



HAL
open science

Freins à la prise en charge de l'hépatite C : étude qualitative auprès des médecins généralistes corses

Hélène Mahoudo

► **To cite this version:**

Hélène Mahoudo. Freins à la prise en charge de l'hépatite C : étude qualitative auprès des médecins généralistes corses. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03859379

HAL Id: dumas-03859379

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03859379v1>

Submitted on 18 Nov 2022

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Freins à la prise en charge de l'hépatite C:
étude qualitative auprès des médecins généralistes corses**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 6 Octobre 2022

Par Madame Hélène MAHOUDO

Née le 17 novembre 1993 à Angers (49)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur Associé BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur POITRENAUD Delphine

Directeur

Madame le Docteur ENEL Patricia

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Freins à la prise en charge de l'hépatite C:
étude qualitative auprès des médecins généralistes corses**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 6 Octobre 2022

Par Madame Hélène MAHOUDO

Née le 17 novembre 1993 à Angers (49)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur Associé BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur POITRENAUD Delphine

Directeur

Madame le Docteur ENEL Patricia

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Gentile, vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury. Merci de l'intérêt et de la curiosité que vous portez à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Delphine Poitrenaud, après cette folle aventure de COVID, il nous fallait bien un autre défi, et quoi de mieux qu'une aventure qualitative ? Merci de m'avoir accompagnée dans celle-ci en acceptant de diriger ma thèse. Merci pour ta bienveillance, ta patience, ton professionnalisme et ta rigueur. Ce n'est pas que de l'infectiologie que j'ai appris à tes côtés mais un exercice humain et inspirant de la médecine.

Monsieur le Docteur Jacques Bargier, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Madame le Docteur Patricia Enel, merci pour votre aide lors de cette étude et de l'intérêt que vous y portez. Merci d'avoir accepté d'en être juge.

Merci à tous les médecins sollicités au cours de cette étude, pour le temps précieux que vous avez bien voulu m'accorder.

Merci à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ma formation médicale, à toutes les équipes soignantes, les médecins et surtout les patients dont la diversité me permet d'apprendre quotidiennement.

Papa, Maman, merci à vous d'être toujours là, merci d'avoir supporté si souvent la « moi stressée » (et c'est pas fini !), merci pour votre aide et vos conseils. Merci de nous laisser voler de nos propres ailes, même si on ne vous rend pas toujours la tâche facile. Je vous aime.

A mon grand frère, toujours avec moi.

A mes petits frères, vingt-cinq ans que je vous vois grandir et vous épanouir avec plaisir. (Vingt-cinq aussi que je vous supporte... On ne le dit pas assez !) Je suis heureuse et admirative des jeunes hommes que vous êtes devenus. Merci aussi à vous de m'avoir supportée, et de m'avoir laissé gagner à Catan parce que je ne vous avais pas expliqué toutes les règles. Hâte de continuer à vous voir évoluer dans tous vos projets. Je vous aime.

A ma famille, mes papys et mamies, mes oncles et tantes. A mes cousins et cousines.

Aux Honorat, ma famille délocalisée à Marseille, merci d'avoir été là et d'avoir suivi toutes mes péripéties de l'internat (et de m'avoir gardé une chambre chez vous...). Merci à Claire, pour ton oreille toujours attentive et ta bienveillance.

A mes deux cousines 'futurs témoins' (je sens déjà les rumeurs venir au loin !), à nos parties d'Azul (je n'ai pas encore dit mon dernier mot), à toutes nos discussions, depuis toujours.

Merci Camille, merci Eve-Marie pour votre soutien infaillible.

Sandra, mon furoncle, ma sœur, mon fuf... bientôt la barre des 5 ans, je m'y accroche !!

Merci d'être la folle que tu es, d'être encore une enfant avec qui je peux jouer, de m'avoir donné l'opportunité de danser sur une citrouille, de m'avoir fait devenir une amie de star « vue à la télé », de me tenir au courant des dernières scoop « horoscope et ascendant ». Merci d'être cette amie merveilleuse sur qui je peux compter, je peux. Et puis merci la vie, car

comme disait quelqu'un toc de sage « *Je dis que si c'est un ami, tu peux dire un grand merci à la vie* ».

Léa, comme je suis heureuse d'avoir parlé à ces 2 personnes toutes aussi perdues que moi ce premier jour. Le destin avait bien choisi ma prochaine amie, douce, bienveillante, qui met des graines de chia dans son banana bread, et qui trouve stylé d'avoir un gâteau pastèque. J'espère qu'on dansera encore longtemps sur des rythmes afro, latino... polynésien ? Personne ne porte mieux le titre de « beauté des îles » que toi, je te souhaite de toutes les découvrir et j'ai hâte d'en faire quelques-unes avec toi !

Karim, mon K, mon crauroi, à tes biceps et ton muscle up (oui, oui ils sont cités dans ma thèse, tu ne rêves pas), à notre cafathon du travail, à tous ces médecins de pierrefeufeu à qui tu as volé la vedette. Merci d'être mon co-caféiné de qualité en pré soirée.

Laetitia, ma co-professeur de twerk. A tous nos murs du twerk et à ceux à venir. Merci pour ton oreille toujours attentive et tes paroles toujours rassurantes.

A Mymy, folle que tu es, merci d'être ce petit bonbon pétillant aux saveurs de Marseille !

Liza, à tous tes bons conseils autour d'un verre. Merci pour ton aide et ton soutien. Hâte de découvrir ton île, et de t'y retrouver.

Anna, merci d'être là, surtout quand je n'ai plus de clés pour rentrer chez moi, merci de savoir trouver les mots qui rassurent quand j'en ai besoin, merci pour ton aide et merci de m'avoir fait l'honneur d'être ta première créatrice de robe de mariée.

Alex, merci d'être mon « déchargeur » de prise en charge médicale. A tous nos déjeuners à C9, merci pour ton soutien et tous tes conseils. J'espère vous retrouvez à l'autre bout du monde !

Aux Corses, à ceux du premier semestre, avec qui tout a commencé, merci de m'avoir fait découvrir la famille à l'internat. A Gabrielle qui a tellement joué à la grande qu'elle m'a servi de guide dans cette vie d'interne, je suis ravie qu'on soit sortie vivante de ce naufrage post thèse. A Dodo, pour ta facilité à m'écouter raconter ma vie pendant des heures.

A ceux de cette drôle de pandémie, pour toutes nos danses rythmées et nos goûters au balcon. A notre club des 5 du COVID, Lisandru, Andrea, Robin et Sandra, merci d'avoir rendu mes soirées plus douces, et plus sucrées (avec le supplément bonbons sur la glace). Merci au Leclerc Baléone d'avoir fait office de parc d'attraction. A Ana, pour avoir mis un peu de Brésil dans ma vie. A Nao, ma jumelle de thèse, merci d'avoir toujours assuré mes arrières ! A Elodie, Caro, Clacla, Clara, et à nos prochains brunch, plages, paillotes, sortie paddle (on a la vie dure quand même, non ?) ... Merci à Julie de mettre du rythme et des fruits dans ma vie, j'aime ta folie sans pépins, et nos apéros-balcon sans qu'on se prenne la grappe. Et évidemment à Marine et Lucie, sans qui l'internat ne serait pas, merci pour ces cafés déjà servis et ceux qui restent à venir !

A mes hébergeurs préférés, Charles, Benjamin et Xavier. Merci d'avoir accueilli la clocharde que je suis, à tous nos futurs irish coffee du sixième sens. Merci particulièrement à Charles de m'avoir prêté ta décapotable pour que je me la pète dans les rues d'Ajaccio (oui j'ai osé). A ma nouvelle dentiste mais déjà ma préférée, Victoria, ma jumelle de pull et photographe officielle.

A la team gygy d'Ajaccio, quel drôle d'été post covid, de la bonne humeur, de la détente, des copains, (et un peu de gynéco quand même) c'est tout ce dont j'avais besoin à ce moment-là !
Merci Émilie Dieumarquet, Axelle, Marion, Coline, Stéphane, Jean Kev, et le CH4.

Aux « girlz power », à notre prochain week-end où toutes seront dispo (2034, non ?). « I hear you call my name, and it feels like home », finalement ça résume bien les choses !

Aux ivres, pour toutes ces années de durs labeurs saupoudrées de forineries dures, mais juste, et aux prochaines à venir.

A mes péruviennes, lamacito, despacito, donde estan los banos. Zoé, Lucile, Morane, Mamar, Estelle, Manouch, merci d'avoir fait ce voyage avec moi pour débiter cet internat. Des super copines, du maître gims, et des feuilles de coca, il n'existait pas de meilleur moteur.

A mon ADMC, nos séances de TP n'auront pas eu raison de notre amitié, alors qu'est-ce que quelques kilomètres ? Merci de mettre ta joie de vivre dans ma vie depuis tout ce temps.
Petite perfection, je serai brève : « merci d'exister SP ».

Maylis, mais, merci d'être ma meilleure copine depuis qu'on se déplace à quatre pattes. Contre toute attente, je ne suis finalement pas devenue chanteuse... J'aime nous voir grandir et pouvoir comparer cela à nos « rêves d'enfants », je te souhaite plein de bonheur dans tous tes projets à venir !

Aux chicas del DU, à notre année pleine de parasites et de réussites !
A Zoé Framboise, à nos moments partagés aussi bien à Montpellier qu'à Lomé et aux prochains qui ne vont vraiment pas tarder.

A mes colocs marseillais, les rooftopeurs, Lilas, Thomas, Baptiste avec un -p-, Batiste sans -p-, Amaury et à notre rooftop.

A mes maîtres de stages, Dr Eudeline, Dr Bache et Dr Sapienza.

A Philippe, merci de m'avoir fait confiance et donné confiance en mon travail. Merci de m'avoir fait découvrir ton île et ton exercice si polyvalent de la médecine.

A Monica, Porquerolles n'aurait pas la même saveur sin ti ! Muchas gracias para todos nuestros cafecitos y discusiones, pour ton accueil chaleureux qui me fait me sentir chez moi.
Jack, mon meilleur colocataire de Porquerolles, merci pour ton soutien que ce soit pour la thèse ou pour ne pas me laisser aller seule à l'Escale !

A toute l'équipe de pédiatrie de Martigues, et tout particulièrement à Anne Caherec. Merci d'être un modèle, pour tes internes, de médecin bienveillant, humain et patient. Merci à mes co-internes, Berami, Audrey, Fatine et Thomas, qui a supporté ma playlist pendant au moins 45 minutes quotidiennement pendant 3 mois (Bravo).

A toute l'équipe des urgences et du SAMU d'Ajaccio. Merci à Raf, à Laurent, à Augustin, à la licorne Santini, à Benoit... Pour m'avoir fait découvrir et donner le goût des urgences. Merci à toute l'équipe paramédicale pour rendre le travail tellement plus agréable.

A toute l'équipe de Terre D'Azur, merci de m'avoir fait découvrir l'humanitaire dans cette ambiance si familiale. Merci à Jeanne, de mener cette troupe avec tant de force, de gentillesse et d'humanité. Merci à Marine, à la dent que tu me laisseras peut-être un jour enlever, babaré !

