

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2014

n°

**THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**AIM-EUSÉBI Amélie**

**Née le 30/01/1988 à Paris 14<sup>ème</sup>**

---

*Présentée et soutenue publiquement le : Vendredi 24 octobre 2014*

---

**ETUDE REPEVIH-I. L'identification des facteurs de risques de virose chronique (VIH, VHB, VHC) est-elle possible en consultation de médecine générale ?**

Président de thèse : Pr YAZDANPANAHI Yazdan

Directeurs de thèse : Pr AUBERT Jean-Pierre,

Dr MAJERHOLC Catherine

**DES de Médecine Générale**

## REMERCIEMENTS

---

Je remercie le Pr Yazdanpanah d'avoir accepté d'être mon président de jury de thèse, je remercie le Pr Mahr d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Je remercie le Pr Jean-Pierre Aubert d'avoir été mon directeur de thèse, de participer à mon jury de thèse et de m'avoir guidée tout au long de ce travail.

Je remercie le Dr Catherine Majerholm d'avoir été ma directrice de thèse, de participer à mon jury de thèse, de m'avoir également guidée tout au long de ce travail et de m'avoir fait confiance au cours de mon premier stage en cabinet.

Je remercie l'équipe de Ballanger pour m'avoir donné le goût de l'infectieux.

À mes parents, pour votre soutien indéfectible tout au long de mon parcours, pour tout ce que vous m'apportez chaque jour, pour ces centimètres de fierté dont vous seuls avez le secret et pour votre amour sans limites.

À ma marraine, pour ta présence irremplaçable à mes côtés, pour prendre toujours ma défense envers et contre tous et pour ton amour sans limites.

Je remercie ma famille pour son soutien depuis toujours et ce malgré la distance du grand Nord.

À mes grands-parents, Maryse et Jean ainsi que Joseph, qui me manquent et qui auraient été si fiers de voir leur petite-fille devenir médecin,

À ma grand-mère, Mamou, qui est fière de me voir aujourd'hui,

À ma tante et mon oncle, Marie-Pierre et Pascal, qui m'ont appris que la nuit été noire mais peuplée d'étoiles qui brillent,

À ma cousine, Julia, pour être ma grande-sœur, ma confidente, et pour m'avoir fait rencontrer Géraldine (et ses ferias), à Lino pour être le meilleur des filleuls,

À mon cousin, Alexandre, pour être mon grand-frère, et pour Venterol,

Et à ma sœur Rébecca et ma nièce Romane, à Marielle, à Stéphane et Leanne (vive les kangourous), à Vincent et Aude (vive le champagne), à Laure et Etienne, à Jean-Pierre et Aline (vive les olives), à Maeva, à Chalha, à Marième, à Becks.

À mes amis de toujours, dans le désordre, Julie (Choupie), Mariam (für Berlin et expéditions), Djenaba (ma complice), Marie (en robe blanche), Kadidiatou (team basket), Camille (et les mascottes de nos gouters), Souny (sur son nuage), Kadiba (Hus), Guillaume (et le surf).

À mes amis Wladimir et Estelle, pour leur adoption du sud, leurs encouragements précieux et leurs relectures soigneuses.

À Emmanuel Prothon, mon co-thésard, pour ce beau projet construit main dans la main et pour ces talents de sauveteur informatique. À Thi Tran-Viet pour ses conseils avisés.

À mes co-internes et mes chefs de médecine interne et du SMIT sans qui les stages n'auraient pas eus la même saveur.

## ABREVIATIONS

---

Ag HBs : Antigène HBs

ALAT : Alanine Amino Transférase

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Informatique en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CD4 : Lymphocyte T à Cluster de Différenciation 4

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMUc : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques

DS : Déviation Standard

FI : Facteur d'inflation

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

ITSS : Infection Transmise Sexuellement et par le Sang

MEP : Médecin à Exercice Particulier

NSN : Nombre de Sujets Nécessaires

OR : Odds Ratio

p : p value

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

UDI : Usager de Drogue IntraVeineuse

VHB : Virus de l'Hépatite

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

# TABLE DES MATIERES

---

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>2</b>
<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>3</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
1. CONTEXTE.....	8
a. <i>Le dépistage du VIH et des hépatites est un enjeu de santé publique.....</i>	<i>8</i>
i. Epidémiologie du VIH et des hépatites B et C .....	8
Incidence et Prévalence.....	8
Morbi-mortalité.....	9
Modes de transmission .....	10
Populations à risques.....	10
ii. Intérêt du dépistage précoce.....	13
iii. Recommandations de dépistage .....	14
b. <i>Les médecins généralistes en première ligne.....</i>	<i>16</i>
i. Position idéale en premier recours .....	16
ii. Opportunités manquées du dépistage .....	17
2. PROBLEMATIQUE : UN QUESTIONNAIRE PEUT-IL AIDER LE MEDECIN GENERALISTE A CIBLER LA POPULATION A RISQUE ? .....	17
3. OBJECTIFS .....	18
<b>II. METHODES.....</b>	<b>19</b>
1. TYPE D'ETUDE.....	19
2. INTERVENTION .....	19
a. <i>Groupe A.....</i>	<i>19</i>
b. <i>Groupe B.....</i>	<i>19</i>
c. <i>Intervention commune.....</i>	<i>19</i>
3. POPULATION .....	20
a. <i>Mode d'échantillonnage.....</i>	<i>20</i>
b. <i>Critères d'inclusion des patients.....</i>	<i>21</i>
4. CALCUL DU NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES .....	21
5. CRITERES DE JUGEMENT .....	23
a. <i>Critère de jugement principal : Acceptabilité.....</i>	<i>23</i>
b. <i>Critères de jugement secondaires .....</i>	<i>23</i>
i. Facteurs de risques nouvellement identifiés.....	23
ii. Efficacité.....	24
iii. Analyse qualitative du ressenti des médecins .....	24
6. ANALYSE STATISTIQUE.....	26
a. <i>Caractéristiques démographiques des médecins participants.....</i>	<i>26</i>
b. <i>Caractéristiques des patients.....</i>	<i>26</i>
c. <i>Acceptabilité .....</i>	<i>27</i>
d. <i>Efficacité.....</i>	<i>27</i>
e. <i>Comparaison de l'acceptabilité et de l'efficacité entre les deux groupes.....</i>	<i>27</i>
f. <i>Logiciels utilisés .....</i>	<i>27</i>
7. STRATEGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	28

<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>29</b>
1. POPULATION .....	29
a. Nombre de médecins inclus.....	29
b. Caractéristiques des médecins (Tableau 1).....	29
c. Nombre de patients inclus .....	32
d. Diagramme de flux (Figure 4) .....	33
e. Caractéristiques des patients .....	34
Population à risque (définie au chapitre méthodes, page 29).....	35
Population à risque, en excluant le facteur de risque « présence de tatouages et/ou piercings » .....	35
Prévalence des facteurs de risques dans notre échantillon (Tableau 3 et Figure 7).....	36
2. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL .....	37
Analyse en sous-groupes (Tableau 4) .....	38
Motifs de non-réponse au questionnaire (Tableau 5).....	40
3. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES : .....	41
a. Facteurs de risque nouvellement identifiés .....	41
b. Efficacité.....	42
VIH (Figure 10).....	42
VHB (Figure 11) .....	44
VHC (Figure 12) .....	44
Efficacité chez les patients n'ayant jamais eu de dépistage et dont le facteur de risque n'était pas connu du médecin .....	45
HSH .....	46
c. Analyse des données qualitatives.....	48
Déroulement global de l'intervention .....	48
Aspect pratique du questionnaire.....	48
Freins rencontrés lors de l'intervention.....	49
Gêne exprimée par les médecins .....	49
Réaction des patients au cours de l'intervention .....	50
Attitude des médecins avant l'intervention.....	50
Conservation des données dans les dossiers .....	51
Changement dans les pratiques après l'intervention .....	51
4. DIAGRAMME DE L'ACCEPTABILITE ET EFFICACITE DU QUESTIONNAIRE .....	53
a. Pour le VIH .....	53
b. Pour l'hépatite B .....	54
c. Pour l'hépatite C.....	55
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>56</b>
1. VALIDITE INTERNE .....	56
a. Biais de sélection .....	56
b. Biais d'exécution .....	59
c. Biais d'évaluation .....	59
d. Biais lors de l'analyse qualitative.....	60
2. VALIDITE EXTERNE .....	60
3. BENEFICES DU QUESTIONNAIRE EN PRATIQUE COURANTE.....	62
4. PERSPECTIVES.....	66
<b>V. CONCLUSION .....</b>	<b>67</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>68</b>
<b>VII. ANNEXES .....</b>	<b>73</b>

Annexe 1 : Lettre aux médecins généralistes pour les inciter à participer à notre étude .....	73
Annexe 2 : Auto-questionnaire patient (Groupe A) recto .....	74
Annexe 3 : Auto-questionnaire patient (Groupe A) verso .....	75
Annexe 4 : Questionnaire patient interrogatoire ciblé (Groupe B) .....	76
Annexe 5 : Questionnaire médecin .....	77
Annexe 6 : Guide d'entretien de fin d'étude.....	78
Annexe 7 : Prévalence des différents facteurs de risque dans notre échantillon.....	79
Annexe 8 : Taux de consommation de drogues, par type de drogues, dans notre échantillon .....	80
Annexe 9 : Taux des différentes ITSS dans la population de notre échantillon .....	81
Annexe 10 : Prévalence de la population à risque selon les critères élargis dans notre échantillon .....	82
Annexe 11 : Acceptabilité du questionnaire en excluant les deux médecins ayant sélectionné leurs patients (médecin n° 4 et 16).....	82
Annexe 12 : Accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) .....	83
Annexe 13 : Accord du comité consultatif sur le traitement de l'informatique en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS).....	84
Annexe 14 : Accord du comité de protection des personnes (CPP) .....	85
<b>TABLE DES FIGURES .....</b>	<b>86</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX.....</b>	<b>87</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>88</b>

## I. INTRODUCTION

---

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC) ont une prévalence élevée en France. La proportion de personnes qui s'ignorent contaminées, parmi les personnes séropositives, est également élevée et souligne le problème du dépistage de ces virus. Ceci entraîne un retard au dépistage qui a de multiples conséquences sur la morbi-mortalité des virus.

Les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de 2009 concernant le VIH, toujours en vigueur, préconisent un dépistage systématique de l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque. Cette recommandation n'a pas permis de réduire le nombre de personnes ignorant leur séropositivité dans les années qui ont suivi. Ainsi les dernières recommandations concernant le dépistage du VIH (rapport Morlat, 2014) incitent à cibler les populations à risques. Par ailleurs, les dernières recommandations concernant les hépatites virales B et C (Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), 2014) vont dans le même sens et incitent à un dépistage mieux ciblé des populations à risques.

L'interrogatoire autour des risques d'infections virales VIH, VHB et VHC, souvent stigmatisées, est d'autant plus difficile que les médecins généralistes ne disposent pas de critères discriminants validés pour cibler les populations à risques. Un outil permettant d'identifier les sujets à dépister pourrait réduire la prévalence des infections non diagnostiquées.

Dans cette étude, nous proposons un questionnaire autour des facteurs de risques du VIH et des hépatites virales, permettant au médecin généraliste de cibler les populations à dépister. L'étude REPEVIH-2 s'intéressera à l'impact de notre intervention sur le taux de sérologies de dépistage VIH, VHB et VHC prescrites par les médecins généralistes ayant participé à REPEVIH-1.

## 1. CONTEXTE

### a. Le dépistage du VIH et des hépatites est un enjeu de santé publique

#### i. Epidémiologie du VIH et des hépatites B et C

##### Incidence et Prévalence

Les virus du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C, dont l'incidence demeure préoccupante, ne doivent pas être négligés. Par ailleurs on sait également, grâce à des estimations, qu'un nombre important de patients ignore son statut, ce qui a des conséquences directes aussi bien sur le plan individuel que collectif, comme on le verra plus loin.

En France, on estime qu'environ 150000 personnes vivent avec le VIH en 2010 soit 2,4‰ habitants en population générale. Parmi celles-ci, 30 000, soit 20%, ignorent leur séropositivité (1). Il y a donc 2 personnes séropositives sur 10 qui s'ignorent, ce qui est considérable. Rapporté à l'effectif de la population de 18 à 69 ans, sexuellement active ou ayant consommé de la drogue par voie intraveineuse, le taux d'incidence global est estimé à 17 cas annuels pour 100000 personnes (2).

En 2004, la prévalence de l'antigène HBs (AgHBs) est de 0,65 %, soit 280821 personnes touchées en France. Parmi celles-ci, 55,2 % ignorent leur statut (3). On note cette fois encore un nombre considérable de personnes qui s'ignorent VHB positifs puisque plus de la moitié des sujets atteints ne se savent pas contaminés. Le total des infections symptomatiques et asymptomatiques dues au VHB est estimé à environ 2500 infections par an (4). Ainsi, le nombre total de nouvelles infections par le VHB (symptomatiques et asymptomatiques) pour l'année 2010 en France a été estimé à 2324 (5) soit une incidence estimée de 3,6 pour 100000 habitants. En 2010, l'incidence de l'hépatite B aigue symptomatique a été estimée à 1,6 pour 100000 habitants soit 1021 nouveaux cas (6).

La prévalence des anticorps anti-VHC en 2004 en France est de 0,84 %, soit 367055 personnes ayant été en contact avec le VHC. Parmi celles-ci, 42,6 % ignorent leur statut (3).



A nouveau, près de la moitié des sujets atteints ignorent leur statut infectieux. Près de deux tiers des personnes ayant des anticorps anti-VHC (65%) était porteuses de l'ARN du VHC. Ainsi, en 2004, 232196 personnes [IC95% : 167 869-296 523] sont atteintes d'une infection chronique par le VHC et la prévalence de l'infection chronique est de 0.53% [IC95% : 0.4-0.7] (7). On ne dispose pas de données nationales concernant l'incidence de l'hépatite C en France.

### **Morbi-mortalité**

Ces trois virus présentent chacun de multiples complications aux répercussions importantes dans la vie des patients et pouvant entraîner des défaillances d'organes voire conduire au décès.

En 2010, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ne représente plus qu'un quart des causes de décès des patients VIH positifs (VIH+). On ne meurt plus directement du VIH si l'on prend bien son traitement et que l'on est contrôlé sous quadrithérapie antirétrovirale. Ainsi, on peut dire que le virus du SIDA est devenu une maladie chronique au même titre que le diabète ou l'hypertension artérielle. L'espérance de vie des personnes séropositives pour le VIH est presque normale avec un traitement initié autour de 350 CD4 (lymphocyte T à cluster de différenciation 4), selon une étude réalisée au Royaume-Uni (8). La majorité des patients décède désormais de causes diverses alors que leur infection VIH est contrôlée sous traitement. Ces diverses causes sont les cancers non classant SIDA et non liés aux hépatites, les atteintes hépatiques, les atteintes cardiovasculaires, les infections non classant SIDA (9). Les cancers toutes catégories confondues représentent au total un tiers des causes de mortalité (9).

Concernant les hépatites virales, il existe une chance de guérison spontanée. Le taux de guérison spontanée d'une infection par le VHB dépend de l'âge au moment de l'infection : d'environ 10% quand la contamination survient lors de la première année de vie à 90% de guérison quand la contamination survient à l'âge adulte (10). Concernant l'hépatite C, après infection par le virus, la maladie progresse vers le stade chronique dans 80% des cas, puis vers l'hépatite active dans 50% des cas. Ce dernier stade pouvant aboutir, pour les virus B et C, au stade cirrhose et au carcinome hépatocellulaire (11).

En 2001, une analyse permet d'estimer le nombre de décès associés (personne décédant avec une infection par le VHB ou le VHC) pour le VHB à 1507, dont 1327 imputables au virus, et pour le VHC à 3618 dont 2646 imputables au virus. Pour ces deux virus, la majorité des décès imputables (94,6 %) est liée à une cirrhose, associée dans 33,1 % des cas à un carcinome hépatocellulaire (10).

### **Modes de transmission**

Les transmissions sexuelle, sanguine et materno-fœtale sont les modes de contamination communs au VIH et à l'hépatite B. Actuellement en France, le mode de contamination le plus fréquent pour ces deux virus est la transmission par voie sexuelle (12)(11).

Concernant l'hépatite C, la transmission est principalement sanguine, soit par contact direct, soit par l'intermédiaire d'un objet contaminé, elle est rarement materno-fœtale et exceptionnellement sexuelle. Les cas de contamination sexuelle surviennent surtout chez les personnes déjà infectées par le VIH et lors de rapports traumatiques, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSHs) (13). Le mode de transmission principal reste, encore à l'heure actuelle, en France, la contamination lors de l'injection de drogues par voie intraveineuse (13).

### **Populations à risques**

Les populations à risques sont similaires pour des modes de contamination du VIH et des hépatites virales se rejoignant.

On retrouve en commun pour les trois virus (3)(7)(14) :

- les HSHs,
- les personnes ayant des relations hétérosexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois,
- les populations des départements et territoires français d'Outre-Mer,
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes,

- les usagers de drogues injectables (UDIVs),
- les personnes en situation de prostitution,
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH, le VHB ou le VHC,
- les personnes séropositives pour le VIH, VHB et/ou VHC ou ayant une infection sexuellement transmissible en cours ou récente,
- les personnes ayant un antécédent de transfusion avant 1992.

Sur 6100 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2011, d'après les estimations de l'institut de veille sanitaire (InVS) (12), 68% sont des hommes dont 39% sont des HSHs, 40% des hétérosexuels (hommes et femmes) nés à l'étranger (Afrique subsaharienne, Europe hors France, Amérique), 18% des hétérosexuels nés en France et 1% des usagers de drogues. La quasi-totalité des contaminations par le VIH est due à un contact sexuel. Les HSHs représentent la population la plus touchée correspondant à 48 % des nouvelles contaminations entre 2003 et 2008. Sur la même période d'étude 2003-2008, l'incidence globale de l'infection par le VIH baisse, notamment les contaminations par rapports hétérosexuels. En revanche, il est intéressant de noter que l'incidence ne diminue pas parmi les HSHs et les UDIVs(2). Le groupe HSH est le seul où le nombre de contaminations continue à progresser, à savoir une augmentation de 14 % entre 2011 et 2012 (12). Les HSHs représentent la population la plus touchée avec un taux d'incidence estimé à 1006 contaminations par an pour 100000 HSHs (soit un taux d'incidence de 1 % par an), ce qui doit d'autant plus en faire un cœur de cible du dépistage. Or au sein de ces populations à risques de contamination par le VIH, il existe une catégorie de personnes, principalement des HSHs, qui ne sont pas touchées par les réseaux habituels de prévention et de dépistage, et ne s'identifient pas aux campagnes de sensibilisation existantes (15). Par rapport à la population hétérosexuelle française, le taux d'incidence est 200 fois supérieur dans la population des HSHs, 18 fois supérieur parmi les UDIVs et 9 fois supérieur chez les personnes aux rapports hétérosexuels de nationalité étrangère. Parmi ces dernières, les taux d'incidence chez les hommes et les femmes de nationalités d'un pays d'Afrique subsaharienne sont respectivement 29 fois et 69 fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle française.

Le rapport de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2001, sur le diagnostic et le suivi virologique des hépatites virales (16), définit les populations à risques pour le VHB et le VHC.

Concernant l'hépatite B on trouve comme populations à risques, en plus des précédentes suscitées :

- l'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB
- les voyageurs et les personnes amenées à résider dans un pays de forte ou moyenne endémicité,
- les adultes et enfants accueillis en institut psychiatriques,
- les personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral,
- les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle.

Concernant l'hépatite C les populations à risques à ajouter sont :

- les personnes hémodialysées,
- les personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral,
- les personnes chez qui sont trouvées des valeurs élevées d'ALAT (Alanine Amino Transférase) sans cause connue.

Parmi les cas d'hépatite B aiguë symptomatique, ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire entre 2003 et 2012 et pour lesquels au moins une exposition à risque de transmission du VHB au cours des six mois précédant l'infection était noté (55% des 1311 cas notifiés), une exposition sexuelle à risque était identifiée dans plus de la moitié des cas : multi partenariat 36%, HSH 21%, partenaire sexuel AgHbs positif 13% (17).

La prévalence de l'AgHBS est plus élevée chez les hommes : 1.1% [IC95% : 0.73-1.67] que chez les femmes : 0.21% [IC95% : 0.1-0.47], quel que soit la tranche d'âge. Elle est maximale chez les personnes de 30-39 ans et 50-59 ans pour les hommes et chez les 18-29 ans et 40-49 ans chez les femmes (3)(18). La prévalence de l'AgHBS varie selon le continent de naissance ; 0.55% [IC95% : 0.32-0.93] pour la France métropolitaine, 0.92% [IC95% :

0.37-2.25] pour l'Asie, 2.45% [IC95% : 0.77-7.53] pour le Moyen-Orient, 5.25% [IC95% : 2.59-9.35] pour l'Afrique sub-saharienne. Elle est trois fois plus élevée chez les personnes à faibles ressources : 1.80% chez les personnes bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMUc) versus 0.57% chez les personnes non bénéficiaires.

Dans l'enquête InVS de 2004, la prévalence de l'AgHbs est estimée à 1.9% [IC95% : 0.2-15.6] parmi les personnes ayant déclaré avoir utilisé au moins une fois de la drogue par voie intraveineuse (18).

Actuellement, les populations les plus à risque de transmission du VHC sont les UDIVs avec partage de matériel. Dans l'enquête Coquelicot de 2011 menée par l'InVS et l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), la prévalence des anticorps anti-VHC est estimée à 44% [IC95% : 39 - 48] parmi les personnes ayant déclaré avoir utilisé au moins une fois de la drogue par voie intraveineuse (19).

Il n'existe pas de différence significative concernant la prévalence des anticorps anti-VHC entre les hommes et les femmes. La prévalence des anticorps anti-VHC est estimée à 0.73% [IC95% : 0.52-1.02] chez les personnes nées en France métropolitaine et varie de 1.69 à 10.17% selon le pays d'origine. De même que pour l'Ag HBs, la prévalence estimée des anticorps anti-VHC est trois fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMUc (2.49%) que chez les non bénéficiaires (0.74%) indépendamment de l'origine géographique (7).

## *ii. Intérêt du dépistage précoce*

Tant pour le VIH que pour les hépatites B et C, le dépistage précoce offre un double intérêt, à savoir individuel et collectif.

L'intérêt individuel est la possibilité d'être traité précocement afin de diminuer la morbi-mortalité de ces infections et ainsi améliorer la qualité des vies des patients.

L'intérêt collectif est la diminution des risques de transmission. On peut en effet supposer que la connaissance de son statut infecté modifie les comportements à risque. De plus l'accès à un traitement permet de prévenir la transmission du virus lorsque la charge virale devient indétectable de façon durable.

Pour le VIH, dépister tôt offre la possibilité de débiter une prise en charge adaptée et éventuellement de mettre en place un traitement antirétroviral précocement pour prévenir l'évolution de la maladie vers le stade SIDA. L'espérance de vie est fortement corrélée avec le nombre de CD4 juste avant le premier traitement (8). Or la moitié des découvertes de séropositivité VIH sont diagnostiquées trop tardivement, à moins de 350 CD4/mm<sup>3</sup> (12). De plus, afin de faire baisser la charge virale et ainsi limiter le risque de transmission, il est aujourd'hui recommandé de débiter un traitement antirétroviral dès le diagnostic, quel que soit le taux de CD4 (20).

Pour les hépatites virales chroniques, le dépistage précoce permet l'accès à un traitement dont l'objectif est de prévenir la survenue de cirrhose hépatique ou de carcinome hépatocellulaire, c'est-à-dire pour réduire la morbi-mortalité des hépatites virales chroniques. De plus, le dépistage ciblé permet de proposer la vaccination contre le VHB aux sujets à risque n'ayant jamais eu de contact avec le VHB diminuant son incidence.

Le traitement de l'hépatite B repose sur l'interféron pendant un an, qui permet d'obtenir une réponse virologique soutenue chez 25 % des patients, ou sur les analogues nucléosidiques ou nucléotidiques au long cours, qui permettent une négativation de la charge virale chez la majorité des patients (7).

Dans le traitement contre l'hépatite C, l'arrivée récente sur le marché de nouveaux traitements très efficaces et bien tolérés change la donne(7)(21)(22). Ces nouveaux antiviraux permettent d'obtenir une éradication virale chez plus de 90 % des patients. Le rapport bénéfice-risque du traitement chez un patient infecté par le VHC est de plus en plus en faveur de sa mise en route. Il existe donc un réel intérêt à dépister les patients précocement afin de les traiter avant que l'atteinte hépatique devienne irréversible. Toutefois ces traitements ne sont pas encore tous disponibles à grande échelle.

