

Année 2013

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PASTEUR FLORENCE

Née le 11/11/1982

Présentée et soutenue publiquement le : 28 janvier 2013

Place et obstacles au suivi de fibrose hépatique, en médecine générale, chez les patients porteurs d'une hépatite C non traitée

Président de thèse : Pr. MARCELLIN Patrick
Directeur de thèse : Dr. DENOYELLE Philippe
Membre du jury : Pr Elisabeth BOUVET, Pr Dominique PROST, Dr Tarik ASSELAH,

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS :

Monsieur le Professeur Patrick MARCELLIN

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je tiens à vous exprimer ma très haute gratitude et mes sentiments les plus respectueux.

Monsieur le Docteur Philippe DENOYELLE

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir accepté de diriger mon travail ; vous m'avez enseigné la médecine générale ; accompagnée, et soutenue durant mon internat.

Je tiens à vous remercier pour votre bienveillance, et votre grande disponibilité.
Veuillez recevoir ma très haute gratitude et mes sentiments les plus respectueux.

Madame le Professeur Dominique PROST

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse ; je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

Madame le Professeur Elisabeth BOUVET

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse ; je tiens à vous exprimer ma très haute gratitude et mes sentiments les plus respectueux.

Monsieur le Docteur Tarik ASSELAH

Vous avez accepté de juger ce travail et j'en suis honorée ; veuillez recevoir mes remerciements les plus respectueux.

Aux 280 Médecins généralistes qui ont participé à ce travail,

Vous avez pris le temps de répondre à mon questionnaire et pour certains de me recevoir.
Je vous en remercie sincèrement.

A mes parents, à qui je dédie cette réussite :

A ma mère,

Qui m'a encouragée et si souvent soulagée des tâches chronophages quotidiennes tout au long de mes études, y compris dans ce travail de thèse.

A mon père,

Pour le soutien matériel qui m'a permis de travailler confortablement durant toutes ces années.

A Alexandre,

Merci pour ton aide immense dans ce travail, pour ta patience et tes encouragements.

A notre avenir ensemble, réalisons nos rêves et vivons heureux !

A mon frère Olivier,

Pour ton soutien, nos échanges, et surtout pour ta vision « aiguisée » de la médecine, qui ne manquera pas de m'accompagner dans chacune de mes réflexions délicates.

A « ma sœur » Chloé,

Merci pour ton amitié indéfectible depuis plus de 15 ans.

Pour tous ces jolis moments partagés des bancs du lycée à ceux de l'internat.

Au futur Docteur Bouchacourt !

A tous ceux qui ont suivi mon parcours,

Mes grands parents, toute ma famille, Chantal et Daniel Girard, Nicole Valade, la famille d'Alexandre...

A Lawraine Smith,

Pour sa gentillesse et la traduction anglaise du résumé de cette thèse

A Anne Cornilleau,

Merci pour ton aide précieuse, dans l'analyse statistique de ce travail.

A tous mes amis,

Les « voltairiens », Benoît, Ahmed, Sarah, David, Virginie, Thomas, Julien... les « copines » de fac, Tania, Maud, et aussi Céline, Laurence, Dulce, Stéphanie...

A tous les relecteurs ...

Pour leur patience et leur exigence dans ce fastidieux travail de relecture.

Enfin au regretté Pr Max Jean Gruner,

Au Dr Gérard Tercian

Au Pr Benoît Barrou

Qui m'ont conduit indirectement, mais inévitablement, avec détermination vers ce beau métier, et qui resteront toujours une source d'inspiration dans l'exercice de ma profession.

*«Ce n'est pas la profession qui honore l'Homme, mais
c'est l'Homme qui honore la profession.»*

Louis Pasteur (1822-1895)

TABLE DES MATIÈRES:

INTRODUCTION	10
PARTIE 1 : L'hépatite C en 2012 : historique, épidémiologie, physiopathologie, tests non invasifs et recommandations actuelles	13
1- Hépatite C : 30 ans de découvertes et d'avancées	14
1-1 La découverte du virus	14
1-2 Dépistage et prévention.....	14
1-3 L'organisation du système de soins	14
1-4 Les premiers traitements :	14
1-5 Les tests non invasifs de fibroses.....	15
1-6 De nouvelles techniques remboursées.....	15
2- Epidémiologie de l'hépatite C	15
2-1 Pathologie mondiale.....	15
2-2 L'hépatite C en France ⁽⁷⁾	15
3- Physiopathologie de l'hépatite C.....	18
3-1 Généralités	18
3-2 Transmission	18
3-3 Hépatite aiguë	20
3-4 Hépatite chronique.....	21
3-5 Complications.....	23
4- Le diagnostic de fibrose en 2012 dans les hépatopathies chroniques virales dues à l'hépatite C	25
4-1 Rappel sur la biopsie hépatique: Méthode historique d'évaluation de la fibrose.....	26
4-2 Tests biologiques non invasifs de fibrose validés par la HAS	26
4-4 Test non biologique de fibrose non invasif : Elastographie impulsionnelle ou FibroScan	34
5-1 En mai 2006 : «Recommandation sur la prise en charge de l'hépatite chronique C».....	36
5-2 Décembre 2006: «Méthodes d'évaluations de la fibrose hépatique».....	38
5-3 Décembre 2008 : «Critères diagnostics et bilan initial de la cirrhose non compliquée.» ⁽¹⁴⁾	39
5-4 Novembre 2009 : « FOCUS 13, le diagnostic non invasif de la cirrhose non compliquée » ⁽¹⁸⁾	40
5-5 HAS mars 2010, «Hépatite C chronique actualisation».....	40
6- Hépatite C, médecine générale et tests non invasifs	42
6-1 Problématiques	42
6-2 Les inconnues	42
PARTIE 2 : LES ETUDES	43
1- Méthodologie.....	44
1-1 Principe	44
1-2 Triangulation.....	44
1-3 Méthodologie étude quantitative	45
1-4 Méthodologie étude qualitative	49
2- Etude quantitative : résultats	52

2-1 Taux de réponse :	52
2-3 Proportion de patients porteurs du VHC chez les généralistes parisiens	53
2-4 Prescription de tests non invasifs en médecine générale	54
2-5 Causes de non prescription des tests non invasifs de fibrose :	55
2-6 Généralistes parisiens et réseau HVC ?	58
2-7 Conclusion des résultats de l'étude quantitative :	61
3- Etude qualitative: Résultats	62
3-1 Tableau des intervenants	62
3-2 Caractéristiques des médecins interrogés	62
3-3 Interprétation des résultats en fonction des caractéristiques des généralistes :	63
PARTIE 3 : DISCUSSION, CONCLUSION, BIBLIOGRAPHIE, ANNEXES, RÉSUMÉ	80
1- Résultats principaux et implications majeures:	81
1-1 Médecine générale et hépatite C:	81
1-2 Tests non invasifs et médecine générale:	82
2- Forces du travail	85
2-1 Pas d'article similaire sur cette question	85
2-2 Un constat sans équivoque : appelant de nouvelles études, de nouvelles recommandations	85
2-3 Une population d'étude représentative	86
2-4 Une cohérence statistiques des études	86
3- Faiblesses du travail	87
3-1 Une « première partie » trop exhaustive	87
3-2 Faiblesse des questionnaires de l'étude quantitative	87
3-3 Biais de sélection géographique	88
3-4 La vision du malade non relatée	88
4- Comparaison et discussion de résultats retrouvés dans la littérature	89
4-1 Article : Gastro-entérologie clinique 1999 « Les médecins généralistes souhaitent-ils prendre en charge l'hépatite chronique virale C et participer aux réseaux ville hôpital ? » ²²	89
4-2 Article Gastro-entérologie clinique Nov 2003 « Pratiques et attentes des médecins généralistes en matières d'hépatite C dans la région Auvergne ? » ²³	90
4-3 Article recherche en médecine générale « Gymkhana 1-2 2002-2006 » ²⁰⁻²¹	92
5- Hypothèse et avenir	96
5-1 Standardisation de certaines étapes de prise en charge, arbre décisionnel	96
5-2 Recommandations officielles et redéfinition du parcours de soins	96
5-3 Amélioration de la formation, réseau ?	96
5-4 Vers le suivi de fibrose des patients traités ?	97
6- Conclusion	99
7- Bibliographie	101
8- Serment d'Hippocrate	103
9- Annexes	104
9-1 Questionnaire quantitatif	104
9-2 Questionnaire qualitatif	105

9-3 Données de l'étude quantitative	106
9-4 Retranscription des entretiens	110
10- Permis d'imprimer.....	135

ABREVIATIONS :

HVC :	Hépatite Virale C
UDIV :	Usager de drogues intraveineuse
HVB :	Hépatite Virale B
HAS :	Haute Autorité de Santé
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
PCR :	Réaction en chaîne par polymérase
ARN :	Acide ribonucléique
TP :	Taux de Prothrombine
CHC :	Carcinome Hépatocellulaire
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
CMU :	Couverture Médicale Universelle
GERVIH :	Groupe d'étude et réseau ville Hôpitaux
PBH :	Ponction biopsie hépatique

INTRODUCTION

Le virus de l'hépatite C a été découvert il y plus de 20 ans, et on estime aujourd'hui à 3% la prévalence mondiale de cette maladie ¹.

Sa gravité est variable, pouvant aller d'une maladie bénigne ne durant que quelques semaines, à une maladie grave pouvant évoluer sur des décennies et pouvant aboutir à une cirrhose ou à un cancer du foie.

Ces dernières années la priorité était de stopper l'épidémie en dépistant le plus grand nombre de personnes et en appliquant des mesures de prévention adaptées au mode de transmission de ce virus.

En conséquence la proportion de sujets connaissant leur statut sérologique a doublé ces 10 dernières années et l'épidémie a pu être endiguée grâce aux mesures de prévention.

Cette évolution positive est le résultat d'une prise de conscience collective qui a mobilisé la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire.

Actuellement, si le dépistage reste fondamental, le suivi, la prise en charge thérapeutique, et la définition du meilleur parcours de soins, sont mis en avant.

Le diagnostic posé, le type de prise en charge est très différent d'un patient à l'autre.

Alors que certains relèveront d'un traitement immédiat, d'autres devront s'inscrire dans un processus de surveillance long et régulier, qui permettra de suivre l'évolution de leur maladie et de déterminer le moment le plus opportun pour le démarrage d'un traitement non dénué d'effets secondaires.

Cette possible évolution néfaste, imperceptible, est à l'origine de maladies hépatiques sévères, parfois mortelles. Elle est liée au caractère fibrosant de la maladie virale chronique sur le tissu hépatique, et nécessite un suivi régulier durant toute la vie du malade.

Auparavant seule la biopsie hépatique, examen lourd et invasif, permettait de diagnostiquer et de surveiller une fibrose. Le développement récent de tests non invasifs accessibles en

médecine ambulatoire pourrait mettre à la disposition des patients et des généralistes, un outil de diagnostic simple permettant d'aboutir au même résultat.

Ils sont actuellement recommandés par l'HAS en première intention, avant la biopsie, chez les patients porteurs d'une hépatite C chronique non traitée et sont remboursés par les caisses d'assurance maladie sous certaines conditions.

Mon internat terminé, je suis un peu inquiète de ne pas savoir ce qu'il me faudra faire lorsque jeune installée je rencontrerai mon premier patient séropositif pour l'hépatite C.

En effet le rôle du généraliste n'a pas été exactement précisé par l'enseignement facultaire, et il me semble qu'il se limite encore au dépistage de la maladie, malgré les progrès réalisés tant au niveau du suivi que des indications thérapeutiques.

En fait, si les patients atteints des génotypes viraux 1, 4 et 5, ne relèvent pas d'emblée d'un traitement dès lors qu'ils ne présentent pas de fibrose au bilan initial. Ils vont nécessiter un long suivi pour dépister son apparition.

Après avoir dépisté la maladie, le généraliste doit-il adresser au spécialiste ou au contraire peut-il réaliser le bilan initial et le suivi?

Dans ce bilan, peut-il prescrire un test de fibrose ? Si oui, quel test doit-il utiliser et à quelle fréquence dans le suivi? Quand doit-il impérativement passer la main ?

Avant de commencer cette thèse j'ai questionné plusieurs généralistes, pour savoir quelles étaient leurs pratiques dans ce domaine.

Les réponses ont été différentes d'un praticien à l'autre. La majorité semblant passer la main dès le diagnostic posé. Ce qui confirme mon hypothèse de départ, qu'en raison d'obstacles, peu de généralistes assurent un suivi adapté de cette pathologie.

Il y aurait pourtant un intérêt pour le malade à être suivi le plus longtemps possible en ville. La surveillance ambulatoire de la fibrose hépatique étant possible; quels sont alors les obstacles au suivi des patients par les médecins généralistes? Comment s'expliquent ces différences de prise en charge?

Enfin les dernières études sur le sujet laissent penser que ces tests seront sans doute un jour étendus à d'autres hépatopathies (HVB, hépatite alcoolique, stéatose).

On pourrait voir apparaître un nouveau « bilan hépatique nouvelle génération » incluant ces tests non invasifs de fibrose, et qui prescrit et interprété par le médecin traitant pourrait le placer au centre du parcours de soins.

C'est devant toutes ces interrogations, que nous est venue l'idée de ce travail.

Mon travail de recherche est basé sur une double étude.

Une première étude quantitative a eu pour objectif principal de dénombrer les généralistes, qui concernés par ces patients, sont prescripteurs de ces tests et de rechercher les causes principales de non utilisation des tests par les non prescripteurs.

Dans cette étude quantitative sont également évaluées les modifications de prise en charge des patients en fonction de l'adhésion des soignants à un réseau de soins spécialisé.

Une seconde étude qualitative, basée sur des entretiens avec des médecins généralistes m'a permis par ailleurs d'approfondir le ressenti, les obstacles et les réalités concernant le suivi des patients porteurs d'une hépatite C non traitée en médecine de ville.

Pour préciser le contexte de ces études, je reviendrai sur l'histoire du virus, son épidémiologie, la physiopathologie de l'hépatite C, les avancées technologiques des tests non invasifs de fibrose, et les recommandations officielles, qui devraient être des éléments essentiels à une levée des obstacles au suivi en médecine ambulatoire.

**PARTIE 1 : L'hépatite C en 2012 : historique, épidémiologie,
physiopathologie, tests non invasifs et recommandations actuelles**

1- Hépatite C : 30 ans de découvertes et d'avancées ...

1-1 La découverte du virus

Au milieu des années 70 un nombre important de patients souffraient d'hépatites post transfusionnelles, Harvey J.Alter un américain, émet l'hypothèse d'une origine virale, mais non identifiable à l'hépatite A, et non identifiable à l'hépatite B.

C'est en 1987, que l'existence du virus est confirmée grâce à une nouvelle technique de clonage moléculaire. En Avril 1989 le virus est connu sous le nom d'Hépatite C (VHC).

1-2 Dépistage et prévention

Durant plusieurs années les seuls modes reconnus de contamination par ce virus sont les actes médicaux, (transfusions, chirurgies, accouchements) jouant un rôle majeur dans la diffusion de l'infection jusqu'en 1990.

En France, le 2 novembre 1992 est publié un décret concernant l'utilisation thérapeutique du sang humain, du plasma et de ses dérivés, impliquant le dépistage systématique du VHC dans ces produits. ⁽³⁾

De 1992 à 1999 plusieurs recommandations pour la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux viennent s'ajouter à ce décret.

De nombreuses campagnes de dépistage et de prévention, concernant l'utilisation de drogues intraveineuses sont également lancées, pour lutter contre la transmission de l'hépatite C.

1-3 L'organisation du système de soins

Pour améliorer la prise en charge des patients entre la ville et l'hôpital, la circulaire du 24 septembre 1996 encadre juridiquement et financièrement la création de réseaux de soins au service de pathologies lourdes et chroniques telle que l'hépatite C.

1-4 Les premiers traitements :

En 1997, la première conférence de consensus est organisée donnant lieu à une recommandation sur le traitement de l'hépatite C. L'Interféron est le premier traitement de l'hépatite C, puis la Ribavirine est associée à l'Interféron en bithérapie. ⁽³⁾ Actuellement de nombreux travaux de recherche prévoient une évolution des traitements vers des trithérapies, ou l'utilisation d'anti-protéases.

1-5 Les tests non invasifs de fibroses

Depuis 2002, de nouveaux tests non invasifs de fibrose ont été développés offrant ainsi une alternative à la ponction biopsie hépatique⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Ce sont le FibroTest, le FibroScan, le FibroMètre et l'Hepascore.

1-6 De nouvelles techniques remboursées

Le 1^{er} mars 2011 l'union nationale des caisses d'assurance maladie décide de rembourser une fois par un an un test non invasif de fibrose, dans l'indication validée par la Haute Autorité de Santé⁽⁶⁾. La prescription d'une deuxième technique de confirmation est remboursée en cas d'anomalies de la première technique.

Ces examens sont remboursés, que la prescription émane d'un généraliste ou d'un spécialiste.

2- Epidémiologie de l'hépatite C

2-1 Pathologie mondiale...

En 1999 l'hépatite C affectait 170 millions de personnes, l'estimation en 2012 est d'environ 200 millions de personnes.

Chaque année, 3 à 4 millions de personnes sont infectées par le virus de l'hépatite C.

On estime que **3% de la population mondiale présente une infection chronique par le virus.**⁽¹⁾

Environ 150 millions d'individus sont porteurs chroniques et courent le risque que leur atteinte hépatique n'évolue vers la cirrhose et/ou le cancer du foie.

On évalue à 350 000, le nombre de décès secondaires à l'infection chronique par le VHC.

2-2 L'hépatite C en France⁽⁷⁾

En France, l'enquête nationale de séroprévalence de 1994 avait estimé la prévalence à 1,1% soit 500 000 individus infectés.

Une nouvelle étude nationale de prévalence de la population française métropolitaine a été réalisée en 2003-2004 permettant d'obtenir de nouvelles données.

Cette enquête réalisée auprès d'assurés sociaux du régime général a permis d'estimer la prévalence des anticorps anti VHC à **0,84%**, ce qui correspond à **367 000 personnes**.

2-2-1 Prévalence des anticorps anti-VHC :

2-2-1-1 Selon les régions de résidence :

On observe une grande disparité régionale dans l'épidémiologie de l'hépatite C, cette disparité est principalement liée au nombre d'usagers de drogues intraveineuses et de migrants habitant ces régions.

La plus basse est retrouvée dans le Nord-Ouest (0,35%) et la plus haute en Ile de France à 1,09%.

2-2-1-2 Selon le sexe et l'âge :

Le VHC touche un peu plus les femmes que les hommes.

Chez les hommes, la prévalence des anticorps anti-VHC est estimée à 0,66 %, tandis que chez les femmes, cette prévalence est de 1,02 %.

Cette prévalence varie selon l'âge: la plus élevée est retrouvée chez les personnes de 45 à 49 ans (2,28 %) et la plus faible chez les jeunes de 18 à 24 ans (0,04 %).

2-2-1-3 Selon la précarité et les comorbidités :

On estime que la prévalence de l'anti-VHC est 3 fois plus élevée chez les personnes bénéficiaires de la CMU, et donc souvent en situation de précarité.

Dans la population des adultes suivis pour une infection VIH en 2004 la prévalence de l'anti-VHC est de 23% et de 92% chez les usagers de drogues.

2-2-2 Prévalence de l'infection chronique due au VHC :

On estime à 80% le passage à la chronicité en cas d'hépatite aiguë ou de contact avec le virus.

Chez les personnes ayant des anticorps anti-VHC, la prévalence de l'infection chronique (ARN positif) est estimée à 65 %.

En population générale de France métropolitaine, cette prévalence est estimée à 0,53 %.

On estime ainsi que 221 386 personnes présentent une infection chronique par le VHC.

2-2-3 Incidence du VHC :

Elle n'est pas connue et reste difficile à évaluer avec précision. Le diagnostic de primo-infection VHC reste exceptionnel et son diagnostic à un stade initial reste lui aussi difficile du fait du caractère asymptomatique de l'infection.

Ainsi le délai entre contamination et diagnostic est souvent de plusieurs années. Pour le VHC, les estimations d'incidence n'ont été réalisées qu'à partir de cohortes d'usagers de drogue intra

veineuse représentant néanmoins la majorité des nouvelles infections. Dans une cohorte d'UDIV du Nord Est de la France entre 1999 et 2001, l'incidence de l'infection était de 9 pour 100 personnes/années. En combinant cette incidence avec le nombre d'UDIV et la proportion de sujets indemnes, on estime que **2 700 à 4 400 nouvelles infections par le VHC surviennent chaque année en France.**

2-2-4 Mortalité imputable au VHC :

La mortalité associée et imputable a été estimée par une étude des certificats de décès de 2001. **L'analyse aboutit pour le VHC à 3 618 décès associés dont 2 646 imputables.**

La majorité des décès imputables était liée à une cirrhose associée dans 33 % des cas à un carcinome hépatocellulaire (CHC).

Le nombre annuel de décès associés au virus était de 1 507.

3- Physiopathologie de l'hépatite C

Il me semble important de revenir sur la physiopathologie de virus pour deux raisons.

D'une part comprendre à quelle population nos études se sont intéressées. Il s'agit des patients porteurs de l'hépatite C (sérologie +), avec une charge virale positive (ARN+), un bilan hépatique normal ou subnormal, ne relevant pas d'un traitement immédiat.

Et d'autre part, avoir à l'esprit la physiopathologie du virus, permet au praticien de proposer un dépistage orienté, selon les modes de contamination du virus, dans les groupes à risques.

Puis une fois le diagnostic posé, de participer activement à la surveillance de l'évolution grâce notamment aux tests non invasifs de fibrose.

3-1 Généralités

Le virus de l'hépatite C (VHC) est un virus ARN, enveloppé et contenu dans une capsidie protéique.

Il existe six principaux génotypes, notés de 1 à 6, et de nombreux sous-types. Ces génotypes ne sont pas responsables d'évolutions significativement différentes de l'hépatite. Mais ils ont par contre, une différence d'importance dans la réponse aux traitements.

Dans les cas des génotypes 2 ou 3, les décisions de traitement ne dépendent pas des résultats biologiques ou histologiques, et le traitement peut être proposé d'emblée, car la réponse au traitement est supérieure à celle des autres génotypes. En effet dans les autres génotypes, l'indication du traitement est fonction de l'atteinte histologique, car la réponse au traitement est variable. Ainsi on ne traitera les génotypes 1, 4, 5 et 6 que si les patients ont une hépatite chronique évolutive fibrosante.

3-2 Transmission

3-2-1 La transmission du VHC est parentérale.

Dans les pays développés, 90 % des personnes porteuses d'infection chronique par le VHC ont été infectées par transfusion ou par usage de drogues intraveineuses.

Dans les pays en développement, les premières sources d'infection par le VHC sont le matériel d'injection non stérilisé des toxicomanes et la transfusion de sang ou de produits sanguins mal testés.

3-2-2 La transmission par voie sexuelle est rare.

Cependant la transmission est facilitée lors de rapports pendant les menstruations, ou en cas de lésions ou d'infections génitales (MST).

La transmission est également plus fréquente si un des partenaires sexuels est infecté par le VIH.

3-2-3 Transmission chez les usagers de drogues intraveineuses :

Environ 70 % des usagers de drogues par voie intraveineuse ont été en contact avec le VHC et la majorité d'entre eux ont des particules virales présentes dans le sang. La fréquence de l'infection par le VHC chez les usagers de drogue qui ne pratiquent pas l'injection est inférieure à 10 %.

3-2-4 Transmission materno-fœtale :

Le risque de transmission est inférieur à 5 %. Il est plus élevé si la mère a une coïnfection par le VIH. La transmission du virus C a lieu probablement au moment de l'accouchement. Le mode d'accouchement (par voie naturelle ou par césarienne) ne modifie pas le risque de transmission du virus C au nouveau-né.

3-2-5 Durée d'incubation:

L'incubation moyenne est de 7 à 8 semaines, mais elle peut être très variable.

Le virus va se diriger vers le foie, et sera à l'origine d'une inflammation, de l'hépatite.

L'infection évolue dans environs 20% des cas vers une hépatite aiguë et dans 80% des cas vers une hépatite chronique.

3-3 Hépatite aiguë

3-3-1 Le tableau clinique:

Le tableau clinique de l'hépatite aiguë C a surtout été décrit chez les patients transfusés.

En effet l'hépatite aiguë est rare, presque controversé, et ne surviendrait que lors d'un important inoculum, comme pour une transfusion.

La phase prodromique est quasi inexistante. L'hépatite aiguë C est ictérique dans une minorité de cas, et est anictérique avec peu de symptômes dans la majorité des cas.

Ces symptômes ne sont pas spécifiques: fatigue, nausées, douleurs de l'hypochondre droit.

Ils sont semblables à ceux observés au cours d'autres hépatites virales.

Ainsi le diagnostic clinique de l'hépatite aiguë C est rarement fait à ce stade. ⁽⁸⁾

3-3-2 Diagnostic:

Le diagnostic de l'hépatite C est fondé sur la sérologie virale.

- **Le premier marqueur de l'infection par le VHC est l'apparition d'ARN viral** détectable dans le sérum par PCR dès la première semaine après la contamination.

- Les transaminases s'élèvent aussi avant l'apparition des symptômes.

- Enfin les anticorps anti-VHC peuvent être détectables au stade aigu de l'hépatite, mais il arrive que la séroconversion survienne tardivement, 3 à 6 semaines après le pic des transaminases.

3-3-3 En cas de guérison:

En cas de guérison on observe une normalisation des transaminases et l'ARN viral devient indétectable. Les anticorps anti-VHC diminuent très progressivement, mais restent détectables pendant de nombreuses années.

La guérison spontanée de l'hépatite aiguë C est observée dans 15 à 40% des cas selon les études. ⁽⁸⁾

D'une façon générale, on contrôlera un résultat négatif au moins une fois à 6 mois d'intervalle pour s'assurer que le patient est en effet « guéri ».

Néanmoins une sérologie VHC ne protège pas contre une réinfection : le patient garde des anticorps anti-VHC qui ne sont pas protecteurs.

3-4 Hépatite chronique

La fréquence du passage à la chronicité varie de 50% à 90% en fonction des études.

La grande fréquence du passage à la chronicité est liée à la forte variabilité génomique du VHC. La multiplication du virus, entraîne des mutations permanentes qui lui permettent d'échapper à la réponse immunitaire.

On observe 3 types d'hépatites chroniques :

- L'hépatite chronique avec transaminases normales (25%)
- L'hépatite chronique minimale (avec des transaminases fluctuantes) (50%)
- L'hépatite chronique modérée ou sévère avec transaminases élevées en permanence (25%)

3-4-1 Hépatite chronique avec transaminases normales:

Un certain nombre de patients ayant une infection chronique par le VHC ont des transaminases normales en permanence, malgré la présence d'une virémie détectable.

Ces patients sont souvent identifiés lors d'un dépistage. Ce groupe représente environ 25% des patients porteurs chroniques du VHC.

La définition de ce groupe de patients doit être stricte :

- **Positivité des anticorps anti-VHC,**
- **Positivité de l'ARN VHC par PCR**
- **Et transaminases strictement normales**

Certes plus de 90% des patients ayant des transaminases constamment normales n'ont pas de fibrose à la biopsie du foie.

