HAL
open science

Évaluation du dépistage de l'hépatite C en médecine générale dans le bassin annécien en 2009

Cédric Kowalik

To cite this version:

Cédric Kowalik. Évaluation du dépistage de l'hépatite C en médecine générale dans le bassin annécien en 2009. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00623100

HAL Id: dumas-00623100

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00623100v1

Submitted on 17 May 2012

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER 2010
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2010

EVALUATION DU DEPISTAGE DE L'HEPATITE C EN MEDECINE GENERALE DANS LE BASSIN ANNECIEN EN 2009

THESE
Présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine
Diplôme d'état de
Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
A la Faculté de Médecine de Grenoble
par
KOWALIK Cédric
Né le 27/04/79 à Paris XIVème

Le 29 Novembre 2010

Devant le jury composé de :
Monsieur le Professeur Vincent LEROY, président du jury
Monsieur le Professeur Patrice MORAND
Monsieur le Professeur Patrick IMBERT
Madame le Docteur Joanna POFELSKI, directeur de thèse
Monsieur le Docteur Christophe MICHON

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER 2010
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2010

EVALUATION DU DEPISTAGE DE L'HEPATITE C EN MEDECINE GENERALE DANS LE BASSIN ANNECIEN EN 2009

THESE
Présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine
Diplôme d'état de
Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
A la Faculté de Médecine de Grenoble
par
KOWALIK Cédric
Né le 27/04/79 à Paris XIVème

Le 29 Novembre 2010

Devant le jury composé de :
Monsieur le Professeur Vincent LEROY, président du jury
Monsieur le Professeur Patrice MORAND
Monsieur le Professeur Patrick IMBERT
Madame le Docteur Joanna POFELSKI, directeur de thèse
Monsieur le Docteur Christophe MICHON

EVALUATION OF HEPATITIS C SCREENING IN GENERAL MEDECINE OF THE "ANNECY POND" IN 2009

Mots clés: hépatite C - dépistage - médecine générale - facteur de risque - questionnaire

Keywords: hepatitis C – screening - general medicine - risk factors - questionnaire

PU-PH 01/09/2009

NOM	PRENOM	ADRESSE
ALBALADEJO	Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE PÔLE 2 ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE PAVILLON D POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE PÔLE 5 CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	CLINIQUE MEDECINE LEGALE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BAUDAIN	Philippe	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
BEANI	Jean-Claude	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
BENHAMOU	Pierre Yves	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE - POLE 6 DIGIDUNE
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BOLLA	Michel	CENTRE COORD. CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	CLINIQUE HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
BOSSON	Jean-Luc	DPT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES - PAVILLON D. VILLARS POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
BRAMBILLA	Elisabeth	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
BRAMBILLA	Christian	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
BRICHON	Pierre-Yves	CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
BRIX	Muriel	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CARPENTIER	Françoise	CLINIQUE URGENCE POLE 1 SAMU SMUR
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE - BATIMENT J. ROGET FAC MEDECINE POLE 14 BIOLOGIE
CHABARDES	Stephan	Clinique de Neurochirugie
CHABRE	Olivier	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
CHAFFANJON	Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE

CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CHIROSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE - FACULTE DE MEDECINE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
CINQUIN	Philippe	DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES- POLE 17 SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) - rémunération universitaire conservée
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DEBILLON	Thierry	CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE POLE 9 COUPLE/ENFANT
DEMONGEOT	Jacques	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
DYON	J.François	
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE
FAUCHERON	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
FAVROT	Marie Christine	DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
FERRETTI	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
FRANCO	Alain	CLINIQUE VIEILLISSEMENT ET HANDICAP POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	
GAUDIN	Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE
GAY	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
GIRARDET	Pierre	
GUIDICELLI	Henri	
HALIMI	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE
HOMMEL	Marc	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
JUVIN	Robert	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE - HOPITAL SUD POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
KAHANE	Philippe	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRACK	Paul	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE

LANTUEJOUL	Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PÔLE 14 BIOLOGIE
LE BAS	Jean-François	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LEBEAU	Jacques	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
LECCIA	Marie-Thérèse	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
LEROUX	Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
LETOUBLON	Christian	CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
LEVERVE	Xavier	LABORATOIRE THERAPEUTIQUE UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF BP 53X
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN- POLE 9 COUPLE/ENFANT
MACHECOURT	Jacques	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAGNE	Jean-Luc	CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE - POLE 14 BIOLOGIE - J.ROGET 4e ETAGE
MALLION	J. Michel	
MASSOT	Christian	CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
MORAND	Patrice	DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MOREL	Françoise	
MORO-SIBILOT	Denis	
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASQUIER	Basile	
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE - POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERENNOU	Dominique	SERVICE DE REEDUCATION POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE- POLE PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE - POLE 8
PIOLAT	Christian	Clinique de chirurgie infantile
PISON	Christophe	CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
PLANTAZ	Dominique	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT

POLACK	Benoît	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
RAMBEAUD	J Jacques	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
REYT	Emile	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
ROMANET	J. Paul	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SARAGAGLIA	Dominique	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE HOPITAL SUD
SCHAAL	Jean-Patrick	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
SCHMERBER	Sébastien	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SEIGNEURIN	Daniel	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
SEIGNEURIN	Jean- Marie	DPT AGENTS INFECTIEUX POLE 14 BIOLOGIE
SELE	Bernard	DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
SOTTO	Jean-Jacques	
STAHL	Jean-Paul	CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
TIMSIT	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE
VANZETTO	Gérald	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
ZARSKI	Jean-Pierre	CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE

BOLLA	Michel	Du 13/06/09 au 31/08/2012
DYON	J.François	(surnombre)
GARNIER	Philippe	(surnombre)
GIRARDET	Pierre	(surnombre)
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)
MALLION	J. Michel	(surnombre)
MOREL	Françoise	Surnombre depuis le 08/08/2008 --> 31/08/2011
PASQUIER	Basile	(surnombre)
SEIGNEURIN	Jean-Marie	Du 11/02/09 au 31/12/2012
SOTTO	Jean-Jacques	(surnombre)

MCU-PH - 01/09/2009

NOM	PRENOM	ADRESSE
BOTTARI	Serge	Département de Biologie Intégrée Pôle 14: Biologie
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Département des agents infectieux Parisitologie Mycologie Pôle 14: Biologie
BRICAULT	Ivan	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie
BRIOT	Raphaël	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Clinique de médecine Nucléaire Pôle 13: Imagerie
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie
CROIZE	Jacques	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de physiologie sommeil et exercice Pôle 12: Rééducation et physiologie
DERANSART	Colin	GIN - BATIMENT E. SAFRA Equipe 9
DETANTE	Olivier	Clinique de Neurologie
DROUET	Christian	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule Centre angiodème - Pôle 14: Biologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie - BATIMENT J. ROGET.
EYSSERIC	Hélène	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
FAURE	Anne-Karen	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
FAURE	Julien	Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
GARBAN	Frédéric	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie
GAVAZZI	Gaëtan	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine
GRAND	Sylvie	Clinique deRadiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
HOFFMANN	Pascale	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant
JACQUOT	Claude	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations
LABARERE	José	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique

LAPORTE	François	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie
LARDY	Bernard	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
LARRAT	Sylvie	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirugie réparatrice
PASQUIER	Dominique	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie
PELLETIER	Laurent	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
RENVERSEZ	J.Charles	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie
RIALLE	Vincent	Laboratoire TIMC LA TRONCHE
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie
TAMISIER	Renaud	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

REMERCIEMENTS

A M. le Professeur V. LEROY,
Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse

A M. le Professeur P. IMBERT
Pour l'honneur que vous me faites de siéger à ce jury de thèse

A M. le Professeur P. MORAND
Pour l'honneur que vous me faites de faire partie de mon jury de thèse

A Mme le Docteur J. POFELSKI
Joanna, je te remercie pour tout ce que tu as pu m'apprendre pendant mon stage d'interne.
Tu as toujours pris le soin de répondre à mes nombreuses questions malgré les impératifs de ton travail.
Merci de ton implication tout au long de cette thèse. Ton encadrement rigoureux m'a permis de me recentrer à plusieurs reprises tout au long de ce travail et ton enthousiasme m'a permis d'avancer.

A M le Docteur C. MICHON
Christophe, je te remercie pour tout ce que tu as su m'apporter. Ton humilité, ta justesse et ton respect du patient resterons pour moi un exemple à suivre.
Merci de ta confiance et de ta vision personnelle qui m'a beaucoup apporté et bien sûr merci pour ton écoute pour tous ces moments où j'ai pu te parler de ma thèse

Aux médecins qui ont accepté de participer à ma thèse et sans qui cette étude n'aura pu aboutir.
Aux épidémiologistes de l'InVS pour toutes les informations complémentaires vous m'avez fourni
A la CPAM de Haute Savoie qui m'a permis de compléter mes recherches
Au Docteur Jérôme JUND pour ton aide dans l'analyse statistique de mes données
A l'INPES pour m'avoir fourni des affiches de sensibilisations
Au CES d'Annecy pour la diffusion des résultats de ma thèse aux médecins généralistes du département

A mon grand-père, toi qui m'a tant transmis
A ma grand-mère, pour le bonheur de l'enfance que tu m'as offert
A ma mère, pour ton enthousiasme de la vie que tu m'as légué
A mon frère, que ta vie soit la plus heureuse possible
A ma petite Anne, toujours à mes côtés. Pourtant, m'entendre répéter les mêmes choses au sujet de ma thèse ces derniers mois était je pense une épreuve….La lire, la relire ; simplifier mes phrases à rallonge ponctuées de « cependant, enfin pour finir» accompagnées d'imparfait, de plus que parfait. Je crois que je peux largement te remercier.
A mes amis, compagnons depuis maintenant plus de 10 ans, passionnés de jeux de rôle, pour tous ces bons moments passés et à venir.
A mes amis savoyards et pseudo-savoyards qui se reconnaitrons pour ces voyages d'aventures dans des contrées éloignées, à trekker, à escalader, à…..faire du ski en attendant une bonne tartiflette le soir venu.
Et enfin courage à ceux qui n'ont pas encore passé leur thèse et merci de m'avoir permis de ne pas être le dernier…

ABREVIATIONS

MG : médecins généralistes
FDR : facteurs de risque
VHC : virus de l'hépatite C
VHB : virus de l'hépatite B
UD : usagers de drogue
UDIV : usager de drogue en intraveineuse
IV : intraveineuse
ANAES : Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en Santé
INPES : Institut national d'éducation et de prévention pour la santé
ANRS/ Agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites virales
ATCD : antécédents
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CMU : couverture maladie universelle
BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
Rena-VHC : réseau national des laboratoires d'analyse médicale du virus de l'hépatite C

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 13

PARTIE I : EPIDEMIOLOGIE DE L'HEPATITE C.....15

A Prévalence.....16
B Incidence..... 18
C Différentes situations à risque d'hépatite C.....18
D Dépistage de l'hépatite C en France en médecine générale au travers de différentes études.....19

PARTIE II : EVALUATION DU DEPISTAGE DE L'HEPATITE C PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN ANNECIEN EN 2009..... 24

A Résumé.....25
B Patients et méthodes......29
C Résultats.....31
D Discussion.....40
E Conclusion.....44

BIBLIOGRAPHIE.....47

ANNEXES.....50

INTRODUCTION

Depuis la découverte du virus de l'hépatite C en 1989, la mise au point de tests diagnostiques et plusieurs campagnes d'incitation au dépistage, un nombre croissant de personnes ont pu être dépistées et prises en charge.

