

Étude originale

Dépistage de l'infection par le VHC en médecine générale

État des lieux, nature des obstacles rencontrés – Étude GYMKHANA 1

par Jean-Pierre Aubert*, Stéphane Bouée**, Michelle Bentata*, Christophe Compagnon*, Bernard Elghozi*, Jean-Michel Livrozet*, Denis Mechali*, Jean-François Perdrieau*, Anne-Marie Py*, Willy Rozenbaum*, Olivier Taulera*, Alain Wajsbrot* et le groupe d'étude de Gymkhana
 * GERVIH (Groupe d'Études et de Recherche Ville-Hôpital), Paris, France.
 ** CEMKA-EVAL, 92340 Bourg-la-Reine, France.

R É S U M É

Objectif : étudier les procédures de dépistage de l'infection par le VHC utilisées par les généralistes de onze réseaux Ville-Hôpital français.

Méthode : une enquête d'évaluation rétrospective a été menée ; elle s'est appuyée sur une liste de 14 facteurs de risque d'infection par le VHC, déterminée à partir des recommandations Anaes de 2001. Les généralistes ont inclus, pendant une semaine de décembre 2002, la totalité des adultes vus en consultation. Un autoquestionnaire a permis de détecter ceux qui avaient un facteur de risque d'infection par le VHC ; le cas échéant, le médecin devait chercher dans

le dossier si un test avait été prescrit ; si aucun résultat n'était disponible, qu'un test ait été ou non prescrit, un questionnaire « fermé » permettait alors de déterminer les motifs de la non-prescription du test ou de sa non-disponibilité.

Résultats : 80 généralistes ont participé à l'étude et 4 390 questionnaires ont été exploités ; 85 % des patients avaient au moins un facteur de risque. Un test de dépistage avait été prescrit à 31 % des patients globalement, et plus précisément à 40 % des patients si ceux ayant au plus un seul facteur de risque mineur étaient exclus de la population à dépister. Si les facteurs de risque d'infection par le VHC étaient correctement identifiés par les généralistes dans le cas des patients infectés par le VIH, « injecteurs » ou « sniffeurs », par contre les gestes

chirurgicaux lourds antérieurs à 1992 et les gestes endoscopiques ne l'étaient pas. Globalement, près de 80 % des causes de non-prescription étaient liées à l'absence d'identification, par le médecin, des facteurs de risque d'infection par le VHC ou à l'absence de prescription d'un test sur un facteur de risque pourtant identifié.

Conclusion : l'amélioration du dépistage passe par une meilleure formation des généralistes au repérage des facteurs de risque. Afin d'optimiser le dépistage, certains facteurs de risque mineurs devraient être négligés, sinon il faudrait envisager un dépistage systématique en population générale tant la prévalence des facteurs de risque actuellement retenus y est élevée.

Rev Prat Med Gen 2005 ; 19 : 895-9.

La prévalence de l'infection par le VHC en France est estimée à 1 % environ.¹

Les deux principales sources de contamination sont la transfusion avant 1992 et l'usage de drogues intraveineuses. D'autres facteurs de risque ont été identifiés :² partage de matériel sans partage de la seringue chez les toxicomanes « injecteurs », partage de la paille chez les « sniffeurs »,^{3,4} hémodialyse, endoscopie en cas de défaut de stérilisation du matériel, actes chirurgicaux sanglants, tatouage, *piercing*, soins dentaires. La transmission de la mère à l'enfant et la contamination par voie sexuelle sont rares en l'absence de co-infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). Le risque de contamination par exposition aux liquides biologiques chez le personnel soignant existe ; il est estimé entre 3 et 5 % après une exposition au sang, mais il pourrait atteindre 10 % en cas de virémie forte du sujet source. Finalement, dans 20 % des cas, les circonstances de la contamination restent inconnues.^{1,2,5}

Quatre-vingts pour cent des sujets qui ont des anticorps anti-VHC sont virémiques ; ainsi, 400 000 à 500 000 personnes auraient une infection chronique par le VHC en France. La prévalence de l'in-

fection par le VHC est de 60 % environ chez les usagers de drogue intraveineuse. Elle serait d'au moins 25 % chez les détenus. Elle est d'environ 25 % chez les sujets infectés par le VIH, et 25 000 à 30 000 sujets auraient ainsi une co-infection VHC-VIH. Les actions d'incitation au dépistage ont conduit à augmenter fortement la proportion de personnes connaissant leur statut sérologique.

