

Année 2015

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PROTHON Emmanuel
né le 25 août 1986 à Nîmes (Gard)

—
Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 2015
—

Étude REPEVIH-2.
Le repérage des facteurs de risque de virose chronique
(VIH, VHB, VHC) améliore-t-il leur dépistage
en médecine générale ?

Président de thèse : Professeur YAZDANPANAH Yazdan
Directeurs de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre,
Docteur MAJERHOLC Catherine

DES de Médecine générale

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je voudrais remercier mes deux directeurs de thèse, Pr Jean-Pierre Aubert et Dr Catherine Majerholc, de m'avoir guidé tout le long de ce travail.

Je remercie Pr Yazdan Yazdanpanah pour ses conseils avisés lors de l'élaboration de ce projet, et pour me faire l'honneur de présider cette thèse.

Je remercie le Pr Stéphane Mouly et le Dr Julien Gelly d'avoir accepté de faire partie du jury de thèse.

Je dis un grand merci à ma co-thésarde, le Dr Amélie Aïm-Eusébi, pour ce projet commun réalisé à deux têtes et quatre mains.

Je tiens à remercier M. Gilles Martignon et à la Caisse primaire d'Assurance maladie de Paris de nous avoir fourni des données précieuses.

Merci au Dr Viet-Thi Tran pour ses conseils méthodologiques et pour la randomisation.

Merci aux médecins généralistes participants d'avoir pris de leur temps de consultation pour recueillir les réponses aux questionnaires.

Merci aux patients d'avoir répondu à nos questions très indiscrètes.

Merci à Mme Martine Chauffeté pour la relecture et la correction de l'*abstract* en anglais.

Merci à Florent Jouinot d'avoir relu la thèse avec son point de vue suisse.

Merci à mes maîtres de stage de médecine générale qui m'ont donné goût à cette discipline.

Enfin, je souhaite remercier ma famille, à mes amis et à tous ceux qui m'ont aidé, soutenu et accompagné pendant la réalisation de cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES	8
TABLE DES TABLEAUX.....	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	10
I. INTRODUCTION.....	11
1. EPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C	12
a. Modes de transmission	12
b. Incidence, prévalence et taille de l'épidémie cachée	12
c. Prévalence dans les populations exposées.....	13
<i>i. Migrants</i>	<i>13</i>
<i>ii. Personnes en situation de précarité.....</i>	<i>14</i>
<i>iii. Usagers de drogues injectables (UDI).....</i>	<i>14</i>
<i>iv. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).....</i>	<i>15</i>
<i>v. Tatouages et piercings</i>	<i>15</i>
d. Morbi-mortalité.....	16
2. STRATÉGIES DE DÉPISTAGE DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C	17
a. Intérêt du dépistage précoce.....	17
b. Recommandations de dépistage	18
<i>i. Concernant le VIH.....</i>	<i>18</i>
<i>ii. Concernant les hépatites B et C</i>	<i>20</i>
3. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN PREMIÈRE LIGNE	22
a. Position idéale en premier recours.....	22
b. Opportunités manquées du dépistage	22
c. Difficultés de l'abord de la sexualité en médecine générale.....	23
4. LE REPÉRAGE DES FACTEURS DE RISQUE DU VIH, DU VHB ET DU VHC EST-IL POSSIBLE EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE ? RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE REPEVIH-1.	24

a. Objectifs.....	24
b. Méthodes	25
c. Résultats.....	25
d. Conclusion.....	26
5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE REPEVIH-2	27
II. MÉTHODES	28
1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	28
a. Intervention.....	28
b. Population	29
2. CRITÈRES DE JUGEMENT	29
a. Description de la population.....	29
Caractéristiques des médecins	29
Caractéristiques des patients.....	30
Prévalence des facteurs de risque	30
Prévalence de la population à risque	30
b. Critère de jugement principal : comparaison « avant-après » du nombre moyen de sérologies par médecin.....	31
c. Critères de jugement secondaires.....	32
i. Comparaison, entre les trois virus, du volume de dépistage.....	32
ii. Comparaison, entre les deux groupes, du nombre de sérologies réalisées pendant l'intervention	33
iii. La « cascade » du dépistage	33
3. ANALYSE STATISTIQUE	34
4. STRATÉGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	35
5. AVIS DES COMITÉS D'ÉTHIQUE ET DE PROTECTION DES DONNÉES.....	35
III. RÉSULTATS.....	36
1. POPULATION.....	36
a. Médecins inclus.....	36
b. Patients inclus	40
i. Caractéristiques des patients	40

Âge, sexe et pays de naissance	40
Consommation d'alcool et de drogues	41
Vie sexuelle	43
ii. <i>Prévalence des facteurs de risque</i>	46
iii. <i>Prévalence de la population à risque</i>	48
2. CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL : COMPARAISON AVANT-APRÈS	
L'INTERVENTION.....	50
i. <i>VIH</i>	50
ii. <i>VHB</i>	50
iii. <i>VHC</i>	50
iv. <i>Conclusion pour le critère de jugement principal</i>	51
3. CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES.....	52
a. Comparaison du volume de dépistage entre le VIH, le VHB et le VHC	52
i. <i>Avant l'intervention</i>	52
ii. <i>Après l'intervention</i>	52
iii. <i>Conclusion pour la comparaison du volume de dépistage entre les trois virus</i>	52
b. Comparaison entre les deux groupes du nombre de sérologies réalisées pendant l'intervention.....	53
i. <i>VIH</i>	53
ii. <i>VHB</i>	53
iii. <i>VHC</i>	53
iv. <i>Conclusion pour la comparaison entre les deux groupes</i>	53
c. La « cascade » du dépistage	54
i. <i>Description des étapes menant au dépistage</i>	54
Étape 1 : Évaluation du risque.....	54
Étape 2 : Indication à réaliser un dépistage	54
Étape 3 : Proposition du test par le médecin	55
Étape 4 : Prescription du test donnée au patient.....	55
Étape 5 : Réalisation du test en laboratoire	55
ii. <i>Motifs de non réalisation du dépistage</i>	57
Dépistage non proposé par le médecin	57
Dépistage proposé mais refusé par le patient	57

Prescription donnée mais dépistage non réalisé par le patient	57
iii. <i>Conclusion pour la cascade du dépistage</i>	57
IV. DISCUSSION	59
1. VALIDITÉ INTERNE.....	59
a. Biais de sélection des médecins.....	59
i. <i>Analyse des biais de sélection des médecins</i>	59
ii. <i>Représentativité des médecins généralistes</i>	60
iii. <i>Comparabilité des médecins entre les groupes</i>	60
b. Biais de sélection des patients.....	61
i. <i>Analyse des biais de sélection des patients</i>	61
ii. <i>Représentativité des patients</i>	62
Répartition hommes/femmes	62
Pays de naissance.....	62
Tatouages et piercings	62
Vie sexuelle	63
Usage de drogues.....	65
iii. <i>Comparabilité des patients entre les groupes</i>	66
c. Biais d'information.....	66
Sous-estimation du nombre de sérologies pratiquées.....	67
Surestimation du nombre de sérologies pratiquées	67
2. VALIDITÉ EXTERNE : COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC D'AUTRES INTERVENTIONS SUR LE DÉPISTAGE DES VIROSES CHRONIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE	68
3. AU-DELÀ DU DÉPISTAGE DES VIROSES CHRONIQUES : INTÉRÊT D'UN QUESTIONNAIRE DE PRÉVENTION DANS LA PRATIQUE CLINIQUE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	71
a. Intérêt de la question sur le pays de naissance	71
b. Intérêt de la question sur l'usage de drogues	72
c. Intérêt des questions sur la vie sexuelle	72
Partenaires multiples et utilisation de préservatifs	72
Orientation sexuelle.....	73

d. Faisabilité de l'utilisation d'un questionnaire de prévention en pratique courante.....	74
4. AU-DELÀ DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE : UTILISATION D'UN QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES RISQUES PAR D'AUTRES ACTEURS DE PRÉVENTION.....	75
Pour les centres de dépistage.....	76
Pour les associations.....	76
Pour les laboratoires d'analyse médicale.....	77
Pour les pharmaciens.....	77
Pour le public concerné par le dépistage.....	77
5. PISTES DE RECHERCHES FUTURES	77
CONCLUSION	80
ANNEXES	82
Annexe 1 : Lettre aux médecins généralistes pour les inviter à participer à notre étude	82
Annexe 2 : Auto-questionnaire patient (Groupe A) recto	83
Annexe 3 : Auto-questionnaire patient (Groupe A) verso.....	84
Annexe 4 : Questionnaire patient, groupe interrogatoire ciblé (Groupe B)	85
Annexe 5 : Questionnaire médecin (groupes A et B).....	86
Annexe 6 : Accord du Comité de protection des personnes (CPP).....	87
Annexe 7 : Accord du Comité consultatif sur le traitement de l'informatique en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS).....	88
Annexe 8 : Récépissé de la déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).....	89
BIBLIOGRAPHIE	90
RÉSUMÉ	98
ABSTRACT	99

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux.	37
Figure 2. Répartition géographique des médecins dans Paris.	39
Figure 3. Pays de naissance des patients.	41
Figure 4. Utilisation du préservatif chez les patients déclarant avoir des partenaires non réguliers (n=179).	45
Figure 5. Nombre moyen de sérologies réalisées par médecin sur une durée de quatre semaines en 2013 (un an avant l'intervention) et en 2014 (après l'intervention).	51
Figure 6. « Cascade » du dépistage du VIH, du VHB et du VHC, de l'inclusion à la réalisation du test.	56
Figure 7. Répartition des motifs de non réalisation de dépistage VIH, VHB et VHC parmi les patients pour lesquels un dépistage était indiqué	58
Figure 8. « Cascade » des dépistages conjoints VIH/VHB/VHC. Étude en Gironde et dans le Nord en 2012.	69
Figure 9. Nombre de tests VIH réalisés par mois dans les cabinets du quartier Haringey à Londres en 2008-2012.	70

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques des médecins.....	38
Tableau 2. Âge et sexe des patients.....	40
Tableau 3. Prévalence de la consommation d'alcool et de drogues parmi les répondants au questionnaire.	42
Tableau 4. Réponses aux questions concernant la vie sexuelle chez les patients ayant répondu au questionnaire.....	44
Tableau 5. Prévalence des facteurs de risque et comparaison entre les groupes A (auto-questionnaire) et B (interrogatoire ciblé)	46
Tableau 6. Prévalence des facteurs de risque et comparaison entre les hommes et les femmes	47
Tableau 7. Prévalence de la population à risque et comparaison entre le groupe A (auto-questionnaire) et le groupe B (interrogatoire ciblé).	48
Tableau 8. Prévalence de la population à risque et comparaison entre les hommes et les femmes.	49
Tableau 9. Motifs des indications à réaliser un test de dépistage VIH, VHB ou VHC.	55
Tableau 10. Comportements sexuels : comparaison entre les résultats de REPEVIH et l'enquête sur la sexualité en France de 2006.	64
Tableau 11. Expérimentation des substances psychoactives au cours de la vie : comparaison entre l'étude REPEVIH et le Baromètre santé 2014.....	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AgHBs	Antigène de surface du virus de l'hépatite B.
AME	Aide médicale d'État.
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.
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit.
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic.
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST.
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire.
CNIL	Commission nationale informatique et libertés.
COMEDE	Comité médical pour les exilés.
CPP	Comité de protection des personnes.
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie.
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
DS	déviat ion standard.
GHB	Gamma-hydroxybutyrate.
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 études économiques.
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale.
InVS	Institut de veille sanitaire.
IST	Infection sexuellement transmissible.
ITSS	Infection transmissible sexuellement ou par le sang.
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique (de l'allemand <i>Lysersäurediethylamid</i>).
MDMA	3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine.
<i>n</i>	Nombre de patients.
OR	<i>Odds-ratio</i> .
<i>p</i>	Indice de significativité statistique <i>p</i> .
PASS	Permanence d'accès aux soins.
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise.
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique.
UDI	Usager de drogues injectables.
VHB	Virus de l'hépatite B.
VHC	Virus de l'hépatite C.
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.
VIH+	Séropositif pour le VIH.

I. INTRODUCTION

*« La question sexuelle (...)
Question tellement dominante et complexe qu'à peine abordée
elle écrase, elle aveugle, elle lie, elle intimide et déconcerte la raison »*

Pierre PROTHON (1871 – 1937).
Éducation sexuelle, dans La médecine internationale illustrée. 1929 (9), 343-345.

De nombreuses personnes sont porteuses sans le savoir du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB) ou du virus de l'hépatite C (VHC). Ces trois viroses sont responsables de maladies chroniques dont la prévalence est élevée en France. La découverte d'une séropositivité pour ces virus est souvent trop tardive. Cela a de multiples conséquences sur la morbi-mortalité de ces virus.

Tant pour le VIH que pour les hépatites B et C, les dernières recommandations incitent à cibler les populations à risques. Mais l'interrogatoire autour des risques d'infections virales VIH, VHB et VHC, souvent stigmatisées, est d'autant plus difficile que les médecins généralistes ont du mal à repérer les populations à risques au sein de leur patientèle. Un outil permettant d'identifier les sujets à dépister pourrait réduire la prévalence des infections non diagnostiquées.

L'étude REPEVIH propose un questionnaire sur les facteurs de risques du VIH et des hépatites virales, permettant au médecin généraliste de cibler les populations à dépister. La première partie de cette étude, REPEVIH-1, a été présentée par Amélie AIM-EUSEBI dans le cadre de sa thèse d'exercice. REPEVIH-1 a démontré que la mise en place d'un questionnaire était efficace pour l'identification des facteurs de risque des viroses chroniques (1,2). L'étude REPEVIH-2 s'intéresse à l'impact de l'intervention sur le nombre de sérologies de dépistage VIH, VHB et VHC réalisées par les patients.

1. EPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C

a. Modes de transmission

Les voies sexuelle, sanguine et materno-fœtale sont les modes de transmission communs au VIH et à l'hépatite B. Actuellement en France, le mode de transmission le plus fréquent pour ces deux virus est la transmission par voie sexuelle (3,4).

La transmission de l'hépatite C est principalement sanguine. L'injection de drogues par voie intraveineuse constitue le mode de transmission principal (4). Le risque de transmission par voie materno-fœtale ou sexuelle existe aussi pour le VHC, mais il est moins important que pour le VIH ou le VHB.

b. Incidence, prévalence et taille de l'épidémie cachée

Le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C ont une incidence et une prévalence importantes. La part des personnes qui s'ignorent contaminées est particulièrement préoccupante, elle constitue l'épidémie cachée de ces virus.

Environ 150 000 personnes vivaient avec le VIH en 2010 en France (3), soit 2,4 ‰ habitants. Parmi celles-ci environ 29 000 ignoraient leur séropositivité (5), soit près d'une personne séropositive sur cinq. Le nombre de découvertes de séropositivité était de 6 220 en 2013, un nombre stable depuis 2008 (6).

La prévalence des anticorps anti-HBc, correspondant au nombre de personnes ayant été en contact avec le virus de l'hépatite B au cours de leur vie, était estimée à 7,3 ‰ de la population générale en 2004, soit 3,2 millions de personnes (7). La prévalence de l'antigène HBs (AgHBs), correspondant aux personnes atteintes d'une infection chronique était de 0,65 ‰ soit 280 821 personnes. Plus de la moitié (55,2 ‰) de ces personnes ignoraient qu'elles étaient infectées. D'après l'enquête LaboHep, l'incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique en 2010 en France était comprise entre 1,6 et 2,5 cas pour 100 000 habitants (1 021 à 1 622 cas par an) (8).

La prévalence des anticorps anti-VHC en 2004 en France était de 0,84 %, soit 367 055 personnes ayant été en contact avec le VHC au cours de leur vie. Parmi celles-ci, près de la moitié (42,6 %) ignoraient leur statut. Près de deux tiers des personnes ayant des anticorps anti-VHC (65 %) étaient porteuses de l'ARN du VHC. Ainsi, 232 196 personnes étaient atteintes d'une infection chronique par le VHC et la prévalence de l'infection chronique était de 0,53 % (4). On ne dispose pas de donnée nationale concernant l'incidence de l'hépatite C en France.

Le VIH, le VHB et le VHC ayant des modes de transmission en commun, les co-infections sont fréquentes. Une enquête réalisée en 2004 parmi des patients séropositifs pour le VIH (VIH+) a estimé la prévalence des co-infections avec les virus des hépatites : 7 % des patients VIH+ ont une co-infection chronique VIH et VHB (AgHBs positifs), 24,3 % ont une co-infection VIH et VHC et 0,8 % ont une co-infection VIH, VHB et VHC (9).

c. Prévalence dans les populations exposées

i. Migrants

Les personnes nées à l'étranger sont plus touchées par le VIH, le VHB et le VHC que les personnes nées en France.

Des études menées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) sur un échantillon de personnes consultant pour un bilan de santé de l'Assurance maladie en 2003-2004 ont permis d'estimer la prévalence des trois virus en fonction du pays de naissance (7,10). Le taux de prévalence du VIH non diagnostiqué était de 1,1 % en 2004 chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (10), contre 0,03 % pour les personnes nées en France métropolitaine. Concernant l'hépatite B, le taux de prévalence en 2004 de l'AgHBs était de 5,3 % chez les personnes nées en Afrique subsaharienne, 2,7 % chez les personnes nées dans le sous-continent indien, 2,5 % chez les personnes nées au Moyen-Orient, contre 0,55 % chez les personnes nées en France métropolitaine (7). Concernant le VHC, les personnes les plus fréquemment touchées en 2004 étaient originaires du Moyen-Orient avec une prévalence de 10,1 %, suivies des personnes nées en Afrique subsaharienne avec une prévalence de 3,1 %, contre 0,73 % pour les personnes nées en France métropolitaine (7).

L'étude PREVAC-B-2 a permis d'estimer la prévalence de l'hépatite B des patients originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie, recrutés par 40 médecins généralistes de toute la France en 2010-2011. La prévalence des patients porteurs (AgHBs positifs) était de 9,1 %, la prévalence de l'anticorps anti-HBc isolé était aussi de 9,1 % et la prévalence des patients protégés était de 53,9 % (dont 17,7 % de patients vaccinés). Seuls 18,6 % des patients étaient indemnes (absence de contact avec le virus et non vaccinés) (11).

Les taux de prévalence sont encore plus importants chez les migrants en situation de précarité, comme le montrent les rapports des associations qui les accueillent. Le Comité médical pour les exilés (COMEDE) décrivait en 2013 un taux de prévalence dans ses structures d'accueil de 1,2 % pour le VIH, 7 % pour le VHB (AgHBs positifs) et 1,9 % pour le VHC (12). Dans les centres d'accueil de Médecins du Monde, les taux de prévalence en 2013 étaient de 2,8 % pour le VIH, 8,4 % pour le VHB (AgHBs positifs) et 5,4 % pour le VHC (13).

ii. Personnes en situation de précarité

Les personnes à faible revenu sont plus touchées par le VIH et les hépatites virales que le reste de la population.

Concernant le VIH, les données de l'Assurance maladie de 2012 ont montré que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMUc) et de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) étaient proportionnellement plus nombreux que la population générale à avoir une prise en charge au titre de l'affection longue durée pour le VIH avec respectivement un risque relatif de 2,5 et 3,8 (14).

Concernant les hépatites virales, la prévalence du portage de l'AgHBs en 2004 était de 1,80 % chez les personnes bénéficiaires de la CMUc contre 0,57 % chez les personnes non bénéficiaires. La prévalence des anticorps anti-VHC était trois fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMUc (2,49 %) que chez les non bénéficiaires (0,74 %) et ce indépendamment de leur origine géographique (7).

iii. Usagers de drogues injectables (UDI)

Dans l'enquête Coquelicot de 2011, sur un échantillon d'usagers de drogues, la prévalence du VIH était de 10 % (IC 95 % : 7-12) et celle du VHC de 44 % (IC 95 % : 39-48) (15).

Dans l'enquête InVS de 2004, la prévalence de l'AgHBs était 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 (7).

iv. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Dans l'enquête InVS de 2004, la prévalence du VIH chez les hommes se déclarant homosexuels ou bisexuels était de 1,7 % contre 0,05 % chez les hétérosexuels (10). La prévalence des anticorps anti-HBc était de 29,4 % chez les personnes se déclarant homosexuelles contre 6,98 % chez les personnes se déclarant hétérosexuelles. En revanche la prévalence des anticorps anti-VHC semblait similaire quelle que soit l'orientation sexuelle (7). L'étude Prevagay a estimé la prévalence parmi les hommes fréquentant des établissements de convivialité gay parisiens. Au sein de cette population spécifique, la prévalence du VIH était de 17,7 % (16), celle du VHB (AgHBs positifs) de 1,7 % et celle du VHC de 1 % (4).

v. Tatouages et piercings

La responsabilité effective des tatouages et des piercings dans la transmission des viroses chroniques est mal documentée et certaines études se contredisent.

