

CONNAISSANCES, ATTITUDE ET PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES ATTEINTS D'HEPATITE C EN REPUBLIQUE DU BENIN

KODJOH N¹., WADAGNI AC¹., KPOSSOU AR¹., SAKE ALASSAN K¹., VIGNON R²,
AZON – KOUANOU A³., HOUINATO D⁴.

1. Service d'Hépatologie – gastroentérologie. CNHU-HKM. Cotonou.

2. Service d'Hépatologie-gastroentérologie. Hôpital d'Instruction des Armées. Cotonou.

3. Service de Médecine Interne. CNHU-HKM Cotonou.

4. Coordonnateur du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (LMNT).
Ministère de la Santé. Cotonou.

Correspondant : KODJOH N. Point Focal Bénin de l'Initiative Panafricaine de Lutte contre les Hépatites IPLS).

• Email : nicolaskodjoh@gmail.com

RESUME

Introduction : L'hépatite C représente un problème important de santé publique au Bénin. Ce travail avait pour objectifs d'évaluer les connaissances des médecins généralistes en matière de prise en charge de cette pathologie, et de déterminer l'ampleur de leurs besoins de formation en la matière.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique portant sur 150 médecins généralistes dans les villes de Cotonou et d'Abomey-Calavi au Bénin, en 2009. Elle a été menée selon une technique de sondage à deux degrés.

Résultats : La population étudiée était jeune (moyenne d'âge : 32,6 ans $\pm$ 8,4 ans). Peu de médecins généralistes (6%) connaissaient la prévalence estimée de l'hépatite chronique C au Bénin. La voie sanguine était le principal mode de contamination rapporté (82,7%), mais les populations à risque en rapport avec cette voie étaient ignorées. La voie sexuelle venait en 2ème position avec 62,7%. Une faible proportion des enquêtés (20%) savaient l'existence d'un traitement curatif. Les mesures préventives les plus souvent conseillées étaient le port de préservatifs (53,3%) et le non partage des objets de toilette et de soins corporels (47,3%).

Conclusion : Cette enquête a permis de relever des insuffisances dans les connaissances des médecins généralistes et une inadéquation entre les connaissances et leur pratique en matière de prise en charge de l'hépatite C.

Mots clés : Hépatite C, connaissances, attitude, pratique, médecins généralistes.

ABSTRACT

Knowledge, attitude and practice of general practitioners regarding hepatitis C in Republic of Benin.

Introduction: Hepatitis C is a major public health issue. This work is an inventory of the knowledge of general practitioners (GPs) in care of this condition.

Methods: This is a descriptive and analytical cross-sectional study that examined 150 GPs in the cities of Cotonou and Abomey-Calavi in Benin, in 2009. It was conducted using a technique of two-stage sampling.

Results: The study population was young (mean age: 32.6 years $\pm$ 8.4 years). Few physicians (6%) knew the prevalence of chronic hepatitis C in Benin. The bloodstream was the main mode of transmission reported by physicians (82.7%), but populations at risk in relation to this channel are ignored by doctors. Sexual transmission was in second position with 62.7%. A small proportion of respondents (20%) knew that there was a cure for chronic hepatitis C. Preventive measures most often recommended were the use of condoms (53.3%) and not sharing personal hygiene items and personal care (47.3%).

Conclusion : This survey has identified shortcomings in the knowledge of GPs and inadequacy of their attitude and practice towards hepatitis C. It is important to establish continuing education on the disease to overcome this deficit.

Keywords: Hepatitis C, Knowledge, attitude, practice, general practitioners.

INTRODUCTION

L'hépatite virale C est une maladie endémique au Bénin. En l'absence de données portant sur la

population générale, les estimations [5, 15] et les travaux publiés [1, 14] lui donnent des prévalences

supérieures à 5%. Malgré l'ampleur de cette endémie, les patients atteints n'en sont pas suffisamment informés de sorte que le diagnostic est le plus souvent fait au stade de cirrhose compliquée (ascite, hémorragie digestive, cancer primitif du foie). Ces formes compliquées sont responsables d'une mortalité hospitalière élevée, 42, 3% dans ce groupe de malades [9].

Or des progrès considérables réalisés ces dernières années dans le diagnostic et le traitement de l'hépatite C ont permis d'améliorer considérablement le pronostic de cette affection. Mais pour faire profiter de ces avancées aux malades de notre pays, il faut que les médecins généralistes participent activement au dépistage et à la prise en charge des malades. Les objectifs de cette étude sont d'évaluer les connaissances, attitude et pratique des médecins généralistes en matière d'hépatite C, et de déterminer l'ampleur des besoins de formation en la matière, pour une lutte efficace contre cette endémie.

