

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7  
FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2010

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
POUR LE  
**DOCTORAT EN MÉDECINE**

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**AMMANOU Fanny**  
**18 juillet 1981 Paris 20<sup>ème</sup>**

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le : 7 octobre 2010*  
\_\_\_\_\_

**CAMPAGNE DE DEPISTAGE DU VIH EN MEDECINE GENERALE**

Président : Professeur Patrick YENI

Directeur : Docteur Jean-Pierre AUBERT

**DES de Médecine Générale**

*"Rien de grand ne s'est accompli dans le monde sans passion."*

*Friedrich Hegel*

*A mes pairs qui m'ont guidée tout au long du chemin...*

*Ce que vous m'avez appris et transmis, font de moi aujourd'hui, un  
médecin accompli.*

*A Monsieur le Professeur P. Yeni, Président du jury*

Permettez-moi de vous exprimer mon plus profond respect et ma gratitude, pour le temps que vous avez su m'accorder, la richesse et la rigueur de vos enseignements, et votre aide précieuse.

*A Monsieur le Professeur M. Nougairède, Membre du jury*

C'est un grand honneur et un plaisir de vous compter parmi les membres de mon jury, en tant que Directeur du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Paris VII.

*A Monsieur le Professeur E. Casalino, Membre du jury*

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de participer à mon jury de thèse.

*A Monsieur le Professeur J-P. Aubert, Membre du jury et Directeur de thèse*

Je souhaitais vous remercier pour votre disponibilité à toute épreuve, pour vos conseils et votre soutien qui m'ont aidée à la réalisation de ce travail. L'écriture d'une thèse est un périple initiatique qui ne saurait se faire seule : merci d'en avoir été le guide, et l'accompagnateur à chaque étape.

*A Monsieur le Docteur S. Joly, Membre invité du jury*

Présent durant toutes mes années d'internat, tour à tour tuteur et maître de stage, c'était pour moi une évidence que de te voir parmi les membres de mon jury. Emue et heureuse de ta présence, je te remercie pour le soutien et les connaissances que tu m'as enseignées, mais plus que tout, pour cette médecine du cœur que tu m'as transmise, cette vision si humaniste qui a su me toucher. Il y a des rencontres que l'on n'oublie pas, merci d'en avoir fait partie.

*A Madame le Docteur C. Martelli, Membre invité du jury*

Pour ton aide constante dans la réalisation de mes projets d'avenir, et ton accompagnement lors de l'apprentissage de ma spécialité, je tiens à t'adresser ma plus profonde reconnaissance. En espérant que tu as su voir dans mon envie de t'inviter à mon jury, celle de te dire sincèrement merci.

*A Monsieur le Docteur D. Ringuenet, Psychiatre à l'Hôpital Paul-Brousse*

Merci. Pour la richesse du travail accompli à tes côtés. Pour la finesse de tes analyses qui ont fait de mon enseignement un apprentissage de véritable qualité. Pour les mots que tu manies si bien et qui m'ont appris toute la subtilité du langage de la psychiatrie. Mais par dessus tout merci de la confiance que tu m'accordes. Le passage de ma vie d'interne à celui d'un médecin responsable n'aurait su se faire sans elle.

*A Monsieur le Docteur A. Kissila, à Madame le Docteur C. Barbier, à Madame J. Gerbe, à Madame S. Le Gac, à Madame Z. Rahmani, et à Madame C. Chastanet, membres du comité de pilotage de l'étude clinique.*

Le travail que vous avez réalisé m'aura aidé dans l'écriture de ma thèse, pour cela je tenais à vous dire merci.

*A Madame le Professeur F. Mentré, et à Monsieur le Docteur C. Laouenan du département d'Epidémiologie, Biostatistique, et Recherche clinique*

Je vous remercie pour le travail d'analyse statistique que vous avez réalisé pour cette étude clinique.

*A Monsieur le Professeur M. Reynaud, Chef de service de Psychiatrie et d'Addictologie de l'Hôpital Paul-Brousse*

Je souhaitais vous remercier pour le soutien, l'appui et la confiance que vous me témoignez depuis un an et demi. Le travail accompli au sein de votre équipe demeurera un moment essentiel dans ma vie d'interne et de futur psychiatre.

*A tous les médecins, et au personnel soignant du service de Psychiatrie et d'Addictologie de l'Hôpital Paul-Brousse*

Merci pour votre confiance, vos encouragements et ces moments passés ensemble, travailler avec vous a été un plaisir.

*A mes parents,*

Pour leur amour inconditionnel qui m'accompagne depuis toujours.

*A mon frère,*

Pour tous nos moments d'intense complicité, qu'il y en ait plein d'autres.

*A ma grand-mère, Josette,*

Que je chéris.

*A la mémoire de ma grand-mère Emilie, et de mon grand-père Adrien,*

Qui sont présents dans chacune de mes pensées, en ce jour si important pour moi.

*A Délia et Erick,*

Pour tous ces instants de partage, d'amour et de joie.

*A Michael et Yohan,*

Cousins avant tout, mais aussi confidents et confrères, vous êtes présents à chaque instant de ma vie et occupez une place toute particulière en mon cœur. Merci pour votre présence si fraternelle à mes côtés.

*A Sander,*

A nos souvenirs d'enfance, et maintenant nos vies d'artistes qui nous unissent et nous lient l'un à l'autre. Merci pour ton aide déterminante dans l'achèvement de ce travail.

*A Pauline,*

A toutes ces heures passées à réviser l'internat, mais aussi à cette belle complicité et amitié, malgré la distance qui nous sépare.

*A Parissa,*

A nos fous rires sur les bancs de la fac et de l'hôpital, qui donnent à ma vie d'interne des souvenirs inaltérables.

*A mes co-internes et chefs des Urgences de l'Hôpital René Dubos de Pontoise,*

Merci d'avoir fait de ce semestre un moment privilégié.

*A mon équipe économe, à Emeline et Caroline,*

Pour ce dernier semestre inoubliable, sans doute un des meilleurs.

*A Christophe,* pour ta disponibilité sans pareil, tes multiples relectures, et le soutien sans faille que tu as su me témoigner.

*A Lola,* pour ton intervention décisive sans laquelle je n'aurais pu obtenir mon post-internat.

*A Fanny,* au début d'une longue amitié.

*A Johanna,* merci de croire en moi et de m'accompagner dans mon accomplissement.

*A Audrey,* la chica, pour ton entrain et ta bonne humeur, à *Greg* et sa caipi, à *Julien,* à *Vaness et laeti,* et enfin à *Vi* pour notre fameux tonus dans la Brousse

# TABLES DES MATIERES

<b>Abréviations</b> .....	11
<b>Tableaux</b> .....	13
<b>Figures</b> .....	14
<b>1) Introduction</b> .....	15
<b>2) Le dépistage du VIH</b> .....	17
<b>2.1 Le contexte épidémique du VIH</b> .....	17
2.1.1 Le VIH dans le monde .....	17
2.1.2 Le VIH en France .....	18
a) La prévalence du VIH .....	18
b) L'incidence du VIH.....	18
c) Découverte de séropositivité et cas SIDA.....	19
d) Le VIH au sein de chaque sous population .....	20
<b>2.2 Etat des lieux du dépistage en France</b> .....	23
2.2.1 Historique du dépistage .....	23
2.2.2 Les grands principes du dépistage .....	24
2.2.3 Le contexte épidémiologique du dépistage .....	26
2.2.4 Les acteurs de soin en matière de dépistage.....	29
2.2.5 Les COREVIH.....	34
2.2.6 Le retard au dépistage .....	35
2.2.7 Le bénéfice au dépistage.....	37
<b>2.3 Vers un changement du paradigme ?</b> .....	40
2.3.1 Les propositions de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de dépistage.....	41
2.3.2 L'évolution des pratiques de dépistage en France.....	42
<b>3) Etude clinique auprès de médecins généralistes d'Île-de- France</b> .....	45
<b>3.1 Les objectifs de l'étude</b> .....	45
<b>3.2 Les critères d'évaluation</b> .....	46
<b>3.3 Le financement</b> .....	46
<b>3.4 Matériel et méthodes</b> .....	46
<b>3.5 Analyse des données</b> .....	52
3.5.1 Analyse des données démographiques des médecins .....	52
3.5.2 Analyse du nombre de tests de dépistage prescrits.....	53
3.5.3 Analyse des données démographiques des patients.....	56
3.5.4 Analyse des résultats des tests de dépistage .....	68

<b>4) Discussion</b> .....	70
4.1 Nos résultats peuvent-ils être comparés à d'autres données ? .....	70
4.2 Problèmes rencontrés concernant la faisabilité de l'étude.....	73
4.2.1 Les difficultés à initier l'étude .....	73
4.2.2 Les difficultés à inclure des médecins.....	74
4.2.3 Les abandons .....	75
4.2.4 Les biais.....	76
a) Biais de sélection des médecins et des patients .....	76
b) Biais d'attrition .....	77
c) Biais de classement des patients.....	77
d) Biais concernant le recueil du nombre de tests réalisés avant l'entrée dans l'étude .....	77
e) Biais concernant le nombre de tests objectivés en phase observationnelle ...	77
4.2.5 Les violations de protocole.....	78
4.2.6 Les limites de l'étude.....	80
4.2.7 Conclusion .....	79
4.2.8 Vers un nouveau projet d'étude .....	80
<b>5) Vers de nouvelles pratiques en matière de dépistage</b> .....	81
5.1 Les recommandations de la HAS d'octobre 2009 .....	81
5.1.1 Elargissement du dépistage à la population générale.....	81
5.1.2 Poursuite et renforcement du dépistage ciblé .....	82
a) Populations ciblées.....	82
b) Circonstances ciblées.....	83
c) Cas particulier de la grossesse .....	84
d) Développement des CDAG et des CIDDIST .....	84
5.2 Le rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, juillet 2010 .....	85
<b>6) Conclusion</b> .....	88
<b>7) Méthodologie de recherche documentaire</b> .....	90
7.1 Base de données documentaires.....	90
7.1.1 Base de données en Santé Publique.....	90
7.1.2 Pubmed.....	90
7.1.3 Base de données de l'UNAFORMEC .....	91
7.1.4 Le CRIPS .....	91
7.1.5 L'URML .....	92
7.2 Références bibliographiques d'articles.....	92
7.3 Sites internet.....	92
<b>Annexe</b> .....	93
<b>Bibliographie</b> .....	94

# **Abréviations**

ANRS : Agence nationale de recherche sur le SIDA

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CDO : Consultations gratuites de diagnostic et orientation

CIDDIST : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CISIH : Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine

CMU : Couverture médicale universelle

CNS : Conseil national du SIDA

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine.

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du SIDA

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

DFA : Département français d'Amérique

DRASSIF : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France

FHDH : Base de données hospitalière française sur l'infection par le VIH

HAS : Haute autorité de santé

HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes

IC : Intervalle de confiance

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVS : Institut de veille sanitaire

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale pour la santé

PMI : Services de protection maternelle et infantile

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

SNEG : Syndicat national des entreprises gaies

UDI : Usager de drogues injectables

UNAFORMEC : Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation Continues

URML : Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

# Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des médecins inclus dans l'étude (n=58).....	52
Tableau 2 : Nombre de tests prescrits pour 1000 patients en fonction des caractéristiques démographiques des médecins.....	54
Tableau 3 : Proportion de médecins ayant augmenté leur nombre de tests de dépistage entre les deux phases de l'étude, en fonction de leurs caractéristiques démographiques.....	55
Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des patients au cours des deux phases.....	58
Tableau 5 : Caractéristiques démographiques des patients de la phase observationnelle .....	59
Tableau 6 : Caractéristiques démographiques des patients de la phase interventionnelle .....	60
Tableau 7 : Comparaison des patients entre la phase observationnelle et interventionnelle .....	61
Tableau 8 : Nombre de patients avec et sans facteurs de risque identifiés .....	63
Tableau 9 : Proportion de patients avec et sans facteurs de risque au cours de la phase interventionnelle.....	63
Tableau 10 : Comparaison des patients avec et sans facteurs de risque au cours de la phase interventionnelle.....	65
Tableau 11: Proportion des différents facteurs de risque .....	66
Tableau 12: Association des différents facteurs de risque .....	67

# Figures

Figure 1 : Estimation de l'incidence du VIH en France depuis 2003 (8) .....	18
Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par an (8) .....	20
Figure 3 : Nombre de nouvelles contaminations par le VIH, par groupe de population (8) .....	23
Figure 4 : Nombre de tests de dépistage réalisés, et nombre de tests positifs (16) .	28
Figure 5 : Proportion de tests VIH pour 1000 habitants selon LaboVIH (16) .....	28
Figure 6 : Nombre de sérologies réalisées en CDAG par région pour 100 habitants de 20 à 59 ans, hors prison en 2005 (6) .....	33
Figure 7 : Nombre de sérologies VIH positives pour 1000 sérologies réalisées en CDAG hors prison, en 2005 (6) .....	33
Figure 8 : Mini questionnaire destiné aux patients .....	47
Figure 9 : Les différentes étapes de notre étude .....	51
Figure 10 : Formule de calcul .....	53
Figure 11 : Evolution du nombre de tests prescrits entre les deux phases .....	53
Figure 12 : Répartition des différents facteurs de risque .....	67

# **1 Introduction**

Le test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est disponible depuis 1985. A cette époque, des stratégies de dépistage ont été mises en place, dans le but de sécuriser les dons de sang, d'organes, de tissus et de cellules. Mais depuis l'apparition des trithérapies en 1996, le dépistage a pris une toute autre place, permettant l'identification des personnes contaminées ainsi qu'une prise en charge précoce de la maladie. Or on sait maintenant qu'un patient dépisté positivement a 2 à 3,5 fois plus de chances de modifier son comportement et d'adopter des méthodes de prévention, par rapport à celui qui ignore sa séropositivité (1).

Avec 5 millions de tests de dépistage du VIH pratiqués chaque année (soit près de 80 tests VIH réalisés pour 1000 personnes), la France est en termes de proportion de tests, au second rang des pays d'Europe de l'Ouest derrière l'Autriche. Toutefois, il persiste dans notre pays un retard au dépistage du VIH. Ainsi d'après les données de notification obligatoire du VIH/SIDA de 2008, près de 29 % des découvertes de séropositivité se font à un stade SIDA ou à un nombre de CD4 inférieur à  $200/\text{mm}^3$ , et le nombre de personnes contaminées qui ignorent leur statut sérologique est estimé à 50 000 (2). A cela s'ajoute un retard à la prise en charge, avec près de 50 % des patients pris en charge à l'hôpital qui ont un taux de CD4 inférieur ou égal à  $350/\text{mm}^3$  d'après la base de donnée hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH ARNS CO4) (2).

Compte tenu de ce contexte, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en octobre 2009 une recommandation qui vise à élargir le dépistage (1). Cette recommandation s'appuie sur le rapport du Conseil National du SIDA (CNS) du 16 novembre 2006 qui

recommandait déjà un élargissement des propositions de dépistage, notamment dans les régions de forte prévalence (dont l'Île-de-France fait partie) (3).

En effet il existe une disparité régionale importante : 48 % des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives pour le VIH résidaient en Île-de-France en 2004 (4). Ainsi, le taux d'incidence annuel pour la découverte de séropositivité est de 15,5 pour 100 000 habitants en Île-de-France alors qu'il n'est que de 5,4 pour 100 000 habitants pour le reste de l'hexagone (4).

Fort de ce constat, le CISIH de Bichat Claude-Bernard (Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine), structure qui a précédé la COREVIH Île-de-France Nord (Coordination Régionale de Lutte contre l'Infection à VIH), a souhaité évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une campagne de dépistage permettant d'identifier au mieux, les facteurs de risque du VIH des consultants de médecine générale, et de proposer le test plus largement. Cette étude vise à renforcer les connaissances en matière de dépistage en médecine générale, à décrire les patients bénéficiant d'un dépistage, mais aussi à évaluer la faisabilité d'une méthode de sensibilisation des médecins généralistes grâce à l'intervention d'un médecin visiteur de Santé Publique.

## **2 Le dépistage du VIH**

### **2.1 Le contexte épidémique du VIH**

#### **2.1.1 Le VIH dans le monde**

A l'échelle mondiale, on estime à 33,4 millions [30,1 millions-35,8 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH, et à 2,7 millions [2,4 millions-3 millions] le nombre annuel de nouvelles contaminations par le VIH en 2008 (5). Ce dernier chiffre est en baisse avec un nombre annuel de nouvelles contaminations à 3 millions [2,6 millions-3,5 millions] en 2001 (5). Si l'incidence de l'infection a commencé à diminuer, sa prévalence ne cesse d'augmenter compte tenu notamment de l'accroissement de l'espérance de vie des personnes porteuses du VIH.

Les décès liés au syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) ont atteint leur acmé mondiale en 2004 avec 2,2 millions. Après des décennies d'accroissement de la mortalité, le nombre annuel de décès dus au SIDA dans le monde s'est stabilisé à 2 millions depuis 2007 [1,7 million-2,4 millions] (5).

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée : elle représente à elle seule 67 % de la prévalence mondiale soit 22,4 millions [20,8 millions-24,1 millions] de personnes vivant avec le VIH et 68 % de l'incidence mondiale soit 1,9 millions [1,6 millions-2,2 millions] de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2008 (5). Alors que l'incidence de l'infection par le VIH a diminué de 25 % par rapport à 1995, la prévalence a légèrement augmenté en 2008, en partie en raison d'un allongement de la longévité lié à un meilleur accès au traitement. En 2008, le nombre de décès dus au SIDA en Afrique subsaharienne est estimé à 1,4 millions [1,1 millions-1,7 millions] ce qui représente par rapport à 2004 une baisse de 18 % de la mortalité annuelle liée au VIH (5).