### *iii. Recommandations de dépistage*

Pour le VIH, la HAS recommande d'appliquer, depuis 2009, une stratégie mettant les médecins généralistes au cœur de la stratégie de dépistage (14). D'une part, il est recommandé un dépistage pour « *l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque* ». D'autre part, il est proposé un dépistage régulier, de

façon ciblée, pour les groupes à risque suscités. La technique de dépistage recommandée est le test ELISA combiné, recherche des anticorps anti-VIH1 et 2 et de l'antigène p24 (14).

Cette stratégie de dépistage généralisé n'a pas porté ses fruits. En 2011, 5,2 millions de sérologies VIH sont réalisées en France, soit une augmentation significative de 4% par rapport à 2010 ( $p < 0,001$ ), pour 6100 nouveaux cas diagnostiqués par an (23), nombre stable depuis 2007 à l'échelle nationale (1). Tandis que leur prescription a augmenté, le nombre de sérologies VIH positives reste stable. Ce paradoxe suggère que les populations dépistées sont ciblées de façon inadéquate : les sujets qui ignorent leur statut demeurent non dépistés.

Le rapport Morlat de 2013 quant à lui recommande un dépistage large mais ciblé, en opposition à la stratégie de dépistage systématique qui a échoué. Il est demandé aux médecins d'accentuer leur attention sur tous les éléments devant faire prescrire une sérologie VIH :

- des situations cliniques (exemple : pneumopathie, zona, altération de l'état général, dermite séborrhéique)
- des circonstances favorisantes (exemple : contraception, interruption volontaire de grossesse, dépistage d'une hépatite ou d'une infection sexuellement transmissible)
- l'appartenance à des populations à risques, à forte prévalence ou sous diagnostiquées (20).

Le rapport de l'ANRS de 2014 (7) a récemment émis de nouvelles recommandations concernant le dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C. Les précédentes recommandations étaient celles de l'ANAES en 2001. L'ANRS axe ses recommandations sur trois versants :

- la poursuite des stratégies de dépistage ciblé en fonction des populations et des circonstances décrites dans le rapport de l'ANAES en 2001, suscité,
- un dépistage du VIH, VHB et VHC, chez les hommes de 18 à 60 ans qui n'ont jamais eu de dépistage de ces trois virus et qui consultent auprès d'un professionnel de santé, d'une structure offrant une possibilité de dépistage ou qui sont hospitalisés dans un établissement de santé,
- le dépistage du VHC systématiquement associé à ceux, aujourd'hui systématiques du VIH et du VHB depuis 1992 (24), chez les femmes enceintes.

Par ailleurs, l'ANRS recommande d'associer dans tous les cas la recherche des trois virus VHB, VHC, et VIH compte tenu des similitudes épidémiologiques et de l'intérêt des tests groupés.

L'HAS et l'ANRS recommandent en 2014 un dépistage de l'hépatite B par la recherche associée des trois marqueurs en première intention (Antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc).

L'HAS et l'ANRS recommandent un dépistage de l'hépatite C, par la recherche d'anticorps anti-VHC, chez les personnes à risque (25). L'ANRS recommande en 2014 (7), en l'absence de l'existence d'un vaccin contre le VHC, un dépistage renouvelé de façon régulière pour l'hépatite C, dans certaines populations et circonstances : UDIVs, HSH. Il n'est pas défini de délai précis mais suggéré un dépistage annuel, par analogie avec le VIH.

## **b. Les médecins généralistes en première ligne**

### *i. Position idéale en premier recours*

Les médecins généralistes sont les médecins de premier recours. Ils ont donc accès à la population générale, revoient leurs patients régulièrement, et sont ainsi les plus à même de conduire des actions de prévention et de dépister des facteurs de risques touchant une large tranche de la population. Ils sont au cœur de système de santé français, faisant le lien entre le patient et le spécialiste.

Par ailleurs, ce sont les médecins généralistes qui prescrivent le plus de sérologies VIH, ce sont donc eux qui sont concernés en premier lieu par l'amélioration du dépistage : 94% d'entre eux ont prescrit au moins un dépistage du VIH par mois (pour une moyenne de 5,9 tests par mois) alors que très peu reviennent positifs puisque 13% seulement ont annoncé une séropositivité dans l'année 2009 (26).

C'est pourquoi la médecine générale est au centre de la stratégie de dépistage du VIH et des hépatites virales.



## *ii. Opportunités manquées du dépistage*

Il existe de nombreuses opportunités manquées de dépistage du VIH et des hépatites virales par les médecins généralistes.

Une étude a cherché à les identifier, chez des patients nouvellement diagnostiqués VIH en France (27). Sur la période de trois ans précédant le diagnostic, 99% des patients ont eu un contact avec un professionnel de santé, dont 93% avec un médecin généraliste. Plus de la moitié (52%) des HSHs n'ont pas révélé leur orientation sexuelle à un médecin. Parmi ceux qui l'ont révélée, la moitié a eu une proposition de dépistage du VIH.

De même, une enquête auprès de HSHs se déclarant séronégatifs dans la ville de New York (USA) montre que 39% n'ont pas révélé à un professionnel de santé qu'ils avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes (28). Les facteurs significativement associés à la non-révélation de l'attraction sexuelle sont, notamment, le fait de se définir comme bisexuel ou hétérosexuel, le faible niveau de revenu et l'appartenance à certains groupes ethniques. Relever ces facteurs de risques aurait permis de dépister ces patients plus tôt.

## **2. PROBLEMATIQUE : UN QUESTIONNAIRE PEUT-IL AIDER LE MEDECIN GENERALISTE A CIBLER LA POPULATION A RISQUE ?**

Une étude auprès d'un échantillon de médecins généralistes dans le Nord de la France et en Gironde démontre la faisabilité de la recherche des indications du dépistage du VIH, VHB et VHC sur une période d'une semaine (29)(30). Un dépistage conjoint pour les trois virus était proposé à l'issue d'un entretien, aux patients n'ayant jamais été dépistés et/ou présentant des signes cliniques ou biologiques de la maladie et/ou appartenant à un groupe à risque. Les 66 médecins ont inclus 3566 patients au total. Une indication de dépistage était posée pour 68 % des patients, un test conjoint était proposé à 50 % des patients et il était prescrit à 38 % des consultants. Parmi les patients à qui un dépistage était prescrit, 38 % ont effectué leur test en laboratoire.

Cependant, les médecins participants étaient réticents à proposer un dépistage sur une plus longue période. Les principaux freins rapportés étaient le manque de temps et la difficulté d'intégrer une action préventive dans une activité de soins. Il semble ainsi que les

médecins généralistes aient besoin d'un outil simple et rapide pour évaluer le niveau de risque de leurs patients.

Un entretien standardisé ou un auto-questionnaire rempli par le patient, peuvent-ils améliorer le ciblage de la population à risque pour le VIH et les hépatites virales ?

### **3. OBJECTIFS**

L'objectif principal de cette étude est de valider un questionnaire permettant le repérage des facteurs de risques du VIH et des hépatites virales et de déterminer la meilleure présentation pour celui-ci (auto-questionnaire ou interrogatoire ciblé), afin de mieux cibler les sujets à dépister et ainsi diminuer le nombre de personnes qui s'ignorent contaminées.

Les objectifs secondaires de notre étude sont d'étudier l'efficacité des questionnaires dans chaque groupe, auto-questionnaire et interrogatoire ciblé, de les comparer, et de mesurer le taux de prescription et d'intention de prescription de dépistage VIH, VHB et VHC dans la population à risque de notre échantillon, enfin d'évaluer le ressenti des médecins ayant participé à l'étude face au questionnaire.

## II. METHODES

---

### 1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude analytique, quantitative, observationnelle, prospective, transversale.

L'étude a duré 103 jours, elle s'est déroulée du 24 mars 2014 au 04 juillet 2014.

### 2. INTERVENTION

#### a. Groupe A

Il s'agissait du groupe « auto-questionnaire », le patient remplissait lui-même le questionnaire sans l'aide du médecin, en salle d'attente ou dans son bureau, puis le remettait au médecin au cours de la consultation (Annexes 2 et 3).

#### b. Groupe B

Il s'agissait du groupe « interrogatoire ciblé », le médecin posait directement les questions au patient, identiques à celles du questionnaire du groupe A, au cours de la consultation (Annexe 4).

#### c. Intervention commune

L'intervention consistait à renseigner les informations suivantes, à l'aide d'un « questionnaire patient » (auto-questionnaire ou interrogatoire ciblé), en vue de repérer les facteurs de risques pour le VIH et les hépatites virales (Annexe 2, 3 et 4) :

- Caractéristiques personnelles : sexe, âge, origine ethnique,
- Antécédents personnels : présence de tatouages ou piercings, transfusion sanguine avant 1992, consommation d'alcool jusqu'à l'ivresse, consommation

de drogues (cannabis, drogues festives, injectables), antécédent d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang,

- Vie sexuelle : partenaires réguliers et occasionnels, utilisation de préservatifs, orientation sexuelle (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité), partenaires multiples au cours des 12 derniers mois, antécédent de rapports sexuels avec un partenaire VIH positif,
- Antécédent de dépistage : VIH et date du dernier test, VHB et VHC.

A l'issue du « questionnaire patient », le médecin remplissait le « questionnaire médecin », renseignant les informations suivantes (Annexe 5) :

- Réponse au questionnaire : La raison de l'absence de réponse au « questionnaire patient », si ce dernier n'a pas été complété,
- Informations déjà présentes dans le dossier : facteur de risque signalé dans le dossier médical antérieur, existence de résultats de dépistage du VIH, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C,
- Facteur de risque : présence ou absence de facteur de risque repéré à l'issue du « questionnaire patient »,
- Dépistage : proposition de prescription ou intention de prescription du dépistage du VIH, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C découlant des réponses précédentes, accord ou refus du patient.

A la fin de l'intervention, pour chacun des patients inclus, les médecins devaient nous retourner l'auto-questionnaire rempli par les patients dans le groupe « auto-questionnaire », ou le support de l'interrogatoire rempli par leurs soins dans le groupe « interrogatoire ciblé », et les « questionnaires médecins » correspondants dans les deux groupes.

### **3. POPULATION**

#### **a. Mode d'échantillonnage**

Les médecins étaient issus d'un échantillonnage aléatoire systématique parmi la liste des médecins généralistes libéraux exerçant à Paris, établie au cours de l'étude Démomed 75

(31). Cette liste, établie à partir des données de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et de l'ordre des médecins, recense uniquement les médecins exerçant en libéral (les médecins exerçant en centre de santé, salariés, ayant une activité à SOS médecins ou aux urgences médicales de Paris, et les médecins n'ayant aucune activité clinique étaient exclus). Les médecins participants étaient tirés au sort, à partir d'un fichier Excel, au sein de cette liste.

L'échantillonnage des patients s'est fait en grappes (clusters), les médecins devaient chacun inclure 50 patients dans leur groupe d'attribution. Les médecins étaient inclus dans un des deux groupes, A ou B, par randomisation par blocs par une tierce personne extérieure à l'étude, autre que les investigateurs.

Le recrutement de ces médecins s'est fait par courrier postal, mais devant le peu de réponse, il a ensuite été complété par appel téléphonique de chaque médecin échantillonné.

### **b. Critères d'inclusion des patients**

Les patients inclus étaient âgés de 18 à 65 ans, venaient seuls en consultation, savaient lire et écrire.

Les patients exclus étaient les mineurs ou les patients âgés de 66 ans ou plus, venant en consultation accompagnés, les patients illettrés.

Ils étaient recrutés par le médecin généraliste, de façon consécutive, lors de la consultation, jusqu'à atteindre 50 patients par médecin. L'étude s'arrêtait pour le médecin lorsque les 50 patients étaient inclus.

## **4. CALCUL DU NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES**

Notre hypothèse initiale était d'obtenir comme résultat une acceptabilité de 65% à 95% selon les groupes. L'acceptabilité était supposée de 65% dans un bras et de 95% dans l'autre bras. Il s'agissait de données bilatérales.

Le risque de première espèce alpha est fixé à 0.05. La puissance est fixée à 0.9.

Le nombre de sujets nécessaires (NSN) théorique, après calcul à partir de ces données

selon l'approximation d'Arcsin, était de 32 patients par groupe si la randomisation était effectuée au niveau du patient.

Mais notre étude était randomisée en clusters, c'est-à-dire que le niveau de randomisation choisi n'était pas celui du patient, mais celui du médecin. Chaque médecin était ainsi randomisé dans le groupe A ou le groupe B, et tous les patients d'un même médecin étaient dans le même groupe. Comme les patients de chaque médecin avaient tendance à se ressembler, il fallait prendre en compte un facteur d'inflation (FI) selon la formule :

$$\text{NSN corrigé} = \text{NSN calculé} \times \text{FI}$$

Le facteur d'inflation dépendait d'un coefficient de corrélation intraclasse  $\rho$  et du nombre de patients inclus par cluster  $m$  selon la formule :

$$\text{FI} = 1 + \rho \times (m-1)$$

Le coefficient de corrélation intraclasse  $\rho$  était estimé à partir des résultats d'une étude similaire. On pouvait supposer qu'il était élevé pour ce type d'étude où le critère d'évaluation était lié à une intervention du médecin. Ainsi, une étude randomisée en clusters sur l'effet d'une intervention sur le dépistage du Chlamydiae par des médecins généralistes (32) a trouvé un coefficient  $\rho$  à 0,23. Le design de cette étude étant assez similaire à celui de notre étude, nous avons retenu l'hypothèse d'un coefficient de corrélation  $\rho = 0,23$ . On a fixé le nombre  $m$  de patients à inclure par médecin à 50. On calculait ainsi le facteur d'inflation :

$$\text{FI} = 1 + 0,23 \times (50-1) = 12,27$$

Le nombre de sujets nécessaires par groupe, corrigé, était donc le suivant :

$$\text{NSN corrigé} = \text{NSN calculé} \times 12,27 = 32 \times 12,27 = 392,64$$

Chaque médecin devant inclure 50 patients, 7,85 médecins par groupe étaient nécessaires pour atteindre le NSN global de 785 patients, soit 8 médecins par groupe pour un total de 16 médecins.

Nous avons considéré qu'environ 10% des médecins sollicités accepteraient de participer à l'étude, nous avons donc contacté 200 médecins à Paris.

## **5. CRITERES DE JUGEMENT**

### **a. Critère de jugement principal : Acceptabilité**

Le critère de jugement principal était l'acceptabilité de notre questionnaire qu'il soit sous forme d'auto-questionnaire ou d'interrogatoire ciblé.

Ce critère de jugement était évalué en calculant la proportion de questionnaires remplis par les patients, par rapport au nombre total de patients auxquels le questionnaire a été proposé, dans les deux groupes.

Une analyse en sous-groupes a également été réalisée concernant les questions les plus ciblées de notre questionnaire, révélant un facteur de risque.

La comparaison de l'acceptabilité entre les deux groupes a été mesurée par la comparaison entre les proportions de réponses aux questionnaires dans chacun des deux groupes, le groupe auto-questionnaire (groupe A) versus le groupe interrogatoire ciblé (groupe B). La comparaison de l'acceptabilité entre les groupes a également été faite en sous-groupes pour comparer l'acceptabilité de chaque question spécifique révélant un facteur de risque pertinent pour la réalisation du test.

### **b. Critères de jugement secondaires**

#### *i. Facteurs de risques nouvellement identifiés*

Nous avons calculé le taux de facteurs de risques nouvellement identifiés par les médecins à l'aide du questionnaire parmi la population à risque de notre échantillon. Ce taux correspond à la proportion de patients qui présentaient un ou plusieurs facteurs de risques non connus avant l'intervention ou non renseignés par le médecin (c'est-à-dire réponse non ou absence de réponse à la question « dans le dossier médical avant cette consultation, un facteur de risque pour le VIH ou les hépatites était-il mentionné ? » au « questionnaire médecin »). Il a été comparé dans les deux groupes, A versus B.

Ce taux a été étudié plus spécifiquement dans la population HSH.

## *ii. Efficacité*

L'efficacité du questionnaire était calculée par la proportion de patients pour lesquels le médecin dit avoir proposé, ou avoir l'intention de proposer au cours d'une prochaine consultation, une sérologie VIH, VHB et/ou VHC, que le patient ait accepté ou non, par rapport au nombre total de patients à risque dans notre échantillon.

Ces éléments étaient recueillis à l'aide d'un questionnaire pour le médecin à l'issue du questionnaire rempli pour chaque patient, quel que soit le groupe dans lequel le médecin était inclus (auto-questionnaire ou interrogatoire ciblé). Le taux de dépistage VIH, VHB et/ou VHC proposé prenait en considération les réponses « oui, et le patient a accepté » et « oui, mais le patient a refusé » à la question « ce jour, avez-vous proposé une sérologie VIH/VHB/VHC ? » à l'issue du « questionnaire médecin ». Le taux d'intention de prescription correspondait à la réponse « non, pas aujourd'hui, mais je compte le faire à une prochaine consultation » à la même question du « questionnaire médecin ».

L'efficacité a également été étudiée dans chaque groupe de population à risque.

La comparaison de l'efficacité entre les deux groupes a été évaluée par la comparaison entre le taux de prescription d'une sérologie VIH, VHB et/ou VHC chez les patients à risque non dépistés récemment rapporté par les médecins, dans chacun des deux groupes, auto-questionnaire versus interrogatoire ciblé.

## *iii. Analyse qualitative du ressenti des médecins*

Pour l'étude qualitative, les médecins perdus de vue ou ayant quitté l'étude prématurément ont été exclus. Tous les médecins ayant participé à l'étude jusqu'à la fin ont participé à l'étude qualitative.

Ils ont été interrogés à la fin de l'intervention, lors du recueil des données collectées auprès de leurs patients, soit au moment du retour des questionnaires aux investigateurs.

Les entretiens avec les médecins, de fin d'étude, ont duré entre 10 et 15 minutes. Ils se sont toujours déroulés dans le cabinet du médecin lorsque nous venions récupérer les questionnaires à la fin de l'intervention.



Un guide d'entretien a été utilisé au cours de l'entretien avec les médecins afin de suivre le même schéma à chaque rencontre avec les différents médecins intervenants (Annexe 6). Il était abordé les questions suivantes :

- Le déroulement général de l'intervention,
- L'avis du médecin concernant le questionnaire,
- Les questions posées aux patients avant l'intervention sur ce sujet,
- La conservation dans le dossier médical du cabinet des données recueillies à l'aide du questionnaire pour chaque patient,
- La modification des pratiques à la suite de l'intervention,
- Le ressenti des médecins au moment de poser les questions ou du recueil des réponses.

Le guide d'entretien comportait des questions ouvertes préétablies, les entretiens étaient semi-directifs. Les réponses étaient recueillies par prise de notes par les investigateurs au cours des entretiens avec les médecins.

Nous avons effectué un double codage des entretiens, par les deux investigateurs de l'étude, séparément, puis les données ont été mises en commun pour en tirer des grands thèmes.

Nous avons exploité les données sans logiciel d'analyse qualitative, à l'aide des codages obtenus par l'analyse des entretiens. Nous les avons répertorié et classés par grand thème et ordre de fréquence.

Nous avons anonymisé les médecins participants à notre étude en les citant par la lettre A lorsqu'ils appartenaient au groupe A (auto-questionnaire) ou B lorsqu'ils appartenaient au groupe B (interrogatoire ciblé), suivis de leur numéro d'inclusion (par exemple A/1 pour le premier médecin inclus).

## **6. ANALYSE STATISTIQUE**

### **a. Caractéristiques démographiques des médecins participants**

Nous avons recueilli les critères démographiques des médecins inclus : âge, sexe, secteur de tarification, date d'installation, situation géographique.

Nous avons également recueilli les caractéristiques de leur patientèle, à l'aide de leur relevé d'activité professionnelle de 2013, à savoir le nombre de consultations par an, la proportion de patients ayant la couverture médicale universelle (CMU), la répartition des patients par tranches d'âge.

Nous avons calculé les moyennes, écart-types, médianes, minimums et maximums des caractéristiques démographiques des médecins participants et les avons comparés aux données parisiennes de référence à l'aide d'un test t de Student pour les moyennes et d'un test Z pour les proportions.

### **b. Caractéristiques des patients**

Nous avons étudié les caractéristiques des patients et leur répartition entre les deux groupes, selon les critères d'âge, de sexe et d'origine ethnique. Nous avons comparé les deux groupes, A et B, à l'aide du test t de Student pour les moyennes et du test exact de Fisher pour les proportions.

Nous avons calculé la prévalence de la population à risque dans notre échantillon de patients.

Un patient à risque était défini par l'existence d'un ou plusieurs facteurs de risques, donc d'au moins une réponse positive parmi les questions concernant l'existence de tatouages ou de piercings (à l'exclusion des boucles d'oreille), un antécédent de transfusion avant 1992, la consommation de drogues intraveineuse, un antécédent d'infection transmise sexuellement ou par le sang (ITSS), l'utilisation non systématique du préservatif avec le ou les partenaires occasionnels, l'existence de partenaires multiples au cours des douze derniers mois, l'appartenance au groupe des HSHs (comprenant les homosexuels et les bisexuels), les patients ayant eu des rapports avec un partenaire séropositif, les patients nés dans un pays de haute prévalence des infections VIH, VHB, VHC. Cette sélection de critères définissant un

patient à risque a été déterminée à partir du rapport de l'HAS de 2009 pour le VIH (14) et rapport de l'ANRS de 2014 pour les hépatites (7).

Les pays de haute prévalence des virus étaient les départements et territoires d'Outre-Mer, l'Afrique sub-saharienne, l'Amérique latine, l'Asie, les Caraïbes.

Nous avons également comparé la prévalence des facteurs de risques dans les deux groupes, A versus B, à l'aide du test exact de Fisher.

### **c. Acceptabilité**

Nous avons étudié l'acceptabilité du questionnaire et de diverses questions du questionnaire, dans la population totale de l'étude et dans chaque groupe, par le calcul de proportions, en précisant l'écart type des valeurs et leur intervalle de confiance.

### **d. Efficacité**

Nous avons calculé le taux d'intention de dépistage dans la population à risque de notre étude, et plus particulièrement chez les HSHs, par des proportions, en précisant leur écart type et leur intervalle de confiance.

### **e. Comparaison de l'acceptabilité et de l'efficacité entre les deux groupes**

Nous avons comparé l'acceptabilité et l'efficacité de notre questionnaire, entre les deux groupes, A et B, à l'aide du test exact de Fisher qui compare deux proportions.

### **f. Logiciels utilisés**

Pour notre analyse statistique nous avons utilisé les logiciels *Excel 2011*®, *Prism5*®, *R*®, le site internet BiostaTGV disponible sur <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>.

## 7. STRATEGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Pour notre recherche bibliographique nous avons consulté différentes bases de données après avoir défini notre sujet de recherche :

- La base de données bibliographiques *Medline* via le moteur de recherche *PubMed*,
- Le *Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française (CISMeF)*,
- La *bibliothèque numérique Medica* et le *catalogue BIUM* qui répertorient les thèses de médecine numériques,
- La liste des publications de l'InVs, de l'HAS, de l'ANRS disponibles sur leurs sites internet respectifs.

### III. RESULTATS

---

#### 1. POPULATION

##### a. Nombre de médecins inclus

Un échantillon de 200 médecins généralistes a été tiré au sort parmi 2273 médecins généralistes libéraux à Paris, recensés par l'étude Démomed 75.

Parmi ces 200 médecins sollicités, 24 ont accepté de participer à l'étude.

Ces 24 médecins ont été randomisés par blocs, par une personne indépendante des investigateurs, en deux groupes : 11 dans le groupe A (auto-questionnaire) et 13 dans le groupe B (interrogatoire ciblé).

Parmi les 24 médecins inclus, 4 n'ont finalement pas débuté l'étude et ont été exclus, 3 dans le groupe B et 1 dans le groupe A. Parmi les 20 médecins ayant débuté l'étude, 1 médecin du groupe A, n'a pas poursuivi l'étude après la mise en place du protocole dans son cabinet, pour des raisons de difficultés techniques de réalisation. Un médecin a arrêté prématurément l'étude, dans le groupe A, pour motif personnel indépendant de l'étude, ses patients inclus ont été pris en compte dans l'analyse. Un seul médecin a été perdu de vue, il appartenait au groupe A. Tous les autres médecins ont poursuivi l'étude jusqu'à son terme, soit un effectif final de 18 médecins.

##### b. Caractéristiques des médecins (Tableau 1)

Les caractéristiques des médecins (âge, sexe, sectorisation, année d'installation, nombre de consultations par an) et de leur patientèle (proportion de patients couverts par la CMUc, répartition en fonction de l'âge) sont représentées dans le tableau 1.

La durée de l'intervention était variable et dépendait de chaque médecin, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes A et B ( $p = 0,97$ ), elle est exprimée en jours ouvrables sur la figure 1. Les âges des médecins ayant participé à l'étude sont représentés sur la figure 1.

Parmi les 18/24 médecins ayant participé à l'étude, 10 (55,55%) étaient des femmes, 5 dans le groupe A et 5 dans le groupe B, et 8 (44,44%) étaient des hommes, 3 dans le groupe A et 5 dans le groupe B.