La dernière étude nationale de prévalence de l'hépatite C en 2004 a permis d'estimer que 0,84% de la population française était infectée par le VHC soit environ 367 000 personnes.

Le pic de l'épidémie virale C est maintenant passé et la proportion de sujets connaissant leur statut sérologique a doublé ces 10 dernières années. Malgré tout il reste environ 50 % de sujets VHC + qui s'ignorent. Ces personnes ainsi que celles nouvellement contaminées constituent donc le « réservoir » de sujets à dépister.

L'hépatite C passe la plupart du temps inaperçue dans sa phase initiale, se chronicise dans 80 % des cas et reste asymptomatique pendant de nombreuses années avant l'apparition de complications telles que la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.
Les hépatogastroentérologues sont le plus souvent amenés à diagnostiquer des hépatites C devant des anomalies clinico-biologiques. Hors pour faire face à ce problème de santé publique, il est primordial de dépister les sujets VHC + encore asymptomatiques après une exposition à une situation à risque. Le rôle du médecin généraliste est dès lors essentiel.

Afin d'évaluer ce dépistage sur un plan local, à savoir le bassin annécien, une enquête de pratique professionnelle a été réalisée évaluant la fréquence à laquelle un médecin généraliste propose un dépistage de l'hépatite C à un patient présentant un ou plusieurs des facteurs de risque reconnus par l'ANAES et l'INPES.

Dans un premier temps, nous étudierons l'épidémiologie de l'hépatite C et dans un second les résultats de cette étude.

PARTIE I : EPIDEMIOLOGIE DE L'HEPATITE C

Le virus de l'hépatite C a été mis en évidence par l'équipe de Michael Houghton en 1989. Des tests sérologiques ont alors été mis en place à partir de 1990 permettant le dépistage de l'hépatite C.

A . PREVALENCE

❖ *Données générales :*

On estime qu'environ 3% de la population mondiale, soit environ 170 millions d'individus, sont infectés par le VHC (1).

En France, l'enquête nationale de séroprévalence de 1994 avait estimé la prévalence en France à 1,1% soit 500 000 individus infectés (3).

Depuis 1997, 3 plans de lutte contre l'hépatite C ont été développés par la Direction Générale de la Santé concernant la prévention primaire (nouvelles infections), secondaire (le dépistage), tertiaire (traitement) et la recherche clinique. Les actions suivantes ont pu être réalisées:

- stratégies de réduction des risques avec en particulier diffusion de kits « stéribox » en direction des usagers de drogue intra veineux (UDIV)
- recommandations pour la stérilisation de matériel médical réutilisable et recours au matériel à usage unique
- campagne d'information auprès de la communauté médicale et du grand public: journaux, radio, numéro gratuit d'information (« hépatite info service »)
- extension des missions des CIDAG au dépistage de l'hépatite C
- création de pôle de référence et de réseaux ville-hôpital
- élargissement du programme de l'Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS) aux hépatites
- Conférence de consensus sur le traitement de l'hépatite C en 2002

Suite à ces différentes actions une nouvelle étude nationale de prévalence de la population française métropolitaine a été réalisée en 2003-2004(3). Cette enquête réalisée auprès d'assurés sociaux du régime général a permis d'estimer la prévalence des anticorps anti VHC à 0,84% de la population âgée de 18 à 80 ans ce qui correspond à 367 000 personnes. Cette prévalence est légèrement inférieure à celle de 1994 estimé à 1,1%.

La prévalence de l'infection chronique par le virus (PCR VHC+) a quand a elle été estimée à 0,53% soit 220 000 personnes avec un passage à la chronicité dans 65% des cas.

❖ *Prévalence selon la situation à risque (4)* :

La prévalence de l'hépatite C varie de façon importante selon la situation à risque :

- personnes UDIV : 55%
- personnes infectées par le VIH : 28%

- usagers de drogue par voie nasale : 9%
- personnes ayant été incarcérées même une fois dans leur vie: 7%
- personnes transfusées avant 1992: 3,6%

❖ ***Prévalence selon l'âge et le sexe (4) :***

Alors qu'en 1994 la prévalence paraissait équivalente selon l'âge, en 2004 on observe une nette différence entre les 40-49 ans et les 20-29 ans ayant respectivement une prévalence de 2,3% et de 0,08%. Cette évolution de la distribution en fonction de l'âge peut suggérer que l'incidence du VHC a diminué ces 10 dernières années.

La prévalence selon le sexe en 2004 est supérieure chez les femmes comparativement aux hommes (1,02 vs 0,66%). Mais en tenant compte à la fois de l'âge et du sexe on se rend compte que chez les 20/40 ans les hommes sont majoritaires, probablement en raison de la fréquence plus élevée de la toxicomanie chez l'homme jeune. Alors qu'après 50 ans, la prévalence est plus élevée chez les femmes. Ceci pouvant être lié à des transfusions plus fréquentes (accouchement) et/ou une mortalité masculine plus élevée.

❖ ***Prévalence selon la précarité sociale (4) :***

Chez les bénéficiaires de la CMUc (couverture maladie universelle complémentaire) la prévalence de l'hépatite C est 3 fois supérieure à celle des non bénéficiaires (2,5% vs 0,65). Certes les bénéficiaires sont plus exposés à différentes situations à risques : drogue nasale 5,2% vs 2,1%, épisode incarcération 4,7% vs1%, tatouage et piercing 2,3% vs1,1%. Cependant en analyse multi variée, ce facteur reste indépendamment associé à l'hépatite C après ajustement selon l'âge et le sexe avec un odd ratio de 2.

❖ ***Prévalence selon le continent de naissance (2) :***

La prévalence du VHC est très variable d'un continent à l'autre. Son estimation par pays réalisée en 97 par l'OMS reste contestable sur la validité de ces données, mais elle nous permet au moins de se faire une idée de la disparité à l'échelle mondiale de la séroprévalence C.

Prévalence Hépatite C dans le monde :

- Europe 1%
- Amériques 1,7%
- Asie 2,15%
- Méditerranée Orientale 4,6%
- Afrique 5,3%- >10 %
- Certains pays d'Afrique noires >10%. Egypte 18 %

L'enquête française de séroprévalence a retrouvé la même tendance selon le continent de naissance (4)

En Europe il existe un gradient de prévalence dans le sens Nord -Sud et Ouest-Est.

En Afrique sub-saharienne la prévalence des anticorps anti VHC chez les personnes nées dans cette région est estimée à 3%.

Contrairement aux autres pays africains la prévalence des personnes originaires du Maghreb est faible voire modérée.

B. INCIDENCE

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 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 (80 à 100 000) et la proportion de sujets indemnes (30 à 40 %) on estime que 2700 à 4400 nouvelles infections par le VHC surviennent par an en France (5).

C. LES DIFFERENTES SITUATIONS A RISQUE D'HEPATITE C

La transmission de l'hépatite C est essentiellement parentérale et résulte de la mise en contact direct du sang d'un sujet indemne avec le sang d'un sujet contaminé. Les FDR des patients dépistés récemment par les pôles de référence entre 2000 et 2007 est résumé dans le tableau ci-dessous (6):

Tableau 1: Caractéristique épidémiologiques par sexe et par âge des patients "dépistés récents"

	HOMME		FEMME	
Exposition à risque %	**<50 ans**	**>50 ans**	**<50 ans**	**>50 ans**
transfusion	12	24	16	46
Drogue IV	41	23	24	4
Drogue nasale	16	3	12	1
Exposition professionnelle*	0,6	2,3	2,3	3,8
Exposition nosocomiale**	9	15	14	21
Autre exposition***	21	21	31	15
Aucune exposition retrouvée	17	25	26	26

Exposition professionnelle*: accidents d'exposition professionnels
Exposition nosocomiale**: Hémodialyse, endoscopie, transmission nosocomiale autres que par transfusion de produits sanguins.
Autre exposition*** : tatouage, piercing, acupuncture, mésothérapie, patient originaire zone endémie, soins à l'étranger, entourage patient VHC +....

D. DEPISTAGE DE L'HEPATITE C EN FRANCE EN MEDECINE GENERALE AU TRAVERS DE DIFFERENTES ETUDES

❖ BEH 2009: Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives (6)

Dans le contexte de premier plan de lutte contre l'hépatite C, l'InVS a mis en place en 2000 une surveillance de l'hépatite C par un réseau national de laboratoires publics et privés appelé « Rena-VHC » et par les pôles de référence.

Entre 2000 et 2005, l'activité sérologique globale en France estimée à partir de ce réseau a augmenté de 45% atteignant en 2005 un nombre total de sérologies prescrites estimé à 5,5 millions. Cette hausse d'activité est probablement liée en partie aux différentes campagnes de dépistage et d'information menées entre 2000 et 2005. Elle est surtout visible dans les laboratoires privés avec une hausse de 90% en 5 ans.

Cependant, l'indicateur de positivité (ratio du nombre de contrôle positif et du nombre total de test VHC) a diminué passant de 1,3% à 0,6% témoignant d'un dépistage moins ciblé et désormais inférieur à la prévalence de l'hépatite C en France.