Table des matières

I)	INTRODUCTION.....	2
II)	MATERIEL ET METHODE	4
1)	Type d'étude	4
2)	Population	4
3)	Recueil de données	4
4)	Analyse des données	5
5)	Aspects éthiques et réglementaires	5
III)	RESULTATS	6
1)	Manque d'expérience	8
2)	Manque d'intérêt	12
3)	Maladie silencieuse	14
4)	Tabous	15
5)	Différences des priorités de Santé Publique et de médecine générale	17
IV)	DISCUSSION	21
1)	Forces et limites de l'étude	21
2)	Modèle explicatif et discussion	22
a.	En termes de dépistage	24
b.	En termes de traitements	25
c.	En termes de prévention	25
d.	En termes d'éradication	26
e.	Les facilitateurs	26
f.	De façon générale	27
V)	CONCLUSION	29
VI)	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	30
VII)	ANNEXES	34
1)	Critères COREQ	34
2)	Note d'information et consentement	36
3)	Guide d'entretien	39
4)	Guide d'entretien modifié	42
VIII)	LISTE DES ABREVIATIONS	45

I) INTRODUCTION

L'hépatite C est une maladie sous-estimée du fait de son évolution souvent silencieuse, et pourtant potentiellement grave puisqu'elle peut entraîner à terme un cancer du foie [1].

En 2013 les hépatites virales étaient la 7ème cause de décès dans le monde, 48% était dû au virus de l'hépatite C (VHC) [2]. Le nombre de personnes infectées par le VHC au niveau mondial était en hausse en 2014 et estimé à 80 millions [2, 3].

En France, en 2016, la prévalence de l'infection chronique par le VHC chez les 18-75 ans était estimée à 0,30% de la population (IC95%[0,13-0,70]) [4].

Longtemps, les traitements pour cette maladie étaient peu satisfaisants avec des durées prolongées (6 à 12 mois), un taux de guérison faible (50%) et de nombreux effets secondaires associés à un défaut d'observance [1].

De 2014 à 2018, l'avènement de nouveaux traitements associant des antiviraux à action directe (AAD) modifie l'évolution et le pronostic de l'hépatite C. Le taux de guérison est proche de 100% avec une diminution de la durée du traitement et une amélioration de la tolérance [5, 6].

En 2016, l'OMS fixe un projet d'éradication des hépatites virales d'ici à 2030. Les objectifs de cette stratégie de lutte pour l'hépatite C sont : une diminution de l'incidence de 90% et une réduction de 80% de la mortalité liée au VHC [2].

Au niveau national, le plan priorité prévention de 2018 prévoit une éradication de la maladie en 2025 [11]. Trois axes sont développés : le renforcement de la prévention, le renforcement du dépistage et le renforcement de l'accessibilité au traitement en autorisant et facilitant sa prescription par le médecin généraliste [8].

La Haute Autorité de la Santé (HAS) publie en 2019 une simplification de la prise en charge de l'hépatite C : dépistage ciblé des populations à risque, standardisation du bilan initial et standardisation de la prise en charge thérapeutique [9].

Selon l'Association Française pour l'Étude du Foie (AFEF), le dépistage est un levier déterminant pour l'éradication de la maladie. Elle recommande en 2018 un dépistage universel : toute personne adulte doit avoir eu un dépistage pour l'hépatite C au moins une fois dans sa vie [5, 10].

En France, l'activité de dépistage des anticorps anti-VHC ne cesse de progresser depuis 2013 avec une augmentation de 14% entre 2013 et 2016 et de 4,8% entre 2016 et 2019 [11]. La tranche d'âge 61-75 ans a été significativement moins dépistée dans leur vie que les jeunes de 15-30 ans, 10,3% déclaraient avoir déjà eu un dépistage contre 21,3% respectivement. Pourtant la plus forte prévalence concerne la tranche d'âge 45-75 ans (0,51%) en 2016 [4]. L'activité de dépistage est réalisée en grande partie dans des structures spécialisées ou associatives par le biais de campagnes de dépistage ciblé par Test de Diagnostic Rapide d'orientation (TROD) auprès des populations jeunes, des détenus, ou des usagers de drogues [12, 13].

La fédération des addictions a réalisé une enquête en 2019 concernant le dépistage et le traitement de l'hépatite C en structures spécialisées pour les usagers de drogues : presque la moitié des structures interrogées n'ont pas augmenté le dépistage du VHC malgré l'élargissement des possibilités de traitement. Des freins à la prise en charge de l'hépatite C ont été identifiés chez les professionnels de santé (le VHC n'est pas une priorité, manque de formation...) et chez les usagers (méconnaissance de l'hépatite C...) [14].

En Corse, les données de prise en charge thérapeutique de l'hépatite C chronique sont paradoxalement plus élevées que les différents indicateurs de dépistage. En 2015 il y avait 36 tests pour 1000 habitants contre 41 pour 1000 dans le reste de la France, alors que le nombre d'affections longue durée (ALD) pour l'hépatite C était le plus élevé de France avec 179 pour 100000 habitants [15].

Ce travail a pour objectif d'étudier les freins à la prise en charge de l'hépatite C auprès des médecins généralistes corses dans le contexte plan priorité prévention de 2018.

II) MATERIEL ET METHODE

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative régionale, inspirée de la théorisation ancrée. Ce type d'étude a permis de recueillir les freins et le sentiment d'implication du médecin généraliste dans la prise en charge de l'hépatite C.

2) Population

La population étudiée était les médecins généralistes de Corse ayant un exercice principalement libéral.

Le recrutement se faisait sur la base du volontariat selon la méthode d'échantillonnage raisonné théorique. Un effet boule de neige était recherché.

Les médecins généralistes étaient contactés par mail, par téléphone, par réseaux sociaux (groupe de médecins corses sur Facebook et Whatsapp), par messages laissés à leur secrétariat.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des médecins libéraux de Corse a relayé par mail la note d'information de l'étude à ses adhérents.

3) Recueil de données

Des entretiens individuels semi dirigés permettaient de s'adapter au mieux aux emplois du temps des médecins généralistes.

Pour la même raison, ils étaient réalisés en présentiel, en visio-conférence ou par téléphone. Le lieu d'entretien, calme et propice à l'échange, était laissé au choix du médecin interrogé : cabinet médical, domicile.

L'entretien suivait un guide rédigé en amont. Cela permettait de suivre les différents axes de la recherche tout en laissant la liberté et le temps d'expression nécessaire au médecin généraliste.

Le guide d'entretien a été testé initialement sur un médecin généraliste de Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et modifié une fois au cours de l'étude.

Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits intégralement sur le logiciel Word® et anonymisés. Les enregistrements ont été supprimés après retranscription.

La fin du recueil a été décidée après obtention d'une saturation de données.

4) Analyse des données

L'étiquetage initial a été conduit à l'aide du logiciel NVivo®, Version Release 1.6.2.

L'analyse intégrative et le modèle explicatif ont été réalisés à l'aide du logiciel Edraw Mind®, version 9.0.10.

L'étude répond aux critères de la grille COREQ.

5) Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont donné leur consentement libre et éclairé écrit après avoir lu la note d'information de l'étude.

Les entretiens ont été anonymisés en attribuant des codes aux participants, les noms propres ont été effacés dans les entretiens.

L'étude était hors champ de la loi Jardé. Elle n'était pas concernée par une demande à la CNIL ou à un comité d'éthique.

III) RESULTATS

Huit entretiens ont été réalisés entre février et juillet 2022 permettant d'obtenir la saturation des données. Ils ont duré entre 9 et 54 minutes avec une moyenne de 22 minutes. Trois entretiens ont été réalisés en présentiel, deux au cabinet médical, un au domicile du médecin. Quatre entretiens ont été réalisés par visio-conférence et un entretien l'a été par téléphone.

Quatre médecins ont refusé les entretiens, onze n'ont pas donné de réponses. Le sentiment de ne pas être concerné n'ayant pas de patient atteint d'hépatite C dans sa patientèle ou le manque de temps étaient les deux raisons majoritaires des refus.

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 1.

Toutes les tranches d'âge et les années d'installation étaient représentées, il y avait deux femmes dans l'échantillon. La majorité des médecins exerçait dans un cabinet de groupe (75%), un quart des médecins dans une zone rurale et deux d'entre eux étaient maître de stage universitaire (25%). Il n'y a pas eu de médecin avec une patientèle à tendance pédiatrique.

Tableau 1. Caractéristiques des participants

N°	Durée (min)	V/P/T	Tranche d'âge	Sexe	Années d'installation	Type d'exercice	Type de structure	Type de patientèle	MSU
E1	54	V	< 35 ans	F	0-5 ans	Semi Rural	Cabinet de groupe	Tout venant	Non
E2	13	V	35-44 ans	H	5-10 ans	Semi Rural	Cabinet de groupe	Tout venant	Non
E3	10	P	35-44 ans	H	10-15 ans	Semi Rural	Cabinet de groupe	Tout venant	Oui
E4	9	T	> 65 ans	F	> 30 ans	Rural	Cabinet seul	Tendance gériatrique	Non
E5	17	P	35-44 ans	H	0-5 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Tendance gériatrique	Non
E6	26	V	55-65 ans	H	20-30 ans	Urbain	Cabinet seul	Tout venant	Non
E7	9	P	45-54 ans	H	15-20 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Tout venant	Non
E8	34	V	55-65 ans	H	> 30 ans	Rural	Cabinet de groupe	Tendance gériatrique	Oui

V : visio conférence / P : présentiel / T : Téléphone. H : Homme. F : Femme. MSU : Maître de stage universitaire.

Les principaux freins à la prise en charge de l'hépatite C étaient :

- Un manque d'expérience des médecins généralistes dans la prise en charge de cette pathologie
- Un manque d'intérêt de la part des médecins généralistes
- La perception de cette maladie comme « silencieuse »
- Les tabous autour de cette pathologie
- Un sentiment d'inadéquation entre les priorités de Santé Publique et les réalités de terrain

Cependant, selon certains médecins interrogés, l'exercice de la médecine générale et ses particularités permettaient de minimiser des freins. Avec ce même objectif, des solutions ont aussi été proposées.

1) Manque d'expérience

a. Manque d'expérience des médecins concernant l'hépatite C

Les médecins généralistes interrogés décrivaient un manque d'expérience dans la prise en charge de cette pathologie, rendant difficile la prise en charge thérapeutique.

« A l'heure actuelle, je ne me sens pas du tout à l'aise pour prescrire un tel traitement, parce que je n'en connais pas assez les tenants et les aboutissants » E1. « Là comme ça je ne me sentirais pas (...). On manque (...) d'entraînement de prescription, de situation de prescription etcetera. » E2

Une absence de recul sur un traitement anciennement prescrit par les spécialistes freinait son introduction par le médecin généraliste. *« Quand un généraliste a accès à un traitement, c'est un traitement qui a quand même été déjà utilisé auparavant en général, mais par contre nous on n'a pas l'expérience bien sûr. » E8*

Celui-ci se posait des questions sur les effets secondaires, les interactions médicamenteuses, les indications ou contre-indications ou encore la balance bénéfice-risque, difficiles à évaluer lorsque l'on n'a ni l'expérience ni de la pathologie, ni celle du traitement.

