HAL
open science

Prise en charge simplifiée de l'hépatite C chronique : attentes et freins des patients et des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine

Sarah Iung, Marie Parreau

To cite this version:

Sarah Iung, Marie Parreau. Prise en charge simplifiée de l'hépatite C chronique : attentes et freins des patients et des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03426942

HAL Id: dumas-03426942

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03426942v1

Submitted on 12 Nov 2021

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.

université de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021 Thèse n°118A

Et n°118B

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Sarah IUNG

Née le 07 février 1991 à Lesparre-Médoc

Et

Par Marie PARREAU

Née le 25 avril 1991 à Bordeaux

Le 7 Octobre 2021

PRISE EN CHARGE SIMPLIFIEE DE L'HEPATITE C CHRONIQUE : ATTENTES ET FREINS DES PATIENTS ET DES MEDECINS GENERALISTES DE NOUVELLE AQUITAINE

Sous la direction du Docteur Guillaume CONORT
et du Docteur Carine COURTAULT

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	**Président**
Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE	**Rapporteur et examinateur**
Madame la Docteure Juliette FOUCHER	**Examinatrice**
Monsieur le Docteur Christophe JOUHET	**Examinateur**

REMERCIEMENTS

A nos directeurs de thèse, la Docteure Carine Courtault Praticien hospitalier et chef de service de médecine interne au CH d'Arcachon, et le Docteur Guillaume Conort médecin généralisteet chef de clinique en médecine générale,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail universitaire. Merci pour votre investissement et votre disponibilité. Vos conseils et votre soutien ont été complémentaires tout au long de ce parcours.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, Professeur universitaire de médecine générale et directeur et coordonnateur du DES de médecine générale,

Vous nous faîtes l'honneur de présider notre jury. Nous vous remercions pour votre engagement auprès du département de médecine générale. Veuillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Charles Cazanave, Professeur universitaire et infectiologue au CHU de Bordeaux,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail, de l'intérêt que vous y avez porté ainsi que de votre expertise.

A Madame la Docteure Juliette Foucher, Praticien hospitalier et gastro-entérologue au CHU de Bordeaux,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail et d'apporter votre point de vue d'hépatologue sur la problématique posée.

A Monsieur le Docteur Christophe Jouhet, Maitre de conférences associé du Département de Médecine Générale

Nous vous remercions de faire partie du jury de cette thèse et pour vos enseignements lors de notre parcours du DES de médecine générale.

Aux médecins et aux patient(e)s ayant participés à ce travail,

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour le temps accordé à notre étude. C'est grâce à nos échanges que nous avons pu construire et avancer dans ce travail.

A l'ensemble de nos maitres de stage rencontrés lors de notre internat,

Nous vous remercions pour nous avoir transmis vos connaissances et votre regard sur la médecine.

Remerciements de Sarah Iung,

Aux équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai pu travailler au cours de mes stages et qui m'ont permis de me former.

A l'ensemble du cabinet de médecine générale de Serres-Castet : les Docteurs Bayle, Guitard et Fatas pour leur accueil, merci d'avoir conforté mon choix pour la médecine générale. « La rigueur dans la bonne humeur », merci Philippe pour ce slogan que je garde en mémoire !

A mes co-internes durant ces trois années d'internat, merci pour votre cohésion, votre bonne humeur et votre soutien.

A mes parents qui m'ont soutenu de leur mieux tout au long de mes études.

A Quentin pour son soutien précieux, son aide et sa compréhension au cours de ses dernières années.

A mes frères et sœur et à mes grands-parents pour leur présence et leur joie de vivre qui ont égayé ces années d'études.

A Roxane pour son aide et sa présence depuis de longues années.

A mes chères amies rencontrées grâce à ces études, Camille, Laurianne, Marine et Sarah, merci pour ces si bons moments.

Remerciements de Marie Parreau,

A mes parents, merci pour votre soutient durant toutes ces années. A ma mère pour son temps passé à relire étape après étape cette thèse. A mon père pour sa présence.

A Maxime pour son soutien sans faille et sa bienveillance. A nos futures années ensemble.

A Marlène pour être toujours à mes côtés depuis la maternelle.

A mes « Khélusiennes » Camille, Elsa, Ophélie, Cindy, Charlène et Adrien ainsi que les Khelusiens par alliance Hugo, Romain, Alexis, Stéphane et Alexandre. A toutes nos journées, soirées ou repas ensemble. A nos confidences et nos rigolades.

A Soraya et Camille pour notre amitié et les moments que l'on partage toutes les trois.

A Méryl et Emilie, une si belle rencontre sur le bassin.

A Emilie, Céline et Elsa pour nos sorties bateau annuelle.

A Sophie pour sa joie de vivre.

A mes amis de longue date Lauriane, Flore, Julie et Maelle.

A l'équipe de médecine interne d'Arcachon et notamment Carine pour m'avoir formé. Merci de répondre encore à mes questions régulières et merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

A mes maitre de stage de premier niveau, le Dr Durando, le Dr Fehrenbach et le Dr Videau ; et de second niveau, le Dr Moncoucy, le Dr Bartholomeus et le Dr Preisser. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale et encourager dans mon choix.

A toutes les équipes médicale et paramédicales avec qui j'ai pu travailler durant mon internat et qui m'ont tant apporté.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS 8

INTRODUCTION

1. Connaissances actuelles
   - 1.1.Définitions 9
   - 1.2.Epidémiologie 9
   - 1.3.Dépistage 13
   - 1.4.Thérapeutiques contre l'hépatite C chronique 14
2. Justification
   - 2.1.Objectif d'éradication de l'hépatite C 15
   - 2.2.Prise en charge simplifiée de l'hépatite C chronique en ambulatoire et ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes 15
   - 2.3.Notre point de vue 16
   - 2.4.Objectif de la thèse 17
3. Question de recherche 17
4. Rôle des thésardes 17

ARTICLE N°1 : PRISE EN CHARGE SIMPLIFIEE DE L'HEPATITE C : ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET LES FREINS DES MEDECINS GENERALISTES

1. Introduction 18
2. Méthode 19
3. Résultats
   - 3.1.Description de la population 20
   - 3.2.Engagement envers la primo prescription variable en fonction des médecins 21
   - 3.3.Freins qui peuvent être diminués par le réseau et la formation 27
4. Discussion 30
5. Conclusion 32
6. Références 33
7. Résumé/Abstract 35

ARTICLE N°2 : PRISE EN CHARGE SIMPLIFIEE DE L'HEPATITE C : ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET LES FREINS DES PATIENTS A UNE PRISE EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE

1. Introduction 37
2. Méthode 38
3. Résultat
   - 3.1.Description de la population 39
   - 3.2.Une perception du risque variable en fonction des pratiques 41
   - 3.3.Le VHC une maladie grave nécessitant une prise en charge spécialisée 43
   - 3.4.Prise en charge du VHC par les médecins généralistes : des attentes dominées par .l'aspect pratique et relationnel 45
4. Discussion 48
5. Conclusion 50
6. Références 51
7. Résumé/Abstract 53

RESULTATS COMPLEMENTAIRES

1. Attentes et freins des patients quant au dépistage de l'hépatite C chez les pateints à risque par les médecins généralistes 57
2. Attentes et freins des médecins généralistes quant au dépistage de l'hépatite C chez les patients à risques par les médecins traitants 58

DISCUSSION COMPLEMENTAIRE

3. Implication personnelle et évolution 60
4. Méthode 60
5. A propos des résultats
   - 5.1.Place du dépistage du VHC en médecins générale 61
   - 5.2.Mise en miroir des deux populations étudiées 62

REFENCES COMPLEMENTAIRES 63

ANNEXES

1. Grille d'entretien des patients atteints de VHC 66
2. Grille d'entretien des patients à risque de VHC 67

3. Grille d'entretiens des médecins 70
4. Extrait du codage et des verbatims des entretiens patients 72
5. Extrait du codage et des verbatims des entretiens médecins 73
6. Accord comité éthique 75
7. Serment d'Hippocrate 77

RESUME/ABSTRACT 78

ABREVIATIONS

AAD : anti viraux d'action directe

AFEF : association française pour l'étude du foie

ALAT : alanine aminotransférase

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARN : acide ribonucléique

CDA : center for disease analysis

CEID : comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions

DMP : dossier médical partagé

HAS : haute autorité de santé

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

IHME : institue for health metrics and evaluation

OMS : organisation mondiale de la santé

PP : primo prescription

PrEP : prophylaxie pré exposition

SPILF : société de pathologie infectieuse de langue française

TROD : test rapide d'orientation diagnostic

VHC : virus de l'hépatite C

VHB : virus de l'hépatite B

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

1. Connaissances actuelles

1.1- Définition

Le virus de l'hépatite C est un virus à ARN identifié en 1989.

L'hépatite C aigüe survient environ sept semaines après la contamination. Dans la plupart des cas, elle est asymptomatique. L'infection peut se chroniciser dans 60 à 80-90% des cas. Elle évolue alors dans environ 20% des cas, vers une cirrhose puis parfois vers un carcinome hépatocellulaire. (1), (2)

La transmission du virus de l'hépatite C se fait principalement par voie sanguine. La transmission materno-foetale est faible, comprise entre 0,2 et 0,4% en Europe (3). Le risque de transmission sexuelle est quasi nul chez les hétérosexuels monopartenaires (incidence 0,07 pour 100 patients années) (4) mais reste plus important chez les personnes infectées par le VIH avec des rapports non protégés et notamment chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) (5). Dans cette population l'incidence d'une première infection par le VHC est estimée à 0,92 pour 100 patients années en 2016. (6) En France l'usage de drogues intraveineuse et /ou per nasale reste la principale cause de transmission avec une incidence à 11,2 pour 100 personnes années en France en 2011. (7)

1.2- Epidémiologie

Régulièrement des études et enquêtes sont réalisées pour estimer l'incidence, la prévalence et la mortalité des hépatites dont l'hépatite C.

L'enquête BaroTest (8) réalisée en 2016 a permis d'estimer la prévalence de l'hépatite C dans la population générale Française âgée de 18 à 75 ans à 0,30% soit 133 466 individus. La prévalence était significativement plus élevée chez ceux ayant déclarés avoir déjà utilisé de la drogue intra veineuse au cours de leur vie (12,1% vs 0,24%, $p<10^{-3}$). De même elle était plus élevée chez ceux ayant réalisé un tatouage ou un piercing sans matériel à usage unique (2,55% vs 0,25%, $p<10^{-2}$). Parmi les personnes atteintes, 80,6% connaissent leur statut.

On remarque une diminution progressive de la prévalence de l'hépatite C avec une prévalence européenne estimée à 0,53% en 2004 (9) puis à 0,42% en 2011 (10) et à et 0,29% (11) en 2015 suite à des modélisations.

En France, chez les usagers de drogues il est aussi décrit une diminution de la prévalence passant de 58,2% en 2004 à 43,2% en 2011. (7) (12)

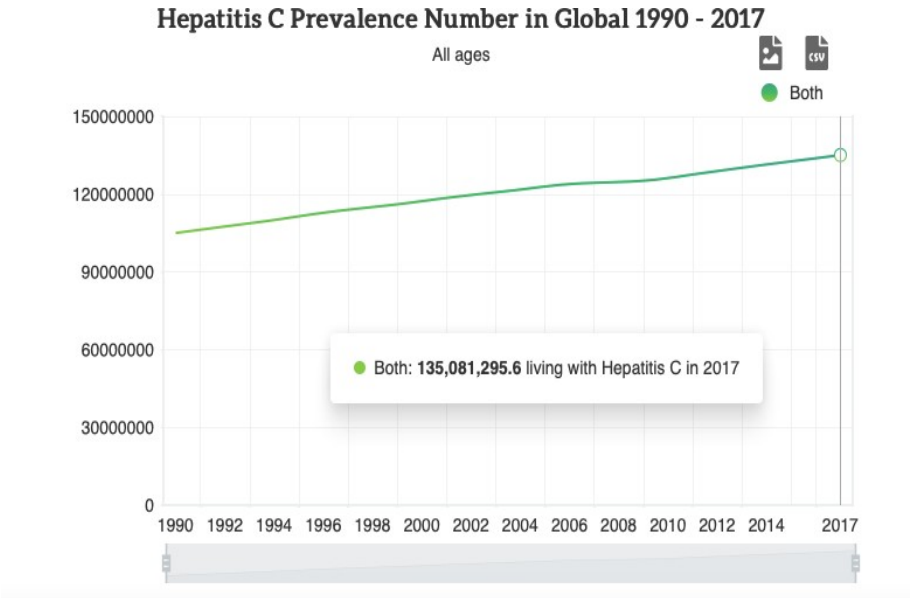
Une revue de la littérature a estimé, en 2015, la prévalence mondiale de l'hépatite C chronique à 71 millions de personnes soit 1% de la population mondiale. (11) Suite à cette revue le Center for Disease Analysis (CDA) chargé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé l'incidence à 1,75 millions de nouvelles infections dans le monde en 2015. (13)

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), Santé publique France a estimé, en 2019, à 5500 le nombre de nouvelles infections chroniques par an en France, dont 80 % chez les usagers de drogues. (14)

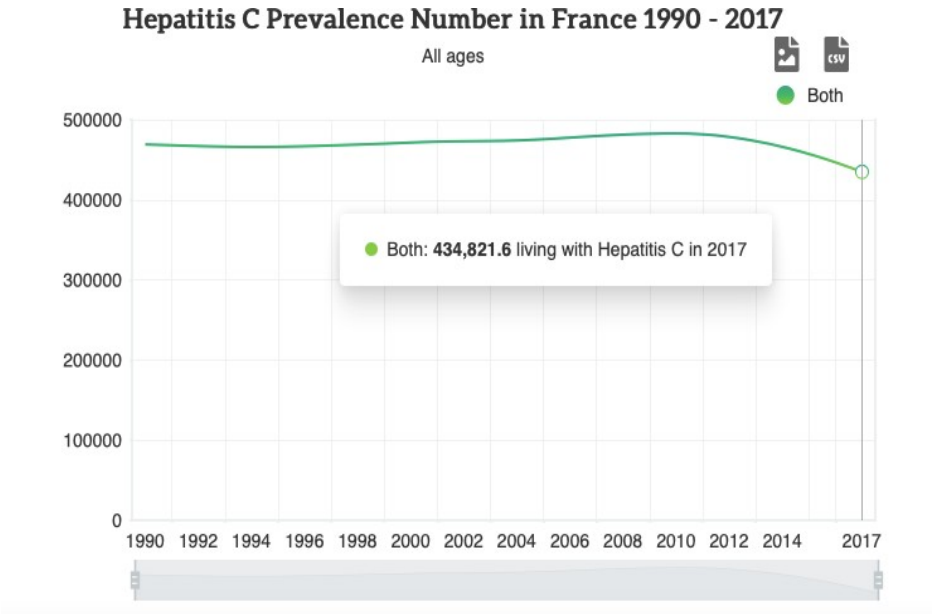
« The Institue for Health Metrics and Evaluation » (IHME), centre de recherche indépendant américain, réalise de multiples mesures sur des problèmes de santé mondiaux. Ils estiment la

prévalence de l'hépatite C en France en 2017 à 434.821 cas, l'incidence à 26.688 nouveaux cas et ils estiment 5.882 décès en 2017. (15)

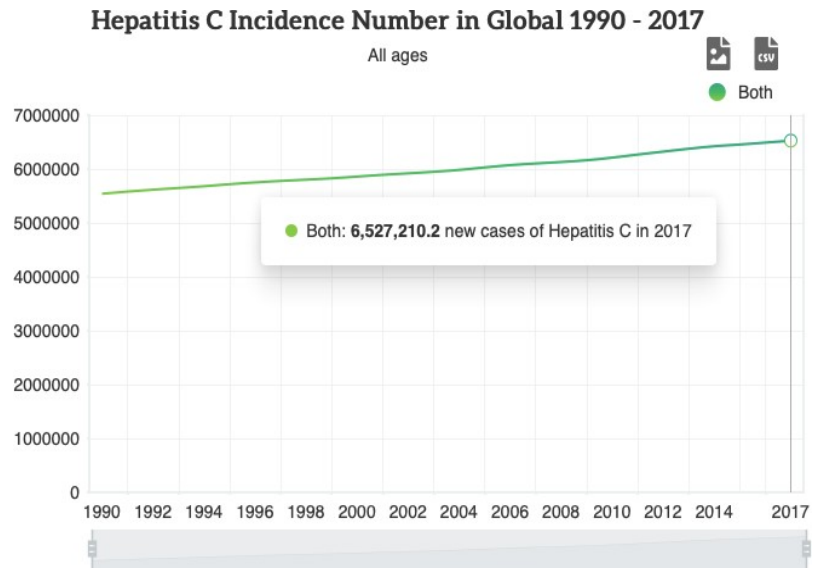
La France est considérée comme un pays de faible endémie; comparé à l'Egypte (prévalence estimée à 6,3% en 2015) et à la Géorgie (4,2%) par exemple (16)