Entre 2001 et 2007, la proportion de patients découverts fortuitement à l'occasion d'un bilan de santé systématique a augmenté de 46 à 56,8 % et ce malgré l'existence d'une exposition à risque dans près de 78% des cas. La seconde circonstance de découverte est le dépistage sur facteur de risque chez les moins de 50 ans et la démarche diagnostique sur anomalies clinico-biologiques chez les plus de 50 ans. Ces données présentent toutefois des limites. Le réseau Rena-VHC manque de représentativité pour les laboratoires privés contrairement aux laboratoires publics. De même, les caractéristiques des patients VHC + découverts récemment au sein des pôles de références ne peuvent être extrapolées à tous les « dépistés récents ». Ce réseau permet cependant de suivre une tendance en terme de dépistage.

❖ Enquête de pratique en médecine générale sur le dépistage de l'hépatite C dans les Alpes maritimes et l'est du Var 2003 (7)

Plus de 200 MG, tous membres d'association de formation continue, ont répondu à des questionnaires évaluant leurs connaissances de l'hépatite C, un mois après entretien portant sur le sujet. 88% ont répondu prescrire une sérologie lors d'ATCD de transfusion avant 1991, 94% en cas d'ATCD de toxicomanie IV, 35% lors d'une toxicomanie per nasale et 46% en présence d'un ATCD d'incarcération. Cette étude souligne le manque de connaissance de certaines situations à risque : drogue en sniff et ATCD d'incarcération. Cependant, ce type d'enquête assez fréquente

sur le dépistage de l'hépatite C évalue plutôt la connaissance théorique des MG sur les FDR du VHC que véritablement le dépistage qu'ils réalisent en cabinet.

- **Pratique et attente des MG en matière d'hépatite C dans la région d'Auvergne 2003 (8)**

250 MG ont été questionnés via courrier puis téléphone sur leur pratique du dépistage de l'hépatite C.

Ils ont répondu prescrire un test de dépistage à leur patient dans 91% des cas devant un ATCD de transfusion, 87% pour la toxicomanie, 92 % lors de perturbation du bilan hépatique et 68% en cas d'hépatite C chez un membre de leur entourage.

Comme mentionné précédemment, cette étude évalue plutôt la connaissance théorique des MG sur les indications de dépistage que leur véritable pratique.

- **Dépistage des malades à risque d'hépatite C en médecine générale dans le Val de Marne et les Hauts de Seine 1999 (9)**

Enquête prospective de 58 MG ayant interrogé systématiquement pendant 2 semaines tous les patients consultant à leur cabinet sur leurs ATCD de transfusion et de toxicomanie IV. Plus de 8000 patients furent inclus dans l'étude. 76% des toxicomanes IV avaient déjà été dépistés et seulement 19% des patients transfusés avant 1991. Une sérologie C a alors été proposée à tous les patients à risque non dépistés antérieurement.

Au total, malgré un sous dépistage avec seulement 19% des transfusés dépistés, 70% des hépatites C post transfusionnelles étaient déjà connues avant l'étude. Probablement car la prescription de sérologie C avaient pu alors être motivé par d'autres arguments que l'ATCD transfusionnel tels que des anomalies clinico-biologiques permettant de cibler parmi les transfusés les patients VHC +.

En ce qui concerne les UDIV VHC +, l'étude retrouve que 94 % étaient déjà connus avant le dépistage systématique cependant on ne peut tirer de conclusion de ce résultat car seulement la moitié des patients ont réalisé lors de l'étude le test prescrit.

- **Stratégie de dépistage de l'hépatite C en médecine générale Besançon 2000 (10)**

Comparaison de 2 stratégies de dépistage entre 2 groupes de MG pendant 15 mois.

Les 90 MG du groupe 1 initiaient eux même le dépistage en présence de FDR.

Les 94 MG du groupe 2 étaient aidés par des affiches et dépliants de sensibilisation dans leurs salles d'attente.

Les MG ont prescrit en moyenne au cours de ces 15 mois et dans les 2 groupes sans différances significative seulement 3 sérologies VHC avec un taux de positivité de 5%. Le faible nombre de sérologies prescrites suggère une absence d'exhaustivité dans la recherche des

situations à risque et l'absence d'impact des affiches de sensibilisation en salle d'attente.

L'enquête conclue en la nécessité d'autres types d'actions pour améliorer le dépistage.

- **Facteurs associés à la proposition de dépistage de l'hépatite C en MG. PACA 2002 (11)**

301 MG de la région PACA sélectionnés aléatoirement ont été interrogés sur leur pratique du dépistage.

9% des MG ont répondu ne jamais ou rarement proposer de test de dépistage en cas ATCD de toxicomanie IV, 39% en cas d' ATCD de toxicomanie per nasale, 17% en cas de transfusion avant 1991, 20% aux patients VIH +, 14% à ceux VHB +, 74% en cas d' ATCD d'endoscopie avant 1997, 16% aux conjoint de patients VHC+.

Les facteurs associés à la non-prescription de sérologie VHC sont :

-l'absence de suivi de toxicomanes
-la mauvaise connaissance du VHC
-l'absence de prescription de sérologie VIH
-la crainte d'une « pénalité » en proposant au patient une sérologie C

Caractéristiques des MG prescrivant moins de sérologies VHC :

-âge> 40 ans
-activité < 20 consultations/j
-pratique de l'acupuncture

L'étude conclue sur la nécessité de renforcer le dépistage et l'identification des FDR de la maladie, et de ne pas stigmatiser l'infection par l'hepatite C uniquement aux patients (ex) toxicomanes.

- **Thèse Judith Fisher Nancy 2007 : Le dépistage de l'hépatite C en médecine générale, une tentative d'évaluation (12)**

Audit médical évaluant la pratique du dépistage de 18 MG lorrains selon les situations à risque reconnues par l'ANAES. Les MG devaient inclure les 15 premiers patients à risque sur une période maximum de 3 mois. Ils indiquaient alors sur un questionnaire le FDR en question, si une sérologie antérieure avait ou non été prescrite et son résultat éventuel.

Résultats: 237 patients inclus. 61,2% des patients avec FDR avaient bénéficié d'un dépistage.

Parmi eux 25,5% avaient une sérologie VHC positive. 84% des UDIV ou en sniff avaient été dépistés, 37% des transfusés et 21% des patients tatoués et/ou percés.

Cette étude retrouve un dépistage assez élevé supérieur à 60% en présence de FDR.

Cependant, près de la moitié des MG appartenaient à des réseaux VHC. D'où une surestimation probable du dépistage comparativement à celle de MG « tout venant », ainsi qu'un biais de sélection de la population de l'étude. Pour exemple, parmi les patients inclus avec FDR, il y avait 3 fois plus de personnes toxicomanes que de gens tatoués ou piercés.

- **Thèse Anne Renault 2008: Enquête rétrospective sur la pratique du dépistage par les MG Charentais. (13)**

304 MG de Charentes ont été interrogés par lettre sur leur pratique du dépistage du VHC. 57 % ont participés.

61% des MG ont déclaré rechercher lors de l'interrogatoire de leurs patients une transfusion avant 92, 57% une toxicomanie, 48% un tatouage, 37% un entourage VHC +, 21% des soins à l'étranger, 16% un ATCD d'incarcération, 14% si leur mère était porteuse du VHC.

Cependant cette enquête évalue elle aussi plutôt l'état des connaissances des MG que l'application de ces dernières dans leur pratique.

Il paraît en effet peu probable que 37 % des MG demandent systématiquement lors de la recherche des ATCD de leurs patient si un membre de leur entourage est VHC +.

Deuxième enquête prospective sur 2 semaines évaluant l'impact d'un dépistage exhaustif des patients avec FDR consultant les MG sur une période de 6 semaines. Participation de seulement 5 % des MG probablement devant la lourde charge de travail représentée par l'étude.

38 % des patients soit 1800 furent interrogés sur leur éventuels FDR.

11% avaient au moins 1 FDR et n'avaient pas été dépistés.

Suite à l'étude 317 sérologies furent prescrites et 1 hépatite ancienne guérie fut découverte ainsi qu'un faux positif.

D'une part cette faible participation fait poser la question de la faisabilité d'un dépistage exhaustif en médecine ambulatoire.

D'autre part le dépistage exhaustif n'a permis que de découvrir 1 seule hépatite C soit un taux de 0,31% de sérologie positive parmi des patients avec FDR. Ce taux est inférieur à la prévalence nationale de l'hépatite C alors qu'il s'agissait ici d'un dépistage uniquement de patients dits « à risque ». Ce faible rendement a des limites d'interprétation devant le faible nombre de médecins ayant participé.

- **Dépistage de l'hépatite C en médecine générale Etude GYMKHANA 1 2005 (14)**

Enquête d'évaluation rétrospective menée par 80 MG. Inclusion de la totalité des adultes vus en consultation pendant 1 semaine ayant répondu à des questionnaires « patients » en salle d'attente.

Environ 4400 questionnaires furent récupérés.

85 % des patients avaient au moins 1 FDR parmi ceux retenu dans cette étude, et 31% avaient déjà été dépistés.

Sur les 1134 patient ayant bénéficié d'un test de dépistage, 264 soit 26% était VHC+.

Les FDR majeurs étaient la transfusion avant 1992, l'UDIV ou en sniff, l'infection par le VIH, l'hémodialyse et l'hémophilie.

Les FDR mineurs étaient : ATCD de fibroscopie, soins médicaux en Asie du Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud, ATCD de tatouage, piercing, mésothérapie ou d'acupuncture, partenaire sexuel VHC+, entourage proche VHC+, ATCD d'incarcération, professionnel de santé.

En considérant à risque, seulement les personnes ayant un FDR majeur ou au moins 2 FDR mineurs le pourcentage de patient dépisté remontait mais seulement à 40%.

Chez les patients à risque non dépistés, le médecin a justifié la non prescription du test dans 71% des cas par une non-connaissance de l'ATCD d'exposition de leur patient à une situation à

risque et/ou une non- identification du FDR en tant que tel.

Les patients avec FDR n'avaient pas réalisé le test prescrit dans 5,9% des cas (67/1138).

Le fait que 69% des patients avec FDR n'aient pas bénéficié de dépistage est à interpréter avec circonspection. Certains facteurs de risque retenus dans l'étude sont très discutables en particulier le fait d'avoir les lobes d'oreilles percées représentant plus de la moitié de la population étudiée.

En considérant à risque, seulement les personnes ayant un FDR majeur ou au moins 2 FDR mineurs le pourcentage de patient dépisté remontait mais seulement à 40%.

Les MG ayant participé à cette étude faisaient tous partis du GERVIH (groupe d'étude ville hôpital travaillant sur VIH VHB et VHC) et ne sont donc pas représentatifs de la moyenne des MG français. Ainsi, parmi leur patientèle 7% des patients étaient VIH +, 7,2% UDIV et 12,1% UD en sniff. De même, 6% de leur patientèle était VHC+ ce qui est bien supérieur à la prévalence nationale de l'hépatite C.