Quinze médecins étaient secteur I (83,33%), 7 dans le groupe A et 8 dans le groupe B, 2 médecins secteur II, dans le groupe B, et un médecin secteur III, dans le groupe A.

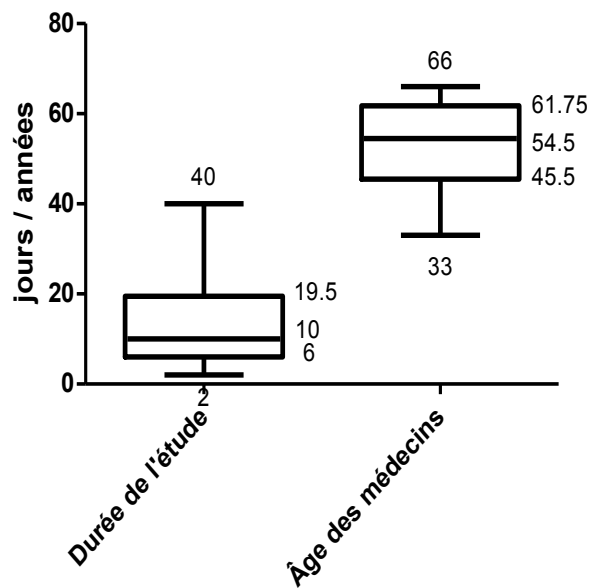


Figure 1. Répartition des durées d'étude et des âges des médecins

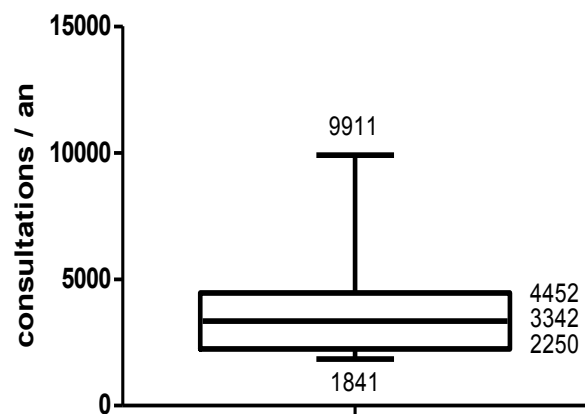


Figure 2. Répartition du nombre de consultations par an

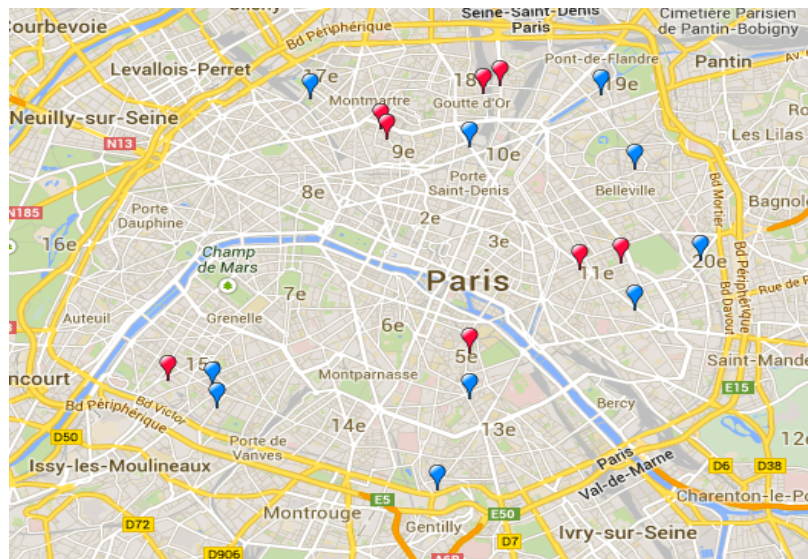
**Tableau 1. Caractéristiques des médecins**

Numéro du médecin	Groupe	N patients inclus	Durée de l'étude (jours)	Age (ans)	Sexe	Se ct eur	Année d'installation	Nconsultations/an	CMU (%)	< 16 ans (%)	16-59 ans (%)	60-69 ans (%)	> 70 ans (%)
1	A	50	4	46	M	1	2012	3846	10,62	12,41	72,64	6,94	8,00
2	B	48	6	56	M	1	1987	4459	4,31	15,28	62,00	10,34	12,35
3	A	48	11	57	F	3	NC	2400	NC	NC	NC	NC	NC
4	A	39	9	61	M	1	1986	3909	6,76	12,34	75,82	7,48	4,33
5	B	50	29	66	M	2	1981	4662	2,82	6,71	57,64	16,91	18,72
6	A	16	40	64	F	1	1980	4270	24,42	15,50	67,94	9,51	7,03
8	B	48	5	39	F	1	2013	2897	18,31	14,55	67,87	9,90	7,66
10	A	46	10	51	F	1	1995	NC	NC	NC	NC	NC	NC
11	A	50	6	49	F	1	1994	1969	5,03	9,16	64,40	11,06	15,35
12	B	49	7	44	M	1	2005	1924	8,06	11,57	56,65	9,49	22,27
13	B	50	14	43	F	1	2006	2854	5,38	15,93	72,34	6,32	5,39
14	B	49	10	53	F	1	1992	3342	4,56	14,56	64,51	8,15	12,78
15	B	50	2	33	F	1	2013	4444	30,61	24,63	65,84	5,64	3,87
16	B	50	23	65	M	2	1979	7135	4,64	8,55	65,78	12,91	12,74
17	A	50	21	65	F	1	1981	3124	5,74	10,58	73,82	10,52	5,05
18	B	49	18	60	M	1	1983	2099	7,94	11,06	64,92	9,66	14,34
19	B	50	19	51	F	1	2011	1841	4,84	8,00	69,90	10,19	11,90
20	A	50	7	57	M	1	1986	9911	28,26	11,56	74,85	7,99	5,58
<b>Moyenne</b>	Total	47	13,39	53			1994	3829	10,77	12,65	67,31	9,56	10,46
	A	44	13,50	56			1993	3778	11,21	12,80	67,32	10,18	9,68
	B	49	13,30	51			1995	3864	10,51	12,56	67,30	9,19	10,93
	Paris			50 <sup>1</sup>				3920 <sup>2</sup>	8,37 <sup>2</sup>	21,84 <sup>2</sup>	58,91 <sup>2</sup>	9,00 <sup>2</sup>	10,23 <sup>2</sup>
	p			0,58				0,85	< 0,01				
<b>Médiane</b>	Total		10	54,5			1991	3342	6,25	11,96	66,86	9,59	9,95
	A		9,5	57			1986	3846	8,69	11,95	73,23	8,75	6,31
	B		12	52			1999	3120	5,11	13,06	65,35	9,78	12,55

<sup>1</sup> Données Insee (institut national de la statistique et des études économiques) (33)

<sup>2</sup> Données CPAM

La répartition géographique des médecins dans Paris est représentée sur la figure ci-dessous (figure 3).



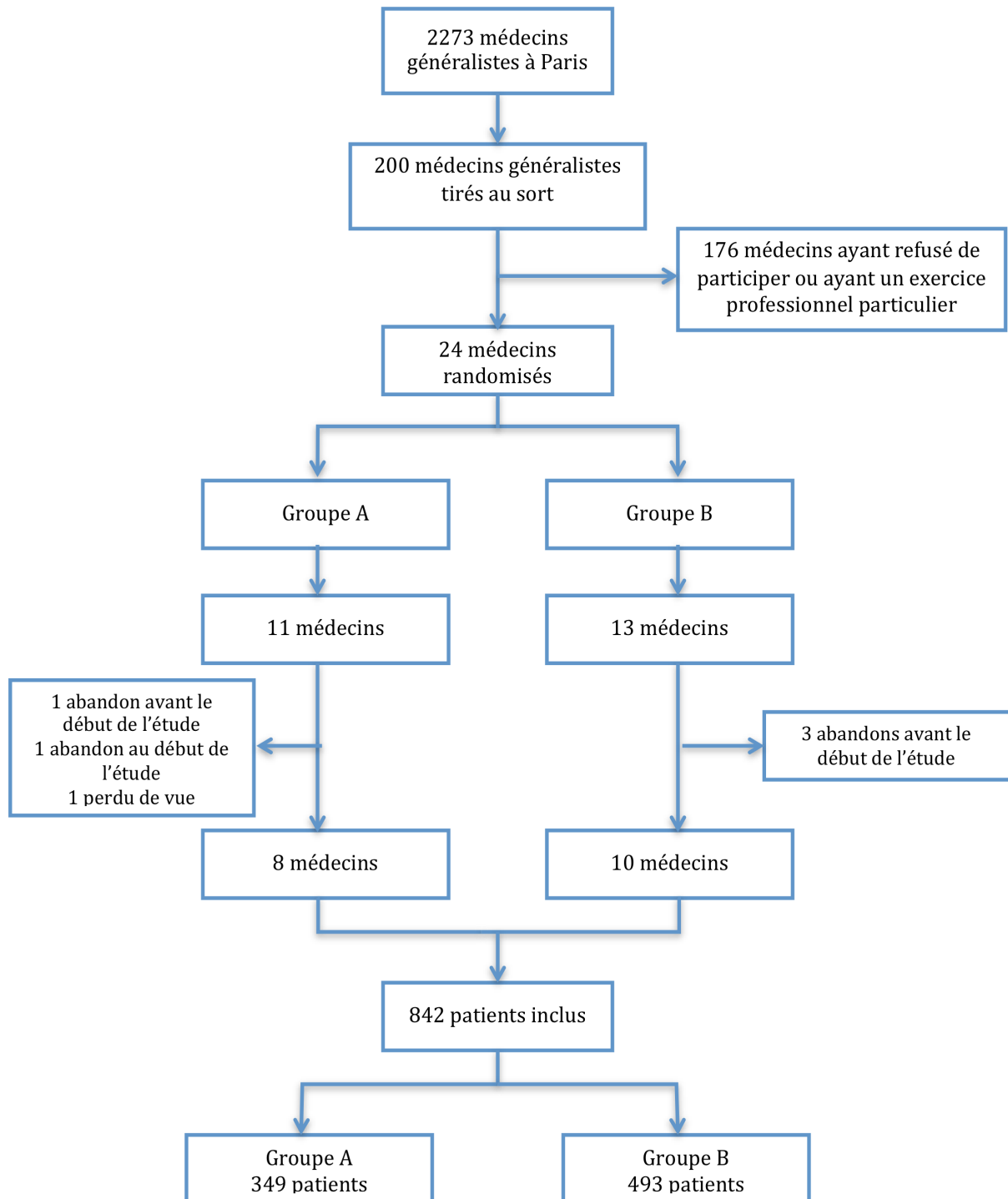
**Figure 3. Répartition géographique des médecins sur Paris**

### **c. Nombre de patients inclus**

Au total, 842 patients ont été inclus, 349 patients dans le groupe A et 493 patients dans le groupe B. En moyenne 47 patients ont été inclus par médecin, le médecin ayant arrêté l'étude prématurément a inclus 16 patients.



**d. Diagramme de flux (Figure 4)**



## e. Caractéristiques des patients

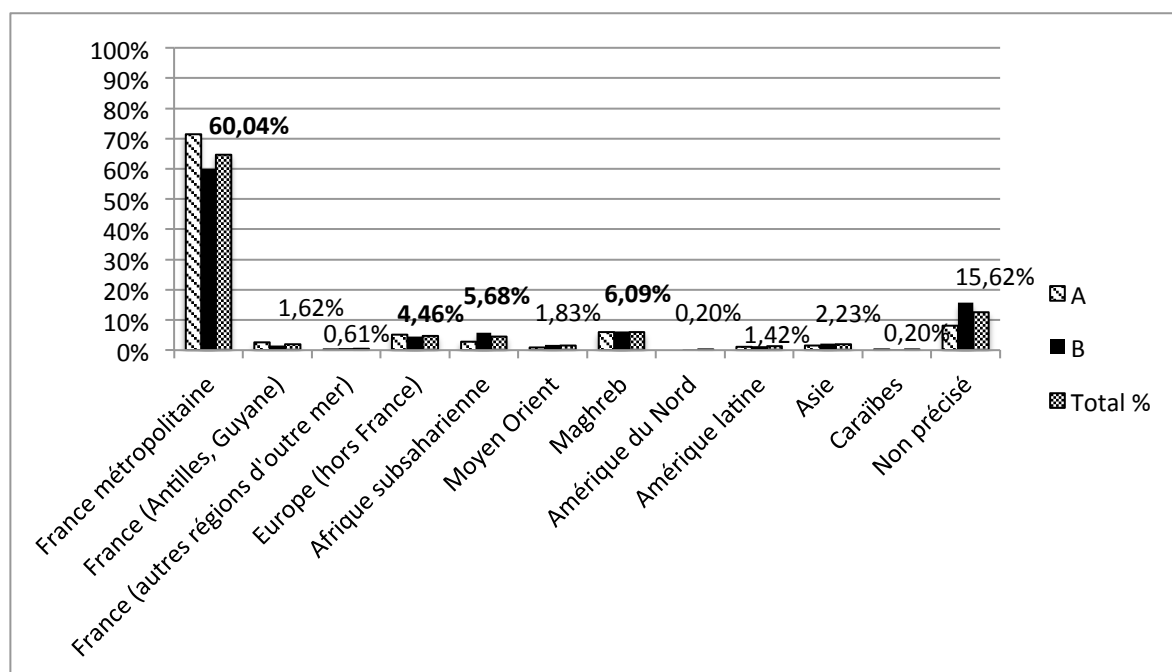
L'âge des patients de l'étude s'étendait de 18 à 65 ans et était semblable dans les deux groupes (Tableau 2).

La population de notre étude se composait de 492 (60,29%) femmes et 324 (39,71%) hommes, l'information était manquante pour 26 patients (Tableau 2).

La majorité de nos patients était originaire de France métropolitaine : n = 545 (64,73%), dont n = 249 (71,35%) dans le groupe A et n = 296 (60,04%) dans le groupe B (p=0,13). Les autres patients venaient principalement du Maghreb, d'un pays européen autre que la France ou d'Afrique sub-saharienne (Figure 5).

**Tableau 2. Caractéristiques de la population.**

	Groupe A (N=337)	Groupe B (N=479)	p	Total (N=816)
<b>Age (années) moyenne +/- DS</b>	36,62 +/- 12,56	39,72 +/- 13,18	0,82	39,68 +/- 12,92
<b>Sexe F/H N (%)</b>	221(65,58)/116(34,42)	271(56,58)/208(43,42)	0,01	492(60,29)/234(39,71)

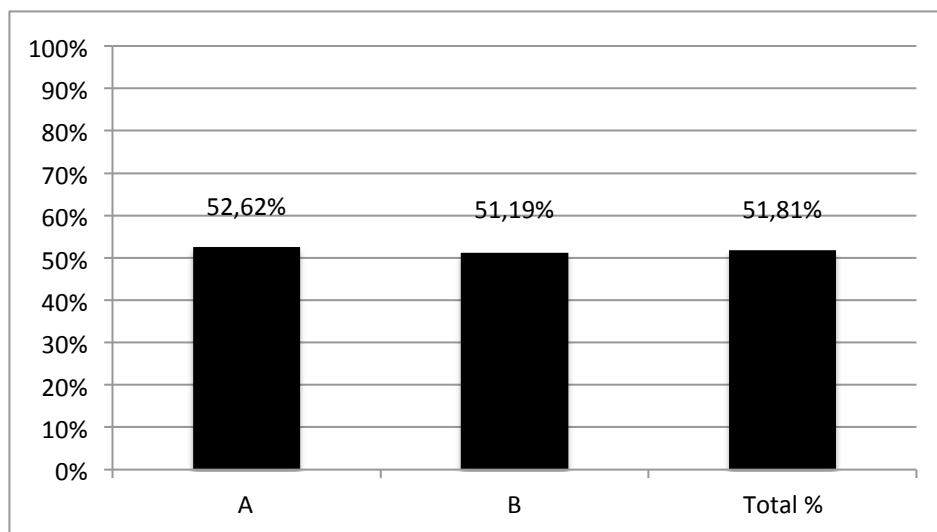


**Figure 5. Pays de naissance des patients**

Les pourcentages indiqués correspondent aux résultats globaux (groupe total)

### **Population à risque (définie au chapitre méthodes, page 26)**

La prévalence des patients à risque dans notre étude, parmi ceux ayant répondu au questionnaire, était de 386/745 soit 51,81% (+/- 1,83%, IC95% [48,22% – 55,40%]). Dans le groupe A la prévalence était de 171/325 soit 52,62% (+/- 2,77%, IC95% [47,19% - 58,04%]) et dans le groupe B de 215/420 soit 51,19% (+/- 2,43, IC95% [46,41% - 55,97%]) (Figure 6). La différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative (OR = 0,94, IC95% [0,70 – 1,26], p = 0,71).



**Figure 6. Population à risque de notre échantillon**

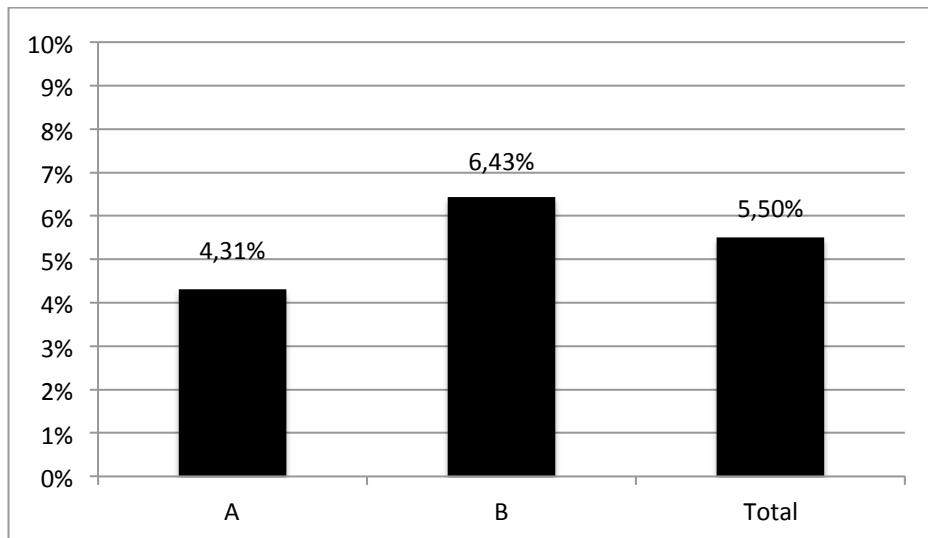
### **Population à risque, en excluant le facteur de risque « présence de tatouages et/ou piercings »**

La prévalence des patients à risque à en excluant le facteur de risque « présence de tatouages et/ou de piercings » dans notre étude, parmi ceux ayant répondu au questionnaire, était de 309/745 soit 41,48% (+/- 2,80%, IC95% [35,98% - 46,97%]). Dans le groupe A elle était de 134/325 soit 41,23% (+/- 4,25%, IC95% [32,90% - 49,57%]) et dans le groupe B de 175/420 soit 41,67% (+/- 3,73%, IC95% [34,36% - 48,97%]). La différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative (OR = 0,98, IC95% [0,72 – 1,33], p = 0,94).

La différence avec la prévalence de la population à risque prenant en compte le facteur de risque « présence de tatouages et/ou piercings » n'était pas statistiquement significative (OR = 1,02, IC95% [0,76 – 1,38], p = 0,94).

***Prévalence des facteurs de risques dans notre échantillon (Tableau 3 et Figure 7)***

La prévalence des HSHs dans l'échantillon était de 41/745 soit 5,50% (+/- 0,83%, IC95% [3,87% - 7,14%]). Dans le groupe A elle était de 14/325 (4,31%) et dans le groupe B de 27/420 (6,43%) (Figure 7). La différence n'était pas statistiquement significative entre les deux groupes (OR = 1,52, IC95% [0,76 – 3,20], p = 0,25).



**Figure 7. Prévalence des HSHs dans notre échantillon**

La présence de tatouage et/ou piercing était le facteur de risque le plus représenté dans notre échantillon. Les facteurs de risques ensuite représentés, par ordre de fréquence, était l'existence de partenaires multiples au cours des 12 derniers mois, un antécédent d'ITSS, être né dans un pays de forte prévalence des virus, l'utilisation non systématique du préservatif avec le ou les partenaires occasionnels, l'appartenance au groupe des HSHs. Venaient ensuite, dans une moindre mesure, l'antécédent de transfusion avant 1992 et la consommation de drogues par voie intraveineuse (Tableau 3). Les différences entre les deux groupes n'étaient pas significatives.

**Tableau 3. Prévalence des facteurs de risques dans l'échantillon**

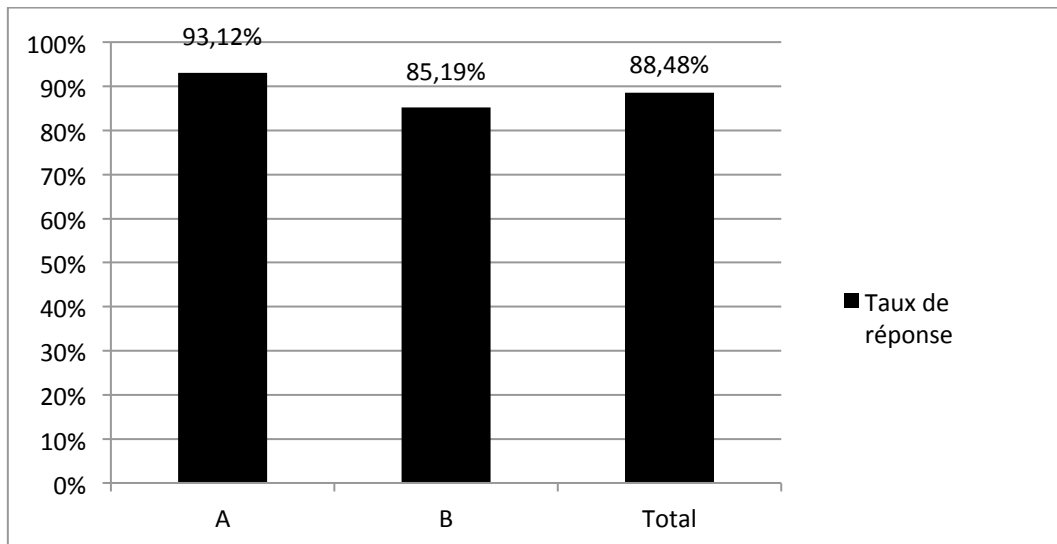
<b>Facteur de risque</b>	<b>Groupe A</b>	<b>Groupe B</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Prévalence (+/- DS, IC95%)</b>	<b>(n = 325) %</b>	<b>(n = 420) %</b>	<b>(n = 745) %</b>	
<b>HSHs</b>	4,30 (+/- 1,12, 2,10 - 6,52)	6,42 (+/- 1,19, 4,08 - 8,77)	5,50 (+/- 0,83, 3,87 - 7,14)	0,26
<b>Partenaires multiples au cours des 12 derniers mois</b>	20,00 (+/- 2,21, 15,65 - 24,35)	14,76 (+/- 1,73, 11,37 - 18,15)	17,05 (+/- 1,38, 14,35 - 19,75)	0,06
<b>Utilisation non systématique du préservatif avec le ou les partenaires occasionnels*</b>	44,44 (+/- 5,52, 33,62 - 55,27)	37,76 (+/- 4,90, 28,16 - 47,35)	40,78 (+/- 3,67, 33,58 - 47,98)	0,45
<b>Consommation de drogue intraveineuse</b>	1,84 (+/- 0,75, 0,38 - 3,31)	2,14 (+/- 0,71, 0,76 - 3,53)	2,01, (0,51, 1,00 - 3,02)	0,61
<b>Antécédent d'ITSS</b>	13,85 (+/- 1,92, 10,09 - 17,60)	16,19 (+/- 1,80, 12,67 - 19,71)	15,17 (+/- 1,31, 12,59 - 17,74)	0,41
<b>Tatouages et/ou piercings</b>	23,38 (+/- 2,35, 18,78 - 27,99)	22,62 (+/- 2,04, 18,62 - 26,62)	22,95 (+/- 1,54, 19,93 - 25,97)	0,79
<b>Antécédent de transfusion avant 1992</b>	3,69 (+/- 1,05, 1,64 - 5,74)	2,38 (+/- 0,74, 0,92 - 3,84)	2,95 (+/- 0,62, 1,74 - 4,17)	0,38
<b>Pays à haute prévalence</b>	9,23 (+/- 1,60, 6,08 - 12,38)	13,81 (+/- 1,68, 10,51 - 17,11)	11,81 (+/- 1,18, 9,49 - 14,13)	0,07

\* Prévalence calculée au sein de la population ayant déclaré avoir un partenaire sexuel occasionnel.  
Les autres prévalences ont été calculées au sein de toute la population ayant répondu au questionnaire.