L'incidence n'est pas connue avec précision, mais on estime qu'elle est de l'ordre de 5 000 cas annuels en France dont 70 % étaient associés à la toxicomanie à la fin des années 1990.^{1,5}

Des recommandations pour le dépistage des populations à risque et pour le suivi des patients infectés ont été publiées, notamment en France.^{1,5,6}

Bien qu'aucun chiffre précis ne soit disponible, le nombre de personnes effectivement dépistées, prises en charge et régulièrement suivies pour leur infection par le VHC reste insuffisant en France.

Objectifs de l'étude. Dans une population de médecins sensibilisés comme celle des médecins de réseaux VIH, quels sont les obstacles au dépistage et à la prise en charge de l'infection par le VHC ? C'est ce que l'étude GYMKHANA 1 a tenté de déterminer. Ses objectifs étaient d'évaluer si, au sein des réseaux

DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VHC

Ville-Hôpital français, le dépistage et le suivi de l'infection par le VHC étaient réalisés en conformité aux recommandations, et de repérer les principaux obstacles :

- à la réalisation d'un test de dépistage de l'infection par le VHC chez les patients ayant des facteurs de risque identifiés ;
- à la réalisation d'un bilan paraclinique chez les patients VHC+;
- à la réalisation d'une biopsie hépatique chez les patients ayant une indication à ce geste ;
- à la mise en route d'un traitement contre le VHC lorsqu'il est nécessaire.

Le présent article n'aborde que la question des obstacles au dépistage de l'infection par le VHC.

MÉTHODES

Ce travail a été réalisé par les médecins généralistes et hospitaliers du GERVIH (Groupe d'études et de recherche Ville-Hôpital), groupe de recherche français qui réunit une quinzaine de réseaux de soins français travaillant dans le domaine des infections virales chroniques (VIH, VHB, VHC).

Ces médecins ont réalisé une enquête d'évaluation rétrospective, selon une méthodologie inspirée des recommandations de l'Anaes sur l'audit clinique.⁷ Cette étude a été faite une semaine donnée du mois de décembre 2002.

Les données de références utilisées

La pratique de référence que cette étude a cherché à évaluer était : « *Un médecin doit rechercher chez tous ses patients l'existence d'un facteur de risque d'infection par le VHC et, en cas d'identification de l'un d'entre eux, doit disposer du résultat d'un test de dépistage de cette infection* ».

L'application de cette pratique de référence suppose que soit déterminée la liste des facteurs de risque d'infection par le virus de l'hépatite C. Après une analyse soignée de la littérature scientifique sur le sujet, le groupe de pilotage a décidé de retenir la liste suivante :

1. Les personnes qui ont ou pourraient avoir reçu des produits sanguins avant 1992.
 2. Les hémophiles.
 3. Les hémodialysés.
 4. Les patients infectés par le VIH.
 5. Les toxicomanes par voie intraveineuse (toxicomanie actuelle ou passée, même de courte durée).
 6. Les usagers de drogues par voie nasale (toxicomanie actuelle ou passée, même de courte durée).
 7. Les personnes ayant eu un tatouage, un *piercing* (y compris des lobules d'oreilles), des scarifications, une mésothérapie ou de l'acupuncture sans utilisation de matériel sécurisé.
 8. Les personnes ayant été incarcérées.
 9. Les personnes ayant subi un acte d'exploration médicale utilisant un fibroscope (fibroscopie gastrique, coloscopie, coelioscopie et autres) avant 1997.
 10. Les partenaires sexuels d'un sujet infecté par le VHC.
 11. L'entourage familial des personnes infectées par le VHC.
 12. Les professionnels de santé.
 13. Les personnes ayant reçu des soins médicaux dans les pays à forte prévalence (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud).
 14. Les personnes ayant eu un geste chirurgical lourd avant 1992.
- À noter que les recommandations de l'Anaes de 2001¹ considèrent comme majeurs (risque supérieur à 2 %) les cinq premiers facteurs de risque de cette liste. Cependant, le groupe de pilotage a estimé qu'un antécédent de toxicomanie par sniff doit également être considéré comme un facteur de risque majeur.^{3,4}

Critères d'inclusion et protocole de l'étude

L'étude était proposée à tous les patients majeurs se présentant, au cours de la semaine de l'enquête, chez les médecins investigateurs,

généralistes et hospitaliers. Les patients étaient informés de l'étude par une lettre de présentation ; ils devaient donner leur consentement verbal. Étaient exclus les mineurs, les patients refusant de participer à l'étude, les patients hospitalisés et ceux vus en visite à domicile.