En ce qui concerne les freins au dépistage, l'étude ne différenciait pas la non-connaissance de l'ATCD de FDR de leur patient et la non-identification du FDR en tant que tel.

PARTIE II : EVALUATION DU DEPISTAGE DE L'HEPATITE C EN MEDECINE GENERALE DANS BASSIN ANNECIEN EN 2009

A. RESUME:

❖ Objectif principal:

Établir un état des lieux du dépistage de l'hépatite C par les médecins généralistes du bassin annécien en 2009 selon les facteurs de risque reconnus par l'ANAES et l'INPES.

❖ Objectifs secondaires:

Déterminer s'il existe des obstacles au dépistage des patients présentant des FDR d'hépatite C et le cas échéant les identifier.

Établir la prévalence des situations à risque dans la patientèle des médecins généralistes imposant un dépistage de l'hépatite C selon les recommandations actuelles.

Impact d'un questionnaire patient/médecin (annexe 1) sur le dépistage de l'hépatite C en médecine générale :

-patients « à risque » dépistés après enquête et découverte éventuelle d'hépatite C

-évolution de l'activité sérologique des MG avant et après l'étude

❖ Méthode:

Une étude rétrospective d'évaluation du dépistage de l'hépatite C en médecine générale a été menée sur une période d'un mois du 02 Juin au 02 Juillet 2009 selon les principes de l'audit clinique de l'ANAES (15). Elle a été réalisée à partir d'auto-questionnaires patient/médecin placés en salle d'attente accompagnés d'une affiche de sensibilisation de l'INPES (annexe 2). L'impact du questionnaire sur la prescription de sérologies VHC a été évalué de manière prospective.

27 médecins généralistes ont participés à l'enquête et 453 questionnaires ont pu être recueillis Les généralistes ont été tirés au sort aléatoirement sans sélection sur des critères d'appartenance à des réseaux VHC. Durant cette étude, la totalité des adultes ayant rempli un auto-questionnaire en salle d'attente ont été inclus. Ces questionnaires avait pour but de détecter les patients ayant pu être exposé à une des situations à risque d'hépatite C. En cas de non dépistage d'un patient à risque, différentes questions en recherchaient les obstacles.

❖ Résultats :

30,2% des patients avait été exposés à une ou plusieurs situations à risque. Un test de dépistage avait été prescrit à 34 % des patients dits « à risque ».

Ce sous dépistage est principalement observé chez les patients avec certains FDR dits « nouveaux » (tatouage, piercing, drogue en sniff, soins médicaux en pays forte endémie, etc….)

mais est aussi retrouvé avec les FDR dits « historiques»: seulement 42,6% des patients transfusés avant 1992 et 57,4% des patients ayant utilisé des drogues en IV avaient été dépistés.

Un obstacle « médical » au dépistage a pu être identifié dans 70,4% des cas. Il s'agissait dans 53,4 % des cas d'une non-connaissance de la part du MG d'une exposition de son patient à un des FDR. La méconnaissance par les MG des FDR d'hépatite C était quant à elle à l'origine d'un sous dépistage dans 20,4% des cas, en particulier pour les FDR dits «nouveaux » : drogue en sniff, soins sans matériel à usage unique, entourage VHC+.

Un obstacle de la part du patient avec non réalisation de sérologie antérieurement prescrite n'est retrouvé que dans 3 % des cas.

Suite à cette étude, les MG ont prescrit 68 sérologies C et dans 94% des cas à des patients avec FDR. Ceci permettant un dépistage global de 82,1% des patients à risque avec découverte de 2 hépatites C soit 4,41% de sérologies positives.

8 mois après cette étude, l'activité sérologique globale des MG a augmenté de plus de 50 %.

❖ Conclusion :

Cette étude réalisée en 2009 dans le bassin annécien avec la patientèle de MG « tout venant» retrouve un sous dépistage de l'hépatite C en présence de facteurs de risque évalué à 34,3%.

Les principaux obstacles au dépistage sont la non-connaissance par le MG de l'ATCD d'exposition de son patient à une situation à risque d'hépatite C et la méconnaissance de certains FDR d'hépatite C en tant que tel. La non-réalisation par le patient d'une sérologie prescrite semble un obstacle mineur au dépistage et le retard de dépistage devant différents problèmes sociaux ou psychologiques du patient n'a pas été constaté.

EVALUATION OF HEPATITIS C SCREENING IN GENERAL MEDICINE OF THE "ANNECY POND" IN 2009

SUMMARY:

Main objective:

Establish an inventory of hepatitis C's screening by the general practitioners of the "Annecy pond" in 2009 according to the risk factors recognized by the ANAES and the INPES.

Secondary objectives:

Determine if there are obstacles to the screening of patients presenting hepatitis C's risk factors and identify them. Establish prevalency of risk situations in the patienthood of general practitioners imposing an hepatitis C screening according to the current recommendation

Impact of a questionnaire patient /doctor on the hepatitis C screening in general medicine:

- "at risk " patients detected after the investigation and discovery of hepatitis C
- evolution of the serological activity of general practioners before and after the study

Method:

A retrospective study of hepatitis C's screening in general medicine was led over a one month period in June 2009 according to the principles of the clinical"Audit of the ANAES. It was realized from auto-questionnaires patient/doctor placed in the waiting room. The impact of questionnaires was estimated in a prospective way.

27 general practitioners participated in the survey and 453 questionnaires were collected. Doctors were randomly drawn lots without selection on criteria of membership in networks VHC. During this study, all of the adults who had filled up questionnaire in the waiting room were included. The questionnaire's aim was to detect patients who had been exposed to one of the risk situation of hepatitis C. A questionnaire to the patient and to the doctor looked for the obstacles to the prescription of a serology C in the presence of risks factors.

Results:

30, 2 % of the patients had been exposed to one of the risk situations. A screening test had been prescribed to 34 % of the patients «at risk ". When a serology VHC had been prescribed, in about 50 % of the cases the patient presented no risk factors.

This under screening was mainly observed at the patient's with certain "new risks factors" (tattoo, piercing, sniff drug, medical care in country strong endemic, etc..) but is also

found with "history risks factors": only 42,6 % of the patients instilled before 1992 and 57,4 % of the patients had used intra venous drugs.

A “medical obstacle» to the screening was identified in 70, 4 % of the cases. It was in 53, 4 % of the cases a non-knowledge by the general practitioner of an exposure risk of his patient in particular with "history risk factors»: transfusion, intravenous drug. A misunderstanding by the practitioner of certain risk factor was responsible of an under screening in 20,4 % of the cases, in particular for the "new risks factors : drug sniff, care without single-use material, circle of patient VHC +.

An obstacle of the patient who had not realized the serology prescribed was found in 3% of the cases

After this study, the practitioners had prescribed 68 serology C and in 94 % of the cases, it was to patients who had risks factors. So, 82, 1 % of the risks patients were screened and we have discovered 2 hepatitis C.

8 months after this study the serological activity of the doctors increased by more than 50 %.

Conclusion:

This study carried out in 2009 in the “Annecy pond” with patients of general practitioners finds a under screening of hepatitis C in the presence of risk factors estimated at 34,3 %.

The main obstacles to the screening are the non-knowledge by doctors of a past history of risk exposure of his patient and the misunderstanding of certain risk factors of hepatitis C. The non-realization by the patient of a prescribed serology seems a minor obstacle. The screening delay because of social or psychological problems of the patient was not noticed.

B . PATIENTS ET METHODES

Sur un plan local, à savoir le bassin annécien, nous avons établi un état des lieux sur la pratique du dépistage de l'hépatite C par les MG en 2009.
Cette étude s'est déroulée du 02 juin au 02 juillet 2009.
Pour cela, une enquête d'évaluation rétrospective a été menée à partir d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes de ce bassin de population.

❖ *Les données de références*

Cette étude s'est inspirée des recommandations de l'ANAES sur l'Audit clinique. La pratique de référence que nous avons choisi d'évaluer était: « tout médecin doit rechercher chez tous ses patients l'existence d'un facteur de risque d'infection par le VHC et, en cas d'identification de l'un d'entre eux, doit proposer un test de dépistage de cette infection ».
Les FDR retenus sont ceux de l'ANAES de 2001 (16) et de l'INPES de 2007 (17) à savoir :

- Transfusion avant 1992 ainsi que lorsqu'elle est suspectée devant des soins médicaux avant cette date tels qu'une intervention chirurgicale lourde, un séjour en réanimation, un accouchement difficile, une hémorragie digestive, des soins à la naissance en néonatalogie, etc….
- Usage de drogue par voie IV ou en sniff même une fois dans sa vie.
- Endoscopie avant 1997.
- Soins sans utilisation de matériel à usage unique : tatouage, piercing, acupuncture, mésothérapie.
- Soins médicaux en pays de moyenne à forte endémie d'hépatite C : Asie sud Est, Moyen Orient, Afrique, Amérique Sud.
- Membre de l'entourage proche VHC +.
- Partenaire sexuel VHC +.
- Enfant né de mère séropositive pour le VHC.
- VIH +.
- ATCD d'incarcération.
- Hémodialyse.
- Hémophilie.

❖ *Critères d'inclusion des MG*

Contrairement à de nombreuses études (7, 12,14), les MG participants n'ont pas été sélectionnés pour leur appartenance à divers réseaux VIH/Hépatites/ville-hôpital mais tirés au sort parmi les 229 répertoriés dans les pages jaunes et exerçant en cabinet dans le bassin annécien. A noter que les MG homéopathes, acupuncteurs ou mésothérapeutes ont été inclus dans l'étude.
Ainsi 55 MG furent tirés au sort.

Après appel téléphoniques de ces 55 médecins et description des modalités et objectifs de l'étude, 19 ont accepté de participer.

Au cours de l'étude 8 MG supplémentaires travaillant dans le même cabinet médical ont été

inclus soit un total de 27 MG.

❖ ***Critères d'inclusion des patients***

Chaque adulte remplissant le questionnaire en salle d'attente était inclus dans l'étude. Étaient exclus, les mineurs, les patients vus en visite, et ceux consultants pour des situations d'urgence médicale.

❖ ***Protocole de l'étude***

L'étude s'est déroulée pendant 1 mois du 02 juin 2009 au 02 juillet 2009 au cours duquel des auto-questionnaires anonymes patient/médecin étaient disposés dans des présentoirs en salle d'attente.