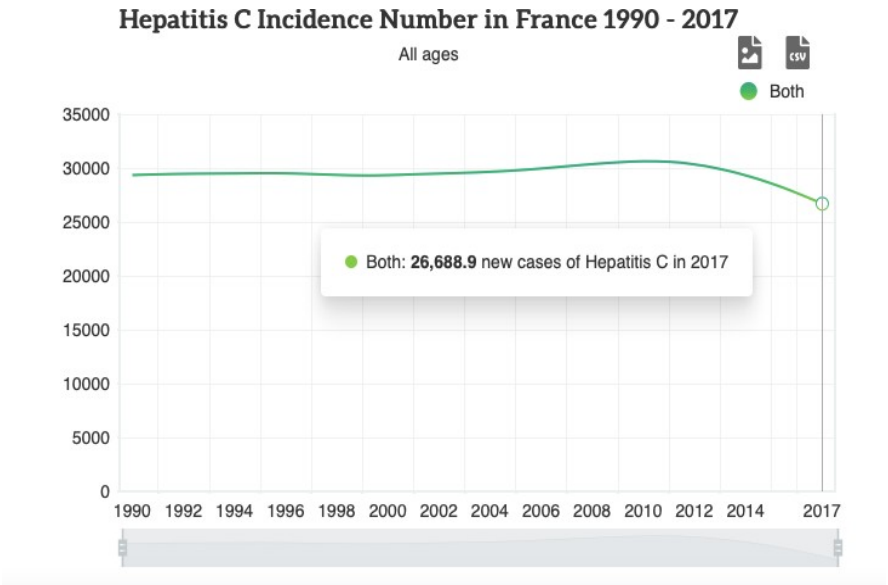
Graphique n° 1 : Evolution de la prévalence de l'hépatite C au niveau mondial entre 1990 et 2017 par l'IHME



Graphique n° 2 : Evolution de la prévalence de l'hépatite C en France entre 1990 et 2017 par l'IHME



Graphique n° 3 : Evolution de l'incidence de l'hépatite C au niveau mondial entre 1990 et 2017 par l'IHME



Graphique n° 4 : Evolution de l'incidence de l'hépatite C en France entre 1990 et 2017 par l'IHME

1.3- Dépistage

En décembre 2016, la HAS concluait que « le dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque présente des limites et contribue à la persistance d'une épidémie cachée de l'infection VHC » (17), ce pourquoi l'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF) dans ces recommandations de mars 2018 sur la prise en charge simplifiée de l'hépatite C, recommande le dépistage universel du VHC : « dépister chaque adulte au moins une fois dans sa vie de façon combinée au dépistage du VHB et du VIH ». (18)

Mais en septembre 2019, l'HAS publie le volet n°1 de son évaluation des stratégies de dépistage des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (19).

Cet avis a été élaboré sur la base d'une analyse de la littérature (études épidémiologiques françaises, rapports d'agences d'évaluation en santé et de sociétés savantes étrangères, analyses médico-économiques françaises et internationales), afin de répondre à la question portant sur l'efficience d'un élargissement du dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) à un dépistage « universel », par rapport à des stratégies ciblant des populations spécifiques (populations à risque d'infection ou d'exposition au VHC, par tranche d'âge et sexe, etc.).

La conclusion de cette évaluation est que l'efficience de la stratégie universelle par rapport au dépistage ciblant les personnes les plus à risque d'exposition au VHC n'est pas démontrée à ce jour. L'alternative au dépistage universel serait plutôt l'intensification du dépistage dans les populations à risque pour augmenter le diagnostic des personnes infectées.

L'HAS prévoit tout de même la publication d'un second volet d'évaluation afin d'identifier les conditions favorables et les éléments d'amélioration de la stratégie fondée sur les facteurs de risque (notamment l'analyse critique des études réalisées pour mieux identifier, dépister et traiter les personnes les plus à risque et appréhender les enjeux organisationnels).

Dans ce contexte, les dernières recommandations de l'HAS quant à la prise en charge de l'hépatite C datant de 2019 préconisent un dépistage des personnes à risque. (20)

Sont considérés comme à risque : Les personnes ayant reçu avant 1992 une transfusion ou une greffe de tissu, cellules ou organe; les patients hémodialyses; les personnes ayant utilisé de la drogue par voie intraveineuse ou per nasale; les enfants nés de mère séropositive pour le VHC; les partenaires sexuels de personnes atteintes d'hépatite C chronique; les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes; l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite C chronique; les personnes incarcérées; les personnes ayant eu un tatouage, un piercing, de la

mésothérapie ou de l'acupuncture sans matériel à usage unique; les personnes originaires ou ayant séjourné plusieurs années ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence de l'hépatite C; les patients ayant un taux d'ALAT supérieur à la normale sans étiologie connue; les patients séropositifs pour le VIH ou porteur du VHB ; les professionnels de santé en cas d'accident d'exposition au sang.

Le dépistage peut se faire soit par sérologie virale sur prélèvement sanguin veineux soit par test rapide d'orientation diagnostic (TROD). (18), (20)

1.4- Thérapeutique contre l'hépatite C

Depuis 1989 et les premiers traitements par Interféron Alpha, les traitements de l'hépatite C ont évolués de manière considérable. Notamment sur le plan de la tolérance et de l'efficacité. Dans les années 2000 est apparu la bithérapie associant Interferon et Ribavirine, puis la trithérapie dès 2012, associant à la bithérapie un des deux premiers antiviraux à action directe (AAD) (Télaprévir ou Bocéprévir).

Fin 2013 une nouvelle génération d'antiviraux à action directe et pan génotypique (dont le premier fut le Sofosbuvir) a vu le jour responsable d'une réponse virologique prolongée dans 90% des cas. (21)

L'Assurance Maladie a estimé, de par les remboursements effectués, à 58 943 le nombre de patients ayant initié un traitement par AAD entre 2014 et 2017. (22)

Actuellement les deux associations d'antiviraux dont la prescription est accessible par les médecins généralistes quelque soit le génotype du VHC sont l'Epclusa® (Sofosbuvir/Velpatasvir) pour une durée de 12 semaines et le Maviret® (Glécaprévir/pibrentasvir) pour une durée de 8 semaines. (20)

2. Justification

2.1- Objectif d'éradication de l'hépatite C

L'hépatite virale C est une menace pour la santé publique. En effet c'est une maladie transmissible et qui engendre des coûts importants en termes de soins du fait de sa morbidité (évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire).

L'OMS a défini un cadre mondial d'élimination des hépatites B et C au cours de l'assemblée mondiale de la santé 2014, puis a publié en juin 2016 sa « stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 » (23), où elle fixe comme objectif l'élimination du virus de l'hépatite C pour 2030. L'élimination est définie comme une diminution de 90% des nouvelles infections associée à une réduction de la mortalité liée au VHC de 65%.

En France, on retrouve cette même volonté d'éradication dans le « Plan Priorité Prévention 2018-2022 » (24), avec un souhait d'éliminer le VHC d'ici 2025, par le biais de l'ouverture de la prescription à l'ensemble des médecins, le renforcement des stratégies de prévention envers des populations à risque et avec un accès difficile aux soins et par la promotion du dépistage rapide de proximité, les TROD.

2.2- Prise en charge simplifiée de l'hépatite C en ambulatoire et ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes

En mars 2018, l'AFEF avec le soutien de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) publie des recommandations pour une prise en charge simplifiée de l'hépatite C en ambulatoire (18), qui répond à l'objectif national de santé publique d'obtenir l'élimination du VHC avant 2025 sans perte de chance pour le patient.

La prise en charge simplifiée en ambulatoire permet de favoriser un suivi régulier et une bonne observance, ce qui jusqu'à présent était un problème majeur dans la lutte contre le VHC avec un grand nombre de ruptures de suivi. En effet, les patients à risque d'hépatite C sont souvent éloignés du système de soins du fait de problématiques socio-économiques et de précarité sociale. Le parcours simplifié permet d'optimiser les chances de garder un suivi régulier puisqu'il repose sur la prise en charge du patient au plus proche de son lieu de vie ou dans un lieu où il est déjà suivi (CSAPA, USMP, cabinets médicaux, maison de santé pluridisciplinaire…).

L'objectif du parcours simplifié est aussi que tous les médecins doivent pouvoir prescrire les agents antiviraux directs et que ces molécules doivent être disponibles dans l'ensemble des pharmacies. Les traitements prescrits dans ce parcours simplifié sont des molécules efficaces et bien tolérées, ce qui n'était pas le cas des anciens traitements et sont strictement identiques à celles utilisées par les spécialistes en ville ou en hospitalier (gastro-entérologues, infectiologues).

La prise en charge simplifiée se fait donc au plus proche des patients avec des traitements adaptés et efficaces permettant une bonne observance et un suivi optimal, il s'agit bien là d'un gain de chance pour être guéri sans perte de chance.

Faisant suite à cela, l'HAS publie en mars 2019 (mise à jour septembre 2019) des recommandations sur la prise en charge simplifiée chez l'adulte de l'hépatite C, ces mesures sont concordantes avec celles émises par l'AFEF (20). En effet, du fait de l'accès aux antiviraux à action directe par l'ensemble des médecins et la possibilité d'une prise en charge simplifiée, il est désormais possible de reconsidérer le modèle de prise en charge hospitalier spécialisé de l'hépatite C, au profit de parcours de proximité.

Enfin c'est le 20 mai 2019, que l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) et le Ministère des Solidarités et de la Santé, décident de l'ouverture de la prescription des antiviraux d'action directe (Maviret® soit Glécaprévir/Pibrentasvir et Epclusa® soit Sofosbuvir/Velpatasvir) à tous les médecins et notamment les médecins généralistes (25).

2.3- Notre point de vue

De par les objectifs fixés par l'OMS et approuvés par la France, de part des traitements efficaces avec très peu d'effets indésirab pour les patients et de par l'ouverture de la prescription de deux antiviraux d'action directe aux médecins généralistes nous avons voulu réaliser cette thèse afin de déterminer les attentes et les freins des médecins généralistes mais aussi des patients quant au dépistage et au traitement de l'hépatite C.

Nous avons souhaité avoir l'avis des patients et des médecins car la prise en charge d'une maladie et notamment de l'hépatite C ne peut se faire sans une collaboration étroite entre ces deux parties.

2.4- Objectif de la thèse

Objectif principal : Décrire les attentes et les freins des médecins généralistes et des patients à la primo-prescription du traitement par antiviraux directs chez les patients ayant une hépatite C par les médecins généralistes.

Objectif secondaire : Décrire les attentes et les freins des médecins généralistes et des patients au dépistage de l'hépatite C chez les patients à risque par les médecins généralistes.

3. Question de recherche

Quelles sont les attentes et les freins des médecins généralistes et des patients au dépistage et au traitement de l'hépatite C chronique en médecine générale ?

4. Rôle des thésardes

Au commencement du travail, chacune des thésardes avait une population sur laquelle réaliser les entretiens (soit les patients soit les médecins), puis finalement il nous a paru intéressant de se partager entièrement le travail, et chaque thésarde a pu réaliser les entretiens sur les deux populations étudiées.Le travail en binôme nous a permis de réaliser un double codage des données pour cette étude qualitative.

La chronologie de la réalisation de ce travail de recherche peut être résumé comme suit :

- Aout 2019 : Bibliographie préalable
- Automne/Hiver 2019 : Réalisation des grilles d'entretiens des médecins et des patients
- Printemps/Eté/Automne 2020 : Recrutement et réalisation des entretiens individuels des médecins généralistes d'Aquitaine. Codage des entretiens
- Octobre 2020 : Obtention de l'avis du Comité d'Ethique du CNGE nous autorisant la réalisation des entretiens patients, modification de la grille d'entretien patient suite à cet avis.
- Hiver 2020/2021 : Réalisation des entretiens individuels des patients d'Aquitaine. Codage des entretiens
- Hiver 2021 : Analyse des verbatims selon la théorie ancrée.
- Printemps/Eté 2021 : écriture de la thèse

ARTICLE N°1 : PRISE EN CHARGE SIMPLIFIEE DE L'HEPATITE C : ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET LES FREINS DES MEDECINS GENERALISTES

1. Introduction

La prévalence de l'hépatite C chronique en France a été estimée en 2016 à 0,30% chez les 18/75 ans. (1). L'incidence de l'hépatite C chronique a été estimée à 5500 par an en France dont 80% chez les usagers de drogues (2).
L'hépatite C se transmet essentiellement par voie sanguine. L'usage de drogues intraveineuses et /ou per nasale reste la principale cause de transmission en France (3)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini un cadre mondial d'élimination des hépatites B et C (4). La France a publié le « Plan Priorité Prévention 2018-2022 » (5), avec un souhait d'éliminer le VHC d'ici 2025. Différents moyens ont été mis en place : l'ouverture de la prescription à l'ensemble des médecins, le renforcement des stratégies de prévention envers des populations à risques dont l'accès aux soins est difficile et la promotion du dépistage rapide de proximité, les TROD.

Au niveau thérapeutique des recommandations de prises en charge simplifiées ont été publiées (6), (7). Elles comportent l'ouverture à la prescription d'associations de deux antiviraux directs , Glécaprévir/Pibrentasvir (Maviret®) et Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa®) à tous les médecins y compris les généralistes (8).

Le médecin généraliste passe alors en première ligne pour la prise en charge d'une partie des patients atteints d'hépatite C chronique.

Devant ce nouveau modèle de prise en charge, nous avons voulu connaître l'attitude actuelle des médecins généralistes, leurs opinions et leurs envies de réaliser cette prescription.

L'objectif de cette étude est de décrire les attentes et les freins des médecins généralistes quant à la primo-prescription du traitement par antiviraux directs chez les patients ayant une hépatite C.

2. Méthode

Une étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-dirigés entre Février et Novembre 2020. Ces entretiens ont été réalisés par deux chercheuses médecins généralistes, avec la moitié des entretiens réalisés par l'une et l'autre moitié par l'autre. Pour être inclus, les médecins devaient avoir une activité libérale, exclusive ou non et exercer en Nouvelle Aquitaine. Les médecins ont été recrutés de façon directe et par effet boule de neige. Le recrutement a été raisonné selon le sexe, l'âge (plus ou moins de 45 ans) et le lieu d'exercice (urbain ou rural) des médecins .

Le guide d'entretien constitué de questions ouvertes et de questions de relances a été construit par les deux chercheuses et validé par les deux directeurs de recherche. Le guide a été modifié après les premiers entretiens.

Les entretiens ont été réalisés en face à face ou par visioconférence. Ils ont été enregistrés après consentement oral sur deux supports d'enregistrement vocal, puis retranscrits en totalité sur un logiciel de traitement de texte (Word ou Pages selon les chercheuses). Les entretiens ont été anonymisés .
La saturation des données a été considérée comme atteinte lorsque deux entretiens successifs n'apportaient pas de nouveaux codes .
Les données ont été analysées selon la théorie ancrée. Le codage des entretiens a été effectué avec la suite RQDA du logiciel R et a été réalisé de façon indépendante par les deux chercheuses permettant la triangulation des données. Chaque discordance a été discutée puis résolue au cours d'appels téléphoniques. Les appellations condensées ont ensuite été regroupées en catégories et thèmes. Ce regroupement a permis d'extraire des idées principales et des hypothèses.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

3. Résultats

3.1- Description de la population interrogée

	Age et sexe *	Lieu et mode d'exercice	Avis et habitudes au sujet de la Primo prescription (PP)
A	H 55 ans	Urbain / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
B	H 41 ans	Urbain / cabinet de groupe	Absence de PP / non opposé
C	F 49 ans	Rural / cabinet seule	Absence de PP / réticent
D	F 33 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP/ non opposé
E	F 58 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
F	H 30 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
G	F 52 ans	Urbain / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
H	H 55 ans	Urbain / cabinet de groupe	Absence de PP / non opposé
I	F 34 ans	Urbain / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
J	H 61 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
K	F 35 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
L	H 37 ans	Urbain / cabinet de groupe	A déjà prescrit
M	F 40 ans	Urbain / cabinet de groupe	Avis qui à évolué suite à sa première PP
N	H 47 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / non opposé
O	H 36 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
P	F 61 ans	Rural / cabinet seule	Absence de PP / réticent
Q	F 47 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / non opposé
R	H 57 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
S	H 33 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
T	F 45 ans	Urbain / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
U	H 57 ans	Rural / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent
V	F 34 ans	Urbain / cabinet de groupe	Absence de PP / réticent

Tableau n°1 : Caractéristiques des médecins

*M : Masculin ; F : Féminin

3.2- Engagement envers la primo prescription variable en fonction des médecins

Sur les vingt-deux médecins interrogés, seul deux ignoraient l'ouverture de la primo prescription. Cinq groupes ont été identifiés selon leur opinion et intérêt quant à cette pratique.

- PAS DE BESOIN RESSENTI

Certains médecins n'en ressentaient pas le besoin du fait d'efforts de formation importants pour une pathologie considérée comme peu fréquente.