« On a la possibilité, mais on n'a pas l'expérience, on ne connaît pas le recul. On se dit quels sont les effets secondaires ? est-ce que ça vaut le coup par rapport aux symptômes ? » E8

« Il a tel médicament, je pense aux interactions médicamenteuses, je lui mets un traitement de l'hépatite C, qu'est-ce que je peux lui mettre avec ? » E1

Les patients pouvaient aussi poser ce genre de questions au médecin généraliste, ce qui le mettait en difficulté quant à son rôle explicatif et de réassurance. *« Je pense que le médecin généraliste il a un rôle dans l'explication. » E5. « Eux (les patients), ils veulent savoir est-ce qu'ils vont guérir, quels sont les effets secondaires des médicaments, enfin c'est ça les questions (...) du quotidien, c'est sur ça qu'on nous attend en fait. » E1.*

Cela pouvait avoir un impact sur l'observance du patient. *« Je pense que je n'aurais pas (...) un discours assez rassurant pour que le patient soit observant » E1*

Le manque d'expérience entraînait une peur face au diagnostic de cette pathologie inconnue.

« (à propos d'un compte rendu d'un remplaçant au remplacé) je lui dis « non mais ne

t'inquiètes pas, j'ai déjà appelé le gastro » elle me dit « Ah parce que moi ça me stresse ! ». »
E1.

b. Croyances sur la pathologie

Des croyances émergeaient de ce manque d'expérience. L'hépatite C était, dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, incluse dans le lot des infections sexuellement transmissibles. Le risque était donc perçu comme sexuel et les jeunes étaient la population cible du dépistage et de la prévention. *« -vous parlez prévention ? -Oui ! Surtout avec les jeunes en fait ! (...) parce que le cancer on en fait tout un flan mais en pratique ça tue les vieux. Les maladies infectieuses ça pourrit la vie des jeunes... » E3. « Considérez-vous que vous ayez une patientèle à risque ? – oui, des patients à risque sexuel ça arrive, oui. » E7*

Un bilan hépatique complet était perçu comme permettant un pré-dépistage à l'hépatite C. Si celui-ci était perturbé, les sérologies des différentes hépatites étaient alors prescrites. *« Beaucoup de patients ont au moins une biologie récente ou semi récente et donc à ce moment-là... Je ne sais pas si... (...) mais une hépatite C sans perturbation du bilan hépatique, ça reste quand même assez rare... ? » E5. « Les découvertes d'hépatite C, en général ce sont des bilans hépatiques perturbés, puis les sérologies et c'est là qu'on trouve les gens atteints d'hépatite C. » E6*

Les patients plus âgés, de la tranche d'âge 45-75ans, n'étaient pas ciblés par le dépistage. *« Ceux qui sont chez eux depuis 80 ans, je ne pense pas qu'ils aient des risques ! » E4, « Par exemple, moi je fais partie des médecins coordinateurs dans un EHPAD et on a un bilan standard... On ne fait pas de recherche d'hépatite C dans le bilan standard. » E8, « dans le check up (réalisé à partir de 50 ans) je ne le fais pas en systématique, ça c'est clair. (...) » E5.*

Les médecins et patients en campagne paraissaient moins concernés par cette maladie. *« Mais peut être qu'en rural il y en a un peu moins qu'en ville, certainement, » E2*
« Je pense moins qu'en ville. (...) Ce sont des gens tranquilles.... Du village ! » E3

c. Maladie rare

L'hépatite C était perçue comme une pathologie rare, qui n'était pas dans le quotidien du médecin généraliste. *« Et c'est vrai que depuis 5-6 ans, (...) je n'ai plus de suivi de patients hépatite C » E8. « Tu vois, ce n'est pas une maladie du quotidien » E7.*

Le fait d'être peu confronté à cette maladie jouait sur les capacités du médecin généraliste à la prendre en charge. *« C'est qu'on ne fait bien que ce qu'on fait souvent » E2.*

En Corse, l'hépatite E avait suscité plus d'intérêt que l'hépatite C, du fait de sa plus grande prévalence dans la région. *« Nous en Corse, on a pendant quelques temps été tracassé par l'hépatite E parce qu'il y a différents papiers qui étaient sortis prétendants qu'il y avait plus d'hépatite E en Corse qu'ailleurs » E8*

d. Éléments facilitant la prise en charge

i. Concernant les particularités de la médecine générale

L'existence de cabinets de groupe permettait de faire appel aux compétences plus spécifiques de chaque médecin présent et ainsi de diminuer le manque d'expérience et de connaissance dans certains domaines. *« Non, mais on s'envoie régulièrement des patients parce qu'on a des compétences chacun, donc ça pose aucun problème. C'est un cabinet de groupe, on s'échange des patients et ça se passe très bien. » E7.*

La possibilité de reconvoquer facilement un patient en médecine générale permettait de se renseigner sur la pathologie en question. *« "on se revoit dans 2 jours et vous, comme ça, vous réfléchissez à vos questions" mais ça me laisse le temps, un backup, pour au moins me documenter, ou poser la question aux spécialistes » E1.*

Le médecin généraliste était vu comme résilient et pouvait s'adapter aux nouvelles prises en charge et responsabilités, sous réserve d'un temps d'apprentissage.

« Là, à l'heure où on se parle, là, je ne suis pas à l'aise, je ne suis pas tout à fait à l'aise dessus donc... Après ça s'apprend hein, comme tout. » E5. « Après si c'est à nous de le faire, on le fera. » E6.

L'accès facilité à des outils d'aide à la prise en charge ou à la formation médicale continue constituait un avantage en médecine générale pouvant pallier le manque d'expérience.

« En fait j'avais direct regardé sur l'ordi, je crois que j'étais allée sur... ebmfrance, (...) des outils de médecine générale en ligne » E1. « J'ai eu l'information par « prescrire » (...) ils ont fait une synthèse sur tous les traitements existants... » E8.

Une bonne relation entre le médecin généraliste et le spécialiste permettait de réduire le frein lié au manque d'expérience, les gastro-entérologues corses étant perçus comme disponibles.

« Tu peux avoir des situations qui ne sont pas abordées dans les documents qu'on reçoit par exemple, (...) donc il faut quand même, je pense, que le généraliste ait la possibilité d'avoir un référent. » E8. « Nous ici on a un accès relativement facile quand même à Bastia, c'est une chance, parce que la plupart des spécialités sont sinistrées, avec la gastro ça marche plutôt pas mal. » E6.

Les médecins généralistes se reconnaissaient comme le filtre du parcours de soins. *« Les spécialistes vont avoir accès à nos patients par le biais d'une pathologie parce qu'on va leur confier. » E8. « Donc ça veut dire que le patient va faire la démarche de venir chez moi, et moi je juge si je dois appeler ou pas le spécialiste, ça c'est bien, c'est bien dans le parcours de soins qu'on ait cette place-là, de filtre. » E1.*

La qualité de l'orientation des patients par le médecin généraliste était garante d'échanges efficaces avec le spécialiste. *« Mais ça, je ne peux pas le faire avec des gens pas urgents, parce que je perds en crédibilité, je fais perdre du temps au spécialiste et le patient urgent, il n'est pas vu. » E1.*

ii. Concernant la prise en charge de la maladie.

Certains médecins, ayant connu les anciens traitements dans leur pratique, exprimaient une motivation à prendre en charge les patients avec ce nouveau moyen thérapeutique, mieux toléré et efficace. *« Mais comme on a un traitement tellement efficace maintenant, on est content de les chercher et de les trouver. » E6. « C'est vraiment ça qui a fait la différence. Les interférons étaient assez efficaces mais hyper chers, (...) et une tolérance compliquée quand même, avec des effets indésirables parfois sévères. » E8*

2) Manque d'intérêt

Le deuxième frein était un manque d'intérêt, perçu par le médecin généraliste, à dépister et prévenir l'hépatite C.

a. L'hépatite C n'est pas une priorité

Le rôle primordial des médecins de soins primaires dans le dépistage et leur facilité à le faire étaient reconnus. « *La médecine générale c'est beaucoup de dépistage je trouve. (...) Si on ne le fait pas, personne ne le fait.* » E5. « *Nous, notre rôle, c'est de dépister, trouver, adresser et puis éventuellement traiter, quand on peut traiter.* » E6. « *Nous on reçoit des hémocults, on les distribue à n'importe quel moment d'une consultation, même chez quelqu'un qui vient pour un rhume on peut très bien « fourguer », si je puis dire, un hémocult *rires*. A une femme qui vient pour un renouvellement de traitement d'hypertension et qui a 55 ans on peut aussi lui parler de sa mammographie* » E8.

Cependant ils se sentaient peu concernés par cette maladie. « *En ce moment, j'ai l'impression que ce n'est pas un sujet qui va passionner les foules.* » E8. « *Là, il y a plein de choses pour moi qui sont beaucoup plus importantes que l'hépatite C et moi j'aimerais bien tout savoir, mais ce n'est pas possible.* » E1.

Le dépistage de l'hépatite C n'était donc pas perçu comme une priorité, contrairement à d'autres dépistages comme le cancer par exemple. « *On est plus axé, (...) sur le dépistage du cancer du colon, la prostate, le sein, sur les frottis chez les jeunes filles, le papillomavirus, l'hépatite C, c'est vrai qu'on n'en parle jamais.* » E2. « *Pour moi l'hépatite C n'est plus une maladie de premier plan* » E8

La perception d'absence de priorité concernait aussi la prévention de l'hépatite C. « *Et quand un jour tu seras devant ton patient et que tu penses à toutes les enquêtes que tu dois faire, c'est-à-dire le cœur, le tabac, le « machin » (...) ... Ton cerveau, il va cibler, parce que sinon ce n'est pas possible, tu ne peux pas prendre un patient tous les matins, et parler de la prévention de tout, sinon tu verras un patient par jour.*» E6.

b. Manque de communication autour de la maladie

Un manque de communication autour du projet d'éradication empêchait les médecins de percevoir l'intérêt d'un dépistage plus fréquent, comme le recommandait l'AFEF. « *On en a beaucoup parlé quand vous n'étiez pas née *rires* et maintenant j'ai l'impression qu'on n'en parle plus. Et en plus depuis 2 ans on ne parle plus de rien sauf de la COVID, de l'Ukraine et du réchauffement climatique donc...* » E8. « *(à propos de la recommandation de l'AFEF) moi j'aimerais bien qu'on me donne l'argumentaire pour dépister tout le monde. Ça changerait quoi en fait ?* » E7.

