

**UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
PARIS 6
Faculté de médecine Pierre et Marie Curie**

ANNEE 2009

THESE N°2009PA06GO18

**DOCTORAT EN MEDECINE
GENERALE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT A PARIS
LE 15 juin 2009**

PAR

DORA LEVY

Née le 02/09/1979 à Boulogne-Billancourt

**DOCUVIR : PREVENTION DES IST ET DU
VIH PAR DES BROCHURES
D'INFORMATION EN SOINS PRIMAIRES**

**DIRECTEURS DE THESE :
SANTANA Pascale et AUBERT Jean Pierre**

**PRESIDENT DE THESE :
YENI Patrick**

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur YENI

Pour votre confiance et l'intérêt que vous avez porté à ce travail, je vous remercie très sincèrement de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse. Avec toute ma gratitude et un grand respect.

Monsieur le Professeur FAYE

Je vous remercie très chaleureusement de m'avoir transmis le goût pour la pédiatrie, et de me faire le plaisir de participer au jury de ma thèse. Avec toute ma reconnaissance et mon amitié.

Monsieur le Professeur SERENI

Pour l'aide et l'intérêt que vous avez porté à ce projet, en y participant directement dans votre service, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à mon jury.

Au Docteur Jean Pierre AUBERT

Pour avoir été mon guide dans ce travail, mais aussi depuis le début de mes études médicales, je vous remercie très sincèrement pour votre soutien et votre rigueur productive et stimulante.

Au Docteur Pascale SANTANA

Pour votre confiance et votre disponibilité à toute épreuve, qu'elle que soit l'heure du jour ou de la nuit, merci de m'avoir accompagnée jusqu'au bout de ce travail. Avec toute mon amitié et ma gratitude.

A l'ensemble du groupe de travail de DOCUVIR

Merci à tous les membres des associations, grâce auxquels mon travail n'aurait pas été possible. Je remercie, en particulier Pierre Tessier, Anne Guérin, Jean David Bost, Murielle Collet, Richard Boitel pour leur aide et leur expérience enrichissante, ainsi que pour les croissants des mardis matins au Kiosque.

A tous les médecins et pharmaciens ayant participé au projet, ainsi qu'aux infirmières et secrétaires hospitalières des consultations Verlaine de Saint Louis et de Lariboisière, m'ayant aidé dans la logistique du projet.

A Clémence MOIRON

Ce fut un grand plaisir de travailler avec toi, merci pour ta bonne humeur et ton enthousiasme, d'avoir partagé avec moi aussi les moments de découragements dans ce long travail, d'avoir conduit la Kangoo, de m'avoir souvent écoutée...

A ma famille

Mes parents, pour leur soutien, leur confiance et leur amour. A mon père, pour sa relecture éclairée et attentive et ses conseils toujours pertinents. Merci de m'avoir accompagnée jusqu'au bout de mes longues études.

A mes sœurs, Anna et Emmanuelle, à mon frère, Jean Marc, Virginie et mes neveux, ainsi qu'à ma famille si loin au Brésil, mais très proche.

A Emilio

Pour ton encouragement, ta patience et ton écoute, même quand je parle trop...

A mes amis, en particulier Ségolène, pour ta relecture attentive et pertinente ; à Amélie, Anne, Bérengère, Camille, Coline, Elise, Emma, Estelle, Karima, Karine, Marie-Alexine, Nadine, Ndiougue ; à Adrian, Ben, Boris, Fabien, Flo, José Maria, Nico, Stan, Sylvain, ... mais aussi à Isabelle De Beco, Mady Denantes, Marie Chevillard.

LISTE DES PU PH DE LA FACULTE PARIS 6

Site SAINT ANTOINE

AMARENCO Gérard, Rééducation fonctionnelle et neurologique, Hôpital ROTHSCHILD
AMSELEM Serge, Génétique, Hôpital TROUSSEAU
ANDRE Thierry, Cancérologie, Hôpital La Salpêtrière
ANTOINE Jean Marie, Gynécologie Obstétrique / Médecine de la Reproduction, Hôpital TENON
ARACTINGI Sélim, Unité de Dermatologie, Hôpital TENON
ARLET Guillaume, Bactériologie, Hôpital TENON
ARRIVE Lionel, Radiologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
AUCOUTURIER Pierre, INSERM U 712, Hôpital Saint-Antoine
AUDRY Georges, Chirurgie viscérale infantile, Hôpital TROUSSEAU
BALLADUR Pierre, Chirurgie générale et digestive, Hôpital SAINT-ANTOINE
BARDET Jean (surnombre), Cardiologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
BAUD Laurent, Explorations fonctionnelles multidisciplinaires, Hôpital TENON
BAUDON Jean Jacques (surnombre), Néonatalogie, Hôpital TROUSSEAU
BEAUGERIE Laurent, Gastroentérologie et Nutrition, Hôpital SAINT-ANTOINE
BEAUSSIER Marc, Anesthésie – Réanimation, Hôpital SAINT-ANTOINE
BENIFLA Jean Louis, Gynécologie Obstétrique, Hôpital ROTHSCHILD
BENSMAN Albert, Néphrologie, Dialyses et transplantations pédiatriques, Hôpital TROUSSEAU
BERENBAUM Francis, Rhumatologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
BEREZIAT Gilbert (surnombre), UMR 7079 Physiologie et physiopathologie, Campus Jussieu
BERNAUDIN Jean François, Histologie biologie tumorale, Hôpital TENON
BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry, Neuropédiatrie, Hôpital TROUSSEAU
BOCCON GIBOD Liliane (surnombre), Anatomie pathologique, Hôpital TROUSSEAU
BONNET Francis, Anesthésie réanimation, Hôpital TENON
BORDERIE Vincent, Ophtalmologie, CNHO des 15/20
BOUCHARD Philippe, Endocrinologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
BOUDGHENE STAMBOULI Franck, Radiologie, Hôpital TENON
BREART Gérard, Gynécologie obstétrique, Hôpital TENON
CABANE Jean, Médecine interne, Hôpital SAINT-ANTOINE
CADRANEL Jacques, Pneumologie, Hôpital TENON
CALLARD Patrice, Anatomie pathologique, Hôpital TENON
CAPEAU Jacqueline, Inserm U.680, Faculté de Médecine P. & M. Curie
CARBAJAL SANCHEZ Ricardo, Urgences pédiatriques, Hôpital TROUSSEAU
CARBONNE Bruno, Gynécologie obstétrique, Hôpital SAINT-ANTOINE
CARETTE Marie France, Radiologie, Hôpital TENON
CASADEVALL Nicole, Hématologie biologique, Hôpital SAINT-ANTOINE
CAYRE Yvon, Hématologie immunologie, Hôpital DEBRE
CHAZOUILLERES Olivier, Hépatologie gastroentérologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
CHOSIDOW Olivier, Dermatologie – Allergologie, Hôpital TENON
CHOUAID Christos, Pneumologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
CHRISTIN-MAITRE Sophie, Endocrinologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
CLEMENT Annick, Pneumologie, Hôpital TROUSSEAU
CLERGUE François, Hôpital Cantonal /Anesthésiologie, 24, rue Micheli-du-Crest, Genève 14 Suisse
COHEN Aron, Cardiologie, Hôpital SAINT-ANTOIN
CONSTANT Isabelle, Anesthésiologie réanimation, Hôpital TROUSSEAU
COSNES Jacques, Gastro-entérologie et nutrition, Hôpital SAINT-ANTOINE
COULOMB Aurore, Anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital TROUSSEAU
DAMSIN Jean Paul, Orthopédie, Hôpital TROUSSEAU
DARAI Emile, Gynécologie obstétrique, Hôpital TENON
DE GRAMONT Aimery, Oncologie médicale, Hôpital SAINT-ANTOINE
DENOYELLE Françoise, ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital TROUSSEAU
DEVAUX Jean Yves, Biophysique et médecine nucléaire, Hôpital SAINT-ANTOINE
DOUAY Luc, Hématologie biologique, Hôpital TROUSSEAU
DOURSOUNIAN Levon, Chirurgie orthopédique, Hôpital SAINT-ANTOINE
DUCOU LE POINTE Hubert, Radiologie, Hôpital TROUSSEAU
DURON Françoise, Endocrinologie, Hôpital SAINT-ANTOINE

DUSSAULE Jean Claude, Physiologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 FAUROUX Brigitte, Gastro-entérologie et nutrition pédiatriques, Hôpital TROUSSEAU
 FERON Jean Marc, Chirurgie orthopédique et traumatologique, Hôpital SAINT-ANTOINE
 FLEJOU Jean François, Anatomie pathologique, Hôpital SAINT-ANTOINE
 FLORENT Christian, Hépatogastro-entérologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 FRANCES Camille, Dermatologie – Allergologie, Hôpital TENON
 FUNCK BRENTANO Christian, Pharmacologie clinique, Hôpital SAINT-ANTOINE
 GARABEDIAN Eréa Noël, ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital TROUSSEAU
 GARBARG CHENON Antoine, Bactériologie virologie, Hôpital TROUSSEAU
 GATTEGNO Bernard (surnombre), Urologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 GENDRE Jean Pierre (surnombre), Gastro-entérologie et nutrition, Hôpital SAINT-ANTOINE
 GIRARD Pierre Marie, Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital SAINT-ANTOINE
 GIRARDET Jean Philippe, Gastro-entérologie et nutrition pédiatriques, Hôpital TROUSSEAU
 GIROT Robert, Hématologie biologique, Hôpital TENON
 GOLD Francis, Néonatalogie, Hôpital TROUSSEAU
 GORIN Norbert, Hématologie clinique, Hôpital SAINT-ANTOINE
 GRATEAU Gilles, Médecine interne, Hôpital TENON
 GRIMFELD Alain, surnombre, Pédiatrie orientation pneumologie et allergologie, Hôpital TROUSSEAU
 GRIMPREL Emmanuel, Pédiatrie générale, Hôpital TROUSSEAU
 GRUNENWALD Dominique, Chirurgie thoracique, Hôpital TENON
 GUIDET Bertrand, Réanimation médicale, Hôpital SAINT-ANTOINE
 HAAB François, Urologie, Hôpital TENON
 HELARDOT Pierre Georges, Chirurgie viscérale infantile, Hôpital TROUSSEAU
 HOURY Sidney, Chirurgie digestive et viscérale, Hôpital TENON
 HOUSSET Chantal, Biologie cellulaire – Inserm U. 680, Faculté de Médecine P. & M. Curie
 JAILLON Patrice, Pharmacologie clinique, Faculté de Médecine P. & M. Curie
 JOUANNIC Jean-Marie, Gynécologie obstétrique, Hôpital TROUSSEAU
 JUST Jocelyne, Pneumologie et allergologie pédiatriques, Hôpital TROUSSEAU
 LACAINE François, Chirurgie digestive et viscérale, Hôpital TENON
 LACAU SAINT GUILY Jean, ORL, Hôpital TENON
 LACAVE Roger, Histologie biologie tumorale, Hôpital TENON
 LANDMAN-PARKER Judith, Hématologie et oncologie pédiatriques, Hôpital TROUSSEAU
 LAROCHE Laurent, Ophtalmologie, CHNO des Quinze-Vingts
 LE BOUC Yves, Explorations fonctionnelles, Hôpital TROUSSEAU
 LEBEAU Bernard, Pneumologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 LEGRAND Ollivier, Hématologie oncologie médicale, Hôpital HOTEL DIEU
 LEVERGER Guy, Hématologie et oncologie pédiatriques, Hôpital TROUSSEAU
 LEVY Richard, Neurologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 LIENHART André, Anesthésie – Réanimation, Hôpital SAINT-ANTOINE
 LOTZ Jean Pierre, Cancérologie, Hôpital TENON
 LOUVET Christophe, Oncologie médicale, Hôpital SAINT-ANTOINE
 MARIE Jean Pierre, Hématologie, Hôpital HOTEL-DIEU
 MARSAULT Claude, Radiologie, Hôpital TENON
 MASLIAH Joëlle, Inserm U.538, Faculté de Médecine P. & M. Curie
 MAURY Eric, Réanimation médicale, Hôpital SAINT-ANTOINE
 MAYAUD Marie Yves, Pneumologie, Hôpital TENON
 MENU Yves, Radiologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 MEYER Bernard, ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital TENON
 MEYOHAS Marie Caroline, Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital SAINT-ANTOINE
 MICHEL Pierre Louis, Cardiologie, Hôpital TENON
 MILLIEZ Jacques, Gynécologie obstétrique, Hôpital SAINT-ANTOINE
 MIMOUN Maurice, Chirurgie plastique, Hôpital ROTHSCHILD
 MITANCHEZ Delphine, Néonatalogie, Hôpital TROUSSEAU
 MONTRAVERS Françoise, Biophysique et médecine nucléaire, Hôpital TENON
 MURAT Isabelle, Anesthésie réanimation, Hôpital TROUSSEAU
 NICOLAS Jean Claude, Virologie, Hôpital TENON
 OFFENSTADT Georges, Réanimation médicale, Hôpital SAINT-ANTOINE
 PAQUES Michel, Ophtalmologie, CHNO des 15/20
 PARC Yann, Chirurgie générale et digestive, Hôpital SAINT-ANTOINE
 PATERON Dominique, Service d'Accueil des Urgences, Hôpital SAINT-ANTOINE
 PAYE François, Chirurgie générale et digestive, Hôpital SAINT-ANTOINE
 PERETTI Charles-Siegfried, Psychiatrie d'adultes, Hôpital SAINT-ANTOINE
 PERIE Sophie, ORL, Hôpital TENON
 PETIT Jean Claude, Bactériologie virologie, Hôpital SAINT-ANTOINE

PIALOUX Gilles, Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital TENON
 POUPON Raoul, Hépatologie et gastro-entérologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 RENOLLEAU Sylvain, Réanimation néonatale, Hôpital TROUSSEAU
 RODRIGUEZ Diana, Neuro-pédiatrie, Hôpital TROUSSEAU
 RONCO Pierre Marie, Néphrologie et dialyses, Hôpital TENON
 RONDEAU Eric, Urgences néphrologiques – Transplantation rénale, Hôpital TENON
 ROSMORDUC Olivier, Hépatogastro-entérologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 ROUGER Philippe, I.N.T.S., 6, rue Alexandre Cabanel 75739 Paris cedex 15
 ROUZIER Roman, Gynécologie obstétrique, Hôpital TENON
 ROZENBAUM Willy, Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital SAINT-LOUIS
 SAHEL José Alain, Ophtalmologie, CHNO des 15/20
 SAUTET Alain, Chirurgie orthopédique, Hôpital SAINT-ANTOINE
 SEZEUR Alain, Chirurgie générale, Hôpital des DIACONESSES
 SIFFROI Jean Pierre, Génétique et embryologie médicales, Hôpital TROUSSEAU
 SOUBRIER Florent, Département de génétique, Groupe Hospitalier PITIE SALPETRIERE
 TALBOT Jean Noël, Biophysique médecine nucléaire, Hôpital TENON
 THIBAUT Philippe (surnombre), Urologie, Hôpital TENON
 THOMAS Guy, Psychiatrie d'adultes, Hôpital SAINT-ANTOINE
 THOUMIE Philippe, Rééducation neuro-orthopédique, Hôpital ROTHSCHILD
 TIRET Emmanuel, Chirurgie générale et digestive, Hôpital SAINT-ANTOINE
 TOUBOUL Emmanuel, Radiothérapie, Hôpital TENON
 TOUNIAN Patrick, Gastro-entérologie et nutrition pédiatriques, Hôpital TROUSSEAU
 TRAXER Olivier, Urologie, Hôpital TENON
 TRUGNAN Germain, Inserm U538, Faculté de Médecine P. & M. Curie
 TUBIANA Jean Michel (surnombre), Radiologie, Hôpital SAINT-ANTOINE
 UZAN Serge, Gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, Hôpital TENON
 VALLERON Alain Jacques, Unité de santé publique, Hôpital SAINT-ANTOINE
 VAYSSAIRAT Michel, Cardiologie, Hôpital TENON
 VAZQUEZ Marie Paule, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Hôpital TROUSSEAU
 WENDUM Dominique, Anatomie pathologique, Hôpital SAINT-ANTOINE
 WISLEZ Marie, Pneumologie, Hôpital TENON

Site PITIE

ACAR Christophe, CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
 AGID Yves, FEDERATION DE NEUROLOGIE (surnombre)
 AGUT Henri, BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
 ALLILAIRE Jean-François, PSYCHIATRIE D'ADULTES
 AMOURA Zahir, MEDECINE INTERNE
 ASTAGNEAU Pascal, EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
 AURENGO André, BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
 AUTRAN Brigitte, IMMUNOLOGIE
 BARROU Benoît, UROLOGIE
 BASDEVANT Arnaud, NUTRITION
 BAULAC Michel, ANATOMIE / NEUROLOGIE
 BAUMELOU Alain, NEPHROLOGIE
 BELMIN Joël, MEDECINE INTERNE, Ivry
 BENHAMOU Albert, CHIRURGIE VASCULAIRE
 BENVENISTE Olivier, MEDECINE INTERNE
 BERTRAND Jacques-Charles, STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
 BITKER Marc Olivier, UROLOGIE
 BODAGHI Bahram, OPHTALMOLOGIE
 BOISVIEUX Jean-François, BIOSTATISTIQUES et INFORMATIQUE MEDICALE (surnombre)
 BOURGEOIS Pierre, RHUMATOLOGIE
 BRICAIRE François, MALADIES INFECTIEUSES - MALADIES TROPICALES
 BRICE Alexis, GENETIQUE
 BRUCKERT Eric, ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
 CABANIS Emmanuel, RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (surnombre)
 CACOUB Patrice, MEDECINE INTERNE
 CALVEZ Vincent, VIROLOGIE ET BACTERIOLOGIE
 CAPRON Frédérique, ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
 CARPENTIER Alexandre, NEUROCHIRURGIE

CATALA Martin, CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE (département de génétique)
 CATONNE Yves, CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
 CAUMES Eric, MALADIES INFECTIEUSES - MALADIES TROPICALES
 CESSÉLIN François, BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
 CHAMBAZ Jean, BIOLOGIE CELLULAIRE
 CHARTIER-KASTLER Emmanuel, UROLOGIE
 CHASTRE Jean, REANIMATION MEDICALE
 CHERIN Patrick, MEDECINE INTERNE
 CHIGOT Jean-Paul, CHIRURGIE GENERALE (surnombre)
 CHIRAS Jacques, RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE III
 CLEMENT-LAUSCH Karine, NUTRITION
 CLUZEL Philippe, RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE II
 COHEN David, PEDO-PSYCHIATRIE
 COHEN Laurent, NEUROLOGIE
 COMBES Alain, REANIMATION MEDICALE
 CORIAT Pierre, ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
 CORNU Philippe, NEURO-CHIRURGIE
 COURAUD François, BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
 DANIS Martin, PARASITOLOGIE (surnombre)
 DAUTZENBERG Bertrand, PNEUMOLOGIE
 DAVI Frédéric, HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
 DEBRE Patrice, IMMUNOLOGIE
 DELATTRE Jean-Yves, NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)
 DERAY Gilbert, NEPHROLOGIE
 DERENNE Jean-Philippe, PNEUMOLOGIE (surnombre)
 DOMMERGUES Marc, GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
 DORMONT Didier, RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 DUBOIS Bruno, NEUROLOGIE
 DURON Jean-Jacques, CHIRURGIE DIGESTIVE (surnombre)
 DUGUET Alexandre, PNEUMOLOGIE
 DUYCKAERTS Charles, ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
 EYMARD Bruno, NEUROLOGIE
 FAUTREL Bruno, RHUMATOLOGIE
 FERRE Pascal, BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
 FONTAINE Bertrand, FEDERATION DE NEUROLOGIE
 FOSSATI Philippe, PSYCHIATRIE D'ADULTES
 FOURET Pierre, ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
 GANDJBAKHCH Iradj, CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE (surnombre)
 GIRERD Xavier, THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE
 GOROCHOV Guy, IMMUNOLOGIE
 GRENIER Philippe, RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE II
 GRIMALDI André, ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
 HAERTIG Alain, MEDECINE LEGALE / UROLOGIE
 HANNOUN Laurent, CHIRURGIE GENERALE
 HAUW Jean-Jacques, ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (surnombre)
 HELFT Gérard, DEPARTEMENT DE CARDIOLOGIE
 HERSON Serge, THERAPEUTIQUE /MEDECINE INTERNE
 HEURTIER Agnès, ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
 HOANG XUAN Khê, NEUROLOGIE
 ISNARD Richard, RADIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
 ISNARD-BAGNIS Corinne, NEPHROLOGIE
 JARLIER Vincent, BACTERIOLOGIE-HYGIENE
 JOUVENT Roland, PSYCHIATRIE D'ADULTES
 KATLAMA née WATY Christine, MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
 KHAYAT David, ONCOLOGIE MEDICALE
 KIEFFER Edouard, CHIRURGIE VASCULAIRE
 KLATZMANN David, IMMUNOLOGIE
 KOMAJDA Michel, RADIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
 KOSKAS Fabien, CHIRURGIE VASCULAIRE
 LAMAS Georges, OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 LANGERON Olivier, ANESTHESIOLOGIE
 LAZENNEC Jean-Yves, ANATOMIE / CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
 LE FEUVRE Claude, DEPARTEMENT DE RADIOLOGIE
 LEBLOND Véronique, HEMATOLOGIE CLINIQUE

LEENHARDT Laurence, ENDOCRINOLOGIE / MEDECINE NUCLEAIRE
LEFRANC Jean-Pierre, CHIRURGIE GENERALE
LEHERICY Stéphane, RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE III
LEHOANG Phuc, OPHTALMOLOGIE
LEMOINE François, IMMUNOLOGIE
LEPRINCE Pascal, CHIRURGIE THORACIQUE
LUBETZKI ép. ZALC Catherine, FEDERATION DE NEUROLOGIE
LYON-CAEN Olivier, FEDERATION DE NEUROLOGIE
MALLET Alain, BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE
MARIANI Jean, BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE
MAZERON Jean-Jacques, RADIOTHERAPIE
MAZIER Dominique, PARASITOLOGIE
MEININGER Vincent, NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)
MENEGAUX Fabrice, CHIRURGIE GENERALE
MERLE-BERAL Hélène, HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
METZGER Jean-Philippe, CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
MONTALESCOT Gilles, CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
OPPERT Jean-Michel, NUTRITION
PASCAL-MOUSSELLARD Hugues, CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PAVIE Alain, CHIR. THORACIQUE et RADIO-VASCULAIRE.
PERRIGOT Michel, REEDUCATION FONCTIONNELLE
PETITCLERC Thierry, BIOPHYSIQUE / NEPHROLOGIE
PIERROT-DESEILLIGNY Charles, NEUROLOGIE
PIETTE François, MEDECINE INTERNE - Ivry
PIETTE Jean-Charles, MEDECINE INTERNE
POIROT Catherine, CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
POYNARD Thierry, HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PUYBASSET Louis, ANESTHESIOLOGIE REANIMATION CHIRURGICALE
RATIU Vlad, HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
RICHARD François, UROLOGIE
RIOU Bruno, ANESTHESIOLOGIE/URGENCES MEDICO-CHIRURGICALE
ROBAIN Gilberte, REEDUCATION FONCTIONNELLE, Ivry
ROUBY Jean-Jacques, ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
SAMSON Yves, NEUROLOGIE/URGENCES CEREBRO-VASCULAIRES
SIMILOWSKI Thomas, PNEUMOLOGIE
SPANO Jean-Philippe, ONCOLOGIE MEDICALE
THOMAS Daniel, CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
TOUITOU Yvan, NUTRITION / BIOCHIMIE (surnombre)
TOURAINÉ Philippe, ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
VAILLANT Jean-Christophe, CHIRURGIE GENERALE
VAN EFFENTERRE Rémy, NEURO-CHIRURGIE
VERNANT Jean-Paul, HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNY Marc, MEDECINE INTERNE (Marguerite Bottard)
VIDAILHET Marie-José, NEUROLOGIE
VOIT Thomas, PEDIATRIE NEUROLOGIQUE
WILLER Jean-Vincent, PHYSIOLOGIE
ZELTER Marc, PHYSIOLOGIE / EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	12
II. GENERALITES ET ETAT DES LIEUX.....	14
A. RAPPEL SUR LES MODES DE CONTAMINATIONS DES VIROSES CHRONIQUES	14
1) Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).....	14
2) Hépatite B (VHB).....	15
3) Hépatite C (VHC)	15
B. ETAT DE LIEUX SUR LES IST ET LE VIH EN FRANCE	16
1) Epidémiologie du VIH/Sida.....	16
2) Epidémiologie des autres IST	18
3) L'épidémie de VIH/Sida : progrès des dernières années	21
4) Les limites aux progrès constatés	24
C. LE DEPISTAGE	27
1) Dépistage du VIH	27
2) Dépistage des autres IST	29
D. LA PREVENTION DU VIH ET DES IST	32
1) Historique des campagnes de prévention VIH en France	32
2) Evolution des comportements sexuels en France	35
3) Rôle des organismes institutionnels dans la prévention.....	36
4) Rôle des associations de patients	38
5) Rôle du médecin généraliste	40
6) Objectifs et types des campagnes de prévention	42
III. JUSTIFICATION ET MISE EN PLACE DU PROJET DOCUVIR.....	45
A. JUSTIFICATION ET PRESENTATION DU PROJET DOCUVIR	45
1) Justification du projet DOCUVIR	45
2) Présentation globale du projet.....	46
B. REALISATION DU PROJET DOCUVIR : LES CHOIX STRATEGIQUES	47
1) Lieux pilotes du projet	47
2) Les populations étudiées.....	48
3) Le choix des thèmes et des brochures.....	48
4) Le déroulement du projet	49
a) <i>Dispositif mis en place</i>	49
b) <i>Le système de réassortiment</i>	49
c) <i>Le calendrier prévisionnel du projet DOCUVIR</i>	50
5) Le rôle des différents acteurs du projet	51
IV. EVALUATION DU PROJET DOCUVIR	52
A. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	52
B. HYPOTHESES DE DEPART.....	53
C. OBJECTIFS DE L'ETUDE	54
1) Objectifs principaux	54
2) Objectifs secondaires	54
D. METHODE D'EVALUATION.....	55
1) Indicateur d'impact : la quantité de brochures utilisées	55
2) L'intérêt et la satisfaction	55
3) Analyse des données	57

E. RESULTATS	58
1) Objectif 5 : Problèmes rencontrés lors de la mise en place du projet - Respect de la stratégie et ressources prévues	58
2) Objectif 1 : Quantification des brochures distribuées et consultées	59
3) Objectifs 2, 3, 6 : Données de l'enquête auprès des patients	69
4) Objectifs 3, 4, 6, 7, 8 : Données de l'enquête auprès des médecins.....	78
5) Comparaison des données de l'enquête	84
G. ENQUETE DANS LES HOPITAUX.....	84
V. DISCUSSION.....	85
A. PROBLEMES METHODOLOGIQUES DANS L'EVALUATION DU PROJET DOCUVIR	85
1) Précision des données de l'enquête.....	85
2) Biais de sélection	86
3) Biais de confusion	87
4) Dans les hôpitaux.....	88
B. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS FIXES ET HYPOTHESES INITIALEMENT FORMULEES	89
1) Un besoin d'information confirmé et une stratégie adaptée	89
2) Des attentes précises.....	90
3) Ouvrir le dialogue	91
4) Les freins à la prévention	92
5) Pertinence du moyen de diffusion d'information choisi : les brochures	94
C. LIMITES DE NOTRE ENQUETE D'EVALUATION	95
D. PERSPECTIVES POUR L'AVENIR	97
1) Proposition d'amélioration du projet.....	97
2) Propositions d'amélioration de l'enquête d'évaluation.....	98
VI. CONCLUSION.....	99
VII. ANNEXES.....	101
1) CARTE DE PREVALENCE DU SIDA EN 2008	101
2) LISTE DES MEDECINS PARTICIPANTS AU PROJET	102
3) DESCRIPTION DES BROCHURES	102
4) LES PRESENTOIRS.....	104
5) QUESTIONNAIRE PATIENT.....	104
6) QUESTIONNAIRE MEDECINS/PHARMACIENS.....	105
7) ENQUETE DANS LES HOPITAUX.....	106
X. BIBLIOGRAPHIE	110

LISTE DES SIGLES UTILISES

ACSF	Analyse des comportements sexuels en France
AES	Accident d'exposition au sang
AIDES	Association de lutte contre le VIH/Sida
ALD	Affection longue durée
ANRS	Agence nationale de recherche sur le Sida
ARCAT	Association pour la recherche et la communication pour l'accès aux traitements
ARV	Anti-rétroviral
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CID-DIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CNS	Conseil national du Sida
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le Sida
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CRIPS	Centre régionaux d'information et de prévention du Sida
DGS	Direction générale de la santé
DMG	Département de médecine générale
HAS	Haute autorité de santé
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HPST	Réforme de l'Hôpital relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires
HPV	Papillomavirus humain
INED	Institut national des études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
KABP	Knowledge attitudes beliefs and practices
LVG	Lymphogranulomatose vénérienne
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRSP	Plan régional de santé publique
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
RENACHLA	Réseau national des Chlamydioses
RENAGO	Réseau national des Gonocoques
SFLS	Société française de lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience humaine
SPILF	Société de pathologie infectieuse de langue française
TDR	Test de diagnostic rapide
UDI	Usager de drogue intraveineuse
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

I. INTRODUCTION

Dès 1948, la santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état complet de bien-être physique, mental et social » et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie. L'OMS définit l'éducation pour la santé comme « la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé ». En 1978, la conférence d'Alma Ata¹ souligne la responsabilité des gouvernements dans la santé de leur population, et la Charte d'Ottawa définit, en 1986, les stratégies fondamentales pour une promotion de la santé, en soulignant l'importance de donner « aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »².