Mais il est nécessaire de suivre régulièrement ces patients, afin de déceler rapidement toute nouvelle anomalie.

Une augmentation des transaminases au dessus de la normale supérieure doit motiver une réévaluation de ces patients.

Près de 30% des patients ayant des transaminases normales vont dans les 8 ans développer des anomalies.⁽⁸⁾

3-4-2 Hépatite chronique minime:

Un autre groupe de patients atteints d'hépatite chronique C est caractérisé par une maladie du foie minime, avec de l'ARN viral détectable dans le sérum et des transaminases très modérément élevées, parfois fluctuantes et transitoirement normales.

La biopsie hépatique montrerait des lésions d'activité et de fibrose minimales.

Ce groupe de patients représente actuellement environ 50% des patients atteints d'hépatite chronique C.

Ces patients sont généralement asymptomatiques, mais peuvent se plaindre, dans certains cas, d'une fatigue anormale.

L'hépatite chronique minime est la forme la plus fréquente d'hépatite chronique C chez les patients jeunes. Ces patients sont très à risque de développer, surtout après 50 ans, une maladie plus évolutive, de type cirrhose. Les tests non invasifs de fibrose leurs sont donc particulièrement indiqués.

3-4-3 Hépatite chronique modérée ou sévère:

Elle représente environ 25% des patients atteints d'hépatite chronique C.

Ces patients sont difficiles à distinguer de ceux atteints d'une hépatite chronique minime.

Cliniquement, bien que la maladie hépatique soit plus sévère, la plupart des patients sont asymptomatiques et, s'il existe une fatigue, l'intensité de celle-ci n'est pas corrélée à la sévérité de la maladie.

L'examen clinique est généralement normal. En outre, bien que ces patients aient tendance à avoir des transaminases plus élevées que les patients atteints d'hépatite chronique minime, **le taux des transaminases n'est pas un facteur pronostique pour un malade donné.**

Une augmentation des gammas GT, de la ferritine ou des immunoglobulines, ou une thrombopénie peuvent être les indices d'une maladie plus sévère.

L'échographie hépatique apporte des informations utiles, mais elle est le plus souvent normale.

Ce sont les résultats des examens histologiques, des tests non invasifs et/ou de la biopsie hépatique qui permettront de caractériser cette hépatite de modérée à sévère.

3-5 Complications

3-5-1 Fibrose du foie:

Toute agression chronique du foie comme le virus de l'hépatite C, induit une cicatrice fibreuse appelée fibrose.

Cette agression résulte d'une prolifération et d'une accumulation de cellules myéloblastiques en réponse à des stimuli incluant la nécrose hépatocytaire, l'apoptose et l'activation de cellules inflammatoires.

Cette fibrose une fois constituée désorganise l'architecture du foie, à la fois sur le plan anatomique et fonctionnel.

Il y a plusieurs types de fibrose hépatique selon son origine au sein du lobule.

La principale fibrose développée au cours des hépatites virales, est la fibrose porto-septale qui forme des ponts de fibrose.

Celle-ci est un phénomène dynamique et l'appréciation de sa progression est un élément essentiel dans le pronostic de l'hépatite C.

Pour évaluer la gravité de cette fibrose, une classification en fonction du degré d'atteinte hépatique a été instaurée, par le score de Knodell en 1981 puis, en 1994 par le score Métavir.

3-5-1-1 Score METAVIR:

Des anatomopathologistes français ont créé le groupe Métavir, destiné à l'élaboration d'un outil permettant de fournir aux cliniciens des informations claires, fiables et reproductibles sur les lésions histologiques des patients atteints d'hépatite C chronique.

Cette démarche a abouti à la création du score Métavir qui synthétise les données de la biopsie hépatique suivant deux paramètres: **l'activité necrotico-inflamatoire et la fibrose.**

L'activité necrotico-inflamatoire, symbolisée par la lettre A, est divisée en quatre grades qui vont de 0 (pas d'activité) à 3 (activité sévère).

La fibrose, symbolisée par la lettre F, comprend cinq stades qui vont de 0 (pas de fibrose) à 4 (cirrhose).⁽¹⁰⁾

En France, le score Métavir figure maintenant systématiquement dans la conclusion des comptes-rendus anatomopathologiques des biopsies hépatiques des patients ayant une hépatite. Mais surtout, **les tests non invasifs de fibrose sont transcrits en score Métavir.**

3-5-1-2 Facteurs associés à la progression de la fibrose :

Certains facteurs aggravent la fibrose et modifient de façon majeure l'histoire naturelle de l'hépatite chronique C. La rapidité d'évolution de la fibrose varie d'un patient à l'autre.

Les principaux facteurs de progression de la fibrose sont l'âge, le sexe masculin et la consommation d'alcool. ⁽⁹⁾

D'autres facteurs sont rapportés dans quelques études : surpoids, diabète non insulino-dépendant, consommation de tabac, usage de drogue, ou encore fluctuations dans le temps de l'ARN viral...

3-5-3 Cirrhose:

Le stade le plus évolué de fibrose est la cirrhose qui conduit à la plupart des complications des maladies chroniques du foie.

On sait que le passage d'un stade de fibrose, quand il se fait (ce n'est pas obligatoire) ne se fait pas en quelques mois mais en quelques années.

Il est essentiel que le patient comprenne bien le caractère lent et progressif de l'évolution de la fibrose hépatique, et qu'il sache que la cirrhose ne survient que dans 20% des hépatites C chroniques en 10 à 20 ans.

La rapidité d'évolution de la fibrose ⁽⁹⁾ varie en fonction des patients.

C'est au stade de cirrhose qu'apparaît les maladies, comme le CHC, l'insuffisance hépatique ou l'hypertension portale.

4- Le diagnostic de fibrose en 2012 dans les hépatopathies chroniques virales dues à l'hépatite C

L'évaluation de la fibrose hépatique au cours des hépatopathies chroniques est indispensable à la prise en charge des patients, car elle conditionne les décisions thérapeutiques et le dépistage des complications.

L'examen historique de référence pour l'analyse de la fibrose hépatique que constitue l'analyse histologique de la biopsie hépatique a l'inconvénient d'être un examen invasif, nécessitant une hospitalisation, d'acceptabilité inconstante par les patients.

Ces inconvénients ont conduit au développement de tests non invasifs de fibrose, reposant sur l'obtention de scores composites via un algorithme à partir de dosages sanguins et sur l'élastographie impulsionnelle ultrasonore.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a réalisé en 2006 une évaluation clinique des tests non invasifs de mesure de la fibrose hépatique.

- **En 2006, à l'issue de ses travaux, la HAS a considéré que les résultats de l'élastographie impulsionnelle ultrasonore (FibroScan®) et le score obtenu par la combinaison de 5 marqueurs sanguins (FibroTest®) sont des alternatives à la biopsie hépatique pour les patients atteints d'une hépatite chronique C non traitée sans comorbidité.**
- **Puis en 2008 la HAS a ajouté deux autres tests sanguins à cette même indication le FibroMètre et L'Hépascore.**

Ces quatre tests ont été inclus dans la stratégie de diagnostic proposée dans les recommandations de prise en charge des patients atteints d'une hépatite C chronique non traitée. Nous allons donc expliquer les différentes techniques de ces tests, en faisant un bref retour sur la PBH.

Rappelons que l'ensemble de ces tests non invasifs on été validés par des études les comparant au « gold standard » la ponction biopsie hépatique.

4-1 Rappel sur la biopsie hépatique: Méthode historique d'évaluation de la fibrose

4-1-1 Techniques:

La PBH consiste en un prélèvement d'une carotte de foie. Le patient est placé en décubitus dorsal ou en décubitus latéral gauche. Le point de ponction est déterminé par l'échographie, sinon il se situe en pleine matité hépatique. L'aiguille à biopsie est introduite dans l'espace intercostal. Le prélèvement sera ensuite fixé et analysé.

4-1-2 Avantages et limites:

La PBH permet à un hépatologue de connaître l'état exact du foie. Cependant le critère de jugement absolu est l'analyse histologique complète du foie qui est bien sûr impossible en dehors de la transplantation. Le résultat est donc soumis à un biais d'échantillonnage dès le départ. **Mais surtout, les risques ne sont pas négligeables.**

On observe des hémorragies, des ponctions d'organes, des pneumothorax, des fistules artério-veineuses... Ces complications sévères sont estimées à 3 pour mille, entraînant une mortalité de 3 pour dix mille. Les facteurs de risques de complications sont l'âge élevé, la cirrhose et la présence d'une tumeur bénigne ou maligne. Or ces éléments sont présents dans la population des porteurs de l'HVC, ce qui rend de fait cet examen à risque.

Ainsi certains patients la refusent, bien qu'elle soit indispensable à la surveillance de leur maladie. Le problème réside donc dans l'estimation objective du rapport bénéfice/risque des différentes méthodes d'analyse histologique.

C'est pourquoi de nouvelles techniques d'évaluations de la fibrose ont été développées, permettant un meilleur rapport bénéfice/risque.

4-2 Tests biologiques non invasifs de fibrose validés par la HAS

4-2-1 Critères de validation de ces tests

L'HAS a autorisé en 2006 puis en 2008 des nouveaux tests de diagnostic de fibrose ayant la caractéristique d'être moins invasifs que la PBH.

Cette autorisation a été proposée suite à différentes étapes de validation établies dans de nombreuses études. Ces études devaient répondre à des critères méthodologiques, de reproductibilité et de transférabilité pour obtenir une validation. La sensibilité des tests a été retenue comme critère de jugement principal pour le diagnostic de fibrose.

4-2-2 Le FibroTest :

Le professeur Thierry Poynard et son équipe ont travaillé pendant 15 ans sur la mise au point des marqueurs sériques de fibrose hépatique.

En 2001 une publication scientifique princeps paraît dans The Lancet. ⁽¹¹⁾

En 2002 et en accord avec la nouvelle loi française de valorisation de la recherche clinique l'exploitation du brevet a été confiée au laboratoire Bio Prédictive.

En septembre 2002 le FibroTest est commercialisé.

En 2006 selon les sources du laboratoire Bio Prédictive, 500 laboratoires et 60 hôpitaux en France utilisent cette technique. ⁽¹²⁾

Le 1^{er} mars 2011, soit dix ans après la commercialisation, L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie décide de rembourser une fois par un an ce test, dans l'indication validé par la Haute Autorité de Sante. ⁽⁶⁾

4-2-2-1 Technique :

C'est un acte simple de proximité, pouvant être effectué en laboratoire de ville **à partir d'un simple prélèvement sanguin à jeun.**

Il peut être facilement renouvelé et les résultats sont obtenus en 48-72 heures.

L'analyse est faite selon une échelle objective sur une base de données chiffrée et par des automates normalisés.

Les marqueurs biologiques utilisés lors du FibroTest sont au nombre de cinq :

- A2-macroglobuline
- Haptoglobuline
- Apolipoprotéine-A1
- Bilirubine totale
- Gamma-glutamyl-transpeptidase

Ces paramètres sont pondérés par le sexe et l'âge du patient.

Le laboratoire, après avoir dosé ces marqueurs se connecte sur le site de Bio prédictive, saisit les données nécessaires et obtient immédiatement les résultats du FibroTest.

4-2-2-2 L'interprétation des résultats du FibroTest :

❖ Contre indication d'utilisation :

Le risque de faux positifs et de faux négatifs est inférieur à 20 %.

Certains éléments tels que l'hémolyse, la maladie de Gilbert, l'hépatite aiguë ou la cholestase extra hépatique sont à l'origine de résultats erronés.

❖ Interprétation:

Le Fibrotest est un index estimatif de fibrose hépatique, il est exprimé entre 0 et 1 et proportionnel à la gravité de la fibrose, avec une conversion en state de fibrose de 0 à 4.

Pour faciliter l'interprétation visuelle, le résultat est accompagné d'un graphique en couleurs avec trois classes de gravité.

❖ En pratique :

- Vert (Fibrose minimale ou absente)

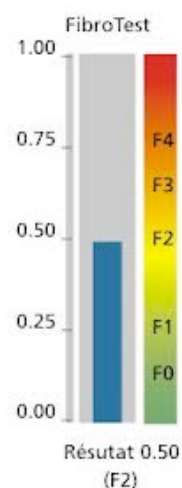
- Orange (Fibrose modérée)

- Rouge (Fibrose importante)

La conversion du FibroTest en stades de fibrose est donnée selon la classification histologique Métavir pour les recommandations de l'HAS.

❖ Représentation pratique:

Exemple score F2 : Fibrose modéré



4-2-3 Le FibroMètre

Les FibroMètres ont été mis au point par l'équipe du Professeur Paul Calés du CHU et de l'Université d'Angers. Il existe un FibroMètre spécifique pour les différentes hépatopathies du foie, pour les hépatopathies virales le FibroMètre V, pour les hépatopathies alcooliques le FibroMètre A, pour les hépatopathies métabolique, le FibroMètre S.

Dans notre sujet il s'agit du FibroMètre V.

4-2-3-1 La technique :

Il est réalisé à partir d'une simple prise de sang également.

Le médecin prescrit au patient le FibroMètre qui lui correspond. Sa spécificité est qu'il mesure également le pourcentage de fibrose dans le foie.

Cette donnée permet de suivre l'évolution de la fibrose au cours des cirrhoses (stade F4).

L'analyse est faite selon une échelle objective sur une base de données chiffrée et par des automates normalisés.

Il comporte 9 paramètres biologiques qui sont :

- Alpha-2macroglobuline
- Acide hyaluronique
- Asat- Alat
- Bilirubine totale
- Gamma GT
- Plaquettes
- Taux de prothrombine
- Urée

Ces paramètres sont pondérés par l'âge et le sexe du patient.

4-2-3-2 Interprétation des résultats

❖ Contres indications d'utilisation :

Les précautions d'utilisation de ce test concernent les situations pathologiques associées susceptibles de fausser ces résultats :

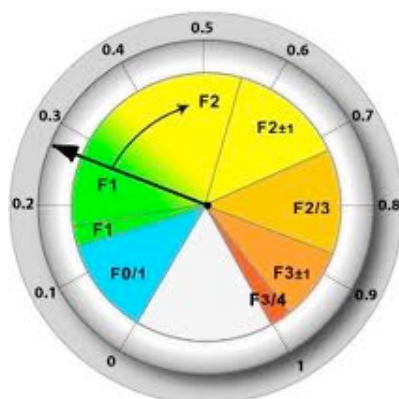
- syndrome inflammatoire pour l'alpha-2-macroglobuline ;
- traitements anti vitamines K ou cholestase responsable d'un déficit en vitamines K pour le TP ;
- insuffisance rénale ou déshydratation pour l'urée.

❖ Interprétation:

Ils sont exprimés entre 0 et 1 et proportionnels à la gravité de la fibrose avec une conversion en state de fibrose de 0 à 4 du score Métavir.

Pour faciliter l'interprétation visuelle, le résultat est accompagné d'un graphique en couleurs avec trois classes de gravité.

❖ En pratique: exemple pour un score F1: Fibrose légère



4-2-3-3 Rapport HAS FibroMètre

« Le FibroMètre® a été évalué dans plusieurs études indépendantes des concepteurs-promoteurs, avec des performances diagnostiques comparables.

L'ensemble de ces résultats permet de valider l'utilisation du FibroMètre® pour le diagnostic de la fibrose significative, de la fibrose sévère et de la cirrhose au cours de l'hépatite chronique C non traitée et sans comorbidité chez l'adulte ». ⁽¹⁵⁾

4-2-4 Hépascore :

4-2-4-1 Technique de l'Hépascore :

Il est réalisé à partir d'une simple prise de sang également. L'Hépascore comporte 4 paramètres biologiques, pondérés par l'âge et le sexe du patient :

- L'alpha-2-macroglobuline
- L'acide hyaluronique
- La bilirubine totale
- Gamma GT

4-2-4-2 Interprétation des résultats :

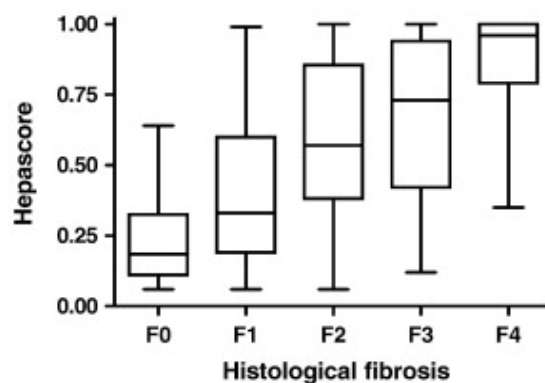
- ❖ Contres indications d'utilisation :

Il faut s'assurer de l'absence de maladie intercurrente, en particulier de syndrome inflammatoire pour l'alpha-2-macroglobuline :

- ❖ Interprétation :

Il s'agit comme les précédents tests d'un index estimatif de fibrose. Ils sont exprimés entre 0 et 1 proportionnel à la gravité de la fibrose avec une conversion en state de fibrose de 0 à 4 Métavir (De F0 à F4).

- ❖ En pratique : ⁽¹⁶⁾



4-2-4-3 Rapports HAS Hépascore :

« L'Hépascore répond aux critères techniques et méthodologiques prédéfinis. Les performances diagnostiques de l'Hépascore sont suffisantes pour permettre de valider ce test en 2008 dans l'évaluation de la fibrose hépatique et de la cirrhose au cours de l'hépatite C chronique non traitée. » ⁽¹⁵⁾

4-3 Les autres scores de marqueurs biologiques qui ne sont pas validés en 2012 par l'HAS ⁽¹⁵⁾

4-3-1 Score APRI

Score biologique se présentant sous la forme :

Formule: ASAT en multiple de la valeur normale supérieure/taux de plaquettes*100.

« *Le score APRI n'est pas validé en 2008 au cours de l'hépatite chronique C pour les raisons suivantes :*

- *raison technique : utilisation non reproductible de la valeur normale supérieure de l'ASAT, variabilité inter laboratoire du dosage des transaminases*
- *raison méthodologique : seuils variables d'une étude à l'autre ;*
- *valeurs de performance diagnostique insuffisantes. »*

4-3-2 Le score de Sud

Score biologique se présentant sous la forme :

Formule: 2 variables cliniques (âge, consommation d'alcool) et 3 variables biologiques (ASAT, Homeostasis Model Assessment (HOMA), cholestérolémie). Pour mémoire, HOMA = insulïnémie (mU/l) x glycémie (mM/l) / 22,5.

« *Le score de Sud n'est pas validé en 2008 au cours de l'hépatite chronique C pour les raisons suivantes :*

- *raison technique : utilisation non reproductible de la valeur normale supérieure de l'ASAT, variabilité inter laboratoire du dosage des transaminases*
- *raison méthodologique : il manque une étude présentant une méthodologie validée et une performance diagnostique suffisante. »*

4-3-3 Fib-4

Score biologique se présentant sous la forme :

Formule : [âge (années) x ASAT (U/l)] / [numération des plaquettes/ALAT (U/l)]

« *Le Fib-4 n'est pas validé en 2008 au cours de l'hépatite chronique C pour les raisons suivantes :*

- *raison technique : utilisation non reproductible de la valeur normale supérieure de l'ASAT, variabilité inter laboratoire du dosage des transaminases*
- *raison méthodologique : il manque une étude présentant une méthodologie validée et une performance diagnostique suffisante. »*

4-3-4 Score ELF :

Score biologique se présentant sous la forme :

Formule : Il s'agit d'un score composite comprenant des dosages spécifiques de protéines de la matrice.

« Le score ELF n'est pas validé en 2008 au cours de l'hépatite chronique C pour les raisons suivantes :

- raison technique de standardisation et d'accessibilité des dosages spécifiques des protéines de la matrice qui le composent (le nombre d'automates exigés pour le dosage de PIIIP et de TIMP-1 est limité).*
- il manque une étude présentant une méthodologie validée et une performance diagnostique suffisante. »*

4-3-5 Score MP3 :

Il s'agit d'un score composite comprenant des dosages spécifiques de protéines de la matrice.

« Le score MP3, ou score de Leroy n'est pas validé en 2008 pour l'évaluation de la fibrose au cours de l'hépatite C chronique non traitée pour les raisons suivantes :

- raisons techniques de reproductibilité et d'accessibilité des dosages spécifiques de protéines de la matrice et des raison méthodologiques ».*

4-4 Test non biologique de fibrose non invasif : Elastographie impulsionnelle ou FibroScan

4-4-1 Retour historique et généralité :

Le FibroScan quantifie de façon instantanée et totalement non invasive la fibrose du foie. S'appuyant sur la technologie brevetée VCTE™ (Elastographie impulsionnelle à vibration contrôlée). En 2001, Laurent Sandrin, ingénieur issu de l'Ecole Supérieure de Physique et de Chimie de Paris, a développé la technologie du FibroScan pendant sa thèse.

En 2003, il commercialise pour les hépatologues le diagnostic non invasif de fibrose.

En 2010, le FibroScan a fait l'objet de plus de 350 articles publiés et 550 communications orales et posters.

Le 1 mars 2011 décision de la CPAM de rembourser une fois par un an ce test, dans l'indication validé par la HAS. ⁽⁶⁾

4-4-2 Le principe

Le principe utilisé rejoint le principe de la palpation clinique du foie par le médecin: plus le foie est dur, plus la fibrose est importante. Pour mesurer cette dureté, il utilise l'élasticité qui correspond en physique, à la capacité d'un milieu à se déformer lorsqu'on lui applique une contrainte mécanique. ⁽¹⁷⁾

En pratique, un capteur à ultrasons, génère une onde sismique basse fréquence (50 Hertz) entre les côtes jusqu'au foie.

La vitesse de propagation de l'onde sismique est mesurée par le transducteur et dépend de la dureté de l'organe qu'elle traverse.

La mesure obtenue permet de quantifier la dureté du foie : plus il est dur, donc fibreux, plus la propagation de l'onde est rapide.

4-4-3 Rapport HAS FibroScan 2008 :

« L'étude en situation réelle confirme les résultats antérieurs (2006) d'efficacité de l'élastométrie pour le diagnostic de fibrose significative et de cirrhose au cours de l'hépatite C chronique non traitée. Elle souligne la faisabilité d'établir un diagnostic de cirrhose de manière reproductible indépendamment de l'expérience du clinicien ».

5- Les recommandations actuelles et les professionnels impliqués par ces recommandations

Si nous cherchons à évaluer les pratiques des généralistes sur l'hépatite C, il est essentiel de savoir quels sont, pour la Haute Autorité de Santé, les champs d'activités relevant dans ce domaine du généraliste et du spécialiste.

Une mauvaise définition de ces champs d'activités, pourrait être le principal obstacle, au suivi de ces patients en médecine générale.

Les généralistes peuvent se sentir illégitimes dans le suivi de ces patients, devant l'absence de recommandations officielles sur leur rôle.

Nous allons donc exposer les différentes recommandations depuis 2006, en caractérisant explicitement les nouveautés dans la prise en charge, et les actes qui relèvent du spécialiste et/ou du généraliste.

Il est remarquable d'observer, qu'il y a eu en 6 ans, 5 publications de l'HAS sur la prise en charge de l'hépatite C :

- **Deux en 2006 : « Prise en charge de l'hépatite C » et « Méthode d'évaluation de la fibrose hépatique »**

- **Décembre 2008 : « Critères diagnostiques et bilan initiale de la cirrhose non compliquée »**

- **Novembre 2009 : « Focus 13, diagnostic non invasif de la cirrhose non compliquée »**

- **Mars 2010 : « Actualisation Hépatite C »**

5-1 En mai 2006 : «Recommandation sur la prise en charge de l'hépatite chronique C»

En mai 2006, une recommandation donne précisément la prise en charge des patients HVC, du bilan initial à la surveillance des patients traités et non traités.

Les professionnels impliqués sont cités selon leurs champs d'activités.

Voici ce qui était préconisé en 2006. ⁽¹³⁾

5-1-1 Examens recommandés : Par le généraliste et /ou le spécialiste

Bilan de base :

- Transaminases (ASAT, ALAT), gamma GT, phosphatases alcalines, bilirubine,
- Prothrombine (TP), hémogramme y compris plaquettes
- Anticorps anti-VHC
- Détection qualitative de l'ARN du VHC sérique
- Détermination du génotype viral
- Alphafœtoprotéine
- Echographie abdominale
- Quantification de la virémie (ARN quantitatif) si décision de traitement.
- **Puis PBH avec établissement du score Métavir par le spécialiste.**

Recherche de comorbidité :

- Sérologies VIH, VHB (Ag HBs, si négatif Ac anti-HBc et anti-HBs), VHA (Ac IgG Anti-VHA),
- Dosage de la TSH et recherche d'auto anticorps antithyropéroxydase, d'auto-Anticorps antinucléaires, anti muscle lisse et anti-LKM1
- Créatininémie, protéinurie, clairance de la créatinine
- Glycémie
- Cholestérol total, triglycérides, HDL-cholestérol en cas de stéatose

Dans cette recommandation, il est clairement exprimé que le bilan initial or PBH, peut être du ressort du généraliste. Tous les examens peuvent être prescrits et analysés par lui, sans problème de compétence.

La ponction biopsie hépatique ne pouvant se réaliser qu'en hospitalisation a certainement conduit à rendre à cette époque les maladies virales du foie, nécessairement du domaine de la médecine hospitalière, quelle que soit leur sévérité.

Voici la phrase exacte issue de la recommandation :

« La détection et l'évaluation du patient sont du domaine du médecin généraliste et/ou du médecin spécialiste (hépto-gastro-entérologue, infectiologue, interniste). Le spécialiste interviendra nécessairement au moment de la ponction biopsie hépatique (PBH). »

La surveillance des patients non traités est expliquée, mais sans précision concernant les professionnels impliqués :

« Chez les patients non traités, quel que soit le stade (F0 à F4), suivi biochimique transaminases semestrielles et gamma GT, taux de prothrombine tous les 6 mois ».

La fréquence du bilan hépatique oblige à voir les patients au minimum deux fois par an, en pratique ce contrôle peut être effectué par le généraliste, mais cela ne s'appuie sur aucune recommandation explicite et officielle.

5-2 Décembre 2006: «Méthodes d'évaluations de la fibrose hépatique»

Sept mois plus tard, une recommandation pour la validation des tests non invasifs est publiée, mais elle ne donne ni la fréquence d'utilisation ni le professionnel impliqué.

Elle valide l'utilisation du FibroTest et du FibroScan dans le diagnostic de fibrose hépatique secondaire à l'hépatite C, élément nouveau qui n'apparaissait pas dans le bilan initial, lors de la conférence de mai 2006.

« Au cours de l'hépatite chronique C non traitée et chez l'adulte, seuls le FibroTest et le FibroScan sont validés comme tests « non invasifs » de fibrose. »

Il n'existe aucune précision sur la fréquence de réalisation des tests non invasifs dans le suivi de la fibrose hépatique secondaire à l'hépatite C non traitée et renvoie cette précision à des décisions ultérieures.

« (...) Ces deux tests (...) sont validés pour la réévaluation du patient ayant une hépatite chronique C non traitée, (...), mais sans pouvoir préciser la périodicité des examens qui doit être guidée par l'existence ou non de facteurs de risque de fibrose, ni l'interprétation de la variation entre les deux examens. »

Aucun élément de la recommandation, n'a précisé si ces examens relevaient du spécialiste ou du généraliste.

