

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

**ÉVALUATION DE LA
PERCEPTION DES MALADIES
CHRONIQUES DU FOIE PAR
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LIBÉRAUX DE MAINE-ET-
LOIRE, MAYENNE ET SARTHE**

Louise JUDON

Née le 25 août 1991 à NANTES (44)

Marion LE ROCH

Née le 28 avril 1992 à CHAUNY (02)

Sous la direction de Monsieur le Professeur Jérôme BOURSIER

Membres du jury

Monsieur le Professeur Laurent CONNAN | Président

Monsieur le Professeur Jérôme BOURSIER | Directeur

Monsieur le Professeur Éric CAILLIEZ | Membre

Monsieur le Docteur Adrien LANNES | Membre

Soutenue publiquement le :
Jeudi 5 mars 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Louise JUDON
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **30/01/2020**

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Marion LE ROCH

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **30/01/2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas LEROLLE

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Cédric ANNWEILER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Éric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastro-entérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine

CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLER Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine

KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine

BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie

LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie ; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements :

À **Monsieur le Professeur Laurent CONNAN**, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de notre soutenance de thèse d'exercice.

À **Monsieur le Professeur Jérôme BOURSIER**, pour nous avoir accompagné tout au long de la réalisation de ce travail de thèse que vous avez dirigé, pour la pertinence de vos conseils et pour l'intérêt que vous portez à votre discipline et l'investissement que vous y consacrez.

À **Monsieur le Professeur Éric CAILLIEZ**, pour avoir accepté de faire partie de notre jury.

À **Monsieur le Docteur Adrien LANNES**, pour avoir accepté avec plaisir de faire partie de notre jury et pour l'aide que vous nous avez apportée dans la conception du questionnaire.

À **l'ensemble des médecins généralistes** qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire et ainsi de nous permettre de réaliser ce travail.

REMERCIEMENTS

Remerciements de Louise

A Marion, sans qui cette thèse n'aurait pas été possible. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir proposé de partager ce travail de thèse ! Quel plaisir d'avoir pu réaliser ce projet avec toi, merci pour cette belle amitié partagée depuis presque trois ans.

Aux médecins, aux infirmières, aux aides-soignantes, aux secrétaires, que j'ai tant aimé croiser durant mes différents semestres hospitaliers et qui m'ont transmis le plaisir du travail en équipe.

A mes praticiens libéraux, Dr AUGER, Dr BONTEMPS, Dr GALLICHE, Dr BARBIN, Dr BRAULT et Dr SAMMOUR de m'avoir accueillie et accompagnée dans leur pratique quotidienne. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, tant sur le plan personnel que professionnel. Vous m'avez fait confiance en laissant entre mes mains vos patients et m'avez permis de découvrir le cœur du métier de « médecin de famille ».

A mes co-internes :

A Mathilde et Juliette, tellement ravie d'avoir pu créer cette amitié sincère avec vous deux depuis bientôt 3 ans, merci d'avoir toujours eu la porte ouverte pour mes nombreuses demandes d'hébergement sur Angers. Merci pour tous vos conseils pour la réalisation de ce projet final de thèse, étape passée pour vous deux brillamment il y a quelques semaines.

A Gabrielle, merci pour cette belle amitié depuis quelques années maintenant. Notre rencontre en fin d'externat à Nantes, puis notre départ ensemble pour réaliser notre internat à Angers, m'a permis de débuter sereinement l'internat il y a trois ans du fait de ta présence à mes côtés. Tous ces semestres partagés ont été un vrai plaisir. Merci pour ta bienveillance sans faille et merci de partager la même vision de la médecine libérale.

A Daniel, merci pour ton amitié depuis cette belle colocation à la Davière. Merci à toi et Charlotte pour votre hébergement pendant six mois dans ce département de la Mayenne qui est maintenant votre terre de cœur. Merci pour ton optimisme sans faille et ton énergie débordante !

A Majid, merci pour ce semestre partagé ensemble aux urgences de Mayenne, merci pour ta bienveillance et tous tes conseils. Merci pour votre accueil à toi et Mathilde pendant ces six mois passés près de Château Gontier.

A mes autres colocataires de la Mayenne : **Mady, Clotilde, Marie Lys, Delphine**, des rencontres en or avec de belles amitiés à la clé !

REMERCIEMENTS

A Marie, David et Cynthia pour avoir partagé ce semestre en médecine polyvalente au CHU. Une belle complicité partagée pendant ces six mois, travailler ensemble a été un vrai plaisir.

Merci pour votre bonne humeur et ces beaux moments partagés ensemble.

A la team gynéco, merci pour la super ambiance lors de ce semestre passé ensemble !

A Nicolas, ravie d'avoir pu te rencontrer quelques années après le début de nos études de médecine, grâce à la team des dogfriends et nos dîners hebdomadaires. Merci pour cette belle complicité partagée, pour ton écoute et ton soutien pour ce travail de thèse.

A tous mes amis de Nantes et d'ailleurs pour votre soutien tout au long de ces (très) longues années d'études.

A ma belle-famille, pour m'avoir accueillie comme une fille ou une sœur depuis plus de dix ans. Je vous remercie pour tous ces heureux moments passés en famille.

A mes sœurs, Charline et Floriane (et par extension mes beaux-frères Jean Baptiste et David), pour avoir toujours su me soutenir tout au long de ces années. Je sais que vous serez toujours présentes pour les années suivantes, je suis fière de ce lien qui nous unit toutes les trois et j'espère pouvoir toujours l'entretenir.

A mes parents, mes piliers depuis toujours ! Merci pour votre écoute infaillible pendant d'innombrables heures, merci pour votre soutien durant ces longues années d'études. Merci de m'avoir transmis votre optimisme et votre patience.

A ma maman, merci pour tous tes petits gestes d'attention m'ayant permis pendant les premières années d'études de pouvoir réviser dans les meilleures conditions. Merci de m'avoir épaulée et d'avoir toujours eu cette oreille bienveillante de maman réconfortante.

A mon papa, merci de m'avoir transmis ta sérénité à toute épreuve, merci d'être toujours là à mes côtés, à me conseiller, toujours en gardant une perpétuelle rationalité qui te caractérise tant.

A Mathieu, l'amour de ma vie. Tu es incontestablement la source de toutes mes motivations, voilà plus de onze ans que nous partageons tous nos projets de vie à deux. Tu m'accompagnes depuis le début dans ce périple des études médicales, merci pour ton écoute, pour ton soutien indéfectible, pour ta patience et pour ton aide sur ce projet final de thèse. Merci pour ton amour inconditionnel !

A Novak, mon petit loup d'amour, qui nous accompagne depuis 2ans, merci pour ton encouragement à coup de léchouilles ; source inépuisable de bonheur et de réconfort.

REMERCIEMENTS

Remerciements de Marion

À **mes parents**, pour cette enfance atypique et pleine de découvertes qui m'ont donné le goût du voyage, la vie heureuse et pleine de rires qu'ils m'ont offerte et les rêves qu'ils m'ont permis de réaliser. Pour le soutien infaillible qu'ils m'accordent quelques soient mes choix personnels ou professionnels et pour la fierté qu'ils m'ont toujours témoignée. **Maman**, pour ton amour inconditionnel et sans réserve, pour ton réconfort et ta générosité. **Papa**, pour ton amour plus pudique et tes manières détournées de l'exprimer, pour l'envie que tu me donnes de me surpasser et pour l'humour dont tu uses et abuses à chaque instant.

À **mes frères, Erwan** et **Alan**, dont je suis particulièrement fière d'être la sœur ainée et que j'aime profondément. Pour cette grande complicité qui nous lie, pour tous les jeux qui n'ont jamais cessé depuis l'enfance et pour le rôle protecteur qu'ils assurent auprès de moi.

À **Cannelle**, pour cette amitié franche et sans faux-semblants, ponctuée par des fous rires mémorables, des silences éloquents et des cartes postales qui façonnent notre relation depuis notre rencontre. Pour notre petit Georges-Claude, et pour tous nos plus beaux surnoms. Mais aussi, pour ton soutien et tes encouragements permanents. J'ai également une pensée chaleureuse pour ses parents, **Marie-Laurence** et **Christophe**, qui m'ont toujours soutenue au cours de ces nombreuses années.

À **Antoine BARBE**, pour ton amitié, ton réconfort et ta patience. Pour être ce confident qui a toujours été présent à mes côtés.

À **Guillaume**, pour cette longue amitié qui, parfois à force de persévérance, demeure intacte. Pour tous les souvenirs de notre adolescence espiègle, et quelques années après, de notre irresponsabilité face à une bouteille de whisky...

À **Lauriane**, pour être cette amie infiniment impliquée, pour les rêves d'évasion que nous partageons et qui nous ont indéniablement rapprochées, ainsi que pour les kilomètres de marche que nous avons parcourus et parcourrons ensemble.

Également, à **Claire, Estelle, Sabine, Pierre** et **Vincent**, ainsi que le reste de notre groupe d'amis, pour les innombrables moments de bonheur et d'amitié que nous avons partagés pendant ces longues années d'études, et pour nos retrouvailles toujours pleines de joie et de rires.

À **Clotilde**, pour cette première année de faculté que nous avons affronté ensemble, à l'issue de laquelle nous avons emprunté deux chemins différents et pour toutes les années qui ont suivi sans que ces choix n'entravent notre amitié.

À **Abel**, pour la fête qui n'a jamais cessé depuis 10 ans et s'est même exportée à New-York.

REMERCIEMENTS

À **Mathilde**, ma chère colocataire et amie, pour tous les moments privilégiés que nous avons partagés pendant ces deux belles années ainsi que pour la bienveillance dont tu fais preuve à mon égard. Également, à **Juliette**, **Lydie** et **Solen**, pour nous être rencontrées au premier semestre d'internat et ne nous être jamais quittées. À **Delphine** pour ton écoute et ta sincérité, et à **Jeanne**, pour toute l'affection que tu me témoignes depuis trois ans.

À **Louise**, bien plus que pour ce travail de thèse que nous avons effectué ensemble et qui se termine enfin, pour notre amitié qui elle, perdurera. Pour ton humeur perpétuellement joyeuse ainsi que ton optimisme face à toutes les situations auxquelles la vie nous confronte.

À **Georges** et l'ensemble de **mes partenaires de tennis**, qui n'ont eu de cesse de prendre soin de moi et de me faire découvrir le goût du bon vin.

Aux co-internes, maîtres de stage et médecins que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de ces trois années d'internat, pour leur gentillesse, leur aide et leurs conseils avisés. Particulièrement, au **Docteur You-Heng LAM**, pour l'accueil dans son service, l'apprentissage de sa spécialité adaptée à ma future pratique de médecin généraliste et surtout, pour m'avoir mise en contact avec le Professeur Jérôme BOURSIER pour la réalisation de ce travail de thèse d'exercice.

Enfin, et avec tout mon amour, à **Antoine**, pour le chemin que nous avons emprunté et que je nous souhaite de poursuivre ensemble.

Liste des abréviations

ALAT	alanine transaminase
ASAT	aspartate aminotransférase
CEDEMAF	centre de dépistage des maladies du foie
CHU	centre hospitalier universitaire
CST	coefficient de saturation de la transferrine
eLIFT	easy liver fibrosis test
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FIB4	fibrosis 4 calculator
GGT	gamma-glutamyltranspeptidase
HBs	(antigène) de surface du virus de l'hépatite B
NAFLD	non alcoholic fatty liver disease
NASH	non alcoholic steatohepatitis
TP	temps de prothrombine
QCM	question à choix multiple
QROC	question à réponse ouverte courte
QRU	question à réponse unique
SAFE	stage ambulatoire mère-enfant
SASPAS	stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SSR	soins de suite et de réadaptation
URML	union régionale des médecins libéraux
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population d'étude**
- 2. Connaissances théoriques des médecins généralistes**
- 3. Pratique actuelle des médecins généralistes**
- 4. Utilisation des tests non invasifs et implication future**

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Discussion générale

1.1. Connaissances théoriques des médecins généralistes

1.2. Pratique actuelle des médecins généralistes

1.2.1. Réalisation du bilan de la fonction hépatique

1.2.2. Orientation des patients vers le spécialiste

1.3. Utilisation des tests de dépistage et implication future

1.3.1. Utilisation des tests non invasifs de fibrose en médecine générale

1.3.2. Investissement des médecins généralistes dans la prise en charge de l'hépatite virale C chronique

2. Point fort et limites de l'étude

2.1. Point fort

2.2. Limites

2.2.1. Biais de déclaration

2.2.2. Biais de confusion

3. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

Répartition du travail

Auteures

Ce sujet nous a été proposé par le Professeur Jérôme BOURSIER.