« Parce que je ne me sens pas concerné »

Une petite partie des médecins interrogés ne se sentait pas concernée par cette pathologie, d'autant qu'ils n'étaient pas intervenus dans la prise en charge.

« À la campagne il y a moins de personnes à risques »

Certains médecins exerçant en rural, ont déclaré avoir moins de patients à risques que leurs collègues exerçant en urbain .

« En plus on a des spécialistes qui le font très bien et qui sont quand même accessible »

Les médecins ont exprimé pour la plupart avoir de bonnes relations et un accès facilité aux spécialistes locaux *« on a un bon réseau, on a de bonnes relations »*. La quasi-totalité des patients traités pour une hépatite C chronique l'ont été par un gastro entérologue ou par un infectiologue .

Certains médecins ont exprimé le fait d'être rassurés quand les patients étaient pris en charge par un spécialiste *« moi je pense que ça me rassure parce que le patient il a un suivi régulier par le spécialiste »*

« C'est moins un problème que ça n'était il y a 30 ans »

Pour un médecin, l'hépatite C n'était plus un problème au vu du traitement efficace dans la quasi-totalité des cas.

« Ça sera quelque chose qu'on fera très peu »

Les médecins ont exprimé avoir un nombre de cas d'hépatite C chronique restreint dans leurs patientèles *« en fait j'en n'ai pas beaucoup »*. Cela entraînait une pratique peu fréquente et une réactualisation régulière des connaissances *« c'est aussi le fait que c'est trop occasionnel pour*

que j'occupe du temps et mon esprit à acquérir une nouvelle compétence qui me servira pas très régulièrement ». Les différents médecins interrogés ont rapporté suivre moins de cinq patients atteints d'hépatite C chronique. De même, ils ont déclaré avoir peu ou même aucun patient considéré comme à risque.

- DES MEDECINS RETICENTS

Pour d'autres, des réserves ont été évoquées sur l'intérêt de la primo prescription dans leur pratique:

« J'ai l'impression que ça ne serait plus mon rôle de médecin généraliste »

Quelque uns ont formulé que la prise en charge de l'hépatite C chronique ne faisait pas partie de leur rôle en tant que médecin généraliste *« et puis après on passe le relais »*. De plus ils ont exprimé la nécessité de pratiquer régulièrement certains actes pour être à l'aise *« ben moi je trouve qu'on fait bien ce qu'on fait souvent »*

« Parce que le problème en médecine générale ça va être le problème du temps »

Les médecins estimaient ne pas avoir assez de temps lors des consultations pour aborder le sujet de l'hépatite C et pour prendre en charge cette pathologie « *c'est compliqué car quand tu vois les patients , ils ont déjà un, deux, voire trois motifs de consultation »*. Le fait de réorienter vers le spécialiste optimisait le temps du médecin généraliste *« et puis ça fait gagner du tempscomme ça »*. L'ouverture de consultations dédiées à la prévention a été évoquée par certains médecins *« il faudrait vraiment qu'il y ait une consultation de prévention mais qui dure une heure.»*

« Ce traitement qui coûte très cher »

Les médecins ont estimé le coût du traitement de l'hépatite C chronique comme important. Prescrire ce traitement dans une mauvaise indication ou chez un patient mal observant a été soulevé comme frein.

Selon les médecins, leurs patients ont été préoccupés par ce sujet *« le coût de la santé revient beaucoup dans la bouche des gens maintenant »*

« C'est pas anodin »

L'hépatite C chronique est perçue par quelques médecins comme une pathologie grave, et notamment par la génération de médecins ayant vécu les premiers traitements *« moi je suis de cette génération où quand on avait une hépatite C ouff c'était, c'était le début des traitements par interféron et c'était compliqué »*.

Les nouveaux traitements sont perçus comme complexes *« on se dit que le traitement va être difficile à gérer »*.

« Les patients toxicomanes sont plus difficiles à prendre en charge »

Les usagers de drogues intra veineuses sont considérés comme une population à risque par les médecins généralistes. Ils considéraient leur prise en charge en structure spécialisée bénéfique *« tu vois des patients toxicomanes là je pense que je céderais pour une consulte spé dans le sens qui ait une prise en charge plus globale »*.

Outre les patients usagers de drogues, d'autres catégories de patients (jeunes, présentant des troubles cognitifs ou présentant des comorbidités) ont été considérés comme plus difficiles à prendre en charge *« qui a quelques troubles cognitifs, je suis un peu stressée par rapport à ça »*.

L'observance du patient a été évoquée *« il faut une bonne observance, en fait s'il fait n'importe quoi qu'il se fait pas suivre je vais pas aller à la pêche tout le temps »*.

« Je ne l'aborde pas systématiquement avec mes patients »

Une partie des médecins nous ont expliqué ne pas aborder systématiquement l'hépatite C avec leurs patients atteints, ces derniers bénéficiant souvent d'un suivi spécialisé. Les consultations avec les médecins généralistes étaient plus rares et généralement pour d'autres motifs *« qu'il vient me voir au coup par coup enfin au lance pierre quoi pas très souvent »*.

« Il y a des choses qu'ils ont oublié ou dont ils n'ont pas envie de me parler » D'après les médecins certains patients atteints d'hépatite C chronique n'ont pas souhaitéaborder leur pathologie avec eux. L'envie d'oublier a été mentionnée *« j'ai l'impression que,voilà soit les patients ont un peu envie d'oublier l'aventure de l 'hépatite C, notamment parceque ça a pu être lié à une période de vie un peu agitée »*. Une pudeur envers des pratiques àrisques a aussi été mentionnée *« que je sais que les patients ne vont pas tout me raconter, leur antécédent d'essaie de toxicomanie ou de tatouage sous l'aisselle fait il y a 45 ans »*.

- DES MEDECINS NON OPPOSÉS

Certains médecins ont déclaré être favorables à la primo prescription mais n'ont pas encore eu l'occasion de réaliser cette pratique.

« Je suis prête à changer mes pratiques »

Quelques médecins ont évoqué le fait de pouvoir modifier leurs pratiques professionnelles concernant le traitement de l'hépatite C *« si on me dit que ça marche très bien avec des chiffres à l'appui je changerai mon fusil d'épaule ».* L'intérêt pour cette nouvelle pratique a aussi été évoqué *« ça m'intéresse de le faire ».*

Le besoin de réaliser la primo prescription au moins une fois pour être à l'aise a été mentionnée par certains médecins.

« Ça m'a vraiment fait changer le regard quoi »

L'expérience de certains médecins ayant des patients traités par les antiviraux directs a entraîné une modification de leur point de vue « *ça s'est super bien passé »*. Quelque uns ont évoqué la notion de « progrès thérapeutique majeur » avec des traitements simples et efficaces *« ça n'a pas l'air d'être un médicament qui soit difficile à manipuler donc ça m'inquiète pas forcement ».*

« Et puis parmi les patients il y en a certains qui sont susceptibles de sortir du circuit de soin parce que la maladie est associée quand même parfois à des problèmes sociaux, je pense que pour les patients ça serait une motivation pour le faire ».

L'ouverture de la primo prescription aux médecins généralistes est considérée comme positive pour certaines catégories de patients, notamment ceux refusant de voir les spécialistes ou les patients considérés comme précaires socialement.

« Une volonté du patient, une discussion entre nous deux ».

L'avis du patient sur sa prise en charge a été noté comme un point important pour un des médecins interrogés.

« Parce que l'objectif c'est aussi de soulager l'hôpital »

Un autre médecin a évoqué le fait de pouvoir soulager l'hôpital avec cette pratique.

« Je pense que c'est bien parce que dans une zone rural il y a pas mal de patients qui n'ont pas nécessairement accès aux CEID, aux internistes et autres »

Le fait de résider dans une zone rurale peu desservie par des structures de soins a entrainé pour quelques médecins un avis favorable quant à la primo prescription.

« Moi je le fais parce que je sais que l'hépatite C est vraiment sous diagnostiquée »

Pour une partie des médecins interrogés l'hépatite C a été déclarée comme sous diagnostiquée.

- DES MÉDECINS DÉJÀ D'ACCORD

Un des médecins interrogés a déjà réalisé cette prescription plusieurs fois. Ce médecin exerçait lors de l'entretien une double activité : l'une en libéral, l'autre dans un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'hébergement. Il a été identifié par ses collègues comme prenant en charge des patients usagers de drogues.

Il a exprimé la nécessité pour les médecins de pouvoir parler de sexualité ou de consommation de drogues avec leurs patients sans gène.

Il a été favorable à l'ouverture de la primo prescription notamment car les médecins généralistes drainaient une large population *« les médecins généralistes, je pense que c'est eux qui voient le plus large de la population »*. Cela permettait d'éviter de perdre du temps lors du diagnostic. Enfin cela évitait de perdre de vue les patients ne voulant pas de prises en charge spécialisées. La mise en place du traitement a été considérée comme simple *« mais bon c'est pas compliqué »*. Cependant malgré cette simplicité il a estimé que les médecins généralistes devaient se sentir prêts *« après le traitement ben c'est voilà c'est comme il le sent, s'il se sent capable de le faire ».* Il a aussi évoqué que les médecins voulant pratiquer cette prescription devaient bénéficier d'une formation adéquate » c'est au médecin de se former quoi , ou éventuellementde demander avis avec le gastro « qu'est-ce que je fais » pour pouvoir traiter lui-même » L'image des anciens traitements a été considérée comme négative dans la prise en charge descas d'hépatite C. Pour les patients comme pour les médecins *« leur rappeler que les nouveaux traitements n'ont rien à voir avec les anciens traitements* »

- UN AVIS QUI EVOLUE

Une autre médecin interrogée a réalisé cette prescription récemment sur une de ses patientes. Elle a exprimé avoir changé d'avis sur cette pratique. Elle exerçait en urbain lors de l'entretien avec une partie de sa patientèle considérée comme à risques (usagers de drogues et migrants). Elle a décrit une appréhension avant la primo prescription *« j'étais assez frileuse au début »*. D'une part par peur de mal faire en rapport au coût du traitement. D'autre part par peur des potentiels effets secondaires .

Les visiteurs médicaux ont initié sa réflexion sur la prise en charge de l'hépatite C. Puis elle a réalisé une formation lui permettant de poser ces questions et de la rassurer *« le fait d'avoir pu avoir cette petite formation, cette petite soirée avec le Dr Foucher, les addictologues ça a vraiment permis de nous lâcher, de pouvoir le faire.»*

Elle a décrit son expérience comme positive et était prête à prescrire ce type de traitement à nouveau *« c'est même tellement simple qu'on est triste de ne pas l'avoir eue avant quoi* ».

L'image des anciens traitements est aussi revenue dans son discours. Elle a mentionné la nécessité d'expliquer au patient pour obtenir son adhésion.

- LE RÔLE DES MÉDECINS

« Enfin mon rôle il est quand même central »

Les médecins interrogés ont estimé leur place comme centrale et de coordination dans la prise en charge du patient *« on peut faire la coordination entre les différents effecteurs, qu'on soit au centre de la prise en charge me parait normal, après être au centre ça ne veut pas dire qu'onva mettre le traitement »*. D'une part ils ont déclaré être la première ligne de consultation du patient, d'autre part ils ont déclaré drainer une large population. Pour certains médecins cette proximité a permis une prise en charge plus rapide de la pathologie et une simplification du parcours de soins *« si c'est ouvert aux médecins généralistes c'est qu'il doit y avoir une raison assez intéressante à ce qu'on le fasse, probablement parce qu'on est en première ligne, qu'on les dépiste et qu'on peut mettre vite en route le traitement »*.

« Dépistage essentiellement », « On a un rôle dans le suivi de ces patients »

Pour quelques médecins leur rôle a consisté au dépistage et au suivi de l'hépatite C, la mise en place du traitement étant réservée au spécialiste.

« On est là pour les écouter »

Certains ont déclaré que leur rôle résidait dans l'accompagnement et l'explication au patient.

« La prévention »

Enfin une partie des médecins interrogés ont estimé que la prévention et la réduction des risques globaux ont fait partie de leur rôle en tant que médecin généraliste.

3.3- Freins qui peuvent être diminués par le réseau et la formation

Le principal frein qui a été évoqué par les médecins généralistes a été le manque de connaissance sur les traitements .

- MEDECINS QUI NE SE SENTENT PAS ASSEZ FORMES POUR TRAITER EUX MEMES

« Mais moi je me vois pas prescrire »

Une partie des médecins a déclaré ne pas se sentir capable de réaliser la prescription des antiviraux. La notion de perte de chance pour le patient est revenue *« enfin pour moi c'est une perte de chance pour le patient, enfin même si le traitement est très simple à partir du moment où on a pas l'expérience en la matière heu ça me semble ouais »*. La peur de prescrire ces traitements de façon inadéquate a été évoquée *« j'avais peur de le prescrire pour des personnes qui, qui n'étaient pas, qui rentraient pas dans les indications, de mal le prescrire, de pas faire le bon test initial »*

« Mais là je maîtrise pas »

Le manque de connaissances sur la maladie, les traitements et les nouvelles recommandations sont revenus comme un frein pour les médecins *« ah ben c'est mon frein personnel, c'est à dire que je ne me sens pas à l'heure d'aujourd'hui suffisamment formé sur l'hépatite C »*.

«Je le ferais volontiers à partir du moment où effectivement où je serais plus à l'aise, je me sentirais plus à l'aise de le faire »

Le manque d'expérience est aussi revenu comme un frein important pour introduire un traitement antiviral direct.

« Il faudrait effectivement que je fasse une formation là-dessus »

Pour pallier au manque de connaissances les médecins interrogés ont évoqué les formations. Séminaires, formations avec les spécialistes locaux, formations avec les visiteurs médicaux, formations personnelles avec des recherches bibliographiques. Si la nécessité d'une formation a été majoritaire, une minorité cependant a estimé être prête à la réaliser concrètement.

L'outil informatique est revenu comme une aide à la prise en charge de l'hépatite C *« où tout est résumé dans une appli ou dans un site internet ».*

- IMPORTANCE DU RESEAU SPECIALISTE

Pour les médecins généralistes, le travail en collaboration avec les spécialistes a été considéré comme nécessaire. D'une part la réassurance du médecin par le spécialiste a été établie *« donc l'avis du spécialiste permet d'abord de rassurer le patient, de me rassurer en même temps , que je n'ai pas dit de conneries ».* D'autre part d'un point de vue légal , l'avis d'un spécialiste a été considéré comme obligatoire *« donc il y aura toujours un superviseur pour moi, je crois que c'*est *le côté médico légal .»*

Certains médecins ont exprimé la nécessité de voir plusieurs cas traités par les spécialistes avant de les prendre en charge.

« Je pense que je serais quand même rassurée tu vois s'il y avait une sorte de centre de référence »

La notion de « réseau VHC » est apparue dans les entretiens. Les médecins ont évoqué l'idée d'une ligne téléphonique 24/24 pour les avis. Des ordonnances pré établies ont aussi été mentionnées.

La possibilité d'un relais hospitalier a été évoquée chez un médecin.

« C'est le réseau local »

En parallèle au centre de référence, le développement du réseau local parait important chez les

médecins *« si je me sens pas de le faire j'appelle un gastro, j'appelle un ami »*.

- UME MEILLEURE GESTION DE L'INFORMATION

« Mais il faut davantage nous informer et une information simple, parce que c'est vrai que tu le verras on reçoit beaucoup de courrier par jour »

Un manque de communication sur l'ouverture de la primo prescription a été exprimé.
Les médecins ont estimé recevoir trop d'informations et de façon non ciblée.

« Moi j'aime bien le concept du patient un peu acteur de sa santé »

Quelques médecins ont évoqué la nécessité que le patient soit au centre de sa prise en charge *« pour les inciter à demander si j'y pense pas »*. L'information pourrait être délivrée directement au patient, par le biais de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ou de poster dans les cabinets par exemple.

- ENVIE ET MOTIVATION

L'envie et la motivation pour se former ainsi que l'intérêt pour l'hépatite C ont été déclarées comme frein par une partie des médecins *« c'est pas garantie que s'il y a une formation sur l'hépatite C ce soit la première à laquelle j'irai ».*

4. Discussion

Les médecins ayant déjà initié une primo prescription avaient des profils d'activités différents mais une patientèle peut être plus à risque. Le type d'exercice médical et la patientèle des médecins influencent probablement leurs pratiques.
Le lieu d'exercice joue aussi un rôle dans l'intérêt que portent les médecins à la prescription des antiviraux directs . Cette notion est aussi rapportée dans une thèse explorant les perceptions des médecins généralistes sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH (9). L'importance de la prescription de la PrEP est influencée par le lieu d'exercice du médecin.

Certains médecins ont envisagé la prescription des antiviraux directs si un diagnostic d'hépatite C chronique venait à se faire dans le futur. Nous avons remarqué une certaine ambivalence à ce sujet. Les médecins ont exprimé ne pas se sentir assez formés pour pouvoir prendre en charge eux même les patients atteints d'hépatite C. Cependant quelque uns ont évoqué le fait d'être peu motivés pour participer à ce type de formation.