Si on considère que ces tests font partie du bilan initial de l'hépatite, alors d'après mai 2006, ils relèvent du généraliste ou du spécialiste.

Mais c'est une extrapolation.

La recommandation sur le suivi de fibrose des hépatopathies en décembre 2006 ne mentionne pas précisément les professionnels impliqués ni la fréquence de ces tests.

On peut supposer que c'est le non remboursement par l'assurance maladie qui en freine l'usage ambulatoire alors que les hospitaliers peuvent le prescrire à leurs patients (budget global).

5-3 Décembre 2008 : «Critères diagnostics et bilan initial de la cirrhose non compliquée.»⁽¹⁴⁾

Deux ans plus tard...deux autres méthodes non invasives sont validées par l'HAS, et dans cette recommandation, nous pouvons voir que ces nouvelles techniques relèvent selon les termes officiels d'une consultation spécialisée.

On y précise un examen initial relevant du généraliste, et il se doit en cas d'anomalie, d'adresser au spécialiste qui complétera le bilan par d'autres examens, notamment les tests non invasifs de fibrose.

Voici le texte :

« En cas de suspicion de cirrhose, il est recommandé que le médecin de premier recours adresse le patient à un médecin spécialisé (hépato-gastro-entérologue), en fonction des résultats des examens complémentaires. » Les tests non invasifs (...) sont des actes à réaliser dans le cadre d'une consultation spécialisée dans la prise en charge de la fibrose/cirrhose liée à l'hépatite chronique virale C ».

Concernant le suivi, la fréquence de réalisation des tests non invasifs de fibrose n'est toujours pas précisée en décembre 2008, mais il est clairement écrit que « *La planification de la surveillance ultérieure est à la charge du spécialiste*»

Pour résumer les avancées de la recommandation de 2008 :

- **Un bilan initial doit être réalisé par le généraliste.**
- **Des tests non invasifs de fibrose réalisés par le spécialiste viendront compléter le bilan initial.**
- **Le spécialiste organisera la planification du suivi.**
- **L'Hépascore et le FibroMètre deviennent également validés en première intention pour le diagnostic et le suivi des patients HVC non traités.**
- **Le FibroScan obtient l'indication du diagnostic de fibrose hépatique en première intention pour les infectés VHC-VIH.**

5-4 Novembre 2009 : « FOCUS 13, le diagnostic non invasif de la cirrhose non compliquée »⁽¹⁸⁾

Un an plus tard, on peut lire dans cette recommandation que le généraliste tient une place centrale dans la prise en charge des patients HVC, mais que les tests non invasifs restent du domaine spécialisé.

Dans ce focus, l'HAS rappelle que le rôle du médecin traitant est essentiel dans le diagnostic de cirrhose non compliquée.

A ce stade, les patients sont souvent asymptomatiques ou peu symptomatiques.

Et le médecin traitant est le mieux placé pour repérer les signes évocateurs de cirrhose dans une population cible, comme celle d'une infection chronique par le VHC ou d'autres ...

Après son examen clinique et biologique recherchant des signes de cirrhose, il doit « adresser le patient en consultation spécialisée pour la réalisation des tests non invasifs et/ou de la ponction biopsie hépatique. »

Les indications actuelles de ces nouveaux tests restent à visée diagnostique et non de suivi.

Cette nouvelle recommandation ne place par le généraliste, comme utilisateur de ces tests, et le suivi de fibrose par ces tests ne fait pas encore l'objet d'un consensus.

5-5 HAS mars 2010, «Hépatite C chronique actualisation»

5-5-1 Indication du remboursement :

Les trois scores de fibrose et le FibroScan sont remboursables uniquement dans l'indication validée par la Haute Autorité de Santé : « Evaluation d'une hépatite chronique C non traitée et sans comorbidité, chez l'adulte (hors diagnostic évident de cirrhose) » .

Ces actes sont à réaliser dans le cadre **d'une prise en charge spécialisée** de la fibrose/cirrhose liée à l'hépatite chronique virale C.

Ces actes sont réalisés dans le cadre de la stratégie diagnostique suivante, dans la limite d'une fois par an :

- **en première intention** : un test non invasif (un des trois scores ou l'élastographie impulsionnelle ultrasonore) ;
- **en seconde intention** : (en cas de non-concordance entre le résultat du test réalisé en première intention et la clinique, ou d'échec technique/de non interprétabilité de ce test) : un second test non invasif (autre que celui réalisé en première intention) en alternative à la ponction biopsie hépatique.

5-5-2 Modalités du remboursement :

FibroTest, FibroMètre, Hépascore qui sont des actes codés par la CPAM respectivement 1000, 1001 et 1002 comprennent la détermination des marqueurs biologiques, le calcul du score et son interprétation.

Le compte rendu doit mentionner les résultats des différents marqueurs biologiques, le score et son interprétation.

Il ne peut être facturé qu'un acte 1000, 1001, 1002 et HLQM002 (fibroScan) par patient, par an, ou éventuellement deux, sauf en cas de présence de facteurs de risque d'évolution rapide vers la cirrhose, si cette nouvelle mesure est susceptible d'avoir un impact sur la prise en charge thérapeutique.

Les médecins spécialistes ou généralistes prescrivent ces tests sur une ordonnance classique, et doivent mentionner « conforme au remboursement par l'HAS. »

En cas de non mention « conforme au remboursement », sur l'ordonnance les généralistes ou les spécialistes ne sont pas remboursés par la CPAM.

En autorisant un test non invasif par an, et deux en cas de discordance, **l'HAS place les tests non invasifs de fibrose hépatique comme un outil essentiel de surveillance de la fibrose. Et estime le délai de surveillance de la fibrose chez les patients porteurs d'une hépatite C non traitée à un an.**

Au total, vu les recommandations, les patients chroniques non traités peuvent être conjointement pris en charge par leur médecin traitant et un spécialiste mais la prescription et l'interprétation des tests hépatiques semblent encore être dans ces mêmes recommandations du ressort du spécialiste, bien que la prescription des tests par le généraliste soit remboursée par l'assurance maladie.

6- Hépatite C, médecine générale et tests non invasifs

6-1 Problématiques

Les généralistes peuvent-ils assurer le suivi des patients atteints d'hépatite C non encore traitée et est-il légitime pour eux de le faire?

Aux vues des dernières recommandations, il n'existe pas réellement de place pour ces médecins de premier recours que sont les généralistes.

L'utilisation de ces tests dans le bilan initial et le suivi, pourraient les impliquer plus largement du fait de leur proximité avec les patients et du caractère ambulatoire de ces techniques.

Une absence de recommandation précise quant au rôle du généraliste entraîne une variabilité des pratiques, et il serait pourtant dans l'intérêt des patients d'obtenir une uniformité des soins et le suivi le plus long avec leur médecin traitant.

Nous ouvrirons pour conclure, notre réflexion sur une question plus générale.

Ces tests non invasifs de fibrose ne pourraient-ils pas constituer un nouveau bilan hépatique standard de nouvelle génération ?

Accessible aux généralistes ? Et qui serait un nouvel outil à la disposition du médecin traitant dans le diagnostic de fibrose des autres hépatopathies?

6-2 Les inconnues

Dans cette étude nous avons essayé de répondre par une étude quantitative et une étude qualitative aux nombreuses questions soulevées.

Les médecins généralistes suivent-ils des patients HVC ?

Les tests non invasifs sont-ils sous-prescrits en médecine de ville ?

Les généralistes, une fois le diagnostic posé, confient-ils ces patients à l'hôpital ?

Le font-ils pour suivre les recommandations ?

Le non remboursement de ces tests pendant 10 ans a-t-il joué un rôle ?

Enfin l'appartenance à un réseau s'accompagne-t-elle d'une prescription accrue de ces tests et d'un meilleur suivi par le médecin généraliste?

PARTIE 2 : LES ETUDES

1- Méthodologie

1-1 Principe

Pour comprendre les obstacles à la prescription du diagnostic non invasif de fibrose hépatique chez les patients porteurs de l'hépatite C non traitée en médecine générale, **nous avons réalisé deux études complémentaires**, une étude **quantitative** et une étude **qualitative**.

1-2 Triangulation

L'association d'une étude qualitative et d'une étude quantitative permet une meilleure compréhension du sujet, **on parle de technique de « triangulation »**, combinant différents types de données ou de méthodes de collectes de données dans le cadre d'une même étude.

Par analogie à la triangulation utilisée en mathématiques, la triangulation des méthodes qualitatives et quantitatives fait référence à l'usage croisé de techniques de recueil de données, permettant d'éliminer ou de réduire les biais.

Cette méthodologie nous permet :

- D'augmenter la fiabilité et la validité de l'étude.
- D'améliorer la compréhension d'une étude et, ainsi, fournir une richesse qualitative et une meilleure compréhension du phénomène étudié;
- De rassurer les chercheurs quant aux résultats fournis par l'étude.

A partir d'une hypothèse de départ, nous avons obtenu des résultats quantitatifs sur un sujet. Ces résultats chiffrés permettent d'apporter une légitimité à la réalisation d'une étude qualitative complémentaire.

Cette étude qualitative a elle-même permis de compléter les données quantitatives, donnant des réponses exhaustives et précises à nos hypothèses.

1-3 Méthodologie étude quantitative

La meilleure façon d'évaluer l'utilisation d'outils diagnostiques par les médecins, est d'en quantifier la prescription parmi les prescripteurs potentiels.

- **Combien de médecins généralistes parisiens suivent des patients porteurs de l'hépatite C ?**
- **Combien parmi eux, prescrivent des tests non invasifs de fibrose ?**

En comptabilisant précisément le nombre de médecin généraliste utilisant ces outils, dans un échantillon, nous obtenons une représentation pertinente de la place actuelle de cette pratique dans la population de médecins généralistes parisiens.

Cette étude a pour but de répondre à 4 questions :

- **Ont-ils des patients HVC ? Suivent-ils leur fibrose par des tests non invasifs ?**
- **Pourquoi ne sont-ils éventuellement pas prescripteurs ?**
- **Combien appartiennent à un réseau de soins et existe-t-il une corrélation entre l'appartenance à un réseau et la prescription de ces tests, garante d'un meilleur suivi des patients?**

Pour répondre à ces questions nous avons choisi une étude quantitative transversale, pour obtenir un état des lieux chiffré d'une pratique médicale en médecine de ville.

Cette étude doit permettre de confirmer l'hypothèse initiale du projet qui est, nous le rappelons que les outils de diagnostic de fibrose hépatique sont sous utilisés en médecine ambulatoire.

Ces résultats quantitatifs, constitueront une base de discussion permettant d'initier et d'orienter les questionnements de l'étude qualitative.

1-3-1 Méthode de sélection:

1-3-1-1 Population:

Constitution d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes parisiens par un tirage au sort réalisé à l'aide de l'annuaire postal de 2011.

❖ Critères d'inclusions:

Sont inclus tous les médecins généralistes de Paris référencés dans l'annuaire postal 2011, Paris signifiant, les médecins généralistes exerçant dans la ville de Paris, dans le département 75. Ils ont été choisis, indépendamment de leur sexe, de leur âge, de leur mode d'exercice (en groupe, en centre de santé, en individuel) ou de leur secteur d'activité.

❖ Critères d'exclusions:

Sont exclus les médecins généralistes inscrits avec d'autres spécialités tel que, médecins généralistes acupuncteurs, médecins généralistes homéopathes, médecins généralistes échographistes, médecins généralistes allergologues ou médecins généralistes mésothérapeutes. Il nous est apparu important de sélectionner uniquement des médecins généralistes sans autres spécialités, pour ne pas biaiser le recrutement.

Un médecin allergologue prescrit probablement peu de tests non invasifs puisque son activité est orientée vers un autre domaine... Inversement un médecin échographiste peut avoir des patients hépatite C plus nombreux et donc prescrire plus volontiers des tests de fibrose.

Les médecins de SOS Médecin ont également été exclus. L'intérêt de l'étude étant d'évaluer une pratique chez des médecins traitants.

❖ Technique:

Nous avons dénombré pour chaque arrondissement le nombre exact de médecins généralistes, par exemple 22 dans le 75001, 89 dans le 75008 ...etc.

Pour chaque arrondissement, nous avons introduit dans un chapeau, une quantité de petits papiers numérotés, correspondant précisément au nombre de médecins généralistes de l'arrondissement.

Puis pour les 20 arrondissements, nous avons tiré aléatoirement au sort des généralistes.

Le nombre de médecins généralistes est très variable d'un arrondissement à l'autre.

Par exemple, 22 médecins dans le 1^{er}, et 168 dans le 15^{ème}.

C'est pourquoi nous avons décidé, d'en tirer plus dans les arrondissements avec une grande quantité de médecins et moins dans les autres.

Le 1^{er}, le 2^{ème}, le 3^{ème}, le 4^{ème}, 6^{ème}, et le 7^{ème} compte moins de 60 généralistes par arrondissement, alors que le 5,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 et le 20 en compte de 60 à 168.

❖ Taille échantillon :

Nous avons donc tiré 10 médecins au sort dans les 1, 2, 3, 4, 6 et 7 ième arrondissements et 20 dans les autres.

Soit 480 médecins ont été tirés au sort, et répertoriés avec leurs adresses postales dans un tableau Excel.

Sur 1 714 médecins généralistes exerçant à Paris, 480 ont été inclus dans l'étude, ce qui représentent 28% des médecins généralistes parisiens.

La taille de l'échantillon a une influence fondamentale sur la précision des estimations réalisées.

La population mère correspond ici aux 1 714 généralistes parisiens, répondant aux critères d'inclusion et inscrits dans l'annuaire postal 2011.

Pour des raisons économiques et de temps, il était nécessaire d'utiliser une taille d'échantillon la plus réduite possible tout en obtenant un taux de confiance suffisant.

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de la loi normale centrée réduite.

$$n = \frac{t^2(1-p)}{d^2 \times p}$$

Précision	Taille
2%	2 401
3%	1 067
4%	600
5%	384
6%	267

Le coefficient t est lu dans la table de la loi normale, c'est-à-dire qu'il vaut 1,96 si l'on s'est donné un niveau de confiance de 0,95.

La proportion p d'individus présentant la caractéristique à mesurer est inconnue, on a donc pris 0,5 faute de mieux.

Quant à d , c'est la marge d'erreur qu'on se donne à 5 %.

En envoyant 480 questionnaires nous sommes à un niveau de confiance de 4% - 5%, sachant que le temps et le coût ne nous ont pas permis une meilleure précision.

1-3-2 Méthode d'intervention:

L'étude s'est déroulée d'octobre 2011 à Mars 2012.

Chaque médecin a reçu un courrier comprenant un questionnaire et une enveloppe adressée et pré timbrée.

Une fois le questionnaire rempli et retourné, les informations sont regroupées dans un tableau Excel pour en permettre l'exploitation.

1-3-3 Méthode d'observation :

Les questionnaires comportent 4 questions fermées.

Une première demande est:

Les médecins ont-ils dans leur patientèle des patients porteurs d'une hépatite C?

Les réponses proposées sont **oui ou non**.

Une deuxième demande est :

Prescrivent-ils des tests non invasifs de fibrose?

Les réponses proposées sont **oui ou non**.

Une troisième demande est :

Quelles sont les causes de non prescription des tests non invasifs ?

Les réponses proposées sont : - **Coûteux,**

- **Du ressort du spécialiste**

Une quatrième demande est:

Les médecins généralistes appartiennent-ils à un réseau hépatite C ?

Les réponses proposées sont **oui ou non**.

(Annexe 1)

1-3-4 Méthode d'évaluation :

La loi normale centrale a été utilisée pour le calcul de l'échantillon.

Une loi de Poisson a été utilisée pour le calcul d'un **risque relatif** entre l'appartenance à un réseau et la prescription de tests non invasifs.

La loi de Poisson est un modèle linéaire généralisé pour obtenir un Risk Ratio (RR) : correspondant à la probabilité de prescrire selon l'appartenance à un réseau.

Celle-ci est la loi des petites probabilités ou loi des événements rares et sans mémoire, dans un intervalle de temps donné.

Elle a été choisie car s'appliquant à notre étude, c'est à dire à des probabilités faibles de prescriptions et d'adhésion à un réseau.

1-4 Méthodologie étude qualitative

Le but de cette seconde étude étant de comprendre les obstacles au suivi des patients porteurs de l'hépatite C, non traités en médecine générale.

Des éléments qualitatifs non quantifiables, ont été récoltés lors d'entretiens avec des médecins généralistes.

Pour atteindre l'objectif fixé, l'étude est de type qualitative, descriptive. La perspective est interprétative car le point de vue choisi est celui de n'avoir aucun préjugé quant aux données recueillies. Cependant la démarche reste orientée car il existe une hypothèse de travail initiale à l'origine du projet.

La méthode qualitative a été choisie ici en raison de sa capacité à explorer un domaine peu connu, permettant ainsi de compléter, voire de comprendre les informations obtenues lors de l'étude quantitative. C'est une stratégie flexible et itérative qui permet de révéler des thèmes ou des problématiques qui seraient restés dans l'ombre si le questionnaire était resté fermé comme dans l'étude quantitative.

1-4-1 Sélection d'une population et Méthode de recueil des données

1-4-1-1 Sélection des médecins généralistes

11 entretiens ont été menés auprès de généralistes tirés au sort parmi les médecins sélectionnés pour l'étude quantitative. Nous ne connaissons pas les réponses données par ces médecins au questionnaire de l'étude quantitative (celle-ci étant resté anonyme).

1-4-1-2 Entretiens

Certaines données relatives à la pratique médicale dans ce domaine méritent d'être confirmées par des questions précises, afin de répondre aux problématiques de la thèse.

D'autre part des questions plus ouvertes laissent place aux données inattendues, permettant d'enrichir nos questions afin d'améliorer la qualité de nos réponses.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons décidé d'utiliser la technique de l'entretien individuel semi dirigé. L'entretien individuel a été retenu pour des raisons pratiques et «d'intimité professionnelle». La réalisation d'entretien en tête-à-tête au cabinet avec un médecin généraliste parisien a permis un meilleur échange des pratiques professionnelles, des doutes et des problématiques rencontrés. Un entretien collectif ou en petit groupe pourrait biaiser les réponses aux questions, et limiterait les diversions utiles à l'enrichissement de la thèse.

1-4-1-3 Guide d'entretien

Les entretiens semi dirigés sont structurés par un guide d'entretien composé de questions ouvertes et fermées dont l'ordre peut varier selon la tournure de l'entretien. L'intervenant s'adapte à l'interviewé et explore les pistes évoquées quitte à s'éloigner du guide d'entretien. Le guide d'entretien est donc évolutif, amené à être modifié par les résultats induits par l'analyse contemporaine des données déjà recueillies, afin de préciser certaines notions ou d'élargir le champ de discussion.

Les différents guides d'entretien sont présentés en annexe.

1-4-1-4 Déroulement de l'étude

La réalisation des entretiens a eu lieu du 1^{er} avril 2012 au 31 octobre 2012.

Les entretiens sont enregistrés sous forme audio. Puis les enregistrements seront retranscrits informatiquement sous Microsoft Office Word ® sous la forme de verbatim, c'est-à-dire mot pour mot.

1-4-2 Impression et adaptation des entretiens

1-4-2-1 Le vécu de cet exercice :

Sur le plan pratique, il était souvent difficile d'obtenir ces rendez-vous.

Les médecins généralistes ayant trop peu de patients porteurs du VHC, ils ne se sentaient pas concernés et pas légitimes pour répondre à mon questionnaire.

Je devais insister, leur dire que la majorité des généralistes était dans ce cas, et que c'est leur pratique justement qui m'intéressait, malgré cela deux appels sur trois ont abouti à un refus d'entretien.

Ces entretiens m'ont permis de parler avec différents généralistes au delà des questions précises du sujet. En effet de nombreuses diversions étaient faites sur le métier de généraliste, le type d'exercice, le rapport à ce métier, ce qui fut pour moi très enrichissant.

Les médecins m'ont accueilli fraternellement, tous les entretiens se sont très bien déroulés, et ils se sont montrés au final satisfaits et intéressés par ce questionnaire.

1-4-2-2 Réaction des interviewés :

J'ai ressenti chez eux, au début des entretiens, une certaine appréhension de ne pas faire « la meilleure » prise en charge ou la prise en charge « idéale » avec leurs patients.

Or j'étais simplement là pour décrire et comprendre leur pratique et non pour porter un jugement sur leurs exercices.

Au fur et à mesure de la discussion cette appréhension s'estompait pour laisser place à une relation plus confiante et détendue.

1-4-2-2 Modification des questions

La structure du questionnaire n'a globalement pas évolué au cours du temps, cependant quelques questions supplémentaires ont parfois été rajouté en fonction du déroulement de l'entretien.

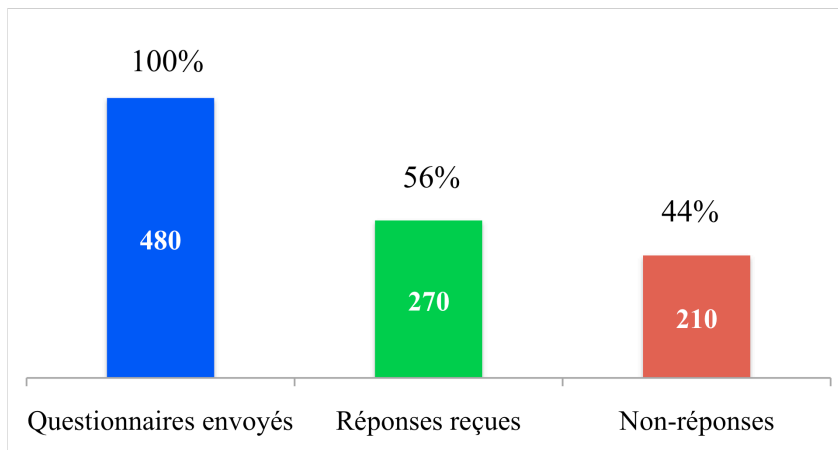
Enfin à la fin des entretiens, c'est devant leur réaction majoritairement enthousiaste à l'utilisation de ces nouveaux tests que j'ai voulu leur demander si leur pratique changerait désormais ou ce qu'il faudrait faire d'après eux pour améliorer leur prise en charge.

Cette dernière question n'était pas prévue dans le questionnaire initial.

2- Etude quantitative : résultats

2-1 Taux de réponse :

480 questionnaires, ont été envoyés, 210 questionnaires sont restés sans réponse, c'est à dire qu'ils n'ont jamais été retournés par les généralistes, et 270 questionnaires ont été remplis, retournés et analysés. (Annexe 2: tableau Excel)



56% des questionnaires ont été remplis par les médecins généralistes.

Un taux de réponse de plus de 50% dans ce type d'enquête est très satisfaisant.

Au questionnaire envoyé était jointe une enveloppe remplie et affranchie, ce qui a probablement contribué à ce taux de réponse satisfaisant.

En effet plus d'un questionnaire sur deux a pu être exploité, ce qui donne une valeur significative à notre étude.

2-2 Taux de questionnaires mal remplis

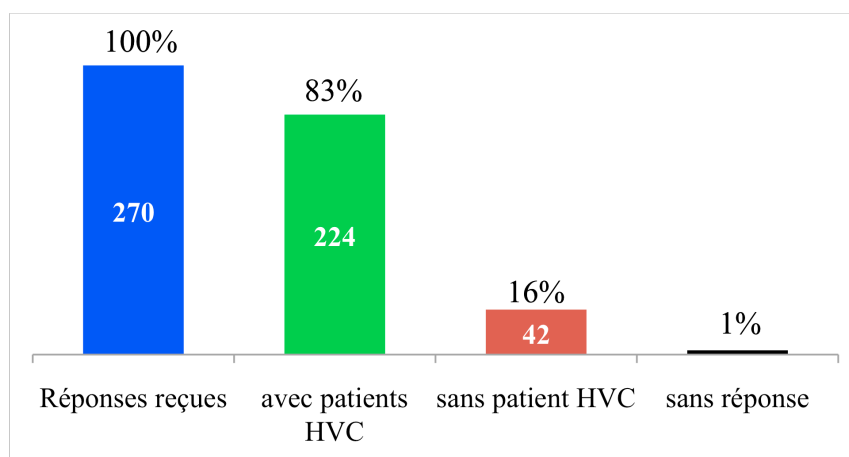
Certains questionnaires n'ont pu être exploités pour écriture illisible, pour absence de réponse aux questions, pour réponses incompréhensibles ou hors sujet, ou pour questionnaire renvoyé barré, en mentionnant, « retraité », « médecine esthétique », « acupuncteur »...

Les réponses aux questionnaires mal remplis n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des données, ils représentent 2% du total des questionnaires renvoyés

2-3 Proportion de patients porteurs du VHC chez les généralistes parisiens

Sur les 270 médecins généralistes interrogés :

- 224 médecins généralistes déclaraient suivre des patients porteurs de l'hépatite C soit 83%
- 42 déclaraient ne pas en avoir du tout soit 16%.
- 4 n'ont pas répondu à cette question d'une façon permettant son interprétation.



La pathologie du VHC n'est pas une maladie rare en médecine générale, les généralistes reçoivent en consultation des patients porteurs du VHC.

Il est important de remarquer que les généralistes parisiens ont peu de patients atteints d'hépatite C, comparativement au diabète ou à l'hypertension artérielle, mais plus de 83% d'entre eux, en comptent tous au moins un dans leur patientèle.

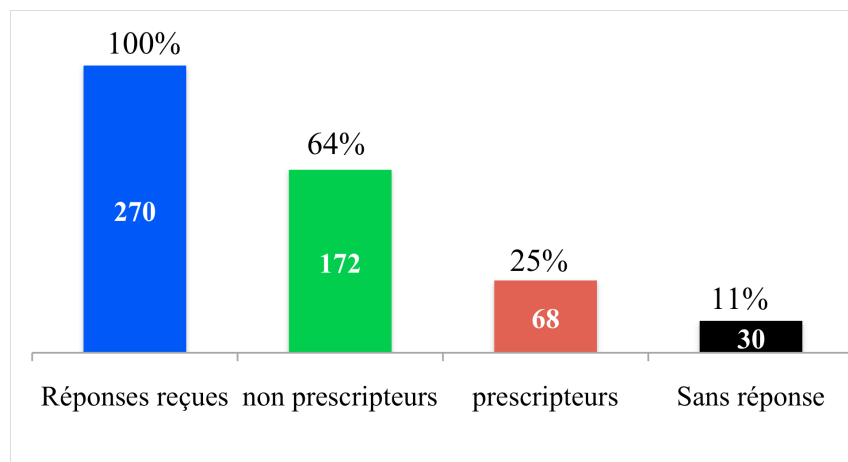
L'ensemble des médecins généralistes parisiens sont, ou seront, confrontés lors d'une consultation, à un ou des patients porteurs du VHC.