Nous avons effectué une partie de la recherche bibliographique avec son aide, notamment en ce qui concerne la NAFLD.

Nous avons rédigé l'ensemble du questionnaire avec la participation du Professeur Jérôme BOURSIER et du Docteur Adrien LANNES.

La fiche de thèse a été rédigée conjointement par Louise JUDON et Marion LE ROCH.

Afin de diffuser largement le questionnaire aux médecins généralistes des trois départements, Marion LE ROCH a contacté les Conseils de l'Ordre des Médecins départementaux et national, l'URML des Pays-de-la-Loire, la Société Française de Médecine Générale, et Louise JUDON les Départements de Médecine Générale d'ANGERS et NANTES.

Louise JUDON a conçu le Google Forms et l'a envoyé à l'ensemble de la liste de diffusion.

L'analyse descriptive des résultats du questionnaire, ainsi que la rédaction, la correction et la mise en page du manuscrit ont été réalisées conjointement.

Résumé

Introduction : Les maladies chroniques du foie peuvent évoluer jusqu'au stade de cirrhose et de cancer du foie. Compte tenu de leur progression longtemps silencieuse, leur diagnostic est encore trop tardif et elles sont responsables de 17 000 décès par an en France. De nouveaux traitements très efficaces sont désormais disponibles et d'autres vont très prochainement le devenir. L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception des maladies chroniques du foie par les médecins généralistes en soins primaires, ainsi que leur pratique actuelle concernant le dépistage et la prise en charge de ces pathologies.

Sujets et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, prospective menée du 30 octobre au 11 décembre 2019 qui a consisté en l'envoi d'un questionnaire aux médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Résultats : La majorité des 225 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sous-estime la prévalence des maladies chroniques du foie ainsi que celle de leurs complications. Ils considèrent ne pas être suffisamment informés concernant leur prise en charge et seraient globalement prêts à utiliser des tests non invasifs de fibrose dans leur pratique quotidienne. En revanche, bien qu'un traitement simplifié soit accessible en soins primaires depuis 2019, ils ne souhaitent pas traiter eux-mêmes les patients atteints d'une hépatite virale C chronique.

Conclusion : Les médecins généralistes se disent prêts à être formés et à modifier leur pratique notamment par l'utilisation de tests sanguins simples de dépistage de fibrose avancée. Cela permettrait un diagnostic plus précoce de la fibrose hépatique et de proposer un traitement curatif des maladies chroniques du foie avant les stades avancés de cirrhose décompensée et de carcinome hépatocellulaire palliatif.

Introduction

Les maladies chroniques du foie, quelle qu'en soit la cause, peuvent aboutir au développement d'une cirrhose et d'un carcinome hépatocellulaire lorsque leur évolution est prolongée et sont responsables de **17 000 décès chaque année** en France¹. Elles sont caractérisées par une inflammation persistante qui contribue à leur progression vers ces stades plus sévères, et habituellement, la cirrhose se constitue après environ 20 ans d'évolution.

Les principales causes de maladies chroniques du foie sont la consommation excessive d'alcool, les hépatites virales B et C chroniques et la stéatose hépatique, qui sont responsables de plus de 90% des cas de cirrhose².

La stéatose hépatique est devenue la **première cause de maladie chronique du foie** dans le monde, en raison de l'épidémie mondiale d'obésité³. Sa prévalence dépasse désormais les 25% de la population mondiale⁴, et 5% des cas évoluent jusqu'à un stade avancé de fibrose hépatique⁵.

Entre 80 et 90% des stéatopathies hépatiques métaboliques (ou NAFLD pour non alcoholic fatty liver disease en anglais) sont des stéatoses simples, d'évolution bénigne, caractérisées par une accumulation de graisses dans >5% des hépatocytes sans inflammation ni fibrose. Cependant, dans 10 à 20% des cas, cette stéatose s'accompagne d'une inflammation et d'une souffrance hépatocytaire, à risque de progresser vers une maladie chronique du foie : on parle de stéatohépatite non alcoolique (ou NASH pour non alcoholic steatohepatitis en anglais)⁶.

La consommation excessive d'alcool est encore aujourd'hui **la première cause de mortalité hépatique** dans les pays occidentaux, notamment en France et en Europe. Elle est responsable de 40% de tous les décès de cause hépatique⁷ et de 75% des cas de cirrhose¹. En France, environ 10% des adultes ont une consommation d'alcool excessive, soit environ 5 millions de personnes⁸, mais il est

très difficile de définir un seuil de consommation quotidienne qui n'expose pas au risque de développer une cirrhose⁷.

Concernant le virus de l'hépatite B, la France est un pays de faible endémie puisque la prévalence du portage de l'antigène HBs dans la population adulte métropolitaine est en diminution depuis 15 ans, passant ainsi de 0,65% en 2004 à 0,3% en 2019⁹. Néanmoins, environ **250 000 personnes** sont atteintes d'une hépatite virale B chronique et le nombre de décès liés à une infection par le VHB est de 2,5/100 000 habitants¹⁰. Une infection chronique peut évoluer vers une cirrhose en 10 à 40 ans en l'absence de traitement.

Le virus de l'hépatite C est responsable de 100 000 infections chroniques diagnostiquées en France et de 2600 décès par an. Les chiffres d'épidémiologie estiment à près de **75 000 cas d'hépatites virales C chroniques non diagnostiqués**. Plus de 90% des cas sont curables grâce aux traitements antiviraux directs, qui depuis 2019, sont accessibles en médecine générale selon certaines conditions^{9,11}.

Compte tenu de l'évolution longtemps silencieuse des maladies chroniques du foie vers les stades avancés que sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire, le dépistage précoce de l'ensemble de ces pathologies représente un enjeu important de la santé publique en France et dans le monde.

En effet, en France, la prévalence de la cirrhose, bien qu'elle soit difficile à évaluer, est estimée à 2000 à 3300 personnes par million d'habitants^{1,12} et dans **deux tiers des cas**¹², elle est découverte au stade "décompensé", c'est-à-dire lorsque survient une complication telle qu'un ictere, de l'ascite, une encéphalopathie hépatique ou une hémorragie digestive sur rupture de varices œsophagiennes. Le diagnostic de cirrhose au stade des complications est trop tardif car, à ce moment-là, le pronostic est très sombre avec **50% de décès à deux ans** contre seulement 5% en cas de cirrhose compensée¹³.

De même, **50 à 70%** des cancers primitifs du foie (carcinome hépatocellulaire) sont diagnostiqués trop tardivement et ne pourront pas recevoir de traitement curatif (chirurgie, radiofréquence, transplantation hépatique) mais uniquement un traitement palliatif (chimio-embolisation, chimiothérapie, radiothérapie)¹⁴.

Le médecin généraliste a donc un rôle essentiel dans le dépistage des maladies chroniques du foie, d'autant que de nouveaux traitements très efficaces sont désormais disponibles (depuis 2019, le traitement simplifié de l'hépatite virale C chronique peut être prescrit en soins primaires lorsque les tests sanguins de fibrose spécialisés indiquent l'absence de fibrose hépatique sévère) et d'autres vont très prochainement le devenir (2019 a vu le premier essai thérapeutique de phase 3 positif dans la prise en charge de la stéatose hépatique)^{15,16,17}.

Afin d'identifier précocement les patients qui développent une forme avancée de maladie hépatique alors qu'ils sont encore asymptomatiques, des tests non invasifs de fibrose sont disponibles. Ils permettent d'évaluer le degré de fibrose hépatique dans les maladies chroniques du foie. Les scores FIB4 et eLIFT sont deux tests sanguins de fibrose simples à réaliser en pratique clinique.

L'eLIFT est calculé de tête, sans besoin d'un calculateur, à l'aide de points attribués à chaque variable (âge, sexe, GGT, ASAT, TP, plaquettes). Un résultat ≥8 témoigne d'un risque de fibrose hépatique avancée avec nécessité d'explorations spécialisées¹⁸.

eLIFT	POINTS
Age ≥40 ans	3
Sexe masculin	1
ASAT (UI/L)	2 4
GGT (UI/L)	1 2
Plaquettes (G/L)	1 4
TP (%)	2 4

Tableau 1 : Variables pris en compte dans le calcul de l'eLIFT

Le FIB4 nécessite un calcul informatique (pour lequel plusieurs calculateurs gratuits sont disponibles en ligne) dont les variables sont l'âge du patient, ses taux sanguins de plaquettes, ASAT et ALAT. Un résultat $\geq 1,30$ témoigne d'un risque de fibrose hépatique avancée avec nécessité d'explorations spécialisées.

$$FIB4 = \frac{\text{Age (années)} \times \text{ASAT (UI/l)}}{\text{Plaquettes (G/l)} \times \sqrt{\text{ALAT (UI/l)}}}$$

Figure 1 : Formule de calcul du FIB4

L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception des maladies chroniques du foie par les médecins généralistes en soins primaires, ainsi que leur pratique actuelle concernant le dépistage et la prise en charge de ces pathologies.

Méthodes

Notre étude a été menée du 30 octobre au 11 décembre 2019. Elle a consisté en l'envoi par courriel d'un questionnaire aux médecins généralistes des départements de Maine-et-Loire (49), de Mayenne (53) et de Sarthe (72) afin de les interroger à propos de leurs connaissances théoriques sur les maladies chroniques du foie, ainsi que de leur pratique actuelle concernant le dépistage et la prise en charge de ces pathologies.

Le questionnaire a été rédigé sous forme d'un formulaire Google Forms de 17 questions dont 10 QCM, 4 QRU et 3 QROC. Il était nécessaire de répondre à l'ensemble des questions afin que la participation soit validée.

Nous avons rédigé le questionnaire en collaboration avec notre directeur de thèse, le Professeur Jérôme BOURSIER et le Docteur Adrien LANNES, tous deux hépato-gastro-entérologues au CHU d'ANGERS.

Le premier envoi du questionnaire a été effectué le 30 octobre 2019. Nous avons effectué deux relances successives, chacune à deux semaines d'intervalle (les 13 et 27 novembre). L'accès au questionnaire a été clôturé le 11 décembre.

Nous avons envoyé le questionnaire à 1514 médecins au total et avons obtenu 241 réponses. Les Conseils de l'Ordre des Médecins de Maine-et-Loire, de Sarthe et national, l'URML et la Société Française de Médecine Générale n'ont pas pu nous fournir les coordonnées des praticiens ni leur diffuser notre questionnaire.

La liste de diffusion que nous avons utilisée nous a été fournie par un interne en médecine générale effectuant également un travail de thèse auprès des praticiens des trois départements. Après avoir

vérifié chacune des adresses e-mails, car certaines étaient erronées ou en double, elle en comportait 1054 de médecins généralistes en Maine-et-Loire et 271 en Sarthe, soient 1325 pour les deux départements. Elle ne contenait pas les coordonnées des praticiens du département de la Mayenne.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Mayenne a accepté d'effectuer l'envoi du questionnaire aux 189 médecins généralistes de ce département, mais uniquement une fois, le 30 octobre. Les coordonnées de l'ensemble de ces praticiens ne nous ont pas été fournies.

De plus, un envoi a été réalisé à chaque étape aux 352 maîtres de stage universitaires libéraux (177 accueillant des internes en stage ambulatoire de niveau 1, 141 en SASPAS et 34 en SAFE) des trois départements par l'intermédiaire du secrétariat du Département de Médecine Générale de la faculté de médecine d'ANGERS.

Pour le calcul du nombre total de médecins auxquels nous avons envoyé le questionnaire, nous avons considéré que les 352 maîtres de stage universitaires libéraux faisaient également partie de notre liste de diffusion (parfois avec une adresse e-mail différente), et avaient donc reçu deux fois le questionnaire à chaque étape, et de celle du Conseil de l'Ordre de la Mayenne, recevant ainsi deux fois le questionnaire le 30 octobre, et ne les avons pas comptés comme destinataires supplémentaires.