## 2. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

L'acceptabilité était mesurée par le taux de réponse à notre questionnaire parmi notre échantillon de patients.

Le taux de réponse global à notre questionnaire était de 745/842 soit 88,48% (+/- 1,10%, IC95% [86,32% - 90,64%]), avec 325/349 réponses dans le groupe A soit 93,12% (+/- 1,35%, IC95% [90,47% - 95,78%]) et 420/493 réponses dans le groupe B soit 85,19% (+/- 1,60%, IC95% [82,06% - 88,33%]) (Figure 8). L'acceptabilité de l'auto-questionnaire (groupe A) était significativement supérieure à celle de l'interrogatoire ciblé (groupe B) (OR = 2,354, IC95% [1,451 - 3,817], p = 0,0004).



**Figure 8. Acceptabilité du questionnaire**

P < 0,05 entre le groupe A et B

Nous avons calculé l'acceptabilité dans le groupe B en excluant les non-réponses au questionnaire liées au médecin, c'est-à-dire en prenant en compte seulement les refus du patient de répondre. Cette acceptabilité dans le groupe B était de 420/429 soit 97,90% (+/- 0,69%, IC95% [96,54% - 99,26%]).

#### **Analyse en sous-groupes (Tableau 4)**

La question recevant le taux de réponse le plus élevé concernait la consommation de drogues, viennent ensuite la question concernant l'antécédent d'ITSS, celle concernant l'utilisation de préservatifs, celle concernant l'existence de plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, puis celle concernant le sexe du partenaire occasionnel ou régulier.

Le taux de réponse global à la question concernant le sexe du partenaire sexuel, permettant d'identifier les HSHs, était de 96,93% pour le partenaire régulier et de 97,21% pour le partenaire occasionnel. Le taux de réponse dans le groupe A était de 96,09% (+/- 1,27%, IC95% [93,58% - 98,59%]) pour le partenaire régulier et de 95,06% (+/- 2,40%, IC95% [90,34% - 99,78%]) pour le partenaire occasionnel, et dans le groupe B de 97,60% (+/- 0,89%, IC95% [95,85% - 99,6%]) pour le partenaire régulier et de 98,98% (+/- 1,01%, IC95% [96,99% - 100%]) pour le partenaire occasionnel. La différence d'acceptabilité entre les deux groupes, A et B, n'était pas significative pour la question du sexe du partenaire

régulier (OR = 0,60, IC95% [0,22 – 1,64], p = 0,44), ni pour la question du sexe du partenaire occasionnel (OR = 0,19, IC95% [0,021 – 1,81], p = 0,17).

Le taux de réponse global à la question concernant le nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois, était de 97,99%. Il était de 97,54% (+/- 0,86%, IC95% [95,85% - 99,22%]) dans le groupe A et de 98,33% (+/- 0,62%, IC95% [97,11% - 99,56%]) dans le groupe B. La différence n'était pas significative entre les deux groupes.

Le taux de réponse global à la question concernant l'utilisation de préservatifs avec le ou les partenaires occasionnels était de 98,88%. Il était de 98,77% (+/- 1,23%, IC95% [96,36% - 100%]) dans le groupe A et de 99,99% (+/- 1,02%, IC95% [97,99% - 100%]) dans le groupe B. La différence n'était pas significative entre les deux groupes.

Le taux de réponse global à la question concernant les antécédents d'ITSS était de 98,93%. Il était de 98,46% (+/- 0,68%, IC95% [97,12% – 99,80%]) dans le groupe A et de 99,29% (+/- 0,41%, IC95% [98,48% - 99,73%]) dans le groupe B. La différence n'était pas significative entre les deux groupes.

Le taux de réponse global à la question concernant la consommation de drogues était de 99,60%. Il était de 99,38% (+/- 0,43%, IC95% [98,53% - 100%]) dans le groupe A et de 99,76% (+/- 0,23%, IC95% [99,30% – 100%]) dans le groupe B. La différence n'était pas significative entre les deux groupes.

**Tableau 4. Acceptabilité des questions les plus sensibles**

Groupes	A		B		p	Total			
	N	Taux (%)	N	Taux (%)		N	Taux (%)	DS (%)	IC95 % (%)
Consommation de drogues	323	99,38	418	99,76	0,58	743	99,60	0.23	99.14 - 100
ITSS	320	98,46	417	99,29	0,31	737	98,93	0.37	98.19 - 99.67
Partenaires multiples dans les 12 derniers mois	316	97,54	413	98,33	0,45	729	97,99	0.50	96.98 - 99
<b>Sexe du partenaire régulier <sup>(1)</sup></b>	<b>221</b>	<b>96,09</b>	<b>285</b>	<b>97,60</b>	<b>0,44</b>	<b>506</b>	<b>96,93</b>	<b>0.75</b>	<b>95.46 - 98.41</b>
<b>Sexe du partenaire occasionnel <sup>(2)</sup></b>	<b>77</b>	<b>95,06</b>	<b>97</b>	<b>98,98</b>	<b>0,18</b>	<b>174</b>	<b>97,21</b>	<b>1.23</b>	<b>94.79 - 99.62</b>
Utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels <sup>(2)</sup>	80	98,77	97	98,98	1	177	98,88	0.78	97.34 - 100

<sup>(1)</sup> Taux de réponse calculé parmi les personnes déclarant avoir un partenaire régulier.

<sup>(2)</sup> Taux de réponse calculé parmi les personnes déclarant avoir plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois.

### ***Motifs de non-réponse au questionnaire (Tableau 5)***

Les motifs rapportés pour expliquer la non-réponse au questionnaire étaient liés soit au médecin soit au patient. Les motifs de non-réponse liés au médecin étaient, par ordre de fréquence, l'inadéquation du questionnaire à la consultation en cours, le manque de temps du médecin, l'oubli d'inclusion du patient par le médecin, l'estimation très faible par le médecin de la possibilité de l'existence d'un facteur de risque pour ce patient entraînant la non proposition du questionnaire et la gêne ressentie par le médecin. Les motifs de non-réponse liés au patient étaient, par ordre de fréquence, le refus du patient de répondre et la barrière de la langue. Le refus du patient de répondre au questionnaire était significativement plus fréquent dans le groupe A que dans le groupe B (OR = 3,50, IC95% [1,00 – 12,16], p = 0,03).



**Tableau 5. Motifs de non-réponse au questionnaire**

Motif de non-réponse au questionnaire	A N = 24	Proportion (%)	B N = 73	Proportion (%)	p	Total N = 97	Proportion n (%)
Refus du patient	8	33,33	9	12,33	0,03	17	17,53
Manque de temps du médecin	2	8,33	19	26,03	0,09	21	21,65
Oubli de la part du médecin	1	4,17	8	10,96	0,44	9	9,28
Inapproprié au cours de cette consultation selon le médecin	5	20,83	30	41,10	0,09	35	36,08
Barrière de la langue	5	20,83	9	12,33	0,32	14	14,43
Risque estimé très faible par le médecin pour ce patient	0	0	8	10,96	0,19	8	8,25
Gene ressentie par le médecin	0	0	4	5,48	0,57	4	4,12
Autres (liés au médecin)	4	16,67	3	4,11	0,06	7	7,22
Non-réponse liée au médecin (non-proposition du questionnaire)	8	33,33	69	76,67	<0,001	77	67,54
Non-réponse liée au patient	13	54,17	18	20,00	< 0,01	31	27,19

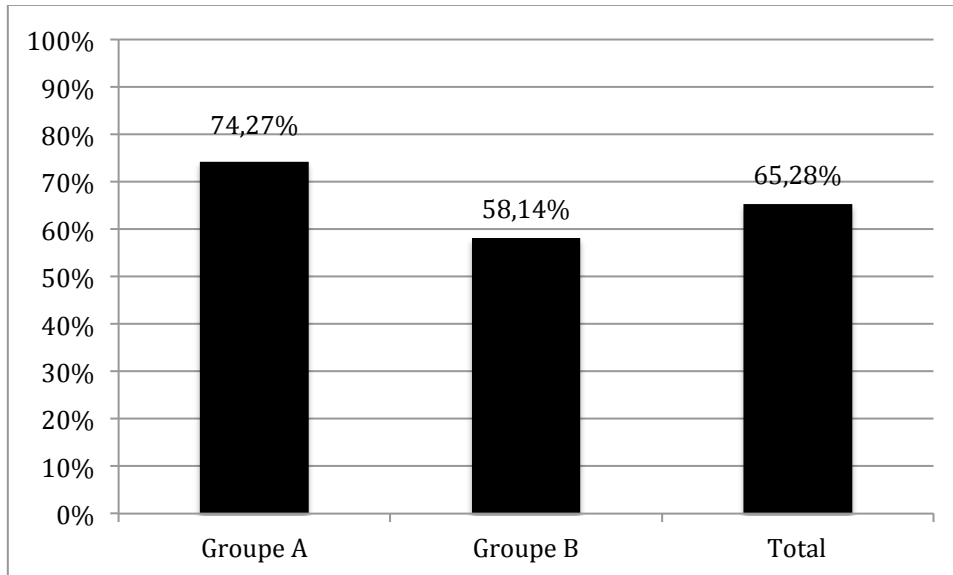
### 3. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES :

#### a. Facteurs de risque nouvellement identifiés

Parmi les patients pour lesquels un ou plusieurs facteurs de risques étaient identifiés, nous avons calculé le taux de patients pour lesquels la présence d'un facteur de risque n'était pas connue par le médecin avant l'intervention.

Le taux de facteurs de risques nouvellement identifiés était de 252/386 soit 65,28% (+/- 2,42%, IC95% [60,53% - 70,03%]). Dans le groupe A il était de 127/171 soit 74,27% (+/-

3,34%, IC95% [67,72% - 80,82%]) et dans le groupe B de 125/215 soit 58,14% (+/- 3,36%, IC95% [51,55% - 64,73%]) (Figure 9). Le taux de nouvelles identifications de facteurs de risques était significativement plus élevé dans le groupe A par rapport au groupe B (OR=0,48, IC95% [0,30 – 0,76], p = 0,001).



**Figure 9. Facteurs de risques non connus par les médecins avant l'intervention, dans la population à risque de l'échantillon**

Le taux de patients HSHs nouvellement identifiés parmi la population HSH de notre échantillon était de 8/41 soit 19,51% (+/- 6,19%, IC95% [7,38% - 31,64%]). Dans le groupe A il était de 4/14 soit 28,57% (+/- 12,07%, IC95% [4,91% - 52,23%]) et dans le groupe B de 4/27 soit 14,81% (+/- 6,83%, IC95% [1,41% - 28,21%]). La différence n'était pas significative entre les deux groupes (OR = 2,25, IC95% [0,35 – 14,84], p = 0,41).

## **b. Efficacité**

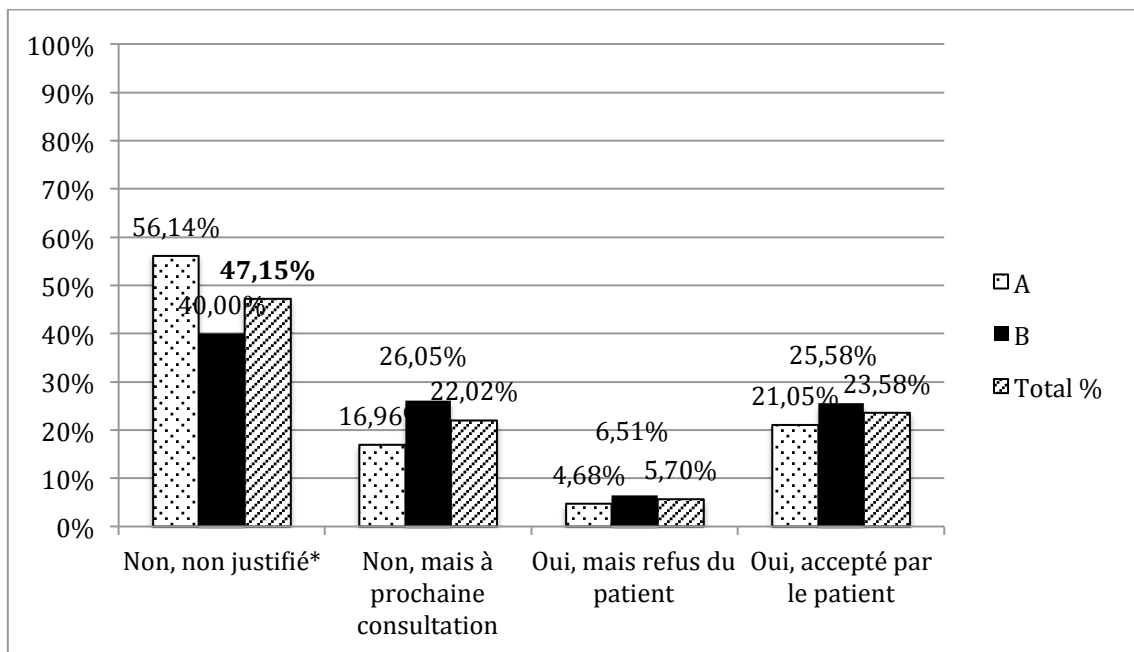
L'efficacité du questionnaire était évaluée par le taux de propositions de sérologies de dépistage par le médecin aux patients à risques.

### ***VIH (Figure 10)***

Le taux de sérologies de dépistage VIH proposées, dans la population à risque de notre échantillon, était calculé à partir des réponses « oui, et le patient a accepté » et « oui, mais le

patient a refusé » à la question « ce jour, avez-vous proposé une sérologie VIH ? » à l'issue du « questionnaire médecin ». Ce taux était de 113/386 soit 29,27% (+/- 2,31%, IC95% [24,74% - 33,81%]). Dans le groupe A, il était de 44/171 soit 25,73% (+/- 3,34%, IC95% [19,18% - 2,28%]) et dans le groupe B de 69/215 soit 32,09% (+/- 3,18%, IC95% [25,85% - 38,33%]). La différence n'était pas significative entre les deux groupes (OR = 0,73, IC95% [0,46 – 1,17], p = 0,18).

Le taux d'intention de prescription d'une sérologie de dépistage VIH, au cours d'une prochaine consultation, dans la population à risque, était calculé à partir de la réponse « non, pas aujourd'hui, mais je compte le faire à une prochaine consultation » à la question « ce jour, avez-vous proposé une sérologie VIH ? » à l'issue du « questionnaire médecin ». Ce taux était de 85/386 (22,02%). Dans le groupe A il était de 29/171 (16,96%) et dans le groupe B de 56/215 (26,05%). Ce taux était significativement plus élevé dans le groupe B (OR = 1,72, IC95% [1,01 – 2,96], p = 0,04).



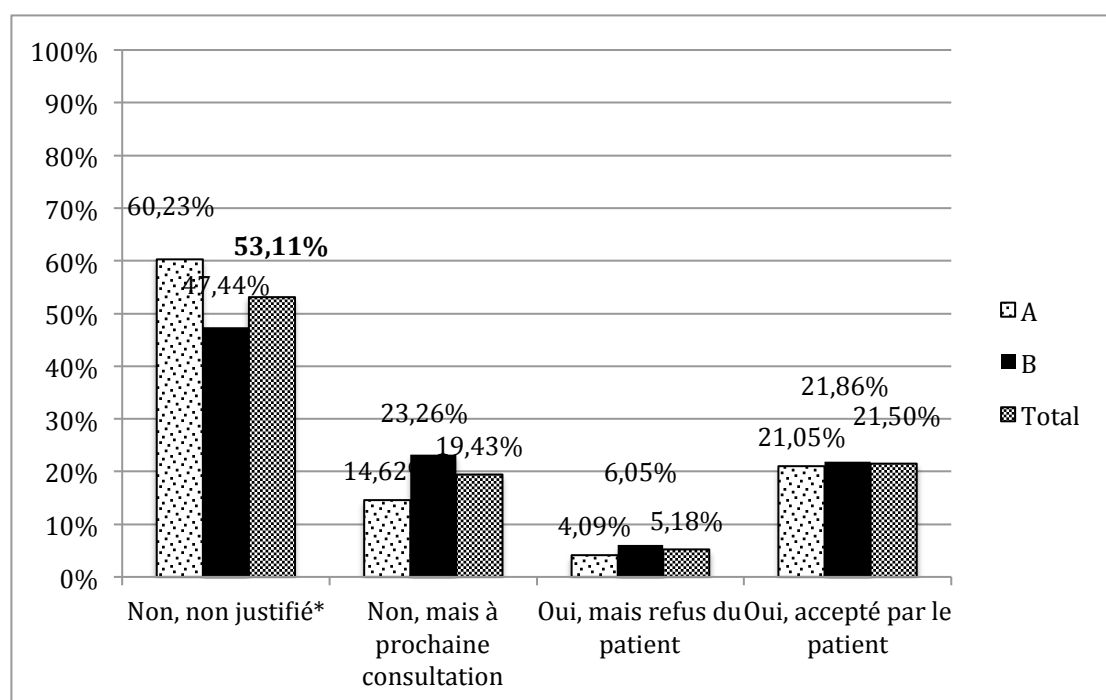
**Figure 10. Prescription d'une sérologie VIH dans la population à risque**

\* prescription d'une sérologie VIH estimée non justifiée par le médecin au regard des réponses du patient au questionnaire.

### **VHB (Figure 11)**

Le taux de sérologies de dépistage VHB proposées dans la population à risque de notre échantillon était de 103/386 soit 26,68% (+/- 2,25%, IC95% [22,27% - 31,10%]). Dans le groupe A il était de 43/171 soit 25,15% (+/- 3,31%, IC95% [18,64% - 31,65%]) et dans le groupe B de 60/215 soit 27,91% (+/- 3,05%, IC95% [21,91% - 33,90%]). La différence n'était pas significative entre les deux groupes (OR = 0,86, IC95% [0,53 - 1,40], p = 0,56).

Le taux d'intention de prescription d'une sérologie de dépistage VHB, au cours d'une prochaine consultation, dans la population à risque était de 75/386 (19,43%). Dans le groupe A il était de 25/171 (14,62%) et dans le groupe B de 50/215 (23,26%). Ce taux était significativement plus élevé dans le groupe B (OR = 1,72, IC95% [1,01 - 2,96], p = 0,04).



**Figure 11. Prescription d'une sérologie VHB dans la population à risque**

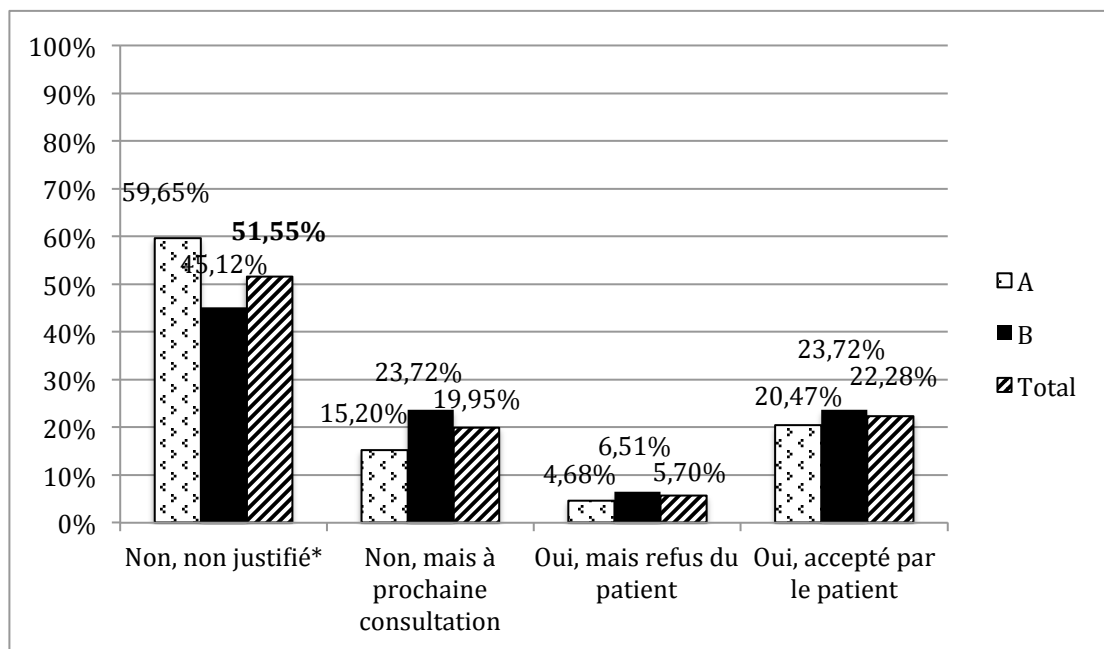
\* prescription d'une sérologie VHB estimée non justifiée par le médecin au regard des réponses du patient au questionnaire.

### **VHC (Figure 12)**

Le taux de sérologies de dépistage VHC proposées dans la population à risque de notre échantillon était de 108/386 soit 27,98% (+/- 2,28%, IC95% [23,50% - 32,46%]). Dans

le groupe A il était de 43/171 soit 25,15% (+/- 3,31%, IC95% [18,64% - 31,65%]), et dans le groupe B de 65/215 soit 27,98% (+/- 3,13%, IC95% [24,09% - 36,37%]). La différence n'était pas significative entre les deux groupes (OR = 0,77, IC95% [0,48 - 1,24], p = 0,30).

Le taux d'intention de prescription d'une sérologie de dépistage VHC, au cours d'une prochaine consultation, dans la population à risque était de 77/386 (19,95%). Dans le groupe A il était de 26/171 (15,20%) et dans le groupe B de 51/215 (23,72%). Ce taux était significativement plus élevé dans le groupe B (OR = 1,73, IC95% [1,00 - 3,05], p = 0,04).



**Figure 12. Prescription d'une sérologie VHC dans la population à risque**

\* prescription d'une sérologie VHC estimée non justifiée par le médecin au regard des réponses du patient au questionnaire.

**Efficacité chez les patients n'ayant jamais eu de dépistage et dont le facteur de risque n'était pas connu du médecin**

Nous avons calculé le taux de sérologies de dépistage VIH, VHB et VHC proposées aux patients qui n'avaient jamais été dépistés et qui présentaient au moins un facteur de risque non connu auparavant par le médecin. Pour le VIH, ce taux était de 23/41 soit 56,06% (+/- 7,75%, IC95% [40,91% - 71,29%]), dans le groupe A il était de 12/21 (57,14%) et dans le groupe B de 11/20 soit 55%. Pour le VHB, ce taux était de 34/107 soit 31,78% (+/-4,50%,

IC95% [22,96% - 40,60%]), dans le groupe A il était de 18/63 (28,57%) et dans le groupe B de 16/44 (36,36%). Pour le VHC, ce taux était de 35/117 soit 29,91% (+/- 4,23%, IC95% [21,61% - 38,21%]), dans le groupe A il était de 16/63 (25,40%) et dans le groupe B de 19/54 (35,19%).

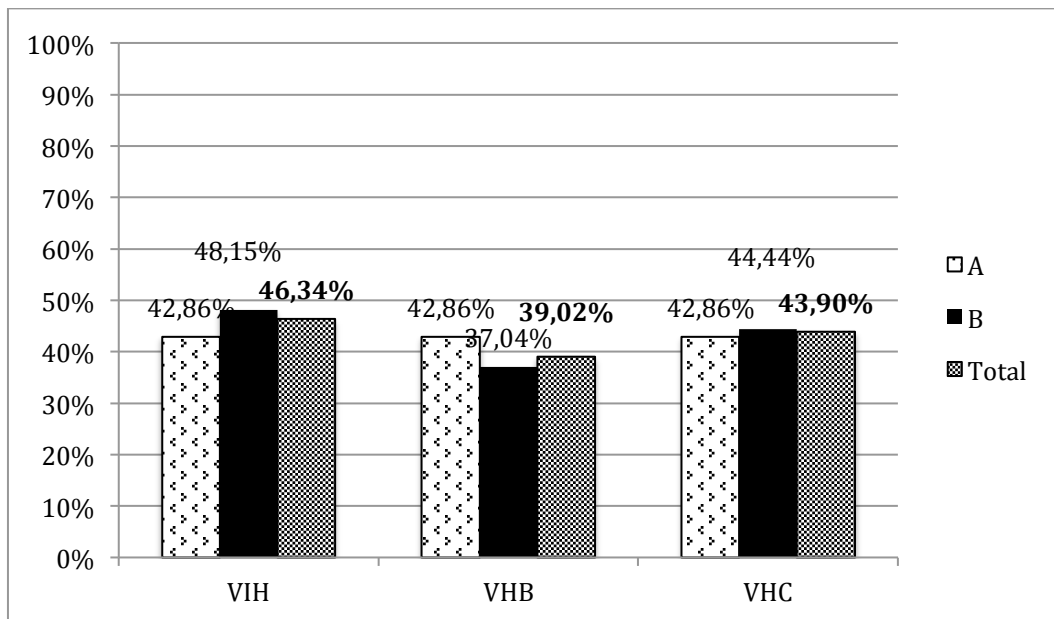
### **HSH**

Le taux de sérologies de dépistage VIH proposées dans la population HSH de notre échantillon était de 19/41 soit 46,34% (+/- 7,78%, IC95% [31,08% - 61,61%]). Dans le groupe A il était de 6/14 soit 42,86% (+/- 13,22%, IC95% [16,93% - 68,78%]) et dans le groupe B de 13/27 soit 48,15% (+/- 9,61%, IC95% [29,30% - 67,00%]) (Figure 13). La différence n'était pas significative entre les groupes ( $p=1$ ). Le taux d'intention de prescription d'une sérologie de dépistage VIH, au cours d'une prochaine consultation, chez les HSHs était de 13/41 (31,71%), dans le groupe A il était de 5/14 (35,71%) et dans le groupe B de 8/27 (29,63%). La différence n'était pas significative entre les groupes ( $p = 0,73$ ). Dans 17,07% (7/41) des cas les médecins n'ont pas jugé nécessaire de prescrire un dépistage VIH dans la population HSH.

