

Dépistage sur invitation:

utilisation des registres de médecins généralistes pour inviter les patients nés dans des régions endémiques à être dépistés à l'hépatite virale

Qui êtes-vous ?

Mon nom est Jan Kunkel et je suis médecin et hépatologue en formation au Blizard Institute, qui fait partie de la Queen Mary University à Londres. Avec mon collègue le Prof. Graham Foster, j'ai coordonné le projet pilote de HEPscreen à Londres Est. Nous avons été aidés dans notre tâche par des collègues du Clinical Effectiveness Group (CEG - Groupe d'efficacité clinique) du Blizard Institute¹, et avons bénéficié de l'aide de Yasmine Koodun pour les tâches administratives de notre équipe, du Dr. Jose Figueroa, Directeur adjoint de la Santé publique de la circonscription de Hackney, et du Prof. Jane Anderzon, Directrice du service VIH de l'hôpital local.



Où êtes-vous basé ?

Le Blizard Institute se trouve à Whitechapel, à Londres Est. Les chercheurs de l'équipe d'hépatologie occupent également des fonctions cliniques à l'unité d'hépatologie du Royal London Hospital, qui constitue un centre de niveau tertiaire pour les cas hépatologiques, référés depuis les cabinets de généralistes des environs et des hôpitaux généraux de Londres Est. Dans le cadre du projet pilote de HEPscreen, nous avons travaillé en collaboration avec des généralistes de l'arrondissement de Hackney, Londres Est, qui compte quelque 250.000 habitants. Le recensement de 2011 nous a informé qu'environ 40% des habitants de Hackney étaient nés en dehors du Royaume-Uni, et que la moitié d'entre eux résidaient dans la municipalité depuis 10 ans ou plus². Les données épidémiologiques nous ont également révélé que beaucoup de ces pays d'origine figuraient parmi les pays à moyenne à haute prévalence d'hépatite B/C.

Quelle population espériez-vous atteindre ? Pourquoi ce groupe était-il ciblé ?

Nous visions à atteindre les personnes nées dans des pays à prévalence moyenne à élevée, et en particulier provenant de Turquie, du Pakistan, du Nigéria, du Ghana et de Somalie. Parallèlement au risque accru d'hépatite B chronique en raison d'une exposition au VHB étant bébé ou enfant dans les pays d'origine, et d'hépatite C chronique, en raison d'expositions à du matériel médical, dentaire ou de rasage non stérile, les études suggèrent également que ces personnes connaissent de moins bons résultats de santé en cas de maladies du foie liées à une hépatite virale. Ainsi, les études révèlent un risque accru de maladie hépatique en phase terminale due au VHC auprès des personnes nées au Pakistan et vivant au Royaume-Uni. Étant donné que la proportion de personnes vivant à Hackney et enregistrées auprès d'un médecin généraliste

¹ <http://blizard.qmul.ac.uk/research-groups/253-clinical-effectiveness-group.html>

² http://www.hackney.gov.uk/Assets/Documents/HWP-Chapter-1The_people_of_Hackney_and_the_City.pdf

est très élevée, nous avons travaillé en collaboration avec deux cabinets généralistes qui, selon les registres de population, devaient compter un grand nombre de patients enregistrés nés dans les pays pertinents.

Comment avez-vous procédé ?