Parmi les 241 médecins ayant répondu au questionnaire, un était urgentiste, quatre exerçaient en milieu hospitalier, un au centre de lutte contre le cancer, un exclusivement en EHPAD et auprès d'une fondation pour les enfants handicapés, et un en EHPAD et SSR de court séjour. Nous avons exclu ces 8 médecins de notre étude. De plus, le questionnaire étant exclusivement destiné aux médecins exerçant en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe, nous avons exclu ceux, au nombre de 8, ayant déménagé et travaillant désormais dans un autre département. Ainsi, notre analyse a été effectuée sur 225 réponses.

Nous avons effectué une analyse descriptive des données à l'aide du logiciel Excel. Les résultats sont exprimés en pourcentage (%).

Résultats

1. Caractéristiques de la population d'étude

Parmi les 225 médecins ayant répondu au questionnaire, 57,3% (129) étaient des hommes et 42,7% (96) des femmes.

Leurs années de naissance s'étaient de 1945 à 1990, et 28,4% d'entre eux étaient nés entre 1981 et 1987 et 24,4% entre 1956 et 1962. Ainsi, environ un tiers des médecins (31,6%) exerçait la médecine générale depuis moins de 10 ans et 21,8% depuis plus de 30 ans.

Leur répartition dans les trois départements était telle que 61,3% exerçaient en Maine-et-Loire, 24% en Sarthe et 14,7% en Mayenne.

La majorité d'entre eux exerçait en milieu rural (41,8%), et en proportion quasiment identique en milieu semi-urbain (30,2%) et urbain (28%).

Plus de la moitié des médecins était installée en cabinet de groupe (54,2%), 34,8% en maison de santé pluridisciplinaire et 11,1% en cabinet seul.

2. Connaissances théoriques des médecins généralistes

Les médecins interrogés sous-estimaient la prévalence des maladies chroniques du foie dans leur patientèle. En effet, **deux tiers** d'entre eux (64%) pensaient que 5 à 10% de leurs patients étaient atteints d'une pathologie hépatique.

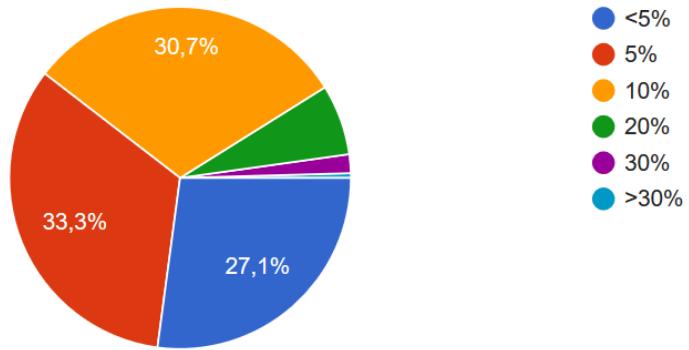


Figure 2 : Estimation par les médecins généralistes de la prévalence des maladies chroniques du foie dans leur patientèle

Ils estimaient, pour **la moitié** d'entre eux (53,3%), avoir entre 1 et 3% de leurs patients porteurs d'une cirrhose (qu'elle soit compensée ou non) et sous-évaluaient le nombre de cirrhoses découvertes au stade de décompensation, puisque **65,8%** pensaient que cela ne représentait que 20 à 40% des cas. **Seulement un quart** des sondés répondait 60%.

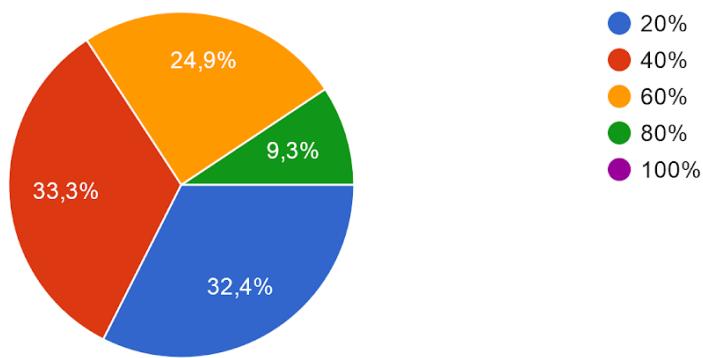


Figure 3 : Estimation du taux de cirrhoses révélées par une complication

Il en est de même pour le taux de cancers hépatiques diagnostiqués au stade palliatif ; **27,6%** des médecins répondaient correctement 60% mais **plus de la moitié** d'entre eux (55,1%) n'évaluait ce chiffre qu'entre 20 et 40% des cas.

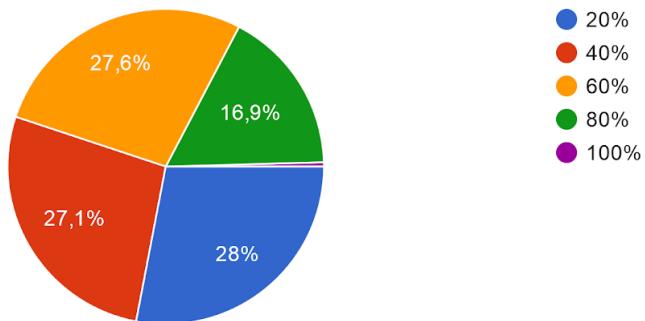


Figure 4 : Estimation du taux de cancers primitifs du foie révélés au stade palliatif

Concernant les étiologies des maladies chroniques du foie, la consommation excessive d'alcool était citée comme première cause par **55,1%** des médecins et la NAFLD par **36,9%** d'entre eux. Mais, ils s'accordaient à **88%** pour dire que le nombre de patients porteurs d'une stéatose hépatique était en augmentation dans leur patientèle sur les dix dernières années. Le nombre de patients atteints d'une hépatite virale B ou C était considéré stable par les médecins à **52,4%** et **43,1%** respectivement et en diminution pour **moins de la moitié** d'entre eux (48% et 40%).

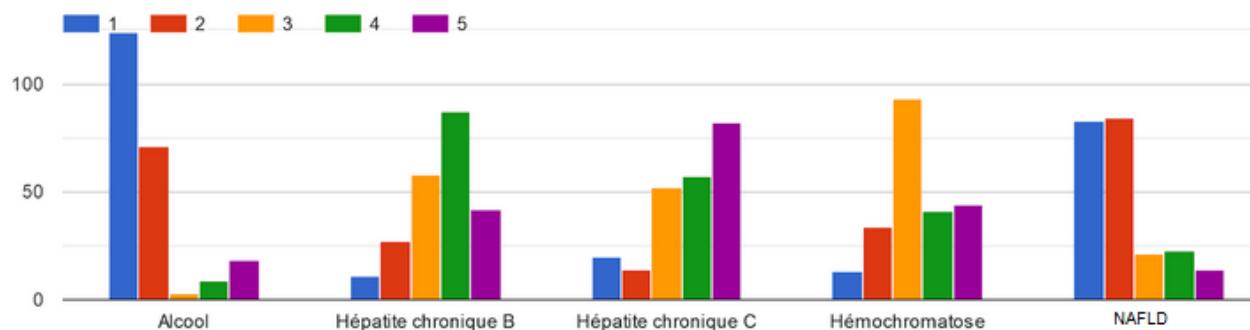


Figure 5 : Classement des cinq causes de maladies chroniques du foie

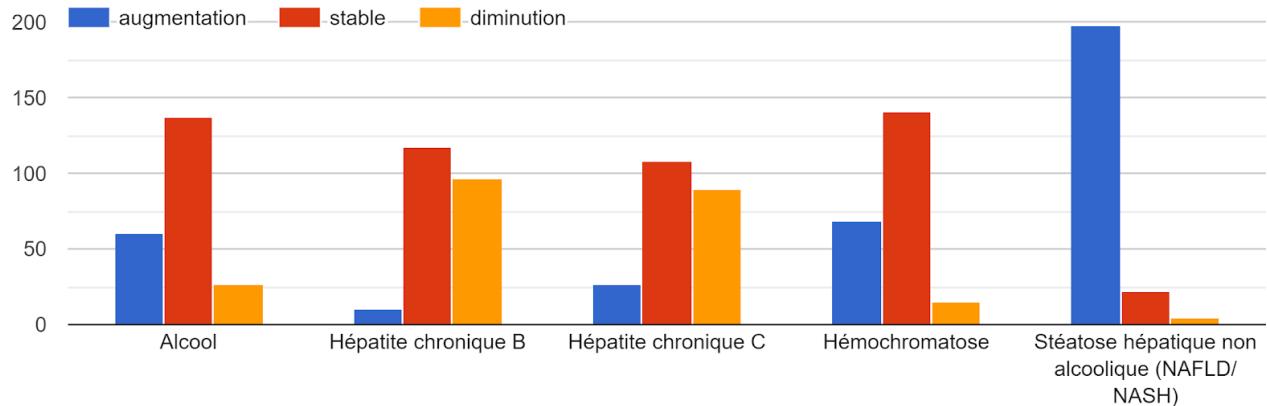


Figure 6 : Estimation de l'évolution des causes de maladies chroniques du foie ces dix dernières années

82,2% des médecins interrogés lors de cette étude considéraient ne pas être suffisamment informés concernant la prise en charge des maladies chroniques du foie.

3. Pratique actuelle des médecins généralistes

Près de la totalité (99,6%) des médecins interrogés effectuait un suivi régulier du bilan biologique hépatique chez leurs patients éthyliques chroniques et chez ceux en surpoids ou obèses (93,3%) mais **seulement 76,9%** d'entre eux l'instauraient chez les patients diabétiques de type 2.

Ce bilan biologique sanguin comprenait presque toujours les transaminases et la GGT. En effet, **99,1%** des médecins dosaient systématiquement les ASAT, **99,6%** les ALAT et **95,1%** la GGT. **Seulement 74,2%** des médecins incluaient le dosage des plaquettes. Les dosages du TP et de l'albumine n'étaient prescrits que par respectivement **54,2%** et **40%** des médecins.

La majorité des médecins effectuait ce bilan biologique sanguin de contrôle tous les 6 mois (**36,9%**) à un an (**55,1%**).

Concernant les principaux motifs d'orientation des patients vers un hépato-gastro-entérologue, la majorité des médecins généralistes citait l'existence d'une perturbation persistante du bilan biologique hépatique. En effet, **89,3%** orientaient les patients lorsque persistait une élévation des transaminases, et **seulement un peu plus de la moitié** (56,9%) lorsqu'il s'agissait d'une élévation de la GGT. **Près de la moitié** (46,7%) des médecins disait adresser leurs patients au spécialiste lorsqu'ils présentaient des signes de stéatose hépatique sur l'échographie hépatique et **6,2%** lorsqu'il existait des facteurs de risque de maladie chronique du foie et ce, sans tenir compte des résultats des examens complémentaires. À noter qu'**une minorité** des médecins interrogés citait spontanément les tests de fibrose eLIFT (1,8%) et FIB4 (0,4%) pour orienter leur décision.

Ainsi, **16,9%** des médecins estimaient adresser au spécialiste la moitié de leurs patients ayant une anomalie hépatique (qu'elle soit biologique et/ou échographique), **9,3%** en adressaient 80% et **près de 5%** les adressaient tous.

4. Utilisation des tests non invasifs et implication future

Parmi les médecins interrogés, **trois quarts** répondaient connaître les tests non invasifs de fibrose hépatique.

Concernant les différents tests qu'ils connaissaient, **47,1%** d'entre eux citaient le FibroScan®, **20%** le FibroTest® et respectivement **7,1%** et **4,4%** les tests simples eLIFT et FIB4.

Après présentation de ces deux derniers tests simples, **les deux tiers** (66,2%) des médecins répondaient qu'ils préféreraient se servir de l'eLIFT dans leur pratique quotidienne par rapport au FIB4.

Pour autant, **11,6%** n'étaient pas prêts à utiliser ce type de test et considéraient que l'hépato-gastro-entérologue devait évaluer la sévérité des maladies chroniques du foie chez l'ensemble des patients concernés.

En utilisant l'exemple de la prise en charge thérapeutique de l'hépatite virale C chronique en ambulatoire, **près de la moitié** des médecins (46,7%) estimait que c'était également à l'hépato-gastro-entérologue de gérer le traitement et **seulement 17,8%** se sentaient prêts à traiter eux-mêmes leurs patients malades. Ils s'accordaient à **41,8%** pour dépister une infection par le VHC chez leurs patients ayant des facteurs de risque et **12,4%** dans l'ensemble de leur patientèle de manière systématique.