Dans l'enquête InVS de 2004, l'antécédent de tatouages était associé de façon indépendante à la présence d'anticorps anti-VHC avec un *odds-ratio* (OR) de 2,29. Cette association n'a pas été retrouvée pour le VHB. La présence de piercings n'était associée ni à la prévalence du VHB, ni à celle du VHC (7).

Deux méta-analyses récentes ont étudié l'association entre la présence de tatouages et le risque d'infection par le VHB (17) et par le VHC (18). La présence de tatouages était associée au risque d'hépatite B avec un OR de 1,48, et au risque d'hépatite C avec un OR de 2,74. L'association la plus forte entre le risque d'infection par le VHC et la présence de tatouages ou piercings concernait les usagers de drogue par voie intraveineuse.

En revanche une autre méta-analyse concernant l'hépatite C et les tatouages et piercings ne trouvait pas d'augmentation du risque d'infection lorsque le tatouage ou le piercing est effectué par un professionnel (19), notamment d'après les résultats d'une étude menée aux

Pays-Bas (20). Le risque d'hépatite C est augmenté uniquement chez les personnes qui font leurs tatouages par des non-professionnels dans de mauvaises conditions d'hygiène, par exemple en prison ou dans la rue.

Ces études sont difficiles à interpréter puisqu'elles montrent également que les tatouages et les piercings sont associés à d'autres facteurs de risque (utilisation de drogue intraveineuse, incarcération, relations sexuelles risquées).

Concernant le lien entre le VIH et les tatouages et piercings, il existe principalement des cas cliniques rapportés isolés (21). Il est donc difficile d'établir un lien direct entre les tatouages, piercings et le risque accru d'infection.

d. Morbi-mortalité

Le VIH, le VHB et le VHC présentent chacun de multiples complications aux répercussions importantes sur la qualité de vie des patients et pouvant entraîner des défaillances d'organes, voire conduire au décès.

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ne représentait plus qu'un quart des causes de décès des patients VIH+ en 2010. On ne meurt plus directement du VIH si l'on prend bien son traitement et que l'on est contrôlé sous traitement antirétroviral. L'espérance de vie des personnes séropositives pour le VIH est presque normale lorsque le traitement est initié au seuil de 350 lymphocytes CD4/ μ L, selon une étude réalisée au Royaume-Uni (22). La majorité des patients dont l'infection est contrôlée décèdent désormais d'autres causes que le VIH : des cancers non classant SIDA et non liés aux hépatites, des atteintes hépatiques, des atteintes cardiovasculaires, des infections non classant SIDA (23). Les cancers toutes catégories confondues représentent au total un tiers des causes de mortalité.

Concernant les hépatites B et C, l'infection par le virus entraîne une hépatite aiguë, souvent asymptomatique. Cette infection peut devenir chronique ou guérir spontanément (24). Pour le VHB, le passage à la chronicité dépend de l'âge au moment de l'infection : le risque de passage à la chronicité est de 70 à 90 % chez les enfants nés de mère infectés, de 20 à 30 % chez les enfants infectés à moins de 5 ans, de 5 à 10 % chez les adultes de moins de 50 ans et de 10 % chez les adultes de plus de 50 ans. Pour le VHC, l'hépatite aiguë évolue vers le stade chronique dans 80% des cas. Pour les deux virus, la maladie chronique peut progresser et

aboutir à une cirrhose, une décompensation œdémato-ascitique ou un carcinome hépatocellulaire, qui peuvent conduire au décès. Dans une étude rétrospective sur la mortalité en rapport avec les hépatites B et C en France en 2001, le nombre de décès annuels imputables au VHB était de 1 327 et au VHC de 2 646 (25). La grande majorité des patients (95 %) avait une cirrhose et 33 % des patients avaient un carcinome hépatocellulaire. Concernant l'hépatite B, une récente étude sur une cohorte de population entre 1994 et 2009 a montré une augmentation de la mortalité toutes causes avec un ratio de 1,7 (IC95% : 1,4 – 2,0) par rapport à la population générale (26). Il y avait une augmentation de la mortalité par carcinome hépatocellulaire avec un ratio de 15,9 (IC95% : 1,4 – 2,0), par une autre maladie hépatique avec un ratio de 10,2 (IC95% : 5,8 – 16,6) et par lymphome non hodgkinien avec un ratio de 8,6 (IC95% : 3,1 – 18,6).

2. STRATÉGIES DE DÉPISTAGE DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C

a. Intérêt du dépistage précoce

Tant pour le VIH que pour les hépatites B et C, le dépistage précoce offre un double intérêt, individuel et collectif. L'intérêt individuel est la possibilité d'un traitement précoce afin de diminuer la morbi-mortalité de ces infections et ainsi améliorer la qualité de vie des patients. L'intérêt collectif est la diminution des risques de transmission.

Pour le VIH, dépister tôt offre la possibilité de débiter une prise en charge adaptée et 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 au nombre de CD4 juste avant la prise du premier traitement (22). Or un grand nombre de personnes ont un diagnostic trop tardif : 25 % des découvertes de séropositivité VIH étaient diagnostiquées avec un taux inférieur à 200 CD4/ μ L en 2013 (6).

Le dépistage du VIH a aussi pour objectif de diminuer le risque de transmission, car on estime que les personnes ignorant leur séropositivité sont à l'origine de plus de 60 % des nouvelles infections (27). Les comportements à risque sont moins fréquents à partir du moment où les personnes VIH+ connaissent leur séropositivité (28). Dans les couples sérodiscordants, l'initiation précoce d'un traitement chez le partenaire séropositif permet aussi de diminuer fortement le risque de transmission au partenaire non infecté (29). Afin de faire

baissier 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 (3).

Pour l'hépatite B, le dépistage précoce permet l'accès à un traitement, tel que l'interféron ou les analogues nucléosidiques ou nucléotidiques. L'objectif du traitement est de prévenir la survenue d'une cirrhose hépatique ou d'un carcinome hépatocellulaire et de diminuer la mortalité (4). Dans une démarche de prévention pour les sujets à risque, le dépistage permet aussi de proposer la vaccination contre le VHB aux personnes n'ayant jamais eu de contact avec le virus.

Concernant l'hépatite C, l'arrivée récente sur le marché de nouveaux traitements change la donne (4). Ces nouveaux antiviraux permettent d'obtenir une réponse virologique soutenue chez plus de 80 % des patients. Le traitement permettrait aussi de diminuer la prévalence du VHC, comme cela a été démontré dans une modélisation au Royaume-Uni auprès d'usagers de drogues (30). Toutefois l'efficacité de ces nouveaux traitements sur des critères cliniques, comme la morbidité ou la mortalité, n'a pas été démontrée à ce jour et les données sur leur tolérance sont encore limitées (31). Ces traitements, très coûteux, ne sont pas encore disponibles pour tous les patients infectés en 2015. Le *sofosbuvir*, qui a obtenu l'autorisation de mise sur le marché en 2014, n'est ainsi remboursé que pour les malades avec une atteinte hépatique sévère (score de fibrose à partir de F2 sévère) (32).

b. Recommandations de dépistage

i. Concernant le VIH

Pour le VIH, la Haute autorité de santé (HAS) a recommandé en 2009 d'appliquer une stratégie mettant les médecins généralistes au cœur de la stratégie de dépistage (33). Cette stratégie a été reprise dans le rapport d'experts de 2010 dirigé par le Pr Yéni (34). Il était recommandé un dépistage généralisé pour « *l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque* ». Un dépistage régulier, ciblé pour certains groupes à risque, était aussi proposé. (33).

Cette stratégie de dépistage généralisé n'a pas porté ses fruits, comme l'a montré l'étude SHIVA en 2014 (35). Cette étude a cherché à étudier chez 43 médecins généralistes

l'influence de la recommandation HAS de 2009 en comparant le nombre de sérologies réalisées dans des laboratoires partenaires. Entre les périodes 2009-2010 et 2010-2011, le nombre de sérologies réalisées est resté stable. D'après les médecins, les principaux obstacles au dépistage étaient la présence d'un accompagnant lors de la consultation, le trop grand nombre de recommandations de prévention, le fait que le patient soit considéré comme sans risque et la difficulté à proposer une sérologie VIH en l'absence de contexte clinique (35).

Au niveau national, le nombre de sérologies VIH réalisées en France a légèrement augmenté en 2011 après la parution des recommandations de dépistage généralisé, puis s'est stabilisé autour de 5,2 millions de sérologies VIH réalisées par an (36). Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH est en revanche resté stable sur la période 2008-2013, autour de 6 200 nouveaux cas diagnostiqués par an (6). Les recommandations de dépistage généralisé ont ainsi eu pour conséquence une augmentation de l'activité de dépistage mais sans effet sur le nombre de nouveaux diagnostics de VIH. Ce paradoxe suggère que les populations dépistées étaient ciblées de façon inadéquate : les sujets qui ignorent leur statut demeurent non dépistés.

Le rapport d'experts de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) dirigé par le Pr Morlat en 2013 (3) recommande quant à lui 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 : face à des populations particulières, dans des circonstances particulières ou sur la base de situations cliniques ou biologiques particulières.

Les populations qui doivent se voir offrir, à une fréquence régulière, un test de dépistage du VIH sont les suivantes (3) :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois ;
- les populations des départements français d'Amérique et des autres Caraïbes ;
- les usagers de drogues injectables ;
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence du VIH, notamment d'Afrique subsaharienne ;
- les personnes en situation de prostitution ;

- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH ;
- les populations en situation de précarité qui consultent par exemple dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- l'entourage familial de personnes vivant avec le VIH.

Les circonstances particulières devant amener à proposer un dépistage sont le dépistage d'une hépatite ou d'une autre infection sexuellement transmissible, une demande de contraception, une grossesse ou un projet de grossesse, une interruption volontaire de grossesse, un viol, une entrée en détention (3).

Les situations cliniques ou biologiques particulières devant faire penser au dépistage sont, par exemple, des cancers, une tuberculose, une pneumopathie, un zona, des infections herpétiques récidivantes, une dermite séborrhéique, des condylomes, un muguet buccal, une asthénie, une altération de l'état général, une fièvre prolongée, une lymphopénie, une thrombopénie... et tout signe clinique évocateur de primo-infection au VIH (3,37).

ii. Concernant les hépatites B et C

Le rapport de l'ANRS de 2014 (4) a récemment émis de nouvelles recommandations concernant le dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C. L'ANRS recommande de poursuivre un dépistage ciblé en fonction des populations et des circonstances, tout en proposant d'élargir le dépistage.

Concernant l'hépatite B, les personnes concernées par le dépistage ciblé sont :

- les personnes nées ou ayant résidé dans les régions de forte (Afrique subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (départements et régions d'outre mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) ;
- l'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB ;
- les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale ;
- les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives ;
- les voyageurs amenés à résider dans un pays de moyenne ou de forte endémicité ;
- les adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques ;
- les personnes séropositives pour le VIH ou le VHC, ou ayant une infection sexuellement transmissible (IST) en cours ou récente ;
- les personnes ayant un tatouage ou un piercing ;

- les personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral ;
- les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents ;
- les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle.

Le dépistage est aussi l'occasion de proposer une vaccination contre l'hépatite B aux personnes exposées.

Concernant l'hépatite C, les personnes concernées par le dépistage ciblé sont :

- les personnes ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992 ;
- les personnes ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse ;
- les personnes ayant été exposées à des soins invasifs avant 1997 ;
- les personnes hémodialysées ;
- les enfants nés de mère séropositive pour le VHC ;
- les personnes découvertes séropositives pour le VIH ;
- les partenaires sexuels et membres de l'entourage familial de sujets atteints d'hépatite C ;
- les personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral ;
- les personnes originaires ou ayant reçu des soins dans des pays de forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud) ;
- les personnes ayant eu des tatouages, piercings, mésothérapie ou acupuncture sans utilisation de matériel à usage unique ;
- les personnes chez lesquelles les transaminases (ALAT) sont élevées sans cause connue.

En l'absence de vaccin contre l'hépatite C, le dépistage de l'hépatite C peut être répété de façon régulière dans les populations exposées.

L'ANRS recommande par ailleurs d'élargir le dépistage VHB et VHC aux hommes âgés de 18 à 60 ans qui n'ont jamais eu de dépistage et aux femmes enceintes dès la première consultation prénatale. Il est recommandé d'associer dans tous les cas la recherche des trois virus VIH, VHB et VHC, compte tenu des similitudes épidémiologiques et de l'intérêt des tests groupés (4).

3. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN PREMIÈRE LIGNE

a. Position idéale en premier recours

Les médecins généralistes sont les médecins de premier recours. Ils ont accès à la population générale, voient leurs patients régulièrement et sont ainsi les plus à même de conduire des actions de prévention et de dépister des facteurs de risque. Ils sont au cœur du système de santé français.

En tant qu'acteurs centraux dans le dépistage du VIH et des hépatites virales, ils sont à l'origine d'un grand nombre de sérologies de dépistage. D'après le baromètre santé médecins généralistes 2009, 94 % des médecins généralistes ont prescrit au moins un dépistage du VIH par mois (pour une moyenne de 5,9 tests par mois) et 13 % d'entre eux ont annoncé une séropositivité dans l'année 2009 (38).

b. Opportunités manquées du dépistage

Il existe pourtant de nombreuses opportunités manquées de dépistage du VIH et des hépatites virales par les médecins généralistes, car les médecins éprouvent des difficultés à cibler les patients à qui proposer un dépistage.

Une étude a cherché à identifier ces opportunités manquées chez des patients nouvellement diagnostiqués VIH en France (39). 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. Parmi les HSH, plus de la moitié (52 %) 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 HSH se déclarant séronégatifs dans la ville de New York (États-Unis d'Amérique) montre que 39 % n'ont pas révélé à un professionnel de santé qu'ils avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes (40). 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 des minorités ethniques.

Concernant l'hépatite B, les médecins généralistes proposent rarement un dépistage à leurs patients originaires de zones de forte endémie. Dans l'étude PREVAC-B-2, seulement 28 % des patients originaires d'Afrique subsaharienne ou d'Asie ont bénéficié d'un dépistage au cours de leur vie (11). Une étude qualitative auprès de médecins généralistes a permis d'identifier des freins au dépistage de l'hépatite B dans cette population : la peur de discriminer, la crainte de la réaction du patient et le motif de consultation sans lien avec les hépatites (41).

c. Difficultés de l'abord de la sexualité en médecine générale

Tous les médecins n'abordent pas la sexualité de la même façon. Beaucoup éprouvent des difficultés à interroger les patients sur leur vie sexuelle.

Le sociologue Alain Giami a identifié quatre postures chez les médecins généralistes dans leur abord de la sexualité, dans une enquête qualitative auprès de 35 médecins généralistes (42). Ainsi, 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 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 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.

Une étude qualitative auprès de médecins généralistes à Paris et à Saint-Denis (43) 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 lié à ses origines socio-culturelles.

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). La conséquence de cette réticence à aborder la sexualité en médecine générale est que pour seulement un tiers

(34 %) des médecins, le dernier test de dépistage du VIH a été prescrit à l'initiative du médecin : la plupart du temps, le test est prescrit à la demande du patient (38).

Pourtant, les patients souhaitent parler de leur vie sexuelle avec leur médecin généraliste : c'est ce que montrent deux enquêtes récentes auprès de patients à Grenoble (45) et à Lausanne en Suisse (46). Une grande majorité de patients (86 % à Grenoble, 95 % à Lausanne) trouve normal que le médecin pose des questions sur leur vie sexuelle. Mais la plupart n'ont pas encore abordé ce sujet avec leur médecin (74 % à Grenoble, 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.

De nombreux médecins utilisent des questionnaires de prévention en médecine générale. Leur utilisation a été analysée par le baromètre santé médecin généralistes de 2009 : tous domaines confondus, 62 % des médecins déclarent en utiliser. Ainsi, 34 % des médecins en utilisent sur le tabac, 13 % sur la consommation d'alcool, mais seulement 2,4 % sur les drogues, et 1,1 % sur la vie sexuelle (44). L'utilisation de questionnaires de prévention est donc entrée dans la pratique de la médecine générale, mais leur utilisation reste marginale pour dépister des facteurs de risque de virose chronique comme l'usage de drogues, les partenaires sexuels multiples ou les rapports homosexuels masculins.

Il manque à ce jour un outil adapté à la consultation de médecine générale permettant de dépister les facteurs de risque efficacement et rapidement lors d'une consultation courte. L'étude REPEVIH a évalué un questionnaire simple, dans le but d'améliorer le dépistage du VIH et des hépatites B et C. La première phase de cette étude, REPEVIH-1, a été présentée dans la thèse d'Amélie Aïm-Eusébi (1). Nous en rappelons ici les principaux résultats.

4. LE REPÉRAGE DES FACTEURS DE RISQUE DU VIH, DU VHB ET DU VHC EST-IL POSSIBLE EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE ?

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE REPEVIH-1.

a. Objectifs

L'objectif principal de REPEVIH-1 (1,2) était de valider un questionnaire permettant de repérer les facteurs de risque d'exposition au VIH, du VHB et du VHC dans une consultation

de médecine générale, afin de cibler les sujets à dépister. Les objectifs secondaires étaient la comparaison de l'acceptabilité des deux modalités de ce questionnaire (auto-questionnaire rempli par le patient et interrogatoire ciblé par le médecin), l'évaluation du taux de prescription de dépistage VIH, VHB et VHC dans la population à risque d'exposition et l'étude du ressenti des médecins ayant participé à l'étude.

b. Méthodes

L'étude s'est déroulée à Paris entre mars et juillet 2014. L'intervention a consisté pour les médecins généralistes participants à proposer notre questionnaire aux cinquante premiers patients, âgés de 18 à 65 ans, venant seuls en consultation. Parmi 200 médecins tirés au sort sur une liste des généralistes parisiens, 18 médecins ont participé à notre étude. Ils 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.

c. Résultats

Le taux de réponse global au questionnaire était de 745/842 soit 88,48 % (IC95% : 86,32 - 90,64 %), avec 325/349 réponses dans le groupe A soit 93,12 % (IC95% : 90,47 - 95,78 %) et 420/493 réponses dans le groupe B soit 85,19 % (IC95% : 82,06 - 88,33 %). Le taux de réponse de l'auto-questionnaire (groupe A) était significativement supérieur à celui de l'interrogatoire ciblé (groupe B) (OR = 2,35, IC95% : 1,45 - 3,82, $p = 0,0004$).

Dans le groupe A (auto-questionnaire), les motifs rapportés par les médecins pour expliquer la non-réponse au questionnaire étaient le refus du patient (33,3 %), suivis du fait que le questionnaire semblait inapproprié au cours de la consultation (20,8 %) et de la barrière de la langue (20,8 %). Dans le groupe B (interrogatoire ciblé), le motif principal de non-réponse était le fait que le questionnaire semblait inapproprié au cours de la consultation (41,1 %), suivi du manque de temps (26,0 %), du refus du patient (12,3 %) et de la barrière de la langue (12,3 %).

Les taux de proposition de dépistage dans la population à risque d'exposition étaient 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. Les différences n'étaient pas statistiquement significatives entre les deux groupes.

Dans la population à risque d'exposition, n'ayant jamais eu de dépistage auparavant et qui n'étaient pas connue à risque auparavant par le médecin, les taux de proposition de dépistage 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 %). Les différences n'étaient pas statistiquement significatives entre les deux groupes.

Lors de l'entretien mené à la fin de l'intervention, la majorité des médecins (13 sur 18) a été satisfaite de l'intervention. La plupart ont trouvé le questionnaire faisable en pratique courante et simple à appliquer au quotidien. Huit médecins ont parfois été surpris des réponses de leurs patients, notamment concernant la consommation de drogues et les pratiques sexuelles. Cependant certains médecins ont rencontré des difficultés, notamment liés à la gêne (10 médecins) ou au manque de temps (4 médecins). A l'issue de l'intervention, 12 médecins sur 18 ont déclaré vouloir changer leurs pratiques.

d. Conclusion

Les deux méthodes de recueil de données étudiées au cours de cette étude, auto-questionnaire et interrogatoire ciblé, se sont montrées toutes deux faisables et efficaces pour l'identification en médecine générale des facteurs de risques de viroses chroniques. Le taux de réponse au questionnaire était de 88 % en moyenne. La forme d'un auto-questionnaire rempli par le patient obtenait un taux de réponse plus important (93 %) que le recueil des facteurs de risque par l'interrogatoire du médecin (85 %). Parmi les patients à risque d'exposition au VIH, VHB et VHC, environ un quart a bénéficié d'une proposition de dépistage au cours de cette étude.

La deuxième phase de cette étude, REPEVIH-2, s'intéresse à l'impact de l'intervention sur le nombre de prescriptions de sérologies VIH, VHB et VHC réalisées chez les patients de notre échantillon de médecins.