Une étude réalisée en Nouvelle Zélande (10) a démontré une augmentation de la prescription des antiviraux directs chez les médecins généralistes préalablement formés.
Une étude Ecossaise publiée en 2020 (11) a mentionné la formation comme étant un levier important pour les médecins prescrivant des antiviraux directs . Outre la formation, la notion de soins partagés avec les spécialistes est ressortie comme nécessaire. Dans notre étude certains médecins ont évoqué la nécessité d'une discussion entre médecins généralistes et spécialistes comme condition à la prescription .
La plupart des médecins de cette étude Ecossaise , a considéré la prise en charge de l'hépatite C chronique comme simple. Cependant elle nécessite parfois une expertise spécialisée , ce qui n'était plus de leur rôle. Dans notre étude l'avis sur la complexité de la prise en charge a été partagée.

Les médecins ont estimé que leur rôle consistait majoritairement dans la coordination des soins et la prévention. L'enquête du Baromètre santé de 2009 (12) en témoigne , et décrit la majorité des médecins au centre de la prévention.
Une étude Américaine publiée en 2005 (13) confirme que les médecins généralistes ont un rôle central dans le dépistage et le diagnostic , mais leur rôle est moins prépondérant dans la prise en charge thérapeutique .

Dans notre étude , les médecins ont déclaré aborder peu l'hépatite C chez leurs patients atteints ou non de cette pathologie. Les médecins ont aussi déclaré que les patients n'abordaient pas spontanément ce sujet. En parallèle , l'abord des situations à risques tel que la toxicomanie ou la vie sexuelle n'est pas systématique chez tous les médecins. Dans l'enquête baromètre santé (12) les médecins ont déclaré avoir plus de difficultés à aborder ces deux sujets.

Le coût du traitement est aussi un argument. En France les frais de santé sont pris en charge, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays. En Nouvelle Zélande (10) le manque de remboursement des traitements est mentionné comme l'un des freins principaux à la prescription; s'y associe le nombre de cas peu importants de patient atteints d'hépatite C chronique .

La prise en charge par les médecins de premiers recours a été étudiée dans plusieurs pays. Certains semblent plus en avance que la France dans cette pratique. En Australie la primo prescription des antiviraux directs est ouverte aux médecins généralistes depuis 2016. La proportion de patients traités par les médecins généralistes est passée de 8 % en mars 2016 à 31 % en décembre 2016)14(.

L'objectif français d'éradication de l'hépatite C chronique pour 2025 semble ambitieux. Notre étude révèle qu'une grande partie des médecins interrogés ne semble pas prête à réaliser cette pratique dans l'immédiat. Quels moyens pourraient être mis en œuvre pour atteindre cet objectif ?

La crise sanitaire récente a mis en exergue une augmentation de la précarité et de l'isolement d'une partie de la population. Elle a eu comme conséquences : une augmentation de la réticence des patients à une prise en charge hospitalière. Un recentrage vers le généraliste qui est le médecin de proximité .

Notre étude présente plusieurs forces. Cette étude est d'autant plus d'actualité que la primo prescription est ouverte depuis peu aux médecins généralistes. Elle reste cependant peu fréquente. Nous avons trouvé dans la littérature peu d'études évaluant l'avis des médecins généralistes français sur cette nouvelle pratique. Une étude qualitative nous a semblé plus pertinente pour recueillir les perceptions des médecins. Les entretiens semi-dirigés nous ont

permis d'obtenir le plus de données possibles en s'adaptant à chaque interlocuteur. La triangulation des données a permis une meilleure analyse des verbatims.

Elle présente aussi quelques limites. Cette étude est le premier travail qualitatif des deux chercheuses. Initialement il était prévu que les entretiens se fassent en face à face. Au vu du contexte sanitaire, certains ont dû se faire en visioconférence. Le recrutement des médecins s'est fait principalement par connaissance avec les chercheuses, soit lors de stage d'internat, soit lors de remplacement.

5. Conclusion

L'objectif d'élimination de l'hépatite C a entraîné l'ouverture de la prescription de deux antiviraux directs aux médecins généralistes.
Une partie des médecins interrogés étaient favorables à cette pratique. D'autres n'en voyaient pas l'intérêt. Certains étaient plutôt réticents . Seuls deux médecins avaient déjà prescrit .
Nous avons pu déterminer les freins dont les principaux étaient le manque de connaissances sur les traitements, le temps nécessaire à la formation et le peu de cas rencontrés . La motivation des médecins était variable. La collaboration entre spécialiste et généraliste s'est avérée importante et nécessaire à la réalisation de la prescription. Elle compensait le manque de connaissances et le manque de temps.

Une étude réalisée en simultané , a étudié les attentes et les freins de patients quant à la prise en charge de l'hépatite C par les médecins généralistes .

6. Références

1) Brouard C, Saboni L, Gautier A et al. HCV and HBV prevalence based on home blood self-sampling and screening history in the general population in 2016: contribution to the new French screening strategy. BMC Infectious diseases. 2019
2) Haute autorité de santé. Evaluation des stratégies de dépistage des personnes infextées par le virus de l'hépatite C - Volet 1 Evaluer l'efficience des stratégies de dépistage. Saint Denis : Haute autorité de santé; 2019.
3) Leon L, Kasereka S, Barin F et al. Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug users in France, 2004-2011: model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys. Epidemiology and infection. 2017;145:895-907.
4) OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021 [Internet].OMS ;juin 2016 [consulté le 15/11/2010].Disponible sur : https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/fr/
5) Ministère des Solidarités et de la Santé.Priorité prévention, Dossier de Presse 26 mars 2018 [Internet].[consulté le 15/11/2020].Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
6) Association française pour l'étude du foie. Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. Association française pour l'étude du foie; 2018
7) Haute autorité de santé. Hépatite C : Prise en charge simplifiée chez l'adulte. Saint Denis : Haute autorité de santé; 2019.
8) Ministère des Solidarités et de la Santé.Communiqué de presse : Simplification de l'accès au traitement contre l'hépatite C chronique [Internet].20 mai 2019 [consulté le 16/11/2020].Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190520_-_cp_-_la_france_est_engage_dans_la_lutte_contre_l_hepatite.pdf
9) Daire C, Junquero P. Comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées perçoivent ils et envisagent ils la prophylaxie pré exposition au VIH. Thèse de médecine, Toulouse : Université Toulouse III; 2019
10) Johnson S, Aluzaite K, Taar A et al. Identifying barriers to treatment of HCV in the primary care setting. Hepatol Int. 2019 Jan;13(1):58-65.

11) Whiteley D, Speakman E, Elliott L et al. Provider-related barriers and enablers to the provision of hepatitis C treatment by general practitioners in Scotland: A behaviour change analysis. J Viral Hepat. 2021 Mar;28(3):528-537.
12) Gauthier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. ADSP. 2011 Dec;77:6-10.
13) Clark EC, Yawn BP, Galliher JM et al. Hepatitis C identification and management by family physicians. Fam Med. 2005 Oct;37(9):644-9.
14) The Kirby Institute. Monitoring hepatitis C treatment uptake in Australia [Internet]. The Kirby Institute, UNSW Sydney; July 2017 [consulté le 04/07/2021]. Disponible sur : https://kirby.unsw.edu.au/report/monitoring-hepatitis-c-treatment-uptake- australia-issue-7-july-2017.

Résumé

Contexte : L'objectif d'éradication de l'hépatite C a entrainé l'ouverture de la prescription de deux antiviraux directs aux médecins généraliste depuis mars 2019.

Objectif : Explorer les attentes et les freins des médecins généralistes quant à la prise en charge simplifiée de l'hépatite C chronique.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes de la Nouvelle Aquitaine entre Février et Novembre 2020. L'analyse des verbatim à été réalisé par deux chercheuses selon le principe de la théorie ancrée.

Résultats : Vingts deux médecins ont été interrogés. Deux médecins avait déjà prescrit les antiviraux directs à leurs patients. Deux n'étaient pas au courant de l'ouverture de la primo prescription. Certains étaient considérés comme réticents et d'autres comme favorables à la prescription. Certains n'en ressentaient pas le besoin. Les freins évoqués ont été majoritairement le manque de formation et le peu de cas. Ils peuvent être levés par une formation adaptée selon la motivation du médecin. Un autre levier est la collaboration entre médecins et spécialistes.

Conclusion : Cette étude a permis de connaitre les attentes et les freins des médecins quant à la prise en charge simplifiée de l'hépatite C chronique. Malgré un avis plutôt favorable à une prise en charge ambulatoire, de nombreux freins semblent entraver la mise en pratique. Le développement de cette prise en charge semble nécessaire pour atteindre les objectifs de l'OMS.

Mots clefs : étude qualitative, hépatite C chronique, soins de santé primaire, soins ambulatoires, médecine générale, médecins généralistes, rôle médical.

Abstract

Background: The objective of ending hepatitis C involved the opening of the primary prescription of two direct-acting antivirals to general practitioners since March 2019.

Objectives: Explore the general practitioners' expectations and reluctances regarding the simplified treatment of chronic hepatitis C.

Method: Qualitative semi-structured interviews conducted with general practitioners in Nouvelle Aquitaine between February and November 2020. The verbatim analysis was carried out by two researchers using the grounded theory approach.

Results: Twenty-two doctors were interviewed. Two of them had already prescribed direct-acting antivirals to their patients. Two others were not aware about the opening of the primary prescription. Some of them did not feel the need of doing so. They predominantly mentioned the lack of training and the low number of cases. Those bottlenecks can be lifted with an adapted training according to the doctor's motivation. Another lever is the collaboration between general practitioners and specialists.

Conclusions: The results of this study have allowed a better understanding of the general practitioners' expectations and reluctances regarding the simplified treatment of hepatitis C. Despite a rather positive opinion regarding the out-patient care, there are several obstacles that seem preventing its implementation. Its development seems necessary to reach WHO objectives.

Keywords: qualitative study, chronic hepatitis C, primary health care, out-patient care, general medicine, general practitioners, medical role.

ARTICLE N°2 : PRISE EN CHARGE SIMPLIFIEE DE L'HEPATITE C : ETUDE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES ET LES FREINS DES PATIENTS A UNE PRISE EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE

1. Introduction

L'épidémie d'hépatite C reste active en France : des données non publiées par Santé Publique France mais retransmises par l'HAS estiment en 2019 à 5500 le nombre de nouvelles infections chroniques par an en France, dont 80% chez les usagers de drogues (1). L'éradication du virus de l'hépatite C fait partie du « Plan Priorité Prévention 2018-2022 » défini par le Ministère des Solidarités et de la Santé (2). Cette éradication passe notamment par l'ouverture de la prescription des antiviraux d'action directe à l'ensemble des médecins et par le développement des stratégies de dépistage du VHC. En mai 2019 l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et le Ministère des Solidarités et de la Santé ouvrent officiellement la prescription de deux antiviraux d'action directe le glécaprévir/pibrentasvir (Maviret®) et le sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa®) à tous les médecins et notamment les médecins généralistes (3). Afin d'accompagner les médecins généralistes, l'HAS a émis des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge simplifiée chez l'adulte de l'hépatite C chronique (4). Celle-ci consiste en en une prise en charge au plus près du lieu de vie du patient.

Pour les patients atteints d'hépatite C, c'est désormais un nouveau modèle de prise en charge qui leur est proposé. Devant cette nouvelle opportunité de soins et n'ayant pas trouvé de données dans la littérature, nous avons souhaité connaître leurs avis.

L'objectif de cette étude était de décrire les attentes et les freins des patients vis à vis de la primo-prescription du traitement de l'hépatite chronique C par les médecins généralistes.

2. Méthode

Une étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-dirigés entre novembre 2020 et avril 2021. Ces entretiens ont été réalisés par les deux chercheuses médecins généralistes, avec la moitié des entretiens réalisés par l'une et l'autre moitié par l'autre. Pour être inclus, les patients devaient être majeurs, habiter en Nouvelle Aquitaine et soit avoir un antécédent d'hépatite C traitée ou non, guérie ou en cours de traitement, soit être à risque d'hépatite C. Les patients ont étés recrutés dans les patientèles de médecins généralistes libéraux contactés à cette occasion, les médecins proposaient à leurs patients atteints d'hépatite C ou à risque d'hépatite C de faire partie de cette étude et si ceux-ci donnaient leur accord c'est ensuite qu'ils étaient contactés par téléphone tout en gardant leur anonymat. Un deuxième lieu de recrutement a été choisi pour permettre d'interroger des patients à risque de VHC, il s'agissait de CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues).

Le guide d'entretien constitué de questions ouvertes et de questions de relance a été construit par les deux chercheuses et validé par les deux directeurs de recherche. Il a ensuite été modifié après les premiers entretiens.

Les entretiens ont été réalisés en face à face ou par visioconférence. Ils ont été enregistrés après consentement oral sur deux supports d'enregistrement vocal, puis retranscrits intégralement sur un logiciel de traitement de texte (Word ou Pages selon les chercheuses). Les entretiens ont été anonymisés. La saturation des données a été considérée atteinte lorsque deux entretiens successifs n'apportaient pas de nouveaux codes.

Les données ont été analysées selon la théorie ancrée. Le codage des entretiens a été effectué avec la suite RQDA du logiciel R et a été réalisé de façon indépendante par les deux chercheuses permettant la triangulation des données. Chaque discordance a été discutée puis résolue au cours d'appels téléphoniques. Les appellations condensées ont ensuite été regroupées en catégories et thèmes. Ce regroupement a permis d'extraire des idées principales et des hypothèses.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL, et a reçu l'avis favorable du Comité Ethique du CNGE.

3. Résultats

3.1- Description de la population

Au total, vingt et un patients ont été interrogés. Les caractéristiques des patients sont décrites dans le tableau n° 1. Chaque entretien a duré en moyenne 30 minutes (entre 18 et 55 minutes).

Age et sexe*	Statut vis-à-vis du VHC	Comorbidités et addictions	Type de traitement reçu	Type de prise en charge
63, M	VHC+ traité, guéri	Dépression, CHC**	Interféron+ Ribavirine puis Glécapravir+Pibrentasvir (Maviret)	Gastroentérologue
70, M	VHC+ en traitement	HTA	Velpatasvir+Sofosbuvir (Epclusa)	Médecin généraliste
55,F	VHC+ en traitement	Dyslipidémie	Glécapravir+Pibrentasvir (Maviret)	Médecin généraliste
76,F	VHC+ traité, guéri	Aucune	Ribavirine+Lédipasvir/Sofosbuvir (Harvoni)	Gastroentérologue
90,F	VHC+ en surveillance	Néoplasie colique, dépression	Aucun	Gastroentérologue
58, M	VHC+, échec 1er traitement	VIH+, Ancien UDIV***	Ne se souvient plus	Infectiologue
78, F	VHC+ traité, guéri	Dépression, polypes coliques	Velpatasvir+Sofosbuvir (Epclusa)	Gastroentérologue
87,F	VHC+ traité, guéri	Aucune	Interféron+ Ribavirine*2 puis Glécapravir+Pibrentasvir (Maviret)	Gastroentérologue puis infectiologue
26, H	VHC-, à risque sous PREP	Aucune	Aucun	Infectiologue pour la PREP
36, H	VHC-, à risque	UDIV	Aucun	CEID**** de Bordeaux
45, H	VHC+ traité, guéri	Cirrhose alcoolique, ancien UDIV	Glécapravir+Pibrentasvir (Maviret)	Médecin généraliste puis CEID de Bordeaux
29, H	VHC-, à risque	UDIV	Aucun	CEID de Bordeaux
49, H	VHC+ guérison spontanée, recontamination récente	UDIV et sniff	Aucun pour le moment	CEID de Bordeaux
39, H	VHC+ traité, guéri	Tabagisme	Velpatasvir+ Sofosbuvir (Epclusa)	CEID de Bordeaux
31,F	VHC-, à risque	UDIV et sniff	Aucun	CEID de Bordeaux
75,F	VHC+ traité, guéri	Hémochromatose	Interféron+Ribavirine	Gastroentérologue
67,F	VHC+ traité, guéri	Aucune	Interféron puis Interféron+ Ribavirine puis ne se souvient plus (2015)	Gastroentérologue
74,F	VHC+ traité, guéri	Aucune	Lédipasvir+Sofosbuvir (Harvoni)	Gastroentérologue
51, H	VHC-, à risque sous PREP	Dépression	Aucun	Infectiologue pour la PREP
62, H	VHC+ traité guéri à 2 reprises 2015 et 2019	VIH+ ,Diabète type 2	Interféron+ Ribavirine puis ne se souvient plus (2019)	Infectiologue
72,F	VHC+ traité guéri	Fibrose hépatique	Sofosbuvir+Ribavirine (Sovaldi+Copegus)	Gastroentérologue

Tableau n°2 : Caractéristiques des patients

*M : Masculin ; F : Féminin ** : Carcinome hépatocellulaire *** : Usager de drogue intraveineuse

**** : Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions

3.2- Une perception du risque variable en fonction des pratiques

« Ah oui fin par déduction car j'ai été polytransfusé » (Q)

Le mode de contamination par le VHC des patients avait un impact sur leur perception du risque et sur le fait de se sentir concerné par la maladie. Globalement les patients connaissaient tous l'origine de la contamination. La majorité des patients interrogés, avaient un antécédent de transfusion dans les années 1980 sans autre facteur de risque de VHC. Quelques patientes avaient eu recours à des actes de phlébologie avec une potentielle contamination par ce biais. Les patients contaminés par usage de drogues intraveineuse étaient principalement ceux interrogés au CEID de Bordeaux sauf un. Ce mode de contamination est resté minoritaire sur l'ensemble des patients interrogés. Deux des patients étaient porteur d'une co-infection à VIH-VHC et signalaient des rapports sexuels multiples non protégés *« he oui j'ai une petite idée oui, relations non protégées »* (T). Sur l'ensemble des patients, seulement cinq étaient indemnes de la maladie mais à risque de celle-ci, parmi eux figuraient deux patients sous PREP et trois usagers de drogue intraveineuse.