Discussion et conclusion

1. Discussion générale

Les médecins généralistes ont un rôle important à tenir dans le dépistage précoce des maladies chroniques du foie. L'enjeu est de reconnaître et de cibler précocement les patients à adresser à l'hépato-gastro-entérologue pour une prise en charge adaptée. En effet, plus de la moitié des cirrhoses est découverte au stade "décompensé" et deux tiers des cancers hépatiques primitifs au stade palliatif, avec respectivement une médiane de survie de 2 ans et de moins d'un an au moment du diagnostic.

1.1. Connaissances théoriques des médecins généralistes

Dans notre étude, un manque d'informations concernant l'ensemble des maladies chroniques du foie est reconnu par 82,2% des médecins généralistes. Ils sous-estiment nettement la prévalence de ces pathologies ainsi que de leurs complications. En revanche, ils surestiment le taux de cirrhoses ("compensées" ou non) dans leur patientèle. En raison d'un manque de connaissances, il est possible qu'ils confondent cirrhose et maladies chroniques du foie.

La stéatose hépatique non alcoolique est devenue la première cause de maladies chroniques du foie en France et sa prévalence ne cesse de croître depuis 30 ans. 88% des médecins le constatent dans leur pratique quotidienne et 36,9% la classent correctement.

L'étude NASH-CO, menée sur 118 664 patients de la cohorte Constances dans 21 départements français et dont les résultats vont être publiés prochainement, évalue la prévalence de la stéatose hépatique à près de 18% en population générale dont 2,6% atteints de fibrose avancée^{20, 21}.

En France, bien que la consommation d'alcool ait diminué de manière constante au cours des cinquante dernières années, passant ainsi de 26 litres par an et par habitant âgé de plus de 15 ans en 1961 à 11,7 litres en 2017¹⁹, l'éthylose chronique reste la première étiologie responsable de cirrhoses et de cancers primitifs du foie⁷ et est la deuxième cause de maladies chroniques du foie derrière la NAFLD avec une prévalence de 10%.

Néanmoins, dans notre étude, l'alcool est encore cité par la moitié des médecins interrogés comme étant la première cause de pathologies hépatiques et seulement par un tiers d'entre eux en deuxième position. De plus, 27,1% des médecins constatent une augmentation du nombre de leurs patients ayant une consommation d'alcool excessive au cours des dix dernières années. Ce constat peut être lié au fait que la question de la consommation d'alcool est abordée de manière plus systématique en consultation.

Dans notre étude, plus de 40% des médecins classent l'hémochromatose en troisième position des causes de maladies chroniques du foie. Sa prévalence importante de 1/300 en population générale explique peut-être cette mauvaise appréciation de la part des médecins généralistes, mais en réalité, elle n'est que la cinquième cause de pathologies hépatiques chroniques, son diagnostic et l'instauration du traitement étant réalisés plus précocement que pour les autres étiologies.

1.2. Pratique actuelle des médecins généralistes

1.2.1. Réalisation du bilan de la fonction hépatique

Dans notre étude, près de la totalité des médecins généralistes déclare réaliser un suivi régulier (tous les 6 mois à un an) du bilan biologique hépatique chez leurs patients éthyliques chroniques et/ou obèses. En revanche, un quart d'entre eux ne le prescrit pas chez leurs patients diabétiques de type 2, probablement parce qu'ils associent moins cette pathologie au risque de développement d'une maladie chronique du foie.

Pourtant, il est nécessaire de repérer les principaux facteurs de risque de développement d'une NAFLD que sont l'insulinorésistance, le surpoids, l'obésité, le diabète de type 2 et le syndrome métabolique, car 10 à 20% des stéatoses hépatiques sont associées à une inflammation, à risque d'évolution vers une fibrose avancée. Il est impératif de dépister en soins primaires ces quelques 200 000 patients en France, afin qu'ils soient pris en charge par un hépato-gastro-entérologue.

Le bilan biologique hépatique complet comportant ASAT, ALAT, GGT, phosphatases alcalines, plaquettes, TP, bilirubine et albumine, est très peu réalisé dans la pratique des médecins généralistes (seulement 14,2%), mais 93,8% des médecins réalisent au minimum le dosage des transaminases et de la GGT.

Respectivement 54,2% et 40% des médecins déclarent réaliser un dosage sanguin régulier du TP et de l'albumine. Nous pensons que ces chiffres sont surestimés. Inversement, nous estimons qu'un chiffre de 4% des médecins généralistes qui ne prescrivent systématiquement que le dosage sanguin des transaminases et de la GGT est sous-évalué. En effet, nous avons remarqué qu'il s'agit souvent des seuls paramètres dosés en pratique courante, notamment par l'utilisation d'ordonnances pré-établies dans les logiciels informatiques.

1.2.2. Orientation des patients vers le spécialiste

Les perturbations du bilan biologique sanguin sont majoritairement citées comme étant un motif d'orientation des patients vers l'hépato-gastro-entérologue, probablement parce qu'il s'agit d'un examen complémentaire plus simplement et rapidement accessible que l'échographie hépatique en soins primaires. Ainsi, il est possible que les médecins généralistes s'en contentent pour adresser leurs patients vers le spécialiste. Pour autant, la réalisation d'une échographie hépatique n'est pas nécessaire

pour évaluer le risque de fibrose chez un patient par l'utilisation des tests non invasifs tels que l'eLIFT et le FIB4, mais ceux-ci sont encore trop peu connus.

Les principaux paramètres du bilan biologique sanguin incitant les médecins généralistes à adresser un patient vers un spécialiste sont l'augmentation persistante des transaminases pour 89,3% d'entre eux, celle de la GGT pour 56,9% et celle de l'hyperferritinémie pour 69,8%. Il est possible que les praticiens puissent facilement "négliger" une augmentation de la GGT lorsqu'elle est retrouvée chez un patient ayant une consommation chronique et excessive d'alcool et prendre moins souvent ce paramètre en compte dans leur décision d'orienter un patient vers le spécialiste, tandis qu'ils sont moins à l'aise avec la gestion d'une hyperferritinémie et ont plus souvent besoin d'un avis spécialisé. Pour autant, notre analyse ne permet pas de conclure à cette hypothèse puisque nous ne savons pas si, avant d'adresser un patient, les médecins généralistes réalisent d'autres examens complémentaires tels qu'une échographie hépatique ou un dosage du CST par exemple.

De plus, notre étude montre que 6,2% des praticiens orientent les patients avec des facteurs de risque à l'hépato-gastro-entérologue quelques soient les résultats des examens complémentaires. Il y en a également 14,2% qui adressent plus de 8 patients sur 10 porteurs d'une anomalie hépatique (biologique et/ou échographique) et près de la moitié le font lorsqu'il s'agit d'une stéatose hépatique retrouvée à l'échographie. Cette pratique est responsable de nombreuses consultations spécialisées « futiles » puisque la prise en charge d'une stéatose simple, c'est-à-dire sans argument témoignant d'une fibrose avancée, repose sur l'instauration de mesures hygiéno-diététiques avec un objectif de perte de 7 à 10% de la masse corporelle et le contrôle des facteurs de risque.

Mais, les résultats mettent également en lumière le manque d'informations des médecins généralistes sur la prise en charge des maladies chroniques du foie. En effet, certaines anomalies du

bilan biologique sanguin nécessitent un avis spécialisé, notamment si elles persistent. De nouveau, ils sont peu nombreux à connaître les tests sanguins d'évaluation du risque de fibrose avancée et à les utiliser dans leur prise de décision.

1.3. Utilisation des tests de dépistage et implication future

1.3.1. Utilisation des tests non invasifs de fibrose en médecine générale

Les tests non invasifs de dépistage de la fibrose hépatique ne sont pas connus par l'ensemble des médecins généralistes. En effet, seulement 75,1% déclarent les connaître.

Le FibroScan® est le plus cité, par 47,1% d'entre eux. Il s'agit d'un appareil d'élastométrie qui permet, à l'aide d'une sonde posée sur la peau, de mesurer la dureté du foie qui est directement liée au degré de fibrose hépatique. Son utilisation est rapide et indolore. La distribution de ces appareils est encore faible et il en existe seulement deux en Maine-et-Loire (au CHU d'ANGERS et au centre hospitalier de CHOLET).

Les tests sanguins tels que le FibroMètre® et le FibroTest® sont moins connus des praticiens généralistes. Ils utilisent des paramètres sanguins plus spécialisés et permettent d'évaluer la fibrose hépatique de manière plus précise que les tests sanguins simples. L'ensemble de ces examens complémentaires n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

En 2007, le CHU d'ANGERS a mise en place une plateforme dédiée au dépistage des maladies du foie, le CEDEMAF. Elle permet à tout médecin d'accéder aux tests non invasifs les plus performants et accueille 2000 patients par an.

Afin de permettre un dépistage précoce de la fibrose hépatique par le médecin généraliste et de cibler les patients nécessitant des explorations complémentaires et une consultation spécialisée d'hépatologie, des tests sanguins simples et fiables ont été développés : les scores eLIFT et FIB4. Ces

tests sont encore largement méconnus puisque moins d'un praticien sur dix déclare les utiliser pour décider d'orienter un patient vers un spécialiste. Néanmoins, 88% d'entre eux seraient prêts à les utiliser dans leur pratique quotidienne afin d'évaluer le risque de fibrose chez leurs patients ayant des facteurs de risque. Il existe donc un réel intérêt à informer les médecins généralistes sur l'existence de nouveaux outils qui permettent d'optimiser le parcours du patient.

Cependant notre étude montre que plus d'un médecin sur dix n'est pas prêt à s'investir dans le dépistage des maladies chroniques du foie et considère que ce rôle est celui du spécialiste. Nous soulignons que la moitié de ces 11,6% (13/26) sont les médecins qui indiquent adresser leurs patients avec des facteurs de risque à l'hépato-gastro-entérologue sans tenir compte des éventuels examens complémentaires réalisés.

Dans leur pratique quotidienne, les deux tiers des médecins choisiraient de se servir de l'eLIFT. Nous pouvons supposer qu'ils le préfèrent au FIB4 car son calcul ne nécessite pas de calculateur informatique et peut être réalisé de tête. Cependant, le TP est un paramètre de ce score, et il est souvent oublié lors de la prescription d'un bilan hépatique sanguin en pratique courante. Cela pourrait entraîner une limite dans son utilisation, notamment par les médecins qui ne souhaiteraient pas convoquer plusieurs fois leurs patients en consultation.

1.3.2. Investissement des médecins généralistes dans la prise en charge de l'hépatite virale C chronique

Depuis 2019, la prise en charge de l'hépatite virale C chronique a été considérablement simplifiée, avec des traitements très efficaces : l'Epcilusa® (sofosbuvir/velpatasvir) pendant 12 semaines, avec la prise d'un comprimé par jour ou le Maviret® (glécaprévir/pibrentasvir) pendant 8 semaines, avec la prise de trois comprimés en une seule prise, tous deux responsables de très peu d'effets indésirables et avec plus de 95% de guérison et un objectif d'éradication de la maladie d'ici 2025¹⁴. Ce traitement antiviral peut désormais être prescrit par les médecins généralistes, uniquement si les tests sanguins

de fibrose spécialisés (FibroMètre® et FibroTest®) indiquent l'absence de fibrose hépatique sévère. La possibilité de traiter ces patients en ambulatoire a été accueillie de manière enthousiaste de la part des spécialistes, leur permettant ainsi de confier les patients non à risque aux médecins généralistes et de pouvoir prendre en charge les patients nécessitant un cadre spécialisé. Malheureusement, dans notre étude, près de la moitié des médecins estime que l'hépato-gastro-entérologue doit gérer le traitement de tous les patients ayant une hépatite virale C chronique et moins d'un sur cinq se sent prêt à traiter lui-même ceux éligibles au traitement simplifié. Cela peut être en lien avec un manque de communication concernant les modalités de prise en charge en soins primaires et nécessiter d'actualiser l'information.

De plus, un tiers des médecins estime que l'hépatite virale C chronique est responsable de moins de maladies chroniques du foie que l'hépatite virale B ou l'hémochromatose. Or, bien que le taux d'infections par le VHC soit en diminution en France et aux États-Unis, puisqu'il a diminué de moitié entre 2004 et 2019, cette pathologie devient chronique dans 80 à 90% des cas et représente la troisième cause de cirrhose aux États-Unis²².

Par ailleurs, ils sont seulement 41,8% à envisager de dépister les patients à risque d'infection par le VHC et 17,8% tous leurs patients systématiquement alors qu'il est recommandé de dépister les infections par VHB, VHC et VIH une fois dans la vie.