5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE REPEVIH-2

L'objectif principal de l'étude REPEVIH-2 était d'étudier en médecine générale l'efficacité d'une intervention repérant les facteurs de risques du VIH, VHB et VHC sur l'activité de dépistage de ces trois virus par les médecins inclus.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de comparer l'efficacité du dépistage entre les deux modalités de repérage des facteurs de risques (auto-questionnaire et interrogatoire ciblé) d'une part, et entre chacun des trois virus d'autre part. Nous avons aussi cherché à identifier les opportunités manquées de dépistage parmi les étapes du parcours du patient conduisant à la réalisation d'un test de dépistage en laboratoire.

II. MÉTHODES

1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE

L'étude REPEVIH-2 est une étude d'évaluation des pratiques, observationnelle, avant-après. Elle fait suite à l'étude REPEVIH-1 avec laquelle elle partage la même intervention et la même population.

a. Intervention

L'étude s'est déroulée à Paris du 24 mars au 4 juillet 2014. L'intervention consistait, pour les médecins inclus, à proposer notre questionnaire aux cinquante premiers patients vus de façon consécutive, de 18 à 65 ans, venant seuls en consultation.

Dans le groupe A « 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 à l'issue de la consultation (Annexes 2 et 3). Dans le groupe B « interrogatoire ciblé », le médecin posait directement les questions au patient au cours de la consultation (Annexe 4).

Notre questionnaire comportait des questions sur l'âge, le sexe et le pays de naissance, les antécédents personnels (tatouages ou piercings, transfusion sanguine avant 1992, consommation d'alcool jusqu'à l'ivresse, consommation de drogues, antécédents d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang, antécédents de dépistage VIH, VHB, VHC). Des questions concernaient la vie sexuelle : existence d'un partenaire sexuel actuellement et son sexe, existence d'autres partenaires pendant les douze derniers mois et leur sexe, utilisation de préservatifs.

En fonction des réponses au questionnaire, le médecin était libre de proposer ou non un dépistage pour le VIH, le VHB et/ou le VHC. Pour chaque patient, le médecin devait remplir un « questionnaire médecin » (Annexe 5) pour indiquer si un dépistage était proposé et s'il était accepté par le patient.

b. Population

Les médecins participant à l'étude ont été tirés au sort par échantillonnage aléatoire systématique parmi la liste des médecins généralistes libéraux exerçant à Paris issue de l'étude DÉMOMED-75 (47). Cette liste a été établie après recoupement des données de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et de l'Ordre des médecins. Elle recensait uniquement les médecins exerçant en libéral. Les médecins exclus étaient les médecins salariés (notamment ceux exerçant dans un centre de santé), ceux ayant une activité exclusive à SOS médecins ou aux Urgences médicales de Paris, les médecins remplaçants et ceux n'ayant aucune activité de médecine générale. Le tirage au sort des médecins participants parmi la liste de DÉMOMED-75 s'est fait avec le logiciel Microsoft Excel.

Le recrutement de ces médecins s'est fait par courrier postal (voir Annexe 1), suivi d'une relance par appel téléphonique de chacun des médecins échantillonnés.

L'inclusion et la randomisation des patients se sont faites en grappes (*clusters*), chaque médecin recrutant une « grappe » de 50 patients. Les médecins étaient affectés à un des deux groupes, A ou B, par randomisation par blocs par une tierce personne extérieure à l'étude. Ils devaient chacun inclure 50 patients dans leur groupe d'attribution.

Les critères d'inclusion des patients étaient les patients âgés de 18 à 65 ans, venant seuls en consultation. Les patients exclus étaient les mineurs ou les patients âgés de 66 ans ou plus, les patients venant en consultation accompagnés et 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.

2. CRITÈRES DE JUGEMENT

a. Description de la population

Caractéristiques des médecins

Nous avons recueilli les caractéristiques des médecins inclus : âge, sexe, année d'installation, part de patients avec CMUc, répartition de la patientèle par tranches d'âge.

Caractéristiques des patients

Nous avons décrit les caractéristiques des patients concernant l'âge et le sexe. Nous avons analysé les réponses des patients concernant le pays de naissance, la consommation d'alcool et de drogues et les réponses concernant la vie sexuelle.

Prévalence des facteurs de risque

A partir des réponses au questionnaire, nous avons défini des facteurs de risque qui correspondaient soit à l'appartenance à un groupe à haute prévalence du VIH, du VHB et/ou du VHC, soit à des situations ou comportements à risque d'exposition pour le VIH, le VHB et/ou le VHC. Ces facteurs de risque étaient les suivants :

- naissance dans une région de haute prévalence (régions françaises d'outre mer, Afrique subsaharienne, Asie, Amérique latine, Caraïbes) ;
- présence de tatouages et/ou de piercings ;
- antécédent de transfusion avant 1992 ;
- consommation de drogues intraveineuses au cours de la vie ;
- antécédent d'infection transmise sexuellement ou par le sang (ITSS) ;
- utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire autre que le partenaire régulier ;
- existence de plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois ;
- appartenance au groupe des HSH ;
- rapport avec un partenaire séropositif pour le VIH au cours de la vie.

Nous avons calculé la prévalence de chacun de ces facteurs de risque parmi les répondants au questionnaire et nous l'avons comparée entre les hommes et les femmes.

Prévalence de la population à risque

La « population à risque » est définie dans notre étude par l'ensemble des personnes comportant au moins un facteur de risque d'exposition au VIH, au VHB et/ou au VHC. Compte tenu de l'absence de consensus pour considérer la présence de tatouages ou piercings comme un facteur de risque d'exposition, nous avons retenu deux définitions pour la population à risque :

- Dans une définition « classique » de la population à risque, nous considérons tous les facteurs de risque cités ci-dessus, y compris la présence de tatouages ou piercings ;
- Dans une définition « restreinte » de la population à risque, nous considérons les facteurs de risque cités ci-dessus, à l'exception de la présence de tatouages ou piercings.

Nous avons calculé la prévalence de la population à risque parmi les répondants au questionnaire selon les deux définitions et nous l'avons comparée entre les hommes et les femmes.

b. Critère de jugement principal : comparaison « avant-après » du nombre moyen de sérologies par médecin

La CPAM de Paris nous a fourni la liste des sérologies VIH, VHB et VHC réalisées en ambulatoire et qui avaient été prescrites par les médecins inclus. Chaque prescripteur était identifié et les dates de prescription et de réalisation étaient précisées. Les données étaient anonymisées pour les patients. Elles étaient issues du système informationnel SIAM/ERASME (Système informationnel de l'Assurance Maladie / Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico Economique) de la CPAM de Paris. Elles concernaient uniquement les sérologies réalisées en ambulatoire et remboursées par l'Assurance Maladie, chez les bénéficiaires du régime général affiliés à la CPAM de Paris, hors sections locales mutualistes. Les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME) et de la CMUc étaient inclus dans les données collectées. Les patients couverts par des régimes spécifiques (sections locales mutualistes, régime social des indépendants, régime agricole, régimes spéciaux) et ceux couverts par des caisses du régime général en dehors de Paris ne faisaient pas partie des données collectées.

À partir de ces données, nous avons calculé le nombre moyen, par médecin, de sérologies réalisées pendant les quatre semaines suivant le début de l'intervention pour chaque virus.

Les examens biologiques ciblés étaient :

- pour la sérologie VIH : le code 0388 de la nomenclature des actes de biologie médicale ;

- pour la sérologie VHB : la réalisation d'au moins un des codes 0322, 0323, 4710, 4711, 4712, 4713, 4714 ou 4715 de la nomenclature, correspondant aux différents anticorps de l'hépatite B, à l'antigène AgHBs et à leurs combinaisons possibles ;
- pour la sérologie VHC : le code 3784 de la nomenclature (48).

Le critère de jugement principal était, pour chacun des trois virus, la comparaison « avant-après » entre le nombre moyen par médecin de sérologies réalisées sur une durée de quatre semaines après le début de l'intervention et le nombre moyen par médecin de sérologies réalisées sur la même durée un an auparavant.

Les périodes ciblées correspondaient aux quatre semaines à compter du début de l'intervention pour chaque médecin, et à la même période de quatre semaines un an auparavant. Nous avons posé une date limite de réalisation (date du prélèvement au laboratoire) après laquelle les données n'étaient plus prises en compte pour l'analyse. Elle était fixée arbitrairement au 5 octobre 2014 pour les données après intervention, et au 6 octobre 2013 pour les données un an auparavant. Nous avons tenu compte du fait que chaque médecin a commencé son intervention à une date différente, entre le 24 mars et le 26 juin 2014. Par exemple, pour le premier médecin à avoir commencé l'intervention, les données analysées étaient d'une part les sérologies prescrites entre le 24 mars et le 20 avril 2014 (et réalisées avant le 5 octobre 2014), et d'autre part les sérologies prescrites entre le 24 mars et le 20 avril 2013 (et réalisées avant le 6 octobre 2013).

c. Critères de jugement secondaires

i. Comparaison, entre les trois virus, du volume de dépistage

Le nombre moyen de sérologies réalisées a été comparé entre chacun des trois virus : entre le VIH et le VHB, entre le VIH et le VHC et entre le VHB et le VHC. Nous avons réalisé cette comparaison sur les mêmes périodes que pour le critère de jugement principal : d'une part, une période de quatre semaines en 2013, un an avant l'intervention, et d'autre part les quatre semaines à partir du début de l'intervention en 2014.

ii. Comparaison, entre les deux groupes, du nombre de sérologies réalisées pendant l'intervention

Le nombre moyen de sérologies VIH, VHB et VHC réalisées par médecin pendant l'intervention a été mesuré pour l'ensemble des médecins puis comparé entre les médecins du groupe A (auto-questionnaire) et du groupe B (interrogatoire ciblé).

La période ciblée pour la date de prescription était la période entre le début et la fin de l'intervention de chaque médecin. La date limite de réalisation des sérologies (date du prélèvement au laboratoire) était fixée arbitrairement au 6 octobre 2014.

iii. La « cascade » du dépistage

Pour évaluer le parcours du patient de l'inclusion au dépistage, nous avons analysé chacune des étapes amenant à la réalisation des sérologies VIH, VHB et VHC :

1. Le nombre de patients inclus dans l'étude ;
2. Le nombre de patients pour lesquels une évaluation du risque a été réalisée (indifféremment par auto-questionnaire ou par interrogatoire ciblé) ;
3. Le nombre de patients pour lesquels un dépistage était indiqué, c'est-à-dire :
 - a. si le patient appartenait à la population à risque (définition « classique » définie ci-dessus),
 - b. s'il n'avait jamais eu de dépistage au cours de sa vie,
 - c. ou si le médecin jugeait utile de proposer un dépistage pour toute autre raison (demande du patient, contexte clinique, réalisation d'un dépistage sans évaluation du risque...)
4. Le nombre de patients à qui un dépistage était proposé ;
5. Le nombre de patients à qui un dépistage était prescrit ;
6. Le nombre de sérologies réalisées en laboratoire et remboursées par l'Assurance maladie suite à une prescription par le médecin pendant la durée de l'intervention, d'après les données de la CPAM de Paris.

Nous avons ainsi calculé le taux d'évaluation du risque, le taux d'indication à un dépistage, le taux de proposition, le taux de prescription et le taux de réalisation du dépistage, pour chacun des trois virus. Ces taux étaient calculés par rapport au total des patients inclus.

Nous avons aussi calculé pour chaque virus le taux de réalisation du test parmi les patients qui avaient une indication à le faire. Pour les patients n'ayant pas réalisé le test, nous avons détaillé la répartition des motifs de non réalisation du test : soit le test n'était pas proposé par le médecin, soit le test était proposé mais refusé par le patient, soit le test était prescrit par le médecin mais non réalisé.

3. ANALYSE STATISTIQUE

Pour la description des caractéristiques des médecins, nous avons calculé les moyennes et les médianes et les avons comparé aux données de référence de Paris à l'aide d'un test t de Student pour les moyennes et d'un test Z pour les proportions.

Pour la description de l'âge des patients, nous avons calculé la moyenne et l'écart-type. Nous avons comparé l'âge entre les groupes A et B à l'aide d'un test t de Student de comparaison entre deux moyennes.

Pour les autres réponses au questionnaire et pour le calcul de la prévalence des facteurs de risque et de la population à risque, nous avons calculé des pourcentages avec leur intervalle de confiance à 95 %. Pour comparer ces résultats entre les groupes A et B d'une part et entre les hommes et les femmes d'autre part, nous avons réalisé un test exact de Fisher.

Un test t de Student de comparaison entre deux séries appariées a été réalisé pour comparer le nombre moyen de sérologies réalisées par médecin avant et après l'intervention (critère de jugement principal) ainsi que pour la comparaison entre les trois virus (critère de jugement secondaire). Un test t de Student de comparaison entre deux moyennes a été réalisé pour comparer, entre les deux groupes, le nombre moyen de sérologies réalisées par médecin (critère de jugement secondaire).

Les logiciels suivants ont été utilisés : *Excel 2011*, *R* version 3.1.1 et *RStudio* version 0.98.1028.

4. STRATÉGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons procédé à une analyse de la littérature, dans un premier temps pour définir le sujet de recherche, puis pour comparer nos résultats à d'autres études de la littérature. Pour cela nous avons utilisé la base de données Medline (disponible sur ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), le moteur de recherche Google Scholar (disponible sur scholar.google.com), le catalogue des thèses de la Bibliothèque interuniversitaire de santé (disponible sur biusante.parisdescartes.fr) et le catalogue des thèses du Département de médecine générale de la Faculté de médecine Paris Diderot (disponible sur bichat-larib.com).

Nous avons utilisé les mots-clés suivants dans notre stratégie de recherche :

- En français : « médecine générale », « dépistage », « VIH », « VHB », « VHC », « interrogatoire », « questionnaire », « facteurs de risque », « sexualité », « comportements sexuels », « HSH » ;
- En anglais : « family medicine », « general practice », « screening », « HIV », « HBV », « HCV », « interview », « questionnaire », « risk factors », « sexuality », « sexual behaviour », « sexual history », « MSM ».

Nous avons aussi recensé les recommandations françaises sur le dépistage du VIH et des hépatites virales publiées par la HAS et par l'ANRS.

5. AVIS DES COMITÉS D'ÉTHIQUE ET DE PROTECTION DES DONNÉES

Les 18 médecins inclus ont donné leur consentement écrit à l'utilisation des leurs données de prescription de sérologies VIH, VHB et VHC. Les patients étaient informés par les médecins de leur participation à l'étude. Toutes les informations collectées concernant les patients étaient anonymes.

Le Comité de protection des personnes (CPP) Ile-de-France IV a été sollicité et a requalifié l'étude en étude non interventionnelle le 28 novembre 2013 (Annexe 6). Le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) a émis un avis favorable le 12 décembre 2013 (Annexe 7). L'étude a été déclarée à la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) le 19 juin 2014 (Annexe 8).

III. RÉSULTATS

1. POPULATION

a. Médecins inclus

Un échantillon de 200 médecins généralistes a été tiré au sort parmi les 2 273 médecins généralistes libéraux exerçant à Paris, recensés par l'étude Démomed 75 (47). 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, quatre médecins n'ont finalement pas débuté l'étude et ont été exclus, dont trois dans le groupe B et un dans le groupe A. Parmi les 20 médecins ayant débuté l'étude, un 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 seul médecin a été perdu de vue, il appartenait au groupe A. L'effectif final était de 18 médecins, dont 8 dans le groupe A et 10 dans le groupe B. Le diagramme de flux est représenté sur la Figure 1.

Les caractéristiques des médecins sont représentées dans le Tableau 1. Les médecins avaient en moyenne 53 ans. Il y avait huit hommes et dix femmes. Quinze médecins étaient en secteur 1, deux médecins étaient en secteur 2 et un médecin était en secteur 3. Ils pratiquaient en moyenne 3 829 consultations par an. Leur patientèle comportait 10,77 % de bénéficiaires de la CMUc. Elle était composée pour 12,65 % d'enfants de moins de 16 ans, pour 67,31 % de personnes de 16 à 59 ans et pour 20,02 % de personnes âgées de 60 ans et plus.

La durée moyenne de l'intervention était de 13 jours ouvrables (minimum 2 jours, maximum 40 jours), sans différence significative entre les deux groupes ($p = 0,97$).

Figure 1. Diagramme de flux.

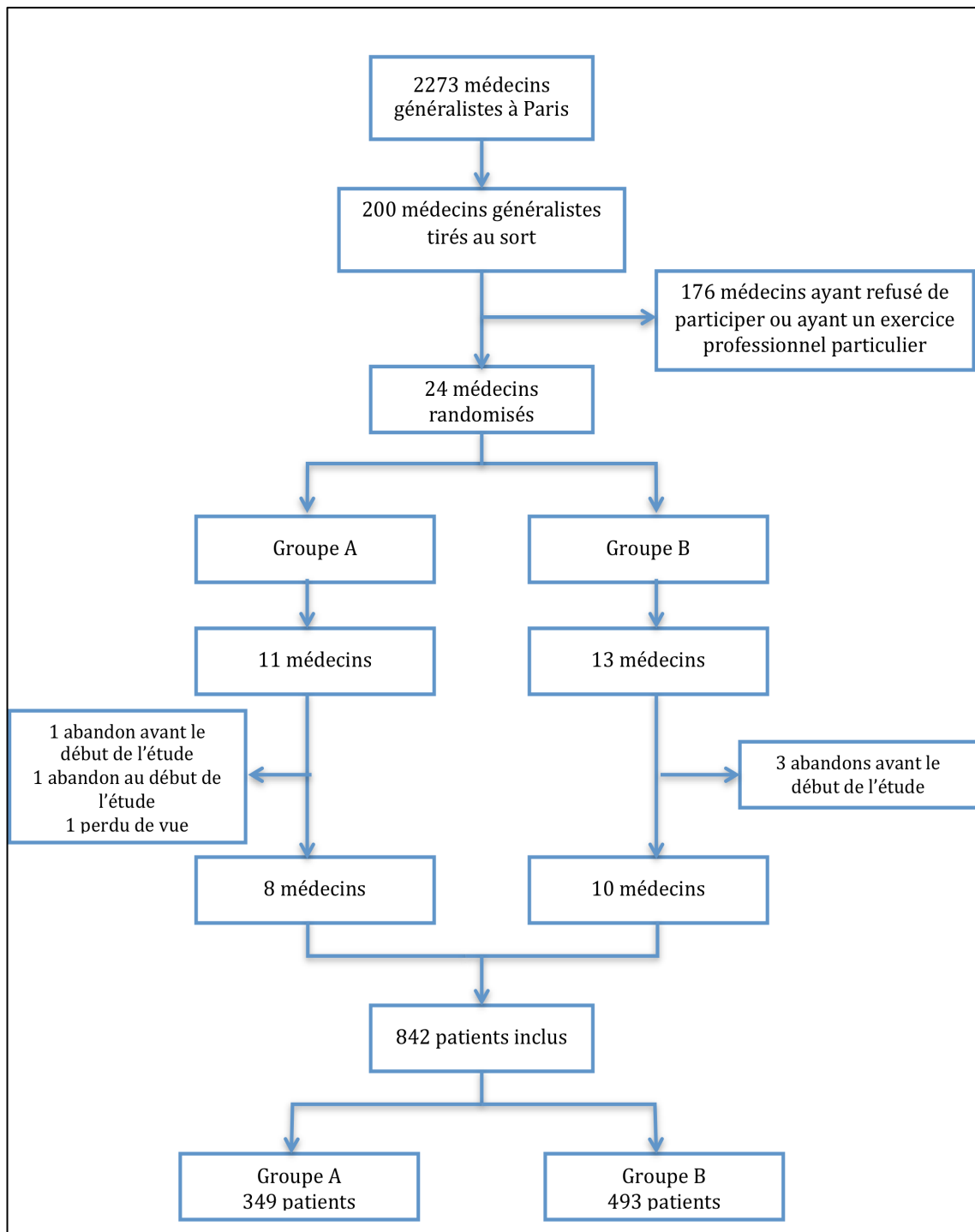


Tableau 1. Caractéristiques des médecins.