Le recto des questionnaires était à destination des patients et le verso à destination des médecins. Ces questionnaires comportaient en intitulé quelques lignes d'explications sur l'hépatite C, sa potentielle gravité et donc l'intérêt de son dépistage. Il était de plus précisé l'existence d'un traitement de cette infection et la gratuité du test de dépistage. Les questionnaires étaient disposés dans un présentoir afin d'améliorer leur visibilité. Sur ce dernier, un bandeau expliquait que cette enquête était le travail de thèse d'un interne de médecine générale auquel participait leur médecin traitant.

Des affiches de sensibilisation de l'INPES (annexe 2) étaient présentes en salle d'attente pendant la durée de l'enquête.

Les questionnaires comportaient une liste des différentes situations à risque d'exposition au VHC reconnues par l'ANAES et l'INPES (annexe 1). Chaque patient cochait alors si oui ou non il y avait été exposé afin de détecter ceux dit « à risque ».

En cas de non réalisation de la sérologie prescrite, différentes questions étudiaient les obstacles au dépistage au niveau du patient. Le patient donnait ensuite le questionnaire à son MG au moment de la consultation. La partie verso lui était destinée. Si aucun facteur de risque n'était retrouvé, on lui demandait si une sérologie VHC avait déjà été prescrite et auquel cas son résultat (positif, négatif, non disponible). Si au moins un facteur de risque était retrouvé, la même question lui était posée. En cas de facteur de risque et en l'absence de test prescrit, différentes questions étudiaient les obstacles au dépistage au niveau médical. Il était demandé au médecin s'il allait prescrire une sérologie VHC.

Trois mois après l'enquête, chaque MG a été rappelé afin de savoir si des hépatites C avaient pu être découvertes via cette étude.

L'activité sérologique de ces MG avant enquête et 8 mois plus tard a été comparée à partir des données de la CPAM.

Un résumé de l'étude et ses principaux résultats sera envoyé aux MG du département au cours de l'année 2011, conjointement aux sérologies C de leurs patients prescrites par les Centres d'Examen de Santé.

C. RESULTATS

❖ *Statistiques générales*

➢ Taux de participation

Après entretien téléphonique 19 MG sur les 55 appelés ont accepté de participer à l'étude soit un taux de participation de 34,5%.

Motif de non-participation des 36 autres médecins (65.5%) :

- n'avaient « pas le temps » : 13
- n'ont pas donné suite via le téléphone ou le mail comme convenu initialement : 9
- ne s'intéresse pas au VHC : 6
- non joignables : 3
- pas d'hépatite C dans sa patientèle : 2
- hépatite C soignée par homéopathie : 1
- en vacances pendant la période de l'enquête : 2

Parmi les 19 médecins généralistes tirés au sort, 8 de leurs confrères travaillant dans le même cabinet ont été inclus portant le total de MG mobilisés pour cette enquête à 27.

➢ Nombre de questionnaires

Au terme de l'enquête **453** questionnaires patient/médecin ont été recueillis.
11 d'entre eux soit **2,6%** n'avaient que la partie « patient » du questionnaire remplie car ils n'avaient pas été donnés au MG au moment de la consultation.
2 questionnaires remplis par des mineurs ont été exclus.

Au cours des premières et deuxièmes quinzaines de l'étude respectivement 253 et 200 questionnaires ont été récupérés. Soit une diminution de 21% de participation lors de la deuxième quinzaine. Ce résultat est expliqué en grande partie par une diminution importante du nombre de questionnaires remplis dans un cabinet suite au changement de secrétaire pendant la deuxième quinzaine (53 questionnaires de moins dans ce cabinet lors de la 2eme quinzaine)
Nombre de questionnaire moyen par MG : 18,12
Nombre de questionnaire moyen par MG avec secrétaire: 21,2
Nombre de questionnaire moyen par MG sans secrétaire: 13,75

➢ Caractéristique des 27 MG ayant participé à l'enquête

Les 27 MG de notre panel :
- âge moyen 45 ans. 38% de femmes.
- 3 MG exerçant seul/24 en groupe

Les MG de Haute Savoie (18):
- âge moyen 51 ans. 31 % de femmes

- répartition des MG exerçant seul ou en groupe non obtenue.

- **Caractéristiques des patients de l'étude**

L'âge moyen des patients est de 43,8 ans (extrêmes 16 et 85 ans). 66 % sont des femmes et 34% des hommes soit un sexe ratio de 1,9 femmes pour 1 homme.

- **Taux de remplissage des questionnaires en salle attente**

Non évalué dans cette étude. Mais même s'il n'a pas été évalué, il peut être considéré comme faible. En effet sur une durée d'un mois de consultation, seulement 18 patients par MG ont participé à l'enquête.

- ***Répartition des facteurs de risques***

Parmi les patients ayant rempli un questionnaire, 30,2% (137/453) ont répondu avoir été exposés à au moins 1 facteur de risque d'hépatite C.

Tableau 2: Proportion de patients avec facteur de risque (n=453)

Au moins 1 FDR	**30,2% (137 /453)**
1 FDR	**21,6%**
2 FDR	**6,4%**
3 FDR	**1,5%**
4 FDR	**0,7%**

Concernant la répartition des situations à risque, 10,4% des patients ont répondu avoir été transfusé avant 1992 ou ayant pu l'être et 3,1% avoir utilisé de la drogue en injection ou en sniff au cours de leur vie.

Tableau 3: Répartitions des situations à risque parmi l'ensemble des patients (n=453)

Transfusion avant 92	**10,4 % (47 / 453)**
Drogue IV et nasal	**3,1% (14 / 453)**
Soins avec matériel non à usage unique **-Piercing** **-Tatouage** **-Acupuncture** **-Mésothérapie**	**10,8% (49/ 453)** **2,6% (12 / 453)** **2,9% (13 / 453)** **5,3% (24 / 453)** **2,9% (13 / 453)**
Endoscopie avant 97	**6% (27 / 453)**
Entourage VHC +	**4,2% (19/ 453)**
Soins médicaux en zone de forte endémie	**3,5% (16 / 453)**
Partenaire sexuel VHC+	**0,7% (3 / 453)**
Hémophile	**0,2% (1 / 453)**
Patient VIH +	**0%**
Mère VHC +	**0%**
ATCD d'incarcération	**0%**
Hémodialyse	**0%**

❖ ***Dépistage de l'hépatite C***

➢ **Réalisation du dépistage**

- ***Parmi les patients à risque :***

Parmi les 134 patients ayant au moins 1 FDR et pour lesquels un questionnaire médecin a été complété, un test de dépistage avait été prescrit à **34,3%** d'entre eux (46/134).

A noter que 3 patients avec FDR n'avaient pas la partie médecin de leur questionnaire remplie et n'ont donc pas été pris en compte dans les résultats portant sur le dépistage (137-3=134).

De plus, les sérologies ont été considérées comme prescrites qu'à partir du moment où le MG l'affirmait dans sa partie. Nous n'avons donc pas considéré dans ce calcul des sérologies prescrites selon le patient alors que le MG affirmait le contraire.

- ***Parmi l'ensemble des patients (n=442)***

Parmi les 453 patients, 11 n'ont pas remis le questionnaire à leur MG d'où l'impossibilité de savoir s'ils avaient été dépistés. Les résultats sur le dépistage se sont donc portés sur 442 patients (453-11).
20,1% (89/442) des patients avaient bénéficié d'une sérologie VHC.

Parmi les patient dépistés :
- **51,7%** (46/89) avaient été exposés à une ou plusieurs situations à risque
- **48,3%** (43/89) n'avaient pas de FDR.

Parmi les patients sans FDR et ayant bénéficié d'une sérologie, aucun n'était positif pour le VHC.

Tout patient ayant coché avoir été exposé à une situation à risque a été considéré comme tel même si le MG ne l'a pas considéré à comme à risque.

➢ **Résultat des sérologies VHC chez les patients à risque**

Tableau 4: Résultat des tests de dépistage chez les patients à risque (n=442)

	Résultats
Positif	**4,3% (2 / 46)**
Négatif	**78,3% (36 / 46)**
Indéterminé	**17,4% (8 /46)**

- **Quels patients ont été dépistés ?**

Tableau 5: A quel patient a-t-on prescrit un test de dépistage de l'hépatite C? (n=442)

Aucun FDR	**48,3% (43 / 89)**
Transfusion avant 92	**22,5% (20 / 89)**
Matériel non à usage unique **-Piercing** **-Tatouage** **-Acupuncture** **-Mésothérapie**	**14,6% (13 / 89)** **2,2%** **9%** **5,6%** **3,4%**
Entourage VHC +	**10,1% (9 / 89)**
Soins zones de forte endémie	**7,9% (7 / 89)**
Drogue IV et nasale	**9% (8 / 89)**
Endoscopie avant 97	**5,6% (5 / 89)**
Partenaire sexuel VHC +	**2,2% (2 / 89)**
Hémophile	**1,12% (1 / 89)**
Mère VHC +	**0%**
Patient VIH +	**0%**
ATCD d'incarcération	**0%**
Hémodialyse	**0%**

Le total dépasse les 100% car certains patients dépistés présentaient plusieurs facteurs de risque.

- **Dépistage selon le facteur de risque**

Les patients les moins dépistés sont ceux ayant eu des soins sans matériel à usage unique en particulier par tatouage et piercing et ceux à l'ATCD d'endoscopie avant 1997. Pour autant le dépistage des FDR dits « historiques » est lui aussi faible avec 42,6% des transfusés dépistés et 57,4% des UD.

Tableau 6: Selon la situation à risque, proportion de patients dépistés (n=442)

Transfusion avant 92	**42,6% (20 / 47)**
Drogue IV ou nasale	**57,4% (8 / 14)**
Matériel non à usage unique **-Mésothérapie** **-Acupuncture** **-Tatouage** **-Piercing**	**27,1% (13 / 48)** **38,5% (5 / 13)** **34,8% (8 / 23)** **23,1% (3 / 13)** **16,7% (2 / 12)**
Endoscopie avant 97	**20% (5 / 25)**
Soins médicaux zone forte endémie	**43,8% (7 /16)**
Entourage VHC +	**47,4% (9 /19)**
Partenaire sexuel VHC +	**66,7% (2 / 3)**
Hémophile	**100% (1 / 1)**
Mère VHC +	**0%**
Patient VIH +	**0%**
ATCD d'incarcération	**0%**
Hémodialyse	**0%**

A noter une situation discordante pour **11 patients** chez qui le médecin a considéré qu'il n'y avait pas de FDR d'hépatite C alors que ces mêmes patients déclaraient avoir été exposés à une situation à risque. Tout ceci sans que le MG ne justifie cette discordance.
8/11 avaient eu de l'acupuncture, 5/11 de la mésothérapie, 2/11 un piercing, 1/11 un tatouage et 1/11 un entourage proche VHC +.