2-4 Prescription de tests non invasifs en médecine générale

A la question, combien de généralistes parisiens prescrivent des tests non invasifs de fibrose aux patients HVC, voici les résultats :

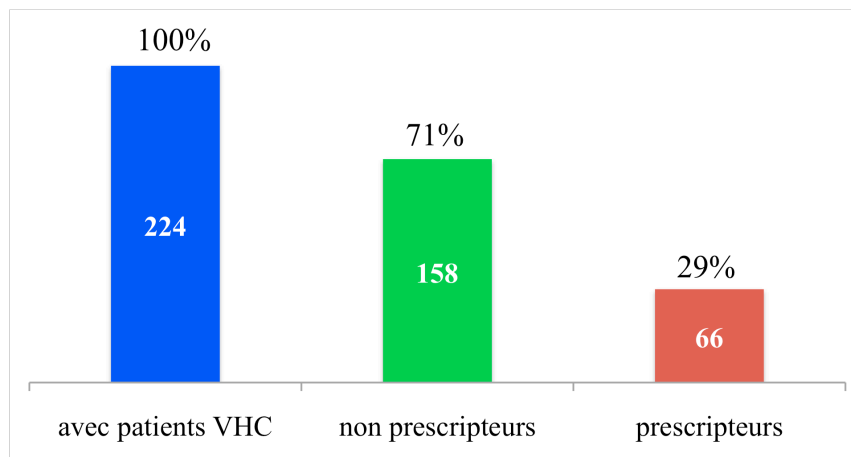
Sur les 270 réponses confondant les médecins ayant des patients hépatite C et ceux n'en n'ayant pas, 68 prescrivait des tests non invasifs de fibrose et 172 n'en prescrivait pas ou n'en prescriraient pas.

30 n'ont pas répondu de façon interprétable à cette question.



Un médecin généraliste sur quatre, prescrivait régulièrement des tests non invasifs de fibrose. Attention, ce chiffre de non prescripteurs et prescripteurs de tests a été calculé sur l'ensemble des généralistes, sans différencier les médecins généralistes ayant réellement des patients HVC, de ceux sans patient HVC.

Regardons uniquement les réponses dans la population des généralistes déclarant suivre des patients HVC.



Quand on regarde uniquement les médecins ayant des patients HVC dans leur patientèle, on passe d'une proportion de médecins prescrivants de 25% à 29%.

Ces tests non invasifs de fibrose, ne bénéficient pas de recommandation officielle, indiquant le médecin traitant comme utilisateur de ces outils, pour autant des médecins généralistes parisiens, déclarent prescrire des tests de façon régulière à leurs patients HVC au cours du diagnostic ou du suivi de l'hépatite C de leurs patients.

2-5 Causes de non prescription des tests non invasifs de fibrose :

Pour connaître les causes à l'origine de cette prescription timide ou confidentielle, nous avons proposé 2 choix aux médecins:

- Le coût ?
- Le caractère obligé d'un avis spécialisé pour la prescription ?

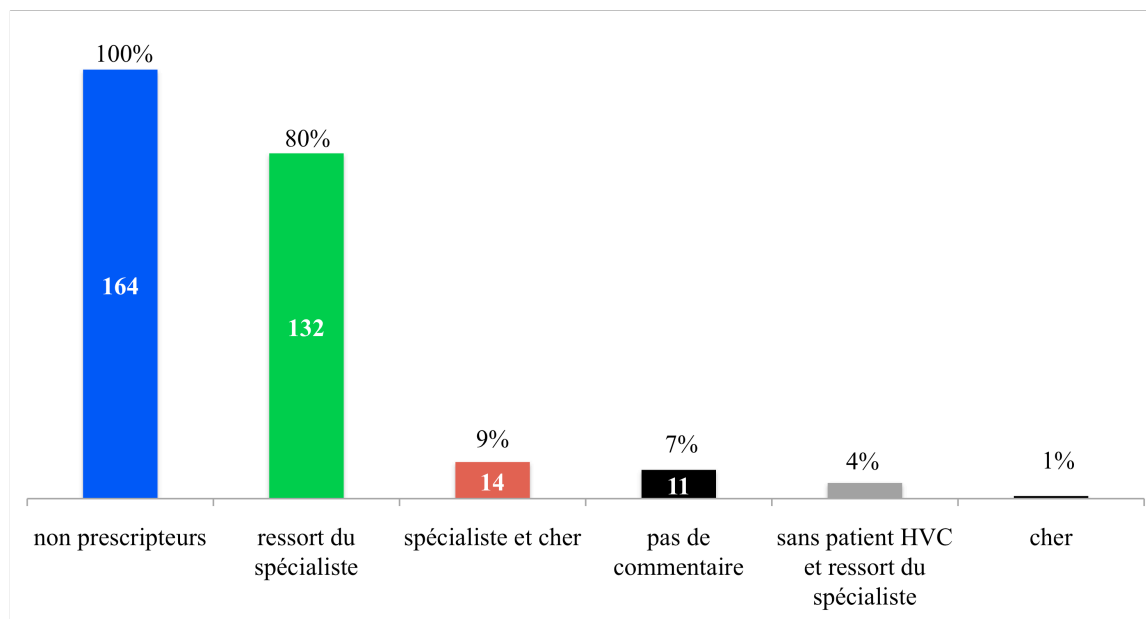
2-5-1 Calcul de la population des non prescripteurs de tests.

Pour analyser les résultats des causes de non prescription des tests non invasifs de fibrose par les médecins généralistes parisiens, nous avons pris l'ensemble des médecins qui ont répondu « non » à la question « prescrivez-vous des tests non invasifs? ».

Ce chiffre englobe les médecins ayant des patients HVC, et ceux n'en n'ayant pas.

La population des médecins non prescripteurs est donc de 172 personnes.

2-5-2 Résultats des causes de non prescription des tests non invasifs de fibrose.



2-5-3 Ressort du spécialiste :

2-5-3-1 Pour les généralistes sans patient HVC :

3% des généralistes, s'ils avaient des patients HVC ne prescriraient pas ces tests, car ils pensent qu'ils sont du ressort du spécialiste.

Cette catégorie correspond à des généralistes qui ne prescrivaient pas, non seulement parce qu'ils n'avaient pas de patient, mais aussi parce qu'ils pensaient que ces tests étaient réservés à la pratique de l'hépatologue.

Même en présence de patients HVC dans leur patientèle, ils ne suivraient pas cette pathologie dans leur cabinet.

2-5-3-2 Pour les généralistes avec des patients HVC :

77% des généralistes ayant des patients HVC pensaient que ces tests étaient du ressort du spécialiste.

Pour les généralistes n'utilisant pas les tests non invasifs, le suivi de fibrose n'est pas de leur compétence.

2-5-4 Trop cher ?

2-5-4-1 Pour les généralistes sans patient HVC :

Aucun médecin généraliste n'en mentionnait le coût comme une explication de « non » prescription.

2-5-4-1 Pour les généralistes avec patients HVC :

Un médecin a déclaré que le facteur limitant de ces tests était l'aspect financier.

Ce qui est surprenant dans la mesure où ces tests n'étaient pas remboursés, et que leur coût était de l'ordre de 50 euros.

L'aspect financier aurait pu être le principal frein de prescription, ce qui n'était pas le cas.

2-5-5 Du ressort du spécialiste et trop cher?

Certain généralistes ont répondu que la cause de non prescription venait du coût et du ressort du spécialiste.

2-5-5-1 Pour les généralistes avec patients HVC :

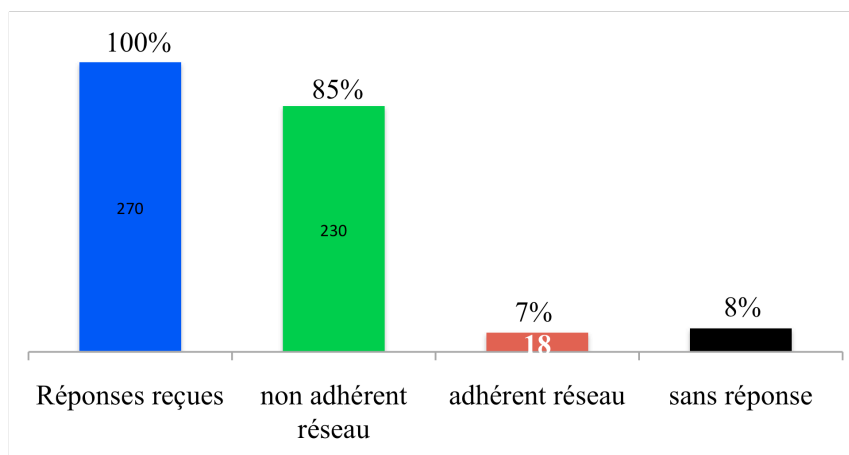
8% des médecins concluaient que leur non prescription de tests venait de l'association du coût et de leur indication par le spécialiste.

2-5-5-2 Pour les généralistes sans patient HVC :

Aucun médecin n'a mentionné ces deux causes de non prescription.

2-6 Généralistes parisiens et réseau HVC ?

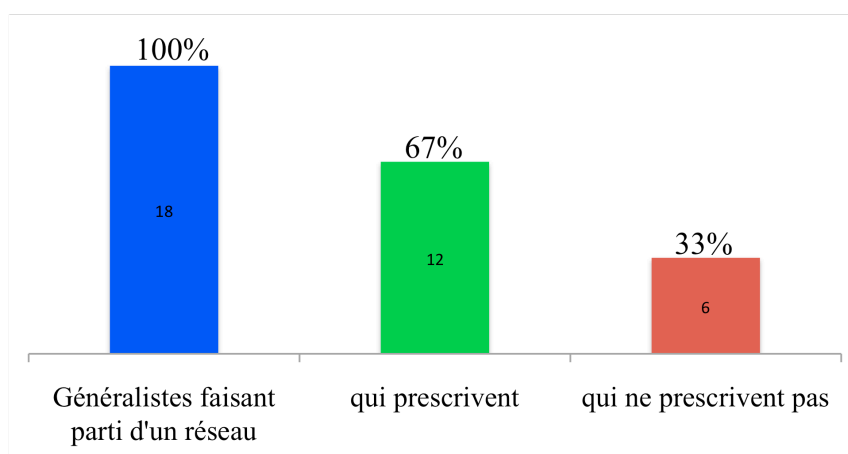
2-6-1 Taux d'appartenance des généralistes à un réseau HVC :



85% des généralistes interrogés n'appartenaient pas à un réseau Hépatite C.

L'adhésion à un réseau HVC par les médecins traitants n'est pas une pratique courante, seul 7% d'entre eux participent à un réseau.

2-6-2 Réseau et prescription ? Combien de généralistes appartenant à un réseau, prescrivent des tests non invasifs de fibrose.



67% des généralistes appartenant à un réseau, prescrivaient des tests non invasifs, ce qui est très supérieur à la proportion des médecins prescripteurs dans la population générale.

Cependant ce chiffre ne nous permet pas de faire un lien, entre l'adhésion à un réseau et la prescription de tests non invasifs de fibrose.

Nous avons donc calculé un risque relatif par la loi de Poisson.

C'est à dire la probabilité de prescrire des tests non invasifs de fibrose si un médecin appartient à un réseau.

2-6-3 Probabilité de prescrire si on appartient à un réseau ?

On peut constater après avoir appliqué la loi de Poisson pour calculer un risque relatif entre l'adhésion à un réseau et la prescription de tests, **qu'il y a 2,6 fois plus de chance de prescrire des tests non invasifs de fibrose, quand on appartient à un réseau Hépatite C que lorsqu'on y appartient pas.**

Par conséquent en étant plus informé, plus accompagné dans cette pathologie chronique, le suivi de fibrose est plus facilement réalisé par le médecin traitant.

Ces résultats sont obtenus avec un « p » significatif < 0,01.

(Le nombre 216 correspondant aux médecins n'appartenant pas à un réseau, en excluant ceux qui n'ont pas de patients HVC, et ne prescrivent pas).

2-6-4-1 Tableaux descriptifs pour le calcul de la loi de Poisson.

	%	CI 95%
Appartenance à un réseau		
Non (n=216)	92.3	[88.1, 95.1]
Oui (n=18)	7.7	[4.9, 11.9]
Total (n=234)	100	

Prescription de tests non invasifs						
	Non		Oui		Total	χ^2 (pval.)*
	%	CI 95%	%	CI 95%	%	
Appartenance à un réseau						11.9 (<0.001)
Non (n=216)	74.1	[67.8, 79.5]	25.9	[20.5, 32.2]	100	
Oui (n=18)	33.3	[15.7, 57.3]	66.7	[42.7, 84.3]	100	
Total (n=234)	70.9	[64.8, 76.4]	29.1	[23.6, 35.2]	100	

*Likelihood ratio χ^2

2-6-4-2 Modèle linéaire généralisé pour obtenir un Risk Ratio (RR) : Probabilité de prescrire selon l'appartenance à un réseau :

	Risk Ratio/CI95%	pval.
Non appartenance à un réseau	Référence	
Appartenance à un réseau	2.57*** [1.73,3.83]	<0.001
N	234	

Risk ratios coefficients

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Lecture du test statistique: **les médecins appartenant à un réseau ont environ 2,6 fois plus de chance de prescrire des tests non invasifs.**

2-7 Conclusion des résultats de l'étude quantitative :

Le VHC est une pathologie présente dans la patientèle
des généralistes parisiens

Un généraliste sur trois prescrit des tests non-invasifs
aux patients VHC

Le coût des tests non-invasifs ne constitue pas un
frein à la prescription

80% des généralistes considèrent que le suivi de
fibrose n'est pas de leur domaine

L'appartenance à un réseau facilite le suivi de fibrose
hépatique chez les patients porteurs de VHC

3- Etude qualitative: Résultats

3-1 Tableau des intervenants

	Localisation	sexe	Age ...	Patientéle hépatite c	Prescripteur de tests	Secteur	Appartenance à un réseau
D1	75017	F	20-30	OUI	NON	1	OUI Paris-Nord
D2	75013	H	50-60	OUI	OUI	2	NON
D3	75012	H	40-50	OUI	OUI	1	NON
D4	75012	H	50-60	OUI	NON	2	NON
D5	75020	H	30-40	OUI	OUI	1	NON
D6	75020	H	40-50	OUI	NON	1	NON
D7	75012	H	40-50	OUI	NON	1	NON
D8	75011	H	40-50	OUI	NON	1	NON
D9	75014	F	30-35	OUI	NON	Remplaçante	NON
D10	75013	F	25-30	OUI	NON	1	NON

3-2 Caractéristiques des médecins interrogés

3-2-1 Lieu et durée d'installation des médecins généralistes :

L'ensemble des médecins généralistes interrogés était des médecins parisiens, exerçant principalement dans l'est et le sud est de Paris.

Deux des médecins interrogés avaient une trentaine d'années, et moins de 5 ans d'installation, les autres ont plus de 15 ans de pratique, certains 30 ans...

Une était remplaçante, le médecin que je devais voir ayant eu un empêchement, il s'était fait excuser. Il m'a semblé aussi intéressant de réaliser le questionnaire avec ce jeune médecin.

3-2-2 Type et mode d'exercice :

3-2-2-1 Mode d'exercice :

Un médecin généraliste travaillait dans un cabinet pluridisciplinaire, une dans un centre de santé, quatre médecins travaillaient à deux avec un autre professionnel de santé (médecins, dentistes), quatre médecins travaillaient seuls dans leur cabinet.

3-2-2-2 Type d'exercice :

Tous les médecins interrogés, exerçaient la médecine générale sans spécificité particulière deux médecins généralistes déclarant avoir une activité importante en gynécologie.

3-2-3 Répartitions Homme/Femme :

Trois interviewés sur dix sont des femmes, elles sont les 3 plus jeunes médecins interrogés.

3-3 Interprétation des résultats en fonction des caractéristiques des généralistes :

Les médecins généralistes qui prescrivent des tests non invasifs de fibrose à leurs patients HVC, sont des médecins hommes exerçant depuis 15 ans ou plus, ils exercent seuls ou en groupe.

Bien que connaissant le nom de ces tests, aucune des jeunes femmes interrogées, installées depuis peu de temps, ne les utilisent car elles déclarent ne pas savoir les interpréter.

L'enseignement facultaire ne semble pas avoir préparé les jeunes médecins à l'utilisation de ces nouveaux tests non invasifs de fibrose.

Aucun autre élément significatif dans la prise en charge des patients HVC non traités n'a été remarqué en lien avec l'âge, le sexe ou le mode d'exercice.

3-4 Analyse et interprétation des entretiens :

3-4-1 La médecine générale est confrontée aux patients HVC

Tous les médecins interrogés suivaient des patients porteur de l'HVC traités comme des non traités.

A la question posée : Avez vous des patients HVC ? Traités non traités ? Voici leurs réponses

D1 : « oui, j'en ai 4 ou 5, je viens de m'installer et j'ai récupéré une patientèle.

Il y en 2 non traités, chroniques et un qui a fini ses traitements...l'autre je ne me souviens plus, il a guéri tout seul je crois ... »

D2 : «Oui une dizaine, ils sont tous traités sauf une je crois »

D3 : « Oui, environ 5-6, certains sont traités d'autres non. Le téléphone sonne (...) En général, je ne les vois pas pour l'hépatite C. »

D4 : « Quelques-uns, oui pas beaucoup, mais quelques-uns ...J'en ai 3 à 4, à peu près ... Deux sont traités, les autres non, dont une dans un nouveau protocole. »

D5 : « oui, j'en vois (...) certains sont traités d'autres non, si je me rappelle bien je dois en avoir 4 ou 5. Pour la moitié d'entre eux ils ne sont pas traités. »

D6 : « Oui 4 patients, 3 sont traités et 1 traité et guérit en rémission, et un hépatite C type delta, je sais pas si c'est important pour vous (...). »

D7 : « Oui une dizaine, je ne les vois pas beaucoup... »

D 8 : « Oui, je crains qu'il y en ait qui ne soient pas dépistés, je dirais 15-20. »

D9 : « OUI 3, 2 sans traitement et un traité.

D10 : «Dans ce cabinet, le médecin en à quelques uns, dans les deux cabinets ou je remplace je dirais qu'il y a une petite dizaine de patients traités ou non. »

Tous ont déclaré qu'ils avaient des patients porteurs de l'hépatite C, le nombre allant de 2 à 20.

Tous ont répondu suivre des patients sans hésitation mais leur ressenti était d'en suivre «très peu».

Tous ont insisté sur le fait que ces patients ne représentaient pas une grande partie de leur patientèle.

Tous ont distingué leurs patients traités des non traités.

3-4-2 Les patients HVC sont tous suivis par un spécialiste :

A la question: «vos patients sont ils suivis par un spécialiste?»

Voici leurs réponses :

D1 : « Ha oui ! Oui, tous ! »

D2 : « Oui tous, évidemment ceux traités »

D3 : « Oui, ils ont tous un hépatologue, qu'ils soient traités ou non. Et s'ils n'en n'avaient pas je souhaiterais qu'ils en aient un, et personnellement je voudrai l'avis d'un Hépatologue. Si je fais le diagnostic, je fais un bilan puis j'oriente.»

Moi je les vois plus car ils viennent souvent pour autre chose, donc à chaque consultation de rhume ou de certificats... je les vois.

D4 : « Oui TOUS. Soit un gastro-entérologue en ville soit à l'hôpital mais je ne les suis pas vraiment pour leur hépatite C »

D5 : « Oui tous, les traités plusieurs fois par an, mais je ne pourrais pas dire à quelle fréquence. Pour les non traités, ils ont tous aussi un hépatologue mais qu'ils voient une fois par an voire moins souvent encore. »

D6 : « Oui TOUS (très insistant), c'est catégorique. Soit un hépatologue de Tenon, soit un hépatologue de Saint Antoine»

D7 : « Oui tous, les traités et non traités. Donc ils sont suivis deux fois par an, une fois par le spécialiste et une fois par moi. »

D8 : « Oui, sauf ceux qui ne veulent pas se faire suivre. Souvent lorsqu'ils sont asymptomatiques ils ne veulent pas se faire suivre, mais la plupart son suivis. »

D9 : « Oui »

D10 : « oui, oui, c'est évident »

La proximité de grands centres hospitaliers à Paris, constitue un atout indéniable dans le suivi spécialisé de ces patients. **L'ensemble des généralistes orientait aisément leurs patients vers des spécialistes et cette orientation leur paraît indispensable, un patient HVC doit être suivi par un hépatologue quel que soit le stade de sa fibrose.**

A Paris aucun médecin ne se sentait en difficulté pour trouver un correspondant spécialiste, et tous les généralistes avaient un référent hépatologue pour leurs patients HVC.

3-4-3 Fréquence des consultations des patients HVC en médecine générale, et fréquence des consultations chez le spécialiste

A la question: « A quelle fréquence voyez vous vos patients HVC et a quelle fréquence vont-ils chez le spécialiste.»

Voici leurs réponses:

D1 : « Chez le spécialiste une à deux fois par an. Ceux qui sont traités et non traités de la même façon...Moi je les vois plus car ils viennent souvent pour autre chose, donc à chaque consultation de rhume ou de certificats... je les vois. »

D2 : « Ben c'est très variable. Bon quand ils sont en traitement je les vois tous les mois voire tous les 15 jours selon les besoins, à causes des effets secondaires car l'hépatologue ne peut les recevoir à n'importe quel moment. Bon, quand ils ne sont pas traités c'est moins souvent. C'est une ou deux fois par an. Les hépatologues les suivent à distance.

Mais s'ils ont trois angines par an, ben, je les vois trois fois par an »

D3 : « La fréquence de consultation chez moi pour l'hépatite C, une fois à deux fois par an. S'il vont bien tous les 2 ans chez l'hépatologue »

D4 : « Donc je les vois si il y a une HTA ou autre chose. On va dire tous les deux à trois mois, ou s'il y a un problème aigu ponctuel. (...) »

D5 : « Moi je les vois environ tous les 3 mois, mais ceux qui n'ont pas de traitement je les vois quand même moins régulièrement. Le plus souvent, ils consultent pour des problèmes qui n'ont aucun lien avec leur hépatite » « ils ont tous aussi un hépatologue mais qu'ils voient une fois par an voire moins souvent encore. »

D6 : « Ils (les spécialistes) les voient tous les 6 mois environs, sauf quand ça va pas très bien, ils les voient un peu plus, mais grosso modo c'est ça... »

D7 : « Donc ils sont suivis deux fois par an, une fois par le spécialiste et une fois par moi. »

D8 : « Tous les 3 mois environ »

D9 : « 1 fois par an et ceux qui sont traités deux fois par an »

D10 : « Je dirais deux fois par an le médecin traitant et une fois l'hépatologue »

Les patients HVC sont vus au minimum une fois par an par le généraliste, plus volontiers 2 à 3 fois par an, mais rarement pour leur hépatite C exclusivement. Ils viennent souvent pour un autre motif de consultation. Chaque année, ces patients sont vus par un spécialiste, plus d'une fois par an s'ils sont traités, et une fois par an voire tous les deux ans s'ils sont non traités.

3-4-4 L'examen clinique du patient VHC en médecine générale n'est pas spécifique.

A la question «quel est votre examen clinique du patient HVC non traité?»

Voici leurs réponses:

D1 : « Heu... franchement je pourrais dire que je regarde un peu plus le foie, mais non. Je fais un examen clinique, mais comme tous mes patients atteints de maladies chroniques, je suis plus systématique. »

D2 : « Pas spécifiquement hépatique pour eux, un examen clinique classique. »

D3 : « Un examen complet mais classique, je m'attarde un peu plus peut être sur le foie, mais c'est tout. »

D4 : « L'examen clinique ne change pas des autres patients, TA auscultation cardiaque, et abdominale, poids voilà ... »

D5 : « Identique à mes autres patients, je n'accentue pas plus l'examen clinique, à tort peut être ? Mais en général ce sont des patients qui vont bien « pour moi » ».

D6 : « (...) rien de particulier je ne vais pas palper le foie si ils viennent pour une angine... Alors c'est bien ou c'est pas bien c'est vous qui allez me dire (...). »

D7 : « En général examen médical standard, je recherche s'ils ont un gros foie. Je prends leur tension et voilà. »

D8 : « Ça dépend à quel stade je les vois, si c'est une charge virale asymptomatique, non. Mon examen est identique, si c'est un patient en cirrhose c'est forcément plus approfondi. »

D9 : « Palpation abdominale, examen conjonctivo-cutané, mais c'est un examen classique, il n'y a pas de réelle différence avec un autre patient. »

D10 : « Je prends plus de temps, j'examine bien l'abdomen, la peau, le foie, je contrôle son cœur et sa tension, je suis plus vigilante, mais cela reste un examen classique »

L'examen clinique de ces patients, n'était pas un examen plus approfondi en comparaison à celui des autres patients. Certes beaucoup mentionnaient la palpation du foie, la recherche d'un ictère, ou des signes d'insuffisance hépatocellulaire. Mais ces signes cliniques sont tardifs alors que les perturbations biologiques et surtout histologiques seront décelées bien plus tôt.

Tous les médecins s'accordaient à dire que l'examen clinique restait identique à un autre patient.

3-4-5 Bilan initial du patient VHC en médecine générale:

La question sur le bilan initial ne leur a pas été directement posée, c'est à la question du suivi biologique des patients HVC, que certains médecins ont évoqué leur bilan initial.

Voici leurs réponses:

D3 : « Je fais un bilan initial, bilan hépatique et génotype si je suis à l'origine du diagnostic dans un contexte de dépistage. Donc je fais un bilan hépatique, avec la bilirubine et la charge virale. »

D4 : « Non pas de bilan initial, je l'envoie au spécialiste, avec une charge virale et des transaminases »

D5 : « Au bilan initial je fais, génotypage, transaminases, TP et sérologie HVB et VIH. »

D6 : « Les médecins généralistes dépistent et réalisent un bilan initial, avec bilan hépatique simple, transaminase, bilirubine et j'envoie au spécialiste »

D10 : « Dans le bilan initial, je fais un bilan hépatique élargi, transaminase, bilirubine, gamma GT, phosphatases alcalines, électrophorèse, la charge virale, mais le génotypage je ne sais pas si tous les labos le font »

Les généralistes qui précisaient leur bilan initial, réalisaient une grande partie du bilan recommandé par l'HAS mais pas la totalité, le TP, l'alphafoetoprotéine sont souvent oubliés, quant au génotypage, il n'était pas toujours effectué, notamment à cause des méconnaissances sur les modes de prescriptions de ce dosage.

Les généralistes prescrivait facilement une échographie abdominale une fois par an.

Ils s'accordaient à dire qu'un dépistage de l'hépatite C s'associe à un bilan initial.

Pourtant leur bilan initial n'était jamais complet.

3-4-6 Variabilité des pratiques concernant le suivi du patient VHC en médecine générale.

A la question « quel est votre suivi du patient VHC non traité ».