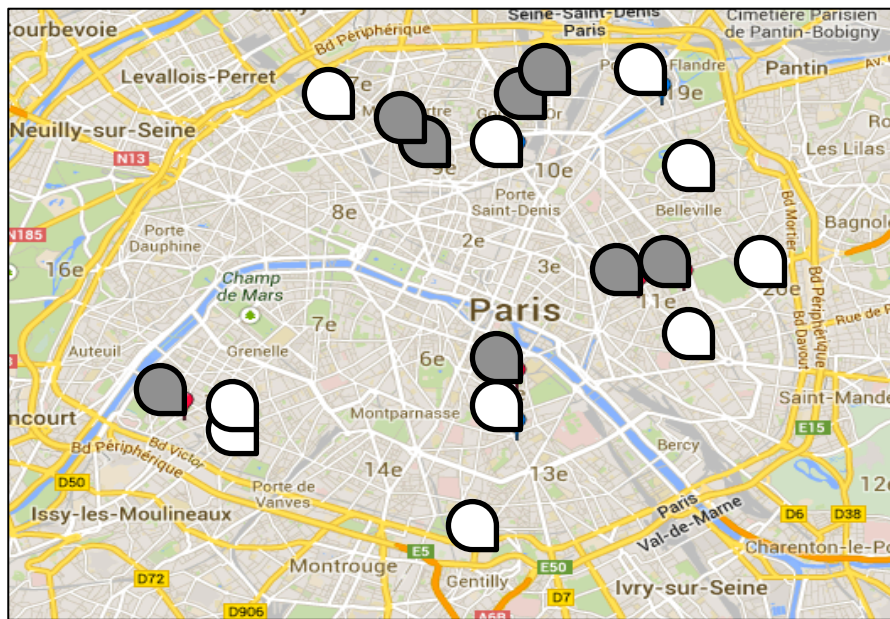
Numéro du médecin	Groupe	Nombre de patients inclus	Durée de l'étude (jours)	Age (ans)	Sexe	Secteur	Année d'installation	Nombre de consultations/an	Patientèle CMU (%)	Patientèle < 16 ans (%)	Patientèle 16-59 ans (%)	Patientèle 60-69 ans (%)	Patientèle > 70 ans (%)
1	A	50	4	46	M	1	2012	3846	10,62	12,41	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
Moyenne	Tous	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[^]				3920*	8,37*	21,84*	58,91*	9,00*	10,23*
	p			0,58				0,85	< 0,01				
Médiane	Tous		10	55			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


* Données CPAM


[^] Données Insee (institut national de la statistique et des études économiques) (49)

La répartition géographique des médecins dans Paris est représentée sur la Figure 2. Un tiers des médecins était situé dans des arrondissements du nord de Paris (9^e, 10^e, 17^e et 18^e arrondissements), un autre tiers était dans l'est (11^e, 19^e et 20^e arrondissements), et le dernier tiers dans le sud (5^e, 13^e et 15^e arrondissements).

Figure 2. Répartition géographique des médecins dans Paris.



 Groupe A (auto-questionnaire)

 Groupe B (interrogatoire ciblé)

b. Patients inclus

Au total 842 patients ont été inclus, dont 349 dans le groupe A et 493 dans le groupe B. En moyenne 47 patients ont été inclus par médecin.

i. Caractéristiques des patients

Âge, sexe et pays de naissance

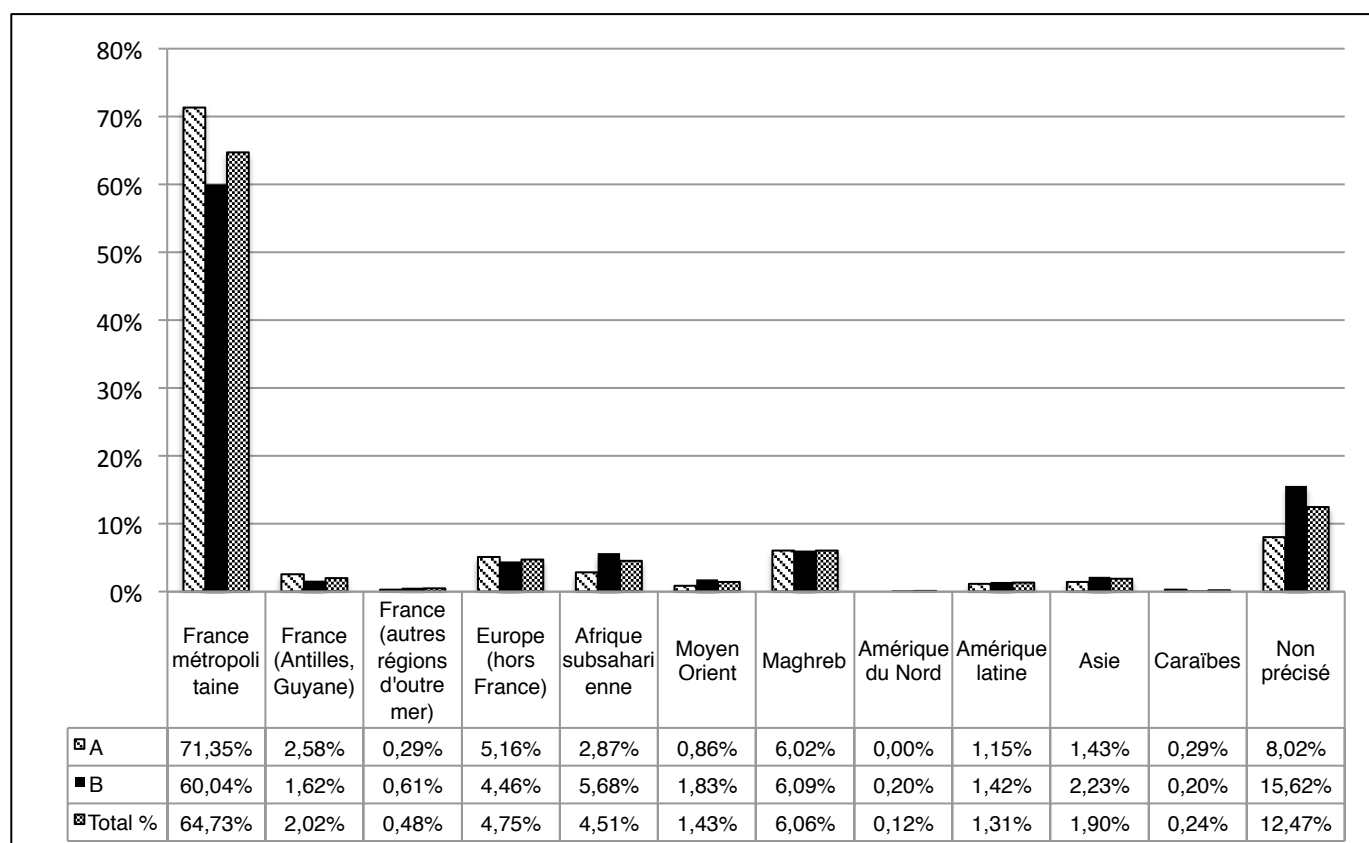
La moyenne d'âge des patients était de 39,7 ans. Il y avait 492 femmes (58,43 %) et 324 hommes (38,48 %). La donnée sur le sexe était manquante pour 26 patients (3,09 %). La proportion d'hommes était plus élevée dans le groupe B (Tableau 2), avec une différence statistiquement significative ($p = 0,01$).

Tableau 2. Âge et sexe des patients.

		Ensemble des patients inclus (N=842)	Groupe A (N=349)	Groupe B (N=493)	<i>p</i>
Moyenne d'âge en années +/- DS		39,68 +/- 12,92	36,62 +/- 12,56	39,72 +/- 13,18	0,82
Sexe	Femmes, n (%)	492 (58,43)	221 (63,32)	271 (54,97)	0,01
	Hommes, n (%)	324 (38,48)	116 (33,24)	208 (42,19)	
	Non précisé, n (%)	26 (3,09)	12 (3,44)	14 (2,84)	

Le pays de naissance des patients inclus est représenté sur la Figure 3. La majorité des patients (64,73%) est née en France métropolitaine. Les autres patients venaient principalement du Maghreb (6,02 %), d'un autre pays européen (4,75 %) ou d'Afrique subsaharienne (4,51 %). Le pays de naissance n'a pas été précisé pour 12,47 % des patients.

Figure 3. Pays de naissance des patients.



Consommation d'alcool et de drogues

Les réponses des patients concernant les consommations d'alcool et de drogues sont représentées dans le Tableau 3. Parmi les répondants, 32,35 % des patients (IC95% : 28,99 – 35,71 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool jusqu'à l'ivresse pendant les douze derniers mois. Les répondants étaient 46,58 % (IC95% : 43,00 – 50,16 %) à déclarer avoir déjà consommé des drogues au cours de leur vie. La drogue la plus consommée était le cannabis, qui concerne 44,56 % des répondants (IC95% : 40,99 – 48,13 %). Les autres drogues consommées étaient, par ordre de fréquence, la cocaïne, le poppers, l'ecstasy, la MDMA, le

LSD, l'héroïne, les amphétamines, le crack et le GHB. La prévalence de la consommation de drogue par voie intraveineuse au cours de la vie était de 2,01 % (IC95% : 1,00 - 3,02 %).

Les hommes étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer avoir présenté une ivresse dans l'année, ainsi qu'à avoir consommé des drogues au cours de leur vie, et la différence était statistiquement significative. On observe cette tendance pour chacune des drogues et la différence entre les sexes était significative pour le cannabis, la cocaïne, le poppers, l'héroïne et le crack.

Tableau 3. Prévalence de la consommation d'alcool et de drogues parmi les répondants au questionnaire.

Consommation d'alcool et de drogues		Ensemble des répondants	Hommes	Femmes	p
Prévalence en % (IC95%)		(n = 745)	(n = 284)	(n = 454)	
Ivresse dans l'année		32,35 (28,99 – 35,71)	43,31 (37,55 – 49,07)	24,67 (20,70 – 28,64)	< 10⁻⁶
Consommation de drogues au cours de la vie		46,58 (43,00 – 50,16)	55,28 (49,50 – 61,60)	40,75 (36,23 – 45,27)	< 0,001
dont...	Cannabis	44,56 (40,99 – 48,13)	53,17 (47,37 – 58,97)	38,77 (34,28 – 43,25)	< 0,001
	Cocaïne	12,21 (9,86 – 14,57)	15,14 (10,97 – 19,31)	10,13 (7,36 – 12,91)	0,048
	Poppers	7,25 (5,39 – 9,11)	10,56 (6,99 – 14,14)	5,07 (3,05 – 7,08)	0,008
	Ecstasy ou MDMA	9,40 (7,30 – 11,49)	11,62 (7,89 – 15,35)	7,93 (5,44 – 10,42)	0,12
	LSD	3,89 (2,50 – 5,28)	5,63 (2,95 – 8,32)	2,86 (1,33 – 4,40)	0,08
	Héroïne	3,22 (1,95 – 4,49)	5,63 (2,95 – 8,32)	1,76 (0,55 – 2,97)	0,005
	Amphétamines	2,28 (1,21 – 3,35)	3,52 (1,38 – 5,66)	1,54 (0,41 – 2,68)	0,12
	Crack	1,07 (0,33 – 1,81)	2,46 (0,66 – 4,27)	0,22 (0 – 0,65)	0,006
	GHB	0,67 (0,08 – 1,26)	1,41 (0,04 – 2,78)	0,22 (0 – 0,65)	0,08
	Par voie intraveineuse	2,01 (1,00 – 3,02)	3,17 (1,13 – 5,21)	1,32 (0,27 – 2,37)	0,29

Vie sexuelle

Les réponses des patients aux questions concernant leur vie sexuelle sont représentées Tableau 4. À la première question, 70,07 % des patients ont répondu qu'ils avaient un partenaire sexuel régulier actuellement, dont 62,15 % avec une personne de sexe différent et 5,10 % avec une personne de même sexe. Le sexe du partenaire régulier n'était pas précisé pour 2,82 % des répondants.

La question suivante portait sur l'existence d'autres partenaires sexuels pendant les douze derniers mois : il pouvait s'agir de partenaires occasionnels ou d'un ex-partenaire régulier. Les patients étaient 24,03 % (IC95% : 20,96 – 27,09 %) à répondre par l'affirmative, dont 11,81 % (IC95% : 9,49 – 14,13 %) qui ont eu un seul autre partenaire et 12,21 % (IC95% : 9,86 – 14,57 %) qui en ont eu plusieurs. Chez 18,26 % des patients (IC95% : 15,48 – 21,03 %) il s'agissait de relations avec une personne de sexe différent et chez 4,30 % des patients (IC95% : 2,84 – 5,75 %) il s'agissait de relations avec une personne de même sexe.

Le pourcentage de patients ayant eu plusieurs partenaires au cours de l'année a été calculé en additionnant les patients déclarant avoir plusieurs partenaires non réguliers et les patients déclarant avoir à la fois un partenaire régulier actuellement et un seul autre partenaire dans l'année. Ainsi 17,05 % des patients (IC95% : 14,35 - 19,75 %) ont eu plusieurs partenaires dans l'année. Ce taux était significativement plus élevée chez les hommes [25,35 % (IC95% : 20,29 – 30,41 %)] que chez les femmes [11,67 % (IC95% : 8,72 – 14,63 %)], avec un *odds-ratio* (OR) de 2,56 (IC95% : 1,70 – 3,88) et un degré de significativité $p < 10^{-5}$.

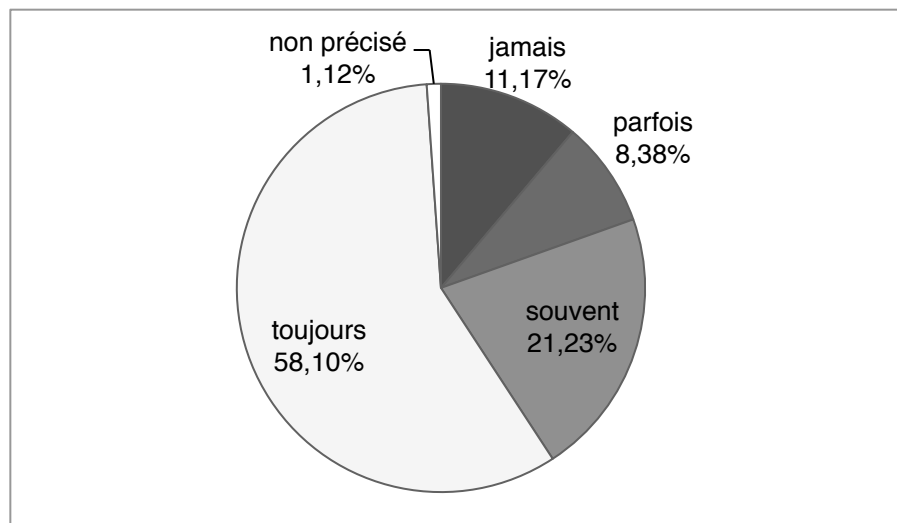
Le pourcentage de patients ayant eu un ou plusieurs partenaires de même sexe dans l'année (régulier ou non) était de 8,19 % (IC95% : 6,22 – 10,16 %). Ce taux était de 14,44 % chez les hommes (IC95% : 10,35 – 18,52 %) et de 4,41 % chez les femmes (IC95 % : 2,52 – 6,29 %), avec une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes ($p < 0,0001$).

Tableau 4. Réponses aux questions concernant la vie sexuelle chez les patients ayant répondu au questionnaire.

Prévalence en % (IC95%)	Ensemble des répondants (n = 745)	Hommes (n = 284)	Femmes (n = 454)	p
Présence d'un partenaire régulier actuellement	70,07 (66,78 – 73,36)	70,42 (65,11 – 75,73)	69,82 (65,60 – 74,05)	0,86
dont... de sexe différent	62,15 (58,66 – 65,63)	61,27 (55,60 – 66,93)	63,66 (59,23 – 68,08)	
de même sexe	5,10 (3,52 – 6,68)	7,75 (4,64 – 10,86)	3,52 (1,83 – 5,22)	
Autre(s) partenaire(s) au cours des douze derniers mois	24,03 (20,96 – 27,09)	32,75 (27,29 – 38,20)	18,50 (14,93 – 22,07)	< 0,0001
dont... un seul	11,81 (9,49 – 14,13)	14,79 (10,66 – 18,92)	10,13 (7,36 – 12,91)	
plusieurs	12,21 (9,86 – 14,57)	17,96 (13,49 – 22,42)	8,37 (5,82 – 10,92)	
de sexe différent	18,26 (15,48 – 21,03)	21,13 (16,38 – 25,87)	16,74 (13,31 – 20,17)	
de même sexe	4,30 (2,84 – 5,75)	9,51 (6,10 – 12,92)	1,10 (0,14 – 2,06)	
de sexe différent et du même sexe	0,54 (0,01 – 1,06)	1,06 (0 – 2,25)	0,22 (0 – 0,65)	
utilisation non systématique du préservatif	9,80 (7,66 – 11,93)	13,03 (9,81 – 16,25)	7,93 (4,99 – 10,87)	
Plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois (régulier ou autres)	17,05 (14,35 – 19,75)	25,35 (20,29 – 30,41)	11,67 (8,72 – 14,63)	< 10⁻⁵
Partenaires de même sexe (régulier ou autres)	8,19 (6,22 – 10,16)	14,44 (10,35 – 18,52)	4,41 (2,52 – 6,29)	< 0,0001

Une question portait sur l'usage des préservatifs pour les patients déclarant avoir un partenaire non régulier (Figure 4). Parmi ces patients (n = 179), 58,10 % déclaraient toujours utiliser des préservatifs, 21,23 % souvent, 8,38 % parfois et 11,17 % jamais. Au total, 40,78 % (IC95% : 33,58 – 47,98 %) n'avaient pas d'usage systématique du préservatif. Rapporté à la population globale des patients ayant répondu au questionnaire (n = 745), ce taux était de 9,80 % (IC95% : 7,66 - 11,93 %) (Tableau 4).

Figure 4. Utilisation du préservatif chez les patients déclarant avoir des partenaires non réguliers (n=179).



ii. *Prévalence des facteurs de risque*

Le Tableau 5 représente la prévalence des facteurs de risque parmi les patients ayant répondu au questionnaire. La présence de tatouage et/ou piercing était le facteur de risque le plus représenté avec une prévalence de 22,95 % (IC95% : 19,93 – 25,97). Les autres facteurs de risque représentés étaient, par ordre de prévalence, l'existence de partenaires multiples au cours des douze derniers mois, un antécédent d'ITSS, être né dans un pays de forte prévalence des virus, une utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire non régulier et l'appartenance au groupe des HSH. Venaient ensuite, dans une moindre mesure, un antécédent de transfusion avant 1992 et une consommation de drogues par voie intraveineuse. Les différences de prévalence entre les groupes A et B n'étaient pas statistiquement significatives.

Tableau 5. Prévalence des facteurs de risque et comparaison entre les groupes A (auto-questionnaire) et B (interrogatoire ciblé)

Facteur de risque Prévalence en % (IC95%)	Ensemble des répondants (n = 745)	Groupe A (n = 325)	Groupe B (n = 420)	p
Tatouages et/ou piercings	22,95 (19,93 - 25,97)	23,38 (18,78 - 27,99)	22,62 (18,62 - 26,62)	0,79
Partenaires multiples au cours des 12 derniers mois	17,05 (14,35 - 19,75)	20,00 (15,65 - 24,35)	14,76 (11,37 - 18,15)	0,06
Antécédent d'ITSS	15,17 (12,59 - 17,74)	13,85 (10,09 - 17,60)	16,19 (12,67 - 19,71)	0,41
Pays à haute prévalence	11,81 (9,49 - 14,13)	9,23 (6,08 - 12,38)	13,81 (10,51 - 17,11)	0,07
Utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire non régulier	9,80 (7,66 - 11,93)	11,08 (7,66 - 14,49)	8,81 (6,10 - 11,52)	0,36
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	5,50 (3,87 - 7,14)	4,30 (2,10 - 6,52)	6,42 (4,08 - 8,77)	0,26
Antécédent de transfusion avant 1992	2,95 (1,74 - 4,17)	3,69 (1,64 - 5,74)	2,38 (0,92 - 3,84)	0,38
Consommation de drogue intraveineuse	2,01 (1,00 - 3,02)	1,84 (0,38 - 3,31)	2,14 (0,76 - 3,53)	0,61

Le Tableau 6 compare la prévalence des facteurs de risque entre les hommes et les femmes. Chez les hommes, le facteur de risque le plus représenté était l'existence de partenaires multiples au cours des douze derniers mois qui représente 25,35 % des hommes (IC 95% : 20,29 – 30,41). Ce facteur était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, avec une différence statistiquement significative ($p < 10^{-5}$). Les autres facteurs de risque les plus représentés chez les hommes étaient, par ordre de prévalence, la présence de tatouages ou de piercings, un antécédent d'ITSS, l'appartenance au groupe des HSH, la naissance dans un pays à haute prévalence et l'utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire non régulier.

Chez les femmes, le facteur de risque le plus représenté était la présence de tatouages ou piercings, qui concerne 24,89 % des femmes (IC95 % : 20,91 – 28,87). Il était suivi, par ordre de prévalence, par un antécédent d'ITSS, l'existence de partenaires multiples, la naissance dans un pays à haute prévalence et l'utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire occasionnel.