Nous avons utilisé l'éthnicité et le moment d'enregistrement comme variables pour sélectionner un échantillon, parmi les deux cabinets de généralistes, de 1.000 personnes qui étaient probablement nées dans des pays à prévalence moyenne à élevée. Nous avons ensuite invité ces personnes par courrier à venir au cabinet pour effectuer des tests à l'hépatite virale. Nous avons développé un modèle d'essai aléatoire contrôlé selon lequel la moitié (500 personnes) s'est vue adressée, au hasard, uniquement une invitation à un dépistage de l'hépatite virale, et l'autre moitié à un dépistage à l'hépatite virale et au VIH. La randomisation s'est faite au niveau individuel, et il a été pris soin d'orienter les participants partageant un même foyer en mini groupes vers le même groupe d'étude (donc avec ou sans dépistage VIH). Avec le courrier d'invitation, tous les participants ont également reçu un document informatif concernant le projet. Ce document était disponible en anglais et en turc (pour les personnes dont la langue principale était inscrite comme étant le truc). Une des exigences du comité ethnique pour approuver l'étude était que les participants devaient pouvoir choisir de participer, c'est-à-dire prendre la décision active de venir au cabinet et d'y être testé. D'autres prérequis ethniques interdisaient aussi le rappel par téléphone des personnes invitées, bien qu'une partie de celles-ci ont reçu une deuxième invitation par courrier, en l'absence de réaction au premier courrier.

Avez-vous fourni une assistance linguistique aux personnes invitées au dépistage ? Des documents traduits, des interprètes ?

Nous avons traduit en turc tous les documents envoyés aux personnes invitées.

Quelle formation a été offerte aux personnes impliquées, soit dans l'invitation des participants, soit dans l'offre des tests ?

Le personnel des cabinets de généralistes n'avait besoin d'aucune formation spécifique, puisque leur tâche au cours du projet pilote était très similaire à leurs activités quotidiennes, à savoir prendre rendez-vous dans les centres de HEPscreen pour les participants potentiels qui téléphonaient au cabinet. Yasmine a bénéficié d'une brève formation sur la manière d'inviter les participants par courrier.

Quand est-ce que le projet a eu lieu ?

Notre projet pilote s'est déroulé de septembre 2012 à octobre 2014, en comprenant le temps nécessaire à la demande et la réception de l'approbation du comité d'éthique.

Quel a été le taux de participation ? Combien de personnes ont bénéficié de l'intervention ?

La réponse à l'offre de dépistage sur invitation a été de 2,3% (n=13/560). Nous n'avons par ailleurs diagnostiqué aucune infection à une hépatite virale ni au VIH.

Quels enseignements avez-vous pu tirer ? Si un autre service souhaitait reproduire votre modèle de dépistage, quels conseils auriez-vous à lui donner ? Que feriez-vous différemment, si c'était à refaire ? Que feriez-vous de la même manière ?

Vu la participation décevante au dépistage, nous ne reproduirions pas l'intervention de la même manière. Une partie du problème peut être liée à la difficulté de mettre cette approche en œuvre sous la forme d'une étude, car les décisions du comité d'éthique et de Recherche et Développement exigeaient une longue phase de planification, et les décisions obtenues comprenaient des conditions qui ont lourdement compliqué la mise en place d'un ERC sur base d'invitation.

À titre d'exemple, un gros inconvénient de notre étude a été que nous ne disposions pas de l'autorisation éthique de téléphoner aux individus invités pour suivre leur réponse à l'invitation, ce qui a probablement eu un impact négatif important sur le taux de participation. Nous recommanderions à d'autres services de veiller à ce que des rappels téléphoniques puissent faire partie de leur campagne de dépistage. Les nouvelles formes de médias et les réseaux sociaux pourraient aussi être explorés comme moyen de sensibilisation. Néanmoins, l'offre de dépistage par l'intermédiaire des médecins généralistes constitue une méthode très prometteuse, mais il est essentiel que les méthodes de dépistage restent très simples à exécuter, en raison du temps limité à disposition des généralistes. Nous recommandons donc d'essayer d'inclure le dépistage sur invitation au sein de l'infrastructure existante du cabinet. L'utilisation de systèmes IT pourrait par exemple contribuer grandement à encourager les médecins à offrir un dépistage à leurs patients, nés dans des pays à la prévalence moyenne à élevée.



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

La responsabilité des informations et opinions émises dans le présent document revient intégralement aux auteurs. La Commission européenne n'est pas responsable de toute utilisation éventuelle des informations contenues dans le présent article.