Le taux de sérologies de dépistage VHB proposées dans la population HSH de notre échantillon était de 16/41 soit 39,02% (+/- 7,61%, IC95% [24,09% - 53,96%]). Dans le groupe A il était de 6/14 soit 42,86% (+/- 13,22%, IC95% [16,93% - 68,78%]) et dans le groupe B de 10/27 soit 37,04% (+/- 9,29%, IC95% [18,82% - 55,25%]) (Figure 13). La différence n'était pas significative entre les groupes ( $p = 0,75$ ). Le taux d'intention de prescription d'une sérologie de dépistage VHB, au cours d'une prochaine consultation, chez les HSHs était de 12/41 (29,27%). Dans le groupe A il était de 5/14 (35,71%) et dans le groupe B de 7/27 (25,93%). La différence n'était pas significative entre les groupes ( $p=0,72$ ). Dans 31,71% (13/41) des cas les médecins n'ont pas jugé nécessaire de prescrire un dépistage VHB dans la population HSH.

Le taux de sérologies de dépistage VHC proposées dans la population HSH de notre échantillon était de 18/41 soit 43,90% (+/- 7,75%, IC95% [28,71% - 59,09%]). Dans le groupe A il était de 6/14 soit 42,86% (+/- 13,22%, IC95% [16,93% - 68,78%]) et dans le

groupe B de 12/27 soit 44,44% (+/- 9,56%, IC95% [25,70% - 63,19%]) (Figure 13). La différence n'était pas significative entre les groupes (p = 0,94). Le taux d'intention de prescription d'une sérologie de dépistage VHC, au cours d'une prochaine consultation, chez les HSHs était de 15/41 (36,59%), dans le groupe A il était de 4/14 (28,57%) et dans le groupe B de 11/27 (40,74%). La différence n'était pas significative entre les groupes (p=0,51). Dans 19,51% (8/41) des cas les médecins n'ont pas jugé nécessaire de prescrire un dépistage VHC dans la population HSH.



**Figure 13. Taux de dépistages VIH, VHB et VHC proposé chez les HSHs**

Dans la population HSH découverte par les médecins au cours de l'intervention, seulement 1 patient n'avait jamais été dépisté pour le VIH (il appartenait au groupe B), 7 pour le VHB (2 dans le groupe A et 5 dans le groupe B) et 6 pour le VHC (4 dans le groupe A et 2 dans le groupe B). Le patient jamais dépisté pour le VIH s'est vu proposer une sérologie, pour le VHB la sérologie a été proposée à 2/7 patients et pour le VHC à 4/6 patients.

### **c. Analyse des données qualitatives**

#### **Déroulement global de l'intervention**

L'intervention s'est « bien déroulée » pour 13 médecins parmi les 18 interrogés. Un seul médecin, A/6, a qualifié l'intervention de « difficile ». Un seul médecin a arrêté l'intervention prématurément pour raison d'ordre personnel (A/6).

#### **Aspect pratique du questionnaire**

Quatorze médecins sur 18 ont trouvé le questionnaire faisable en pratique courante et simple à appliquer au quotidien.

*B/8 « L'intervention s'est bien passée, j'ai trouvé le questionnaire facile à réaliser dans ma pratique de tous les jours. »*

Huit médecins sur 18 ont été surpris des réponses de leurs patients, notamment concernant la consommation de drogues et les pratiques sexuelles.

*A/11 « J'ai été assez surprise de certaines réponses, surtout sur la consommation de drogues qui est beaucoup plus répandue que je me l'étais imaginée ! Si je n'avais pas posé ces questions certaines personnes à risque m'auraient échappé, elles étaient pour moi insoupçonnables ! »*

Deux médecins sur 18 ont fait part de l'acquisition de réflexes dans leur pratique courante grâce au questionnaire et disaient vouloir poser ces questions plus systématiquement à l'avenir.

*A/11 « Le questionnaire était bien et m'a permis d'acquérir certains automatismes très rapidement après le début de l'intervention, ce qui rendait les choses encore plus faciles. »*

Cinq médecins sur 18 ont trouvé que l'intervention dans le cadre d'une étude extérieure à leur cabinet augmentait l'acceptabilité du questionnaire.

*B/12 « C'était plus facile face à un patient réticent de lui poser les questions en lui disant que ce n'était pas mes questions mais celle d'un questionnaire pour une étude et que je lui posais tel quel et de la même façon à tous mes patients. En quelque sorte je me dédouanais de toute implication personnelle : ce n'était pas de ma faute si les questions étaient poussées. »*



*A/10 « Ce questionnaire est dans l'ensemble très intéressant mais il y a certaines questions qui me paraissent trop personnelles et que je n'aurais pas pu poser en dehors d'une étude. »*

### **Freins rencontrés lors de l'intervention**

Notre questionnaire a été jugé, par quatre médecins sur 18, trop intrusif dans la vie personnelle des patients, entraînant une gêne au moment de poser ces questions.

*A/4 « Le questionnaire était intrusif, et interférait avec le reste de ma consultation. Certaines questions étaient vraiment délicates à poser. »*

Le manque de temps a été rapporté comme un frein important à l'utilisation du questionnaire, jugé trop long en pratique courante, par quatre médecins sur 18.

Le questionnaire a été jugé inadapté au type de patientèle du médecin considérée comme à faible risque par deux médecins sur 18.

*B/5 « Le questionnaire était tout à fait inadapté au type de patientèle de quartier du coin qui est plutôt familial. Il reste quand même intéressant pour les nouveaux patients qui seraient susceptibles de présenter des facteurs de risques. »*

### **Gêne exprimée par les médecins**

Une gêne lors de l'interrogatoire ciblé ou du recueil de l'auto-questionnaire a été ressentie par 10 médecins sur 18.

Deux médecins sur 18 étaient gênés de poser les questions qu'ils n'avaient pas l'habitude de poser. Un médecin a dit ne pas avoir osé lire toutes les réponses de ses patients à l'auto-questionnaire devant eux car il trouvait certaines questions trop personnelles (A/10).

*A/17 « J'ai eu parfois l'impression de faire intrusion dans l'intimité de mes patients en posant ces questions, ça ne rentre pas dans mes habitudes. »*

Quatre médecins sur 18 se sont dits gênés seulement par certaines questions, 3 concernant les questions sur la vie sexuelle des patients, 1 sur la consommation de drogues.

*B/2 « Je qualifierais certaines des questions de votre questionnaire de voyeurisme, le mot est peut-être un peu fort mais les questions sur la vie sexuelle étaient vraiment très gênantes à poser... »*

Huit médecins sur 18 disaient être gênés face à certains patients : trois médecins parlaient des patients âgés, une des patients très religieux (B/15), deux médecins lorsqu'ils connaissaient les deux patients du couple, un médecin lorsqu'il connaissait le patient depuis longtemps, et un autre à l'opposé lorsqu'il voyait un patient pour la première fois.

Le coté systématique du questionnaire et plus largement de l'intervention a gêné un médecin (B/8).

Deux médecins sur 18 justifiaient leur gêne par une certaine pudeur de caractère et 4 médecins sur 18 par la gêne transmise par certains patients.

*A/20 « Je suis de nature plutôt réservée et j'ai souvent été gêné au moment de poser les questions intimes, bien que les patients, le plus souvent, ne partageaient pas ma gêne. »*

### **Réaction des patients au cours de l'intervention**

Pour 6 médecins sur 18 l'accueil de l'intervention et du questionnaire était favorable de la part des patients.

*A/1 « J'ai trouvé qu'il n'y avait pas de réticence de la part des patients en fait comme j'aurai pu le craindre. »*

Quatre médecins sur 18 ont rapporté que quelques-uns de leurs patients ont été surpris voire choqués par certaines questions du questionnaire.

*B/18 « Les patients ont parfois été surpris par la teneur des questions et j'ai remarqué que plusieurs homosexuels étaient gênés de me l'avouer. »*

### **Attitude des médecins avant l'intervention**

Sept médecins sur 18 ont déclaré poser fréquemment des questions à la recherche de facteurs de risques et proposer souvent des sérologies VIH, VHB et/ou VHC avant l'intervention.

Dix médecins sur 18 ne posaient que certaines questions du questionnaire avant l'intervention et recherchaient ainsi seulement certains facteurs de risques. Les facteurs de risques non recherchés étaient l'usage de drogues, la consommation d'alcool jusqu'à l'ivresse, les pratiques sexuelles à risque, la présence de tatouages et piercings.

Huit médecins sur 18 ciblaient la population chez qui ils recherchaient des facteurs de risques : les jeunes, les nouveaux patients, les patients qui le demandaient ou encore les patients qui « semblaient » à risque. Six de ces médecins pensaient que les patients se sachant à risque l'exprimaient au cours de la consultation et demandaient des conseils voire un dépistage.

*A/4 « Les facteurs de risques transparaissent chez les gens s'ils sont présents, il n'est pas utile de poser toutes les questions au tout venant ! Je laisse le patient aborder le sujet s'il en a envie, s'il se sait à risque il le fera. »*

Enfin un médecin trouvait que sa patientèle n'était pas à risque et ne nécessitait pas une recherche de facteurs de risques (B/5).

### **Conservation des données dans les dossiers**

Trois médecins sur 18 ont conservé les données recueillies au cours du questionnaire dans les dossiers des patients au cabinet.

Les raisons évoquées à l'absence de conservation des données étaient le manque de temps (4/18), l'absence de découverte de facteur de risque (3/18), le problème du dossier partagé avec les collaborateurs du cabinet et de la confidentialité des informations (1/18).

### **Changement dans les pratiques après l'intervention**

Huit médecins sur 18 avaient l'intention, à l'issue de l'intervention, de poser toutes les questions à la recherche de facteurs de risques de façon plus systématique.

Deux médecins sur 18 disaient vouloir continuer à poser seulement certaines questions du questionnaire à leurs patients.

*B/15 « Je vais continuer à poser la plupart de ces questions à mes patients, toutefois je ne pense pas continuer à aborder le sujet des relations sexuelles avec eux. »*

Deux médecins sur 18 pensaient utiliser le questionnaire pour leurs nouveaux patients : il leur semblait plus facile et plus intéressant de le faire dans ce cadre-là. Ces deux médecins ont modifié leur pratique dès la fin de l'intervention et intégré les questions du questionnaire à leur interrogatoire systématique lors d'une première consultation.

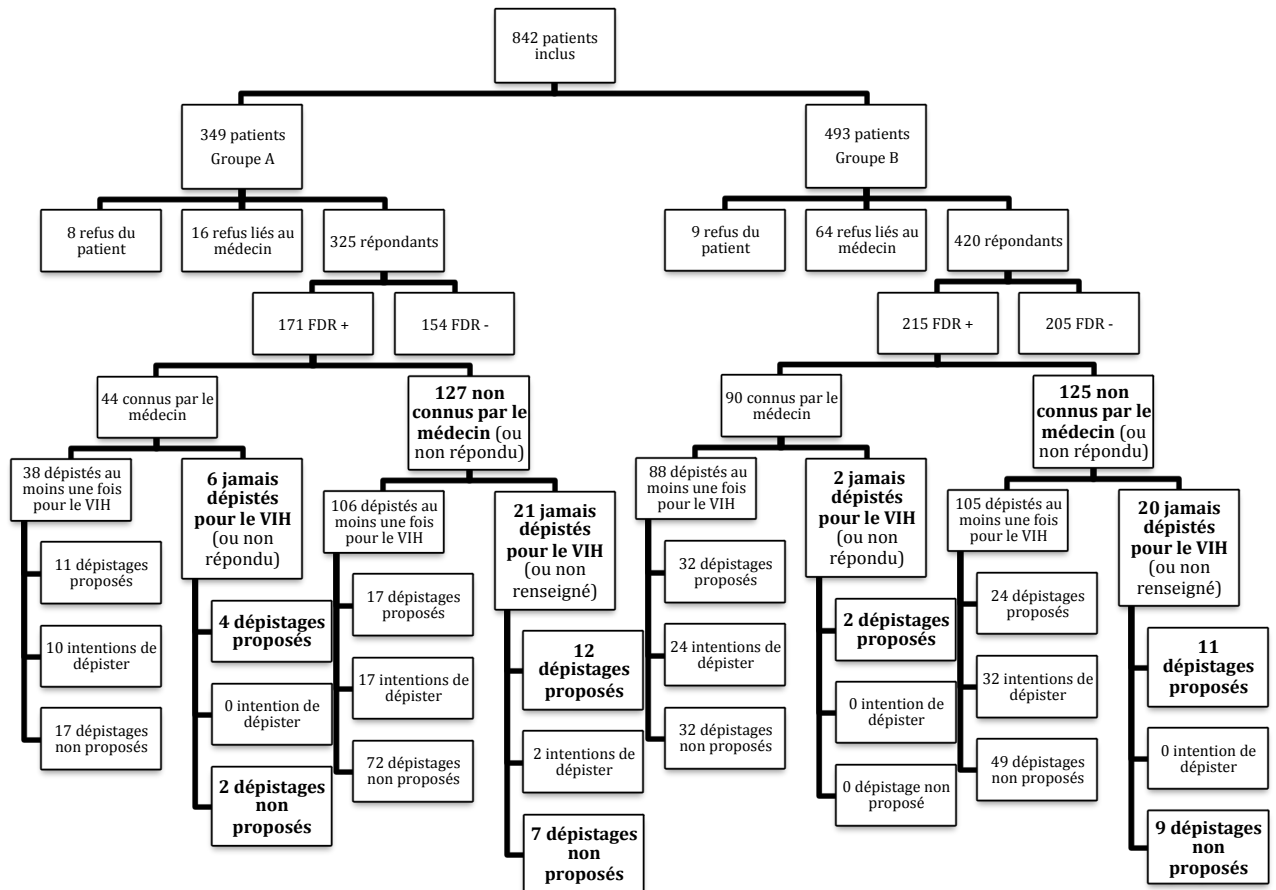
Cinq médecins sur 18 exprimaient leur réticence à changer leur pratique à ce sujet.

**Tableau 6. Analyse qualitative des réactions des médecins à la fin de l'étude**

	Oui (n)	Non (n)	Non évaluable (n)
<b>Satisfaction globale</b>	13	5	0
<b>Gêne ressentie par les médecins</b>	10	7	1
<b>Accueil favorable des patients</b>	6	4	8
<b>Dépistage des facteurs de risques avant l'intervention</b>	7	10	1
<b>Conservation des données</b>	3	15	0
<b>Changement des pratiques</b>	12	5	1

## 4. DIAGRAMME DE L'ACCEPTABILITE ET EFFICACITE DU QUESTIONNAIRE

### a. Pour le VIH



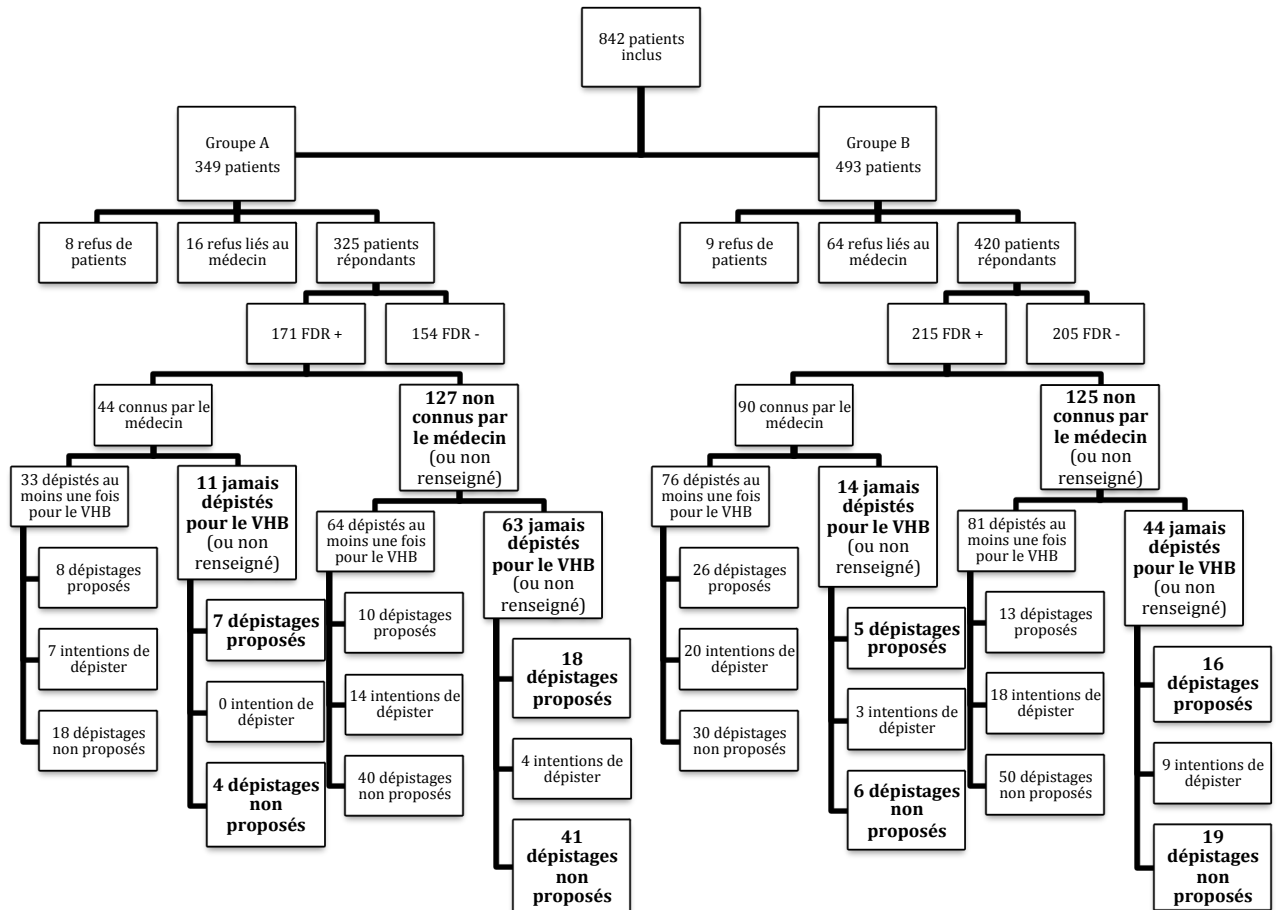
**Figure 14. Acceptabilité et efficacité de l'intervention en fonction des données antérieurement connues par les médecins et des antécédents de dépistage pour le VIH.**

FDR + : présence d'un facteur de risque (défini dans la partie méthodes), FDR - : absence de facteur de risque

Réponses à la question « Ce jour, avez-vous prescrit une sérologie de dépistage VIH ? »

- Dépistage proposé : « oui, et le patient a accepté » + « oui, mais le patient a refusé »
- Intention de dépistage : « non, mais je compte le faire à une prochaine consultation »
- Dépistage non proposé : « non, je ne le juge pas utile pour ce patient » + non renseigné

## b. Pour l'hépatite B



**Figure 15. Acceptabilité et efficacité de l'intervention en fonction des données antérieurement connues par les médecins et des antécédents de dépistage pour le VHB.**

FDR + : présence d'un facteur de risque (défini dans la partie méthodes), FDR - : absence de facteur de risque

Réponses à la question « Ce jour, avez-vous prescrit une sérologie de dépistage VHB ? »

- Dépistage proposé : « oui, et le patient a accepté » + « oui, mais le patient a refusé »
- Intention de dépistage : « non, mais je compte le faire à une prochaine consultation »
- Dépistage non proposé : « non, je ne le juge pas utile pour ce patient » + non renseigné

### c. Pour l'hépatite C

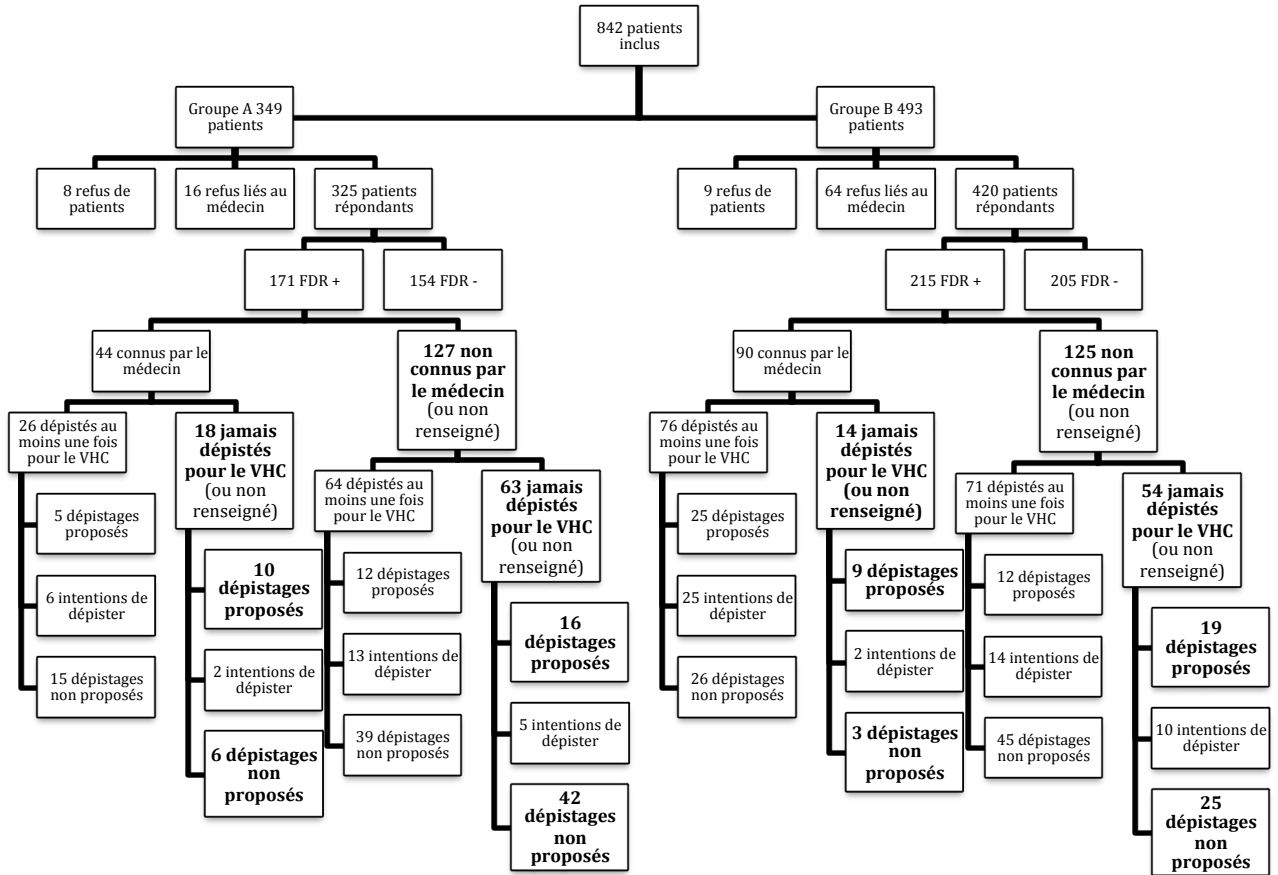


Figure 16. Acceptabilité et efficacité de l'intervention en fonction des données antérieurement connues par les médecins et des antécédents de dépistage pour le VHC des patients.

FDR + : présence d'un facteur de risque (défini dans la partie méthodes), FDR - : absence de facteur de risque

Réponses à la question « Ce jour, avez-vous prescrit une sérologie de dépistage VHC ? »

- Dépistage proposé : « oui, et le patient a accepté » + « oui, mais le patient a refusé »
- Intention de dépistage : « non, mais je compte le faire à une prochaine consultation »
- Dépistage non proposé : « non, je ne le juge pas utile pour ce patient » + non renseigné

## IV. DISCUSSION

---

Notre étude a été réalisée par 18 médecins, permettant d'inclure 842 patients et a abouti à 113 décisions de dépistage. Nous discuterons les validités interne et externe, les bénéfices et les perspectives des deux méthodes de dépistage des facteurs de risques testés.