Voici leurs réponses :

D1 : « Alors, un bilan hépatique deux fois par an, avec les transa, le TP une num, et la charge virale. Les sérologies HIV et HVB aussi, plus dans un contexte de dépistage. »

D2 : « ActiTest Fibrotest tous les ans ou deux ans, mais les transaminases moins souvent (...) Oui avant je les faisais régulièrement mais maintenant moins souvent, si les transa sont normales, je préfères plus volontiers contrôler le FibroTest. Après je n'ai pas d'examen biologique particulier pour eux, je réalise un bilan hépatique standard (asat, alat, gamma GT, PAL, TP) ... »

D3 : « Je fais un bilan hépatique, avec la bilirubine et la charge virale 2 fois par an. Je fais toujours une échographie régulièrement. Une fois par an environ. »

D4 : « Je surveille les transaminases, mais je fais pas de charge virale, je fais rien, mais ils ont tellement d'autres problèmes de diabète, de cardio. En fait on met de coté l'HVC, je le suis pas, mes patients ont eu l'HVC par transfusion, et cela remonte a longtemps. Souvent ils viennent quand le spécialiste leur a expliqué quelque chose et qu'ils n'ont pas compris donc ils reviennent me voir. Mais voilà, super Clairement que je ne gère pas leur HVC. »

D5 : « Régulièrement oui, bilan hépatique complet + fibrinogène + charge virale (...) On va dire que je fais ces tests deux fois par an, si tout est ok, l'écho hépatique une fois par an au début mais si le bilan biologique est normal je n'en refais pas tous les ans. »

D6 : « Ben moi je m'en occupe pas trop de l'hépatite C en réalité. Ils ont leur hépatologue, moi je les vois pour toutes les autres choses... même pas des renouvellements d'ordonnances de leurs médicaments, (...) »

D7 : « Alors une fois par an, je leur fais une prise de sang classique, et on va dire tous les deux ans une échographie. »

D8 : « Numérations, charge virale, transaminases, TP, tous les 6 mois et des fois Afoeto-proteine, ça dépend. S'ils ont un bilan bio prescrit par le spécialiste, je ne le refais pas, mais si je sais qu'ils n'y vont pas, alors oui je fais ce type de bilan avec une écho, et si je détecte des anomalies je les adresse. »

D9 : « Bilan Hépatique complet, TP tous les 6-12 mois selon leur état. »

D10 : « Je crois qu'il faut un bilan hépatique deux fois par an avec une échographie, comme je remplace, il est vrai que je ne connais pas toujours ce qui a été fait chez mon patient, donc si je suis amenée à lui prescrire un bilan pour autre chose, je rajouterai volontiers un bilan hépatique »

Les généralistes qui réalisaient un suivi des patients HVC, prescrivait des bilans biologiques hépatiques avec transaminases, gamma GT, tous les 6 mois, voire un an, L'échographie était prescrite annuellement ou en fonction des résultats biologiques pour certains. Mais il n'existe pas de recommandation sur la fréquence de l'échographie. Un généraliste précisait qu'il rajoutait le fibrinogène au bilan, un autre une numération. Certains généralistes ne faisaient aucun suivi biologique ou d'imagerie des patients HVC, laissant entièrement ce champ d'activité aux spécialistes.

Majoritairement les généralistes réalisaient des bilans hépatiques 1 à 2 fois par an. On peut donc considérer, contrairement à leur sentiment de ne pas s'impliquer dans l'hépatite C, qu'ils suivent la maladie hépatique conformément aux recommandations.

3-4-7 Connaissances actuelles des généralistes sur les tests non invasifs de fibrose hépatique.

A la question, « connaissez vous et prescrivez vous des tests non invasifs de fibrose à vos patients HVC non traitée ? »

Voici leurs réponses :

D1 : « Euh, ben mes études ne sont pas loin pourtant, mais à cette époque, c'était nouveau, et c'était un outil du spécialiste, pas du généraliste. Je ne sais pas les utiliser, ni les prescrire. »

D2 : « Je ne fais que le FibroTest, ActiTest, le FibroScan c'est à l'hôpital » et l'Hepascore, et le FibroMètre ? « Non je ne connais pas ...C'est quoi ? (...) »

D 3 : « J'utilise le FibroTest, je n'en connais pas d'autre. »

D4 : « Non, vous voulez dire le FibroTest, je ne les prescris pas, moi je suis de la génération de la biopsie hépatique donc ... avec le score Atavir, j'ai appris avec ça. »

D5 : « Le FibroTest uniquement je n'en connais pas d'autre, le fibroScan c'est à l'hôpital non ? »

D6 : « J'aimerais bien savoir, entre nous, les généralistes qui font des fibrotest et des fibroScan (hein ! (Sûr de lui) »

D7 : « Alors oui, mais pas moi, je les fais faire à Saint Antoine, je les fais pas faire en externe voilà. »

D8 : « (...), vous voulez dire les FibroTest ? Je connais qu'un type de test, le FibroTest, il y en a un autre je crois ? (...)

D9 : « Vous voulez parler du fibrotest et du fibroscan ? Je connais ces tests oui, mais ce n'est pas à moi de les prescrire. »

D10 : « oui, je connais le FibroTest, mais c'est tout »

La totalité des généralistes déclaraient connaître les tests non invasifs de fibrose pour le suivi des patients HVC.

Mais ils ne connaissaient que le FibroTest. Certains évoquaient le FibroScan.

Les autres tests non invasifs de fibrose, n'étaient pas connus par les médecins généralistes parisiens. Ils n'avaient jamais entendu parler de l'Hepascore ou du FibroMètre.

Une grande majorité ne se sentait pas légitimes pour prescrire ces examens.

3-4-8 Causes de non prescriptions des tests de fibrose hépatique en médecine générale :

A la question « Pourquoi ne prescrivez vous pas de FibroTests »

Voici leurs réponses :

D1 : « Je ne sais pas les utiliser, ni les prescrire ».

D4 : « Je ne le maîtrise pas, je les prescris pas mais je sais que les gens sont suivis et diagnostiqués comme ça, c'est très bien ».

D6 : « Parce qu'ils sont suivis à l'hôpital, il y a un bon suivi comme pour les diabétiques ou les VIH, s'ils sont bien suivis je vois pas pourquoi j'irais refaire ces tests...Et c'est pas du tout pour un souci d'économie ça je m'en fiche...

Comme mes patients voient leur hépatologue tous les 6 mois voire 3 mois j'ai pas d'intérêt à les refaire. »

D7 : « Alors oui, mais pas moi. Je les fais faire à Saint Antoine, je vais pas les faire en externe voilà »

C'est vous qui les prescrivez ?

« Non ce n'est pas moi qui les prescris. En fait c'est dans le bilan des spécialistes. » « Ce n'est pas une pratique courante, c'est ça le problème. Les laboratoires ne le font pas systématiquement ou ils ne le font pas bien. »

D8 : *« Par ce que je ne les connais pas bien, voilà c'est bête, mais je ne sais pas m'en servir donc je ne les utilise pas. »*

D9 : *« C'est le spécialiste qui gère l'interprétation, je ne peux pas les prescrire car je ne sais pas quoi tirer comme conclusions. C'est le spécialiste qui décide quand les prescrire et pourquoi. »*

D10 : *« Je ne sais pas trop comment prescrire ce type de test. Est-ce que tous les laboratoires le font, c'est ça le problème ? »*

La majorité des généralistes ne prescrivait pas ces tests dont la prescription était pour eux du domaine du spécialiste, ceux qui aimeraient prescrire, ne savaient pas comment le faire ni interpréter les résultats, le tout leur semblant assez compliqué.

3-4-9 Pratiques actuelles des généralistes utilisant les tests non invasifs de fibrose.

A la question « comment prescrivez vous le FibroTest ? » Voici leurs réponses :

D2 : *« Dans le labo de ville, ils le font et voilà, mon labo en bas le fait. Ceux qui sont à 100% sont remboursés, ceux qui ne le sont pas aussi je crois. Bon en tout cas je n'ai pas eu de retour sur le prix. Non c'est sûr ils sont remboursés, pas de soucis. L'utilisation des tests était naturelle, avant la PBH était impossible à faire accepter aux patients, maintenant avec ces tests c'est super, c'est une prise de sang, c'est comme une glycémie pour moi. »*

D3 : *« (tests non invasifs) Chez les deux (traités et non traités), pour la fréquence je sais pas encore, c'est nouveau pour moi, je ne connais pas les recommandations, intuitivement je dirais tous les 6 mois. Si c'est des porteurs sains ce sera plus espacé, vraiment je débarque encore je ne sais pas exactement. En fait avant je ne savais pas qu'on pouvait les prescrire (...), pour le remboursement, je parlais du principe que oui, avec ou sans le 100%, ces tests sont remboursés. Non (...) ? »*

D5 : *« Non, je ne fais pas de distinction entre les traités ou non traités, mais il est vrai que les patients traités sont beaucoup plus suivis et je n'ai pas trop l'occasion de prescrire ces tests. Je le fais surtout pour ceux qui sont chroniques non traités ». (Sur le remboursement), « Je ne sais pas du tout, pour moi c'est remboursé automatiquement, non ? »*

Les prescripteurs des tests non invasifs ne rencontraient pas de difficultés à prescrire ces tests. Les généralistes ne connaissaient pas le statut du remboursement, ni le cadre exact des recommandations. Les critères de remboursement n'étaient pas connus.

Pourtant aucun généraliste prescripteur ne s'était senti limité dans ses prescriptions pour des questions financières, aucun n'a eu de retour de patient, reprochant le coût de ces tests. La fréquence de surveillance de la fibrose avec ces tests était variable d'un médecin à l'autre. Certains généralistes réalisaient ces tests de fibrose, chez les patients HVC non traités comme chez les patients HVC traités.

Pour les généralistes utilisateurs de ces tests, ils ne sont pas uniquement du ressort du spécialiste, leur libre prescription en est une preuve.

3-4-10 L'interprétation des tests non invasifs de fibrose hépatique par les généralistes :

A la question « Au vu des résultats des tests non invasifs, quand les adressez vous au spécialiste, comment les interprétez vous ?

Voici leurs réponses :

D3 : « Je n'ai pas une grande expérience, puisque mes premières prescriptions datent de quelques mois, mais au stade de 0 et 1 je ne fais rien. Je m'inquiète et j'en informe le spécialiste à F2, je ne sais plus à quel score cela fait référence (...). Voilà. »

D2 : « Alors A0F0 je fais rien. A1F0 ou A1F1 je ne m'inquiète pas trop, mais je les revois avant un an....A2F2 OU A1F2 A2F1 je les oriente aux spécialistes. »

D5 « Je le fais tous les ans si pas d'anomalie clinico-biologique autre, je renvoie au spécialiste si changement de score, soit passage F0 à F1, ou F1 à F2 ... »

Les médecins généralistes, ne s'inquiétaient pas devant des résultats de scores de fibrose F1 ou F0, au stade F2 ils adressaient leurs patients aux spécialistes.

Pour les utilisateurs, l'interprétation des scores ne semblait pas être un obstacle. Ils n'ont pas rapporté de difficultés concernant l'interprétation du FibroTest sur les comptes rendus de laboratoire.

Par contre pour les non utilisateurs, l'impossibilité pour eux d'interpréter des résultats apparaissait comme un facteur limitant de la prescription, voire comme une cause de non prescription.

3-4-11 Intérêt du suivi de fibrose hépatique par les tests non invasifs en médecine générale chez les patients HVC non traitée :

A la question « voyez vous un intérêt à la prescription par le médecin traitant des tests non invasifs ? »

Voici leurs réponses :

D1 : « je trouve ça intéressant et si c'est remboursé et accessible en ville c'est que ça doit se démocratiser ».

D2 : « Avant la PBH était impossible à faire accepter aux patients, maintenant avec ces tests c'est super ! C'est une prise de sang, c'est comme une glycémie pour moi. A oui, mais attention dans le suivi de l'hépatite C NON TRAITÉE. Pour les autres c'est du ressort du spécialiste. Les non traités, je peux les suivre et les adresser aux spécialistes s'il y a une modification de FibroTest. »

D3 : « Oui, si on sait bien l'interpréter, je considère que cela fait partie du bilan initial. »

D4 : « Je ne les maîtrise pas, je les prescris pas, mais je sais que les gens sont suivis et diagnostiqués comme ça, c'est très bien. »

D5 : « OUI il y a un intérêt pour le patient, car on le voit plus souvent que le spécialiste surtout si son hépatopathie ne lui pose pas de problème. Cela permet de le surveiller plus régulièrement, mais on ne pourra pas se passer d'un suivi hépatologue à côté, car les traitements restent du domaine spécialisé.

D6 : Je suis pas contre, mais maintenant je pense qu'une pathologie telle que l'hépatite C est du ressort du spécialiste, ça ne relève pas de médecin comme moi. Je suis hyper élitiste, et je ne prends aucun risque (...) le téléphone sonne (...).

Il est donc hors de question de prendre en charge un patient hépatite C, je veux dire on habite à Paris, on bosse à Paris, on a un plateau technique extraordinaire, moi je n'ai pas la compétence, je pense que le généraliste doit savoir où il s'arrête. »

D7 : « Mais si j'étais plus formé oui je serais plus impliqué tout a fait, c'est mon principal obstacle à ma non prescription. C'est sûr »

D8 : « Je pense en effet que le généraliste peut et même devrait le prescrire si il le souhaite, ce n'est pas du ressort uniquement du spécialiste. »

D9 : « Oui, si on sait les interpréter et que ça fait gagner du temps aux spécialistes et aux malades, c'est vrai qu'un patient chronique qui va bien, autant le voir nous le plus souvent

que de l'envoyer à l'hôpital....Mais moi je ne suis pas compétente en la matière, surtout je ne sais pas quoi faire des résultats... »

D10 : « Si je savais comment les prescrire, je les prescrirais, oui ... »

9 généralistes sur 10, voyaient, après le questionnaire, un intérêt à la prescription de ces tests en médecine générale, mais regrettaient de ne pas savoir les interpréter par manque de formation.

Favoriser le suivi en ambulatoire, des patients chroniques asymptomatiques en s'investissant davantage dans cette maladie semblait être un argument important.

3-4-12 L'hépatologue principal formateur du généraliste en matière d'hépatite C

Les 3 généralistes qui prescrivaient des tests non invasifs de fibrose ont été formés par ou grâce aux spécialistes. La connaissance de ces tests vient essentiellement des lettres de comptes rendus de spécialistes adressées aux médecins traitants.

Les généralistes qui prescrivaient ces tests ont été initiés par le spécialiste, et non par des formations, des recommandations ou des articles.

D2 : « Euh (...) je dirais 5 ou 6 ans. En fait, j'avais des patients en commun avec le Dr Poynard, comme il a beaucoup développé ces tests, j'ai très vite été mis au courant. »

D3 « J'en avais entendu parlé lors de mes études, et puis lors d'un DU sur le VIH. Enfin surtout c'est les spécialistes dans les comptes rendus qui m'ont aidé à la prescription. »

D5 : « C'est grâce à des patients et aux lettres de leurs spécialistes, que je pris connaissance de ces tests non invasifs il y a 2 ans environ...et donc je me suis lancé... Je le fais depuis que les comptes rendus d'hépatologues mentionnent ces tests, et j'ai un copain hépato qui m'en a parlé un peu aussi donc je me suis lancé. »

3-4-1-3 Les réseaux HVC pour les généralistes, controversés.

A la question : « Selon vous, quels sont les bénéfices d'appartenir à un réseau pour les patients et pour vous ? »

Voici leurs réponses :

D1 : « Oui, si on a beaucoup de patients HVC. Sinon, on est peu investi, et du coup on ne participe pas trop. »

D2 : « Je ne sais pas, si on a un correspondant hépatique, cela suffit à mon avis. Moi je n'appartiens pas à un réseau en tout cas. (Prescripteur de tests) »

D3 : « NON, enfin j'appartiens au réseau Paris Nord, mais je ne suis pas très actif. »

D4 : « Je ne sais plus quoi en penser, il y en a tellement... C'est difficile.

Par exemple la, j'ai une patiente qui est en train de mourir d'un cancer de l'estomac, ben y a un réseau qui s'est collé dessus, je sais pas trop à quoi ils servent et comment fonctionner avec euxAlors elle est pas assez pour être en palliatif, mais elle est trop pour être dans le réseau. Enfin voilà faut répondre à des critères précis qui sont parfois souvent loin de la médecine générale. Donc je ne sais pas, je dirais non. »

D5 : « Le réseau pour les patients c'est très bien, cela leur permet d'être mieux pris en charge. Mais pour le médecin c'est trop chronophage et pas le temps. »

D6 : « Non, car s'il fallait faire des formations pour 5 patients pitié non. »

D7 : « Non, oui il y a un intérêt, mais le problème c'est le temps, vous voyez là il y a 15 personnes en salle d'attente, donc c'est pas possible, je finis déjà à 23h tous les soirs...

J'appartiens à un réseau mais pour d'autres maladie (diabète).Le problème de la médecine générale c'est le temps. »

D8 : « Oui, si on a le temps. »

D9 : « Je ne suis pas familiarisée avec les réseaux HVC. Je suppose que je serais mieux formée, mais je n'ai pas le temps d'adhérer à un réseau »

D10 : « Oui, si cela ne prend pas trop de temps, en tout cas pour le malade c'est forcément mieux, il trouvera plus d'écoute »

L'adhésion des généralistes à un réseau est controversée, pour des raisons de temps et de pathologie peu représenté dans leur pratique quotidienne.

Tous s'accordaient à dire que cela aurait certainement un intérêt pour le malade et pour le médecin traitant, mais le manque de temps ne permet pas de s'impliquer dans ce type de structure.

Un généraliste évoquait aussi le caractère trop précis des réseaux, par exemple réseau palliatif, réseau diabète, réseau VIH, réseau hépatite... alors qu'en médecine générale les malades sont souvent la somme de divers problèmes organiques psychologiques et sociaux que les réseaux ne peuvent prendre en compte.

Finalement un seul des médecins interrogés appartenait à un réseau, qui n'est d'ailleurs pas spécifiquement un réseau hépatite C, puisqu'il s'agit du réseau Paris Nord.

Certes ce réseau est très actif en terme d'hépatologie, virologie, VIH...etc, mais il ne s'agit pas d'un réseau exclusivement hépatite C.

D'autre part ce seul médecin adhérent à un réseau était non prescripteur de tests non invasifs.

3-4-1-4 Obstacles à la prescription de tests non invasifs de fibrose:

A la question « selon vous y a-t-il des obstacles à cette prescription de tests non invasifs ? »

Voici leurs réponses

D1 : « Moi, je fais beaucoup de gynéco alors je vais souvent à des formations sur la gynéco et moins dans d'autres domaines, c'est pas facile d'être à jour sur tout. »

D2 : « *Je ne vois pas d'obstacles* »

D3 : « *Les avancées sur le sujet sont trop importantes et récentes et puis on a peu de patients.* »

D4 : « *On suit bien les cholestérols et le diabète alors oui, on peut suivre l'HVC, mais souvent ils sont pris par l'hôpital et on ne les voit plus ?* »

D5 : « Non il n'y a pas d'obstacle, je ne connaissais pas avant, mais cela me semble pas compliqué ... »

D6 : « *Comme mes patients voient leurs hépatologues tous les 6 mois voir 3 mois j'ai pas d'intérêt à refaire des tests.* »

D7 : « *Mais si j'étais plus formé oui je serais plus impliqué tout à fait, c'est mon principal obstacle à ma non prescription. C'est sûr. Le problème aussi c'est que l'hôpital « phagocyte » les patients et on ne les voit plus, donc on n'est pas forcément au courant (...) Celle qui est traitée, elle est surtout suivie à l'hôpital, et c'est un peu ça le problème, quand ils sont dans le circuit hospitalier, on les suit plus vraiment.*

D8 : « C'est parce que l'hépatite C évolue vite et régulièrement et si on ne s'investit pas, on est vite pas au niveau. Et puis certains généralistes sont spécialisés. »

D9 : « Le peu de patients, la nouveauté de ces tests, et l'absence de formation sur le sujet, sont des obstacles, par exemple je n'ai pas vu d'article dans "Prescrire" ou la « Revu du Prat' » !? »

D10 : « j'avoue me reposer sur le spécialiste, durant mes études, on associait facilement dépistage HVC c'est le généraliste et le suivi c'est le spécialiste ! à tort peut être mais c'est rassurant... ?! »

Il ne semble pas avoir de réels obstacles à la prescription de ces tests par les généralistes.

C'est un faisceau de petits arguments qui sont à l'origine du non suivi des patients HVC par le médecin traitant.

La méconnaissance de ces tests, la forte présence de l'hôpital dans cette pathologie, le peu de malades dans une patientèle de généraliste, et l'absence de recommandations explicites sur le sujet, ne peuvent contribuer à faire, de ces tests un outil du généraliste.

Les généralistes ont évoqué une certaine forme d'hospitalo-centrisme, en remarquant que les patients HVC une fois dans le circuit hospitalier pour leur hépatite C ne consultaient plus leur médecin traitant, du moins pas pour leur hépatite.

Cela s'explique peut être par « l'époque » de la biopsie hépatique ou le recours à l'hôpital était incontournable et le mode de fonctionnement actuel du secteur hospitalier.

3-4-1-5 Modification des pratiques possibles :

Certain généralistes ont manifesté à la fin des entretiens l'envie de modifier leur pratique en prescrivant des tests non invasifs de fibrose hépatique à leurs patients VHC.

En effet une fois les entretiens finis, j'informais en quelques minutes des dernières recommandations sur le sujet, les critères de remboursement, les résultats de mes études en cours et mon sentiment sur cette prescription.

Les généralistes semblaient motivés à s'impliquer d'avantage avec leurs patients HVC non traités.

Voici leurs réponses :

D4 : « Mais la si j'ai un test à portée de main, remboursé alors il faut que j'apprenne à m'en servir. A oui, vous avez réveillé le truc, oui pour moi le généraliste pourrait le faire. »

D8 : « Mais à la suite de votre entretien je pourrais effectivement les prescrire, cela me paraît jouable et intéressant. »

D10 : « Ok, si certains généralistes le font, je pourrais me lancer aussi, en plus c'est remboursé, je crois que je vais essayer la prochaine fois. »

3-4-16 Que faire pour améliorer la formation des généralistes en matière d'HVC et notamment en terme de prescription des tests non invasifs de fibrose ?

A la question : « que faudrait-il faire pour améliorer les pratiques ? »

Voici leurs réponses :

D5 : « Il faudrait plus de FMC sur le sujet et motiver plus les généralistes, même si ils ont peu de patients et surtout des recommandations plus clair mentionnant le rôle du généraliste...Je pense... mais ça va venir, c'est encore récent ...Je pense que ça va se développer. »

D7 : « Un compte rendu des spécialistes plus orienté vers nous, pour notre suivi. (...)».

D8 : « Avec des formations ou plutôt un spécialiste qui m'indiquerait précisément à quelle fréquence je dois les faire ces tests et quand lui ré adresser le patient, oui alors là je le ferais. »

Les médecins généralistes, pourraient suivre la fibrose hépatique chez leurs patients HVC non traité sous la conduite des spécialistes. Certain évoquaient des FMC sur le sujet, mais elles existent déjà.

Un seul médecin évoquait les recommandations et le souhait de recommandations plus explicites sur le rôle du généraliste.

**PARTIE 3 : DISCUSSION, CONCLUSION, BIBLIOGRAPHIE,
ANNEXES, RÉSUMÉ**

1- Résultats principaux et implications majeures:

1-1 Médecine générale et hépatite C:

1-1-1 L'hépatite C est une maladie présente en médecine générale:

Nos études ont mis en évidence que 80% des médecins interrogés avaient dans leurs patientèles des patients atteints d'hépatite C.

Si la proportion reste moindre que pour le diabète ou l'hypertension artérielle.

Si les consultations avec le généraliste ne sont pas toujours en rapport avec l'HVC.

On ne peut pas considérer l'hépatite C comme une maladie uniquement du ressort des spécialistes.

Depuis longtemps, le « dépistage » est l'apanage du médecin généraliste mais **nos études montrent néanmoins qu'au delà du dépistage, le médecin traitant suit l'évolution de la maladie.**

1-1-2 Les généralistes acteurs passifs, parfois malgré eux, du suivi des patients.

Ils restent très humbles face à une pathologie médico-technique aux traitements complexes.

En effet les médecins traitants voient ces malades, le plus souvent pour des raisons non liées à leur hépatite C et c'est lors de ces consultations que les médecins généralistes s'inquiètent de l'évolution de leur maladie hépatique.

Ils sont une majorité à doser semestriellement les enzymes hépatiques, et à réaliser des échographies annuelles, certains prescrivent même régulièrement des tests non invasifs de fibrose.

En pratique, les généralistes sont donc acteurs de la surveillance ambulatoire de l'hépatite C. C'est une donnée que nos études révèlent.

Pourtant ils ne se considèrent pas légitimes dans la surveillance de cette maladie, que ce soit pour les patients non traités comme pour les traités, 80% d'entre eux considèrent d'ailleurs les tests non invasifs de fibrose comme étant du ressort du spécialiste.

En orientant, immédiatement après le dépistage et le bilan initial, tous leurs patients vers le spécialiste, ils pensent ne pas pouvoir, ou devoir, jouer un rôle dans la prise en charge de cette maladie.

Les spécialistes, par manque d'information transmise au généraliste peuvent donner l'impression au médecin traitant d'être « déconnecté » de l'hépatite C de leur patient.

Attention cette attitude (d'orientation immédiate aux spécialistes) peut rassurer, conforter certains généralistes qui se sentent, ainsi déresponsabilisés face à une maladie inquiétante, d'évolution insidieuse, pour laquelle les traitements restent encore réservés aux spécialistes.

1-2 Tests non invasifs et médecine générale:

Nos études ont mis en évidence que tous les généralistes connaissaient ces nouvelles techniques.

Seulement 25% à 30% des généralistes parisiens consultant des patients HVC prescrivent des FibroTests régulièrement à leurs patients, les autres pensent que cela relève plutôt de la responsabilité du spécialiste. Tous les généralistes interrogés, que ce soit dans l'étude quantitative ou qualitative, connaissaient le FibroTest, ils ne connaissaient pas les autres techniques en dehors du FibroScan.

Mais tous avaient compris l'avantage important qu'offrent ces tests face à la biopsie hépatique.

Nos études, en montrant qu'environ un généraliste sur trois prescrit ces tests, témoignent de la modification des pratiques déjà très avancée. Celle-ci se heurte néanmoins à des obstacles limitant l'émergence massive de ces techniques en médecine de ville.

Là où la biopsie imposait le suivi du malade à l'hôpital, ces tests non invasifs permettent un rééquilibrage des responsabilités entre généralistes et spécialistes.

Malheureusement, encore plus de 7 généralistes sur 10 renoncent à utiliser ces nouveaux outils.

Alors pourquoi ? Voici les freins identifiés.

1-2-1 Tests non invasif : les freins à la prescription :

1-2-1-1 Les « faux » freins

Pour commencer, notons les obstacles qui auraient pu apparaître comme des éléments importants de non prescriptions mais qui ne le sont pas.

- ❖ Intérêt des généralistes pour ces nouvelles techniques?

Il n'existe pas de désintérêt de la part de généralistes pour cette technique.

La majorité des médecins, qu'ils soient prescripteurs des FibroTests ou non, sont convaincus de l'intérêt de ces tests. Ils se souviennent des difficultés d'acceptation que représentait la biopsie pour le malade et du défaut de prise en charge qui en résultait. En conséquence ces tests représentent pour eux une avancée incontestable.

❖ Le coût financier n'est pas un frein.

Très récemment l'assurance maladie les a remboursés selon les conditions définies par l'HAS, que nous avons décrit dans la partie 1. En 2010, un test non invasif coûtait environ 50 euros à la charge du patient. Pourtant les résultats des études n'ont pas mis en évidence que cela constituait un facteur limitant de la prescription par les généralistes. Il n'est donc pas certain que le remboursement actuel permette à lui seul, une meilleure diffusion de cette technique. Alors quels sont les réels freins ?