1. MATERIEL ET METHODES

L'enquête s'est déroulée de décembre 2008 à octobre 2009. Il s'agit d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique. La population étudiée a été celle des médecins généralistes exerçant dans les formations sanitaires privées et publiques des villes de Cotonou et d'Abomey-Calavi. La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz :

$$n = Z\alpha^2 pq / i^2$$

(α : risque de 1ère espèce ; $Z\alpha$: écart réduit correspondant au risque $\alpha = 1,96$; $p = 0,5$ ou 50% ; $q = 1-p(1-0.5) = 0.5$ ou 50% ; $i = \%$ de précision désirée pour nos résultats = 9%)

Ainsi, $n = (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 / 0,09^2 = 119$

L'échantillonnage a été constitué selon une technique de sondage aléatoire à deux degrés :

- Le 1er a consisté au tirage au sort de 50% des structures sanitaires publiques et de 25% des structures sanitaires privées. La base de sondage a été la liste des structures sanitaires publiques et privées des villes de Cotonou et

d'Abomey-Calavi. Ces renseignements ont été obtenus à la direction départementale de la Santé du Littoral et de l'Atlantique.

- Le 2ème degré a consisté au choix exhaustif des médecins généralistes dans les structures sanitaires retenues jusqu'à concurrence du nombre prévu. En définitif, au lieu du nombre minimum de 119 médecins attendus, l'étude a porté sur tous les généralistes présents à leur poste dans ces structures au moment de l'enquête.

La collecte des données a été réalisée par une interview directe. L'outil de collecte a été un questionnaire standardisé comportant outre les données démographiques, des informations relatives aux connaissances, attitude et pratique des médecins généralistes en matière de prise en charge des malades atteints d'hépatite virale C. Il s'agissait de patients porteurs des anticorps antivirus de l'hépatite C et qui avaient une élévation intermittente ou permanente de l'alanine amino – transférase, sans autre cause retrouvée. Les données collectées ont été saisies à l'aide du logiciel Epi DATA et analysées à l'aide du logiciel Epi INFO version 3.3.2. Les fréquences ont été comparées à l'aide du test de X^2 ; un $p \leq 0,05$ a été considéré comme statistiquement significatif.

2. RESULTATS

2.1. Caractéristiques de la population étudiée .

Les 150 médecins généralistes inclus dans l'étude se répartissent en 111 sujets de sexe masculin (74%) et 39 sujets de sexe féminin (26%), soit une sex-ratio de 2,8. Leur âge moyen était de 32,6 ans avec un écart-type de 8,4 ans. 91,3% d'entre eux avaient un mode d'exercice salarié. 84% exerçaient dans des centres hospitaliers, et 78% avaient moins de 10 ans d'exercice. Le tableau n° 1 résume les caractéristiques sociodémographiques des sujets enquêtés.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des sujets.

	Nombre de médecins	Pourcentage (%)
Sexe		
Femme	39	26,0
Homme	111	74
Groupe d'âge		
Moins de 29 ans	77	51,3
30-39 ans	44	29,3
40-49 ans	17	11,3
50 ans ou +	12	8
Mode d'exercice		
Libéral	13	8,7
Salarié	137	93,1
Cadre d'exercice		
Centre hospitalier,	126	84,0
Dispensaire	12	8,0
Cabinet de soins	12	8,0
Expérience professionnelle		
0 – 10 ans	117	78,0
10 – 20 ans	21	14,0
>20 ans	12	8,0

Dans le domaine de la formation continue, 8 sujets (5,3%) avaient affirmé avoir bénéficié d'une formation continue pour l'hépatite C. La plupart (98,7%) avaient affirmé que le généraliste avait un rôle dans la prise en charge des hépatites virales, mais seulement le tiers (34,7%) se sentait suffisamment préparé pour cette prise en charge.

2.2. Prévalence et évolution de l'hépatite chronique C

Sur le plan de la prévalence, seulement 9 médecins sur les 150 (6%) connaissaient le taux de portage chronique du virus de l'hépatite C (VHC) au Bénin, lequel est estimé à 5,3% [13].

En ce qui concerne l'évolution des hépatites, 5 médecins soit 3,3% connaissaient la proportion de personnes atteintes d'infection aiguë par le VHC et évoluant vers la chronicité; et 8 médecins (soit 5,3%) connaissaient la proportion de patients ayant une hépatite chronique qui évoluent vers la cirrhose.