## 2.1.2 Le VIH en France

### a) La prévalence du VIH

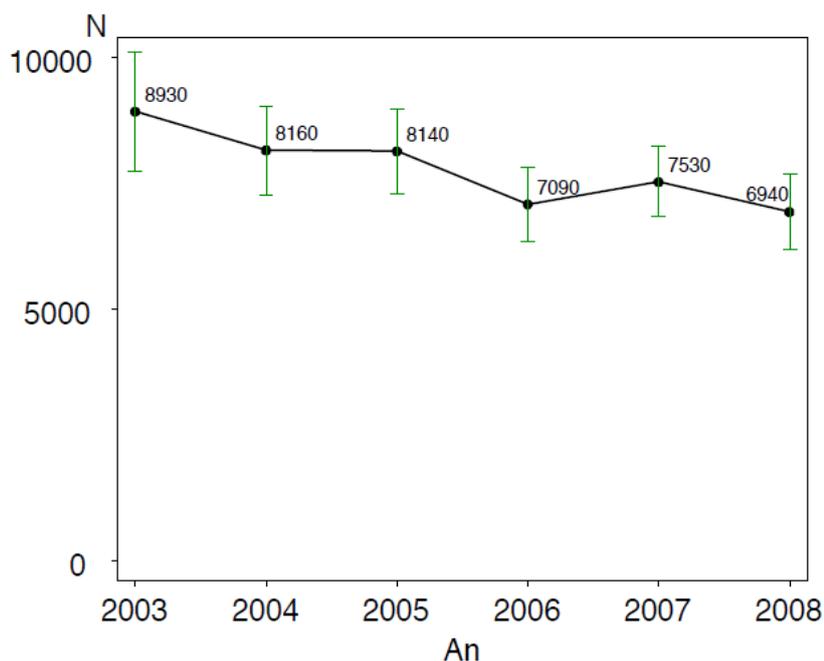
Fin 2008, la prévalence de l'infection par le VIH en France est estimée à environ 152 000 (IC 95 % [135 000 – 170 000]) (2). Ce chiffre est en augmentation avec 88 300 personnes infectées par le VIH en France en 2000 (IC 95 % [52 300 – 168 000]) et 137 000 personnes infectées par le VIH (IC 95 % [100 000 – 170 000]) fin 2006 (6).

Entre 2006 et 2008, le nombre de personnes bénéficiant de l'ALD au titre du VIH dans le cadre du régime général de l'assurance maladie a augmenté de 4 % par an, soit 83 391 personnes en 2006 et 89 911 personnes en 2008 (7).

### b) L'incidence du VIH

Le 1<sup>er</sup> décembre 2009, l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) publie des données sur l'estimation de l'incidence du VIH en France entre 2003 et 2008, c'est-à-dire concernant le nombre de personnes nouvellement contaminées chaque année, qu'elles aient été diagnostiquées ou non (Figure 1) (8).

**Figure 1 : Estimation de l'incidence du VIH en France depuis 2003 (8)**



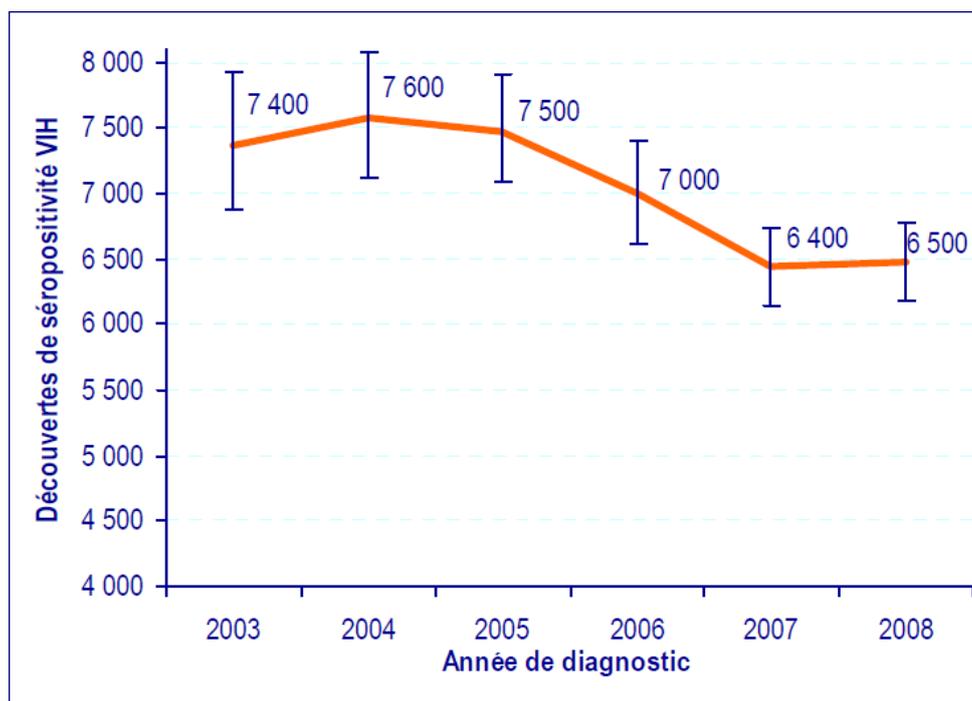
L'incidence dans l'ensemble de la population française est estimée entre 7 000 à 8 000 nouveaux cas d'infection par le VIH en 2008 (IC 95 % [5 500 – 9 300]), ce qui correspond à 17 contaminations annuelles pour 100 000 personnes. Ce taux a baissé au cours des 5 dernières années passant de 9 000 en 2003 à 7 000 en 2008 (8).

### c) Découverte de séropositivité et cas SIDA

Selon les dernières données de déclaration obligatoire du VIH/SIDA, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2008 est estimé à 6 500 (IC 95 % [6 200 – 6 800]). Ce chiffre est stable depuis 2007 (6 400), après une diminution sur les deux années précédentes (7 500 en 2005 et 7 000 en 2006).

L'âge moyen de découverte de séropositivité est de 38 ans. Il est en augmentation chez la femme depuis 2003, alors qu'il est stabilisé autour de 39 ans chez l'homme. 67 % des personnes découvrant leur séropositivité sont des hommes, proportion en augmentation depuis 2003 (58 %). Les personnes de nationalité étrangère représentent 41 % des découvertes de séropositivité, proportion en diminution depuis 2003 (52 %). Cette diminution est plus marquée chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2008, 60 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 37 % par rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables. Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont pour 53 % des femmes et pour 51 % des personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par an (8)



Au 31 décembre 2008, le nombre total de cas SIDA notifiés depuis le début de l'épidémie était de 64 292 (9). En tenant compte des délais de déclaration et de la sous déclaration, le nombre de personnes ayant déclaré un SIDA est estimé à 81 200 depuis le début de l'épidémie et celles vivantes au 31 décembre 2008 de 34 600. On estime à environ 1 550 le nombre de personnes ayant développé un SIDA en 2008, ce chiffre est stable depuis 2007, alors qu'il n'avait cessé de diminuer depuis la précédente décennie.

#### d) Le VIH au sein de chaque sous population

En France, les personnes les plus touchées sont les HSH avec un taux d'incidence de 1 000 contaminations par an pour 100 000 habitants soit 1 % (soit 200 fois supérieur au taux observé parmi les personnes contaminées en France par rapports hétérosexuels). Sur la période de 2003 à 2008, le nombre d'HSH diagnostiqués

chaque année comme séropositifs pour le VIH reste toujours inférieur au nombre d'HSH nouvellement contaminés (2 500 versus 3 300), ce qui souligne l'insuffisance du dépistage dans cette population (10). Selon le dernier rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH de juillet 2010, seulement 18 % des diagnostics de dépistage se font à un taux de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup> chez les HSH (2).

Une première estimation de l'incidence du VIH auprès des HSH fréquentant des établissements de convivialité gay parisiens, est désormais disponible, grâce à de nouveaux résultats de l'enquête PREVAGAY (11). Menée par l'InVS, avec le soutien scientifique et financier de l'Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS), en partenariat avec le Syndicat National des Entreprises Gaies (SNEG) et le Centre national de référence du VIH (Tours), l'enquête Prévagay s'est déroulée à Paris du 28 avril au 6 juin 2009 dans des établissements de convivialité gay. 917 hommes ont été inclus. 17,7 % des personnes testées étaient séropositives, proportion très supérieure à celle que l'on peut retrouver dans la communauté homosexuelle en générale. Comme attendu, cette proportion augmente avec l'âge des patients testés. Au-delà de cette prévalence très importante, c'est l'incidence des nouveaux cas de VIH qui est le principal motif d'inquiétude puisqu'elle s'élèverait dans cette population à 7,5 % par an. L'incidence retrouvée dans l'enquête PREVAGAY est beaucoup plus élevée que celle de l'ensemble de la population homosexuelle en France (1 %). Les HSH fréquentant les établissements de convivialité gay parisiens représentent une population spécifique, pour lesquels des actions de prévention et de dépistage doivent être particulièrement engagées.

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne restent la deuxième population la plus touchée en France après les HSH. Le taux d'incidence est de

237 contaminations en 2008 pour 100 000 habitants (suite à une contamination hétérosexuelle), soit un taux 29 fois plus élevé pour les hommes et 69 fois plus élevé pour les femmes que celui des français contaminés par rapports hétérosexuels.

1 900 personnes originaires d'Afrique Subsaharienne ont découvert leur séropositivité en 2008 en France, ce qui correspond à près d'un tiers de l'ensemble des découvertes de séropositivité. Le nombre de découvertes de séropositivité diminue dans cette population, de nombreuses explications seraient théoriquement possibles :

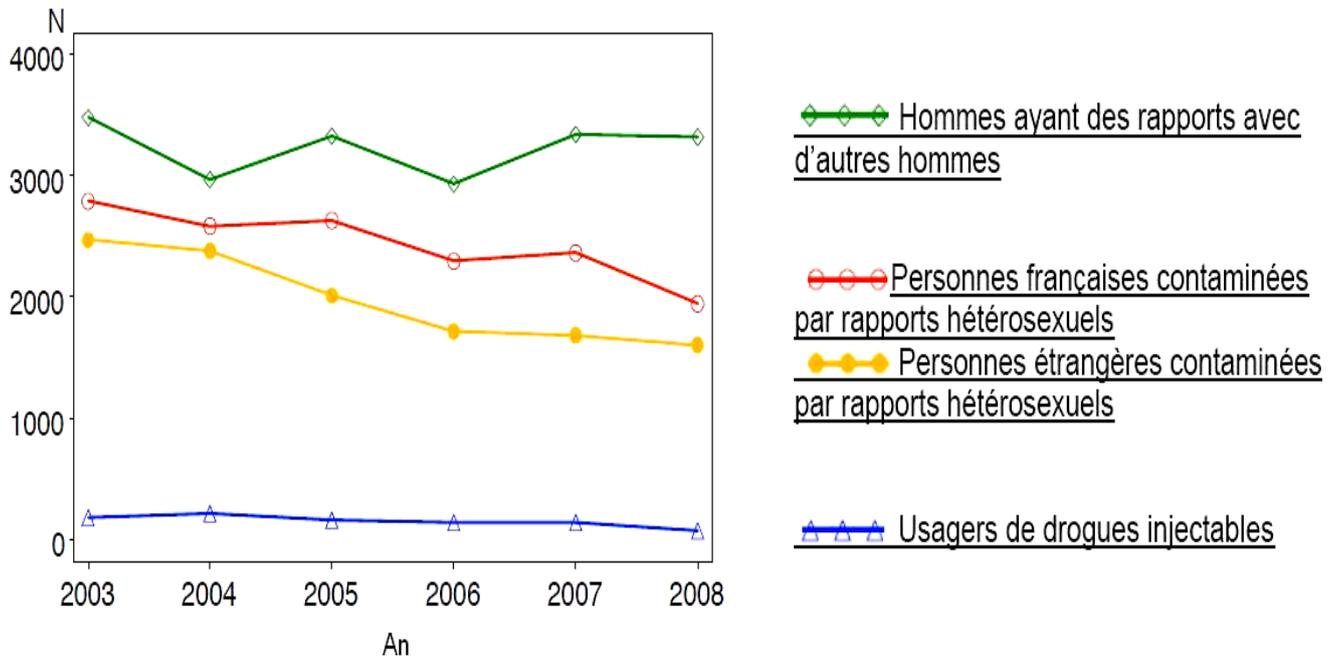
- efficacité du dépistage, qui aurait « épuisé » la part des personnes les plus à risque,
- diminution de l'incidence du VIH dans la population africaine vivant en France,
- diminution de la prévalence ou de l'incidence du VIH dans les pays d'origine de cette population,
- diminution du recours au dépistage,
- diminution du flux migratoire.

En 2008, le taux d'incidence des français contaminés par rapports hétérosexuels est de 2 000, soit 5 contaminations pour 100 000 habitants. Malgré le fait que cette incidence soit en baisse depuis 2003, la recrudescence des autres IST (infections sexuellement transmissibles) comme la syphilis, ou l'infection à gonocoque, dans cette population nous amène à rester vigilants.

Concernant les usagers de drogues injectables (UDI), le nombre de nouvelles contaminations et de découvertes de séropositivités est faible, autour d'une centaine par an. Néanmoins, rapporté au nombre estimé d'UDI, le taux d'incidence dans cette population est de 91 contaminations pour 100 000 habitants soit 20 fois plus que

celui des français contaminés par rapport hétérosexuel (8). Ce chiffre n'en reste pas moins en baisse depuis 2007 avec un taux d'incidence à 147 pour 100 000 habitants.

**Figure 3 : Nombre de nouvelles contaminations par le VIH par groupe de population (8)**



## **2.2 Etat des lieux du dépistage en France**

### **2.2.1 Historique du dépistage**

C'est à la suite de l'affaire dite « du sang contaminé », que le dépistage de l'infection par le VIH a été rendu obligatoire pour les dons de sang (à partir du 1<sup>er</sup> août 1985) et pour les dons d'organes (à partir du 1<sup>er</sup> juin 1987), afin de prévenir la transmission du VIH aux receveurs de produits sanguins, de tissus ou d'organes.

Par ailleurs, les pouvoirs publics se sont prononcés contre toute pratique de dépistage obligatoire ou même systématique (en dehors de l'examen prénuptial et du suivi de grossesse) (12).

En 1988, des centres de dépistage anonyme et gratuit de l'infection à VIH (CDAG) ont été mis en place en France au niveau de chaque département. L'objectif étant de faciliter le dépistage en supprimant les barrières liées au coût et au risque de non confidentialité des résultats.

Plusieurs principes ont alors fondé le système de dépistage de l'infection à VIH en France (13) :

- la nécessité d'un consentement éclairé clairement exprimé,
- l'insistance sur le respect de la confidentialité,
- l'importance du principe de volontariat et de la responsabilisation individuelle dans la démarche de dépistage,
- le rôle essentiel de l'accompagnement, notamment en cas de découverte d'une séropositivité.

L'ensemble de ces principes, rend singulier le dépistage du VIH d'où le terme « d'exceptionnalisme », puisqu'il met plus l'accent sur la protection du droit des individus que sur la prévention en matière de Santé Publique (12).

### **2.2.2 Les grands principes du dépistage**

Actuellement, le dépistage du VIH repose sur une démarche individuelle, basée sur le volontariat des patients, et orientée sur les conseils du médecin en fonction des facteurs d'exposition ou de contamination.

Il peut se faire dans 3 situations bien déterminées :

- Le dépistage obligatoire :

Le dépistage obligatoire de l'infection par le VIH concerne uniquement les dons de sang, de tissus et d'organes, la procréation médicalement assistée, ainsi que les militaires en missions hors de France.

De plus, depuis la loi n°2003-239 du 18 mars 2003, le procureur est autorisé dans certaines situations à demander qu'un test de dépistage soit réalisé : « l'officier de police judiciaire, agissant au cours de l'enquête ou sur commission rogatoire, peut faire procéder sur toute personne contre laquelle il existe des indices graves ou concordants d'avoir commis un viol, une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle prévus par les articles 222-23 à 222-26 et 227-25 à 227-27 du code pénal, à un examen médical et à une prise de sang afin de déterminer si cette personne n'est pas atteinte d'une maladie sexuellement transmissible (...). A la demande de la victime ou lorsque son intérêt le justifie, cette opération peut être effectuée sans le consentement de l'intéressé sur instructions écrites du procureur de la République ou du juge d'instruction qui sont versées au dossier de la procédure ».

- Le dépistage systématique :

Le terme de « systématique » doit être précisé, puisque c'est la proposition du test qui doit être systématique dans certaines situations, et non le test lui-même. Celui-ci est soumis bien sûr à l'accord préalable du patient avant sa réalisation. C'est le cas lors de la consultation du 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse, ou lors d'une incarcération (à l'entrée en milieu carcéral, des conseils de prévention seront donnés et un test pourra être proposé).

- Le dépistage volontaire :

C'est la stratégie la plus couramment utilisée en France. Le patient fait la démarche lui-même auprès de son médecin généraliste, ou auprès d'un centre de dépistage comme les CDAG, les CIDDIST (Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles), ou encore auprès d'un centre de protection maternelle et infantile (PMI) afin de se faire dépister.

Ce dépistage doit être encadré par un « counselling » avant le test, et après le rendu du résultat (counselling pré et post-test). Le counselling est un terme emprunté au vocabulaire anglo-saxon, utilisé pour parler du « conseil » autour du test de dépistage.

Ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé définit le counselling comme « un dialogue confidentiel entre un patient et un soignant. Son objet est de permettre au patient de faire face au stress et de pouvoir prendre des décisions personnelles. Le processus de counselling comporte une évaluation personnelle du risque en termes de transmission du VIH et une facilitation des comportements de prévention » (14).

Catherine Tourette-Turgis précise que : « le counselling peut être défini comme une relation interpersonnelle visant à apporter au consultant un soutien dans des situations de crise, à faciliter une démarche de résolution de ses problèmes, à développer ses aptitudes au changement » (15).

C'est dans ce cadre bien déterminé qu'est organisé le dépistage du VIH. Nous verrons plus tard que l'ensemble de ces principes tend à évoluer.

### **2.2.3 Le contexte épidémiologique du dépistage**

En 2008, 4,96 millions [IC 95 % : 4,89-5,03] de tests ont été effectués soit 80 tests pour 100 000 habitants, dont 8 % au sein des CDAG.

Après une diminution du nombre annuel de sérologies entre 1994 et 1997, l'activité de dépistage a connu une augmentation régulière entre 2001 et 2006 (Figure 4):

- + 4 % par an entre 2001 et 2004
- + 8 % entre 2004 et 2005
- – 4 % entre 2005 et 2006
- stabilisation entre 2007 et 2008.

La France est au second rang des pays d'Europe de l'Ouest en matière de dépistage derrière l'Autriche (8). Il existe cependant des disparités régionales, avec une activité particulièrement importante en Île-de-France, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les Départements français d'Amérique (plus de 100 tests pour 1 000 habitants) (Figure 5).