1-2-1-2 Les « vrais » freins de prescriptions:

❖ Le poids de l'histoire de l'hépatite C

Un élément essentiel est l'héritage « traîné » par l'hépatite C, en effet, depuis presque 30 ans l'histoire naturelle de l'hépatite C, était liée à la réalisation de biopsies hépatiques qui elles mêmes étaient liées à l'hôpital. Il existe par son histoire un « hospitalo-centrisme » inconscient dans l'esprit des médecins généralistes et des spécialistes, les premiers ressentant toujours cette pathologie comme une pathologie de suivi hospitalier exclusif.

❖ Le facteur temps: une innovation récente

Ces tests non invasifs sont des techniques récentes, ils ont été développés il y a plus de 10 ans maintenant, ils n'ont été agréés par l'HAS que depuis 6 ans, et remboursés depuis un an et demi. Les hépatologues hospitaliers, pour qui l'absence de remboursement ne posait pas de problème de prescription les ont très vite adoptés. Les généralistes ne semblent pas avoir eu assez de temps pour s'en faire un outil de pratique quotidienne

❖ Le manque de formation :

En théorie, avoir une place dans cette prescription leur paraît utile et intéressant mais, comme pour toutes les avancées techniques et thérapeutiques, cela imposerait une actualisation régulière de leurs connaissances. On a pu constater que les médecins adhérents à des réseaux, présentaient plus de facilités à prescrire ces tests. L'absence de formation constitue de fait un frein au suivi de l'hépatite C en médecine générale. Tous souhaitent augmenter leur implication et acquérir un nouvel outil, à l'unique condition d'être plus formés.

❖ L'absence de recommandation :

Les médecins généralistes ne connaissent pas précisément les textes des recommandations. Ils ne savent pas que la prescription des tests non invasifs est, d'après les recommandations, indiquée uniquement dans le cadre d'une « consultation spécialisée ».

Nous pensons cependant que l'officialisation, d'un rôle actif du généraliste, par les hauts responsables de la discipline, aurait un impact immédiat, sur l'implication du médecin traitant dans le suivi ambulatoire de l'hépatite C.

1-2-2 Comment les généralistes utilisent ces tests ?

L'hétérogénéité de la pratique est visible par un constant quantitatif : 25 % prescrivent 75% non. Au-delà de l'aspect quantitatif, un certain nombre d'autres différences sur leurs pratiques ont été mises en évidence dans l'étude qualitative.

En effet, peu de médecins prescrivant ces tests, les prescrivaient conformément à la recommandation, certains les prescrivaient chez des patients traités, d'autres plusieurs fois par an, enfin aucun ne connaissait le statut de remboursement.

Par contre aucun défaut d'interprétation de ces tests n'a été mis en évidence chez ces médecins prescripteurs. Nous avons observé, que les généralistes ne manifestaient aucune inquiétude en stade F0-F1 et se chargeaient d'une orientation rapide vers le spécialiste en cas de stade F2 ou d'une modification récente du score.

Cette facilité d'interprétation, nous paraît évidente, mais va à l'encontre de l'observation faite chez les non prescripteurs, eux dénoncent, rappelons-le, comme principal obstacle à la prescription : la difficulté d'interprétation de cette technique.

Au total, les médecins qui prescrivent, se trouvent parfaitement légitimes dans cette pratique. Ils trouvent cela facile, naturel, et absolument nécessaire au suivi de leurs patients. Ils ne font aucune erreur dans la prise en charge qui en découle.

Pour eux, le fait que seulement 25 % des généralistes adoptent la même pratique est surprenant.

Dès lors qu'un généraliste se lance dans cette nouvelle prescription, il ne rencontre pas de difficulté d'interprétation de ces tests et pas de difficulté de prescription.

En fait, seuls les généralistes curieux qui ont su individuellement se lancer dans la prescription de ce test, le plus souvent grâce aux lettres de spécialistes, sont impliqués naturellement dans la pathologie hépatique de leurs patients.

2- Forces du travail

2-1 Pas d'article similaire sur cette question

Il ne figure pas dans la littérature, d'articles liant les tests non invasifs de fibrose et leur diffusion en médecin générale.

De nombreux articles s'intéressent au dépistage du VHC, et quelques-uns à la prise en charge de l'hépatite C en médecine générale comme les études Gymkana 1 et 2. ^{(20) (21)}

D'innombrables articles ont été publiés sur la validité des tests non invasifs les uns par rapport aux autres et en comparaison à la biopsie hépatique.

Mais la revue de la littérature ne nous a pas permis à l'heure des recommandations HAS et du remboursement de ces tests, d'identifier une étude ou un article s'intéressant à la place du généraliste dans le diagnostic de fibrose chez les patients HVC non traités.

2-2 Un constat sans équivoque : appelant de nouvelles études, de nouvelles recommandations

Il nous est apparu nécessaire de réaliser une étude quantitative, permettant de dénombrer les généralistes utilisant les tests non invasifs de fibrose.

En effet une seule étude qualitative, même de plus grande échelle, ne nous aurait pas permis d'affirmer qu'en 2012, 25% des généralistes sont impliqués dans la surveillance de leur patients HVC et prescrivent les nouvelles techniques de diagnostic de fibrose et cela sans attendre les recommandations officielles.

L'implication actuelle, concrète, de certains médecins généralistes souligne une différence de prise en charge des patients HVC et oblige à de nouvelles réflexions de l'ensemble des professionnels de santé sur :

- **La légitimité officielle des généralistes dans cette prescription**
- **Les moyens mise en œuvre pour lever les obstacles à la diffusion large de cette pratique en médecine de ville.**

2-3 Une population d'étude représentative

Une des grandes difficultés de cette étude, vient de la faible quantité de patient HVC qu'ont les médecins généralistes dans leurs patientèles.

Les interroger sur une prise en charge concernant seulement 2 ou 3 de leurs patients, a été difficile.

Cela explique que certaines études se soient faites aux seins de réseaux HVC, nous n'avons pas souhaité cette méthodologie, afin de ne pas être confronté à un biais de sélection. ⁽²¹⁾

En effet les médecins généralistes des réseaux étant par définition mieux informés et mieux entourés, ne constituent par un échantillon représentatif des prises en charge de patients HVC en médecine de ville.

Dans ce choix méthodologique, nous avons également pu confirmer que l'adhésion à un réseau facilite la prise en charge.

Cette adhésion reste par contre encore peu répandue. Environ 6 % des généralistes, d'après des études antérieures cette proportion n'augmente pas.

Les résultats de nos études portant sur tous les généralistes appartenant ou non à un réseau constituent des indications statistiquement significatives et représentatives des pratiques actuelles des médecins généralistes en matière d'HVC à Paris.

2-4 Une cohérence statistiques des études

La proportion de médecins ayant des patients HVC et prescripteurs de tests non invasifs est de 30%.

Ce chiffre correspond exactement à la proportion retrouvée lors de l'étude qualitative, sur 10 médecins généralistes interrogés au hasard, (3 prescrivaient des FibroTests.)

Seule l'étude quantitative suffit à rendre significatif ce résultat, mais il est remarquable de constater que cette proportion s'est également confirmée sur un petit échantillon de 10 médecins, lors de l'étude qualitative.

3- Faiblesses du travail

3-1 Une « première partie » trop exhaustive

La partie une de cette thèse, rappelant l'histoire naturelle du VHC, son évolution vers la fibrose, l'épidémiologie, la présentation des différents tests non invasifs et l'analyse des nombreuses recommandations est probablement trop exhaustive.

Pourtant il nous a été difficile de réduire cette partie, tant le sujet en question nécessitait de rappeler le contexte. Il nous est apparu essentiel de définir clairement, l'ensemble des éléments intervenant dans nos problématiques.

C'est à dire :

- Où en est l'épidémiologie du VHC
- Quel est l'enjeu du diagnostic de la fibrose pour les malades atteints de VHC ?
- Quels tests de diagnostic existent et comment fonctionnent ils ?
- Quelles recommandations encadrent cette pratique ?

Le risque de cette explication exhaustive, est de perdre le message essentiel justifiant nos études.

3-2 Faiblesse des questionnaires de l'étude quantitative

La principale faiblesse est d'avoir associé deux études, une quantitative et une qualitative.

A posteriori, la meilleure étude, aurait été de faire un unique questionnaire exhaustif à questions fermées, envoyé à un grand nombre de médecins généralistes selon la méthodologie de notre étude quantitative.

Notre principale réticence à cette méthode était le risque d'un faible taux de réponse et le coût.

En pratique lors de l'étude qualitative, la saturation des données a été obtenue rapidement. Le choix des entretiens avec des questions semi ouvertes n'a pas apporté d'éléments plus pertinents que si le questionnaire avait été fermé.

Par conséquent, un unique questionnaire fermé réunissant les thèmes abordés dans les deux études aurait été plus limpide.

L'association de deux études, peut brouiller les messages principaux à délivrer.

3-3 Biais de sélection géographique

Le principal biais de l'étude est le biais de sélection dû au secteur géographique sur lequel elle a été réalisée.

Pour des raisons économiques et pratique, ces études ont été faites à Paris, La région île de France est une zone à forte prévalence d'infection par le VHC.

Cette particularité épidémiologique a donc peut être permis une meilleure qualité de réponse quantitativement et qualitativement.

Cependant il est difficile d'extrapoler ces résultats au reste de la France.

En effet l'implication des médecins généralistes est peut être moins importante dans des zones de faible prévalence et de faible incidence, ce qui pourrait modifier les stratégies de prise en charge par les généralistes, et entraîner un taux plus faible de prescripteurs de tests non invasifs.

A contrario, les médecins traitants exerçant dans des zones bénéficiant d'un faible plateau technique, n'ayant pas recours facilement aux spécialistes, au CHU, peuvent se sentir dans l'obligation de s'impliquer d'avantage dans l'HVC.

Ce qui pourrait entraîner un taux de médecins prescripteurs plus important que dans notre étude.

Au total, nos résultats ne peuvent être étendus à l'ensemble des généralistes français.

3-4 La vision du malade non relatée

3-4-1 Un questionnaire croisé malade et médecin traitant ?

Dans ces études le point de vue des malades n'est pas représenté, il aurait été pertinent de s'interroger et d'interroger les malades sur la place qu'occupe le généraliste dans leur maladie hépatique.

Voient-ils un intérêt à un suivi le plus longtemps possible en ambulatoire ? Que pensent-ils des tests non invasifs de fibrose en comparaison à la biopsie ?

S'il est probable que devant ces deux dernières questions, les réponses des malades soient unanimement enthousiastes, une étude plus large incluant un questionnaire croisé médecins malades serait un travail complémentaire intéressant.

Cela permettrait de mieux comprendre les besoins des malades dans la prise en charge de leurs hépatites, en extra hospitalier.

4- Comparaison et discussion de résultats retrouvés dans la littérature

4-1 Article : Gastro-entérologie clinique 1999 « Les médecins généralistes souhaitent-ils prendre en charge l'hépatite chronique virale C et participer aux réseaux ville hôpital ? »²²

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'information des médecins généralistes sur le dépistage, la prise en charge des malades atteints d'hépatite C et les réseaux ville hôpital.

Un échantillon national de 604 médecins généralistes a été interrogé par téléphone.

4-1-1 Voici les résultats obtenus dans cette étude :

Le dépistage de l'hépatite C était souhaitable pour 89 % des médecins généralistes, la prise en charge pour 97%. Les médecins généralistes souhaitaient davantage d'information sur le traitement (54 %), et le risque évolutif de la maladie (42 %).

Parmi les 604 médecins généralistes interrogés, **6 % participaient à un réseau hépatite C.**

Les obstacles à la participation des médecins généralistes à un réseau étaient : l'organisation du réseau : **manque de temps, thèmes inadaptés à la pratique, éloignement géographique (74 %), le nombre insuffisant de malades atteints d'hépatite C dans leur clientèle (52 %), l'absence de sollicitation (38 %), l'idée contraignante d'un réseau et le manque d'information (28 %).**

Il ressort de cette étude que les médecins généralistes souhaitaient être davantage informés sur l'hépatite C. Ils étaient moins impliqués dans les réseaux hépatite C que d'autres réseaux (toxicomanie, SIDA). Un tiers d'entre eux souhaitait participer à un réseau ville hôpital hépatite C.

4-1-2 Forces et faiblesses de cette étude

4-1-2-1 Forces de l'étude :

Un nombre important de généralistes a été interrogé, rendant l'étude significative.

Les médecins interrogés étaient représentatifs, car ils ne se limitaient pas à une région mais à l'ensemble du territoire français.

Les médecins n'étaient pas déjà adhérents à un réseau HVC, leur implication dans l'hépatite C n'était donc pas biaisée.

97 % des médecins souhaitaient une formation complémentaire sur l'hépatite C. Il s'agit d'un constat sans équivoque de l'intérêt et des difficultés rencontrées par les médecins généralistes devant cette pathologie.

4-1-2-2 Faiblesses de l'étude:

- Sur 3790 tirés au sort, 604 ont participé à l'étude soit un taux de réponse de 16 %, ce qui peut faire craindre un biais de sélection. Pourquoi les 84% des médecins n'ont pas souhaité être interrogés sur l'hépatite C ?

L'implication effective des médecins généralistes dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite C aurait du être mieux précisée, notamment en leur demandant leur prise en charge en pratique, prescription de transaminase ? D'échographie ? Quand orientent-ils vers le spécialiste ?

4-1-3 Comparaison des résultats avec nos études

Le taux de réponse de nos études est supérieur à celui-ci, 56% contre 16%, cependant notre étude s'est limitée à la région parisienne.

Nous constatons que 10 ans après, la proportion d'adhérence à un réseau hépatite C est toujours la même, et toujours aussi faible : 6 %, ce qui est comparable à nos études.

10 ans après, nos études témoignent des mêmes difficultés de prise en charge d'un patient HVC en ville.

Mais à cette époque, la biopsie constituait un réel frein contrairement à aujourd'hui.

4-2 Article Gastro-entérologie clinique Nov 2003 « Pratiques et attentes des médecins généralistes en matières d'hépatite C dans la région Auvergne ? »²³

Le but de cette étude était de déterminer les pratiques et attentes des médecins généralistes en matière de dépistage et de prise en charge initiale de l'hépatite C dans la région Auvergne.

Un questionnaire était adressé par courrier à 250 médecins généralistes. Ils étaient ensuite contactés au téléphone par un médecin du service.

94 % des médecins généralistes ont répondu au questionnaire. Chaque médecin généraliste suivait 3,2 malades atteints d'hépatite C et avait dépisté 0,6 malade en 1999.

4-2-1 Les résultats

Le principal obstacle à la prise en charge des malades était la réalisation de la biopsie hépatique qui serait lié à un refus du malade pour 55 % des médecins généralistes, à une peur des complications de la biopsie pour 25 % des autres. Pour la majorité des médecins généralistes, une biopsie n'était faite que dans moins d'un cas sur deux. Cinquante trois pour cent des généralistes pensent que le réseau hépatite C pourrait leur être utile, principalement afin d'actualiser leurs connaissances (50 %).

Les résultats indiquent principalement que le refus de la ponction biopsie hépatique est fréquent et limite l'accès des malades à une prise en charge et au traitement. La demande de formation des médecins généralistes est importante et pourrait permettre une meilleure prise en charge des malades.

4-2-2 Forces et faiblesses de cette étude

4-2-2-1 Forces :

Le taux de réponse de cette enquête est très satisfaisant. Cela vient de la méthode utilisant après envoi postal des questionnaires une relance téléphonique (1 à 4 fois).

Plus de 95% de réponse est une étude statistiquement significative.

4-2-2-2 Faiblesses :

Il existe là aussi un biais de sélection puisque cette étude a été réalisée uniquement par des médecins de la région Auvergne.

L'étude n'aborde pas le sujet du parcours de soins, on apprend que 75% des patients seront adressés par leur généraliste à un spécialiste, mais on ne sait pas à quel moment et pourquoi. On apprend que 98% des médecins dosent les transaminases et seulement 31% réalisent une charge virale.

Si à cette époque la biopsie constituait un réel frein de poursuite de prise en charge, il semble, que d'autres examens du bilan initial n'étaient pas réalisés, et l'on n'a pas d'information concernant la fréquence de réalisation des transaminases.

Cette étude est restée focalisée sur le dépistage et la biopsie, il aurait pourtant été utile d'apprendre les stratégies de prise en charge des médecins généralistes en amont de la biopsie hépatique.

4-2-3 Comparaison des résultats avec nos études

Nous arrivons avec cette étude aux mêmes constats, c'est à dire que la grande majorité des médecins traitant ne se sentent pas suffisant formés sur l'hépatite C.

10 ans après, malgré de nombreuses campagnes d'information, et l'apparition de techniques levant l'obstacle de la biopsie, la prise en charge du virus hépatite C reste pour la médecine générale un exercice difficile, laissé aux spécialistes.

4-3 Article recherche en médecine générale « Gymkhana 1-2

2002-2006 »²⁰⁻²¹

A la suite de la publication en 2002 d'une recommandation française sur le suivi des patients porteurs du VHC, le GERVIH a voulu évaluer quelle était la proportion de patients qui réalisait le parcours de soin sans entrave. Il a aussi voulu étudier l'importance relative des différents obstacles qui pouvaient se dresser sur le parcours de soin et en gêner la réalisation.

GYMKHANA a été morcelé en deux études, la première étant elle même subdivisée en deux.

GYMKHANA 1: étude quantitative des parcours de soin des personnes porteuses du VHC

GYMKHANA 1.1: les obstacles au dépistage de l'infection par le VHC

GYMKHANA 1.2: les obstacles au suivi diagnostique et thérapeutique des patients porteurs d'une infection par le VHC.

GYMKHANA 2: étude qualitative des obstacles aux parcours de soins des personnes porteuses du VHC.

Seul Gymkhana 1.2 et 2 abordent nos problématiques.

4-3-1 Gymkhana 1 :

Cette première étude, vise à comprendre les obstacles rencontrés par les généralistes de 11 réseaux ville-hôpital français quant à l'application des stratégies diagnostiques de l'infection par le VHC.

Une précédente étude, portant sur 4 390 patients rencontrés en médecine générale, avait permis d'identifier 264 patients séropositifs pour le VHC dans les patientèles de 80 généralistes.

Une stratégie diagnostique optimale, variable selon les différentes situations cliniques et biologiques possibles, a été définie par le groupe de pilotage. Un questionnaire détaillé, rempli par le médecin généraliste, permettait d'identifier si la stratégie diagnostique était correctement suivie et, lorsqu'elle ne l'était pas, d'analyser la nature des obstacles rencontrés. L'étude a montré que la stratégie optimale a été correctement suivie pour 164 patients.

La plupart des obstacles au suivi étaient rencontrés lorsque la prise en charge était assez avancée pour nécessiter une intervention spécialisée ou une biopsie hépatique (29 %).

4-3-1-1 Forces et faiblesses

Cette étude est très complète, et apporte des éléments pertinents sur le suivi en médecine générale des patients HVC.

Les questions posées, concernant la stratégie optimale de prise en charge est une très bonne méthode et nous permet de voir que 60% des généralistes participe activement et correctement au suivi de VHC.

Rappelons que pour cette étude, les stratégies optimales étaient :

« Dosages réguliers de transaminases ; détection de l'ARN du VHC par PCR si celui-ci s'avère positif, réalisation d'un génotypage viral, et enfin biopsie hépatique avec si celle-ci montre un score METAVIR de fibrose supérieur ou égal à 2, un traitement contre le VHC ». 60% des généralistes respectaient cette stratégie optimale, leur principal frein était au moment du diagnostic de fibrose.

En 2002 les tests non invasifs de fibrose n'étaient pas encore validés.

Le principal défaut de cette étude provient de la sélection des généralistes qui appartiennent tous à un réseau HVC. Si l'on peut se réjouir d'une prise en charge optimale chez une majorité d'entre eux, on ne peut pas extrapoler ces chiffres à la population des généralistes français.

4-3-1-2 Comparaison à nos études

60% sont acteurs du suivi de l'HVC, ce chiffre ne peut être comparé directement à notre étude qualitative, car nous avons seulement interrogés 10 médecins, cependant tous réalisaient des transaminases et une grande majorité une charge virale et un génotypage.

Les généralistes continuent donc de pratiquer ces examens de surveillance.

Par contre ils semblent toujours se heurter au même moment de la prise en charge, c'est à dire au moment du diagnostic de fibrose.

Cette étude de 2002 promettait une **amélioration des procédures diagnostiques dans l'infection par le VHC en médecine générale grâce l'utilisation d'outils d'évaluation non invasif de la fibrose.**

Dix ans après, les obstacles rencontrés par les généralistes sont toujours présents à ce moment charnière de la prise en charge et ce malgré l'essor des tests non invasif.

4-3-2 Gymkhana 2

Cette étude s'est spécifiquement intéressée aux obstacles du non aboutissement des circuits de prise en charge de personnes dépistées VHC.

L'étude n'a concerné que les patients pour lesquels le dépistage a été prescrit.

GYMKHANA 2 est une étude qualitative basée sur le contenu d'entretiens semi directifs dans 4 réseaux HVC: ARES 92, Paris Nord, RézoPau et la Fédération des Réseau Marseillais.

Dix entretiens par réseau ont été réalisés.

Cette étude révélait les représentations et les pratiques, des médecins **comme des patients**, pouvant influencer le déroulement de la prise en charge de l'hépatite.

4-3-2-1 Forces et faiblesses :

Par son approche qualitative originale, l'étude Gymkhana 2 complète de façon enrichissante les informations issues de Gymkhana 1.

Ainsi, Gymkhana 2 permet de dresser un état des lieux assez complet (en 2005) des représentations de l'hépatite C et de la prise en charge qu'ont les patients et les médecins de réseaux. Elle désigne assez clairement les éléments clés influençant le parcours du patient porteur du VHC.

Ce type d'étude qualitative croisée (patient soignant) est peu fréquent en France.

Elle est riche d'enseignements, malgré un temps de mise en place et de coordination à ne pas sous-estimer.

Les résultats qui en émanent donnent un éclairage nouveau sur la problématique concernée et enrichissent les données quantitatives disponibles sur le sujet.

Si cette étude a concerné des patients et médecins proches de réseaux ville-hôpital, l'analyse du discours des médecins montre pourtant une très grande hétérogénéité de leurs connaissances, implications, représentations par rapport à la problématique VHC.

Mais, le petit nombre d'entretiens menés et les choix méthodologiques ne permettent aucune comparaison inter réseaux.

De plus, le petit nombre de médecins hospitaliers interrogés, la double appartenance (ville hôpital) de certains, l'appartenance de tous les médecins à un réseau ne permet pas d'analyser de façon distincte les médecins de ville et les médecins de l'hôpital.

Enfin, ce recrutement de réseau sélectionne des patients souvent co-infectés VIH-VHC et ayant généralement une histoire de toxicomanie, entraînant des prise en charge plus complexe.

Tous ces éléments sont donc des facteurs limitant l'interprétation et l'extrapolation de Gymkhana 2.

La nécessité du recours à l'hôpital pour la biopsie et pour l'initiation du traitement conforte les soignants de ville dans leur position ambivalente « à *mi-chemin* » entre le patient et la décision thérapeutique.

Cette position n'est pas nécessairement vécue comme inconfortable et les médecins interrogés émettent peu de revendications à prendre en charge plus activement cette décision.

4-3-2-2 Comparaison à nos études

Les problématiques rencontrées par les médecins généralistes n'ont pas évolué depuis 2006, et l'apparition de tests non invasifs n'a pas modifié leur ressenti en terme d'HVC.

Pourtant l'apparition de cette nouvelle technique en 2006, représentait une orientation, une solution, pour une amélioration des pratiques ambulatoires, en terme d'hépatite C.

5- Hypothèse et avenir

5-1 Standardisation de certaines étapes de prise en charge, arbre décisionnel

Depuis le remboursement des tests, il existe une standardisation de leur utilisation, c'est à dire : une fois par an chez les patients non traités.

Il faudrait, pour lever définitivement les obstacles à la prescription, adopter et diffuser un « arbre » décisionnel simple des différentes prises en charge en fonction des scores de fibrose.

5-2 Recommandations officielles et redéfinition du parcours de soins

Il est indispensable de statuer définitivement sur la place de chacun des intervenants

Ce flou entraîne également un flottement dans le parcours de soin du malade et des prises en charge hétérogènes selon le praticien ou la zone géographique de consultation.

Il serait important de définir, chez un patient chronique asymptomatique sans fibrose décelée :

- la nécessité ou non de l'orientation vers le spécialiste
- la fréquence de consultation chez le spécialiste
- les événements médicaux ou comorbidités nécessitant obligatoirement un recours aux spécialistes

5-3 Amélioration de la formation, réseau ?

Le médecin généraliste est avant tout un diagnosticien.

Il a en consultation une patientèle des plus hétéroclite, atteinte de pathologies diverses.

Il doit savoir utiliser les outils diagnostiques existants, pour informer, dépister et orienter au mieux ses patients.

Cette prise en charge se doit exhaustive, afin aussi de préserver les malades, le plus longtemps possible des contraintes hospitalières.

Une formation continue, simple et pragmatique est indispensable pour suivre l'évolution des connaissances.

Mais ce n'est pas tant une formation sur les tests non invasifs qui est nécessaire, mais un rappel des éléments de surveillance spécifique aux porteurs de l'hépatite C.

Avoir une vision claire, des dangers de la fibrose pour un malade du foie, conduira plus facilement le médecin généraliste vers une utilisation des tests non invasifs de fibrose.

Les réseaux aident à la formation continue, mais le peu de patients HVC représentés dans leurs patientèles n'incite pas les généralistes à y adhérer.

L'adhésion à ces réseaux est stable et faible.

Et il est important de développer de nouvelles formes de transmission des connaissances entre la ville et l'hôpital.

5-4 Vers le suivi de fibrose des patients traités ?

Il n'existe pas aujourd'hui de validation scientifiques des tests non invasifs (contrairement à la biopsie) pour suivre, année après année, les résultats des traitements en fonction des protocoles utilisés chez les patients traités. Cependant, la facilité de ces tests par rapport à la biopsie en a permis, depuis quelques années, l'utilisation dans ce but, par de nombreux spécialistes.

Il est envisageable, dans quelques années, que les médecins généralistes puissent ou doivent suivre la progression de la fibrose après échec thérapeutique ou en cours de traitements.

Les voies de développement de ces techniques, dans cette pathologie virale sont très importantes, et le médecin traitant ne devra pas rester un spectateur passif.

5-4 Vers un bilan hépatique « nouvelle génération »

Lors des 2^{ème} assises de lutte contre les hépatopathies en 2008, on a mis l'accent sur la mobilisation des généralistes pour le dépistage non invasif, en évoquant l'idée d'un dépistage « des gens pouvant mourir d'une cirrhose ».⁽²⁴⁾

La mobilisation des généralistes sur ce dépistage ne pourra se faire que sur l'ensemble des hépatites chroniques fibrosantes, par l'appropriation, grâce à la formation, de nouveaux outils et notamment d'un nouveau bilan hépatique standard, incluant les tests non invasifs.

Dans le bilan hépatique actuel, les anomalies les plus recherchées sont celles des gammas GT et des transaminases, or 25% de la population mondiale présentent des anomalies au niveau de ces enzymes, sans traduction pathologique, un test de fibrose permettrait d'affirmer la maladie hépatique et permettrait de lancer l'enquête étiologique.

En 2006, une expérience prospective a été conduite à la Pitié-Salpêtrière²⁵ par le Pr Thierry Poynard.