Protocole de l'étude. Chaque patient adulte qui acceptait de participer à l'étude devait remplir en salle d'attente un autoquestionnaire visant à repérer s'il avait ou non un facteur de risque d'infection par le VHC et s'il connaissait son statut sérologique pour le VHC. Lorsque le médecin recevait le patient, il prenait connaissance de l'autoquestionnaire. Si le patient n'avait aucun facteur de risque d'infection, l'étude s'arrêtait là. Si le patient avait un facteur de risque ou s'il savait qu'il était séropositif pour le VHC, le médecin devait noter s'il disposait ou non dans le dossier médical d'un résultat (positif ou négatif) de test de dépistage ELISA ou de détection de l'ARN du VHC. Si le médecin ne dis-

TABLEAU 1 – RÉPARTITION DES FACTEURS DE RISQUE (N = 4 390)

	% (n)
Facteurs de risque majeurs (selon le groupe de pilotage)	
Il est possible que j'aie reçu une transfusion avant 1992 (notion de transfusion ou de chirurgie lourde)	14,1 % (619)
Je suis hémophile	0,2 % (7)
Je suis sous dialyse	0,2 % (10)
Je suis porteur du VIH (virus du SIDA)	7,0 % (308)
J'ai utilisé un produit stupéfiant par injection	7,2 % (317)
J'ai utilisé un produit stupéfiant par sniff	12,1 % (530)
Facteurs de risque mineurs (selon le groupe de pilotage)	
J'ai subi au moins une fois une fibroscopie, coloscopie, coelioscopie	33,6 % (1 473)
J'ai reçu des soins médicaux en Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud	11,6 % (510)
Tatouage, piercing, scarification, mésothérapie, acupuncture	27,3 % (1 197)
J'ai les lobules d'oreilles percés	52,9 % (2 323)
Un(e) de mes partenaires sexuel(le)s est ou était infecté(e) par le VHC	4,4 % (191)
J'ai fait de la prison	4,5 % (196)
J'appartiens à une profession de santé	5,2 % (229)
Une personne de mon entourage familial proche est infectée par le VHC	5,1 % (222)

TABLEAU 2 – RÉALISATION D'UN TEST DE DÉPISTAGE PARMI LES PATIENTS AYANT AU MOINS UN FACTEUR DE RISQUE (N = 3 623)

	% (n)
Un test de dépistage de l'hépatite C a été prescrit par le médecin	
Non	68,6 % (2 485)
Oui	31,4 % (1 138)
Résultat en possession du médecin (si test prescrit)	
Non	11,9 % (135)
Oui	88,1 % (1 003)
Résultat du test	
Négatif	73,7 % (739)
Positif	26,3 % (264)

DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VHC

posait pas de ce résultat, il devait remplir un second questionnaire visant à identifier la raison pour laquelle il n'avait pas prescrit le test ou la raison pour laquelle le résultat du test n'était pas dans le dossier s'il avait été prescrit.

Exploitation statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS, version 8.05. Il s'agit d'une description simple de variables qualitatives à l'aide des effectifs et des pourcentages. Une régression logistique multiple a été réalisée afin d'identifier les facteurs de risque associés au fait que le patient ait eu un dépistage de l'hépatite C.

RÉSULTATS

Les 11 réseaux participant à l'étude ont mobilisé 101 investigateurs, dont 80 médecins généralistes et 21 médecins hospitaliers. Les résultats présentés ici ne concernent que les patients vus en consultation de médecine générale.

Les 80 généralistes ont renvoyé 4 390 autoquestionnaires remplis par les patients (43 % d'hommes et 57 % de femmes). L'âge moyen des patients était de 45 ans et 15 % d'entre eux bénéficiaient de la CMU ou de l'Aide médicale d'État. Leur niveau d'études était varié (22 % des patients avaient un niveau d'études primaire, 30,5 % secondaire, 12 % technique et 35 % supérieur).

Parmi les 4 390 personnes qui ont répondu, 3 720 (85 %) avaient au moins un facteur de risque. Pour celles-ci, le médecin investigateur devait remplir un questionnaire : 3 623 (97 %) ont été renvoyés.

Répartition des facteurs de risque

Concernant les critères majeurs, 14 % des patients ont déclaré avoir subi une transfusion ou une chirurgie lourde avant 1992 et 12 % utiliser un produit stupéfiant par sniff. Pour les critères considérés comme mineurs, 53 % des patients ont indiqué avoir les lobules des oreilles percés et 34 % avoir subi au moins une fois un geste d'endoscopie ; tatouage, *piercing*, scarification, mésothérapie ou acupuncture concernaient 27 % des patients (v. tableau 1).