Figure 4 : Nombre de tests de dépistage réalisés, et nombre de tests positifs (16)

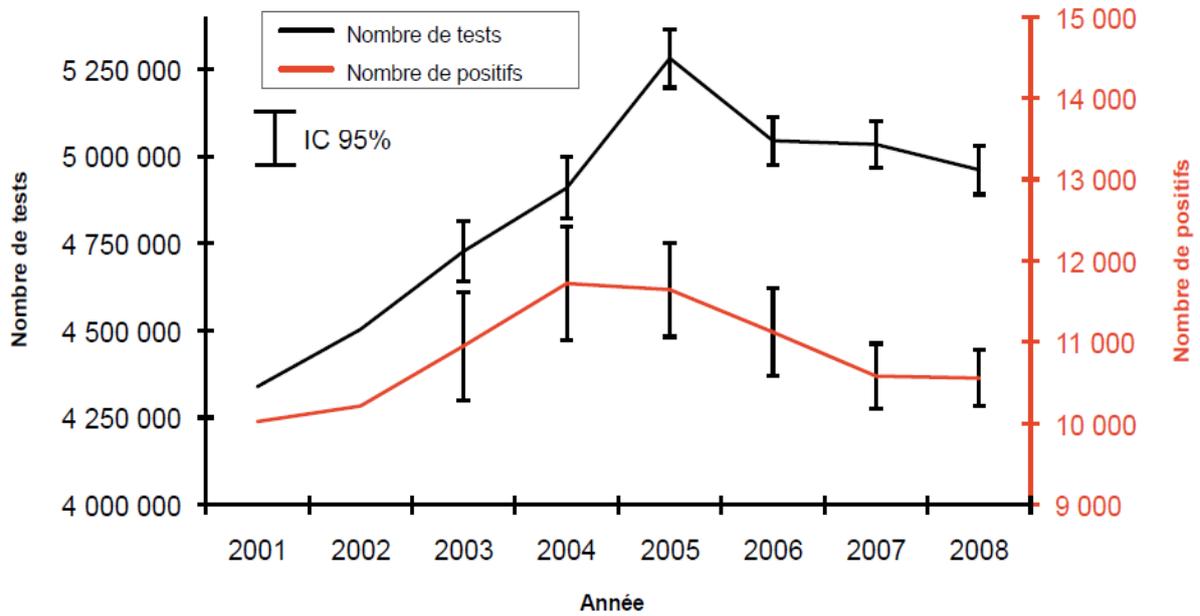
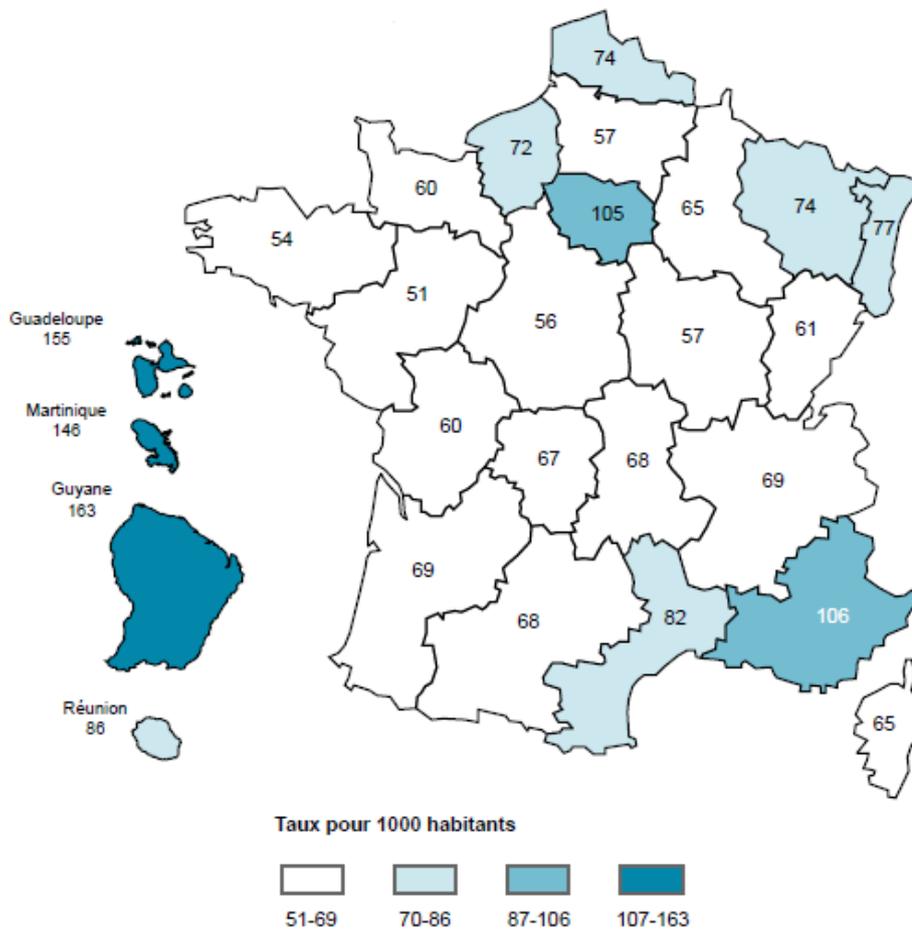


Figure 5 : Proportion de tests VIH pour 1000 habitants selon LaboVIH (16)



#### **2.2.4 Les acteurs de soin en matière de dépistage.**

Le dépistage du VIH fait intervenir différents acteurs et structures de soins. Les acteurs sont des professionnels de santé exerçant dans des établissements de santé, ou en médecine de ville. Les médecins généralistes ont vu leur rôle s'élargir que ce soit dans la prise en charge, le suivi ou le dépistage des patients. En effet le VIH nécessite une prise en charge multidisciplinaire, et le médecin généraliste doit y participer au vu de la gravité, de la chronicité, et de la contagiosité de cette maladie. Un consensus d'experts a défini en 2009 deux niveaux de missions de soins, dans lesquelles les généralistes sont impliqués (17).

- Les missions de soins de santé primaire : elles concernent l'ensemble des médecins généralistes et comprennent, la prévention, le dépistage, mais aussi l'annonce diagnostique, ou encore l'orientation du patient vers une structure spécialisée. Pour ce qui est du dépistage, il est précisé que le médecin généraliste doit « proposer le dépistage de l'infection par le VIH et prescrire les tests adaptés au dépistage et au diagnostic de l'infection par le VIH » (accord fort sur le caractère approprié) (17). Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le développement du dépistage, surtout quand on sait qu'environ 1/3 des patients accèdent aux soins et aux traitements alors qu'ils ont un nombre de CD4 inférieur à  $200/\text{mm}^3$  ou qu'ils sont à un stade SIDA (17).
- Les missions « avancées » : elles concernent certains médecins généralistes qui choisissent d'assurer le suivi clinique, biologique et thérapeutique des personnes infectées. Ceci ne fait pas l'objet du sujet de la thèse et nous ne développerons pas davantage.

D'après une étude réalisée en 2003 par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de Rhône-Alpes (18), interrogeant les médecins généralistes sur le thème de la prévention et du dépistage, seuls 50 % des généralistes rapportent « qu'aborder les questions de prise de risques avec leurs patients ne leur pose pas de problème ». Que se passe-t-il pour les autres généralistes pour qui parler des questions de prise de risques sexuels est problématique ? Ont-ils peur de paraître intrusif face au thème de la sexualité ? Craignent-ils de choquer leurs patients ou de rompre le lien de confiance ? D'autres décident d'eux-mêmes que tout ou partie de leur patientèle n'appartient pas à une population à risque ou qu'elle est suffisamment bien informée. Il a été observé que bien souvent, un message de prévention était donné ou un dépistage était fait suite à une demande du patient plus qu'à l'initiative du médecin. Un grand travail d'information et de dialogue auprès des médecins généralistes reste encore à faire pour améliorer leur pratique au quotidien, afin qu'elle vienne rejoindre les missions définies par le consensus d'experts.

Il existe plusieurs structures impliquées dans le dépistage :

- les centres d'informations de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST),
- les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF),
- les centres de lutte antituberculeux,
- les consultations gratuites de diagnostic et d'orientation (CDO),
- et les CDAG.

Les CDAG ont été mis en place au niveau de chaque département, en 1988 par le Ministère de la Santé. Ces centres de consultation se trouvent soit dans des établissements de santé, soit depuis 1992 dans des dispensaires antivénéériens, dans des CPFE, ou dans des centres de PMI. Il en existe actuellement près de 380

en France et certains disposent d'antennes dans les prisons. Chaque centre est composé d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins, des infirmières, des assistantes sociales, et des psychologues. Les CDAG sont financés pour 85 % par l'Assurance Maladie et pour 15 % par l'Etat. Leur mission initiale était de faciliter le dépistage du VIH en supprimant les barrières liées au coût ou au risque de non confidentialité des résultats. Mais depuis 1998, une circulaire ministérielle (circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet) est venue définir de nouveaux objectifs pour les CDAG, dont notamment une extension au dépistage et à la prévention des virus des hépatites B et C. Cinq objectifs prioritaires ont alors été définis :

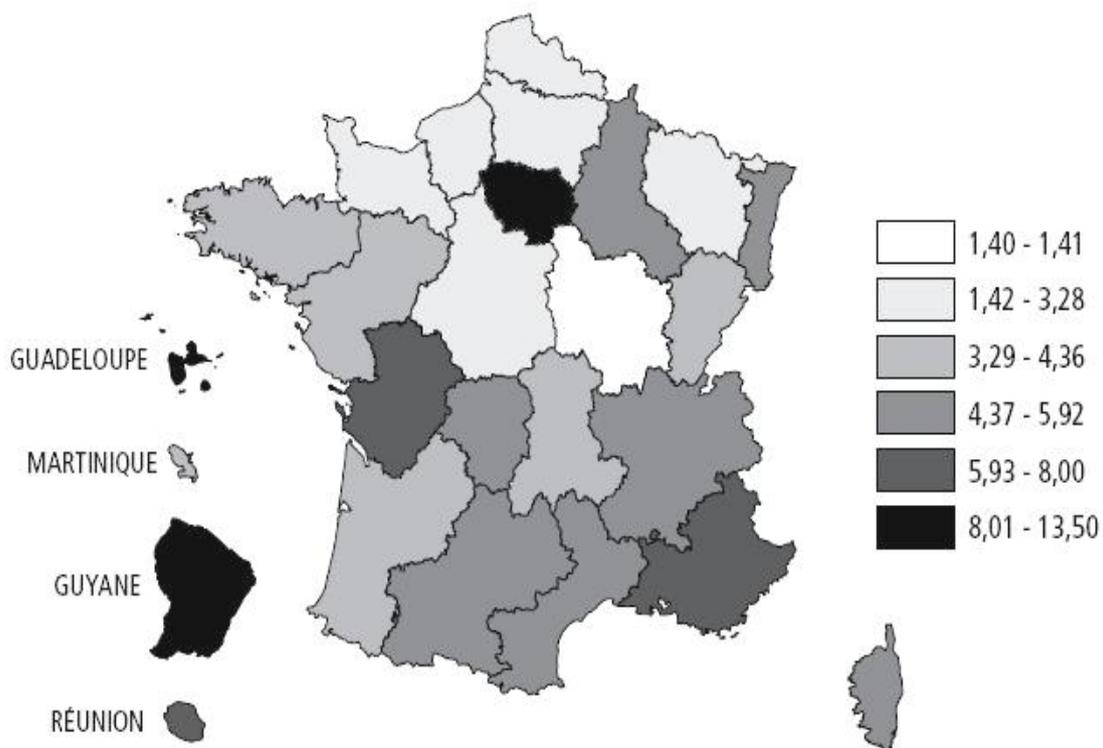
- faciliter l'accès au dépistage des personnes précarisées et des personnes vulnérables aux risques,
- permettre une prise en charge précoce après exposition aux risques,
- rendre le dispositif visible pour tous en diffusant des informations destinées au public,
- renforcer la prévention en aidant les consultants à définir une stratégie de prévention vis-à-vis de l'infection par le VIH mais aussi des hépatites chroniques et des IST,
- renforcer le lien entre dépistage et prise en charge et permettre ainsi une bonne articulation de l'ensemble des acteurs de soin.

Une évaluation de l'activité de dépistage est effectuée par l'InVS sur la base de l'analyse trimestrielle transmis par les CDAG. Leur activité est loin d'être négligeable, puisque sur l'ensemble des 5 millions de tests effectués en 2008, 8 % ont été réalisés dans un CDAG (16), chiffre en augmentation par rapport à 2005 où seulement 6 % des tests avaient été effectuées dans ce cadre. Le nombre de tests,

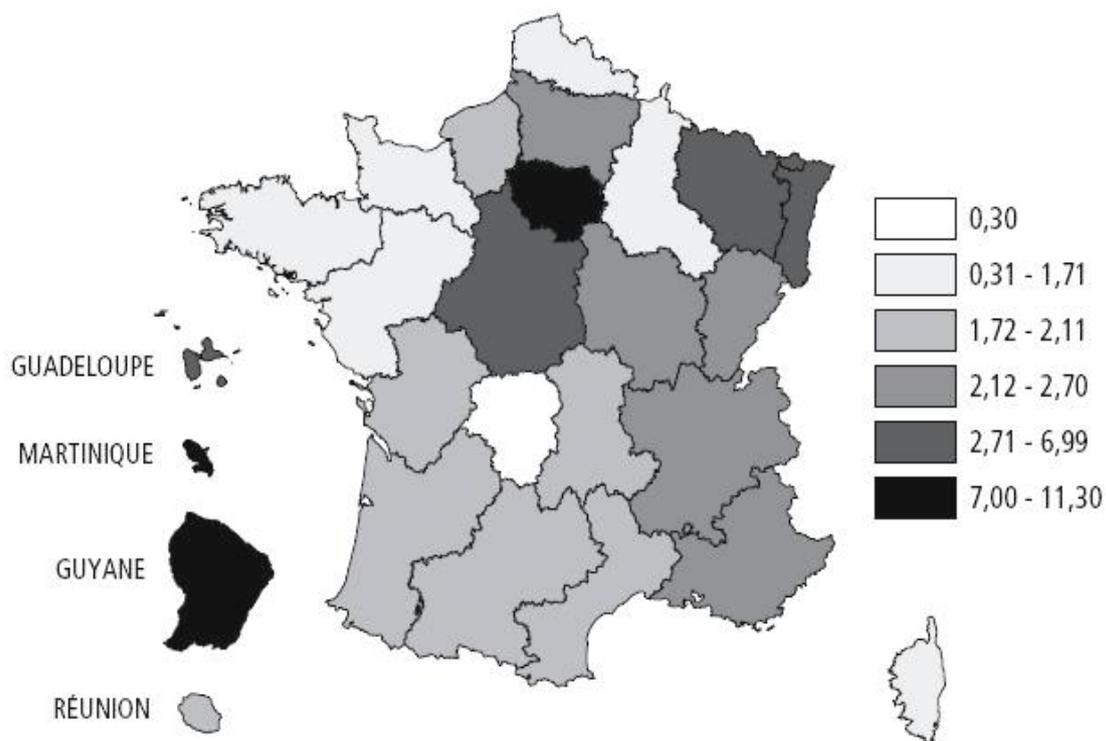
ainsi que le nombre de tests positifs, sont bien plus importants dans les CDAG d'Île-de-France que dans le reste de la France, comme l'illustre la **Figure 6** et la Figure 7.

De même le nombre de tests positifs est plus important au sein des CDAG qu'au niveau national avec près de 3,1 tests positifs pour 1 000 tests versus 2,1 tests positifs pour 1 000 tests (16).

**Figure 6 : Nombre de sérologies réalisées en CDAG par région pour 100 habitants de 20 à 59 ans, hors prison en 2005 (6)**



**Figure 7 : Nombre de sérologies VIH positives pour 1000 sérologies réalisées en CDAG hors prison, en 2005 (6)**



### **2.2.5 Les COREVIH**

L'étude clinique que nous avons réalisée auprès des médecins généraliste d'Île-de-France a été proposée par un des Centres d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH), en septembre 2007. Par la suite, cette structure a été remplacée par les Coordinations Régionales de Lutte contre le VIH (COREVIH), dont les rôles et compositions ont été définis par le Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 et la circulaire n°DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 (19, 20).

Elles sont composées :

- de représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux,
- de représentants des professionnels de santé et de l'action sociale,
- de représentants des malades et des usagers du système de santé,
- et de personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur rôle particulier dans la lutte contre le VIH.

Elles ont 3 missions principales :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique, paraclinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, des actions de coopération internationale, de la formation et de l'information, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé,
- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques,
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH.

Elles constituent un acteur important au niveau régional dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'infection par le VIH, et notamment en matière de dépistage.

### **2.2.6 Le retard au dépistage**

Il persiste en France un retard au dépistage. Cet accès tardif aux soins a un impact sur le pronostic puisqu'il entraîne un risque de surmortalité (21). C'est pourquoi les recommandations françaises encouragent l'accès le plus précoce possible aux soins et au dépistage.

La notion de prise en charge tardive recouvre deux types de retard :

- un retard au diagnostic de l'infection par le VIH,
- un retard entre le diagnostic et l'accès aux soins (22).

Il est souvent difficile de comparer les résultats des différentes études portant sur la prise en charge tardive de l'infection par le VIH, dans la mesure où la définition du retard peut varier selon les études. Plusieurs critères sont utilisés :

- la survenue d'une pathologie faisant entrer en stade SIDA dans le 1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup> mois suivant le diagnostic,
- un taux de lymphocyte T CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup> au moment du diagnostic,
- la combinaison de facteurs associant un taux de lymphocyte T CD4 et la survenue d'une pathologie signant l'entrée en stade SIDA.

Les dépistages tardifs représentaient en 2005 : 48 % du nombre de cas de SIDA et 16 % du nombre de découvertes de séropositivité (6). Selon l'analyse des données de notification obligatoire de l'infection par le VIH et du SIDA de 2008, 29 % des sujets pour lesquels un diagnostic de SIDA a été porté présentaient un retard au dépistage (définis par un stade SIDA ou un taux de lymphocyte T CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>).

Certains facteurs liés à un retard au dépistage ont été mis en évidence :

- un âge entre 15 et 29 ans ou un âge supérieur à 40 ans,
- l'origine géographique (notamment l'Afrique subsaharienne),
- le mode de contamination par rapports hétérosexuels.

Depuis 2000, trois études ont cherché à évaluer la fréquence du retard au dépistage en France et à en déterminer les facteurs prédictifs, à partir de données issues de cohortes ou d'enquêtes multicentriques. Si les schémas, périodes et populations d'étude varient selon les études, une même définition du dépistage tardif a été utilisée par les trois équipes : le retard au dépistage correspond à un diagnostic de l'infection par le VIH au stade SIDA ou à un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>. Nous allons présenter brièvement les résultats de ces trois études.

Dans l'étude de *Delpierre et al.* publiée en 2006, portant sur 5 702 patients diagnostiqués pour une infection par le VIH entre janvier 1996 et juin 2005 inclus dans la base de données Nadis<sup>®</sup> (constituée à partir des cohortes prospectives de tous les patients infectés par le VIH 1 suivis dans 6 centres hospitaliers en France), le retard au dépistage concernait 30,1 % de la population d'étude soit 1 718 patients. Les facteurs associés au dépistage tardif identifiés étaient : le sexe masculin, un âge supérieur ou égal à 30 ans et un mode de transmission autre que par rapports homosexuels (23). Il convient de noter que le statut de migrant, variable souvent associée au retard au dépistage, n'était pas recueilli.