Certains médecins étaient étonnés d'apprendre qu'ils pouvaient à présent prescrire le traitement. « *C'est dommage que je n'aie pas eu l'information... en amont* » E3.

c. Non perception d'un intérêt de Santé Publique

L'hépatite C semblait concerner une population très ciblée, ressentie comme non prioritaire en termes de Santé Publique « *(à propos de la population cible) c'est un milieu plus, plus fermé et (...) je pense qu'il y a moins de problématique grand public en fait...* » E6.

La crise sanitaire liée à la COVID19 majorait cette perception « *Mais c'est vrai qu'avec la COVID qui est venue derrière, j'ai l'impression que (...) c'était moins urgent et moins ... (...) ce n'était plus une question de Santé Publique de premier ordre... de premier plan.* » E8

d. Proposition d'une communication auprès du grand public

Dans un objectif d'éradication, une information du grand public, entre autres, semblait nécessaire. « *Moi je pense que déjà il faudrait un peu « la base », comme toute maladie contagieuse : dépistage, formation, information.* » E2.

Cette information pouvait se faire via des annonces télévisuelles par exemple. En effet la population générale, sensibilisée par ses annonces, se rendra chez son médecin pour avoir les explications. « *(A propos des techniques d'éradication) Il faudrait faire encore des pubs à la télé... Peut-être que ça interpellerait les gens* » E4. « *Souvent ce qu'il se passe en médecine générale c'est que les patients entendent un truc quelque part, donc dans un spot télévisuel et*

après ils consultent leur médecin généraliste « et en fait j'ai vu ça à la télé, qu'est-ce que vous en pensez ? ». » E5.

3) Maladie silencieuse

L'hépatite C était perçue comme une maladie silencieuse sur plusieurs points de vue : elle pouvait être chronique longtemps asymptomatique, elle concernait une population difficilement identifiable et elle était peu connue du grand public.

a. Maladie chronique longtemps asymptomatique

L'hépatite C pouvait passer longtemps inaperçue, rendant difficile son diagnostic.

« Et lui il dit qu'il va très bien parce que ses transaminases sont normales, ce en quoi il n'a pas tort. Donc en fait on peut vivre très longtemps avec une hépatite C. » E6. « Donc je ne comprends pas comment elle a pu accoucher et qu'on ne l'ait jamais vu (l'hépatite C) » E1

La difficulté diagnostique était majorée par la particularité du médecin généraliste qui se devait d'être polyvalent. *« Parce que on est censé être très polyvalent donc c'est une belle spécialité, moi j'aime bien avoir du « tout-venant » » E1. « Mais en réalité nous dans notre population de malades, toutes les maladies sont importantes et aucune n'émerge comme ça de manière... » E8*

b. Population à risque difficilement identifiable

L'arrivée des traitements de substitution à l'héroïne avait permis de mieux prendre en charge les toxicomanes et leur maladie. *« Quand il y a eu la substitution, il y a eu une libération vraiment terrible et on a pu suivre des toxicomanes, qui auparavant... On craignait les toxicomanes parce qu'en général ils venaient essayer de nous extorquer des morphiniques sous des prétextes (...) et ça nous a permis aussi de suivre leurs pathologies. » E8*

Cependant les patients à risque d'hépatite C restaient encore difficilement identifiables par les médecins généralistes. C'était une population perçue comme plus sujette au mensonge et qui ne déclarait pas spontanément ses conduites à risque. *« Le mec il sort de taule (...) ils te mentent de toutes façons, tout le temps, ces gens là... » E6. « Je n'ai pas de patients « toxico »*

qui vient me voir en me disant : « je suis toxico » (...) Bon déjà quelqu'un qui vient me dire « j'utilise de la cocaïne » ça n'arrive jamais. » E5

Le risque chez les patients de 45-75 ans jamais diagnostiqués a été évoqué une fois, ils n'étaient pourtant pas dans les populations à risque facilement identifiables par le médecin généraliste. *« mon profil de base, si je dois vous faire un patient type hépatite C que j'ai au cabinet, c'est 50-60 ans, ancien « toxico ». » E6. « L'hépatite C en fait, (...) je le propose très facilement aux jeunes dans le cadre des maladies sexuellement transmissibles, mais quand ils sont un peu plus âgés, et qu'ils te disent qu'ils n'ont pas de problème de santé et cetera... » E1*

Cette tranche d'âge faisait souvent l'objet de diagnostic fortuit avec des difficultés à retrouver, dans un second temps, les conduites à risque.

« Mais bon tu imagines, elle (une cinquantenaire) a toujours été suivie, elle fait son frottis et tout, vraiment une vie de nonne, tu ne peux pas te dire « elle je vais lui dépister l'hépatite C » .» E1. « Je ne me rappelle plus, il doit avoir 70 ans maintenant, (...) quand il était en Italie, (...) les gens allaient tous chez le barbier. Et les barbiers ils ne désinfectaient pas les rasoirs, d'accord ? Ils les passaient à la chaîne... Je pense qu'il y a eu plein de transmissions ainsi. C'est le seul truc qu'on ait retrouvé qui était à peu près cohérent... quand tu es à essayer de comprendre... » E6

c. Maladie peu connue du grand public

L'hépatite C était perçue comme une maladie peu connue en dehors des toxicomanes.

« Et encore, ce n'est pas très connu en dehors du milieu des toxicomanes, tu vois ? » E6

« Chez le blanc whasp hétérosexuel bien inséré et tout ça, il n'y a pas de soucis. (...) et il ne sait même pas forcément ce que c'est. » E6

4) Tabous

a. Tabous et gêne autour des conduites à risques

De la gêne était exprimée à l'évocation des conduites à risques, aussi bien du côté médecin que du côté patient.

Du côté du médecin, la gêne pouvait être exprimée clairement ou ressentie, par l'utilisation de périphrase ou par du langage non verbal. « *Je ne vais pas poser la question en consultation : « et en fait, vous utilisez de la cocaïne ? » C'est un peu délicat. » E5. « Patients un petit peu profilé on va dire... les patients à risque qu'on connaît... donc on ne va pas faire un rappel sur l'hépatite C... mais bon on connaît les risques de contamination sanguine et cetera... » E6. « Non. Non, non, non. J'en parle aux jeunes que je connais dont je sais qu'ils ont une vie un peu *rire*, un peu dissolue je dirais *rises*. Mais sinon non. » E4.*

Les toxicomanes étaient considérés comme déjà au courant des risques, les évoquer semblait inutile. « *Côté « toxico », ceux que je vois, ils sont déjà en cours de sevrage donc je les dépiste mais ils savent en fait... » E3*

Du côté des patients, les médecins généralistes avaient bien conscience qu'ils ne leur révélaient pas tout. « *En fait, quand tu vois un patient, il ne te dira jamais tout. » E6. « Il ne faut pas perdre de vue que le médecin, ce n'est pas un confesseur » E6.*

b. Particularités corses

L'insularité et la ruralité expliquaient, pour certains médecins, cette gêne autour des conduites à risque d'hépatite C. La peur du « qu'en-dira-t-on » pouvait influencer la relation médecin-malade. Cela laissait craindre une rupture du secret médical par le patient et pouvait ainsi limiter les échanges autour de sujets plus délicats. « *Vous savez je connais bien mes patients donc je... » E4. « Du fait de l'insularité, du fait qu'on est dans un système clos. Je ne dis pas que tout le monde se connaît mais, c'est peut-être un peu plus tabou chez nous qu'ailleurs, peut-être. » E2*

La réputation du médecin pouvait être entachée s'il évoquait les conduites à risques chez des patients ne semblant pas en avoir. « *Après les gens ils te prennent pour des malades. Il y a aussi (...) comment (les patients) voient cette maladie. Il te dit « mais attend, elle me dépiste l'hépatite C, elle me prend pour quelqu'un de drogué ? Elle me prend pour quelqu'un de sale ? », tu vois ? » E1*

La Corse était vue comme « en retard » par rapport au continent sur la liberté sexuelle et la liberté d'expression autour de ce sujet-là. « *C'est quand même de plus en plus... Bon on va*

dire que j'ai vu arriver à Bastia, qui n'est quand même pas une ville avant-gardiste... des gens qui changent de sexe » E6. « Ouais, bon en Corse on est encore un petit peu loin de tout ça (liberté sexuelle) mais ça vient. » E6

c. Éléments réduisant le tabou

i. Maladie peu stigmatisée

Certains médecins ne pensaient pas qu'il y avait de tabou autour de cette maladie. Elle était peu connue du grand public et donc peu connotée négativement dans l'esprit collectif, en comparaison avec le VIH.

« Encore que l'hépatite C ça ne passe pas non plus pour une maladie honteuse franchement, ce n'est pas le VIH ou... Moi je trouve que les gens ne le vivent pas si mal que ça curieusement l'hépatite C. » E6

ii. La relation privilégiée médecin généraliste - patient

Cette relation privilégiée permettait un lieu d'échange sur des problématiques plus intimes que celles partagées avec le médecin spécialiste. *« C'est un peu son rôle (au médecin généraliste) d'être dans les choses un peu plus délicates, un peu plus intime. (...) Ils se confient peut-être plus au médecin traitant qu'ils se confieraient à l'urgentiste ou à certains spécialistes qu'ils vont voir une fois dans leur vie. Il y a quand même une relation de confiance avec le médecin traitant. » E2*

Plus l'exercice de la médecine générale était avancé, moins il existait de tabous.

*« *rires* On parle librement de tout ! Le privilège d'arriver à 60 ans. » E6. « Alors délicat, pour moi au début oui, quand tu commences, forcément, ça l'est un peu, mais après, pour moi, maintenant ça fait 7 ou 8 ans (que j'ai commencé). » E2*

5) Différences des priorités de Santé Publique et de médecine générale

Une différence de priorités entre la pratique quotidienne de médecine générale et la Santé Publique était mise en avant. Les médecins estimaient qu'il existait un manque de compréhension de la réalité du terrain chez les décideurs politiques. Ils se sentaient

abandonnés par les instances publiques dans un système de soins saturé où le médecin généraliste était déjà débordé.

a. Déséquilibre entre les priorités du médecin généraliste et les priorités de Santé Publique

Les décisions de Santé Publique ne semblaient pas toujours applicables dans la pratique courante du médecin généraliste, voire étaient parfois incomprises de ces derniers.