Ils ont offert à 7 700 personnes un bilan gratuit, auquel on a rajouté les marqueurs non invasifs.

Résultats sur 6 000 personnes, 3% de cette population avait une fibrose avancée et 0,4% de cirrhose dépistée. Dans cette population, 80% ont un foie stéatosique, et 20% ont des hépatites B ou C.

Par conséquent cette population ne s'était pas reconnue dans les campagnes de prévention précédentes et **c'est le diagnostic de fibrose qui a permis leur dépistage.**

On pourrait ainsi intéresser les généralistes autant au dépistage qu'à la prise en charge de l'hépatite C en leur proposant un outils biologique utilisable pour l'ensemble des hépatopathies chroniques fibrosantes...

6- Conclusion

A Paris en 2013, l'hépatite C reste une maladie répandue, plus de 80% des généralistes en comptent dans leur patientèle.

Le traitement ne garantit pas une guérison systématique et en raison de ses possibles effets secondaires il n'est pas indiqué initialement dans tous les cas d'hépatite C.

Les patients ne pouvant bénéficier d'un traitement doivent être suivis régulièrement et ce pour une durée indéterminée afin de dépister l'apparition de la fibrose hépatique.

L'évolution vers la fibrose hépatique de cette maladie doit être quantifiée, des tests de quantification de la fibrose sont désormais disponibles en ambulatoire.

Un stade F2 au rendu des tests, marque un tournant thérapeutique, ce tournant dans la prise en charge ne doit pas être négligé au risque de voir apparaître une évolution encore plus sévère des lésions hépatiques pouvant compromettre ou retarder la mise en route d'un traitement.

Il appartient aux médecins de surveiller l'enchaînement optimal des examens et traitements disponibles en l'état actuel de la science pour s'assurer de la meilleure prise en charge de leur patient.

Les freins identifiés au suivi ambulatoire sont un manque d'information et des recommandations officielles qui attribuent au spécialiste la seule responsabilité du suivi des patients.

Si aujourd'hui les recommandations n'accordent pas de place aux généralistes dans la prescription et l'interprétation des tests non invasifs de la fibrose, **25% d'entre eux à Paris s'en affranchissent pourtant dans l'intérêt naturel de leurs patients.**

Certes un patient docile et observant, s'il est suivi, régulièrement par un hépatologue hospitalier, ne souffrira pas de la non implication de son médecin traitant dans le suivi de sa maladie hépatique. Mais l'implication des généralistes serait extrêmement bénéfique pour les autres patients plus difficiles, qui sont dans l'impossibilité matérielle ou refusent d'accepter un long suivi hospitalier.

Nous pensons que le médecin traitant est le mieux placé pour comprendre, évaluer et coordonner le suivi global d'une pathologie chronique, et que dans ce domaine il doit pouvoir prescrire et interpréter un bilan sanguin ambulatoire, remboursé par la sécurité sociale, garant d'une maîtrise de l'évolution de la maladie.

Face à ce constat et comme l'ont rapporté les généralistes lors des entretiens, il nous apparaît essentiel d'apporter aux médecins une information claire sur les indications, les conditions de prescription et l'interprétation des tests non invasifs de la fibrose hépatique, chacun restant libre d'utiliser ces nouveaux outils.

Le rôle des généralistes doit de plus être clairement mentionné dans les recommandations HAS de suivi de l'hépatite C chronique, comme prescripteur et interprète des résultats .

Au final, le rôle du médecin généraliste n'est pas tant de suivre une pathologie que de suivre la manière dont le patient vit avec elle, afin d'améliorer sa qualité de vie, et son pronostic. Dans ce cadre le médecin généraliste devient incontestable dans la prescription des tests non invasifs de fibrose aux patients hépatite C non traités

7- Bibliographie

- 1- Organisation mondiale de la santé, hépatite C (en ligne) In, aide mémoire N°164 disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/index.html> Consulté le 3 septembre 2012.
- 2- Arrêté gouvernemental du 2 novembre 1992 concernant l'utilisation thérapeutique du sang humain.
- 3- D.Dhumeaux, J.P Galmiche Hépatite C : dépistage et traitement, Conférence de consensus 17 janvier 1997, p 10-11.
- 4- Poynard T, Ratzu V, Bedossa P.Appropriateness of liver fibrosis. Can J Gastroenterol.2000.
- 5- D.Thabut, Diagnostic non invasif de la fibrose hépatique, « exercer »,2007 p33-39.
- 6- JORF N°0116 du 19 mai 2011 texte n° 17. Décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
- 7- BEH Surveillance et prévention des hépatites B et C en France.
- 8- M.Bonjour, J.L Boujenah, Hépatite C dépistage, clinique, prise en charge et conseils aux patients, Inpes, 2007, p6-24.
- 9- M. De Torres, T. Poynard, Risk factor liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C, Annals of hépatology,2003.
- 10- J.P Trabut, Le score Métavir, Hépato-Gastro.volume 16, numéro 3, mai-juin 2009.
- 11- Imbert-Bismut Ratzu V, Pieroni L, Charlotte F, Benhamou Y, Poynard T.Biochemical markers of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection: a prospective study. Lancet. 2001; 357:1069-1075.
- 12- Biopredictive , fibrotest (en ligne) In, consulté le 20 septembre 2012 site <http://www.biopredictive.com/intl/about/>.
- 13- HAS, Hépatite Chronique C, Mai 2006.

- 14- HAS, Méthodes d'évaluation de la fibrose hépatique au cours des hépatopathies chroniques, décembre 2006.
- 15- HAS, actualisation, Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée, décembre 2008.
- 16- L.A. Adams, Max Bulsara, Hepascore: An Accurate Validated Predictor of Liver Fibrosis in Chronic Hepatitis C Infection, clinical chemistry, oct 2005, vol 51.
- 17- Hépatoweb, fibroscan, septembre 2012 (en ligne)In consulté le 1 octobre 2012.site : <http://hepatoweb.com/fibroscan.php>.
- 18- HAS, Focus 13, le diagnostic non invasif de la cirrhose non compliquée, nov 2009.
- 19- HAS, Actualisation, Hépatite c chronique, mars 2010.
- 20- JP. Aubert, S Bouée, Gymkhana 1, partie 2, Stratégie diagnostique de l'infection par le VHC en médecine générale, recherche en médecine générale, Rev Prat Med Gen 2005 ;19 : 895-99.
- 21- A. mosnier, Etude qualitative des obstacles aux parcours de soins des personnes porteuses du VHC, Gymkhana 2, Organize and Promote Epidemiological Networks (OPEN) Réseaux d'Observation des Maladies et des Epidémies (ROME), 2006.
- 22- G.Babany, M.Bourlière, Les médecins généralistes souhaitent-ils prendre en charge l'hépatite chronique virale C et participer aux réseaux ville-hopital ? Gastroenterologie, clinique et biologique, vol 23, n°12, décembre 1999.
- 23- C. Corinne Bonny, R. Rayssiguier, Pratiques et attentes des médecins généralistes en matière d'hépatite C dans la region Auvergne, Gastroenterologie, clinique et biologique, vol 27, n°11, novembre 2003.
- 24- N.Brizé, 2 ièmes Assises de lutte contre les Hépatites, « La France peut'elle mieux faire » document de synthèse, 2007.

8- Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou de leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à qui quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

9- Annexes

9-1 Questionnaire quantitatif

Questionnaire binaire concernant le suivi de l'hépatite C en médecine de ville :

1) Avez vous des patients porteurs de l'hépatite C chronique non traitée ?

OUI / NON

2) Leurs prescrivez vous des tests non invasifs de fibrose de type (FibroTest, FibroMètre, Hépascore et/ou FibroScan) ?

OUI/NON

Si NON :

→ Est-ce par :

- Interprétation du ressort du spécialiste ? **OUI /NON**
- En raison de leurs coûts **OUI /NON**

3) Appartenez-vous à un réseau ville hôpital hépatite C ?

OUI / NON

9-2 Questionnaire qualitatif

Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes parisiens.

1) Avez vous des patients HVC, et à quelle fréquence voyez-vous vos patients ?

2) Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

3) Quel examen clinique réalisez-vous ?

4) Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite c, non traitée ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

5) Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

Si oui : Quel test utilisez vous ? (Fibrotest, FibroScan, Fibromètres ou autres ?)

Dans quel ordre les utilisez-vous ?

Où adressez-vous vos patients pour réaliser leurs tests non invasifs ?

Quels en sont leurs coûts pour vos patients ?

A la vue de ces résultats quand adressez-vous aux spécialistes ?

Si non : Pourquoi ne prescrivez-vous pas ces tests non invasifs ? Quand adressez vous aux spécialistes ?

6) Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

9-3 Données de l'étude quantitative

Numéro de fiche réponse	Q1 - Patients ?	Q1 - Commentaires	Q2 - Prescription ?	Spécialiste	Q3 - Commentaires	Q4 - Réseau	Q4 - Commentaires	Questionnaire retourné mais sans objet
1	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	XXX		
2	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		
3	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
4	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
5	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
6	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	XXX		
7	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
8	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		XXX
9	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
10	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
11	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
12	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
13	oui	3 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
14	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
15	oui	2 patients	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
16	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
17	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
18	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
19	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
20	oui	10 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
21	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	oui		
22	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
23	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		
24	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
25	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
26	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
27	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
28	oui	1 patient	non	Spécialiste	XXX	non		
29	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
30	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
31	non	XXX	non	XXX	XXX	non		
32	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
33	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
34	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
35	non	XXX	oui	XXX	sans patient hepa	non		
36	oui	1 patient	non	Spécialiste	XXX	non		
37	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
38	oui	10 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
39	oui	XXX	oui	XXX	avec un specialist	non		
40	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
41	oui	6 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
42	oui	2 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
43	oui	xxx	oui	XXX	xxx	non		
44	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
45	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
46	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non	avant oui	
47	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
48	oui	XXX	oui	XXX	fibrosan du ressc	non		
49	oui	8 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
50	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
51	non	XXX	non	XXX	XXX	XXX		
52	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
53	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
54	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
55	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
56	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
57	non	XXX	non	XXX	XXX	XXX		
58	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
59	non	XXX	non	XXX	XXX	non		
60	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
61	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
62	oui	3 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
63	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
64	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
65	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
66	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
67	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		
68	non	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
69	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
70	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		XXX

Numéro de fiche réponse	Q1 - Patients ?	Q1 - Commentaires	Q2 - Prescription ?	Spécialiste	Q3 - Commentaires	Q4 - Réseau	Q4 - Commentaires	Questionnaire retourné mais sans objet
71	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
72	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
73	non	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
74	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
75	oui	3 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
76	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
77	non	XXX	XXX	Spécialiste	XXX	non		XXX
78	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
79	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		
80	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
81	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
82	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
83	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		
84	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
85	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
86	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		XXX
87	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
88	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
89	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	oui		
90	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		XXX
91	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
92	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		
93	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
94	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
95	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		XXX
96	non	XXX	oui	XXX	XXX	non		
97	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
98	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non	avant oui	
99	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
100	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		
101	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		medecin expert
102	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	XXX		
103	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
104	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
105	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
106	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
107	oui	5 patients	oui	XXX	XXX	non		
108	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
109	oui	1 patient	non	Spécialiste	XXX	non		
110	oui	3 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
111	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
112	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
113	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		psychothérapie
114	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
115	oui		3 oui	XXX	XXX	non		
116	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
117	oui	XXX	oui	XXX	mais en principe c	non		
118	non	XXX	non	XXX	XXX	non		
119	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	oui		
120	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
121	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
122	non	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
123	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		psychothérapie
124	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
125	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
126	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
127	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		XXX
128	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
129	oui	1 patient	non	Spécialiste	XXX	non		
130	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
131	non	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
132	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
133	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		
134	non	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
135	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
136	oui	1 patient	non	Spécialiste	XXX	non		
137	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
138	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
139	oui	XXX	oui	Non	XXX	non		
140	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX

Numéro de fiche réponse	Q1 - Patients ?	Q1 - Commentaires	Q2 - Prescription ?	Spécialiste	Q3 - Commentaires	Q4 - Réseau	Q4 - Commentaires	Questionnaire retourné mais sans objet
141	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non	Pas formellement	mais je suis attach
142	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
143	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
144	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		
145	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
146	oui	3 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
147	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		XXX
148	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
149	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
150	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
151	oui	1 patient	non	Spécialiste	xxx	non		
152	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		XXX
153	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
154	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
155	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
156	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
157	oui	deux ou trois pati	oui	XXX	XXX	non		
158	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
159	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
160	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
161	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
162	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
163	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		
164	oui	6 patients	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
165	oui	XXX	non	XXX	XXX	non		
166	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
167	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui	reseau paris-nord	
168	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
169	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
170	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non	consultation de gastro a bichat	
171	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
172	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
173	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
174	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
175	oui	1 patient	non	Spécialiste	XXX	non		
176	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		
177	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
178	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
179	non	XXX	non	XXX	XXX	non		
180	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
181	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
182	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
183	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
184	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
185	oui	2 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
186	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		
187	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		XXX
188	non	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
189	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
190	oui	xxx	oui	XXX	xxx	non		
191	non	XXX	non	XXX	XXX	non		
192	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
193	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
194	oui	XXX	oui	Non	XXX	non		
195	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
196	oui	10 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
197	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
198	oui	1 patient	non	Spécialiste	XXX	non		
199	oui	XXX	oui	XXX	fibrosan du ressc	non		
200	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
201	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
202	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
203	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
204	non	XXX	XXX	Spécialiste	XXX	non		XXX
205	non	XXX	XXX	Spécialiste	XXX	non		XXX
206	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui		XXX
207	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	XXX		
208	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
209	non	XXX	XXX	Spécialiste	XXX	non		XXX
210	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		

Numéro de fiche réponse	Q1 - Patients ?	Q1 - Commentaires	Q2 - Prescription ?	Spécialiste	Q3 - Commentaires	Q4 - Réseau	Q4 - Commentaires	Questionnaire retourné mais sans objet
211	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
212	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
213	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
214	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
215	oui	3 patients	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
216	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	oui	reseau paris nord	, non spécifique a
217	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
218	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
219	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	oui		
220	oui	XXX	oui	XXX	XXX	oui	paris nord	
221	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		XXX
222	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
223	oui	XXX	non	XXX	Cher	non		
224	oui	7 patients	non	XXX	XXX	non		
225	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		
226	oui	XXX	oui	XXX	fibrotest et actites	non		
227	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
228	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
229	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
230	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
231	oui	2 patients	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
232	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
233	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
234	oui	XXX	oui	XXX	prescription rare	oui		
235	oui	3 patients	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
236	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
237	oui	3 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
238	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		medecin expert
239	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
240	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		XXX
241	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
242	oui	XXX	oui	XXX	XXX	non		
243	oui	7 patients	non	XXX	XXX	non		
244	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		
245	oui		3 oui	XXX	non du ressort du	non		
246	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
247	oui	deux ou trois pati	oui	XXX	pas du ressort du	non		
248	oui	4 patients	oui	XXX	XXX	non		
249	oui	XXX	oui	XXX	le fibroscan en vil	non		
250	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	oui		
251	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
252	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
253	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
254	oui	6 patients	non	Spécialiste	XXX	non		
255	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
256	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
257	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
258	oui	XXX	non	Spécialiste	Cher	non		
259	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
260	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
261	oui	co-infecté vih	non	Spécialiste	XXX	non	n'en voit pas l'interet	
262	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
263	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
264	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		
265	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		
266	non	XXX	non	XXX	XXX	non		
267	non	XXX	XXX	XXX	XXX	non		
268	oui	6 patients	non	Spécialiste	XXX	non		XXX
269	oui	XXX	non	Spécialiste	XXX	non		
270	non	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		XXX

9-4 Retranscription des entretiens

D1 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes des réseaux hépatites C.

1) Avez-vous des patients HVC et à quelle fréquence les voyez-vous ?

« Oui, j'en ai 4, 5. Je viens de m'installer et j'ai récupéré une patientèle.

2) Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

« Ha oui ! Oui, tous ! Une à deux fois par an chez le spécialiste. Ceux qui sont traités et non traités de la même façon...

Moi je les vois plus car ils viennent souvent pour autre chose, donc à chaque consultation de rhume ou de certificats... je les vois. »

3) Quel examen clinique réalisez-vous ?

« Heu... franchement je pourrais dire que je regarde un peu plus le foie, mais non. Je fais un examen clinique, mais comme tous mes patients atteints de maladies chroniques, je suis plus systématique. »

4) Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite C non traités ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

« Alors, un bilan hépatique deux fois par an, avec les transa, le TP une num, et la charge virale.

Les sérologies HIV ET HBV aussi, plus dans un contexte de dépistage. »

- 5) Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

« Non. Les fibrotests ? »

Si non : Pourquoi ne prescrivez-vous pas ces tests non invasifs ?

« Euh, ben mes études ne sont pas loin pourtant, mais à cette époque, c'était nouveau, et c'était un outil du spécialiste, pas du généraliste. Je ne sais pas les utiliser, ni les prescrire. »

- 6) Selon vous, quels sont les bénéfices d'appartenir à un réseau pour les patients et pour vous ?

« Oui, si on a beaucoup de patients HVC. Sinon, on est peu investit, et du coup on ne participe pas trop. »

7) Existe-il un intérêt à prescrire ces tests selon vous ? Que faudrait-il pour que vous prescriviez ces tests à votre surveillance de ces patients ?

« Une formation sur le sujet, mais je trouve ça intéressant et si c'est remboursé et accessible en ville c'est que ça doit se démocratiser.

Moi, je fais beaucoup de gynéco alors je vais souvent à des formations sur la gynéco et moins dans d'autres domaines, c'est pas facile d'être à jour sur tout. »

D2 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes des réseaux hépatites C.

1) Avez-vous des patients HVC et à quelle fréquence les voyez-vous ?

« Oui une dizaine, ils sont tous traités sauf une je crois

Ben c'est très variable. Bon quand ils sont en traitement je les vois tous les mois voire tous les 15 jours selon les besoins, les effets secondaires car l'hépatologue ne peut les recevoir à n'importe quel moment. Bon, quand ils ne sont pas traités c'est moins souvent. C'est une ou deux fois par an. Les hépatologues les suivent à distance.

Mais s'ils ont trois angines par an, ben, je les vois trois fois par an. »

Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

« Oui tous, évidemment ceux traités. Ceux qui ont une hépatite c non traitée donc qui sont FO F1 je les envoie chez le spécialiste tous les 2 à 3 ans. »

3) Quel examen clinique réalisez-vous ?

« Pas spécifiquement hépatique pour eux, un examen clinique classique. »

- Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite C non traités ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

« ActiTest Fibrotest tous les ans ou deux ans, mais les transaminases moins souvent (...)

Oui avant je les faisais régulièrement mais maintenant moins souvent. Si les transa sont normales, je préfère plus volontiers contrôler le FibroTest.

Après je n'ai pas d'examen biologique particulier pour eux, je réalise un bilan hépatique standard (asat,alat,gt ;pal,tp,) ... »

Quel test utilisez vous ? (Fibrotest, FibroScan, FibroMètre ou autres ?)

Dans quel ordre les utilisez-vous ?

Où adressez-vous vos patients pour réaliser leurs tests non invasifs ?

Quels en sont leurs coûts pour vos patients ?

A la vue de ces résultats quand adressez-vous aux spécialistes ?

« Je ne fais que le FibroTest, ActiTest, le fibroScan c'est à l'hôpital. »

- Et le FibroMètre ou l'Hépatoscore ?

« Non je ne connais pas, c'est quoi ? (...) »

- Où les adressez vous ?

« Dans le labo de ville, ils le font et voilà, mon labo en bas le fait...

Ceux qui sont à 100% sont remboursés. Ceux qui ne le sont pas, aussi je crois...

Bon en tout cas je n'ai pas eu de retour sur le prix.

Non c'est sur ils sont remboursés pas de soucis. »

- Au vu des résultats, quand les adressez vous ? Comment les adressez vous ?

« Alors A0F0 je fais rien.

A1F0 ou A1F1 je ne m'inquiète pas trop, mais je les revois avant un an...

A2F2 OU A1F2 A2F1 je les oriente aux spécialistes. »

- Depuis combien de temps les prescrivez vous ?

« Euh (...) je dirais 5 ou 6 ans. En fait, j'avais des patients en commun avec le Dr Poynard, comme il a beaucoup développé ces tests, j'ai très vite été mis au courant. »

- Avez vous eu des craintes à utiliser ces tests ou même actuellement rencontrez-vous des obstacles dans le suivi de l'hépatite C ?

« Non, c'était naturel, avant la PBH était impossible à faire accepter aux patients, maintenant avec ces tests c'est super ! C'est une prise de sang, c'est comme une glycémie pour moi. »

- Ce n'est pas du recours du spécialiste uniquement ?

« Non, la PBH oui. C'est de la médecine générale. »

- L'investissement du médecin généraliste dans cette maladie est il utile, pour le malade ?

« A oui, mais attention dans le suivi de l'hépatite C NON TRAITEE. Pour les autres c'est du ressort du spécialiste.

Les non traités, je peux les suivre et les adresser aux spécialistes s'il y a une modification de FibroTest »

- Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

« Je ne sais pas, si on a un correspondant hépatique, cela suffit à mon avis. Moi je n'appartiens pas à un réseau en tout cas. »

Quels sont les obstacles à cette prescription ?

« Je ne vois pas d'obstacle »

D3 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes des réseaux hépatites C.

1) Avez vous des patients porteurs de l'hépatite C, sont-ils traités ou non traités ? Et à quelle fréquence voyez-vous vos patients ?

Oui, environs 5-6, certains sont traités d'autres non. Le téléphone sonne (...)

En général, je ne les vois pas trop pour l'hépatite C.

2) Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

Oui, ils ont tous un hépatologue qu'ils soient traités ou non. Et s'ils n'en n'avaient pas je souhaiterais qu'ils en aient un, et personnellement je voudrais l'avis d'un Hépatologue.

Si je fais le diagnostic, je fais un bilan puis j'oriente.

La fréquence de consultation chez moi pour l'hépatite C, une fois à deux fois par an. S'ils vont bien, tous les 2 ans chez l'hépatologue.

3) Quel examen clinique réalisez-vous ?

Un examen complet mais classique, je m'attarde un peu plus peut-être sur le foie, mais c'est tout.

4) Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite C, non traités ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

Je fais un bilan initial, bilan hépatique et génotypage si je suis à l'origine du diagnostic dans un contexte de dépistage.

Je fais un bilan hépatique, avec la bilirubine et la charge virale 2 fois par ans.

Je fais régulièrement une échographie. Une fois par an environ.

5) Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

Oui, mais c'est récent, cela date de 1 mois. En fait avant je ne savais pas qu'on pouvait les prescrire.

- Quels tests utilisez-vous ? Fibrotest, FibroScan, FibroMètre ou autres ?

J'utilise le fibrotest je n'en connais pas d'autre.

- Chez qui les utilisez-vous ? Les traités ou non-traités ?

Chez les deux, pour la fréquence je sais pas encore, c'est nouveau pour moi, je ne connais pas les recommandations, intuitivement je dirais tous les 6 mois.

Si c'est des porteurs sains ce sera plus espacé, vraiment je débarque encore je ne sais pas exactement.

- Pour vous ces tests sont-ils remboursés ?

Ben oui je parlais du principe que oui, avec ou sans le 100%, ces tests sont remboursés.

Non (...) ?

- Connaissez-vous les autres méthodes non invasives ? Comment avez-vous connu le fibrotest ?

Non je n'en connais pas d'autre, (le FibroTest) j'en avais entendu parlé lors de mes études, et puis lors d'un DU sur le VIH.

Enfin, c'est surtout les spécialistes dans les comptes-rendus qui m'ont aidé à la prescription.

- Comment les interprétez vous ?

Je n'ai pas une grande expérience, puis mes premières prescriptions datent de quelques mois, mais au stade de 0 et 1 je ne fais rien.

Je m'inquiète et j'en informe le spécialiste a F2, je ne sais plus a quel score cela fait référence (...). Voilà.

Voyez vous un intérêt à utiliser ces tests pour le médecin généraliste ?

Oui, si on sait bien l'interpréter, je considère que cela fait partie du bilan initial.

Quels sont pour vous les obstacles aux suivis des patients hépatite C :

Les avancées sur le sujet sont trop importantes et récentes et puis on a peu de patients.

- 6) Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

NON, enfin j'appartiens au réseau Paris Nord, mais je ne suis pas très actif.

D4 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes.

- Avez vous des patients porteur de l'hépatite C ? A quelle fréquence voyez-vous vos patients ?

Quelques unS, oui pas beaucoup, mais quelques uns. J'en ai 3 à 4 , à peu près ...

- Faites vous la distinction patients traités et non traités ?

Deux sont traités, les autres non, dont une dans un nouveau protocole.

- Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? A quelle fréquence ?

Oui TOUS. Soit un gastro-entérologue en ville soit à l'hôpital mais moi je ne les suis pas vraiment pour leur hépatite C.

Donc je les vois si il y a une HTA ou autre chose.

On va dire tous les deux à trois mois, ou si il y a un problème aigu ponctuel.

- Et le spécialiste ?

Pas des masses, car ce sont des gens âgés, et ils ont d'autres problèmes donc, l'hépatite C passe après.

J'en ai mêmes une qui ne voit plus personne pour son hépatite C. Non c'est fini...

Quel examen clinique réalisez-vous ? Faites vous un bilan initial ?

L'examen clinique ne change pas des autres patients, TA auscultation cardiaque, abdominal, poids, voilà ...

Non pas de bilan initial, je les envoie au spécialiste, avec une charge virale et des transa.

Quelle surveillance réalisez vous ?

Je surveille les transaminases, mais je ne fais pas de charge virale, je ne fais rien, mais moi ils ont tellement d'autres problèmes (diabète, cardio).

Mais en fait le côté HVC, je ne le suis pas, mes patients ont eu l'hvc par transfusion, et cela remonte à longtemps.

Souvent ils viennent quand le spécialiste leur a expliqué quelque chose et qu'il n'ont pas compris donc ils reviennent me voir.

Clairement, je ne gère pas leur HVC.

- Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite c, non traitée ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

Rien de particulier. Comme je vous l'ai dit je ne les suis pas pour leur HVC.

Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

Ben, non, vous voulez dire le fibrotest ? Oui, je connais, mais je ne l'ai jamais prescrit, jamais. Moi je suis de la génération de la biopsie hépatique donc, avec le score atavir, j'ai appris avec ça.

Mais non, je ne le maîtrise pas, je le prescris pas mais je sais que les gens sont suivis et diagnostiqués comme ça, c'est très bien.

Donc il y a eu de nouvelles recommandations, et de nouveaux remboursements, les connaissez vous ?

Non, ils sont remboursés ?

Oui depuis mars 2011 et les recommandations concernent les patients HVC non traités à raison d'une fois par an.

Il faudrait que j'apprenne à m'en servir alors ?

Pour vous il y aurait un intérêt ?

Oui, il y a un intérêt, bien sûr, puisque nous n'avons que la charge virale et les transa, et puis j'envoyais toujours à un gastro-hépatologue, et il disaient ponction pas ponction, et puis c'était le gros drame. Et donc discussion pendant des heures et les gens le faisaient ou ne le faisaient pas.

Mais là si j'ai un test à portée de main, remboursé, alors il faut que j'apprenne à m'en servir. A oui, vous avez réveillé le truc. Oui pour moi le généraliste pourrait le faire.