Ces 11 patients ont tous été considérés dans le doute comme à risque dans notre analyse.

Pour 4 autres patients, la même situation s'est présentée sauf que le MG a justifié de façon écrite l'absence de FDR. Ces 4 patients ont quant à eux été considérés comme non à risque. 2/4 avaient eu de l'acupuncture (aiguille jetable du médecin), ¼ une endoscopie (après 1997), et ¼ un tatouage (matériel à usage unique à priori après interrogatoire).

2 patients ont été considérés comme à risque par leur MG alors qu'eux-mêmes avaient estimé ne pas avoir été exposés à une situation à risque : 1 piercing, 1entourage VHC+. Ces 2 patients ont été comptabilisés comme à risque dans notre étude.

❖ *Les obstacles au dépistage*

➢ Obstacles liés aux patients

Lorsqu'un test a été prescrit **6,7 %** (6/89) des patients ne l'ont pas réalisé. 4 d'entre eux étaient à risque dont 3 usagers de drogue.

Un obstacle au dépistage lié au patient est donc retrouvé chez **3%** (4/134) des patients à risque.

Tableau 7: Obstacle à la réalisation d'un test prescrit

Refus	**0,75% (1 / 134)**
Manque de temps	**0,75% (1 / 134)**
Oubli/perte de l'ordonnance	**0,75% (1 / 134)**
Coût de l'examen	**0,75% (1 / 134)**

➢ Obstacles liés au médecin généraliste

Parmi les patients présentant des FDR et n'ayant pas bénéficié de sérologie VHC, **53,4%** des médecins ont justifié la non prescription d'un test par une non-connaissance de leur part de l'ATCD d'exposition de leur patient à un FDR et **20,5%** parce qu'ils n'avaient pas identifié que certaines situations étaient des FDR d'hépatite C.

Tableau 8: Obstacle au dépistage des patients à risque par les MG

Non connaissance d'un ATCD de FDR et/ou FDR non reconnu comme tel	**70,4% (62 / 88)**
Non connaissance d'un ATCD de FDR	**53,4% (47 / 88)**
FDR non reconnu comme tel	**20,5% (18 / 88)**
Problèmes psychologiques et/ou sociaux	**0%**
1ère fois	**5,67% (5 / 88)**
Sérologie déjà prescrite par autre confrère	**0%**
Autres	**0%**

Une non-connaissance du FDR du patient et une non identification du FDR comme tel ont été retrouvées à la fois chez 3 patients.

On remarque que le total n'arrive pas à 100%. D'une part, certains MG n'ont pas rempli la partie obstacle au dépistage en présence de FDR. D'autre part, certains patients ayant coché un FDR ont été considéré comme non à risque par leur MG et la partie obstacle au dépistage en présence de FDR n'a donc par été remplie. Comme nous l'avons expliqué précédemment cette situation a été retrouvée particulièrement pour les soins sans matériel à usage unique.

Tableau 9: Obstacle au dépistage par les MG selon le FDR

	Non connaissance	Non reconnu comme tel	Stratégie	1ère fois	Déjà prescrite
Transfusion avant 92	81,5% (22 / 27)	3,7% (1 / 27)	0%	11% (1 / 27)	0%
Drogue IV et nasale	100% (6 / 6)	33,3% (2 / 6)	0%	16,67% (1 / 6)	0%
Matériel non à usage unique	40,6% (15 / 37)	16,2 % (6 / 37)	0%	2,7 % (1 / 37)	0%
-Piercing	30%	30%	0%	0%	0%
-Tatouage	30%	30%	0%	10%	0%
-Acupuncture	42,9%	0%	0%	0%	0%
-Mésothérapie	50%	0%	0%	0%	0%
Endoscopie avant 97	61,1% (11 / 18)	27,8 % (5 / 18)	0%	0%	0%
Soins médicaux en pays forte endémie	44,4% (4 / 9)	33,3% (3/ 9)	0%	0%	0%
Entourage VHC +	60% (6 / 10)	50% (5 /10)	0%	0%	0%
Partenaire sexuel VHC +	100% (1 / 1)	100%(1 / 1)	0%	0%	0%
Mère VHC +	0%	0%	0%	0%	0%
Patient VIH +	0%	0%	0%	0%	0%
ATCD d'incarcération	0%	0%	0%	0%	0%
Hémodialyse	0%	0%	0%	0%	0%
Hémophilie	0%	0%	0%	0%	0%

De nouveau on observe des résultats inférieurs à 100% pour le même FDR en particulier pour les soins sans matériel à usage unique pouvant s'expliquer comme mentionné plus haut.

A l'inverse certains résultats sont supérieurs à 100% pour le même FDR. Les MG ont pu cocher pour un même patient plusieurs raisons expliquant son « non dépistage ».

Pour exemple, chez 2 patients « sniffeurs » exclusifs, les MG ont justifié l'absence de dépistage à la fois par une non- connaissance de l'ATCD de sniff et par une non- identification du sniff comme FDR d'hépatite C.

❖ *Impact du questionnaire sur le dépistage de l'hépatite C*

➢ Allez-vous prescrire une sérologie VHC ?

Suite à l'étude, **68** sérologies VHC ont été prescrites.
Dans **94,1%** des cas (64/68) les patients présentaient au moins 1 FDR.
Un dépistage de l'hépatite C aura donc été prescrit à **82,1%** (110/134) des patients à risque.

➢ Découverte d'hépatite C

2 hépatites C déjà connues avant l'enquête:
-1 femme de 67 ans : transfusion, mésothérapie, endoscopie. Dépistage par le MG et l'hôpital.
-1 femme de 52 ans : transfusion à sa naissance, acupuncture, mésothérapie. Le dépistage avait été réalisé par le MG.
Dans le cadre de l'étude **2** hépatites C ont été découvertes :
-1 homme âgé de 25 ans. Situation à risque : drogue per nasal
-1 Homme de 45 ans. Situation à risque : drogue IV

➢ Evolution de l'activité sérologique VHC des MG avant et après l'étude

L'étude s'est déroulée durant le mois de Juin 2009. D'après les données recueillies auprès de la CPAM de Haute Savoie, au cours du mois de Mars 2009, les 27 MG du panel avaient prescrit 23 sérologies VHC soit 0,85 sérologie par MG. En Mars 2010, 8 mois après l'enquête, ils en ont prescrit 36 soit 1,33 sérologies par MG. Leur activité sérologique globale (nombre total de sérologies prescrites) a donc augmentée de **56,5%.**
La prescription de sérologies C des MG du bassin annécien hors panel est quant à elle restée stable avec respectivement 0,62 et 0,67 sérologie par médecin au cours des mois de Mars 2009 et Mars 2010.

D. DISCUSSION

❖ *La représentativité de l'étude*

Ce travail contrairement à de nombreuses autres études sur le dépistage de l'hépatite C a été réalisé auprès de la patientèle de MG « tout venant » tirés au sort de façon aléatoire et non pas sélectionnés sur des critères d'appartenance à des réseaux de soins VHC/toxicomanes ou autre. L'étude GYMKHANA de 2002 ayant inspiré cette enquête, avec une méthodologie similaire, avait été réalisée avec des MG du GERVIH, d'où un biais dans la représentativité des MG et de leur patientèle (14). Pour preuve, 7% de leurs patients étaient VIH + et 6% VHC +.

Afin de représenter, l'ensemble des MG, ceux pratiquant l'homéopathie, l'acupuncture et la mésothérapie ont aussi été inclus.

Cependant, nous avons aussi inclus 8 MG non tirés au sort mais faisant partie de cabinet de groupe des 19 MG tirés au sort. Ceci pour 3 raisons:

- augmenter l'effectif des MG
- ne pas perdre les données recueillies auprès de MG partageant même salle d'attente avec ceux tirés au sort dans l'étude
- dans un souci de simplicité (questionnaires disposés en salle d'attente commune).

D'où un biais de sélection possible des MG avec une sur représentation des médecins installés en groupe.

En outre le faible taux de participation des MG (34,5%) ainsi que la faible proportion de patients ayant répondu aux questionnaires, rendent non significatifs les résultats de cette étude. Mais, si ces résultats sont non significatifs, ils peuvent néanmoins constituer une estimation de la pratique du dépistage de l'hépatite C par les MG du bassin annécien.

Pour autant, ce faible taux de participation des MG ne s'explique pas que par le manque de temps des MG pour participer à des thèses d'internes de MG mais aussi par un manque d'intérêt pour le VHC. En effet, le motif de non-participation à cette l'étude était pour 6/36 MG : « l'hépatite C, ça ne m'intéresse pas », pour 2/36 « je n'ai pas d'hépatite C dans mon cabinet » et pour 1/36 « l'hépatite C, je la soigne par les plantes ».

❖ *Le dépistage*

Notre étude retrouve un sous dépistage de l'hépatite C avec seulement 34 % des patients avec FDR ayant bénéficié d'un test de dépistage.

Le nombre total de sérologies VHC prescrites est insuffisant : globalement 30% des patients ont été exposés à une ou plusieurs situations à risque d'hépatite C alors que seulement 20 % de l'ensemble des patients a bénéficié d'un dépistage.

Plus qu'un nombre insuffisant de sérologies prescrites, c'est surtout le manque de ciblage des patients à risque qui est à l'origine de ce sous dépistage. En effet, près de la moitié des patients dépistés ne présentait aucun FDR d'hépatite C.

On peut ici se demander quel était le motif de prescription de tests pour ces patients sans FDR: bilan de santé systématique, démarche diagnostic et dans quelle proportion. Mais notre

étude n'avait pas pour vocation d'étudier les motifs de prescription de sérologies VHC en médecine générale.
Les pôles de références français du VHC ont aussi retrouvé qu'environ 57 % des patients VHC dépistés récemment en 2007 l'avaient été de manière fortuite au cours d'un bilan de santé systématique, moins de 20% sur FDR, 15,5% sur anomalies clinico-biologiques (6).