*« (concernant l'HAS) C'est à dire qu'elle donne parfois des recommandations qui sont inapplicables où qui sont complètement en décalage avec la réalité » E8 « La... contradiction de la médecine (...) : certains médicaments, par exemple, sont prescrits uniquement par les (médecins) hospitaliers, alors, quand tu n'as pas accès à ces médecins-là, tu ne peux pas le prescrire. *rire* Et là on te propose de faire un truc que les autres font déjà très bien sans grand difficulté, donc oui... petite réflexion *rires* » E6*

Le problème de l'hépatite C n'était pas en accord avec les problèmes du quotidien du médecin généraliste. *« Moi je trouve que c'est trop ambitieux 2025, il y a plus urgent que d'éradiquer l'hépatite C, je suis désolée... 'On a encore des diabètes déséquilibrés, on a encore... Rien que, ne serait-ce que d'éduquer les gens face à un rhume.» E1.*

Ce déséquilibre s'expliquait par un manque de connaissance des problématiques de terrain des décideurs politiques et des autorités sanitaires. *« Je crois que ceux qui font les recommandations il faudrait qu'il passe une journée dans un cabinet » E1. « On ne peut être que content d'éradiquer une maladie mais en fait le problème du médecin généraliste, c'est que les décideurs politiques ont l'illusion qu'on a suffisamment de temps pour tout faire. » E6. « Parce que ce sont des gens qui ne sont pas des médecins de terrain, l'HAS. » E8*

b. Sentiment d'abandon du médecin généraliste

Le médecin généraliste se sentait délaissé dans les prises de décisions des instances publiques. Il avait l'impression d'être surchargé de travail sans considération, et sans préparation à ces nouvelles tâches. *« On débarrasse de plus en plus le spécialiste parce qu'il devient rare et finalement on en arrive à surcharger de tâches les médecins généralistes » E6. « Toutes les maladies on dit qu'il faut impliquer plus le médecin généraliste... Donc moi je veux bien les*

impliquer plus mais... » E5. « Toutes les tâches reviennent chez nous, qu'elles soient médicales ou administratives » E6. « Et qu'est-ce que tu penses de l'implication du médecin généraliste dans ce projet ? E : Il faut qu'on soit formé. » E7

c. Système de soin saturé

Les médecins généralistes se sentaient débordés dans un système de soins saturé, empêchant la bonne pratique de la médecine. *« Je pense que le contexte fait que les médecins généralistes français sont débordés, archi débordés et que leur proposer de faire de la vraie médecine c'est bien mais... malheureusement aujourd'hui, ce n'est pas leur priorité. » E3.*

Dans ce système de soins, il paraissait primordial de devoir cibler les patients lors des dépistages, pour éviter les coûts supplémentaires. *« Moi je pense que on a un système de santé qui est à bout de souffle et que, c'est pas ce qui coûte le plus cher, mais on ne peut pas toujours dire « on va tout dépister tout le temps », il faut que ça ait un sens quand même... » E1*

Des choix dans la pratique du médecin généraliste devait être fait pour conserver une qualité de vie en dehors du travail. *« C'est à dire qu'on va choisir de faire telle heure-telle heure au cabinet, on va choisir de dire non à certains patients parce qu'il y en a des plus urgents, on va choisir de se former dans tel organe ou dans telle population. » E1.*

Certains médecins avaient une vision pessimiste de l'avenir du système de santé français et de la planète, les deux étant en comparaison. *« Le médecin généraliste, qui va devenir rare aussi, donc finalement je pense que bientôt il n'y aura plus de médecins du tout, comme ça l'affaire est réglée, ça va devenir très compliqué. » E6. « C'est juste ça qui m'énerve, c'est qu'on sait, on n'est pas du tout des bons gestionnaires et le système il va s'essouffler tout comme la planète se réchauffe... (...) c'est logique en fait » E1*

d. Propositions d'action de terrain avec les décisions politiques

Les décisions politiques devraient s'accompagner d'action auprès des médecins pour plus d'efficacité et un meilleur rendement économique. *« Je ne sais pas, je pense qu'il y a de jolis projets, mais du coup (...) s'ils ont l'ambition d'éradiquer quelque chose, (...) en fait ce serait*

bénéfique de nous former. Ils feraient « vachement » d'économies, parce qu'on ciblerait mieux les patients, on ferait mieux le dépistage, on traiterait mieux, on perdrait moins de temps à adresser aux spécialistes » E1.

IV) DISCUSSION

1) Forces et limites de l'étude

La méthode qualitative permettait de répondre au mieux à la question de recherche tout en diminuant l'influence des à priori de l'enquêteur. Cette méthode a aussi permis d'obtenir une vision de la pratique de la médecine générale par les médecins généralistes eux même.

L'avis des médecins généralistes sur le sujet ainsi que leur sentiment d'implication étaient ainsi replacés dans le contexte de leur exercice quotidien.

Il n'existait pas d'études françaises sur les freins à la prise en charge de l'hépatite C en ville autre que dans les structures spécialisées depuis les recommandations de 2019. [14] Aucune étude qualitative n'avait été menée en France sur ce sujet.

Cette étude concernait une région où l'hépatite C est sous dépistée, ce qui laissait supposer l'existence de freins au dépistage supérieurs aux autres régions de France.

Le recrutement des médecins généralistes a balayé toutes les tranches d'âge et durées d'installation pour évaluer un éventuel impact de l'expérience de l'exercice sur les données. Toutes les zones d'exercice, rurale, semi-rurale, urbaine, ont été représentées pour évaluer l'impact de la ville ou de la campagne sur les comportements.

Les entretiens individuels avaient été préférés au *focus group* pour diminuer le biais de désirabilité. Ce dernier n'était cependant pas évitable, l'enquêteur étant lui-même médecin généraliste. L'anonymisation était annoncée à chaque début d'entretien pour diminuer ce biais.

Le manque d'expérience en recherche qualitative de l'enquêteur pouvait entraîner un biais de formulation lors des entretiens. Ce biais a été minimisé par la réalisation d'un entretien test préalable à l'étude et à la rédaction d'un guide d'entretien ajusté au cours de l'étude.

Pour éviter un biais de perte de données, les entretiens ont été enregistrés et quelques notes ont été prise pendant l'entretien. Les notes n'étaient cependant pas privilégiées pour faciliter l'échange entre l'enquêteur et le médecin interrogé.

Le simple codage était une limite de l'étude. La difficulté à trouver un autre chercheur familiarisé par la méthode et disponible en est la cause.

Il existait un biais de non-réponse non négligeable, pouvant être interprété par un manque d'intérêt des médecins généralistes pour le sujet de l'étude, majoré par le contexte de crise sanitaire liée à la COVID19.

Les critères COREQ ont été respectés et sont disponibles en annexe.

2) Modèle explicatif et discussion

L'éradication d'une maladie dépend du dépistage, du traitement et de la prévention de celle-ci. Les cinq freins principaux à la prise en charge de l'hépatite C en médecine générale retrouvés dans cette étude sont modélisées en figure 1. Ils limitent, à différents niveaux, l'éradication de cette pathologie.

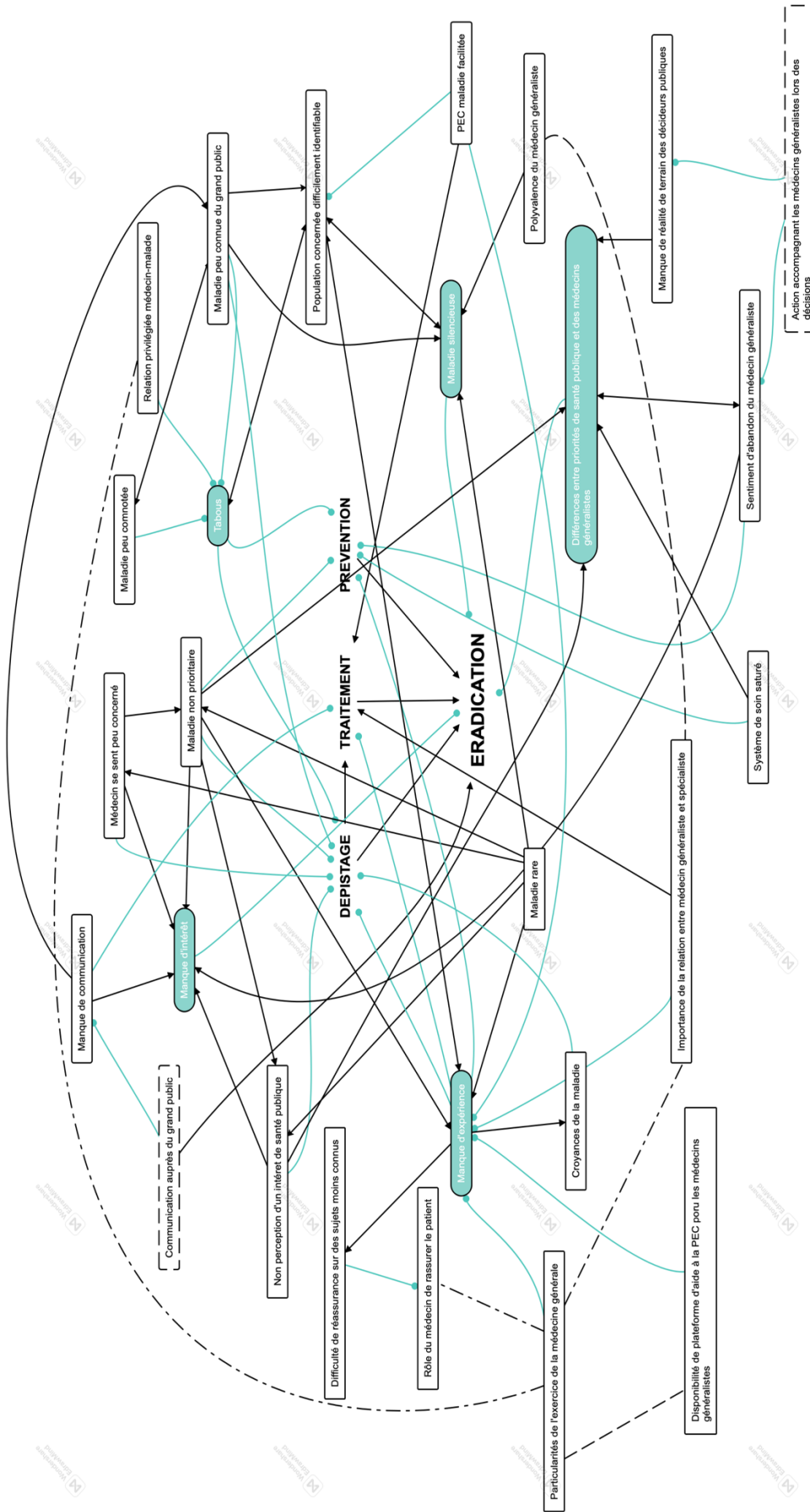


Figure 1. Modèle explicatif

Thème principal
Proposition de réduction de frein
Cause-Conséquence
Empêche
Liens

a. En termes de dépistage

Le dépistage est limité par le manque d'expérience des médecins généralistes concernant l'hépatite C, engendrant des croyances autour de celle-ci. Le médecin se sent peu concerné par cette maladie et ne la perçoit pas comme prioritaire dans sa pratique. Cela s'explique en grande partie par la faible prévalence de la maladie et le peu de confrontation à celle-ci, puisque longtemps réservée aux spécialistes. Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude mixte de Kasting et al. aux Etats-Unis. Les médecins se sentent peu confortables pour discuter du pronostic de la maladie, et des étapes de la prise en charge du fait du manque d'expérience sur la pathologie. Ils estiment que d'autres problèmes de santé du patient sont prioritaires sur le dépistage de l'hépatite C [16]. Ce manque de priorité peut s'expliquer par la démographie médicale en baisse d'après Gaye et al. : les médecins traitent en priorité les problèmes de santé aigus [17].