« Ben non, j'ai tiré un trait, non non » (Q)

La majorité des patients atteints et traités sans facteur de risque de VHC hormis leur antécédent de transfusion ou de geste médical invasif dans les années 1980 ne se sentaient pas concerné par la maladie. La plupart exprimant le fait qu'ils étaient guéris et que c'était de l'histoire ancienne *« oui pour moi personnellement c'est fini »* (R). Le fait de n'avoir jamais eu de symptômes de la maladie était aussi un argument *« et puis moi-même je n'ai jamais été malade, donc euh voilà »* (C). Certains avec une volonté d'oublier cet antécédent *« à la fois je veux oublier, c'est pour ça que j'oublie, c'est une chose que je veux rayer »* (H) qui était associé parfois à un vécu douloureux du fait d'une très mauvaise tolérance des traitements notamment de l'interféron *« je lui ai dit j'ai l'impression d'être une plante verte, quand on me donne de l'eau je revis un peu »* (P). En parallèle à cela, cette même catégorie de patients ne se considéraient pas à risque de VHC en le justifiant par l'absence de consommation de drogues (intraveineuse et autres) et de rapports sexuels non protégés à risque. L'absence de consommation d'alcool étaient pour beaucoup une raison supplémentaire citée « *alors maintenant je vais vous dire, j'ai une vie solitaire, l'alcool je n'en bois pas beaucoup, je vois pas pourquoi j'aurais une hépatite C »* (H).

« Ben on sait jamais, on peut rencontrer quelqu'un qui l'a et qui peut nous le transmettre, enfin, ça se transmet je pense, donc c'est pour ça que je me sens concerné… » (I)

Les deux patients sous PREP se sentaient à la fois concernés et à risque d'être contaminés par le VHC du fait de la transmissibilité de la maladie via les rapports homosexuels non protégés *« alors si c'est par rapport aux rapports sexuels que ça peut s'attraper alors là oui je me sens concerné »* (S). Ils exprimaient cependant le fait d'avoir très peu entendu parler du VHC *« non on parle surtout du VIH, mais après le reste pas forcément. »* (S) et de ses modes detransmission *« je sais pas trop … je sais pas comment on peut l'attraper, c'est ça qui m'embête »* (I). De la même façon, les deux patients porteurs d'une co-infection VIH-VHC exprimaient le fait d'être concernés et d'être à risque pour le même motif. L'un de ces deux patients mentionnait que le fait d'être séropositif pour le VIH entrainait un suivi médical régulier diminuant son risque de recontamination pour le VHC. ll préférait avoir des relations avec des partenaires séropositifs pour le VIH puisque ceux-ci seraient mieux suivis sur le planmédical *« je pense, enfin j'en ai un peu ma conviction, fréquenter des gens qui se disent séropositifs sous suivi médical, donc qui sont responsables et puis qui font ce qu'il faut , ne présentent pas de gros danger, ce qui aujourd'hui présente de très gros risque c'est d'aller voirdes gens on va dire peut être qui font ça de façon occasionnelle en se voilant la face et puis, sans se faire dépister, mais faire des rencontres comme on dit dans la foret ou un truc comme ça, là oui ça présente beaucoup de risques ».* (T)

« Non parce que je fais attention, ben je me pique pas, si je dois taper une ligne ou quoi ben j'essaie de, je prends un papier propre, qu'avant je faisais pas… » (J)

Sur l'ensemble des patients interrogés au CEID de Bordeaux, usagers de drogue intraveineuse et/ou par sniff, un seul se sentait concerné et à risque de VHC. Les autres usagers justifiaient le contraire en expliquant qu'ils prenaient les précautions nécessaires (usage de seringues à usage unique, paille et carton propre) et de ce fait n'étaient ni à risque ni concernés par la maladie.*« Euh pas plus que ça, parce que je fais super attention, quand je m'injecte je fais super attention, je partage aucun matériel, je ne les réutilise jamais deux fois, je les jette ensuite dans des containers, et je fais attention aux gens que je fréquente qu'il n'y ait pas de contacts ou de choses comme ça »* (O). L'ensemble de cette catégorie de patients avait beaucoup entenduparler du VHC

et de ses modes de transmission lors de leur passage ou consultation au CEID,

« …ils m'ont raconté, et j'ai lu plusieurs petits livres là qu'ils donnent, comment ça se transfère, comment ça vient d'où… » (N).

« Après l'hépatite C malheureusement c'est à double tranchant maintenant le traitement, car comme on sait qu'il y a un traitement, les gens font moins attention » (M)

Selon certains patients, l'arrivée des nouveaux traitements efficaces et bien tolérés pouvait être responsable d'une baisse de vigilance. *« Moi je vois je regarde un peu ce qu'il se passe sur les forums et tout ça, dans l'impression c'est devenu, les jeunes quand ils discutent ça leur pose plus de problème, pour eux c'est devenu une maladie comme une autre, bon, enfin une maladie où il y a des médicaments donc voilà »* (T). D'après ces patients, le VHC était banalisé par les populations à risque car facilement traité ce qui entrainait une prise de risque plus importante.

3.3- Le VHC une maladie grave nécessitant une prise en charge spécialisée

« Parce que ça, ça m'est arrivé j'avais 56/57 ans quand même, ça épuise c'est…comme un cancer. » (P)

Certains patients décrivaient le VHC comme une maladie grave et mortelle *« je sais que c'est une cochonnerie et qu'on peut en crever »* (T). La maladie était aussi représentée comme effrayante notamment car elle touchait le foie *« ça fait un petit peu peur quand même dans le sens ou ça touche le foie et que même si on ne boit pas ben ça peut être dangereux quoi c'est ça. »* (C). Ce virus était aussi décrit comme insidieux avec peu de symptômes initialement mais des conséquences hépatiques graves à long terme *« ce virus qui est quand même terrible à long terme parce que c'est un virus qui est insidieux, on se rend pas compte hein, mais heu, je pense que ça dégénère au bout de pas mal d'années »* (A).

« Par contre les médecins généralistes ils sont spécialistes de tout mais pas forcément pointus dans un domaine précis, il faut s'appuyer je pense sur un spécialiste s'il y a un problème. » (U)

Deux catégories de patients décrivaient la prise en charge du VHC comme complexe et nécessitant de ce fait une prise en charge par un spécialiste. Il s'agissait de certains patients cités ci-dessus qui considéraient le VHC comme une maladie grave et qui décrivaient la prise en charge spécialisée comme plus pointue et de ce fait plus rassurante *« en définitif je crois queje préfère un spécialiste quoi, peut-être parce qu'il est plus pointu, parce que je ne sais pas, ilva peut-être de là euh, parce que vous voyez jusqu'à présent personne n'avait trouvé quoi, euhsi je n'avais pas été voir Dr X euh, quand il m'a dit « est ce que vous voulez que je m'occupe de vous ? », ça m'a mis la puce à l'oreille je me suis dit là il y a quelque chose de plus grave »*(U). Les deux autres patients en faveur d'une prise en charge spécialisée étaient ceux porteurs d'une co-infection VIH-VHC. Ils justifiaient ce propos en exprimant le fait qu'ils étaient déjà suivis à l'hôpital pour le VIH et préféraient avoir un suivi et un dossier au même endroit *« si moi je prends par rapport à mon cas je préfère être suivi à l'hôpital parce que c'est un cas quiest différent, c'est un cas qui est spécial, parce que si jamais j'ai des problèmes avec l'hépatitequi se répercutent sur le VIH, heu bon, ou si le médicament de l'hépatite ne marche pas avec le médicament que je prends pour le VIH… »* (F). Un des patients mentionnait que le spécialiste (dans ce cas l'infectiologue) était plus à même de connaitre et de gérer le risque d'interactions médicamenteuses entre les différents traitements du VIH et du VHC *« et donc il y a, peut-être qu'eux en tant qu'infectiologues ils sont plus pointus sur toutes les interactions et puis dans le suivi ils savent tout ce qu'on a pu affronter comme autre, je sais pas… »* (T).

> *« Qu'est-ce que je pense du fait, pfff, je pense surtout qu'actuellement mon médecin, enfin pour être honnête mon médecin traitant je vais le voir pour de la bobologie quoi »* (T)

Ces deux mêmes patients atteints d'une co-infection VIH-VHC considéraient que la prise en charge du VHC n'était pas le rôle d'un médecin généraliste. Tout d'abord parce que leur médecin traitant ne recevait pas forcément les analyses biologiques et n'était pas impliqué dans leur prise en charge *« en même temps c'est eux qui demandent les examens sanguins qui ont les résultats, qui travaillent, qui se connaissent puisqu'ils sont dans le même hôpital, il y a un genre d'interaction quoi…parce que la prescription, par défaut ils envoient systématiquement au médecin qui a prescrit mais pas forcément au médecin traitant »* (T). Un des patients pensait que la prise en charge de sa co-infection représentait une charge de travail trop importante pour son médecin traitant *« donc heu le médecin traitant je sais pas s'il peut faire quelque chose*

quoi, mes analyses sont parties à Besançon donc mon médecin traitant n'est pas forcement au

courant quoi, voilà, ça fait une charge de boulot un petit peu de trop pour elle » (F). Enfin pour l'un deux, le médecin traitant était celui à qui s'adresser en cas de pathologies bénignes *« c'est sûr qu'à coté, si j'ai un petit, si j'ai besoin sur place que ce soit une grippe ou quoi que ce soit, une infection un peu moins, on va dire entre guillemets un peu moins importante, je vais faire appel à mon médecin traitant »* (T).

3.4- Prise en charge du VHC par les médecins généralistes : des attentes dominées par l'aspect pratique et relationnel

« M'enfin pour moi euh je pense que euh c'était mieux à la maison, vous vous rendez compte aller à l'hôpital à Bordeaux, il faut deux heures de route, oui parce qu'ici il n'y a plus rien, il faut aller à Bordeaux » (G)

La majorité des patients étaient favorable à une prise en charge du VHC par les médecins généralistes et ce pour plusieurs raisons :

- La proximité, une partie d'entre eux préféraient une prise en charge au plus près de leur lieu de vie afin d'éviter de longs trajets pour accéder aux spécialistes *« alors euh ben la proximité quand même, car quand j'allais à Baugeons ce n'était pas à coté quand même, je prenais l'après-midi »* (Q). Ils évoquaient un côté pratique de pouvoir faire leur parcours de soin sur une même unité de lieu (laboratoire de biologie, médecin traitant, pharmacie locale) *« Il y a tout sur place, donc pourquoi allez voir un hépatologue, avec rendez-vous dans les hôpitaux, machin et tout »* (M).
- Les délais de rendez-vous avec leur médecin traitant étaient bien moindres que ceux des hospitaliers ou d'un spécialiste libéral, ce qui permettait une prise en charge plus rapide et un suivi avec des consultations plus rapprochées *« et bien écoutez, le médecin généraliste en général on prend rendez-vous on l'a dans la journée, alors qu'à l'hôpital il faut attendre trois mois »* (P). Quelques patients mentionnaient que l'attente dans l'hôpital lors de leur rendez-vous pour voir un spécialiste était souvent très longue ce qui n'était pas le cas chez leur médecin traitant *« oh ben j'aurais préféré le médecin généraliste, parce que l'hôpital il faut attendre, c'est tout un système très long »* (P).

- La discrétion, un patient décrivait le fait d'être pris en charge par son médecin comme plus discret en comparaison avec une consultation avec un spécialiste qu'il disait plus stigmatisante, *« l'hépatologue, si on dit que vous avez rendez-vous avec elle, tout le monde vous grille voilà, tout le monde vous grille, c'est mieux que ce soit le généraliste je pense. Intervieweur : Alors que si c'est le généraliste on ne sait pas ? (M) : Oui on ne sait pas, c'est mieux. »* (M).

« Mais pour peut-être, oui avoir une relation que, plus humaine avec son patient plus que, qu'un gastro-entérologue qui le reçoit dans une structure immense, un hôpital et puis qui va, qui ne vas pas avoir une relation de connaissance avec lui un peu plus approfondie comme peut avoir le généraliste avec son patient. » (A)

Beaucoup de patients évoquaient leur relation avec leur médecin traitant comme argument en faveur d'une prise en charge du VHC par celui-ci. Tous avaient une relation qu'ils décrivaient comme positive avec leur médecin *« oui je vois soit la remplaçante soit Dr X, mais les deux sont très gentilles et je me sens en confiance, je n'ai rien à redire »* (C). Le fait d'avoir un suivi régulier, des rapports qu'ils décrivaient comme humains et familiers était pour eux une des principales raisons pour que leur médecin traitant prenne aussi en charge le VHC. Ils mentionnaient aussi le fait que leur médecin généraliste était celui qui les connaissait le mieux. Certains disaient aussi que leur médecin traitant était plus à l'écoute et plus disponible, *« alors que le médecin généraliste il est plus près il est plus à l'écoute je crois aussi qu'à l'hôpital il vous traite mais il n'y a pas d'humanité… »* (P).

« Ah j'aurais dit oui ! Parce que j'ai confiance en mon médecin moi ! » (R)

Une grande partie des patients insistaient sur le fait qu'ils étaient plutôt favorables à une prise en soins par leur médecin traitant du fait de la confiance qu'ils avaient pour celui-ci. Cette relation les rassurait et leur permettait de ne rien cacher *« mais sinon j'aurais préféré avoir mon médecin traitant, parce qu'avec lui je suis libre de parler de ces problèmes, de cette maladie, certainement que j'aurais posé plus de questions »* (P).

« Parce que moi je vois que j'étais méfiant avec le gastro, j'ai, j'étais pas forcement aussi à l'aise qu'avec le Dr X où je peux lui raconter tout, des choses personnelles, des choses qui me

gênent, le gastro je le vivais comme un peu le, le juge… » (A)

Les patients se disaient moins à l'aise avec un spécialiste qu'avec leur médecin traitant et ne rentraient pas dans les détails de leur vie privée par peur d'être jugés. La prise en charge du VHC par leur médecin traitant était aussi souhaitée par les patients car elle permettait d'éviter une consultation avec un spécialiste ou un hospitalier. En effet la plupart des patients rapportait que ces consultations leur faisaient davantage peur *« mais ça fait quand même un petit peu plus peur d'aller voir un spécialiste »* (C). Ils avaient à la fois l'angoisse de devoir consulter un spécialiste, mais aussi celle d'aller dans un hôpital *« moi je pense qu'une prescription par un médecin généraliste est bien parce que peut être beaucoup de gens vont refuser d'aller voir un spécialiste, un gastroentérologue heu dans un hôpital, je sais pas par peur tout simplement d'aller à l'hôpital quoi »* (A). Ils exprimaient également que le fait de voir un spécialiste les faisait se sentir davantage malades, *« ça fait malade, on se sent encore plus malade de l'hépatite que l'on est vraiment »* (M).

4. Discussion

Une partie de la grille d'entretien a permis d'explorer la perception du risque du VHC par les patients afin d'identifier des éléments utiles à leur prise en charge ambulatoire. Cette notion s'est avérée variable en fonction de leurs comorbidités et de leurs éventuelles addictions. La plupart des usagers de drogue interrogés ne se considérait pas à risque du fait de l'utilisation de matériel stérile à usage unique. Au regard de l'enquête pilote ANRS-Coquelicot de 2002, la politique de réduction des risques dont fait partie la mise à disposition de matériel à usage unique n'empêche pas le VHC de circuler (5). Cette étude transversale qui évalue l'impact de la politique de réduction des risques sur la prévalence du VIH et du VHC a montré une prévalence élevée du VHC avec notamment 30% de patients qui ignoraient leur séropositivité au VHC. Dans cette population malgré les efforts fait sur la réduction des risques de transmission du VHC, il apparait important de proposer un dépistage régulier.