Malgré le fait que dans GYMKHANA, les médecins appartenaient à réseaux VHC, le dépistage effectif de 31% est à peu près similaire à notre étude réalisée avec des MG « tout venant ». Dans GYMKHANA, les FDR retenus étaient plus larges que ceux pris en compte dans notre étude. Tout patient avec les lobes d'oreilles percés était considéré à risque. Les soins tels que le tatouage, le piercing, l'acupuncture et la mésothérapie étaient considérés comme FDR indépendamment de l'utilisation ou non de matériel à usage unique. D'où une probable surestimation de la prévalence des FDR d'hépatite C et une sous-estimation du dépistage effectué par un biais de sélection des FDR. Apres avoir exclu de cette étude les patients présentant un seul FDR dit « mineurs », le taux de dépistage était de 40 %.

❖ ***Situations à risque d'hépatite C***

Lors de cette enquête, 30,2% des patients avaient été exposés à au moins une situation à risque et devaient donc bénéficier d'une sérologie VHC selon les recommandations en cours.

Bien que les résultats de cette étude ne soient pas significatifs, la proportion des situations à risque parmi les 453 patients ayant rempli ces questionnaires est globalement comparable à celle de l'enquête nationale de 2004 avec respectivement :

- transfusion: 10,47 vs 10,4%,
- drogue IV + nasale 3,1% vs 3,2%
- piercing corporel avec ou sans piercing d'oreille : 2,6% vs 1,7%

Par contre certains FDR sont sous sous-représentée dans notre étude comparativement à cette enquête nationale :

-tatouage : 2,9 vs 7,3%,
-acupuncture 5,3 vs 25,4%,
-mésothérapie 2,9% vs 10,3%

Une des explications possible est que dans notre questionnaire nous avons précisé que ces soins devaient avoir été faits sans utilisation de matériel à usage unique pour être « à risque » alors que l'enquête nationale ne le précisait pas.

❖ ***Quel facteur de risque retenir ?***

L'étude GYMKHANA avait retrouvé une prévalence des FDR de l'ordre de 85%. Devant un tel taux, ils concluaient qu'il serait plus raisonnable de limiter ce dépistage aux patients présentant des FDR dits « majeurs » (ATCD Transfusion, UDIV, VIH+) et aux UD en sniff ce qui aboutirait dans à dépister 30% de leurs consultants.

Cette forte prévalence des FDR est en partie expliquée par l'inclusion du perçage d'oreille comme FDR ce qui est discutable. Mais aussi par la patientèle de GYMKHANA (14) non représentative de la population générale avec une prévalence supérieure de certaines situations à

risque (usage de drogue, infection par le VIH).

Dans notre étude, en se référant aux FDR reconnus, la prévalence des FDR est de 30,2% ce qui reste acceptable pour un dépistage ciblé.

De plus, en limitant le dépistage à ces FDR, les hépatites C transmises par d'autres modes de contamination ne seraient pas dépistés. D'après les données complémentaires recueillies auprès de l'InVS, les pôles de références ont retrouvé que 44 % des patients dépistés entre 2001 et 2007, n'avaient pour FDR ni un UD en IV ou en sniff, ni une transfusion avant 92, ni une exposition professionnelle.

11 patients ont déclarés avoir été exposés à une situation à risque alors que leur MG a considéré qu'il n'y avait pas de FDR. Inversement, 2 patients ont été considérés à risque par leur MG alors qu'eux-mêmes estimaient qu'il ne s'agissait pas de FDR. Ces situations discordantes surtout retrouvées pour les soins sans utilisation de matériel à usage unique montre bien la difficulté pour les médecins comme pour les patients d'apprécier ce caractère de «matériel à usage unique » et donc le risque d'hépatite C.

L'enquête de séroprévalence de 2004 (4) réalisée auprès de plus de 10 000 assurés sociaux répartis sur le territoire avait aussi montré que certains FDR n'étaient pas retrouvés significativement associés à la présence d'anticorps anti VHC en analyse multivariée, à savoir :

- ATCD endoscopies avant 97
- ATCD d'acupuncture, de mésothérapie
- ATCD de piercing
- ATCD d'incarcération

Les FDR significativement associés au VHC étaient :

- Drogue voie IV et/ou nasale
- Transfusion avant 92
- Naissance en pays de moyenne et forte endémie,
- Séjour de plus 3 mois dans un pays en voie de développement,
- Tatouage,
- Précarité sociale.

(NB : entourage VHC + et partenaire sexuel VHC + non étudié dans cette enquête.)

Des études épidémiologiques complémentaires à l'enquête de séroprévalence de 2004 permettraient d'affiner ces FDR indépendants d'hépatite C afin de cibler au mieux les patients à risque et de faciliter le dépistage.

❖ ***Les obstacles au dépistage***

Nous avons étudié à la fois les freins au dépistage liés au patient (non réalisation d'un test prescrit et pourquoi) ainsi que ceux liés au médecin généraliste (non prescription d'un test en présence de FDR). Il apparaît nettement que le principal frein au dépistage était ici est du ressort du MG.

En effet, seulement 3 % des patients à risque ont déclaré ne pas avoir réalisé leur sérologie VHC prescrite. Alors qu'en présence de FDR, un obstacle médical à la prescription d'un test a pu être identifié dans 70,4% des cas. Il s'agissait d'une non-connaissance du FDR du patient (53,4%) et d'une non-identification du FDR comme tel (20,4%).

On observe un sous dépistage principalement chez les patients présentant des FDR dits nouveaux (tatouage, piercing, drogue en sniff, soins en pays de forte endémie …). Mais ceci est aussi retrouvé chez ceux avec des FDR dits « historiques » tels que la transfusion et l'usage de drogue IV avec respectivement 42,6% et 57,4 % de dépistés.

Dans la majorité des cas le principal facteur de non dépistage est l'absence de connaissance par le MG du FDR de son patient (80% pour la transfusion, 100% pour l'usage de drogue, 40% pour les soins sans matériel à usage unique). Il serait intéressant de déterminer si cette non-connaissance est plus en lien avec un « mauvais interrogatoire » ou une « dissimulation » d'un FDR par le patient (exemple de l'usage de drogue).

Nous retrouvons comme autre facteur déterminant du non dépistage la méconnaissance par le MG de certains FDR d'hépatite C, en particulier les FDR découverts récemment à savoir l'usage de drogue en sniff (33%) , le tatouage (30%) le piercing (30%), les soins en pays forte endémie (33 ,3%), endoscopie avant 1997 (27,8%) mais aussi la transfusion avant 1992 (FDR historique) non reconnue comme FDR dans 20% des cas.

Les problèmes sociaux du patient (toxicomanie, précarité, exclusion sociale, problèmes psychologiques) ne sont pas retrouvés comme un facteur retardant le dépistage d'un patient à risque. On aurait pu penser que les MG ne prescrivaient pas de sérologie initialement chez certains patients le temps d'établir un fort relationnel médecin-patient et, de régler certains problèmes sociaux avant tout dépistage. Ces données sont corroborées par l'étude Gymkhana.

- ***Impact d'un tel questionnaire sur le dépistage de l'hépatite C par les MG***

On constate 8 mois après notre étude une augmentation de plus de 50% de l'activité sérologique globale des MG de notre panel.
Néanmoins, cette augmentation du nombre total de sérologies prescrites au cours du mois de mars 2010 comparativement à mars 2009 a concerné uniquement 17 des 27 MG du panel.
On remarque que les 10 médecins qui n'ont pas augmenté leur activité sérologique entre ces 2 dates, étaient initialement peu ou pas prescripteurs de sérologies VHC.
L'augmentation de l'activité sérologique suite à notre enquête semble donc avoir concerné surtout les MG déjà prescripteurs de sérologies et probablement plus sensibilisés à l'hépatite C.
Cet impact n'a cependant été évalué que sur une période comparative d'un mois. Mais il ne constituait qu'un des objectifs secondaires de notre étude.

CONCLUSION

TITRE : EVALUATION DU DEPISTAGE DE L'HEPATITE C EN MEDECINE GENERALE DANS LE BASSIN ANNECIEN EN 2009

CONCLUSION

Nous avons réalisé au cours du mois de Juin 2009 une enquête rétrospective d'évaluation de pratique professionnelle parmi un panel de 27médecins généralistes « tout venant » du bassin annécien afin d'évaluer le dépistage de l'hépatite C.

Cette étude met en évidence un sous dépistage de l'hépatite C en présence de facteurs de risque évalué à 34,3%.

Les principaux obstacles au dépistage sont la non-connaissance par le médecin généraliste de l'antécédent d'exposition de son patient à une situation à risque d'hépatite C (transfusion, drogue IV, acupuncture, mésothérapie, endoscopie avant 1997) et la méconnaissance de certains facteurs de risques d'hépatite C en tant que tel (drogue en sniff, tatouage, piercing, soins médicaux en pays de forte endémie, entourage VHC+). En obstacle mineur on retrouve la non-réalisation par le patient d'une sérologie prescrite. Les problèmes psychologiques et sociaux du patient ne sont pas identifiés comme un motif de retard dans la prescription d'une sérologie C.

Cette étude avec questionnaire patients/médecins a permis un dépistage de 82,1% des patients à risque. De même, 8 mois après l'enquête, l'activité sérologique globale des médecins de ce panel a progressé de 50%. Cependant, cette sensibilisation s'est surtout limitée aux médecins habituellement prescripteurs de la sérologie VHC.

Il est d'autant plus important d'améliorer ce sous dépistage actuel que les médecins généralistes ont un rôle central dans la découverte de cette pathologie relativement fréquente, asymptomatique pendant de nombreuses années, potentiellement grave, et dont les facteurs de risques sont identifiés.

Dans cet objectif d'amélioration du dépistage, différentes aides peuvent être apportées aux médecins généralistes :

- des formations médicales continues sur les facteurs de risques nouvellement découverts ainsi qu'un rappel des facteurs de risques « historiques» et la nécessité de les rechercher au moins une fois chez chacun de leurs patients.

- l'emploi de logiciel informatique comportant à la rubrique « antécédents du patient », un encart sur les facteurs de risque d'hépatite C.

- un support en salle d'attente tel que les questionnaires patient/médecin utilisés dans cette étude accompagnés d'affiches de sensibilisation.

- une campagne médiatique de prévention mettant en évidence le caractère potentiellement grave mais aussi guérissable de l'hépatite C sans stigmatiser les populations cibles.

- la mise en place d'une consultation annuelle de médecine préventive incluant le dépistage de différentes pathologies telles que l'hépatite C.