Tableau 6. Prévalence des facteurs de risque et comparaison entre les hommes et les femmes

Facteur de risque Prévalence en % (IC95%)	Ensemble des répondants (n = 745)	Hommes (n = 284)	Femmes (n = 454)	p
Tatouages et/ou piercings	22,95 (19,93 - 25,97)	20,42 (15,73 – 25,11)	24,89 (20,91 – 28,87)	0,18
Partenaires multiples au cours des 12 derniers mois	17,05 (14,35 - 19,75)	25,35 (20,29 – 30,41)	11,67 (8,72 – 14,63)	$< 10^{-5}$
Antécédent d'ITSS	15,17 (12,59 - 17,74)	16,20 (11,91 – 20,48)	14,54 (11,30 – 17,78)	0,53
Pays à haute prévalence	11,81 (9,49 - 14,13)	13,03 (9,11 – 16,94)	11,01 (8,13 – 13,89)	0,41
Utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire non régulier	9,80 (7,66 - 11,93)	13,03 (9,81 – 16,25)	7,93 (4,99 – 10,87)	0,88
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	5,50 (3,87 - 7,14)	14,44 (10,35 – 18,52)	-	-
Antécédent de transfusion avant 1992	2,95 (1,74 - 4,17)	2,46 (0,66 – 4,27)	2,86 (1,33 – 4,40)	0,82
Consommation de drogue intraveineuse	2,01 (1,00 - 3,02)	3,17 (1,13 – 5,21)	1,32 (0,27 – 2,37)	0,29

iii. Prévalence de la population à risque

La prévalence de la population à risque, selon la définition « classique »¹, était de 51,81 % (IC95% : 48,22 – 55,40 %). Selon la définition « restreinte », qui retire le facteur de risque « présence de tatouages ou de piercings », la prévalence était de 41,48% (IC95% : 37,94 – 45,01 %) (Tableau 7).

La différence n'était pas significative entre les deux groupes, ni avec la définition classique de la population à risque [OR = 0,94, IC95% (0,70 – 1,26), $p = 0,71$], ni avec la définition restreinte [OR = 0,98, IC95% (0,72 – 1,33), $p = 0,94$].

Tableau 7. Prévalence de la population à risque et comparaison entre le groupe A (auto-questionnaire) et le groupe B (interrogatoire ciblé).

Population à risque	Ensemble	Groupe A	Groupe B	<i>p</i>
Prévalence en % (IC95%)	(n = 745)	(n = 325)	(n = 420)	
Population à risque : définition classique¹	51,81 (48,22 – 55,40)	52,62 (47,19 – 58,04)	51,19 (46,41 – 55,97)	<i>0,71</i>
Population à risque : définition restreinte (hors tatouages et piercings)	41,48 (37,94 – 45,01)	41,23 (35,88 – 46,58)	41,67 (36,95 – 46,38)	<i>0,94</i>

¹ Présence d'au moins un facteur de risque parmi : antécédent de transfusion avant 1992, antécédent d'usage de drogues intraveineuses, antécédent d'ITSS, utilisation non systématique du préservatif avec au moins un partenaire occasionnel, partenaires multiples au cours des douze derniers mois, HSH, partenaire séropositif, présence de tatouages ou de piercings.

Entre les hommes et les femmes, il n’y avait pas de différence statistiquement significative de prévalence de la population à risque dans sa définition classique [OR = 1,26, IC95% (0,93 – 1,73), $p = 0,13$].

En revanche, dans sa définition restreinte (hors tatouages et/ou piercings), la prévalence de la population à risque était plus élevée chez les hommes [48,59 % (IC95% : 42,78 – 54,40 %)] que chez les femmes [36,56 % (IC95% : 32,13 – 40,99 %)]. La différence était statistiquement significative [OR = 1,64, IC95% (1,20 – 2,24), $p = 0,002$]. Cette différence entre les hommes et les femmes s’explique par la plus grande prévalence chez les hommes du facteur de risque « partenaires multiples au cours des douze derniers mois », et par le facteur « HSH » qui, par définition, n’existe que chez les hommes.

Tableau 8. Prévalence de la population à risque et comparaison entre les hommes et les femmes.

Population à risque	Ensemble (n = 745)	Hommes (n = 284)	Femmes (n = 454)	<i>p</i>
Prévalence en % (IC95%)				
Population à risque : définition classique	51,81 (48,22 – 55,40)	55,28 (49,50 – 61,06)	49,34 (44,74 – 53,94)	0,13
Population à risque : définition restreinte (hors tatouages et piercings)	41,48 (37,94 – 45,01)	48,59 (42,78 – 54,40)	36,56 (32,13 – 40,99)	0,002

2. CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL :

COMPARAISON AVANT-APRÈS L'INTERVENTION

Le critère de jugement principal était la comparaison du nombre moyen de sérologies réalisées entre une période de quatre semaines un an avant l'intervention et une période de quatre semaines après le début de l'intervention. Les résultats sont présentés sur la Figure 5.

i. VIH

En moyenne 4,39 sérologies VIH par médecin ont été réalisées pendant une durée de quatre semaines après le début de l'intervention, contre 3,44 sur la même période un an auparavant. Le nombre moyen de sérologies VIH a augmenté de 0,94 sérologie par médecin (IC95% : [- 0,62 ; 2,51]), soit une augmentation de 27 % (IC95% : [- 18 % ; 73 %]). La différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,22$).

ii. VHB

En moyenne 3,67 sérologies VHB par médecin ont été réalisées pendant une durée de quatre semaines après le début de l'intervention, contre 1,72 à la même période un an auparavant. Le nombre moyen de sérologies VHB a augmenté de 1,94 sérologies par médecin (IC95% : [0,67 ; 3,21]), soit une augmentation de 113 % (IC 95% : [39 % ; 187 %]). La différence était statistiquement significative ($p = 0,005$).

iii. VHC

En moyenne 3,39 sérologies VHC par médecin ont été réalisées pendant une durée de quatre semaines après le début de l'intervention, contre 1,44 à la même période un an auparavant. Le nombre moyen de sérologies VHC a augmenté de 1,94 sérologies par médecin (IC95% : [0,66 ; 3,23]), soit une augmentation de 135 % (IC95% : [46 % ; 224 %]). La différence était statistiquement significative ($p = 0,005$).

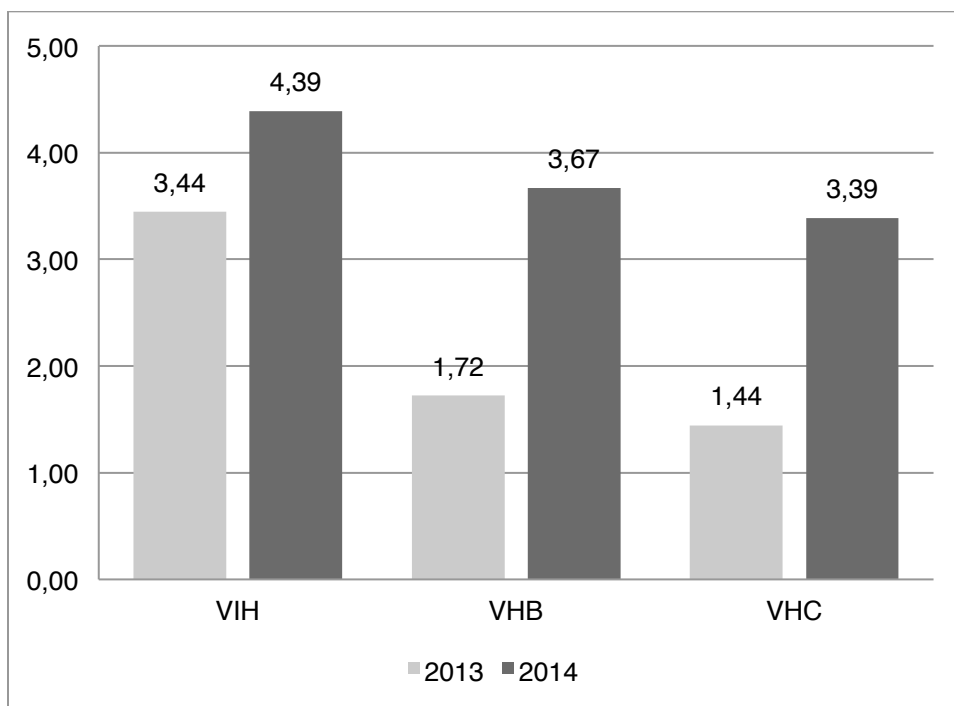


Figure 5. Nombre moyen de sérologies réalisées par médecin sur une durée de quatre semaines en 2013 (un an avant l'intervention) et en 2014 (après l'intervention).

iv. Conclusion pour le critère de jugement principal

Le nombre de sérologies VHB et VHC réalisées sur une période de quatre semaines après le début de l'intervention a augmenté de façon statistiquement significative par rapport à la même période un an auparavant. En revanche, le nombre de sérologies VIH n'a pas augmenté de façon statistiquement significative.

3. CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES

a. Comparaison du volume de dépistage entre le VIH, le VHB et le VHC

i. Avant l'intervention

En 2013, un an avant l'intervention, pendant une période de quatre semaines, une moyenne de 3,44 sérologies VIH, 1,72 sérologies VHB et 1,44 sérologies VHC ont été réalisées par médecin (Figure 5). Le nombre moyen de sérologies réalisées pour le VIH était statistiquement significativement plus important que pour le VHB (différence moyenne de 1,72 sérologies, $p = 0,004$) ainsi que pour le VHC (différence moyenne de 2,00 sérologies, $p = 0,001$). En revanche, la différence n'était pas statistiquement significative entre le VHB et le VHC ($p = 0,24$).

ii. Après l'intervention

En 2014, pendant la période de quatre semaines après le début de l'intervention, une moyenne de 4,39 sérologies VIH, 3,67 sérologies VHB et 3,39 sérologies VHC ont été réalisées par médecin (Figure 5). La différence entre le nombre de sérologies VIH et VHB réalisées était statistiquement significative en 2014, mais moins importante qu'en 2013 (différence moyenne de 0,72 sérologie, $p = 0,04$). Le même constat s'observe entre le VIH et le VHC (différence moyenne de 1,00 sérologie, $p = 0,01$). La différence n'était pas statistiquement significative entre le VHB et le VHC ($p = 0,21$).

iii. Conclusion pour la comparaison du volume de dépistage entre les trois virus

Le nombre de tests VIH réalisés est donc supérieur au nombre de tests VHB et VHC réalisés. Cette différence s'observe avant et après l'intervention, mais l'écart est plus faible après l'intervention. Notre intervention tend donc à rapprocher le niveau de dépistage des hépatites B et C à celui du VIH.

b. Comparaison entre les deux groupes du nombre de sérologies réalisées pendant l'intervention

Nous avons comparé entre les deux groupes A (auto-questionnaire) et B (interrogatoire ciblé) le nombre moyen de sérologies par médecin prescrites pendant l'intervention puis réalisées en laboratoire de ville.

i. VIH

Le nombre moyen de sérologies VIH prescrites pendant l'intervention puis réalisées en laboratoire était de 2,78 sérologies par médecin (IC95% : 1,71 – 3,84). Dans le groupe A, il était de 3,38 (IC95% : 1,31 – 5,43) et dans le groupe B de 2,30 (IC95% : 1,29 – 3,31). La différence n'était pas statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,38$).

ii. VHB

Le nombre moyen de sérologies VHB prescrites pendant l'intervention puis réalisées en laboratoire était de 2,50 sérologies par médecin (IC95% : 1,39 – 3,61). Dans le groupe A, il était de 3,13 (IC95% : 1,26 – 4,99) et dans le groupe B de 2,00 (IC95% : 0,66 – 3,34). La différence n'était pas statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,35$).

iii. VHC

Le nombre moyen de sérologies VHC prescrites pendant l'intervention puis réalisées en laboratoire était de 2,22 sérologies par médecin (IC95% : 1,26 – 3,18). Dans le groupe A, il était de 2,50 (IC95% : 0,80 – 4,20) et dans le groupe B de 2,00 (IC95% : 0,86 – 3,13). La différence n'était pas statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,64$).

iv. Conclusion pour la comparaison entre les deux groupes

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative du nombre de sérologies réalisées pendant l'intervention entre les deux groupes. Le mode de recueil des facteurs de risque (auto-questionnaire dans le groupe A et interrogatoire par le médecin dans le groupe B) n'a pas semblé avoir d'influence sur le nombre de sérologies réalisées.

c. La « cascade » du dépistage

De l'inclusion au dépistage, le parcours du patient a comporté plusieurs étapes. Pour qu'un patient soit dépisté pour l'un des trois virus, il fallait :

1. que le médecin évalue le risque ;
2. que le test soit indiqué ;
3. que le médecin propose un dépistage pendant la consultation ;
4. que le patient accepte de recevoir une prescription de dépistage ;
5. que le patient réalise le dépistage en laboratoire.

Nous avons analysé chacune de ces étapes pour décrire la cascade du dépistage des patients inclus. Nous avons aussi analysé les motifs de non réalisation d'un test parmi les patients pour lesquels un dépistage était indiqué.

i. Description des étapes menant au dépistage

La cascade des étapes menant au dépistage pour chacun des trois virus est représentée sur la Figure 6.

Étape 1 : Évaluation du risque

Parmi les 842 patients inclus, le risque a été évalué (par auto-questionnaire ou par interrogatoire ciblé) chez 745 patients, soit un taux d'évaluation du risque de 88 % (Figure 6).

Étape 2 : Indication à réaliser un dépistage

Un test était indiqué si le patient appartenait à la population à risque pour les trois virus (46 % des patients inclus), s'il n'avait jamais été dépisté même si non à risque (12 % des patients inclus pour le VIH, 22 % pour le VHB et 24 % pour le VHC) ou si le médecin proposait un dépistage pour une autre raison (3 % des patients inclus pour le VIH, 2 % pour le VHB et 2 % pour le VHC). Au total 61 % des patients inclus avaient une indication à réaliser un dépistage du VIH, 70 % un dépistage du VHB et 71 % un dépistage du VHC (Tableau 9 et Figure 6).

Tableau 9. Motifs des indications à réaliser un test de dépistage VIH, VHB ou VHC.

Nombre de patients (% parmi les 842 inclus)	VIH		VHB		VHC	
Population à risque	386	(45,8%)	386	(45,8%)	386	(45,8%)
Jamais fait de test, non à risque	98	(11,6%)	188	(22,3%)	201	(23,9%)
Dépistage proposé pour une autre raison	29	(3,4%)	16	(1,9%)	14	(1,7%)
Total indication	513	(60,9%)	590	(70,1%)	601	(71,4%)

Étape 3 : Proposition du test par le médecin

Un test VIH a été proposé à 160 patients (31 % des patients pour lesquels il était indiqué), un test VHB à 147 patients (25 %) et un test VHC à 149 patients (25 %) (Figure 6).

Étape 4 : Prescription du test donnée au patient

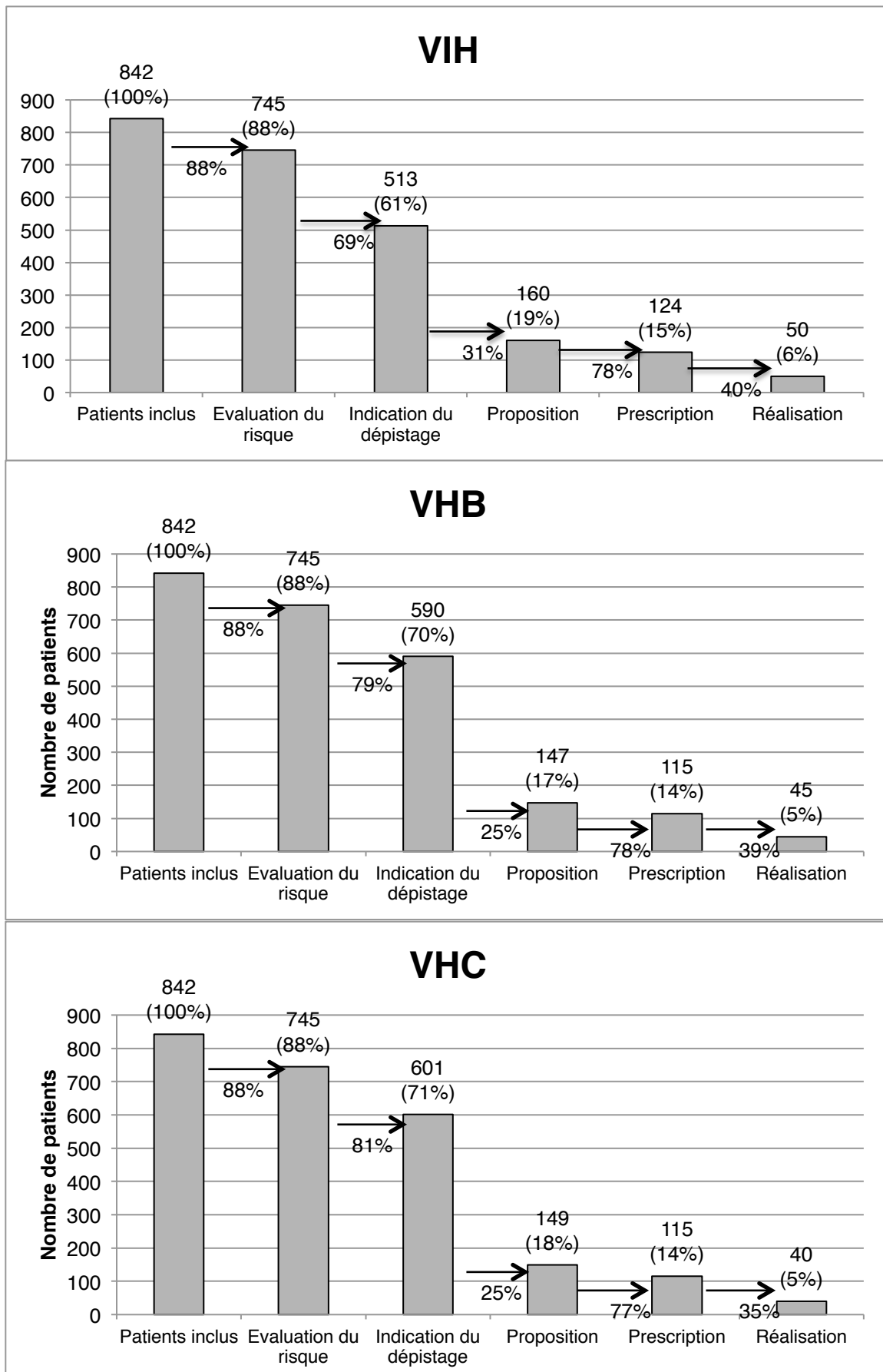
À l'issue de la consultation, une prescription de test VIH a été donnée à 124 patients, et de tests VHB et VHC à 115 patients. Cela correspond à 77 à 78 % des patients à qui le médecin a proposé un dépistage (Figure 6).

Étape 5 : Réalisation du test en laboratoire

Le nombre de sérologies qui ont été réalisées en laboratoire puis remboursées par l'Assurance maladie suite à une prescription au cours de l'intervention était de 50 sérologies VIH, 45 sérologies VHB et 40 sérologies VHC. Cela correspond à 35 à 40 % des patients à qui une prescription de dépistage a été remise (Figure 6).

Figure 6. « Cascade » du dépistage du VIH, du VHB et du VHC, de l'inclusion à la réalisation du test.

Les pourcentages entre parenthèses représentent les taux par rapport au nombre de patients inclus (n=842). Les pourcentages sous les flèches représentent les taux par rapport au nombre de patients de l'étape précédente.



ii. Motifs de non réalisation du dépistage

Parmi les patients pour lesquels un dépistage était indiqué, nous avons analysé la répartition des motifs de non réalisation (Figure 7). Un test indiqué pouvait ne pas être réalisé pour plusieurs raisons :

1. dépistage non proposé par le médecin ;
2. dépistage proposé, mais prescription refusée par le patient pendant la consultation ;
3. prescription donnée au patient pendant la consultation, mais dépistage non réalisé en laboratoire.

Dépistage non proposé par le médecin

Alors qu'il était indiqué, le médecin n'a pas proposé de test dans 69 % des cas pour le VIH et 75 % des cas pour le VHB et le VHC (Figure 7). Cette absence de proposition de test par le médecin était le principal motif de non réalisation du dépistage.

Dépistage proposé mais refusé par le patient

Le dépistage a été proposé mais refusé par le patient dans 7 % des cas où il était indiqué pour le VIH, 5 % pour le VHB et 6 % pour le VHC (Figure 7).