Nos entretiens ont mis en évidence qu'une grande partie des patients interrogés se sentait en confiance avec leur médecin traitant permettant d'aborder leur quotidien et leur prise de risque. Le médecin généraliste a donc une place de choix dans le repérage des pratiques à risque de ses patients et dans le dépistage du VHC.

Identifier les facteurs de risque afin de dépister les patients à risque de VHC est la première étape de la prise en charge simplifiée du VHC par les médecins généralistes. Cette étude a permis de montrer que les patients sont favorables à ce type de parcours de soin. A propos de ces résultats, nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature concernant l'avis des patients sur la prise en charge simplifiée du VHC, probablement du fait de l'ouverture récente de la prescription des traitements du VHC aux médecins généralistes. Par rapport à cette attente positive envers la primo prescription, les raisons principales évoquées sont du domaine pratique : proximité des soins par rapport aux domiciles, prise de rendez-vous plus rapide et délais d'attente sur place écourtés par rapport à une prise en charge spécialisée et/ou hospitalière. Le deuxième argument prépondérant est la qualité de la relation qu'entretiennent les patients avec leur médecin généraliste, basée sur la confiance, la familiarité et la disponibilité. Ces caractéristiques correspondent aux notions retrouvées dans la littérature française. Comme en témoigne une thèse de 2001 sur les attentes et la perception de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale (6). Dans cette étude par focus groups de patients, ceux-ci attendent de leur médecin généraliste un temps d'écoute

important, une disponibilité comprenant une rapidité de prise en charge, il revient aussi la notion de « médecin de famille » c'est-à-dire un médecin proche de ses patients et qui les connait bien.

Une minorité de patients préférait une prise en charge spécialisée, parmi eux se trouvaient notamment les patients atteints de co-infection VIH-VHC. Le souhait d'une prise en charge par un spécialiste chez les patients séropositifs pour le VIH est aussi retrouvé dans la littérature. Dans une étude qualitative de 2015 en Belgique, il a été réalisé des entretiens semi dirigés chez des patients atteints de VIH et également en miroir chez des médecins généralistes et des médecins spécialistes afin de connaitre l'avis de chacun dans le but de développer la prise en charge ambulatoire du VIH (7). Dans les résultats de cette étude il apparait que les patients séropositifs pour le VIH ne considéraient pas leur médecin traitant en capacité de prendre en soin leur pathologie qu'ils pensaient trop complexe. Leur confiance était accordée plus volontiers à leur infectiologue, qu'ils considérés plus compétent pour la gestion de leur maladie.

A la fois dans les données de la littérature et dans notre étude, les patients réfractaires à la prise en charge du VHC sont les patients atteints de co-infection VIH-VHC. Si l'on regarde les dernières recommandations de l'HAS à destination des médecins généralistes pour la prise en charge simplifiée du VHC, on s'aperçoit que cette co-infection est un critère d'exclusion et nécessite un adressage du patient à un médecin spécialiste (8). Cette catégorie de patients réfractaires n'apparait donc pas comme un obstacle à la primo prescription. Ces patients atteints de co-infection VIH-VHC interrogés avaient une prise en charge hospitalière. Afin de limiter un éventuel biais de sélection, il aurait été intéressant de connaitre l'avis de patients séropositifs pour le VIH suivi en ville.

Avec les résultats retrouvés lors de notre étude, il apparait que les patients atteints uniquement de VHC sont favorables à la prise en charge ambulatoire de leur hépatite chronique C. Ces patients correspondent aux critères d'inclusions des recommandations de l'HAS d'où l'intérêt de l'ouverture de la primo prescription des traitements du VHC aux médecins généralistes.

Cette nouvelle opportunité de soin de l'hépatite C chronique par les médecins généralistes est une première étape dans la prise en charge au plus près des patients des maladies virales chroniques. Elle apparait comme un gain de chance pour les patients, le médecin généraliste étant le mieux placé pour repérer et dépister les populations à risque. Le fait de pouvoir désormais proposer directement un traitement aux patients sans comorbidité permet d'augmenter le nombre de patients traités et donc diminuer le réservoir de VHC. Les patients plus complexes comme les co-infectés VIH-VHC gardent une prise en charge spécialisée. La

prise en charge des maladies virales transmissibles auparavant réservée aux médecins spécialistes semble évoluer vers une gestion plus partagée entre médecins généralistes et spécialistes, dans l'optique d'améliorer la qualité et la proximité des soins.

Cette prise en charge partagée des maladies virales chroniques se poursuit actuellement par l'accès depuis le 01 juin 2021 à la primo prescription de la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) traitement préventif contre le VIH à l'ensemble des médecins (9,10).

Cette étude est à notre connaissance la première en Nouvelle Aquitaine à s'intéresser à l'avis des patients vis-à-vis de la prise en charge simplifiée de l'hépatite C chronique. La triangulation des données, le nombre de patients interrogés, et la réalisation de deux entretiens supplémentaires après avoir obtenu la saturation des données constituent sa force. Malgré un échantillon varié, au regard des patients considérés à risque actuellement de VHC, certaines catégories n'ont pu être interrogées du fait de difficultés de recrutement et pourraient faire l'objet de recherches complémentaires (8).

5. Conclusion

La prise en charge de l'hépatite C par les médecins généralistes semble acceptée par les patients atteints et à risque de VHC. Leurs attentes sont principalement liées à l'aspect pratique d'une prise en charge simplifié ambulatoire et à la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant. Seuls les patients atteints de co-infection VIH-VHC préfèrent garder une prise en charge spécialisée et centralisée de leur pathologie sur une même unité de lieu. Ils considèrent que le généraliste n'a pas les compétences pour la gestion du VIH et du VHC. De toutes façons les recommandations les excluent de la primo prescription. Cette recherche fait partie d'un projet en miroir qui explore à la fois les attentes des patients et des médecins généralistes concernant la prise en charge ambulatoire simplifiée du VHC.

6. Références

1. Haute autorité de santé. Evaluation des stratégies de dépistage des personnes infectées par le virus de l'hépatite C - Volet 1 Evaluer l'efficience des stratégies de dépistage. Saint Denis : Haute autorité de santé,2019.

2. Ministère des Solidarités et de la Santé.Priorité prévention, Dossier de Presse 26 mars 2018.Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf [consulté le 15 novembre 2020].

3. Ministère des Solidarités et de la Santé.Communiqué de presse : Simplification de l'accès au traitement contre l'hépatite C chronique,20 mai 2019.Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190520_-_cp_-_la_france_est_engage_dans_la_lutte_contre_l_hepatite.pdf [consulté le 16 novembre 2020]

4. Haute autorité de santé. Hépatite C : Prise en charge simplifiée chez l'adulte. Saint Denis : Haute autorité de santé, 2019.

5. Desenclos JC, Emmanuelli J, Jauffret-Roustide M.L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues. L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot. Rev Epidemiol Sante Publique 2006 ;54 :53-59.

6. Marie-Cécile Dedianne. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Thèse de médecine : Université Grenoble Alpes, 2001.

7. Belche JL, Berrewaerts MA, Giet D, Kang T, Ketterer F, Moutschen M.L'infection par le VIH: une maladie chronique redéfinissant la collaboration entre généralistes et spécialistes.Obstacles et opportunités.Santé Publique 2015 ;27 :373-81.

8. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Saint Denis : Haute Autorité de Santé, 2019.

9. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire. Saint Denis : Haute Autorité de Santé, avril 2021.

10. Ministère des Solidarités et de la Santé.Communiqué de presse : Olivier Véran annonce la simplification de l'accès à la Prophylaxie pré exposition (PrEP) au VIH : une avancée supplémentaire pour lutter contre l'épidémie de VIH,28 mai 2021.Disponible

sur :https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/210528_-_cp_-_olivier_veran_annonce_la_simplification_de_l_acces_a_la_prophylaxie_pre_exposition_prep_au_vih.pdf [consulté le 25 juin 2021].

Résumé

Contexte : Depuis mai 2019, la primo prescription de deux antiviraux d'action directe contre l'hépatite C chronique auparavant réservée aux spécialistes est devenue accessible à l'ensemble des médecins y compris les médecins généralistes.

Objectifs : Explorer les attentes et les freins des patients quant à la prise en charge de l'hépatite C chronique par les médecins généralistes

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de patients majeurs atteints et à risque d'hépatite C en Nouvelle Aquitaine. L'analyse des verbatims a été réalisée par deux chercheuses selon le principe de la théorisation ancrée.

Résultats : Vingt et un patients ont été interrogés entre novembre 2020 et avril 2021 dont seize atteints et cinq à risque d'hépatite C. La majorité des patients étaient favorables à une prise en charge du VHC par leur médecin traitant. Cette prise en charge ambulatoire par leur généraliste était souhaitée pour son aspect pratique avec une proximité des soins par rapport à leur domicile, des rendez-vous rapides et sans attente dans le cabinet. L'aspect relationnel était aussi prépondérant, la confiance en leur médecin traitant, les rapports familiers et la disponibilité de celui-ci étaient mentionnés. Les patients atteints de co-infection VIH-VHC déjà suivis par des infectiologues hospitaliers semblaient préférés une prise en charge du VHC par les spécialistes, afin de centraliser leur suivi. Ils considéraient que leur médecin traitant n'était pas compétent pour la gestion de ces maladies qu'ils disaient complexes.

Conclusion : Les résultats de cette étude ont permis de connaitre les attentes et les freins des patients concernant la prise en charge de l'hépatite C chronique par les médecins généralistes. Il semble que ce nouveau modèle de soins soit accepté par la majorité des patients concernés.

Mots clés : étude qualitative, hépatite C chronique, soins de santé primaires, médecine générale, patient.

Abstract

Background: Since May 2019, the primary prescription of two direct-acting antivirals for treating chronic hepatitis C, previously restricted to specialists, has become available to all doctors including general practitioners.

Objectives: The purpose of this study was to explore the patients' expectations and reluctances regarding the treatment of chronic hepatitis C by general practitioners.

Method: Qualitative semi-structured interviews conducted with adult patients affected and at risk for hepatitis C in Nouvelle Aquitaine. The verbatim analysis was carried out by two researchers using the grounded theory approach.

Results: Twenty-one patients were interviewed between November 2020 and April 2021, sixteen of whom were affected and five at risk for hepatitis C. The majority of patients were in favor of being treated for HCV by their general practitioner. This out-patient care by their general practitioner was desired because of its practicality, proximity to care, quick appointment and reduced time in waiting room. The human relation aspect was also fundamental, trust, familiar relationship and availability of the general practitioner were mentioned. HIV/HCV coinfected patients that were already cared for by infectious disease hospital specialists seemed to prefer being treated by HCV specialists in order to have a centralized follow-up. They thought their general practitioner would not be skilled for treating those diseases that they consider as complex.

Conclusions: The results of this study have allowed a better understanding of the patients' expectations and reluctances regarding the management of chronic hepatitis C by general practitioners. It looks like this new model of care is being accepted by the majority of concerned patients.

Keywords: qualitative study, chronic hepatitis C, primary health care, general medical practice, patient.

RESULTATS COMPLEMENTAIRES

L'objectif secondaire de notre étude à savoir les attentes et les freins des patients et des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage de l'hépatite C chez les patients à risque par les médecins traitants n'a pas été abordé dans les articles. Les résultats en rapport avec celui-ci sont présentés ici.

1. Attentes et freins des patients quant au dépistage de l'hépatite C chez les patients à risque par les médecins généralistes

« Ben ça serait bien, il faudrait le faire, il faudrait que tout le monde y passe parce que je sais qu'il y en a qui l'on » (K)

Malgré une perception du risque variable selon les patients, l'ensemble était favorable au dépistage systématique du VHC *« non mais c'est vrai dépister tout le monde oui ! »* (R). Deux arguments en faveur de ce dépistage systématique revenaient régulièrement. Le premier était que le VHC était sous diagnostiqué et que beaucoup de patients étaient atteints sans le savoir *«je pense oui, car encore une fois beaucoup de personnes sont touchées sans le savoir »* (C). Le deuxième était que ce dépistage systématique permettrait d'empêcher la transmission de la maladie à d'autres personnes *« enfin ça permettrait de trouver des gens qui s'ignorent, qui sont infectés mais qui s'ignorent et qui transmettent cette cochonnerie »* (T) et à terme son éradication, *« bien sûr, mais bien sûr, parce que c'est comme ça qu'on arrête la maladie, qu'on tue la maladie »* (N). Beaucoup de patients mentionnaient qu'il fallait promouvoir ce dépistage *« donc je trouve dommage qu'il Il n'y ai pas plus de…recherche fin que les gens ne se font pas dépister »* (C) ainsi que de médiatiser au grand public de l'information sur le VHC *« mais il faut mettre les moyens sur l'information…et qu'elle arrive aux gens concernés quoi, voilà »* (A). L'hépatite C apparaissait pour eux comme une pathologie encore peu connue et dont on entendait peu parler *« c'est une maladie inconnue pour beaucoup de personnes et qui devrait être soignée et gérée »* (E).

2. Attentes et freins des médecins généralistes quant au dépistage de l'hépatite C chez les patients à risque par les médecins traitants

« Dépistage essentiellement »

Les médecins ont estimé que leur rôle consisté préférentiellement à la pratique du dépistage. Un des médecins ayant déjà prescrit a mentionné le dépistage comme un rôle essentiel du médecin généraliste. Lui-même a déclaré réaliser le dépistage de l'hépatite C (associé à l'hépatite B et au VIH) de façon assez systématique chez ses patients *« on le fait une fois à tous ses patients et puis au moins on est sûr de pas passer à travers les mailles du filet ».*

« Moi je le fais parce que je sais que l'hépatite C est vraiment sous diagnostiquée »

Pour une partie des médecins interrogés l'hépatite C a été déclaré comme sous diagnostiquée. Ils ont déclaré être favorable à un dépistage systématique selon la balance bénéfice/risque du dépistage. D'autres ont déclaré être favorable au dépistage systématique pour permettre un meilleur screening et atteindre l'objectif d'éradication *« ben si on veut vraiment l'éradiquer ça devrait passer par là ».*Cependant quasiment aucun médecin n'a déclaré réaliser cette pratique de façon systématique.

« Une campagne télévisée, une campagne nationale parce que je ne peux pas faire ça tout seul dans mon coin »

Certains médecins ont émis l'hypothèse d'une campagne nationale de dépistage faisant appel aux médecins et aux patients.

« Le faire de manière ciblée sur des clientèles particulières probablement »

En opposition certains médecins ont évoqué la nécessité de cibler le dépistage de l'hépatite C. La prévalence étant faible, les médecins ne voyaient pas l'intérêt d'un dépistage systématique.

« À quelle fréquence faudrait-il le faire chez tout le monde, je sais pas »

Le rythme du dépistage ainsi que les populations à dépister ont été des questions fréquentes lors des entretiens.

« Après c'est toujours la difficulté du dossier médical c'est où le noter que je le revois »

Concernant l'organisation du dépistage, la demande principale des médecins a été de pouvoir retrouver facilement cette information sur leur logiciel métier *« dans mon logiciel je dois pouvoir trouver un moyen pour que ça se mette systématiquement »*. Le but étant de ne pas répéter la sérologie chez des populations n'en nécessitant pas le besoin.

DISCUSSION COMPLEMENTAIRE

1. Implication personnelle et évolution

Chaque thésarde a été présente tout au long du projet de recherche et le travail a été reparti de façon proportionnelle. Nous avons participé ensemble à l'écriture des questionnaires des médecins et des patients. Les entretiens ont par contre étaient réalisés chacune de notre coté. Pour une rédaction facilitée nous avons ensuite convenu de la réalisation d'un article chacune. L'article concernant l'avis des médecins a été réalisé par Marie Parreau et l'article concernant celui des patients par Sarah Iung. Nous avons pu échanger et discuter tout du long de ce projet. Cela fut très enrichissant. Pour l'une comme pour l'autre, ce travail de recherche à type d'étude qualitative a été une nouveauté. Notre technique sur les entretiens semi-dirigés a évolué au fur et à mesure. Cela nous a permis de travailler sur nos échanges médecin-patients lors de consultations : laisser parler l'autre, le rediriger mais sans l'inciter.

2. Méthode

Notre question de recherche concernant le ressenti de patients et de médecins, données non quantifiables , nous avons choisi une méthode qualitative. En effet les thèses qualitatives trouvent particulièrement leur place lorsque la question de recherche concerne l'aspect relationnel du soin ou qu'elle cherche à mettre en miroir les représentations de différents groupes : médecins généralistes/patients dans notre cas (26). Ce type d'étude nous a permis de mieux comprendre leurs expériences et leurs opinions. Ce choix nous a paru d'autant plus pertinent compte tenu du peu de données disponibles dans la littérature.

Nous avions la possibilité de réaliser soit des entretiens individuels soit des entretiens en groupes (focus groups). Notre sujet pouvant aborder des thèmes délicats et personnels pour les patients, notamment leurs addictions, nous avons choisi les entretiens individuels (27). Concernant les médecins , le choix des entretiens individuels a plutôt été induit par le contexte sanitaire à savoir la pandémie de SARS-CoV 2. Toutefois, la réalisation de focus groups chez eux auraient probablement produit de nouvelles catégories via la dynamique de groupe.