2. Point fort et limites de l'étude

2.1. Point fort

Le point fort de notre travail est son originalité puisqu'il s'agit de la première étude en France évaluant les pratiques des médecins généralistes concernant leur prise en charge des maladies chroniques du foie en soins primaires.

2.2. Limites

2.2.1. Biais de déclaration

La principale limite de notre étude réside dans le mode de recrutement des données. En effet, pour les départements de Maine-et-Loire et de Sarthe, nous avons utilisé une liste de diffusion non actualisée mais dont nous avons vérifié chacune des adresses e-mails.

Concernant l'envoi du questionnaire aux médecins généralistes de Mayenne, le Conseil de l'Ordre des Médecins du département n'a pu le transmettre qu'une seule fois. Cela peut expliquer un plus faible taux de réponses de la part des médecins de ce département par rapport à ceux de la Sarthe.

2.2.2. Biais de confusion

Il est possible que la rédaction de certaines questions sous forme de QCM ait pu entraîner un biais de confusion, notamment celles concernant la prise en charge réalisée par les médecins. Par exemple, nous supposons que le taux de prescription de certains paramètres du bilan biologique sanguin tels que le TP ou l'albumine a été surestimé et que moins de médecins généralistes réalisent ces dosages en pratique courante que ne le reflètent les résultats de notre étude. Le choix des propositions a pu influencer les sondés à les cocher.

3. Conclusion

Les résultats de notre étude révèlent une sous-perception des maladies chroniques du foie par les médecins généralistes. En effet, ils sous-estiment la prévalence et l'impact de ces pathologies, et ne les dépistent pas de manière optimale puisqu'ils ne ciblent pas systématiquement l'ensemble des

populations à risque et le bilan biologique sanguin qu'ils réalisent en pratique courante comporte rarement l'ensemble des paramètres nécessaire à un évaluation complète de la fonction hépatique.

Les praticiens estiment que ce défaut d'appréciation des maladies chroniques du foie est attribué à un manque d'informations, mais ils se disent prêts à être formés et à modifier leurs pratiques. Afin de permettre un dépistage ciblé et une orientation adaptée des patients dans le système de soins, il est important que les médecins généralistes connaissent l'existence d'outils accessibles, simples et rapides d'utilisation tels que les scores eLIFT ou FIB4 et les intègrent à leurs consultations. Ainsi, un diagnostic plus précoce de la fibrose hépatique permettrait de proposer un traitement curatif aux patients, avant les stades de cirrhose décompensée ou de cancer du foie palliatif, notamment avec de nouveaux médicaments qui devraient bientôt être disponibles dans la prise en charge des NAFLD.

En revanche, les médecins généralistes n'envisagent pas de traiter eux-mêmes les patients atteints d'une hépatite virale C chronique. Bien que le traitement ait été considérablement simplifié et soit désormais accessible en soins primaires, ils estiment que cette prise en charge relève encore de la seule compétence de l'hépato-gastro-entérologue. L'information et la formation des médecins généralistes sont donc primordiales afin qu'ils participent activement à la prise en charge thérapeutique de ces malades. Néanmoins, cette mesure est effective depuis 2019, et il est peut-être nécessaire aux médecins généralistes de s'approprier cette nouvelle stratégie thérapeutique avant de l'intégrer à leur pratique, tout en poursuivant et améliorant la démarche de dépistage. Il s'agit d'un enjeu de santé publique française important puisque l'objectif est d'éradiquer la maladie d'ici 2025.

En conclusion, la présentation des outils de dépistage de la fibrose hépatique et des recommandations pourraient être intégrées dans la formation continue des médecins généralistes, à travers des interventions par des médecins hépatologues lors de congrès ou de journées de formation afin de standardiser les pratiques.

Bibliographie

1. Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée [Internet]. has-sante.fr. 2006 [cited 28 September 2019]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/diagnostic_cirrhose_-_argumentaire.pdf
2. Cirrhose | Inserm - La science pour la santé [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2019 [cited 28 September 2019]. Available from: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/cirrhose>
3. Younossi ZM, Stepanova M, Afendy M, et al. Changes in the prevalence of the most common causes of chronic liver diseases in the United States from 1988 to 2008. Clin Gastroenterol Hepatol 2011;9:524-530.
4. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease: meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. Hepatology. 2016;64:73-84.
5. Grattagliano I, D'Ambrosio G, Palmieri VO, et al. Improving Nonalcoholic Fatty Liver Disease Management by General Practitioners: a Critical Evaluation and Impact of an Educational Training Program. J Gastrointestin Liver Dis. 2008 Dec;17(4):389-94.

6. Serfaty L. Diagnostic de la NASH [Internet]. SNFGE. 2019 [cited 30 January 2020]. Available from:
https://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/cp017_serfaty_2019_avec_figure_sv2.pdf
7. Louvet A. Maladie alcoolique du foie (Recommandation EASL-2018) [Internet]. 2019 [cited 19 January 2020]. Available from: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2019-paris/maladie-alcoolique-du-foie-recommandations-easl-2018/>
8. Alcool & Santé | Inserm - La science pour la santé [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2019 [cited 28 September 2019]. Available from: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
9. Brouard C. Hépatites B et C : dernières données épidémiologiques [Internet]. AFEF. 2019 [cited 19 January 2020]. Available from: <https://afef.asso.fr/hepatites-b-et-c-dernieres-donnees-epidemiologiques/>
10. Hépatite B | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. Snfge.org. 2019 [cited 28 September 2019]. Available from: <https://www.snfge.org/content/hepatite-b>
11. Hépatite C | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. Snfge.org. 2019 [cited 28 September 2019]. Available from: <https://www.snfge.org/content/hepatite-c-1>

12. Cirrhose | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. Snfge.org. 2019 [cited 28 September 2019]. Available from: <https://www.snfge.org/content/cirrhose-0>
13. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol.* 2006 Jan;44(1):217-31.
14. Blanc J. Traitement palliatif des carcinomes hépatocellulaires [Internet]. 2007 [cited 26 November 2019]. Available from: https://www.fmchgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/495.pdf?fbclid=IwAR2I0HOrCWcY7mwYwUg_bK8ZcQpYZ5cJHvdMgpYxd0qOgSAzmkkvKYAu4Cw
15. Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte [Internet]. HAS. 2019 [cited 30 January 2020]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911891/fr/hepatite-c-prise-en-charge-simplifiee-chez-l-adulte
16. Armstrong M, Gaunt P, Aithal G et al. Liraglutide safety and efficacy in patients with non-alcoholic steatohepatitis (LEAN): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled phase 2 study. *Lancet* 2016 Feb 13;387(10019):679-90.
17. Anty R, Ouzan D. Prise en charge de la NASH en 2018 [Internet]. 2018 [cited 19 January 2020]. Available from: <https://www.fmchgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/prise-en-charge-de-la-nash/>

18. Broussier T, Lannes A, Bertais S, Pateu E, Oberti F, Hubert Fouchard I et al. CO.132 - Le easy LIver Fibrosis Test (eLIFT) permet d'éviter des évaluations non-invasives de fibrose spécialisées chez les patients NAFLD et/ou alcooliques [Internet]. Snfge.org. 2019 [cited 28 September 2019]. Available from: <https://www.snfge.org/content/le-easy-liver-fibrosis-test-elift-permet-deviter-des-evaluations-non-invasives-de-fibrose>
19. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 [Internet]. OFDT. 2018 [cited 30 January 2020]. Available from: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
20. Serfaty L. Epidémiologie de la stéatose hépatique non alcoolique : l'étude NASH-CO [Internet]. Constances.fr. 2018 [cited 28 September 2019]. Available from: <http://www.constances.fr/assets/pdf/NASHCO.pdf>
21. Serfaty L. Epidémiologie de la stéatose non alcoolique et de la fibrose dans la population générale française : une étude chez 118 664 sujets (NASH-CO) [Internet]. AFEF. 2018 [cited 19 January 2020]. Available from: <https://afef.asso.fr/epidemiologie-de-la-steatose-non-alcoolique-et-de-la-fibrose-dans-la-population-generale-francaise-une-etude-chez-118-664-sujets-nash-co-co-13/>
22. Younossi ZM, Stepanova M, Younossi Y et al. Epidemiology of chronic liver diseases in the USA in the past three decades. Gut. 2019 Jul 31. pii: gutjnl-2019-318813. doi: 10.1136/gutjnl-2019-318813. [Epub ahead of print]

Liste des figures

Figure 1 : Formule de calcul du FIB4.....	6
Figure 2 : Estimation par les médecins généralistes de la prévalence des maladies chroniques du foie dans leur patientèle	10
Figure 3 : Estimation du taux de cirrhoses révélées par une complication	10
Figure 4 : Estimation du taux de cancers primitifs du foie diagnostiqués d'emblée au stade palliatif .	11
Figure 5 : Classement des cinq causes de maladies chroniques du foie	11
Figure 6 : Estimation de l'évolution des causes de maladies chroniques du foie au cours des dix dernières années.....	12

Liste des tableaux

Tableau 1 : Variables pris en compte dans le calcul de l'eLIFT 5

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	
RÉSUMÉ.....	2
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	7
RÉSULTATS.....	9
1. Caractéristiques de la population d'étude.....	9
2. Connaissances théoriques des médecins généralistes	9
3. Pratique actuelle des médecins généralistes	12
4. Utilisation des tests non invasifs et implication future	13
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	15
1. Discussion générale.....	15
1.1. Connaissances théoriques des médecins généralistes	15
1.2. Pratique actuelle des médecins généralistes	16
1.2.1. Réalisation du bilan de la fonction hépatique	16
1.2.2. Orientation des patients vers le spécialiste.....	17
1.3. Utilisation des tests de dépistage et implication future	19
1.3.1. Utilisation des tests non invasifs	19
1.3.2. Investissement des médecins généralistes dans la prise en charge de l'hépatite virale C chronique	20
2. Point fort et limites de l'étude	21
2.1. Point fort	21
2.2. Limites	22
2.2.1. Biais de déclaration	22
2.2.2. Biais de confusion	22
3. Conclusion	22
BIBLIOGRAPHIE	24
LISTE DES FIGURES.....	28
LISTE DES TABLEAUX	29
TABLE DES MATIÈRES.....	30
ANNEXES	I
1. Questionnaire adressé aux médecins généralistes	I
2. Réponses des médecins au questionnaire.....	VII

Annexes

1. Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Madame, Monsieur,

Les maladies chroniques du foie peuvent évoluer jusqu'au stade de cirrhose et de cancer du foie. Elles sont responsables de 17 000 décès par an en France. De nouveaux traitements très efficaces sont désormais disponibles et d'autres vont très prochainement le devenir.

Dans le cadre de notre travail de thèse d'exercice de médecine générale, nous vous sollicitons pour répondre à un questionnaire de 17 QCM afin d'évaluer la perception des maladies chroniques du foie en soins primaires.

Répondre à ce questionnaire ne vous prendra pas plus de 10 minutes.

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

Cordialement,

Marion LE ROCH et Louise JUDON

À PROPOS DE VOUS

A. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

B. Dans quelle structure exercez-vous ?

- En cabinet, seul
- En cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Autre (précisez) :

C. Dans quelle zone géographique exercez-vous ?

- Rural
- Semi-urbain
- Urbain

D. Dans quel département exercez-vous ?

E. Quelle est votre année de naissance ?

F. Depuis combien de temps exercez-vous la Médecine ?

- Moins de 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 20 ans
- 20 à 30 ans
- Plus de 30 ans

QUESTIONNAIRE

1) À combien estimatez-vous la prévalence des maladies chroniques du foie dans votre patientèle ?

- <5%
- 5%
- 10%
- 20%
- 30%

2) Les maladies chroniques du foie peuvent évoluer jusqu'au stade de cirrhose. Initialement, la cirrhose est dite « compensée », puis surviennent ensuite les complications (« cirrhose décompensée » avec ascite, ictere, encéphalopathie hépatique, hémorragie digestive par rupture de varice œsophagienne, ou carcinome hépatocellulaire). A votre avis, quel est le taux de cirrhotiques révélées par une complication, c'est-à-dire le taux de cirrhotiques diagnostiquées d'emblée au stade de décompensation ?

- 20%
- 40%
- 60%
- 80%
- 100%

3) À combien estimez-vous le nombre de patients cirrhotiques (compensés et décompensés) dans votre patientèle (indiquez un chiffre de 0 à 100%) ?