2.3. Modes de contamination

Le tableau n° 2 résume les connaissances des médecins sur les voies de transmission du VHC selon la durée de leur expérience professionnelle.

Tableau II. Voies de transmission rapportées

	Durée d'expérience professionnelle					
	0-10 ans		10 ans ou +		Total	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Sanguine	97	82,9	27	81,8	124	82,7
Sexuelle	71	60,7	23	69,7	94	62,7
Salivairo-sudorale	37	31,6	14	42,4	51	34
Materno-fœtale	35	29,9	4	12,1	39	26
Digestive	29	24,8	15	45,5	44	29,3

2.4. Populations à risque

Les populations à risque d'hépatite C le plus souvent rapportées par les enquêtés étaient les agents de santé (52,7%) suivis des prostituées (40%) et des sujets transfusés (28,7%) sans autres précisions. Étaient faussement considérés comme groupes à risque, les populations à bas niveau socio-économique (7,3%) et les populations à mauvaise hygiène alimentaire (4,7%).

2.5. Traitement

35 médecins (23,3%) pensaient qu'il existe un traitement curatif contre l'hépatite C aiguë. Pour la forme chronique de l'hépatite C, 30 (20%) attestaient de l'existence d'un traitement curatif. Dans ce groupe, l'interféron était proposé par 60% des praticiens. Enfin un seul médecin sur l'ensemble proposait la ribavirine.

2.6. Prévention

En matière de prévention de l'hépatite C, parmi les 117 médecins de moins de dix ans de pratique, 52 (44,4%) affirmaient qu'il n'existe pas de vaccin anti-VHC, contre 13 (39,4%) dans le groupe de ceux qui ont plus de dix ans d'exercice. La différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative ($p=0,45$). 53,3% des enquêtés conseillaient le port de préservatif, 47,3% le non partage des objets de toilette et de soins corporels avec l'entourage, 16,7% le dépistage des sujets contacts et 15,3% la vaccination des sujets dépistés séronégatifs. Enfin, 21,3% des médecins ne savaient pas quels conseils donner pour éviter la contamination par le VHC.

3. DISCUSSION

Cette étude est une première sur le thème en Afrique

subsaharienne. Dans la littérature médicale en général, peu de travaux sont disponibles sur ce même sujet. Tous les 150 médecins généralistes inclus dans cette étude ont répondu à l'enquête. Le taux de participation était donc de 100%, ce qui témoigne de l'intérêt que les médecins généralistes portent à la question des hépatites. Ce taux est proche de celui de 94% noté lors d'une enquête sur l'hépatite C réalisée en France en 2003 dans la région d'Auvergne [2]. Il est identique au taux de réponse obtenu en 2003 dans les Alpes maritimes et dans l'est du Var [11].

Les médecins enquêtés étaient des sujets jeunes : 8 fois sur 10 ils étaient âgés de moins de 40 ans. Dans 78% des cas ils avaient moins de 10 ans de pratique. Ces caractéristiques se rapprochent de celles de la population d'une étude en Turquie dans la région de Samsun en 2002, auprès de médecins généralistes portant sur les hépatites B et C [12] : la moyenne d'âge était de $31,3 \pm 4,8$ ans. Pour ce qui est de la formation continue, elle était quasi inexistante au Bénin puisque seulement 5% des médecins généralistes en avaient bénéficié. De même dans l'étude turque [12], 11,6 % seulement des médecins avaient assisté à des congrès sur le sujet.

La quasi-totalité (94%) des enquêtés ignoraient la prévalence de l'hépatite C au Bénin, laquelle est d'au moins 5% selon les estimations [5, 15]. Dans une étude iranienne sur les hépatites B et C en 2009 portant sur les professionnels de la santé, un peu plus de la moitié des enquêtés (52,2%) ignoraient la prévalence de l'hépatite C dans leur pays [8].

Dans notre étude, peu de médecins (5,3%) connaissaient la proportion de malades atteints d'hépatite C évoluant vers la cirrhose, qui est de 20 % 10 à 20 ans après la contamination. Au plan de la transmission,

