

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DESCAMPS Céline
Née le 10 Avril 1983 à Tourcoing

Présentée et soutenue publiquement le : 2 Mai 2014

Étude SHIVA :
Influence de la recommandation de la HAS de 2009 sur le
dépistage du VIH en médecine générale.

Président de thèse : Professeur YAZDANPANAH Yazdan

Directeur de thèse : Professeur AUBERT Jean Pierre

DES de médecine générale

Remerciements

Au Professeur Yazdan Yazdanpanah,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et de l'intérêt que vous y portez.

Au Professeur Jean Pierre Aubert,

Merci de m'avoir accompagné tout au long de ce travail, avec disponibilité et enthousiasme. Merci pour votre confiance et vos encouragements.

Au Professeur Patrick Marcellin, d'avoir accepté de lire ce travail de thèse et de faire partie du jury.

Au Docteur Josselin Le Bel,

Merci pour ta confiance et ta bienveillance depuis mes premiers pas au cabinet jusqu'à ma soutenance de thèse en tant que membre du jury.

A toute l'équipe du cabinet Ramey : Docteur Isabelle Weisser, Docteur Alex Maire, Docteur Pauline Jeanmougin, Docteur Fanny Cussac, Cindy et Samia. Mes premières années en médecine libérale à vos côtés n'ont été que du bonheur ! C'est un plaisir de travailler et de partager avec vous.

A mes co-internes rencontrés au fil des stages, en particulier Charlotte, Léa, Aurélie et Laurence.

A mes parents, à qui je dédie cette thèse.

Merci pour tout.

Merci à toi Maman, pour ta bienveillance tout au long de ces études et pour tout l'amour que tu me donnes au quotidien.

Merci à toi Papa, pour ton soutien. Merci de m'avoir donné des ailes et permis d'en être arrivée là.

A ma Mamie, qui aurait été fière de moi et qui me manque chaque jour.

A mon frère et mes sœurs, que j'aime tant et dont je suis si fière.

A Noriko, Jérémie et Pierre : si heureuse que vous fassiez partie de la famille !

A Julie et Amandine, présentes depuis le début, j'ai tant de bons souvenirs avec vous ! Merci pour toutes ces années de bonheur et celles à venir.

A Elodie, la belle rencontre parisienne, merci pour ton amitié.

A Edouard, Matthias, Donatien, Laure, Riad, pour les bons moments passés en votre compagnie.

A Thomas, pour ton amour, ton soutien et ta patience. Merci pour le bonheur que tu me donnes chaque jour. C'est partie pour de nouvelles aventures !!!

Liste des abréviations

- ALD : Affection longue durée.
- ARS : Agence régionale de santé.
- CNGE : Collège national des généralistes enseignants.
- CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins.
- DGS : Direction générale de la santé.
- HAS : Haute autorité de santé.
- HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- InVS : Institut de veille sanitaire.
- IST : Infection sexuellement transmissible.
- IVG : Interruption volontaire de grossesse.
- PVVIH : Personnes vivant avec le VIH.
- SFLS : Société française de lutte contre le Sida.
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise.
- SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française.
- UDI : Utilisateur de drogue injectable.
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

Table des matières

1. INTRODUCTION	7
1.1. L'EPIDEMIOLOGIE DU VIH EN FRANCE	7
1.2. L'EPIDEMIE CACHEE.....	8
1.3. DES OPPORTUNITES MANQUEES DE DEPISTAGE DU VIH.....	8
1.4. LES ENJEUX DU DEPISTAGE	9
1.5. DE NOUVELLES STRATEGIES DE DEPISTAGE EN POPULATION GENERALE	10
2. METHODE.....	11
2.1. OBJECTIF et HYPOTHESE.....	11
2.2. CRITERES D'EVALUATION	12
2.3. TYPE D'ETUDE ET INTERVENTION	12
2.4. POPULATION ETUDIEE	13
2.4.1. LES LABORATOIRES	13
2.4.2. LES MEDECINS GENERALISTES	13
2.4.3. CRITERES D'INCLUSION :	14
2.4.4. CRITERES D'EXCLUSION :	14
2.4.5. PERIODE D'INCLUSION	14
2.5. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	15
2.6. DONNEES RECUEILLIES	16
2.6.1. NOMBRE DE SEROLOGIES	16
2.6.2. QUESTIONNAIRE.....	16
2.7. ANALYSE STATISTIQUE.....	19
2.7.1. Analyse descriptive	19
2.7.2. Analyses comparatives	20
2.8. ASPECTS ETHIQUES ET FINANCIERS	20
3. RESULTATS.....	21
3.1. POPULATION (Tableau 1).....	21
3.2. VARIATION DU TAUX DE PRESCRIPTION DE TEST VIH.....	22
3.3. DEUX HYPOTHESES.....	24
3.4. CARACTERISTIQUES DES VARIATEURS ET DES NON VARIATEURS.....	26
3.5. CIRCONSTANCES DE PRESCRIPTIONS	29
3.6. FREINS A LA PRESCRIPTION	43
3.7. RECOMMANDATION HAS	69
4. DISCUSSION	74
4.1. RESULTATS PRINCIPAUX.....	74

4.2.	DISCUSSION SUR LA METHODE	75
4.2.1	Choix du type d'étude	75
4.2.2	Choix de la population étudiée	75
4.2.3	Puissance de l'étude	76
4.2.4	Période d'inclusion et de recueil de données	76
4.2.5	Choix du critère principal d'évaluation	77
4.2.6	Choix des données du questionnaire	77
4.3.	DISCUSSION SUR LES RESULTATS	79
4.3.1	La Population	79
4.3.2	Nombre de sérologies VIH prescrites	79
4.3.3	Caractéristiques des « variateurs » et des « non variateurs »	80
4.3.4	Circonstances de prescription	80
4.3.5	Freins à la prescription	82
4.3.6	La recommandation HAS 2009	90
4.4.	DEPUIS LA RECOMMANDATION	91
5.	CONCLUSION	93
6.	BIBLIOGRAPHIE	95
7.	ANNEXES	97

1. INTRODUCTION

1.1. L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH EN FRANCE

En France en 2010, on estime à 149 900 le nombre de personnes vivant avec le VIH [134 700 – 164 900]. (1)

En 2009, deux méthodes de calcul de l'incidence à partir de la déclaration obligatoire de séropositivité ont fourni des estimations en France. Sur la période 2004-2007, on compte 7000 à 8000 nouvelles contaminations par an [5500-9300], soit un taux d'incidence de 17 à 19 pour 100 000 personnes-années.

Le principal mode de contamination est le rapport sexuel.

Environ 40 à 50 % des nouvelles contaminations se produisent chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Les HSH représentent la population la plus touchée avec un taux d'incidence estimé à 1 000 contaminations par an pour 100 000 HSH, suivie par la population originaire d'Afrique subsaharienne (240 pour 100 000 par an). (2)(3)

En 2011, on estime à 6 090 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité, stable depuis 2007. Les personnes de 25 à 49 ans représentent la majorité (72%).

Parmi elles, 29% sont au stade Sida ou avec moins de 200 CD4+/mm³ et seulement 36% sont au stade de la primo-infection ou avec plus de 500 CD4+/mm³. (4)

Les délais entre l'infection par le VIH et le diagnostic de l'infection restent longs (3). Ce délai varie de 26 mois chez les HSH à 48 mois chez les hommes migrants.

1.2. L'ÉPIDÉMIE CACHÉE

La proportion importante de cas avec une maladie avancée au diagnostic signifie qu'au sein de la population existent plusieurs milliers de personnes qui vivent avec le VIH sans le savoir.

En 2008, on estime à 36 000 personnes le nombre d'individus ignorant leur séropositivité. (5)

Ce chiffre est calculé par la différence entre deux estimations. Le nombre de personnes bénéficiant de l'ALD au titre du VIH en 2008, extrapolé à l'ensemble de la population en France, est estimé à 102 000 personnes. La prévalence de l'infection par le VIH en France en 2008, estimée par la méthode de rétro calcul, dans l'hypothèse d'une incidence constante entre 1998 et 2008 et d'un nombre de décès stable, est estimée à 152 000 personnes. La différence entre ces deux estimations permet de conclure que 50 000 personnes [32 000 – 68 000] ignorent être infectées par le VIH ou ne se font pas suivre. (6). La population non dépistée est évaluée à 36 000 personnes, nombre pris en compte dans la modélisation du rapport coût-efficacité du dépistage (7).

En 2012, l'étude Supervie revoit ce chiffre à la baisse. Le nombre d'individus ignorant leur séropositivité est estimé à 28 800 [IC 95% : 19 100 – 36 700], ce sont pour plus de 2/3 des hommes. Parmi cette population, on compterait : 9 000 HSH (31%), 9 800 hétérosexuels français (34%), 9 500 hétérosexuels nés à l'étranger (33%) et 500 UDI (2%) (3).

1.3. DES OPPORTUNITÉS MANQUÉES DE DÉPISTAGE DU VIH

L'étude Opportunités a évalué la fréquence des occasions manquées de dépistage ou de diagnostic du VIH. (8)

1008 patients diagnostiqués pour le VIH depuis plus de six mois ont été inclus de Juin 2009 à Octobre 2010. Les caractéristiques du patient lors du diagnostic et durant les trois années précédant le diagnostic étaient recueillies par questionnaire : ses antécédents de dépistage du VIH, son parcours dans le système de soins, l'apparition de symptômes pouvant être reliés au VIH.

Parmi les 48% d'homosexuels ayant notifié leur appartenance à ce groupe à risque, 55% avaient une opportunité manquée de proposition de dépistage dès le premier contact. Parmi les personnes ayant présenté des symptômes évocateurs d'infection par le VIH, 61% ont consulté et seulement 18% ont été testées. Enfin, un test VIH n'a été prescrit que dans 52% des cas en présence d'un symptôme évoquant une IST.

Les auteurs concluent que le dépistage est insuffisant et recommandent une meilleure évaluation du risque et une meilleure connaissance des symptômes liés au VIH.

1.4. LES ENJEUX DU DEPISTAGE

En 1985 les premiers tests de dépistage sont apparus. Le caractère incurable de cette infection, le mode de transmission, les possibilités thérapeutiques alors limitées ont contribué à fonder un dispositif de dépistage propre au VIH. Celui-ci est basé sur la démarche volontaire, le consentement éclairé, le respect de la confidentialité et l'accompagnement par des entretiens personnalisés.

Avec l'apparition des traitements antirétroviraux en 1996, connaître son statut sérologique le plus tôt possible présente des intérêts individuels et collectifs forts.

La prise en charge précoce augmente l'espérance de vie, prévient l'évolution de la maladie vers le SIDA et permet une modification des comportements de prévention visant à ne pas transmettre le VIH.

Par rapport aux patients diagnostiqués précocement ($CD4 > 200/mm^3$), le risque de décès est multiplié par 13 dans les 6 premiers mois de suivi chez les personnes dépistées à un stade avancé (SIDA ou $CD4 < 200/mm^3$) ; une surmortalité persiste pendant 4 ans. (9)

60 % des contaminations sexuelles par le VIH ont pour origine des personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique. Une personne connaissant sa séropositivité a une probabilité 2 à 3 fois plus importante d'adopter des conduites préventives, par rapport à une personne l'ignorant. Les patients sous traitement antirétroviral efficace transmettent beaucoup moins le VIH à leurs partenaires. (10)

1.5. DE NOUVELLES STRATEGIES DE DEPISTAGE EN POPULATION GENERALE

En France, 5 millions de tests VIH sont réalisés par an, dont plus de $\frac{3}{4}$ prescrits en général par des médecins généralistes. (11)

Malgré cette importante activité de dépistage, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité et le dépistage tardif de cette infection motivent de nouvelles stratégies de dépistage.

En 2009, la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière (5). Les objectifs sont d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard à la prise en charge. Les médecins généralistes étant les principaux acteurs de cette stratégie. Ces recommandations vont dans le même sens que l'avis du Conseil national du sida (12).

En 2010, le rapport sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, sous la direction du Pr Yéni se prononce pour l'application des recommandations de la HAS.

Le plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 recommande de proposer le dépistage à l'ensemble de la population sans test récent, hors notion d'exposition à un risque, à l'occasion d'un recours aux soins notamment chez les médecins généralistes. (13)

Une étude coût-efficacité menée en 2010 amène à retenir une stratégie de dépistage du VIH en routine au moins une fois, dans la population générale de 18 à 69 ans. Cette modélisation montre que la réalisation d'un seul test apporte un gain d'espérance de vie et un rapport coût-efficacité acceptable. (7)

Cette stratégie de dépistage nécessite une participation active des médecins généralistes qui en sont les relais principaux.

Depuis ces recommandations, le nombre de prescriptions de test VIH par les médecins généralistes a-t-il augmenté ? Quels sont les freins rencontrés par les médecins généralistes à la prescription d'un test de dépistage du VIH pour tous ?

2. METHODE

2.1. OBJECTIF et HYPOTHESE

L'objectif principal de l'étude SHIVA est de mesurer l'effet de la recommandation du dépistage élargi du VIH sur les prescriptions des médecins généralistes.

L'objectif secondaire est de déterminer les facteurs influençant la variation du taux de dépistage.

L'hypothèse est que le nombre de prescriptions de tests VIH a augmenté sous l'influence de la recommandation de 2009 mais n'est pas homogène. Il est pertinent de comparer les prescripteurs sensibles à la recommandation à ceux qui ne l'auront pas (ou moins) été.

2.2. CRITERES D'EVALUATION

Critère d'évaluation principal :

Le nombre de prescriptions de sérologies VIH des médecins généralistes faites sur 2 ans : entre le 1^e Octobre 2009 et le 1^e Octobre 2010 et entre le 1^e Octobre 2010 et le 1^e Octobre 2011.

Critères d'évaluation secondaires :

Les facteurs influant la prescription d'une sérologie VIH analysés à partir :

- des caractéristiques de la population.
- des circonstances de prescription d'une sérologie VIH.
- des freins à la prescription d'une sérologie VIH.
- de la connaissance de la recommandation HAS et leur avis sur sa faisabilité.

Comparer les « non variateurs » et les « variateurs » sur ces mêmes critères.

2.3. TYPE D'ETUDE ET INTERVENTION

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale unique.

Nous avons sollicité des laboratoires d'analyse médicale afin de recueillir une liste de médecins généralistes avec qui ils correspondent régulièrement.

Un courrier type (**Annexe 1**) a été envoyé par voie postale à chacun des médecins. Ce courrier, envoyé sous le nom du laboratoire, présente l'étude et demande l'accord du médecin à participer.

Un deuxième courrier comprenant un questionnaire quantitatif (*Annexe 2*) a été envoyé aux médecins ayant acceptés.

Le nombre de sérologies VIH prescrites par chaque médecin généraliste a été recueilli, avec son accord, dans son laboratoire correspondant, sur deux périodes : du 1^{er} Octobre 2009 au 1^{er} Octobre 2010 et du 1^{er} Octobre 2010 au 1^{er} Octobre 2011.

2.4. POPULATION ETUDIEE

2.4.1. LES LABORATOIRES

Fin 2011, nous avons sollicité par contact téléphonique le directeur d'un laboratoire d'analyse biologique parisien. Celui-ci nous a confirmé la faisabilité de notre recueil de données, a accepté de participer et nous a donné plusieurs autres contacts de laboratoires en France.

Sur les 8 laboratoires d'Ile de France sollicités, 5 ont accepté de participer : 4 laboratoires parisiens et 1 laboratoire en Seine Saint Denis.

Sur les 4 laboratoires de Province (2 à Marseille, 1 à Lille et 1 à Gien), un seul a accepté de participer, situé à Gien.

2.4.2. LES MEDECINS GENERALISTES

Chacun des 6 laboratoires nous a donné une liste de médecins généralistes correspondants réguliers.

Au total, nous avons 298 médecins généralistes : 202 en Ile de France et 96 aux alentours de Gien.

- 242 médecins n'ont pas répondu.
- 56 médecins ont répondu au premier courrier.
- 52 médecins ont accepté de participer.
- 9 médecins n'ont pas répondu au questionnaire.

2.4.3. CRITERES D'INCLUSION :

Tous les médecins généralistes ayant donné leur accord et ayant répondu au questionnaire ont été inclus dans notre étude.

2.4.4. CRITERES D'EXCLUSION :

Les médecins généralistes ayant refusé de participer à l'étude ou n'ayant pas répondu ont été exclus de notre étude.

Les médecins généralistes ayant accepté de participer mais n'ayant pas répondu au questionnaire ont été exclus.

2.4.5. PERIODE D'INCLUSION

L'inclusion des laboratoires a duré 18 mois, de Janvier 2012 à Juin 2013.

Les médecins ont été inclus sur une période de 21 mois, de Mars 2012 à Décembre 2013.

2.5. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Il s'agit d'un questionnaire quantitatif anonyme comprenant 4 parties :

- les caractéristiques de la population.
- les circonstances de prescriptions d'une sérologie VIH :

Une liste de neuf circonstances de prescription de sérologie a été élaborée, grâce aux données de la littérature.

Les réponses proposées étaient fermées et pondérées par « jamais, parfois, souvent, toujours ou sans opinion ».

- les freins à la prescription d'une sérologie VIH :

18 freins ont été proposés, en s'appuyant sur les résultats d'une thèse réalisée en 2011 à l'Université Paris Diderot par Alexandre Attias sur les « Freins au dépistage du VIH par le médecin généraliste » (14). Cette thèse avait pour objectif de déterminer les facteurs limitant la prescription d'un test de dépistage VIH en cabinet de médecine générale. Ce travail de type qualitatif, réalisé auprès de 15 médecins généralistes a permis de mettre en évidence 18 freins à la prescription d'un test VIH. (*Annexe 3*)

Les réponses proposées étaient fermées et pondérées par « pas d'accord du tout, plutôt pas d'accord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord, sans opinion ».

- la connaissance par les médecins de la recommandation de la HAS sur le dépistage « pour tous » de l'infection par le VIH, leur avis sur sa faisabilité et sur l'augmentation ou non de leur nombre de prescriptions de sérologie VIH depuis cette recommandation.

2.6. DONNEES RECUEILLIES

2.6.1. NOMBRE DE SEROLOGIES

Pour chaque médecin ayant accepté de participer, nous avons recueilli dans son laboratoire correspondant et grâce aux données informatiques des laboratoires, le nombre de sérologies VIH sur une période de 2 ans : du 1^e Octobre 2009 au 1^e Octobre 2010 et du 1^e Octobre 2010 au 1^e Octobre 2011.

La recommandation de la HAS datant d'Octobre 2009, une brochure préparée par la DGS, les agences sanitaires et les représentants du corps médical a été adressée à tous les médecins généralistes en fin 2010.

Les résultats ont été retranscrits dans un tableau Excel et répartis en 2 groupes :

- Les « variateurs » : sensibles à la recommandation, ceux pour qui le nombre de sérologies a augmenté.
- Les « non variateurs » : moins ou pas sensibles à la recommandation, ceux pour qui le nombre de sérologies est stable ou a diminué.

2.6.2. QUESTIONNAIRE

Les données recueillies pour chaque médecin étaient regroupées en 4 parties :

- les caractéristiques de la population :
 - Année de thèse
 - Sexe

- Mode d'exercice : seul/groupe/maison médicale/centre de santé
- Secteur : 1/2/non conventionné
- Attaché en service hospitalier
- Maître de stage ou enseignant en département de médecine générale
- Membre d'un réseau de santé
- les circonstances de prescriptions d'une sérologie VIH :
 1. Je propose une sérologie VIH lorsque je prescris un bilan sanguin, quel qu'en soit le motif.
 2. Je prescris une sérologie VIH quand je repère une conduite à risque chez le patient (rapports non protégés, injections de drogues...).
 3. Je propose une sérologie VIH quand le patient est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.
 4. Je propose une sérologie VIH quand le patient a eu de multiples partenaires.
 5. Je propose une sérologie VIH quand le patient est originaire d'un pays de forte prévalence (migrant d'origine subsaharienne par ex...).
 6. Je propose une sérologie VIH quand le patient est ou a été usager de drogues.
 7. Je propose une sérologie VIH quand je pense que le patient a pu être transfusé (antécédent de chirurgie orthopédique par ex...).
 8. Je propose une sérologie VIH quand le patient me le demande.
 9. Je propose une sérologie VIH lors d'un bilan prénatal.
- les freins à la prescription d'une sérologie VIH :
 1. Lorsque le motif de consultation n'a aucun rapport avec la sexualité, il peut m'être difficile de proposer une sérologie VIH.
 2. Je manque de temps pour proposer la sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait.
 3. Mon rôle de médecin de famille me gêne pour aborder les questions de sexualité.

4. J'ai parfois l'impression qu'une prescription de sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée ou la sexualité.
5. La présence d'une personne qui accompagne le patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.
6. La présence d'un étudiant qui assiste à ma consultation est une gêne pour proposer une sérologie VIH.
7. J'oublie assez souvent de proposer une sérologie VIH.
8. Les conduites préventives recommandées aux généralistes sont en très grand nombre et on ne peut plus penser à tout.
9. L'âge du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.
10. Si le patient est considéré sans risques par le médecin ou par lui-même, je ne prescris pas de sérologie VIH.
11. La peur de la réaction du patient (angoisse, vexation, incompréhension...) est une gêne pour proposer une sérologie VIH.
12. Le coût du dépistage individuel (spontané, réalisé dans le cadre de la relation médecin/malade, à visée curative) est une gêne pour proposer une sérologie VIH.
13. Le coût du dépistage collectif (de masse, qui s'adresse à l'ensemble des individus d'une population cible pré définie) est une gêne pour proposer une sérologie VIH.
14. Le faible taux de sérologie VIH positive est un frein pour proposer une sérologie VIH.
15. La réception des résultats par le patient est un frein pour proposer une sérologie VIH.
16. L'échappement du patient vers un suivi hospitalier est un frein pour proposer une sérologie VIH.

17. Des problèmes culturels ou de compréhension peuvent être un frein pour proposer une sérologie VIH.

18. La perte de confiance dans les autorités de santé représente un frein pour proposer une sérologie VIH.

- La recommandation HAS de 2009 :

1. Le saviez-vous ?

Oui

Non

2. Pensez-vous pouvoir le faire ?

Oui

Non

Je ne sais pas

3. Votre nombre de prescription de sérologies VIH a-t-il augmenté depuis cette recommandation ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Pour chacun des 2 groupes : « les non variateurs » et les « variateurs », les 4 parties du questionnaire ont été retranscrites dans un tableau Excel.

2.7. ANALYSE STATISTIQUE

2.7.1. Analyse descriptive

Les variables qualitatives et ordinales ont été décrites par les effectifs et la fréquence de chaque modalité (sur le total des réponses).

Les variables quantitatives ont été décrites par le nombre de réponses, la moyenne, l'écart-type, le minimum, le maximum, la médiane sur l'ensemble des données renseignées.

2.7.2. Analyses comparatives

- Variables qualitatives : le test de Chi² de Pearson a été appliqué, sauf pour les effectifs inférieurs à 5 où le test exact de Fisher a été utilisé.
- Variables quantitatives : le test de Student.
- Les tests statistiques ont été réalisés grâce au logiciel informatique BiostaTGV.
- Les valeurs de p inférieures à 0.05 étaient considérées comme statistiquement significatives.

2.8. ASPECTS ETHIQUES ET FINANCIERS

Aucune donnée sur des patients n'a été recueillie. Le questionnaire était anonyme.

L'étude n'a pas fait l'objet de financement.

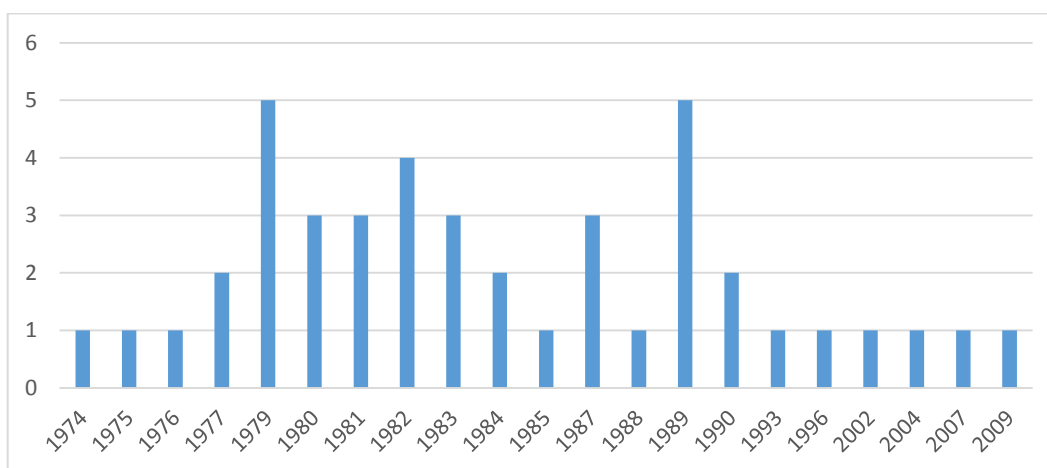
3. RESULTATS

3.1. POPULATION (Tableau 1)

43 médecins généralistes ont accepté de participer à notre étude et répondu au questionnaire, 30 médecins d'Ile de France et 13 médecins de province, 14 femmes et 29 hommes.

L'année de thèse varie entre 1974 et 2009, avec une moyenne qui se situe aux environs de 1985. (Figure 1)

Figure 1: Année de thèse



La majorité exerce en cabinet de groupe (21), 19 médecins exercent seuls et 3 en maison de santé.

34 médecins sont en secteur 1 et 9 en secteur 2.

Seul 2 médecins sont attachés en service hospitalier, 17 médecins sont maîtres de stage ou enseignants au département de médecine générale et 19 sont membres d'un réseau de santé.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes participant à l'étude.

Caractéristiques	Résultats
Année de thèse	
Moyenne	1985,4
Médiane	1983
Sexe	
homme	67% (n=29)
femme	33% (n=14)
Mode d'exercice	
seul	44% (n=19)
groupe	49% (n=21)
maison médicale	7% (n=3)
Secteur	
1	79% (n=34)
2	21% (n=9)
Attaché en milieu hospitalier	
OUI	5% (n=2)
NON	95% (n=41)
Maitre de stage ou enseignant	
OUI	40% (n=17)
NON	60% (n=26)
Membre d'un réseau	
OUI	44% (n=19)
NON	56% (n=24)
Total	100% (n=43)

3.2. VARIATION DU TAUX DE PRESCRIPTION DE TEST VIH

Le nombre de prescription de sérologies VIH a été recueilli pour chaque médecin généraliste dans son laboratoire correspondant, sur 2 périodes : du 1^{er} Octobre 2009 au 1^{er} Octobre 2010, puis du 1^{er} Octobre 2010 au 1^{er} Octobre 2011.

Tableau 2: Nombre de sérologies VIH sur les 2 périodes.