Une seconde étude menée par *Delpierre et al.* publiée en 2007, a utilisé les données issues de l'enquête ANRS-EN12-VESPA. Il s'agit d'une enquête transversale multicentrique menée en 2003, s'adressant aux patients âgés d'au moins 18 ans, connaissant leur séropositivité depuis au moins 6 mois, de nationalité française ou étrangère résidant en France depuis au moins 6 mois. Les patients ont été recrutés

de façon aléatoire dans les consultations externes de 102 services hospitaliers, tirés au sort, ayant accepté de participer à l'enquête, répartis sur tout le territoire de France métropolitaine. L'analyse a porté sur 1 077 patients adultes diagnostiqués pour le VIH 1 entre 1996 et 2003. Le retard au dépistage a été estimé dans cette population à 33,1 %. Cette étude a mis en évidence l'association entre le retard au dépistage et le mode de contamination par rapports hétérosexuels chez les hommes, le statut de migrant, l'âge et un antécédent d'usage de drogues injectables (24).

Enfin l'étude de *Lanoy et al.* publiée en 2007, portant sur 18 721 patients inclus dans la base FHDH (Base de données hospitalière française sur l'infection par le VIH) entre le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et le 31 décembre 2002 et pris en charge dans 62 établissements hospitaliers au sein de 29 CISIH, a quant à elle estimé la prise en charge tardive dans la population d'étude à 35,7 %. Plusieurs caractéristiques associées à la prise en charge tardive ont été mis en évidence : un âge supérieur ou égal à 30 ans, le mode de transmission autre que par rapports homosexuels, le statut de femmes migrantes, le sexe masculin (25).

Au total, malgré des schémas d'études différents, nous pouvons retenir que la fréquence du dépistage tardif est estimée à 30 %, et que les facteurs prédictifs principaux sont : l'âge, le sexe masculin, le statut de migrant, et le mode de transmission par rapports hétérosexuels.

### **2.2.7 Le bénéfice au dépistage**

Il existe deux bénéfices principaux au dépistage de l'infection par le VIH : un bénéfice individuel et un bénéfice collectif. Un bénéfice individuel avec mise en œuvre d'interventions thérapeutiques précoces ou prophylactiques qui permettent de diminuer la morbi-mortalité des personnes séropositives. L'analyse des données de la FHDH pour les patients inclus entre 1997 et 2005 a mis en évidence l'impact sur la

mortalité d'une prise en charge tardive (définie comme un diagnostic d'infection par le VIH au stade SIDA et/ou avec un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à  $200/\text{mm}^3$ ). Le risque relatif de décès associé à une prise en charge tardive est estimé à 13,2 pendant les 6 premiers mois après l'inclusion et reste significativement supérieur à 1 pendant les 4 premières années après la prise en charge, en comparaison avec les sujets pris en charge moins tardivement (26). Selon le rapport d'experts de juillet 2010 sur la prise en charge des patients infectés par le VIH, le taux de décès à 4 ans des patients pris en charge tardivement est de 13,9 %, alors que celui des patients pris en charge plus précocement est de 3 % soit 10,9 % de décès attribuable au diagnostic tardif (2). Si on considère que 29 % des 6 500 patients diagnostiqués en 2008 ont été pris en charge tardivement, on peut estimer à 200 le nombre de décès à 4 ans attribuables à une prise en charge tardive, ce qui rend bien compte de la perte de chance liée au retard de dépistage (2).

Un bénéfice collectif est obtenu par la limitation de la propagation de l'épidémie liée à la responsabilisation des personnes porteuses du VIH dont on attend une modification des pratiques à risque, et par la réduction du taux de transmission des personnes traitées. Une équipe de recherche aux Etats-Unis s'est intéressée à la modification des comportements sexuels des personnes infectées par le VIH vis-à-vis de leurs partenaires séronégatifs ou de statut sérologique inconnu en fonction de la connaissance de leur statut sérologique. Ainsi le risque de transmission était 3,5 fois plus faible chez les personnes séropositives connaissant leur statut sérologique (taux de transmission de 2,0 %) que chez celles ignorant leur statut sérologique (taux de transmission de 6,9 %). La réduction du nombre annuel de nouvelles infections par le VIH par transmission sexuelle a été évaluée à 31 % aux Etats-Unis si toutes les personnes infectées avaient connaissance de son statut sérologique. Ces chiffres

issus d'une méta-analyse sont à interpréter avec mesure compte tenu des nombreux biais de confusion qu'ils comportent (27, 28).

Néanmoins, plusieurs enquêtes et études réalisées depuis une dizaine d'années mettent en évidence la persistance, voire la résurgence de pratiques sexuelles à risque chez les personnes infectées par le VIH en France. Ainsi, d'après l'analyse des données de l'enquête ANRS-EN12-VESPA de 2003, il a été relevé une fréquence élevée de rapports sexuels non protégés chez les HSH infectés par le VIH : 20 % des HSH séropositifs ayant des partenaires occasionnels déclarent ne pas utiliser de manière systématique le préservatif (29). Aucune caractéristique sociodémographique n'était associée à la prise de risque, ni aucun marqueur d'évolution de la maladie (taux de CD4, niveau de charge virale ou stade clinique). Seul l'indicateur d'une altération de la qualité de vie mentale est associé à davantage de comportements sexuels à risque. Celle-ci dépend du retentissement des effets indésirables des traitements, d'antécédents de discrimination au sein de la famille et de troubles de la sexualité. L'enquête Presse Gay 2004 a mis en évidence la persistance de comportement à risque chez les couples sérodifférents (l'un des partenaires est séropositif, l'autre séronégatif) avec 32 % qui ont des pratiques de pénétration anale non protégée (30). L'enquête Baromètre gay 2005 retrouve des résultats similaires avec 62 % des HSH interrogés séropositifs qui pratiquent la pénétration anale non protégée (31). Plus récemment, l'enquête PREVAGAY s'est intéressée aux HSH fréquentant des établissements de convivialité gay, elle retrouve une incidence particulièrement élevée de 7,5 %, montrant l'existence de sous-groupes à risque très élevé au sein des HSH (11).

Quant aux patients ayant des relations hétérosexuelles, l'enquête ANRS-EN12-VESPA rapporte qu'un tiers des 347 femmes et un quart des 441 hommes vivant

avec le VIH et entretenant une relation stable (l'étude portant sur 2 932 personnes vivant avec le VIH) avec un homme ou une femme non séropositif, ne se protège pas systématiquement lors des pénétrations. Comme pour les femmes, 24 % des hommes ayant des conditions de vie précaires ont plus de chances de déclarer des comportements sexuels à risque au sein du couple (32).

En résumé, la proportion de personnes vivant avec le VIH et déclarant des comportements sexuels à risque n'est pas négligeable. Il est probable que des interventions visant à soutenir les personnes vivant avec le VIH sur la question de la révélation du statut sérologique à l'entourage familial ou affectif, permettraient d'améliorer le vécu des patients et de réduire les risques de transmission.

### **2.3 Vers un changement de paradigme ?**

Jusqu'à présent, le dépistage du VIH reposait sur une démarche individuelle basée sur le volontariat des patients, et orientée sur les conseils du médecin en fonction des facteurs d'exposition ou de contamination. Ceci le rendait singulier, d'où le terme « d'exceptionnalisme » puisqu'il mettait plus l'accent sur la protection du droit des individus que sur la prévention en matière de Santé Publique.

Actuellement plusieurs auteurs soutiennent la mise en œuvre d'un nouveau modèle de dépistage, remettant en cause son « exceptionnalisme ». Ils proposent de renouveler le modèle du dépistage de l'infection par le VIH en soutenant l'idée d'un dépistage de routine proposé dans des structures d'offres de soins variées, accompagné d'une standardisation du consentement verbal éclairé, et d'un déplacement du counselling pré-test obligatoire (considéré comme un obstacle au dépistage pour certains) vers un counselling post-test effectif (13, 33).

Il s'agirait ainsi de rendre au dépistage de l'infection par le VIH sa dimension de Santé Publique en le réinsérant dans une approche préventive globale.

### **2.3.1 Les propositions de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de dépistage**

Dans une déclaration sur le dépistage du VIH, l'Organisation Mondiale pour la Santé, recommande en juin 2004 de distinguer quatre stratégies de dépistage :

- le dépistage individuel et volontaire à l'initiative de toute personne souhaitant connaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH,
- la réalisation d'un test à visée diagnostique en cas de signes évocateurs d'une infection par le VIH ou d'un stade SIDA,
- l'offre en routine du dépistage : pour les patients traités pour une infection sexuellement transmissible (IST), pour les patients suivis dans des structures associées à une prévalence élevée de l'infection par le VIH (centres de soins aux toxicomanes, services d'urgences, services de médecine interne) ainsi que pour les femmes enceintes,
- le dépistage obligatoire dans le cadre du don de sang et d'organes (34).

En 2007, tout en soutenant la poursuite du développement du dépistage à l'initiative du patient, l'OMS propose des recommandations sur le conseil et le dépistage mais cette fois-ci à l'initiative des professionnels de santé en fonction du type d'épidémie (35). Elle distingue ainsi trois niveaux d'épidémies : peu étendue, concentrée ou généralisée :

- Dans le cas des épidémies généralisées : l'OMS considère que « les soignants doivent recommander un dépistage du VIH à tous les adolescents et adultes examinés dans les établissements de santé, médicaux ou chirurgicaux, publics ou privés, hospitaliers ou ambulatoires, mobiles ou de proximité ».

- Dans le cas des épidémies peu étendues ou concentrées : la proposition par les soignants d'un dépistage du VIH à toutes les personnes se rendant dans un établissement de santé n'est pas recommandée. Néanmoins l'OMS préconise selon la situation épidémiologique locale, la mise en place d'un dépistage proposé en routine.

### **2.3.2 L'évolution des pratiques de dépistage en France.**

En France, le débat autour de nouvelles stratégies de dépistage a été soulevé à l'initiative du Conseil National du SIDA (CNS) en 2006, et par le rapport d'experts de 2008 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, sous la direction du Pr Yeni. Le CNS dans son rapport du 16 novembre 2006 propose un élargissement du dépistage. Il a ainsi considéré que le modèle de dépistage reposant sur la notion de pratiques à risque devait être remis en question. La proposition de dépistage devrait, selon le CNS, devenir plus systématique lors de certaines situations de recours aux soins (prescription d'un moyen de contraception, grossesse, IVG, modification de la vie sexuelle), et tenir compte du niveau régional de prévalence de l'infection par le VIH (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et départements français d'Amérique principalement). La remise en question du modèle de dépistage s'est étendue aussi aux pratiques de counselling. Le CNS a considéré que l'obligation d'un counselling pré-test pouvait apparaître comme un frein à la proposition de test. Dès lors, il a souhaité limiter le counselling pré-test et améliorer le counselling post-test quand celui-ci s'avère nécessaire (3).

En septembre 2008, le groupe d'experts sur la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH sous la direction du Pr Yeni a abordé dans le cadre de son rapport la question du dépistage (36). Il recommande de :

- développer les propositions de dépistage dans les zones de forte prévalence. Quatre régions en France sont très touchées par l'épidémie par le VIH : les Départements français d'Amérique (DFA), dont font partie la Guyane et la Guadeloupe, l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les COREVIH de ces régions doivent impérativement développer des programmes spécifiques de dépistage.
- développer des propositions de dépistage en direction des populations les plus exposées : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les personnes originaires d'Afrique subsaharienne qui méritent de faire l'objet dans chaque COREVIH, de discussions et de définition de programmes.
- banaliser la pratique du dépistage. La pratique de counselling ou de conseils pré-test/post-test, apparaît pour beaucoup comme un frein possible aux propositions de tests notamment en médecine générale. Aborder la vie sexuelle avec un patient est difficile et est souvent vécu comme intrusif. Une certaine forme de banalisation du test, sous réserve d'un accord explicite du patient, inciterait probablement les médecins traitants ou les médecins des urgences à proposer le test de manière plus fréquente.
- faire évoluer les CDAG/CIDDIST vers une organisation intégrée en une seule structure, ayant un seul mode de financement, un seul bilan d'activité, avec une mission large de prévention et de dépistage du VIH.
- de recourir dans certaines situations aux tests rapides, qui présentent de nombreux avantages. Ils ont cependant une limite de sensibilité pendant la période de séroconversion (c'est-à-dire pendant les premières semaines de

l'infection). Cette limite doit être connue des acteurs de santé qui seront amenés à utiliser ces tests rapides.

Le rapport d'experts de juillet 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, en a étendu ces propositions, nous y reviendrons.

C'est dans ce contexte de changement du paradigme du dépistage du VIH, que notre étude s'inscrit. Nous souhaitons ainsi faire le point sur les pratiques du médecin généraliste en matière de dépistage, dans une zone de forte prévalence du VIH qu'est l'Île-de-France.

# **3 Etude clinique auprès de médecins généralistes d'Île-de-France**

## **3.1 Les objectifs de l'étude**

Les premières réflexions sur le sujet de l'étude ont débuté en juillet 2006, quelques mois avant que ne sorte le rapport de recommandation du CNS du 16 novembre 2006 (3). Un travail de plusieurs mois, par le comité de pilotage du CISIH, a permis la mise en place du projet. Le comité de pilotage de l'étude est composé : du Pr Yeni (Président de la COREVIH Île-de-France Nord) du Dr Poloméni, du Dr Aubert (appartenant au Réseau de Santé Paris Nord), du Dr Kissila (médecin visiteur de Santé Publique), de Dr Barbier (médecin inspecteur de santé publique de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île-de-France), de techniciennes d'études cliniques : J. Gerbe, S. Le Gac, Z. Rahmani, et d'une assistante administrative : C. Chastanet. Un financement public a été obtenu pour la réalisation du projet et des objectifs et critères d'évaluation ont été définis.

Ce travail a été initié alors que les recommandations de dépistage ciblaient les personnes présentant des facteurs de risque d'infection par le VIH. Il était donc logique de centrer l'étude sur la capacité des patients et des médecins à identifier les risques, et à réaliser un test de dépistage du VIH en cas de prise de risque objectivée.

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

1. étudier la faisabilité et l'efficacité d'une campagne de dépistage du VIH chez le médecin généraliste. Décrire les caractéristiques des patients dépistés chez le médecin généraliste.

2. essayer d'améliorer le dépistage en sensibilisant les médecins généralistes aux facteurs de risque, et en donnant accès aux patients à une information en salle d'attente.

### **3.2 Les critères d'évaluation**

Les critères d'évaluation comprennent des critères quantitatifs et des critères qualitatifs :

- Les critères quantitatifs s'intéressent au nombre de tests de dépistage recensés, aux caractéristiques démographiques des consultants, et au nombre de tests positifs éventuels. Nous nous sommes aussi intéressés à une donnée rétrospective en recueillant le nombre de tests de dépistage prescrits durant les 3 mois précédant la 1<sup>ère</sup> visite du médecin visiteur de Santé Publique.
- Les critères qualitatifs s'intéressent à la description des conditions de l'enquête et des difficultés rencontrées au cours de l'étude.

### **3.3 Le financement**

L'étude a été financée par le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) de la région Île-de-France.

### **3.4 Matériel et méthodes**

La campagne de dépistage a débuté en janvier 2008 et s'est terminée en décembre 2009. Les inclusions se sont échelonnées entre le 7 février 2008 et le 10 juillet 2008. Pour cette étude, plusieurs outils d'intervention ont été utilisés : des registres de recensement de l'activité de dépistage et des caractéristiques démographiques des patients (cf. Annexe), des affiches et des mini questionnaires (sous format carte

postale) destinés aux patients en salle d'attente. Les affiches de campagne sont similaires au recto du mini questionnaire dans un plus grand format.

Figure 8 : Mini questionnaire destiné aux patients.

**Savez-vous où vous en êtes par rapport au VIH (virus du sida) ?**

**En France, 40 000 personnes sont infectées par le VIH sans le savoir.**

**Un dépistage précoce permet une meilleure prise en charge.**

**Faites-vous dépister**

**En France, 40 000 personnes sont infectées par le VIH sans le savoir**

**Pourriez-vous être l'une d'entre elles ?**

.....

1. Pensez-vous avoir été transfusé(e) avant 1991 (*par exemple à l'occasion d'une intervention chirurgicale, d'un accouchement difficile ou d'une grave hémorragie*) ?
2. Avez-vous déjà consommé des drogues par injection en utilisant du matériel dont vous ne pouvez pas exclure qu'il ait été partagé avec d'autres personnes (*même une seule fois*) ?
3. Avez-vous déjà eu un doute sur le fait que le matériel jetable utilisé à l'occasion, par exemple, d'une séance d'acupuncture, de mésothérapie, de piercing ou de tatouage ait pu servir antérieurement ?
4. Avez-vous reçu des soins médicaux dans une des régions suivantes : Afrique Subsaharienne, Caraïbes, Amérique Latine, Asie du Sud-Est, Europe Orientale ?
5. Avez-vous résidé dans une de ces régions ?
6. Avez-vous déjà été atteint d'une Infection Sexuellement Transmissible ou en êtes-vous atteint actuellement (*par exemple : syphilis, gonorrhée, herpès génital...*) ?
7. Avez-vous eu des pratiques sexuelles non protégées par un préservatif avec un ou plusieurs partenaires réguliers ou occasionnels ?

.....

**Si vous avez répondu « OUI » à au moins une de ces questions, pensez à vous faire dépister pour le VIH.**

**Si vous ne vous sentez pas concerné(e), rappelez-vous qu'il peut suffire d'une seule relation sexuelle non protégée avec une personne vivant avec le VIH pour se contaminer.**

**Discutez en avec votre médecin.**

**Logos:** République Française, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île-de-France, CISIH Bichat Claude Bernard, URML, Réseau de Santé, Réseau Ville Hôpital Val d'Osse, REVHVO, revihvo@club-internet.fr

<http://www.reseau-paris-nord.com>  
coordination@reseau-paris-nord.com

Concernant la méthodologie de l'étude : nous avons d'abord commencé par identifier les médecins exerçant sur le territoire de la COREVIH Île-de-France Nord c'est-à-dire les 17<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements de Paris, et le territoire de santé 95 (bassin d'Eaubonne Montmorency et bassin de Pontoise). Les 743 médecins généralistes concernés, dont 499 exerçant sur Paris et 244 exerçant dans le Val d'Oise, ont donc été sollicités par courrier. Le bilan est le suivant :

- sur Paris : 24 réponses positives (4,8 %), 19 réponses négatives (3,8 %) et 28 retours (5,6 %) de courrier à l'expéditeur avec la mention : n'habitant pas à l'adresse indiquée,
- sur le Val d'Oise : 17 réponses positives (6,9 %), 11 réponses négatives (4,5 %) et 4 retours (1,63 %) de courrier à l'expéditeur avec la mention : n'habitant pas à l'adresse indiquée.