VUE ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 09 Novembre 2010

LE DOYEN

B. SELE

FACULTÉ DE MÉDECINE SCOLARITÉ
FACULTE DE MEDECINE - UNIVERSITE JOSEPH-FOURIER - GRENOBLE 1

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR V. LEROY

Professeur Vincent LEROY
Clinique Universitaire d'Hépato-Gastroentérologie
Pôle DIGIDUNE
CHU de Grenoble
Tél. 04 76 76 93 68
N° RPPS 10002997186

BIBLIOGRAPHIE

1. Anonymous. Global surveillanceand control of hépatitis C. Report of a WHO consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board. J Viral Hepatitis 1999; 6: 35-47

2. WHO, Weekly epidemiological record,N° 46, Nov 97, p 65-69 and p 341-344

3. Desenclos J-C, Dubois F, Couturier E, Pittorel J, Roudot -Thoraval F, Guignard E, Brunet J-B, Derucker J, Estimation du nombre de sujets infectés par le VHC en France, 1994-1995. BEH N°5/Janv 1996.p22-23

4. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astragneau E, Antona D, Desenclos J-C, Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint Maurice : Institut national de veille sanitaire, Mars 2007, 114 p

5. Bruandet B, Luciaidarme D, Decoster A, Ilef D, Harbonier J, Jacob C, et al .Incidence et facteurs de risque de la séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'usagers de drogue intraveineux du Nord Est de la France. Bull Epidemiol Hebd.2005 ; 27-8

6. Germain JM et al, Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de références, 2000-2007. BEH thématique 20-21/mai 2009 199-203

7. Ouzan D, Hofliger P, Cavailler P, Mamino C, Tran A. Enquête de pratique en Médecine Générale sur le dépistage de l'hépatite C et la prise en charge de l'hépatite C dans les Alpes-maritimes et l'est du Var. Gastroentérol Clin Biol. 2003 ; 27 : 90-93

8. Bonny C, Rayssiguier R, Ughetto S, Aublet-Cuvelier B, Baranger J, Blanchet G, Delteil J, Hautefeuille P, Lapalus F, Montanier P, Bommelaer G, Abergel A. Pratiques et attentes des médecins généralistes en matière d'hépatite C dans la région Auvergne. Gastroentérol Clin Biol. 2003 ; 27 : 1021-1027

9. Altman C, Lesiour A, Dunbavand A, Meyer L, De la Selle P, Buffet C, Dépistage des malades à risque d'infectionn virale en médecine générale. Gastroenterol Clin Biol 1999, vol 3, p359

10. Roudot –Thoranval F, Monnet E, Mercet P, Bastie A, Dhumeaux D, Miguet J-P, Stratégie de dépistage de l'hépatite virale C en médecine générale. Gastroenterol Clin Biol, Dec 2000, vol 24, p1037

11. Rotily M, Loubiere S, Prudhomme J, Portal I, Tran A, Hoflinger P, Valla D, Moatti J-P, Facteurs associés à la proposition du dépistage de l'hépatite C en médecine générale. Gastroenterol Clin Biol Mars 2002, vol 26, p261-269

12. Fischer J, Le dépistage de l'hépatite C en médecine ambulatoire: une tentative d'évaluation. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, CHU Nancy 2007. Site www.bium.univ-paris5.fr

13. Renault Anne , Enquete rétrospective sur la pratique du dépistage de l'hépatite C par les médecins généralistes charentais. These pour le diplôme d'état de docteur en médecine, CHU Poitiers 2008. Site www.bium.univ-paris5.fr

14. ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissement de santé, réussir un audit clinique et son plan d'amélioration Juin 2003. Site www.has-sante.fr

15. Aubert J.P,Bouée S, Bentata M, Compagnon C,Elghosi B, Livrozet D, Mechali D, Perdrieau J.F, Py A.M, Rozenbaum W, Taulera O, Wajsbrot A et la groupe d'étude Gymkhana, Dépistage de l'infection par le VHC en médecine générale. Rev su prat. Médecine générale. 2005; 19: 895-9

16. ANAES, Conférence de consensus sur la prise en charge de l'hépatite C. Dépistage de l'hépatite C – Populations à dépister et modalités du dépistage. Janv 2001. Site www.has-sante.fr

17. INPES, Hépatite C . Dépistage, clinique, prise en charge et conseil aux patients. Document à l'usage des médecins. Septembre 2007. Site www.inpes.sante.fr

18. Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G, Conseil national de l'ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale en région Rhone Alpes situation en Janvier 2009. Site www.conseil-national.medecin.fr

ANNEXES

ANNEXE 1

HEPATITE C, SE FAIRE DEPISTER ?

L'infection par l'hépatite C provoque à un stade avancée une cirrhose du foie.
Sans test de dépistage, il est difficile de diagnostiquer une infection par l'hépatite C, celle-ci passant généralement inaperçue dans sa phase initiale alors qu'un traitement existe.
Il vous est vivement conseillé d'effectuer un test de dépistage si vous avez été, à un moment de votre vie, confronté à une des 12 situations à risques listée ci-dessous.
Le test de dépistage de l'hépatite C se fait par prise de sang et est entièrement remboursé par la Sécurité Sociale.

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE PATIENT

Age : Sexe : Profession :

Avez-vous été exposé à une situation à risque d'hépatite C* ?

Oui	Non		
☐	☐	➔	J'ai pu recevoir une transfusion sanguine avant 1992 (intervention chirurgicale lourde, séjour en réanimation, accouchement difficile, soins à la naissance...).
☐	☐	➔	J'ai déjà essayé des drogues, même une fois dans ma vie en injection ou en sniff.
☐	☐	➔	J'ai eu une endoscopie avant 1997.
☐	☐	➔	J'ai eu <u>sans</u> utilisation de matériel jetable à usage unique : ☐ un tatouage, ☐ un piercing, ☐ de l'acupuncture, ☐ de la mésothérapie.
☐	☐	➔	J'ai eu des soins médicaux en Asie du Sud Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud.
☐	☐	➔	Un des membres de mon entourage proche est atteint d'hépatite C.
☐	☐	➔	Mon ou ma partenaire sexuelle est atteint d'hépatite C.
☐	☐	➔	A ma naissance ma mère était porteuse du virus de l'hépatite C.
☐	☐	➔	Je suis porteur d'une infection par le virus du SIDA.
☐	☐	➔	J'ai fait de la prison.
☐	☐	➔	Je suis dialysé.
☐	☐	➔	Je suis hémophile.

Vous a-t-on déjà prescrit un dépistage de l'hépatite C ?

➔ Si **<u>oui</u>**, ce dépistage a été prescrit:
- ☐ par mon médecin généraliste,
- ☐ pendant une cure de sevrage,
- ☐ au cours d'un don du sang,
- ☐ lors d'un suivi de grossesse,
- ☐ à l'hôpital (sauf centre de dépistage),
- ☐ dans un centre de dépistage anonyme et gratuit,
- ☐ par un gastroentérologue de ville,
- ☐ autres (préciser) :.....

➔ On vous a prescrit un test, vous ne l'avez pas réalisé, pourquoi ?
- ☐ refus de faire le test,
- ☐ peur de prise de sang,
- ☐ par manque de temps,
- ☐ oubli ou perte de l'ordonnance,
- ☐ avance du coût de l'examen,
- ☐ autres (préciser) :.....

* Situations à risque reconnues par l'ANAES et l'INPES.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire et de le remettre à votre médecin, que vous ayez coché ou non une de ces cases.

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

➔ Si aucun facteur de risque n'est retrouvé, une sérologie VHC a-t-elle déjà été prescrite ?

Oui ☐ Non ☐ Résultat :

➔ Si au moins un facteur de risque est retrouvé, une sérologie VHC a-t-elle déjà été prescrite ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, Résultat :

- ☐ Positif
- ☐ Négatif,
- ☐ Non disponible :
  (non retrouvé dans la base de données / non transmis par un confrère spécialiste, prise de sang non réalisée par le patient / en attente des résultats.)

Si NON,

- ☐ Vous n'aviez pas connaissance du facteur de risque de votre patient
- ☐ Vous n'aviez pas reconnu ce facteur de risque comme tel,
- ☐ Vous estimez que la stratégie diagnostic de l'hépatite C et son éventuel traitement n'a pas lieu d'être devant des problèmes d'ordre médicaux ou sociaux,
- ☐ Patient vu pour la première fois,
- ☐ Vous pensiez qu'une sérologie VHC avait déjà été prescrite par un autre médecin,
- ☐ Autre :

➔ *Allez vous prescrire à votre patient une sérologie VHC ?*

Oui ☐ Non ☐

ANNEXE 2

Hépatite C

Se faire dépister, c'est pouvoir se soigner

Un test de dépistage est :

remboursé à 100% par la Sécurité sociale,
anonyme et gratuit dans les consultations de dépistage (CDAG)

Un test de dépistage est nécessaire si :

- Avant 1992, vous avez été transfusé (parfois sans le savoir), lors :
  - d'une greffe
  - d'une intervention chirurgicale importante
  - d'une hospitalisation en réanimation
  - d'une hémorragie digestive
  - d'un accouchement difficile
  - d'une hospitalisation à la naissance (néonatologie) ou durant l'enfance pour une maladie grave.
- Vous avez utilisé, même une seule fois dans votre vie, des drogues par voie intraveineuse ou nasale
- Vous vivez ou avez vécu avec une personne atteinte par l'hépatite chronique C
- Vous avez été tatoué, piercé
- Vous avez reçu des soins dans les pays du Sud-Est asiatique, du Moyen-Orient, d'Afrique ou d'Amérique du Sud
- [redacted]

Parlez-en à votre médecin.

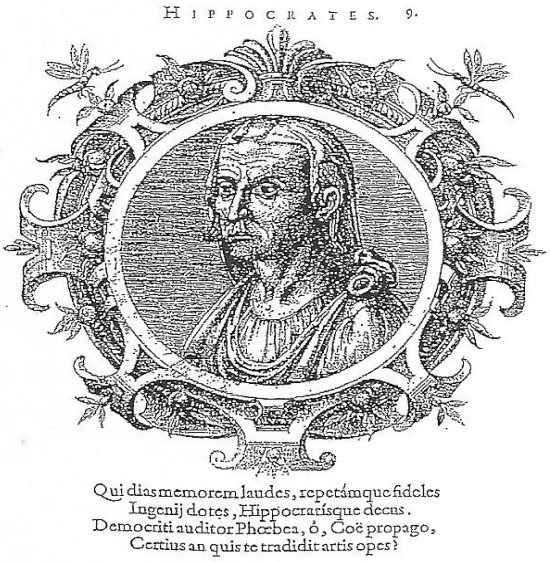
Pour tout renseignement :

Hépatites Info Service
0 800 845 800
Appel anonyme et gratuit

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

ANNEXE 3



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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