Le dépistage est aussi limité par les tabous autour des conduites à risque d'hépatite C et la gêne à les évoquer. La population à risque, dissimulant plus fréquemment certaines pratiques, entretient ce tabou. La complexité à identifier la population à risque est majorée par la difficulté à évoquer les conduites à risque et par le manque d'expérience des médecins. Ces difficultés à identifier les patients atteints d'hépatite C sont aussi liées à une prévalence de plus en plus faible de la maladie, et seront amplifiées à mesure de l'avancée vers l'objectif d'éradication. C'est justement pour cela que le médecin généraliste a une place cruciale dans la prise en charge de cette maladie d'après Jarvis et al., étant le médecin le plus au courant des risques et des besoins de sa patientèle [18]. La population des 45-75 ans, qui est peu ciblée par les dépistages des structures spécialisées, devrait bénéficier de la relation de proximité du médecin généraliste pour être dépistée. Or, dans l'étude de Kasting et al., bien que les médecins généralistes de Floride déclarent connaître les risques des 45-75 ans et les dépister, ce n'est pas fait en pratique. Cela est expliqué par l'existence d'un plus grand nombre de comorbidités dans cette tranche d'âge, dont la prise en charge est perçue comme prioritaire sur le dépistage de l'hépatite C [16].

Une étude américaine publiée en 2020 montre l'importance du tabou autour de cette maladie en analysant la vision des patients. La relation médecin-malade et la stigmatisation autour de l'hépatite C freinent la volonté des patients à être pris en charge [19]. Des interventions auprès du personnel soignant avec des formations et informations permettraient de diminuer les préjugés concernant les patients addicts et ainsi améliorer leurs soins [20, 21].

Ces freins ont peu évolué depuis 2005, malgré une simplification de la prise en charge ces dernières années. L'absence de reconnaissance des risques de la maladie et la relation médecin-malade étaient les deux éléments principaux pouvant limiter le dépistage [22].

b. En termes de traitements

Le traitement est limité par le manque d'expérience des médecins généralistes, qui s'en remettent au médecin spécialiste, sans y voir d'intérêt particulier à ce que cela change.

« Tant que ça fonctionne comme ça, je n'y vois pas un gain particulier (à ce que le médecin généraliste prescrive le traitement) en termes (...) d'éradication de l'hépatite C. » E6.

Pourtant Stanley et al. comparent en 2021 la prise en charge thérapeutique et le suivi de patient atteint d'hépatite C par des médecins généralistes et des spécialistes. Les médecins généralistes ont de meilleurs résultats avec moins de perte de vue [23].

Le manque de communication sur la possibilité de prescription par le médecin généraliste des AAD est un autre frein au traitement de l'hépatite C. Cela est retrouvé dans un travail de thèse quantitative réalisée en 2021 où seul 32,5% des médecins étaient intéressés pour intégrer la prise en charge de l'hépatite C dans leur pratique [24]. Une étude s'est intéressée à l'impact de la diffusion d'information de l'HAS ou de l'AFEF sur la possibilité de traitement de l'hépatite C par le médecin généraliste : l'information ne change pas efficacement la décision de prescription. Les auteurs l'expliquent par la faible prévalence de la maladie et un manque de motivation des médecins généralistes à la prendre en charge [25].

c. En termes de prévention

La prévention est limitée par l'absence de priorité de la maladie dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, qui, du fait du système de soins saturé, ne pense déjà pas pouvoir la faire convenablement. Dans ce contexte de démographie médicale en baisse, la prévention, bien que perçue comme un pilier de la médecine générale, est peu réalisée en pratique car chronophage. En 2010, en France, une consultation préventive dure en moyenne 21 minutes [26], alors qu'une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes [27]. Les patients estiment en avoir besoin dans 70% des cas, alors que le médecin l'estime utile dans 30% des cas et déplore un manque de temps pour la faire [26]. Aux États-Unis une étude a

comptabilisé le nombre d'heures nécessaire pour réaliser tous les actes de prévention recommandés : 7,6 heures par jour devraient y être consacré, ce qui semble impossible en pratique [28]. Un sentiment d'abandon naît face aux décisions politiques, responsable d'une perte de motivation et d'adhésion des médecins généralistes envers ces dernières.

Le manque d'expérience des médecins généralistes et le tabou limitant le questionnement et la discussion avec les patients autour des conduites à risque sont deux autres facteurs limitant la prévention.

d. En termes d'éradication

L'éradication est limitée par :

- Le manque d'intérêt des médecins généralistes concernant cette maladie qui n'était pas perçue comme prioritaire. « *(A propos de l'éradication de l'hépatite C) Que ça ne sert à rien, qu'on sera tous morts avant du changement climatique et du choc pétrolier à venir.* » E3
- Les différences de priorités entre la Santé Publique et le quotidien du médecin généraliste. Cet écart de perception de priorité entraînait un manque de compréhension du projet d'éradication de la part des médecins généralistes.
- Les aspects « silencieux » de la maladie : peu médiatisée, faible prévalence, population difficilement identifiable. Cela rendait la prise en charge par une spécialité polyvalente plus complexe et ainsi diminuait les chances d'éradication.

La pandémie COVID19 a renforcé le manque de compréhension de priorité : un retard de prise en charge de pathologies aiguës ou de cancer a été observé pendant la crise [29, 30], faisant passer les pathologies de faible prévalence au second plan.

e. Les facilitateurs

Cependant il est retrouvé deux facteurs pouvant faciliter l'éradication de l'hépatite C en médecine générale.

Le premier facteur est la motivation à la prise en charge liée à sa simplification et à un meilleur accès aux toxicomanes, depuis le traitement de substitution à l'héroïne.

Le second concerne les avantages de la pratique de la médecine générale. Le médecin généraliste est le mieux placé pour dépister, pour discuter avec le patient de choses intimes et

le rassurer. D'après Aïm-eusébi et al., le médecin généraliste est acteur principal dans la prévention et le dépistage des pathologies chroniques de son patient puisqu'il le connaît dans sa globalité psychosociale [31]. Étant le filtre du parcours de soins, sa relation avec les spécialistes est primordiale pour la bonne prise en charge du patient. La formation médicale continue et les aides à la prise en charge de pathologies, disponibles facilement en médecine générale, permettent d'aider à la prise en charge de pathologies moins communes. Le médecin généraliste, malgré sa polyvalence, peut s'adapter aux nouvelles recommandations, sous réserve d'un temps de formation individuelle, ou collective.

Les médecins interrogés proposent, pour aider à l'éradication, des actions auprès des médecins généralistes et du grand public lors du lancement des projets de santé publique comme il avait été fait par « SOS hépatite » en 2018. L'association avait réalisé une campagne pour sensibiliser la population générale à la meilleure efficacité des nouveaux traitements [32]. Une étude américaine montre une meilleure efficacité des actions lorsqu'elles sont menées auprès de la population générale directement. Distribuer des kits de dépistage était plus efficace que des messages de prévention personnalisés par le médecin traitant ou collectifs de santé publique [33]. Ce type de dépistage a été validé en France par une étude d'acceptabilité de distribution de kit d'auto-prélèvement [34].

f. De façon générale

Le manque d'expérience concernant l'hépatite C, dû en grande partie à sa faible prévalence, ralentit chaque étape de son éradication. Ce même frein était exprimé par les médecins lors d'entretien sur la faisabilité du « parcours de soins simplifié de l'hépatite C » en 2019 [35]. Cela montre la difficulté pour les maladies à faible prévalence d'avoir une place en médecine générale, d'autant plus dans un contexte de saturation du système de soins.

Malgré cela, les médecins ont bien conscience de la nécessité d'agir à différents niveaux pour permettre une éradication, justifiant alors d'inclure tous les acteurs de santé possible.

« Je pense que de toutes façons c'est toujours la même chose, ce n'est jamais un problème qui peut se résoudre avec une seule solution. Donc il faut trouver les solutions. » E5

En Corse, un faible taux de dépistage des cancers a incité à proposer aux pharmacies de distribuer les kits de dépistages de cancer colo-rectal [36]. Les pharmaciens, plus accessibles, surtout en milieu rural, pourraient donc être un soutien aux campagnes de dépistages.

L'hôpital de Perpignan a tenté cette expérience en réalisant un partenariat pilote : depuis 2019 il est possible d'être dépisté pour l'hépatite C en pharmacie dans l'Aude et les Pyrénées Orientales [37]. A Montpellier en 2019, une campagne de dépistage incluant les médecins hospitaliers, les libéraux, les laboratoires et les associations avait permis de sensibiliser la population et les médecins sur ce sujet [41]. Aucune étude n'avait cependant mesuré l'impact de cette campagne sur l'efficacité et la valeur ajoutée sur le dépistage, ce qui pourrait être intéressant de réaliser à l'avenir.

En 2022, l'association « SOS hépatite » réalise une campagne de formation au TROD pour les acteurs non médicaux, comme soutien au dépistage de l'hépatite C [38].

Une journée nationale de sensibilisation et de dépistage au VIH a été réalisée en juin 2022 par un groupement de laboratoires privés représenté en Corse du Sud [42]. Associer le VHC à ce type d'action, permettant d'accéder aux patients éloignés des CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles), pourrait être intéressante. Ces campagnes de dépistage moins ciblées, se justifient pour certains, par un meilleur coût-efficacité du dépistage universel dans la stratégie d'éradication de l'hépatite C [5, 39, 40].

Une étude quantitative sur les médecins généralistes permettrait de hiérarchiser les freins pour axer les campagnes de lutte contre l'hépatite C, comme il a été fait dans l'étude mixte américaine où les résultats quantitatifs nuancient ceux qualitatifs. [16]

S'intéresser à la vision du patient, comme il a été fait dans l'étude américaine de Sherbuk et al. [19], permettrait de sensibiliser la population au dépistage et trouver la meilleure solution au dépistage des populations ne connaissant pas encore leur statut.

V) CONCLUSION

Les freins à la prise en charge de l'hépatite C sont liés à la faible prévalence de la maladie : les médecins manquent d'expérience, d'intérêt pour cette maladie « silencieuse » associée à des tabous et ne comprennent donc pas les enjeux de Santé Publique.

Le médecin généraliste, par son rôle dans le dépistage et la prévention et sa relation plus intime avec le patient, est perçu comme l'élément central de l'éradication de l'hépatite C. Pourtant son manque de disponibilité dans un système de soin fragilisé au lendemain d'une pandémie mondiale ainsi que le manque de communication autour de cette pathologie font raison de son manque d'intérêt.

Des solutions en dehors du cabinet, en incluant d'autres acteurs comme les pharmacies, les laboratoires ou les associations, permettraient de soutenir le médecin généraliste dans le dépistage et la prévention. Des campagnes d'information auprès des médecins généralistes sur les populations à plus forte prévalence devraient être instaurées s'ils restent acteurs principaux de l'éradication.

En Corse, des particularités territoriales semblent influencer la relation médecin-malade. Cela pourrait être analysé dans une étude qualitative sur les obstacles aux soins perçus par les patients corses.