Le taux de réponse positive (5,51 %) est faible en regard des taux observés usuellement dans ce type d'étude (8 à 10 % selon les sociétés spécialisées dans les enquêtes en médecine générale). Pour augmenter le taux de réponse, il a été décidé que le médecin visiteur de Santé Publique se rendrait sans rendez-vous chez certains médecins du territoire de la COREVIH Île-de-France Nord. Par ailleurs, les médecins généralistes appartenant au Réseau de Santé Paris Nord ont été contactés par courrier.

Au total 89 médecins sont inclus. On dénombre 29 abandons en période observationnelle et 1 en période interventionnelle. Un des médecins ayant participé à l'ensemble de l'étude a été secondairement exclu en raison de son implication déjà forte dans l'activité de dépistage. 58 médecins ont donc participé aux deux phases de l'étude.

Le principe de l'étude est le suivant : il s'agit d'une étude prospective avant/après comportant une phase observationnelle et une phase interventionnelle de 3 mois chacune (Figure 9). Un médecin visiteur de Santé Publique a été recruté pour l'étude, il devait se rendre chez chaque médecin à trois reprises. Une première fois pour recueillir l'accord du médecin, lui expliquer la campagne, recenser le nombre de dépistages pratiqués sur les 3 mois avant le début de l'étude, et lui déposer le registre de recensement de l'activité de dépistage et des caractéristiques démographiques des patients. Les médecins débutaient alors une phase de 3 mois dite observationnelle, où ils reportaient dans le registre pour chaque patient dépisté, ses initiales (l'étude est anonyme), son sexe, son âge, son origine géographique, s'il s'agissait d'un 1<sup>er</sup> test de dépistage, et le résultat du test (négatif, positif, ou absence si le médecin n'a pas de retour sur le résultat du test). Puis les médecins étaient revus une deuxième fois à 3 mois de la première intervention pour recueillir les informations des registres de la phase observationnelle et les données démographiques les concernant (année de thèse, travail en cabinet de groupe ou individuel, appartenance à un réseau de soins ou non, secteur d'activité conventionnelle). De plus le médecin visiteur de Santé Publique leur déposait des affiches et des mini questionnaires (pour leur salle d'attente ou/et dans leur bureau), et leur délivrait une information concernant les facteurs de risque d'infection par le VIH. Les médecins débutaient alors, la deuxième phase de l'étude dite interventionnelle. Ils reportaient dans le registre pour chaque patient dépisté les mêmes informations que pour la phase observationnelle en y ajoutant la présence (ou non) chez le patient, d'un facteur de risque d'infection pour le VIH. Enfin le médecin visiteur de Santé Publique se rendait une dernière fois chez chaque médecin afin de recueillir les feuillets de la phase interventionnelle, et clore l'étude.

En cours d'étude, un courrier a été envoyé aux médecins afin d'évaluer leur activité de consultation par semaine, activité qui comprenait la somme des consultations réalisées au cabinet et des visites à domicile. Les médecins avaient le choix entre 4 possibilités : moins de 80 consultations par semaine, entre 80 et 130, entre 130 et 180 consultations, et plus de 180 consultations. Il leur était demandé de renvoyer le coupon rempli.

J'ai rejoint le comité de pilotage en juin 2008, et aidé le médecin de Santé Publique dans ses visites. Je me suis donc rendue auprès des médecins en phases observationnelle et interventionnelle, pour recueillir les feuillets et collecter les données.

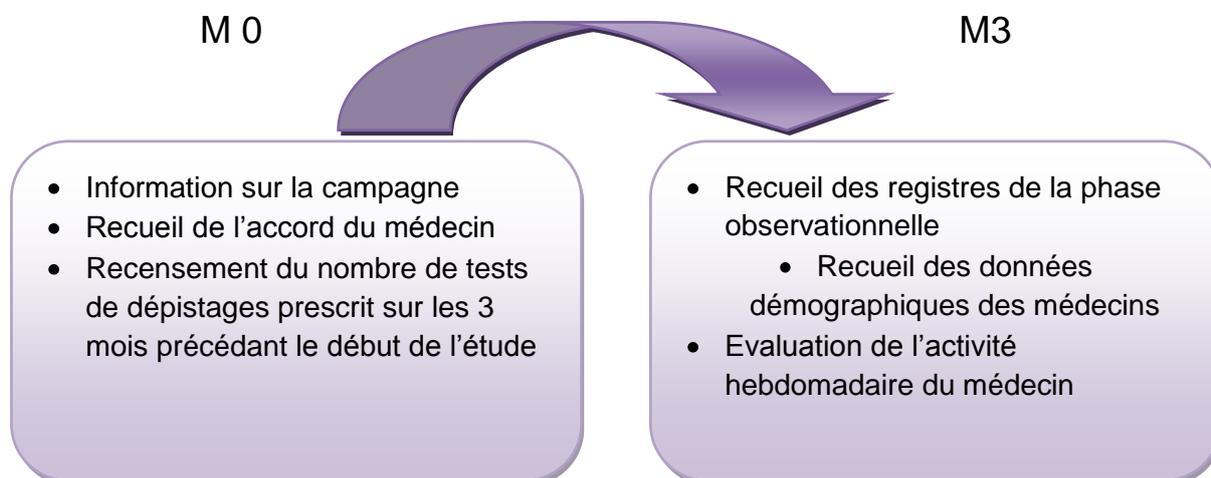
Analyse statistique : au cours de l'étude, nous avons comparé certains groupes de médecins et de patients. Les comparaisons ont été réalisées par des tests non-paramétriques bilatéraux de taille 5 %. Pour cela, plusieurs tests statistiques ont été utilisés : le test de Wilcoxon pour les comparaisons de moyennes et le test exact de Fisher pour les comparaisons de proportions. Pour la comparaison du nombre de tests prescrits entre les deux phases, le test de Wilcoxon pour les séries appariées a été utilisé. Les calculs ont été réalisés par le Département d'Epidémiologie, de Biostatistique et de Recherche Clinique par le Pr F. Mentré et le Dr C. Laouenan.

Les comparaisons ont été classées en fonction de la significativité des différences entre les groupes pour chacun des tests statistiques :

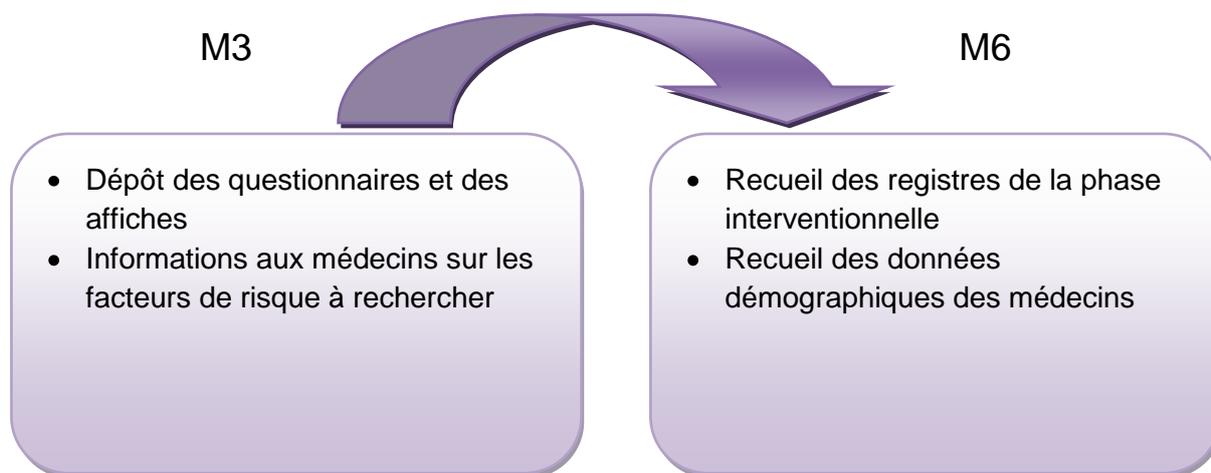
- $p \leq 0,05$  : différence statistiquement significative entre les groupes.
- $p > 0,05$  : différence statistiquement non significative.

Figure 9 : Les différentes étapes de notre étude

### Phase observationnelle



### Phase interventionnelle



## 3.5 Analyse des données

L'analyse des résultats de l'étude comporte deux versants : d'une part l'analyse des données démographiques des médecins, et d'autre part l'analyse des données démographiques des patients inclus dans l'étude.

### 3.5.1 Analyse des données démographiques des médecins

58 médecins ont participé aux deux phases de l'étude. Les caractéristiques démographiques sont les suivantes :

- 2/3 d'hommes
- 3/4 des médecins sont thésés après 1980
- 2/3 exercent sur Paris
- 2/3 participent à un réseau de soins
- 2/3 ont une activité inférieure à 130 consultations par semaine.

**Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des médecins inclus dans l'étude (n=58)**

		n	%
Sexe	Femme	23	39,7
	Homme	35	60,3
Année de thèse	Avant 1980	18	31,0
	entre 1980 et 1990	16	27,6
	entre 1990 et 2000	12	20,7
	plus de 2000	12	20,7
Lieu d'exercice	95	21	36,2
	17 <sup>ème</sup>	5	8,6
	18 <sup>ème</sup>	19	32,8
	19 <sup>ème</sup>	13	22,4
Secteur d'exercice	I	48	82,8
	II	10	17,2
Mode d'exercice	Individuel	27	46,6
	Groupe	31	53,4
Participation à un réseau de soins	Oui	36	62,1
	Non	22	37,9
Nombre de patients par semaine	< 80	14	24,1
	entre [80 ;130[	25	43,1
	entre [130 ;180[	14	24,1
	≥ 180	5	8,6

### 3.5.2 Analyse du nombre de tests de dépistage prescrits

Afin d'étudier l'efficacité de la campagne de dépistage, nous nous sommes intéressés au nombre de tests de dépistage prescrits par chaque médecin, au cours des phases observationnelle et interventionnelle.

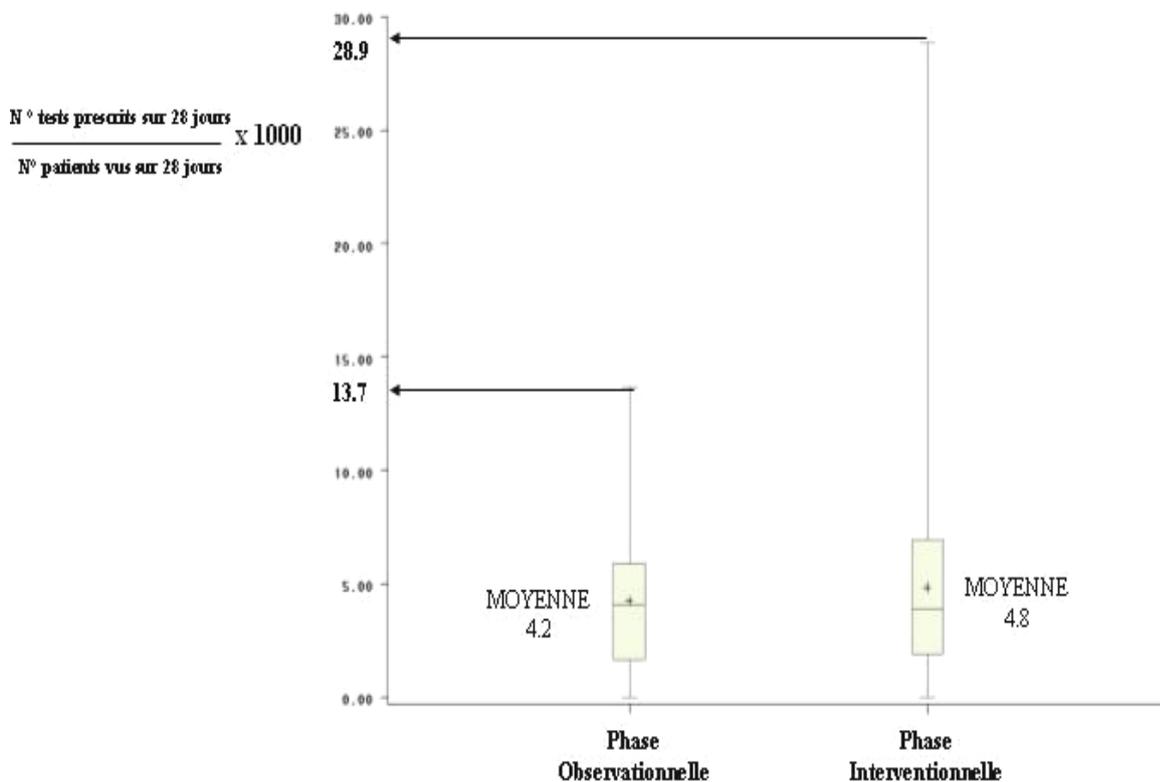
Nous avons rapporté le nombre de tests prescrits sur 28 jours au nombre de patients adultes rencontrés par chaque médecin sur la même période (Figure 10).

**Figure 10 : Formule de calcul**

$$\frac{\text{Nombre de tests prescrits sur 28 jours}}{\text{Nombre de patients adultes rencontrés sur 28 jours}} \times 1000$$

Pour le calcul de comparaison de moyennes du nombre de tests prescrits sur 28 jours entre la phase observationnelle et interventionnelle, le test non paramétrique de Wilcoxon pour les séries appariées a été utilisé.

**Figure 11 : Evolution du nombre de tests prescrits entre les deux phases**



Au cours de la phase observationnelle :

- la moyenne est de 4,2 tests prescrits pour 1 000 patients rencontrés
- l'écart type est de 3
- la médiane est à 4

Au cours de la phase interventionnelle :

- la moyenne est de 4,8 tests prescrits pour 1 000 patients rencontrés
- l'écart type est de 4,4
- la médiane est à 3,9

Il existe une différence de + 0,6 tests entre la phase observationnelle et la phase interventionnelle. La comparaison de ces deux moyennes retrouve un  $p = 0,58$ . La campagne n'a donc pas permis d'augmenter significativement le taux de dépistage.

Par la suite, nous nous sommes interrogés sur le nombre de tests de dépistage prescrits en fonction des caractéristiques démographiques des médecins. Nous cherchions à savoir si certains médecins prescrivaient plus de tests que d'autres et quels étaient les facteurs qui influençaient le taux de prescription.

**Tableau 2 : Nombre de tests prescrits pour 1000 patients en fonction des caractéristiques démographiques des médecins**

		Phase Observationnelle (%)	p	Phase interventionnelle (%)	p
Sexe	Homme	4,1	0,35	4,2	0,48
	Femme	4,5		5,8	
Année de thèse	Avant 1980	5	0,42	4,2	0,69
	Après 1980	3,9		5,1	
Lieu d'exercice	95	3,7	0,31	3,5	0,08
	Paris	4,5		5,6	
Secteur d'exercice	I	4,1	0,64	4,8	0,53
	II	5,2		4,9	
Mode d'exercice	Individuel	3,5	<b>0,02</b>	3,0	<b>0,04</b>
	Groupe	4,9		4,8	
réseau de soins	Oui	4,8	0,09	4,5	0,39
	Non	3,4		3,7	
Activité par semaine	< 130	3,8	0,25	3,8	0,99
	≥ 130	5,1		4,2	

L'analyse de ces données permet de conclure :

1. qu'il existe une différence statistiquement significative entre le nombre de tests prescrits en groupe et en individuel, aussi bien en phase observationnelle, qu'interventionnelle,
2. qu'il n'a pas été mis en évidence de différence significative parmi les médecins appartenant à un réseau de soins en phase observationnelle ( $p = 0,09$ ), et cela peut-être par manque de puissance,
3. que les autres indicateurs (sexe, année de thèse, lieu d'exercice, secteur d'exercice et niveau d'activité) ne sont pas associés à l'activité de dépistage dans notre étude.

Nous avons poursuivi l'analyse des données concernant les médecins, en nous intéressant précisément aux médecins ayant augmenté leur taux de dépistage entre les deux phases de l'étude.

**Tableau 3 : Proportion de médecins ayant augmenté leur nombre de tests de dépistage entre les deux phases de l'étude, en fonction de leurs caractéristiques démographiques.**

		% avec augmentation de tests prescrits	p
Tous les médecins		46.6	
Sexe	Homme	42.9	0,6
	Femme	52.2	
Année de thèse	Avant 1980	27.8	0,09
	Après 1980	55.0	
Lieu d'exercice	95	33.3	0,17
	Paris	54.0	
Secteur d'exercice	I	44.9	0,72
	II	55.6	
Mode d'exercice	Individuel	44.4	0,7
	Groupe	48.4	
Appartenance à un réseau de soins	Oui	47.2	1
	Non	45.4	
Activité par semaine	< 130	48.7	0,78
	≥ 130	42.1	

46,6 % de l'ensemble des médecins ont augmenté leur nombre de tests de dépistage, entre la phase observationnelle et la phase interventionnelle.

L'augmentation du nombre de tests de dépistage entre les deux phases de l'étude, n'est associée à aucune caractéristique démographique particulière : sexe, âge, lieu d'exercice, secteur d'exercice, mode d'exercice, appartenance à un réseau de soins, activité par semaine. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant l'augmentation de l'activité de dépistage en phase interventionnelle chez les médecins thésés avant 1980, et cela peut-être par manque de puissance.

### **3.5.3 Analyse des données démographiques des patients.**

Nous allons maintenant étudier les données recueillies, concernant les patients en phase observationnelle et interventionnelle :

- 788 patients ont été inclus dans l'étude
- 45 patients (5,7 % de l'échantillon) ont été exclus en raison de données manquantes
- 743 est le nombre total de patients sur lequel nous allons appuyer nos résultats.