l'hépatite C se transmet principalement par le sang et ses dérivés. Les modes de transmission qui venaient en tête dans cette enquête étaient les voies sanguines (82,7%) et la voie sexuelle (62,7%). Or le mode de transmission sexuel est exceptionnel pour le VHC [5, 15]. La contamination materno-fœtale a été citée par 26% des médecins, ce risque est en réalité exceptionnel pour le VHC. Les drépanocytaires et les malades hémodialysés n'ont pas été cités dans les populations à risque. A noter que la prévalence des anticorps anti-VHC chez les drépanocytaires transfusés au Bénin était de 17% dans une étude antérieure [7]. Au total, il y a une certaine discordance entre les connaissances sur les modes de transmission et l'identification des populations à risque. Cette discordance s'explique en partie par une confusion avec l'infection par le VIH, l'une des maladies prioritaires pour lesquelles des formations sont organisées au bénéfice des Médecins généralistes.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a, dans la grande majorité des cas, pas de traitement curatif pour l'hépatite C aiguë contrairement à l'opinion de 23% des praticiens interrogés. Après exposition au VHC, notamment suite à une piqûre accidentelle, aucun traitement antiviral n'est préconisé à visée prophylactique [6]. Le traitement (à base d'interféron) n'est préconisé qu'en cas de détection dans le sérum d'ARN du VHC et plus généralement en présence d'une hépatite C aiguë confirmée avec mise en évidence de l'ARN à la PCR. Quant à l'hépatite chronique, 20% des enquêtés connaissaient l'existence d'un traitement pour cette affection, mais ils n'étaient plus que 12% à citer l'interféron ; la ribavirine n'était connue que d'un seul médecin. Le traitement en fait repose sur une bithérapie associant l'interféron pégylé et la ribavirine pendant 24 ou 48 semaines selon le génotype en cause [3]. L'indication de traitement repose sur l'activité biologique appréciée par le dosage des aminotransférases, et l'activité histologique. L'appréciation de l'activité histologique se heurte à la non disponibilité des examens qu'elle implique : ponction – biopsie du foie suivie de l'examen anatomopathologique, ou marqueurs sérologiques de la fibrose [4, 10] : Fibrotest, Actitest, ou élastométrie impulsométrique : fibroscan

CONCLUSION

Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite chronique C. Cette enquête a permis de relever des insuffisances dans leurs connaissances en la matière. On note aussi une inadéquation de leur attitude et pratique dans la prise en charge des patients atteints de cette maladie, avec une certaine confusion avec l'infection par le VIH. Il est nécessaire d'améliorer les connaissances de ces professionnels de la santé sur l'hépatite C. Mais pour être efficaces,

les actions à mener doivent s'inscrire dans un cadre global en faisant de la question des hépatites une priorité nationale conformément à la résolution WHA63R18 de l'OMS.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ABDOULAYE I, SIEBERTZ B, AKPONA S, SOUMANOU M, GBADAMASSI BO, AGOSSOU B.**
Prévalence des marqueurs sérologiques sur les dons de sang au Bénin
Le Bénin Médical 2004 ; 28 : 5 – 9
2. **BONNY C, RAYSSIGUIER R, UGHETTO S, AUBLET-CUVELIER B, BARANGER J.**
Pratiques et attentes des médecins généralistes en matière d'hépatite C dans la région d'Auvergne. Gastroenterol Clin Biol 2003 ; 27 : 1021-1025
3. **Conférence de consensus. Traitement de l'hépatite C.** Gastroenterol Clin Biol 2002 ; 26 : B303-B331
4. **Conférence de consensus. Hépatite C : dépistage et traitement.** Gastroenterol Clin Biol 1997; S202-S2016
5. **DESENCLOS JC.**
L'infection par le virus de l'hépatite C dans le monde : importance en santé publique. Virologie 2003 ; 7 (3) : 177 – 191
6. **GRANGE JD.** Conférence de consensus. Traitement de l'hépatite C. Gastroenterol Clin Biol 2002 ; 26 : B32-B37
7. **JEANNEL D, FRETZ C, TRAORE Y, KODJOH N, BIGOT A, PÉ GAMY E, et al.**
Evidence for high genetic diversity and long-term endemicity of hepatitis C virus genotype 1 and 2 in West Africa. J Med Virol 1998 ; 55: 92-97
8. **KABIR A, TABATABAEI SV, KHALEGHI S, AGAH S, KASHANI AHF, MOGHIMI M,**
Knowledge, attitudes and practice of Iranian Medical Specialists regarding hepatitis B and C. Hepat Mon 2010; 10 (3) : 176-182
9. **KODJOH N, SEHONOU J, SAKE K, MOUALA C.** Morbidité et mortalité dans un service hospitalier de Pathologie Digestive à Cotonou. Med Afr Noire 2008; 55(11) : 553-556.
10. **MATHURIN P, DE LEDINGHEN V.** Diagnostic of liver fibrosis in 2008. Gastroenterol Clin Biol 2008 ; 32 : 1-90