Réalisation du dépistage

Parmi les 3 623 patients ayant un facteur de risque et pour lesquels un questionnaire médecin a été complété, un test de dépistage avait été prescrit à 31 % d'entre eux. Les résultats de ce test étaient disponibles dans 88 % des cas : 26 % étaient positifs (v. tableau 2).

Obstacles à la prescription d'un test de dépistage

Pour les 2 485 patients ayant un facteur de risque d'infection par le VHC et n'ayant pas bénéficié d'un test de dépistage, les médecins ont justifié la non-prescription de celui-ci en indiquant :

- dans 71 % des cas, qu'ils ne savaient pas que leur patient avait un facteur de risque d'infection par le VHC ou qu'ils n'avaient pas identifié ce facteur comme tel ;
- dans 15 % des cas, qu'ils rencontraient le patient pour la première fois le jour de l'enquête ;
- dans 8 % des cas, qu'ils connaissaient effectivement la présence du facteur de risque, mais qu'ils n'avaient pas (encore) prescrit le test de dépistage du VHC (v. tableau 3)

Facteurs de risque associés à un dépistage effectif

La plupart des patients avaient plusieurs facteurs de risque. Pour déterminer les facteurs de risque associés à un dépistage effectif (ou, par opposition, à un dépistage non réalisé), une régression logistique multivariée du dépistage en fonction des différents facteurs de risque a été effectuée. L'infection par le VIH (OR : 16,5), l'utilisation d'un produit stupéfiant par injection (OR : 5,8) ou sniffing (OR : 4,1), un ou des partenaires infectés par le VHC (OR : 3,8) étaient associés à un dépistage plus souvent réalisé que chez les personnes n'ayant pas ces facteurs de risque (v. tableau 4).

TABLEAU 3 – OBSTACLES À LA PRESCRIPTION DU TEST DE DÉPISTAGE (N = 2 485)

	% (n)
Patient rencontré pour la première fois le jour de l'enquête	15,1 % (374)
Patient connu, vous n'aviez pas connaissance jusqu'à présent du facteur de risque VHC ou vous ne l'aviez pas identifié comme tel	71,2 % (1 769)
Vous connaissiez le facteur de risque avant aujourd'hui, mais vous n'avez pas (encore) prescrit le dépistage VHC	7,6 % (190)
Vous pensiez qu'un autre médecin avait prescrit le dépistage (double suivi sans coordination)	3,9 % (98)
Le patient est buveur ou non sevré d'une addiction, et vous pensez que la stratégie diagnostique et (ou) thérapeutique n'a pas lieu d'être pour l'instant	0,6 % (15)
Vous estimez que l'état de la relation avec le patient ne rend pas actuellement pertinente la poursuite des investigations	1,4 % (35)
Problèmes sociaux	0,7 % (18)
Le patient présente un autre problème médical, et vous pensez que la stratégie diagnostique et (ou) thérapeutique de l'Hépatite C n'a pas lieu d'être pour l'instant	3,7 % (93)
Autre	1,9 % (46)

TABLEAU 4 – DÉPISTAGE SELON LES FACTEURS DE RISQUE (ANALYSE MULTIVARIÉE)

	OR	
	Moyen	IC à 95 %
Je suis porteur du VIH (virus du SIDA)	16,5	11,1 à 24,6
J'ai utilisé un produit stupéfiant par injection	5,8	3,7 à 9,2
J'ai utilisé un produit stupéfiant par sniff	4,1	3,0 à 5,5
Un(e) de mes partenaires sexuels est ou était infecté par le VHC	3,8	2,4 à 5,9
J'appartiens à une profession de santé	1,6	1,1 à 2,2
Il est possible que j'ai reçu une transfusion avant 1992 (intervention chirurgicale, accouchement difficile, grave hémorragie, j'ai été hospitalisé(e) lorsque j'étais nouveau-né...)	1,5	1,2 à 1,9
Tatouage, <i>piercing</i> , scarification, mésothérapie, acupuncture	1,3	1,1 à 1,6
J'ai subi au moins une fois une fibroscopie, coloscopie, coelioscopie	1,4	1,2 à 1,7
Une personne de mon entourage familial proche est infectée par le VHC	1,4	0,9 à 2,0
J'ai reçu des soins médicaux en Asie du Sud-Est, Moyen Orient, Afrique, Amérique du Sud	1,1	0,8 à 1,4
Je suis sous dialyse	2,7	0,5 à 16,2
J'ai fait de la prison	1,0	0,6 à 1,6
Je suis hémophile	0,6	0,1 à 5,4
Oreilles percées	0,7	0,6 à 0,8

Un OR égal à 1 traduit l'indépendance des deux éléments (la présence du facteur de risque n'influe pas sur la pratique du dépistage). Un OR élevé signifie que, toutes choses égales par ailleurs, la présence du facteur de risque est fortement liée à la réalisation du dépistage. Un OR inférieur à 1 montre que la présence du facteur de risque est, toutes choses égales par ailleurs, un obstacle à la pratique du dépistage.

DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VHC

Test prescrit mais résultat absent

Parmi les 1 138 patients pour lesquels un test de dépistage avait été prescrit, le résultat du test était absent du dossier dans 135 cas (12 %). La raison était connue dans 127 cas : dans 47 % des cas le prélèvement avait été effectué mais les résultats étaient en attente, et dans 53 % des cas le prélèvement n'avait pas été effectué (v. tableau 5).

TABLEAU 5 – RAISONS DE L'ABSENCE DE RÉSULTAT DU TEST DE DÉPISTAGE PRESCRIT

	n (%)
Le prélèvement a bien été effectué, résultat en attente	60 (47,2 %)
Le prélèvement n'a (pour l'instant) pas été effectué, car (<i>réponses multiples possibles</i>) :	67 (52,8 %)
- le patient n'a pas eu le temps	37
- le patient a perdu l'ordonnance	8
- le patient a peur du geste physique de prise de sang	4
- le préleveur n'a pas réussi à effectuer le prélèvement sanguin	1
- le patient ne souhaite pas faire le test	12
- problèmes sociaux	3
- autre	6

DISCUSSION

Ce travail a été réalisé dans la clientèle adulte de médecins généralistes appartenant à des réseaux de soins centrés sur les viroses chroniques. Il n'est donc pas représentatif des résultats qui pourraient être obtenus parmi l'ensemble des généralistes français. Il est probable que les généralistes qui ont participé à cette étude sont plus sensibilisés que la moyenne à la question des infections virales ; on peut donc considérer ces résultats comme une borne supérieure pour la moyenne des généralistes français.

Facteurs de risque

La détermination de la liste des facteurs de risque à retenir est discutable. Le groupe de travail aurait pu se limiter à la liste retenue par la conférence de consensus de 2001¹ sur le dépistage de l'infection par le VHC ou à l'ensemble des facteurs de risque retenus par la conférence de consensus de 2002.⁶ Il a considéré que cette liste devait être modifiée pour davantage de clarté et pour intégrer l'ensemble des facteurs de risque connus et observés dans la clientèle des médecins généralistes à la date de la réalisation de l'enquête. C'est ainsi que trois facteurs de risque non identifiés par l'Anaes ont été ajoutés (utilisation de stupéfiants par sniff, réalisation d'un acte endoscopique, profession de santé). Les enfants nés de mère séropositive pour le VHC sont aussi considérés comme à risque par le groupe de pilotage, mais ils n'ont pas été inclus dans cette étude qui ne s'adressait qu'à des adultes (le groupe de pilotage ayant considéré que dans cette population, la proportion de fils ou de filles de mère infectée par le VHC avant leur naissance était très faible). De même, les patients greffés, considérés par le groupe comme à risque majeur, n'ont pas été retenus dans cette étude compte tenu de la prévalence très faible dans la population étudiée.

Un point particulier, dans la liste des facteurs de risque retenus, est celui des pratiques de *piercing*. Cette pratique est soupçonnée d'être un facteur de risque d'infection par le VHC. Aucun chiffre de risque associé à cette pratique n'est disponible. Le *piercing* le plus souvent pratiqué en France est celui des lobules des oreilles, et cela souvent dès l'enfance. Il n'est pas d'usage, en français, de désigner cette pratique sous le terme de *piercing*. C'est pourquoi le groupe de pilotage a choisi de poser une question spécifique à son sujet. Nous avons ainsi évité de sous-estimer les pratiques de *piercing* par l'omission du perçage des lobules des oreilles, qui

concernaient plus de 50 % de la population étudiée.

Dans la clientèle des généralistes ayant participé à l'étude, trois facteurs de risque majeurs étaient présents avec une prévalence significative :

- geste chirurgical lourd, pouvant être accompagné de transfusion, avant 1992 ;
- antécédent de toxicomanie injectable ;
- infection par le VIH.

D'autres facteurs de risque, considérés comme non majeurs par l'Anaes, étaient également présents en proportion significative :

- antécédent de toxicomanie par sniff (facteur jugé majeur par le groupe de pilotage) ;
- antécédent d'endoscopie ;
- geste de tatouage, *piercing* et scarification, mésothérapie ou acupuncture ;
- antécédent de soins médicaux dans un pays en voie de développement.