Concernant le critère « origine démographique », quelques précisions sont à donner. Nous avons défini les patients comme étant originaire d'Afrique Saharienne s'ils étaient nés: en Algérie, en Tunisie et au Maroc, au Burkina Faso, au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Soudan, au Tchad. Nous avons défini les patients comme étant originaire d'Afrique Sub-Saharienne s'ils étaient nés: au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Gambie, au Ghana, en Guinée, au Cap-Vert, au Libéria, au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Nigeria, au Sénégal, en Sierra Leone, au Togo, en Éthiopie, à Djibouti, en Somalie, au Kenya, en Ouganda, en Tanzanie, au Rwanda, au Burundi, aux Comores, en République centrafricaine, au Tchad, en République

Démocratique du Congo, au Cameroun, au Gabon, en Afrique du Sud, en Angola, au Comores, à Madagascar, en Malawi, au Mozambique, en Namibie, en Zambie, et au Zimbabwe. Nous avons défini les patients comme étant originaire d'Asie du Sud-est s'ils étaient nés : au Cambodge, en Indonésie, au Laos, en Malaisie, en Birmanie, au Philippines, à Singapour, en Thaïlande, au Vietnam. L'ensemble des autres pays d'Asie, notamment la Chine, la Corée du sud, le Bangladesh, le Pakistan, et le Sri Lanka, ont été inclus dans « Asie autre ». Les autres origines géographiques correspondent aux définitions classiques de ces zones géographiques. Nous allons d'abord décrire cette population dans son ensemble, puis dans chacune des phases de l'étude.

**Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des patients au cours des deux phases**

		n	%
Nombre de patients	Observationnelle	417	56,1
	Interventionnelle	326	43,9
Age (années)	0; 20]	50	6,7
	] 20; 30]	237	31,9
	] 30; 40]	223	30,0
	] 40; 50]	135	18,2
	] 50; 60]	69	9,3
	] 60; 70]	22	3,0
	plus de 70	7	0,9
Sexe	Hommes	374	50,3
	Femmes	369	49,7
1 <sup>er</sup> test	Oui	325	43,7
	Non	418	56,3
Origine géographique	Afrique saharienne	80	10,8
	Afrique sub-saharienne	103	13,9
	Amérique latine	5	0,7
	Asie autre	15	2,0
	Asie du Sud -Est	15	2,0
	Caraïbes	19	2,6
	Europe de l'Ouest	490	65,9
	Europe de l'Est	16	2,2

- 417 patients ont été inclus au cours de la phase observationnelle.
- 326 patients ont été inclus au cours de la phase interventionnelle
- 2/3 des patients inclus ont entre 20 et 40 ans.
- La moyenne d'âge est de 35,9, et l'écart type est de 12,4.
- La répartition femmes/hommes est quasiment identique.
- Moins de la moitié des patients n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH, avant cette campagne de dépistage.
- 2/3 des patients sont originaires d'Europe de l'Ouest.

**Tableau 5 : Caractéristiques démographiques des patients de la phase observationnelle**

		n	%
Age (années)	0; 20]	26	6,2
	] 20; 30]	127	30,5
	] 30; 40]	126	30,2
	] 40; 50]	81	19,4
	] 50; 60]	41	9,8
	] 60; 70]	11	2,6
	plus de 70	5	1,2
Sexe	Homme	206	49,4
	Femme	211	50,6
1 <sup>er</sup> test	Oui	189	45,3
	Non	228	54,7
Origine géographique	Afrique saharienne	49	11,8
	Afrique subsaharienne	61	14,6
	Amérique latine	1	0,2
	Asie autre	8	1,9
	Asie du Sud-Est	3	0,7
	Caraïbes	13	3,1
	Europe de l'Ouest	277	66,4
	Europe de l'Est	5	1,2

- 2/3 des patients inclus en phase observationnelle ont entre 20 et 40 ans.
- La moyenne d'âge est de 36,4, et l'écart type est de 12,5.
- La répartition femmes/hommes est quasiment identique.
- Moins de la moitié des patients inclus en phase observationnelle n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH.
- 2/3 des patients sont originaires d'Europe de l'Ouest

**Tableau 6 : Caractéristiques démographiques des patients de la phase interventionnelle**

		n	%
Age (années)	0; 20]	24	7,4
	] 20; 30]	110	33,7
	] 30; 40]	97	29,8
	] 40; 50]	54	16,6
	] 50; 60]	28	8,6
	] 60; 70]	11	3,4
	plus de 70	2	0,6
Sexe	Hommes	168	51,5
	Femmes	158	48,5
1 <sup>er</sup> test	Oui	136	41,7
	Non	190	58,3
Origine géographique	Afrique saharienne	31	9,5
	Afrique subsaharienne	42	12,9
	Amérique latine	4	1,2
	Asie autre	7	2,1
	Asie du Sud-Est	12	3,7
	Caraïbes	6	1,8
	Europe de l'Ouest	213	65,3
	Europe de l'Est	11	3,4

- 2/3 des patients inclus en phase interventionnelle ont entre 20 et 40 ans.
- La moyenne d'âge est de 35,1, et l'écart type est de 12,1.
- La répartition femmes/hommes est quasiment identique.
- Moins de la moitié des patients inclus en phase interventionnelle n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH.
- 2/3 des patients sont originaires d'Europe de l'Ouest.

Nous avons ensuite comparé les populations de patients entre les deux phases. L'objectif étant de rechercher des facteurs démographiques, sur lesquels notre campagne de dépistage avait pu influencer. Certaines catégories, ont dû être regroupées pour l'analyse des données, l'Amérique latine et les Caraïbes (par

rapprochement géographique) d'une part, l'Asie du Sud-Est, l'Asie autre et l'Europe de l'Est (plus faibles effectifs) d'autre part.

**Tableau 7 : Comparaison des patients entre la phase observationnelle et interventionnelle**

		Phase observationnelle (%)	Phase interventionnelle (%)	p
Age	Moyenne (années)	36,4	35,1	0,1
Sexe	Homme	49,4	51,5	0,6
	Femme	50,6	48,5	
1 <sup>er</sup> test	Oui	45,3	41,7	0,3
	Non	54,7	58,3	
Origine géographique	Afrique saharienne	11,8	9,5	<b>0,04</b>
	Afrique subsaharienne	14,6	12,9	
	Amérique latine + Caraïbes	3,3	3	
	Asie autre/Asie du Sud-Est/Europe de l'Est	3,8	9,2	
	Europe de l'Ouest	66,4	65,3	

L'analyse de ces données permet de conclure :

1. Qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'origine géographique des patients de phase observationnelle et de la phase interventionnelle. Les patients appartenant à l'origine : Asie autre, Asie du Sud-Est et Europe de l'Est semblent avoir été particulièrement sensibilisés au dépistage lors de la phase interventionnelle de l'étude, par rapport aux autres catégories. Toutefois, ces chiffres doivent être interprétés avec prudence car une telle différence peut être le reflet de la variation de patientèle du médecin et non le fait qu'une population ait été plus sensibilisée qu'une autre.
2. Que pour les autres indicateurs (âge, sexe et 1<sup>er</sup> test), il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux phases.

Lors de la 2<sup>ème</sup> phase de l'étude, les médecins généralistes devaient être particulièrement attentifs aux facteurs de risque d'infection du VIH, définis par le mini questionnaire :

1. Pensez-vous avoir été transfusé avant 1991 (par exemple à l'occasion d'une intervention chirurgicale, d'un accouchement difficile, ou d'une grave hémorragie) ?
2. Avez-vous déjà consommé des drogues par injection en utilisant du matériel dont vous ne pouvez pas exclure qu'il ait été partagé avec d'autres (même une seule fois)
3. Avez-vous déjà eu un doute sur le fait que le matériel jetable utilisé à l'occasion par exemple d'une séance d'acupuncture, de mésothérapie, de piercing, ou de tatouage ait pu servir antérieurement ?
4. Avez-vous reçu des soins médicaux dans une des régions suivantes : Afrique Subsaharienne, Caraïbes, Amérique Latine, Asie du Sud-Est, Europe de l'est ?
5. Avez-vous résidé dans une de ces régions ?
6. Avez-vous déjà été atteint d'une infection sexuellement transmissible ou en êtes-vous atteint actuellement (par exemple : syphilis, gonorrhée, herpès génital...) ?
7. Avez-vous eu des pratiques sexuelles non protégées par un préservatif avec un ou plusieurs partenaires réguliers ou occasionnels ?

Ainsi après avoir essayé d'identifier les patients appartenant à l'une de ces catégories à risque, ils devaient leur proposer un test de dépistage. Au cours de la phase interventionnelle nous avons donc deux catégories de patients : des patients avec et sans facteurs de risque.

Dans cette analyse et dans celles qui suivent, le facteur de risque de l'origine géographique est exclu.

**Tableau 8 : Nombre de patients avec et sans facteurs de risque identifiés au cours de la phase interventionnelle**

		Patients sans facteurs de risque n = 215	Patients avec facteurs de risque n = 111
Age	Moyenne en années (écart type)	34,7 (11,9)	35,9 (12,6)
Sexe	Homme	107	61
	Femme	108	50
1 <sup>er</sup> test	Oui	99	37
	Non	116	74
Origine géographique	Afrique saharienne	18	13
	Afrique subsaharienne	26	16
	Amérique latine + Caraïbes*	2	8
	Asie autre/Asie du Sud-Est/Europe de l'Est*	20	10
	Europe de l'Ouest	149	64

\* Patients sans facteurs de risque : Amérique latine n=1, Caraïbes n=1, Asie autre n=6, Asie du Sud-Est n=7 et Europe de l'Est n=7. Patient avec facteur de risque Amérique latine n=3, Caraïbes n=5, Asie autre n=1, Asie du Sud-Est n=5 et Europe de l'Est n=4

**Tableau 9 : Proportion de patients avec et sans facteurs de risque au cours de la phase interventionnelle**

		Patients sans facteurs de risque (%)	Patients avec facteurs de risque (%)
Sexe	Homme (n=168)	64	36
	Femme (n=158)	68	32
1 <sup>er</sup> test	Oui (n=136)	73	27
	Non (n=190)	61	39
Origine géographique	Afrique saharienne (n=31)	58	42
	Afrique subsaharienne (n=42)	62	38
	Amérique latine + Caraïbes (n=10)	20	80
	Asie autre/Asie du Sud-Est/Europe de l'Est (n=30)	67	33
	Europe de l'Ouest (n=213)	70	30

34 % des patients dépistés au cours de la phase interventionnelle sont des patients avec facteurs de risque (Tableau 8).

Le Tableau 9 nous permet de faire plusieurs remarques concernant les grandes disparités observées entre les différentes origines géographiques :

- 70 % des patients d'Europe de l'Ouest n'ont pas de facteurs de risque.
- 80 % des patients d'Amérique latine et des Caraïbes ont au moins un facteur de risque. Ce résultat doit être interprété avec mesure compte tenu du très faible nombre de patients (n=10) représentés par cette catégorie.

D'autres données sont intéressantes à commenter, comme par exemple le fait qu'il existe un nombre important de patients qui se sont déjà fait dépister alors qu'ils n'ont pas de facteurs de risque, comparé au nombre de patients n'ayant jamais fait de tests alors qu'ils ont un ou des facteurs de risque. L'intérêt d'une telle campagne était justement d'identifier les patients à risque afin qu'ils puissent bénéficier d'un test de dépistage.

**Tableau 10 : Comparaison des patients avec et sans facteurs de risque au cours de la phase interventionnelle**

		Patients sans facteurs de risque n=215 (%)	Patients avec facteurs de risque n=111 (%)	p
Age	Moyenne en années (écart-type)	34,7	35,9	0,5
Sexe	Homme	50,2	45	0,4
	Femme	49,8	55	
1 <sup>er</sup> test	Oui	46	33,3	<b>0,03</b>
	Non	54	66,7	
Origine géographique	Afrique saharienne	8,4	11,7	<b>0,02</b>
	Afrique subsaharienne	12,1	14,4	
	Amérique latine + Caraïbes	0,9	7,2	
	Asie autre/Asie du Sud-Est/Europe de l'Est	9,3	9	
	Europe de l'Ouest	69,3	57,7	

L'analyse des données du Tableau 10 permet de conclure :

- que la répartition de l'origine géographique est différente chez les patients sans ou avec facteurs de risque. Chez les patients avec facteurs de risque l'origine géographique Europe de l'Ouest semble moins représentée, et l'origine Caraïbes/Amérique du Sud plus représentée que chez les patients sans facteurs de risque
- qu'il existe un lien statistiquement démontré entre la présence ou non de facteurs de risque de l'étude et le fait qu'ils aient déjà eu recours ou non à un test de dépistage chez les patients dépistés au cours de la deuxième partie.
- que les autres indicateurs, sexe, et âge, ne sont pas liés à la présence de facteurs de risque.

Pour terminer l'analyse des résultats : nous nous sommes intéressés aux différents facteurs de risque retrouvés. 130 situations à risque ont été dénombrées chez 111 patients. 16 patients ont 2 facteurs de risque et 1 patient a 4 facteurs de risque.

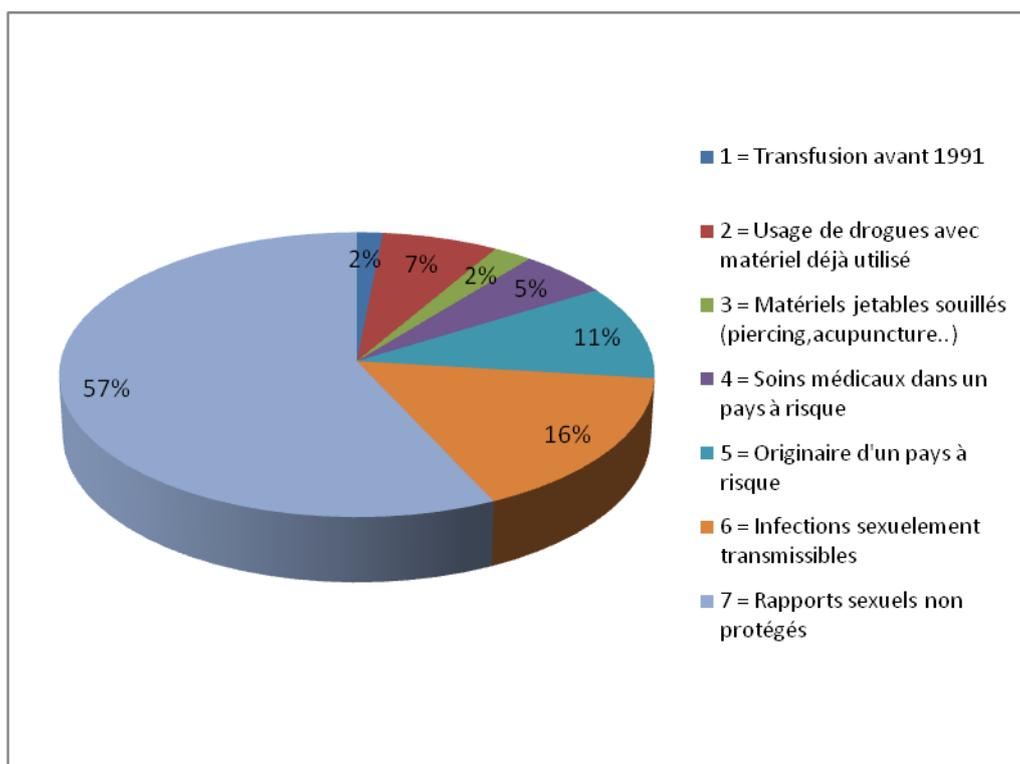
L'ensemble de ces données nous permet de conclure :

- que le facteur n°7 est le plus représenté, il correspond à plus de la moitié des facteurs de risque,
- qu'un deuxième facteur, le facteur n°6 est plus représenté que les autres, il correspond à 16 % des facteurs de risque.

**Tableau 11: Proportion des différents facteurs de risque**

Facteurs de risque	n	%
N°1 : Transfusion avant 1991	2	2
N°2 : Usage de drogues avec matériel déjà utilisé	9	7
N°3 : Matériel jetable souillé (piercing, acupuncture...)	3	2
N°4 : Soins médicaux dans un pays à risque	7	5
N°5 : Originaire d'un pays à risque	14	11
N°6 : Infections sexuellement transmissibles	21	16
N°7 : Rapports sexuels non protégés	74	57
Total	130	100

**Figure 12 : Répartition des différents facteurs de risque**



**Tableau 12: Association des différents facteurs de risque**

Facteurs de risque	n	%
Association n°4 et n°5	1	1
Association n°5 et n°7	5	5
Association n°6 et n°7	7	6
Association n°5 et n°4	2	2
Association n°4 et n°2	1	1
Association n°5, n°7, n°6, n°2	1	1
1 seul facteur de risque	94	85

Nous avons pu constater que deux associations de facteurs de risque semblent plus fréquentes que les autres :

- L'association des risques n°6 et n°7 représente 6 % des associations. Elle regroupe le fait d'avoir des conduites sexuelles à risque et d'avoir déjà été atteint d'infections sexuellement transmissibles. En effet ces deux risques sont liés, l'un étant la conséquence de l'autre.
- L'association des facteurs de risque n°5 et n°7 représente 5 % des associations. Elle regroupe le fait d'avoir des conduites sexuelles à risque et d'être originaire de pays à risque. Cette association peut être expliquée par la difficulté que pose l'usage du préservatif chez certains patients originaires de pays à risque.

Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de la très petite taille des échantillons pour chacune des associations de facteurs de risque. Néanmoins ces deux chiffres nous informent sur la façon dont le médecin généraliste doit sensibiliser ses patients. Son message de prévention doit s'adapter à cette connaissance : il devra essayer d'informer ses patients originaires de pays à risque sur l'utilisation des préservatifs, et il devra prendre soin de rechercher les infections sexuellement transmissibles chez ses patients ayant des conduites sexuelles à risque.

#### **3.5.4 Analyse des résultats des tests de dépistage**

Pour chaque test prescrit, le médecin reportait dans le registre le résultat du test. Cependant l'objet de cette étude n'était pas centré sur l'analyse statistique des résultats du test, mais sur l'analyse du nombre de tests prescrits entre les deux phases de l'étude, et sur l'influence de la visite du médecin visiteur de Santé Publique sur cette prescription.

Sur toute la durée de l'étude, nous avons recensé 27 tests positifs. Chaque médecin a été contacté afin de vérifier le résultat du test. Au terme de l'étude, il n'a été pas été possible de retrouver la trace de chaque test (non retour ou résultats égarés). De plus certains patients dépistés positivement pendant la campagne étaient déjà connus pour leur séropositivité. Enfin, certains résultats semblent avoir été faussés par une usurpation d'identité. Les résultats sont donc ininterprétables et ceci soulève les difficultés d'assurance qualité dans le cadre d'une campagne de dépistage.

## **4 Discussion**

### **4.1 Nos résultats peuvent-ils être comparés à d'autres données ?**

Afin de pouvoir situer notre étude dans la littérature, nous avons interrogé plusieurs bases de données. Les principales sont les suivantes : Pubmed, la Base de Données en Santé Publique (BDSP), la base de donnée de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), et la base de donnée de l'InVS. Notre recherche s'est axée sur deux éléments :

- rechercher si d'autres études avaient eu recours à un médecin visiteur de Santé Publique pour aller visiter les médecins généralistes, et quels en étaient les résultats ?
- rechercher des chiffres sur le nombre de tests de dépistage prescrits par les médecins généralistes d'Île-de-France, pour pouvoir ensuite les comparer à nos données.