Concernant la population étudiée, un biais de sélection a pu impacter notre recrutement. Le choix des médecins interrogés s'est porté initialement sur des contacts rencontrés lors de

stages d'internat des deux thésardes. Du coté des patients, les usagers de drogues actifs ont tous étaient recrutés via le CEID de Bordeaux, où l'accès aux soins était donc possible. Les patients co-infectés VIH-VHC avaient tous une prise en charge hospitalière. Notre sujet évaluant la prise en charge ambulatoire de l'hépatite C chronique, il aurait été important de connaitre l'avis de patients séropositifs pour le VIH, à risque ou atteints de VHC suivis en ville.

Comme dans beaucoup d'études qualitatives et du fait de l'absence d'experience dans ce domaine, un bais d'interprétation est probablement présent. Cependant l'analyse avec triangulation des données de chaque entretien a permis de le réduire.

3. A propos des résultats

3.1- Place du dépistage du VHC en médecine générale

Une étude à été menée dans six pays de l'union européenne en 2012 (Allemagne, Royaume Unis, Hongrie, Italie, Espagne et Pays Bas) (28). Les pratiques de dépistage varient selon les pays et selon les pratiques professionnelles. Dans notre étude les pratiques de dépistage étaient assez concordantes entre les professionnels. Le dépistage été réalisé principalement lors de la présence de facteurs de risque, lors d'une anomalie du bilan hépatique ou lors de la grossesse. La définition des facteurs de risque n'était pas demandée lors de l'entretien.

Une étude anglaise publiée en 2020 à étudié les points de vue des médecins généralistes quant à l'intervention HepCATT (29). HepCATT est un outil informatique permettant d'identifier et d'inviter les personnes à risque d'hépatite C à se faire dépister. Les médecins ont apprécié cet outil permettant de détecter davantage de patients atteints d'une hépatite C puis de les faire accéder aux soins. Ils ont aussi déclaré une amélioration à la détection des facteurs de risque afin de proposer un dépistage.
En France l'étude REPEVIH-1 a élaboré un questionnaire permettant de détecter les facteurs de risque de VIH, VHB, et VHC chez les patients lors d'une consultation de médecine générale (30).
L'étude REPEVIH-2 a mis en évidence que ce questionnaire a permis de doubler le volume du dépistage du VHB et du VHC (31). Cette étude a aussi mis en évidence de nombreuses occasions manquées de dépistage chez des patients présentant des facteurs de risques mais chez qui les médecins ne le proposaient pas.

Cette notion « d'occasion manquée de dépistage » est revenue dans quelques entretiens de notre étude. Seuls les médecins ayant déjà proposés une primo-prescription étaient familiarisés à la détection des personnes à risque d'hépatite C.
Deux problématiques à propos du dépistage systématique du VHC ont été évoquées par les médecins généralistes:

- L'organisation du dossier médical avec la nécessité de retrouver rapidement l'information, pour savoir si un dépistage avait déjà été réalisé. Pourtant, la plupart de ces médecins avaient un logiciel métier qui pouvait être une aide.
- La nécessité ou non de répéter la sérologie selon les cas.

Lors de la réalisation des entretiens patients, nous avons eu des difficultés à explorer leurs attentes et leurs freins à propos du dépistage du VHC par leur médecin traitant. Les seules réponses apportées concernaient le dépistage systématique du VHC de façon générale. A ce propos, les patients y étaient favorables afin de diminuer la propagation de la maladie. Ceci est un argument supplémentaire pour inciter les médecins généralistes à proposer systématiquement un dépistage du VHC chez leurs patients à risque.

Après avoir évoqué la nécessité d'un dépistage universel du VHC (19) , les dernières recommandations françaises optent finalement pour une intensification du dépistage dans les populations à risque (20). L'identification des personnes à risque n'apparait pas comme un problème pour les médecins généralistes, tout comme l'acceptation de ce dépistage par les patients. En revanche la connaissance du statut sérologique initial et la nécéssité de controle itératifs semblent plus difficile. Son developpement pourrait passer notamment par les logiciels d'aide à la prescription ou par le dossier médical partagé du patient (DMP).

3.2- Mise en miroir des deux populations étudiées

Les médecins comme les patients n'étaient pas opposés à la prise en charge ambulatoire de l'hépatite C chronique. Cependant les patients co-infectés VIH-VHC préféraient une prise en charge hospitalière, ce qui correspond à leurs habitudes de soins.
Concernant les patients usagers de drogues la prise en charge ambulatoire était acceptée, en particulier au CEID. En parallèle, pour les médecins généralistes la prise en soin des patients

présentant des addictions et/ ou des commorbidités était déclarée comme difficile. Ils préféraient adresser ces patients à un spécialiste ou une structure spécialisée.
La toxicomanie intraveineuse étant en France la principale source de contamination , il parait important de sensibiliser et former les médecins généralistes à la prise en charge de ces patients.

4. Perspectives

Notre travail a permis de dresser un premier état des lieux sur l'avis des patients et des médecins concernant la prise en charge simplifiée de l'hépatite C chronique en France. Il ressort que globalement les patients et les médecins sont favorables à ce type de parcours.
Tous les patients doivent être sensibilisés, notamment ceux ayant eu des comportements à risque dans le passé. Ces patients sont plus difficiles à dépister et par conséquent à prendre en soin. Un travail doit aussi être fait chez les patients avec des comportements à risques actuels, notamment les patients sous PrEP. Certains n'étant pas au clair sur cette pathologie (contamination et facteurs de risque).
Comment apporter l'information au plus grand nombre ? Une recherche dans cette optique pourrait être intéressante.
Les médecins doivent eux aussi être sensibilisés aux nouvelles recommandations, au dépistage et à la possibilité de mettre eux-mêmes en place le traitement.
Malgré le fait que cette pathologie soit peu fréquente dans les cabinets de médecine générale; pour pouvoir arriver aux objectifs fixés par la France une montée en puissance semble nécessaire.
Il serait intéressant de tester la faisabilité de cette prise en charge ambulatoire chez les médecins généralistes. Cela pourrait être l'objet d'une étude quantitative avec questionnaires sur un échantillon représentatif de médecins.

Nous pouvons espérer qu'à la suite de notre étude les médecins interrogés soient investis dans le dépistage et le traitement de l'hépatite chronique C. Nous pouvons aussi attendre qu'ils communiquent leur expérience à leurs collègues, généralisant ainsi cette pratique.

REFERENCES COMPLEMENTAIRES

1) Santé Publique France. Hépatite C [internet]. [consulté le 10 Novembre 2020]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c/la-maladie/#tabs

2)Pol S. Hépatites virales. La revue du praticien. 2018 mars;68:267-293.

3) Bernstein HB, Dunkelberg JC, Leslie KK. Hepatitis C in Pregnancy in the Era of Direct-acting Antiviral Treatment: Potential Benefits of Universal Screening and Antepartum Therapy. Clinical obstetrics and gynecology. 2018;61:146-56.

4)Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, Tavis JE et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among monogamous heterosexual couples: the HCV partners study. Hepatology. 2013;57:881-9.

5)Tohme RA, Holmberg SD. Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission? Hepatology. 2010;52:1497-505.

6) Pradat P, Huleux T, Raffi F et al. Incidence of new hepatitis C virus infection is still increasing in French MSM living with HIV. Aids. 2018;32:1077-82.

7) Leon L, Kasereka S, Barin F et al. Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug users in France, 2004-2011: model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys. Epidemiology and infection. 2017;145:895-907.

8)Brouard C, Saboni L, Gautier A et al. HCV and HBV prevalence based on home blood self-sampling and screening history in the general population in 2016: contribution to the new French screening strategy. BMC Infectious diseases. 2019

9) Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: Social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. J Med Virol. 2010;82(4):546-55.

10) Pioche C, Pelat C, Larsen C et al. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. Bull Epidémiol Hebdo 2016;(13- 14):224-9.

11) European Union HCV Collaborators. Hepatitis C virus prevalence and level of intervention required to achieve the WHO targets for elimination in the European Union by 2030: A model-ling study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2(5):325-36.

12) Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L et al. Estimation of HIV and hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011, Survey. Bull Epidemiol Hebd, pp.504-513, 2011.

13) World Health Organization. Global hepatitis report, 2017. World Health Organization; 2017. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1

14) Haute autorité de santé. Evaluation des stratégies de dépistage des personnes infextées par le virus de l'hépatite C - Volet 1 Evaluer l'efficience des stratégies de dépistage. Saint Denis : Haute autorité de santé; 2019.

15) IHME. Impact of global hepatitis [Internet]. [consulté le 15 novembre 2020]. Disponible sur : https://hepatitis.ihme.services

16)Blach S, Zeuzem S, Manns M, et al. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2:161-176.

17) HAS.Recommandation du collège,Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux d'action directe (AAD) [Internet].HAS,7 décembre 2016 [consulté le 16/11/2020].Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/recommandation_college_hepatite_c.pdf

18) Association française pour l'étude du foie. Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. Association française pour l'étude du foie; 2018

19) HAS. Evaluation des stratégies de dépistage des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Volet 1 : Evaluer l'efficience des stratégies de dépistage. [Internet]. HAS, septembre 2019 [consulté le 16/11/2020]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2886668/fr/evaluation-des-strategies-de-depistage-des-personnes-infectees-par-le-virus-de-l-hepatite-c-vhc

20) Haute autorité de santé. Hépatite C : Prise en charge simplifiée chez l'adulte. Saint Denis : Haute autorité de santé; 2019.

21) Haute autorité de santé. Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments anti-viraux à action directe (AAD). Saint Denis : Haute autorité de santé; 2014.

22) Dessauce C, Semenzato L, Barthélémy P. Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur 4 ans de prise en charge par l'Assurance maladie. Points de repère (Assurance maladie). 2019;(52):1-9.

23) OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021 [Internet].OMS ;juin 2016 [consulté le 15/11/2010].Disponible sur : https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/fr/

24) Ministère des Solidarités et de la Santé.Priorité prévention, Dossier de Presse 26 mars 2018 [Internet].[consulté le 15/11/2020].Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

25) Ministère des Solidarités et de la Santé.Communiqué de presse : Simplification de l'accès au traitement contre l'hépatite C chronique [Internet].20 mai 2019 [consulté le 16/11/2020].Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190520_-_cp_-_la_france_est_engage_dans_la_lutte_contre_l_hepatite.pdf

26) Aubin-Auger I, Lemercier X. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. Définitions et principes. ERespect. 2014 Mars;6:21-23

27) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et la. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-145

28) Bechini A, Levi M, Falla A et al. The role of the general practitioner in the screening and clinical management of chronic viral hepatitis in six EU countries. J Prev Med Hyg. 2016;52(2):51-60

29) Horwood J, Clement C, Roberts K et al. Increasing uptake of hepatitis C virus infection case-finding, testing, and treatment in primary care : evaluation of the HepCATT (Hepatitis C Assessment Through to Treatment) tria. Br J Gen Pract. 2020 Jul 30;70(697):581-588

30) Aim-Eusebi A. Etude REPEVIH-1 : l'identification des facteurs de risques de virose chronique (VIH, VHB, VHC) est-elle possible en consultation de médecine générale ? Thèse de médecine, Paris : Université Paris Diderot-Paris 7;2014.

31) Prothon E. Etude REPEHIV 2 : le repérage des facteurs de risques de virose chronique (VIH, VHB, VHC) améliore-t-il leur dépistage en médecine générale ? Thèse de médecine, Paris : Université Paris Diderot-Paris 7;20145

ANNEXES

1. Grille entretiens des patients atteints de VHC

Introduction :

Bonjour, nous menons un travail de recherche autour de l'hépatite C, nous serions intéressés de connaître votre avis. Nous allons vous poser avec votre accord quelques questions auxquelles vous pouvez répondre librement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Vos réponses seront enregistrées puis traitées de façon anonyme, l'enregistrement sera ensuite supprimé.

1) *Tout d'abord, avez-vous un médecin traitant ?*

Questions de relance :

- Si oui : pouvez-vous m'en parler ?
- Si non : pourquoi n'en n'avez-vous pas ? Comment êtes-vous suivi ?

2) *Nous allons maintenant parler de l'hépatite C, comment s'est passée votre prise en charge ?*

Questions de relance :

- Comment à été découvert cette pathologie ? Il y a combien de temps ?
- Quel médecin a mis en place le traitement ?
- Avez vous bien toléré le traitement ?
- Comment s'est déroulé le suivi ?
- Actuellement quel suivi/prise en charge est réalisé concernant cette pathologie ?

3) *Depuis mai 2019, les nouveaux traitements de l'hépatite C peuvent être prescrits par les médecins généralistes, qu'en pensez-vous?*

Questions de relance :

- Qu'avez vous entendu des nouveaux traitements ?
- Concernant le suivi de la maladie, que pensez vous d'être suivi par votre médecin généraliste ?
- Comment imagineriez-vous votre suivi idéal ? (ville / hôpital) Pourquoi ?
- Qu'est ce qui pourrait vous inciter à être suivi en ville/ambulatoire ?
- Que pensez vous du fait que votre médecin traitant vous prescrive ce traitement ? (Avantages/inconvénients)

4) *Vous sentez vous concerné par cette maladie ?*

Questions de relance :

- En quoi êtes-vous concerné ?
- Pour vous qui sont les personnes à risque d'hépatite C ?
- Avez-vous une idée de comment ça se transmet ?

5) *Que pensez-vous du dépistage de l'hépatite C ?*

- Pensez vous devoir bénéficier d'un dépistage du VHC ?
- S'il était recommandé de dépister tout le monde accepterez vous de vous faire dépister ?
- Quels seraient vos freins à faire ce dépistage ?
- Qu'est ce qui pourrait vous inciter à faire ce dépistage ?

Nous vous remercions sincèrement pour votre temps et votre participation à cette étude.

Parreau Marie et Iung Sarah

2. Grille entretiens des patients à risque de VHC

Introduction :

Bonjour, nous menons un travail de recherche autour de l'hépatite C, nous serions intéressés de connaître votre avis. Nous allons vous poser avec votre accord quelques questions auxquelles vous pouvez répondre librement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Vos réponses seront enregistrées puis traitées de façon anonyme, l'enregistrement sera ensuite supprimé.

1) *Tout d'abord, avez-vous un médecin traitant ?*

Questions de relance :

- Si oui : pouvez-vous m'en parler ?
- Si non : pourquoi n'en n'avez-vous pas ? Comment êtes-vous suivi ?

2) *Nous allons maintenant parler de l'hépatite C, est ce que vous avez déjà entendu parler de cette maladie ?*

Questions de relance :

- Avez-vous une idée de comment ça se transmet ?
- Connaissez-vous des gens atteints d'hépatite C ? Ou atteints d'autres hépatites ?
- Avez-vous une idée de comment se traite l'hépatite C ?
- Avez-vous entendu parler des nouveaux traitements de l'hépatite C ?

3) Vous sentez vous concerné par cette maladie ?

Questions de relance :

- En quoi êtes-vous concerné ? ou non concerné ?
- Pour vous qui sont les personnes à risque d'hépatite C ?

4) *Avez vous déjà eu un dépistage de l'hépatite C ? Et pour quelles raisons ?*

- Que pensez vous de ce dépistage ?
- Pensez vous devoir bénéficier d'un dépistage ?
- S'il était recommandé de dépister tout le monde accepterez vous de vous faire dépister ?
- Quels seraient vos freins à faire ce dépistage ?
- Qu'est ce qui pourrait vous inciter à faire ce dépistage ?

Nous vous remercions sincèrement pour votre temps et votre participation à cette étude.

Parreau Marie et Iung Sarah

3. Grille entretiens des médecins

Introduction :

Bonjour, nous menons un travail de recherche autour de l'hépatite C, nous serions intéressés de connaître votre avis. Nous allons vous poser avec votre accord quelques questions auxquelles vous pouvez répondre librement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Vos réponses seront enregistrées puis traitées de façon anonyme, l'enregistrement sera ensuite supprimé.

1) *Dans votre patientèle avez-vous des patients atteints d'hépatite C ?*

Questions de relance :

- Chez vos patients présentant une hépatite C, comment s'organise leur prise en charge ?
- Comment organisez-vous leur suivi ?
- Pour vous quelle est la place du médecin généraliste dans cette prise en charge ?
- Dans votre patientèle avez-vous des patients à risque d'hépatite C ?
- Pour vous qui est à risque d'hépatite C ?
- Comment recherchez-vous les facteurs de risque d'hépatite C ?

2) Depuis Mai 2019 la primo prescription des traitements contre l'hépatite C est ouverte à l'ensemble des médecins, qu'en pensez-vous ?

Questions de relance :

- Est-ce une information dont vous avez entendu parler ? Si oui par quels moyens ?
- Est-ce une pratique que vous vous imagineriez faire ?

3) Concernant ces nouveaux traitements, quels seraient vos freins à initier cette prescription ?