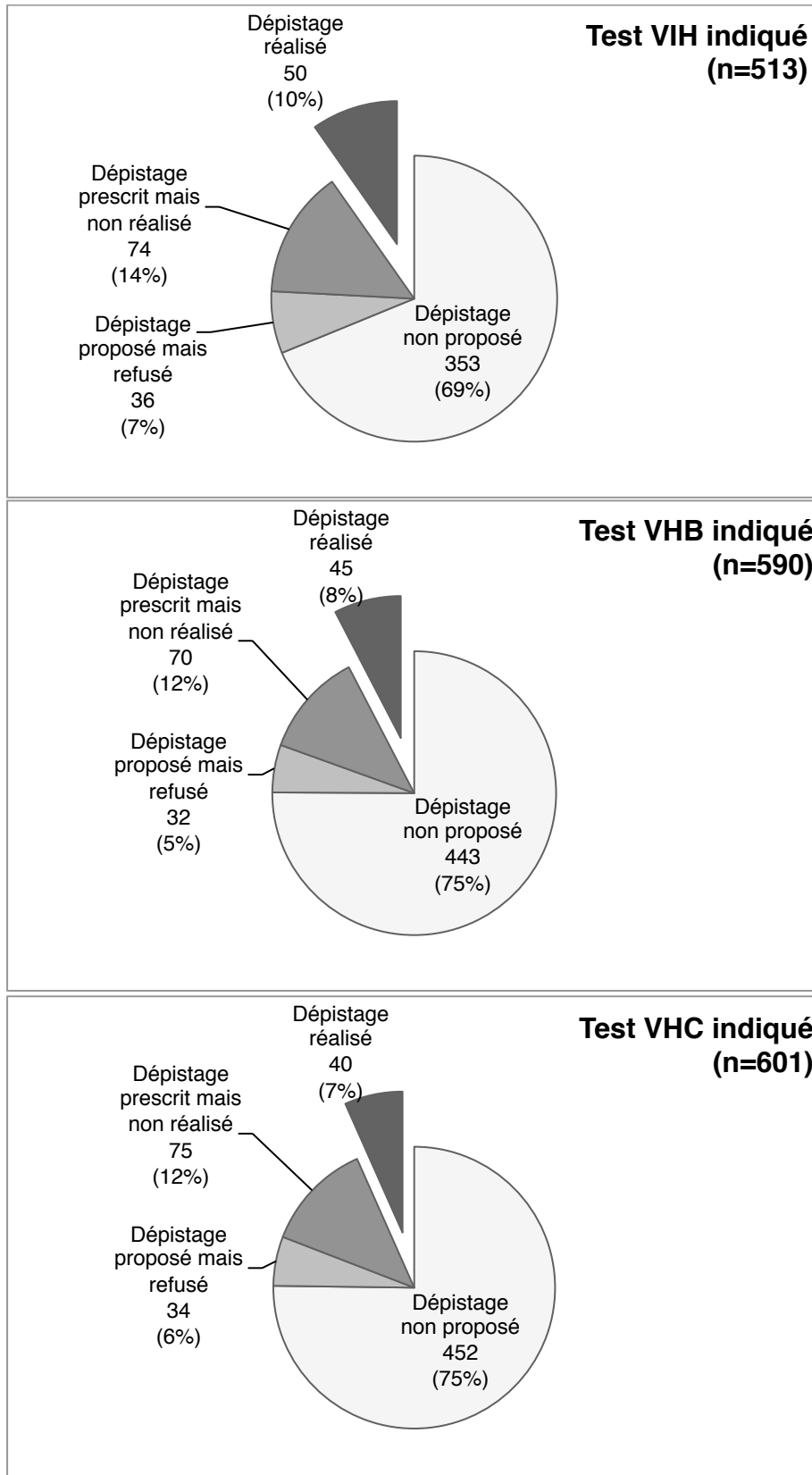
Prescription donnée mais dépistage non réalisé par le patient

Un test a été prescrit par le médecin sans être réalisé par le patient dans 14 % des cas où il était indiqué pour le VIH et dans 12 % des cas pour le VHB et le VHC (Figure 7). Après la non-proposition du test par le médecin, c'est le deuxième motif de non réalisation d'un dépistage.

iii. Conclusion pour la cascade du dépistage

Même si le questionnaire d'évaluation du risque a été réalisé chez la plupart des patients inclus, un dépistage n'a été proposé qu'à une minorité des patients pour lesquels un test était indiqué. Le motif principal de non réalisation d'un dépistage était le fait que le médecin n'a pas proposé de test à l'issue de la consultation.

Figure 7. Répartition des motifs de non réalisation de dépistage VIH, VHB et VHC parmi les patients pour lesquels un dépistage était indiqué



IV. DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous discuterons des biais de notre étude (validité interne) et nous comparerons ses résultats avec les données de la littérature (validité externe). Nous évoquerons aussi les apports de notre questionnaire dans la pratique de médecine générale, au-delà du seul dépistage des viroses chroniques, et nous discuterons des usages possibles d'un tel questionnaire dans d'autres contextes.

1. VALIDITÉ INTERNE

a. Biais de sélection des médecins

i. Analyse des biais de sélection des médecins

Afin de limiter les biais de sélection, nous avons sélectionné des médecins généralistes par un échantillonnage aléatoire. Un échantillon de 200 médecins généralistes a ainsi été tiré au sort parmi la liste des médecins généralistes libéraux parisiens établie par l'étude démographique Démoméd 75 (47). Cette liste regroupait les médecins généralistes libéraux exerçant à Paris en 2012, avec ou sans mode d'exercice particulier. Les médecins salariés des centres de santé, les médecins installés après 2012 et les médecins de SOS médecins et des urgences médicales de Paris en étaient exclus.

Sur les 200 médecins généralistes contactés, seulement 18 médecins (9 %) ont accepté de participer à notre étude. Parmi les autres médecins, 72 médecins (36 %) ont explicitement refusé de participer à l'étude, 60 médecins (30 %) n'ont pas donné suite à plusieurs relances par téléphone ou courrier électronique, 32 médecins (16 %) ont été exclus en raison d'un exercice particulier et 18 médecins (9 %) étaient introuvables dans l'annuaire. Les motifs de refus évoqués étaient le plus souvent un manque de temps, une gêne d'aborder le sujet du VIH et des hépatites, la perception que le questionnaire n'était pas adapté à leur patientèle et l'absence d'intérêt porté au sujet. Ce faible taux de recrutement a induit un biais de sélection, inévitable dans les études réalisées en médecine générale.

ii. Représentativité des médecins généralistes

Pour évaluer l'importance du biais de sélection lié aux médecins généralistes, nous avons comparé notre échantillon de médecins à la population des médecins généralistes parisiens. La répartition géographique des médecins était assez homogène : un tiers des médecins était situé dans des arrondissements du nord de Paris, un autre tiers dans l'est et le dernier tiers dans le sud (Figure 2). Cependant, les arrondissements de l'ouest et du centre de Paris (1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 6^e, 7^e, 8^e et 16^e arrondissements) n'étaient pas représentés dans notre étude. L'étude Démomed a montré que ces quartiers étaient ceux où exerçaient le plus de médecins à exercice particulier (47), qui étaient exclus dans notre enquête. Ces arrondissements correspondaient aussi aux quartiers les plus aisés de Paris (50). Cette disparité sociale se reflétait dans le pourcentage de patients bénéficiant de la CMUc : il était plus élevé dans la patientèle des médecins inclus que dans la moyenne parisienne, et ce de façon statistiquement significative (respectivement 10,77 % et 8,47 %, $p < 0,01$, voir Tableau 1). La surreprésentation des médecins exerçant dans les quartiers populaires explique aussi la plus grande proportion de médecins en secteur 1 dans l'étude REPEVIH : elle était de 83,33 %, contre 58 % à Paris selon les résultats l'étude Démomed 75 (47).

Les autres caractéristiques des médecins étaient comparables à la moyenne parisienne. L'âge des médecins inclus était de 53 ans, contre 50 ans à Paris en 2008 (49) ($p = 0,58$). Le nombre de consultations par an des médecins inclus était comparable à la moyenne des médecins généralistes parisiens en 2013 (données CPAM) : respectivement 3829 et 3920 consultations par an ($p = 0,85$).

iii. Comparabilité des médecins entre les groupes

Afin d'assurer une répartition homogène entre les deux groupes, la randomisation des médecins a été réalisée par blocs de tailles variables et par une tierce personne indépendante des investigateurs. Les caractéristiques des médecins (âge, sexe, année d'installation, nombre de consultations par an, pourcentage de patients bénéficiant de la CMUc) étaient ainsi comparables dans les deux groupes (voir Tableau 1).

b. Biais de sélection des patients

i. Analyse des biais de sélection des patients

Selon le protocole, les patients ne devaient pas être 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, supposé représentatif de la patientèle de chaque médecin. En pratique deux médecins ont déclaré avoir sélectionné les patients inclus, en proposant le questionnaire quand ils le souhaitaient.

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. En moyenne 77 % des consultants de notre échantillon de médecins appartenaient à la tranche 16-69 ans. La tranche d'âge étudiée était 18-65 ans, 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 3 829 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 investigateurs est donc de $0,73 \times (3829/235) = 11,89$. 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 (51), 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 théoriquement 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 laisse penser que la qualité du recueil de données était bonne.

ii. Représentativité des patients

Afin d'évaluer l'importance du biais de sélection des patients, nous avons comparé les caractéristiques de notre échantillon de patients aux données démographiques disponibles de la population générale.

Répartition hommes/femmes

Concernant la répartition hommes-femmes, 60,3 % des patients étaient des femmes (Tableau 2), ce qui est légèrement supérieur à la proportion de 55 % observée en médecine générale en France dans une étude de 2004 (51).

Pays de naissance

Concernant le pays de naissance, 20,31 % des patients inclus étaient nés à l'étranger (Figure 3). Les données comparables sont celles du recensement de la population de l'Insee sur les personnes immigrées : 22,95 % des personnes résidant à Paris étaient immigrées en 2011 (52), un chiffre assez proche de celui notre étude. La comparaison est toutefois à interpréter avec précaution car l'Insee comptabilise les personnes immigrées, définies comme les personnes de nationalité étrangère nées à l'étranger, tandis que nous avons comptabilisé toutes les personnes nées à l'étranger même si elles avaient la nationalité française.

Tatouages et piercings

La prévalence de tatouages ou piercings parmi les patients inclus était de 22,95 %. La comparaison avec les données de la littérature est difficile car les études publiées ne sont pas homogènes. Selon les études, les tatouages et piercings sont décrits ensemble ou séparément et les piercings d'oreilles (boucles d'oreilles et/ou piercings de cartilage d'oreille) sont inclus ou non.

Dans une étude sur des patients réalisant un bilan de santé à l'Assurance maladie en 2004, la prévalence des tatouages était de 7,30 % et la prévalence des piercings de 37,44 % (dont 33,4 % aux oreilles uniquement) (7). Une étude de 2005 sur des patients de médecine générale, l'étude GYMKHANA 1.1, avait trouvé une prévalence du facteur « tatouage, piercing (hors oreilles), scarification, mésothérapie, acupuncture » à 27,3 %, et une prévalence du facteur « lobules d'oreilles percés » à 52,9 % (53).

Dans notre étude nous avons considéré que la question sur les « tatouages et piercings » excluait les piercings d'oreilles, mais cela n'était pas écrit explicitement dans le questionnaire et certains patients ont pu répondre « oui » quand ils avaient uniquement des piercings d'oreille, tandis que d'autres non. La prévalence des tatouages ou piercings dans notre population est donc un chiffre à interpréter avec précaution.

Vie sexuelle

Concernant la vie sexuelle, nous avons comparé nos résultats à ceux de l'enquête de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en 2006 sur la population française (54). Cette enquête réalisée par téléphone portait sur un effectif de plus de 12 000 personnes et explorait les multiples facettes de la sexualité des Français. Dans notre étude les répondants avaient moins souvent un partenaire actuel régulier par rapport à la population générale et ils étaient plus nombreux à déclarer plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois et à avoir eu un partenaire de même sexe dans l'année (Tableau 10). L'écart le plus important concerne les hommes ayant eu un partenaire masculin pendant les douze derniers mois : ils étaient près de dix fois plus nombreux dans notre étude que dans l'enquête de 2006.

Tableau 10. Comportements sexuels : comparaison entre les résultats de REPEVIH et l'enquête sur la sexualité en France de 2006.

Caractéristiques (%)	REPEVIH 2014 (n = 745)		Inserm 2006 (54) (n = 12 364)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Partenaire actuel régulier	70,4	69,7	79,0	80,5
Plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois	25,4	11,7	15,2	7,0
Partenaire de même sexe au cours des douze derniers mois	14,4	4,4	1,5	0,8
Utilisation du préservatif avec un partenaire occasionnel	58,1 (préservatif utilisé « toujours », parmi les personnes déclarant avoir un partenaire non régulier)	57,1	68,1 (utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport, parmi les personnes déclarant avoir un partenaire occasionnel)	56,3
Antécédent d'infection sexuellement transmissible, hors mycose	16,2 (au cours de la vie)	14,5	1,6 (au cours des 5 dernières années)	1,6

Nous pouvons évoquer plusieurs facteurs qui peuvent expliquer ces différences : des particularités sociodémographiques, l'évolution de la société, la confiance en l'interlocuteur ou encore les biais de sélection.

Il y a en effet des particularités démographiques chez les habitants de la région parisienne qui déclarent avoir eu plus de partenaires au cours de leur vie que dans le reste de la France (55). Les HSH sont aussi plus nombreux en agglomération parisienne (54).

Les pratiques sexuelles déclarées par les Français ont pu évoluer entre 2006 et 2014, comme elles ont évolué entre la première grande enquête sur la sexualité en France en 1992 (56) et l'enquête en 2006. Certaines pratiques, comme les rapports avec des personnes de même sexe, étaient moins bien acceptées par la société il y a quelques années. Elles ont pu être sous-déclarées par les répondants dans l'enquête de 2006, et des tabous ont pu tomber avec le débat sur le mariage entre personnes de même sexe en 2013, qui a eu lieu peu avant notre intervention.

Le mode opératoire de l'enquête était aussi très différent : l'étude de l'Inserm était réalisée par téléphone tandis que notre étude s'est déroulée chez un médecin généraliste. Les personnes interrogées ont probablement plus confiance pour répondre à des questions sensibles quand ils sont face à leur médecin traitant que quand ils répondent à un enquêteur inconnu au téléphone.

Un biais de sélection de notre étude peut expliquer en partie ces différences : certains médecins ont possiblement, consciemment ou non, sélectionné une partie des patients qu'ils incluaient dans l'étude. De même, une fois le patient inclus, ils ont pu proposer le questionnaire préférentiellement à ceux dont ils pensaient être à risque.

Chacun de ces facteurs ne peut expliquer à lui seul les différences dans les réponses sur la vie sexuelle observées entre notre étude et l'enquête de l'Inserm de 2006, mais ils sont certainement tous impliqués à des degrés variables.

Usage de drogues

Nous comparons nos résultats à ceux du baromètre santé 2014, une enquête de grande ampleur portant sur les comportements de santé des Français, réalisée par téléphone sur un échantillon de 13 039 personnes (57). Dans notre étude, la prévalence de l'expérimentation de cannabis, de poppers et d'amphétamines est sensiblement la même que celle trouvée dans le baromètre santé 2014. En revanche, le pourcentage de personnes ayant déjà consommé de la cocaïne, de l'ecstasy ou du MDMA, du LSD ou de l'héroïne était plus important dans notre étude (Tableau 11).

Comme pour les questions sur la vie sexuelle, ces différences peuvent s'expliquer en partie par les particularités sociodémographiques de la population parisienne, par la confiance des patients envers leur médecin traitant et par un éventuel biais de sélection de notre étude. Si des patients ont consulté leur médecin généraliste pour des motifs liés à une addiction (traitement de substitution aux opiacés par exemple), cela peut expliquer le pourcentage plus élevé de consommateurs dans notre échantillon par rapport à la population générale.

Tableau 11. Expérimentation des substances psychoactives au cours de la vie : comparaison entre l'étude REPEVIH et le Baromètre santé 2014.

Prévalence en % des personnes déclarant avoir déjà consommé les drogues citées chez les répondants au questionnaire (REPEVIH) / chez les participants à l'enquête (Baromètre santé)

	Etude REPEVIH (n = 745)	Baromètre santé 2014 (n = 13 039)
Cannabis	44,6	42
Cocaïne	12,2	5,6
Poppers	7,3	7,3
Ecstasy ou MDMA	9,4	4,3
LSD	3,9	2,6
Héroïne	3,2	1,5
Amphétamines	2,3	2,3

iii. Comparabilité des patients entre les groupes

Les échantillons des groupes A et B avaient des caractéristiques comparables. L'âge (Tableau 2), le pays de naissance (Figure 3) et la prévalence des facteurs de risque (Tableaux 5 et 7) étaient similaires dans les deux groupes. Le pourcentage de femmes était plus élevé dans le groupe A (65,58 %) que dans le groupe B (56,58 %), avec une différence statistiquement significative ($p < 0,01$) (Tableau 2).

c. Biais d'information

Les biais d'information sur les critères de jugement sont liés à la qualité des données qui nous ont été fournies par la CPAM de Paris. La base de données de remboursement de l'Assurance maladie recense l'ensemble des actes pratiqués chez les assurés. Cependant le nombre de sérologies recensé par les bases de données a pu être à la fois sous- et sur-estimé par rapport au nombre de sérologies réellement pratiquées par l'ensemble des patients inclus.

Sous-estimation du nombre de sérologies pratiquées

Les données analysées dans notre étude ne concernaient que les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie de Paris, hors sections locales mutualistes. Les patients dépendant du régime général mais adhérents à une section locale mutualiste (c'est le cas des étudiants et des fonctionnaires par exemple) ou couverts par des caisses du régime général en dehors de Paris étaient exclus. Les patients couverts par d'autres régimes (régime social des indépendants, régime agricole, régimes spéciaux) étaient aussi exclus.

Le régime général couvre 91 % de la population française (58). D'après les données de la CPAM, 25 % des assurés du régime général à Paris dépendent des sections locales mutualistes. Les patients consultant à Paris et dépendant de caisses en dehors de Paris représentent probablement moins de 10 % des patients. On peut donc estimer que les données collectées représentent environ 60 à 70 % de l'ensemble des assurés, tous régimes confondus.

Les sérologies étaient comptabilisées uniquement si elles étaient réalisées et remboursées par l'Assurance maladie à la date de production des données par la CPAM, fixée arbitrairement au 6 octobre 2013 pour les données avant l'intervention et au 5 octobre 2014 pour les données après l'intervention. Certains patients ont probablement échappé à notre analyse : ceux qui ont réalisé leur sérologie après la date de production des données et ceux pour qui le remboursement a été retardé pour des raisons administratives. Ces patients représentent probablement une faible proportion car le délai entre la prescription et la production des données par la CPAM était large, de deux mois au minimum.

Seules les sérologies réalisées en laboratoire de ville étaient rapportées. Il est possible que certains patients soient allés faire leur prise de sang à l'hôpital ou dans une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou un centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), mais là encore cette pratique était probablement marginale.

Surestimation du nombre de sérologies pratiquées

Les données de la CPAM ont également pu surestimer le nombre de sérologies réellement pratiquées. Nous avons estimé que les médecins ont inclus dans l'étude environ 50 % des patients théoriquement incluables (comme discuté plus haut à propos des biais de sélection des médecins, page 61). Or les médecins ont probablement prescrit, entre le début et la fin de

l'étude, des sérologies à des patients non inclus. Les sérologies ainsi réalisées sont comptabilisées dans nos résultats, alors qu'elles ne concernaient pas la population de l'étude.

2. VALIDITÉ EXTERNE : COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC D'AUTRES INTERVENTIONS SUR LE DÉPISTAGE DES VIROSES CHRONIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

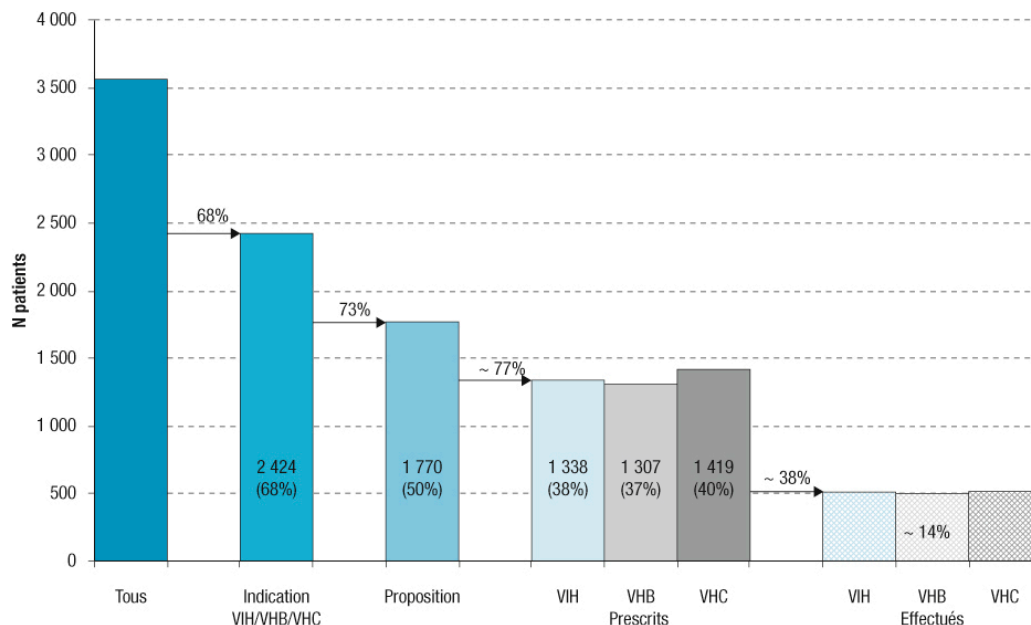
D'autres études ont évalué l'impact d'une intervention sur la pratique du dépistage des viroses chroniques en médecine générale.