L'étude est à nuancer avec une étude quantitative nationale pour illustrer de façon plus précise l'impact des freins.

VI) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] HAS. *Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments anti-viraux à action directe (AAD)*. June 2014.
- [2] OMS. *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021. Vers l'élimination de l'hépatite virale*. June 2016.
- [3] Gower E, Estes C, Blach S, et al. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *Journal of Hepatology* 2014; 61: S45–S57.
- [4] Saboni L, Brouard C, Gautier A, et al. Prévalence des hépatites chroniques C et B et antécédents de dépistage en population générale en 2016: contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, baromètre de santé publique France-BaroTest. *Bull Epidemiol Hebd* 2019 ; 469–77.
- [5] AFEF. *Élimination de l'hépatite C e 2025 : mythe ou réalité*. February 2020.
- [6] Dessauce C, Rudant J, Expert A, et al. Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C : retour sur 18 mois de prise en charge par l'assurance maladie. *Point de repère*.
- [7] Direction générale de la santé. *Plan priorité prévention : rester en bonne santé toute au long de sa vie*. 2019 2018.
- [8] Salomon J. La France mobilisée dans la lutte contre les hépatites virales. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019, pp. 468–9.
- [9] HAS. *Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte*. Recommandation de bonne pratique, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911891/fr/hepatite-c-prise-en-charge-simplifiee-chez-l-adulte (8 October 2019, accessed 27 September 2020).
- [10] AFEF. *Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France*. March 2018.
- [11] Santé Publique France. Surveillance de l'activité de dépistage et de diagnostic de l'hépatite C, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c/articles/surveillance-de-l-activite-de-depistage-et-de-diagnostic-de-l-hepatite-c> (2019, accessed 13 September 2022).
- [12] Brouard C, Laporal S, Bruyand M, et al. Hépatites B et C : mise à jour des données épidémiologiques - Santé Publique France.
- [13] Test rapide d'orientation diagnostique pour le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B. *paca.ars.sante*, <https://www.paca.ars.sante.fr/trod-vih-vhc-demande-dhabilitation-ou-dautorisation> (2021, accessed 13 September 2022).

- [14] Fédération des addictions. Enquête hépatite C : les résultats ! <https://www.federationaddiction.fr/resultats-enquete-hepatite-c/> (2019, accessed 12 September 2022).
- [15] Santé Publique France. Surveillance de l'hépatite C en Provence-Alpes-Côte-d'azur et Corse 2013-2015. *Bulletin de Veille Sanitaire - CIRE SUD*.
- [16] Kasting ML, Rathwell J, Gabhart KM, et al. There's just not enough time: a mixed methods pilot study of hepatitis C virus screening among baby boomers in primary care. *BMC Fam Pract* 2020 ; 21: 248.
- [17] Gaye N. *Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal en médecine générale et envisager les moyens de les contourner*. Thèse d'exercice, Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine, 2011.
- [18] Jarvis H, Whiteley D. Eliminating hepatitis C : time to embrace primary care's critical role? *Br J Gen Pract* 2021; 71: 250–251.
- [19] Sherbuk JE, Tabackman A, McManus KA, et al. A qualitative study of perceived barriers to hepatitis C care among people who did not attend appointments in the non-urban US South. *Harm Reduction Journal* 2020; 17: 64.
- [20] Khenti A, Bobbili SJ, Sapag JC. Evaluation of a Pilot Intervention to Reduce Mental Health and Addiction Stigma in Primary Care Settings. *J Community Health* 2019; 44: 1204–1213.
- [21] Khenti A, Mann R, Sapag JC, et al. Protocol: a cluster randomised control trial study exploring stigmatisation and recovery-based perspectives regarding mental illness and substance use problems among primary healthcare providers across Toronto, Ontario. *BMJ Open* 2017.
- [22] Bentata M, Aubert JP, Bouée S, et al. Identification des freins au dépistage et à la prise en charge des patients infectés par le virus de l'hépatite C : étude Gymkhana 1, France, 9 au 12 décembre 2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2005; 215–216.
- [23] Stanley K, Bowie BH. Comparison of hepatitis C treatment outcomes between primary care and specialty care. *J Am Assoc Nurse Pract* 2021 ; 34: 292–297.
- [24] Conchis L. *Ouverture de la prescription des traitements antiviraux à action directe de l'hépatite C : intérêt porté par les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine et identification des freins potentiels à la prescription*. Thèse d'exercice, Université de Rennes 1, <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/0adf0993-9083-494c-801e-52ad7cac807f> (2021, accessed 10 September 2022).
- [25] Belatreche L, Roulot D. *Prescription universelle des antiviraux directs dans le*

traitement de l'infection virale C : les médecins généralistes sont-ils assez informés de cette nouvelle possibilité ? Paris 13, 2019.

[26] Lelong H, Casadevall M, Haus F, et al. Évaluation des pratiques préventives d'une consultation de médecine générale hospitalière. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2010 ; 59: 107–113.

[27] Breuil-genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et Resultats*.

[28] Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, et al. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003; 93: 635–641.

[29] Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur: retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2021 ; 69: 105–115.

[30] Ceugnart L, Delalogue S, Balleyguier C, et al. Dépistage et diagnostic du cancer du sein à la fin de période de confinement COVID-19, aspects pratiques et hiérarchisation des priorités. *Bull Cancer*. Epub ahead of print 7 May 2020. DOI: 10.1016/j.bulcan.2020.04.006.

[31] Aïm-Eusébi A, Cussac F, Aubin-Auger I. Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. *Bulletin du Cancer* 2019 ; 106: 707–713.

[32] Du Bruit Contre L'Hépatite C - Paris Plages (28 juillet 2018), <https://www.youtube.com/watch?v=GRm-hfiD-cc> (2018, accessed 12 September 2022).

[33] Hojat L, Avery A, Greco PJ, et al. Doubling Hepatitis C Virus Screening in Primary Care Using Advanced Electronic Health Record Tools-A Non-Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 2020 ; 35: 498–504.

[34] Rahib D. Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage par auto-prélèvement à domicile des infections VIH, VHB et VHC en population générale en France en 2016 : étude Barotest. 2019 ; 13.

[35] Gspann G. Faisabilité en pratique courante de médecine générale du “parcours de soins simplifié de l'hépatite C” : une étude qualitative en Haute-Normandie. 93.

[36] Le Duff F, Grisoni A, Filippi C, et al. Dépistage du cancer colorectal en officine en Corse : un appui à la prévention en médecine générale. *Sante Publique* 2019 ; Vol. 31: 387–394.

[37] Guermont L, Gougeon A, Dillenschneider A. *Éradication de l'hépatite C en France :*

objectif 2025, le rôle des pharmacies d'officine. Rennes, 2019.

[38] À VOS AGENDAS ! *SOS Hépatites*, <https://soshepatites.org/a-vos-agendas-2018-1/> (2022, accessed 13 September 2022).

[39] Deuffic-Burban S, Huneau A, Verleene A. et al. Assessing the Cost-Effectiveness of Hepatitis C Screening Strategies in France. *Journal of hepatology*; 69. Epub ahead of print October 2018.

[40] Pol S. L'hépatite C face au défi de la guérison : pour éliminer le virus, le dépistage en France doit être universel. *Rev Prat* 2018 ; 68: 269–275.

[41] Guinard A. Campagne de dépistage universel 'Montpellier sans hépatite C' 2019 : description et évaluation. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2020 ; 8.

[42] Biogroup. Journée de prévention et sensibilisation du VIH, <https://biogroup.fr/actualites/journee-de-prevention-et-sensibilisation-du-vih/> (2022, accessed 17 September 2022).

VII) ANNEXES

1) Critères COREQ

CRITERES COREQ			
DOMAINE 1 : EQUIPE DE RECHERCHE ET REFLEXION	Caractéristiques personnes		
	1	Enquêteurs	Hélène Mahoudo
	2	Titres académiques	Interne de médecine générale
	3	Activité au moment de l'étude	Stage de SASPAS à Martigues, Chateaufort les martigues et saint mitre les remparts. Puis en remplacement à Ajaccio, Porquerolles et Hyères.
	4	Genre	Féminin
	5	Expérience et formations	Aucune expérience de recherche. Formation de médecine générale à l'université d'Aix-Marseille : cercles de lectures, congrès ou colloque pour découvrir la recherche qualitative. Modules sur la recherche qualitative dispensée par la faculté. Lecture autonome des ouvrages : « Guide pratique du thésard » de Hervé Maisonneuve, « initiation à la recherche qualitative » sous la direction de Jean-Pierre Lebeau.
	Relations avec les participants		
	6	Relation antérieure, enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude :	Certains participants étaient connus de l'enquêteur, dans le cadre professionnel.
	7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Présentation du motif de la recherche par message, lors de l'appel ou par la note d'information envoyée aux participants (lors de la phase de recrutement essentiellement)
	8	Caractéristiques de l'enquêteur	Aucune caractéristique sur l'enquêteur n'a été signalé
DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ETUDE	Cadre théorique		
	9	Orientation méthodologique et théorie	Théorisation ancrée
	Sélection des participants		
	10	Échantillonnage	Échantillonnage raisonné théorique et effet boule de neige
11	Prise de contact	Par téléphone, par texto, par mail, par message via les réseaux sociaux (sur des groupes de	

		remplacement corse), par diffusion via le réseau de l'URPS	
12	Taille de l'échantillon	Jusqu'à saturation des données	
13	Non-Participation	4 refus (manque de temps, déménagement sur le continent, pas concerné par l'hépatite C dans sa patientèle), 11 absences de réponse	
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Domicile, en visio-conférence, au cabinet du médecin, au téléphone selon les convenances des participants	
15	Présence de non participants	Non	
16	Description de l'échantillon	Médecins généralistes exerçant en secteur libéral en Corse	
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Guide d'entretien testé sur un médecin généraliste n'exerçant pas en Corse. Le guide n'était pas distribué aux participants. Il a été modifié une fois à partir du début des entretiens.	
18	Entretiens répétés	Non	
19	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio par téléphone avec la fonctionnalité dictaphone, 1 enregistrement audio sur un entretien en visio conférence. Les enregistrements ont été supprimés après retranscriptions	
20	Cahier de terrain	Des notes ont été prises pendant l'entretien et après (insistance, non verbal, ressenti de l'enquêteur), retranscrits au possible dans l'entretien ou dans le journal de bord	
21	Durée	Entre 9 et 54 minutes. Moyenne à 22 minutes	
22	Seuil de saturation	8 entretiens	
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions n'ont pas été retourné aux participants mais elles étaient proposées dans la note d'information donnée aux participants. Aucun participant n'en a fait la demande.	
DOMAINE 3 : ANALYSE ET RESULTATS	Analyse des données		
	24	Nombre de personne codant les données	1 Hélène Mahoudo
	25	Description de l'arbre de codage	Oui
	26	Détermination des thèmes	Les thèmes ont été identifiés après analyse des données
	27	Logiciel	Nvivo (release 1.6.2). Edraw Mind (9.0.10)

	28	Vérifications par les participations	Non
Rédaction			
	29	Citations présentées	Oui
	30	Cohérence des données et des résultats	Oui
	31	Clarté des thèmes principaux	Oui
	32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

2) Note d'information et consentement

DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Université d'Aix-Marseille – Sciences de la santé – DES de médecine générale.