La promotion de la santé, située en amont des soins préventifs, agit au bénéfice d'une amélioration de la santé de tous³. Tous les acteurs sanitaires, professionnels de la santé et associations, interviennent dans cette mission. La médecine générale entend « favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace » (Wonca en 2002⁴).

A l'heure des multimédias, les patients ont accès à de très nombreuses informations sur la santé, à travers la télévision, internet, les journaux, ou encore des brochures. Ces informations n'ont pas toujours un contenu validé par des experts, et leur diffusion n'est pas coordonnée en fonction d'objectifs sanitaires cohérents. Leur lisibilité et leur pertinence variables ne permettent parfois pas de donner les messages les mieux adaptés. Il existe également de nombreuses brochures d'information sur la santé, distribuées par des organismes officiels, ou des associations. Elles sont souvent distribuées dans des lieux spécifiques, mais rarement utilisées dans le cadre de la consultation de médecine générale dans sa mission préventive. Or, le médecin généraliste a un rôle essentiel pour mettre à la

portée de tous, les informations nécessaires à des choix adaptés sur sa santé. L'impact du médecin généraliste est facilité par la relation de confiance avec ses patients, et permet parfois d'influencer des changements de mode de vie.

Le projet DOCUVIR est né de ce constat, et consiste à diffuser des brochures d'informations sur les thèmes des IST et du VIH dans des lieux de soins de santé primaires, pour faciliter la démarche préventive des médecins généralistes.

L'objet de cette thèse est d'évaluer l'action et l'outil de prévention développé, afin de proposer des améliorations et d'élargir l'impact du projet DOCUVIR.

A noter que la même constatation a été faite par le groupe de travail de DOCUVIR en ce qui concerne les pharmacies, et que le projet concerne aussi ces lieux d'accueil. Deux thèses ont donc été réalisées sur le même projet, l'une par une étudiante pharmacienne, Clémence MOIRON, centrée sur l'analyse du projet en pharmacie, l'autre étant le présent travail, centré sur l'analyse dans les cabinets de médecine générale.

Le projet DOCUVIR, axé sur la prévention des IST, pourrait dépasser ce thème en portant sur d'autres domaines d'éducation pour la santé.

II. GENERALITES ET ETAT DES LIEUX

A. Rappel sur les modes de contaminations des viroses chroniques

1) Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Il existe trois modes de transmission du VIH⁵ : la voie sexuelle lors d'un contact entre les muqueuses vaginales, rectales, buccales et les sécrétions sexuelles ou du sang contaminé ; la voie sanguine par partage de matériel d'injection de drogue contaminé, accidents d'exposition au sang ou transfusions de sang contaminé ; et la transmission materno-fœtale par passage trans-placentaire, ou pendant l'accouchement par exposition au sang et aux sécrétions vaginales ou encore après la naissance par l'allaitement maternel.

Plusieurs facteurs augmentent le risque de transmission sexuelle : le stade avancé de l'infection de la personne source ou la primo-infection, sa charge virale élevée, la présence d'une autre infection sexuellement transmissible (IST) chez la personne exposée et la personne source, ainsi que certaines pratiques sexuelles à haut risque, en particulier, un rapport anal réceptif non protégé.

Les risques de transmission sexuelle du VIH varient en fonction du type de rapport sexuel⁶ : rapport anal réceptif 0,3 à 3% ; rapport anal insertif 0,01 à 0,18% ; rapport vaginal réceptif 0,05 à 0,15% ; rapport vaginal insertif 0,03 à 0,09%, rapport anal protégé 0,25%, et rapport bucco-génital 0,03%.

Lors d'un accident d'exposition à du sang (AES) contaminé, le risque de transmission par contact percutané est de 0,3% et de 0,04% par contact muqueux.

Le risque résiduel de contamination lors d'une transfusion, en France, est de 0,3 pour 1 million.

De manière générale, les femmes sont plus vulnérables en terme de transmission sexuelle du VIH⁷. Or, dans le monde, elles sont souvent aussi dans les situations les plus à risque d'IST : violence, prostitution, et mauvaise condition socio-économique⁸. Il semble, qu'au niveau mondial (pas en France), le premier facteur de risque pour une femme d'être contaminée, soit celui d'être mariée, donc d'avoir des relations sexuelles.

Il est primordial, dans la prévention et l'information sur la santé, de ne pas limiter les actions de prévention contre le VIH aux populations dites « à risque », désignées par la plupart des campagnes de lutte contre l'infection par le VIH, mais d'élargir les messages pour éviter la stigmatisation de certains groupes de personnes, puisque le risque concerne tout le monde.

2) Hépatite B (VHB)

La contamination par le VHB se fait par voie sexuelle, salivaire, sanguine, materno-foetale ou par exposition percutanée⁵.

Le risque de transmission lors d'un AES avec du sang contaminé (Antigène HBs positif) est d'environ 30% (entre 10 et 40%), soit dix fois plus que pour l'hépatite C et cent fois plus que pour le VIH.

Le passage à la chronicité se fait dans 10% des cas, parmi lesquels environ 2% des personnes risquent de développer une hépatite chronique active.

3) Hépatite C (VHC)

L'hépatite C n'est pas considérée comme une IST, mais la contamination par voie sexuelle est, bien qu'exceptionnelle, possible par contact avec le sang du partenaire infecté, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Elle concerne parfois les mêmes populations que celles

concernées par le VIH, et les co-infections nous amènent à aborder l'hépatite C dans ce travail.

Les principales causes de contamination par le VHC sont la transfusion sanguine avant 1992 et la toxicomanie par voie intraveineuse. L'échange du petit matériel d'injection, ou de la paille en cas de toxicomanie pernasale sont également incriminés, et la contamination nosocomiale lors d'endoscopies, d'actes chirurgicaux, de soins dentaires, ou encore par tatouage et piercing.

Le risque de transmission du VHC lors d'un AES avec du sang contaminé est d'environ 3% (entre 1 et 10%), soit dix fois plus que pour le VIH.

La transmission de la mère à l'enfant est rare en l'absence de co-infection par le VIH. Finalement, 20 % des circonstances de contamination restent inconnues.

B. Etat de lieux sur les IST et le VIH en France

1) Epidémiologie du VIH/Sida

Dans le monde⁹

En 2007, l'Onusida estime le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida à environ 33 millions. On estime que chaque année il y a dans le monde cinq millions de nouveaux cas d'infection par le VIH et un milliard de nouvelles IST¹⁰. Dans certains pays d'Afrique du Sud, la prévalence de l'infection atteint jusqu'à 25% des adultes.

En France¹¹

La notification obligatoire des cas de Sida mise en place depuis 1986, et de tous les cas de VIH depuis 2003, est un élément clef de la surveillance de l'épidémie.

Le nombre de patients pris en charge pour une infection par le VIH est en augmentation moyenne de 3,5% par an depuis 1997. Entre 2004 et 2006, le nombre de personnes qui bénéficient d'une Affection Longue Durée (ALD) au titre du VIH

(parmi les personnes sous le régime général de l'assurance maladie), est passé de 77 449 à 83 281 personnes.

En 2007, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée entre 113 000 et 141 000 personnes avec environ 36 000 personnes non suivies. Le nombre de découvertes de séropositivité en 2007 est de 6 500 et le nombre de décès de 1 700. Depuis le début de l'épidémie, le nombre total de cas de Sida notifiés au 1^{er} décembre 2007 est de 63 205, et le nombre de personnes vivantes au stade Sida est estimé à 28 446¹⁰. Ce nombre continue d'augmenter chaque année du fait des nouvelles contaminations et de l'allongement de l'espérance de vie des personnes infectées.

Evolution de la contamination par le VIH selon les sexes¹²

Jusqu'en 2006, on observait une légère augmentation de la proportion de femmes parmi les personnes contaminées, puis en 2007, cette tendance s'inverse : 65% des personnes nouvellement contaminées sont des hommes, contre 58% en 2003. Cette masculinisation est principalement liée à l'augmentation récente de la proportion d'hommes contaminés par rapports homosexuels, qui passe de 26 % en 2003 à 38%, avec 2 500 nouveaux cas en 2007. Ce phénomène est probablement en rapport avec la reprise des pratiques sexuelles à risque chez les HSH. Toutefois, en 2007, les personnes contaminées par des rapports hétérosexuels sont majoritairement des femmes, à 58 %.

Un vieillissement de la population parmi les personnes infectées¹⁰

Plus de 23% des personnes infectées ont plus de 50 ans. L'âge moyen au diagnostic augmente depuis quelques années : de 36,8 ans en 2003 à 38 ans en 2007.

L'augmentation des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne¹³

En 2007, les personnes de nationalité étrangère représentent 40 % des découvertes de séropositivité dont la nationalité est connue (63 % chez les femmes et 28 % chez

les hommes). Parmi ces personnes, 71% sont originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne : par ordre décroissant, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Congo Brazzaville, Mali, Sénégal, et Guinée.

Les modes de contamination¹⁴

En 2007, 60% des découvertes de séropositivité sont liés à des rapports hétérosexuels, 38% à des rapports homosexuels, et 2% à des usages de drogues intraveineuses (UDI).

Pour résumer

Les grandes évolutions qui caractérisent l'épidémiologie récente de l'infection par le VIH en France sont la féminisation lente de l'infection, l'augmentation des pratiques sexuelles à risque chez les HSH, l'effondrement du nombre d'UDI nouvellement infectés, et l'augmentation du nombre de personnes d'Afrique subsaharienne infectées.

2) Epidémiologie des autres IST

L'incidence de la plupart des IST augmente en France, entre 1996 et 2005^{11 13}, et leur contrôle est essentiel pour limiter la propagation de l'infection par le VIH¹⁵, dont la transmission est favorisée par la présence d'autres infections sexuelles virales ou bactériennes.

Hépatite B¹⁶

La prévalence du VHB est de 0,65 % (portage de l'antigène HbS), soit 280 821 personnes atteintes, dont 45 % connaissent leur positivité. Parmi la population française adulte 7,3 % soit environ 3 millions de personnes ont eu un contact antérieur avec le virus de l'hépatite B. Les personnes porteuses d'une hépatite B

chronique sont en majorité des hommes (7 fois plus), souvent en situation de précarité, et originaire d'Afrique sub-saharienne ou du Moyen Orient.

La stratégie de vaccination contre le virus de l'hépatite B recommandée par l'OMS a permis une stabilisation de la prévalence de l'infection depuis 1994, et la baisse du nombre des personnes de 20 à 29 ans infectées est en faveur d'une diminution de l'incidence de l'infection depuis 10 ans chez les jeunes adultes. Cependant, on note encore en 2004, une faible proportion de personnes vaccinées de 10%¹⁷.

Hépatite C

En 2004, la prévalence du VHC est de 0,84 %, soit 367 055 personnes. Parmi les personnes infectées, 57% connaissent leur séropositivité et 65% ont une hépatite chronique active, soit 221 386 personnes. La connaissance du statut sérologique VHC a plus que doublé en France depuis 10 ans, et la prévalence de l'infection chronique a diminué de 20 %, ce qui serait en relation avec l'efficacité croissante des traitements, et l'impact de l'incitation au dépistage, notamment chez les UDI.

Les co-infections virales¹³

Dans la population infectée par le VIH, les co-infections virales sont fréquentes : en 2004, 24% de co-infections par le VHC, dont 70% chez les UDI, et 7 % par le VHB. Par ailleurs, on observe, depuis 2001, la survenue d'hépatites aiguës C chez des HSH séropositifs pour le VIH.

La résurgence de la syphilis

En Île-de-France puis dans les autres régions, l'incidence de la syphilis augmente, avec 2892 cas entre 2000 et 2007, dont 74% sont homosexuels et 45% séropositifs pour le VIH. La syphilis n'est plus à déclaration obligatoire depuis 2000 (contrairement aux autres pays européens), et l'Institut National de Veille Sanitaire

(InVS) assure une surveillance nationale de l'épidémie, basée sur le volontariat¹⁸.

Les lésions syphilitiques favorisent la transmission du VIH.

Les Gonococcies

Instauré en 1986, RENAGO¹⁹, le Réseau national des gonocoques, est constitué de laboratoires de microbiologie volontaires répartis en France. Il observe une augmentation des infections à gonocoques avec 653 cas sur la période 2000-2007, dont 16% sont infectés par le VIH. La surveillance des Gonococcies se fait aussi grâce au réseau « Sentinelles » de médecins généralistes qui notifie les cas. Cependant, ces chiffres sont sous-estimés, en l'absence de notification obligatoire.

La Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

On assiste aussi à l'émergence de la LGV rectale depuis 2003 avec 567 cas entre 2000 et 2007, dont 90% sont séropositifs pour le VIH et tous sont des HSH.

Les Chlamydioses

L'augmentation des infections uro-génitales à Chlamydiae, notamment chez les femmes de moins de 25 ans, est visible grâce au réseau national de surveillance RENACHLA²⁰, qui notifie depuis 1989 les prescriptions de tests biologiques demandés par les médecins en cas de signes cliniques ou de prise de risque. Cependant, peu de données sur la prévalence des chlamydioses sont disponibles.

Le virus Herpès Simplex type 2

Il est probablement la première cause d'ulcération génitale dans le monde et joue un rôle important dans la transmission du VIH.

3) L'épidémie de VIH/Sida : progrès des dernières années

a) Baisse de l'incidence du VIH/Sida et des décès en France¹⁰

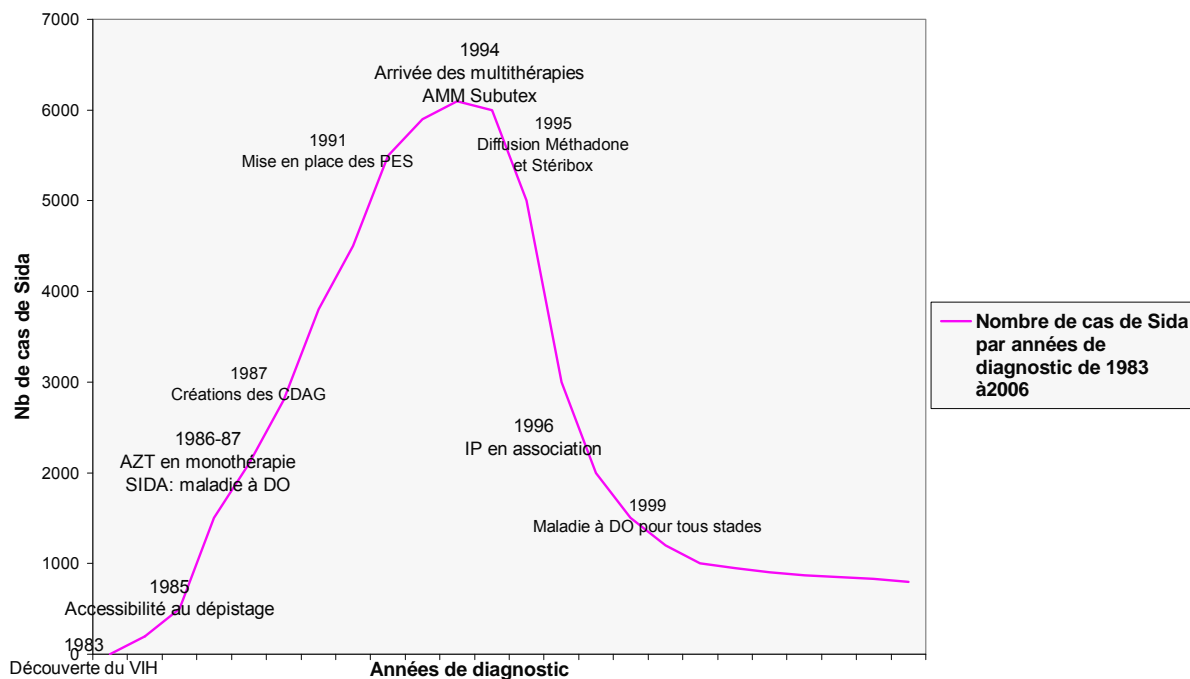
Entre 1997 et 2002, la diminution des cas de Sida se situe entre 2 et 6% par an, et elle s'accroît depuis 2003. En effet, l'incidence des nouveaux cas de Sida chez les patients suivis passe de 10% en 1995, à 2% en 2006. Le nombre de découvertes de séropositivité diminue de 7 500 cas en 2004 à 6 500 en 2007. Le taux de décès baisse également de 9,6% en 1995 à 1,3% en 2006.

Les raisons

Ces chiffres spectaculaires s'expliquent par la diffusion des multithérapies depuis 1995, qui permettent d'obtenir des charges virales indétectables chez un nombre croissant de patients qui étaient en échec thérapeutique. En 2006, plus de 88% des patients pris en charge bénéficient d'une multithérapie antirétrovirale.

L'autre raison de la diminution de l'incidence de l'infection serait la mise en place de politiques de réduction des risques dans certaines populations et l'efficacité de certaines campagnes de prévention. Par exemple, chez les UDI, la libéralisation des seringues en 1987, et les premiers programmes d'échanges de seringues (PES) en 1991, ont contribué à la transformation des pratiques, renforcée par la diffusion du Stéribox, au milieu des années 1990. Entre 1994 et 1995, la mise à disposition de traitements de substitution, et le développement de lieux d'accueils pour les UDI en situation précaire ont également été bénéfiques en termes de prévention¹³.

Nb de cas de Sida par années de diagnostic de 1983 à2006 - INVS 2007



L'enquête Coquelicot de 2004-2005²¹

Elle montre une diminution du nombre de cas de VIH dans la population des UDI, avec une prévalence globale qui passe de 40% en 1988, à 20% en 1996, et 11% en 2005. En 2004, un usager de drogues sur dix est séropositif, mais la quasi totalité des contaminations a eu lieu de nombreuses années auparavant.

L'impact des actions de prévention est particulièrement visible chez les UDI de moins de trente ans. Parmi eux, la contamination par le VIH est quasi absente (0,3 %) grâce à des changements de comportements individuels et collectifs.

b) Une prévalence plus élevée pour l'hépatite C²²

Si la politique de réduction des risques a eu un impact pour le VIH, elle a une portée plus limitée pour le VHC. En effet, la prévalence du VHC chez les UDI est beaucoup plus élevée, à 59,8 %, et chez les moins de 30 ans à 28%. Ces chiffres s'expliquent par une transmission plus facile du VHC par rapport au VIH et par la persistance de pratiques à risques, comme le partage encore fréquent du petit matériel de préparation, dans 38% des cas.

c) Dans le monde⁹

L'édition 2008 du Rapport sur l'épidémie mondiale de sida a été publiée en août par l'Onusida à la veille de la conférence de Mexico. Pour l'organisation, c'est le rapport le plus encourageant de ces vingt dernières années puisque l'épidémie recule partout, sauf dans de rares zones géographiques (Ouganda, Europe de l'Est). La diminution du nombre de cas de sida s'accroît depuis 2003, et atteint 12% par an en 2007. Le nombre annuel de décès liés au sida diminue de 2,2 millions en 2005 à 2 millions en 2007.

L'augmentation de l'accès au traitement du VIH explique les progrès mondiaux, grâce aux engagements nationaux fermes et à des investissements financiers accrus. En effet, entre 2006 et 2007, 950 000 personnes supplémentaires bénéficient d'un traitement antirétroviral. On observe aussi une augmentation de +33% en 2004 et de +10% en 2007 du nombre de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'un traitement antirétroviral (ARV) pour prévenir la transmission mère-enfant (PTME).

d) Les inégalités dans le monde et en France

Cependant, la couverture mondiale du traitement antirétroviral, dans les pays à faibles revenus, ne couvre que 31% des besoins. L'Afrique sub-saharienne, qui abrite 67% des personnes vivant avec le VIH, permet à seulement 28% des personnes d'accéder à un traitement. Mais, c'est aussi l'Afrique qui a aussi la plus forte augmentation du nombre de patients traités et d'accès à la PTME, notamment grâce à l'utilisation des médicaments génériques qui réduisent les coûts.

Pourtant, le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH continue de dépasser le nombre de personnes qui bénéficient d'un traitement, puisqu'en 2007, près de 2,5 millions de personnes ont été infectées par le VIH alors que le nombre de personnes supplémentaires traitées est inférieur à 1 million. C'est pourquoi il est nécessaire d'intensifier les actions pour un accès universel à la prévention et aux traitements.

En décembre 2008, l'OMS a rédigé un texte sur « Les interventions prioritaires »²³ pour l'infection à VIH/Sida, comme une réponse préliminaire aux États membres du G8 qui lui ont demandé de se charger de « l'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme complet de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH/Sida » afin de parvenir, dans la mesure du possible, à un accès universel d'ici 2010 pour tous ceux qui en ont besoin. Elles incluent un large éventail d'activités pour connaître le statut sérologique, prévenir la transmission du VIH et des autres IST, et dispenser les traitements et les soins du VIH/sida. Un autre rapport de l'OMS a défini les stratégies mondiales de lutte contre les IST, de 2006 à 2015²⁴, en collaboration avec les programmes de lutte contre le VIH/Sida.

4) Les limites aux progrès constatés

L'augmentation des conduites à risque

En France, on assiste à la persistance de pratiques à risques, comme en témoignent les chiffres de prévalence de l'hépatite C chez les UDI (cités ci-dessus). Les conduites sexuelles à risques, surtout parmi les HSH²⁵, se traduisent par l'augmentation de l'incidence des IST, comme la Syphilis.

Les HSH restent la seule population pour laquelle on n'observe pas de diminution, mais une stabilité des découvertes de séropositivité (29% en 2006)²⁶. Mais, le retard au dépistage est moins fréquent, avec 35% des découvertes au stade Sida (50% chez les hétérosexuels), car les HSH ont plus souvent recours au dépistage (89% pour les HSH et 36% pour l'ensemble des hommes).

L'augmentation des prises de risque dans cette population est rapportée par le Baromètre Gay, en 2002²⁷ puis en 2005²⁸, et dans l'enquête Presse Gay en 2004²⁹. Ces enquêtes montrent que 54% des répondants ont eu plus de 10 partenaires ;

33,2% des personnes ont eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels, soit 70% d'augmentation depuis 1997.

Les enquêtes de comportement dans la population générale, KABP (knowledge, attitudes, beliefs and practices) montrent en 2001³⁰ un relâchement des attitudes préventives face au Sida. Cette tendance se confirme en 2004³¹ avec l'augmentation du multipartenariat, surtout chez les femmes, et l'augmentation des IST. L'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois diminue, surtout chez les jeunes et les célibataires, mais reste stable lors du premier rapport sexuel³².

Les usagers de drogues intraveineuses représentent également une population particulièrement touchée par les risques infectieux, puisqu'ils cumulent des indicateurs de précarité, marqueur connu de risque face au VIH³³.

Le mélange des groupes à risque, par âge, sexe, ethnie, ... ayant des prévalences variables, contribue également à la propagation du virus dans les populations.

Niveau d'information des personnes

L'Onusida montre que les jeunes entre 15 et 24 ans, représentant 45% de l'ensemble des nouvelles infections à VIH, manquent d'informations complètes sur la façon d'éviter l'exposition au VIH. Le niveau de connaissance est inférieur à l'objectif fixé lors de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida en 2001, qui était d'atteindre 95% de connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes avant 2010.

D'autre part, les jeunes femmes sont moins bien informées que les jeunes hommes, puisque plus de 70% des jeunes hommes et 55% des jeunes femmes savent que les préservatifs peuvent protéger contre le VIH.

Concernant les hépatites virales, la méconnaissance des modes de transmission et des moyens de prévention est analysée dans un article publié en 2005³⁴, en

particuliers dans les populations précaires, qui abritent une partie importante des cas de VHB et VHC non diagnostiqués.

Les diagnostics tardifs

Malgré une diminution notable, on dénombre encore en 2007, 17% de diagnostics d'infection par le VIH faits au stade Sida (24% en 2003). On note également que 33% des patients n'accèdent à une prise en charge hospitalière qu'à un stade avancé, notamment les patients de plus de 50 ans¹¹. Parmi les personnes atteignant le stade Sida, 29% ne connaissent pas leur séropositivité.

Les résultats de l'Enquête Retard³⁵ faite en 2006, montrent que parmi les nouveaux cas de sida déclarés en 2002, 77% concernent des personnes qui n'ont pas bénéficiées d'un traitement ARV préalable au développement du sida ; que dans 65% des cas les personnes ne connaissent pas leur séropositivité, et dans un tiers des cas, elles connaissent leur séropositivité mais n'ont pas de traitement ARV.

Les femmes et les populations originaires d'Afrique sub-saharienne sont désignées comme étant les plus à risque de retard diagnostique dans cette enquête.

Or, le retard diagnostique, donc de prise en charge, est directement lié à un échec des traitements et à un risque de décès accru.

Face à ce retard de prise en charge, à l'augmentation des comportements sexuels à risques et à l'absence d'espoir de vaccination contre le VIH à ce jour, les efforts pour un accès précoce au traitement doivent être accompagnés par le renforcement des politiques de prévention et de dépistage.

C. Le dépistage

1) Dépistage du VIH

Deux objectifs principaux du dépistage de l'infection à VIH¹²:

- **Au niveau individuel** : il permet l'augmentation du nombre de personnes contaminées dépistées et la diminution du taux de découvertes tardives d'infection, plus à risque de complications et de décès. La mise en oeuvre de thérapeutiques et prophylaxies peut alors débuter plus précocement.
- **Au niveau collectif** : il limite la propagation de l'épidémie par le traitement et en responsabilisant les personnes porteuses du VIH, dont on peut espérer une modification des comportements à risques.

Les chiffres en France

En 2007, on estime que 5 millions de sérologies VIH sont réalisées, soit 79 pour 1 000 habitants¹¹. Selon l'InVS, ce chiffre, en hausse de 4% par an depuis 2001, s'accélère entre 2004 et 2005 avec 8% d'augmentation du nombre de sérologies réalisées, puis se stabilise entre 2006 et 2007.

La proportion de sérologies positives est de 2,1 pour 1000 en 2007, soit 10 600, avec une diminution de 9% depuis 2005. Ce chiffre est deux fois plus élevé pour les tests faits dans les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), qui en réalisent au total 8%³⁶. Plus de la moitié des tests positifs sont faits en Ile de France³⁷.

Les stratégies de dépistage en France¹⁴

Où ? : Il se fait dans tous les lieux de soins de primaires, notamment en médecine générale, ou dans les laboratoires d'analyses médicales, mais aussi dans les CDAG (sous la responsabilité de l'Etat), dont la liste est donnée par Sida Info Service (180 hospitaliers et 159 en ville), dans les centres de dépistage et diagnostic des IST,

CID-DIST (sous la responsabilité des collectivités territoriales), les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Le choix de la structure pour effectuer le dépistage se fait selon le degré de confidentialité souhaité et de la situation personnelle.

Qui ? : Les caractéristiques des personnes effectuant un dépistage du VIH en consultation de médecine générale sont mal connues. Mais, la population fréquentant les CDAG présente certaines caractéristiques : elle est particulièrement jeune, avec 51% d'âge inférieur à 25 ans, et elle déclare plus de comportements sexuels à risques que la population générale (multipartenariat et usage non systématique du préservatif). Ces différences expliquent la proportion plus élevée de tests positifs dans ces lieux.

Comment ? : La prescription d'un test doit être faite après information et obtention du consentement oral de la personne. Elle doit aussi être l'occasion d'aborder les questions de sexualité et de prévention des IST. Les recommandations du Conseil National du Sida en 2006 ont allégé les exigences du counseling qui accompagne le test, pour éviter certains freins au dépistage³⁸.

Les motifs ? : Ils reposent sur la proposition du test après une prise de risque sexuel, lors du diagnostic de certaines pathologies (IST ou tuberculose), ou encore de situations particulières : demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG), de contraception, grossesse, découvertes de violences sexuelles, chez les personnes sortant de prison, ou originaires de pays de forte endémie, ... ou encore à l'occasion d'un changement de partenaire ou de relations extraconjugales.

Le test est obligatoire lors d'un don de sang ou d'organes.

Le premier motif de dépistage reste, en 2007, la présence de signes cliniques évocateurs de primo-infection à 37% (30 % des femmes et 43 % des hommes), loin

devant une exposition à risque. La population homosexuelle est plus souvent dépistée suite à une exposition à risque, dans 38 % des cas^{23 25}.

Elargir le dépistage et les messages de prévention

Le nombre global de tests réalisés ne reflète pas toujours la demande et l'accès par ceux pour qui il est le plus nécessaire. En effet, le nombre élevé de 36 000 personnes estimées en 2006 ne connaissant pas leur infection pour le VIH, confirme la nécessité d'innover dans les formes de communication et de mobiliser davantage les professionnels de santé autour du dépistage et de la prévention.

Le Conseil National du Sida (CNS) recommande, dans son rapport en 2006³⁸, de proposer plus largement le test et d'en faire évoluer les pratiques. Il propose le dépistage « hors les murs », la levée éventuelle d'anonymat dans les CDAG, et un meilleur accès pour les populations migrantes et en situation de précarité.

Les personnes concernées par le dépistage sont souvent les mêmes, et pour toucher les personnes qui échappent au test, la Haute Autorité de Santé (HAS) a donné un avis favorable, en octobre 2008, sur l'utilisation plus large de test de diagnostic rapide (TDR)¹⁴. Leur facilité technique permettrait de réaliser ces tests dans des structures décentralisées, hors les murs, près des populations cibles, voire par des professionnels non médecins formés au test³⁹.

