussi de la mère à l'enfant.
- L'hépatite A n'est pas une IST, cependant elle peut se transmettre par analingus.

MODES DE PROTECTION

- Hépatite B: vaccin [combiné à celui de l'hépatite A].
- Pas de vaccin actuellement pour l'hépatite C.
- Utilisation de matériel propre en cas d'injection ou de snif.
- Préservatif
- Ne pas partager le matériel de toilette (brosse à dents, rasoir, coupe-ongles). Cette précaution est importante étant donné que le virus de l'hépatite, contrairement à celui du sida, est très résistant à l'air libre, jusqu'à plusieurs semaines.

Le vaccin contre l'hépatite B s'effectue chez votre médecin généraliste et est gratuit pour les enfants et adolescents. Il s'agit de 3 voire 4 injections.



A noter que ce vaccin est également combiné à celui de l'hépatite A.

11