NOTE D'INFORMATION

Coordinateur de la recherche

Dr Delphine POITRENAUD, Infectiologue, CH Ajaccio.

Investigateur

Hélène Mahoudo, interne de médecine générale

06 69 24 74 36 – helenemahoudo@gmail.com

Docteur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude sur la prise en charge de l'hépatite C en ville en Corse. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de cet exemplaire.

1- Procédure de l'étude

L'étude se déroule sous forme d'entretien individuel semi dirigé que vous pouvez passer en présentiel, en visio ou au téléphone.

Celui-ci vise à recueillir les avis des médecins généralistes sur le sujet, les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans la prise en charge de l'hépatite C ainsi que leur sentiment d'implication.

2- Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre.

Vous pourrez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3- Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude pourrait permettre de promouvoir le dépistage de l'hépatite C ainsi que sa prise en charge, axer les messages de santé publique pour optimiser l'éradication de la maladie.

4- Participation à l'étude

Votre participation à l'étude est totalement volontaire.

5- Rémunération et indemnisation

Aucune rémunérations ou indemnisation ne sont prévues dans cette étude.

6- Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles à tout moment de l'étude en me contactant directement par mail (helenemahoudo@gmail.com), ou par téléphone (0669247436).

A l'issue de cette étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7- Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante.

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé : Les freins à la prise en charge de l'hépatite C en ville en Corse.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider à tout moment de me retirer de l'étude, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature

3) Guide d'entretien

Phase de début d'entretien :

Ce n'est pas un entretien pour tester vos connaissances, vous avez juste à répondre sur vos pratiques pour faire un état des lieux de la situation actuelle concernant l'hépatite C.

Tout l'entretien, bien qu'enregistré, sera complètement anonyme.

Questions d'autodescription:

Etes-vous:

-un homme

-une femme

A quelle tranche d'âge appartenez-vous?

<35

35-44

45-54

55-65

>65ans

Quel type d'exercice principal exercez-vous?

rural

semi rural

urbain

Dans quelle type de structure exercez-vous principalement?

-Cabinet seul

-Cabinet de groupe en association

-Maison de santé pluridisciplinaire

-Hôpital/ Clinique

-PMI

-Autres:

Quel type de patientèle avez-vous ?

Tendance gériatrique

Tendance jeune adulte

Tendance pédiatrique

Tout venant

Thème 1 : Généralités

Avez-vous déjà été confronté à un patient atteint d'hépatite C, pouvez-vous me raconter ? /ou/ racontez moi la dernière fois que vous avez été confronté à un patient atteint d'hépatite C, que vous avez dépisté ou discuté hépatite C avec un patient.

Dans ce contexte, aviez-vous rencontré des difficultés ?

Si pas de patient : si un patient revient positif lors d'un dépistage, vous sentiriez vous à l'aise pour la suite de la prise en charge ? Pourquoi ?

L'OMS a pour projet d'éradiquer l'hépatite C à l'horizon 2030 dans le monde, la France le prévoit pour 2025, dans ce contexte les médecins généralistes peuvent prescrire le traitement anti viral depuis 2019. Nous nous intéressons par ce travail aux difficultés que peuvent ou pourraient rencontrer les médecins généralistes dans cette prise en charge maintenant qu'ils sont acteurs principaux de cette éradication.

Que pensez-vous de ce projet ? Que pensez-vous de l'implication du médecin généraliste dans ce projet ?

Pour vous quelles sont les difficultés à la prise en charge de l'hépatite C ?

Thème 2 : Dépistage

La dernière fois que vous avez prescrit un dépistage ?

Dépistez-vous l'hépatite C, dans quel contexte ?

Êtes-vous confronté à une population à risque dans votre travail ? Parlez-vous librement des conduites à risque avec vos patients ?

L'HAS recommande de dépister selon les facteurs de risque, l'AFEF (Association française de l'étude du foie / Société française d'hépatologie) recommande le tout-venant, au moins une fois dans sa vie : selon vous quel est le plus intéressant ?

Thème 3 : Traitement

Vous sentiriez vous capable d'initier un traitement ? /ou/ si un patient est positif, seriez-vous à l'aise pour faire la prise en charge complète du patient ? Pourquoi ?

On observe un taux de traitement similaire à la France en Corse mais un taux de dépistage inférieur, comment expliqueriez-vous cette différence ?

Thème 4 : Prévention

Racontez-moi la dernière fois que vous avez parlé prévention avec un de vos patients à propos de l'hépatite C ? Dans quel contexte ? Vous l'expliqueriez comment ?

Si vous n'avez pas d'histoire : comment expliqueriez-vous cela ?

Parlez-vous spontanément de prévention de l'hépatite C ? Avec quelle population ? (FDR ou tout venant ou lors de suivi de traitement)

Thème 5 : Éradication

Qu'est ce qui, selon vous, aiderez l'éradication ? Des choses à ajouter ?

4) Guide d'entretien modifié

Phase de début d'entretien :

Ce n'est pas un entretien pour tester vos connaissances, vous avez juste à répondre sur vos pratiques pour faire un état des lieux de la situation actuelle concernant l'hépatite C.

Tout l'entretien, bien qu'enregistré, sera complètement anonyme.

Questions d'autodescription:

Etes-vous:

-un homme

-une femme

A quelle tranche d'âge appartenez-vous?

<35

35-44

45-54

55-65

>65ans

Quel type d'exercice principal exercez-vous?

rural

semi rural

urbain

Dans quelle type de structure exercez-vous principalement?

-Cabinet seul

-Cabinet de groupe en association

-Maison de santé pluridisciplinaire

-Hôpital/ Clinique

-PMI

-Autres:

Quel type de patientèle avez-vous ?

Tendance gériatrique

Tendance jeune adulte

Tendance pédiatrique

Tout venant

Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Êtes-vous MSU ?

Thème 1 : Généralités

Avez-vous déjà été confronté à un patient atteint d'hépatite C, pouvez-vous me raconter ?
/ou/ racontez moi la dernière fois que vous avez été confronté à un patient atteint d'hépatite C, que vous avez dépisté ou discuté hépatite C avec un patient.

Dans ce contexte, aviez-vous rencontré des difficultés ?

Si pas de patient : si un patient revient positif lors d'un dépistage, vous sentiriez vous à l'aise pour la suite de la prise en charge ? Pourquoi ?

L'OMS a pour projet d'éradiquer l'hépatite C à l'horizon 2030 dans le monde, la France le prévoit pour 2025, dans ce contexte les médecins généralistes peuvent prescrire le traitement anti viral depuis 2019. Nous nous intéressons par ce travail aux difficultés que peuvent ou pourraient rencontrer les médecins généralistes dans cette prise en charge maintenant qu'ils sont acteurs principaux de cette éradication.

Que pensez-vous de ce projet ? Que pensez-vous de l'implication du médecin généraliste dans ce projet ?

Pour vous quelles sont les difficultés à la prise en charge de l'hépatite C ?

Thème 2 : Dépistage

La dernière fois que vous avez prescrit un dépistage ?

Dépistez-vous l'hépatite C, dans quel contexte ?

Êtes-vous confronté à une population à risque dans votre travail ? Parlez-vous librement des conduites à risque avec vos patients ?

L'HAS recommande de dépister selon les facteurs de risque, l'AFEF (Association française de l'étude du foie / Société française d'hépatologie) recommande le tout-venant, au moins une fois dans sa vie : selon vous quel est le plus intéressant ?

Thème 3 : Traitement

Vous sentiriez vous capable d'initier un traitement ? /ou/ si un patient est positif, seriez-vous à l'aise pour faire la prise en charge complète du patient ? Pourquoi ?

On observe un taux de traitement similaire à la France en Corse mais un taux de dépistage inférieur, comment expliqueriez-vous cette différence ?

Thème 4 : Prévention

Racontez-moi la dernière fois que vous avez parlé prévention avec un de vos patients à propos de l'hépatite C ? Dans quel contexte ? Vous l'expliqueriez comment ?

Si vous n'avez pas d'histoire : comment expliqueriez-vous cela ?

Parlez-vous spontanément de prévention de l'hépatite C ? Avec quelle population ? (FDR ou tout venant ou lors de suivi de traitement)

Parlez-vous de toxicomanie et ses risques avec vos patients ?

Thème 5 : Éradication

Qu'est ce qui, selon vous, aiderez l'éradication ? Des choses à ajouter ?

VIII) LISTE DES ABREVIATIONS

VHC	Virus de l'Hépatite C
AAD	Antiviraux à Action Directe
HAS	Haute Autorité de la Santé
AFEF	Association Française pour l'Etude du Foie
TROD	Test de Diagnostic Rapide d'Orientation
ALD	Affection Longue Durée
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
COVID19	COronaVirus Disease 2019
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je 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

Freins à la prise en charge de l'hépatite C : étude qualitative auprès des médecins généralistes corses.

Introduction. L'hépatite C est une maladie potentiellement grave dont la prévalence est estimée à 0,3% en France. Son éradication a été fixée par l'OMS en 2030, par la France en 2025, devant l'avènement d'antiviraux à action directe efficaces et bien tolérés.

Antérieurement réservé aux spécialistes, les médecins généralistes sont autorisés à prescrire le traitement depuis 2019 en réponse au plan prévention de 2018. La prévalence chez les 45-75 ans est la plus forte mais cette population est peu concernée par les dépistages ciblés. En Corse, le taux de dépistage est inférieur au reste de la France. L'objectif de ce travail est d'analyser les freins à la prise en charge de l'hépatite C en médecine générale en Corse dans le contexte de plan priorité prévention de 2018.

Méthode. Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée auprès des médecins généralistes corses par entretien semi-dirigé. Un simple codage a permis l'analyse des données. Les critères COREQ ont été respectés.

Résultats. Huit entretiens ont été réalisés de février à juillet 2022. Les principaux freins retrouvés étaient un manque d'expérience et un manque d'intérêt des médecins généralistes dans la prise en charge de cette pathologie, la perception de cette maladie comme « silencieuse », l'existence de tabous, et un sentiment d'inadéquation entre les priorités de Santé Publique et les réalités de terrain. Les facteurs favorisant la prise en charge étaient la relation médecin-patient, l'adaptabilité du médecin généraliste, et sa bonne relation avec le spécialiste.

Conclusion. Le médecin généraliste ne se sent pas concerné par l'hépatite C du fait de sa faible prévalence. Son manque de disponibilité et le manque de communication autour de cette pathologie font de cette maladie un problème de second plan. Soutenir les médecins généralistes par des campagnes de dépistage hors cabinets, informer, former les acteurs de santé et communiquer auprès de la population seraient des leviers pour promouvoir l'objectif d'éradication.

Mots-clés. Hépatite C ; éradication ; médecine générale ; plan priorité prévention ; dépistage