Les facteurs de risque d'infection par le VHC étaient correctement identifiés pour les patients infectés par le VIH, injecteurs et « sniffeurs ». Pour ces facteurs de risque, l'OR du dépistage était supérieur à 3.

D'autres facteurs de risque, bien que présents parmi la clientèle des généralistes, étaient insuffisamment pris en compte, comme les gestes chirurgicaux lourds antérieurs à 1992 et les gestes endoscopiques notamment. Le sous-dépistage des hémophiles, observé dans cette étude, n'est probablement pas interprétable : le nombre de patients concernés (7) était trop faible ; de plus, la plupart d'entre eux étaient également pris en charge par un service hospitalier.

Le dépistage

Le fait que 69 % des patients n'aient pas bénéficié d'un dépistage alors qu'ils avaient un facteur de risque est à interpréter avec circonspection. Certains facteurs de risque restent très discutés, comme l'éventuelle responsabilité du *piercing* des oreilles dans l'infection par le VHC pour laquelle aucune information n'est disponible dans la littérature.

Une façon d'affiner l'analyse serait de considérer qu'il n'y a pas lieu de cibler, par une recommandation de dépistage, les patients qui n'ont qu'un seul facteur de risque de contamination par le VHC et si ce facteur est considéré comme faible par le groupe de pilotage. Nous avons effectué ce calcul : 1 135 patients n'ayant qu'un seul facteur de risque mineur ont rendu un questionnaire (*piercing* [89], oreilles percées [643], anciens détenus [8], geste d'endoscopie [295], partenaires sexuels de patients infectés par le VHC [7], membres de l'entourage d'un patient infecté par le VHC [14], professionnels de santé [15], personnes soignées dans le Tiers-Monde [64]). Parmi ces 1 135 personnes, 148 (13 %) avaient eu la prescription d'un test de dépistage. Dans ces conditions, le pourcentage de patients qui avaient bénéficié à juste titre de la prescription d'un test de dépistage du VHC était de 40 % ([1 138 - 148]/[3 623-1 135]), et ceux n'en ayant pas bénéficié de... 60 %.

L'identification des freins au dépistage supposait que soient étudiés simultanément ceux liés au médecin prescripteur (pourquoi le médecin n'a-t-il pas prescrit le test ?) et ceux liés au patient (pourquoi le patient n'a-t-il pas réalisé le test prescrit ?).

Il apparaît clairement, même en se référant au chiffre de 60 % de dépistages inadéquats cité plus haut, que le principal frein au dépistage provenait de la non-prescription du test par le généraliste. Plus précisément, l'analyse des motifs de non-prescription du test montre que certains sont incontournables (patient rencontré pour la première fois par exemple), et que d'autres sont contournables dans un certain délai (problèmes sociaux, relation médecin-patient encore inadaptée...). En revanche, deux causes de non-prescription sont susceptibles d'être mieux formées et plus attentives : en effet, 71 % des causes de non-prescription étaient

DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VHC

liées à l'absence d'identification des facteurs de risque, et 8 % à l'absence de prescription sur un facteur de risque pourtant identifié. Globalement, presque 80 % des causes de non-prescription imputables au médecin sont susceptibles d'être éliminées, notamment par des actions de formation.

Certains facteurs de non-réalisation du test étaient liés au patient. Ils concernaient 135 patients, soit 12 % des patients à qui il avait été prescrit. Pour presque la moitié (47 %) d'entre eux, le dépistage avait été effectivement réalisé, il était simplement en attente. Il restait 67 cas (53 % des prescriptions dont le résultat n'était pas disponible, mais seulement 6 % du total des prescriptions effectuées) pour lesquels la non-réalisation du test provenait effectivement du patient. L'analyse des causes de non-réalisation montre que la plupart de ces problèmes pourraient sans doute être levés par une discussion approfondie entre le médecin et le patient, lors de la prescription du test.

Quels facteurs de risque retenir ?

La question du choix des facteurs de risque imposant la pratique d'un dépistage est cruciale d'un point de vue de santé publique. Parmi les 4 390 patients adultes rencontrés par les généralistes de l'étude, 85 % avaient un facteur de risque et devaient donc bénéficier d'un dépistage. Un tel taux rend à l'évidence inutile la recherche de facteurs de risque. La meilleure recommandation serait de cibler l'ensemble de la population adulte. Mais une recommandation doit tenir compte à la fois du risque réel associé à chaque facteur de risque, et de la prévalence de chacun d'entre eux. Les éléments de réflexion pour orienter une telle recommandation sont les suivants :