Une étude dans les départements de la Gironde et du Nord avait une conception assez similaire à la nôtre (59). Elle avait pour objectif d'évaluer la faisabilité d'un dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes pendant une semaine. Il était proposé aux médecins généralistes d'évaluer l'indication d'un dépistage et de proposer un dépistage conjoint à l'issue de la consultation si cela était indiqué. Contrairement à notre étude, les médecins ont suivi un algorithme précis. Ils devaient proposer un dépistage à tous les patients n'ayant jamais fait de test. En présence d'un antécédent de dépistage, ils devaient le proposer si le patient appartenait à un groupe à risque ou sur des critères cliniques (fièvre prolongée, asthénie, perte de poids...).

Les 66 médecins participants ont inclus 3 566 patients. Les tests VIH, VHB et VHC ont été proposés à 50 % et prescrits à 38 % des consultants (Figure 8). Le nombre médian de tests prescrits par médecin a augmenté significativement entre la semaine précédent l'intervention et la semaine de l'intervention, de 2 à 16 tests VIH et de 1 à 17 tests VHB et VHC, $p < 0,0001$.

Dans notre étude l'impact de l'intervention a été moins important : les tests VIH, VHB et VHC ont été proposées à environ 18 % et prescrits à environ 14 % des patients inclus. Le nombre médian de tests sur quatre semaines a augmenté entre 2013 et 2014 de 2 à 4 tests VIH ($p = 0,22$), et de 1 à 3,5 tests VHB et VHC ($p = 0,005$).

Figure 8. « Cascade » des dépistages conjoints VIH/VHB/VHC. Étude en Gironde et dans le Nord en 2012.



Fagard C et al., Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2014. (59)

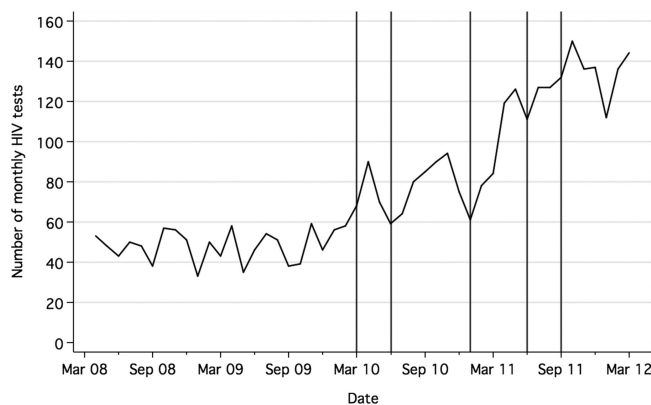
Ces différences de résultats s’expliquent par des différences de recrutement et de méthodes. Les médecins inclus dans l’étude en Gironde et dans le Nord étaient recrutés pour leur motivation à participer à l’étude parmi les maîtres de stages ou dans les groupes de pairs du département. Ils ont participé à une formation en début d’étude. L’algorithme de dépistage était bien codifié. L’évaluation de l’indication à un dépistage prenait moins de temps : le test était proposé d’emblée à tous les patients n’ayant jamais fait de test, sans évaluer l’appartenance à une population à risque chez ces patients.

Dans l’étude REPEVIH, nous avons cherché à évaluer l’effet d’une intervention de dépistage chez des médecins généralistes recrutés aléatoirement. Nous n’avons délibérément pas organisé de formation à leur intention car nous ne voulions pas influencer leur pratique en dehors de la mise en place du questionnaire. Il n’y avait pas d’algorithme de dépistage prédéfini : ils devaient simplement proposer un dépistage s’ils l’estimaient utile, après avoir eu connaissance des éventuels facteurs de risque et des antécédents de dépistage du patient. Cette différence de résultats suggère que le dépistage est amélioré lorsque les médecins sont préalablement formés et que l’intervention prend moins de temps.

Une autre étude, à Londres (Royaume-Uni), a démontré que la formation des médecins généralistes permettait d'augmenter le nombre de tests VIH réalisés ainsi que le nombre de découvertes de séropositivité VIH (60). Des médecins et des infirmières de 39 cabinets de médecine générale ont bénéficié d'une formation sur la santé sexuelle. Cette formation comprenait une approche des opportunités de dépistage du VIH et des sessions sur la communication avec le patient et sur l'évaluation du risque. Le nombre de tests VIH a augmenté de 526 tests par an avant l'intervention à 1556 tests par an après la formation (Figure 9). Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a augmenté de 9,5 par an avant la formation à 22 par an après la formation.

Figure 9. Nombre de tests VIH réalisés par mois dans les cabinets du quartier Haringey à Londres en 2008-2012.

Les barres verticales correspondent au début des sessions de formation.



Pillay T et al., Sexually Transmitted Infections, 2013 (60).

Ces deux études, en France et au Royaume-Uni, ont mis l'accent sur la formation des médecins et l'effet de leur intervention semble avoir été plus important que dans notre étude. Cela montre que la formation médicale est un levier important pour améliorer le dépistage en médecine générale.

3. AU-DELÀ DU DÉPISTAGE DES VIROSES CHRONIQUES : INTÉRÊT D'UN QUESTIONNAIRE DE PRÉVENTION DANS LA PRATIQUE CLINIQUE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Nous avons vu que notre questionnaire permet d'augmenter l'activité de dépistage des hépatites B et C. Il permet aussi d'aborder d'autres aspects de la prévention en médecine générale liés au pays de naissance, à la consommation de drogues ou à la vie sexuelle.

a. Intérêt de la question sur le pays de naissance

La question sur le pays de naissance permet d'aborder les problématiques des patients migrants. Les migrants arrivés récemment en France et en situation précaire sont sujets à des pathologies spécifiques, comme le montrent les rapports annuels du COMEDE (12) et de Médecins du Monde (13). Ainsi, 15 % des migrants présentent des symptômes de psychotraumatismes liés à des violences subies (12). Sur le plan infectieux, outre les viroses chroniques, la bilharziose urinaire est présente chez 2 % des migrants en provenance d'Afrique de l'Ouest, l'anguillulose chez 3 % des migrants de régions tropicales et la tuberculose chez 0,5 % des migrants précaires (12).

Le fait de connaître le pays de naissance des patients migrants permet d'orienter le bilan de santé global dont ils devraient bénéficier, tel que recommandé par le COMEDE (61). Dans ce cadre, l'interrogatoire recherche des antécédents de violences et des symptômes de stress post-traumatique ou de dépression. L'examen clinique cherche des signes de tuberculose ou d'hépatite. Le bilan sanguin comporte, outre les sérologies VIH, VHB et VHC, une numération-formule sanguine à la recherche d'une anémie ou d'une hyperéosinophilie et une glycémie à jeun à la recherche d'un diabète. Pour les parasitoses digestives, on propose aux migrants originaires de régions tropicales soit un examen parasitologique des selles, soit un traitement présomptif par *albendazole*. Pour la bilharziose, on propose aux patients originaires d'Afrique subsaharienne un examen parasitologique des urines. Dans le cadre du dépistage de la tuberculose, on réalise une radiographie thoracique et une intradermoréaction à la tuberculine. Enfin, la mise à jour des vaccins doit être préconisée : hépatite B en fonction des résultats de la sérologie, mais aussi diphtérie-tétanos-polio-coqueluche et rougeole-oreillons-rubéole. La mise en place de notre questionnaire peut ainsi être l'occasion d'initier un bilan de santé pour les personnes migrantes.

b. Intérêt de la question sur l'usage de drogues

Outre le repérage du risque infectieux, la question sur la consommation de drogues permet de repérer une addiction ou un abus de substances. Le médecin généraliste a en effet un rôle central dans la prise en charge des usages problématiques de drogues. Les enjeux sont différents selon le type de drogue déclaré.

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée dans notre étude : 42 % en ont déjà pris au cours de leur vie. Le rôle du médecin généraliste est de repérer, parmi les consommateurs de cannabis, ceux qui en ont un usage problématique. Pour cela, on peut s'aider d'outils comme le questionnaire Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (62). En fonction des réponses, on calcule un score qui permet d'évaluer le niveau de risque d'usage problématique ou de dépendance, et, si besoin, d'orienter le patient vers une structure adaptée. Il serait intéressant d'étudier si la mise en place de notre questionnaire permet de mieux repérer et prendre en charge les troubles liés à l'usage de cannabis.

Concernant les autres drogues, notre questionnaire permet au médecin généraliste de repérer les consommateurs, qui sont relativement nombreux dans notre étude : 12,2 % ont déjà expérimenté la cocaïne, 9,4 % l'ecstasy ou le MDMA, 7,3 % le poppers, 3,9 % le LSD et 3,2 % l'héroïne. Il peut ainsi les informer des risques qu'ils encourent et les conseiller pour promouvoir des pratiques à moindre risque. Le partage de matériel (pailles pour le sniff, pipes pour le crack ou seringues pour l'injection) est à l'origine d'infections virales (VIH, VHB et surtout VHC), mais aussi bactériennes pour l'injection (abcès, septicémies) (63). Si un arrêt de la consommation n'est pas possible, l'utilisation de matériel à usage unique doit être encouragée. Les consommateurs par voie intraveineuse ou par sniff doivent être par ailleurs vaccinés contre l'hépatite B, compte-tenu du risque infectieux (64). Il serait intéressant d'étudier l'effet du repérage des consommateurs de drogues à l'aide de notre questionnaire sur la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

c. Intérêt des questions sur la vie sexuelle

Partenaires multiples et utilisation de préservatifs

Les questions sur l'existence de partenaires occasionnels et sur l'utilisation de préservatifs permettent d'aborder la prévention des infections sexuellement transmissibles. Dans notre

étude, 17 % des patients (25 % des hommes et 12 % des femmes) ont eu plusieurs partenaires dans l'année et 41 % des personnes ayant eu un partenaire non régulier n'ont pas utilisé de préservatif de façon systématique. Le dépistage du VIH, du VHB et du VHC ne doit pas faire oublier les autres infections. Le nombre de cas d'infections à chlamydiae et à gonocoque est en constante augmentation depuis le début des années 2000, en particulier chez les jeunes de moins de 25 ans qui ont des partenaires sexuels multiples (65). Ces infections peuvent être recherchées sur un auto-prélèvement vaginal ou urinaire à l'aide d'un kit donné par le médecin à l'issue de la consultation. Une étude récente a montré que la mise à disposition de kits d'auto-prélèvement chez des médecins généralistes a augmenté leur activité de dépistage de chlamydiae (66). Il serait intéressant de mettre en place une intervention associant un repérage systématique des facteurs de risque d'IST avec la mise à disposition de kits d'auto-prélèvements et de mesurer son effet sur le nombre de dépistages de chlamydiae réalisés.

Par ailleurs, le fait de savoir qu'un patient a des partenaires sexuels multiples permet au médecin traitant de le vacciner contre l'hépatite B s'il n'est pas déjà immunisé, conformément aux recommandations du calendrier vaccinal (64).

Outre la prévention des infections sexuellement transmissibles, la question sur les préservatifs permet aussi d'introduire le thème de la contraception et de la grossesse avec les femmes en âge de procréer.

Orientation sexuelle

Dans notre étude, 14,4 % des hommes et 4,4 % des femmes ont eu un partenaire de même sexe dans l'année. Les lesbiennes, gays et bisexuels ont des besoins de santé spécifiques. La connaissance de l'orientation sexuelle par le médecin généraliste permet d'améliorer leur prise en charge dans plusieurs domaines.

La santé psychique est un premier élément à prendre en compte. Le Baromètre santé 2010 a montré que les homo- et bisexuel(le)s ont un risque deux à trois fois plus élevé de présenter des idées suicidaires (OR = 2,5 pour les hommes et 2,3 pour les femmes) (67). Une enquête au Royaume-Uni en 2009-2010 portant sur plus de deux millions de personnes a montré que la proportion de personnes déclarant avoir des troubles psychologiques ou émotionnels au long cours est deux à trois fois plus nombreuse parmi les minorités sexuelles que parmi les hétérosexuels (68).

Les femmes lesbiennes et bisexuelles ont des particularités épidémiologiques. D'après l'enquête sur la sexualité en France de 2006, elles sont plus nombreuses à déclarer avoir contracté une IST au cours des cinq dernières années que les hétérosexuelles (12 % contre 3 %) et la prévalence de l'infection à chlamydiae est plus élevée (54). Les infections par le papillomavirus sont présentes chez 13 % des femmes n'ayant jamais eu de relation avec un homme (69). Pourtant, seulement la moitié des lesbiennes ont réalisé un frottis de dépistage du cancer du col utérin dans les trois dernières années, d'après l'Enquête presse gay et lesbienne 2011 (70). Le suivi gynécologique des lesbiennes est donc insuffisant. Le fait pour le médecin de connaître l'orientation sexuelle des patientes pourrait leur permettre d'être mieux suivies sur le plan gynécologique : cette hypothèse peut être l'objet de futures recherches.

La prévention dans la population des hommes homo- et bisexuels ne saurait se limiter au dépistage des viroses chroniques. La recrudescence des cas de syphilis dans la population homosexuelle depuis le début des années 2000 (65) doit la faire rechercher régulièrement chez les HSH qui ont des partenaires occasionnels. Par ailleurs, la vaccination contre les hépatites A et B est recommandée dans cette population (64). Une piste de recherche intéressante serait d'évaluer l'impact de la connaissance de l'orientation sexuelle par les médecins généralistes sur le dépistage de la syphilis et sur la couverture vaccinale des hépatites A et B chez les HSH.

d. Faisabilité de l'utilisation d'un questionnaire de prévention en pratique courante

Actuellement, l'utilisation d'un questionnaire sur les drogues ou la vie sexuelle par les médecins généralistes est marginale. En effet, selon le Baromètre santé médecins généralistes de 2009, seulement 2,4 % des médecins utilisent des questionnaires sur la consommation de drogues et 1,1 % sur la vie sexuelle, alors qu'ils sont près de deux tiers (61 %) à en utiliser pour d'autres domaines comme le tabac ou l'alcool (44).

Des auteurs ont proposé un auto-questionnaire général de prévention à l'intention de tous les nouveaux patients (71,72). Il a été expérimenté par des médecins généralistes d'Aquitaine avec une bonne acceptabilité. Il comporte des questions sur les antécédents personnels et familiaux, sur les consommations de tabac, d'alcool et de drogues, et sur des facteurs de

risque de troubles du sommeil, de maladie respiratoire ou de cancer, mais il n'y a pas de question sur le pays de naissance ou sur la vie sexuelle.

Notre étude montre qu'il est faisable, en médecine générale, de poser des questions sur le pays de naissance, sur la consommation de drogues et sur la vie sexuelle à l'aide d'un questionnaire. Le taux de réponse, de 88 %, est élevé. L'analyse qualitative du ressenti des médecins à la fin de l'intervention a montré que la plupart (13 sur 18) ont été satisfaits de l'intervention et l'ont trouvée faisable en pratique courante et simple à appliquer au quotidien (1). Douze médecins sur 18 ont déclaré vouloir changer leurs pratiques, même si certains médecins ont rencontré des difficultés, liées à la gêne ou au manque de temps.

La forme auto-questionnaire a recueilli un meilleur taux de réponse (93 %) comparé à l'interrogatoire par le médecin (85 %) avec une différence statistiquement significative. L'auto-questionnaire est à préférer si il peut être facilement mis en place dans le cabinet médical (présence d'un secrétariat qui permet la distribution du questionnaire à l'arrivée, salle d'attente adaptée pour pouvoir remplir le questionnaire de façon confidentielle). Sinon, le recueil de ces informations lors de l'interrogatoire par le médecin reste tout à fait pertinent.

Notre questionnaire peut donc être facilement intégré à la trame du dossier médical, au sein d'un questionnaire plus large de prévention. Les questions sur l'usage de drogues et sur la vie sexuelle seraient ainsi banalisées, posées au même titre que les questions usuelles sur les antécédents personnels ou familiaux, ou sur les consommations de tabac ou d'alcool.

4. AU-DELÀ DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE : UTILISATION D'UN QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES RISQUES PAR D'AUTRES ACTEURS DE PRÉVENTION

Une politique de prévention efficace pour lutter contre le VIH, les hépatites virales et les autres IST doit s'appuyer sur tous les acteurs concernés. Le médecin généraliste joue un rôle important, au même titre que d'autres intervenants : centres de dépistage, associations, laboratoires et pharmacies. Un questionnaire d'évaluation du risque d'infection adapté en fonction du contexte pourrait être un outil d'aide au dépistage utilisable par ces intervenants. Il pourrait aussi être utilisé directement par le public concerné par le dépistage.

Pour les centres de dépistage

Les CDAG et les CIDDIST sont amenés à fusionner à partir de 2016 pour former des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) (73). Ces centres auront un rôle de dépistage et de prévention du VIH, des hépatites et des IST, de vaccination, de prise en charge des accidents d'exposition et de traitement des IST. Ils auront aussi de nouvelles missions de prise en charge globale de la santé sexuelle, comprenant la prescription de contraception et le dépistage des violences sexuelles et des troubles sexuels.

Actuellement, des questionnaires d'évaluation du risque sont utilisés dans des CDAG et des CIDDIST, mais ils ne sont pas harmonisés entre les différentes structures. La création des CeGIDD en France pourrait être l'occasion de créer un questionnaire harmonisé entre les différentes structures afin d'établir le profil de risque du patient et offrir un dépistage et des conseils personnalisés. Ce questionnaire pourrait être adapté à partir de celui de notre étude. Cela permettrait aussi de disposer d'une base de données nationale permettant une analyse épidémiologique de la santé sexuelle des consultants.

En Suisse, un tel outil a été mis en place au sein des centres de dépistage VIH et IST, sous le nom de BerDa. Il s'agit d'un questionnaire informatisé rempli par le patient avant la consultation qui permet une classification du cas en différents niveaux de risque. En fonction des réponses, le professionnel de santé peut proposer un dépistage et des conseils adaptés lors de la consultation pré-test et post-test (74).

Pour les associations

Les associations de lutte contre le VIH et les hépatites jouent un rôle majeur dans le dépistage du VIH et des hépatites. Elles vont à la rencontre des communautés les plus touchées (migrants, populations précaires, HSH, transsexuels, travailleurs et travailleuses du sexe, usagers de drogues) pour des actions ciblées de dépistage à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Un questionnaire d'évaluation du risque, adapté de celui que nous proposons dans cette étude, pourrait être la base d'un entretien de conseil visant à favoriser la réduction des risques.

Pour les laboratoires d'analyse médicale

Certains patients réalisent un dépistage directement en laboratoire, sans ordonnance d'un médecin. Un questionnaire rapide d'évaluation des risques permettrait aux biologistes de proposer les dépistages appropriés et de délivrer des conseils adaptés.

Pour les pharmaciens

Les pharmaciens deviennent des acteurs importants de la prévention du VIH avec la commercialisation des autotests VIH prévue en juillet 2015. Ce nouvel outil, complémentaire à l'offre actuelle de dépistage, permet à l'utilisateur de réaliser chez lui un test de dépistage du VIH. L'utilisation des autotests est encadrée par un document d'information de la HAS (75). Les pharmaciens sont amenés à accompagner les utilisateurs potentiels d'autotests pour déterminer si un test est indiqué et pour leur expliquer les modalités pratiques d'utilisation et d'interprétation. Un questionnaire d'évaluation des risques tel que celui de notre étude serait un outil intéressant pour les pharmaciens afin de les aider à déterminer avec le patient si un autotest VIH est indiqué et pour délivrer des conseils de prévention personnalisés.

Pour le public concerné par le dépistage

Un questionnaire d'évaluation du risque pourrait être la base d'un outil en ligne à destination du public afin d'aider les personnes à déterminer si elles doivent réaliser un dépistage. Un outil de ce type existe en Suisse sur le site internet lovelife.ch développé par l'Office fédéral de la santé publique (76). En fonction des réponses au questionnaire, le site internet délivre des conseils personnalisés et indique l'adresse du centre de dépistages le plus proche. Un outil similaire mériterait d'être développé en France.