### 1. VALIDITE INTERNE

Nous évaluons la validité interne de notre étude, en identifiant les biais de celle-ci et en exposant les mesures mises en œuvre pour les limiter, afin d'assurer que nos résultats reflètent bien la réalité.

#### a. Biais de sélection

L'échantillon de médecins a été tiré au sort parmi une liste de médecins généralistes à Paris (75), établie par une étude démographique récente (Etude Démomed (31)). Malheureusement moins de 20% des médecins contactés ont accepté de participer à l'étude. Les motifs de refus étaient le plus souvent en lien avec un manque de temps, un mode d'exercice professionnel particulier, une peur d'aborder le sujet des infections sexuellement transmissibles ou un refus de s'impliquer dans une étude sans rapport avec sa pratique. Seuls 10% des médecins généralistes en France en 2002 déclarent participer à des essais ou études épidémiologiques souvent ou occasionnellement (34). Ce biais d'acceptation est incontournable dans toutes les études réalisées en médecine générale, et notre taux de réponse est acceptable par rapport aux données de la littérature dans ce groupe professionnel. La randomisation des médecins par blocs a été réalisée par une tierce personne indépendante des investigateurs pour éviter un biais de répartition. La distribution géographique des médecins dans Paris était assez homogène (Figure 3), à l'exception des zones ouest et centre de Paris, moins représentées, correspondants aux quartiers plus aisés (35). Une étude démographique (31) a montré que ces quartiers étaient ceux où exerçaient le plus de médecins à exercice particulier (MEPs), probablement moins aptes à répondre à notre enquête. Le pourcentage de patients bénéficiant de la CMUc était significativement plus élevé dans la patientèle des médecins inclus que dans la moyenne parisienne (respectivement 10,77% et 8,47%,  $p < 0,01$ )



(Tableau 1). Ces données reflètent probablement plus l'exclusion des quartiers les plus riches de la capitale (par absence de recrutement dans ces secteurs), qu'une surreprésentation des catégories socio-professionnelles précaires par les investigateurs. L'activité annuelle moyenne des médecins inclus, représentée par le nombre de consultations par an, était similaire à la moyenne dans Paris [75] (respectivement 3829 et 3920,  $p = 0,85$ ). La moyenne d'âge des médecins participants était avancée (53 ans +/- 9,64), représentative de la population actuelle de médecins généralistes à Paris [75] (50 ans en 2008 (33)) ( $p = 0,58$ ). La majorité des médecins était en secteur I (83,33% versus 89,20% en France en 2009 (26),  $p=0,42$ ).

Les patients n'étaient pas choisis par les médecins généralistes. Ceux-ci devaient proposer le questionnaire à tous leurs patients âgés de 18 à 65 ans se présentant seuls en consultation à partir du jour du début de l'intervention jusqu'au cinquantième patient inclus. Les patients inclus correspondaient à un échantillon aléatoire, représentatif de la patientèle de chaque médecin.

Il est important d'estimer aussi bien que possible le taux de patients inclus parmi les patients théoriquement incluables. Nous pouvons tenter une estimation à partir des données disponibles sur les relevés d'actes de la CPAM des médecins investigateurs sur l'année 2013. Dans notre échantillon de médecins, en moyenne 77% des consultants appartiennent à la tranche 16-69 ans. La tranche d'âge étudiée était 18-65ans, ce chiffre doit donc être revu un peu à la baisse, nous choisissons 73% comme valeur estimée de cette tranche d'âge. Nos investigateurs recevaient 3829 patients en moyenne sur l'année, dont nous allons considérer qu'elle correspond à 235 jours ouvrables. Le nombre de patients de notre tranche d'âge consultant chaque jour un de nos investigateur est donc de  $0,73*(3829/235) : 11,89$ . Nous n'avons inclus que les patients qui se présentaient seuls, sans enfant et sans conjoint, à la consultation. Selon une étude menée en 2004 auprès des médecins généralistes en France (36), dans 66% des consultations les patients voient le médecin généraliste sans qu'une autre personne soit présente. On obtient 7,85 patients du groupe qui nous intéresse vus en moyenne par jour par les médecins généralistes. Pour inclure 50 patients il leur fallait donc en moyenne 6,37 jours. La durée moyenne de l'étude a été de 13,39 jours par investigateur. Mais parmi nos investigateurs, deux ont déclaré avoir sélectionné de fait leurs patients. Si nous les excluons, la durée moyenne de l'étude pour les autres est de 13,02 jours.

Comme dans toutes les études réalisées en médecine générale, pour des raisons multiples et complexes (la plupart liées à la surcharge de travail des généralistes), il est probable que nos investigateurs n'aient pas inclus tous les patients incluables. Notre calcul approximatif montre que le taux d'inclusion a été de l'ordre de 50%. Nous avons interrogé, au cours de l'entretien final, les médecins ayant eu les délais d'inclusion les plus importants. Les motifs invoqués étaient des périodes de congés, des contextes de travail à temps partiel, des interruptions volontaires de l'intervention par le médecin en période de surcharge de travail. La légitimité de ces motifs et un taux global de 50% d'inclusions par rapport aux prévisions les plus optimistes, laissent penser que la qualité du recueil de données était bonne.

Les caractéristiques principales de la population d'inclusion étaient similaires dans les groupes A et B, concernant la moyenne d'âge ( $p = 0,82$ ) et le pays de naissance ( $p = 0,13$ ). La proportion de femmes était plus élevée dans le groupe A que dans le groupe B ( $p = 0,01$ ). Parmi les patients inclus, 11,81 % étaient originaires de zones géographiques à risque. En 2011 en France, environ un tiers (32%) des personnes ayant découvert leur séropositivité pour le VIH étaient nées en Afrique subsaharienne et la moitié en France (53%) (12). En 2004 en France, la prévalence de l'AgHBs est de 9,1% chez les personnes nées en Afrique subsaharienne consultant en médecine générale (37). A noter que 40% de cette population a été en contact avec le VHB (37). Les hommes étaient minoritaires dans notre échantillon (39,71% versus 48,5% en population générale en France en 2011 (38)), et les consultations de médecine générale en France en 2004 concernent des hommes dans 45% des cas (36). Les HSHs sont une des populations les plus à risque de séropositivité, surtout en Ile-de-France. Entre 2003 et 2008 en France, 48% des nouvelles contaminations VIH concernaient les HSHs, l'incidence de l'infection par le VIH est de 1% dans cette population (23). La prévalence des anticorps anti-VHC chez les HSHs est estimée à 1% en 2009 à Paris (39). Les UDIVs étaient représentés de façon importante dans notre échantillon (2,01%). En France en 2011, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH, 1% étaient UDIVs (12). La proportion de la population à risque représentée dans notre échantillon était également répartie entre les deux groupes ( $p = 0,71$ ), les patients ont donc répondu avec la même fiabilité dans leurs réponses aux deux méthodes.

Les données globales d'incidence des facteurs de risques, par rapport à une population française moyenne, montrent dans notre population une surreprésentation des migrants, des

HSHs et des UDIV, en cohérence avec les particularités de la population parisienne selon notre expérience personnelle.

### **b. Biais d'exécution**

Le déroulement de l'étude était expliqué aux médecins avant le début de l'intervention. Aucun contrôle n'était effectué pendant l'intervention. Les médecins pouvaient contacter les investigateurs à tout moment s'ils avaient des questions. Le déroulement de l'étude était donc médecin-dépendant. Comme précédemment noté, deux médecins (un médecin dans chaque groupe) ont sélectionné les patients qu'ils incluaient. Ces deux médecins n'ont pas rempli de « questionnaire patient » pour ceux qui refusaient de répondre au questionnaire. Nous n'avons pas pu comptabiliser ces refus pour le calcul de l'acceptabilité. Ces irrégularités, qui conduisent théoriquement à une surestimation de l'acceptabilité, ont eu peu d'impact sur les résultats car elles sont très minoritaires (88,05% d'acceptabilité globale du questionnaire lorsqu'on excluait ces deux médecins contre 88,48% en les incluant).

### **c. Biais d'évaluation**

Le biais d'évaluation était limité car les questionnaires des deux groupes étaient identiques, en dehors du pronom utilisé (« je » pour l'auto-questionnaire du groupe A et « votre patient » pour l'interrogatoire ciblé du groupe B). Dans notre étude, l'analyse de l'acceptabilité du questionnaire se mesurait par le taux de réponses au questionnaire. Le biais d'évaluation est donc inévitable. Cependant l'acceptabilité mesurée concernait aussi bien le point de vue du patient, qui pouvait refuser de répondre, que celui du médecin qui pouvait décider ne pas proposer le questionnaire au patient.

Les patients refusaient plus fréquemment de répondre à l'auto-questionnaire dans le groupe A (33,33%) qu'aux questions directes posées par le médecin dans le groupe B (12,33%,  $p = 0,03$ ). Il apparaît donc plus difficile pour le patient de refuser de répondre à son médecin en face à face que de refuser de répondre à un auto-questionnaire remis en salle d'attente.

La cause la plus fréquente de non-réponse au questionnaire dans le groupe B était le refus du médecin d'aborder le sujet (41,10%). Si l'on excluait les non-réponses au

questionnaire liées aux médecins, on obtenait une acceptabilité dans le groupe B de 420 répondants sur 429 patients interrogés soit 97,90% (contre un taux d'acceptabilité à 85,19% tous motifs de non-réponses pris en compte). On peut donc en déduire que si les médecins proposent le questionnaire à tous leurs patients, l'acceptabilité de notre questionnaire sous forme d'interrogatoire ciblé augmente considérablement. Les freins à aborder le sujet viennent donc essentiellement des médecins et non des patients.

L'évaluation de l'efficacité du questionnaire en terme d'intention de prescription de dépistage était indirecte, basée sur les déclarations des médecins, à l'aide du « questionnaire médecin » associée à chaque « questionnaire patient » (voir annexes). Il existait donc un biais de déclaration. L'étude REPEVIH-2 cherchera à minimiser ce biais par la mesure effective du taux de dépistage à partir des données de prescription de dépistage relevées par la CPAM.

#### **d. Biais lors de l'analyse qualitative**

Les entretiens se déroulaient dans le cabinet médical des médecins interrogés. Par conséquent, le lieu n'était pas neutre et de nombreuses interruptions avaient lieu au cours de l'entretien, notamment par le téléphone, ce qui pouvait perturber de façon non négligeable l'entretien. Le biais d'interprétation des réponses aux entretiens a été limité par le double codage.

## **2. VALIDITE EXTERNE**

Nous évaluons la validité externe de notre étude en confrontant nos résultats à la littérature.

Notre étude confirme la position idéale du médecin généraliste en première ligne pour dépister les facteurs de risques. En effet, la population à risque représentait une part importante de notre échantillon. Plus de la moitié des patients inclus présentaient un ou plusieurs facteurs de risques (51,81%). Plusieurs études ont démontré l'existence de nombreuses opportunités manquées de dépistage, notamment l'étude « opportunités manquées » de 2013 (27) qui montre que la sexualité n'est le plus souvent pas abordée en consultation. L'étude du baromètre santé médecins généralistes de 2009 (40) révèle que seulement 1% des médecins utilisent un questionnaire préétabli touchant à la vie sexuelle de

leurs patients. Une étude qualitative auprès de médecins généralistes, à Paris [75] et à Saint-Denis [93] (41), identifie des barrières à l'abord de la sexualité en cabinet de médecine générale : le manque de temps, le manque de formation et la gêne du médecin, principalement liée à ses origines socio-culturelles. Il manque à ce jour un outil adapté à la consultation de médecine générale, permettant de dépister les facteurs de risques efficacement et rapidement au cours d'une consultation courte. Notre questionnaire représente une solution possible. Il s'agit du premier questionnaire de ce type, adapté à la médecine générale de ville, abordant les pratiques sexuelles et permettant ainsi de repérer les populations à risques, notamment les HSHs, et de leur proposer un dépistage. Une étude réalisée dans un service d'urgences aux Etats-Unis étudiait la possibilité de cibler la population à risque d'infections afin de leur proposer un dépistage (42). Ils utilisaient un score obtenu à partir d'un questionnaire abordant la vie sexuelle des patients. Cependant ce questionnaire semblait difficile à appliquer au cours d'une consultation de médecine générale car il comportait des questions très précises sur les pratiques sexuelles, délicates à poser en dehors du cadre d'une étude et en dehors du milieu hospitalier. Aucune étude n'a testé un tel questionnaire en médecine de ville. Notre étude démontre sa validité et son utilité en cabinet de médecine générale. Elle montre que l'identification des facteurs de risques d'infection par le VIH, VHB et le VHC est possible en médecine générale, facile à réaliser par chacune des deux méthodes que nous avons étudiées. Toutefois si l'identification des facteurs de risques est possible, les intentions de dépistage restent insuffisantes.

Le sociologue Alain Giami a identifié quatre postures chez les médecins généralistes dans leur abord de la sexualité, au cours d'une enquête qualitative auprès de 35 médecins généralistes (43). Certains médecins élaborent des stratégies d'évitement : ils attendent que la demande vienne du patient, ils évitent le sujet, ils affirment que la sexualité n'entre pas dans le champ médical. Ils invoquent le manque de temps, l'absence de formation et la peur de gêner le patient. Dans une deuxième posture, certains médecins sont dans une appropriation médicale des problèmes de la sexualité. Ils s'appuient sur les normes et les recommandations et sur un langage médicalisé de la sexualité. La troisième posture est celle d'une approche globale, holistique des problèmes de la sexualité. Ces médecins expriment une satisfaction à aborder la sexualité et ouvrent le dialogue. Enfin, la dernière posture est celle de médecins sexologues, qui placent la sexualité au centre de leur pratique et qui en ont fait une spécialisation informelle. Notre analyse qualitative a retrouvé en partie ces postures vis-à-vis

de notre questionnaire abordant la sexualité : certains médecins étaient réticents et mal à l'aise, tandis que d'autres se sont appropriés le questionnaire pour l'intégrer dans une démarche globale de dépistage.

Notre analyse de l'attitude des médecins rejoint aussi celle du baromètre médecins généralistes 2009 (44) qui définit trois profils de comportements et d'attitudes vis-à-vis du dépistage du VIH : les « champions de la prévention » (32,7%), les « modérément actifs en prévention » (45,4%), et les « réfractaires à la prévention » (22,9%). A la fin de notre étude, il y avait les médecins qui déclaraient déjà poser les questions avant l'intervention et allaient continuer à les poser (7/18), les médecins qui comptaient poser quelques questions de plus qu'avant (4/18), et les médecins qui ne souhaitaient pas changer leur pratique (5/18).

Concernant le ressenti des patients face à l'abord de la sexualité, les résultats de notre analyse qualitative rejoignent ceux de deux enquêtes récentes, menées auprès de patients à Montpellier [34] (45) et à Lausanne en Suisse (46) en médecine générale. Les réticences venaient principalement des médecins et non des patients. Les patients sont majoritaires (86% à Montpellier, 95% à Lausanne) à trouver normal que le médecin pose des questions sur leur mode de vie sexuelle. Mais la plupart n'ont pas encore abordé ce sujet avec leur médecin (74% à Montpellier, 60% à Lausanne). Dans l'étude suisse, plus de 80% des patients n'ont jamais parlé du nombre de leurs partenaires sexuels ou du genre de leurs partenaires avec leur médecin. Dans notre étude, la majorité des médecins s'est dit gênée (55,56%) au moment d'aborder le sujet des pratiques sexuelles, tandis qu'ils ne ressentaient pas de réticence de la part de leurs patients la plupart du temps (il existait une réticence des patients dans 22,22% des cas).

### **3. BENEFICES DU QUESTIONNAIRE EN PRATIQUE COURANTE**

En pratique courante, notre questionnaire peut être intégré à la trame du dossier médical, qu'il soit informatisé ou papier, afin d'avoir des questions préétablies à poser sur le sujet au même titre que les questions sur les antécédents familiaux ou cardiovasculaires par exemple. Ainsi il est facile de le remplir lors de la première consultation au titre de « check-list » systématique puis de le mettre à jour au cours du suivi. Ces questions devraient devenir un automatisme au quotidien. Les dernières recommandations du rapport Morlat (20) vont

dans ce sens, l'objectif est de cibler la population à risque. La forme auto-questionnaire, mieux acceptée par les patients, est à préférer si elle peut être mise en place facilement (présence d'un secrétariat, d'une salle d'attente adaptée par exemple).

Nous supposions, avant de réaliser notre étude, que la question du sexe du partenaire serait la plus problématique. Si elle apparaît effectivement comme ayant la moins bonne acceptabilité, celle-ci reste excellente (96,93%), ce qui montre à nouveau que les obstacles supposés quant à cet item ne viennent pas des patients. Concernant la population HSH de notre échantillon, 19,51% des médecins ne connaissaient pas l'appartenance de leurs patients à ce groupe à risque. Aucune des questions n'apparaît comme taboue du point de vue des patients (nombre de partenaires sexuels dans l'année, utilisation du préservatif, sexe du partenaire, antécédent d'infection sexuellement transmissible, consommation de drogues) (taux d'acceptabilité de 96,93% à 99,60%). L'interprétation de ces résultats est limitée par l'analyse en sous-groupes.

La prévalence de la population à risque s'est révélée élevée dans notre étude (51,81%), ce qui entraîne un impact direct de notre questionnaire qui permet de repérer un grand nombre de patients à risque. D'autre part la prévalence des virus VIH, VHB et VHC est élevée en France (respectivement en 2011 : 0,24%, 0,65% et 0,84%). Dépister au plus tôt avant leurs complications respectives permet de traiter précocement et de réduire ainsi non seulement la morbi-mortalité mais également la transmission des virus. Le facteur de risque le plus fréquent était la présence de tatouages et/ou de piercings (22,95%). La responsabilité effective des tatouages et des piercings dans la transmission des viroses chroniques est mal documentée et certaines études se contredisent. Ce facteur de risque reste cependant dans la liste citée par le rapport Morlat (47) et les recommandations de la HAS (7). Deux méta-analyses récentes ont étudié l'association entre la présence de tatouages et/ou piercings et le risque d'infection par le VHB (48) et par le VHC (49). Chez les personnes tatouées ou piercées, le risque d'infection par le VHB était 1,48 fois plus élevé et par le VHC 2,74 fois plus élevé, et ce dans tous les sous-groupes étudiés. L'association la plus forte entre le risque d'infection par le VHC et la présence de tatouages ou piercings concernait les UDIV (49). Une autre méta-analyse concernant l'hépatite C retrouve l'absence d'augmentation du risque d'infection lorsque le tatouage ou le piercing est effectué par un professionnel (50), notamment d'après les résultats d'une étude menée aux Pays-Bas (51). Ces études sont difficiles à interpréter

puisqu'elles montrent également que les tatouages et les piercings sont associés à d'autres facteurs de risques (utilisation de drogue intraveineuse, incarcération, relations sexuelles à risques). Concernant le lien entre tatouages et piercings et le VIH il existe principalement des cas cliniques rapportés isolés (52). Il est donc difficile d'établir un lien direct entre les tatouages et piercings et le risque accru d'infection. Lorsque nous excluons les piercings et tatouages des facteurs de risques à identifier, dans notre étude, le taux global de prévalence varie peu (41,48%), sans qu'il n'existe de différence statistiquement significative avec le taux de prévalence de la population à risque incluant ces personnes ( $p > 0,05$ ), probablement car les personnes tatouées ou piercées ont d'autres facteurs de risques associés (à noter que nous avons clairement exclu le piercing des oreilles de la définition). La population HSH représentait 5,50% de l'ensemble de la population à risque et était suffisamment représentée pour nous permettre d'analyser la tendance au sein cette population. Les médecins nous ont rapporté avoir souvent été surpris par l'homosexualité ou la bisexualité de leurs patients. Ils ne l'avaient pas envisagée, d'où l'importance d'aborder le sujet par des questions simples.

Dans plus de la moitié des cas (65,28%) les patients ayant eu un ou plusieurs facteurs de risques identifiés par notre questionnaire n'étaient pas connus à risque par les médecins avant l'intervention. Ce taux élevé démontre que la recherche des facteurs de risques n'est pas faite en pratique courante au cours d'une consultation de médecine générale. Notre questionnaire est une solution pour ne plus passer à côté des facteurs de risques des patients se présentant au cabinet. Le taux d'identifications de facteurs de risques non connus par les médecins avant l'intervention était significativement plus élevé dans le groupe A (74,27%) par rapport au groupe B (58,14%) ( $p=0,001$ ). Et ce bien qu'il n'existe pas de différence significative entre les prévalences de la population à risque dans les deux groupes (52,62% dans le groupe A et 51,19% dans le groupe B,  $p=0,71$ ).

En revanche parmi la population à risque repérée par notre questionnaire, moins de 30% des patients se sont vus proposer un dépistage par leur médecin. Le taux de prescription d'une sérologie de dépistage était étonnamment faible. Lorsqu'on excluait les patients pour lesquels un résultat de dépistage était présent dans le dossier, le taux de prescription d'une sérologie par les généralistes, lorsqu'ils identifiaient un nouveau facteur de risque, n'était que de 56,10% pour le VIH, 31,76% pour le VHB et 29,91% pour le VHC, alors qu'ils devraient logiquement être proches de 100%. Ceci peut s'expliquer en partie par le manque de



formation des médecins sur ce sujet (53). Les taux de prescription de dépistages VIH, VHB et VHC étaient supérieurs dans la population HSH par rapport à celui des autres facteurs de risques (respectivement 46,34%, 39,02% et 43,90%, versus 29,27%, 26,68% et 27,98% des patients à risque tout facteurs de risques confondus). Le critère HSH était beaucoup plus associé au risque d'infection virale dans l'esprit des médecins que les autres facteurs de risques. Tandis que les médecins sont plus sensibilisés aux risques chez les HSHs, ils n'osent paradoxalement pas poser la question comme on l'a vu plus haut. Les HSHs quant à eux sont plus sensibilisés aux risques des viroses chroniques et se dépistent plus régulièrement. En effet un seul patient HSH non connu de notre échantillon n'avait jamais été dépisté pour le VIH, une sérologie lui a été proposée. On constate également ceci pour le VHB (7 patients) et le VHC (6 patients).

L'information concernant le statut vaccinal ou sérologique des patients vis à vis de l'hépatite B n'était pas disponible à l'aide de notre questionnaire. Dans le cas où le patient est vacciné ou guéri, la sérologie VHB n'est pourtant pas à proposer même en présence de facteurs de risques car il est protégé. L'étude Prevac B 2, menée en France auprès de patients venant de pays d'endémie du VHB et consultant leurs médecins généralistes, montre que 53,9% des patients inclus sont protégés (guéris ou vaccinés) contre le VHB (37). Il faut donc interpréter les résultats du taux de sérologies VHB prescrites de notre étude avec prudence.

La principale cause de non-réponse au questionnaire était du fait du médecin, qui estimait le questionnaire inadapté à la consultation, les risques très faibles pour le patient, était gêné pour poser les questions, manquait de temps ou oubliait de les poser au cours de la consultation, dans plus de la moitié des cas (dans 67,54% des cas de non-réponse). Le refus du patient était lui beaucoup moins fréquent (17,53% des cas de non-réponse). Dans le groupe auto-questionnaire la cause de non-réponse était principalement du fait du patient (refus de répondre) (33,33%) et dans le groupe interrogatoire ciblé celui du médecin (refus d'aborder le sujet avec le patient car inapproprié à la consultation, risque estimé faible pour le patient ou gêne ressentie par le médecin) (57,53%). On peut en conclure que si on lève la gêne des médecins, un obstacle sera franchi et l'acceptabilité augmentera de façon importante dans l'interrogatoire ciblé voire rejoindra celle de l'auto-questionnaire. Le baromètre santé médecins généralistes 2009 montre que seulement 60% des médecins généralistes français se déclarent à l'aise pour aborder la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle,

contre 96% concernant le risque cardiovasculaire (44). Dans la majorité des cas (66%) le dernier test de dépistage du VIH a été prescrit à la demande du patient et non à l'initiative du médecin (26). Notre étude a réussi à lever une part de cette gêne des médecins face aux questions qu'ils estimaient parfois trop personnelles, notamment sur la vie sexuelle (pour 10 médecins sur 18). Notre intervention a permis aux médecins de dépasser ce tabou (12/18 d'entre eux vont changer leurs pratiques). Les médecins ont ainsi pu se rendre compte que le frein principal à l'abord de la sexualité n'était pas les patients mais leur propre malaise. Il serait intéressant d'organiser, dans ce but, des formations pour les médecins sur l'entretien sur la vie sexuelle dans le cadre de la formation professionnelle continue.

#### **4. PERSPECTIVES**

Les deux interventions que nous proposons se montrent toutes deux efficaces pour l'identification en médecine générale des facteurs de risques de viroses chroniques. Il semble en revanche que les médecins ne prescrivent pas les sérologies de dépistage du VIH, VHB et VHC de façon adéquate. L'étude REPEVIH-2, deuxième phase de notre étude, aura pour objectif d'étudier l'efficacité du questionnaire en se basant sur des données objectives obtenues directement auprès de la CPAM.