- 1 110 patients (25 % de l'ensemble des patients rencontrés) avaient au moins un facteur de risque de contamination identifié comme majeur par l'Anaes ;
- 180 patients (4 % de l'ensemble des patients rencontrés) n'avaient pas de facteur de risque majeur au sens de l'Anaes, mais avaient pratiqué le sniff ;
- 2 430 patients (55 % de l'ensemble des patients rencontrés) avaient au moins un facteur de risque identifié comme mineur par le groupe de pilotage (les oreilles percées étant intégrées à ce total), et pas de facteur de risque majeur ni d'antécédent de sniff. Il serait sans doute plus raisonnable, et probablement plus rentable, de limiter la recommandation de dépistage aux patients ayant un facteur de risque majeur au sens de l'Anaes et à ceux ayant pratiqué le sniff. Dans le groupe de généralistes étudié, cette stratégie aboutirait à dépister 30 % environ des consultants. Compte tenu des caractéristiques de ce groupe (membres de réseaux Ville-Hôpital), il est probable que ce chiffre soit un peu surestimé par rapport à la moyenne des généralistes français.

CONCLUSION

En 2002, les médecins généralistes du GERVIH avaient prescrit un test de dépistage à bon escient chez 31 à 40 % (fourchette liée à l'interprétation des recommandations de dépistage) des patients qui auraient dû en bénéficier. Les principales causes de non-dépistage étaient liées au prescripteur, la première étant l'absence d'identification par celui-ci de l'existence d'un facteur de risque d'infection par le VHC chez son patient. Il est probable que ces résultats sont une borne supérieure de ceux qui seraient obtenus sur l'ensemble des généralistes français. Des actions d'information et de formation à l'identification des risques de contamination par le VHC doivent être menées parmi ceux-ci. ■

Références

1. ANAES. Dépistage de l'hépatite C : populations à dépister et modalités du dépistage. Recommandations pour la pratique clinique. Janvier 2001.
2. Conry-Cantilena C, VanRaden M, Gibble J, Melpolder J, Shakil AO, Viladomiu L, *et al.* Routes of infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 1996;334:1691-6.

3. Quaglio G, Lugoboni F, Pajusco B, Sarti M, Talamini G, Lechi A, *et al.* Factors associated with hepatitis C virus infection in injection and noninjection drug users in Italy. *Clin Infect Dis* 2003;37:33-40.

4. Tortu S, Neaigus A, McMahon J, Hagen D. Hepatitis C among noninjecting drug users: a report. *Subst Use Misuse* 2001;36:523-34.

5. Conférence internationale de consensus sur l'hépatite C. European Association for the Study of the Liver (EASL). Paris, 26-28 février 1999.

6. ANAES. Conférence de consensus. Traitement de l'hépatite C. 27-28 février 2002

7. ANAES. L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Avril 1999.

Remerciements :

Groupe d'étude GYMKHANA

– **Ares 92** : Les docteurs Isabelle Cahitte, Jean-Paul Gros, E. Hiraux, Martine Lalande, Bruno Landi, Thierry Mazars, Emmanuel Mortier, Michel Nougairède, Jean-François Perdrieau, Anne Marie Simonpoli.

– **Fédération Réseaux marseillais** : Les docteurs Pierre Assas, Benyahya Sydney, François Brun, Marie-Pierre Drogoul, Simon Hakoun, André Madrid, Jean-Louis Mattei, Saadia Mokhtari, Pierre Mours, Patrick Philibert, Isabelle Ravaux, Frank Tollinchi.

– **Lyon Themis** : Les docteurs Stéphane Bereni, Irène Chevallier, Pierre Chiarrello, François Jeanblanc, Jean-Jacques Jourdain, Djamilia Makhloufi, Jean-François Plaskowski, Geneviève Retonaz, Xavier-Jacques Weber.

– **Paris Nord** : Les docteurs Jean-Pierre Aubert, Ghislaine Audran, Jean-Claude Bouix, Jean-Claude Bourovitch, Catherine Chaumie, Luc De Masse, Sylvie Lariven, Caroline Lascoux-Combe, Maïté Lavielle, Nadine Lazimi, Diane Ponscarme, Olivier Taulera

– **Réseau 93 Centre** : Les docteurs François Baudoux, Michelle Bentata, Marie-Odile Bertrand, Brigitte Bry, Véronique Favret, Patricia Honore, Elizabeth Jacq, Caroline Pavlowsky, Soline Riandey, Milivoj Sabo, Marie-Eve Vincens.

– **Réseau 93 Ouest** : Les docteurs Marie Allain, Anne Clarissou, Thibault Heimburger, Denis Mechali, Chantal Prat, Annie Sauvanet.