Questions de relance :

- Que pensez-vous de renouveler le traitement si introduit par un médecin hospitalier ?
- Qu'est-ce qui vous inciterait à prescrire ces nouveaux traitements ?
- Quels seraient les moyens dont vous pensez avoir besoin pour vous aider dans cette nouvelle pratique ? Si réponse aucun, demander pourquoi

3 bis) Quels seraient vos freins à suivre des patients atteints d'hépatite C ?

Questions de relance :

- Que pensez-vous de suivre ces patients si ce n'est pas vous qui prescrivez le traitement ?
- Comment organiseriez-vous ce suivi en consultation de médecine générale ?
- Qu'est-ce qui vous inciterait à faire le suivi de cette pathologie ?
- Quels sont les moyens qui pourraient vous aider à réaliser le suivi de cette pathologie ? si réponse aucun, demander pourquoi

4) Nous allons maintenant parler dépistage, comment effectuez-vous le dépistage de l'hépatite C ?

Questions de relance :

- Dans quelles conditions prescrivez-vous un dépistage de l'hépatite C ?
- Que pensez-vous du dépistage systématique de l'hépatite C ?
- Est-ce qu'il y a des populations où vous pensez que cela est utile ?
- Quels sont vos freins au dépistage de cette pathologie ?
- Quels moyens pourraient vous aider à mettre en place ce dépistage chez vos patients ?
- Comment abordez-vous la question du dépistage de l'hépatite C avec vos patients ?
- Comment pensez-vous que vos patients réagiraient si vous leur proposiez un dépistage systématique de l'hépatite C ?

- Après notre discussion avez-vous d'autres choses à nous dire sur le sujet ?

4. Extraits du codage et de verbatims des entretiens patients

CATEGORIES	CODES	
	LE VHC: UNE PATHOLOGIE GRAVE NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE	
Le VHC: une maladie grave	-Selon patient : VHC=maladie grave -Selon patient : VHC insidieux -Selon patient : VHC fait peur	-E16 « Parce que ça, ça m'e -E1 « par rapport à ce virus qui insidieux, on se rend pas compte h
Le VHC : une prise en charge parfois complexe nécéssitant un avis spécialisé	-Selon patient : prise en charge par spécialiste si MG en difficulté -Selon patient : prise en charge spécialisée plus pointue -patient préfère une prise en charge hospitalière si problème grave -Selon patient : absence de freins à une consultation spécialisée -Selon patient : prise en charge et Suivi par spécialiste plus rassurant -patient préfère prise en charge hospitalière car Co-infection VIH-VHC	-E3 « Ben si on va voir un spéci j'imagine, donc le -E20 « et donc il a, peut être interactions et puis dans le su -E21 "Par contre les médecins gé domaine précis, il fau -E6 "ben j'en sais rien moi, heu, s que c'est u
La prise en charge du VHC n'est pasle role du médecin traitant	-avis des patients sur primo-prescription: ne savent pas -avis des patients sur primoprescription:pas possible car coinfectionVIH-VHC -favorable à la primoprescription seulement si médecin traitant formé -avis des patients sur primoprescription: dépend de la qualité de larelationMT-patient avis des patients sur primoprescription: non car médecin traitant =bobologie	-E4 " ben je n'en sais rien, vous sa sauvée,pour l'instant je dis au cas d -E6 "donc heu le médecin traitant analyses elles sont parties à Bes sont parties à Besançon donc mo char -E3 "Après pff (hésite à parler), j aurait été la docto -E20 "qu'est ce que je pense du honnête mon m

5. Extraits du codage et de verbatims des entretiens médecins

CATEGORIES	CODES	CITATIONS/UNITES MINIMALES DE SENS
	FREINS QUI PEUVENT ETRE DIMINUÉS PAR LE RÉSEAUX ET LA FORMATION	
Médecins qui ne se sentent pas assez formés pour traiter eux même	MG NE SE SENT PAS ENCORE CAPABLE Avis du MG : ne se sent pas capable de réaliser la prescription actuellement Avis du MG : perte de chance pour le patient si pas d'expérience du MG Frein à initier le traitement : peur de mal faire Frein à initier le traitement : balance bénéfice/risque	E9 « enfin moi là je ne me sens pas du tout capable de traiter quoi que ce soit » E3 « enfin pour moi c'est une perte de chance pour le patient, enfin même si le traitement est très simple à partir du moment où on a pas l'expérience en la matière heu ça me semble ouais »
	MANQUE DE CONNAISSANCE Ressenti du MG : ne maitrise pas les hépatites Avis du MG : manque de connaissance sur les traitements Avis du MG : manque de connaissance sur la maladie Frein à initier le traitement : prise en charge thérapeutique non connue Frein à initier le traitement : bilan pré thérapeutique non connu Frein à initier le traitement : manque de formation sur le VHC Selon MG : Vidal non suffisant pour prescrire le traitement	E10 « en clair l'hépatite C moi je maitrise pas donc voilà » E19 « parce que je connais pas très bien les traitements de l'hépatite C » E20 « ben peut être pas suffisamment de connaissance sur le sujet » E10 « ah ben c'est mon frein personnel, c'est à dire que je ne me sens pas à l'heure d'aujourd'hui suffisamment formé sur l'hépatite C »
	EXPÉRIENCE Condition pour réaliser la prescription : être plus à l'aise Condition pour réaliser la prescription : expérience suffisante Manque expérience MG se forme si confronté à la situation	E3 « je le ferai volontiers à partir du moment ou effectivement ou je serait plis à l'aise, je me sentirais plus à l'aise de le faire » E2 « j'ai très peu fait donc j'ai pas d'expérience pour gérer la chose » E15 « en général je m'informe quand je suis confronté à une difficulté »
	FORMATION DU MÉDECIN Aide à la prise en charge : formation sur la maladie Aide à la prescription : formation avec spécialistes locaux Aide à la prescription : formation sur les nouveaux traitements Aide à la prescription : formation via visiteurs médicaux Aide à la prescription : formation au cabinet Aide à la prescription : séminaire Aide à la prescription : exercice coordonné (MSP/CPTS) Lecture précise des recommandations sur le traitement par le MG si cas concret se présente Aide au suivi : formation Intérêt réseaux sociaux dans les connaissances médicales Condition pour réaliser la prescription : connaitre la démarche	E19 « il faudrait effectivement que je fasse une formation la dessus » E16 « ben is j'avais une formation dans un service spécialisé, une formation de deux jours quoi » E14 « alors il faut que le médecin soit formé un peu aussi, effectivement il faut qu'il soit sensibilisé » E5 « mais je trouve que c'est stimulant ces réseaux sociaux »
	FORMATION PERSONNELLE Aide à la prescription : fiche mémo Aide à la prescription : recherche biblio Aide à la prescription : RCP Aide au dépistage : recommandations	E1 « donc une petite fiche mémo avec quelques références complémentaires » E17 « je ressort le bon numéro de prescrire et puis je le lis » E3 « oui des recommandations parce que là on est un petit peu dans le flou »
	APPLICATIONS Aide à la prescription : hepdrug Aide à la prescription : appli/site type VHCclic Aide au suivi : outil informatique	E9 « je pense qu'un outil informatique serait utile » E9 « où tout est résumé dans une apli ou dans un site internet »

	CENTRE VHC Aide à la prise en charge : centre de référence du VHC Aide à la prescription : réseaux VHC Aide à la prescription : avis CHU Aide à la prescription : protocole pré établi par spécialiste Aide à la prescription : ordonnances et fiches conseil pré faites Aide au suivi : ligne téléphonique 24/24 Aide au suivi : protocole pré établi par spécialiste	E4 « je pense que je serais quand même rassurée tu centre de référence » E1 « si j'ai un courrier de procédure de prise en cha problème »
	RÉSEAUX LOCAL Aide à la prise en charge : création d'un réseaux VHC localement Aide à la prise en charge : avis téléphonique ou mail spécialiste Aide à la prescription : accompagnement de la prescription par des personnes compétentes Aide à la prescription : avis téléphonique ou mail spécialiste Selon MG : contact mail spécialiste plus rapide	E3 « c'est le réseaux local, les relations que tu peux E2 « l'accompagnement par des gens qui maitrisen E22 « d'avoir un médecin référent avec qui on peut E17 « si je me sens pas de le faire j'appelle un gast
Importance du réseaux spécialiste	TRAVAIL EN COLLABORATION NÉCESSAIRE Avis du MG : nécessité d'être rassuré par spécialiste Selon MG : nécessité de cadrer ses dossiers avec avis spécialiste Selon MG : important d'un 2° avis spécialiste pour confirmer/précisier Condition pour réaliser la prescription : au moins les premiers cas traités par spécialistes Condition pour réaliser la prescription : bon réseaux avec spécialiste Condition pour réaliser le renouvellement : suivi périodique par spécialiste Favorable à réaliser un suivi conjoint avec le spécialiste Frein au suivi : mauvaise communication entre MG et spécialiste Suivi du patient selon relation avec spécialiste Frein au suivi : spécialistes considèrent MG non compétents	E18 « donc l'avis du spécialiste permet d'abord de rassurer en même temps que je n'ai pas dit de conn E16 " donc il y aura toujours un superviseur pour n médico légal » E20 « à condition qu'il y ait toujours un suivi pério E6 « c'est un spécialiste qui initie le traitement ave disant ben voilà on à ça, ça, et ça, on peut le survei on à eu une coordination et une constatation au mo E7 « alors le seul c'est s'il n'y avait pas de bonne c spécialiste qui initie le traitement, le bilan qu'il fait
	SPÉCIALISTES SATURÉS Condition pour réaliser la prescription : réseau spécialiste saturé	E3 « et si effectivement que eux se retrouve justen
	RELAIS HOSPITALIER Frein à initier le traitement : absence de contact hospitalier Aide à la prescription : patient connu d'une structure hospitalière Condition pour réaliser la prescription : relais hospitalier	E9 « ça serait la possibilité d'avoir ce relais hospita E9 « au moins ce patient il est connu, enfin i a déjà à l'hôpital »
	Frein à initier le traitement : patient qui préfère prise en charge spécialiste	E14 « ben je pense que si le patient il est pas chaud aiment bien voir les spécialistes »

6. Avis du Comité Ethique du CNGE

Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cnge.Fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 24 Septembre 2020,,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude « Dépistage et traitement de l'hépatite C en médecine générale : perception et ressenti des médecins généralistes et des patients d'Aquitaine : Etude qualitative "

AVIS 030920195

Le comité a donné un avis favorable avec réserve à l'étude suivante : « Dépistage et traitement de l'hépatite C en médecine générale : perception et ressenti des médecins généralistes et des patients d'Aquitaine : Etude qualitative ».

Les réserves portent sur les éléments suivants :

. Le comité n'avait pas à disposition le guide d'entretien médecins. Le comité ne peut pas donner un avis favorable dès lors qu'il n'a pas le document correspondant.

. Il n'y pas d'informations concernant la sécurisation des données dans le protocole. Le comité incite les auteurs à se tourner vers le DPO de l'université pour déclaration base et conformité MR004.

Le comité d'éthique incite les auteurs à faire les démarches mais n'a pas prévu de ré-examiner le dossier sur ce versant.

. Certaines questions semblent inappropriées. Par exemple : « Depuis mai 2019, les nouveaux traitements de l'hépatite C peuvent être prescrits par les médecins généralistes, qu'en pensez-vous ? » Il semble très difficile pour un participant qui ne serait pas malade de répondre à une telle question. Comment une personne peut-elle se projeter si elle n'est pas malade ? Quelle est la pertinence de sa réponse ? Au plan méthodologique comme au plan éthique, il semble inapproprié de demander à des participants de s'imaginer dans des situations dans lesquelles ils ne sont pas : ceci est antiphénoménologique. Dès lors que les participants ne VIVENT PAS eux-mêmes la situation, il n'est pas non plus cohérent de les interroger sur le sujet.

Le comité demande aux auteurs du projet de tenir compte de cette remarque mais n'a pas prévu de réexaminer le dossier après modification des questions.

Cédric RAT Pour le
Comité Ethique du
CNGE

7. 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 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 quiconque me le 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 ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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.

RESUME

Contexte : L'OMS dans sa « stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 » et le Ministère des Solidarités et de la Santé dans son « Plan Priorité Prévention 2018-2022 » souhaitent une éradication du virus de l'hépatite C d'ici 2025/2030. Cette éradication passe par l'ouverture depuis mai 2019 de la primo prescription de deux antiviraux d'action directe contre l'hépatite C chronique à l'ensemble des médecins y compris les médecins généralistes.

Objectifs : Notre étude a pour objectif principal de décrire les attentes et les freins des médecins généralistes et des patients à la primo-prescription du traitement de l'hépatite C chronique par les médecins généralistes.

L'objectif secondaire était de décrire les attentes et les freins des médecins généralistes et des patients quant au dépistage de l'hépatite C chez les patients à risque par les médecins généralistes.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative entre février 2020 et avril 2021.Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de patients atteints et à risque d'hépatite C et de médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine. Les données ont été analysées selon la théorie ancrée. Le codage des entretiens a été effectué de façon indépendante par les deux chercheuses permettant la triangulation des données.

Résultats : La majorité des patients étaient favorables à une prise en charge du VHC par leur médecin traitant. Cette prise en charge ambulatoire par leur généraliste était souhaitée pour son aspect pratique avec une proximité des soins par rapport à leur domicile, des rendez-vous rapides et sans attente dans le cabinet. L'aspect relationnel était aussi prépondérant, la confiance en leur médecin traitant, les rapports familiers et la disponibilité de celui-ci étaient mentionnés. Les patients atteints de co-infection VIH-VHC déjà suivis par des infectiologues hospitaliers semblaient préférer une prise en charge du VHC par les spécialistes, afin de centraliser leur suivi. Ils considéraient que leur médecin traitant n'était pas compétent pour la gestion de ces maladies qu'ils disaient complexes.

Du coté des médecins, deux avaient déjà prescrit les antiviraux direct à leurs patients. Deux n'étaient pas au courant de l'ouverture de la primo prescription. Certains étaient considérés comme réticents et d'autres comme favorables à la prescription. Certains n'en ressentaient pas le besoin. Les freins évoqués ont été majoritairement le manque de formation et le peu de cas.

Ils peuvent être levés par une formation adaptée selon la motivation du médecin. Un autre levier semble être la collaboration entre médecins et spécialistes.

Conclusion : Les résultats de cette étude ont permis de connaitre les attentes et les freins des patients et des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'hépatite C chronique par les médecins traitants. Il semble que ce nouveau modèle de soins soit accepté par la majorité des patients concernés. L'avis des médecins semble plus nuancé mais avec une possibilité de faire évoluer leurs pratiques.

Mots clés : étude qualitative, hépatite C chronique, soins de santé primaires, soins ambulatoires, médecine générale, patients, médecins généralistes.

ABSTRACT

Background: Both the WHO with its "Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021" and the French Ministry of Health and Solidarities in its "Plan Priority Prevention 2018-2022" want the eradication of viral hepatitis C by 2025/2030. This eradication goes though the opening of the primary prescription since May 2019 of two direct-acting antivirals against chronic hepatitis C to all doctors including general practitioners.
Objectives: The main objective of our study is to describe the general practitioners and patients' expectations and reluctances regarding the primary prescription for the treatment of chronic hepatitis C by general practitioners.

The second objective was to describe the general practitioners and patients' expectations and reluctances regarding the screening of hepatitis C of patients at risk by general practitioners
Method: We have run a qualitative study between February 2020 and April 2021. Semi-structured interviews were conducted with both patients affected or at risk for hepatitis C and general practitioners in Nouvelle Aquitaine. The data analysis was done using the grounded theory approach. The coding of interviews was carried out independently by two researchers to allow data triangulation.

Results: The majority of patients were in favor of being treated for HCV by their general practitioner. This out-patient care by their general practitioner was desired because of its practicality, proximity to care, quick appointment and reduced time in waiting room. The human relation aspect was also fundamental, trust, familiar relationship and availability of the general practitioner were mentioned. HIV/HCV coinfected patients that were already cared for by infectious disease hospital specialists seemed to prefer being treated by HCV specialists in order to have a centralized follow-up. They thought their general practitioner would not be skilled for managing those diseases that they consider as complex.

On the doctors' side, two of them had already prescribed direct-acting antivirals to their patients. Two others were not aware about the opening of the primary prescription. Some were considered as reluctant and some had a favorable opinion towards the primary prescription. Some of them did not feel the need of doing so. They predominantly mentioned the lack of training and the low number of cases. Those bottlenecks can be lifted with an adapted training according to the doctor's motivation. Another lever is the collaboration between general practitioners and specialists.

Conclusions: The results of this study have allowed a better understanding of the patients and general practitioners' expectations and reluctances regarding the treatment of hepatitis C by general practitioners. It looks like this new model of care is being accepted by most of concerned patients. The doctors' opinion seems more moderated but with a possibility to make their practices evolve.

Keywords: qualitative study, chronic hepatitis C, primary health care, out-patient care, general medicine, patients, general practitioners.