2) Dépistage des autres IST

Les Chlamydioses

Certains pays d'Europe ont proposé un dépistage systématique, mais en France, la politique de dépistage est ciblée aux populations à risque. Or, ces infections sont souvent asymptomatiques (dans 50% des cas), ce qui contribue à leur transmission. L'ANAES a rendu un rapport, en 2003⁴⁰, sur le dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia, dans lequel il justifie l'intérêt du dépistage dans les populations à

risque (fréquentant les CDAG par exemple), notamment pour les femmes de moins de 25 ans. Ce rapport met en évidence l'importance d'un programme de dépistage, bien qu'aucune étude randomisée ne montre un réel impact d'un dépistage systématique en termes de prévalence. Il doit donc être accompagné de campagnes d'information et de sensibilisation du public pour améliorer leur adhésion. Ce rapport recommande également d'établir une stratégie de prise en charge diagnostique et thérapeutique standardisée de ces infections pour les médecins généralistes.

D'autres pays, comme le Danemark, utilisent des autoprélèvements (urinaires ou vaginaux), afin d'améliorer le taux de participation des patients au dépistage.

La Syphilis

Le dépistage de la syphilis est préconisé chez les personnes à risque et chez les femmes enceintes. Le dépistage systématique permettrait de traiter les personnes porteuses asymptomatiques dans une stratégie de prévention collective, cependant la faible incidence de la syphilis dans la population générale rend un tel dépistage « peu rentable ». L'HAS⁴¹ recommande donc de dépister les hommes ayant des relations sexuelles non protégées avec des hommes, les personnes ayant des partenaires multiples, les migrants en provenance de zones d'endémie, les travailleurs du sexe. Elle recommande aussi de dépister la syphilis lors du diagnostic d'une autre IST, ou d'une agression sexuelle.

L'infection à Papillomavirus humain (HPV)

C'est une des IST les plus fréquentes dans le monde⁴², souvent transitoire. Mais la persistance d'un des huit génotypes à haut risque oncogène est le facteur de risque principal du cancer du col de l'utérus. La prévention primaire de l'HPV est basée sur le vaccin, associé au dépistage par le frottis cervico-vaginal et à l'utilisation du préservatif, qui diminue mais n'empêche pas la transmission de l'infection.

Hépatite B

Le dépistage et la prévention de l'HBV sont encouragés par l'HAS, qui publie en 2006⁴³, un guide sur la prise en charge des patients infectés par l'hépatite B à l'attention des médecins généralistes. Dans ce rapport, l'HAS insiste sur la nécessité de dépister et d'encourager les mesures préventives, telles que le préservatif et la vaccination. Le dépistage⁴⁴ est obligatoire pour les femmes enceintes et les professionnels de santé. Il est proposé pour toutes les personnes à risque : originaires de pays endémiques, ayant des pratiques sexuelles à risque, en contact proche avec une personne porteuse de l'antigène HbS, UDI,... Pour toutes les personnes citées, le dépistage sera suivi d'une proposition de vaccination, par le médecin traitant ou dans les CDAG.

Hépatite C

Le dépistage de l'HCV est uniquement recommandé dans les populations ciblées⁴⁵ : personnes ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou labiles avant 1992, celles ayant au moins une fois dans leur vie utilisé des drogues par voie intraveineuse, les enfants nés de mère séropositive pour le VHC, les patients hémodialysés, ou encore les sujets séropositifs pour le VIH.

Le dépistage est une étape indispensable devant être renforcée dans les politiques de lutte contre les IST/VIH. Cependant, il n'est pas suffisant pour éviter la transmission et la propagation des IST : de très grandes difficultés apparaissent lorsqu'il s'agit de faire évoluer des comportements.

D. La prévention du VIH et des IST

Depuis le début de l'apparition du virus du Sida et la résurgence des IST, les politiques de prévention contre ces épidémies se sont profondément modifiées. Nous développerons ici les campagnes de prévention contre le Sida, qui peuvent être prises comme modèles d'évolution des messages de prévention.

1) Historique des campagnes de prévention VIH en France^{46 47}

Bien que le VIH ait été identifié en 1983, l'irruption de l'épidémie n'est pas immédiatement perceptible pour l'ensemble de la population. Le Sida est d'abord décrit comme une maladie touchant seulement certains groupes de personnes : « les 4H », HSH, haïtiens, héroïnomanes, et hémophiles. A partir de 1985, la population homosexuelle commence à adopter des comportements préventifs. Elle s'organise par le biais associatif afin de promouvoir le « safer sex », incluant la pratique du test de dépistage et la protection systématique.

L'épidémie VIH/Sida bouleverse alors les stratégies de prévention en France à partir de 1987, lorsque les pouvoirs publics prennent conscience de l'ampleur de l'épidémie et que le Sida devient l'affaire de tous. En 1987, les premières consultations CDAG apparaissent. Leur objectif est de dépister et donner des informations sur les moyens de prévention.

Entre 1987, l'Agence française de lutte contre le Sida (AFLS), lance la grande campagne « le Sida ne passera pas par moi »⁴⁸, axée sur l'utilisation du préservatif. Les effets de ces campagnes sont notables, puisque le recours au préservatif, lors du premier rapport, augmente de 8% en 1987 à 45% en 1993.

Par la suite, les messages de prévention se sont adaptés à l'épidémiologie et aux résultats d'enquêtes, comme KABP ou l'enquête ACSF (analyse des comportements

sexuels des français) réalisée en 1992, auprès de 20 000 personnes de 18 à 69 ans. Leurs objectifs sont de recueillir des informations utiles pour rendre plus adéquates les stratégies de prévention du Sida et de mesurer la fréquence des pratiques sexuelles comme facteurs de risque liés à la probabilité d'être contaminé.

Par ailleurs, la solidarité à l'égard des personnes atteintes est forte comme en témoigne la collecte de fonds exceptionnelle du premier Sidaction en avril 1994.

En 1996, l'arrivée des multithérapies, avec les résultats des essais thérapeutiques associant les antiprotéases, est largement relayée par les médias. La possibilité de traiter les personnes malades modifie l'impact des campagnes de prévention, qui sont alors facilitées par la proposition de dépistage pouvant être suivi d'un traitement.

Puis, en 1997, une nouvelle campagne de prévention s'intitule « le Sida existe toujours », suivie d'un message de responsabilité individuelle, en 1998, qui dit « le Sida aujourd'hui, on peut faire beaucoup mais rien sans vous ».

Les résultats de l'enquête KABP de 1998 ⁴⁹ : Ils montrent une baisse de l'intérêt à l'égard des campagnes d'information sur le sida et le préservatif, puisque 73 % des personnes interrogées se sont senties peu ou pas concernées (63 % en 1994). D'une manière générale, entre 1994 et 1998, les campagnes n'ont pas entraîné de modification des comportements. En effet, les proportions de répondants qui disent avoir été incités par les campagnes à utiliser les préservatifs, à prendre des précautions quant au choix des partenaires et à faire un test de dépistage, sont restées stables sur cette période, respectivement 36 % et 39%. Par ailleurs, le nombre d'appels reçus par Sida Info Service baisse régulièrement depuis 1995, avec 22 % d'appels en moins entre 1997 et 1998.

Les enquêtes KABP montrent une diminution régulière depuis 1994, de la crainte d'être contaminé par le VIH, qui est de 23% en 2004.

L'augmentation des comportements à risque et la diminution de la vigilance mettent les institutions et les associations face à un nouveau défi en termes de politique de santé publique. De nouvelles stratégies de lutte contre le VIH sont alors mises en place avec des campagnes d'actions nationales pour la population générale et d'autres actions sur des populations ciblées, afin de renouveler les messages sur le Sida et sur les IST réurgentes. L'amélioration de la qualité de vie des patients infectés ne doit pas faire oublier qu' « on en meurt encore ». En 2001, le nouveau mot d'ordre sera « l'épidémie reprend, reprenons le préservatif ».

En 2002, lorsque les cas de syphilis doublent, une campagne de prévention et d'incitation au dépistage est menée en Ile de France. Elle a eu un impact net avec la diminution du nombre des cas notifiés par l'InVS (448 en 2003 et 329 en 2005).

Les raisons du relâchement des comportements préventifs sont complexes. L'optimisme face aux nouveaux traitements, un «ras-le-bol» du préservatif, le besoin de transgression... renvoient à la question : les messages sont-ils toujours adaptés ?

La campagne "koi koi koi koi koi", lancée en 2006 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (l'INPES) est un exemple illustrant la pertinence d'adapter les messages de communication en direction des jeunes, afin de lutter contre la fragilisation de leurs connaissances. Il s'agit de spots radio qui diffusent des informations absurdes ("en cas d'accident de capote, ne pas déplacer la personne et attendre sagement les secours") et les jeunes doivent alors se rendre sur le site internet pour obtenir la bonne information⁵⁰.

Pérenniser les progrès de la prévention en adaptant les messages, constitue un grand défi pour les acteurs de la prévention du VIH.

2) Evolution des comportements sexuels en France

Les représentations du sida et des risques liés à la sexualité se sont profondément modifiées au cours des dix dernières années. Or, pour anticiper les évolutions de l'épidémie, il est important d'obtenir des données actualisées sur les comportements sexuels et sur les prises de risque.

Les enquêtes KABP

Réalisées tous les 3 ans depuis 1992, elles prennent en compte les nouveaux enjeux et contextes de l'épidémie, et permettent de suivre l'évolution des connaissances, croyances et comportements de prévention face au virus du Sida.

En 1998, l'enquête ³⁰ montre que l'image du préservatif reste positive, mais la part des personnes sans opinion est en nette progression, pouvant traduire un certain désintérêt à l'égard du préservatif. Les réticences s'expriment à travers l'idée qu'il diminue le plaisir sexuel (38 %) et qu'il crée des doutes chez le partenaire (23%).

Nouvelle enquête sur le «Contexte de la Sexualité en France» (CSF)

En mars 2007, cette nouvelle enquête réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) et l'Agence Nationale de recherche sur le Sida (ANRS), montre⁵¹ une augmentation du multi-partenariat, entre 2001 et 2004, surtout chez les jeunes et les femmes, donc de l'exposition au risque de Sida. L'âge du premier rapport diminue depuis 2000, et près de 90% des femmes et hommes de 18 à 24 ans ont utilisé un préservatif lors du premier rapport. Cependant, 20% des personnes ayant au moins trois partenaires ont eu des rapports non protégés dans les 12 derniers mois. Les femmes rapportent une moindre utilisation du préservatif que les hommes, lorsqu'elles ont des relations avec de nouveaux partenaires, ce qui traduit une certaine difficulté pour elle à négocier l'utilisation du préservatif.

Cette enquête récente montre donc la persistance de comportements à risques notamment chez les femmes. Ces données doivent contribuer à guider l'élaboration des politiques de prévention de l'infection à VIH et des autres IST.

3) Rôle des organismes institutionnels dans la prévention

La direction générale de la santé (DGS) en lien avec le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a la tâche de définir les programmes de lutte contre le VIH et les IST.

Les objectifs du programme 2005-2008 sont les suivant⁵² :

- Réduire l'incidence du VIH de moins 20% en 5 ans et des IST dans les populations et territoires prioritaires.
- Réduire le retard diagnostique, par des campagnes de communication à destination des professionnels et des publics cibles.
- Améliorer l'accessibilité des CDAG et étendre le dépistage aux centres de santé, avec des actions « hors les murs ».
- Maintenir une faible incidence du VIH en population générale et lutter contre les chlamydioses, l'herpès et le papillomavirus.
- Réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques.

L'INPES a pour mission la mise en oeuvre de la politique de prévention, en partenariat avec la DGS. Les objectifs nationaux bénéficient alors d'une adaptation au niveau régional, grâce aux Coordinations Nationales de Lutte contre le Sida, COREVIH, qui contribuent notamment à évaluer et améliorer les stratégies de dépistage, en partenariat avec les associations.

La politique de lutte contre le sida s'est ainsi construite autour de l'alliance entre les pouvoirs publics, les associations, et les professionnels de santé. L'Etat confie aux

associations de lutte contre le sida la mission d'agir sur le terrain, mais le Conseil national du Sida estime l'engagement de l'Etat insuffisant.

La stratégie de prévention destinée à la population générale, est axée sur l'éducation, la promotion et l'accessibilité pour tous du dépistage et des préservatifs. Les messages du ministère sont principalement diffusés à la télévision à l'occasion du 1^{er} décembre, journée mondiale de la lutte contre le Sida. Par exemple, le 1^{er} décembre 2007⁵³, une affiche et un film ont été diffusés : « le VIH est toujours là, protégez vous ». Le spot se conclut par la promotion du préservatif, et rappelle que le risque de contamination concerne tout le monde : « Le virus du Sida est toujours là et continue de se transmettre. Toutes les 90 minutes en France, une personne découvre qu'elle est contaminée. Le seul moyen de se protéger, c'est le préservatif ».

D'autres programmes, comme les campagnes produites par l'INPES, sont destinés à des populations prioritaires, tel que les migrants, les HSH, les hétérosexuels ayant des pratiques à risque, et les personnes vivant avec le VIH. L'INPES met à disposition des professionnels de santé des documents, tels que la collection « Repères pour votre pratique », qui donnent des informations de sensibilisation pour la pratique quotidienne des médecins généralistes. Concernant le dépistage du VIH et des IST, le document de cette édition datant de 2007, insiste sur l'utilité des brochures d'informations dans les salles d'attente des cabinets médicaux⁵⁴.

La DGS a publié le « Plan hépatites 2009-2012 »⁵⁵ dont les objectifs sont :

- Réduire la transmission du virus B et C, en renforçant la communication et l'information sur les hépatites, en augmentant la couverture vaccinale contre l'hépatite B, et en renforçant la prévention dans les situations à risque.
- Renforcer le dépistage : passer de 57 à 80 % les personnes porteuses de l'hépatite C connaissant leur séropositivité et de 45 à 65 % pour l'hépatite B.

- Renforcer l'accès aux soins pour les personnes atteintes d'une hépatite virale chronique : actualisation des guides médecins de l'HAS pour la prise en charge des hépatites B et C ; valorisation des actions d'éducation thérapeutique ; soutien aux actions de coordinations basées sur les réseaux ville-hôpital et les associations de patients.
- Mise en place de mesures complémentaires en milieu carcéral.
- Surveillance épidémiologique et suivi en collaboration avec l'INPES.

Pour l'association AIDES et l'Association Française pour la Réduction des risques (AFR) ce rapport ne répond pas aux attentes, notamment en matière de transmission de l'hépatite C chez les UDI et en milieu carcéral.

4) Rôle des associations de patients

Les associations de patients, acteurs de prévention fondamentaux, aident à la promotion du dépistage, des messages de prévention et à l'accompagnement des personnes à risque ou vivant avec le VIH. Leurs actions permettent de lever les tabous autour de la sexualité et des représentations de la maladie, parfois encore vécue comme stigmatisante et honteuse.

La complexité des déterminants comportementaux en matière de sexualité rend nécessaire une approche individuelle pour tenter de changer les pratiques et de réduire les risques sur le long terme. Les comportements sexuels sont influencés par les croyances avec une dimension psychologique et symbolique forte. Les enjeux sont également relationnels, affectifs ou pulsionnels, compliquant encore les décisions quand il s'agit de se protéger. La part de l'intentionnalité lors d'une prise de risque est difficile à préciser. Dans des situations de vulnérabilité affective ou de dépendances (drogues ou alcool), certaines personnes se mettent parfois, consciemment ou non, en danger.

Quelques exemples d'actions associatives

De nouvelles actions ont été initiées par des associations, pour mieux cibler les lieux de prise de risques : saunas, lieux de drague, ... désormais ciblés de façon privilégiée. Sur les sites internet de rencontres homosexuelles, des volontaires répondent aux questions notamment sur les modes de contamination.

Les Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida, CRIPS, ont conçu un outil original, « Positif? Gay et fier d'être responsable », avec le flyer et l'affiche s'adressant tout particulièrement aux HSH séropositifs. L'objectif est de valoriser les personnes séropositives qui maintiennent au long cours des comportements « safe ». Le CRIPS mène également des actions de proximité auprès des jeunes, notamment, avec des interventions régulières au sein des établissements scolaires, à l'aide de techniques éducatives et interactives (théâtre forum, photo langage, etc.) permettant de répondre de la manière la plus juste aux préoccupations des jeunes.

Le Kiosque Infos Sida conçoit un projet, depuis janvier 2008, « Trait d'Union », qui consiste en l'ouverture d'un lieu de dépistage du VIH « hors les murs » utilisant un TDR homologué. Le dépistage y serait gratuit et anonyme, dans le but de créer un autre type de structure répondant de façon plus adaptée aux attentes des usagers.

L'Association pour la Recherche et la Communication pour l'Accès aux Traitements, ARCAT, travaille auprès des personnes malades pour lutter contre l'exclusion sociale et professionnelle. Elle organise tous les mois des groupes de parole sur les traitements du VIH et des hépatites, et pilote une formation, l'Ecole de la santé, destinée aux personnes atteintes, sur le fonctionnement du corps et de l'infection par le VIH, dans le but d'améliorer l'observance des traitements. Elle édite également le mensuel, « Le Journal du Sida » (JDS), depuis 1988, avec le soutien de la DGS.

En 2007, le Sidaction a collecté plus de 18 millions d'euros, dont une partie a permis de financer des actions de prévention.

5) Rôle du médecin généraliste

Les "années Sida" ont abouti à l'évolution de la relation du malade avec son environnement, et notamment avec son médecin généraliste. L'épidémie s'est progressivement modifiée vers une prise en charge ambulatoire des patients infectés, et la place du médecin ainsi que ses missions ont du être repensées.

Selon l'enquête du Baromètre Santé des médecins en 2003⁵⁶, les médecins considèrent leur pratique d'acteurs de prévention comme positive : 98% pensent que la prévention des comportements sexuels à risque fait partie de leurs fonctions et 65% pensent qu'ils peuvent aider les patients à changer leur comportement vis-à-vis du préservatif. Cependant, les médecins se sentent moins efficaces et moins impliqués qu'en 1998 dans la prévention du VIH que dans d'autres domaines.

Le CNS confirme que de nombreux médecins ont des difficultés à aborder les questions intrusives et intimes liées aux IST, préférant parfois éviter le sujet. Or, la consultation médicale est un moment privilégié pour la mission de prévention, grâce à la relation de confiance entre le médecin et son patient.

Le médecin doit s'adapter à la demande du patient, à ses connaissances des modes de contaminations, à son attitude face au préservatif, et au contexte psychosocial influençant ses comportements sexuels. L'échange entre médecin et patient permet d'évaluer le risque personnel d'IST et d'informer sur les moyens de prévention : diminuer le nombre de partenaires et utiliser le préservatif. Ce dialogue permet aussi d'identifier les déterminants de vulnérabilité des personnes et de surmonter les obstacles à un comportement à moindre risque⁵⁴.

Les questions sur la sexualité sont rarement verbalisées par les patients, et nécessitent une capacité d'écoute importante de la part du médecin, qui doit être formé pour renforcer son implication dans la prise en charge de ces patients.

Les COREVIH favorisent la mise en œuvre de la formation continue à l'attention des médecins de ville. L'HAS a diffusé, en 2007, un guide ALD ⁵⁷ sur la prise en charge des personnes porteuses du VIH, pour aider les généralistes à suivre ces patients.

Un consensus formalisé, rédigé en janvier 2009⁵⁸, par la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et la Société française de lutte contre le Sida (SFLS), sur la prise en charge du VIH en médecine de ville, redéfinit les missions de soins de santé primaires, de la compétence du généraliste : la prévention, l'information et le dépistage, ainsi que le soutien psychologique, l'aide à l'observance des traitements et le suivi conjoint avec le spécialiste. La collaboration avec les médecins spécialistes hospitaliers, à travers les réseaux de santé existants, aide à une prise en charge de ces patients, dans un cadre pluridisciplinaire, en intégrant les soins à la démarche préventive.

Dans certaines populations, le dépistage du VIH est parfois freiné par une stigmatisation de la maladie. Or, il pourrait être mieux accepté s'il était proposé plus systématiquement, en diversifiant les lieux de dépistage hors des CDAG, et en s'appuyant sur les centres de santé.

En effet, le CNS propose un bilan de santé global avec un test VIH, réalisé dans les structures recevant des personnes en difficulté. De plus, lors de certaines consultations de médecine générale, le test doit être proposé plus systématiquement, sans nécessité d'avoir identifié des comportements à risque.

6) Objectifs et types des campagnes de prévention

Objectifs généraux d'une campagne de prévention contre les IST/VIH

L'OMS définit la prévention comme « une action de santé qui a pour objectif d'éviter l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé, en faisant appel à des mesures de portée collective ou individuelle ». Elle doit être pérennisée sur le long terme.

En matière de VIH et IST, les campagnes de prévention doivent rendre perceptible le risque de transmission, informer sur les conséquences de ces maladies, alerter sur les pratiques sexuelles à risque, et informer sur le rôle préventif du préservatif.

Le public ciblé

La visibilité de certains groupes à fort risque de transmission ne doit pas conduire à négliger l'importance de la diffusion de messages de prévention destinés à la population générale⁵⁹. Cependant, les informations doivent également s'adapter à des populations ciblées parfois plus vulnérables. La prévention doit être pensée avec tous les aspects de santé publique, y compris la protection sociale et l'accès aux soins pour les personnes étrangères ou en situation de précarité.

La prévention collective

Elle s'adapte aux évolutions épidémiologiques et comportementales, prend en compte l'âge, le mode de vie sexuel, le contexte socioculturel, et correspond aux attentes des personnes, sans attitudes moralisatrices.

La prévention individuelle

Les campagnes destinées au grand public ne sont qu'un élément du dispositif de prévention, qui comporte également des axes d'intervention auprès des individus, afin d'envisager chaque situation, au cas par cas.

Types de prévention

La prévention primaire permet d'empêcher la transmission et la propagation de la maladie, donc de réduire son incidence.

Les actions de prévention secondaire ou tertiaire visent à empêcher les personnes séropositives de développer un Sida ou ses complications.

Les moyens pouvant être mis en place

De nombreuses actions de prévention sont menées comme la distribution de préservatifs, les entretiens individuels (counseling pré-test dans les CDAG, par exemple), ou encore l'usage de seringues stériles pour les toxicomanes.

Les messages préventifs sont relayés par la télévision, la radio, les films, la presse spécialisée, les brochures... Par exemple, certains films ont été conçus, dans la lutte contre le Sida, comme « Moussa le taximan » destinés à la population d'Afrique subsaharienne, ou « Houria » pour la population maghrébine⁶⁰.

Des expériences de groupes de parole sur la sexualité, dans les associations, montrent que ces échanges favorisent l'émergence de discussions sur la prévention.

Des documents, élaborés et diffusés conjointement par les organismes institutionnels et les associations, sont disponibles dans de nombreuses langues.

Enfin, les outils disponibles sont très variés, mais la diffusion d'informations sur des supports « grand public » reste rare, et souvent limitée à certains lieux et dans le temps, par exemple, à l'occasion de la journée mondiale contre le Sida.

Deux exemples distribution de brochures d'information

- Créée en 1997, en collaboration avec des médecins généralistes, la collection « Ouvrons le dialogue », de l'INPES, a pour but de soutenir le travail d'éducation pour la santé dans les consultations médicales. Quatre thèmes ont été choisis pour illustrer cette démarche : le tabac, l'alcool, la vaccination, et le mal de dos. Ces outils peuvent inciter le patient à aborder ces sujets lors de la consultation. Ils peuvent aider le médecin à informer son patient, à faire le bilan de sa situation, et renforcer sa motivation à changer de comportement. Cette démarche d'éducation pour la santé est un acte d'accompagnement du patient par son médecin généraliste, dont l'objectif est l'acquisition par la personne des moyens de promouvoir sa santé.

- La société IDS Santé diffuse depuis 1993 des brochures d'éducation pour la santé. Plus de 16 000 médecins et pharmaciens bénéficient du service "Brochures-Patients" pour relayer les campagnes nationales d'information et de prévention, destinées au grand public. Des brochures, institutionnelles, associatives, d'entreprises privées et des laboratoires pharmaceutiques, sont disponibles sur leur site internet, avec un réassortiment régulier tous les trois mois et gratuit.

III. JUSTIFICATION ET MISE EN PLACE DU PROJET DOCUVIR

A. Justification et présentation du projet DOCUVIR

1) Justification du projet DOCUVIR

Un des objectifs du Programme national de lutte contre le Sida et les IST de 2005-2008 est l'élaboration et la diffusion de documents à destination des professionnels de santé, pour favoriser la proposition de dépistage des IST et du VIH pour l'ensemble de la population et les groupes prioritaires. Pour cela, la collaboration entre médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens et les différents acteurs de prévention doit être renforcée.

De nombreuses associations de patients travaillent dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH/Sida. Leurs actions de prévention visent souvent des populations à risque et des lieux ciblés. Or, pour la population générale, les informations de prévention sur les IST/VIH sont souvent peu accessibles, et les outils de prévention absents ou inadaptés.

Le Réseau Santé Paris Nord, conscient du rôle que peuvent jouer les médecins de ville et les pharmaciens dans la diffusion de ces informations, a contacté trois associations de prévention du VIH/Sida dans le but d'étendre leurs messages de prévention à une population plus large, dans des lieux de soins de santé primaires. L'idée initiale du projet était de renforcer l'implication de ces professionnels de santé dans la prévention des IST et du VIH, en mettant à leur disposition un moyen de diffusion de documents d'information sur ces thèmes.

Généralement, les messages d'information dans les officines et les cabinets médicaux sont donnés spontanément par les praticiens, lors de certaines consultations ou situations particulières. La demande des patients sur les thèmes de sexualité est rarement exprimée, donc difficile à évaluer, et les personnes ayant justement des difficultés à exprimer leur demande, sont souvent plus susceptibles d'avoir des comportements à risque. C'est donc pour elles que les messages de prévention primaire doivent être renforcés.

Le groupe de travail à l'initiative du projet DOCUVIR a constaté que des présentoirs de documents d'information sur les IST/VIH sont parfois présents dans les pharmacies et les salles d'attente des cabinets médicaux, mais que leur contenu ne fait en général pas l'objet d'une réflexion structurée, leur réapprovisionnement est souvent irrégulier, et les informations données manquent parfois de cohérence.

Or, ces outils de prévention sur les IST/VIH pourraient aider l'ouverture du dialogue entre le médecin et le patient, lorsque la demande n'est pas formulée.

2) Présentation globale du projet

Constitution du groupe de pilotage pour diriger le projet DOCUVIR

Il comprend des médecins et des pharmaciens de ville et hospitaliers, ainsi que des membres de trois associations de patients de lutte contre le VIH/Sida : Le Kiosque Infos Sida et Toxicomanie, Aides Paris Ile de France, et ARCAT.

Ce groupe a contacté le département de médecine générale (DMG) de Paris 7, dont deux enseignants médecins font partie également du groupe de pilotage DOCUVIR.

Ils ont proposé qu'une étudiante en thèse de médecine générale (auteur du présent document) soit associée au projet, ainsi qu'une étudiante en pharmacie. Les deux étudiantes ont participé à la totalité des réunions du groupe de pilotage.

Description du projet

DOCUVIR consiste en l'élaboration d'un outil de prévention sur les IST/VIH, qui permet la distribution de brochures d'information, dans des lieux de soins primaires.

Les documents proposés, édités par des organismes institutionnels ou par des associations, sont destinés à un public le plus large possible.

Ce projet a été réalisé avec un financement public très réduit, du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) d'Ile de France, et sans participation des laboratoires pharmaceutiques. Une implication forte des partenaires a été nécessaire, pour commander les documents, les distribuer, et organiser le projet.

B. Réalisation du projet DOCUVIR : les choix stratégiques

1) Lieux pilotes du projet

Le projet se déroule dans des salles d'attente de cabinets de médecine générale et des officines pharmaceutiques du Réseau Santé Paris Nord, dans les arrondissements du nord-est de Paris. Le département « Viroses Chroniques » du Réseau a informé ses membres du projet, et les dix premiers pharmaciens et les dix premiers médecins généralistes contactés par téléphone qui ont manifesté leur désir de participer, ont été choisis. Le groupe de pilotage a décidé de tester également l'initiative dans deux consultations et deux pharmacies hospitalières.

Certains médecins exercent dans des cabinets de groupe, avec plusieurs professionnels médecins ou paramédicaux, et d'autres travaillent dans des cabinets individuels, avec une fréquentation moindre. Ces lieux sont également hétérogènes par le type de patientèle suivie, plus ou moins concernée par les IST/VIH.

24 lieux pilotes (annexe 2) cabinets de médecine générale, pharmacies de ville, consultations et pharmacies hospitalières, accueillent le présentoir DOCUVIR.

2) Les populations étudiées

L'Île de France est la région choisie pour ce projet, car les partenaires impliqués y sont implantés. Cette région se distingue par l'ampleur de l'épidémie.

Les origines ethniques des personnes concernées par ce projet sont diverses. Les personnes d'origine étrangère sont largement représentées, comme c'est le cas en Île de France, et représentent 60 % des découvertes de séropositivité, ce qui nécessite une adaptation des messages aux connaissances et aux attentes de ces patients. Or, avant le début du projet, leur niveau de connaissance sur les IST/VIH n'est pas connu, et leurs attentes n'ont pas pu être évaluées. La notion du besoin d'information repose donc sur les données des enquêtes citées précédemment, et sur celles fournies par les acteurs de terrain des associations partenaires.

3) Le choix des thèmes et des brochures

Les brochures sont choisies par le groupe de pilotage (les associatifs, les 2 médecins et la pharmacienne du Réseau Santé Paris Nord et les thésardes), sur les thèmes des IST/VIH et leur prévention, parmi les documents édités par les organismes institutionnels et les associations. Les médecins et pharmaciens investigateurs n'ont pas participé à ce choix.

Le choix des documents est fait selon les critères d'intérêt et de qualité des informations fournies, ainsi que de leur accessibilité et lisibilité pour tous.

Les informations données dans les documents choisis sont axées à la fois sur la prévention primaire et secondaire, à destination d'un large public. Des explications sur les différentes maladies y sont données, sur leurs modes de contamination, leur

dépistage, et les moyens de les prévenir, notamment par l'utilisation du préservatif. Certaines brochures ciblent un public particulier (jeunes, migrants, ou personnes infectées), donnant alors des informations utiles sur les lieux d'accueil et d'écoute, ou encore des outils pour une meilleure compréhension des traitements. (cf annexe 3)

17 brochures et revues sont retenues, et on fixe à 4 000, le nombre d'exemplaires nécessaires de chaque brochure.

4) Le déroulement du projet

a) Dispositif mis en place

Les praticiens choisissent entre deux types de présentoir, mural ou tourniquet, selon la configuration de leur espace d'accueil.

La participation des médecins et pharmaciens est volontaire et bénévole.

Le contenu du présentoir est identique pour tous les participants, avec le même nombre de brochures distribuées au début (10 à 20 exemplaires selon la disponibilité de chaque brochure). Les médecins ne doivent pas modifier le contenu du présentoir, en évitant d'y ajouter d'autres brochures, pour faciliter l'évaluation.

La durée prévue du projet expérimental est de 6 mois.

b) Le système de réassortiment

Un outil informatique est mis en place par le programmeur du Réseau Santé Paris Nord, sous forme d'une page internet couplée à une messagerie électronique.

Les participants peuvent ainsi commander les brochures épuisées, au fur et à mesure qu'elles sont prises par les patients. Un mail est alors automatiquement envoyé aux organisateurs et la commande prise en compte. Les brochures sont livrées dans les meilleurs délais, par les étudiantes.

On prévoit aussi des passages systématiques pour réapprovisionner complètement le présentoir, notamment pour les revues périodiques, qui ont une édition mensuelle. Les médecins et les pharmaciens sont formés au logiciel lors d'une première réunion de préparation, puis au moment de l'installation du présentoir sur leur lieu d'exercice.

c) Le calendrier prévisionnel du projet DOCUVIR

Février 2007 :	Constitution du groupe de pilotage.
Mars 2007 :	Choix des présentoirs et des brochures disponibles.
Juin 2007 :	Obtention d'un financement du PRSP.
Septembre 2007 :	Recrutement des médecins et pharmaciens.
Octobre 2007 :	Réalisation du site internet, outil de réassortiment des présentoirs en brochures.
Novembre 2007 :	Réunion de présentation de DOCUVIR pour les médecins et pharmaciens.
1^{er} décembre 2007 :	Début simultané du projet pour tous les participants, avec installation des présentoirs dans les 24 lieux pilotes.
Décembre 07 - Juin 08 :	Déroulement du projet expérimental DOCUVIR, avec réapprovisionnement régulier des présentoirs.
Avril 2008 :	Finalisation des questionnaires d'évaluation.
Mai 2008 :	Phase d'évaluation du projet (quantification des brochures et enquêtes patients et professionnels).
Juin 2008 :	Fin du projet après une durée prévue de six mois.
Décembre 2008 :	Premiers résultats de l'évaluation pour les participants, et les financeurs potentiels de l'extension du projet.

5) Le rôle des différents acteurs du projet

Le Réseau Santé Paris Nord

Le Réseau a assuré la constitution du groupe de pilotage, organisateur du projet. Il a mis à sa disposition la logistique du Réseau, son site internet, et ses outils de gestion informatique (mailings automatiques, envoi de comptes-rendus...). Il a également assuré les démarches nécessaires à l'obtention du financement du projet.

Les associations

Les associations porteuses du projet, Le Kiosque, ARCAT, et AIDES Paris-Ile de France, se sont fortement impliquées dans DOCUVIR. Leur expérience de terrain et leur investissement en moyens humains et financiers étaient le garant de leur participation à ce projet. Elles se sont chargées du choix des présentoirs, et ont fait la sélection des brochures disponibles, pour les soumettre au groupe de pilotage. Elles ont également assuré le stockage des brochures.

Le groupe de pilotage

Le groupe de pilotage de DOCUVIR s'est réuni quinze fois, depuis l'initiative du projet jusqu'à sa réalisation finale. Il a assuré la conception scientifique du projet, le choix des participants investigateurs, la finalisation des questionnaires d'évaluation faits par les étudiantes thésardes, et le rendu des résultats aux investigateurs.

L'université

L'université de médecine Paris 7 a choisi l'étudiante chercheuse en médecine générale et désigné des membres du DMG pour participer au groupe de pilotage.

La faculté de pharmacie de Paris a proposé une étudiante chercheuse en pharmacie, participant à l'évaluation dans les officines pharmaceutiques.

IV. EVALUATION DU PROJET DOCUVIR

A. Justification de l'étude

L'évaluation d'une action sanitaire telle que DOCUVIR a pour objectif de dégager les paramètres devant lui permettre d'être viable et pérenne à long terme. Cette évaluation peut se faire à différents niveaux :

- **Evaluation des informations transmises auprès des patients**

Ce type d'évaluation est très difficile. La plupart des structures qui éditent des brochures sur la santé s'appuient sur le postulat d'une certaine efficacité, malgré le manque d'évaluation. Concernant le projet DOCUVIR, nous avons choisi des outils d'évaluation qui ne permettaient pas de mesurer l'acquisition des connaissances par les patients grâce aux brochures.

- **Evaluation de faisabilité**

Nous avons choisi d'évaluer DOCUVIR avec des objectifs d'ordre logistique, afin d'apprécier la faisabilité du projet, les problèmes rencontrés lors de sa mise en place, et de préciser les attentes réelles des patients et des professionnels de santé.

Par ailleurs, si au terme de l'évaluation, ce mode de diffusion d'information semble efficace, la question de son extension devrait se poser, afin d'en élargir la portée et l'impact. Dans ce contexte, les responsables du projet et de sa possible extension à échelle régionale, ont besoin de résultats chiffrés, tel que le nombre de brochures à distribuer, pour fixer les moyens opérationnels et financiers nécessaires.

La présente évaluation du projet DOCUVIR est une étude préliminaire de faisabilité sur la diffusion de brochures d'information sur les IST/VIH dans les cabinets médicaux et pharmacies, en vue d'une possible extension du projet.

B. Hypothèses de départ

La construction du projet DOCUVIR repose sur un certain nombre d'hypothèses :

- Les patients souhaitent avoir des informations sur les IST et le VIH.
- Les salles d'attente des cabinets médicaux et les pharmacies sont des lieux de diffusion adaptés, permettant un accès facile à ces informations.
- Les informations données à travers les brochures, associées à celles données oralement, améliorent les connaissances des patients.
- Les patients ont des difficultés à aborder ces sujets délicats et demander des informations activement à son médecin peut être un obstacle.
- Les patients et les professionnels de santé ont des attentes précises sur la distribution de ce type de documents d'information.
- Les brochures d'information peuvent être l'occasion d'ouvrir un dialogue entre le patient et le professionnel de santé.
- Le manque d'une telle distribution dans les lieux de soins primaires, est lié à la difficulté de constituer une bibliothèque de brochures, et d'en assurer le réassortiment.
- Le projet DOCUVIR répond aux attentes des professionnels de santé et des patients, et est reproductible à plus grande échelle.

C. Objectifs de l'étude

Nous avons construit les objectifs de l'étude d'évaluation de DOCUVIR en ciblant les hypothèses formulées ci-dessus.

1) Objectifs principaux

Objectif 1 : Mesurer la quantité de brochures distribuées et consultées par les patients, globalement et sélectivement.

Objectif 2 : Evaluer la visibilité du présentoir et l'utilisation des brochures par les patients dans les lieux de diffusion du projet pilote.

Objectif 3 : Evaluer la satisfaction des patients et des professionnels de santé face à ce type d'outil.

Objectif 4 : Evaluer la satisfaction des professionnels de santé concernant le dispositif logistique mis en place (choix des brochures, réassortiment).

2) Objectifs secondaires

Objectif 5 : Identifier les problèmes rencontrés lors de la mise en place du projet à chaque étape de son déroulement.

Objectif 6 : Préciser les attentes des patients et des médecins en termes de brochures sur les IST/VIH, et leur adéquation aux choix initiaux.

Objectif 7 : Evaluer la capacité d'un tel dispositif à susciter l'ouverture d'un dialogue entre le patient et le professionnel de santé.

Objectif 8 : Faire des propositions d'amélioration du projet et fixer les moyens et objectifs d'une possible extension à plus large échelle.

D. Méthode d'évaluation

1) Indicateur d'impact : la quantité de brochures utilisées

Pendant le déroulement du projet, les brochures distribuées sont comptabilisées, dans chacun des cabinets médicaux : les 10 ou 20 brochures initialement distribuées auxquelles sont ajoutées celles réapprovisionnées pendant le projet. A la fin de l'expérience, on déduit celles qui restent sur le présentoir pour obtenir le nombre de celles prises réellement par les patients.

La distribution et l'utilisation des brochures sont ainsi appréciées globalement, et sélectivement brochures par brochures.

On compare la quantité de brochures distribuées selon les thèmes abordés, ou le public ciblé, et en rapportant ces données aux caractéristiques de chaque site de l'étude, type de cabinet et ses particularités.

On compte le nombre de réapprovisionnement nécessaire dans chaque cabinet.

2) L'intérêt et la satisfaction

- **Une enquête d'évaluation auprès des patients (Cf annexe 5)**

Un questionnaire standardisé et auto-administré est distribué aux patients dans les 10 cabinets médicaux pilotes, à la fin du projet. Il comporte 6 questions simples, fermées, dont une seule comporte une partie ouverte aux commentaires.

On fixe le nombre de questionnaires à recueillir par cabinet à 10, soit 100 au total. Ils sont laissés dans les salles d'attente, puis, une fois remplis, ils sont récoltés par le médecin ou sa secrétaire, ou encore dans une enveloppe prévue à cet effet dans la salle d'attente. Ils peuvent aussi être donnés par le médecin en fin de consultation.

Les patients interrogés sont tous volontaires mais pris de façon aléatoire, pour avoir un échantillon le plus représentatif possible de la patientèle de chaque cabinet.

La première partie du questionnaire concerne les caractéristiques, âge et sexe, des personnes interrogées. Nous avons choisi de ne pas évaluer leurs catégories socioprofessionnelles.

Les critères d'analyse des réponses de la deuxième partie du questionnaire sont la visibilité du présentoir, l'utilisation des brochures, la satisfaction du projet, et les attentes des patients.

- **Une enquête d'évaluation auprès des médecins (Cf annexe 6)**

Tous les médecins volontaires, investigateurs du projet et appartenant au Réseau Santé Paris Nord, sont inclus dans l'évaluation faite au terme des 6 mois.

Les 10 médecins sont interrogés à l'aide d'un questionnaire semi directif, fait sous forme d'entretien par l'enquêtrice (moi-même). Il comporte 15 questions fermées et ouvertes, de manière à faciliter l'expression de leurs avis, tout en essayant de ne pas interagir avec l'enquêté pour ne pas biaiser ses réponses.

La première partie du questionnaire concerne les caractéristiques, âge et sexe des médecins interrogés, ainsi que celles de leur cabinet et leur pratique. Puis, les critères analysés sont la satisfaction du projet et de sa logistique, l'utilité des documents proposés pour une ouverture au dialogue, leurs attentes et leur souhait de poursuivre l'expérience.

- **Méthode d'évaluation des l'objectifs secondaires**

Les enquêtes réalisées auprès des patients et auprès des médecins permettent également d'évaluer les objectifs secondaires. Cependant, l'objectif 5 est apprécié à l'aide de la tenue d'un « carnet de bord », permettant de répertorier, au fur et à mesure du déroulement du projet, les difficultés rencontrées dans sa mise en place.

- **L'enquête dans les hôpitaux**

Dans les consultations hospitalières, le même questionnaire est soumis à des patients dans la salle d'attente.

L'enquête a été réalisée dans un seul des deux hôpitaux de l'étude.

L'identification des médecins d'une consultation hospitalière est plus difficile que dans un cabinet médical de ville : ils sont plus nombreux, et leur niveau d'implication dans le fonctionnement du service est variable. Il a donc été choisi de ne pas faire d'enquête auprès des médecins hospitaliers.

On compte également le nombre de brochures distribuées et prises par les patients.

3) Analyse des données

Les résultats concernant la quantité des brochures distribuées sont traités à l'aide du logiciel Excel, sous forme de tableaux et de graphiques, avec une analyse quantitative sur la simple base de pourcentages.

L'analyse des données quantitatives (questions fermées) de l'enquête auprès des patients et des médecins est faite à l'aide du logiciel Modalisa.

Une analyse complémentaire qualitative est faite à partir des commentaires des questions ouvertes, retranscrites par l'enquêtrice. Cette analyse a permis de regrouper des thèmes par unités de sens et de dégager des idées fortes.

A noter que le nombre de 10 questionnaires médecins est faible pour prétendre faire une analyse quantitative des données qui soit statistiquement valable.

E. Résultats

1) Objectif 5 : Problèmes rencontrés lors de la mise en place du projet - Respect de la stratégie et ressources prévues

Le projet a démarré, avec plus de 2 mois de retard, le 17 février 2008, ce qui a déçu certains participants, qui espéraient avoir le présentoir pour la journée mondiale contre le Sida. Les difficultés de commande et de réception des brochures et présentoirs expliquent ce retard.

Le projet a duré 5 mois au lieu des 6 mois prévus.

D'autre part, le choix initial des brochures a dû être modifié, compte tenu de la difficulté d'en obtenir les quantités suffisantes. Certaines brochures étaient redondantes, et les investigateurs n'ont pas pu être informés de ces changements.

Un autre problème est apparu : le dispositif de réassortiment par internet n'a été utilisé que par quatre des dix médecins, à cause de l'absence d'accès à internet pour certains, ou du manque de temps pour faire les commandes. Nous les avons souvent contactés par téléphone pour livrer les brochures manquantes, et les livraisons régulières prévues n'ont pas pu être faites par manque de moyens humains. Les retards de livraisons ont été fréquents, et les possibilités de faire appel à un coursier ou à la voie postale ont été écartées pour des raisons économiques.

Du fait des difficultés de réapprovisionnement citées ci-dessus, et par manque d'évaluation préalable de l'attente des patients, la distribution de certaines brochures (telles que Le Journal du Sida et Tétu+) a été insuffisante. Les présentoirs sont restés parfois plusieurs jours mal fournis en certaines brochures, notamment les plus demandées. D'autres brochures (telle que Hépatite C et Vaincre le Sida) ont été distribuées en trop grande quantité par rapport à leur utilisation.

2) Objectif 1 : Quantification des brochures distribuées et consultées

- **Caractéristiques des cabinets médicaux et des médecins généralistes**

Les quartiers de Paris dans lesquels les médecins de notre enquête exercent sont les 9, 10, 11, 18, 19 et 20^{ème} (3 dans le 18^{ème} et 3 autres dans le 20^{ème} arrondissement).

La fréquentation de ces dix lieux de soins primaires est très hétérogène : entre 10 et 90 patients par jour, susceptibles de voir le présentoir lors de leur passage dans la salle d'attente. Sur les 10 cabinets, 8 reçoivent plus de 30 patients par jour.

Deux sont des cabinets individuels et les 8 autres sont collectifs, avec d'autres médecins ou professionnels paramédicaux. On compte, parmi les médecins, 4 hommes et 6 femmes. Leur âge n'est pas connu précisément.

D'autre part, 7 des 10 médecins de l'étude suivent, dans leur patientèle, plus de 30 patients infectés par une hépatite chronique ou par le VIH (10 à 450 patients) et 3 d'entre eux en suivent plus de 250 au total (*Cf Tableaux I*).

L'origine ethnique des personnes suivies dans les cabinets n'a pas été précisément étudiée. Seuls deux cabinets concentrent une population majoritairement africaine.

Tableaux I :

Activité des cabinets médicaux :

Nombre de patients par jour	Effectifs
> ou = 15 et < 30	2
> ou = 30 et < 45	3
> ou = 45 et < 60	2
> ou = 60 et < 75	1
> ou = 75	2
Total médecins interrogés	10

Type d'activité des cabinets :

Nombre de patients infectés suivis au total	Effectifs
De 5 à 10	1
de 20 à 30	2
> 30	7
Total/ interrogés	10

- **Nombre de brochures distribuées dans les cabinets**

Au total, 4201 brochures ont été distribuées dans les dix cabinets pilotes.

La répartition des distributions par cabinet et par arrondissement de Paris est représentée dans la dernière colonne de droite du *tableau 1*.

Cabinets médicaux regroupés par quartiers	Nombre de patients par jour fréquentant les salles d'attente des cabinets	Nombre de patients suivis pour VIH/Hépatites dans les cabinets	Total des brochures prises par les patients dans les cabinets et par quartiers	Total brochures distribuées dans les cabinets et par quartiers
18^{ème}			825	1151
Dr Avramov	80 à 100	20 à 30	254	362
Dr Bourovitch	40	50	131	205
Dr Aubert	75	250	440	584
19^{ème}			486	952
Dr Taulera	40 à 50	250 à 300	486	952
20^{ème}			390	584
Dr Santana	30 à 40	> 50	147	178
Dr Lazimi	15	20 à 30	160	238
Dr Demoor	35	450	83	168
9^{ème}			327	441
Dr Majerholc	60	> 30	327	441
10^{ème}			255	506
Dr Lavielle	50	>30	255	506
11^{ème}			260	567
Dr Rotnemer	10 à 30	5 à 10	260	567
TOTAL	435à 495 patients/j	1155 à > 1230	2543	4201

Tableau 1

- **Nombre de brochures consultées par les patients**

En déduisant les brochures restées sur le présentoir à la fin du projet, 2543 brochures ont été réellement prises par les patients dans les cabinets, sur les 4201 distribuées, soit 60% en moyenne.

Le nombre de brochures prises dans chaque cabinet varie de 83 à 486, comme le représente la deuxième colonne de droite du *tableau 1* et la *figure 1*.

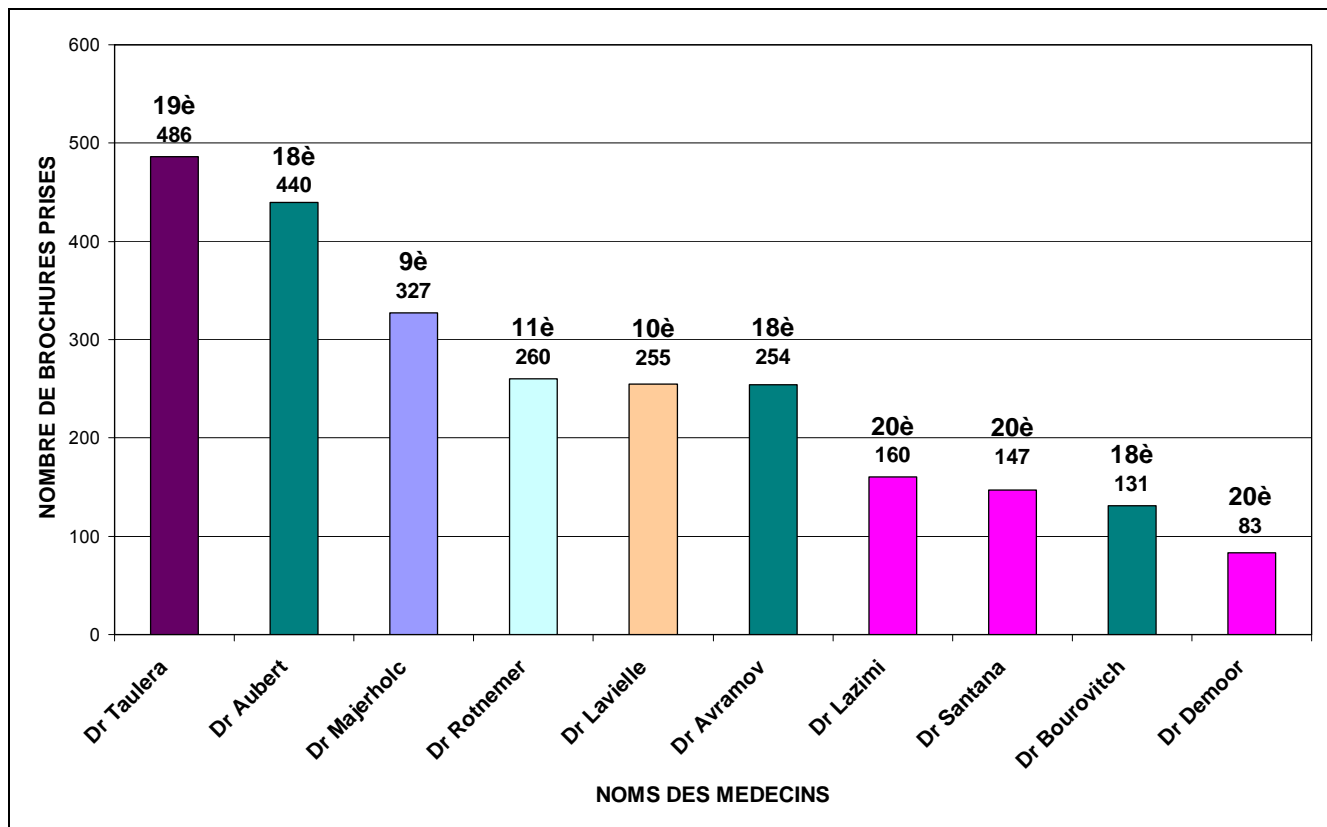


Figure 1

Par la suite, nous utiliserons les nombres de brochures prises par les patients (et non les nombres de brochures distribuées), puisque la différence est importante et que leur distribution a dépassé largement leur utilisation par les patients. Les 4000 exemplaires de brochures prévus et 250 périodiques par mois ont été surestimés.

- Répartition par quartiers dans Paris

La répartition des brochures prises par arrondissements montre que les brochures prises dans le 18^{ème} et le 19^{ème} arrondissement représentent environ la moitié de la totalité des brochures prises sur les dix cabinets. Les autres quartiers sont le 9^{ème}, le 10^{ème}, le 11^{ème}, et le 20^{ème}.

Le pourcentage de brochures prises parmi celles distribuées est autour de 70%, (supérieur à la moyenne de 60%) dans les 9^{ème}, 18^{ème}, et 20^{ème} arrondissements. Dans les autres arrondissements, 10^{ème}, 11^{ème}, et 19^{ème}, environ 50% des brochures distribuées ont été réellement prises par les patients, comme le montre la *figure 2*.

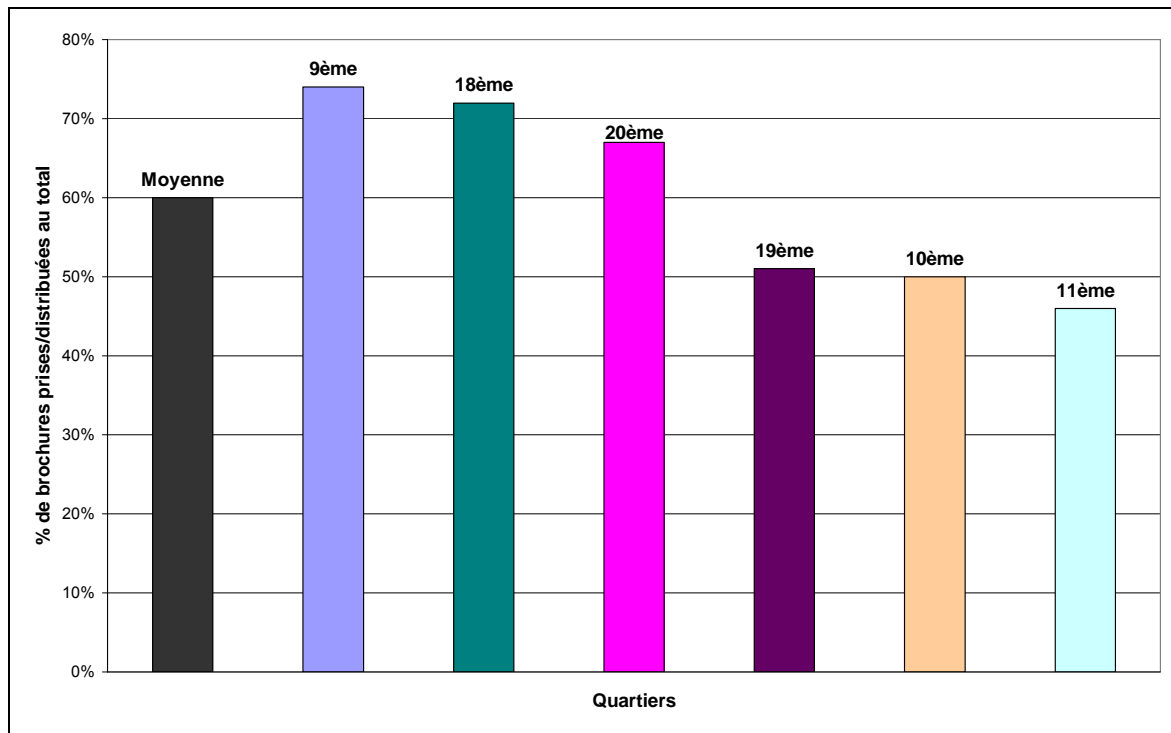


Figure 2

- **Comparaison par fréquentation des cabinets médicaux**

La fréquentation des cabinets médicaux de l'étude est très variable. Le nombre de patients par jour qui passent dans les salles d'attente des cabinets où se trouve le présentoir, est représenté dans la deuxième colonne de gauche du *tableau1*, et varie entre 10 à 100 patients par jour.

La *figure 3* représente les cabinets médicaux par ordre croissant de fréquentation.

On n'observe pas de corrélation entre le nombre de patients fréquentant par jour les cabinets et le nombre de brochures prises sur le présentoir.

Cependant, le nombre de patients par jour ne reflète pas à lui seul la fréquentation de la salle d'attente, qui dépend aussi du temps d'attente des personnes. Or, celui-ci n'est pas mesuré dans le projet, et serait très difficile à évaluer.

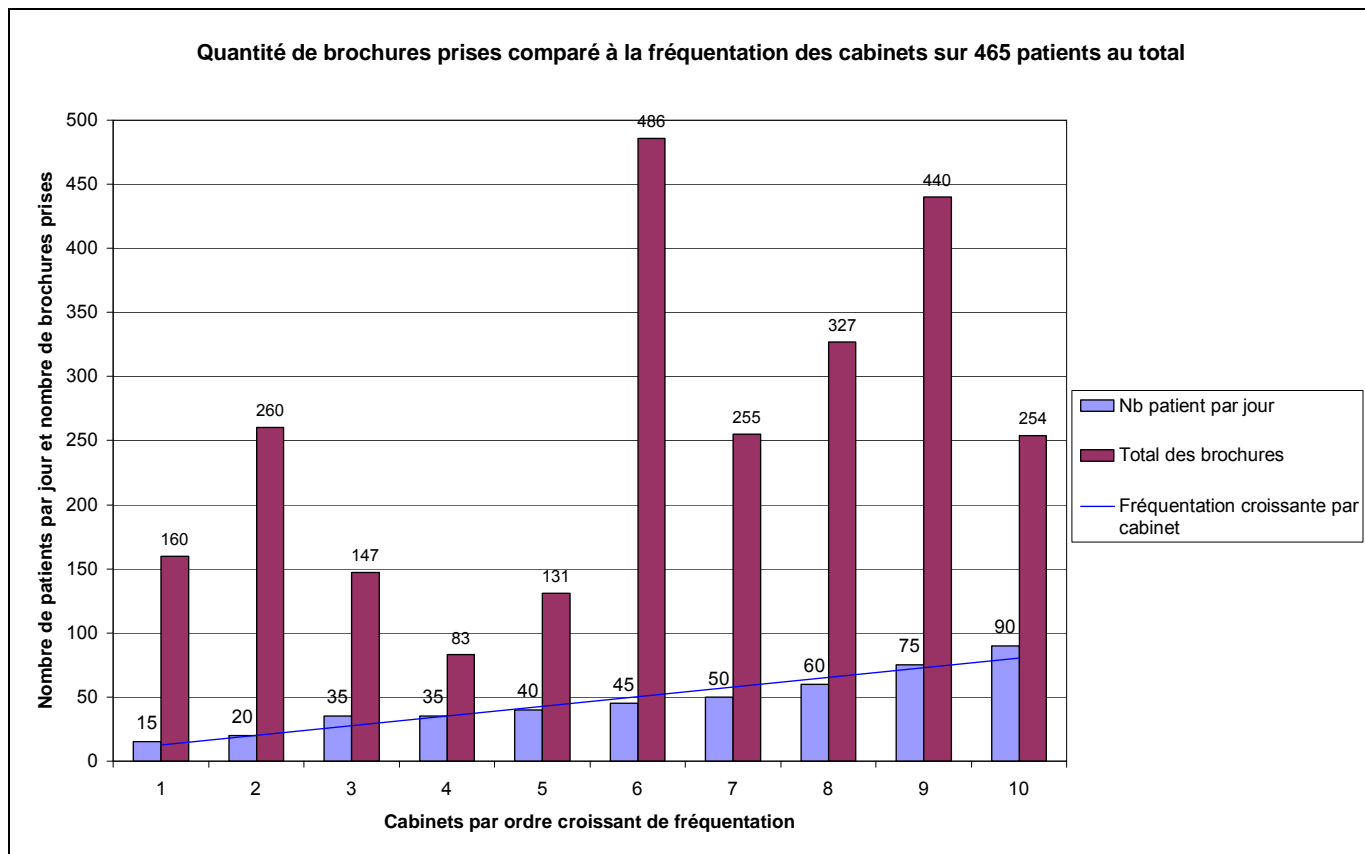


Figure 3

- **Comparaison par type de patients suivis dans les cabinets médicaux**

Le nombre de patients suivis pour une IST chronique ou le VIH dans les lieux pilotes de l'étude, varie de 10 à 450 patients au total, sur toute la patientèle, comme le représente la troisième colonne du *tableau 1*.