Donc il a 3 scores biologiques remboursés, FibroMètre, FibroTest et Hepascore.

- Pour les patients y a t il un intérêt ?

Ben on suit bien le cholestérol et le diabète alors ben oui, on peut suivre l'HVC, mais souvent ils sont pris par l'hôpital et on ne les voit plus ?

-Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

Je ne sais plus quoi en penser. Il y en a tellement, c'est difficile.

Par exemple là, j'ai une patiente qui est en train de mourir d'un cancer de l'estomac, ben il y a réseau qui s'est collé dessus. Je ne sais pas trop à quoi il servent et comment fonctionner avec eux. Alors elle n'est pas assez malade pour être en palliatif, mais elle l'est trop pour être dans le réseau. Enfin voilà, il faut répondre à des critères précis qui sont parfois souvent loin de la médecine générale.

Donc je ne sais pas, je dirai non.

D5 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes des réseaux hépatites C.

1) A quelle fréquence voyez-vous vos patients porteurs de l'hépatite C?

« Oui, j'en vois. Certains sont traités d'autres non. Si je me rappelle bien, je dois en avoir 4 ou 5. Pour la moitié d'entre eux ils ne sont pas traités.

Moi je les vois environ tous les 3 mois, mais ceux qui non pas de traitement je les vois quand même moins régulièrement.

Le plus souvent, ils consultent pour des problèmes qui n'ont aucun lien avec leur hépatite. »

-2) Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

« Oui tous. Les traités plusieurs fois par an mais je ne pourrais pas dire à quelle fréquence.

Pour les non traités, ils ont tous aussi un hépatologue mais qu'ils voient une fois par an voire moins souvent encore.

C'est grâce à ces patients et aux lettres de leurs spécialistes, que j'ai pris connaissance de ces tests non invasifs il y a 2 ans environ...et donc je me suis lancé... »

3) Quel examen clinique réalisez-vous ?

« Identique à mes autres patients, je n'accentue pas l'examen clinique, à tort peut être? Mais en général ce sont des patients qui vont bien « pour moi » ...

4) Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite c non traitée ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

« Régulièrement oui, bilan hépatique complet + fibrinogène + charge virale, le génotypage a été fait par le spécialiste donc je ne le refais pas mais parfois lors d'un dépistage et d'un bilan initial je le demande.

Au bilan initial je fais génotypage, transa, TP et sérologie HVB et VIH.

On va dire que je fais ces tests deux fois par an, si tout est ok, mais le génotypage en fait je ne crois pas l'avoir prescrit. Je ne sais plus, peut être au début. »

« L'écho hépatique une fois par an au début mais si le bilan biologique est normal je n'en refais pas tous les ans. »

-5) Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

« OUI J'utilise le fibrotest depuis environs deux ans.

Je le fais depuis que les compte-rendus d'hépatologue mentionnent ces tests, et j'ai un copain hépato qui m'en a parlé un peu et donc je me suis lancé. »

Quel test utilisez vous ? (Fibrotest, FibroScan, FibroMètre ou autres ?) Dans quel ordre les utilisez-vous ? A la vue de ces résultats quand adressez-vous aux spécialistes ?

« Le fibrotest uniquement, je n'en connais pas d'autre, le fibroScan c'est à l'hôpital non ? Je le fais tous les ans si pas d'anomalie clinico-biologique, je renvoie au spécialiste si changement de score, soit de F0 à F1, ou de F1 à F2 ... »

- Faites-vous une distinction entre les patients traités et non traités pour ces tests ?

« Non, je ne fais pas de distinction entre les traités ou non traités mais il est vrai que les patients traités sont beaucoup plus suivis et je n'ai pas trop l'occasion de leurs prescrire ces tests. Je le fais surtout pour ceux qui sont chroniques non traités.

- Où adressez-vous vos patients pour réaliser leurs tests non invasifs ?

« Pas d'orientation particulière, je leur prescris cet examen à la suite des autres bilans sanguins et voilà, le patient me rapporte les résultats et si c'est FO je ne fais rien, si c'est F1 j'envoie aux spécialistes. Je crois que le traitement est a F2, mais dès qu'il y a une modification j'oriente. »

Quel est le coût pour vos patients ?

« Je ne sais pas du tout, pour moi c'est remboursé automatiquement, non ?

J'avoue ne pas m'être posé la question puisqu'aucun patient ne m'en a fait la réflexion. »

Vous prescrivez ces tests, mais selon vous y a-t-il des obstacles à cette prescription :

« Non il n'y a pas d'obstacle. Je ne connaissais pas avant, mais cela ne me semble pas compliqué. Il faudrait plus de FMC sur le sujet et motiver plus les généralistes, même s'ils ont peu de patients et surtout des recommandations plus claires mentionnant le rôle du généraliste.

Ca va venir, c'est encore récent. Je pense que ça va se développer. »

- Est-ce du ressort du spécialiste uniquement ?

A non, je ne crois pas, sinon en plus il ne serait accessible qu'aux spécialistes.

6) Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

« OUI, il y a un intérêt pour le patient car on le voit plus souvent que le spécialiste surtout si son hépatopathie ne lui pose pas de problème. Donc cela permet de le surveiller plus régulièrement, mais on ne pourra pas se passer d'un suivi hépatologue à côté, car les traitements restent du domaine spécialisé. »

Le réseau pour les patients c'est très bien, cela leur permet d'être mieux pris en charge. Mais pour le médecin c'est trop chronophage. »

D6 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes.

- Avez vous des patients porteurs de l'hépatite C, et à quelle fréquence voyez-vous vos patients ?

« Oui 4 patients, 3 sont traités et 1 traité et guéri en rémission, et un hépatite C type delta, je ne sais pas si c'est important pour vous (...) ».

- Non pas spécialement, mais du coup vous n'avez pas de patients atteints non traités ?

« Non, je n'ai pas ce type de patients. »

- Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

« Oui TOUS (très insistant). C'est catégorique. Ou hépato Tenon ou hépato Saint Antoine. Ils les voient tous les 6 mois environ, sauf quand ça va pas très bien, ils les voient un peu plus, mais grosso modo c'est ça... »

- Et vous ?

« Ben moi je m'en occupe pas trop de l'hépatite C en réalité, ils ont leur hépatologue, moi je les voit pour toute les autres choses. Même pas des renouvellements d'ordonnances de leurs médicaments. Moi je ne m'occupe pas de VHC, pas de VIH, c'est une prise en charge spéciale, certains généralistes en font pas moi ... »

Quel examen clinique réalisez-vous ?

« Non, rien de particulier. Vu qu'ils sont suivis régulièrement, voire très régulièrement à l'hôpital.

Donc non, je ne vais pas palper le foie si ils viennent pour une angine. Alors c'est bien ou c'est pas bien c'est vous qui allez me dire (...). (je ne commente pas) »

- Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite C, non traités ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

« Les médecins généralistes dépistent et réalisent un bilan initial, avec bilan hépatique simple, transa, bili et j'envoie au spécialiste

Je laisse le spécialiste gérer. A part l'autre jour, c'est vrai. Un de mes patients est revenu avec son bilan initial, il manquait la sérologie hépatite B, voilà je lui ai fait faire, elle était négative et c'est tout...

Moi, je ne fais pas de charge virale, sauf s'il me demande (les patients), » j'ai rendez-vous dans deux mois à Saint Antoine, il me faut ces dosages ... »

Mais spontanément non.

S'ils vont bien je suis « hyper-clinicien », c'est tout.

Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

« C'est à l'hôpital, moi je ne le fais pas non plus.

J'aimerais bien savoir entre nous les généralistes qui font des fibrotests et des fibroScan (...) hein ! (Sûr de lui) »

Pourquoi ne prescrivez-vous pas ces tests non invasifs ?

« Parce qu'il sont suivis à l'hôpital, il y a un bon suivi comme pour les diabétiques ou les VIH, s'il sont bien suivis je ne vois pas pourquoi. J'irai refaire ces tests. Et c'est pas du tout pour un souci d'économie ça je m'en fiche.

Comme mes patients voient leurs hépatologues tous les 6 mois voire 3 mois je n'ai pas d'intérêt à les refaire. »

Alors je comprends votre position vis à vis des patients traités, mais imaginons que vos patients soient non traités et porteurs chroniques mais totalement asymptomatiques ? Et donc peut être moins suivis par l'hépatologue ?

« Je ne suis pas contre, mais maintenant je pense qu'une pathologie telle que l'hépatite C est du ressort du spécialiste, ça ne relève pas de médecins comme moi.

Je suis hyper élitiste, et je ne prends aucun risque ...

(...) Le téléphone sonne (...)

Il est donc hors de question de prendre en charge un patient hépatite C, je veux dire on habite à Paris, on bosse à Paris, on a un plateau technique extraordinaire, moi je n'ai pas la compétence, je pense que le généraliste doit savoir ou il s'arrête.

Mais s'il faut je les rappelle à l'ordre, s'il ne vont pas voir le spécialiste, vous voyez ça c'est mon devoir...

Je ne me sens pas gêné de ne pas suivre leur maladie et pour moi ils sont très bien suivis ! (Très, très insistant) »

Pour vous il n'y a pas de vide ?

« A, pas du tout, pas du tout, moi je les rappelle à l'ordre et voilà, là je suis catégorique.

Est-ce qu'il y a des obstacles particuliers spécifiques à ce suivi ?

Non, moi je fais de l'enseignement, d'autres font de la gynéco moi non. Voilà, si certains veulent faire du VIH ou de l'hépatite C ok mais pas moi.

Maintenant si on me dit qu'il n'y a plus d'hépatite pour ça, alors ok je me formerais et voilà »

Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

« Non, car s'il fallait faire des formations pour 5 patients pitié, non. »

D7 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes des réseaux hépatites C.

-1) Avez vous des patients hépatite C et si oui à quelle fréquence voyez-vous vos patients ?

« Oui une dizaine, je les vois pas beaucoup, celle qui est traitée elle est surtout suivie à l'hôpital, et c'est un peu ça le problème, quand ils sont dans le circuit hospitalier, on ne les suit plus vraiment.

Les autres qui ont une charge virale indétectable, ben qui ne sont pas vraiment malade ou guérit, je les vois surtout pour autre chose. »

- Quand vous dite « malade » vous faite la distinction entre traité et non traité ?

« Voilà, en faite j'en ai qu'un seul de traité, de vraiment malade.

- Et les non traités, combien de fois par an les voyez-vous ?

Une fois par an »

-2) Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

« Oui tous, les traités et non traités. Donc ils sont suivis deux fois par an, une fois par le spécialiste et une fois par mois ».

-3) Quel examen clinique réalisez-vous ?

« En général, examen médical standard, je recherche s'ils ont un gros foie. Je prends leur tension et voilà. »

-4) Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite C, non traités ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

« Alors une fois par an, je leur fais une prise de sang classique, et on va dire tous les deux ans une écho.

Pour ceux qui sont porteurs sains, je fais comme les autres, puisqu'en fait ils sont guéris. Donc pas vraiment d'examen particulier. Je ne leur fais pas la charge virale, ça c'est uniquement pour ceux qui sont malades. »

- Pour vous guérit, ça veut dire quoi ?

« Sérologie positive mais charge virale indétectable ».

- Mais, avez vous des patients avec sérologie positive, charge virale positive mais non traités car asymptomatique cliniquement et histologiquement ?

« J'en ai un seul comme ça, mais il est psychotique, là c'est un peu un souci.

Mais là aussi je l'adresse à l'hôpital.

En général, même ceux là ils sont suivis à l'hôpital, le bilan est mieux fait et donc je ne le refais pas. »

-5) Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

« Alors oui, mais pas moi, je les fais faire à Saint Antoine, je ne les fais pas faire en externe voilà. »

- C'est vous qui les prescrivez ?

« Non ce n'est pas moi qui les prescris. En fait c'est dans le bilan des spécialistes. »

Pourquoi ne prescrivez-vous pas ces tests non invasifs vous même ?

« Ce n'est pas une pratique courante, c'est ça le problème, les laboratoires ne le font pas systématiquement ou ils ne le font pas bien.

Ce que je regrette c'est que nous, on ne sait pas les interpréter. Il y a des courbes et je ne le comprends pas. C'est un vrai problème. »

- Connaissez-vous les conditions de remboursements ?

« Non, je ne le connais pas, je sais que c'est pris en charge si ils sont en ALD . »

-6) Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ? Vous même appartenez-vous à un réseau ?

« Non, oui il y a un intérêt, mais le problème c'est le temps, vous voyez là il y a 15 personnes en salle d'attente, donc ce n'est pas possible. Je finis déjà à 23h tous les soirs...

J'appartiens à un réseau mais pour d'autres maladies (diabète).

Le problème de la médecine générale c'est le temps. »

Si un spécialiste vous recommande de prescrire par exemple un FibroTest pour des patients porteurs asymptomatiques le feriez-vous ?

« Oui, oui, mais franchement le problème c'est l'interprétation, il faudrait que soit marqué normal ou pas normal... »

« On n'a pas de formation évidente pour les gérer. »

- Ceux qui ont des sérologies positives mais qui sont asymptomatiques sur le plan biologique et histologique, mais avec une charge virale positive, c'est à dire les porteurs chroniques ne craignez vous pas qu'il ne voient pas suffisamment leur hépatologue ?

« - Euh (...)oui, bien sûr.... enfin bon, ceux-là ils sont guéris, c'est rare qu'ils récidivent. En fait je crois non, mais moi je ne crois pas que j'ai des patients comme ça et de toute façon charge virale positive ou pas, je les envoie aux spécialistes systématiquement. »

- Ya t'il des obstacles au suivi des patients hépatite C NON TRAITÉ :

« Alors oui, premièrement l'interprétation du FibroTest.

Et l'hôpital (...) car le problème c'est que l'hôpital « phagocyte » ces patients et on ne les voit plus, donc on n'est pas forcément au courant.

Alors oui on reçoit des comptes-rendus mais bon. »

- Alors que faudrait-il ?

« Un compte-rendu des spécialistes plus orienté vers nous, pour notre suivi. »

- Cette prise en charge de l'hôpital vous embête ?

« Ben d'un certain côté ça me rassure car ils sont bien pris en charge, car s'ils sont dans la nature c'est encore pire.

Mais si j'étais plus formé, je serai plus impliqué tout à fait, c'est le principal obstacle à ma non prescription. C'est sûr »

D8 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes.

- Avez vous des patients porteurs de l'hépatite C, et à quelle fréquence voyez-vous vos patients ?

« Oui, c'est une bonne question, que je suis ou pas ? Je crains qu'il y en aient qui soient pas dépistés, je dirais 15- 20. »

- Traités ou non traités ?

« Les deux, j'ai surtout des patients qui ont été traités, et très peu de patients chroniques. »

Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

« Oui, sauf ceux qui ne veulent pas se faire suivre. Souvent lorsqu'il sont asymptomatiques ils ne veulent pas se faire suivre, mais la plupart sont suivis, oui. »

- Et vous ?

« Tous les 3 mois environ »

Quel examen clinique réalisez-vous ?

« Ça dépend à quel stade je les vois, si c'est une charge virale asymptomatique, mon examen est identique, si c'est un patient en cirrhose c'est forcément plus approfondi. »

- Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite C non traités ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

« Numérations, charge virale, transaminases, TP, tous les 6 mois. et des fois Afoeto-proteine, ça dépend.

S'ils ont un bilan bio prescrit par le spécialiste, je ne le refais pas, mais si je sais qu'il n'y vont pas, alors oui je fais ce type de bilan avec une écho, et si je détecte des anomalies je les adressent. »

Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

« Non je ne les prescris pas en général, vous voulez dire les fibrotest ? Je laisse le soin aux spécialistes de le faire.

Je n'ai pas trop l'habitude de les interpréter.

Je connais les scores, mais je ne vais pas en conclure quelque chose si ce n'est l'adresser aux spécialistes. Voilà.

Je ne connais qu'un type de test, le FibroTest, il y en a un autre je crois ? (...) »

Pourquoi ne prescrivez-vous pas ces tests non invasifs ?

« Par ce que je ne les connais pas bien, voilà c'est bête, mais je ne sais pas m'en servir donc je ne les utilise pas.

Je connais ces tests depuis quelques années, et c'est vrai que les spécialistes en parlent beaucoup . »

- Pour vous il n'y a pas de vide, voudriez-vous les prescrire ?

« Je ne crois pas qu'il y ai un manque d'utilisation car à Paris il y a plein de spécialistes mais si je les connaissais mieux je les prescrirais sans doute. Surtout, l'interprétation. Avec des formations ou plutôt un spécialiste qui m'indiquerait précisément à quelle fréquence je dois les faire et quand lui adresser, oui alors là je le ferais.»

« Je pense en effet que le généraliste peut et même devrait le prescrire s'il le souhaite, ce n'est pas du ressort uniquement du spécialiste. »

Pensez vous qu'une fois orienté aux spécialistes ces patients ne relèvent plus de la médecine générale ? Concernant leur hépatite ils disparaissent du circuit des soins primaires ?

« Non je ne crois pas en médecine générale, on traite de nombreuses pathologies qui ne relèvent pas que des soins primaires et c'est pas pour autant qu'on ne les suit plus.

C'est parce que l'hépatite C évolue vite et régulièrement et si on ne s'investi pas, on est vite pas au niveau.

Et puis certains généralistes sont spécialisés .Mais à la suite de votre entretien je pourrais effectivement les prescrire, cela me paraît jouable et intéressant. »

- Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

« Oui, si on a le temps. »

D9 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes des réseaux hépatites C.

-1) Avez vous des patients hépatites C, traités et non traités? A quelle fréquence voyez-vous vos patients ?

”OUI 3, 2 sans traitement et un traité.

Tous les 3 mois au début puis tous les 6 mois/ 1 an ensuite. Mais j'adapte la fréquence en fonction du spécialiste, de ce qu'il me demande dans ces lettres”

-2) Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

”Oui. 1 fois / an et ceux qui sont traités deux fois par an”

3) Quel examen clinique réalisez-vous ?

”Palpation abdominale, examen conjonctivo-cutané , mais c'est un examen classique, il n'y a pas de réelle différence avec un autre patient”.

- 4) Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite C, non traités ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

”Bilan Hépatique complet, TP. Tous les 6-12 mois selon leur état”.

-5) Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

”Non, vous voulez parler du FibroTest et du FibroScan ? Je connais ces tests oui, mais c'est pas à moi de les prescrire.”

Pourquoi ne prescrivez-vous pas ces tests non invasifs ?

”C'est le spécialiste qui gère l'interprétation, je ne peux pas les prescrire car je ne sais pas quoi tirer comme conclusions.”

”C'est le spécialiste qui décide quand les prescrire et pourquoi “

- 6) Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

”Je ne suis pas familiarisée avec les réseaux Hépatite C.

Je suppose que je serais mieux formée, mais je n'ai pas le temps d'adhérer a un réseau/”

7) Voyez vous un intérêt à prescrire ces tests ?

“Oui, si on sait les interpréter et que ça fait gagner du temps au spécialiste et au malade...

C'est vrai qu'un patient chronique qui va bien, autant le voir nous plus souvent que de l'envoyer a l'hôpital.

Mais moi je ne suis pas compétente en la matière, surtout je ne sais pas quoi faire des résultats.

8) Quels sont les obstacles à cette prescription ?

Le peu de patients, la nouveauté de ces tests, et l'absence de formation sur le sujet, par exemple pas d'article dans “Prescrire” !

D10 Questionnaire qualitatif, semi dirigé, individuel, sous forme d'entretien avec des médecins généralistes des réseaux hépatites C.

-1) Avez vous des patients HVC, à quelle fréquence voyez-vous vos patients ?

« Dans ce cabinet, le médecin en a quelques un, dans les deux cabinets ou je remplace je dirais qu'il y a une petite dizaine de patients traités ou non atteints d'hépatite C »

-2) Sont-ils conjointement suivis par un spécialiste ? Et à quelle fréquence ?

« Oui, oui, c'est évident, je dirais deux fois par an le médecin traitant et une fois l'hépatologue »

3) Quel examen clinique réalisez-vous ?

« Je prends plus de temps, j'examine bien l'abdomen, la peau, le foie, je contrôle son cœur et sa tension, je suis plus vigilante, mais cela reste un examen classique »

-4) Quels tests biologiques réalisez-vous dans le cadre du suivi des patients porteurs de l'hépatite C non traités ? Et à quelle fréquence les répétez-vous ?

« Dans le bilan initial, je fais un bilan hépatique élargi, transaminase, bilirubine, gamma GT, phosphatases alcalines, électrophorèse, la charge virale, mais le génotypage je ne sais pas si tous les labos le font »

« Je crois qu'il faut un bilan hépatique deux fois par an avec une échographie, comme je remplace, il est vrai que je ne connais pas toujours ce qui a été fait chez mon patient, donc si je suis amenée à lui prescrire un bilan pour autre chose, je rajouterai volontiers un bilan hépatique »

-5) Utilisez-vous les tests de diagnostic non invasifs de fibrose hépatique ?

Si non, connaissez-vous ces tests ?

« Oui je connais le FibroTest, mais c'est tout, mais je ne prescris pas »

Pourquoi ne prescrivez-vous pas ces tests non invasifs ?

« Je ne sais pas trop comment prescrire ce type de test. Est-ce que tous les laboratoires le font, c'est ça le problème ? »

Si je savais comment les prescrire, je les prescrirais, oui ...j'avoue me reposer sur le spécialiste, durant mes études, on associait facilement dépistage HVC c'est le généraliste et le suivi c'est le spécialiste ! A tort peut être mais c'est rassurant. »

Ok, mais si certain généralistes le font, je pourrais me lancer aussi, en plus c'est remboursé, je crois que je vais essayer la prochaine fois. »

-6) Selon vous, quels sont les bénéfices pour les patients et pour vous d'appartenir à un réseau ?

« Oui il y a un bénéfice pour nous, si cela ne prend pas trop de temps, en tout cas pour le malade c'est forcément mieux, il trouvera plus d'écoute »

10- Permis d'imprimer

PERMIS D'IMPRIMER

VU:

Le Président de chaire
Université
Le Professeur

4/12/2012

Centre de Hépatologie
CENTRE Pierre ABRAM
HOPITAL DE LAUNAY
100, Bd de l'Espérance
92110 CLICHY Cedex
01 46 07 85 22
Pr P. MANCILLINI
ADELI : 92 11 00718

VU:

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Objectif: Identifier les obstacles au suivi de l'hépatite C non traitée par les médecins généralistes parisiens, en regardant la place occupée dans leurs prescriptions par les tests non invasifs de fibrose hépatique.

Méthode: Premièrement une étude quantitative, a permis de sélectionner au hasard 480 généralistes parisiens répertoriés dans l'annuaire postal 2011. Nous avons envoyé 480 questionnaires par la poste avec chacun une enveloppe pré adressée et pré timbrée pour le retour, et nous avons obtenu 270 réponses. Ce questionnaire fermé a permis de déterminer, en fonction de l'appartenance à un réseau, le nombre de médecins généralistes prescripteurs de tests non invasifs, et de quantifier certaines des causes de non prescription de ces tests. Une deuxième étude a eu pour but d'étudier qualitativement les obstacles rencontrés par les généralistes lors du suivi des patients HVC non traités, elle a porté sur 10 médecins généralistes parisiens choisis au hasard parmi les 480 généralistes sélectionnés lors de la première étude. Un questionnaire détaillé concernant leurs stratégies de prise en charge du patient HVC non traités leur a été proposé au cours d'entretiens semi dirigés.

Résultats : La première étude montre que 80% des généralistes recevaient des patients HVC non traités, mais que seulement 25 % à 30% d'entre eux étaient prescripteurs de tests non invasifs de fibrose dans le suivi de cette pathologie. Plus de 80% des médecins non prescripteurs considéraient cet examen du ressort du spécialiste, et moins de 1% étaient limité par le coût financier de ces tests. 6% des généralistes appartenaient à un réseau, et parmi eux 66% prescrivaient des tests non invasifs, un généraliste adhérent à un réseau ayant 2,6 fois plus de chance de prescrire ces tests. La seconde étude montre que si les généralistes contrôlaient régulièrement le bilan hépatique de leurs patients, ils ne surveillaient pas la fibrose. Le principal frein au suivi de fibrose étant un sentiment de non légitimité ressenti par le généraliste dans la prise en charge de cette maladie, se traduisant par un recours systématique à l'hépatologue. L'absence de recommandation impliquant le médecin traitant dans le suivi de fibrose, le manque de formation sur ces tests non invasifs, étaient pointés comme obstacle au suivi.

Conclusion : Les généralistes parisiens ont dans leur patientèle des patients HVC non traités, majoritairement ils ne se considèrent pas compétents pour en assurer le suivi, pourtant ils reconnaissent l'intérêt d'un suivi ambulatoire de ces patients chroniques asymptomatiques.

Certains d'entre eux s'affranchissent des recommandations actuelles en prescrivant des tests non invasifs de fibrose dans l'intérêt de leurs patients. Une actualisation des recommandations, une meilleure formation, plus simple, plus explicite sur l'utilisation de tests non invasifs permettraient un meilleur suivi des patients porteur de l'HVC non traités en médecine générale.

Mots clefs : Généraliste, Hépatite C non traitée, Tests non invasifs, Fibrose, Recommandations, Suivi, FibroTest, FibroMètre.

Objective : To identify the obstacles in following hepatitis C untreated by Parisian général practitioners while observing their prescriptions through non invasive tests for hepatitis fibrosis.

Method : First of all a quantitative study permitted the chance selection of 480 Parisian generalists listed in the 2011 phone book. We sent out 480 questionnaires by mail with pre-addressed and stamped envelopes. We received 270 responses. This questionnaire, made up of closed questions, allowed us to determine, in function of belonging to a network, the number of generalist doctors prescribing non invasive tests, and to quantify certain reasons of non prescription of these tests. A second study had the objective of studying qualitatively the obstacles encountered by generalists during follow up of non treated HVC patients. This study was based on 10 Parisian generalist doctors chosen from the first study. A detailed questionnaire concerning treatment strategies for the HVC patient was proposed during semi-directed interviews.

Results : The first study showed that 80% of generalists consulted non-treated HVC patients, but that only 25% to 30% of them were prescribed for non invasive tests for the fibrosis resulting from this pathology. More than 80% of the doctors not prescribing considered this follow up exam to be in the domain of specialists and less than 1% was refrained by the cost of these tests. 6% of the generalist doctors belonged to a network and among them 66% prescribed non invasive tests. A generalist linked to a network had 2.6 times of chance to proscribe these tests. The second study showed that if the generalist regularly consulted the appraisal of their patients, they did not, however, appraise the resulting fibrosis. The primary follow up curb is based on a sentiment of non recognition followed by a systematic consultation with a hematologist. The absence of further follow up control implies that the treating doctors are not following through with non invasive testing. The lack of information and training about these tests are shown as obstacles to be studied.

Conclusion : Parisian generalist doctors have HVC non treated patients. For the most part these doctors do not consider themselves to be competent for follow up testing, yet, they recognize the need for their patients. Some of these doctors proscribe tests with specifications for non-invasive tests. These tests of fibrosis and a better recognizance of the implications will permit a better medical following of patients.

Key words : General practitioner ; non invasive tests for hepatitis fibrosis ; fibrosis ; follow-up control ; FibroTest ; FibroMètre