4) Les cancers primitifs du foie (carcinome hépatocellulaire) peu évolués peuvent bénéficier d'un traitement curatif (chirurgie, radiofréquence, transplantation hépatique), alors que les cancers plus évolués ne relèvent que de traitements palliatifs (chimio-embolisation, chimiothérapie, radiothérapie). À votre avis, quel est le taux de carcinomes hépatocellulaires diagnostiqués trop tardivement, c'est-à-dire diagnostiqués d'emblée au stade palliatif ?

- 20%
- 40%
- 60%
- 80%
- 100%

5) Parmi les situations suivantes, indiquez pour lesquelles vous instaurez un suivi biologique hépatique régulier (cochez la ou les cases correspondantes) ?

- Éthylisme chronique
- Asthénie
- Diabète de type 2
- Surpoids/obésité
- Maladies cardiovasculaires

6) Pour ce suivi hépatique régulier, qu'incluez-vous alors dans votre bilan biologique hépatique (cochez la ou les cases correspondantes) ?

- ASAT
- ALAT
- Gamma-GT
- Phosphatases alcalines
- Bilirubine
- Plaquettes
- TP
- Albumine

7) À quel rythme effectuez-vous ce suivi biologique hépatique ?

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans

8) Dans votre pratique actuelle, sur quels arguments décidez-vous d'adresser un patient en consultation spécialisée d'hépato-gastro-entérologie (cochez la ou les cases correspondantes) ?

- Dès qu'il existe un facteur de risque (consommation excessive d'alcool, obésité...) quel que soit le résultat des examens complémentaires (biologique hépatique, échographie...)
- Stéatose hépatique à l'échographie hépatique
- Élévation persistante de la gamma-GT
- Élévation persistante des transaminases
- Élévation persistante de la ferritinémie
- Autre (précisez) :

9) Quel est le taux de patients avec anomalie hépatique (biologie, échographie) que vous estimatez adresser à l'hépato-gastroentérologue dans votre pratique (indiquez un chiffre de 0 à 100%) ?

10) Connaissez-vous les tests non invasifs de fibrose hépatique ?

- Non
- Oui

11) Si oui, lesquels (réponse libre) ?

12) Les tests non invasifs de fibrose permettent d'évaluer le degré de fibrose hépatique dans les maladies chroniques du foie. Leur intérêt est donc d'identifier précocement les patients qui développent une forme avancée de maladie hépatique alors qu'ils sont encore asymptomatiques. Voici deux tests sanguins de fibrose, simples à réaliser en pratique clinique : le FIB4 et le eLIFT.

<p>Le eLIFT est calculé de tête, sans besoin d'un calculateur, à l'aide de points attribués à chaque variable.</p> <table border="1" data-bbox="165 368 536 817"> <thead> <tr> <th>eLIFT</th><th>POINTS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Age ≥40 ans</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Sexe masculin</td><td>1</td></tr> <tr> <td>ASAT (UI/L)</td><td>• 35 - 69 2 • ≥70 4</td></tr> <tr> <td>GGT (UI/L)</td><td>• 35 - 89 1 • ≥90 2</td></tr> <tr> <td>Plaquettes (G/L)</td><td>• 170 - 249 1 • <170 4</td></tr> <tr> <td>TP (%)</td><td>• 84 - 96 2 • <84 4</td></tr> </tbody> </table>	eLIFT	POINTS	Age ≥40 ans	3	Sexe masculin	1	ASAT (UI/L)	• 35 - 69 2 • ≥70 4	GGT (UI/L)	• 35 - 89 1 • ≥90 2	Plaquettes (G/L)	• 170 - 249 1 • <170 4	TP (%)	• 84 - 96 2 • <84 4	<p>Le FIB4 nécessite un calcul informatique :</p> $\text{FIB4} = \frac{\text{Age (années)} \times \text{ASAT (UI/I)}}{\text{Plaquettes (G/I)} \times \sqrt{\text{ALAT (UI/I)}}}$ <p>Des calculateurs gratuits sont disponibles sur le web (exemple https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4).</p>
eLIFT	POINTS														
Age ≥40 ans	3														
Sexe masculin	1														
ASAT (UI/L)	• 35 - 69 2 • ≥70 4														
GGT (UI/L)	• 35 - 89 1 • ≥90 2														
Plaquettes (G/L)	• 170 - 249 1 • <170 4														
TP (%)	• 84 - 96 2 • <84 4														
<p>Un résultat ≥8 témoigne d'un risque de fibrose hépatique avancée avec nécessité d'explorations spécialisées.</p>	<p>Un résultat ≥1,30 témoigne d'un risque de fibrose hépatique avancée avec nécessité d'explorations spécialisées.</p>														

Parmi ces deux tests non invasifs de fibrose, lequel préféreriez-vous utiliser dans votre pratique clinique ?

- FIB4
- eLIFT

13) Seriez-vous prêt à utiliser ce type de test pour évaluer la sévérité de l'atteinte hépatique chez vos patients alcooliques ou obèses ?

- Oui, et je déciderai en fonction du résultat d'adresser le patient à l'hépato-gastro-entérologue
- Non, c'est à l'hépato-gastro-entérologue d'évaluer la sévérité des maladies chroniques du foie chez tous les patients concernés

14) Classez de 1 à 5 ces causes de maladies chroniques du foie, selon votre avis de la plus fréquente (numéro 1) à la moins fréquente (numéro 5) :

- Alcool :
- Hépatite chronique B :
- Hépatite chronique C :
- Hémochromatose :
- Stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD/NASH) :

15) Dans votre patientèle, quelle évolution constatez-vous pour ces cinq causes de maladies chroniques du foie lors de ces 10 dernières années ? Pour chaque proposition, notez : A (augmentation), S (stabilité), ou D (diminution) ?

- Alcool :
- Hépatite chronique B :
- Hépatite chronique C :
- Hémochromatose :
- Stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD/NASH) :

16) Vous sentez-vous suffisamment informé sur les dernières nouveautés concernant la prise en charge des maladies chroniques du foie ?

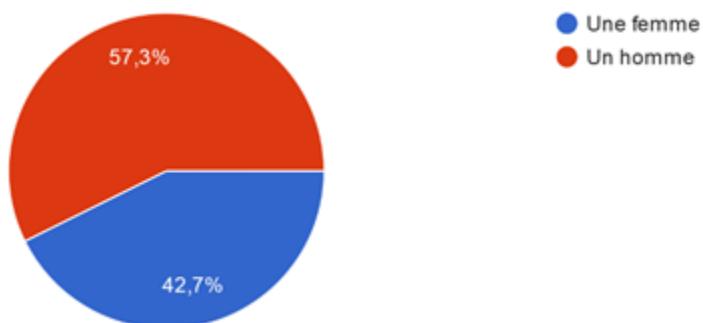
- Oui
- Non

17) Depuis 2019, la prise en charge de l'hépatite C chronique a été considérablement simplifiée avec des traitements très efficaces (un comprimé par jour, 12 semaines de traitement, très peu d'effet secondaire, et >95% de guérison). Le traitement antiviral peut être désormais prescrit par les médecins généralistes si les tests sanguins de fibrose spécialisés (FibroMètre®, FibroTest®) indiquent l'absence de fibrose hépatique sévère. Cela va-t-il modifier vos pratiques (cochez la ou les cases correspondantes) ?

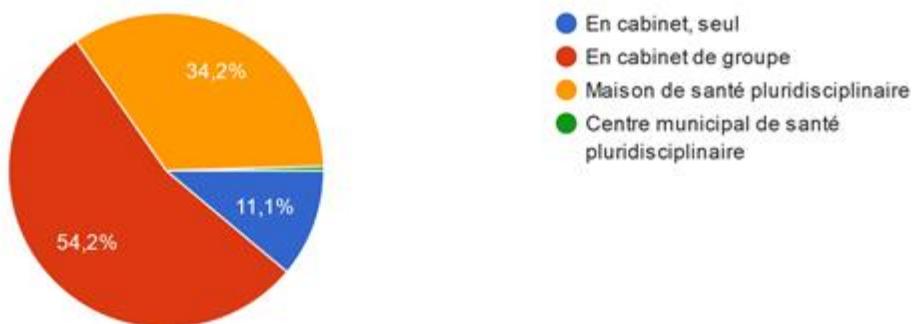
- Non, je ne modifierai pas ma pratique actuelle
- Non, la prise en charge de l'hépatite C chronique est l'affaire des hépato-gastro-entérologues
- Oui, je vais désormais dépister l'hépatite chronique C dans ma patientèle (prescription d'une sérologie), de façon systématique chez tous les patients
- Oui, je vais désormais dépister l'hépatite chronique C dans ma patientèle (prescription d'une sérologie), mais seulement chez les patients ayant des facteurs de risque (antécédent de transfusion, toxicomanie IV...)
- Oui, et dans le cadre des nouvelles recommandations j'envisage de traiter moi-même les patients avec une hépatite chronique C

2. Réponses des médecins au questionnaire

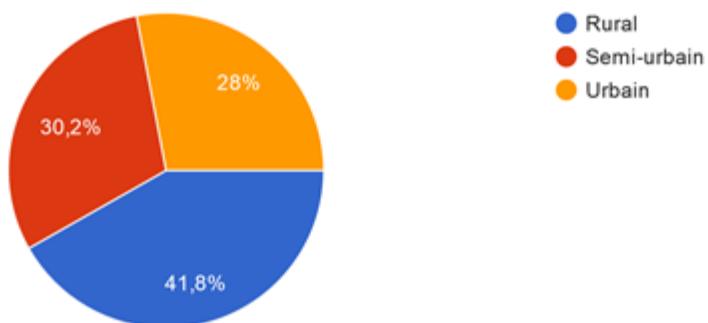
A. Vous êtes :



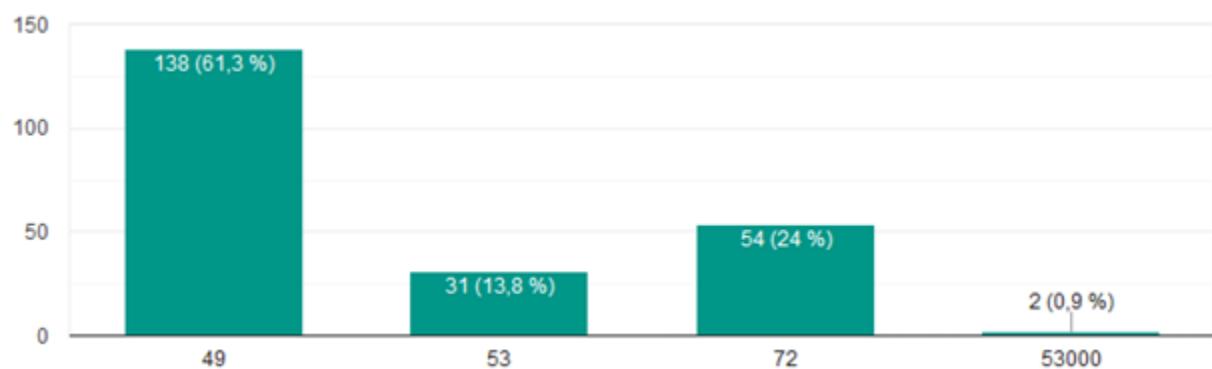
B. Dans quelle structure exercez-vous ?



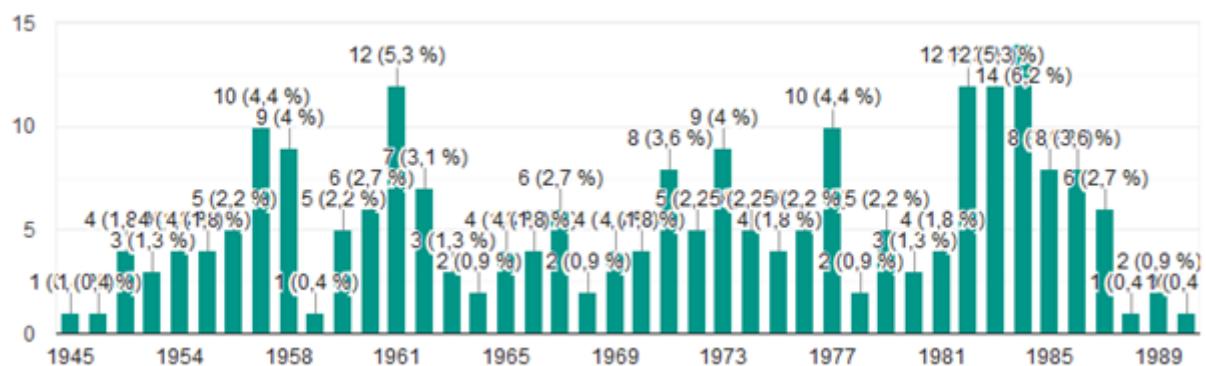
C. Dans quelle zone géographique exercez-vous ?



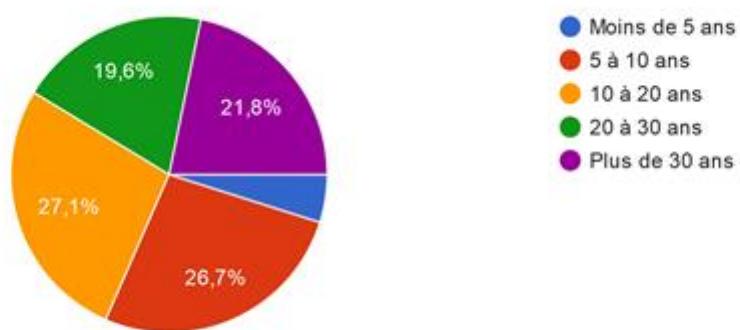
D. Dans quel département exercez-vous ?



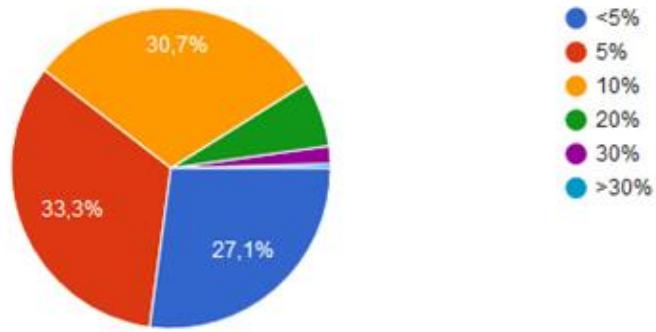
E. Quelle est votre année de naissance ?



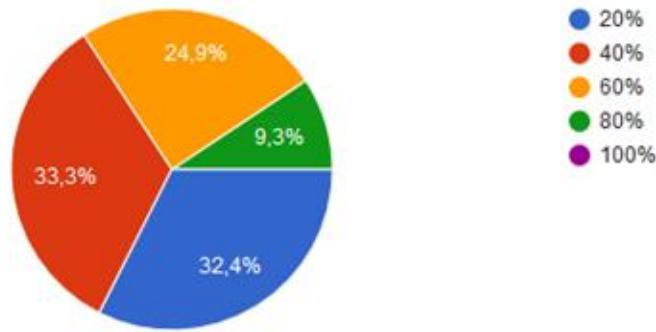
F. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine ?



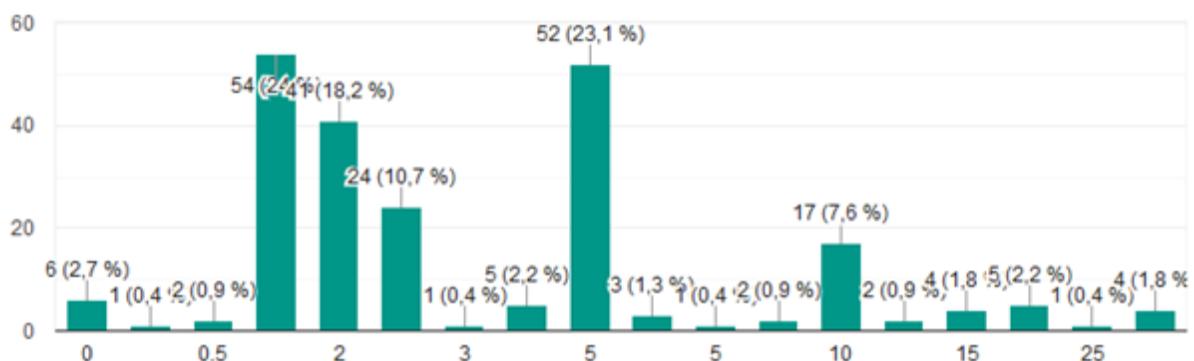
Question 1 :



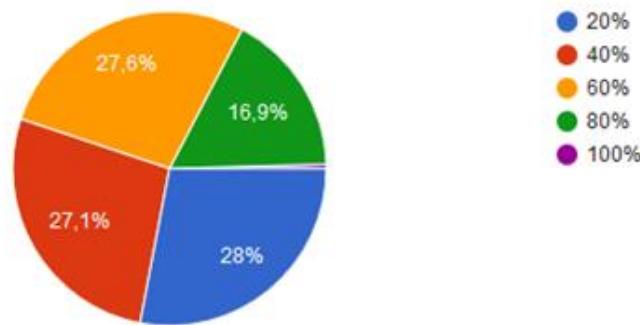
Question 2 :



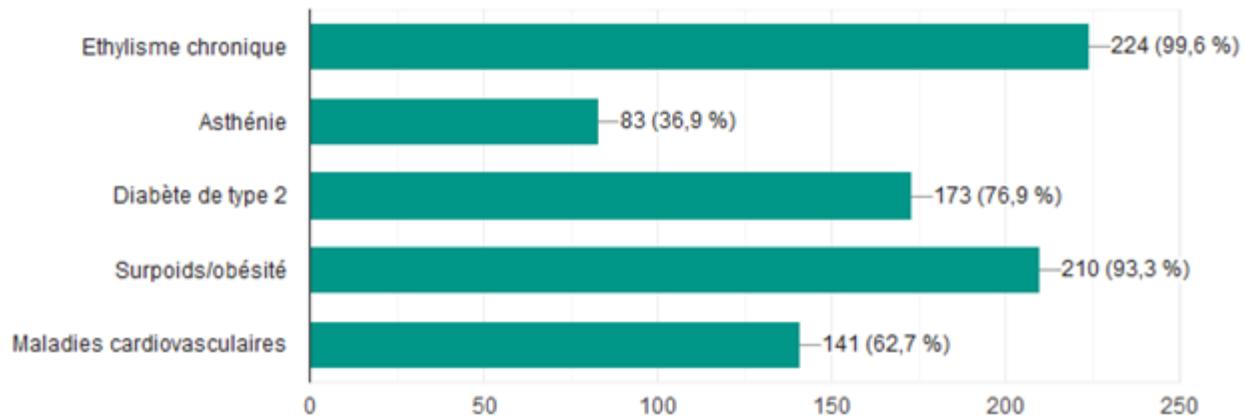
Question 3 :



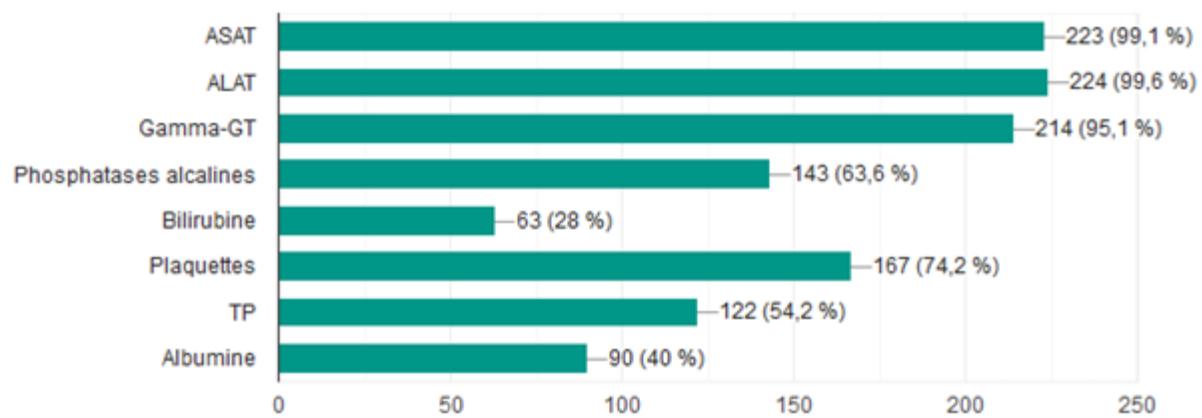
Question 4 :



Question 5 :

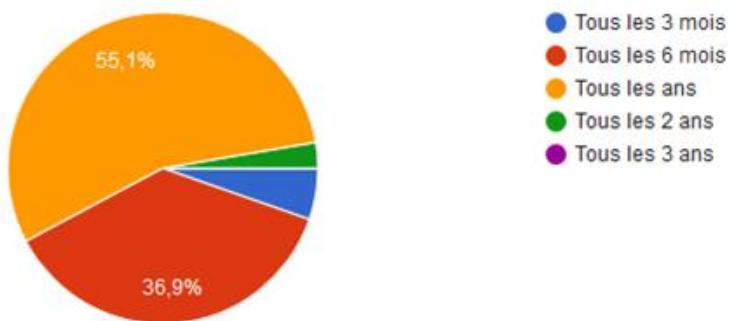


Question 6 :

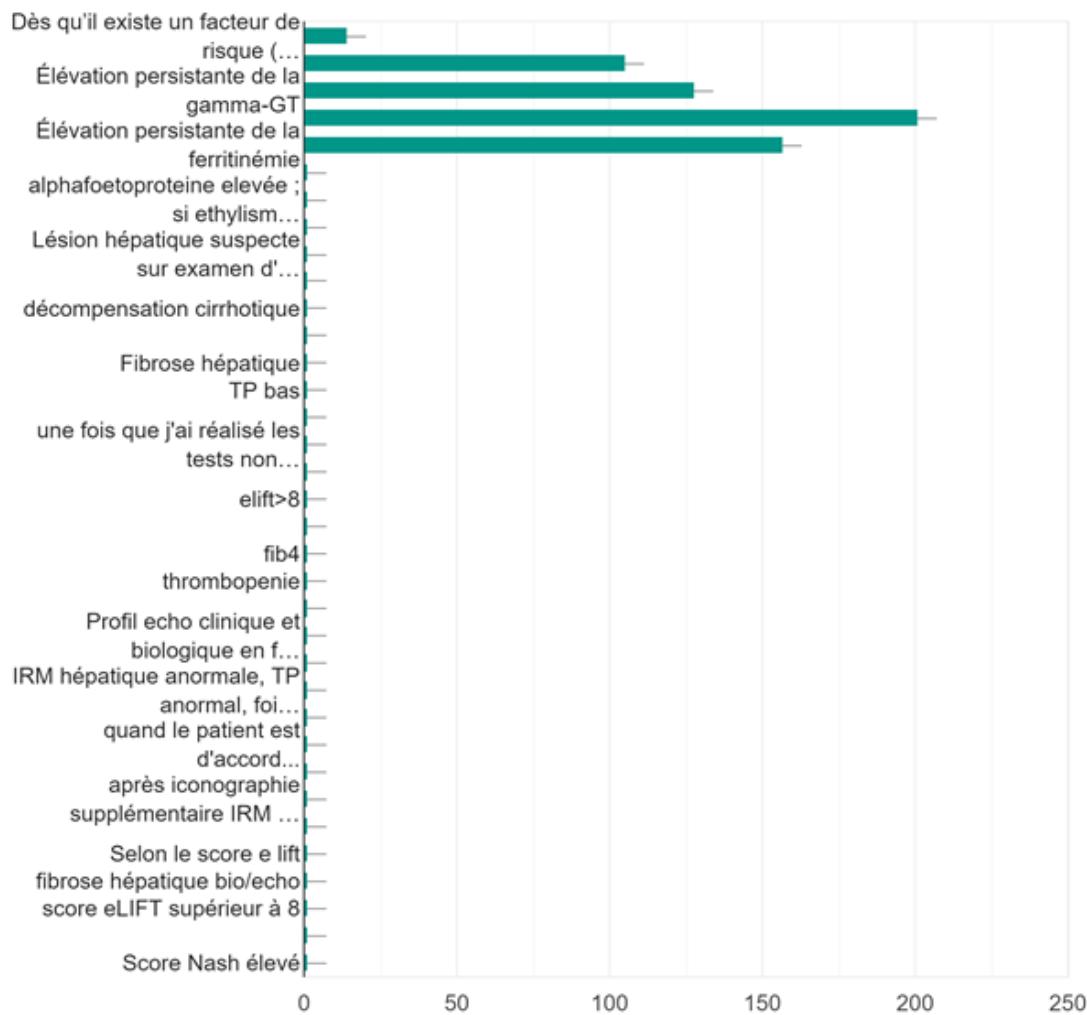


X

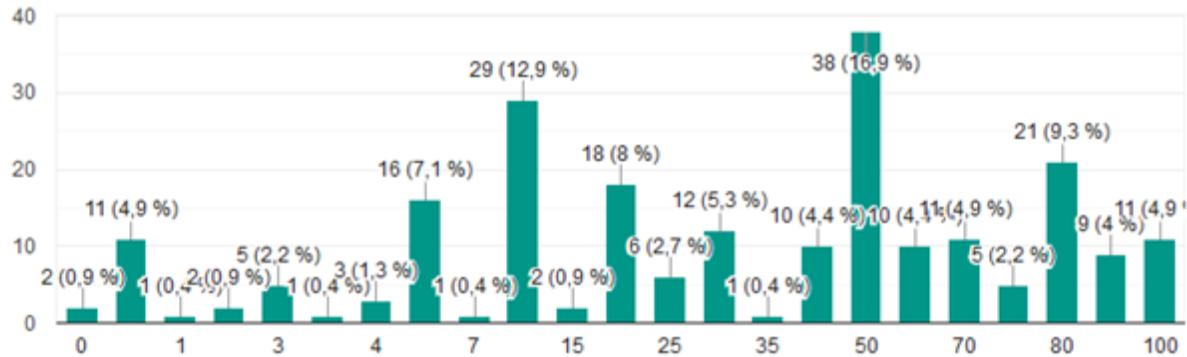
Question 7 :