Du 01/10/2009 au 01/10/2010	Du 01/10/2010 au 01/10/2011	Evolution entre les 2 périodes
64	43	-21
29	14	-15
70	57	-13
16	3	-13
44	35	-9
10	3	-7
16	9	-7
16	10	-6
6	1	-5
14	10	-4
5	1	-4
4	1	-3
8	5	-3
26	24	-2
5	3	-2
4	2	-2
6	5	-1
19	18	-1
7	6	-1
2	1	-1
14	14	0
0	0	0
22	22	0
4	4	0
2	2	0
24	25	1
7	8	1
10	11	1
10	12	2
2	5	3
14	18	4
12	16	4
2	6	4
2	7	5
76	81	5
17	22	5
16	22	6
14	21	7
9	16	7
7	15	8
7	17	10
94	105	11
0	12	12

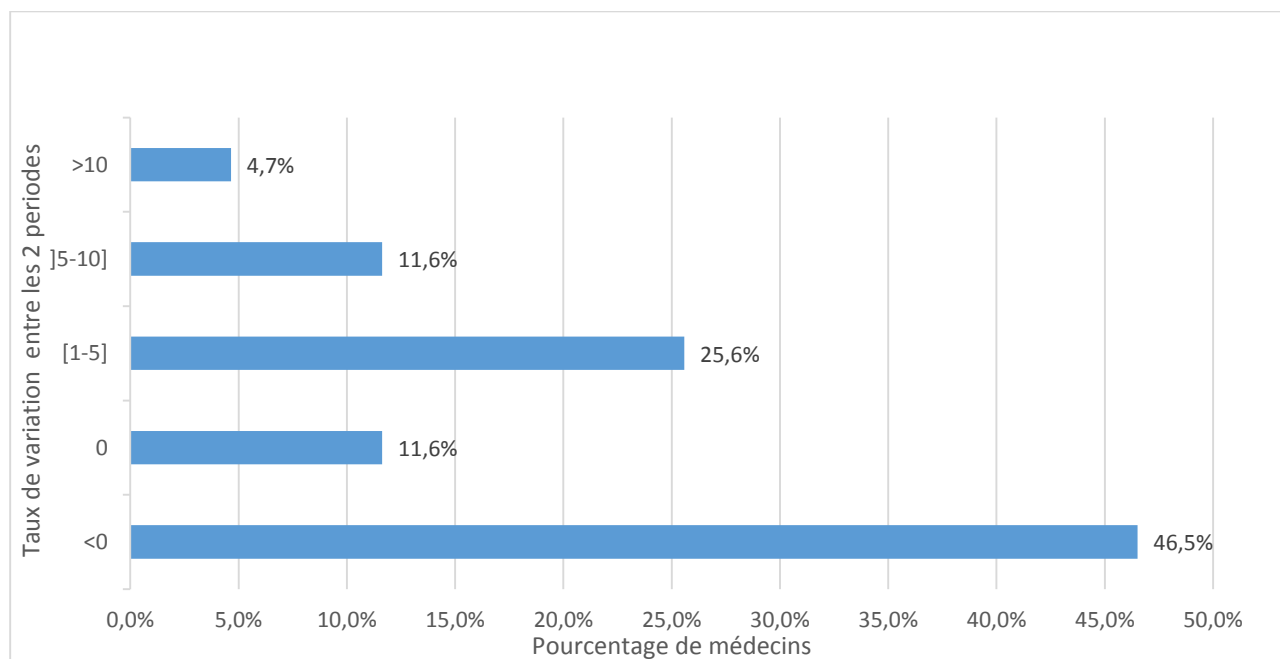
Le nombre de sérologies VIH faite sur la première année varie de 0 à 94, avec une moyenne de 17,11 sérologies réalisées par médecin. Sur la deuxième année, ce nombre varie de 0 à 105, avec une moyenne de 16,5 sérologies par médecin.

46.5 % des médecins ont prescrit moins de sérologies VIH sur la période d'Octobre 2010 à Octobre 2011 que sur l'année précédente.

11.6 % des médecins ont prescrit le même nombre de sérologies VIH sur les 2 années.

41.9 % des médecins ont augmenté leur taux de prescription (25.6 % entre une et cinq prescriptions en plus, 11.6 % entre 5 et 10 et 4.7 % plus de 10 prescriptions). (Figure 2)

Figure 2 : Evolution du nombre de tests VIH prescrits par médecin sur 2 ans.



3.3. DEUX HYPOTHESES

Il est extrêmement difficile de modéliser la variation prévisible du taux de sérologies faites par un médecin généraliste, et nous avons voulu tester plusieurs hypothèses.

Mettons-nous d'abord hors de toute recommandation. Un généraliste est installé dans la ville

A. La clientèle de ce médecin est globalement stable (peu de nouveaux patients, car le généraliste est surchargé de travail) et représente un nombre N . Ce généraliste a une règle (peu importe laquelle, c'est la sienne) de dépistage du VIH : il propose le test une fois dans leur vie aux patients qui présentent la caractéristique C. L'année A, il dépiste d_A patients.

Evidemment certains patients qui présentent la caractéristique C lui échappent. L'année A+1, il applique la même règle. Comme sa clientèle est stable, il n'a pas de nouveau patient. Le nombre de patients présentant la caractéristique C est constant. Le médecin n'a pas lieu de dépister à nouveau les patients déjà dépistés. Il va néanmoins rencontrer un certain nombre de porteurs de la caractéristique C, qu'il avait ratés l'année précédente. Il leur propose alors un dépistage, mais puisque la population des personnes porteuses de C ET non dépistées a diminué du nombre d_A , il est probable que le nombre d_{A+1} sera inférieur à d_A , alors même que la stratégie du médecin n'a pas changé. Dans cette hypothèse, un médecin qui ne modifie pas sa pratique de dépistage voit le nombre de patients qu'il dépiste diminuer naturellement d'une année sur l'autre. C'est (voir plus bas) notre hypothèse 2.

D'un autre côté, on peut aussi se dire qu'une clientèle stable n'existe pas. Il y a toujours un certain nombre de nouveaux patients, et un nombre probablement égal de patients qui disparaissent de la clientèle (ils meurent, déménagent, changent de médecin...). Le résultat en est un apport constant de nouveaux patients porteurs de la caractéristique C et non dépistés. A terme, le nombre de dépistages faits par le médecin, compte tenu de cet apport constant de nouveaux patients à dépister, doit se stabiliser d'une année sur l'autre. C'est (voir plus bas) notre hypothèse 1.

La vérité est probablement entre les deux. L'hypothèse 2 prévaut pour un médecin qui acquiert une stratégie de dépistage qu'il n'appliquait pas antérieurement. Le nombre de dépistés est élevé la première année d'application, puis diminue pour atteindre l'hypothèse 1.

Pour ne pas passer à côté d'un biais d'interprétation possible, nous avons choisi d'analyser nos résultats en utilisant donc deux hypothèses distinctes.

Voici nos deux hypothèses :

- Hypothèse 1 : le nombre de dépistages d'un médecin généraliste qui ne modifie pas sa pratique est constant d'une année sur l'autre.

Dans cette hypothèse, nous définissons nos groupes de prescripteurs comme suit :

- Les « variateurs » : ceux pour qui le delta de variation (en nombres de dépistages effectués d'une année par rapport à l'année précédente) est supérieur ou égal à 1.
- Les « non variateurs » : ceux pour qui le delta de variation est strictement inférieur à 1.

- Hypothèse 2 : il n'est pas exclu qu'un médecin généraliste qui ne modifie pas sa pratique voit son nombre absolu de patients dépistés diminuer d'une année sur l'autre.

Dans cette hypothèse, nous définissons nos groupes de prescripteurs comme suit :

- Les « variateurs » : ceux pour qui le delta de variation est supérieur ou égal à 0.
- Les « non variateurs » : ceux pour qui le delta de variation est strictement inférieur à 0.

3.4. CARACTERISTIQUES DES VARIATEURS ET DES NON VARIATEURS

HYPOTHESE 1

Nous avons 58.1 % de « non variateurs » et 41.9 % de « variateurs ». (Tableau 3)

« Les variateurs » ont passé leur thèse plus tard que les « non variateurs », avec une moyenne à 1987,8 contre 1983,6.

La proportion d'hommes et de femmes est comparable dans les 2 groupes.

11 % des « variateurs » travaillent en maison médicale, contre 4 % chez les « non variateurs ».

Une majorité des « non variateurs » sont en secteur 1 (88%), contre 66.7 % chez les « variateurs ».

5.6 % des « variateurs » sont attachés en milieu hospitalier, 4% dans le groupe des « non variateurs ».

44.4 % des « variateurs » sont maîtres de stage ou enseignant au département de médecine générale, ils sont 36 % dans le groupe des « non variateurs ».

La proportion des médecins membres d'un réseau de santé est comparable dans les 2 groupes.

Il n'y a pas de différence significative en termes d'année de thèse, de sexe ou de mode d'exercice entre les populations du groupe « variateurs » et celle du groupe « non variateurs ».

Tableau 3 : Hypothèse 1, Caractéristiques des « variateurs » et des « non variateurs ».

	Variateurs	Non variateurs	Valeur de p
N	41,9% (n=18)	58,1% (n=25)	
Année de thèse			p=0,11
Moyenne	1987,8	1983,6	
Médiane	1987	1982	
Sexe			p=0,92
homme	66,7% (n=12)	68% (n=17)	
femme	33,3% (n=6)	32% (n=8)	
Mode d'exercice			p=0,71
seul	44,4% (n=8)	44% (n=11)	
groupe	44,4% (n=8)	52% (n=13)	
maison médicale	11,1% (n=2)	4% (n=1)	
Secteur			p=0,13
1	66,7% (n=12)	88% (n=22)	
2	33,3% (n=6)	12% (n=3)	
Attaché en milieu hospitalier			p=1
OUI	5,6% (n=1)	4% (n=1)	
NON	94,4% (n=17)	96% (n=24)	
Maitre de stage ou enseignant			p=0,57
OUI	44,4% (n=8)	36% (n=9)	
NON	55,6% (n=10)	64% (n=16)	
Membre d'un réseau			p=0,97
OUI	44,4% (n=8)	44% (n=11)	
NON	55,6% (n=10)	56% (n=14)	

HYPOTHESE 2

Nous avons 46.5% de « non variateurs » et 53.5% de « variateurs ». (Tableau 4)

« Les variateurs » ont passé leur thèse plus tard que les « non variateurs », avec une moyenne à 1987 contre 1983,55.

La proportion de femmes est plus importante dans le groupe des « variateurs » (39.1%) que dans le groupe des « non variateurs » (25%). Les hommes sont plus représentés dans le groupe des « non variateurs » : 75% contre 60.9%.

95% des « non variateurs » sont en secteur 1, contre 65.2 % chez les « variateurs ».

Le nombre de médecins attachés en milieu hospitalier est comparable dans les deux groupes.

34.8 % des « variateurs » sont maîtres de stage ou enseignants au département de médecine générale, ils sont 45 % dans le groupe des « non variateurs ».

50% des « non variateurs » sont membres d'un réseau, contre 39.1% des « variateurs ».

Dans cette hypothèse, il y a une différence significative ($p=0.02$) : les « non variateurs » exercent plus en secteur 1 que les « variateurs ».

Tableau 4 : Hypothèse 2, Caractéristiques des « variateurs » et des « non variateurs ».

	Variateurs	Non variateurs	Valeur de p
N	53,5% (n=23)	46,5% (n=20)	
Année de thèse			p=0,16
Moyenne	1987	1983,55	
Médiane	1987	1981,5	
Sexe			p=0,32
homme	60,9% (n=14)	75% (n=15)	
femme	39,1% (n=9)	25% (n=5)	
Mode d'exercice			p=0,72
seul	47,8% (n=11)	40% (n=8)	
groupe	43,5% (n=10)	55% (n=11)	
maison médicale	8,7% (n=2)	5% (n=1)	
Secteur			p=0,02
1	65,2% (n=15)	95% (n=19)	
2	34,8% (n=8)	5% (n=1)	
Attaché en milieu hospitalier			p=1
OUI	4,3% (n=1)	5% (n=1)	
NON	95,7% (n=22)	95% (n=19)	
Maitre de stage ou enseignant			p=0,49
OUI	34,8% (n=8)	45% (n=9)	
NON	65,2% (n=15)	55% (n=11)	
Membre d'un réseau			p=0,47
OUI	39,1% (n=9)	50% (n=10)	
NON	60,9% (n=14)	50% (n=10)	

3.5. CIRCONSTANCES DE PRESCRIPTIONS

La première partie du questionnaire quantitatif évalue les circonstances de prescription d'une sérologie VIH à partir de 9 assertions.

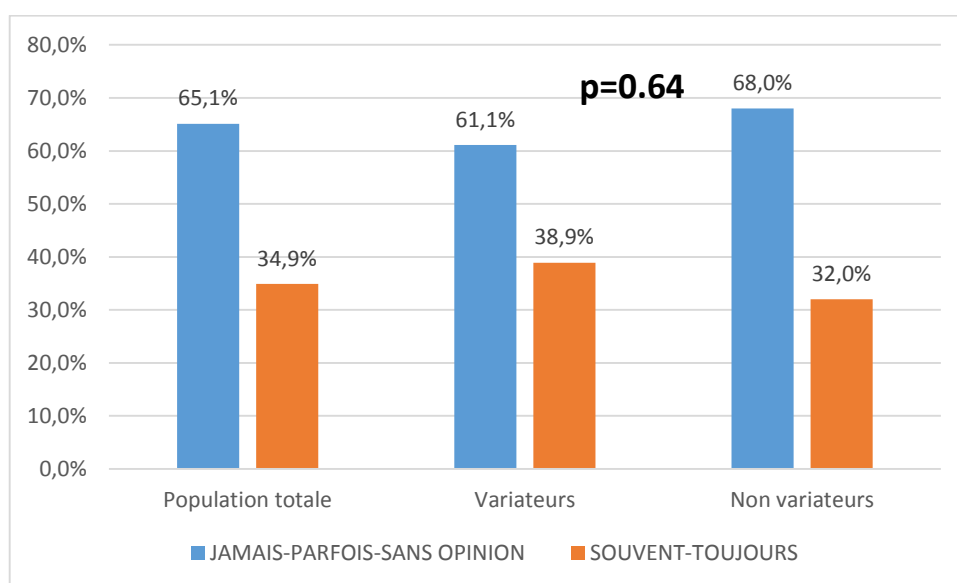
1. Je propose une sérologie VIH lorsque je prescris un bilan sanguin, quel qu'en soit le motif.

Parmi les 43 médecins généralistes, 34.9% proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand ils prescrivent un bilan sanguin, 65.1% ne la proposent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

38.9% des « variateurs » contre 32% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand ils prescrivent un bilan sanguin, quel qu'en soit le motif. (Figure 3)

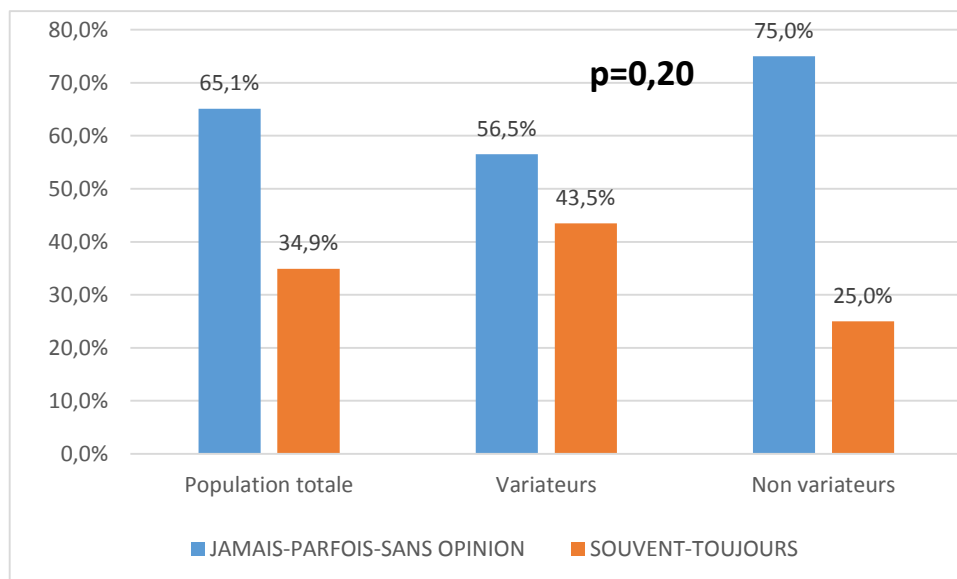
Figure 3 : Hypothèse 1 - Je prescris une sérologie VIH lorsque je prescris un bilan sanguin, quel qu'en soit le motif.



HYPOTHESE 2

43.5% des « variateurs » contre 25% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand ils prescrivent un bilan sanguin, quel qu'en soit le motif. (Figure 4)

Figure 4 : Hypothèse 2- Je prescris une sérologie VIH lorsque je prescris un bilan sanguin, quel qu'en soit le motif.



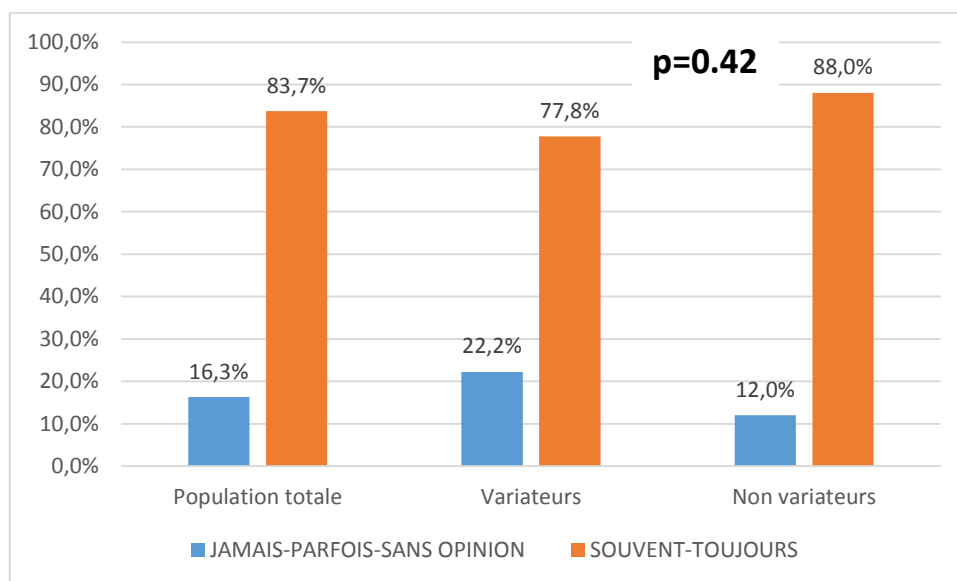
2. Je prescris une sérologie VIH quand je repère une conduite à risque chez le patient (rapports non protégés, injection de drogues...).

Parmi les 43 médecins généralistes, 83.7% prescrivent souvent ou toujours une sérologie VIH aux patients ayant eu une conduite à risque, 16.3% ne la proposent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

77.8% des « variateurs » contre 88% des « non variateurs » prescrivent souvent ou toujours une sérologie VIH quand ils repèrent une conduite à risque chez le patient. (Figure 5)

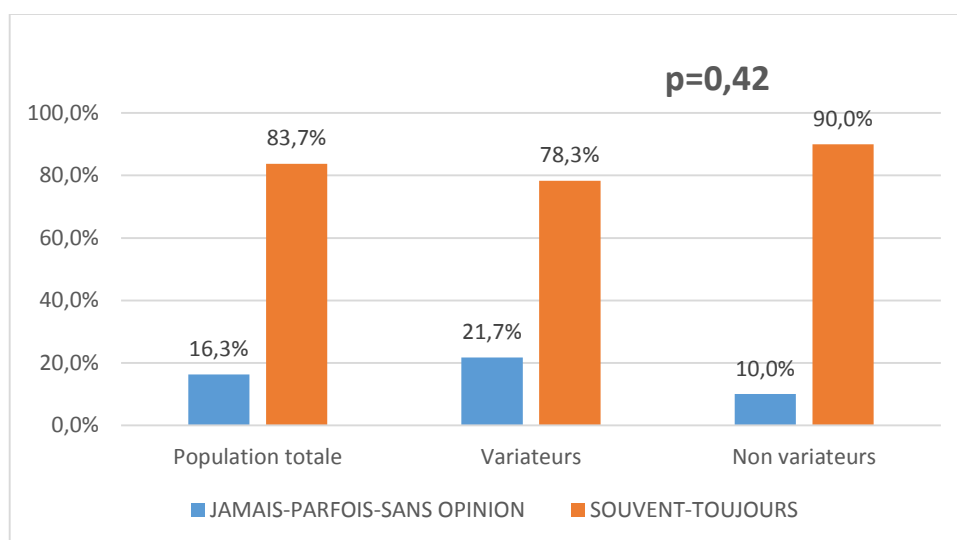
Figure 5 : Hypothèse 1 - Je prescris une sérologie VIH quand je repère une conduite à risque chez le patient.



HYPOTHESE 2

78.3% des « variateurs » contre 90% des « non variateurs » prescrivent souvent ou toujours une sérologie VIH quand ils repèrent une conduite à risque chez le patient. (Figure 6)

Figure 6 : Hypothèse 2 - Je prescris une sérologie VIH quand je repère une conduite à risque chez le patient.



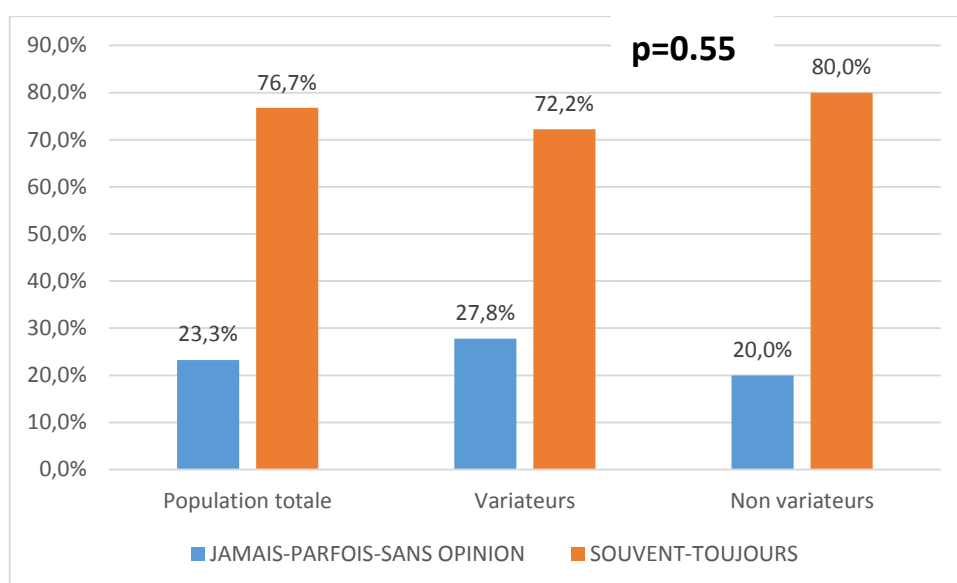
- Je propose une sérologie VIH quand le patient est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Parmi les 43 médecins généralistes, 76.7% proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes, 23.3% ne la proposent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

72.2% des « variateurs » contre 80% des « non variateurs » prescrivent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes. (Figure 7)

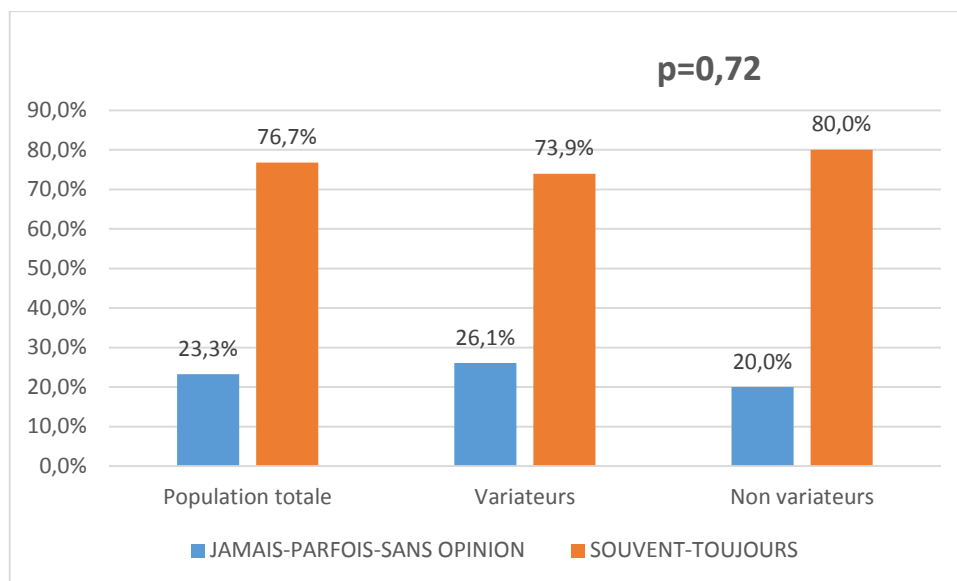
Figure 7 : Hypothèse 1 – Je propose une sérologie VIH quand le patient est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.



HYPOTHESE 2

73.9% des « variateurs » contre 80% des « non variateurs » prescrivent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes. (Figure 8)

Figure 8 : Hypothèse 2 – Je propose une sérologie VIH quand le patient est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.



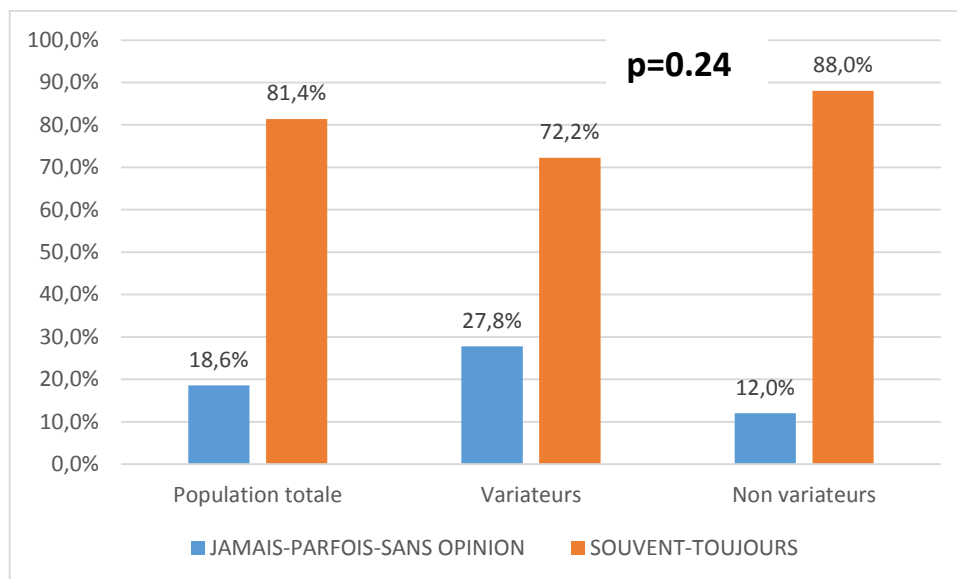
4. Je propose une sérologie VIH quand le patient a eu de multiples partenaires.

Parmi les 43 médecins généralistes, 81.4% proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient a eu de multiples partenaires, 18.6% ne la proposent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

72.2% des « variateurs » contre 88% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient a eu de multiples partenaires. (Figure 9)

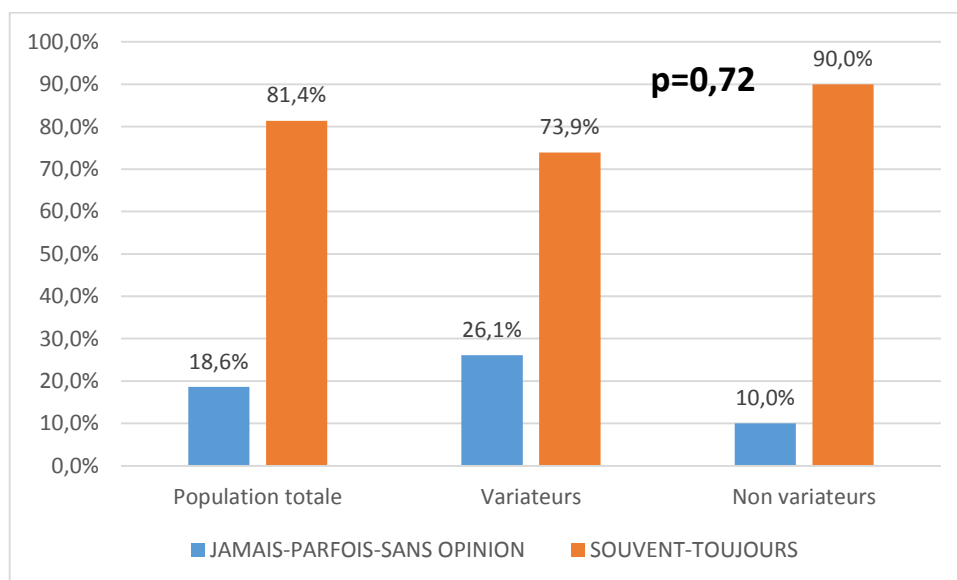
Figure 9 : Hypothèse 1 - Je propose une sérologie VIH quand le patient a eu de multiples partenaires.



HYPOTHESE 2

73.9% des « variateurs » contre 90% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient a eu de multiples partenaires. (Figure 10)

Figure 10 : Hypothèse 2 - Je propose une sérologie VIH quand le patient a eu de multiples partenaires.



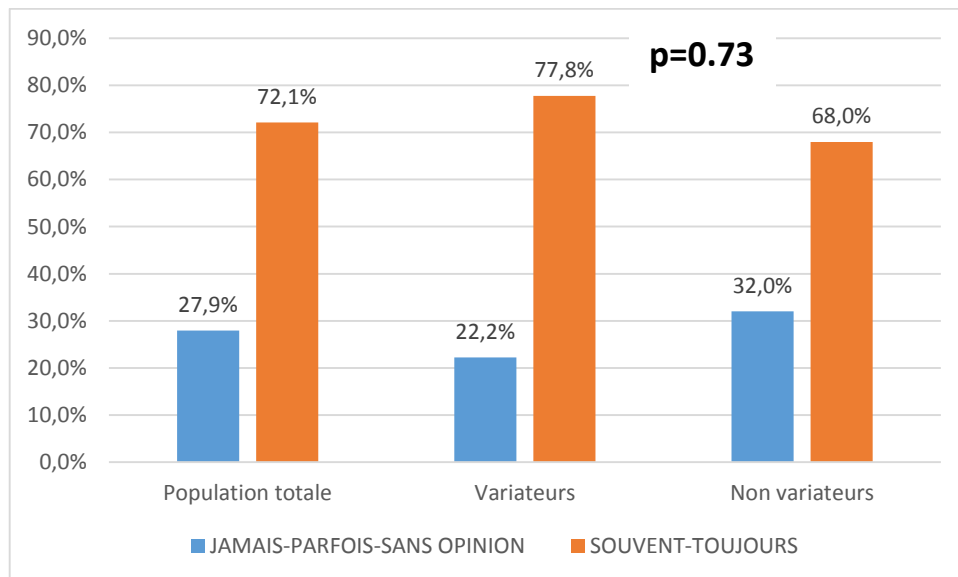
- Je propose une sérologie VIH quand le patient est originaire d'un pays de forte prévalence (migrant d'origine subsaharienne par exemple).

Parmi les 43 médecins généralistes, 72.1% proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est originaire d'un pays de forte prévalence, 27.9% ne la proposent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

77.8% des « variateurs » contre 68% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est originaire d'un pays de forte prévalence. (Figure 11)

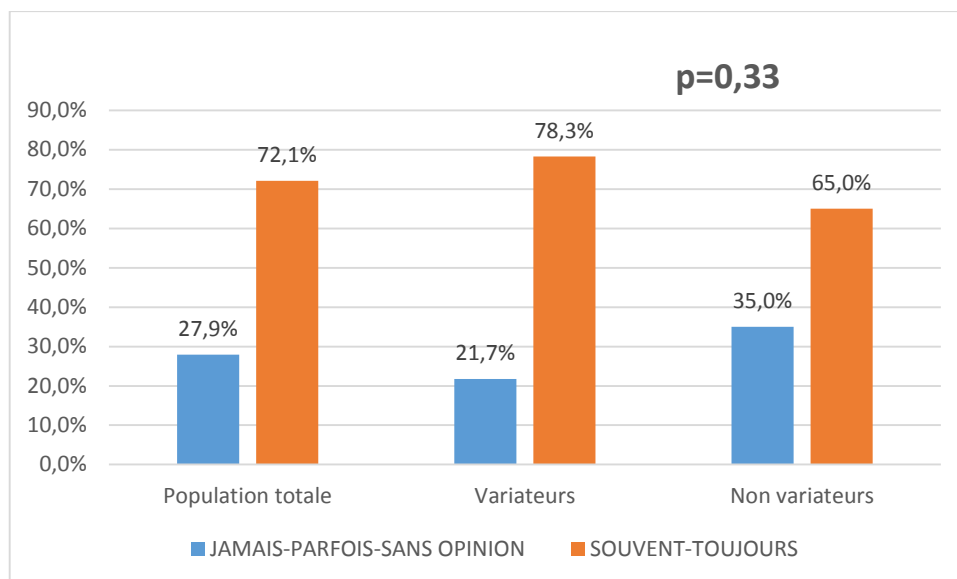
Figure 11 : Hypothèse 1 - Je propose une sérologie VIH quand le patient est originaire d'un pays de forte prévalence.



HYPOTHESE 2

78.3% des « variateurs » contre 65% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est originaire d'un pays de forte prévalence. (Figure 12)

Figure 12 : Hypothèse 2 - Je propose une sérologie VIH quand le patient est originaire d'un pays de forte prévalence.



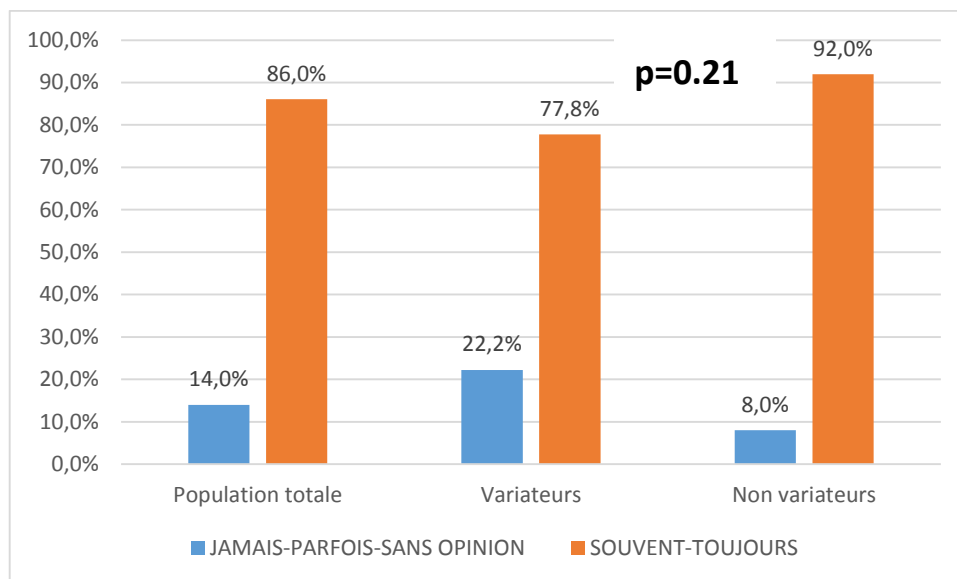
6. Je propose une sérologie VIH quand le patient est ou a été usager de drogues.

Parmi les 43 médecins généralistes, 86% proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est ou a été usager de drogues, 14% ne la proposent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

77.8% des « variateurs » contre 92% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est ou a été usager de drogues. (Figure 13)

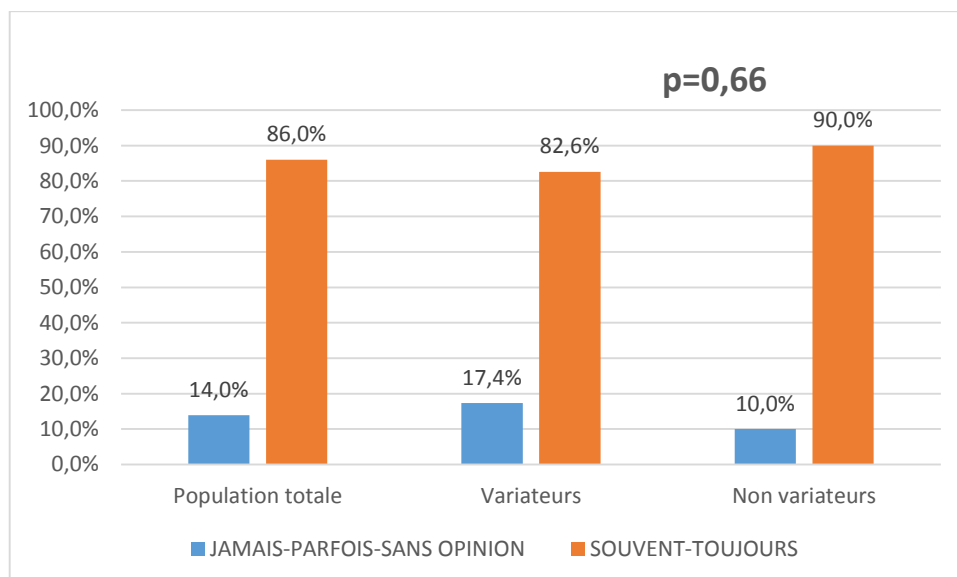
Figure 13 : Hypothèse 1 - Je propose une sérologie VIH quand le patient est ou a été usager de drogues.



HYPOTHESE 2

77.8% des « variateurs » contre 92% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient est ou a été usager de drogues. (Figure 14)

Figure 14 : Hypothèse 2 - Je propose une sérologie VIH quand le patient est ou a été usager de drogues.



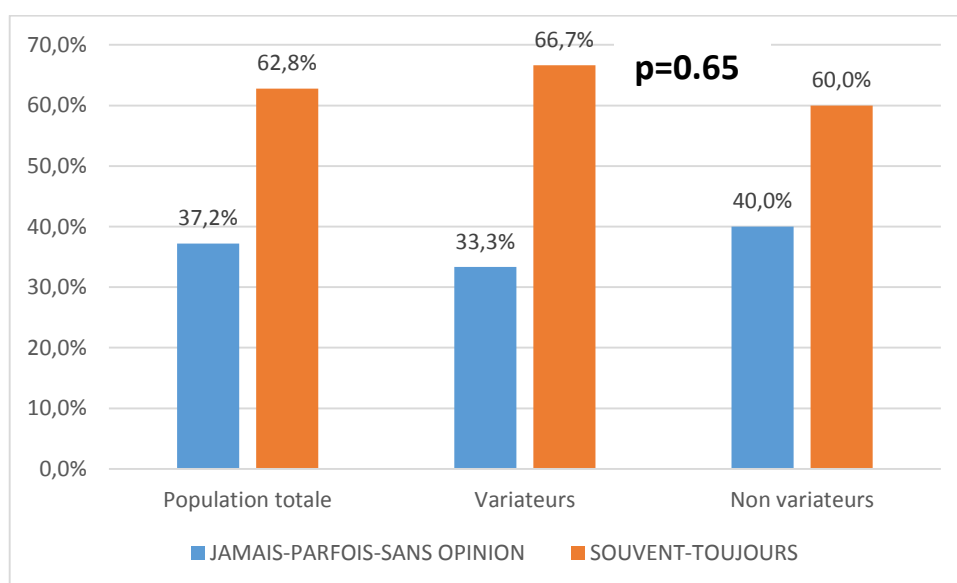
7. Je propose une sérologie VIH quand le patient a été ou a pu être transfusé.

Parmi les 43 médecins généralistes, 62.8% proposent toujours ou souvent une sérologie VIH quand le patient a été ou a pu être transfusé, 37.2% ne la proposent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

66.7% des « variateurs » contre 60% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient a été ou a pu être transfusé. (Figure 15)

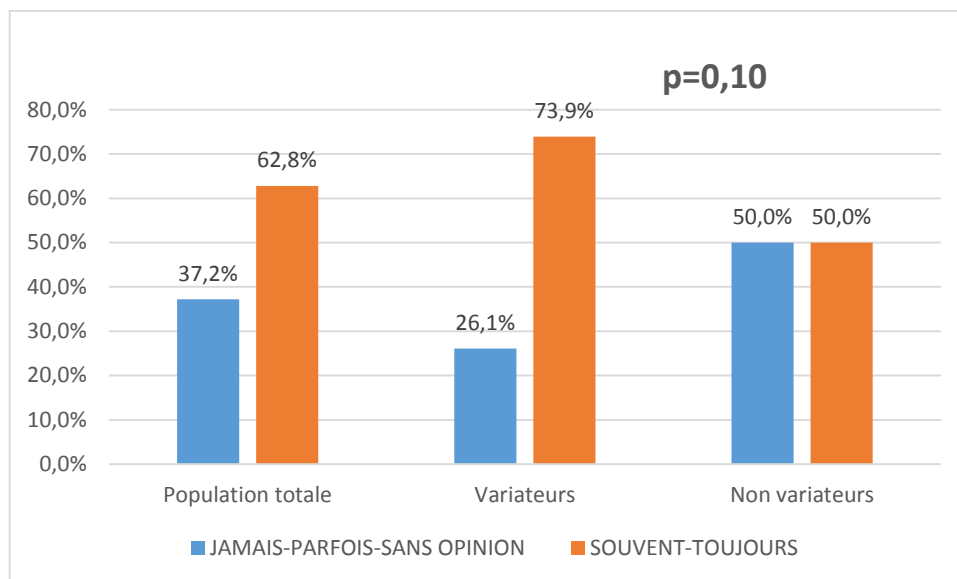
Figure 15 : Hypothèse 1 - Je propose une sérologie VIH quand le patient a été ou a pu être transfusé.



HYPOTHESE 2

73.9% des « variateurs » contre 50% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient a été ou a pu être transfusé. (Figure 16)

Figure 16 : Hypothèse 2 - Je propose une sérologie VIH quand le patient a été ou a pu être transfusé.



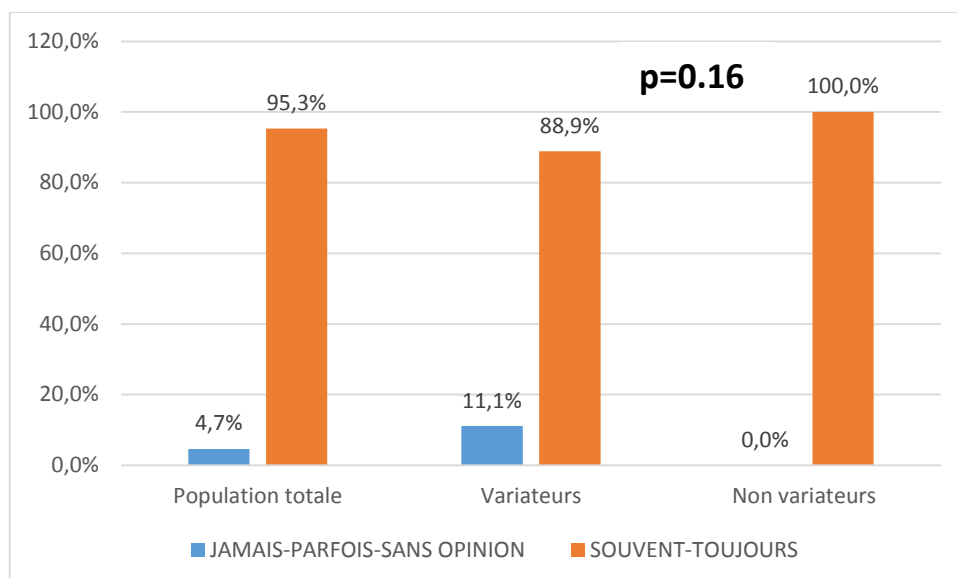
8. Je prescris une sérologie VIH quand le patient me le demande.

Parmi les 43 médecins généralistes, 95.3% prescrivent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient le demande, 4.7% ne la prescrivent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

88.9% des « variateurs » contre 100% des « non variateurs » prescrivent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient le demande. (Figure 17)

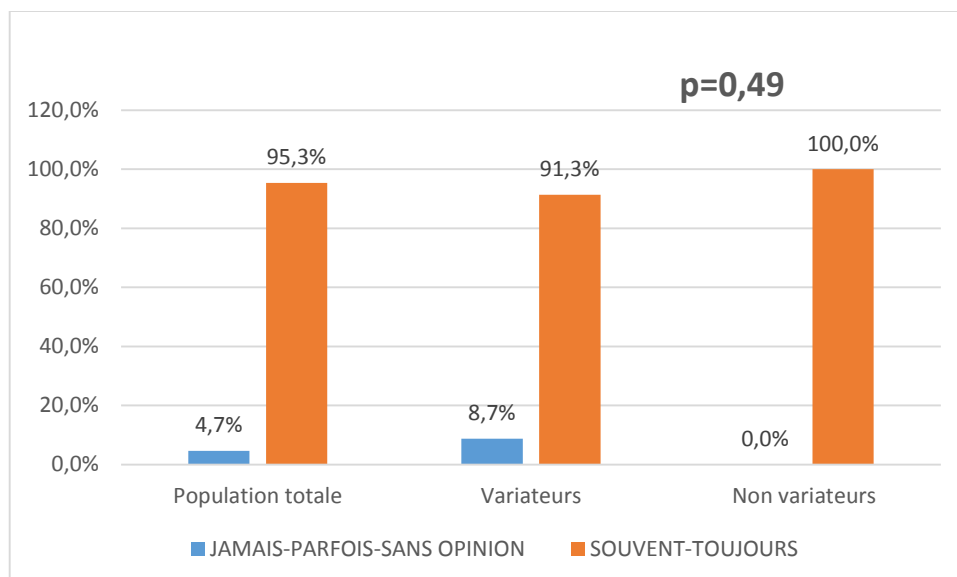
Figure 17 : Hypothèse 1 - Je prescris une sérologie VIH quand le patient me le demande.



HYPOTHESE 2

91.3% des « variateurs » contre 100% des « non variateurs » prescrivent souvent ou toujours une sérologie VIH quand le patient le demande. (Figure 18)

Figure 18 : Hypothèse 2 - Je prescris une sérologie VIH quand le patient me le demande.



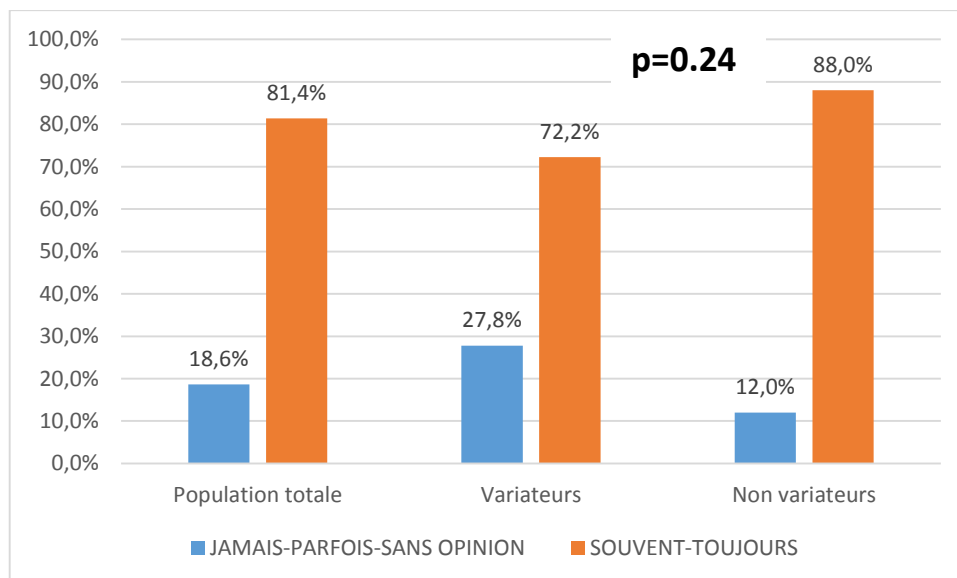
9. Je propose une sérologie VIH lors d'un bilan prénatal.

Parmi les 43 médecins généralistes, 81.4% proposent souvent ou toujours une sérologie VIH lors d'un bilan prénatal, 18.6% ne la proposent jamais, parfois ou sont sans opinion.

HYPOTHESE 1

72.2% des « variateurs » contre 88% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH lors d'un bilan prénatal. (Figure 19)

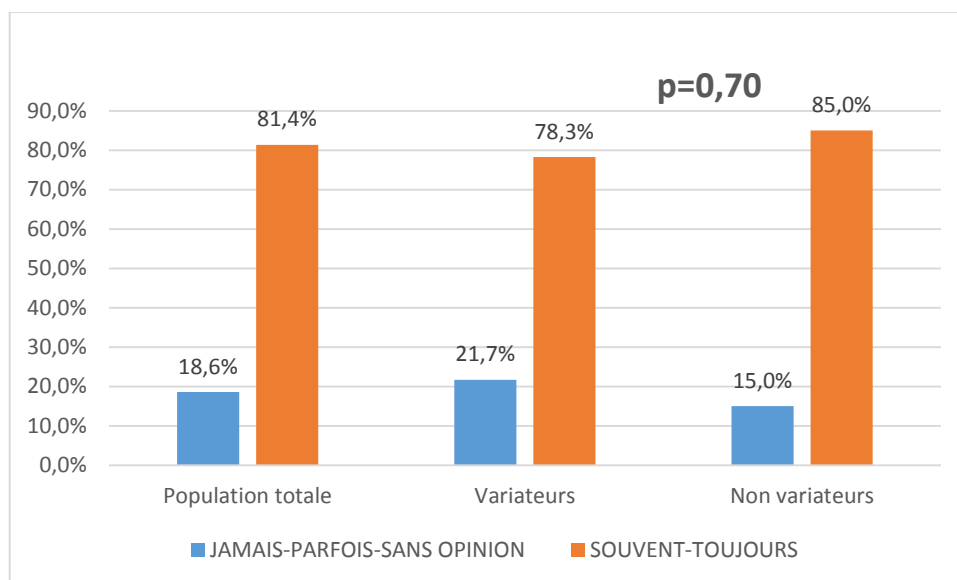
Figure 19 : Hypothèse 1 - Je propose une sérologie VIH lors d'un bilan prénatal.



HYPOTHESE 2

78.3% des « variateurs » contre 85% des « non variateurs » proposent souvent ou toujours une sérologie VIH lors d'un bilan prénatal. (Figure 20)

Figure 20 : Hypothèse 2 - Je propose une sérologie VIH lors d'un bilan prénatal.



3.6. FREINS A LA PRESCRIPTION

La deuxième partie du questionnaire évalue les freins à la prescription d'une sérologie VIH, 18 assertions ont été quantifiées par chaque médecin.

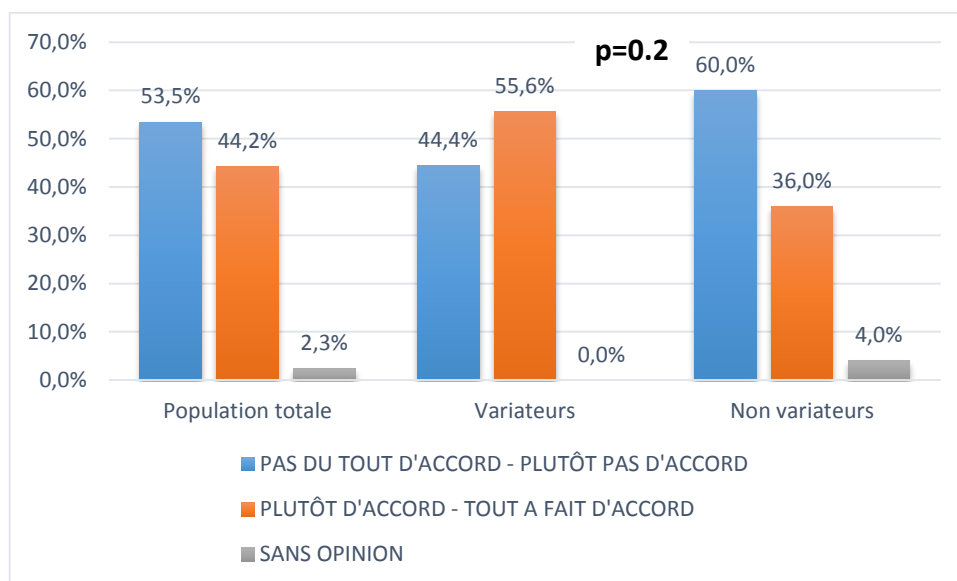
1. Lorsque le motif de consultation n'a aucun rapport avec la sexualité, il peut m'être difficile de proposer une sérologie VIH.

Parmi les 43 médecins généralistes, une majorité (53.5%) ne pense pas que le motif de la consultation sans rapport avec la sexualité soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

55.6% des « variateurs » contre 36% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait qu'il est difficile de proposer une sérologie VIH lorsque le motif de consultation n'a aucun rapport avec la sexualité. (Figure 21)

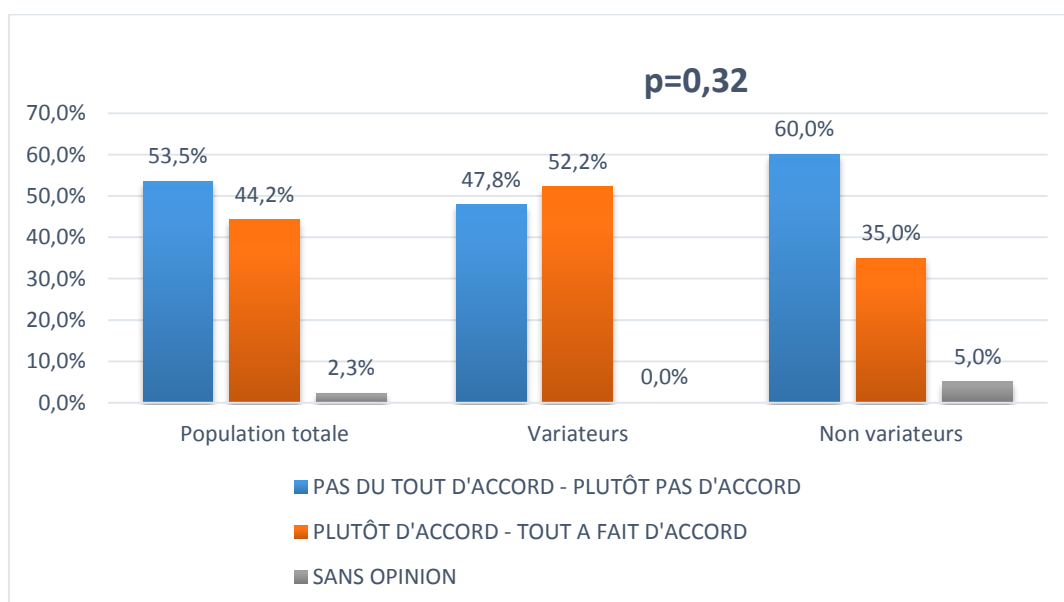
Figure 21 : Hypothèse 1 - Lorsque le motif de consultation n'a aucun rapport avec la sexualité, il peut m'être difficile de proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

52.2% des « variateurs » contre 35% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait qu'il est difficile de proposer une sérologie VIH lorsque le motif de consultation n'a aucun rapport avec la sexualité. (Figure 22)

Figure 22 : Hypothèse 2 - Lorsque le motif de consultation n'a aucun rapport avec la sexualité, il peut m'être difficile de proposer une sérologie VIH.



2. Je manque de temps pour proposer une sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait.

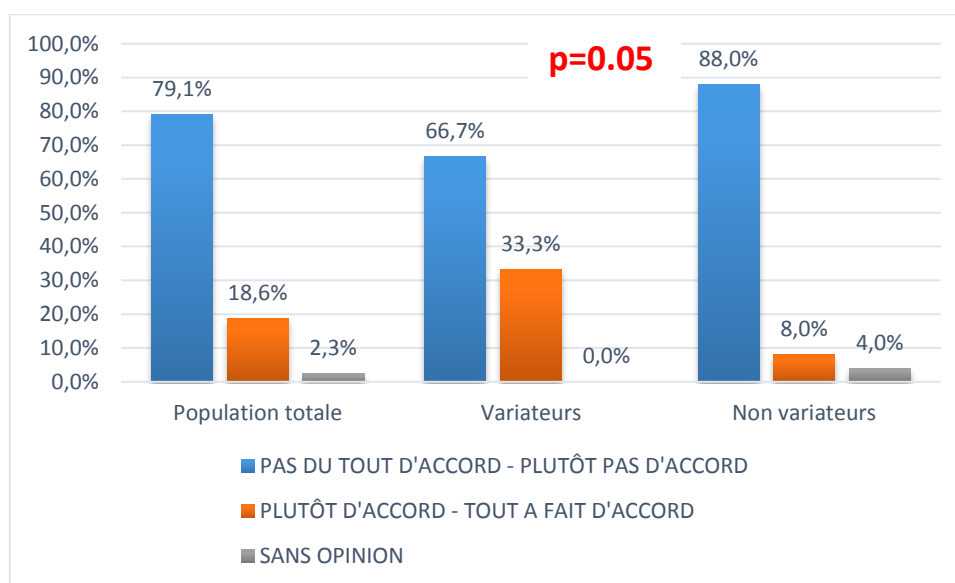
Parmi les 43 médecins généralistes, une majorité (79.1%) ne pense pas que le manque de temps soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

33.3% des « variateurs » contre 8% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait qu'ils manquent de temps pour proposer une sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait. (Figure 23)

*Pour les « variateurs », le manque de temps pour proposer une sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait est **plus** un frein à la prescription que pour les « non variateurs » ($p=0.05$).*

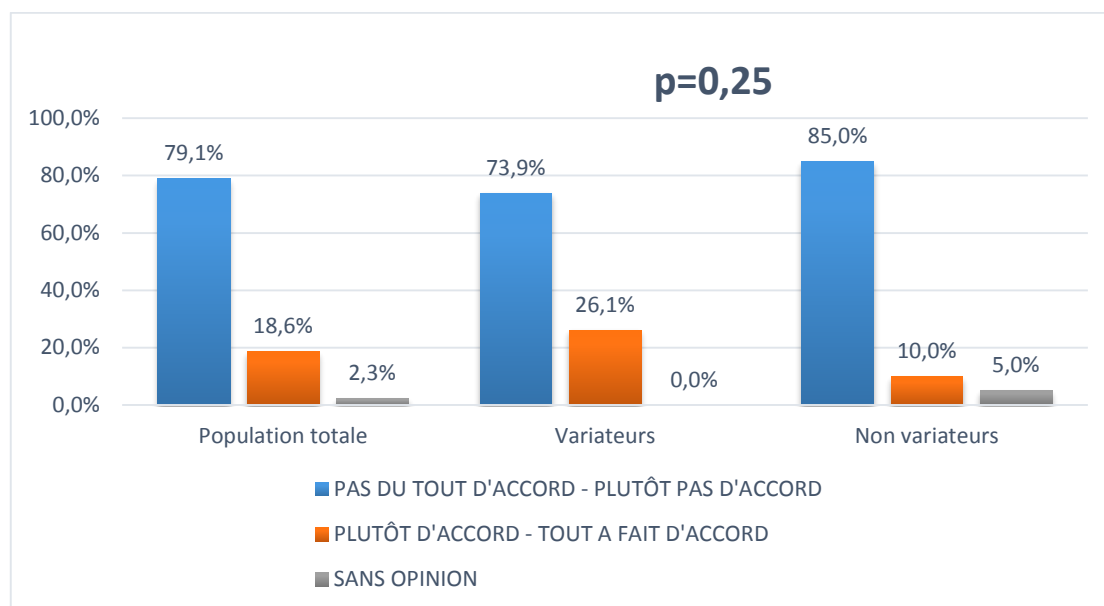
Figure 23 : Hypothèse 1 - Je manque de temps pour proposer une sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait.



HYPOTHESE 2

33.3% des « variateurs » contre 8% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait qu'ils manquent de temps pour proposer une sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait. (Figure 24)

Figure 24 : Hypothèse 2 - Je manque de temps pour proposer une sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait.



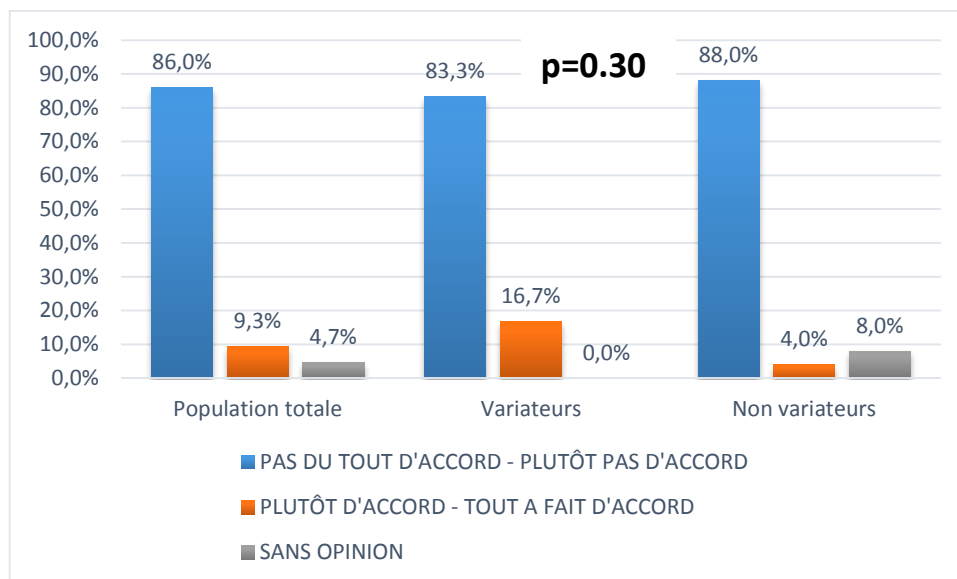
3. Mon rôle de médecin de famille me gêne pour aborder les questions de sexualité.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (86%) ne pense pas que la gêne pour aborder les questions de sexualité en tant que médecin de famille soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

16.7% des « variateurs » contre 4% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait que le rôle de médecin de famille est une gêne pour aborder les questions de sexualité. (Figure 25)

Figure 25 : Hypothèse 1 - Mon rôle de médecin de famille me gêne pour aborder les questions de sexualité.

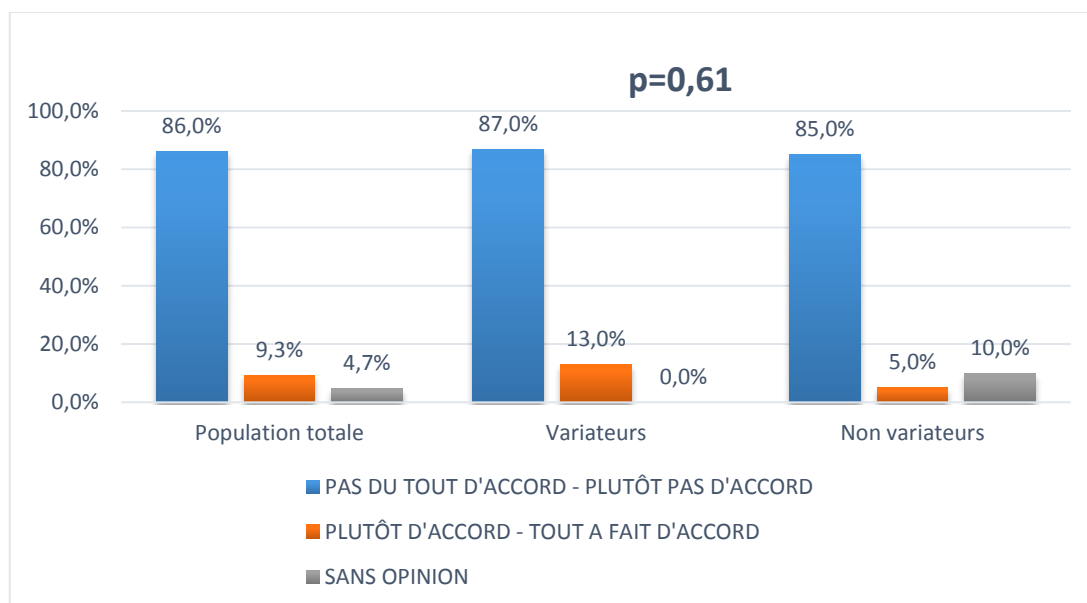


HYPOTHESE 2

13% des « variateurs » contre 5% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait que le rôle de médecin de famille est une gêne pour aborder les questions de sexualité.

(Figure 26)

Figure 26 : Hypothèse 2 - Mon rôle de médecin de famille me gêne pour aborder les questions de sexualité.



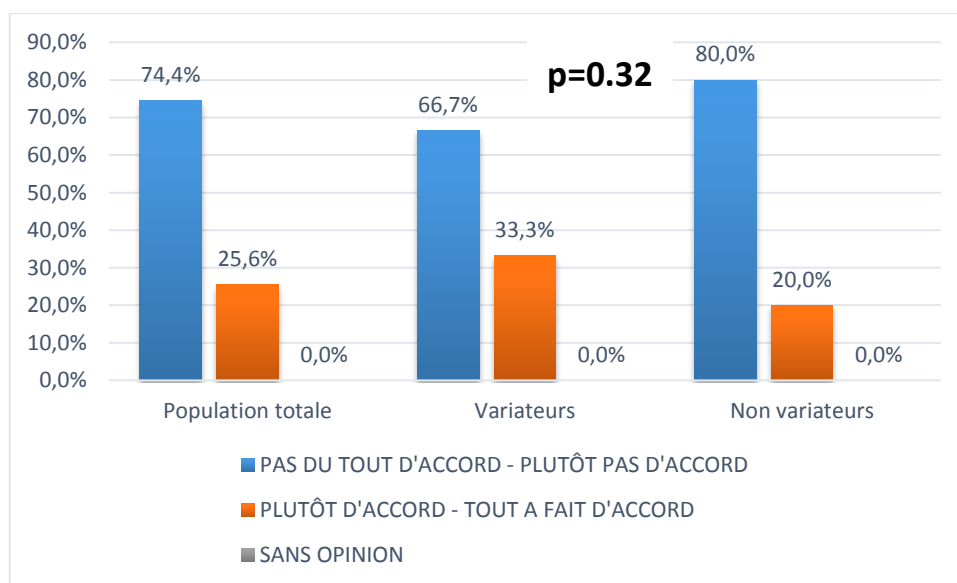
4. J'ai parfois l'impression qu'une prescription de sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée ou la sexualité.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (74.4%) ne pense pas que l'impression qu'une prescription de sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée ou la sexualité soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

33.3% des « variateurs » contre 20% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait qu'une prescription de sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée ou la sexualité. (Figure 27)

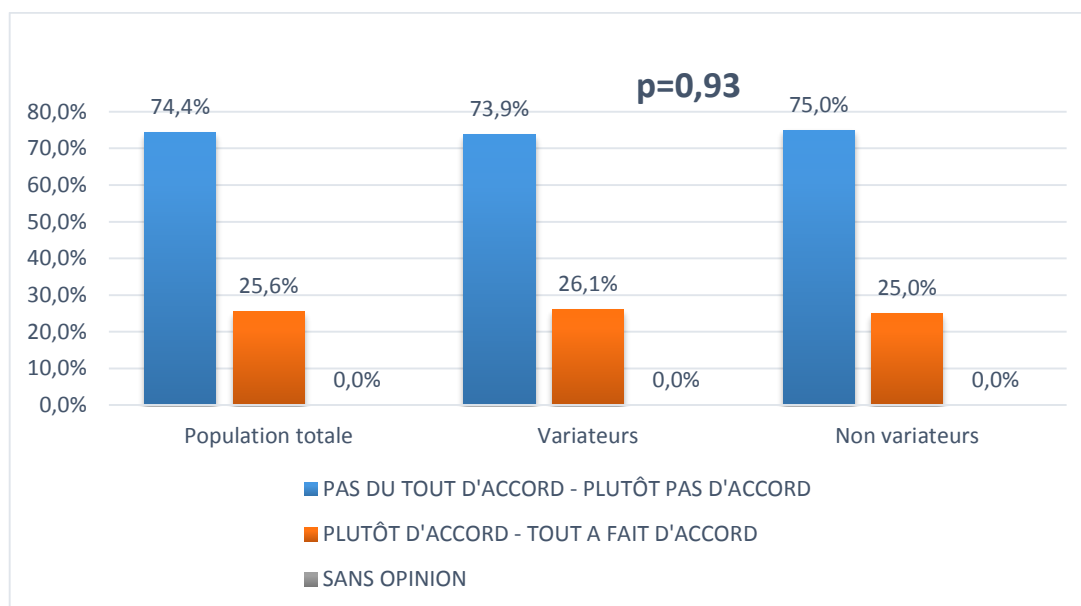
Figure 27 : Hypothèse 1 - J'ai parfois l'impression qu'une prescription de sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée ou la sexualité.



HYPOTHESE 2

26.1% des « variateurs » contre 25% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait qu'une prescription de sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée ou la sexualité. (Figure 28)

Figure 28 : Hypothèse 2 - J'ai parfois l'impression qu'une prescription de sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée ou la sexualité.



- La présence d'une personne qui accompagne le patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

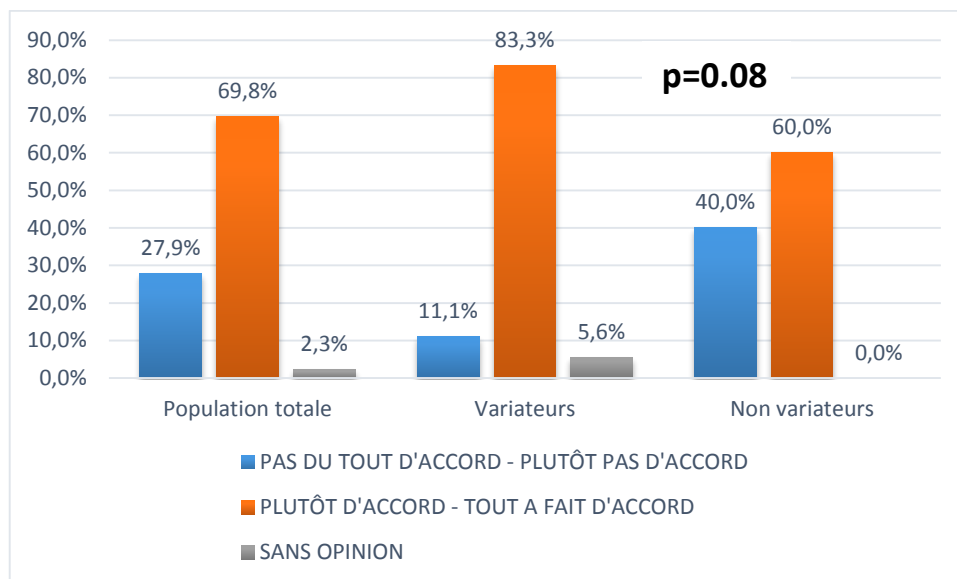
Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (69.8%) pense que la présence d'un accompagnant est un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

83.3% des « variateurs » contre 60% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait que la présence d'un accompagnant est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

(Figure 29)

Figure 29 : Hypothèse 1 - La présence d'une personne qui accompagne le patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



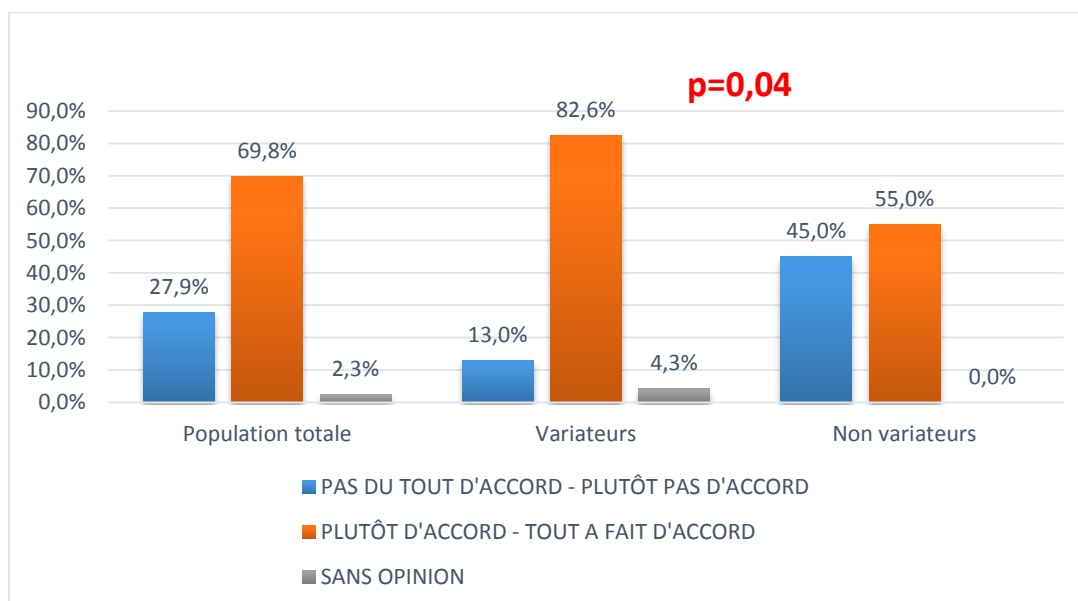
HYPOTHESE 2

82.6% des « variateurs » contre 55% des « non variateurs » sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le fait que la présence d'un accompagnant est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

(Figure 30)

Pour les « variateurs », la présence d'un accompagnant est **plus** un frein à la prescription que pour les « non variateurs » ($p=0.04$).

Figure 30 : Hypothèse 2 - La présence d'une personne qui accompagne le patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



6. La présence d'un étudiant qui assiste à ma consultation est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

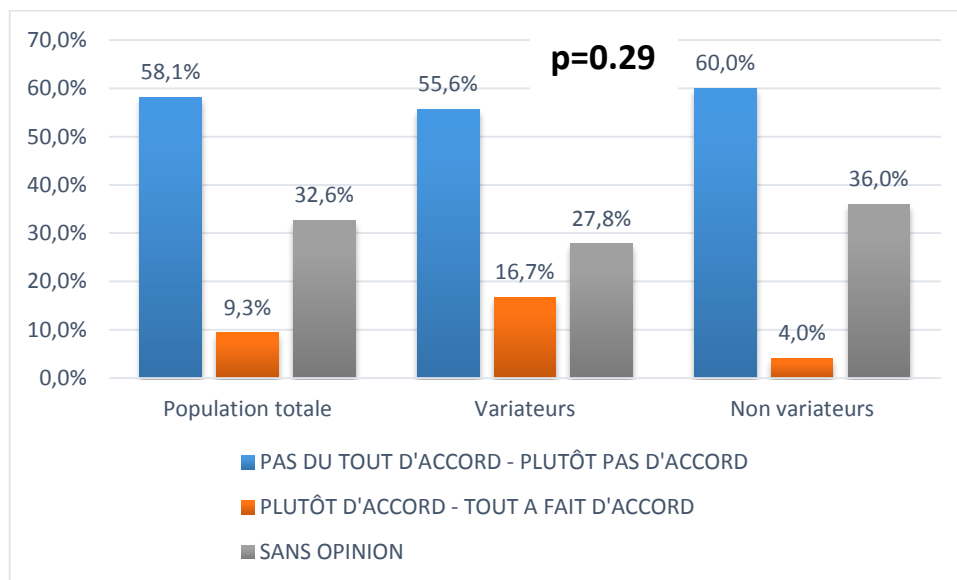
Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (58.1%) ne pense pas que la présence d'un étudiant lors de la consultation soit un frein à la prescription. 32.6% des médecins n'ont pas d'opinion sur cette assertion.

HYPOTHESE 1

16.7% des « variateurs » contre 4% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que la présence d'un étudiant est une gêne pour proposer une sérologie VIH. 27.8% des « variateurs » et 36% des « non variateurs » n'ont pas d'opinion sur cette assertion.

(Figure 31)

Figure 31 : Hypothèse 1 - La présence d'un étudiant qui assiste à ma consultation est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

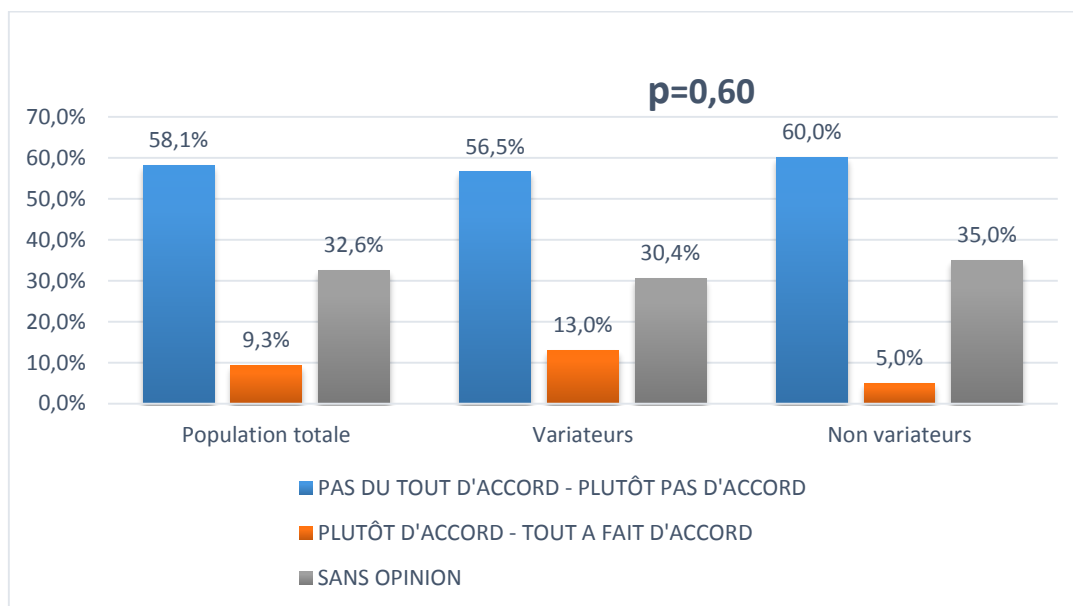


HYPOTHESE 2

13% des « variateurs » contre 5% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que la présence d'un étudiant est une gêne pour proposer une sérologie VIH. 30.4% des

« variateurs » et 35% des « non variateurs » n'ont pas d'opinion sur cette assertion. (Figure 32)

Figure 32 : Hypothèse 2 - La présence d'un étudiant qui assiste à ma consultation est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



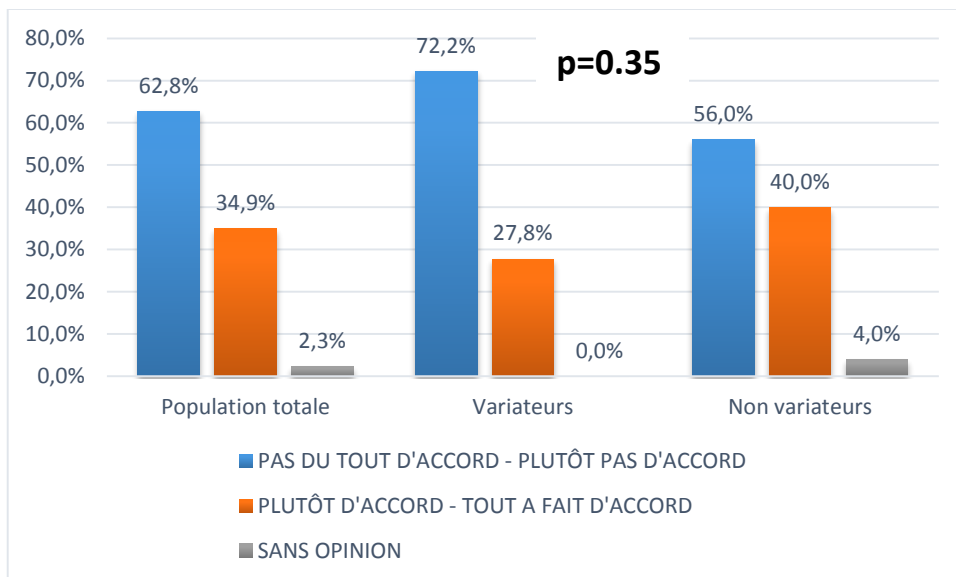
7. J'oublie assez souvent de proposer une sérologie VIH.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (62.8%) ne pense pas que l'oubli de proposer une sérologie VIH soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

27.8% des « variateurs » contre 40% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait d'oublier assez souvent de proposer une sérologie VIH. (Figure 33)

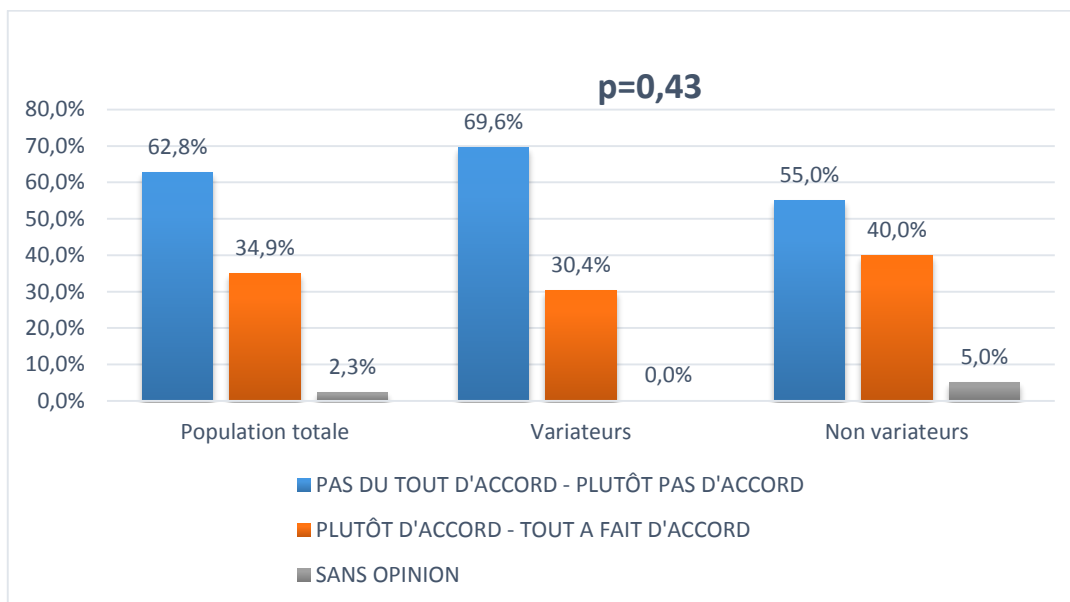
Figure 33 : Hypothèse 1 - J'oublie assez souvent de proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

30.4% des « variateurs » contre 40% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait d'oublier assez souvent de proposer une sérologie VIH. (Figure 34)

Figure 34 : Hypothèse 2 - J'oublie assez souvent de proposer une sérologie VIH.



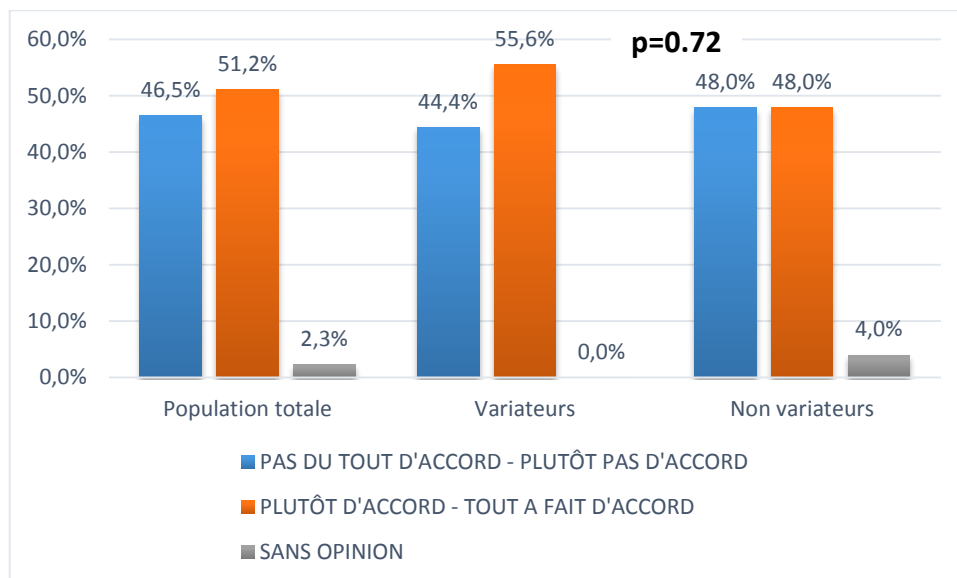
8. Les conduites préventives recommandées aux généralistes sont en très grand nombre et on ne peut plus penser à tout.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (51.2%) pense que le très grand nombre de conduites préventives recommandées aux généralistes est un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

55.6% des « variateurs » contre 48% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que les conduites préventives sont en très grand nombre et qu'ils ne peuvent penser à tout. (Figure 35)

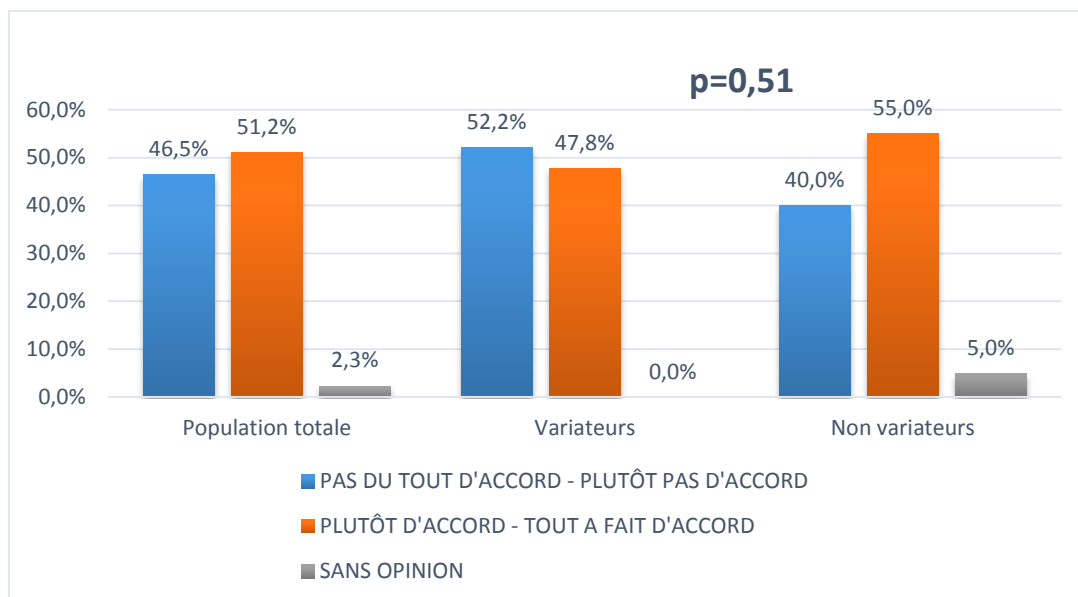
Figure 35 : Hypothèse 1 - Les conduites préventives recommandées aux généralistes sont en très grand nombre et on ne peut plus penser à tout.



HYPOTHESE 2

47.8% des « variateurs » contre 55% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que les conduites préventives sont en très grand nombre et qu'ils ne peuvent penser à tout. (Figure 36)

Figure 36 : Hypothèse 2 - Les conduites préventives recommandées aux généralistes sont en très grand nombre et on ne peut plus penser à tout.



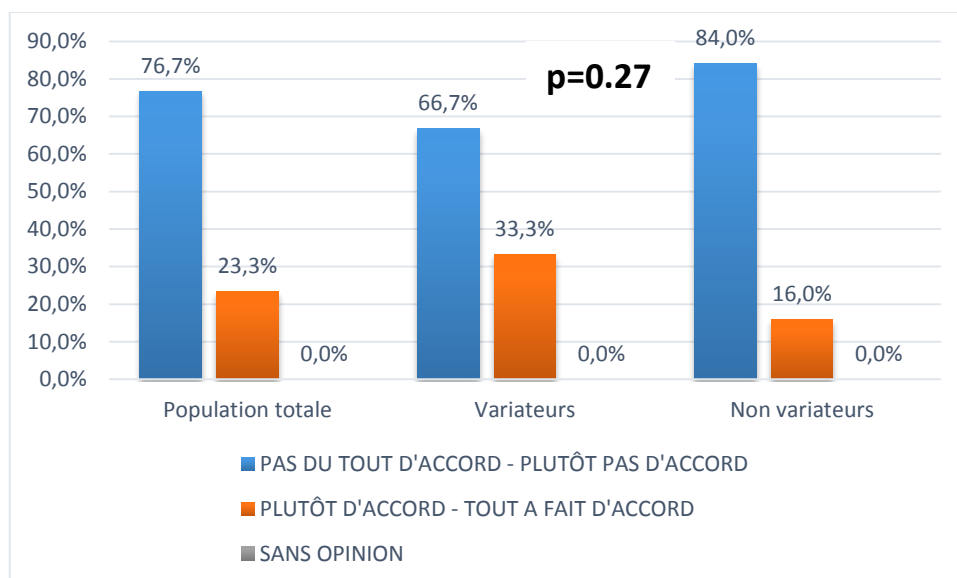
9. L'âge du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (76.7%) ne pense pas que l'âge du patient soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

33.3% des « variateurs » contre 16% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que l'âge est une gêne pour proposer une sérologie VIH. (Figure 37)

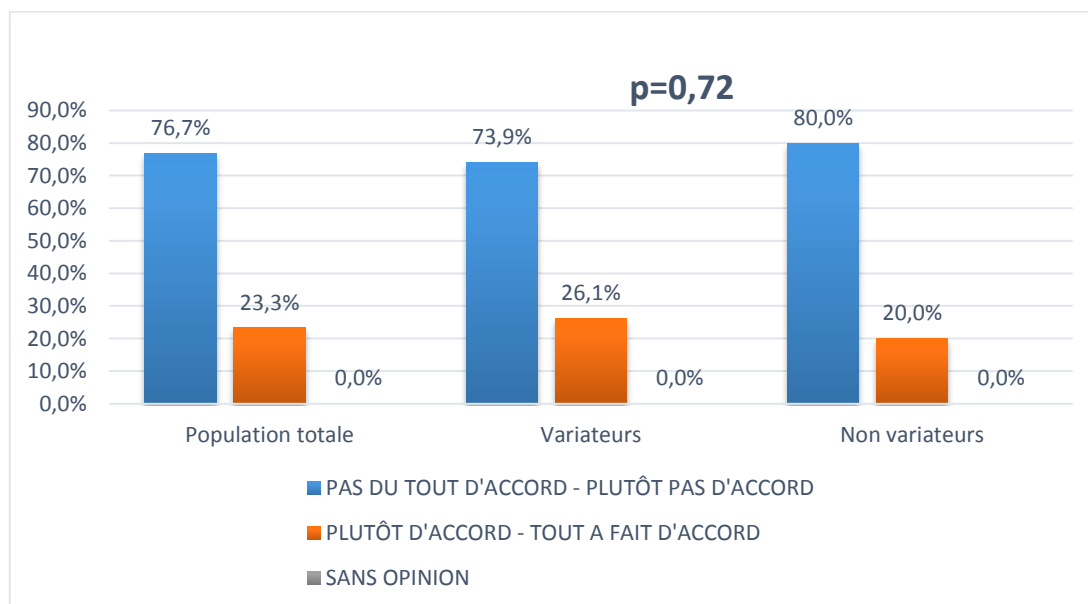
Figure 37 : Hypothèse 1 - L'âge du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

26.1% des « variateurs » contre 20% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que l'âge est une gêne pour proposer une sérologie VIH. (Figure 38)

Figure 38 : Hypothèse 2 - L'âge du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



10. Si le patient est considéré sans risques par le médecin ou par lui-même, je ne prescris pas de sérologie VIH.

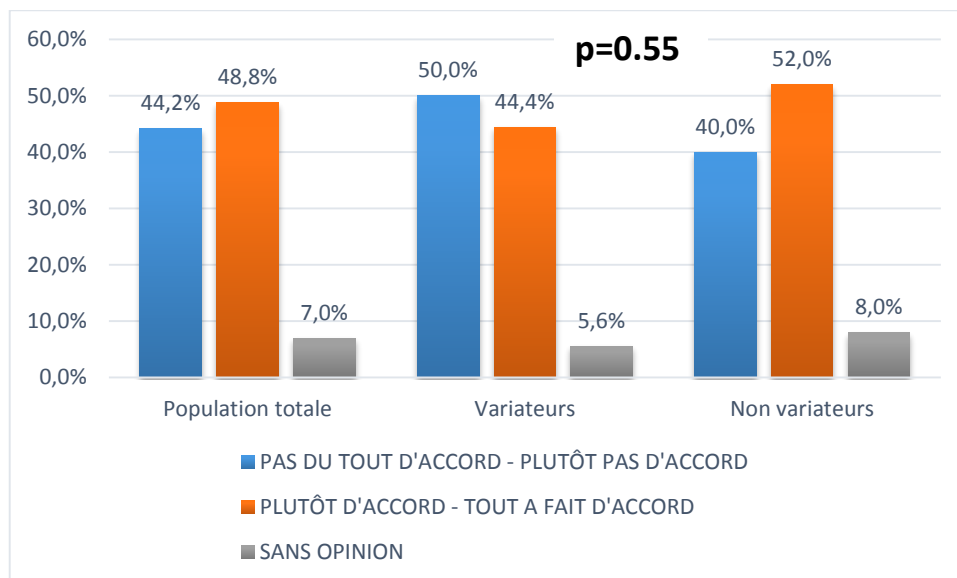
Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (48.8%) pense qu'un patient considéré sans risques par le médecin ou par lui-même est un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

44.4% des « variateurs » contre 52% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que si le patient est considéré sans risques, ils ne prescrivent pas de sérologie VIH.

(Figure 39)

Figure 39 : Hypothèse 1 - Si le patient est considéré sans risques par le médecin ou par lui-même, je ne prescris pas de sérologie VIH.

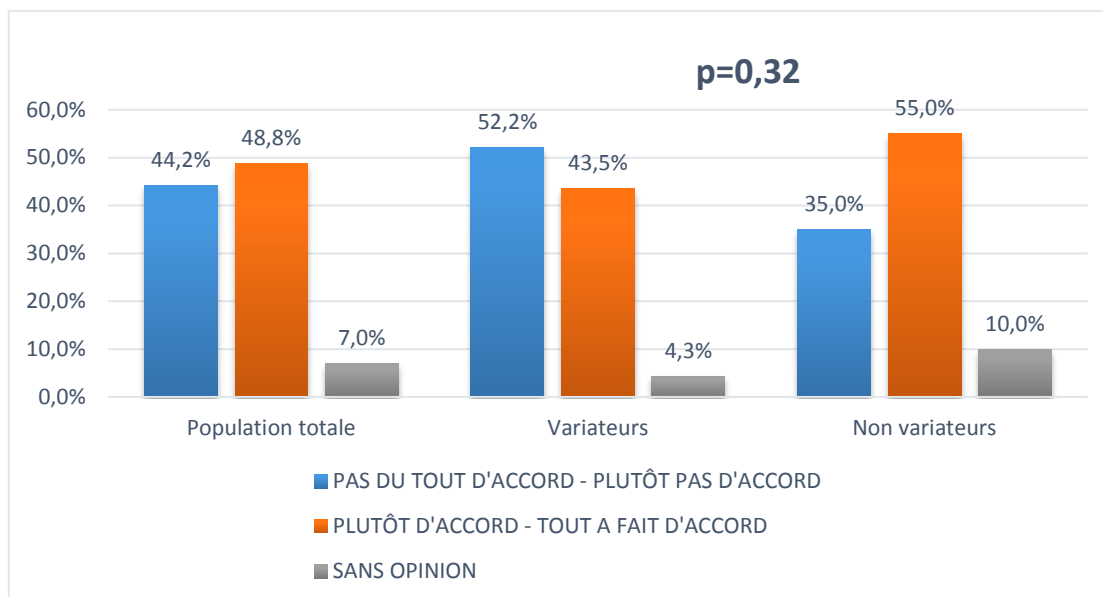


HYPOTHESE 2

43.5% des « variateurs » contre 55% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que si le patient est considéré sans risques, ils ne prescrivent pas de sérologie VIH.

(Figure 40)

Figure 40 : Hypothèse 2 - Si le patient est considéré sans risques par le médecin ou par lui-même, je ne prescris pas de sérologie VIH.



11. La peur de la réaction du patient (angoisse, vexation, incompréhension...) est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

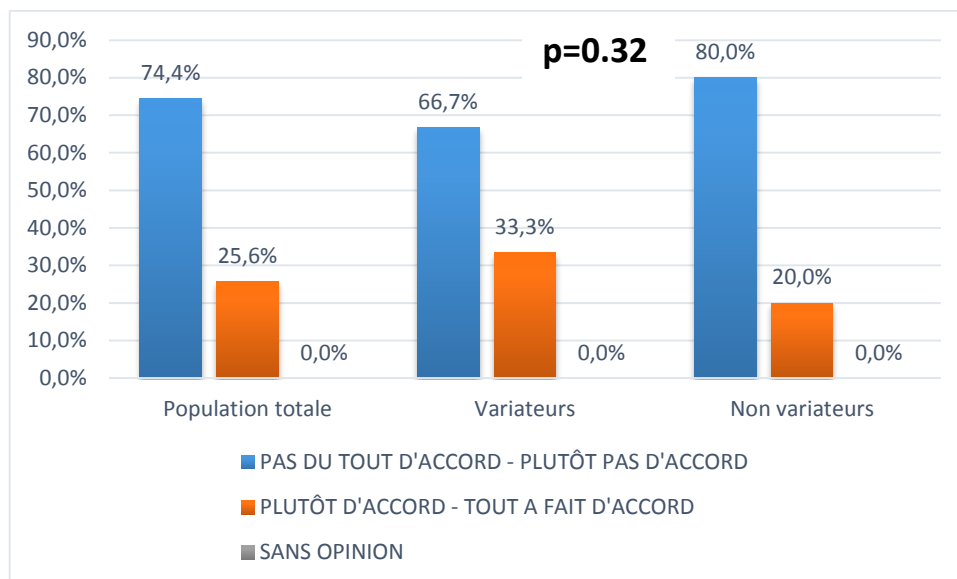
Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (74.4%) ne pense pas que la peur de la réaction du patient soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

33.3% des « variateurs » contre 20% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que la peur de la réaction du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

(Figure 41)

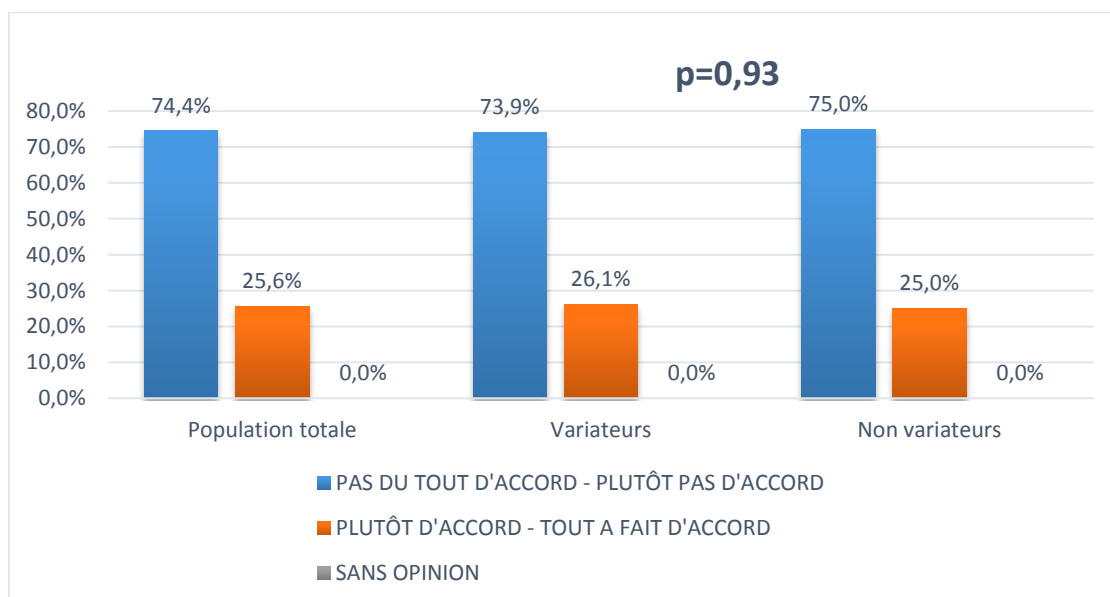
Figure 41 : Hypothèse 1 - La peur de la réaction du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

26.1% des « variateurs » contre 25% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que la peur de la réaction du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH. (Figure 42)

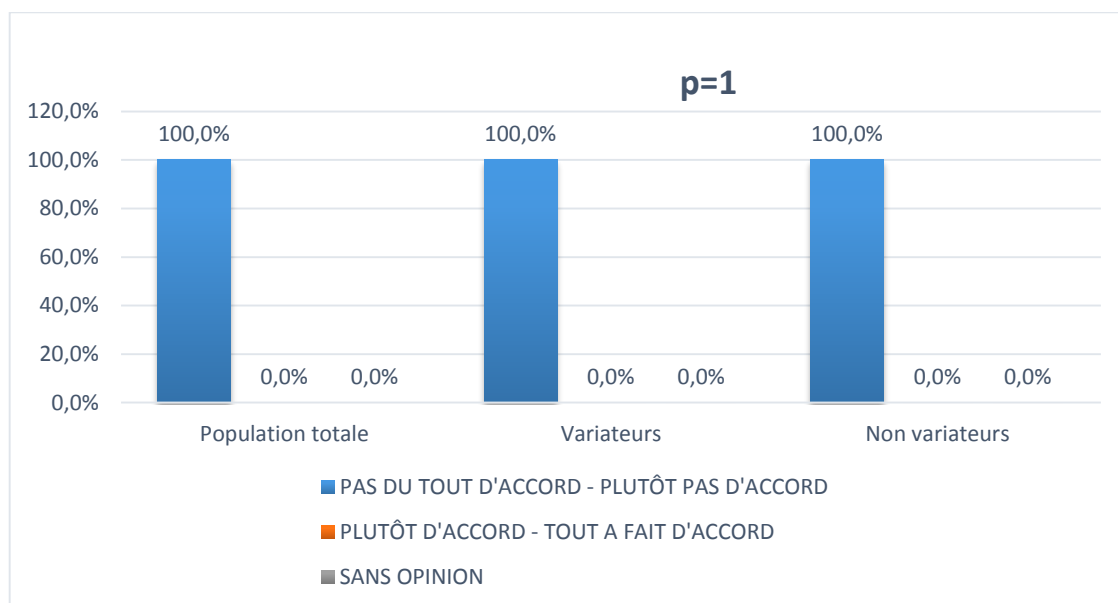
Figure 42 : Hypothèse 2 - La peur de la réaction du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



12. Le coût du dépistage individuel est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

100% des 43 médecins généralistes, ne pense pas que le coût du dépistage individuel soit un frein à la prescription d'une sérologie VIH. Ce résultat est donc identique dans les 2 groupes des « variateurs » et des « non variateurs ». (Figure 43)

Figure 43 : Le coût du dépistage individuel est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



13. Le coût du dépistage collectif est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

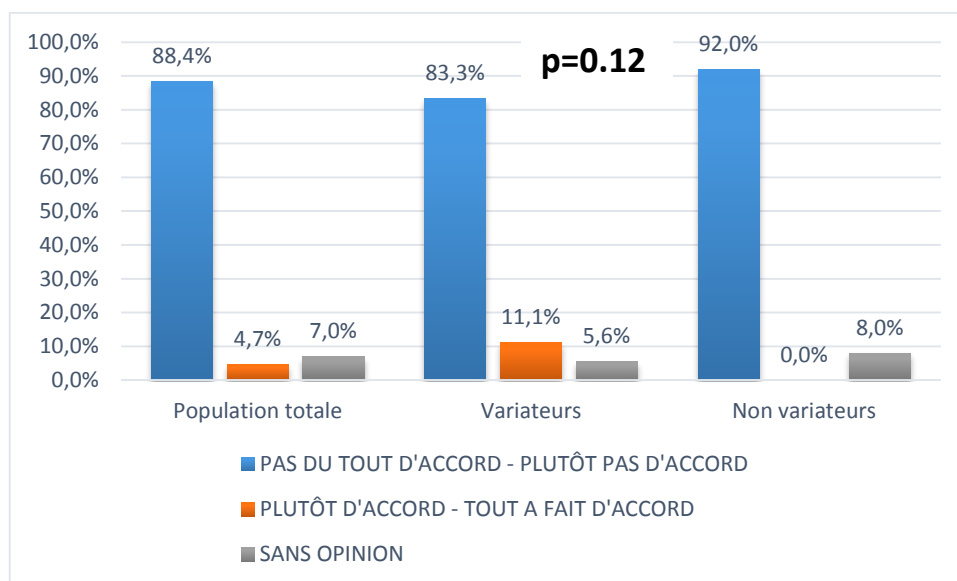
Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (88.4%) ne pense pas que le coût du dépistage collectif soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

11.1% des « variateurs » contre 0% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que le coût du dépistage collectif est une gêne pour proposer une sérologie VIH.

5.6% des « variateurs » contre 8% des « non variateurs » sont sans opinion. (Figure 44)

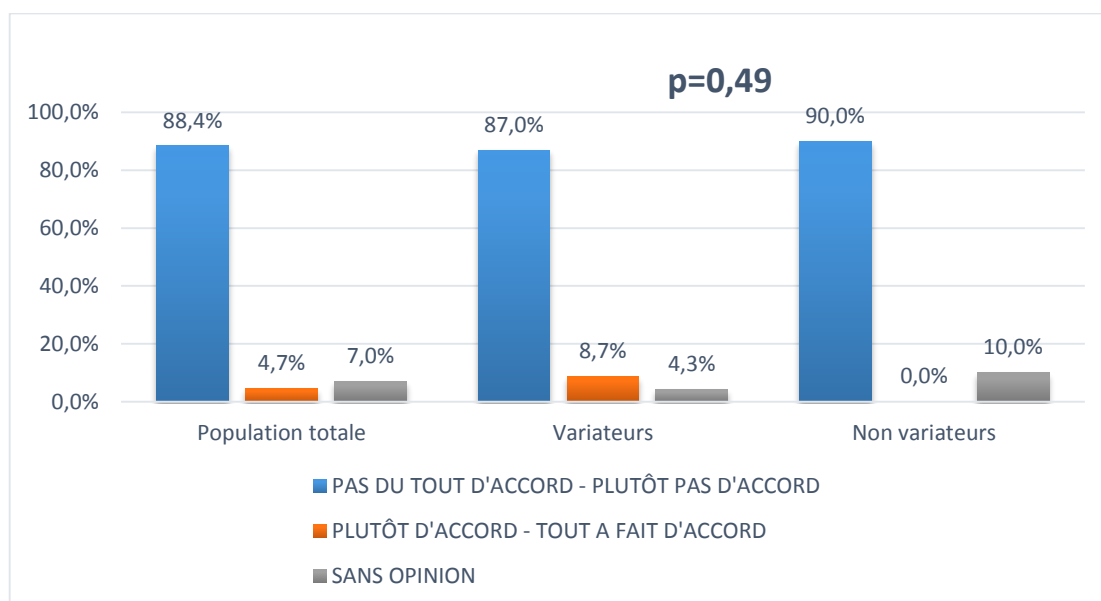
Figure 44 : Hypothèse 1- Le coût du dépistage collectif est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

8.7% des « variateurs » contre 0% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que le coût du dépistage collectif est une gêne pour proposer une sérologie VIH. 4.3% des « variateurs » contre 10% des « non variateurs » sont sans opinion. (Figure 45)

Figure 45 : Hypothèse 2 - Le coût du dépistage collectif est une gêne pour proposer une sérologie VIH.



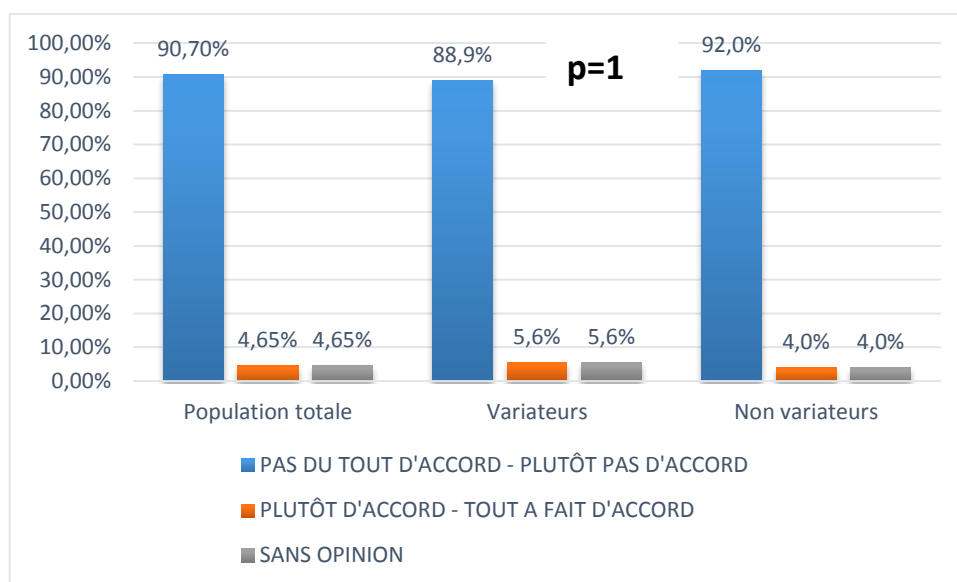
14. Le faible taux de sérologie VIH positive est un frein pour proposer une sérologie VIH.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (90.7%) ne pense pas que le faible taux de sérologie VIH positive soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

5.6% des « variateurs » contre 4% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que le faible taux de sérologie VIH positive est un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 46)

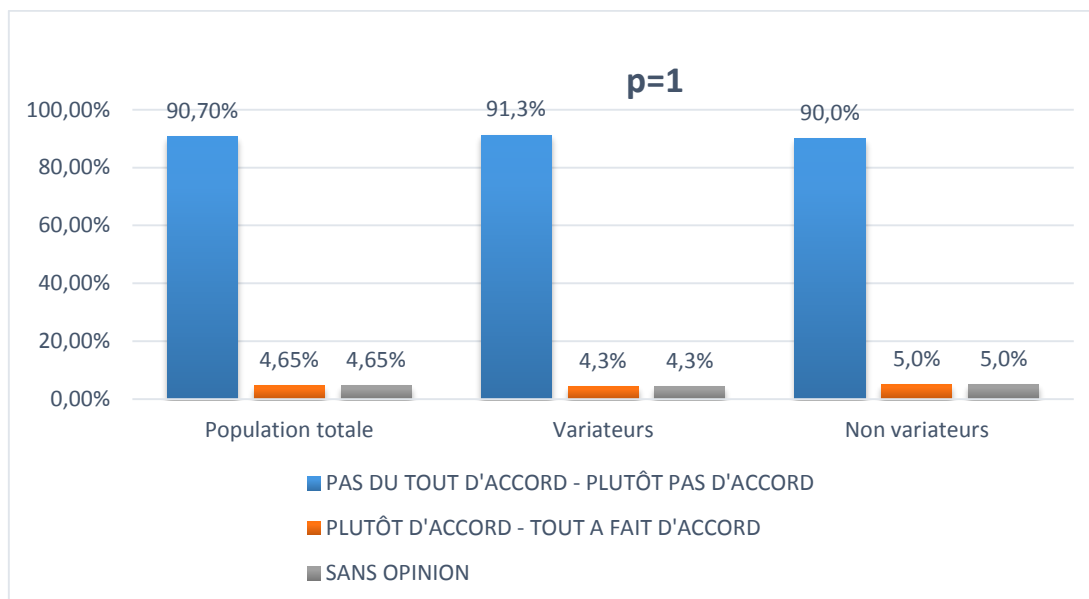
Figure 46 : Hypothèse 1 - Le faible taux de sérologie VIH positive est un frein pour proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

4.3% des « variateurs » contre 5% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que le faible taux de sérologie VIH positive est un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 47)

Figure 47 : Hypothèse 2 - Le faible taux de sérologie VIH positive est un frein pour proposer une sérologie VIH.



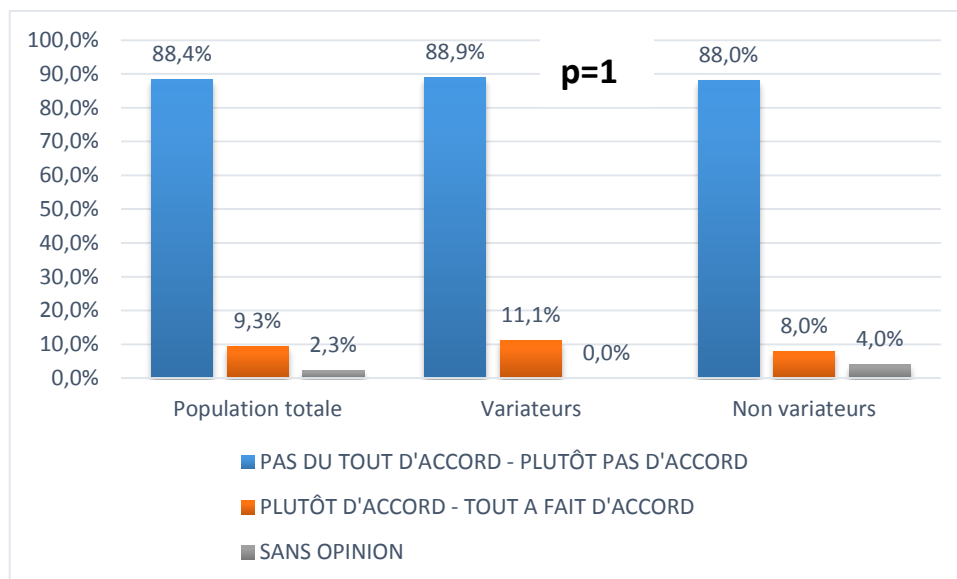
15. La réception des résultats par le patient est un frein pour proposer une sérologie VIH.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (88.4%) ne pense pas que la réception des résultats par le patient soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

11.1% des « variateurs » contre 8% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que la réception des résultats par le patient est un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 48)

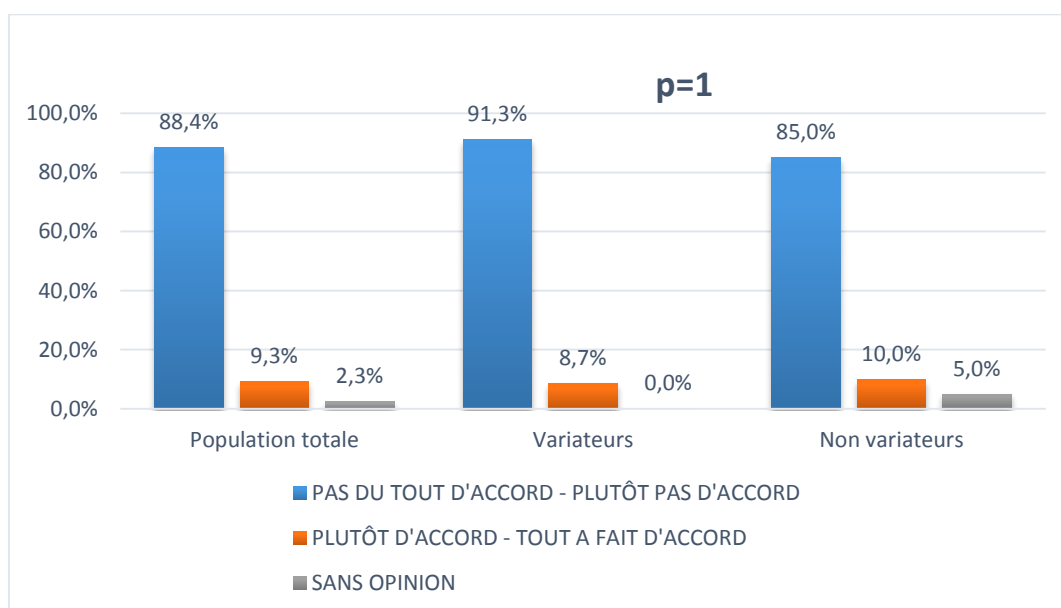
Figure 48 : Hypothèse 1 - La réception des résultats par le patient est un frein pour proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

8.7% des « variateurs » contre 10% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que la réception des résultats par le patient est un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 49)

Figure 49 : Hypothèse 2 - La réception des résultats par le patient est un frein pour proposer une sérologie VIH.



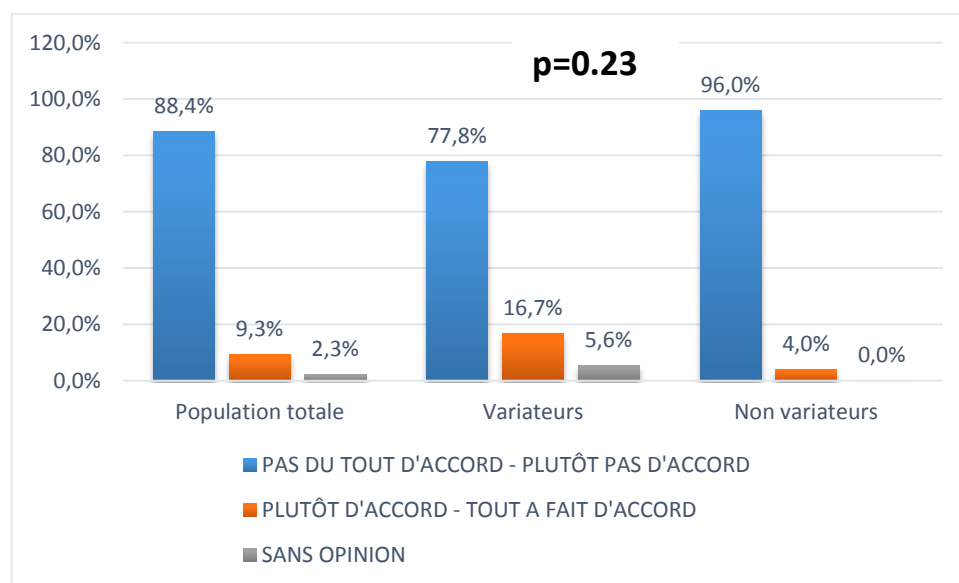
16. L'échappement du patient vers un suivi hospitalier est un frein pour proposer une sérologie VIH.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (88.4%) ne pense pas que l'échappement du patient vers un suivi hospitalier soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

16.7% des « variateurs » contre 4% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que l'échappement du patient vers un suivi hospitalier est un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 50)

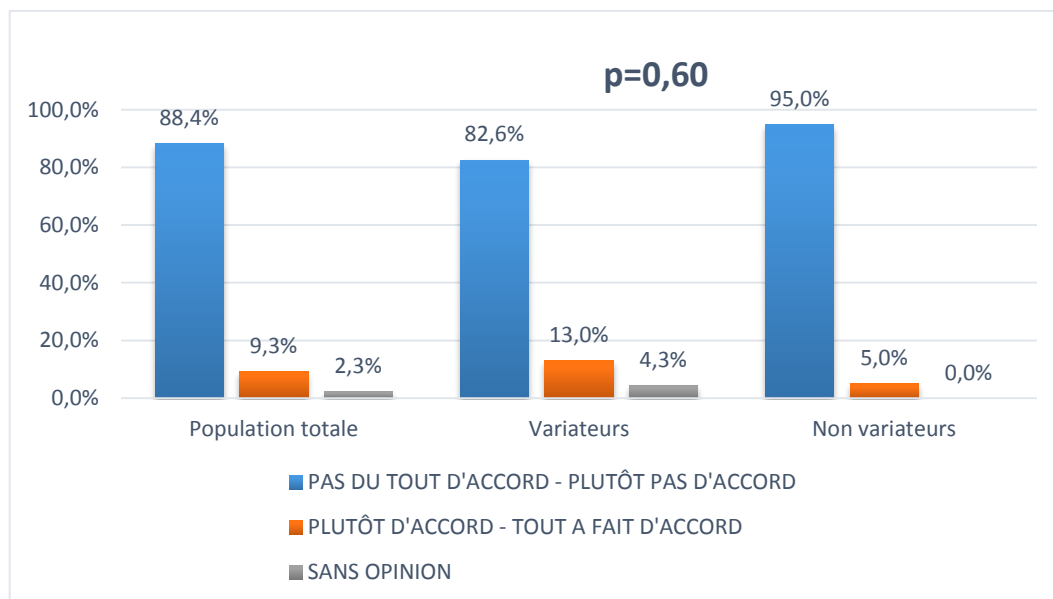
Figure 50 : Hypothèse 1 - L'échappement du patient vers un suivi hospitalier est un frein pour proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

13% des « variateurs » contre 5% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que l'échappement du patient vers un suivi hospitalier est un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 51)

Figure 51 : Hypothèse 2 - L'échappement du patient vers un suivi hospitalier est un frein pour proposer une sérologie VIH.



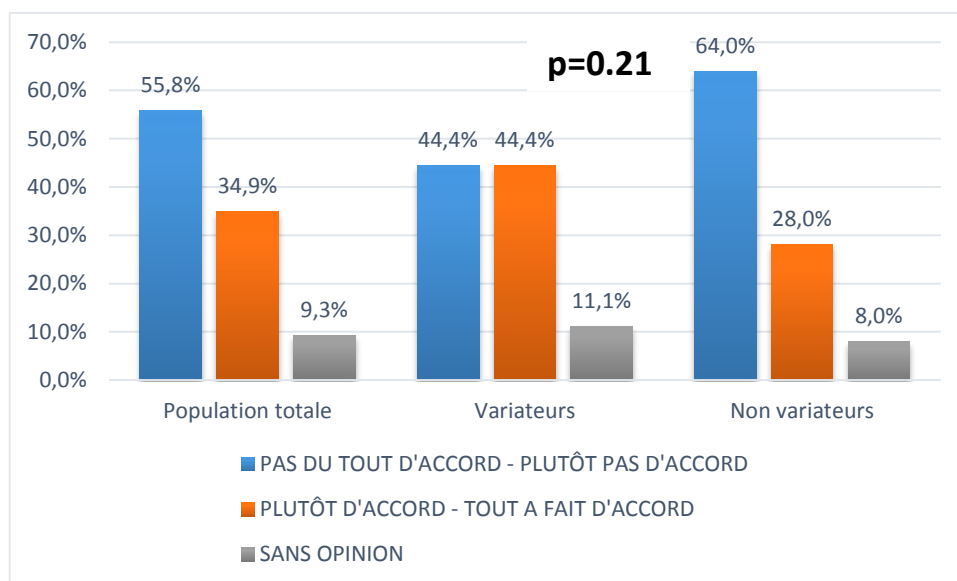
17. Des problèmes culturels ou de compréhension peuvent être un frein pour proposer une sérologie VIH.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (55.8%) ne pense pas que des problèmes culturels ou de compréhension soient un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

44.4% des « variateurs » contre 28% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que des problèmes culturels ou de compréhension peuvent être un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 52)

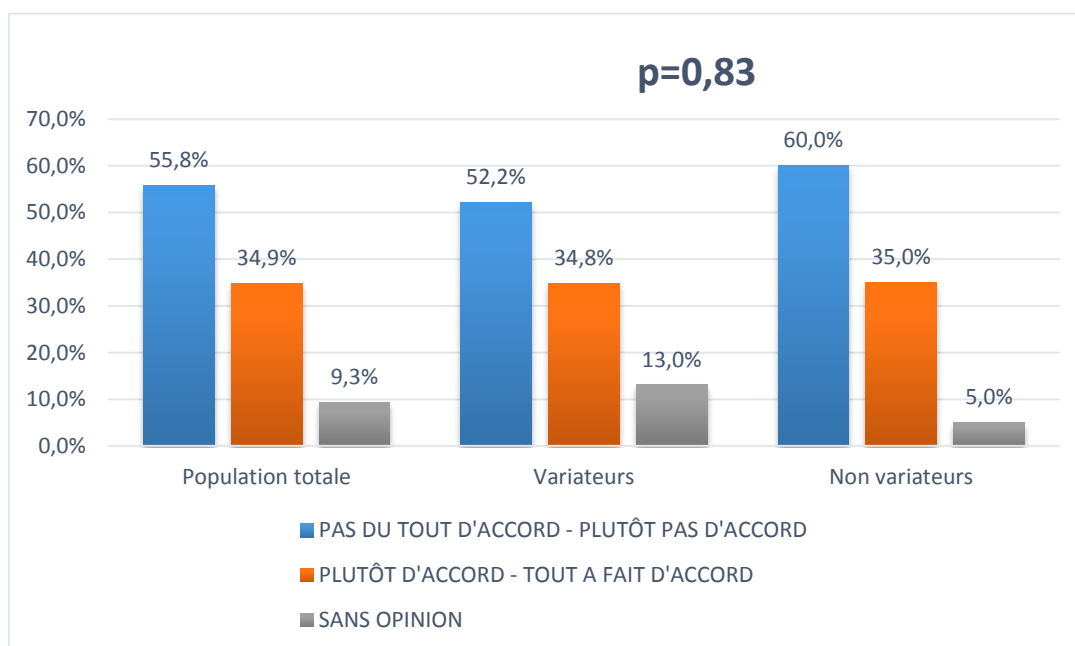
Figure 52 : Hypothèse 1 - Des problèmes culturels ou de compréhension peuvent être un frein pour proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

34.8% des « variateurs » contre 35% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que des problèmes culturels ou de compréhension peuvent être un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 53)

Figure 53 : Hypothèse 2 - Des problèmes culturels ou de compréhension peuvent être un frein pour proposer une sérologie VIH.



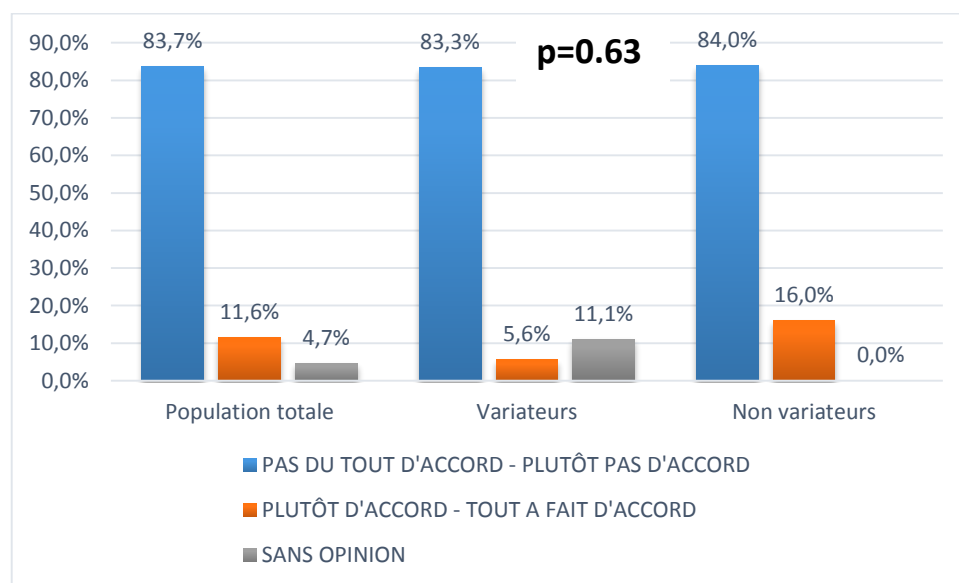
18. La perte de confiance dans les autorités de santé représente un frein pour proposer une sérologie VIH.

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité (83.7%) ne pense pas que la perte de confiance dans les autorités de santé soit un frein à la prescription.

HYPOTHESE 1

5.6% des « variateurs » contre 16% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que la perte de confiance dans les autorités de santé représente un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 54)

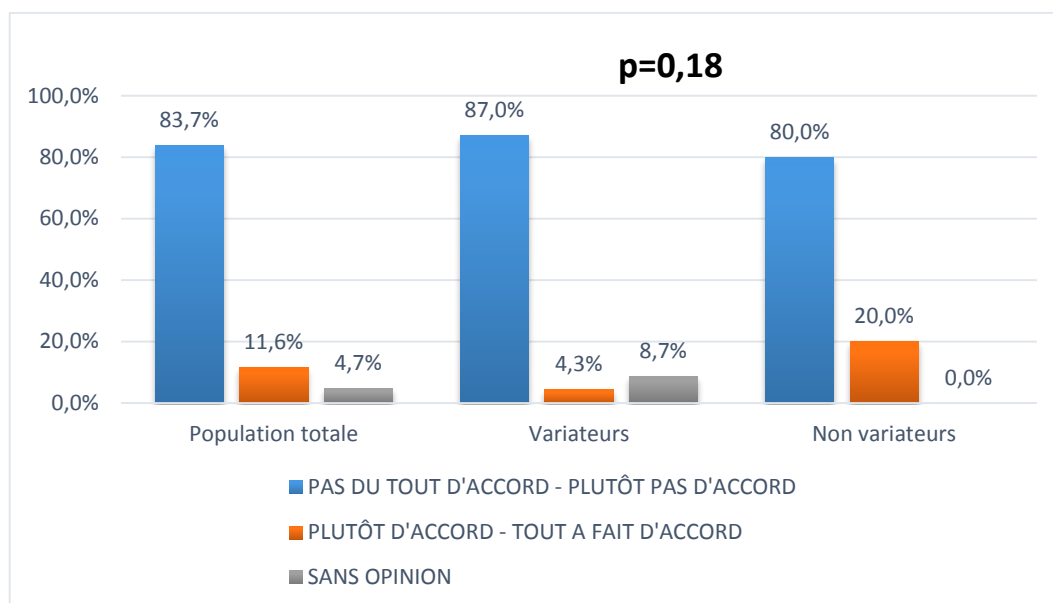
Figure 54 : Hypothèse 1 - La perte de confiance dans les autorités de santé représente un frein pour proposer une sérologie VIH.



HYPOTHESE 2

4.3% des « variateurs » contre 20% des « non variateurs » sont tout à fait ou plutôt d'accord sur le fait que la perte de confiance dans les autorités de santé représente un frein pour proposer une sérologie VIH. (Figure 55)

Figure 55 : Hypothèse 2 - La perte de confiance dans les autorités de santé représente un frein pour proposer une sérologie VIH.



3.7. RECOMMANDATION HAS

La dernière partie questionne sur la recommandation de l'HAS : le dépistage pour tous, 3 questions ont été posées aux médecins généralistes.

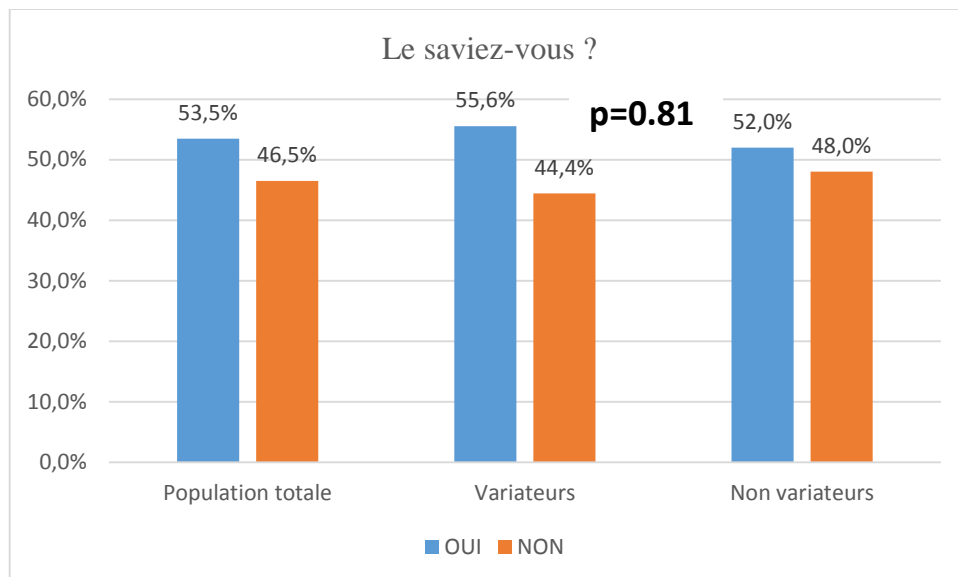
1. Le saviez-vous ?

Parmi les 43 médecins généralistes, une majorité est au courant de la recommandation : 53.5% contre 46.5%.

HYPOTHESE 1

Les « non variateurs » le sont moins que les « variateurs » : 55.6% contre 52%. (Figure 56)

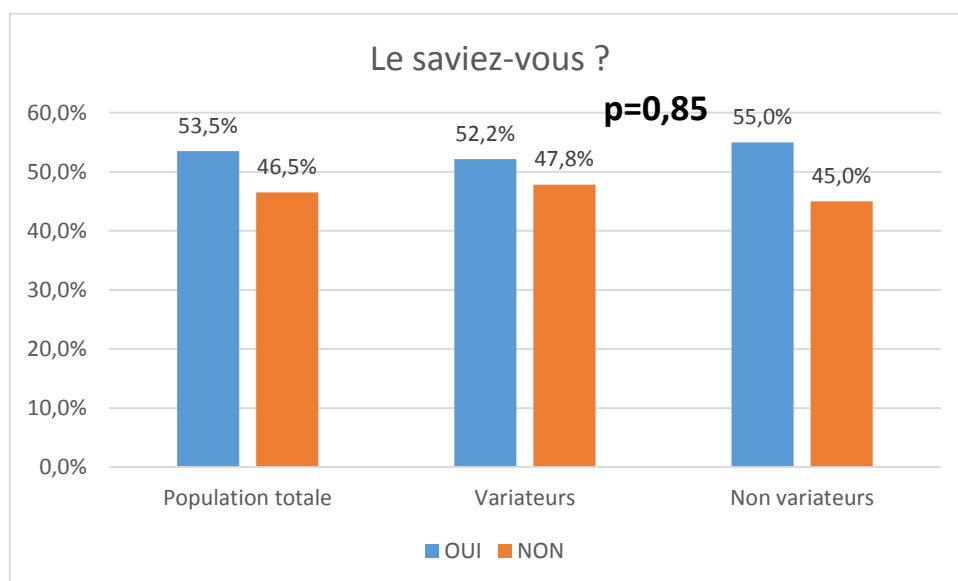
Figure 56 : Hypothèse 1 - Connaissance des médecins sur la recommandation HAS.



HYPOTHESE 2

Les « non variateurs » le sont plus que les « variateurs » : 55% contre 52.2%. (Figure 57)

Figure 57 : Hypothèse 2 - Connaissance des médecins sur la recommandation HAS.



2. Pensez-vous pouvoir le faire ?

Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité pense pouvoir appliquer la recommandation du dépistage élargi : 44.2% contre 34.9%.

20.9% des médecins ne savent pas s'ils pourront le faire.

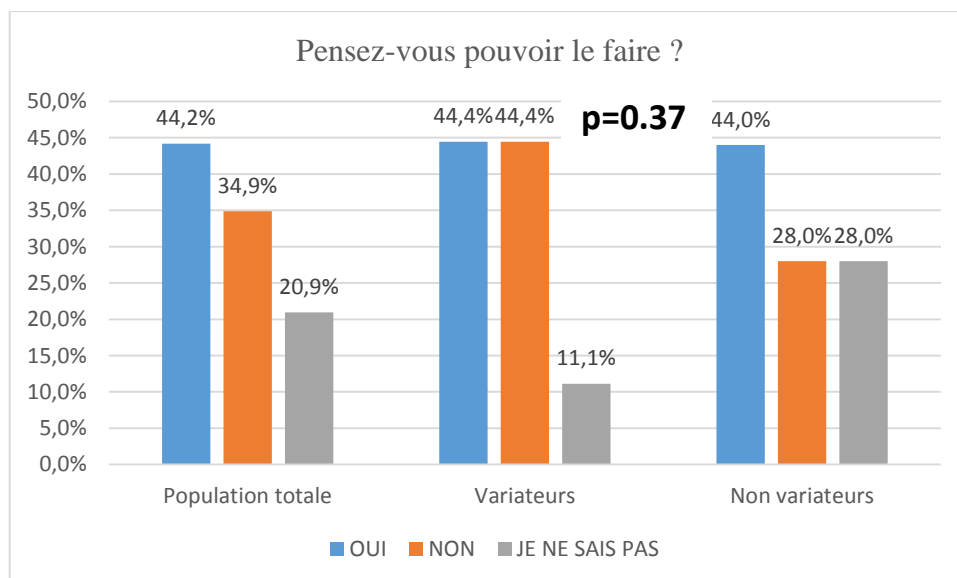
HYPOTHESE 1

Le nombre de « variateurs » et de « non variateurs » pensant pouvoir appliquer la recommandation est comparable, autour de 44%. (Figure 58)

Plus de « variateurs » (44.4%) que de « non variateurs » (28%) ne pensent pas pouvoir l'appliquer.

Les « non variateurs » sont plus nombreux (28%) que les « variateurs » (11.1%) à ne pas savoir s'ils peuvent l'appliquer.

Figure 58 : Hypothèse 1 - Avis des médecins sur la faisabilité de la recommandation.



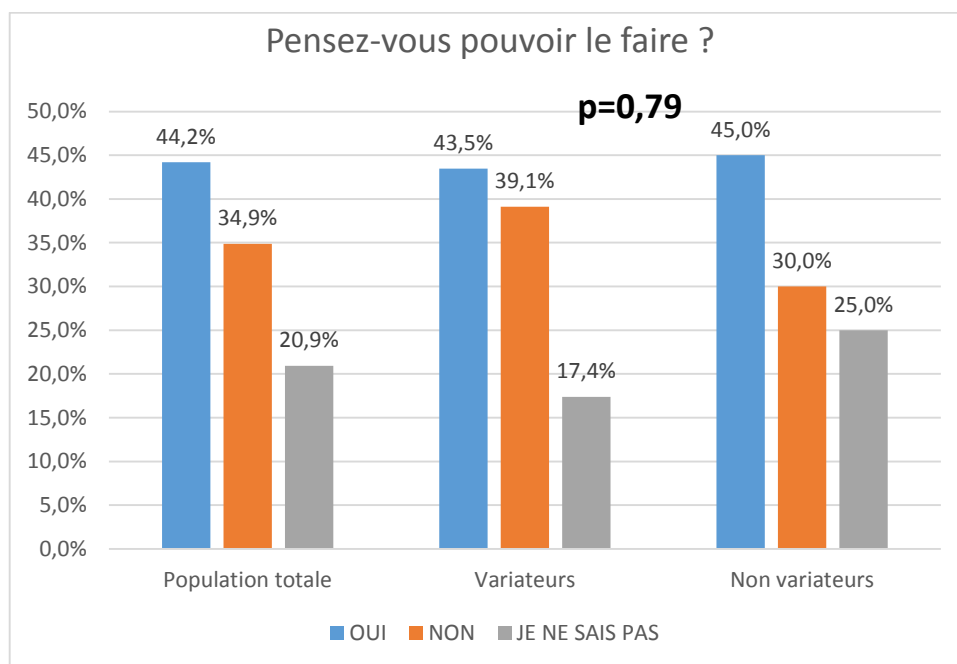
HYPOTHESE 2

Le nombre de « variateurs » et de « non variateurs » pensant pouvoir appliquer la recommandation est comparable, autour de 44%. (Figure 59)

Plus de « variateurs » (39.1%) que de « non variateurs » (30%) ne pensent pas pouvoir l'appliquer.

Les « non variateurs » sont plus nombreux (25%) que les « variateurs » (17.4%) à ne pas savoir s'ils peuvent l'appliquer.

Figure 59 : Hypothèse 2 - Avis des médecins sur la faisabilité de la recommandation.



3. Votre nombre de prescriptions de sérologie VIH a-t-il augmenté depuis cette recommandation ?

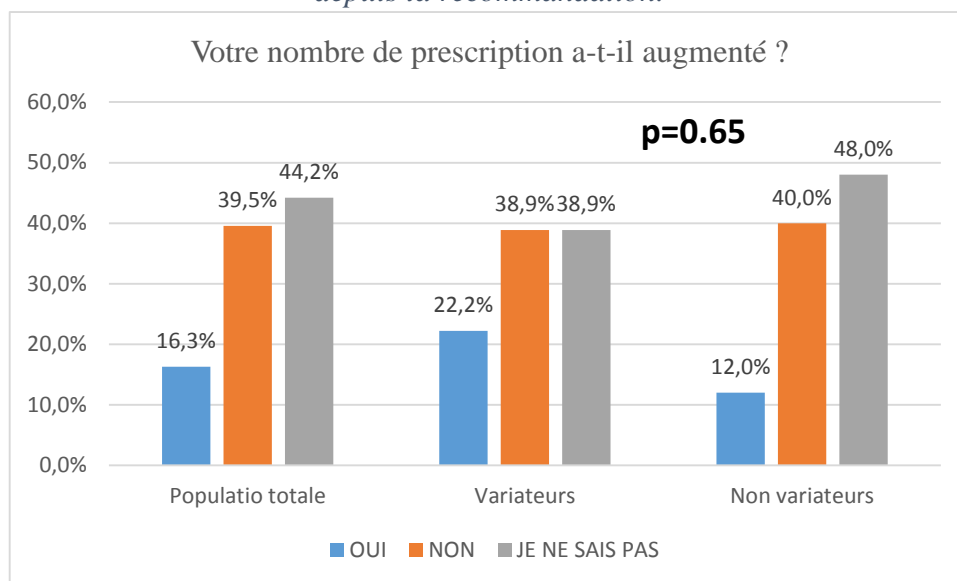
Parmi les 43 médecins généralistes, la majorité ne sait pas si leur nombre de prescription de sérologie VIH a augmenté : 44.2%, suivi par ceux qui ne pensent pas que leur nombre de prescription à augmenter : 39.5%.

HYPOTHESE 1

Les « variateurs » sont plus nombreux (22.2%) à penser que leur nombre de prescription a augmenté, comparé aux « non variateurs » (12%). (Figure 60)

Plus de « non variateurs » (40%) que de « variateurs » (38.9%) pensent que leur nombre de prescription n'a pas augmenté.

Figure 60 : Hypothèse 1 - Avis des médecins sur la variation de leur nombre de prescription depuis la recommandation.

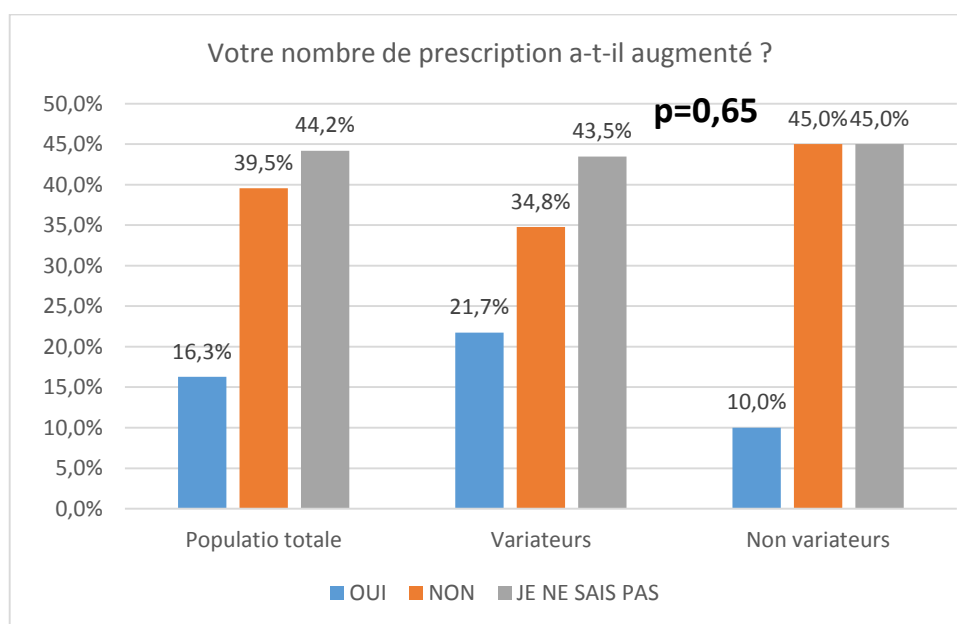


HYPOTHESE 2

Les « variateurs » sont plus nombreux (21.7%) à penser que leur nombre de prescription a augmenté, comparé aux « non variateurs » (10%). (Figure 61)

Plus de « non variateurs » (45%) que de « variateurs » (34.8%) pensent que leur nombre de prescription n'a pas augmenté.

Figure 61 : Hypothèse 2 - Avis des médecins sur la variation de leur nombre de prescription depuis la recommandation.



4. DISCUSSION

4.1. RESULTATS PRINCIPAUX

Depuis la recommandation, moins de la moitié des médecins généralistes a augmenté son nombre de prescriptions de sérologie VIH, avec un taux d'augmentation ne dépassant pas les 12%.

Les plupart des médecins généralistes proposent rarement une sérologie VIH dans le cadre d'un bilan sanguin quel qu'en soit le motif.

Les freins limitant la prescription d'une sérologie VIH sont la présence d'un accompagnant lors de la consultation, le grand nombre de conduites préventives recommandées aux généralistes et les patients considérés sans risque par eux-mêmes ou par le médecin.

Dans l'hypothèse 1, pour les « variateurs », le manque de temps pour proposer une sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait est plus un frein à la prescription que pour les « non variateurs » ($p=0.05$).

Dans l'hypothèse 2, pour les « variateurs », la présence d'un accompagnant est plus un frein à la prescription que pour les « non variateurs » ($p=0.04$).

Si la recommandation avait été efficace, trois variables auraient dues être significatives :

- La prescription d'une sérologie VIH lors d'un bilan sanguin systématique,
- La proposition d'une sérologie VIH lors d'une consultation sans rapport avec la sexualité,
- La proposition d'une sérologie VIH lorsque le patient est considéré sans risques par le patient ou le médecin.

Aucune variation n'est observée dans notre étude sur aucune de ces trois variables. De plus pour ces variables les valeurs de p étant élevées, un nombre plus important de médecins inclus n'aurait probablement pas permis d'identifier une significativité.

Un peu plus de la moitié des médecins généralistes est au courant de la recommandation HAS, et la plupart pense pouvoir l'appliquer.

4.2. DISCUSSION SUR LA METHODE

4.2.1 Choix du type d'étude

Nous avons décidé de réaliser une étude observationnelle rétrospective pour répondre à notre objectif principal : mesurer l'effet de la recommandation du dépistage élargi du VIH sur les prescriptions des médecins généralistes.

Une étude observationnelle prospective a permis de répondre à notre deuxième objectif : analyser les facteurs influents cette prescription et comparer les médecins sensibles ou non à la recommandation.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude en France, évaluant le taux de variation du nombre de prescriptions VIH depuis la recommandation, et comparant les facteurs influents cette prescription parmi les médecins sensibles et moins sensibles à cette recommandation.

4.2.2 Choix de la population étudiée

Partir des laboratoires nous a permis de sélectionner les médecins généralistes de manière aléatoire, afin d'être le plus représentatif possible.

Notre méthode a permis de recueillir le nombre réel de sérologies VIH et non le nombre déclaré par les médecins. Echapper aux données déclaratives est primordial pour ce type d'étude.

Cependant, des biais de sélection ont été mis en évidence.

Les médecins ne correspondent pas qu'avec un seul laboratoire et n'adressent pas systématiquement leurs patients vers leur laboratoire correspondant. Selon l'ARS en 2011, 868 laboratoires étaient implantés en France. La majorité se situe en Ile de France, avec un site pour 13500 habitants.

Les médecins inclus ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes. Dans notre étude, la majorité (67.8%) des médecins exercent en Ile de France. En Janvier 2013, selon l'Atlas de démographie médicale du CNOM, ils en représentent 20%.

4.2.3 Puissance de l'étude

La moitié des laboratoires sollicités ont accepté de participer (6 laboratoires sur 12).

Sur les 298 médecins généralistes, 18.7% ont répondu au premier courrier.

Parmi les 53 médecins ayant accepté de participer, 76.8% ont répondu au questionnaire, seuls 23.2% n'ont pas répondu, ils ont tous fait l'objet de deux relances téléphoniques.

Au total, 14.4% des médecins sollicités par notre méthode ont été inclus dans l'étude. Les taux habituels de réponse à des études au sein de généralistes randomisés en France sont de l'ordre de 10%.

4.2.4 Période d'inclusion et de recueil de données

En raison de la difficulté de recruter des laboratoires puis des médecins généralistes, la période d'inclusion a été longue : de Janvier 2012 à Décembre 2013. La durée de la période d'inclusion n'a toutefois aucun effet sur la qualité des données recueillies en termes de

nombre de sérologies prescrites, puisque tous les laboratoires avaient bien conservé les données de prescription sur les deux périodes considérées.

Les questionnaires ont été envoyés au fur et à mesure de l'inclusion des médecins, sur un intervalle de 18 mois. Ceci peut influencer sur les résultats de notre étude prospective.

4.2.5 Choix du critère principal d'évaluation

Le nombre de prescriptions de sérologies VIH a été recueilli sur 2 périodes : du 1/10/2009 au 1/10/2010 et du 1/10/2010 au 1/10/2011.

La recommandation HAS est sortie en Octobre 2009.

Cependant, la diffusion par une brochure préparée par la DGS, les agences sanitaires et les représentants du corps médical a été adressée à tous les médecins généralistes en fin 2010.

Ces recommandations ont été reprises également dans le plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014.

Le choix de cette période a permis une plus large connaissance de la recommandation par les médecins.

4.2.6 Choix des données du questionnaire

Les circonstances de prescription

5 des 9 circonstances de prescription d'une sérologie VIH proposées concernent les personnes exposées à un risque de transmission, du fait de leurs pratiques et/ou de la prévalence de l'infection par le VIH dans leur communauté (usager de drogues, partenaires multiples, HSH, originaire d'un pays de forte prévalence...).

Dans un consensus formalisé sur la prise en charge du VIH en médecine générale (15), la SPILF, la SFLS et le CNGE recommandent de proposer également un dépistage du VIH dans les circonstances suivantes :

- Lors de la découverte d'une IST, hépatite B ou C,
- Lors de questions gynécologiques : IVG, contraception, frottis, grossesse, violences sexuelles,
- Lors de l'arrêt du préservatif, du début d'une nouvelle relation, après rupture/divorce y compris chez les personnes de plus de 50 ans,
- Lorsque le patient sort de prison,
- En cas de tableau clinique évocateur d'une primo-infection VIH,
- Dans les situations cliniques mineures classant au stade B de la classification internationale (candidose oro-pharyngée, leucoplasie orale chevelue, zona de l'adulte jeune, mononévrite ou polynévrite, dysplasie du col utérin...)
- Dans les situations majeures classant au stade C de la classification internationale,
- Lors de certaines manifestations dermatologiques inhabituelles (prurigo, prurit inexplicé, dermite séborrhéique récurrente),
- Dans des situations biologiques, telles une thrombopénie, lymphopénie, hyperlymphocytose avec syndrome mononucléosique.

Nous n'avons pas évalué les conduites de nos répondants lorsqu'ils sont confrontés à ces situations particulières. L'analyse de ces données aurait permis de développer les circonstances de prescription hors notion de risque.

Cependant, l'un des objectifs de notre étude était surtout d'évaluer les freins à la prescription.

Les freins à la prescription

Les 18 freins à la prescription d'une sérologie VIH sont issus d'un travail de thèse fait en 2011, à partir d'une étude qualitative réalisée auprès de 15 médecins généralistes.

Ceci a permis d'être le plus objectif et le plus représentatif possible de la population des médecins généralistes, vis-à-vis des freins ressentis, sans refléter nos à priori.

4.3. DISCUSSION SUR LES RESULTATS

4.3.1 La Population

Les données sociodémographiques des médecins inclus dans notre étude ont été comparées avec celles des médecins généralistes français.

Dans notre étude, 67% des médecins sont des hommes. En France en 2013, ils représentent 58% des médecins généralistes (selon l'atlas de démographie médicale au 1^{er} Janvier 2013 du conseil National de l'Ordre des médecins).

Selon l'étude Baromètre Santé Médecins généralistes 2009 (16), 45.5% des médecins exercent seuls et 54% en groupe. Les médecins inclus dans notre étude sont 44% à exercer seul et 49% à exercer en groupe.

Aucune donnée sur le nombre de médecin exerçant en maison médicale en France n'a été publiée.

21% des médecins inclus exercent en secteur 2 contre 11% en 2010 pour l'ensemble des médecins généralistes français (source : Assurance Maladie, Mai 2011).

Selon une conférence de presse du Ministère de la Santé de Mai 2011, 3 à 4 % des médecins généralistes étaient maîtres de stage en Mai 2010. Ils sont 40% dans notre étude.

4.3.2 Nombre de sérologies VIH prescrites

Dans notre étude, le nombre moyen de sérologies prescrites par médecin est stable sur les deux périodes (17 entre le 1/10/2009 et le 1/10/2010 et 16.5 entre le 1/10/2010 et le 1/10/2011). 41.9% des médecins ont augmenté leur taux de prescription, avec une moyenne de 5.3% d'augmentation entre les 2 périodes.

L'activité de dépistage du VIH en France a augmenté de 4% en 2011, après une période de stabilité de 2008 à 2010. (11)

Plus de trois quarts des tests VIH sont réalisés par des laboratoires de ville (16), ce qui indique qu'elles sont prescrites en général par des médecins exerçant en milieu communautaire, et probablement majoritairement généralistes.

En 2009, plus de neuf médecins sur dix déclarent avoir prescrit une sérologie VIH dans le mois. Le nombre moyen de sérologies prescrites par médecin est de 6 par mois (16), beaucoup moins élevé dans notre étude : 1.4 par mois.

Ces résultats peuvent être expliqués par la présence d'un biais de classement. Le nombre de prescriptions a été recueilli dans un seul laboratoire par médecin. Il ne reflète donc pas le nombre total de sérologies prescrites par médecin.

4.3.3 Caractéristiques des « variateurs » et des « non variateurs »

Les médecins dont le nombre de sérologies a augmenté entre les deux périodes ont passé leur thèse plus tard. Cette tendance sous-entend que ces médecins sont plus jeunes, certainement plus et mieux sensibilisés au dépistage du VIH lors de leur formation.

Les maîtres de stage ou enseignant au département de médecine générale sont plus représentés dans le groupe « variateur ». Ces médecins sont plus à même d'être à jour sur les nouvelles recommandations.

Ces deux paramètres sociodémographiques sont retrouvés dans une thèse réalisée en 2003 par H. Arriumourt (17). L'objectif de ce travail était de montrer l'implication des médecins en matière de prévention et de dépistage du VIH. Un questionnaire d'évaluation des pratiques a été réalisé sur 100 médecins généralistes de Rouen. L'âge jeune du médecin ainsi qu'une formation en faculté sont retrouvés chez les plus grands prescripteurs de tests de dépistage. Le sexe féminin a également été mis en évidence.

4.3.4 Circonstances de prescription

Dans notre étude, les médecins prescrivent rarement un test de dépistage de manière systématique lors d'un bilan sanguin. Ils le proposent souvent aux personnes exposées à un risque de transmission ou lors d'un bilan prénatal, et presque toujours quand le patient le demande.

Nos données sont cohérentes avec celles de la littérature puisque d'après le baromètre santé généralistes 2009 (16) :

- les tests de dépistage sont majoritairement attribués à la demande du patient (58%), un tiers à l'initiative du médecin et le reste en lien avec une pratique de test systématique (ex : test prénatal).
- 63% des généralistes ne sont pas disposés à proposer systématiquement un test aux personnes sans facteur de risque apparent et n'ayant pas fait de test depuis longtemps.

La pratique du dépistage est peu systématique mais plutôt ciblée.

Les contextes de nouveaux diagnostics d'infection VIH sont en 2011 : un tiers (33%) réalisés en présence de signes cliniques ou biologiques, 22% suite à une exposition récente, 20% dans le cadre d'un bilan systématique ou prénatal, 18% au décours d'une autre prise en charge et 7% au cours d'un dépistage orienté par des facteurs d'exposition (dépistage ciblé). (11)

Ce constat est retrouvé dans un travail de thèse réalisée en 2013 par V. Rocchetti (18). Cette étude observationnelle avait pour objectif de recueillir les habitudes de dépistage de l'infection par le VIH des médecins généralistes parisiens. Moins de la moitié des médecins interrogés ne prescrivaient pas de sérologies à des sujets sans facteurs de risque (43%) ou qui n'avaient pas eu de dépistage depuis longtemps (45,7%).

Dans notre étude, les médecins « non variateurs » ont tendance à proposer moins souvent de tests VIH de manière systématique à l'occasion d'un bilan sanguin, mais également lorsque le patient est originaire d'un pays de forte prévalence ou a été transfusé.

Le taux d'incidence du VIH en France chez les patients originaires d'un pays de forte prévalence (notamment d'Afrique subsaharienne) est élevé (240 pour 100 000 par an, en 2011), précédé par celui des HSH (2). Les immigrés représentent 33% de l'épidémie cachée du VIH, soit 9 500 infections non diagnostiquées sur les 28 800. (2) (3)

Seulement 34.8% des médecins proposent systématiquement un test VIH aux personnes originaires de pays de forte endémie. (16)

En Ile de France, alors que le haut niveau d'exposition et le retard au dépistage des hommes immigrés africains est un phénomène établi de longue date, ils ne font pas l'objet d'une offre de test plus active. Cependant, ils déclarent avoir plus recours au dépistage volontaire que les autres hommes. (19).

Depuis la mise en place en 1985 du dépistage du VIH sur les dons de sang, des progrès considérables ont été réalisés en sécurité virale des produits sanguins grâce à l'amélioration de la sélection des donneurs et au dépistage génomique viral. Cependant, il persiste un risque très réduit mais non totalement maîtrisé. Ce risque résiduel est lié à la fenêtre silencieuse qui sépare la contamination du sujet de la date de mise en évidence des marqueurs dépistés. Pour le VIH, il est très faible à un sur 3 millions (20).

4.3.5 Freins à la prescription

- **La présence d'une personne qui accompagne le patient en consultation est un frein pour 69.8% des médecins.**

Dans l'hypothèse 2, la présence d'un accompagnant est plus un frein à la prescription pour les « variateurs » que pour les « non variateurs ».

Le médecin doit recueillir le consentement libre et éclairé du patient.

Le dépistage du VIH doit se faire dans le respect de la confidentialité et par une démarche de counseling, défini par la HAS comme « une information-conseil personnalisée, visant à aider une personne à prendre une décision, résoudre des problèmes, faire face à une crise nécessitant de sa part une série de changements auxquels elle ne se sent pas forcément préparée ».

Aborder le sujet de la sexualité et des prises de risques du patient, en la présence d'un accompagnant est un obstacle à la confidentialité et une gêne pour le patient, l'accompagnant mais aussi pour le médecin.

Par contre, seul 9.3% des médecins pensent que **la présence d'un étudiant** est un frein à la prescription. 32.6% n'expriment pas d'opinion, expliqué par le fait que 60% des médecins inclus ne sont actuellement pas maîtres de stage.

L'étudiant est soumis au secret médical dès le début de sa formation. Amener le patient à parler de sa sexualité, repérer les conduites à risque chez un patient sont des questions peu enseignées lors des études et complexes. Cet apprentissage se fait en grande partie par l'observation et par l'échange des expériences avec nos maîtres de stage.

- **Le grand nombre de conduites préventives recommandées aux généralistes est un frein pour 51.2% des médecins.**

La Société française de médecine générale estimait, en 1995, que les activités préventives représentaient au moins un tiers de l'activité en médecine générale.

Le médecin traitant est souvent le premier recours et le point d'entrée dans le système de soins. Il relaie les messages de santé publique et les personnalise en des messages individualisés, adaptés à chaque patient.

D'après l'étude Baromètre santé 2009, les médecins estiment que la prévention relève de leur rôle. La déclaration d'un rôle important est liée à la facilité à aborder le thème de prévention.

La majorité s'accorde pour dire qu'il est facile d'aborder le risque cardio-vasculaire (96%), le

dépistage des cancers (95.5%) ou le tabagisme (89%), contrairement à la vie affective ou sexuelle (58%) ou à l'usage de drogues (57%).

Dans son travail de thèse (21), S. Roussignol a étudié le rôle actuel des médecins généralistes dans le dépistage et la prévention du VIH. Il s'agissait d'une étude descriptive reposant sur des questionnaires réalisés en 2009 auprès de 104 médecins généralistes de Rouen. La majorité des médecins (90%), pensait jouer un rôle important mais seuls 17% initiaient la discussion sur le VIH. 62% des médecins pensaient jouer seulement quelquefois un rôle dans la modification des pratiques à risque des patients.

La prévention en médecine générale regroupe trois champs d'actions différents : la prévention médicalisée (vaccination, dépistage organisé...), les demandes d'éducation pour la santé (sexualité, parentalité, alimentation, addiction...) et l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, asthme...).

Ce grand terrain d'action peut expliquer le fait que **34.9% des médecins de notre étude oublient souvent ou toujours de prescrire une sérologie VIH.**

Pour mieux remplir leurs missions de prévention, 91.4% des médecins souhaitent davantage de temps. Pour plus de 80%, les campagnes d'information grand public et un rôle mieux reconnu en prévention peuvent les aider. Plus de 70 % des médecins citent d'autres éléments : disposer de supports écrits d'information, avoir bénéficié d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique, pouvoir déléguer certaines activités de prévention.(16)

La nécessité de réaliser un counseling pré-test adapté au patient impose une consultation longue. Cette démarche préventive peut paraître lourde, complexe et induire une limitation des propositions de dépistage.

Une étude Américaine (22) propose de limiter le counseling pré-test afin de dépister plus.

En Angleterre, un nouveau corps de métier dévolu au counseling s'est développé et intervient en parallèle du médecin.

En 2009, la HAS s'est également posée la question d'une modification du counseling, notamment en pré-test. Elle recommande que la proposition de dépistage en population générale s'accompagne d'une information adaptée afin d'obtenir un consentement éclairé et d'une appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test. En dehors de ce cadre, une information-conseil personnalisée devra être adaptée aux différents contextes de l'offre de dépistage.

Dans notre étude, **le manque de temps ne semble pas être un frein majeur au dépistage : seul 18.6% des médecins sont d'accord.** Cependant, dans notre hypothèse 1, le manque de temps est plus un frein à la prescription pour les « variateurs » que pour les « non variateurs ».

- **Un patient considéré sans risques par lui-même ou par le médecin est un frein pour 48.8% des médecins.**

Il n'est pas facile de proposer systématiquement le test VIH en dehors d'un contexte particulier. Le dépistage est majoritairement ciblé sur les populations exposées au risque de transmission.

Ce résultat est retrouvé dans l'étude Baromètre généralistes. Proposer un test aux personnes sans facteur de risque apparent est majoritairement rejeté par les médecins : 48% ne sont plutôt pas d'accord et 14% pas du tout.

Cependant, le retard au dépistage affecte plus particulièrement les populations ne se considérant pas exposés. Le délai entre l'infection et le diagnostic du VIH est de 50 mois chez les femmes hétérosexuelles françaises et de 53 mois chez les hommes hétérosexuels français et étrangers. (3)

Camille Charpentier (23) a réalisé une thèse qualitative auprès de 18 médecins généralistes d'Ile-de-France en 2012. Son objectif était de faire un état des lieux des pratiques concernant l'abord de la sexualité par les médecins généralistes, dans le contexte de la prévention et du dépistage du VIH. Dans son étude, les médecins avaient l'impression que leur patientèle n'était

pas concernée ou que les patients étaient suffisamment bien informés et conscients des risques.

- **Un motif de consultation sans rapport avec la sexualité est un frein pour 44.2% des médecins.**

Il faut un contexte particulier pour évoquer la sexualité en consultation. En effet, il est plus facile de parler de sexualité lorsque le motif s'en rapporte : IST, IVG, dysfonctions érectiles ou contraception par exemple.

Dans le plan national de lutte contre le VIH et les autres IST 2010-2014, il est observé que *« le dialogue autour de la sexualité avec les professionnels de santé est difficile. Les patients ont peu recours aux professionnels de santé lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur vie sexuelle. Les généralistes sont les plus sollicités dans ce cas. [...] Ainsi le plus souvent ces professionnels ont une réponse médicalisée aux demandes des patients, sans prendre en compte les enjeux individuels psychologiques et relationnels de la sexualité qui peuvent être déterminants dans le risque d'exposition aux IST. »* (13).