Il serait intéressant d'étudier les connaissances des médecins sur le sujet pour pouvoir ensuite leur proposer une formation adaptée à leurs demandes, voire un algorithme à suivre ou d'autres outils à développer.

La gêne ressentie par les patients n'a pas été étudiée par interrogatoire direct mais par l'intermédiaire des médecins, à l'aide du « questionnaire médecin » qui précisait la raison du refus de réponse, s'il y avait lieu, ou lors de l'entretien de fin d'étude. Il serait intéressant d'interroger les patients directement concernant leur propre perception du questionnaire et l'éventuel malaise qu'il provoquerait chez eux. Il serait également intéressant d'étudier leurs attentes vis à vis de leur médecin : savoir s'ils attendent que leur médecin les interroge pour leur faire part de leurs pratiques à risque.

## V. CONCLUSION

---

Les deux méthodes de recueil de données que nous avons étudiées au cours de cette étude, auto-questionnaire et interrogatoire ciblé, se montrent toutes deux efficaces pour l'identification en médecine générale des facteurs de risque de viroses chroniques. Nous proposons d'inclure ce questionnaire au dossier médical des patients afin d'aborder le sujet avec eux dès la première consultation. Dans le cas où le médecin ressent une gêne à aborder les questions intrusives dans la vie sexuelle de son patient, la forme la plus adaptée est l'auto-questionnaire. Dans le cas contraire, la forme interrogatoire ciblé permet d'obtenir une adhésion plus grande de la part des patients.

La prévalence des facteurs de risque de viroses chroniques devant conduire à la prescription d'une sérologie de dépistage est considérable dans notre échantillon. Les indications de prescription de dépistage VIH, VHB et VHC sont mal codifiées pour les médecins, souvent insuffisamment formés à ce sujet. Ainsi une minorité des patients à risque a bénéficié d'une proposition de dépistage au cours de notre étude.

Notre étude confirme que la gêne occasionnée par l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale est essentiellement du fait des médecins et non des patients.

L'impact de notre intervention sur le nombre de prescriptions de sérologies VIH, VHB et VHC par notre échantillon de médecins sera étudié au cours d'une prochaine étude intitulée REPEVIH-2 et s'appuiera sur les données de la CPAM. Toutefois nous avons étudié les intentions de prescription de dépistage des généralistes suite à l'identification des facteurs de risques de viroses chroniques grâce à nos dispositifs : les niveaux d'intention de dépistage, même chez les patients qui n'avaient jamais été dépistés, sont faibles, notamment pour les hépatites (autour de 30%) et ne sont que de l'ordre de 50% pour le VIH. La sensibilisation des médecins au dépistage des viroses chroniques s'impose donc, au-delà même de l'identification des facteurs de risque chez leurs patients.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D. Les nouvelles estimations de la population non diagnostiquée pour le VIH en France [Internet]. Communication orale présenté à: Séminaire de recherche ANRS: Éradiquer le VIH et le VHC, rêve ou réalité.; 2012 mai. Disponible sur:  
<http://www.anrs.fr/layout/set/print/content/download/4201/22165/file/04%20%20%20Virginie%20Supervie.pdf>
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.* oct 2010;10(10):682-687.
3. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos J. InVS | Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 [Internet]. Disponible sur:  
[http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence\\_b\\_c/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html)
4. Antona D, Lévy-Bruhl D, Delarocque-Astagneau E, Meffre C, Desenclos J. L'hépatite B en France : épidémiologie et santé publique. *Hépatites virales. Progrès en hépato-gastroentérologie.* 2008;1-19.
5. Brouard C, Héraud-Bousquet V, Léon L. Incidence and routes of transmission of hepatitis B virus in France, 2003-2011. *Journal of Hepatology.* 2013;58 (Supplément 1) : S399.
6. Brouard C, Bousquet V, Leon L, Pioche C, Lot F, Semaille C, et al. Incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique en France en 2010, enquête LaboHep 2010 [Internet]. 2013. 210-3 p. Disponible sur:  
[http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=11478](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11478)
7. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. Paris: ANRS, AFEF; 2014. 527 p.
8. May M, Gompels M, Delpech V, Porter K, Post F, Johnson M, et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ.* 11 oct 2011;343(oct11 2):d6016.
9. Roussillon C, Henard S, Hardel L, Rosenthal E, Aouba A, Bonnet F, et al. Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010 : étude ANRS EN20 Mortalité 2010 [Internet]. 2012. pp. 541-545 p. Disponible sur:  
[http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice\\_display&id=89691](http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=89691)
10. Péquignot F, Delarocque-Astagneau E, Hillon P, Gamme N, Mathurin P, Zarski J. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B

en France métropolitaine en 2001. 1 juill 2008;(27):237-240.

11. Pol S. Épidémiologie et histoire naturelle de l'hépatite B. Rev Prat. 31 mars 2005;55(6):599-606.
12. Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel P, Le Strat Y, Sommen C, et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida – France, 2003-2011. 16 juill 2013;333 - 340.
13. Tohme RA, Holmberg SD. Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission? Hepatol Baltim Md. oct 2010;52(4):1497-1505.
14. Scemama O, Poullié A-I, Rumeau-Pichon C. Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. HAS [Internet]. oct 2009; Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/argumentaire\\_depistage\\_vih\\_volet\\_2\\_vfv\\_2009-10-21\\_16-49-13\\_375.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/argumentaire_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-49-13_375.pdf)
15. Lavaud S. Le VIH continue de progresser dans une population mal identifiée [Internet]. Medscape. 2014. Disponible sur: <http://www.medscape.fr/voirarticle/3600717>
16. Barin F, Laurent G, Maisonneuve P, Rostaing L, Salomon J. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales [Internet]. ANAES; 2001. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hepatites\\_virales\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hepatites_virales_recos.pdf)
17. InVS. Déclaration obligatoire des hépatites B aiguës entre 2003 et 2012. [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-B/Hepatite-B-aigue/Declaration-obligatoire>
18. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson J-M, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. J Med Virol. avr 2010;82(4):546-555.
19. Jauffret Roustide M. Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues. Enquête Coquelicot 2004 - 2007 [Internet]. Production scientifique InVS. 2008. 6 p. p. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=1745](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1745)
20. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. ANRS; 2013 sept.
21. Au JS, Pockros PJ. Novel therapeutic approaches for hepatitis C. Clin Pharmacol Ther. janv 2014;95(1):78-88.

22. Assalah T. Sofosbuvir-based interferon-free therapy for patients with HCV infection. *J Hepatol.* 2013;59 : 1342-5.
23. Cazein F, Le Strat Y, Le Vu S, Pillonel J, Lot F, Couturier S, et al. Dépistage de l'infection à VIH en France, 2003-2011. *Bull Epidémiologique Hebd.* 1 déc 2012;(46-47/2012):529-533.
24. Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et post-natal. [Internet]. Code de la Santé publique. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078724&>
25. Jeanblanc G, Scemama O, Rumeau-Pichon C. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. [Internet]. HAS; 2011 mars. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/strategies\\_de\\_depistage\\_biologique\\_des\\_hepatites\\_virales\\_b\\_et\\_c\\_-\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_synthese.pdf)
26. Balcou-Debussche M, Baudier F, Beck F, Bourgueil Y, Buttet P, Evrard I, et al. « Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ? ». *Baromètre santé médecins généralistes* [Internet]. 2009. p. 137-155. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/depistage-VIH.pdf>
27. 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.
28. Bernstein KT, Liu K-L, Begier E, Koblin B, Karpati A, Murrill C. Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York City Men who have Sex with Men: Implications for HIV testing approaches. *Arch Intern Med.* 14 juill 2008;168(13):1458-1464.
29. Filiot D, Sander G. Etude de faisabilité d'un dépistage généralisé du VIH, VHB, VHC en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université du Droit et de la Santé - Lille II; 2013.
30. Fagard C, Champenois K, Joseph JP, Riff B, Messaadi N, Lacoste D, et al. Dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes : étude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012. *Bull Epidémiol Hebd* [Internet]. 2014;(21-22):395-400. Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/21-22/2014\\_21-22\\_4.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/21-22/2014_21-22_4.html)
31. Millereux M, Frenehard A, Fays M, Ogoundele M-A. Etude sur la démographie médicale parisienne : Démoméd 75. [Paris]: Université Paris Diderot; 2014.
32. Verhoeven V, Avonts D, Vermeire E, Debaene L, Van Royen P. A short educational intervention on communication skills improves the quality of screening for Chlamydia in

GPs in Belgium: a cluster randomised controlled trial. *Patient Educ Couns.* avr 2005;57(1):101-105.

33. Druelle S. Un plus grand nombre de médecins en Ile-de-France. *Insee*; 2010 juin.
34. Cogneau J, Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique. *S.F.S.P.*; 2002. p. 191-199.
35. Pinçon-Charlot M, Pinçon M. Les riches à l'ouest, les pauvres à l'est [Internet]. CNRS Thema. 2005. Disponible sur: <http://www2.cnrs.fr/presse/thema/592.htm>
36. Evans A, Elbaum M, Bellegou M-H, Demaison C. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. *drees n° 315*; 2004.
37. Simondon A. Etude PREVAC B 2 : Prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et prévention de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie, en médecine générale en France [Internet]. [Paris]: Université Paris Diderot; 2014. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4699\\_SIMONDON\\_these\\_PREVACB2.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4699_SIMONDON_these_PREVACB2.pdf)
38. Tournyol du Clos N, Latour E, Laret-Bedel C, Salgon M. L'égalité entre les femmes et les hommes. *Dicom n° S 12-065*; 2012.
39. Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J, et al. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, *Prevagay 2009. BEH n° 45-46*. Paris; 30 nov 2010;464-466.
40. Balcou-Debussche M, Baudier F, Beck F, Bourgueil Y, P. Buttet, Evrard I, et al. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [Internet]. *InVS*; 2009 p. 51-83. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1343.pdf>
41. Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du VIH en cabinet de médecine générale. *Représentations du médecin. [Thèse d'exercice]*. Paris Descartes; 2012.
42. Haukoos JS, Hopkins E, Bender B, Sasson C, Al-Tayyib AA, Thrun MW. Comparison of enhanced targeted rapid HIV screening using the Denver HIV risk score to nontargeted rapid HIV screening in the emergency department. *Ann Emerg Med.* mars 2013;61(3):353-361.
43. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. *Singuliers généralistes Sociologie des Médecins Généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 147-167.
44. INPES. « Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en

médecine générale ». in Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. 2009. p. 51-83. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>

45. Ssi-Yan-Kai N. Acceptabilité de l'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention des IST en médecine générale [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2010.
46. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 8 mars 2011;141(w13178).
47. Morlat P, CNS, ANRS. Recommandations du groupe d'experts : Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. sept 2013;478.
48. Jafari S, Buxton JA, Afshar K, Copes R, Baharlou S. Tattooing and risk of hepatitis B: a systematic review and meta-analysis. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. juin 2012;103(3):207-212.
49. Jafari S, Copes R, Baharlou S, Etminan M, Buxton J. Tattooing and the risk of transmission of hepatitis C: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. nov 2010;14(11):e928-940.
50. Tohme RA, Holmberg SD. Transmission of hepatitis C virus infection through tattooing and piercing: a critical review. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. avr 2012;54(8):1167-1178.
51. Urbanus AT, van den Hoek A, Boonstra A, van Houdt R, de Bruijn LJ, Heijman T, et al. People with multiple tattoos and/or piercings are not at increased risk for HBV or HCV in The Netherlands. *PloS One*. 2011;6(9):e24736.
52. López-Medrano F, Costa JR, Rodriguez-Peralto JL, Aguado JM. An HIV-positive man with tattoo induration. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 juill 2007;45(2):220-221, 267-268.
53. Letiers C. Prévention du VIH : connaissances et attitudes des médecins généralistes d'Isère et de Savoie [Internet]. [Grenoble]: Université Joseph Fournier; 2011. Disponible sur: [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/63/72/66/PDF/2011GRE15080\\_letiers\\_camille\\_1\\_D\\_.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/63/72/66/PDF/2011GRE15080_letiers_camille_1_D_.pdf)



## VII. ANNEXES

---

### Annexe 1 : Lettre aux médecins généralistes pour les inciter à participer à notre étude



## FACULTE DE MEDECINE

---

Mon cher confrère,

Le département de médecine générale de l'Université Paris DIDEROT et le service de Maladies Infectieuses de l'Hôpital BICHAT, lancent « **REPEVIH** », un projet de recherche auquel nous aimerions vous associer.

Vous savez à quel point le dépistage du VIH et des hépatites virales est difficile à aborder dans notre activité de généralistes. Le dépistage généralisé des adultes avait été proposé en 2010, mais il s'est avéré infaisable, et les nouvelles recommandations reviennent à un dépistage ciblé des personnes à risques.

Un dépistage ciblé de bonne qualité suppose de recueillir des informations (certaines délicates, comme l'orientation sexuelle, ou les antécédents d'usage de drogues) auprès de nos patients.

Comment recueillir efficacement ces données ? C'est ce que nous voulons étudier avec vous.

Si vous acceptez de participer à notre étude, vous serez randomisé dans l'un des deux groupes :

- Groupe A : les patients remplissent un questionnaire en salle d'attente, et vous le remettent
- Groupe B : c'est vous qui interrogez les patients selon une procédure standardisée, très rapide

L'étude portera sur les cinquante premiers adultes que vous rencontrerez en consultation après l'ouverture de votre site.

Les données recueillies sont strictement anonymes, une note d'information à l'attention des patients vous sera fournie. L'étude est déclarée à la CNIL et a fait l'objet d'un avis favorable d'un CPP.

Par ailleurs, nous recueillerons auprès de l'assurance maladie des données anonymisées sur le nombre de sérologies qui auront été prescrites dans chacun des deux groupes de médecins.

Nous espérons que vous accepterez de participer à ce travail important pour notre discipline. Pour participer, il vous suffit de retourner le coupon-réponse ci-joint ou de nous confirmer votre participation par mail à [repevih@gmail.com](mailto:repevih@gmail.com).

Nous vous prions d'agréer, cher confrère, l'assurance de notre considération dévouée.

Pr JP AUBERT, médecin généraliste  
Dr C MAJERHOLC, médecin généraliste  
Amélie AIM, interne en MG  
Emmanuel PROTHON, interne en MG  
**Département de médecine générale,  
Université Paris Diderot (Paris 7)**

Pr Y YAZDANPANA, infectiologue  
Dr S LARIVEN, infectiologue  
**Service de Maladies Infectieuses, Hôpital Bichat**

## Annexe 2 : Auto-questionnaire patient (Groupe A) recto

### A propos de vous

- 1) Sexe :  homme  femme
- 2) Age : \_\_\_ ans
- 3) Pays de naissance :  France métropolitaine  
 Outre-mer (préciser) : \_\_\_\_\_  Etranger (préciser) : \_\_\_\_\_
- 4) Avez-vous des tatouages ou des piercings ?  Oui  Non
- 5) Avez-vous eu une transfusion sanguine avant 1992 ?  Oui  Non
- 6) Ces 12 derniers mois, vous est-il arrivé de boire de l'alcool jusqu'à l'ivresse ?  
 Oui  Non
- 7) Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé des drogues?  
 Oui  Non
- 7.1) Si oui : lesquelles ?  Cannabis  Poppers  Ecstasy  MDMA  
 Amphétamines  LSD  Crack  Cocaïne  
 Héroïne  GHB  Autre drogue : \_\_\_\_\_
- 7.2) Si oui : en avez-vous déjà pris en injection intraveineuse ?  Oui  Non
- 8) Au cours de votre vie, avez-vous eu une infection transmise sexuellement ou par le sang?  Oui  Non
- 8.1) Si oui, lesquelles ?  Herpès génital  Syphilis  
 Infection à gonocoque ou chlamydia  Papillomavirus  
 VIH  Hépatite B  Hépatite C  Autre: \_\_\_\_\_

### Votre vie sexuelle

- 9) Actuellement, avez-vous un partenaire sexuel régulier ?  Oui  Non
- 9.1) Si oui, il s'agit...  d'une femme  d'un homme
- 9.2) Si oui, utilisez-vous des préservatifs avec ce partenaire ?  
 Toujours  Souvent  Rarement  Jamais
- 10) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu d'autres partenaires sexuels ?  
 Oui, un seul  Oui, plusieurs  Non
- 10.1) Si oui, il d'agissait...  de femme(s)  d'homme(s)  les deux
- 10.2) Si oui, avez-vous utilisé des préservatifs avec ce(s) partenaire(s)?  
 Toujours  Souvent  Rarement  Jamais

### Le VIH, les hépatites et vous

- 11) Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec une personne séropositive pour le VIH ?  Oui  Non
- 12) Dans votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage pour le VIH ?  
 Oui  Non
- 12.1) Si oui : De quand date le dernier test ?  
 < 6 mois  6 à 12 mois  1 à 4 ans  5 ans ou plus
- 13) Dans votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage pour l'hépatite B ?  
 Oui  Non
- 14) Dans votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage pour l'hépatite C ?  
 Oui  Non

### Annexe 3 : Auto-questionnaire patient (Groupe A) verso

N'oubliez pas de remettre le questionnaire complété à votre médecin lors de votre consultation.

Si vous avez des questions sur le dépistage du VIH, des hépatites ou d'autres infections sexuellement transmissibles, n'hésitez pas à lui en parler.

**Merci pour votre participation !**



Numéro d'ordre : \_\_\_\_\_  
(à remplir par le médecin)

## **Questionnaire à remplir pour tous les patients de 18 à 65 ans, venant seul en consultation**

Madame, Monsieur,

Votre médecin participe à une étude scientifique de la Faculté de médecine Paris Diderot pour évaluer un questionnaire sur les habitudes de vie des patients.

Ce questionnaire s'adresse à toutes les personnes de 18 à 65 ans venant en consultation de médecine générale.

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire et de le remettre à votre médecin lors de votre consultation. Seul votre médecin connaîtra vos réponses. Cela lui permettra de mieux vous connaître et de vous proposer si besoin un dépistage de certaines infections fréquentes comme le VIH, les hépatites ou d'autres infections sexuellement transmissibles.

Nous vous informons que les données recueillies pourront être utilisées, de façon totalement anonyme, à des fins de recherche. Vous pouvez vous y opposer sur simple demande.

Merci pour votre participation.

## Annexe 4 : Questionnaire patient interrogatoire ciblé (Groupe B)

Questions à poser à tous les patients consultant seul, de 18 à 65 ans

1) Sexe :  homme  femme

2) Age : \_\_\_ ans

Si vous ne posez pas les questions ci-dessous, barrez le questionnaire et répondez à la question 15.

### Mode de vie

#### 3) Pays de naissance :

France métropolitaine  Outre-mer (*préciser*) : \_\_\_\_\_  Etranger (*préciser*) : \_\_\_\_\_

4) Avez-vous des tatouages ou des piercings ?  Oui  Non

5) Avez-vous eu une transfusion sanguine avant 1992 ?  Oui  Non

6) Ces 12 derniers mois, vous est-il arrivé de boire de l'alcool jusqu'à l'ivresse ?  Oui  Non

7) Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé des drogues?  Oui  Non

7.1) Si oui : lesquelles ?  Cannabis  Poppers  Ecstasy  Amphétamines  MDMA  LSD  
 Crack  Cocaïne  Héroïne  GHB  Autre drogue : \_\_\_\_\_

7.2) Si oui : en avez-vous déjà pris en injection intraveineuse ?  Oui  Non

#### 8) Au cours de votre vie, avez-vous eu une infection transmise sexuellement ou par le sang?

Oui  Non

8.1) Si oui, lesquelles ?  Infection à gonocoque ou chlamydia  Herpès génital  Syphilis  
 Papillomavirus  VIH  Hépatite B  Hépatite C  Autre: \_\_\_\_\_

### Votre vie sexuelle

9) Actuellement, avez-vous un partenaire sexuel régulier ?  Oui  Non

9.1) Si oui, il s'agit...  d'une femme  d'un homme

9.2) Si oui, utilisez-vous des préservatifs avec ce partenaire ?

Toujours  Souvent  Rarement  Jamais

#### 10) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu d'autres partenaires sexuels ?

Oui, un seul  Oui, plusieurs  Non

10.1) Si oui, il d'agissait...  de femme(s)  d'homme(s)  les deux

10.2) Si oui, avez-vous utilisé des préservatifs avec ce(s) partenaire(s)?

Toujours  Souvent  Rarement  Jamais

### Le VIH, les hépatites et vous

#### 11) Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec une personne séropositive pour le VIH ?

Oui  Non

12) Dans votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage pour le VIH ?  Oui  Non

12.1) Si oui : De quand date le dernier test ?

< 6 mois  6 à 12 mois  1 à 4 ans  5 ans ou plus

13) Dans votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage pour l'hépatite B ?  Oui  Non

14) Dans votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage pour l'hépatite C ?  Oui  Non

## Annexe 5 : Questionnaire médecin

Sexe :  homme       femme

Age : \_\_\_ ans

**15) Le questionnaire est-il complété pour ce patient ?**       Oui       Non

15.1) Si oui : Reporter le numéro d'ordre du patient sur le questionnaire: **1**.

15.2) Si non, pourquoi ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Le patient a refusé de répondre
- Le patient n'a pas eu le temps de répondre
- Le questionnaire n'a pas pu être remis au patient
- Ce n'est pas approprié à cette consultation
- Barrière de langue
- Autre motif : \_\_\_\_\_

**16) S'agit-il d'un nouveau patient ?**       Oui       Non

Si oui, aller directement à la question 19.

**17) Dans le dossier médical avant cette consultation, un facteur de risque pour le VIH ou les hépatites était-il mentionné ?**       Oui       Non

17.1) Si oui, le(s)quel(s) ?

- Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
- Plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois
- Usager de drogues injectables (UDI)
- Personne originaire d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes
- Personne dont un partenaire sexuel est infecté par le VIH
- Antécédent d'infection transmissible sexuellement ou par le sang
- Tatouages ou piercings
- Transfusion avant 1992

**18) Dans le dossier médical avant cette consultation, y a-t-il les résultats d'un dépistage pour...**

- le VIH       le VHB       le VHC       aucun des 3

**19) Ce jour, avez-vous identifié l'appartenance à un groupe à risque pour le VIH ou les hépatites ?**

- Oui       Non

**20) Ce jour, avez-vous proposé une sérologie VIH?**

- Oui, et le patient a accepté
- Oui, mais le patient a refusé
- Non, pas aujourd'hui, mais je compte le faire à une prochaine consultation
- Non, je ne le juge pas utile pour ce patient.

**21) Ce jour, avez-vous proposé une sérologie VHB ?**

- Oui, et le patient a accepté
- Oui, mais le patient a refusé
- Non, pas aujourd'hui, mais je compte le faire à une prochaine consultation
- Non, je ne le juge pas utile pour ce patient.

**22) Ce jour, avez-vous proposé une sérologie VHC ?**

- Oui, et le patient a accepté
- Oui, mais le patient a refusé
- Non, pas aujourd'hui, mais je compte le faire à une prochaine consultation
- Non, je ne le juge pas utile pour ce patient.

*Annexe 6 : Guide d'entretien de fin d'étude*

Médecin :

Groupe :

Age :

Année d'installation :

Relevé annuel de prescriptions récupéré ?

Consentement signé ?