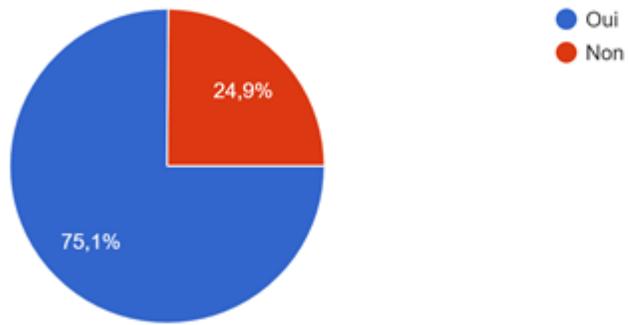
Question 8 :



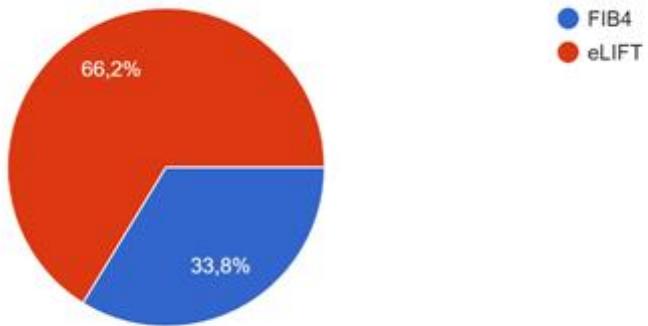
Question 9 :



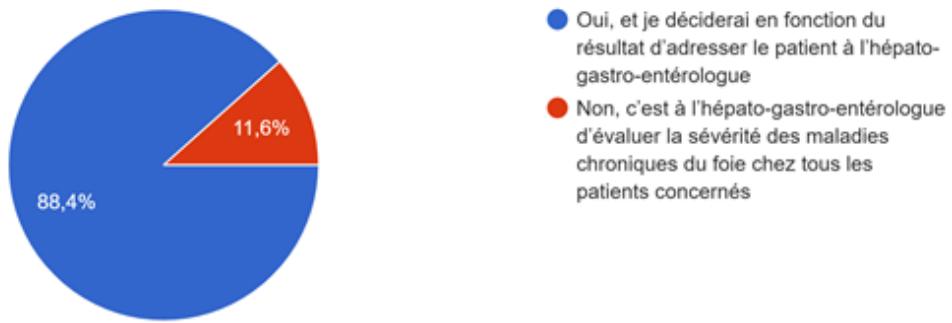
Question 10 :



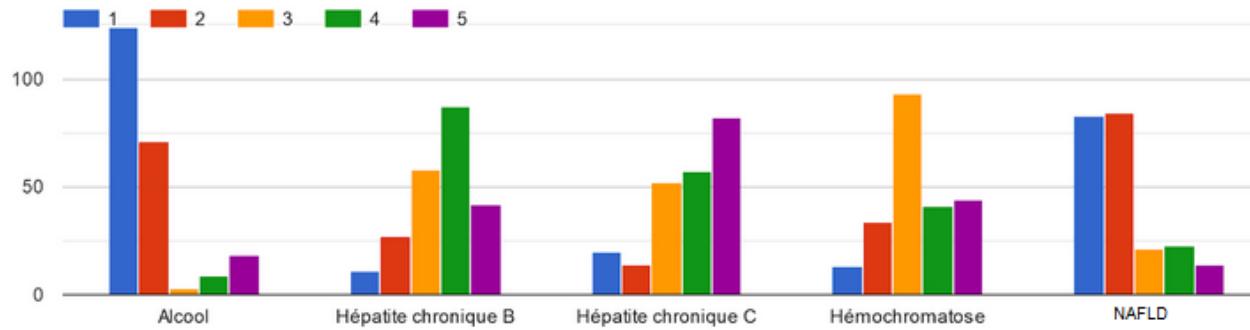
Question 12 :



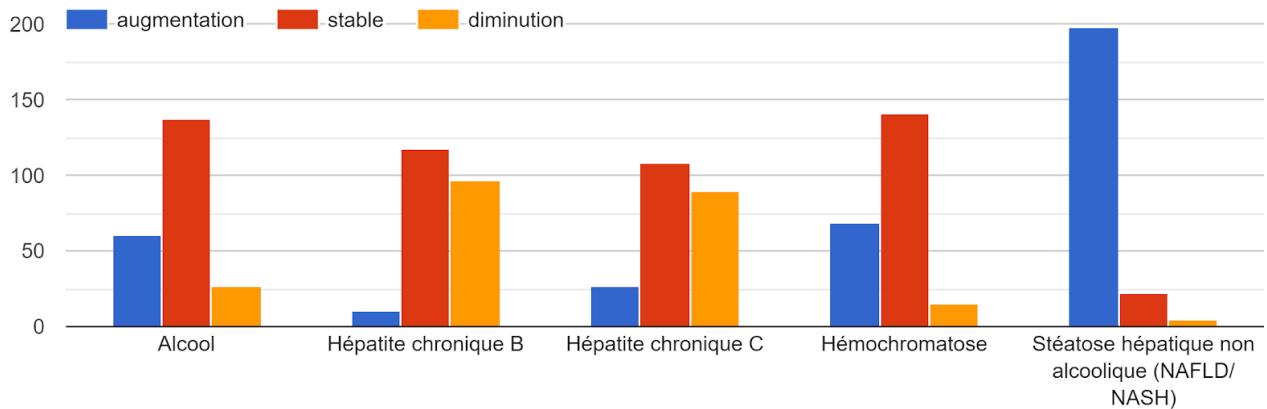
Question 13 :



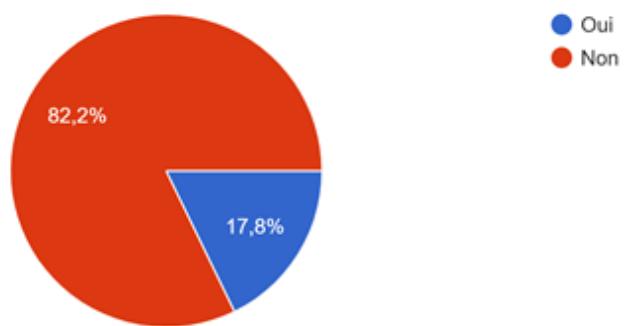
Question 14 :



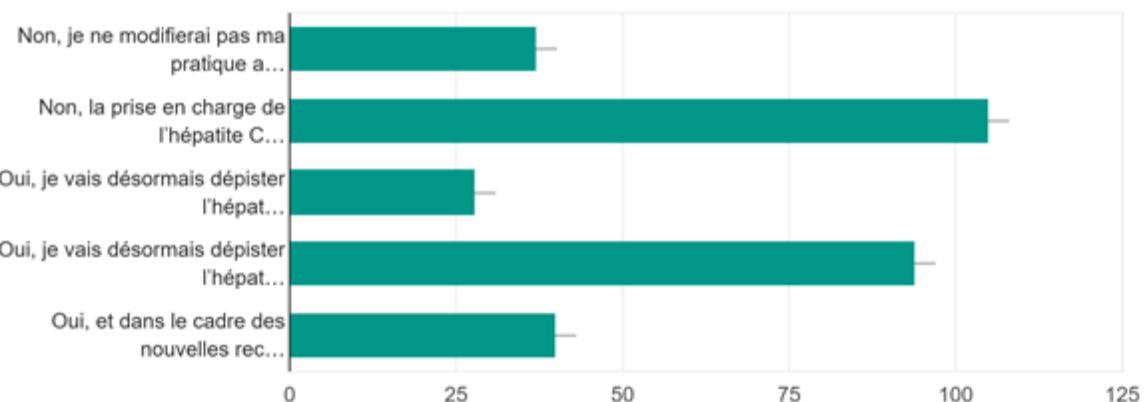
Question 15 :



Question 16 :



Question 17 :



Évaluation de la perception des maladies chroniques du foie par les médecins généralistes libéraux de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe

RÉSUMÉ

Introduction : Les maladies chroniques du foie peuvent évoluer jusqu'au stade de cirrhose et de cancer du foie. Compte tenu de leur progression longtemps silencieuse, leur diagnostic est encore trop tardif et elles sont responsables de 17 000 décès par an en France. De nouveaux traitements très efficaces sont désormais disponibles et d'autres vont très prochainement le devenir. L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception des maladies chroniques du foie par les médecins généralistes en soins primaires, ainsi que leur pratique actuelle concernant le dépistage et la prise en charge de ces pathologies.

Sujets et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, prospective menée du 30 octobre au 11 décembre 2019 qui a consisté en l'envoi d'un questionnaire aux médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Résultats : La majorité des 225 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sous-estime la prévalence des maladies chroniques du foie ainsi que celle de leurs complications. Ils considèrent ne pas être suffisamment informés concernant leur prise en charge et seraient globalement prêts à utiliser des tests non invasifs de fibrose dans leur pratique quotidienne. En revanche, bien qu'un traitement simplifié soit accessible en soins primaires depuis 2019, ils ne souhaitent pas traiter eux-mêmes les patients atteints d'une hépatite virale C chronique.

Conclusion : Les médecins généralistes se disent prêts à être formés et à modifier leur pratique notamment par l'utilisation de tests sanguins simples de dépistage de fibrose avancée. Cela permettrait un diagnostic plus précoce de la fibrose hépatique et de proposer un traitement curatif des maladies chroniques du foie avant les stades avancés de cirrhose décompensée et de carcinome hépatocellulaire palliatif.

Mots-clés : maladies chroniques du foie, médecins généralistes, tests sanguins simples

Assessment of the perception of chronic liver diseases by general practitioners in Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe

ABSTRACT

Introduction: Chronic liver diseases can evolve into cirrhosis and liver cancer. Due to their discrete progression, their diagnosis still happens too late and they are responsible for 17 000 deceases each year in France. New effective treatments are already available, while others will be soon. The main goal of this study is to assess how general practitioners detect chronic liver diseases during primary care and the method they use for their screening and medical supervision.

Subjects and methods: This is an observational, quantitative, prospective study led from the 30th of October to the 11th of December 2019, which consisted in a survey sent to all the general practitioners in the French departments of Maine-et-Loire, Mayenne and Sarthe.

Results: The majority of the 225 respondent practitioners under-estimates the prevalence of the chronic liver disease and their complications. They believe being not sufficiently informed about their medical supervision and would be ready, for the most part, to use non-intrusive fibrosis screening tests in their everyday practice. However, while a simplified treatment is available for primary care since 2019, they are against treating by themselves patients under a chronic viral hepatitis C.

Conclusion: General practitioners are willing to be trained and to adjust their practice, especially by using simple advanced-fibrosis screening blood tests. This could lead to a faster diagnosis of the hepatic fibrosis and enable those practitioners to suggest a curative treatment of the chronic liver diseases before reaching the advanced stages of decompensated cirrhosis and hepatocellular carcinoma.

Keywords: chronic liver diseases, general practitioners, simple screening blood tests