Pour cela nous avons demandé l'aide aux bibliothécaires de la faculté de médecine Bichat-Claude Bernard, au centre de documentation de l'Union Nationale des Associations de Formation Médical et d'Evaluation Continues (UNAFORMEC), au centre de documentation du Centre régional d'information et de prévention du SIDA (CRIPS), et à l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France (URML)

De cette recherche, nous pouvons conclure :

- qu'aucune autre étude menée avec la même méthodologie que la nôtre n'a été retrouvée,
- qu'il existe très peu de chiffres ? sur le nombre de tests prescrits par les médecins généralistes.

Nous avons trouvé deux références, concernant le nombre de tests prescrits par les médecins généralistes : Le baromètre sante médecins généralistes 1998/1999 et le baromètre sante médecins/pharmaciens 2003 (37, 38). De ces deux rapports nous avons pu recueillir quelques données intéressantes :

Tout d'abord, la très grande majorité des médecins généralistes (98,6 %) considère que la prévention des comportements sexuels à risque fait partie de leurs fonctions (78,6 % « oui, tout à fait » et 20,0 % « oui, plutôt »). Ceux qui considèrent qu'elle fait tout à fait partie de leur rôle sont sensiblement plus nombreux parmi les médecins qui effectuent plus de 20 actes par jour (81,0 % versus 75,6 %,  $p < 0,01$ ), les médecins de secteur 2 (84,7 % versus 77,7 %,  $p < 0,05$ ) et les médecins de réseau (83,4 % versus 77,5 %,  $p < 0,01$ ) (38). Ces chiffres viennent conforter l'initiative de notre campagne de dépistage.

De plus en 2003, plus de neuf médecins sur dix (93,4 %) ont déclaré avoir prescrit au moins un test de dépistage du VIH dans le mois qui a précédé l'enquête (étude réalisé auprès de 1 960 médecins généralistes en France), alors qu'ils n'étaient que 85,9 % en 1998 (étude réalisé auprès de 2 071 médecins généralistes en France) (38). Le nombre moyen de sérologies VIH prescrites au cours du dernier mois a légèrement augmenté : il était de 4,5 tests en 1998 versus 6,1 [5,7–6,5] en 2003. Il est intéressant de noter que les médecins ayant effectué eux même un test de dépistage du VIH sont plus nombreux à avoir prescrit au moins une sérologie au cours du dernier mois (37). Nous avons là un nouvel indicateur qu'il sera pertinent de reprendre dans une nouvelle étude.

D'autres facteurs sont associés à une prescription de sérologie VIH, dont le plus significatif est le fait d'avoir une importante patientèle bénéficiant de la couverture médical universelle (CMU). En effet, il existe une relation quasi linéaire entre l'activité

de dépistage et la proportion de patients du médecin bénéficiaires de la CMU. Les médecins qui ont une patientèle constituée de plus de 25 % de bénéficiaires de la CMU ont une probabilité 3,2 fois plus importante IC à 95 % [1,0–10,7] de prescrire une sérologie VIH que ceux qui ont une patientèle CMU inférieure à 5 % (38). De même, la propension des médecins généralistes à prescrire une sérologie VIH augmente avec le nombre d'actes réalisés par jour : les médecins déclarant plus de 20 actes par jour ont une probabilité environ 3,5 fois plus importante IC à 95 % [2,3–5,2] de prescrire un test de dépistage VIH que leurs confrères réalisant 20 actes au plus (38). Enfin les médecins localisés dans les régions ayant les données épidémiologiques de l'infection du VIH les plus hautes que sont l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur annoncent les plus fort taux de prescription de tests de dépistage (37).

Certaines données exposées ici viennent rejoindre nos résultats, surtout en ce qui concerne le lien entre le nombre de tests prescrits et l'appartenance à un réseau de soin. Par contre la puissance de notre étude (58 médecins inclus) n'a pas permis de mettre en évidence un lien entre le nombre de tests prescrits et l'activité du médecin. Par ailleurs le nombre de tests prescrits n'a pas pu être comparé car l'unité n'est pas la même. En effet, par souci de comparabilité entre les médecins, nous avons rapporté le nombre de tests prescrits à l'activité des médecins, ce qui n'est pas le cas dans l'étude citée ici.

Par ailleurs en 2003, un médecin généraliste sur dix (10,6 %) a eu à annoncer au moins un résultat positif. Cette proportion est stable par rapport à 1998 (11,1 %). Les médecins les plus concernés sont ceux qui appartiennent à un réseau VIH, VHC ou toxicomanie (OR : 2,7, IC à 95 % [1,8-4,0]), ceux qui ont une importante patientèle

bénéficiant de la CMU (OR : 2,5, IC à 95 %: [1,5-4,3]), ainsi que ceux qui exercent en Île-de-France et région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Nous allons maintenant lister et expliciter quelles ont été les difficultés rencontrées lors de notre étude, et ainsi étudier la faisabilité d'un tel projet.

## **4.2 Problèmes rencontrés concernant la faisabilité de l'étude**

Faire une étude en Médecine Générale comporte plusieurs difficultés, dont notamment le manque de temps des médecins. Ce facteur a été un frein majeur au bon déroulement de notre étude. Nous allons successivement discuter de l'ensemble de ces difficultés qui sont venus heurter l'avancement notre étude.

### **4.2.1 Les difficultés à initier l'étude**

Les discussions sur ce sujet d'étude ont débuté fin juillet 2006, et il a fallu près d'un an et demi de réflexion pour que les premiers courriers soient envoyés aux médecins début février 2008.

La rédaction du mini questionnaire comportant les facteurs de risque a fait prendre du retard à l'étude, puisqu'elle a nécessité de nombreuses discussions, notamment avec le collectif « droit et prostitution ». En effet celui-ci n'était pas d'accord avec l'un des facteurs de risque retenu par le comité de pilotage : celui de fréquenter ou d'avoir fréquenté des prostitué(e)s. Ce facteur était pour eux le reflet d'une stigmatisation du milieu de la prostitution. Une lettre n'ayant pas suffi à calmer les inquiétudes de cette association, nous leur avons proposé de venir assister à une réunion du comité de pilotage afin de pouvoir discuter ensemble. Ce qu'ils ont fait, en assistant à la réunion du 27 mars 2008. Au terme de cette discussion, l'association n'a pas modifié sa position, le groupe de pilotage a donc décidé de retirer la

question, pour ne retenir sur le document que des questions consensuelles entre les différents acteurs impliqués.

#### **4.2.2 Les difficultés à inclure des médecins**

L'inclusion des médecins dans l'étude a été une des étapes les plus difficiles, avec un faible taux de réponse positive : 5,51 % en regard des taux observés usuellement dans ce type d'étude : 8 à 10 %, selon les sociétés spécialisées dans les enquêtes en médecine générale. Plusieurs arguments ont été mis en avant par les médecins :

1. le manque de temps à consacrer à une telle campagne compte tenu de leur travail de consultation,
2. la non rémunération de notre étude, par rapport à d'autres études (de financement privé ou public) qui peuvent proposer un dédommagement aux médecins,
3. une patientèle non concernée par une telle campagne,
4. un manque d'intérêt pour le sujet de la campagne dans la mesure où ils ne suivent pas de patients infectés par le VIH,
5. un manque de motivation pour toute étude de recherche.

Afin d'augmenter ce taux de réponse, il a été décidé que le médecin visiteur de Santé Publique se rendrait sans rendez-vous chez certains médecins du territoire de la COREVIH Île-de-France Nord, ce qui a permis d'inclure 48 médecins supplémentaires, et de doubler le taux de réponse initiale.

Néanmoins, cette démarche du médecin visiteur de Santé Publique s'est révélée laborieuse et coûteuse en temps et ceci liée à :

- la non disponibilité des médecins à un entretien sans rendez-vous,
- l'absence des médecins lors du passage du médecin visiteur de Santé Publique,

- un refus des médecins de recevoir le médecin visiteur de Santé Publique assimilé à un visiteur médical.

Le médecin visiteur de Santé Publique devait ensuite retourner visiter les médecins à deux reprises, mais obtenir un rendez-vous avec chacun d'entre eux n'a pas été facile, alors qu'on avait supposé qu'une fois inclus les médecins se rendraient plus disponibles. Plusieurs raisons à cela :

- la plupart des médecins n'ont pas de secrétariat téléphonique, et ne répondent pas pendant leurs rendez-vous,
- certains ont un secrétariat téléphonique mais ne rappellent pas suite aux messages laissés auprès de leur secrétaire,
- d'autres n'ont qu'une messagerie d'accueil sur laquelle il n'est pas possible de laisser de message.

Afin de pouvoir obtenir l'ensemble de ces rendez-vous, le médecin visiteur de Santé Publique a dû se faire aider par une partie du bureau de recherche clinique du service des maladies infectieuses. Pour les quelques médecins injoignables, le médecin visiteur de Santé Publique s'y est rendu sans rendez-vous. Pour l'ensemble de ces raisons, on peut conclure que cette méthodologie de recherche ne serait pas à retenir pour une prochaine étude en médecine générale.

### **4.2.3 Les abandons**

Nous avons constaté un tiers d'abandon au cours de l'étude (30 médecins), la majorité entre la phase observationnelle et interventionnelle. Les raisons avancées par les médecins rejoignent les raisons liées aux difficultés d'inclusion. Certains ont évoqué le fait d'avoir été mal informés sur le déroulement de l'étude et ne souhaitaient pas poursuivre trois mois supplémentaires.

Nous avons émis l'hypothèse, que la présence des vacances d'été entre les deux phases de l'étude n'avait pas joué en notre faveur.

#### **4.2.4 Les biais**

Plusieurs biais sont apparus dans cette étude, nous allons nous efforcer de tous les détailler.

##### *a) Biais de sélection des médecins et des patients*

Alors que ce biais avait initialement été anticipé en envoyant un courrier à l'ensemble des médecins du territoire de la COREVIH Île-de-France Nord (médecins relevés sur les pages jaunes), pour la poursuite de l'étude et au vu du faible taux de réponses positives des médecins, nous avons dû faire appel au Réseau de Santé Paris-Nord. Ces médecins, de par leur adhésion à ce réseau sont susceptibles d'être plus informés et plus sensibilisés au dépistage du VIH.

Nous devons revenir sur le médecin n°25, initialement retenu pour aider à l'inclusion, puis retiré secondairement. Ce médecin est le coordonnateur du département de Maladies Infectieuses du Réseau de Santé Paris Nord, et il fait partie du comité de pilotage de l'étude. De plus, un biais de classement des patients (à risque ou non) lié à sa bonne connaissance en matière de facteurs de risque de dépistage du VIH, pouvait influencer le remplissage du registre. Si nous avions gardé le médecin n°25, le nombre de patients qu'il aurait inclus à lui seul aurait représenté 15 % des patients inclus dans l'étude. Nous avons donc décidé, avec son accord de l'exclure de l'étude.

Quant aux patients inclus dans l'étude, ils sont tous dépendants de la patientèle de chaque médecin, et cela génère un biais de sélection indéniable, même si ce biais fait partie d'une des données de l'étude qui était d'étudier le dépistage dans un territoire en particulier et donc dans une population donnée.

### b) Biais d'attrition

Un autre biais : le biais d'attrition est apparu à la faveur du retrait de certains patients de l'analyse. Il est dû à l'apparition de différences entre les groupes initiaux et les groupes finaux. En effet l'analyse de notre étude n'a pas été réalisée « en intention de dépister » et 45 patients pour lesquels nous n'avions pas pu recueillir l'ensemble des données ont été exclus de l'étude.

### c) Biais de classement des patients

Un biais lié aux médecins et à leur subjectivité en matière de connaissances concernant la prévention et le dépistage du VIH, a pu influencer sur l'inclusion des patients, et sur la manière dont ils ont pu percevoir qu'un patient était un sujet à risque ou non.

### d) Biais concernant le recueil du nombre de tests réalisés avant l'entrée dans l'étude

Il était prévu de comparer le nombre de tests prescrits en phase observationnelle, au nombre de tests prescrits avant l'entrée dans l'étude. Cependant il a été considéré que le recueil de cette donnée comportait un biais important, dépendant de la mémorisation de chaque médecin de leur pratique. Cette donnée a donc été écartée de l'analyse.

### e) Biais concernant le nombre de tests objectivés en phase observationnelle

On peut supposer que le simple fait de participer à une telle étude a pu contribuer à sensibiliser les médecins, qui en phase observationnelle ont probablement prescrit plus de tests de dépistage qu'à leur habitude. On peut alors se poser la question de ce que représente réellement la différence observée entre le nombre de tests prescrits en phase observationnelle et en phase interventionnelle, et si le résultat de non significativité n'est pas biaisé par cela. Idéalement la phase observationnelle

aurait dû être une phase où les médecins auraient été observés sur leur façon de prescrire par un recueil d'informations indirectes par la Caisse Primaire Assurance Maladie. Ainsi la phase observationnelle aurait été plus neutre.

#### **4.2.5 Les violations de protocole**

Certaines violations de protocole ont pu être notées au cours du passage du médecin visiteur de Santé Publique, surtout lors de la deuxième phase de l'étude. En effet certains médecins ont refusé la présence de notre affiche en salle d'attente pour différentes raisons :

- ils ne souhaitent rien afficher dans leur salle d'attente pour des raisons esthétiques,
- ils n'avaient plus de place pour exposer notre affiche,
- ils souhaitent que leur salle d'attente puisse rester un lieu neutre, et non qu'elle soit l'antichambre d'une information médicale qui pourrait être mal interprétée par leurs patients. Ainsi ils préféreraient que le lieu d'information médicale reste le bureau du médecin.

Pour ces médecins nous avons dû accepter que l'affiche ne soit pas exposée. Néanmoins, certains ont accepté de mettre les mini questionnaires dans leur salle d'attente, alors que d'autres ont préféré les mettre sur leur bureau, afin d'inciter les patients à la discussion.

Au moment du dernier passage du médecin visiteur de Santé Publique, celui-ci a pu noter que pour certains médecins, il n'y avait plus de cartons dans la salle d'attente ou sur leur bureau, ou que l'affiche avait été retirée. Nous avons relevé pour 65 % des médecins, au moins une violation du protocole. Ceci nous interroge sur la qualité de l'information qu'ont pu recevoir les patients au cours de la phase interventionnelle.

#### **4.2.6 Les limites de l'étude**

Les études d'évaluation avant-après sont des études quasi-expérimentales (les patients ne sont pas tirés au sort) dont l'interprétation est délicate car il est difficile d'isoler l'effet propre de l'intervention de l'évolution liée à d'autres facteurs. Et ce d'autant plus que le délai entre les phases avant et après est long. En effet, des facteurs de confusion sont susceptibles d'avoir une influence sur la variation des indicateurs entre les phases observationnelles et interventionnelles et par conséquent l'existence potentielle de ce facteur de confusion ne permet pas d'estimer avec certitude si les résultats obtenus peuvent être imputés à l'intervention. Ces facteurs peuvent être la conséquence de changements dans l'organisation du système de santé au niveau national ou local. En outre, les variations observées peuvent n'être liées qu'à une tendance préexistante à la période d'intervention.

#### **4.2.7 Conclusion**

Une telle étude a demandé un investissement de taille en termes d'implications tant budgétaire qu'humain. Quand on fait le bilan sur l'ensemble des efforts fournis pour mener à bien une telle campagne, sur l'ensemble des difficultés rencontrées que ce soit au moment de l'initiation du projet, ou tout au long d'étude, et sur l'ensemble des biais et violations de protocole rencontrés, nous devons conclure que ce type d'intervention, construit autour d'une information en salle d'attente et d'un visiteur de Santé Publique, est inadapté aux conditions de l'exercice en Médecine Générale.

Alors que notre étude s'est terminée en décembre 2009, la HAS a publié en octobre 2009 de nouvelles recommandations en matière de dépistage, visant à élargir le dépistage du VIH. Nous allons les présenter dans le chapitre suivant.

#### **4.2.8 Vers un nouveau projet d'étude**

Après avoir mené aux cotés du comité de pilotage cette campagne de dépistage du VIH, j'ai cherché de nouvelles pistes pour l'élaboration d'un futur protocole d'étude. Les dernières recommandations de la HAS de 2009, et les recommandations du comité d'experts de juillet 2010, sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, dirigé par le Pr Yeni, doivent nous amener à songer à campagne de plus grande échelle. L'idée serait de créer un portail internet accessible par les médecins pour y saisir les données, par les biologistes pour y saisir les résultats de l'étude, et par le comité de pilotage pour suivre les résultats en ligne. Ainsi les données sont centralisées, et l'étude gagne en efficacité et en fiabilité. De plus la communication avec les médecins est simplifiée et se fait par le biais de ce portail en cas de questions ou de problèmes. Une des difficultés majeures de l'étude a été la récupération des résultats du test, un futur protocole devra donc miser sur une meilleure collaboration avec les laboratoires d'analyses médicales. Pour cela, un travail en amont de la campagne est nécessaire afin d'organiser le réseau avec les laboratoires. Ainsi les médecins généralistes fourniront une liste de laboratoires partenaires où leurs patients pourront faire le test. A l'aide d'un numéro d'anonymat, le résultat du test pourra être rentré sur le portail par le biologiste. Quant à l'inclusion des médecins généralistes, on peut espérer que ces nouvelles recommandations d'élargissement du dépistage suffiront à les encourager à participer à une telle campagne.

# **5 Vers de nouvelles pratiques en matière de dépistage**

## **5.1 Les recommandations de la HAS d'octobre 2009**

Devant la persistance d'un retard au dépistage, et devant la progression de l'épidémie d'infection à VIH, la HAS a développé une stratégie visant à une meilleure connaissance du statut sérologique de la population générale. Cette stratégie de dépistage se décline en deux axes (1) :

- la proposition du test de dépistage à la population générale hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH. Cette nouvelle stratégie fera l'objet d'une évaluation à 5 ans afin d'évaluer quantitativement l'élargissement du dépistage et ses conséquences sur la diminution du retard au dépistage.
- le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé et régulier pour les populations à risque.

### **5.1.1 Elargissement du dépistage à la population générale**

L'objectif principal d'une telle approche est d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard à la prise en charge. La population cible correspond à la population générale de 15 à 70 ans. Ces nouvelles recommandations nécessitent le soutien et la mobilisation de tous les acteurs du dépistage sur une période de temps déterminée :

- des médecins généralistes qui doivent être les principaux relais,
- des gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens,
- des services de médecine universitaire,

- des centres de planification et d'éducation familiale,
- des centres de protection maternelle et infantile,
- Des dispositifs d'accès aux soins primaires (permanences d'accès aux soins de santé, consultations de médecine générale en dispensaires publics pour les personnes en situation de précarité, dispositifs en direction des migrants)
- Et des services d'urgences hospitalières.

Par ailleurs, un test de dépistage pourrait également être proposé plus largement à la population générale lors d'un recours aux soins hospitaliers, comme dans le cadre d'une prise en charge préopératoire. Une période de cinq ans devrait permettre de mesurer les résultats et l'impact de cette stratégie. Un système d'évaluation du dispositif et des résultats en termes de réduction des diagnostics tardifs, d'effets sur les pratiques à risque et d'amélioration de la morbi-mortalité, devra donc être mis en place. D'autre part, les conséquences d'une telle stratégie doivent être anticipées, afin que l'accès aux soins hospitaliers soit garanti aux personnes nouvellement diagnostiquées.

### **5.1.2 Poursuite et renforcement du dépistage ciblé**

Parallèlement à cette proposition de dépistage en population générale, un dépistage ciblé doit être proposé régulièrement en fonction des populations et des circonstances.

#### *a) Populations ciblées*

Un test de dépistage doit être proposé régulièrement à certaines populations qui sont :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes,

- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois,
- les populations des départements français d'Amérique,
- les usagers de drogues injectables,
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique Subsaharienne et des Caraïbes,
- les personnes en situation de prostitution,
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectées par le VIH.

Le rythme d'un dépistage annuel a été proposé : pour les HSH multipartenaires, pour les UDI, pour les personnes multipartenaires originaires d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes. Aucune recommandation plus précise sur les rythmes de dépistage n'a pu être formulée en dehors de ces trois cas.

Des structures et dispositifs complémentaires des acteurs cités dans le cadre de la mise en œuvre de la proposition de dépistage en population générale, constituent les relais de cette stratégie :

- Les CDAG et les CIDDIST
- Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

#### *b) Circonstances ciblées*

Un test de dépistage de l'infection par le VIH doit être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières :

- suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C,
- suspicion ou diagnostic de tuberculose,
- projet de grossesse,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- première prescription d'une contraception,

- viol,
- incarcération.

#### c) Cas particulier de la grossesse

Dans le cadre de la grossesse, il est indiqué de proposer un test de dépistage :

- au moment de la première consultation prénatale à toute femme enceinte, dans le cadre du bilan biologique réalisé de façon systématique,
- au cours du troisième trimestre de grossesse aux femmes séronégatives exposées à un risque (UDI, travailleuses du sexe, partenaires sexuels infectés par le VIH, nouveau ou plus d'un partenaire sexuel au cours de la grossesse),
- aux conjoints et futurs pères avant la naissance au cours de la quatrième consultation prénatale.

#### d) Développement des CDAG et des CIDDIST

Compte tenu des nouvelles recommandations, les missions des CDAG et des CIDDIST doivent être renforcées, et faire l'objet de développements complémentaires, notamment en matière de suivi et de prise en charge de l'infection par le VIH :

- par la prescription d'un traitement post-exposition,
- par la réalisation du bilan initial en cas de diagnostic d'une infection par le VIH.

Ceci implique bien évidemment un développement des moyens financiers des CDAG et des CIDDIST. Par ailleurs, si l'anonymat est un principe de fonctionnement des CDAG recherché par certains usagers, il peut constituer un obstacle à la continuité des soins. Il paraît dès lors opportun de pouvoir proposer une levée de l'anonymat, avec l'accord exprès du patient, notamment en cas de diagnostic positif.

Cette nouvelle recommandation incite donc le médecin généraliste à élargir sa prescription de tests de dépistage du VIH à une population de patients différents de celle habituelle. Il se voit encouragé dans sa démarche, et la proposition d'un test pourra être facilitée, voire banalisée.

## **5.2 Le rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, juillet 2010**

A la demande de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, un rapport d'experts sous la direction du Pr Yeni vient de paraître lors de la conférence internationale du SIDA de Juillet 2010 à Vienne.

Concernant les nouvelles mesures de dépistage proposé par la HAS en octobre 2009, le groupe d'experts considère que ces nouvelles recommandations doivent être adoptées sans aucune restriction. Le groupe d'experts vient préciser les modalités de l'évaluation de cette nouvelle stratégie de dépistage. L'objectif de réduire le retard au diagnostic et d'améliorer la précocité de la prise en charge, doit se traduire par une augmentation du nombre de CD4 constatée au moment du dépistage du VIH et à l'initiation de la prise en charge médicale. L'objectif de réduire le nombre de personnes infectées non diagnostiquées doit se traduire par un ratio : [nombre de découvertes de séropositivités/nombre de nouvelles contaminations] significativement et durablement supérieur à 1. Tendre vers ces deux objectifs permettra de réduire le nombre de cas de SIDA et le nombre de décès.

Les experts soulignent l'importance du soutien et de la participation des médecins généralistes pour mettre en œuvre une telle campagne de dépistage. Il était envisagé dans les recommandations de la HAS d'octobre 2009 de proposer un test

de dépistage au cours d'une consultation aux urgences. Les données préliminaires de l'étude ANRS URDEP, programme de dépistage dans 6 services d'urgences parisiennes, concernant la découverte de séropositivité, estime cette prévalence entre 4 et 6 ‰ avec IC à 95 %, ce qui montre la pertinence de cette démarche pour diagnostiquer plus précocement l'infection à VIH.

La diversification de l'offre du dépistage doit aussi prendre en compte les associations. Leurs programmes viennent compléter l'offre des CDAG, soit en orientant vers elle les personnes intéressées par le dépistage, soit en leur offrant un lieu de dépistage « hors les murs ». Deux projets expérimentaux sont implantés dans le milieu communautaire HSH : dépistage médicalisé pour le CHECK POINT du Kiosque, et non médicalisé pour AIDES. On peut en attendre des taux de découvertes de séropositivité en rapport avec la prévalence des populations visées, les premiers résultats sont respectivement de 15 ‰ pour le Kiosque et de 29 ‰ pour AIDES. Dans ce contexte, le test de diagnostic rapide prend toute sa place, comme le recommande d'ailleurs la HAS dans son premier volet de recommandation en 2008. Elle le définit comme un outil intéressant complémentaire au modèle classique de dépistage, et en définit le cadre de l'utilisation en particulier pour des acteurs autres que des professionnels de santé. Le test de diagnostic rapide est aussi un moyen de favoriser l'accès au dépistage pour des populations éloignées des dispositifs classiques ou nécessitant un recours régulier au dépistage.

Le dépistage est par ailleurs un outil en matière de prévention. On estime que 70 % des contaminations sexuelles par le VIH sont provoquées par des personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique, et que la probabilité de modifier son comportement est 2 à 3 fois plus importante lorsqu'on se sait contaminé que si on l'ignore. Le test de diagnostic rapide est alors souvent avancé comme une solution

pour mieux dépister, du moins pour le faire plus souvent pour ceux n'ayant pas accès aux structures de soins ni aux dispositifs de prévention.

Le groupe d'experts s'est aussi intéressé à établir un nouveau plan en matière de prévention. C'est maintenant la prévention combinée en population associant des méthodes de prévention comportementale, un élargissement des indications traditionnelles du dépistage, et un traitement antirétroviral dans un but de réduction de la transmission du VIH qui est recommandé.

## **6 Conclusion**

Cette étude clinique est originale en matière de recherche clinique sur le dépistage du VIH en médecine générale. Sa singularité tient au fait qu'un médecin visiteur de Santé Publique était détaché pour se rendre auprès des médecins généralistes afin de les sensibiliser aux facteurs de risque du VIH, ainsi qu'à l'élargissement des connaissances en matière de données épidémiologiques sur le dépistage du VIH en médecine générale, sujet encore trop peu documenté.

Le comité de pilotage s'est attaché à répondre à la question de faisabilité et d'efficacité d'un tel protocole de recherche. Après analyse, la méthode ne nous paraît pas adaptée aux pratiques de médecine générale. Les médecins généralistes ont très peu de temps à consacrer à la recherche, un protocole plus proche de cette contrainte permettrait sûrement une meilleure inclusion et une meilleure alliance entre équipe de recherche et médecins cliniciens. Cette information n'en reste pas moins importante scientifiquement, puisque qu'elle nous apporte une réponse sur la façon dont il faudrait procéder pour améliorer la recherche en médecine générale.

La campagne n'a pas permis d'augmenter le taux de dépistage, néanmoins notre étude a rempli ses objectifs, concernant l'approfondissement des connaissances en matière de dépistage du VIH. Seul l'indicateur du travail en groupe des médecins, est associé à une meilleure activité de dépistage. Cette donnée est essentielle pour mieux cibler ce que pourrait être une prochaine campagne.

D'un point de vue personnel, participer à un travail de recherche, faire partie d'un comité de pilotage, avec ses questionnements, ses avancées, m'auront permis d'élargir mon champ de vision de la médecine qui jusque là, n'avait pas croisé le chemin de la recherche. Je ne suis pas certaine de poursuivre dans ce sens, mais ce travail m'a donné envie de m'intéresser à la recherche. D'autre part, les échanges au

sein du comité de pilotage, toujours soutenant et prévenant à mon égard, ont été déterminants dans l'aboutissement de ce travail de thèse.

Bien plus qu'une conclusion de thèse, cette conclusion vient mettre un terme à dix ans de vie d'étudiante en médecine. Après toutes ces années de tourments, de doute, de travail sans jamais en percevoir la fin, ni même savoir où j'allais, je sais maintenant que ma vie de médecin aura un sens.

# **7 Méthodologie de recherche documentaire**

## **7.1 Base de données documentaires**

### **7.1.1 Base de données en Santé Publique**

[www.bdsp.ehesp.fr](http://www.bdsp.ehesp.fr)

Date de consultation le 27/03/2010

Plusieurs recherches ont été faites :

- la première en utilisant les mots : VIH et médecine générale, on obtient 75 réponses, 7 documents ont été sélectionnés,
- la deuxième en utilisant les mots : VIH, dépistage et médecin généraliste, on obtient 36 réponses, 7 documents ont été sélectionnés,
- la troisième en utilisant les mots : VIH, dépistage, médecine générale, aucune référence sélectionnée (réponses communes au deux recherches précédentes),
- la quatrième en utilisant : VIH et médecin généraliste : aucune référence sélectionnée (réponses communes au trois recherches précédentes).

Pour l'ensemble des recherches deux filtres ont été utilisés :

- aucune limite de date de publication,
- langue française.

### **7.1.2 Pubmed**

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)

Le sujet de ma thèse étant très vaste, ma recherche personnelle Pubmed n'a pas été contributive, dans le sens où la recherche avec les mots clés : VIH, dépistage, et

médecine générale et l'utilisation des filtres (date de publication, langue française et anglaise), donnait lieu à un trop grand nombre de réponses.

Par contre, une recherche Pubmed a été faite par la bibliothèque de la Faculté de médecine Bichat-Claude Bernard concernant la recherche d'études cliniques ayant fait appel à un médecin visiteur de Santé Publique pour aller visiter des médecins généralistes. Cette recherche n'a pas été contributive.

### **7.1.3 Base de données de l'UNAFORMEC**

[www.unaformec.org](http://www.unaformec.org)

Le centre documentaire de l'UNAFORMEC a été interrogé sur la méthodologie de notre étude, avec la recherche d'autres études cliniques ayant fait appel à un médecin visiteur de Santé Publique. Cette recherche n'a pas été contributive.

Nous les avons aussi interrogés, sur la recherche documentaire de données épidémiologiques sur le dépistage du VIH en médecine générale. Deux documents nous ont été fournis :

- Le baromètre sante médecins généralistes 1998/1999 publié en 2000 par le CFES,
- Le baromètre sante médecins / pharmaciens 2003 publié en 2005 par l'Inpes.

### **7.1.4 Le CRIPS**

[www.lecrips-idf.net](http://www.lecrips-idf.net)

Le centre de documentation du CRIPS a été interrogé sur ces deux mêmes questions. Aucun nouveau document n'a pu être trouvé.

### 7.1.5 L'URML

[www.urml-idf.org](http://www.urml-idf.org)

Il n'existe aucune étude en cours, ou passée, permettant de quantifier le nombre de tests de dépistage effectués par les médecins généralistes en ville.

## 7.2 Références bibliographiques d'articles

Plusieurs bibliographies d'articles ont été utilisées afin de documenter ma thèse :

- le consensus formalisé sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville, publiée en 2009 par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et par la Société Française de Lutte contre le SIDA,
- le dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage, publiée par la HAS en octobre 2009.

## 7.3 Sites internet

Plusieurs documents ont été trouvés à l'aide de sites internet sur le VIH :

- <http://www.cns.sante.fr>
- <http://has-sante.fr>
- <http://www.splf.org>
- <http://www.bmlweb.org>
- <http://www.invs.sante.fr>
- <http://www.inpes.sante.fr>
- <http://www.anrs.fr>
- <http://www.unaids.org>
- <http://www.counselingvih.org>

# Annexe

Annexe 1 : Registre de recensement de l'activité de dépistage et des caractéristiques démographiques des patients

						<i>A ne remplir que pendant la phase d'intervention</i>				
	Initiales Patients	Date	Age	Sexe	Origine Géographique	1 <sup>er</sup> Test Oui/Non	Risque identifié Oui/Non	Si Oui, selon questionnaire	Résultat du test	
1										1
2										2
3										3
4										4
5										5
6										6
7										7
8										8
9										9
10										10

N° Registre :

page :

# Bibliographie

1. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France: stratégies et dispositif de dépistage. 2009.
2. YENI, P., *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2010*. 2010: La Documentation Française. ISBN 978-2-11-008271-8
3. Conseil National du SIDA. Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. 2006.
4. InVS, *Surveillance du VIH / sida en France. Rapport 3*. 2006, Saint-Maurice: InVS. ISBN 2-11-096365-4
5. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie du Sida*. 2009, Genève: ONUSIDA. ISBN 978-92-9173-833-5
6. InVS. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance 1996-2005. 2007.
7. PAITA, M., WEILL, A., CNAMTS. Les personnes en affection longue durée au 31 décembre 2008. *Point de repère*, 2009. n°29. ISSN 1777-7674
8. InVS. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH/sida au 1er Décembre 2009. 2009.
9. InVS, Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida 2008. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2009. N°2.
10. FARDET, L., MARY-KRAUSE, M., HEARD, I., et al., Influence of gender and HIV transmission group on initial highly active antiretroviral therapy prescription and treatment response. *HIV Med*, 2006. 7(8): p. 520-9.
11. InVS, ANRS. Enquête Prevagay. 2010.
12. DE COCK, K.M., JOHNSON, A.M., From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *Bmj*, 1998. 316(7127): p. 290-3. ISSN 0959-8138

13. BECKWITH, C.G., FLANIGAN, T.P., DEL RIO, C., et al., It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing. *Clin Infect Dis*, 2005. 40(7): p. 1037-40. ISSN 1350-9349
14. ONUSIDA, *Conseil et test volontaire: une voie d'accès à la prévention et aux soins*. Collection Meilleurs pratiques de l'ONUSIDA. 2003, Genève. ISBN 92-9173-180-3
15. TOURETTE-TURGIS, C., *Le counseling*. 1996, Paris: Presses Universitaires de France. 127 p. Collection: Que sais-je? ISBN 2-130477-50-X
16. InVS. Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida 2008. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, 2009. N°2.
17. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française - Société Française de Lutte contre le SIDA. Consensus formalisé: prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. 2009.
18. GRUAZ, D., FONTAINE, D., GUYE, O., Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. *ORS Rhône-Alpes*, 2003.
19. Circulaire N°DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005. *Journal Officiel*, 2005.
20. Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *Journal Officiel*, 2005.
21. YENI, P., *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2006*. 2006, Paris: Flammarion Médecine Sciences. ISBN 2-257-11198-2
22. LANOY, E. *Prise en charge tardive des sujets séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine*. Thèse de doctorat en santé publique. Paris: Université Pierre et Marie Curie, 2007. 123 f
23. DELPIERRE, C., CUZIN, L., LAUWERS-CANCES, V., et al., High-Risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. *AIDS Patient Care STDS*, 2006. 20(12): p. 838-47. ISSN 1087-2914
24. DELPIERRE, C., DRAY-SPIRA, R., CUZIN, L., et al., Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *Int J STD AIDS*, 2007. 18(5): p. 312-7. ISSN 0956-4624

25. LANOY, E., MARY-KRAUSE, M., TATTEVIN, P., et al., Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther*, 2007. 12(1): p. 89-96. ISSN 1359-6535
26. InVS. L'infection à VIH/SIDA en France et en Europe. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2007. 46-47: p. 385-400.
27. MARKS, G., CREPAZ, N., SENTERFITT, J.W., et al., Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2005. 39(4): p. 446-53. ISSN 1525-4135
28. MARKS, G., CREPAZ, N., JANSSEN, R.S., Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *Aids*, 2006. 20(10): p. 1447-50. ISSN 0269-9370
29. BOUHNİK, A.D., PREAU, M., SCHILTZ, M.A., et al., Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2006. 42(5): p. 597-603. ISSN 1525-4135
30. InVS, ANRS. Enquete Presse Gay 2004. 2007.
31. InVS. Infections sexuellement transmissibles et VIH: les comportements à risque toujours d'actualité! *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2006. n°25: p. 177-84.
32. OBADIA, Y., ORS PACA, INSERM U 379. Les comportements de prévention des personnes vivant avec le VIH/SIDA. *Regard Santé*, 2007. n°17.
33. KOO, D.J., BEGIER, E.M., HENN, M.H., et al., HIV counseling and testing: less targeting, more testing. *Am J Public Health*, 2006. 96(6): p. 962-4. ISSN 1541-0048
34. UNAIDS, World Health Organization. Policy Statement on HIV testing. 2004.
35. OMS, ONUSIDA, *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. 2007, Genève: OMS. ISBN 978-92-4-259556-7
36. YENI, P., *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2008*. 2008, Paris: Flammarion Médecine Sciences. ISBN 978-2-2570-0062-0
37. ARENES, J., GUILBERT, P., BAUDIER, F., *Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999*. 2000, Vanves: CFES. ISBN 978-2-908444-61-2

38. GAUTIER, A., *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. 2005: éditions INPES.  
ISBN 2-908444-86-0

## PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse  
Université *Paris 7*

Le Professeur

*Patricien*

Date

*04/09/10*

Groupe Hospitalier BICHAT-CLAUDE BERNARD  
Pr P. YEN!  
Tél. : 01 40 25 78 06  
Secrétariat : 01 40 25 78 07  
N° ADELI : 751491150

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Université Paris Diderot - Paris 7  
Professeur Benoît Schlemmer

*BSC*

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen

*BSC*

Benoît SCHLEMMER