– **Réseau Rmhv** : Les docteurs Joseph Bensimhon, Bernard Cardon, Mady Denantes, Marie Goujon, Gérard Israel, Anne Lapenne, Régis Missonnier, Gilles Pichancourt, Anne Rethacker, Willy Rozenbaum, Jean-Paul Vincensini

– **Réseau Ville Hôpital Pluriel** : Les docteurs Evelyne Bourse, Pierre Chevojon, Annette Delabar, Jean-Jacques Jalladeau, Philippe Lefevre, Christian Mongin, Anne-Carole de Singly

– **Rezopau** : Les docteurs Philippe Antiphon, Gérard Attia, Michel Beaumont, Thierry Dutoya, Georges Lanusse-Cazale, Christophe Louet, Laurent Magot.

– **Rvh Avignon** : Les docteurs Olivier Boulat, Michel Cadart, Joël Peyre, Gilles Pichancourt, Philippe Regard, Am Touchais, Martine Toulet, Jean-Luc Vidal, Alain Wajsbro.

– **Solidarité Creteil** : Les docteurs Jonas Bessan, Bernard Elghozi, Brigitte Elharrar, Valérie Garrat, Oliver Houis, Patrick Ingrain, Jean-Louis Lemoine, André Tardieu.

Ce travail a été réalisé avec le soutien des laboratoires Roche.

SUMMARY : STUDY OF HCV INFECTION IN GENERAL PRACTICE

OBJECTIVES: TO STUDY THE PROCEDURES OF SCREENING FOR HCV INFECTION USED BY THE GENERAL PRACTITIONERS OF ELEVEN FRENCH COMMUNITY NETWORKS.

METHOD: A RETROSPECTIVE EVALUATION STUDY WAS PERFORMED, DRAWING ON A LIST OF 14 RISK FACTORS FOR HCV INFECTION TAKEN FROM THE RECOMMENDATIONS OF THE ANAES IN 2001. THE GPs INCLUDED ALL OF THE ADULTS SEEN DURING CONSULTATION DURING ONE WEEK IN DECEMBER 2002. A SELF-DIRECTED QUESTIONNAIRE ALLOWED THE DETECTION OF THOSE WHO HAD A RISK FACTOR FOR HCV INFECTION. FOR THOSE WHO HAD A RISK FACTOR, THE GP HAD TO LOOK IN THE FILE TO SEE WHETHER A TEST HAD BEEN ORDERED. IF NO RESULT WAS AVAILABLE, WHETHER A TEST HAD BEEN ORDERED OR NOT, A « CLOSED » QUESTIONNAIRE THEN ALLOWED THE DETERMINATION OF THE REASON FOR NOT ORDERING THE TEST OR OF ITS NON-AVAILABILITY.

RESULTS: 80 GPs PARTICIPATED IN THE STUDY AND 4 390 QUESTIONNAIRES WERE COMPLETED. 85% OF PATIENTS HAD AT LEAST ONE RISK FACTOR. A SCREENING TEST HAD BEEN ORDERED IN 31% OF PATIENTS GLOBALLY, AND MORE PRECISELY IN 40% OF PATIENTS IF WERE EXCLUDED THOSE HAVING AT MOST ONE MINOR RISK FACTOR. THE RISK FACTORS FOR HCV INFECTION WERE CORRECTLY IDENTIFIED BY THE GPs IN THE CASES OF PATIENTS INFECTED BY HIV, INJECTORS OR SNIFFERS, BUT SERIOUS SURGICAL INTERVENTIONS PRIOR TO 1992 AND ENDOSCOPIES WERE NOT. GLOBALLY, CLOSE TO 80% OF REASONS FOR NON-SCREENING WERE LINKED TO THE ABSENCE OF IDENTIFICATION OF RISK FACTORS FOR HCV INFECTION BY THE DOCTOR, OR ABSENCE OF SCREENING EVEN WHEN A RISK FACTOR WAS IDENTIFIED.

CONCLUSION: THE IMPROVEMENT OF SCREENING IS ACHIEVABLE THROUGH BETTER EDUCATION OF THE GENERAL PRACTITIONERS IN THE IDENTIFICATION OF RISK FACTORS. IN ORDER TO OPTIMIZE THE SCREENING, CERTAIN MINOR RISK FACTORS SHOULD BE DISREGARDED, IF NOT IT WOULD BE NECESSARY TO ENVISAGE A SYSTEMATIC SCREENING OF THE GENERAL POPULATION, SUCH THE PREVALENCE OF CURRENTLY IDENTIFIED RISK FACTORS IS ELEVATED.

Rev Prat Med Gen 2005 ; 19 : 895-9.