La *figure 4* représente les cabinets médicaux classés par ordre croissant du nombre de patients suivis pour une hépatite chronique ou le VIH.

On ne retrouve pas de corrélation entre le nombre de patients suivis pour une hépatite chronique ou le VIH et le nombre de brochures prises.

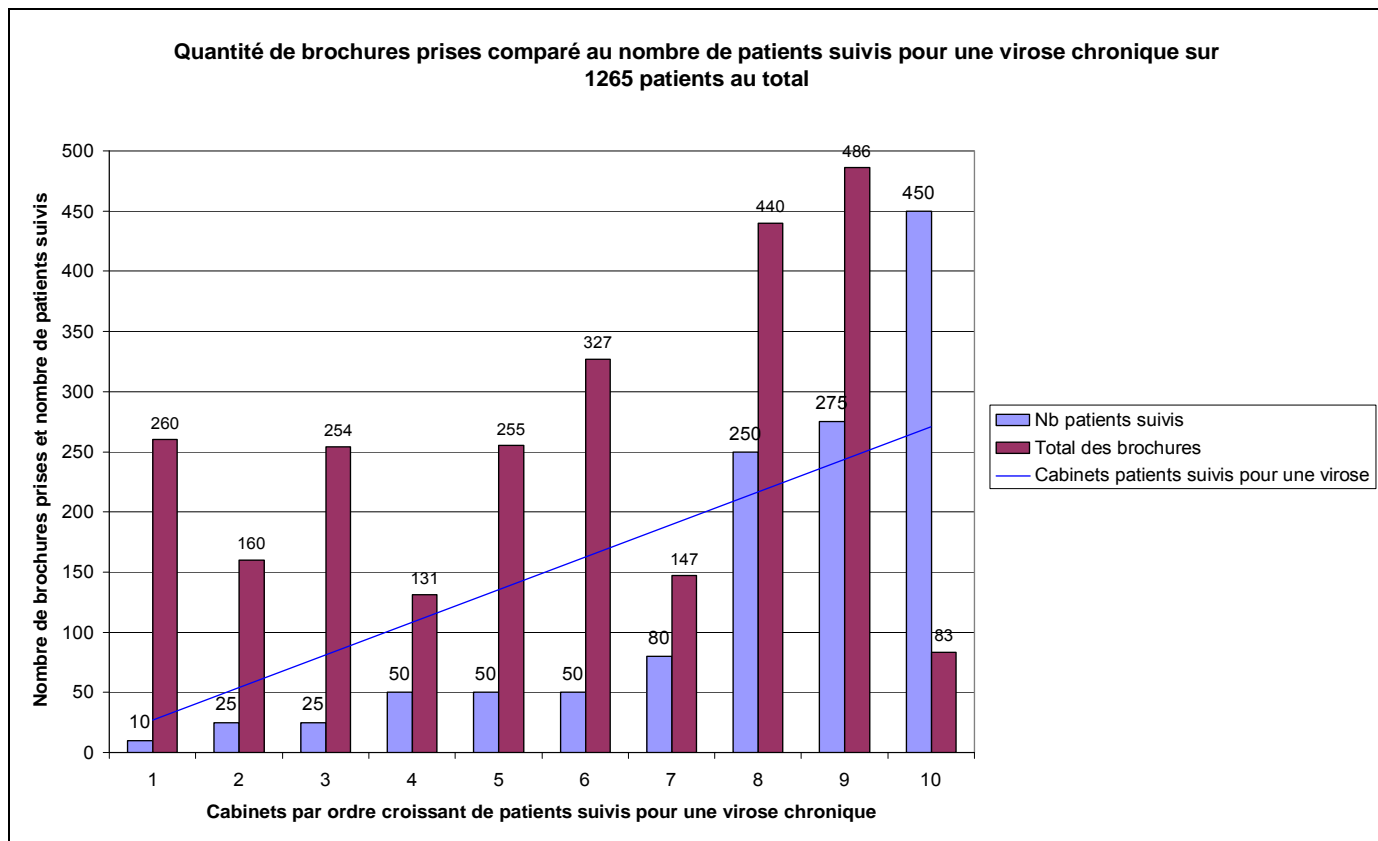


Figure 4

- **Nombre de chacune des 17 brochures prises par les patients**

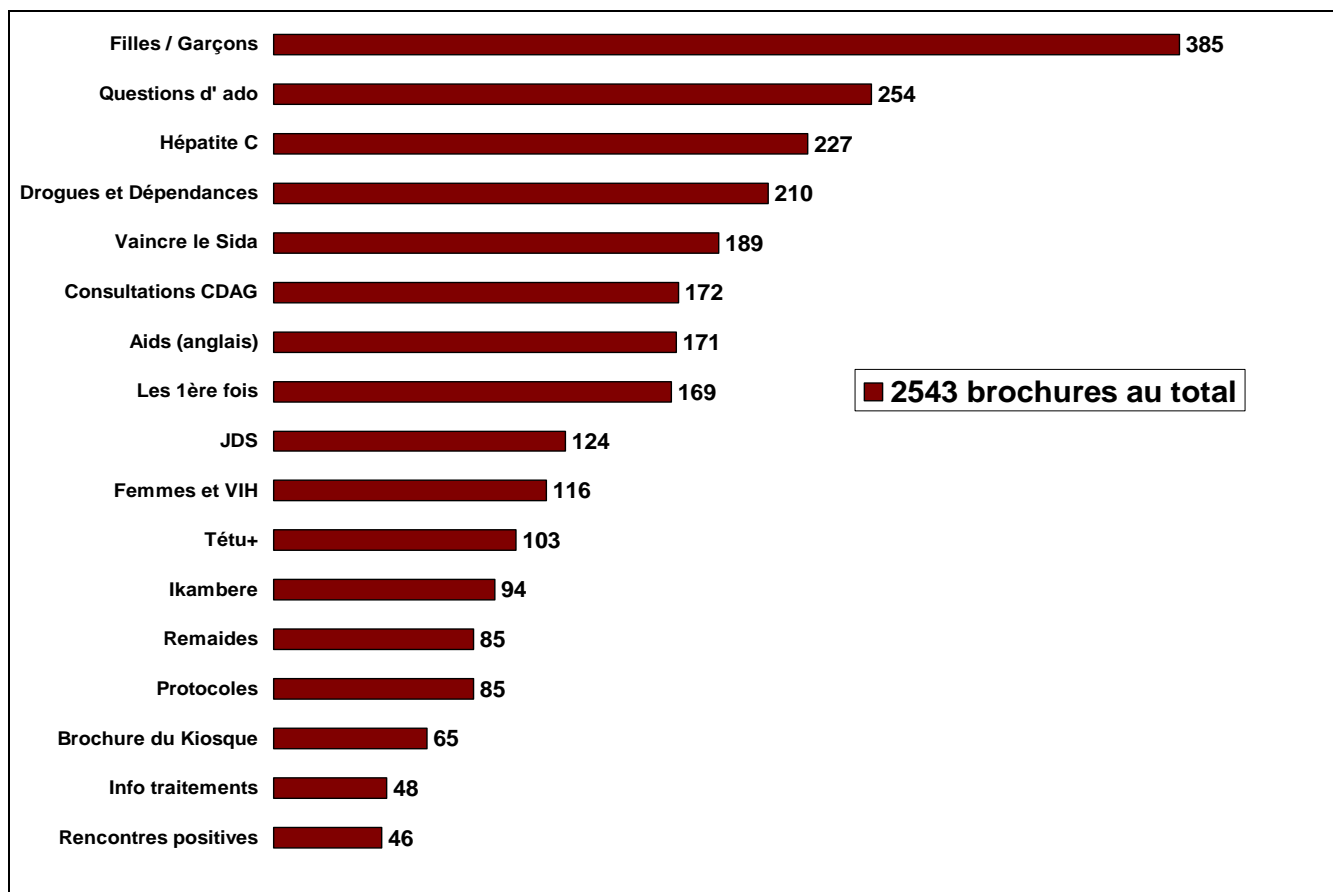


Figure 5

Sur les 2543 brochures tous lieux confondus, les 5 plus utilisées sur les 17 sont :

- **Filles/garçons = 385**
- **Questions d'ados = 254**
- **Hépatite C = 227**
- **Drogues et dépendances = 210**
- **Vaincre le Sida = 189**

Les pourcentages de brochures prises parmi celles distribuées pour chacune d'entre elles sont représentés sur la *figure 6*. On observe que parmi les cinq les plus utilisées, citées ci-dessus, trois d'entre elles ont un pourcentage d'utilisation supérieur à la moyenne de 60% : Filles/garçons, Questions d'ado, Drogues et dépendances. Par contre, les brochures Hépatite C et Vaincre le Sida qui ont été prises en grande quantité par les patients, ont un pourcentage de plus de 50% de brochures restées sur le présentoir à la fin de l'étude.

Ceci traduit une distribution des brochures, Hépatite C et Vaincre le Sida, en trop grande quantité par rapport à leur utilisation (stock très important).

Par ailleurs, d'autres documents moins pris par les patients dans cette étude en nombre, comme Le Journal du Sida et Tétu+, ont été pris en quasi-totalité sur ceux qui ont été distribués, à environ 90%.

Ceci traduit un manque de disponibilité et des défauts dans le réapprovisionnement des brochures, comme Le Journal du Sida et Tétu+.

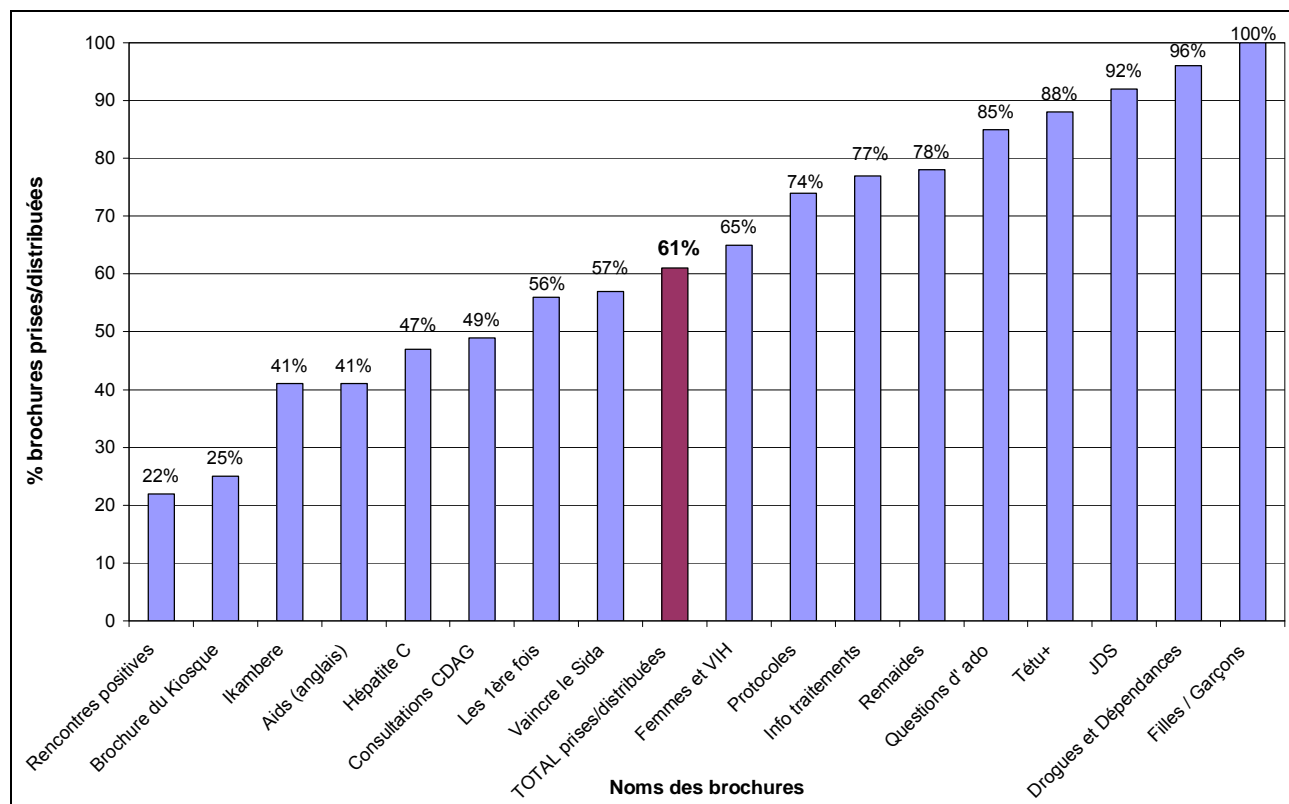


Figure 6

- **Nombre des brochures prises par thème ou public ciblé**

On peut répartir les brochures du présentoir en 5 groupes :

- Les brochures de prévention primaire pour un public large :

Drogues et dépendances, Hépatite C, Consultation CDAG, Vaincre le Sida et Femmes et VIH.

- Les brochures de prévention primaire ciblées pour les adolescents :

Filles/Garçons, Questions d'ados, et Les premières fois.

- Les brochures à destination des migrants : *Ikambere et Aides.*

- Les brochures de prévention secondaire pour les personnes infectées :

Le Kiosque et Rencontres positives.

- Les périodiques, classés séparément, sont destinés à un public large, mais surtout aux personnes concernées par les IST/VIH.

Les pourcentages de brochures prises par groupes cités précédemment, sont représentés dans la *figure 7* :

- 68% des brochures prises par les patients donnent des informations de prévention primaire pour un public large (adultes et jeunes adolescents).
- 32% des brochures prises sont destinées à un public ciblé, à risque (migrants et personnes infectées).

Cependant, ces chiffres sont le reflet du choix des documents sélectionnés par le groupe de pilotage du projet, et non des attentes réelles des patients.

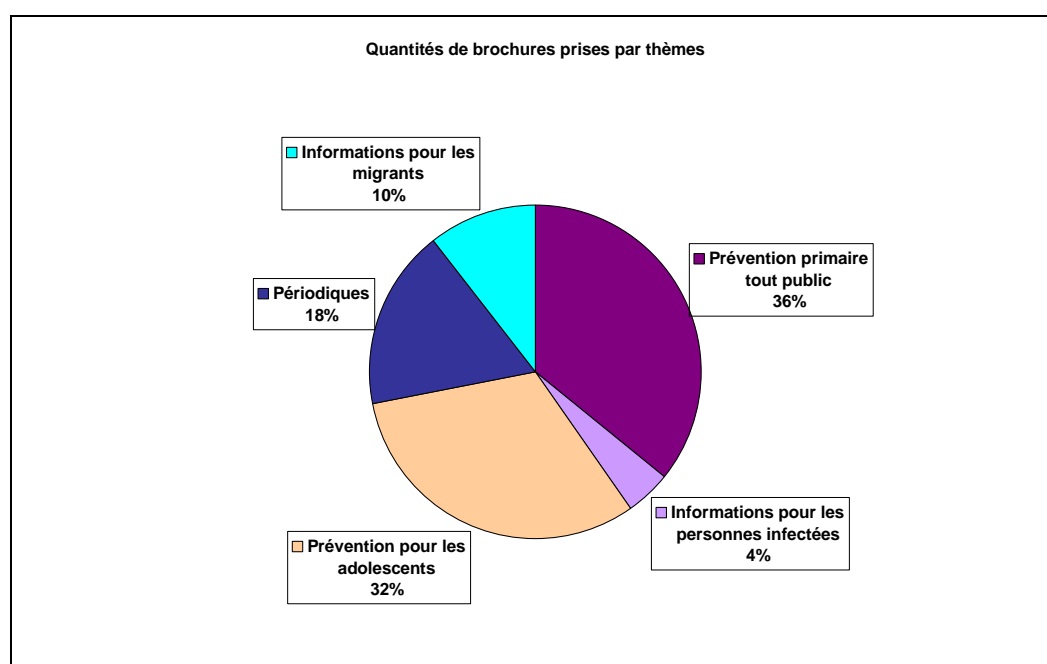


Figure 7

La *figure 8* montre les pourcentages de brochures prises par les patients parmi celles distribuées, en les regroupant par thème, comme précédemment. On les compare à la moyenne d'utilisation globale des documents, qui est de 60%.

On observe que les pourcentages de brochures prises sur celles distribuées, destinées aux groupes à risque (migrants ou personnes infectées) sont de 41% et 23% respectivement.

Ceci traduit le manque d'intérêt du présentoir DOCUVIR pour un public ciblé (migrants ou personnes infectées) fréquentant les cabinets pilotes.

Cependant, cette observation doit être nuancée par l'absence de prise en compte, dans cette évaluation, du niveau de maîtrise de la langue française des patients concernés, puisque ceux qui ne la lisent pas, ne peuvent accéder aux informations des brochures.

Par contre, les documents de prévention primaire pour un public large ont été pris à 59% sur ceux distribués et les brochures destinées aux adolescents à 82%.

Ceci traduit un plus grand intérêt des patients pour les informations de prévention primaire, en particulier celles destinées aux adolescents.

Par ailleurs, le pourcentage de périodiques pris est de 83%, bien que les informations qu'ils contiennent soient assez pointues.

Ceci traduit un probable intérêt pour ces journaux, qui ont été peu distribués. Mais ce pourcentage d'utilisation est surestimé par leur manque de disponibilité et de réapprovisionnement régulier.

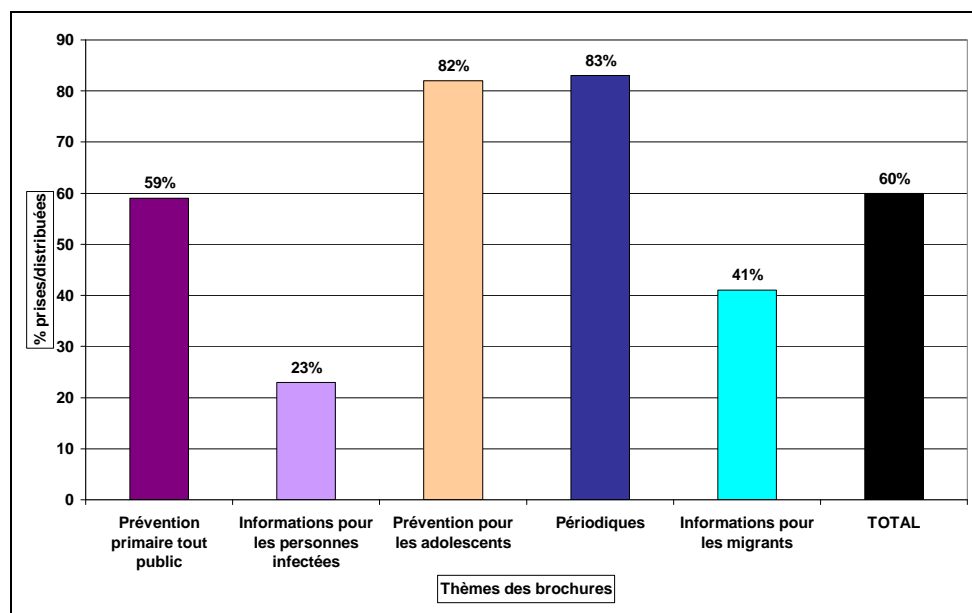


Figure 8

- **Nombre de réassortiments**

Le nombre de réassortiment sur les 5 mois de l'étude varie selon les cabinets et selon les types de brochures, entre 1 et 5, soit en moyenne 1,8.

3) Objectifs 2, 3, 6 : Données de l'enquête auprès des patients

Certains cabinets médicaux ont été exclus de l'enquête auprès des patients, pour diverses raisons : l'un d'entre eux pour sa faible fréquentation ; un autre par manque de disponibilité du médecin et l'absence de secrétaire ; un autre pour le nombre important de patients infectés suivis dans le cabinet risquant de biaiser les réponses. Un autre cabinet a rendu un faible nombre de questionnaires, malgré sa fréquentation très importante (450), et dans ce cas, c'est la forte représentation de personnes de langue étrangère qui a limité le recueil des questionnaires. Finalement, le nombre de 10 questionnaires par cabinets n'a pas été respecté et certains en ont rendu plus afin de s'approcher des 100 fixés comme objectif.

Au total, 96 patients ont été interrogés, constituant l'échantillon de l'enquête auprès des patients, avec 67 réponses recueillies à la question ouverte.

- **Répartition par sexe et par âge des personnes interrogées**

La proportion de femmes parmi les personnes ayant répondu au questionnaire est supérieure à celle des hommes, avec 57 femmes et 36 hommes, soit 59,4% et 37,5%, représenté dans la *figure a*.

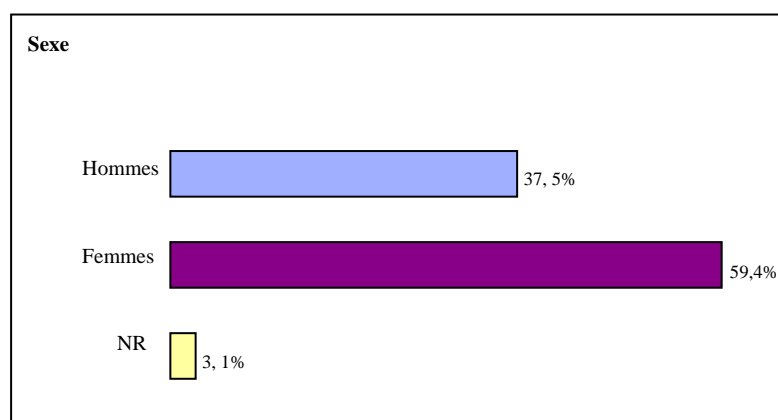


Figure a

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 55% d'entre elles ont moins de 40 ans, et 23% ont plus de 50 ans, comme le montre la *figure b*.

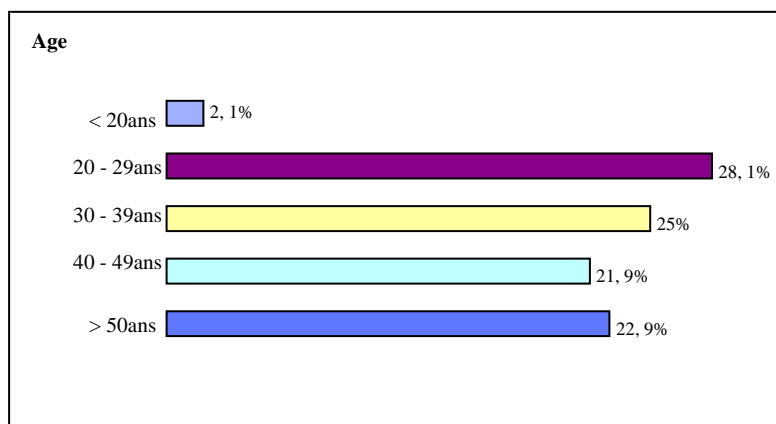


Figure b

La moyenne d'âge est d'environ 44 ans, et de 41 ans pour les femmes.

C'est dans la tranche d'âge 30 à 39 ans que la disparité entre le sexe des personnes interrogées est la plus marquée, avec 19 femmes contre 5 hommes dans cette tranche d'âge (*figure c*).

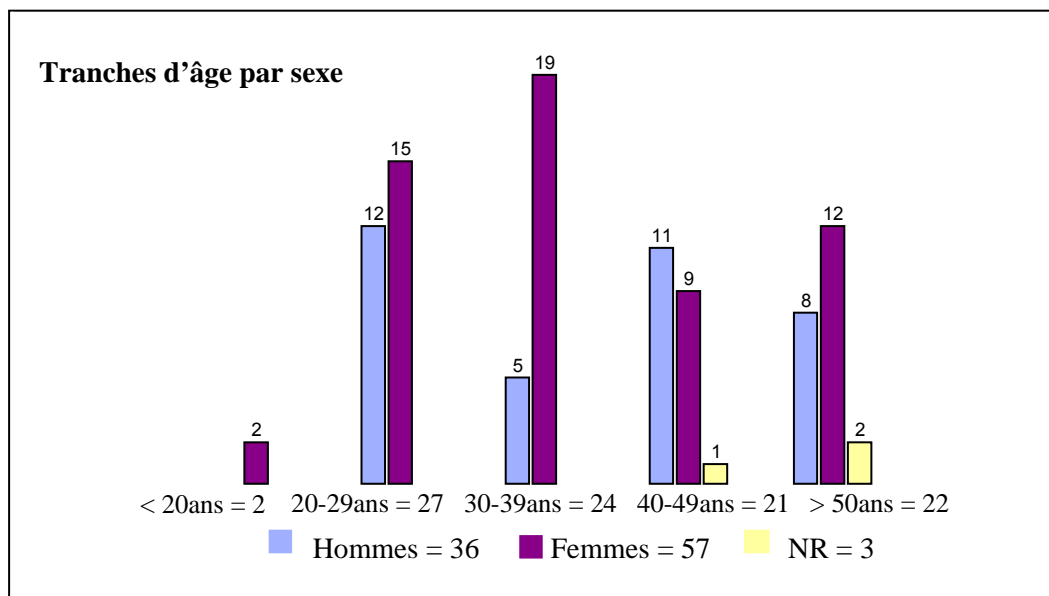


Figure c

- **Objectif 2 : Visibilité du présentoir et utilisation des brochures**

86% (IC95 entre 79 et 93%) des personnes répondent avoir vu le présentoir dans la salle d'attente des cabinets médicaux (*figure d*).

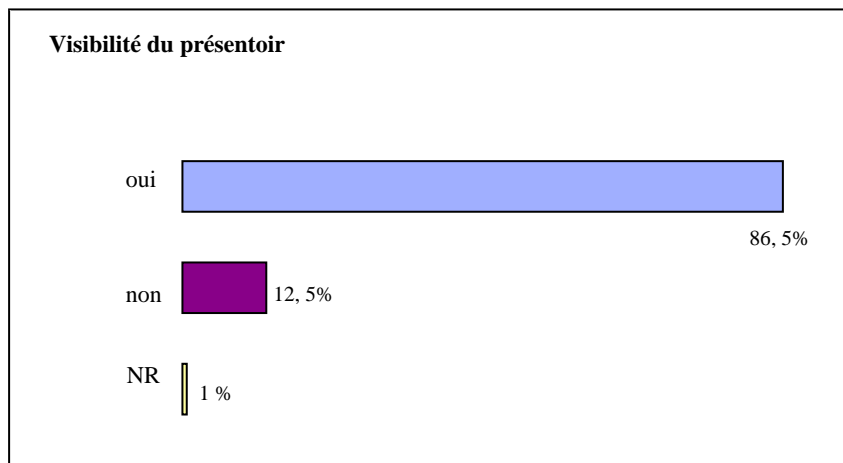


Figure d

52% (IC95 entre 42 et 62%) des personnes ont consulté des brochures (figure e), soit 59% parmi les personnes qui avaient vus le présentoir (figure f).

Il reste donc 41% des personnes qui ont vu le présentoir et pourtant n'ont pas consulté les documents.

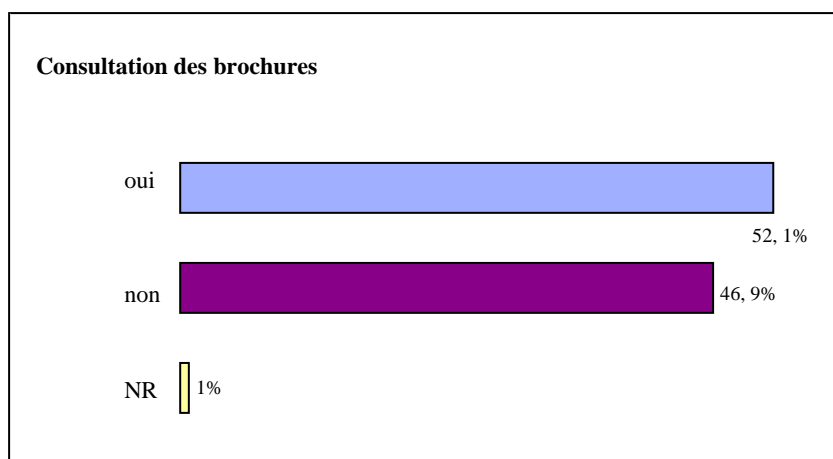


Figure e

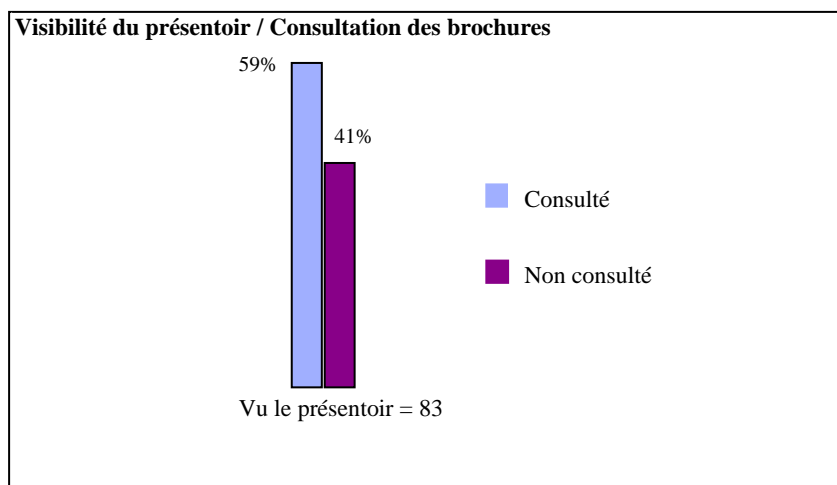


Figure f

- **Objectif 3 : Satisfaction des patients face à cet outil**

Le présentoir est jugé utile par 88% (IC95 entre 81 et 94%) patients interrogés (figure g), qui souhaitent avoir des informations sur les IST/VIH dans les cabinets médicaux.

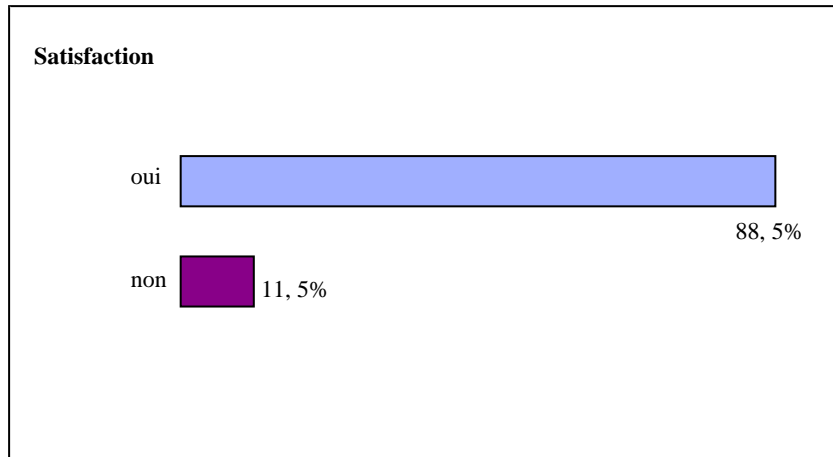


Figure g

L'analyse qualitative de la question ouverte permet de préciser le niveau de satisfaction des patients interrogés :

- 18 personnes trouvent nécessaire de renforcer, améliorer et simplifier les messages de prévention et de sensibilisation sur les IST/VIH. Elles estiment que les messages sont actuellement insuffisants, et que les personnes manquent de connaissances sur ces maladies.
- D'autre part, concernant les moyens utilisés pour diffuser ces informations :
3 personnes soulignent l'intérêt des documents écrits distribués, et 8 personnes estiment que les lieux de diffusion choisis (cabinets médicaux officines) sont adaptés, car l'information y est facilement accessible.

- **Réponses par sexe**

On observe l'absence de différence significative dans les réponses selon le sexe des personnes interrogées.

Pour la visibilité du présentoir : 86,1% chez les hommes versus 87,7% chez les femmes, *figure h* ; la consultation des brochures : 52,8% chez les hommes et 50,9% chez les femmes, *figure i* ; et le souhait des personnes d'être informé sur les IST/VIH : 88,9% versus 87,7%, *figure j*.

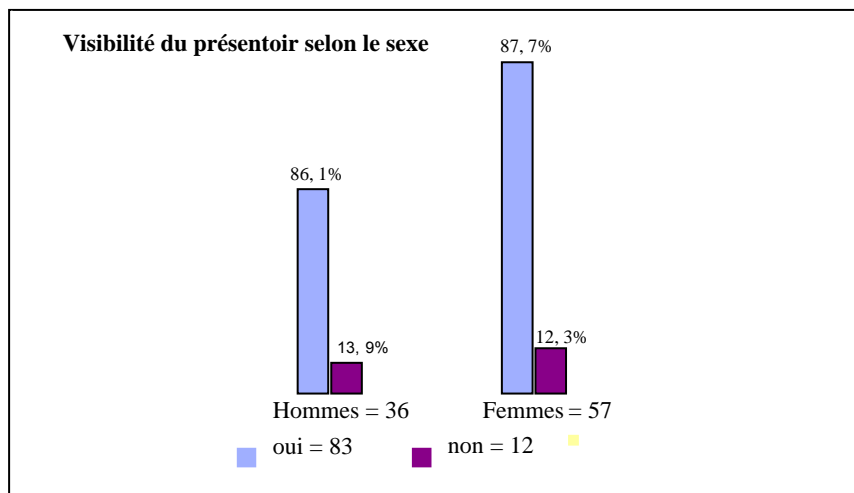


Figure h

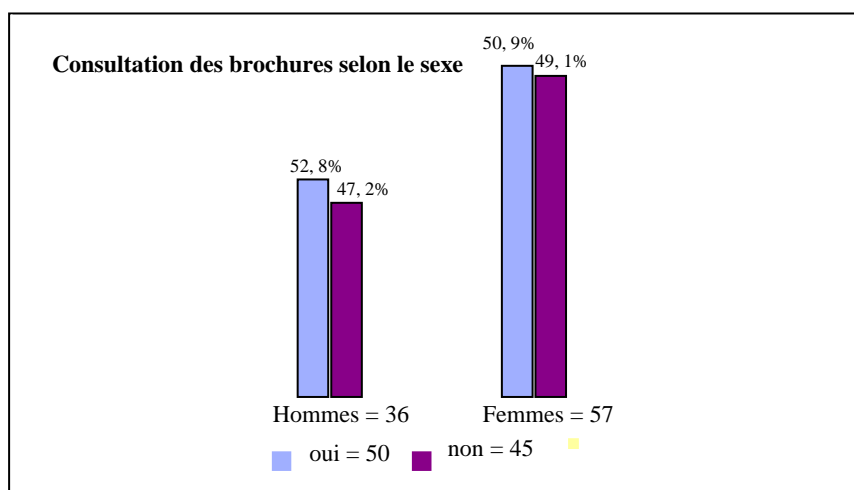


Figure i

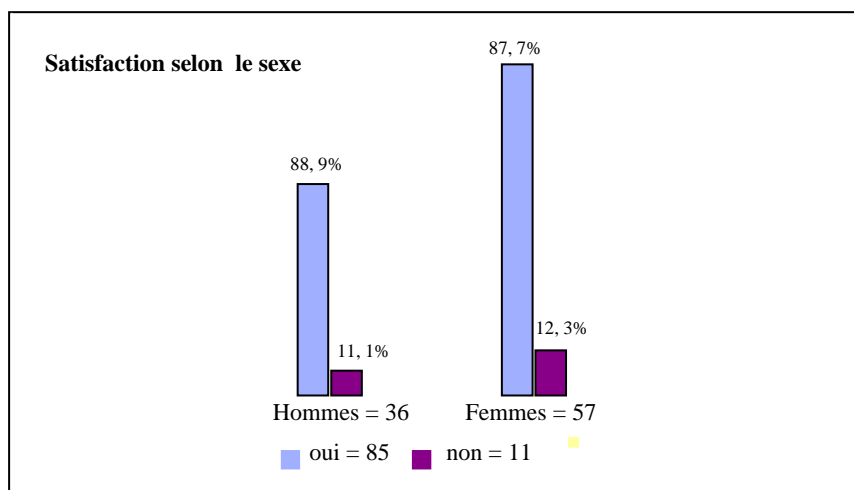


Figure j

- Réponses par tranches d'âge

En ce qui concerne la question de la visibilité du présentoir, le pourcentage de personnes qui répondent l'avoir vu se situe entre 71% et 100%, selon l'âge.

La tranche d'âge 40 à 49 ans semble avoir moins prêté attention au présentoir, puisque 71% l'ont vu, alors que dans les autres tranches d'âge ce chiffre varie entre 85 et 100%, notamment chez les personnes de 30 à 39 ans. Les personnes de plus de 50 ans ont vu le présentoir dans plus de 86% des cas (*figure k*).

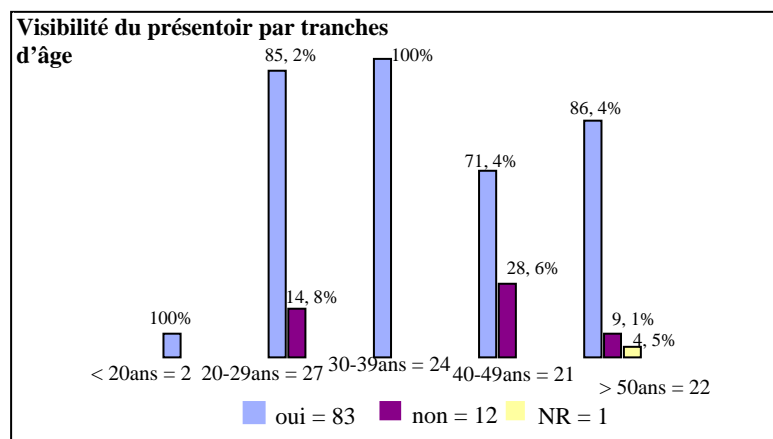


Figure k

Le pourcentage de personnes ayant consulté les brochures varie selon l'âge.

C'est encore les personnes entre 40 et 49 ans qui ont le moins consulté, avec 43% de réponses positives. Celles entre 30 et 39 ans répondent avoir consulté les brochures à 66,7%, chiffre au-dessus de la moyenne des réponses positives à 52%. Les plus de 50 ans ont consulté une brochure dans 50% des cas (*figure l*).

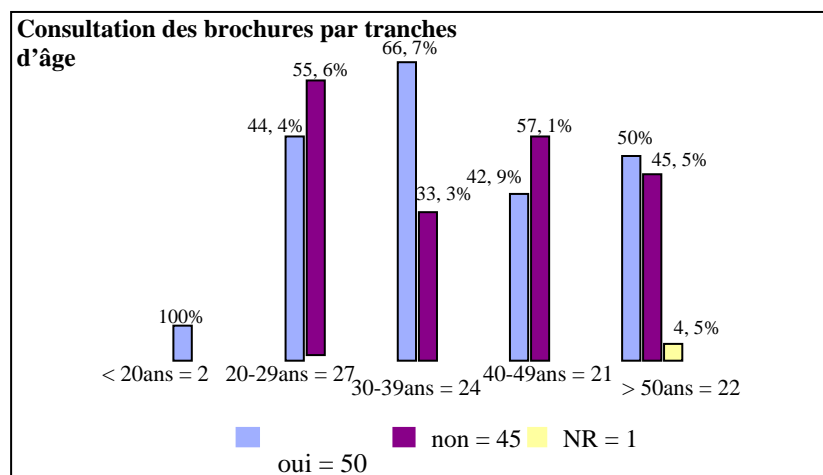


Figure l

Le souhait d'avoir des informations sur les IST/VIH est positif pour toutes les classes d'âge, entre 86% et 92% sans différence significative selon l'âge (*figure m*).

Les personnes de moins de 20 ans ont vu et consulté les brochures dans 100% des cas, et tous veulent avoir des informations sur ces thèmes, mais l'effectif n'était que de 2 personnes.

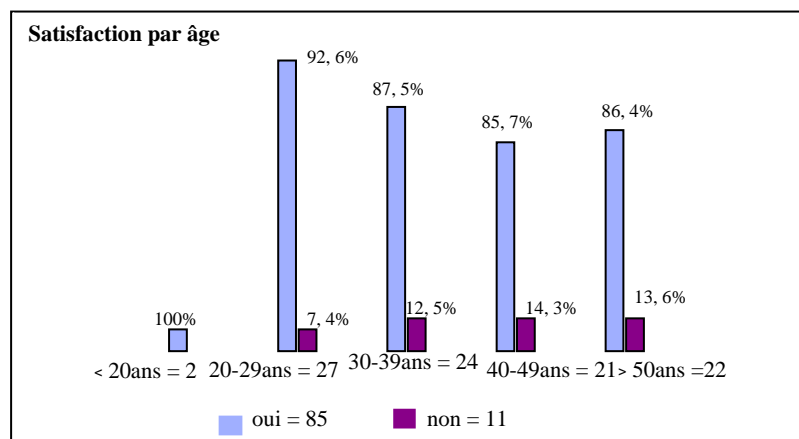


Figure m

D'une manière générale, aucun des résultats par tranches d'âge ne peuvent être comparés de manière significative, puisque les échantillons sont trop faibles pour obtenir des intervalles de confiance à 95% discriminants.

Cependant, on note une tendance qui montre que les personnes entre 40 et 49 ans semblent s'être moins intéressées au présentoir.

- **Objectif 6 : Préciser les attentes des patients**

Types d'informations souhaitées par les personnes interrogées (figure n)

Elles peuvent être interprétées par rapport au choix initial des brochures distribuées dans le présentoir DOCUVIR :

- 84% des personnes veulent être informées sur la prévention et le dépistage :

8 brochures sur les 17 choisies concernent la prévention primaire (dont 3 pour les adolescents).

Soit 60% des brochures distribuées (dont 23% pour les adolescents).

- 50% des personnes veulent des informations concernant les traitements :
*Les 5 périodiques choisis informent sur les traitements.
Soit 13% des documents distribués.*
- 61% des personnes veulent des informations sur les autres IST :
*2 brochures sur les 17 choisies traitent des autres IST.
Soit 15% des brochures distribuées.*
- 64% de personnes veulent des informations sur le VIH :
*12 sur 17 brochures choisies sont axées sur le VIH.
Soit 60% des brochures distribuées.*
- 60% veulent être informées sur la sexualité et la contraception :
*3 des 17 des brochures donnent des informations sur la sexualité,
essentiellement pour les adolescents.
Aucun des documents ne traite de la contraception.*
- 22% des personnes veulent être informées sur les associations de malades :
*4 brochures sur les 17 choisies donnent ces informations.
Soit 26% des brochures distribuées.*
- 21% des personnes veulent des brochures dans d'autres langues :
1 seule brochure sur les 17 choisies est en anglais.
- 9 personnes voudraient d'autres informations :
*Sur les autres IST, HPV, HCV, leurs modes de contamination, les vaccins, les
nouveaux traitements et l'état d'avancée de la médecine en France ou en
Afrique, ainsi que sur les actualités médicales.*

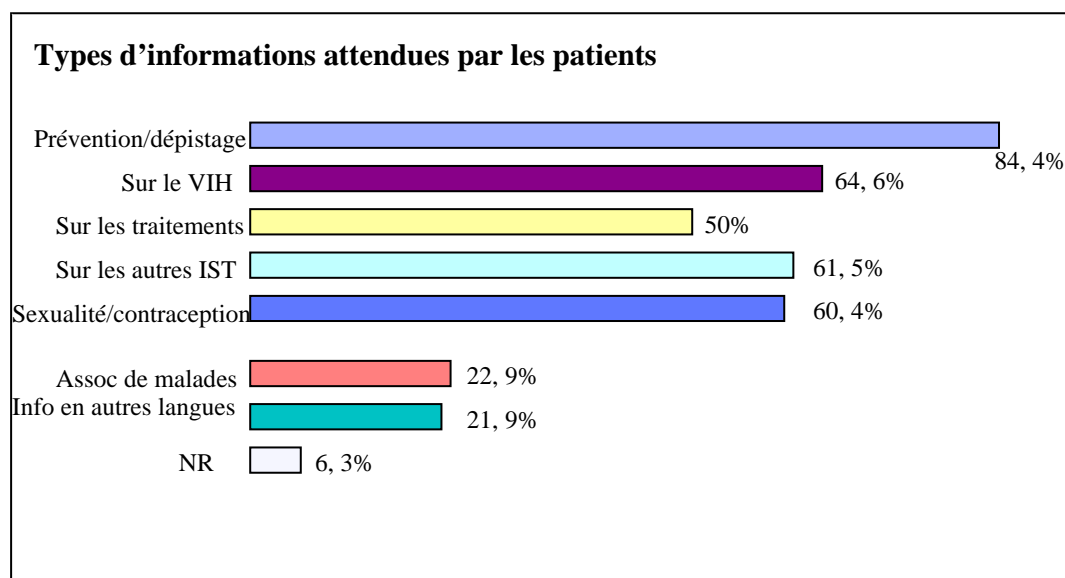


Figure n

L'intérêt pour les documents de prévention primaire destinés un public large est confirmé par le pourcentage de brochures prises à 59% parmi celles distribués (82% pour les adolescents), comme détaillé précédemment dans la *figure 9*.

En résumé

Les informations qui semblent manquer dans les brochures choisies initialement sont la sexualité, la contraception, et les autres IST.

Les patients interrogés veulent d'avantage d'informations générales de prévention primaire.

Le public intéressé par ces informations

- 30 personnes sur les 67 réponses disent que ces documents sont utiles pour informer tout le monde.

- 11 pensent qu'elles sont utiles pour les jeunes, donc une population ciblée.

- **Résultats non attendus : acceptabilité et freins éventuels**

La bonne visibilité du présentoir dans la salle d'attente par les patients et leur souhait d'être informés sur les IST/VIH ne sont pas des conditions suffisantes pour aboutir à la consultation et l'utilisation des documents. En effet, plus de 40% des personnes remplissant une de ces 2 conditions n'ont pourtant pas pris de brochures (*figure 0*).

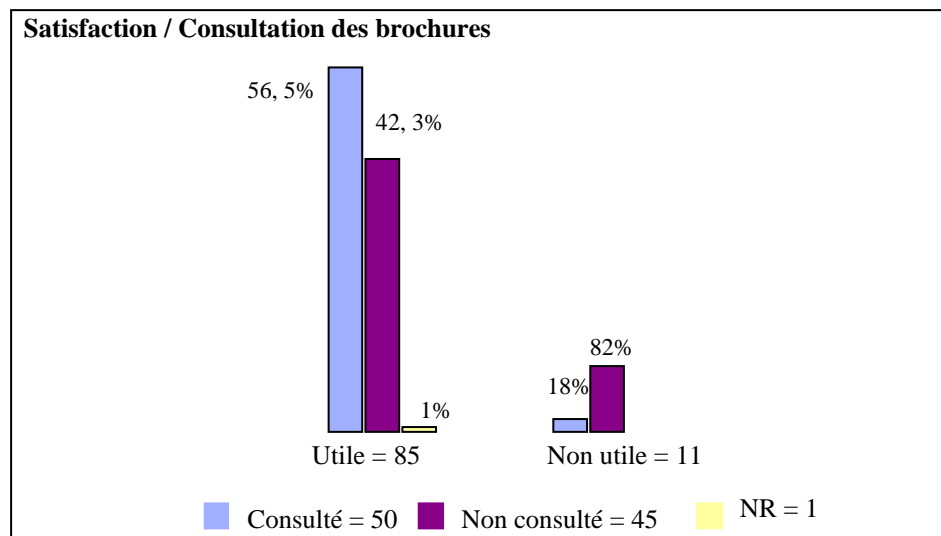


Figure 0

L'analyse qualitative des réponses à la question ouverte révèle que 10 personnes interrogées estiment ne pas avoir besoin personnellement de ces informations, ou qu'elles peuvent être utiles mais « pour les autres ».

D'autre part, 5 personnes disent que les documents distribués permettent d'avoir des informations, sans poser de questions au médecin, « en toute confidentialité », et de « démystifier » ces thèmes. Ce qui laisse penser que ***le fait d'aborder la sexualité est encore un tabou, même avec son médecin.***

4) Objectifs 3, 4, 6, 7, 8 : Données de l'enquête auprès des médecins

Tous les médecins ont été interrogés, et aucun n'a refusé l'enquête.

Parmi les dix médecins investigateurs, l'un d'entre eux semblait, au début, peu intéressé et réticent, il craignait de manquer de temps pour s'y investir. D'autres médecins avaient fait part de leurs doutes sur l'utilité du présentoir, et certains avaient déjà un présentoir de brochures d'information sur divers thèmes de santé.

Un fait intéressant est que le médecin le plus réticent lors de l'installation du présentoir, a été finalement très satisfait d'avoir participé.

Au contraire, un autre qui suit un grand nombre de patients infectés, s'est finalement peu investi dans le projet, tout en continuant à donner des informations sur les IST/VIH, y compris à travers des brochures, comme il le faisait déjà.

- **Objectif 3 : Satisfaction des professionnels de santé face à l'outil de prévention mis à leur disposition**

Parmi les 10 médecins interrogés, 9 trouvent utile ou très utile le présentoir DOCUVIR. Seul 1 le trouve peu utile (figure 1a).

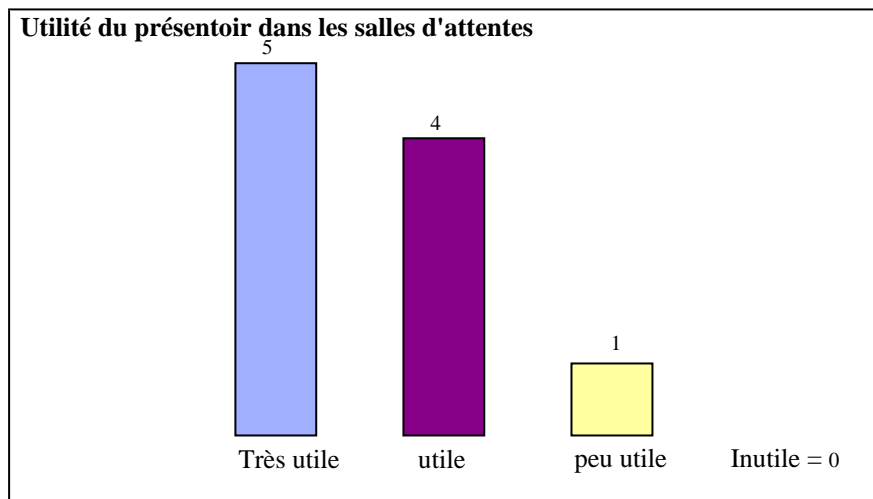


Figure 1a

6 médecins sont satisfaits ou très satisfaits du projet DOCUVIR (figure 1b).

4 médecins sont peu ou moyennement satisfaits.

Tous désirent poursuivre l'expérience et la faire partager à des confrères.

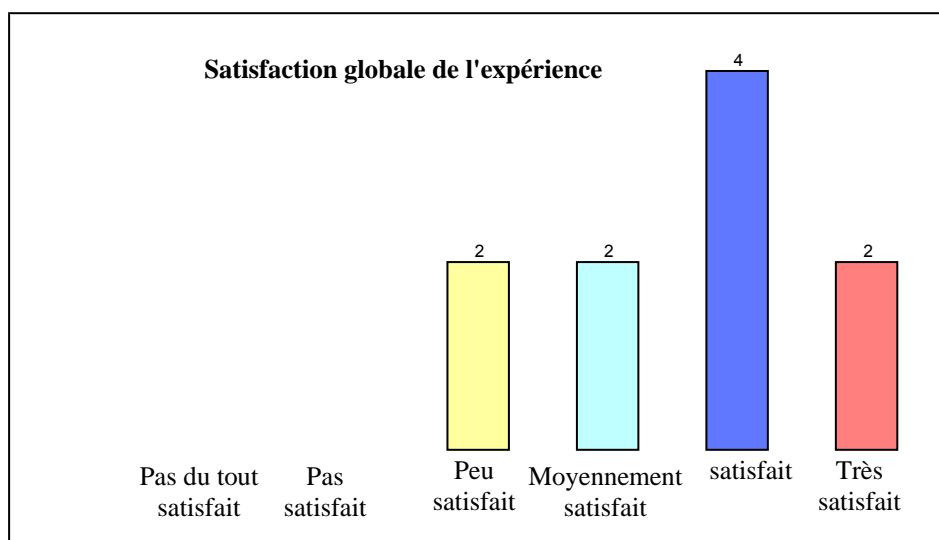


Figure 1 b

- **Objectif 4 : Satisfaction des professionnels de santé concernant le dispositif logistique mis en place**

Le choix du type de présentoir est mis en cause, car fragile (1 réponse), encombrant (1 réponse), et inadapté au format de certaines brochures (3 réponses).

Concernant le choix des brochures, 6 médecins trouvent celles-ci intéressantes, et 4 un peu ou moyennement intéressantes (figure 1c).

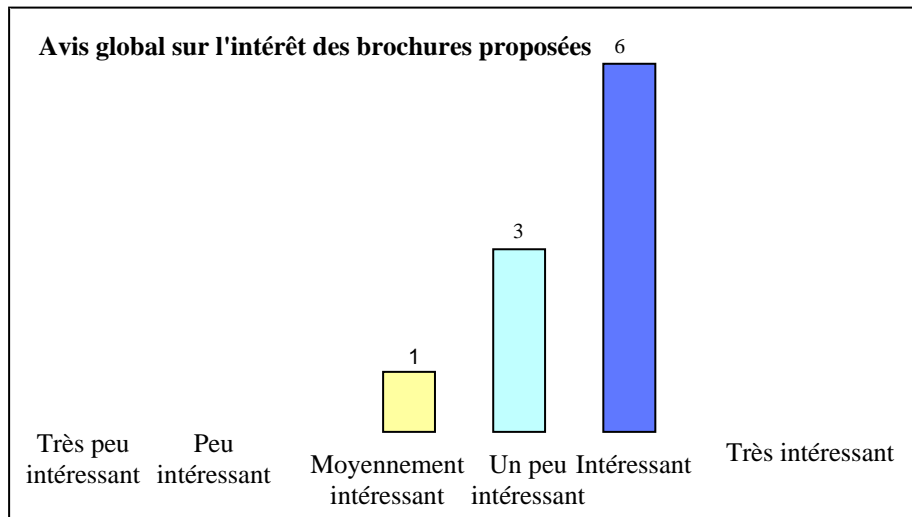


Figure 1c

Les 6 brochures notées comme pertinentes ou très pertinentes par plus de 6 médecins sont :

- **Femmes et VIH**
- **Hépatite C**
- **Drogues et dépendances**
- **Filles/Garçons**
- **Questions d'ados**
- **Les premières fois.**

Cependant, 4 médecins trouvent que les brochures proposées manquent de messages clairs, accessibles, forts et visuels.

2 médecins soulignent la nécessité d'éviter les brochures trop stigmatisantes.

Tous les médecins interrogés aimeraient avoir des brochures sur d'autres thèmes, et 4 pensent qu'il faudrait des brochures dans d'autres langues.

Concernant la procédure de réassortiment, elle est jugée pratique ou très pratique par seulement 5 médecins sur 10 (*figure 1d*).

Plusieurs problèmes sont soulevés : le besoin d'informatisation du cabinet (1 réponse), le temps nécessaire pour faire les commandes (2 réponses), les délais de livraison trop longs et non respectés (2 réponses), la nécessité de se réapprovisionner eux-mêmes (3 réponses).

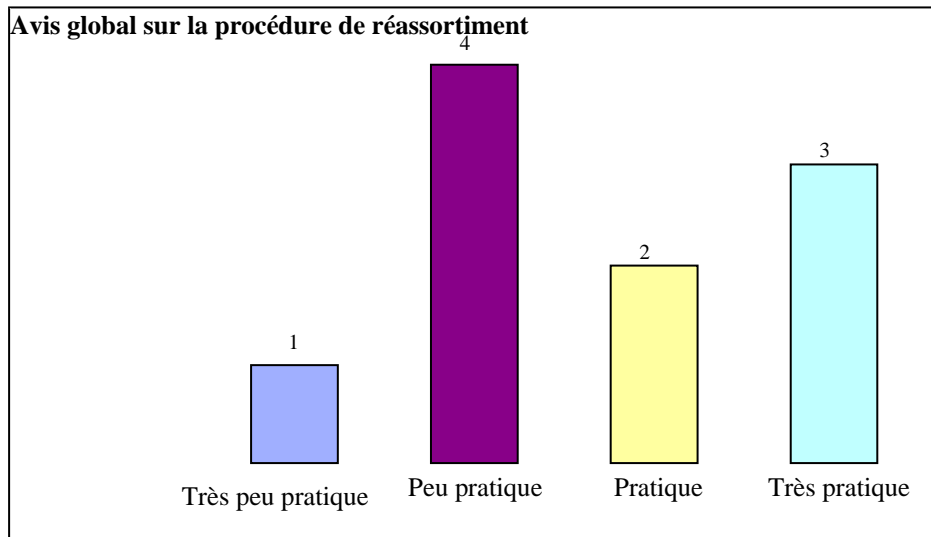


Figure 1d

- **Objectif 7 : Capacité du dispositif à susciter l'ouverture au dialogue**

5 médecins disent avoir eu peu de retours des patients sur l'intérêt porté au présentoir.

Cependant, il ressort de cette enquête que 4 médecins ont utilisé les brochures dans une discussion sur les IST/VIH avec un de leur patient, et que les patients ont profité de ces documents dans les salles d'attente, pour engager une discussion avec leur médecin dans 4 cas, également.

Les sujets de discussion alors déclenchés sont variés, et sont représentés dans la *figure 1e*.

On note que les discussions avec le médecin ont souvent porté sur la sexualité et la prévention ou le dépistage, dans 9 cas. Les hépatites ont été abordées à 2 reprises, alors qu'il n'y avait qu'une seule brochure sur ce thème.

4 médecins pensent que les brochures les ont aidés à parler de sexualité lors des consultations avec les adolescents.

3 médecins disent que ces documents sont une aide à la compréhension des traitements pour les personnes infectées.

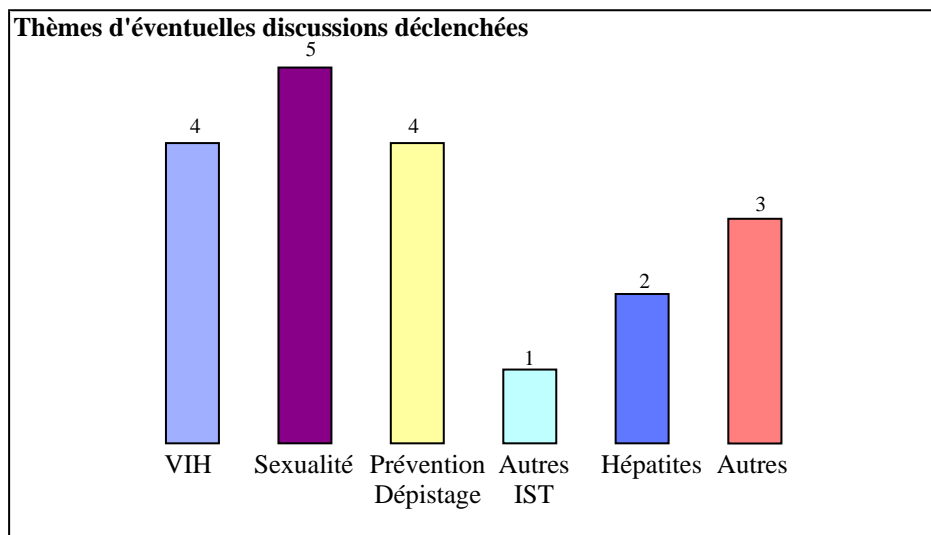


Figure 1e

- **Objectif 6 : Préciser les attentes des professionnels**

Quelles informations ?

A travers l'analyse qualitative des questions ouvertes, il semble que les messages de prévention primaire destinés à un public large doivent être privilégiés (2 réponses) par rapport à la prévention secondaire et la prise en charge des patients infectés.

Les informations jugées les plus pertinentes par les médecins sont celles destinées aux adolescents, celles sur la sexualité et les drogues.

Les revues ne semblent pas être indispensables (1 réponse).

Tous souhaitent avoir des documents sur des thèmes plus variés, comme la grossesse, la contraception (4 réponses), l'utilisation du préservatif (2 réponses), les autres IST (12 réponses en tout), dont la syphilis (2 réponses), l'hépatite B (2 réponses), les chlamydioses (2 réponses), l'herpès..., et même sur d'autres thèmes que les IST (7 réponses) comme les personnes âgées, la nutrition, le diabète, ...

Trois médecins aimeraient choisir les thèmes des brochures, ainsi que les langues selon leur patientèle (anglais, espagnol, arabe, indien, chinois...).

Pour qui ?

Le projet semble correspondre à l'attente des médecins pour informer à la fois un public large (4 réponses) et pour les personnes concernées (1 réponse).

Ces documents d'information permettent d'anticiper la demande parfois non formulée par le patient (1 réponse) ou non prévisible pour le médecin (4 réponses).

- **Résultats non attendus**

Bonne acceptabilité par les médecins

Les supports écrits distribués semblent être utiles pour fixer les messages de prévention, puisqu'ils peuvent aider le médecin dans sa consultation (1 réponse), ensuite être relus et conservés par le patient comme une référence (1 réponse).

La confidentialité de l'information donnée est notée par 3 médecins comme un avantage, et les cabinets médicaux semblent être des lieux appropriés (1 réponse).

Difficultés et freins éventuels

Certains ont exprimé le problème ou leur refus de voir des documents « gênants » sur la sexualité dans les salles d'attente des cabinets médicaux (3 réponses).

D'autre part, 4 médecins ne croient pas à l'utilité des brochures dans les campagnes de prévention contre les IST/VIH.

3 d'entre eux ont observé que les brochures distribuées sont généralement peu utilisées, et que les supports écrits n'ont pas toujours de supériorité par rapport à une information orale clairement donnée.

- **Objectif 8 : Propositions d'amélioration du projet**

Un réassortiment automatique est suggéré par 3 médecins, ou la possibilité de prévoir un stock dans les cabinets par 2 autres, ou encore l'aide d'un coursier.

2 d'entre eux soulignent la nécessité de ne prévoir aucune contrainte de temps supplémentaire pour le médecin, afin d'éviter leur désengagement du projet. Tous suggèrent d'étendre le projet à d'autres professionnels paramédicaux.

5) Comparaison des données de l'enquête

De manière générale, les médecins et les patients trouvent utile le présentoir DOCUVIR, puisque 90% d'entre eux répondent vouloir en bénéficier.

Les brochures les plus prises par les patients sont également les mieux notées par les médecins : Hépatite C, Drogues et dépendances, Filles/Garçons, Questions d'ado, et Les premières Fois (sauf Femmes et VIH). En effet, ces documents de prévention primaire à destination d'un public large et des adolescents correspondent à l'attente des patients dans plus de 80% des cas. Les médecins confirment que ce présentoir correspond à une attente de la part de leurs patients et que les messages de prévention primaire doivent être privilégiés.

Le manque d'information, parmi les documents proposés, sur les autres IST et sur la contraception est soulevé par les patients et les médecins.

Par ailleurs, la notion de confidentialité de l'information donnée est évoquée par les médecins et les patients. Elle semble être un avantage pour la plupart.

G. Enquête dans les hôpitaux

Compte tenu des nombreuses difficultés dans la mise en place du projet, de la réalisation d'une enquête partielle avec un nombre réduit de patients et des risques nombreux de biais, l'exploitation des résultats n'est pas détaillée dans ce travail, mais en *annexe 7*.

V. Discussion

A. Problèmes méthodologiques dans l'évaluation du projet DOCUVIR

1) Précision des données de l'enquête

- **Faible puissance de l'étude**

Il s'agit d'une étude d'observation préliminaire, purement descriptive, qui vise à étudier la faisabilité du projet. Elle ne prétend pas donner des résultats statistiquement significatifs. Les tailles des échantillons des personnes interrogées (médecins et patients) sont trop faibles pour obtenir des intervalles de confiance discriminants.

- **Imperfections des questionnaires**

L'enquête a été menée le plus indépendamment possible des enjeux et intérêts des acteurs du projet. Cependant, certaines adaptations ont dû être faites.

Les questionnaires n'ont pas été testés, ni validés par des professionnels, avant leur application, et certaines informations qui auraient été intéressantes, comme par exemple, l'avis des patients sur l'utilité des brochures pour déclencher un dialogue avec leur médecin, n'ont pas fait l'objet d'investigation.

L'évaluation d'un outil d'intervention en santé doit être rigoureuse. L'INPES, par exemple, teste la qualité de ses outils, grâce à des grilles d'analyse conçues par des groupes d'experts, et validées selon des critères consensuels⁶¹.

2) Biais de sélection

- **Manque de représentativité et hétérogénéité de l'échantillon des patients interrogés**

L'échantillon des patients de l'enquête, issus d'une région urbaine du nord-est de Paris, n'est probablement pas représentatif de la population générale.

On ne connaît pas leurs caractéristiques socioprofessionnelles et ethniques.

- **Un biais d'autosélection des patients interrogés**

Les patients interrogés n'ont pas été tirés au sort ni randomisés. Ils étaient volontaires pour répondre au questionnaire, ce qui constitue un biais, puisque les réponses recueillies sont celles des personnes intéressées par le sujet.

Les personnes ne voulant ou ne pouvant pas répondre ont donc été exclues de l'enquête, mais ***les causes des refus de réponses ne sont pas connues.***

Certains cabinets ayant peu participé à l'enquête malgré leur forte fréquentation, ont une proportion importante de personnes d'origine étrangère, ce qui a rendu difficile le recueil des informations. ***La maîtrise de la langue française et de l'écriture*** est une condition nécessaire à la fois pour accéder aux informations contenues dans les brochures mais également pour répondre au questionnaire. Ce paramètre important n'a pas été pris en compte dans ce travail

- **Manque de représentativité et hétérogénéité des médecins interrogés**

Les médecins du Réseau Santé Paris Nord ont certaines caractéristiques, comme leur implication dans l'enseignement et la formation médicale continue. Ils étaient tous volontaires pour participer au projet. Leur implication et motivation dans les actions de prévention peuvent biaiser les résultats de l'enquête.

Leur représentativité de l'ensemble des généralistes est donc discutable.

On peut comparer les caractéristiques de notre échantillon de médecins avec les données du Baromètre santé médecins de 2003⁶² :

- 78,5% des généralistes sont des hommes, dont l'âge moyen est de 47,9 ans.

Dans DOCUVIR : 4 hommes et 6 femmes, entre 40 et 50 ans.

- Les cabinets médicaux se répartissent de manière équitable entre ceux collectifs et individuels (51,1 % et 48,9 %).

Dans DOCUVIR : 8 cabinets de groupe sur les 10.

Bien qu'ils soient hétérogènes entre eux par leur fréquentation, nous les avons mélangés dans notre enquête.

- 20,2% des médecins déclarent participer à un réseau.

Dans DOCUVIR : tous font partie du Réseau Santé Paris Nord.

3) Biais de confusion

Les résultats de l'enquête doivent être modulés selon des facteurs de confusion.

- **Biais dans la quantification des brochures**

La quantification des brochures utilisées a été faite de façon extrêmement approximative. En effet, **les difficultés et les retards de réapprovisionnement** en brochures expliquent que les présentoirs soient parfois restés vides plusieurs jours, notamment concernant les brochures les plus utilisées.

Certaines brochures auraient probablement été plus utilisées, si elles avaient été plus ou mieux distribuées.

La présence d'autres présentoirs dans les salles d'attente a pu également biaiser les résultats sur l'utilisation des brochures de DOCUVIR par les patients.

Par ailleurs, l'évaluation faite ne tient pas compte des brochures prises puis remises sur le présentoir, qui ont pu être lues par les patients.

- **Biais de subjectivité de l'enquêteur**

Lors de l'entretien avec les médecins, l'interaction entre enquêteur et enquêté a pu influencer les réponses et leur interprétation. Les enquêtrices, impliquées également dans l'élaboration du projet, n'étaient pas neutres dans leur manière de mener l'entretien. La retranscription des réponses aux questions ouvertes peut également être source de confusion, par manque d'expérience des enquêtrices.

- **Influence des caractéristiques des patients sur les résultats**

Parmi les patients interrogés, on ne sait pas lesquels étaient concernés par une IST ou le VIH, or le nombre de patients infectés suivis dans chacun des cabinets est très variable, et a pu biaiser l'interprétation des réponses.

4) Dans les hôpitaux

Le projet DOCUVIR pourrait s'intégrer dans les activités des hôpitaux, dans le cadre de leur mission préventive, comme l'indique le projet de loi, adopté par l'assemblée nationale, en mars 2009 (Loi HPST), sur la réforme de l'hôpital⁶³.

Les besoins en termes d'informations sur les IST/VIH sont très importants mais différents de ceux des patients fréquentant les cabinets de ville. Les difficultés de mise en place logistique du projet et de l'enquête d'évaluation auprès des patients et des médecins ont empêché d'avoir une bonne évaluation du projet et des attentes. Le temps d'attente passé dans ces lieux est souvent long et l'absence d'autres journaux peut expliquer la forte utilisation de nos brochures.

Cependant, il ressort de notre évaluation que les patients ont pris très souvent les documents, et veulent avoir ces informations dans les consultations hospitalières.

La stratégie choisie pour diffuser ces informations devrait être repensée pour s'adapter au mieux à chaque lieu. Or, le dispositif de DOCUVIR avait été pensé essentiellement pour les cabinets de ville.

B. Analyse des résultats de l'enquête par rapport aux objectifs fixés et hypothèses initialement formulées

1) Un besoin d'information confirmé et une stratégie adaptée

L'évaluation du projet DOCUVIR a permis d'observer que les brochures d'information ont été diffusées avec succès, traduisant un réel besoin des patients et une stratégie adaptée, en termes de moyens et de lieux de diffusion.

La quantité de brochures prises par les patients a été importante, malgré une distribution inférieure à celle qui avait été prévue.

Les patients ont pris les documents, quel que soit leur niveau d'information et de connaissance sur le sujet, et souvent alors que leur médecin ne pensait pas qu'ils auraient souhaité être informés sur les IST/VIH.

La satisfaction des médecins et des patients de l'outil proposé est bonne.

Cependant, bien que le projet semble correspondre aux attentes de plus de 80% des patients interrogés, 4 médecins sur 10 émettent des réserves sur l'utilité des brochures dans la diffusion d'informations de prévention auprès de leurs patients (qui les liraient peu). Cette contradiction montre la difficulté de cibler les attentes des personnes concernées, avec une différence manifeste entre les besoins des patients et les impressions des médecins. Il serait donc nécessaire d'approfondir l'enquête, lors de l'extension du projet.

2) Des attentes précises

Les cabinets médicaux dans lesquels la diffusion a été la plus réussie et l'intérêt des patients le plus fort, n'ont pas toujours été ceux attendus. En effet, les lieux plus fréquentés, notamment par des patients concernés par les IST/VIH, n'étaient pas toujours ceux où les documents ont été les plus utilisés.

Cette observation renforce la pertinence de diffuser des informations de prévention primaire pour un public large, et non ciblé.

Le besoin d'information de prévention primaire, surtout destinée aux adolescents, se confirme par le nombre de brochures prises sur ce thème (60 à 80% des brochures distribuées), et par les données des enquêtes auprès des patients et médecins, qui vont également dans ce sens.

Les brochures les plus appréciées par les patients sont les mêmes que celles citées par les médecins : Hépatite C, Drogues et dépendances, Filles/Garçons, Questions d'ados et Les premières fois, soit celles destinées à un public large.

Au contraire, les documents destinés aux personnes infectées ont été moins utilisés (23% seulement des brochures distribuées ont été prises).

Par ailleurs, les résultats de l'enquête montrent que certaines informations manquent dans cette action de prévention, notamment sur la ***contraception, et les autres IST.***

Les migrants

Nos résultats n'ont pas permis de préciser les attentes des migrants, qui n'avaient pas été identifiés par notre questionnaire. Notons que la brochure Ikambere a été très peu utilisée, y compris dans les cabinets fréquentés par de nombreux migrants.

Le choix de cette brochure peut être en cause, puisqu'elle cible uniquement un public de femmes africaines infectées par le VIH, et que c'est une brochure de prévention secondaire ou tertiaire, qui ne concerne pas toutes les personnes migrantes.

Le faible pourcentage de brochures prises destinées aux migrants (41% des brochures distribuées) doit être nuancé par la nécessité d'une bonne maîtrise de la langue française pour pouvoir lire les brochures. ***La pertinence du projet pour les migrants reste à définir, et d'autres outils seraient probablement plus adaptés.***

3) Ouvrir le dialogue

Une observation intéressante dans notre enquête est l'aide que semblent apporter les brochures de DOCUVIR à certains médecins pour parler des IST et du VIH avec leurs patients.

Les brochures de DOCUVIR aident à surmonter les tabous et les réticences, encore présents pour certains.

Dans le Baromètre Santé médecin de 2003⁵⁶, seuls 65% des médecins pensent que la prévention des IST fait partie de leur rôle, et ils se sentent efficaces dans ce rôle préventif à 65%.

Pour qu'une information de prévention soit efficace en termes de changement de comportement, elle doit être expliquée au patient, afin de s'assurer de la bonne compréhension. La relation de confiance entre médecin et patient renforce la qualité de l'information donnée, et celle-ci ne peut être remplacée par un document écrit.

Une étude réalisée en Tanzanie montre que les programmes de prévention permettent de renforcer les pratiques moins risquées chez les jeunes, mais que l'acquisition de connaissances sur les modes de transmission ne suffit pas pour changer les comportements⁶⁴.

4) Les freins à la prévention

- Le Baromètre santé médecins de 2003⁵⁶ souligne que **le manque de temps** est un frein à la prévention et à l'éducation pour la santé pour 33,5 % des médecins, d'autant plus que le nombre d'actes médicaux réalisés par jour est élevé.

Cette contrainte de temps ne ressort pas directement à travers les questionnaires de notre enquête. Cependant, la plupart des médecins interrogés ont évoqué la nécessité de mettre en place un dispositif de réassortiment plus simple, car ils manquent de temps pour s'en occuper.

Une autre enquête réalisée auprès de médecins généralistes, dans le cadre d'une thèse sur la prévention des IST chez les adolescents⁶⁵, montre que 54% des médecins ont des brochures dans leur salle d'attente, et 47% les trouvent utiles. D'autre part, 55% pensent ne pas faire assez de prévention sur les IST, et le frein évoqué est le manque de temps dans 35% des cas.

La place et le temps consacré à la prévention dans la consultation de médecine générale sont parfois insuffisants, par manque de valorisation de cette démarche. Celle-ci peut être facilitée grâce à des documents écrits qui permettent aux patients de relire les informations données lors de la consultation, sans que le médecin ait besoin d'insister longtemps. Il peut ainsi utiliser les brochures pour amorcer le dialogue sur le sujet, puis renvoyer le patient à la brochure explicative, et si besoin lui proposer d'en reparler à la prochaine consultation.

- Le Baromètre santé médecins de 2003⁵⁶ montre qu'un autre frein à la prévention est pour 51,2 % des médecins la **résistance des patients**. En effet, notre enquête met en évidence le refus de certains patients (mais aussi médecins) de voir des documents « gênants » sur la sexualité dans les salles d'attente des cabinets médicaux. L'intérêt des patients pour les informations du présentoir DOCUVIR n'est

pas suffisant pour aboutir à la consultation des brochures, puisque 60% d'entre eux seulement surmontent les réticences pour prendre une brochure, alors que 88% déclarent souhaiter des informations.

Parmi les 40% des personnes n'ayant pas pris de brochure, certains ne veulent pas être informés (12%), et d'autres (28%) n'en ont pas pris bien qu'ils disent vouloir ces informations. Cette discordance peut s'expliquer par la réticence que peuvent avoir certains à prendre une brochure dans une salle d'attente, un lieu ouvert. Une autre explication est le biais créé par la formulation même de la question (« souhaitez-vous avoir des informations... ») qui incite à répondre positivement.

Un autre travail de thèse⁶⁶ a évalué une action de prévention semblable, par la réalisation de fiches d'information comme outil d'éducation pour la santé en médecine générale. Dans ce travail, les jeunes font rarement appel à leurs médecins en matière de prévention du Sida, de peur qu'ils en parlent à leurs parents, ou par manque de confiance, et ils attendent de leur médecin qu'il prenne l'initiative d'aborder ces questions. Ils semblent parler plus facilement à leurs amis ou parents.

- **Le besoin de confidentialité**, souvent exprimé dans notre enquête, semble être une condition nécessaire dans la démarche du patient d'information sur les IST/VIH. Il est confirmé par l'INPES qui souligne le besoin de rassurer les patients sur la confidentialité des entretiens et des consultations⁵⁴, et d'aborder le sujet de la sexualité tout en respectant l'intimité des patients.

Dans DOCUVIR, le désir exprimé par les patients de confidentialité est double : prendre une brochure sans être gêné par le regard des autres dans la salle d'attente, mais aussi sans aborder le sujet avec son médecin, ce qui est peu satisfaisant.

5) Pertinence du moyen de diffusion d'information choisi : les brochures

La démarche active de recherche d'information pour les patients n'est pas aisée et le lieu ouvert de la salle d'attente d'un cabinet médical, au regard de tous, peut faire craindre pour certains d'être stigmatisés. Le support des brochures ne convient donc probablement pas à tous, et certaines personnes peuvent préférer s'informer autrement, comme par internet.

Une autre thèse sur le rôle du médecin généraliste dans l'acquisition des connaissances sur le sida chez les adolescents⁶⁷, montre que les jeunes ont des difficultés à aborder leur sexualité avec leur médecin, ne cherchent pas à s'informer auprès d'eux, mais plus souvent sur internet.

Une étude américaine⁶⁸ montre qu'en 2006, 80% des utilisateurs d'internet ont consulté un site pour un problème de santé, et que seuls un tiers ont ensuite consulté un médecin. Ces informations ont fait modifier leurs comportements (vis-à-vis d'un traitement par exemple) dans la moitié des cas.

Nous n'avons pas d'étude française semblable sur l'impact des informations de santé diffusées sur internet, ni d'études comparatives entre les informations données en ligne et sur les supports papiers. Cependant, on peut supposer que l'impact en général d'internet, notamment chez les jeunes, devrait faire repenser les stratégies en termes d'actions de prévention.

Par ailleurs, plusieurs études ont tenté d'apprécier l'efficacité d'une information écrite donnée au patient par rapport à une information orale. Une étude anglaise⁶⁹ publiée en 1998 et une autre australienne⁷⁰ en 2003, semblent montrer qu'une information écrite associée à celle donnée oralement augmente les connaissances et la satisfaction du patient. L'importance de l'information écrite est également citée par Weinman⁷¹, qui confirme le besoin et la valeur ajoutée des brochures pour la plupart

des patients, qui à 75% souhaitent une information écrite accompagnant un traitement (80 % d'entre eux la lisent). Un autre travail⁷² montre qu'en moyenne, les patients ont oublié la moitié de ce qui s'est dit cinq minutes après avoir quitté la consultation, que les patients retiennent 20 % de ce qu'ils ont entendu mais ceci augmente jusqu'à 50 % si on y associe un complément d'information écrit. L'information écrite permet donc de renforcer ce qui a été dit durant la consultation⁷³.

Dans l'ensemble, les travaux cités donnent l'impression globale que la transmission d'information aux patients à travers des documents écrits est plutôt positive, à la fois pour l'acquisition de connaissance et pour la confiance réciproque. Les résultats de DOCUVIR sont également positifs en termes de satisfaction et d'efficacité des informations distribuées, mais nous n'avons pas pu apprécier l'acquisition des connaissances par les patients.

C. Limites de notre enquête d'évaluation

L'évaluation de l'efficacité d'une campagne de prévention tend à vérifier que les messages ont été vus, compris, et qu'ils ont recueilli l'adhésion du public visé, voire qu'ils ont été incitatifs à un changement d'attitude.

Notre évaluation n'a pas permis de mesurer l'effet et l'impact de l'outil de prévention proposé. Les brochures distribuées sont prises par les patients, mais on ne sait pas si elles sont lues. Nous n'avons pas évalué leur effet sur les connaissances des patients, ni les éventuels changements de comportements que l'acquisition de ces informations aurait pu susciter.

Or, dans toute intervention en santé, il est important de réaliser une évaluation avant et après l'intervention, pour tenter de montrer que l'action menée est responsable d'éventuelles modifications de comportements. L'HAS propose, avant la réalisation d'une étude d'intervention, de définir un protocole, comprenant différentes étapes, et

de suivre la méthode PICOT : « Population – Intervention – Comparaison – Outcomes – Time »⁷⁴.

De nombreuses méthodes issues de la recherche qualitative ont été proposées pour identifier les barrières potentielles au changement (questionnaires, focus groups, entretiens individuels), puis pour mettre en place une stratégie adaptée.

Kurt Lewin⁷⁵ a écrit, à propos du changement de comportement, qu'une décision "est liée à des problèmes de relation entre motivation et action» et qu'elle dépend de la façon dont l'individu « peut être influencé par un changement de perception » d'une situation. Il suggère, à travers certaines expériences, que les changements de conduites sociales sont parfois plus efficaces lors de décisions de groupe que de conseils individuels. Il pourrait être intéressant, dans le projet DOCUVIR, d'expérimenter d'autres modes de transmission d'informations utilisant les brochures, soit dans le cadre individuel de la consultation médicale, soit comme le suggère Kurt Lewin, dans un travail en groupe.

Cependant, les études concernant l'efficacité de telles interventions manquent. L'évaluation des campagnes de prévention sur le sida est un bon révélateur des insuffisances des études destinées à évaluer l'impact des politiques de santé publique⁷⁶.

Or, l'enjeu de ces campagnes est d'inciter la modification des comportements et non simplement de susciter la création et la satisfaction d'un besoin.

En ce qui concerne notre projet DOCUVIR, l'évaluation a permis de mettre en évidence le besoin de ce type d'outil d'information, et de le valider auprès des patients et des professionnels de santé en termes de satisfaction. Une étude d'efficacité constituera l'enjeu essentiel de la proposition d'extension du projet.

D. Perspectives pour l'avenir

L'enquête préliminaire montre que le projet DOCUVIR correspond, en partie, aux attentes des médecins et des patients, et qu'il semble avoir recueilli leur satisfaction. Il pourrait être étendu à plus large échelle.

1) Proposition d'amélioration du projet

- Poursuivre et élargir la collaboration entre les professionnels de santé médecins, pharmaciens et autres professionnels paramédicaux avec les associations de patients, dans le cadre d'actions de prévention contre les IST/VIH : en impliquant les COREVIH dans le projet au niveau régional puis national ; en recrutant des professionnels de santé moins engagés dans la prévention des IST/VIH ; en diffusant le présentoir DOCUVIR dans des centres de santé, ou maisons médicales...
- Privilégier les brochures d'information de prévention primaire, pour un public large et pour les adolescents, en simplifiant les messages, et en insistant sur les informations générales sur la sexualité et sur les IST/VIH, ainsi que sur l'importance du dépistage précoce de ces maladies.
- Compléter le présentoir avec des documents d'information sur la contraception et les autres IST.
- Modifier la brochure destinée aux migrants, avec des messages plus visuels.
- Mettre en place un réassortiment mieux coordonné.
- Utiliser les brochures dans le cadre de la consultation de médecine générale, pour renforcer la transmission du message préventif, qui aurait alors probablement un impact plus fort.

2) Propositions d'amélioration de l'enquête d'évaluation

- Utiliser l'expertise de l'INPES pour réaliser l'enquête d'évaluation de manière plus rigoureuse et indépendante.
- Eviter une évaluation basée sur la quantité de brochures distribuées, puisque ce paramètre comporte de trop nombreux biais, ne permettant pas de le rapporter à l'intérêt des patients pour les brochures.
- Réunir un plus grand échantillon de personnes pour l'enquête.
- Préciser les caractéristiques socioprofessionnelles et ethniques des patients interrogés, leur langue parlée, et leur statut vis-à-vis des principales IST, VIH et hépatites virales.
- Recueillir les causes des refus et réticences en réalisant le questionnaire auprès des patients sous forme d'entretien, ce qui permettra de ne pas exclure et d'interroger les personnes pour qui l'écrit en français est un obstacle.
- Evaluer les raisons de certains patients qui ont des difficultés à parler de sexualité et des IST avec leur médecin, et apprécier l'aide que peut apporter le support des brochures d'information dans ce dialogue.
- Identifier les obstacles présents pour prendre une brochure dans la salle d'attente des cabinets médicaux.
- Réaliser une évaluation d'efficacité avant et après l'intervention pouvant apprécier l'acquisition des connaissances par les patients, et identifier des éventuels changements de comportements, bien que cet objectif soit peu réaliste.
- Tenter de soulever les questions autour des réticences à aborder la sexualité dans le cadre de la consultation de médecine générale.

VI. CONCLUSION

Les médecins de ville sont des acteurs importants dans la prise en charge des personnes atteintes du VIH et des IST. Ils jouent un rôle essentiel dans la prévention et l'éducation pour la santé. Ce travail a montré que le dispositif de DOCUVIR permet une distribution efficace de brochures d'information dans les lieux de soins primaires et les établissements de santé. Il répond aux attentes des patients et des médecins, bien que certaines améliorations soient nécessaires, notamment dans le choix des brochures diffusées et la procédure de réassortiment mise en place. Les documents d'information de DOCUVIR semblent être une aide pour surmonter les tabous encore présents et parler de sexualité avec le médecin généraliste.

Cependant, l'enquête préliminaire menée dans ce travail présente certaines limites. Les nombreux biais et insuffisances qu'elle comporte, devront être évités lors de l'extension du projet à plus grande échelle, déjà en cours de mise en place dans trois régions en France.

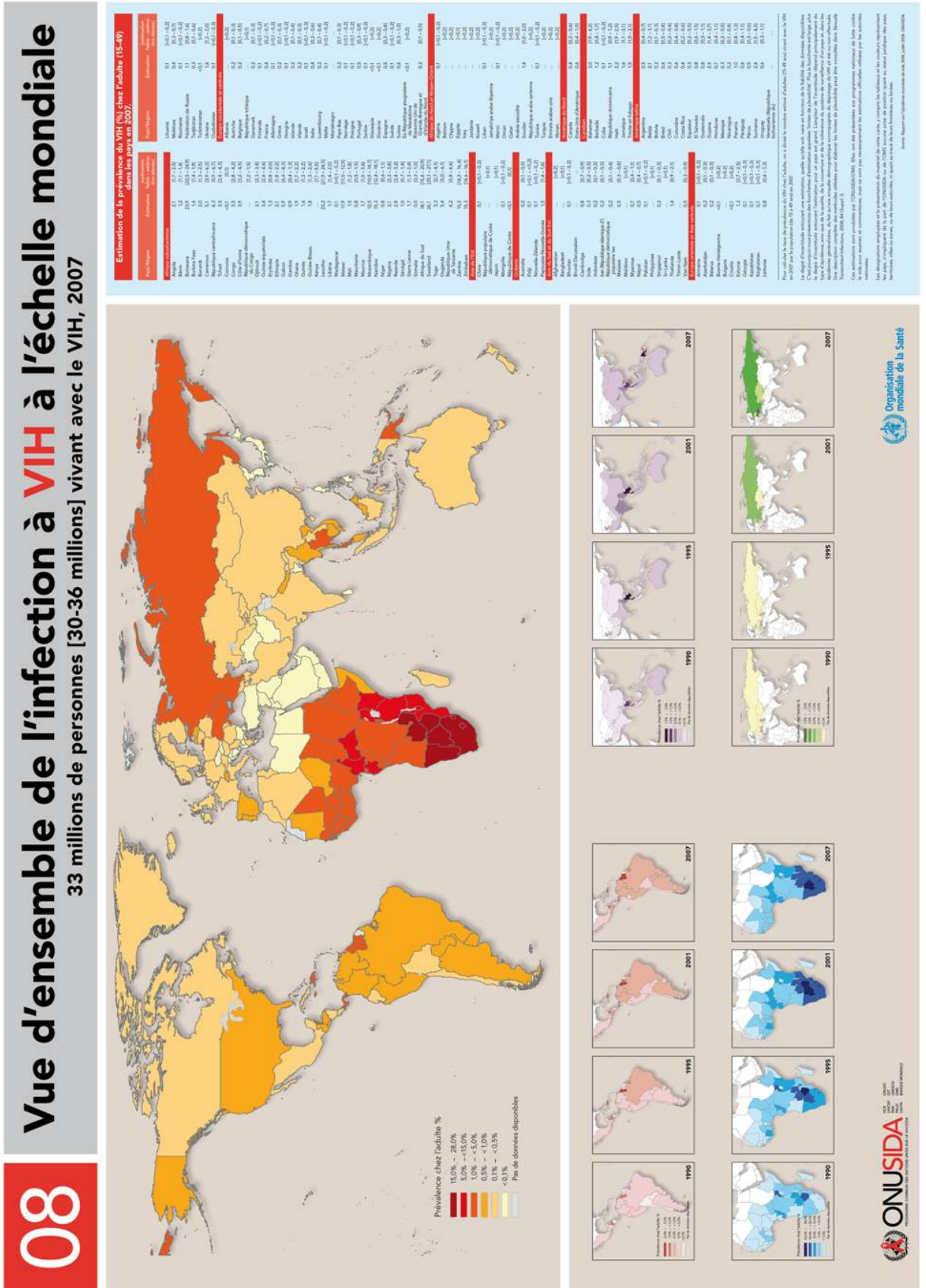
Par ailleurs, notre enquête confirme la nécessité d'évaluer les effets des campagnes d'information en termes de changements de comportements et d'identifier les freins à ces changements. L'évaluation de l'acquisition des connaissances et de l'efficacité de cette action de prévention pour changer les comportements pourra faire l'objet de du futur projet élargi.

A titre personnel, ce projet m'a permis de participer pleinement à un projet de prévention sur les IST et le VIH dans le cadre d'un réseau de professionnels de santé. Le partenariat avec des associations de patients, dont l'expérience et l'engagement social sont forts, a enrichi énormément ce travail et ma vision des soins primaires en médecine générale.

Le rôle du médecin généraliste est non seulement de thérapeute, mais aussi préventif, éducatif et social. La complexité de sa tâche devrait être abordé dès le début des études médicales, afin de sensibiliser les futurs médecins et les préparer le mieux possible à faire face à des questions aussi difficiles que la sexualité et les changements de comportements. Les partenariats avec d'autres professionnels, des réseaux de santé ou des associations devraient également être généralisés dans le cadre des soins de santé primaires.

VII. ANNEXES

1) Carte de prévalence du Sida en 2008



2) Liste des médecins participants au projet

- JP AUBERT, 75018
 - Pascale SANTANA, 75020
 - Pierre DEMOOR, 75020
 - Catherine MAJERHOLC, 75009
 - Oliver TAULERA, 75019
 - Nadine LAZIMI, 75020
 - Maité LAVIELLE, 75010
 - Rebecca ROTNEMER, 75011
 - Jean Claude BOUROVITCH, 75018
 - Danielle AVRAMOV, 75018
-
- Hôpital St LOUIS - Pr Sereni/Consultation Verlainne (précarité)
 - Hôpital LARIBOISIERE - Pr Bergman/Valérie Plavinet (médecine interne)

3) Description des brochures

a. Documentation de prévention primaire visant un public large

- Femmes et VIH : Editée par Le Kiosque, cette brochure donne des informations générales sur le dépistage et la prévention des IST et du VIH, sur l'utilisation des préservatifs, et les conduites à tenir en cas de prise de risque.
- Les premières fois : Editée par l'INPES, cette brochure donne des informations générales sur la sexualité des adolescents, la grossesse, le dépistage des IST, et montre des témoignages en s'adressant à un public jeune.
- Hépatite C : Editée par l'INPES, cette brochure informe sur le dépistage de l'hépatite C et sur l'attitude en cas de diagnostic positif.
- Les filles / les garçons : Editée par le CRIPS, cette brochure informe les adolescents sur les problèmes liés à la sexualité, aux IST, à la contraception et donne des numéros de téléphones utiles. Elle est très visuelle et présente de nombreuses illustrations.
- Questions d'ado : Editée par l'INPES, cette brochure informe sur la sexualité, la contraception, les IST et le Sida, et les conduites en cas de prise de risque avec les téléphones utiles.
- CDAG : Editée par le CRIPS, elle donne des informations sur les dépistages du VIH et des IST, avec toutes les adresses des centres de dépistages anonymes et gratuits d'Ile de France.
- Vaincre le Sida : Edité par l'INPES, cette brochure informe sur les modes de transmission du VIH, et de prévention, les lieux de dépistage ainsi que les numéros de téléphones utiles.

- Drogues et dépendances : Edité par l'INPES, elle donne des informations accessibles sur les drogues, leurs effets et leurs dangers, les téléphones utiles pour être aidé, ainsi que quelques repères épidémiologiques et législatifs.
 - b. Documentations d'information et de prévention pour les personnes infectées
- Rencontres positives : Editée par AIDES, cette brochure donne l'adresse d'un espace de parole pour les personnes infectées.
- La brochure du kiosque : Editée par le Kiosque Information Sida Toxicomanie, cette brochure informe sur ce lieu d'accueil et d'information sur les IST et le VIH, avec les téléphones utiles. Il est surtout destiné aux HSH.
 - c. Pour les migrants
- Ikambère : Editée par l'association Ikambere, elle s'adresse en particulier aux femmes africaines infectées par le VIH, et informe sur ce lieu d'accueil et d'aide. Les messages sont adaptés à la population ciblée.
- AIDS : Editée par Sida info service, cette brochure informe en anglais sur le dépistage et sur les traitements ainsi que les téléphone utiles.
 - d. Périodiques : également intéressant pour les professionnels de santé
- Remaides : Edité par l'association AIDES, ce journal informe sur les traitements du VIH et des hépatites virales, le quotidien des personnes infectées avec de nombreux témoignages.
- Info traitements : Edité par Action Traitement, ce périodique aborde l'actualité de la recherche, les avancées thérapeutiques avec une ouverture sur les questions sociales.
- Tétu + : Ce périodique est particulièrement destiné aux HSH, et retrace à travers des reportages les principales actualités sur les traitements du VIH et des hépatites.
- Protocoles : Edité par l'association Act-up, ce périodique informe sur les nouveautés en matière de traitement du VIH, et donne des informations générales à travers des reportages.
- Le Journal du Sida : Edité par l'association ARCAT, il donne des informations sur la prise en charge sociale, psychologique et médicale des personnes atteintes du Sida, ainsi que l'état d'avancée des recherches scientifiques.

4) Les présentoirs



5) Questionnaire patient

1/ Sexe : F M Site de l'enquête

2/ Age : < 20 ans 20-29 ans 30-39 ans 40-49 ans ≥ 50 ans

3/ Avez-vous vu le présentoir de brochures dans la salle d'attente/pharmacies?
Oui Non

4/ Avez-vous pris ou consulté une de ces brochures ?
Oui Non
Pour vous-même Et/ou pour un proche

5/ Souhaitez-vous avoir des brochures d'informations sur les maladies sexuellement transmissibles et le Sida dans les salles d'attentes ou pharmacies?
Oui Non

Pourquoi :

6/ Sur le thème des MST/SIDA, quelles sont les informations que vous aimeriez avoir dans les cabinets et les pharmacies ? (plusieurs réponses possibles)

VIH/Sida

Autres maladies sexuellement transmissibles :

Hépatites Syphilis Herpès Gonococcies Condylomes

Autres

Prévention

Dépistage

Contraception

Traitement

Sexualité

Associations de malades

Informations dans d'autres langues

Autres

6) Questionnaire médecins/pharmaciens

1/Coordonnées :

Nom =

Sexe =

Age =

2/Etes-vous ?

Médecin

Pharmacien

Préparateur

En ville

à l'hôpital

3/ Combien de patients environ fréquentent le cabinet/pharmacie par jour ?

4/ Combien sont concernées par les MST/VIH ?

≤ 5

5-10

10-20

20-30

≥ 30

5/ Que pensez-vous de l'utilité de ce présentoir d'information sur les MST/VIH dans ces lieux d'attente ?

Très utile

utile

peu utile

inutile

Commentaires :

6/ Etes-vous satisfait du choix de type de présentoir que vous avez ?

Mural

Commentaires :

Tournant

7/ Notez de 0 (très peu pratique) à 3 (très pratique), votre avis global sur la procédure de réassortiment :

0

1

2

3

Commentaires :

8/ Est-il arrivé que des patients utilisent un ou plusieurs de ces documents pour engager une discussion avec vous? Oui Non

Sur quels thèmes (plusieurs réponses possibles) :

VIH

Prévention/Dépistage

Hépatites

Sexualité

Autres MST

Autres

thèmes

9/ Est-il arrivé que vous utilisiez un ou plusieurs de ces documents comme support lors d'un dialogue avec un patient ? Oui Non

Sur quels thèmes ?

VIH

Prévention/Dépistage

Hépatites

Sexualité

Autres MST

Autres

thèmes

10/ Notez de 0 (très peu intéressant) à 3 (très intéressant) votre avis global sur l'intérêt des brochures présentées :

0

1

2

3

Commentaires :

11/ Veuillez coter la pertinence des brochures proposées de 0 (pas pertinente) à 3 (très pertinente) :

Brochures :

Femmes et VIH =
Le Kiosque =
Les filles, les garçons =
Hépatite C =
Questions d'ado =
Aides– Sida Info Service =
Rencontres positives =
Ikambere =
Drogues et dépendances =
Premières fois =
Consultations CDAG =
Vaincre le Sida =

Périodiques :

Info traitements =
Le Journal du sida =
Protocoles =
Têtu + =
Remaides =

Commentaires :

12/ Auriez-vous souhaité d'autres brochures ?

Sur d'autres thèmes :

Dans d'autres langues :

Pour un autre public :

Autres :

13/ Souhaiteriez-vous continuer cette expérience ?

Oui

Non

Commentaires :

14/ Souhaiteriez-vous faire partager cette expérience à certains de vos confrères ?

Oui

Non

A qui, par exemple ?

15/ Notez de 0 à 5 votre niveau de satisfaction globale sur l'ensemble de l'expérience :

0

1

2

3

4

5

Commentaires ou suggestions :

7) Enquête dans les hôpitaux

a) Problèmes rencontrés lors de la mise en place du projet

Le projet a également démarré avec environ 2 mois de retard.

Le dispositif de réassortiment a été rapidement dépassé par une « consommation » de brochures très importante, empêchant d'assurer les livraisons dans les délais demandés. La quantification des brochures distribuées doit donc être relativisée compte tenu de l'absence de certaines brochures pendant plusieurs jours.

b) Quantification des brochures distribuées

Au total, 2105 brochures ont été distribuées sur toute la durée de l'étude dans les 2 hôpitaux pilotes, soit 1410 et 695 respectivement.

Nous n'avons pas pu compter le nombre de brochures restées sur le présentoir à la fin de l'étude, mais il en restait très peu. Nous supposerons donc que la quantité de brochures distribuées s'approche de celle prise par les patients.

Les nombres de chacune des brochures distribuées, en comparaison aux cabinets de ville, sont représentés dans la *figure 1f*.

Les brochures les plus distribuées sont : Hépatite C, Vaincre le Sida, Aids, Premières fois, Consultation CDAG. Cependant, il s'agit plus du reflet des documents disponibles en quantités importantes et mieux distribués, que d'une réelle préférence des patients pour ces brochures.

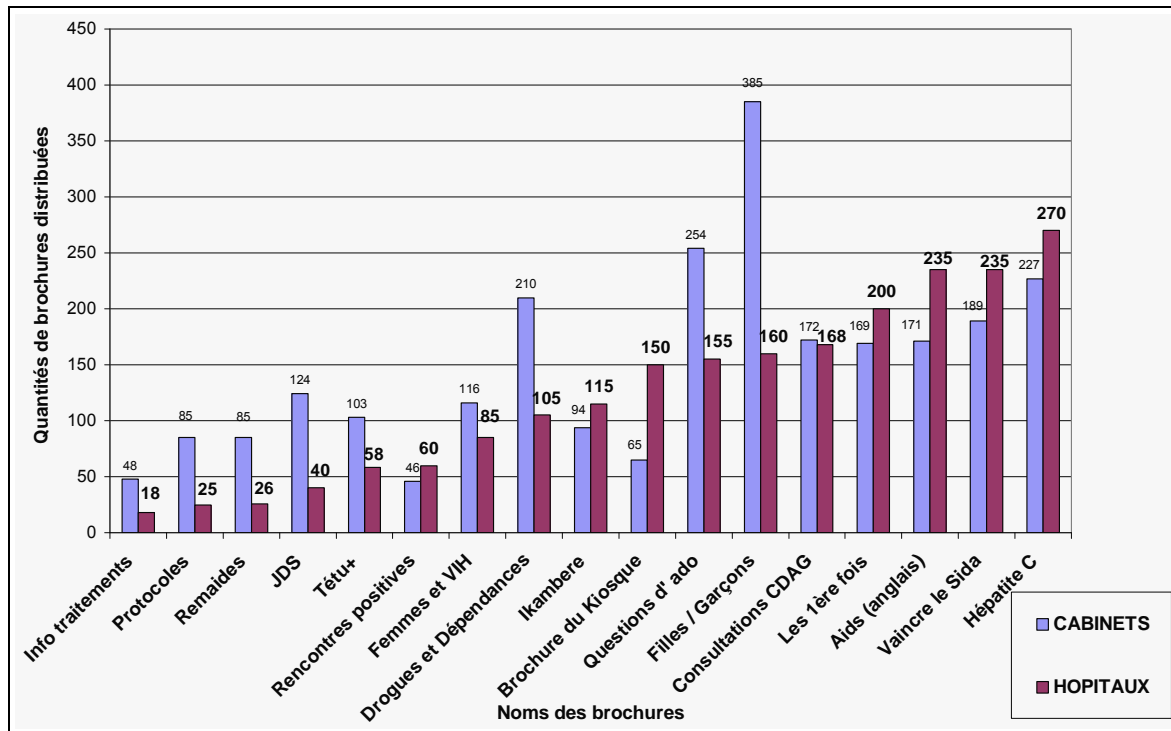


Figure 1f

Les pourcentages de brochures prises par les patients (reflet du choix des brochures sélectionnées pour le projet) dans les consultations hospitalières, par thèmes et public ciblé sont :

- 66% des brochures prises par les patients donnent des informations de prévention primaire pour un public large (adultes et jeunes adolescents).
- 34% des brochures prises sont destinées à un public ciblé à risque (migrants et personnes infectées).

Le nombre de réassortiment varie entre 1 et 5 selon le site et le type de brochure.

c) Données de l'enquête auprès des patients

L'enquête n'a été réalisée que dans une des deux consultations hospitalières et le nombre de questionnaires recueillis auprès des patients est de vingt au total.

Les patients interrogés diffèrent de ceux consultant les cabinets de ville, par le type de pathologies pour lesquelles ils consultent, plus souvent chroniques.

Sur les vingt réponses recueillies :

- 7 hommes pour 13 femmes (proche de la proportion des cabinets à 60%)
- 12 sur 20 ont plus de 40 ans, dont 7 plus de 50 ans (23% dans les cabinets), et la moyenne d'âge est d'environ 50 ans (44 ans dans les cabinets)
- Concernant la visibilité du présentoir et l'utilisation des brochures : 14 patients sur 20 répondent positivement, soit un peu moins que dans les cabinets (86%). Par contre, parmi ceux qui ont vu le présentoir (14), 12 d'entre eux ont pris une brochure, soit beaucoup plus que dans les cabinets de ville (59%).

Bien que ces chiffres ne soient qu'indicatifs et non statistiquement significatifs, nous observons que le présentoir DOCUVIR semble être moins visible dans une consultation hospitalière, qui est un lieu plus ouvert et vaste que la salle d'attente d'un cabinet de médecine générale, et où un très grand nombre de personnes transite. Mais, les personnes ayant remarqué le présentoir, ont en grande majorité été intéressées et n'ont pas rencontré de difficulté pour prendre les documents.

- Le présentoir est jugé utile pour 18 des 20 personnes interrogées (88% en ville), qui souhaitent avoir des informations sur les IST/VIH.
- Les informations souhaitées par les personnes fréquentant ces lieux sont les suivantes :

THEMES	EFFECTIFS
Prévention et dépistage	10
Informations sur le VIH	7
Informations sur les traitements	3
Informations sur les autres IST	4
Informations sur la sexualité et la contraception	2
Informations sur les associations de malades	6
Informations en d'autres langues	5
Non renseigné	3
TOTAL INTERROGES	20

X. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Déclaration d'Alma Ata [en ligne] 1978, disponible sur : http://www.who.int/hpr/docs/alam-ata_declaration_fr.pdf
2. OMS, Charte d'Ottawa, Promotion de la santé [en ligne] 1986, disponible sur : http://www.who.int/hpr/docs/ottawa_declaration_fr.pdf
3. Laperche J., « Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste, La Santé de l'homme, Bruxelles, 2007, numéro 392, pages 46-48, disponible sur : <http://www.inpes.fr>
4. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, Wonca Europe, 2002, Bureau européen de l'OMS, Barcelone, 52 pages, www.cnge.fr
5. Pilly E, Maladies infectieuses et tropicales, 18^{ème} édition, éditeurs : APPIT, Montmorency, 2002, 654 pages, ISBN : 2-909710-14-9
6. Girard Pierre-Marie, Katlama Christine et Pialoux Gilles, VIH, édition 2007, éditeurs : Rueil-Malmaison, Doin, 2007, 727 pages, ISBN : 978-2-7040-1231-2
7. Rencontre du CRIPS Ile de France, 69^{ème} édition, 2008, Paris, « Enquêtes sur les comportements sexuels en France et en Europe, quels impacts sur la prévention des IST et du VIH ? », lettre d'information [en ligne] ISSN : 1242-1693, pages 1-10, disponible sur : www.lecrips-idf.net
8. Schemann JF, « Prévention, dépistage et prise en charge du VIH/Sida auprès des femmes migrantes du département de Seine Saint Denis », 74 pages, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2003
9. OMS, ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale du Sida, édition 2008, 362 pages [en ligne] ISBN : 978 92 9 173712 3, disponible sur : www.unaids.org
10. OMS, ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de Sida, édition 2007, 54 pages, ISBN : 978 92 9 173622 5 [en ligne] disponible sur : www.unaids.org
11. Yeni Patrick, Rapport sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts, Flammarion, 2008, 412 pages, Médecine-Sciences, ISBN : 978-2-2570-0062-0
12. InVS, L'infection à VIH/Sida en France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH), 2008, numéro 45-46, pages 433-461, disponible sur : www.invs.sante.fr/beh
13. InVS, Situation du VIH/SIDA en France [en ligne] juin 2007, format pdf, 74 pages [en ligne] disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>
14. HAS, Dépistage de l'infection par le VIH en France, modalités de réalisation des test de dépistage, octobre 2008, 196 pages [en ligne] disponible sur : www.has-sante.fr
15. InVS, Epidémiologie des IST en France, 2007, Département des maladies infectieuses, pdf [en ligne] disponible sur : www.invs.sante.fr
16. InVS, Prévalence des hépatites B et C en France en 2004, 114 pages [en ligne] ISBN : 978-2-11-096434-2, disponible sur : www.invs.sante.fr

-
17. InVS, Lutte contre le VIH/Sida et les IST en France, 10 de surveillance 1996-2005, mars 2007, 159 pages
 18. InVS, Alice Bouyssou-Michel et Caroline Semaille, Surveillance de la Syphilis en France entre 2000 et 2005, octobre 2006, pdf, disponible sur : www.invs.sante.fr
 19. InVS, Renago 2004, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, numéro 1/2006, pages 1-4 [en ligne] disponible sur www.invs.sante.fr/beh
 20. InVS, Les Chlamydioses uro-génitales en France en 1997 – Réseau Renachla, BEH, numéro 16/1999, pages 61-63 [en ligne] disponible sur : www.invs.sante.fr/beh
 21. InVS, Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profil des usagers de drogues en France, Etude InVS-ANRS Coquelicot 2004, BEH, numéro 33, 2006, pages 243-250 [en ligne] disponible sur : www.invs.sante.fr/beh
 22. InVS, Département de maladies infectieuses, « VIH, Sida et IST, état des lieux des données en 2003 » [en ligne], 13 pages, disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>
 23. OMS, Département VIH/Sida, Interventions prioritaires : prévention, traitement et soins du VIH/Sida dans le secteur de la santé, 2008, 197 pages [en ligne] pdf, disponible sur : www.priority_interventions_web_fr.doc
 24. OMS, Stratégies mondiales de lutte contre les IST : 2006- 2015 : rompre la chaîne de transmission, 2007, 66 pages, ISBN : 978 92 4 256347 4
 25. Bulletin de santé, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, « Suivi de l'infection à VIH/Sida en Ile-de-France », numéro 10, décembre 2005, pages 1 – 8 [en ligne] disponible sur : www.ors-idf.org
 26. InVS, L'infection à VIH/Sida en France et en Europe, BEH, numéro 46-47, novembre 2007, pages 385-400 [en ligne] disponible sur : www.invs.sante.fr/beh
 27. InVS, Velter A., Michel A., et Semaille C., Rapport Baromètre gay 2002, novembre 2005, ISBN : 2-11-095370-5, pdf, 56 pages, www.invs.sante.fr
 28. InVS, Baromètre gay 2005, Enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, numéro 25/2006, pages 78-80 [en ligne] disponible sur : www.invs.sante.fr/beh
 29. InVS et anRS, Rapport Enquête Presse gay 2004, juin 2007, Maladies Infectieuses, ISBN : 978-2-11-096766-4, pdf [en ligne] disponible sur : www.invs.sante.fr
 30. Beltzer Nathalie, Lagarde Mylène, et Wu-Zhou Xiaoya, « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004 », ORS d'Ile de France, disponible sur : www.ors-idf.org
 31. Setbon Michel, « L'enquête KABP 2004 confirme-t-elle la normalisation du Sida ? », Transcriptases, 2006, numéro 126, pages 20-22
 32. Suivi de l'infection à VIH/Sida en Ile de France - Les homosexuels masculins face au VIH/Sida, données épidémiologiques et aspects de la prévention, ORS d'Ile de France, décembre 2005, numéro 10 [en ligne] disponible sur : www.ors-idf.fr

-
33. InVS, Synthèse et perspectives, unité VIH/Sida – IST – VHC, Département de maladies infectieuses, 2007, pdf [en ligne] disponible sur : www.invs.sante.fr
 34. Sahajian F., Voirin N., Vanhems P., Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C, Revue Epidémiologique de Santé Publique, Paris, Masson, 2005, pages 25-42
 35. InVS, Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH – Modalités d'accès et contexte socioculturel, janvier 2006, ISBN : 2-11-095757-3, disponible sur : www.invs.sante.fr
 36. InVS, Dépistage du VIH dans les populations et territoires prioritaires, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, numéro 7-8, février 2008, pages 49-60, disponible sur : www.invs.sante.fr/beh
 37. InVS, Surveillance du VIH/Sida en France, Rapport numéro 3, 2006, ISBN : 2-11-096365-4, 25 pages, disponible sur : www.invs.sante.fr
 38. Conseil National du Sida, Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France, novembre 2006, disponible sur : www.cns.sante.fr
 39. Rencontre du CRIPS Ile de France, 66^{ème} édition, mai 2007, « Dépistage du VIH, nouveaux enjeux, nouvelles pratiques », lettre d'information, ISSN : 1242-1693, pages 1-7, disponible sur www.lecrips-idf.net
 40. ANAES, Evaluation du dépistage des infections urogénitales basses à Chlamydia trachomatis en France, tome 2, 2003, pages 1-9, disponible sur : www.anaes.fr
 41. HAS, Evaluation à priori du dépistage de la syphilis en France, mai 2007, Recommandations en Santé Publique, Synthèses et perspectives, 30 pages, disponible www.has-sante.fr
 42. Duport Nicolas, InVS, Données épidémiologique sur le cancer du col de l'utérus, Etats des connaissances, actualisations 2008, ISSN : 1956-6964, 30 pages, disponible sur : www.invs.santé.fr
 43. HAS, Hépatite chronique B, Guide-Affection longue durée, octobre 2006, 16 pages [en ligne] disponible sur : www.has-sante.fr
 44. INPES, Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées, Repères pour votre pratique, Etat des connaissances en mai 2005, www.inpes.sante.fr
 45. ANAES, Dépistage de l'hépatite C – Populations à dépister et modalités du dépistage, Réunion du comité d'expert, 2001, 8 pages, disponible sur : www.anaes.fr
 46. Bilan des actions de communication sur l'infection à VIH/Sida, Chapitre IV, pages 79-106, Edition anRS, Collection sciences sociales et Sida, Paris, novembre 1999, ISSN : 1262-4837 (référence 47)
 47. Jaspard M., Sociologie des comportements sexuels, La Découverte, 2005, 122 pages, Repères, ISBN : 2-7071-4581-5
 48. Campagne d'information sur le Sida « Le sida, il ne passera pas par moi », communiqué de la DGS, 1987

-
49. Lydié N. et l'Action Coordonnée 18-1 « Comportements et prévention » Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France, Synthèses des données quantitatives 1994-1999, Edition anRS, Collection sciences sociales et Sida, Paris, novembre 1999 150 pages, ISSN : 1262-4837
 50. Suivi de l'infection à VIH/Sida en Ile de France - Les jeunes face au VIH/Sida, ORS d'Ile de France, décembre 2006, numéro 11, disponible sur : www.ors-idf.fr
 51. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » mars 2007, anRS, INSERM, INED, dossier de presse, 27 pages
 52. Programme de lutte national contre le VIH/Sida et les IST, 2005-2008, DGS, 83 pages [en ligne] disponible sur : www.sante.fr
 53. Journée mondiale de lutte contre le Sida 1^{er} décembre 2007, Dossier de presse [en ligne] disponible sur : www.sante.fr
 54. INPES, Dépistage du VIH et des IST, Repères pour votre pratique, 2007 [en ligne] disponible sur : www.inpes.sante.fr
 55. Plan national de lutte contre les hépatites B et C, 2009-2012, janvier 2009, DGS, 87 pages [en ligne] disponible sur : www.sante.fr
 56. Baromètre santé médecin/pharmaciens 2003, Prévention et éducation pour la santé : quels rôles pour les médecins et les pharmaciens? Collections « Baromètres », INPES, disponible sur : www.inpes.sante.fr
 57. HAS, Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), Guide Affections de longue durée, décembre 2007, 36 pages, disponible sur : www.has-sante.fr
 58. Consensus formalisé : prise en charge du VIH en médecine générale et médecine de ville, SPILF et SFLS, janvier 2009, 12 pages
 59. Paicheler G., CNRS, Le ciblage dans la prévention du Sida : nouveaux enjeux, nouveaux défis, La Santé de l'homme, numéro 379, septembre-octobre 2005, pages 11-14 [en ligne] disponible sur : www.inpes.sante.fr
 60. Lydié N., Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/Sida, Connaissances, attitudes, croyances et comportements, Editions INPES, Etudes Santé ISBN 978-2-9161-9200-0, 21 pages [en ligne] disponible sur : www.inpes.sante.fr
 61. Grille d'analyse des outils d'intervention en éducation pour la santé, INPES, 11 pages, pdf [en ligne] disponible sur : www.inpes.sante.fr
 62. Baromètre santé médecins/pharmaciens activité 2003, Présentation méthodologique et principales caractéristiques des professionnels de santé, Collections « Baromètres », INPES [en ligne] disponible sur : www.inpes.sante.fr
 63. Projet de loi sur la « Réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires », adopté en mars 2009 par l'assemblée nationale, Sénat, session ordinaire 2008-2009, numéro 290
 64. Lema LA., Kapata RS, Knowledge on HIV/AIDS and sexual behaviour among youths in Kibaha District, Tanzan J Health Res, 2008, vol. 10, numéro 2, pages 79-83

-
65. Moysan N., « La prévention des infections sexuellement transmissibles des adolescents telle qu'elle est perçue par les médecins généralistes », 156 pages, Thèse de médecine générale, Rennes, 2006
 66. Sustersic M., Meneau A., « Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale », 64 pages, Thèse de médecine générale, Grenoble, 2007
 67. Jaulin C., « Contraception et Sida : Evaluation des connaissances des adolescents dans ces domaines et rôle tenu par le médecin généraliste dans l'acquisition de ces connaissances », 65 pages, Thèse de médecine générale, Créteil, 2007
 68. Fox S., Online health search 2006, Pew Internet and American Life Project, octobre 2006, [en ligne] 202-419-4500, disponible sur : <http://www.pewinternet.org>
 69. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, « A PIL for every ill? Patient information leaflets : a review of past, present and future use », Family Practice, 1998, vol. 15, numéro 5, pages 471- 479.
 70. Johnson A, Sandford J, Tyndall J., « Written and Verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, vol. 4
 71. Weinman J., « Providing written information for patients: psychological considerations». Journal of Royal Society of Medicine, 1990, vol. 83, pages 303-305
 72. Kitching JB., « Patient information leaflets – the state of the art », Journal of Royal Society of Medicine, 1990, vol. 83, pages 298-300
 73. Sandler DA, Mitchell JRA, Fellows A, « Is an information booklet for patients leaving hospital helpful and useful? ». British Medical Journal, 1989, vol. 298, pages 870-874
 74. HAS, Methodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques, juin 2007, Guide méthodologique, 59 pages, www.has.sante.fr
 75. Lewin Kurt, Décisions de groupe et changement social, Psychologie sociale – Textes fondamentaux anglais et américains, 2002, Tome 2, chapitre 33, édition Dunod, pages 498-519
 76. L'évaluation de la communication publique : l'exemple de la prévention du Sida, Rapport CREDOC, 2002, Collection Cahier de Recherche, numéro 172, 113 pages, ISN : 284104200 6