Une étude Américaine (24) a évalué dans quelle mesure les médecins de soins primaires interrogeaient leurs patients sur la sexualité. 416 médecins d'Atlanta (généralistes, internistes, gynécologues, pédiatres) ont été questionnés. 79% se sentaient à l'aise pour demander les antécédents sexuels, 58% les demandaient en consultation de routine, mais seulement 12% interrogeaient sur les détails de la vie sexuelle : l'orientation sexuelle, le nombre de partenaires ou le type d'activité sexuelle. 76% interrogeaient sur les antécédents sexuels si ces derniers pouvaient être pertinents dans la plainte principale du patient.

L'enseignement de la sexualité est orienté vers la prise en charge de la maladie ou de la plainte du patient. Les manières d'aborder la sexualité en dehors de ce contexte sont peu ou pas enseignées lors du cursus universitaire et peuvent être source de gêne pour le médecin et

le patient. L'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles restent des sujets tabous ou sensibles, difficiles à aborder.

Une étude réalisée en 2005 auprès des internes de médecine générale de Saint Etienne montre que 90% d'entre eux ont ressenti un besoin de formation pour prendre en charge les plaintes sexuelles. La méconnaissance du sujet ou le manque de formation prédominaient sur l'aspect tabou ou gêne. Plus de 80% estimaient ne pas avoir bénéficié de formation universitaire ou extra-universitaire sur ce thème alors qu'ils terminaient leur cursus. (25)

En pratique, les antécédents sexuels et l'anamnèse sexuelle sont rarement recueillis ou de manière incomplète.

Dans notre étude, 25.6% des médecins ont l'impression que proposer une sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée et 25.6% pensent que la peur de la réaction du patient (angoisse, vexation, incompréhension...) est un frein à la prescription d'une sérologie VIH.

Alain Giami, chercheur à l'INSERM s'est intéressé à l'abord de la sexualité par les médecins généralistes. Selon lui, *« l'abord de la sexualité s'inscrit de façon sélective dans le cadre de la pratique actuelle de la médecine générale et cette sélectivité est fondée sur des critères psychosociaux - donc des critères non médicaux – plus que sur des critères de rationalité médicale ou de santé publique. »*

A travers une étude qualitative réalisée entre 2002 et 2004 auprès de 35 médecins généralistes, il a identifié quatre postures (26) :

- L'évitement de l'abord de la sexualité : de par leur ignorance, leur absence de formation ou leur gêne éprouvée face aux situations liées à la sexualité. Ils n'abordent pas la question de la sexualité avec leurs patients dans la mesure où ceux-ci ne l'abordent pas eux-mêmes et ne formulent pas de demandes à ce sujet.

- Entre appropriation médicale des problèmes de la sexualité et évitement relatif : les problèmes d'ordre sexuels sont considérés comme de simples problèmes physiologiques, traités selon une approche médicale organiciste et pris en charge selon les recommandations professionnels.
- Une approche globale des problèmes de la sexualité : les dimensions psychologiques et relationnelles sont prises en compte.
- Une spécialisation informelle des médecins en tant que sexologues : peu nombreux, ils considèrent la sexualité comme une dimension du bien-être et la placent au centre de leur pratique.

Camille Charpentier a mis en évidence dans son travail de thèse (23), huit difficultés pour aborder la sexualité en médecine générale : le manque de temps, le manque de formation, le manque de motivation, l'interférence du genre du médecin, l'âge du médecin par rapport à l'âge du patient, le vécu personnel du médecin, la nature de la relation médecin-malade et la gêne du médecin qui va alors développer des conduites d'évitement.

Dans notre étude, **le rôle de médecin de famille est peu considéré (9.3%) comme un obstacle à la prescription d'une sérologie VIH**. Cependant, on pourrait penser qu'un médecin de famille peut avoir l'impression de tout connaître de la vie affective de son patient donc ne pas s'intéresser à sa vie sexuelle ou au contraire, ne pas oser rentrer dans les détails. Le patient peut également craindre un manque de confidentialité de la part du médecin.

- **Des problèmes culturels ou de compréhension sont un frein pour 34.9% des médecins.**

Les difficultés de communication relèvent à la fois du registre linguistique et culturel. La différence de langue peut être un obstacle à une véritable relation médecin-patient, pour échanger, comprendre et faire passer l'information.

La langue, ainsi que les représentations de la maladie, de la mort, de la sexualité, liées aux références culturelles et religieuses, sont à prendre en compte puisqu'elles déterminent l'ensemble des attitudes, connaissances et comportements face au VIH/sida.

Ces difficultés imposent aux médecins des consultations longues et délicates. Ils doivent s'adapter aux différences socio-culturelles rencontrées et aux tabous exacerbés dans certaines populations en ce qui concerne la sexualité et le VIH.

➤ **L'âge du patient est un frein pour 23.3% des médecins.**

Il peut être plus difficile de proposer une sérologie VIH à une personne de plus de 40 ans qu'à un adulte jeune.

Une enquête qualitative menée en Isère en 2002 (27), montre que les médecins ont plus de facilité à en parler avec des adolescents, qu'avec des personnes plus âgées pour qui c'est parfois plus gênant, ou qui pensent que "ça ne les concerne pas". Quelques médecins ont remarqué qu'il y avait des réticences très nettes à faire un test chez certains patients, surtout en couple, et âgés de plus de 40 ans. Très sûrs de leur vie, ils trouvent insensé qu'on leur propose une sérologie et pensent que leur moralité est mise en doute.

D'après l'InVS, le diagnostic très tardif concerne principalement les plus de 50 ans. En 2011, les personnes de 25-49 ans représentent la majorité des découvertes de séropositivité (72%), les moins de 25 ans : 11% et les personnes de plus de 50 ans : 17%. Entre 2003 et 2011, la proportion des personnes de plus de 50 ans a augmenté.

Malgré le moindre multi partenariats dans les générations plus âgées, le risque semble réel étant donné la moindre utilisation du préservatif. (28)

Il est donc nécessaire de renforcer le dépistage du VIH dans les générations plus âgées, en particulier chez les personnes divorcées, veuves ou séparées, susceptibles d'entamer de nouvelles relations sexuelles.

Selon l'enquête KABP réalisée en 2010 (28), le VIH n'apparaît plus comme l'enjeu principal des comportements de prévention, notamment chez les plus jeunes. Dans cette population, l'efficacité du préservatif est de moins en moins reconnue, il est moins utilisé lors du dernier rapport sexuel et la perception du risque VIH est moins forte. Les mesures de prévention et de dépistage du VIH doivent être aussi renforcées chez les jeunes.

Ces différents freins au dépistage du VIH rencontrés dans notre étude sont retrouvés dans les données de la littérature.

Une revue de la littérature américaine (29), réalisée en 2007 identifie les obstacles suivant à la prescription d'une sérologie VIH : le manque de temps, le manque de connaissance/formation, le manque d'acceptation des patients, les exigences du counseling pré-test et afin d'autres priorités à gérer en consultation.

Dans une revue de la littérature européenne (30) réalisé en 2010, plusieurs barrières au dépistage du VIH sont mises en évidence : la non perception du risque et le caractère anxiogène pour les patients, la persistance de tabous et le manque de connaissance/formation pour les soignants, le manque d'investissement, notamment financier, de la part des autorités publiques.

4.3.6 La recommandation HAS 2009

Dans notre étude, un peu plus de la moitié des médecins (53.5%) est au courant de cette recommandation et 44.2% pensent pouvoir l'appliquer.

Dans le travail de thèse de V. Rocchetti (18), moins de la moitié (45%) des médecins parisiens interrogés était au courant de la recommandation, en particulier ceux qui collaboraient avec une faculté de médecine. 70% des médecins étaient convaincus de l'applicabilité de la recommandation et qu'elle permettrait l'amélioration du dépistage du

VIH. Une formation pour appliquer la recommandation avait été proposée à seulement 5% des médecins.

Ces chiffres sont évocateurs d'un échec de la campagne d'information sur la nouvelle recommandation de dépistage.

4.4. DEPUIS LA RECOMMANDATION

Depuis la recommandation de la HAS sur le dépistage du VIH, des éléments nouveaux sont apparus :

- En Janvier 2012, le CNGE a pris position contre le dépistage systématique en médecine générale. Le CNGE recommande « de renforcer la stratégie de dépistage ciblée en saisissant toutes les occasions de proposer aux patients, si les conditions de la consultation l'autorisent, un test ELISA classique et le cas échéant, un dépistage des autres infections sexuellement transmissibles ».
- L'étude ANRS-Opportunités (8) suggère de renforcer le dépistage dans des populations à prévalence élevée, en développant des outils pour identifier les personnes à risque sur des bases comportementales ou cliniques.

Dans le rapport Morlat 2013 (1), le groupe d'experts réajuste les recommandations HAS et recommande aux médecins généralistes « d'accentuer leur attention sur les situations cliniques classiques devant amener au dépistage et de saisir les opportunités d'un dépistage large chez les personnes sans test récent lorsque l'occasion se présente ».

Éléments devant amener à prescrire un test de dépistage du VIH (Rapport Morlat 2013)

Selon les populations

Certaines populations devraient se voir offrir, à une fréquence régulière, un test de dépistage du VIH :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) ;
- Les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ;
- Les populations des départements français d'Amérique et des autres Caraïbes ;
- Les usagers de drogues injectables (UDI) ;
- Les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique sub-saharienne ;
- Les personnes en situation de prostitution ;
- Les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH ;
- Les populations en situation de précarité qui consultent par exemple dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- L'entourage familial de PVVIH (conjoint et enfant(s) de femmes enceintes)

Selon les circonstances

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

- Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ;
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose ;
- Projet de grossesse et grossesse (la proposition systématique de dépistage doit être proposée lors de la première consultation prénatale et être réitérée au 6^e mois de grossesse aux femmes négatives exposées à un risque viral ainsi qu'à tous les pères à l'examen du 4^e mois) ;
- Interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Première prescription d'une contraception ;
- Viol ;
- A l'entrée en détention ou en cours d'incarcération.

Sur la base de données cliniques ou biologiques particulières

Cancers, tuberculose, zona, pneumopathie, infections herpétiques récidivantes, dermatite séborrhéique, asthénie chronique, syndrome pseudo grippal prolongé ou atypique, lymphopénie, thrombopénie, amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexpliquée, etc.

5. CONCLUSION

A ce jour, l'infection par le VIH n'est toujours pas contrôlée malgré de nombreux progrès réalisés depuis le début de l'épidémie. En France, 28 800 individus ignorent leur séropositivité et il persiste un retard au dépistage plus important dans des groupes de population ne se considérant pas comme exposés. C'est pourquoi la HAS a recommandé en 2009 un dépistage systématique à l'ensemble de la population générale de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière.

Notre étude montre le faible impact de cette recommandation sur la pratique des médecins généralistes :

- Moins de la moitié des médecins généralistes a augmenté son nombre de prescriptions de sérologies VIH depuis la recommandation ;
- Les médecins généralistes proposent rarement une sérologie VIH lors d'un bilan systématique.

Plusieurs obstacles à la prescription d'une sérologie VIH, peuvent expliquer cette faible intégration du dépistage dans la pratique quotidienne des médecins généralistes :

- La présence d'un accompagnant lors de la consultation ;
- Le grand nombre de conduites préventives recommandées aux généralistes ;
- Le fait que le patient soit considéré sans risques par lui-même ou par le médecin ;
- La difficulté de proposer une sérologie VIH en l'absence de contexte clinique, sans rapport avec la sexualité.

De plus, malgré des campagnes INPES et des envois de brochures, seulement la moitié des médecins de notre étude était au courant de cette recommandation, trois ans après sa publication. Ce défaut d'information/communication ou de formation des médecins généralistes est également un obstacle à l'applicabilité de cette recommandation.

Dans notre étude, seulement 16% des médecins pensaient avoir augmenté leur nombre de prescription depuis la recommandation, et seulement 44% pensaient pouvoir le faire.

Dans le travail de thèse de V. Rocchetti, 53% des médecins généralistes connaissant la recommandation, affirmaient ne pas avoir modifié leur pratique de dépistage.

Si les médecins généralistes étaient mieux mis au courant de l'état de l'épidémie actuelle du VIH en France, de la recommandation qui en découle et bénéficiaient d'une formation leur permettant de proposer plus facilement un test de dépistage VIH, cette recommandation serait-elle plus efficace ?

Il serait intéressant de réaliser des études en cabinet de médecine générale, afin d'évaluer la faisabilité et l'impact du dépistage du VIH en population générale, hors notion de risque d'exposition ou de contamination.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - rapport 2013 - Recommandations du groupe d'experts [Internet]. [cited 2014 Feb 4]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000788-prise-en-charge-medicale-des-personnes-vivant-avec-le-vih-rapport-2013>
2. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010 Oct;10(10):682–7.
3. Ndawinz JDA, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. *AIDS*. 2011 Sep 24;25(15):1905–13.
4. Cazein F, Le Strat Y, Le Vu S. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2011. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*. 2012;46–7.
5. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH - Stratégies et dispositif de dépistage. 2009.
6. Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Rapport 2010 - Recommandations du groupe d'experts [Internet]. [cited 2014 Feb 4]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000099-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih-rapport-2010>
7. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS ONE*. 2010;5(10):e13132.
8. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis*. 2013;13:200.
9. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther (Lond)*. 2007;12(1):89–96.
10. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006 Jun 26;20(10):1447–50.
11. Institut de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur l'infection VIH/SIDA en France. 2013 Décembre;
12. Conseil national du Sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. 2006.
13. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014 [Internet]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
14. Attias A, Aubert, Jean-Pierre, Université Paris Diderot - Paris 7, Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine. Freins au dépistage du VIH par le médecin généraliste. [[S.l.]]: [s.n.]; 2011.
15. SPLIF-SFLS. Consensus formalisé : prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. 2009.
16. GAUTIER Ar, BERRA N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis, Inpes, coll Baromètres santé [Internet]. 2011 [cited 2014 Feb 13]; Available from: <http://www.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
17. ARRIUMOURT HA. Implication des médecins généralistes libéraux de l'agglomération rouennaise dans la prévention et le suivi de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (à propos d'une enquête auprès de 100 médecins). 2003.
18. ROCCHETTI V. Dépistage de l'infection par le VIH dans les cabinets de Médecine

- Générale parisiens en 2013 Une étude épidémiologique observationnelle. 2014.
19. Lydié N. Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements [Internet]. 2007 [cited 2014 Feb 13]; Available from: http://www.inpes.fr/Barometres/Etude_sida_migrants/pdf/synthese.pdf
 20. Laperche S, Lefrère J-J. Les agents infectieux transmissibles par transfusion de produits sanguins labiles. *Hématologie*. 2011;17(3):225–36.
 21. ROUSSIGNOL S. Dépistage et prévention du VIH par les médecins généralistes de l'agglomération rouennaise. 2010.
 22. Koo DJ, Begier EM, Henn MH, Sepkowitz KA, Kellerman SE. HIV Counseling and Testing: Less Targeting, More Testing. *Am J Public Health*. 2006 Jun;96(6):962–4.
 23. Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du VIH en cabinet de médecine générale : représentation du médecin. 2012.
 24. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc*. 2006 Dec;98(12):1924–9.
 25. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. [cited 2014 Feb 23]; Available from: http://uel.education.gov.mg/UMVFmiroir/campus-medecine-generale/materiel/plainte_sexuelle.pdf
 26. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. *Singuliers généralistes Sociologie des Médecins Généralistes* [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 23]; Available from: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00511538/fr/>
 27. Gruaz D, Fontaine D, Guye O. Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. ORS rhônes-Alpes; 2003.
 28. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Lydié N, Semaille C, Warszawski J, et al. An 18-year follow-up of HIV knowledge, risk perception, and practices in young adults. *AIDS*. 2013 Mar 27;27(6):1011–9.
 29. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *AIDS*. 2007 Jul 31;21(12):1617–24.
 30. Deblonde J, Koker PD, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2010 Aug 1;20(4):422–32.
 31. d'Almeida K, Kierzek G, de Truchis P, et al. MOdest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med*. 2012 Jan 9;172(1):12–20.
 32. Casalino E, Bernot B, Bouchaud O, Alloui C, Choquet C, Bouvet E, et al. Twelve Months of Routine HIV Screening in 6 Emergency Departments in the Paris Area: Results from the ANRS URDEP Study. *PLoS ONE*. 2012 Oct 2;7(10):e46437.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Courrier type envoyé aux médecins généralistes

(En-tête du laboratoire)

A l'attention du Dr.....

Paris, le

Madame, Monsieur,

Vous êtes un correspondant régulier de notre laboratoire d'analyses médicales, et nous vous remercions de votre confiance.

Nous avons été contactés par une équipe de recherche du département de MG de l'Université Paris 7 et du Réseau de Santé Paris Nord, qui souhaite mieux connaître les conditions du dépistage du VIH en médecine générale. Nous avons jugé leur projet intéressant, et vous proposons d'y participer.

Ce projet, intitulé SHIVA-MG, est organisé sous la responsabilité scientifique du Pr. JP AUBERT, Professeur associé de MG à Paris-Diderot, et fait l'objet de la thèse de médecine d'une étudiante en MG, Céline DESCAMPS.

SHIVA-MG consiste essentiellement en un questionnaire papier qui vous serait adressé. Il est simple à remplir et porte sur les indications que vous retenez lorsque vous proposez un dépistage du VIH, et sur les difficultés que vous rencontrez à le proposer. Il évalue aussi l'évolution de votre opinion sur ce dépistage au cours des dernières années.

L'équipe souhaite pouvoir mettre en corrélation vos réponses avec l'évolution effective du nombre de dépistages que vous avez prescrits au cours des dernières années, et pour cela que nous leur transmettions le nombre de dépistage VIH réalisés sur votre prescription dans notre laboratoire, sur la période Oct 2009-Oct 2010, puis en comparaison Oct 2010-Oct 2011 (nous ne transmettrons que le nombre absolu de prescriptions sur ces deux périodes, aucun résultat effectif de dépistage ne sera transmis, ni aucune donnée concernant les patients, et nous vous donnerons copie des informations transmises). Les chercheurs ont bien conscience que vous ne prescrivez pas vos dépistages seulement dans notre laboratoire, mais ils considèrent la variation

de ce chiffre sur les deux périodes comme une information pertinente. Le traitement des données de cette étude est totalement anonyme et ni votre nom, ni celui du laboratoire ne seront exploités.

Nous ne transmettrons bien sûr ni votre nom, ni aucune donnée vous concernant sans votre accord explicite pour chacun des deux éléments de cette recherche. Auriez-vous l'amabilité de nous retourner le document ci-joint ?

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre considération dévouée.

Mme ou M..... , responsable du laboratoire

A retourner au laboratoire.....

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin (ou cachet professionnel) :

- Je souhaite participer à l'étude SHIVA-MG. J'accepte que le laboratoire communique mes coordonnées à l'équipe de recherche de SHIVA-MG et transmette à cette équipe le nombre de sérologies VIH que j'ai prescrites au cours des périodes Oct 2009-Oct 2010 et Oct 2010-Oct 2011, à l'exclusion de toute autre information sur ces prescriptions.

- Je ne souhaite pas participer à l'étude SHIVA-MG, et n'autorise pas le laboratoire à transmettre mes coordonnées ni aucune donnée me concernant.

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes.



Paris, le ...

Cher confrère,

Vos coordonnées nous ont été transmises par le laboratoire..., avec votre accord de participation à l'étude SHIVA-MG. Nous vous remercions vivement d'avoir accepté de collaborer à ce travail. Nous cherchons à mieux connaître les conditions du dépistage du VIH en médecine générale, et leur évolution sur ces dernières années.

Vous trouverez ci-joint le questionnaire à nous retourner, et une enveloppe timbrée pour le retour. Mais vous pouvez aussi nous retourner le courrier par fax au ..., ou par mail à l'adresse suivante ...

Le laboratoire ... nous a transmis le nombre de prescriptions de sérologies VIH que vous avez faites chez lui sur les périodes Oct 2009-Oct 2010 et Oct 2010-Oct2011. Ces chiffres nous permettront de mettre en rapport vos réponses avec l'évolution de vos prescriptions de sérologies. Aucun résultat de ces sérologies ni aucune donnée concernant vos patients ne nous sera transmise.

Le questionnaire ci-joint porte un numéro d'anonymat, qui nous permettra de vous identifier (afin que nous puissions corréler vos réponses à vos chiffres de prescriptions), mais l'exploitation de l'étude est totalement anonyme, et ni vos coordonnées, ni celle du laboratoire avec lequel vous travaillez, ne seront exploitées.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute demande d'information sur ce projet. Nous vous tiendrons au courant des résultats de cette étude, et vous recevrez copie de toutes les communications et publications qui en découleront.

Nous vous prions, cher confrère, d'accepter l'expression de notre considération dévouée.

Pr. Jean-Pierre AUBERT

Prof. Ass. MG,

Dépt de MG, Univ. Paris DIDEROT-Paris 7

Coordinateur du Dpt Mal. Infectieuses du réseau de santé Paris Nord

Céline DESCAMPS,

étudiante en DES de MG

Dépt de MG, Univ. Paris DIDEROT-Paris 7

1. Questions Générales :

- Année de thèse :
- Sexe : F / M
- Mode d'exercice : seul / groupe / maison médicale / centre de santé
- Secteur 1 / secteur 2 / non conventionné
- attaché en service hospitalier
- Maître de stage ou enseignant en département de médecine générale
- membre d'un réseau de santé (précisez lequel)

2. Dans quelles circonstances prescrivez-vous une sérologie VIH ?

Cochez pour chaque assertion le niveau correspondant à votre pratique

	Jamais	Parfois	Souvent	toujours	Sans opinion
Je propose une sérologie VIH lorsque je prescris un bilan sanguin, quel qu'en soit le motif					
Je prescris une sérologie VIH quand je repère une conduite à risque chez le patient (rapports non protégés, injections de drogues...)					
Je propose une sérologie VIH quand le patient est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes					
Je propose une sérologie VIH quand le patient a eu de multiples partenaires					
Je propose une sérologie VIH quand le patient est originaire d'un pays de forte prévalence (migrant d'origine subsaharienne par ex...)					
Je propose une sérologie VIH quand le patient est ou a été usager de drogues					
Je propose une sérologie VIH quand je pense que le patient a pu être transfusé (antécédent de chirurgie orthopédique par ex...)					
Je propose une sérologie VIH quand le patient me le demande					
Je propose une sérologie VIH lors d'un bilan prénatal					

3. Vos freins à la prescription d'une sérologie VIH :

Quantifier les assertions suivantes :

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Sans opinion
Lorsque le motif de consultation n'a aucun rapport avec la sexualité, il peut m'être difficile de proposer une sérologie VIH					
Je manque de temps pour proposer la sérologie VIH aussi souvent qu'il le faudrait					
Mon rôle de médecin de famille me gêne pour aborder les questions de sexualité					
J'ai parfois l'impression qu'une prescription de sérologie VIH est une intrusion dans la vie privée ou la sexualité					
La présence d'une personne qui accompagne le patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH					
La présence d'un étudiant qui assiste à ma consultation est une gêne pour proposer une sérologie VIH					
J'oublie assez souvent de proposer une sérologie VIH					
Les conduites préventives recommandées aux généralistes sont en très grand nombre et on ne peut plus penser à tout					
L'âge du patient est une gêne pour proposer une sérologie VIH					
Si le patient est considéré sans risques par le médecin ou par lui-même, je ne prescris pas de sérologie VIH					
La peur de la réaction du patient (angoisse, vexation, incompréhension...) est une gêne pour proposer une sérologie VIH					
Le coût du dépistage individuel (spontané, réalisé dans le cadre de la relation médecin/malade, à visée curative) est une gêne pour proposer une sérologie VIH					

Le coût du dépistage collectif (de masse, qui s'adresse à l'ensemble des individus d'une population cible pré définie) est une gêne pour proposer une sérologie VIH					
Le faible taux de sérologie VIH positive est un frein pour proposer une sérologie VIH					
La réception des résultats par le patient est un frein pour proposer une sérologie VIH					
L'échappement du patient vers un suivi hospitalier est un frein pour proposer une sérologie VIH					
Des problèmes culturels ou de compréhension peuvent être un frein pour proposer une sérologie VIH					
La perte de confiance dans les autorités de santé représente un frein pour proposer une sérologie VIH					

La nouvelle recommandation de l'HAS dit qu'il « faut proposer un test de dépistage de l'infection par le VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. Elle repose sur la mobilisation active des médecins généralistes et autres acteurs de santé. »

4. Le saviez-vous ?

- Oui
 Non

5. Pensez-vous pouvoir le faire ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

6. Votre nombre de prescriptions de sérologie VIH a-t-il augmenté depuis cette recommandation ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des freins identifiés dans la thèse d'Alexandre Attias en 2011.

Liés au déroulement de la consultation	Absence de lien avec la consultation
	Rôle de médecin de famille
	Intrusion dans la vie privée / sexualité
	Présence d'une tierce personne
	Je n'y pense pas
Age du patient	
Organisation de la consultation	Manque de temps / Surcharge de travail
	Saturation sur la prévention
	Fatigue
Corrélation à un facteur de risque	Patient considéré sans risque par le médecin
	Patient se considérant sans risque
Peur de la réaction du patient	Angoisse
	Vexation
	Incompréhension
Coût du test de dépistage	Individuel
	Collectif
Le problème du résultat	Peu de sérologie positive
	Réception par le patient
Echappement du patient vers un suivi hospitalier	
Problème culturel et de compréhension	
Perte de confiance dans les autorités de santé	

Figure 18 : Tableau récapitulatifs des freins retrouvés dans notre étude.

SHIVA study: Influence of HAS's recommendation in 2009 on HIV testing in general practice.

ABSTRACT

In France, 28,800 people are unaware of their HIV status and there is still a delay in screening, larger in population groups who do not consider themselves as exposed. Therefore, HAS recommended in October 2009 to test the entire population aged 15 to 70 years without any regard to a risk of contamination or special feature. General practitioners were expected to be the main relay of this screening strategy.

OBJECTIVES: To evaluate general practitioner's screening practices for HIV before and after the promotion of HAS's recommendation. To analyze the factors affecting the prescription of HIV test.

METHODS: We sought medical analysis laboratories to collect a list of GPs with whom they work regularly. The promotion of the recommendation to GPs was made in 2010. The number of HIV tests prescribed by each GP was collected with his consent, in its corresponding laboratory on two periods: 1st October 2009 to 1st October 2010 and 1st October 2010 to 1st October 2011. The doctors then answered to a quantitative questionnaire on factors influencing the prescription of HIV serology. Physicians whose number of screening had increased were distinguished from those whose number of screening had stagnated or declined. They were compared to each other to search for differentiating factors.

RESULTS: 43 GPs participated. 1448 HIV tests were analyzed. The overall number of screenings performed on the two periods did not change: 17.11 in average over the first year and 16.5 during the second year. Only 53.5% of GPs reported knowing the recommendation. 41.9% of GPs have increased their number of prescriptions for HIV tests between the two study periods, with a growth rate that does not exceed 12%. The influence of the recommendation on GPs' prescription was generally undetectable and at best low for a few generalists. After the recommendation, rare (34.9%) were GPs who proposed HIV tests as part of a blood test for any reason. Barriers limiting the prescription of HIV tests are the presence of a companion during the consultation, the large number of preventive behaviors recommended to GPs and the absence of HIV risk identified by the patient or physician. Lack of time and the presence of a companion are most important barriers for GPs who were more sensitive at the recommendation.

CONCLUSION: GPs have not changed their screening practices for HIV infection since the publication of the new screening strategy. This can be explained by the presence of several barriers to the prescription of HIV tests and by the lack of information / communication or GPs' training.

Keywords: HIV, screening, barriers, general practice.