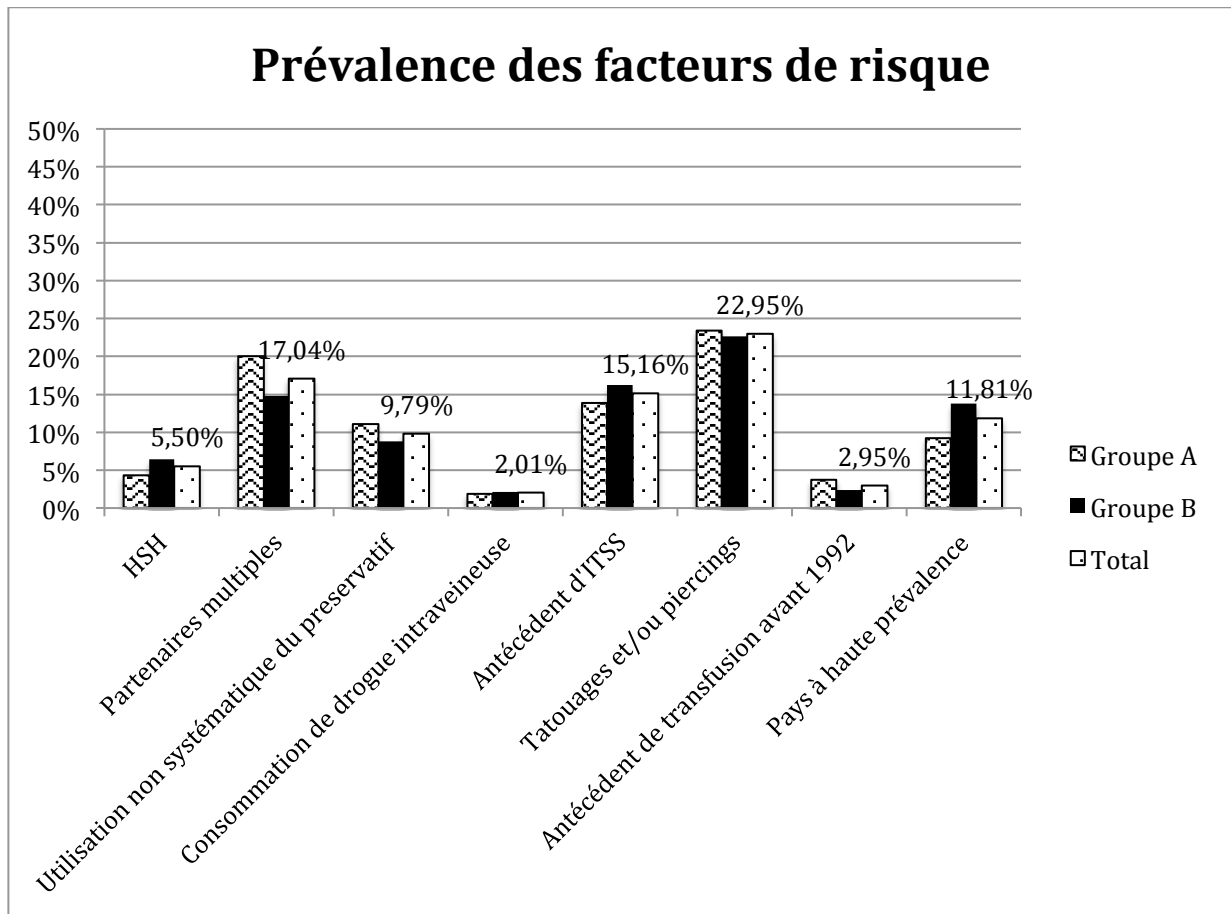
Début de l'étude :

Fin de l'étude :

Entretien après l'intervention

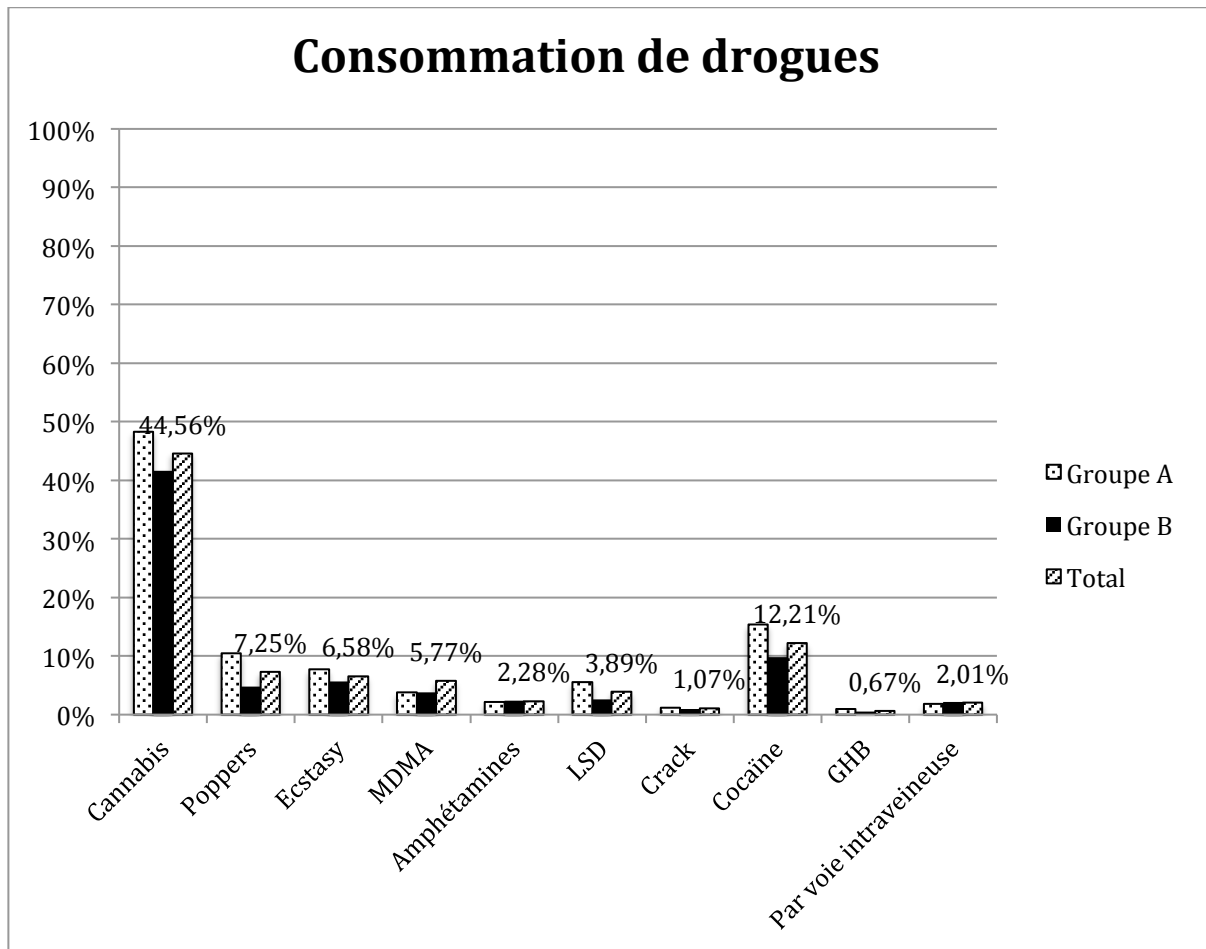
1. Comment s'est déroulée l'intervention ?
2. Qu'en avez-vous pensé ?
3. Posiez-vous déjà ces questions aux patients avant l'étude ?
4. Avez-vous conservé dans le dossier des patients les données recueillies au travers du questionnaire de l'étude ?
5. Allez-vous continuer à poser ces questions aux patients ?
6. Vous êtes-vous sentis mal à l'aise au moment de poser ces questions (groupe B) / recueillir le questionnaire (groupe A) ?

***Annexe 7 : Prévalence des différents facteurs de risque dans notre échantillon***



Les données chiffrées représentées sur la figure correspondent à la prévalence des facteurs de risques dans tout l'échantillon (groupes A + B).

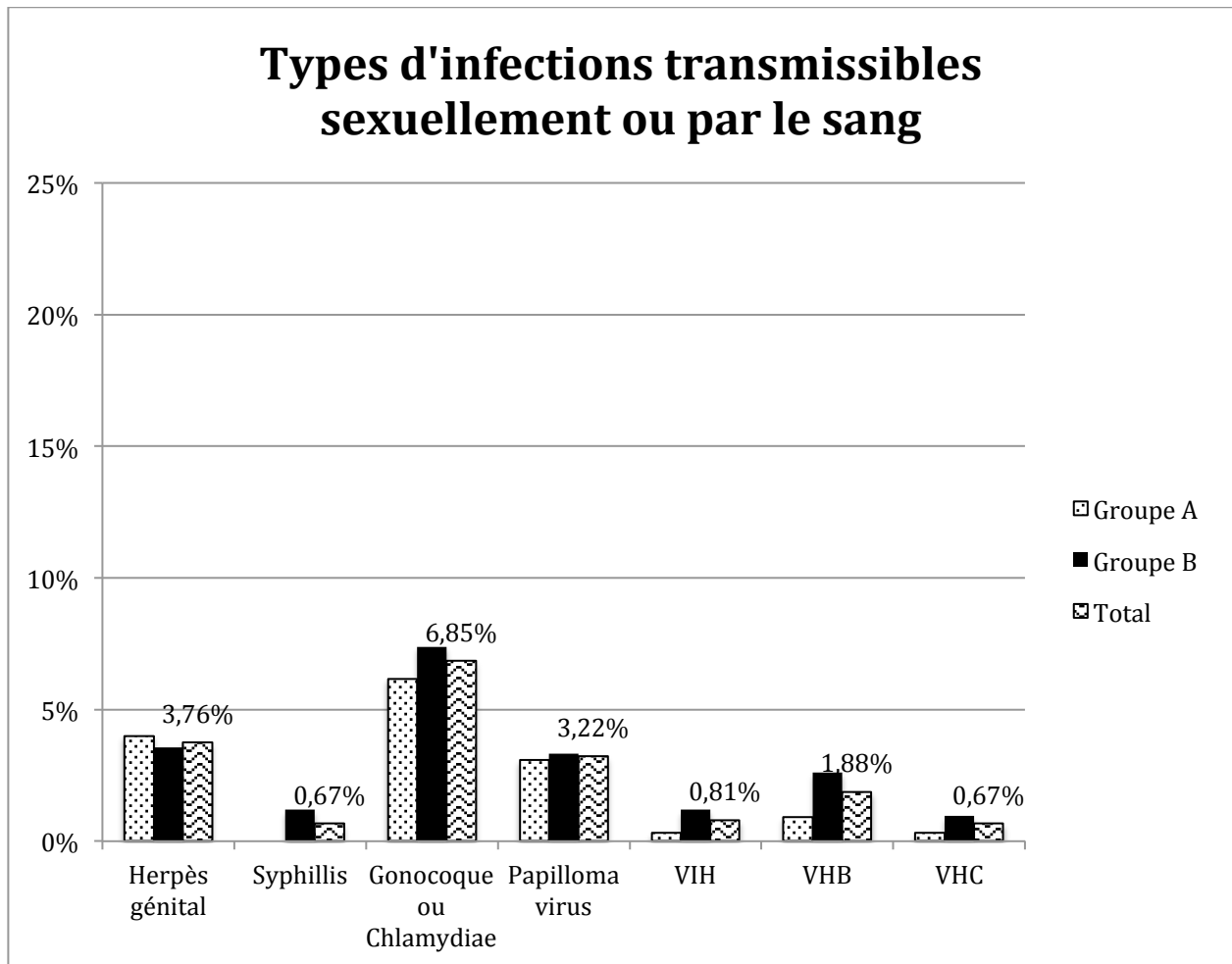
***Annexe 8 : Taux de consommation de drogues, par type de drogues, dans notre échantillon***



Les données chiffrées représentées sur la figure correspondent au taux de consommation de drogues dans tout l'échantillon (groupes A + B).



Annexe 9 : Taux des différentes ITSS dans la population de notre échantillon

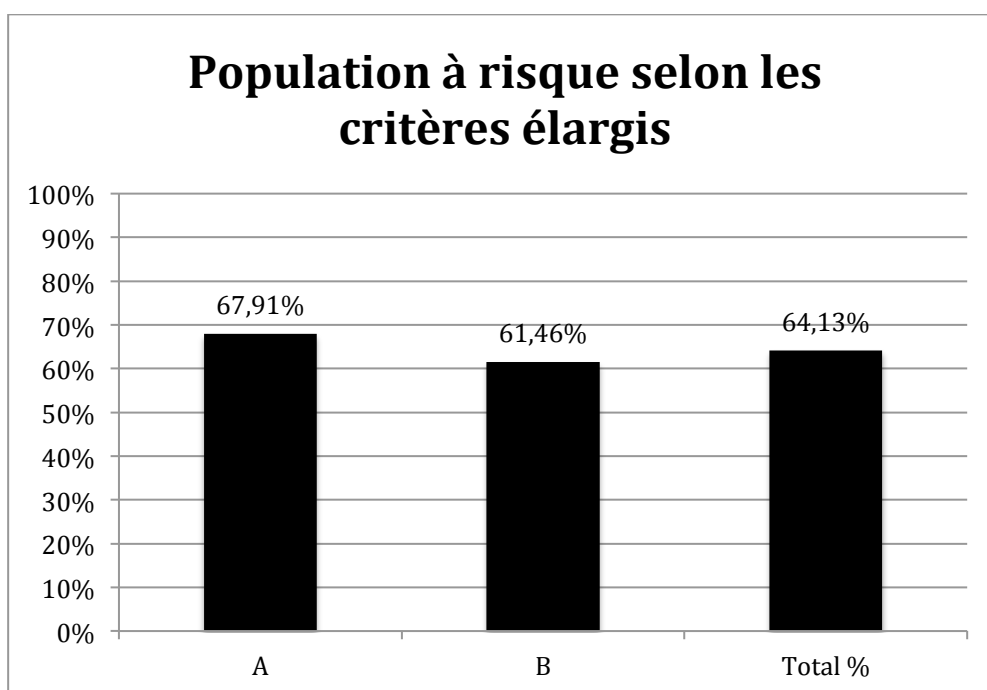


Les données chiffrées représentées sur la figure correspondent au taux de prévalence des ITSS dans tout l'échantillon (groupes A + B).

L'échelle est représentée sur 25% pour améliorer la visibilité de la figure compte tenu de la faible prévalence des différentes ITSS.

**Annexe 10 : Prévalence de la population à risque selon les critères élargis dans notre échantillon**

Facteurs de risques pris en compte : Tatouages ou piercings, transfusion avant 1992, consommation de drogues intraveineuses, ITSS, utilisation non systématique du préservatif avec les partenaires occasionnels, partenaires multiples au cours des douze derniers mois, HSH, partenaire séropositif, + consommation d'alcool jusqu'à l'ivresse au cours des douze derniers mois et consommation de drogues quelle qu'elle soit.



**Annexe 11 : Acceptabilité du questionnaire en excluant les deux médecins ayant sélectionné leurs patients (médecin n° 4 et 16)**

	Groupe A		Groupe B		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Questionnaire répondu</b>	287	92,58	376	84,88	663	88,05
<b>Questionnaire non répondu</b>	23	7,42	67	15,12	90	11,95
<b>Ecart type (%)</b>		1,49		1,70		1,18
<b>IC95 (%)</b>		89,66-95,50		81,54-88,21		85,73- 90,36

## Annexe 12 : Accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)

### RÉCÉPISSÉ

#### DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

**914022 v 0**

du 19-06-2014

Monsieur AUBERT Jean Pierre  
UNIVERSITE PARIS DIDEROT PARIS 7  
UNIVERSITE PARIS DIDEROT, EA REMES,  
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE 16,  
RUE HENRI HUCHARD - BP 416,  
16 RUE HENRI HUCHARD - BP 416  
75870 PARIS CEDEX 18

#### A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

#### Organisme déclarant

**Nom** : UNIVERSITE PARIS DIDEROT PARIS 7

**Service** : EQUIPE D'ACCUEIL (EA) : RECHERCHE CLINIQUE  
COORDONNEE VILLE-HOPITAL, METHODOLOGIES ET SOCIETE  
(REMES), DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

**Adresse** : UNIVERSITE PARIS DIDEROT, EA REMES, DEPARTEMENT  
DE MEDECINE GENERALE 16, RUE HENRI HUCHARD - BP 416, 16  
RUE HENRI HUCHARD - BP 416

**Code postal** : 75870

**Ville** : PARIS CEDEX 18

**N° SIREN ou SIRET** :

197517238

**Code NAF ou APE** :

8542Z

**Tél.** : 01 46 06 92 82

**Fax** :

#### Traitement déclaré

**Finalité** : LE REPERAGE DES FACTEURS DE RISQUE DU VIH ET DES HEPATITES B ET C, PAR INTERROGATOIRE OU PAR AUTO-QUESTIONNAIRE, PEUT-IL AMELIORER LE DEPISTAGE DU VIH EN MEDECINE GENERALE ? \*\*\*\* LE DEPISTAGE PRECOCE DU VIH ET DES HEPATITES B ET C EST UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE. POUR LE VIH, DEPUIS 2009, LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS) RECOMMANDE D'UNE PART UN DEPISTAGE GENERALISE POUR TOUTES LES PERSONNES N'AYANT JAMAIS ETE DEPISTEEES, ET D'AUTRE PART UN DEPISTAGE REGULIER POUR CERTAINS GROUPES A RISQUES. LES...

**Motif de la modification** : recueil de données anonymes s'agissant des patients

Fait à Paris, le 19 juin 2014  
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

**Annexe 13 : Accord du comité consultatif sur le traitement de l'informatique en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS)**



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE POUR LA RECHERCHE  
ET L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information  
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 13.747

Intitulé de la demande : REPEVIH. Le repérage des facteurs de risque du VIH, par interrogatoire ou par auto-questionnaire, peut-il améliorer le dépistage du VIH en médecine générale ?

Responsable scientifique : Jean-Pierre AUBERT  
Université Paris Diderot Paris 7  
EA REMES  
Département de médecine générale  
16 rue Henri Huchard - BP 416  
75870 PARIS Cedex 18

Demandeur : Jean-Pierre AUBERT  
Université Paris Diderot Paris 7

Dossier reçu le : 11.10.13

Dossier examiné le : 12 décembre 2013

**Avis du Comité consultatif :**

**Avis favorable**

*Toutefois, le Comité souhaite attirer votre attention sur le fait que dans la mesure où le recueil de données est complètement anonyme, il n'est pas nécessaire de solliciter l'avis du CCTIRS.*

Fait à Paris, le 18 décembre 2013

Jean-Louis Serre  
Président du Comité consultatif

## Annexe 14 : Accord du comité de protection des personnes (CPP)

MASURE

Paris, le 28 novembre 2013

### **Comité de Protection des Personnes Ile de France IV**

**Hôpital Saint-Louis**  
Porte 5 du carré Historique  
1 avenue Claude Vellefaux  
75475 Paris Cedex 10

**Responsable  
administrative :**  
Mme I. SCAGLIA  
Tél. : 01.42.38.92.88  
Fax : 01.42.38.92.98  
[cpp.iledefrance4@orange.fr](mailto:cpp.iledefrance4@orange.fr)

**Président :**  
Dr J.-P. CESARINI  
**Vice-président :**  
M. Marc BORAND  
**Secrétaire générale :**  
Mme M. ASTRIE-BELICK  
**Secrétaires générales  
adjointes :**  
Mme B. LEHMANN  
Dr S. KLOUCHE  
**Trésorier :**  
Pr O. CHASSANY  
**Trésorière Adjointe :**  
Mme C. MASCRET

**Membres du Comité :**  
**Collège I**  
**Médecins et chercheurs**  
O. CHASSANY  
J.-P. CESARINI  
E. CAROSELLA  
S. KLOUCHE  
M.-H. DIZIER  
B. PAPP  
F. ADNET  
P. GOLDSCHMIDT  
**Pharmacien hospitalier**  
B. LEHMANN  
**Infirmière**  
C. DELETOILLE-LANDRE  
M. ASTRIE-BELICK

**Collège II**  
**Questions éthiques**  
J.-C. KRZYWKOWSKI  
**Psychologue**  
L. LACOSTE  
**Travailleur social**  
M. BORAND  
**Compétence juridique**  
C. MASCRET  
P. A. DUMAS  
P. AUBRY  
M. BOUCHER  
**Associations de maladies  
et d'usagers**  
M. BERNARD-HARLAUT  
M. TROUGOUBOFF

UNIVERSITE PARIS DIDEROT 7-REMES  
Pr AUBERT Jean-Pierre  
16 rue Henri Huchard  
BP 416  
75870 PARIS CEDEX 18

Réf. du CPP : <b>2013/56SC</b>	Réf. du Promoteur :
	N° EudraCT : <b>2013-A01432-43</b>
Promoteur : <b>UNIVERSITE PARIS DIDEROT 7 - REMES</b>	Investigateur : <b>Pr AUBERT</b>

Le Comité a été saisi en date du 28 novembre 2013 (date de recevabilité) d'une demande d'avis pour un projet de recherche intitulé :  
**«REPEVIH : Le repérage des facteurs de risque du VIH et des hépatites B et C par interrogatoire ou par auto-questionnaire peut il améliorer le dépistage du VIH et hépatites B et C en médecine générale ? »**

Le Comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de la séance du 28 novembre 2013.  
**Membres présents :** Dr J.-P. Cesarini (I), Pr O. Chassany (I), M B Papp (I), Mme S. Klouche (I), Mme M. Bernard (II), Pr F. Adnet (I), Dr E. Carosella (I), Mme M. Astrie (I), Mme C. Deletoille (I), Mme M.H Dizier (I), Mme B. Lehmann (I), Mme C. Mascret (II), Mme A.M Masure (II). *Le Pr Olivier Chassany a déclaré en début de séance un lien d'intérêt avec le promoteur et en accord avec les membres du Comité, n'a pas participé ni à la délibération, ni au vote du Comité.*

**Le comité requalifie cette étude en étude non interventionnelle.**

Refaire la note d'information selon les modalités en vigueur.

**Dr Jean-Pierre CESARINI**  
**Président**

## TABLE DES FIGURES

---

Figure 1. Répartition des durées d'étude et des âges des médecins

Figure 2. Répartition du nombre de consultations par an

Figure 3. Répartition géographique des médecins sur Paris

Figure 4. Diagramme de flux

Figure 5. Pays de naissance des patients

Figure 6. Population à risque de notre échantillon

Figure 7. Prévalence des HSHs dans notre échantillon

Figure 8. Acceptabilité du questionnaire

Figure 9. Facteurs de risques non connus par les médecins avant l'intervention, dans la population à risque de l'échantillon

Figure 10. Prescription d'une sérologie VIH dans la population à risque

Figure 11. Prescription d'une sérologie VHB dans la population à risque

Figure 12. Prescription d'une sérologie VHC dans la population à risque

Figure 13. Taux de dépistages VIH, VHB et VHC proposé chez les HSHs

Figure 14. Acceptabilité et efficacité de l'intervention en fonction des données antérieurement connues par les médecins et des antécédents de dépistage pour le VIH des patients.

Figure 15. Acceptabilité et efficacité de l'intervention en fonction des données antérieurement connues par les médecins et des antécédents de dépistage pour le VHB des patients.

Figure 16. Acceptabilité et efficacité de l'intervention en fonction des données antérieurement connues par les médecins et des antécédents de dépistage pour le VHC des patients.

## **TABLE DES TABLEAUX**

---

Tableau 1. Caractéristiques des médecins

Tableau 2. Caractéristiques de la population

Tableau 3. Prévalence des facteurs de risques dans l'échantillon

Tableau 4. Acceptabilité des questions les plus sensibles

Tableau 5. Motifs de non-réponse au questionnaire

Tableau 6. Analyse qualitative des réactions des médecins à la fin de l'étude

## RESUME

---

Le nombre de personnes s'ignorant séropositives pour le VIH, VHB ou VHC est important en France. L'objectif de notre étude était de valider un questionnaire permettant l'identification des facteurs de risques de ces trois virus chroniques.

Notre étude observationnelle se déroulait à Paris et a duré 103 jours. L'intervention consistait pour les 18 médecins généralistes participants à proposer notre questionnaire aux 50 premiers patients, âgés de 18 à 65 ans, venant seuls en consultation. Les médecins étaient répartis en deux groupes : auto-questionnaire (A) et interrogatoire ciblé (B). Au total, 842 patients ont été inclus, 349 dans le groupe A et 493 dans le groupe B.

Le critère de jugement principal était l'acceptabilité, définie par le taux de réponse au questionnaire.

L'acceptabilité globale de notre questionnaire était de 88,48% (IC95 86,32%-90,64%), elle était de 93,12% (IC95 90,47%-95,78%) dans le groupe A et de 85,19% (IC95 82,06%-88,33%) dans le groupe B ( $p < 0,05$ ). Le motif de non-réponse le plus fréquent (36,08%) était la non-proposition des questions au patient de la part du médecin (41,10% dans le groupe B et 20,83% dans le groupe A). La prévalence des facteurs de risques dans notre échantillon était de 51,81%. Le taux d'intention de prescription d'une sérologie dans la population à risque était de 29,27% (IC95 24,74%-33,81%) pour le VIH, 26,68% (IC95 22,27%-31,10%) pour le VHB et 27,98% (IC95 23,50%-32,46%) pour le VHC. En excluant les patients pour lesquels un dépistage était déjà réalisé auparavant, ces taux étaient de 56,10% pour le VIH (IC95 40,91%-71,29%), 31,76% pour le VHB (IC95 22,96%-40,60%) et 29,91% pour le VHC (IC95 21,61%-38,21%). Dix médecins sur 18 ont ressenti une gêne pour poser les questions proposées, tandis que 12/18 ont déclaré vouloir changer leurs pratiques à l'issue de l'intervention.

Les méthodes de recueil de données étudiées, auto-questionnaire et interrogatoire ciblé, étaient efficaces pour l'identification des facteurs de risques de virus chroniques. Les intentions de dépistage par les médecins dans la population à risque étaient insuffisantes. Le frein principal à l'abord de la sexualité venait des médecins, non des patients. La sensibilisation des médecins au dépistage des virus chroniques s'impose au-delà même de l'identification des facteurs de risques chez leurs patients.

**Mots clés :** Médecins généralistes, VIH, VHB, VHC, facteurs de risques, dépistage.