5. PISTES DE RECHERCHES FUTURES

Notre étude a montré que le principal frein au dépistage n'était pas l'évaluation du risque mais la proposition du test : lorsqu'un dépistage était indiqué, plus de deux tiers des médecins n'ont pas proposé de test VIH et les trois quarts n'ont pas proposé de tests VHB et VHC. Ce résultat interroge sur les motifs de non proposition de dépistage. Est-ce que les médecins sont gênés de proposer un test ? Est-ce qu'ils manquent de temps ? Est-ce qu'ils envisagent de le

proposer plus tard, à un moment plus opportun, lors d'une prochaine prise de sang ? Ou peut-être pensent-ils que leur patient ne présente aucun risque, et dans ce cas sur quels critères ? Les facteurs de risques que nous avons retenus comme indications à un dépistage sont-ils perçus comme pertinents, et si non pourquoi ? L'analyse qualitative du ressenti des médecins, qui était un des objectifs secondaires de l'étude REPEVIH (1), a permis de donner quelques éléments de réponse, mais des travaux étudiant spécifiquement ces questions seraient intéressants à réaliser. Nous pourrions par exemple imaginer une étude avec la méthode du patient standardisé, un patient « fictif » qui consulterait différents médecins dans une situation donnée devant amener à faire réaliser un dépistage. Nous demanderions ensuite au patient fictif et au médecin de raconter, chacun de son côté, son vécu de la consultation. L'analyse qualitative de ces entretiens permettrait d'explorer les enjeux relationnels qui se jouent au cours de la consultation et pouvant amener ou non à une proposition de dépistage.

Un résultat inattendu de notre étude était le taux de prévalence élevé des réponses à certaines questions sensibles (partenaires sexuels occasionnels, relations avec des personnes de même sexe, usage de drogues). Il était sensiblement plus élevé que dans les grandes enquêtes de référence, qui ont été réalisées par téléphone. Comme nous l'avons dit plus haut, on peut faire l'hypothèse que les patients ont plus confiance en leur médecin pour répondre à des questions sensibles qu'à un inconnu au téléphone. Il serait intéressant d'imaginer une étude pour comparer la fiabilité des réponses obtenues lors d'un entretien avec un médecin aux réponses ou lors d'une enquête réalisée par téléphone.

Un autre point à explorer est l'impact de notre intervention sur la découverte de nouveaux cas d'infections par le VIH, le VHB ou le VHC. Notre étude n'a pas recueilli le résultat des sérologies réalisées. Il serait intéressant de relever le nombre de nouveaux diagnostics d'infections suite à la mise en place de notre questionnaire, ainsi que le taux de positivité rapporté au nombre de tests réalisés. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'un recueil systématique des facteurs de risque permettrait un meilleur ciblage de la population à dépister, et donc améliorerait non seulement le nombre de nouveaux diagnostics, mais aussi le taux de positivité des tests réalisés. Une telle hypothèse reste à prouver par une étude de grande ampleur.

De nombreux outils en ligne d'aide à la décision se sont développés ces dernières années pour les médecins généralistes, à l'image d'antibiocliv.com pour la prescription rationnelle d'antibiotiques, de pediadoc.fr pour le suivi de l'enfant ou de gestaclic.fr pour le suivi de la

femme enceinte. De la même manière, il serait intéressant de développer un outil en ligne sur la base de notre questionnaire à utiliser pendant la consultation, par exemple pour tout nouveau patient. En fonction des réponses du patient, le site internet orienterait le médecin sur les dépistages à réaliser. L'impact d'un tel outil sur l'activité de dépistage des médecins généralistes serait à évaluer.

CONCLUSION

L'étude REPEVIH-1, à laquelle notre étude fait suite, a démontré qu'une intervention sur le repérage des facteurs de risque de viroses chroniques à l'aide d'un questionnaire avait une bonne acceptabilité, puisque le taux de réponse à notre questionnaire était de 88 %. La prévalence des facteurs de risque était élevée, à 52 % des répondants.

La deuxième phase de cette étude, REPEVIH-2, a démontré que notre intervention a permis d'augmenter de plus du double le volume de dépistage du VHB et du VHC, par rapport à l'année précédente. Le volume de dépistage du VIH a aussi paru augmenter, mais l'effet n'était pas statistiquement significatif.

En considérant qu'un test était indiqué soit en présence d'un facteur de risque, soit en l'absence d'antécédent de dépistage, un dépistage du VIH, du VHB et du VHC était indiqué chez respectivement 61 %, 70 % et 71 % des patients inclus. Parmi les patients pour lesquels un dépistage était indiqué, moins d'un tiers (31 %) se sont vus proposer un test VIH et seulement un quart (25 %) un test VHB et VHC : un frein majeur au dépistage venait ainsi des médecins. Lorsqu'un test VIH, VHB et/ou VHC était proposé, le médecin rencontrait peu de réticence de la part des patients : plus des trois quarts (environ 78 %) ont accepté la prescription. Enfin, nous avons estimé que lorsqu'un test était prescrit, au moins 35 à 40 % des patients l'ont réalisé en laboratoire.

Nous avons proposé deux modalités pour notre questionnaire de facteurs de risque : dans le groupe A (auto-questionnaire), les patients remplissaient eux-mêmes le questionnaire et dans le groupe B (interrogatoire ciblé), les médecins posaient les questions au cours de la consultation. L'étude REPEVIH-1 a démontré que le taux de réponse au questionnaire était légèrement supérieur dans le groupe A que dans le groupe B (respectivement 93 % et 85 %, $p < 0,05$). Ce résultat suggère que la recherche des facteurs de risque par auto-questionnaire est plus acceptable que par un interrogatoire du médecin généraliste. Afin d'évaluer l'impact de cette différence d'acceptabilité en termes de dépistages réalisés, l'étude REPEVIH-2 a comparé le nombre moyen de sérologies réalisées par médecin entre les deux groupes : la différence n'était pas significative.

Notre étude a démontré que le recueil des facteurs de risque des viroses chroniques par un questionnaire est faisable en médecine générale, et qu'il permet d'augmenter les pratiques de

dépistage des hépatites B et C. Pourtant, de nombreuses opportunités de dépistages sont encore manquées, principalement par absence de proposition du test par le médecin dans des situations où il est indiqué. Ces résultats soulignent la nécessité d'une meilleure formation des médecins généralistes pour l'amélioration de leurs pratiques de dépistage, et d'une reconnaissance de leur rôle comme acteurs de prévention en soins primaires.

ANNEXES

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



FACULTE DE MEDECINE
Département de Médecine Générale

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.

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 Cocaine
 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

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

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 !

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.



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

Annexe 4 : Questionnaire patient, groupe 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 au questionnaire médecin.

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 chlamidia 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 (groupes A et B)

Questions pour le médecin

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

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

- Le patient a refusé de répondre
- J'ai oublié de le faire
- Je n'ai pas le temps de le faire
- J'estime que le risque est très faible pour ce patient
- Ce n'est pas approprié à cette consultation
- Cela me gêne
- 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? 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 : 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

Président :
Dr J.-P. CESARINI
Vice-président :

M. Marc BORAND
Secrétaire générale :
Mme M. ASTRIE-BELLYCK
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-BELLYCK

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

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

Annexe 7 : 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 8 : Récépissé de la déclaration à 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

BIBLIOGRAPHIE

1. Aïm-Eusébi A. Etude REPEVIH-1. L'identification des facteurs de risques de virose chronique (VIH, VHB, VHC) est-elle possible en consultation de médecine générale? [Thèse d'exercice]. [En ligne]. Paris: Université Paris Diderot; 2014. Disponible: www.bichat-larib.com/publications.documents/4765_AIM_these.pdf
2. Aïm-Eusébi A, Prothon E, Majerholc C, Yazdanpanah Y, Aubert J-P. Etude REPEVIH-1. L'identification des facteurs de risque de virose chronique (VIH, VHB, VHC) est-elle possible en consultation de médecine générale? [Poster]. [En ligne]. XVe congrès de la Société Française de Lutte contre le Sida, Paris; 2014. Disponible: www.bichat-larib.com/publications.documents/4824_141024_repevih1.pdf
3. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. ANRS, CNS; 2013. 478 p.
4. 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.
5. Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS*. 2014; 28(12):1797-804.
6. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de Sida, France, 2003-2013. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2015;(9-10):152-61.
7. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos J. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2007.
8. 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. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2013;(19):210-3.
9. Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2005;(23):109-12.

10. Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Le Vu S, Lot F, et al. Prevalence and Characteristics of Individuals With Undiagnosed HIV Infection in France: Evidence From a Survey on Hepatitis B and C Seroprevalence. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2012;60(4):e116-8.
11. 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 [En ligne]. [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot; 2014. Disponible: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4699_SIMONDON_these_PREVACB2.pdf
12. COMEDE. La santé des exilés. Rapport COMEDE 2014. Le Kremlin-Bicêtre: COMEDE; 2014. 132 p.
13. Médecins du Monde. Rapport de l'Observatoire France 2013 [En ligne]. Paris: Médecins du Monde; 2014. 180 p.
14. Samson S, Tupin P, Colinot N, Gastaldi-Menager C, Fagot-Campagna A, Gissot C. Population bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMUc) ou de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) : quel était de santé selon le SNIIRAM ? [Poster]. Congrès de la médecine générale France, Paris; 2015.
15. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Semaille C. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2013;(39-40):504-9.
16. 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. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2010;(45-46):464-6.
17. 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*. 2012;103(3):207-12.
18. 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*. 2010;14(11):e928-40.

19. Tohme RA, Holmberg SD. Transmission of hepatitis C virus infection through tattooing and piercing: a critical review. *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):1167-78.
20. 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.
21. López-Medrano F, Costa JR, Rodriguez-Peralto JL, Aguado JM. An HIV-positive man with tattoo induration. *Clin Infect Dis*. 2007;45(2):220-1, 267-8.
22. 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*. 2011;343:d6016.
23. 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. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012;(46-47):541-5.
24. Zarski J-P. Histoire naturelle des hépatites virales. *La Revue de Praticien*. 2011;61:33-8.
25. 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. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2008;(27):237-40.
26. Montuclard C, Hamza S, Rollot F, Evrard P, Faivre J, Hillon P, et al. Causes of death in people with chronic HBV infection: A population-based cohort study. *Journal of Hepatology*. 2015;62(6):1265-71.
27. Supervie V. Charge virale communautaire : de l'idée à la réalisation. *Transcriptases*. 2011;(147):14-7.
28. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2005;39(4):446-53.
29. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et

al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493-505.

30. Martin NK, Foster GR, Vilar J, Ryder S, E Cramp M, Gordon F, et al. HCV treatment rates and sustained viral response among people who inject drugs in seven UK sites: real world results and modelling of treatment impact. *J Viral Hepat.* 2014;22(4):399-408.

31. Koretz RL, Lin KW, Ioannidis JPA, Lenzer J. Is widespread screening for hepatitis C justified? *BMJ.* 2015;350:g7809.

32. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Arrêté du 18 novembre 2014 relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique.

33. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. Saint-Denis:HAS; 2009.

34. Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH : recommandations du groupe d'experts. Rapport 2010. Paris: La documentation française; 2010. 417 p.

35. Descamps C. Étude SHIVA : Influence de la recommandation de la HAS de 2009 sur le dépistage du VIH en médecine générale [En ligne]. [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot; 2014. Disponible: www.bichat-larib.com/publications.documents/4704_DESCAMPS_these.pdf

36. Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S, et al. Dépistage de l'infection à VIH en France, 2003-2013. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 2014;(32-33):534-40.

37. Aubert J-P. Éléments cliniques et outils de diagnostic précoce des principales IST en Médecine Générale. [Communication orale]. 8e Congrès de la Médecine Générale France, Paris; 2014.

38. 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 ?

Dans: Baromètre santé médecins généralistes. Saint-Denis: INPES; 2009. p. 137-55.

39. 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 infectious diseases*. 2013;13:200.

40. 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*. 2008;168(13):1458-64.

41. Traore F. Dépistage de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie : étude qualitative sur les freins des médecins généralistes. [En ligne]. [Thèse d'exercice]: Université Paris Diderot; 2014. Disponible: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4736_TRAORE_these.pdf

42. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Dans: Singuliers généralistes, *Sociologie des Médecins Généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 147-67.

43. 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.

44. Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Dans: Baromètre santé médecins généralistes. Saint-Denis: INPES; 2009. p. 51-83

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]. Université Paris Descartes; 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 Medical Weekly*. 2011;141(w13178).

47. Aubert J-P, Simondon A. Etude sur la démographie médicale parisienne : Démomed 75 ; Restitution des résultats. [Présentation]. Hôtel de Ville de Paris; 2014.

48. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Nomenclature des

actes de biologie médicale. [En ligne]. 2014 [cité le 25 mai 2015]. Disponible: www.codage.ext.cnamts.fr/f_mediam/fo/nabm/DOC.pdf

49. Druelle S. Un plus grand nombre de médecins en Ile-de-France. Insee; juin 2010.

50. Pinçon-Charlot M, Pinçon M. Sociologie de Paris. Paris: La Découverte; 2014. 128 p.

51. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. DREES : Etudes et résultats. juin 2004;(315).

52. Recensement de la population 2011, Commune de Paris, Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration [En ligne]. INSEE; juin 2014 [cité le 25 mai 2015]. Disponible:

www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=IMG1A&millesime=2011&niveau=1&typgeo=COM&codegeo=75056

53. Aubert J-P, Bouée S, Bentata M, Compagnon C, Elghozi B, Livrozet J-M, et al. Dépistage de l'infection par le VHC en médecine générale. L'étude GYMKHANA 1. La revue du praticien - médecine générale. 2005;19(700):895.

54. Godelier M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éd. Paris: La Découverte; 2008. 609 p.

55. Fourquet J, Todd E. Les Français, le sexe et la politique. Marianne. 2014;(892):20-7.

56. Spira A, Bajos N, Béjin A, Beltzer N, et al. AIDS and sexual behaviour in France. Nature. 1992;360(6403):407-9.

57. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage de drogues illicites en France en 2014. Note 2015-01. [En ligne]. Saint-Denis; 2015 [cité le 25 mai 2015]. 7 p. Disponible: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxfbv4.pdf>

58. Direction de la Sécurité sociale. Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2013. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014. 45 p.

59. 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. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [En ligne].

2014;(21-22):395-400.

60. Pillay TD, Mullineux J, Smith CJ, Matthews P. Unlocking the potential: longitudinal audit finds multifaceted education for general practice increases HIV testing and diagnosis. *Sex Transm Infect.* 2013;89(3):191-6.

61. Comité médical pour les exilés (COMEDE), Ministère de la santé et des solidarités, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Migrants/étrangers en situation précaire : Prise en charge médico-psychosociale. Le Kremlin-Bicêtre; 2008. 619 p.

62. Spilka S, Janssen E, Legleye S. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Rapport no 2013-01. Saint-Denis: Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie; 2013.

63. Pousset M, éd. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013.

64. Ministère des affaires sociales et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. Paris; 2015. 55 p.

65. INVS [En ligne]. Bulletins des réseaux de surveillance des IST; nov 2014 [cité le 25 mai 2015]. Disponible: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>

66. Detanne S, Touboul P, Dunais B. Promotion du dépistage opportuniste des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* par auto-prélèvement chez les patients de 18 à 24 ans en soins primaires [Communication orale]. Congrès de la médecine générale France, Paris; 2015.

67. Beck F, Firdion J-M, Legleye S, Schiltz M-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire, nouvelle édition 2014. Saint-Denis: Inpes; 2014.

68. Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, Abel GA, Lyratzopoulos G, Beckett MK, et al. Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine.* 2014;30(1):9-16.

69. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test

screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*. 2001;91(6):947-52.

70. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Semaille C. Enquête presse gays et lesbiennes 2011 : les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes [En ligne]. 2013 [cité le 25 mai 2015]. Disponible: http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=91909

71. Ducos G, Afonso M, Guiresse M, Kinouani S, Pétrègne F, Gay B. Faciliter la première consultation d'un nouveau patient en médecine générale. Première partie : conception et élaboration d'un auto-questionnaire. *Médecine*. 2014;10(1):38-41.

72. Ducos G, Kinouani S, Guiresse M, Afonso M, Castera P, Gay B. Faciliter la première consultation d'un nouveau patient en médecine générale. Deuxième partie : Expérimentation auprès de 26 médecins généralistes d'Aquitaine. *Médecine*. 2014;10(1):42-7.

73. Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, article 47.

72. Office fédéral de la santé publique de Suisse. Directives de l'OFSP sur le test VIH dans le cadre du VCT. *Bulletin de l'OFSP*. 2011;(27):544-54.

73. Haute Autorité de Santé. Autotests de dépistage de l'infection par le VIH. Information à l'usage des professionnels de santé et des associations. Saint-Denis: HAS; mars 2015.

74. Lovelife.ch [En ligne]. Office fédéral de la santé publique de Suisse. Test du risque [cité le 25 mai 2015]. Disponible: <http://www.lovelife.ch/fr/test-du-risque/>

RÉSUMÉ

Objectifs. – Un grand nombre de personnes s'ignorent séropositives pour le VIH, le VHB ou le VHC. Notre objectif était d'évaluer l'impact d'un repérage systématique des facteurs de risque sur l'activité de dépistage des médecins généralistes.

Méthodes. – Les 18 généralistes participants devaient inclure les 50 premiers patients de 18 à 65 ans venant seuls en consultation. Les patients ont répondu à un questionnaire rempli soit par le patient lui-même, soit par son médecin au cours de l'interrogatoire. Les médecins étaient libres de proposer ou non un dépistage du VIH, du VHB et/ou du VHC. Le critère de jugement principal était le nombre moyen de sérologies remboursées par l'Assurance maladie par médecin pendant une période de 4 semaines après le début de l'intervention, comparé à la même période, un an auparavant.

Résultats. – 842 patients ont été inclus. Le nombre moyen de sérologies par médecin dans les quatre semaines après le début de l'intervention était de 4,39 pour le VIH, 3,67 pour le VHB et 3,39 pour le VHC. Par rapport à l'année précédente, il a augmenté de 27 % pour le VIH ($p=0,22$), 113 % pour le VHB ($p<0,01$) et 135 % pour le VHC ($p<0,01$). Selon les virus, un dépistage était indiqué pour 61 à 71 % des patients inclus. Parmi eux, 69 à 75 % n'ont pas eu de proposition de test par leur médecin et seulement 7 à 10 % ont réalisé le test en laboratoire.

Conclusion. – Le repérage systématique des facteurs de risque de virose chronique augmente l'activité de dépistage des hépatites B et C de façon statistiquement significative, mais n'a pas d'effet significatif sur le volume de dépistage du VIH.

Mots-clés : Médecine générale, VIH (virus de l'immunodéficience humaine), VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C), facteurs de risque, dépistage.

ABSTRACT

REPEVIH-2 study. Does identifying risk factors for chronic viral infections (HIV, HBV, HCV) improve screening in a general practice setting?

Background. – In France, many people ignore their status for HIV, HBV or HCV. Our study aimed to measure the effect of routinely identifying risk factors on the screening activity of general practitioners.

Methods. –The 18 participating general practitioners included the first 50 patients, aged 18 to 65, who had come unaccompanied. Patients had to answer a questionnaire, completed either by themselves, or by their doctors during the consultation. Doctors were free to offer or not a test for HIV, HBV and/or HCV. The primary outcome was the mean number of tests per general practitioner refunded by the social security centre during a 4 weeks' period after the intervention had started, compared to the same period in the previous year.

Results. – 842 patients were included. The mean number of tests per general practitioner after the beginning of the intervention was 4.39 for HIV, 3.67 for HBV and 3.39 for HCV. Compared to the previous year, it raised of 27 % for HIV ($p=0.22$), 113 % for HBV ($p<0.01$) and 135 % for HCV ($p<0.01$). The differences between groups A and B were not statistically significant. Depending on the virus, screening was should have been recommended for 61 to 71 % of the patients. Of them, only 7 to 10 % performed the test in a laboratory.

Conclusions. – Routinely identifying risk factors for chronic viral infections significantly improves the hepatitis B and C screening activity, but has no statistically significant effect on the volume of HIV screening.

Key-words: General practice, HIV (Human Immunodeficiency Virus), HBV (Hepatitis B Virus), HCV (Hepatitis C Virus), risk factors, screening.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

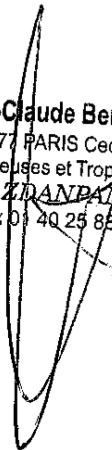
Le Président de thèse
Université Paris Diderot – Paris 7
Le Professeur Yazdanpanah

VU :

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

Date le 22/04/2015

HUPNVS - G.H. Bichat-Claude Bernard
46, rue Henri Huchard - 75877 PARIS Cedex 18
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Professeur Yazdan YAZDANPANAH
Tél. 01 40 25 78 03 - Fax 01 40 25 85 60



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

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER