

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 022

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Par

Nolwenn HALL

Née le 29/09/1985 à Brest

Présentée et soutenue publiquement le : 26 juin 2013

**ETAT DES LIEUX, EN 2012, DE LA PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS
GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE ET VENDEE DES PATIENTS INFECTES
PAR LE VIH. ANALYSE ETENDUE AUX PAYS DE LOIRE.**

Président : Monsieur le Professeur François RAFFI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe PERRÉ

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Philippe PERRÉ, qui a accepté de diriger ma thèse avec une grande disponibilité et une écoute attentive. Un grand merci aussi pour son enseignement rigoureux, toujours dans la bonne humeur, son partage de connaissances -voire de passion- pour la prise en charge des patients VIH et pour son métier en général. C'est une grande chance de l'avoir rencontré au cours de mes études.

A Monsieur le Professeur RAFFI, qui me fait l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur LEPELLETIER, et Monsieur le Professeur BOUTOILLE qui m'ont fait l'honneur de participer à ce jury.

A Monsieur le Docteur GUIMARD, qui a accepté de participer à ce jury et un merci particulier pour ces heures de visites passées à transmettre avec pédagogie et disponibilité ses connaissances.

Au COREVIH des Pays de Loire et notamment au Dr Eric BILLAUD et à Madame Audrey BLATIER pour leur soutien matériel et financier dans ce projet.

A Solène SECHER pour son aide « technique » et sa grande disponibilité.

A Christelle SUPLOT, qui m'a inspiré l'étude sur l'annonce diagnostique et a donc su enrichir mon travail.

Au Docteur Jérôme DIMET pour ses conseils.

Aux Docteurs Michelle VERCOUTERE, Thierry LEGALEZE et Laurent BARREAU, qui ont su me montrer le plus beau visage de la médecine générale, qu'ils pratiquent admirablement.

A toute l'équipe de MPU de la Roche-sur-Yon où j'ai pu faire un stage marquant et si formateur.

ABREVIATIONS :

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

ARV : AntiRétroViral

CNS : Conseil National du SIDA

COREVIH : Comité de coordination Régionale de lutte contre le VIH

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CV : Charge Virale

DU : Diplôme Universitaire

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FMC : Formation Médicale Continue

Hab : Habitants

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

HPV : Human Papilloma Virus

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LA : Loire-Atlantique

NR : Non Renseigné

ONUSIDA = UNAIDS : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

ORS : Observatoire Régional de la Santé

pvVIH : personne vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

TARV : Traitement AntiRétroViral

TPE : Traitement Post-Exposition

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usager de Drogue Injectable

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

| | | |
|------|---|----|
| 1 | INTRODUCTION | 5 |
| 1.1 | Données épidémiologiques | 6 |
| 1.2 | Le dépistage | 8 |
| 1.3 | Du dépistage à l'annonce diagnostique : une annonce singulière | 9 |
| 1.4 | De l'annonce d'une séropositivité au suivi d'une maladie chronique : quel rôle pour les médecins généralistes ? | 11 |
| 1.5 | Objectifs de l'étude | 12 |
| 2 | METHODES : | 13 |
| 2.1 | Description de l'étude | 13 |
| 2.2 | Analyse des données | 13 |
| 2.3 | Le questionnaire | 13 |
| 2.4 | L'analyse régionale | 15 |
| 3 | RESULTATS : | 16 |
| 3.1 | Taux de participation | 16 |
| 3.2 | Caractéristiques de la population | 17 |
| 3.3 | Réalité du suivi des patients VIH par les médecins généralistes : | 19 |
| 3.4 | Formations effectuées, souhaitées et connaissances générales | 21 |
| 3.5 | Prévention, information, abord du sujet de la sexualité. | 25 |
| 3.6 | Le dépistage | 27 |
| 3.7 | L'annonce diagnostique | 29 |
| 3.8 | Prise de risque sexuel, accident d'exposition au VIH, connaissance du TPE : | 35 |
| 3.9 | Suivi spécifique des patients VIH, dépistage des complications : | 36 |
| 3.10 | Niveau d'implication souhaité et freins au suivi des patients VIH | 37 |
| 4 | DISCUSSION..... | 40 |
| 4.1 | Représentativité des échantillons répondeurs | 40 |
| 4.2 | Réalité du suivi des patients VIH par les médecins généralistes | 42 |
| 4.3 | Formations effectuées, souhaitées et connaissances générales | 43 |
| 4.4 | Prévention, information, abord du thème de la sexualité..... | 44 |
| 4.5 | Le dépistage | 45 |
| 4.6 | L'annonce diagnostique | 48 |
| 4.7 | Prise de risque sexuel, accident d'exposition au VIH, connaissance du TPE : | 50 |
| 4.8 | Suivi des patients VIH, dépistage des complications..... | 50 |
| 4.9 | Niveau d'implication souhaité et freins au suivi des patients VIH | 51 |
| 5 | CONCLUSION..... | 53 |
| 6 | ANNEXES..... | 54 |
| 7 | Liste des figures et tableaux..... | 58 |
| 8 | BIBLIOGRAPHIE..... | 60 |

1 INTRODUCTION

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH (pvVIH) est en pleine mutation. Les traitements anti rétroviraux et la possibilité d'un diagnostic précoce ont considérablement modifié le pronostic et concouru à transformer cette pathologie encore récemment irrémédiablement létale en une maladie chronique. La population des pvVIH vieillit, et nous assistons à l'émergence de nouvelles problématiques dans leur prise en charge.

Tout d'abord, nous devons nous baser sur des données épidémiologiques mondiales, françaises et régionales afin de définir les évolutions notables de l'épidémie du VIH.

Ainsi, nous verrons comment et pourquoi les recommandations récentes ont bousculé les pratiques de dépistages, leurs indications, et la démarche de counseling. Prenant un caractère de maladie chronique avec les évolutions majeures de la prise en charge depuis 1996, l'information autour de cette maladie et surtout les enjeux de l'annonce diagnostique se modifient, ce d'autant que discriminations et symboliques culturelles persistent autour de cette pathologie.

Enfin, se pose la question de l'élargissement de la prise en charge de l'infection au VIH en tant que maladie chronique, qui ne serait plus de la seule compétence des structures hospitalières, mais, comme toute pathologie chronique, du rôle des médecins de ville et notamment le rôle des médecins généralistes. On voit notamment émerger des co-morbidités nouvelles chez les pvVIH : maladies cardio-vasculaires, pathologies néoplasiques non classant SIDA, ou d'autres en relation avec le vieillissement de cette population. En ce sens, les médecins généralistes seront amenés à voir de plus en plus de pvVIH, ne serait-ce que pour des pathologies intercurrentes. Dans ce contexte, les recommandations récentes vont dans le sens d'un plus grand investissement des médecins de ville dans la prise en charge des pvVIH. Elles insistent aussi sur le caractère pluridisciplinaire de cette prise en charge avec participation à des réseaux de soins.

1.1 Données épidémiologiques

1.1.1 Dans le monde :

Fin 2011, 35 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde; 14,8 millions d'entre elles sont éligibles à un traitement Anti-Rétroviral (ARV) et 8 millions en bénéficient. La prévalence de l'infection au VIH chez les adultes (de 15 à 49ans) est de 0,8% (1).

Le nombre de nouvelles contaminations est stable avec 2,5 millions en 2011 (2,3 millions en 2001), et le nombre de décès dus à une cause liée au SIDA diminue : 1,7 millions en 2011 (vs 2,3 millions, pic atteint en 2005) (1).

1.1.2 En France :

On estime environ à 160 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH fin 2011 en France [130 000-200 000] selon le rapport mondial ONUSIDA 2012(1) contre 120 000 en 2001. Ce taux était évalué entre 146 000 et 180 000 en 2010 par l'ANRS (Supervie et al.)(2). La prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans est donc estimée en France à 0,4% (1) (0,2% selon le rapport YENI(3)). Le nombre de patients vivant avec le VIH et non diagnostiqués est estimé en 2010 à environ 25 000 (2). La cascade de prise en charge des patients VIH en France est présentée par la Figure 1.

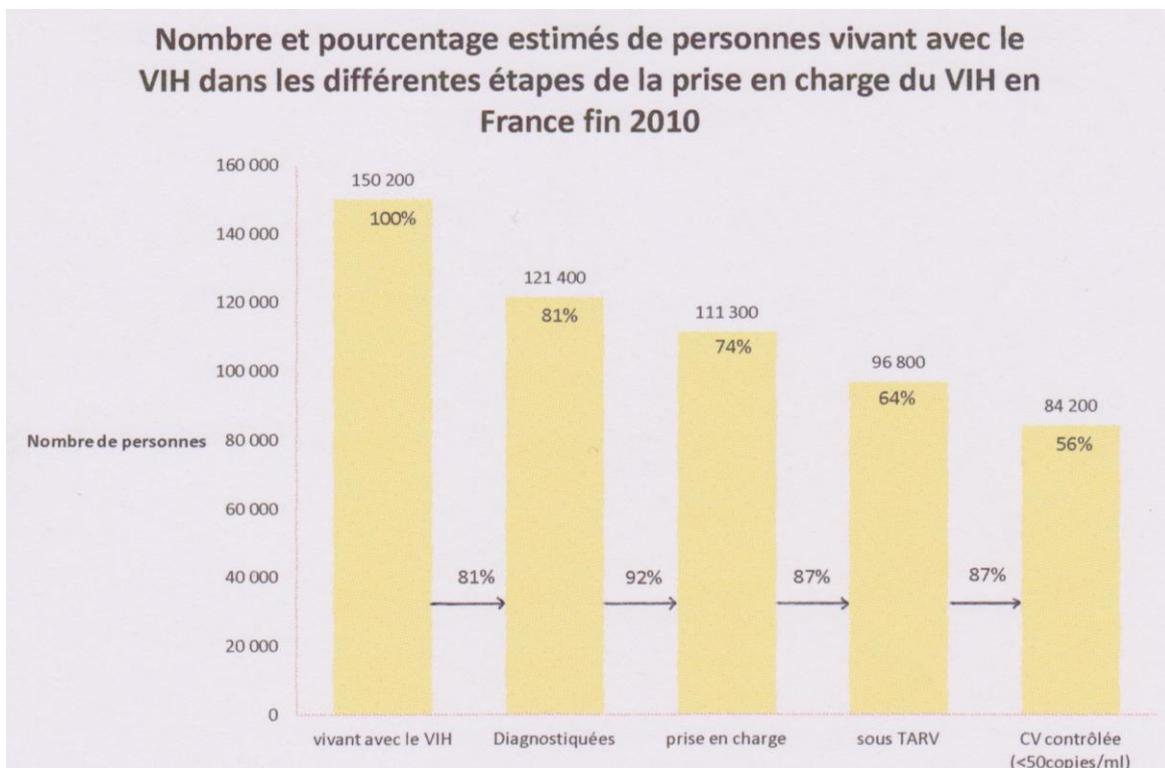


Figure 1: Cascade of care, France d'après Supervie et al.(2)

Le nombre de nouvelles infections est stable depuis 2007, évalué à 6 100 en 2011(4).

Le nombre de décès liés au SIDA en 2011 est estimé à 1 300, et le nombre de patients passant au stade SIDA d'environ 1 500 en 2010.

Le nombre de sérologies réalisées augmente en 2011 : 5,2 millions (79 pour 1000 habitants), soit 4% de plus qu'en 2010 (5). Ceci fait suite aux recommandations de l'HAS élargissant les indications de dépistage fin 2009. Cependant, le nombre de sérologies positives reste stable (10 517 en 2011) à environ 161 par 1 million d'habitants (5). La proportion de découvertes tardives, c'est-à-dire à un stade SIDA et/ou à un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³, reste cependant stable à 29% en 2011(4).

70% des découvertes de séropositivités ont lieu entre 25 et 49 ans, 40% concernent des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

1.1.3 Dans les Pays de la Loire :

En 2011, 181 personnes ont découvert leur séropositivité dans les Pays de la Loire (données de l'observatoire régional de la santé) (6), soit 50 nouveaux cas de séropositivité VIH par million d'habitants. Ceci place la région des Pays de Loire au 12^{ème} rang des 19 régions métropolitaines les plus touchées par le VIH.

Le nombre de sérologies réalisées a également augmenté significativement ($p < 0,001$) entre 2010 (51 pour 1000 habitants) et 2011 (55 pour 1000 habitants) mais ce taux reste le plus faible de toutes les régions françaises (5). Le nombre de sérologies positives augmente également de 84 par million d'habitants en 2010 à 88 en 2011. La proportion de découvertes tardives est de 29% en 2010, chiffre similaire à celui de la France entière (7).

Environ 3300 personnes infectées par le VIH ont été suivies dans les établissements de santé des Pays de la Loire en 2011 (6) (3 200 en 2010) (7), dont près de la moitié à Nantes, 19% à Angers, 13% au Mans, 10% à la Roche-sur-Yon. Ce sont exactement 3138 patients qui sont déclarés en ALD au titre de l'infection au VIH (ALD 7) répartis comme suit : 1500 en Loire-Atlantique, 539 en Maine-et-Loire, 468 en Sarthe, 367 en Vendée, 164 en Mayenne (données de l'assurance maladie au 31/12/2010) (8).

Tableau 1 : Réalité du suivi, des pratiques de dépistages et du nombre de nouvelles découvertes de séropositivité en France et en Loire-Atlantique en 2010 et 2011 selon l'InVS, l'ORS des Pays de Loire et UNAIDS (1)(6)(7)

| Année | France | | Pays de la Loire | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | 2010 | 2011 | 2010 | 2011 |
| Nombre de patients VIH pris en charge | 111 300 | NR | 3 200 | 3 300 |
| Nombre de découvertes de séropositivité | 6 265 97/million d'hab | 6 100 93/million d'hab | 190 53/million d'hab | 181 50/million d'hab |
| Nombre de sérologies réalisées | 4,9 millions 77/1000 hab | 5,2 millions 79/1000 hab | 180 200 51/1000 hab | 199 500 55/1000 hab |
| Nombres de sérologies positives | 10 800 167/million hab | 10 517 161/million hab | 301 84/million hab | NR 88/million hab |

1.2 Le dépistage

Ces données démographiques ayant mis l'accent sur la part importante des personnes infectées par le VIH non diagnostiquées et sur le grand nombre de dépistages tardifs, nous comprenons aisément que plusieurs recommandations soient allées dans le sens d'un élargissement des pratiques de dépistage.

C'est en octobre 2009 que l'HAS a formulé des recommandations d'extension des propositions de dépistage. Celles-ci (9) conseillent la proposition d'un test de dépistage de l'infection au VIH :

- à la population générale (de 15 à 70 ans) afin de cibler des populations qui se considèrent « moins à risque ».
- de façon ciblée, c'est-à-dire aux populations particulièrement à risque, et ce de façon répétée. Tous les ans chez les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH), les usagers de drogues injectables (UDI) et les patients originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes ; et de fréquence indéterminée chez les hétérosexuels ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, chez les habitants des départements français d'Amérique, chez les partenaires de personnes séropositives, et chez les personnes en situation de prostitution.
- dans certaines circonstances : projet de grossesse, Interruption Volontaire de Grossesse, première contraception, viol, incarcération, diagnostic d'Infection Sexuellement Transmissible (IST) ou de tuberculose.

Ces recommandations rappellent en outre l'importance du dépistage face à des patients présentant des symptômes compatibles avec une primo-infection VIH, ainsi qu'au premier trimestre de grossesse et au futur père, et l'encouragement au recours volontaire au dépistage.

On ne peut encore définir si cet élargissement du dépistage a eu un effet bénéfique en termes de précocité de diagnostic ou de diminution du nombre de personnes infectées sans le savoir, mais les premiers résultats ne semblent pas convaincants. En effet, si le nombre de dépistages réalisés en France a augmenté de 4% entre 2010 et 2011 (5,2 millions), le nombre de sérologies positives et le nombre de découvertes de séropositivité restent stables. Cependant les études basées sur des calculs « mathématiques » de coût-bénéfice (10) sont favorables à un tel dépistage, hypothèse confirmée également par une étude publiée en mai 2013 et menée de juin 2009 à octobre 2010, qui évalue la capacité du système de soins à détecter les personnes infectées par le VIH (11). Cette étude se base sur 1 008 patients récemment diagnostiqués séropositifs au VIH. Parmi ces patients, 99% ont eu un contact avec un centre de santé dans les 3 années précédentes et 89% ont vu un médecin généraliste au moins une fois par an. 53% des patients étaient des HSH, mais seuls 50% d'entre eux l'ont mentionné à leur médecin. Mais même lorsqu'ils précisaient leur statut d'HSH, seulement 50% se voyaient proposer un test de dépistage. C'est donc un peu plus d'un patient HSH sur 5 qui fut dépisté pour le VIH, et pas moins de 82% d'occasions manquées de dépistage. Ceci illustre bien d'une part les difficultés pour le médecin de cibler les populations à risque, et d'autre part que les pratiques de dépistages dans les populations à risques ne sont pas suffisantes. Ceci tend à faire penser qu'une généralisation du dépistage semble intéressante, notamment dans les zones à forte prévalence mais aussi que les médecins doivent être formés à développer des outils (cliniques, comportementaux) pour mieux identifier les personnes à risque élevé d'infection. Ceci souligne également le rôle primordial des médecins de premiers recours, médecins généralistes essentiellement.

Dans ce contexte, il nous a alors semblé intéressant d'évaluer les pratiques réelles de dépistage des médecins généralistes de Vendée et Loire-Atlantique, ainsi que des Pays de la Loire dans la globalité puisqu'une enquête a été réalisée dans les 3 autres départements de la région.

1.3 Du dépistage à l'annonce diagnostique : une annonce singulière

L'enjeu de l'annonce diagnostique a, lui aussi, changé considérablement au cours des deux dernières décennies. Si, avant l'arrivée des trithérapies en 1996, l'annonce de l'infection au VIH était une annonce de mort anticipée, celle-ci a évolué vers l'annonce d'une maladie chronique pour laquelle un traitement à vie est ou sera nécessaire.

Il est intéressant tout d'abord de noter que l'annonce d'un résultat négatif de dépistage au VIH n'est pas sans conséquence. « Avant on est rien, après on est séronégatif » (12). Le test négatif, en effaçant les traces du passé, peut avoir un effet « purificateur » que Mendès-Leite (13) qualifie d' « exorcisme » de la maladie, entrant dans un des processus de protections imaginaires et symboliques face au SIDA. C'est là toute l'importance des informations de prévention qui gardent leur place malgré un recours moins fréquent au véritable counseling. L'information-prévention est importante, mais savoir à qui on l'adresse et avoir conscience des mécanismes qui seront mis en jeu par le patient pour adapter ces informations à son quotidien est également primordial. En effet, comme l'explique Mendès-Leite, il existe des mécanismes de protections imaginaires et symboliques qui, partant des recommandations de prévention, vont par un mécanisme d'adaptation, de simplification et de négociation, les adapter au mode de vie propre au patient. Ceci peut avoir des effets qui peuvent paraître bien loin des messages de prévention initialement donnés.

Il y a tout d'abord les mécanismes de repérage (apparences, origines sociales et démographiques, âge du partenaire, identité sexuelle) qui vont amener le patient à classer l'Autre comme « potentiellement dangereux » ou non, sur des données bien entendu subjectives. Il existe ensuite des mécanismes de maintien tel que le pacte du silence dans un couple au multi partenariat, la monogamie sérielle, et surtout le rapport de confiance. Au fil du temps, le nouveau partenaire devient « moins à risque » pour la personne, le degré de confiance augmente et il devient inenvisageable que ce partenaire puisse être contaminant. Enfin il existe des mécanismes d'exorcisme de la maladie, comme la réalisation répétée de tests de dépistage, la possession du préservatif, même s'il n'est pas utilisé. C'est en connaissance de tout cela que le médecin doit appréhender la démarche de dépistage et d'annonce de résultats pour un effet optimal des conseils transmis.

L'annonce d'une séropositivité VIH est quant à elle bien différente. Cette annonce revêt d'une part les caractéristiques de l'annonce d'une maladie chronique avec tous les mécanismes de défense que peut mettre en œuvre le patient et face auxquels le médecin, conscient de la réalité de ces réactions, doit pouvoir réagir. Il peut s'agir d'une anxiété aigüe, de désespoir, de dépression, de révolte, d'agressivité, de déni, de culpabilité, d'anesthésie affective ou au contraire d'activité incessante... Presque toujours le patient se sent la victime d'un autre.

Viennent ensuite les mécanismes mis œuvre pour repenser sa vie en tant que « malade », ce qui inclut un bouleversement identitaire. La notion de mort est présente, il faut faire le deuil de l'immortalité, et l'annonce amène à repenser son rapport au temps. L'annonce donne au patient un nouveau statut, celui de personne contaminante et donc potentiellement « dangereuse ». 3 grandes réactions peuvent se présenter selon J. Pierret (14) :

- continuité sous contrainte, caractérisée par la volonté de continuer la même vie, qui va souvent entraîner un recours au secret
- discontinuité et retournement caractérisés par la rupture biographique
- enfermement, repli sur soi et sur son nouveau statut de « malade ».

Enfin, l'annonce d'une infection au VIH est en elle-même singulière :

- singulière d'une part, car l'infection au VIH revêt bel et bien une symbolique particulière de par ses voies de transmission (sanguine et sexuelle) : elle met en effet en jeu des voies qui servent à préserver la vie (transfusion) ou à la donner. Le patient doit repenser sa vie sexuelle ce qui conduit souvent à une période d'au moins un an de flottement dans la vie sexuelle et affective, confirmée par la notion de « retraite sexuelle » mise en avant par l'étude ANRS-VESPA, retrouvant 22% des séropositifs n'ayant pas d'activité sexuelle dans les 12 derniers mois (15).

- singulière d'autre part, car il persiste bien souvent un jugement moral vis-à-vis de cette maladie, une stigmatisation nette, inhérente à l'éducation, le milieu socio-culturel, parfois la religion de chacun. Les patients sont confrontés à une stigmatisation pouvant aller jusqu'à la discrimination voire la « sérophobie ». Une étude déjà ancienne datant de 1990, avant l'arrivée des trithérapies, menée par A. Giami (16) étudiait les représentations du SIDA dans un groupe d'infirmières et de travailleurs sociaux. Le SIDA y était encore très associé à la notion de mort. Les représentations sociales de la maladie ont un peu changé depuis, mais la représentation reste celle d'un « corps malade » comme le constate Borsa-Lebas F., 2007 (17). Un autre élément restant permanent entre l'apparition du VIH, 1990 et probablement aujourd'hui, s'organise autour des thèmes de la sexualité, de la faute, lesquels suscitent peur, angoisse et rejet et structurent une hiérarchisation entre les différents groupes de personnes atteintes par le VIH sur la base de l'origine de leur contamination. Ceci renvoie à « la théorie sexuelle du SIDA » qui associe la contamination par le VIH à une activité sexuelle et surtout une activité sexuelle « fautive » ou « transgressive ». Différents groupes de patients, selon leur mode de contamination, se définissent selon des jugements de valeur qui séparent les « coupables », « responsables », des « victimes ». Ce mécanisme de pensée reste malheureusement toujours présent et ancré dans notre société bien que beaucoup d'avancées aient été réalisées notamment dans l'acceptation de l'homosexualité. En revanche, les usagers de drogues injectables (UDI) restent eux cibles d'une agressivité latente par les soignants dans cette étude, leur mode de contamination étant considéré comme une forme d'activité sexuelle.

Une enquête récente menée en Belgique entre août 2010 et novembre 2011 (18) revient sur les difficultés de la vie des pvVIH. Les premiers résultats parus soulignent que 13% des pvVIH interrogées ont déjà été confrontées à un refus de soins du fait de leur séropositivité et 13% ont été confrontées à une rupture du secret médical. Dans 8% des cas, le partenaire stable de la pvVIH ne connaît pas son statut sérologique (7% dans l'étude ANRS-VESPA en 2003), et 5% des répondants dans les 2 études, n'ont dévoilé leur statut sérologique à personne. Ceci conforte l'idée de l'infection VIH comme « une maladie du secret ». Dans le milieu professionnel, ils ne sont que 40% à révéler leur séropositivité, et 6,5% ont connu des difficultés suite à cette révélation. Près de 3% de l'ensemble des répondants se sont vu refuser un emploi, un stage ou une formation, près de 2% ont eu leur carrière bloquée, 1,5% a été licencié ou exclu de leur formation professionnelle. 16% relatent une discrimination à type d'insultes ou de critiques, près de 10% se sont déjà entendu dire qu'ils « méritaient » cette infection du fait de leurs conduites...

C'est dans ce contexte de stigmatisation persistante bien qu'en voie d'amélioration que les médecins généralistes sont confrontés à l'annonce d'un diagnostic lourd de conséquences. Nous avons donc voulu étudier comment les médecins abordent le sujet de la sexualité avec leurs patients, mais aussi et surtout évaluer leur pratique d'annonce de séropositivité. Représente-t-elle une réelle difficulté pour eux ? A quelles difficultés sont-ils confrontés ? Quelles propositions d'accompagnement mettent-ils en œuvre ?

1.4 De l'annonce d'une séropositivité au suivi d'une maladie chronique : quel rôle pour les médecins généralistes ?

Avec l'arrivée et le succès des trithérapies, la prise en charge des patients vivant avec le VIH s'apparente de plus en plus à la prise en charge d'une maladie chronique. En effet, compte-tenu de l'allongement de la durée de vie des pvVIH, on assiste au vieillissement de la population des patients infectés et à l'apparition de maladies non liées au VIH et nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. D'autre part, l'extension des recommandations en matière de dépistage, et la nécessité d'améliorer la prévention de la transmission du VIH remettent également les médecins généralistes au cœur de la prise en charge de l'épidémie. Or, du fait de l'histoire singulière de l'infection au VIH au cours des 3 dernières décennies, son suivi s'est organisé progressivement et quasi-exclusivement dans des structures hospitalières et/ou spécialisées. C'est dans ce contexte que le rôle des médecins généralistes fut au cœur de multiples débats et recommandations, aboutissant, fin 2009, à un consensus formalisé sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville (19). Celui-ci souligne l'importance d'impliquer davantage les médecins extrahospitaliers. Pour cela, ces recommandations définissent deux niveaux d'implication dans le suivi, deux niveaux de « missions » : les missions de soins de santé primaires et les missions dites « avancées ».

Les missions de soins de santé primaires concernent essentiellement le médecin généraliste qui doit :

- aborder la question de la transmission et de la prévention des IST en particulier du VIH
- informer les patients sur la conduite à tenir en cas d'exposition au VIH
- identifier les situations cliniques devant faire évoquer une infection par le VIH
- proposer le dépistage de l'infection par le VIH
- annoncer un diagnostic d'infection au VIH
- accueillir une personne exposée au VIH, et lui proposer une orientation
- s'assurer de l'observance du traitement
- prendre contact avec un spécialiste en cas d'effets secondaires graves dus aux ARV
- proposer systématiquement un test de dépistage aux femmes enceintes.

Les missions « avancées » concernent quant à elles des médecins généralistes ou spécialistes sur la base du volontariat et de l'engagement personnel. Elles s'axent autour du suivi thérapeutique, clinique et paraclinique du patient dans le cadre de son infection par le VIH, prise en charge définie par les recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr YENI en 2010 (3).

Compte-tenu de ces directives et au cœur du Plan National de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014, il nous a paru particulièrement intéressant d'évaluer quelles missions de soins primaires sont actuellement pratiquées et comment, et si ces médecins sont prêts à prendre en charge des missions « avancées ».

1.5 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer, à la lumière du consensus formalisé, quelles sont les missions de soins de santé primaires déjà réalisées par les médecins généralistes de Vendée et de Loire-Atlantique et dans quelle mesure. Ainsi nous souhaitons évaluer si la délégation du suivi des patients infectés par le VIH est envisageable et surtout souhaitée par les médecins généralistes de ces 2 départements.

De façon secondaire, nous souhaitons étudier plus particulièrement les pratiques de dépistage et d'annonce de séropositivité réalisées par les médecins de ces 2 départements.

Enfin, notre étude venant compléter celles réalisées dans les 3 autres départements des Pays de Loire, nous voulons conclure à des résultats régionaux et comparer les départements entre eux afin d'envisager les territoires où la formation des médecins généralistes est nécessaire et/ou souhaitée.

2 METHODES :

2.1 Description de l'étude

Il s'agit d'une enquête de pratique conduite de juillet à septembre 2012 auprès des médecins généralistes, dans les départements de Vendée et de Loire-Atlantique. Cette étude se base sur un auto-questionnaire, envoyé aux médecins généralistes de ces 2 départements.

Les médecins ont été sélectionnés à partir des pages jaunes 2012 pour la Loire-Atlantique et de la liste des correspondants médecins généralistes du Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon pour la Vendée. Ont été enlevés des correspondants les doublons, les médecins urgentistes, les médecins pratiquant un exercice particulier (angiologues, SOS médecins), mais conservés les acupuncteurs et homéopathes qui déclaraient une activité de médecine générale. Un questionnaire leur a été adressé par courrier postal accompagné d'une lettre d'information (annexe 1) et d'une enveloppe retour. Il n'y a pas eu de relance.

2.2 Analyse des données

Les populations des échantillons répondants et de l'ensemble des médecins de Loire-Atlantique et de Vendée ont été comparées à l'aide d'un test T de Student pour l'âge et d'un test binomial exact pour le sexe. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel informatique SAS (*Statistical Analysis System*). Les pourcentages dans le texte sont rendus en fonction du nombre de répondants pour chaque question, le nombre de questionnaires non renseignés étant précisé à chaque fois.

2.3 Le questionnaire

Il est présenté dans l'annexe 2. Il se base essentiellement sur le consensus formalisé sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville, version du 3 mars 2009, et s'articule en 19 questions.

Ce consensus met en avant 2 grandes catégories de missions pour le médecin généraliste : les missions de soins primaires qui s'adressent à tous (prévention, information, dépistage, diagnostic, annonce, orientation, conduite à tenir devant un accident d'exposition au VIH, suivi, formation) et des missions avancées qui s'adressent aux médecins qui souhaitent s'impliquer dans la prise en charge des patients VIH (suivi spécifique, prise en charge thérapeutique).

Les 19 questions du questionnaire se développent presque exclusivement autour des différents items de missions de soins de santé primaires, après exposition des caractéristiques épidémiologiques des médecins répondants et du nombre de patients VIH suivis (question 1).

- Formation :
La deuxième question évalue les formations dont ont déjà bénéficié les médecins. La question 3 s'intéresse à leur connaissance du COREVIH, du consensus formalisé et du rapport YENI.
La question 18 évalue leur souhait de formation, sur le suivi des patients VIH d'une part, sur l'annonce diagnostique d'autre part.
- Prévention, information, sujet de la sexualité :
Les questions 4 et 5 explorent l'abord du sujet de la sexualité par les médecins généralistes. La question 7 s'intéresse à l'information de prévention sur la transmission du VIH donnée par les médecins.
- Dépistage, diagnostic :
La question 6 évalue les pratiques de dépistage des médecins généralistes, en 4 niveaux (toujours, le plus souvent, rarement, jamais). Les différentes situations proposées suivent les recommandations de dépistage énoncées par le consensus formalisé.
- Annonce diagnostique :
Cet item est exploré par les questions 8 à 12 selon différents angles : la fréquence d'une telle situation en médecine générale (question 8), les modalités de l'annonce (question 9), les difficultés rencontrées lors d'une annonce (questions 10 et 11), et enfin les soutiens éventuellement proposés pour accompagner une annonce de séropositivité VIH (question 12).
- Accident d'exposition au VIH, connaissance du TPE :
La question 14 évalue la fréquence du motif de consultation pour accident d'exposition au VIH en médecine générale. Elle évalue également la connaissance du TPE par les médecins généralistes et de son délai d'instauration. Elle traite aussi de l'orientation choisie par les médecins dans une telle situation.
- Orientation après l'annonce :
L'orientation vers une structure spécialisée est étudiée dans la question 13.
- Suivi des patients VIH:
Les questions 15,16 et 17 relèvent du suivi, de missions avancées telles que décrites dans le consensus formalisé : suivi particulier (examen anal et frottis cervico-vaginal), prise en charge cardio-vasculaire.
La question 19 évalue le désir des médecins généralistes de suivre ou non les patients VIH dans le cadre de leur maladie, les niveaux d'implication souhaités, et les freins à ce suivi.

2.4 L'analyse régionale

Trois thèses ont été soutenues (deux en octobre 2011 et une en mai 2013), traitant d'un sujet similaire mais dans les 3 autres départements des Pays de Loire. Avec l'accord de leur auteur respectif, les bases de données ont été regroupées afin d'en faire ressortir des résultats régionaux et de pouvoir comparer les différents départements lorsque cela était possible. Certaines données initiales manquaient pour le département de Sarthe ce qui explique que quelques chiffres ou comparaisons puissent manquer.

Les questionnaires ont été envoyés de mai à juillet 2011 pour le Maine et Loire (20) et la Sarthe (21), d'avril à juin 2012 dans le cas de la Mayenne (22) et de juillet à septembre 2012 pour la Loire-Atlantique et la Vendée.

Des analyses régionales sont présentées sur :

- Les caractéristiques de la population et le nombre moyen de patients VIH suivis (question 1)
- la formation des médecins (questions 2, 3 et 18),
- la connaissance du COREVIH et du consensus formalisé (question 3),
- la connaissance de l'orientation sexuelle des patients (question 4),
- les pratiques de dépistage (question 6),
- la confrontation à un accident d'exposition au VIH (question 14),
- les souhaits de prise en charge des patients VIH, champs d'implication et freins au suivi (question 19).

Les comparaisons entre département ont été réalisées, le cas échéant, par le test du Khi-2.

3 RESULTATS :

3.1 Taux de participation

3.1.1 En Loire-Atlantique

Sur la base des médecins généralistes référencés dans les pages jaunes de 2012, on comptait 1 018 médecins généralistes, ainsi que 25 médecins généralistes avec une orientation acupuncture et 48 médecins généralistes à orientation homéopathie, après élimination des doublons et des médecins identifiés comme angiologues ou travaillant à SOS médecins.

1 091 questionnaires ont donc été envoyés.

321 médecins ont répondu, soit un taux de réponses de 29,4%.

Cependant, parmi les répondeurs 8 n'ont pas rempli le questionnaire soit parce qu'ils venaient de prendre leur retraite (pour 3 d'entre eux), parce qu'ils se consacraient uniquement à l'acupuncture (2 répondeurs) ou à la nutrition (2 d'entre eux) ou qu'ils venaient de prendre un poste à l'hôpital (1 répondeur). Le nombre de questionnaires exploitables est donc de 313.

3.1.2 En Vendée

Sur la base des correspondants médecins généralistes du Centre Hospitalier Départemental de la Roche-sur-Yon de l'année 2012, 516 médecins généralistes étaient référencés.

516 questionnaires ont donc été envoyés.

129 médecins ont répondu, soit un taux de réponses de 25%.

Parmi les répondeurs, 3 n'ont pas rempli le questionnaire : 1 médecin parce qu'il était récemment retraité, 1 parce qu'il se consacrait uniquement à la pédiatrie, 1 parce qu'il se consacrait uniquement à la médecine légale. Le nombre de questionnaires exploitables est donc de 126.

3.1.3 Taux de participation global

Pour l'ensemble de l'enquête, le taux de réponses est de 28%.

3.1.4 En Pays de Loire

Les résultats sont calculés à partir de 871 questionnaires exploitables (313 en Loire-Atlantique, 126 en Vendée, 92 en Mayenne, 236 en Maine-et-Loire et 104 en Sarthe) sur 2 862 envoyés (1091 en Loire-Atlantique, 516 en Vendée, 204 en Mayenne, 616 en Maine-et-Loire, 435 en Sarthe), soit 30,4% de réponses exploitables.

3.2 Caractéristiques de la population

3.2.1 En Loire-Atlantique

La population étudiée présente les caractéristiques suivantes :

- Sexe : 188 hommes et 124 femmes, soit un sex-ratio de 1,51. 1 questionnaire non renseigné.
- Age moyen : 50,1 ans ; l'âge médian est de 52 ans ; [Q1 ; Q3] = [43 ; 57].
Age moyen des médecins hommes : 53,1 ans ; médiane : 54 ans ; [Q1 ; Q3] = [48 ; 60].
Age moyen des médecins femmes : 45,6 ans ; médiane : 45 ans ; [Q1 ; Q3] = [38 ; 53].
- Lieu d'exercice : 178 médecins déclarent exercer en zone urbaine (60,1%), 118 en zone rurale (39,9%), 17 n'ont pas répondu.
- Année d'installation : 102 (33,1%) médecins se sont installés avant ou en 1986, 206 (66,9%) médecins après 1986 (extrêmes allant de 1970 à 2012). 5 questionnaires non renseignés.

3.2.2 En Vendée

La population étudiée présente les caractéristiques suivantes :

- Sexe : 81 hommes et 41 femmes, soit un sex-ratio de 1,98. 4 questionnaires non renseignés.
- Age moyen : 53,2 ans ; l'âge médian est de 54 ans ; [Q1 ; Q3] = [48 ; 60].
Age moyen des médecins hommes : 55,1 ans ; médiane : 57 ans ; [Q1 ; Q3] = [51 ; 61].
Age moyen des médecins femmes : 49,4 ans ; médiane : 52 ans ; [Q1 ; Q3] = [42 ; 57].
- Lieu d'exercice : 30 médecins déclarent exercer en zone urbaine (24,6%), 92 en zone rurale (75,4%), 2 questionnaires ne sont pas renseignés.
- Année d'installation : 48 (40,7%) médecins se sont installés avant ou en 1986, 70 (59,3%) après 1986. 8 questionnaires non renseignés.

3.2.3 Dans les Pays de Loire

La population étudiée présente les caractéristiques suivantes :

- Sex-ratio : 1,6
- Age moyen : 51 ans [minimum = 29 ans, maximum = 74 ans].
- Lieu d'exercice : 397 (47,8%) en zone urbaine, 433 (52,2%) en zone rurale. 41 données manquantes.
- Année d'installation : 321 (38,7%) se sont installés avant ou en 1986, 508 (61,3%) après 1986.

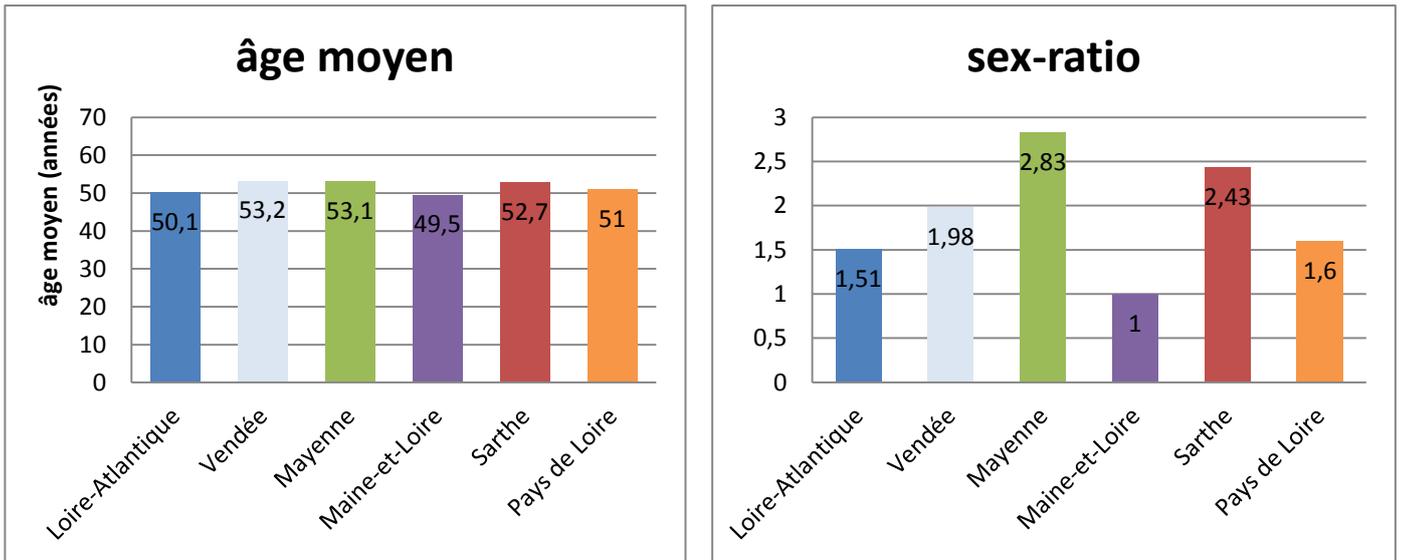


Figure 2 : Caractéristiques de la population : âge moyen et sex-ratio

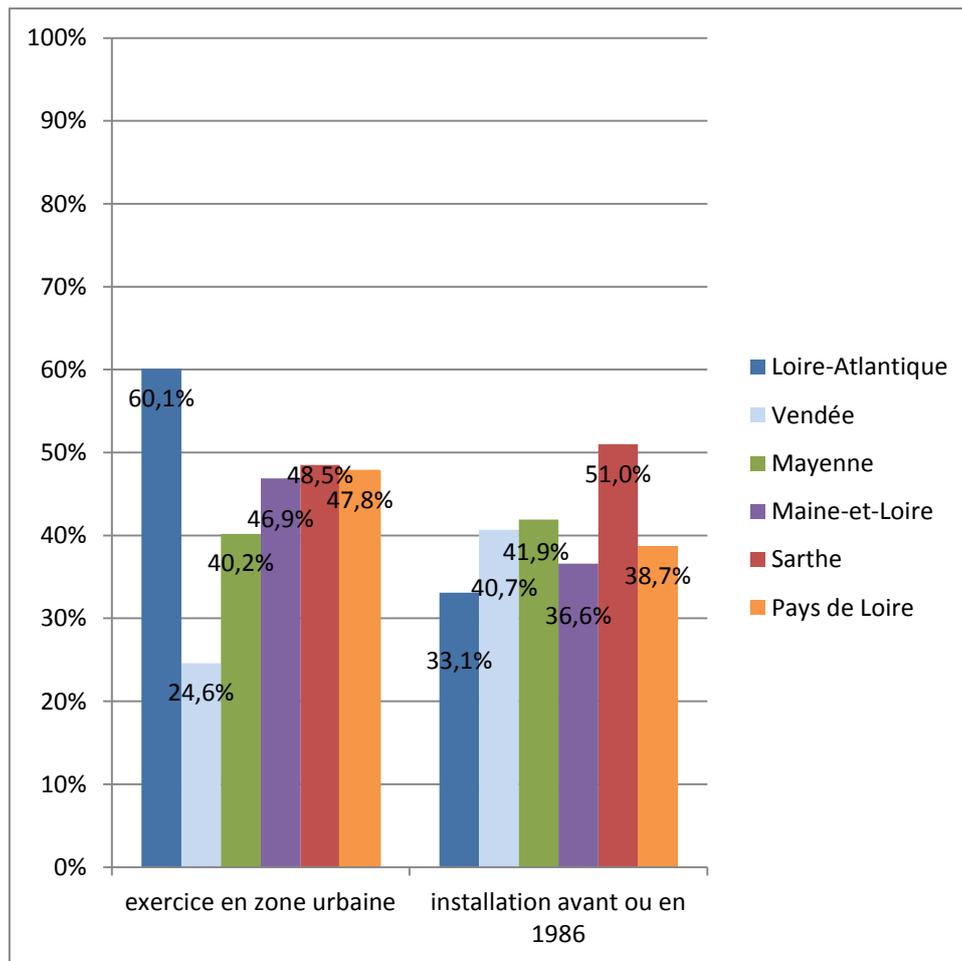


Figure 3 : Caractéristiques de la population : proportion de médecins exerçant en zone urbaine et installation avant ou en 1986

3.3 Réalité du suivi des patients VIH par les médecins généralistes :

3.3.1 En Loire-Atlantique

212 médecins généralistes (67,7% des questionnaires renseignés) déclarent avoir des patients VIH dans leur patientèle. Tous les questionnaires sont renseignés (cf Figure 4).

72% des médecins hommes suivent des pvVIH, 61% des médecins femmes.

Les médecins généralistes ayant des patients VIH dans leur patientèle déclarent en suivre en moyenne 2,9 [1-15]. Cette moyenne est portée à 1,9 si l'on considère l'ensemble des médecins répondants (suivant ou ne suivant pas de patient VIH). 24 non renseignés.

Les médecins généralistes déclarant exercer en zone urbaine suivent en moyenne 3,4 patients VIH (extrêmes allant de 1 à 15) tandis que ceux déclarant exercer en zone rurale suivent en moyenne 1,9 [1-10] patients VIH. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,002$).

3.3.2 En Vendée

66 médecins généralistes (53,2%) déclarent avoir des patients VIH dans leur patientèle. 2 questionnaires non renseignés. (cf Figure 4).

58% des médecins hommes suivent des pvVIH, 44% des médecins femmes.

Les médecins généralistes qui ont des patients VIH dans leur patientèle déclarent en suivre en moyenne 2 [1-10]. Cette moyenne est portée à 1,1 si l'on considère l'ensemble des médecins répondants. 7 questionnaires non renseignés.

Les médecins généralistes déclarant exercer en zone urbaine suivent en moyenne 3,3 [1-10] patients VIH tandis que ceux déclarant exercer en zone rurale suivent en moyenne 1,8 [1-4] patients VIH. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,0025$).

3.3.3 Dans les Pays de Loire

A l'échelle régionale, 54,2% (469) des médecins déclarent avoir des patients VIH dans leur patientèle (5 données manquantes) (Mayenne 51%, Maine-et-Loire 44%, Sarthe 41%), avec, pour ces médecins, en moyenne 2,4 patients VIH par patientèle.

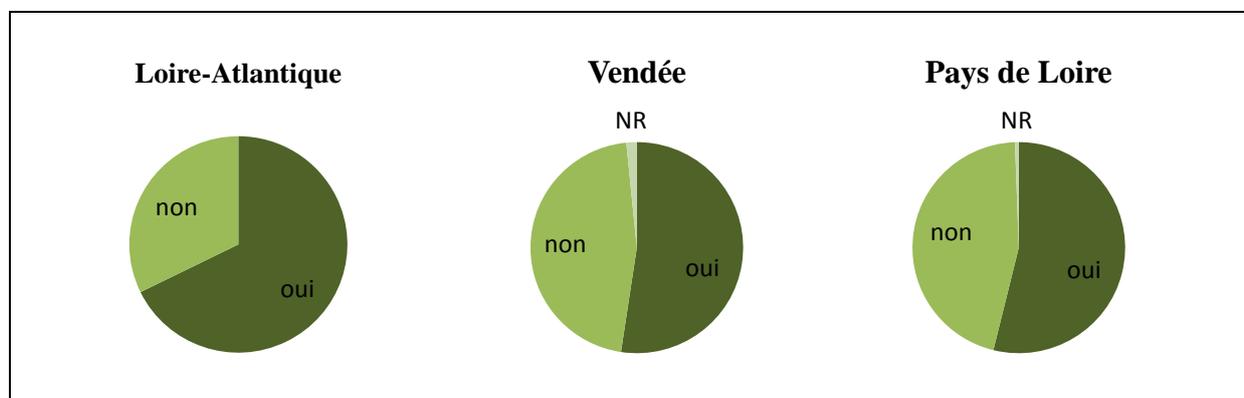


Figure 4 : Proportion de patientèles comportant des patients VIH en Loire-Atlantique, Vendée et Pays de Loire

Dans les patientèles de médecins suivant des patients VIH, il existe une différence en termes de nombre moyen de patients par patientèle entre les départements : 2,9 en Loire-Atlantique contre 1,7 en Mayenne (résultats présentés dans la Figure 5). Cette différence est statistiquement significative entre la Loire-Atlantique et les 4 autres départements ($p = 0,0096$ au maximum), mais les résultats sont comparables entre les 4 autres départements ($p > 0,05$).

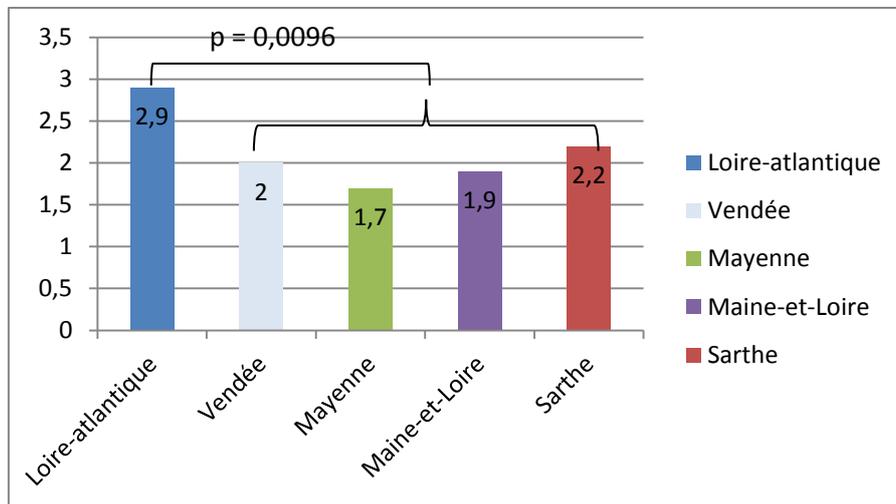


Figure 5 : Nombre moyen de patients VIH par patientèle parmi les médecins généralistes suivant des patients VIH en Pays de Loire

Si l'on considère l'ensemble des médecins répondeurs, ayant ou non des patients VIH dans leur patientèle, on peut estimer le nombre moyen de patients VIH par patientèle de médecin généraliste en Pays de Loire à 1,4. Cette moyenne varie de 0,8 à 1,9, répartie dans les départements comme présenté par la Figure 6 suivante :

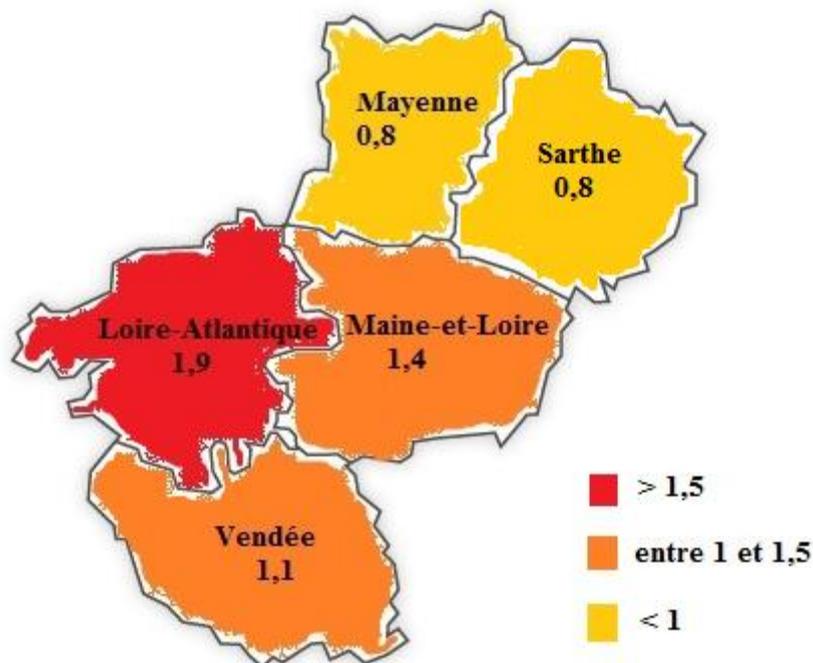


Figure 6 : Nombre moyen de patients VIH par patientèle en Pays de Loire

3.4 Formations effectuées, souhaitées et connaissances générales

3.4.1 Les formations effectuées sur le VIH :

3.4.1.1.1 En Loire-Atlantique et Vendée

En Loire-Atlantique, 112 médecins (36,3%) déclarent s'être formés à la prise en charge du VIH. 4 questionnaires ne sont pas renseignés.

Parmi ces 112, 109 ont précisé le type de formation : 8 (7,3%) ont un Diplôme Universitaire, 81 (74,3%) ont participé à une FMC, 20 (18,4%) se sont formés par de la lecture personnelle seule.

En Vendée, 48 médecins (39,3%) déclarent s'être formés à la prise en charge du VIH. 4 questionnaires non renseignés.

Parmi ces 48 médecins, 44 ont précisé le type de formation : 4 (9,1%) ont un Diplôme Universitaire, 31 (70,5%) ont participé à une FMC, 9 (20,5%) se sont formés par de la lecture personnelle seule.

3.4.1.1.2 En Pays de Loire

En Pays de Loire, 297 médecins (34,7%) déclarent avoir suivi une formation sur le VIH (14 données manquantes) et cette variable dépend du département ($p = 0,0011$). On peut noter que 41% des médecins ont suivi une formation en Maine-et-Loire contre 18% en Mayenne.

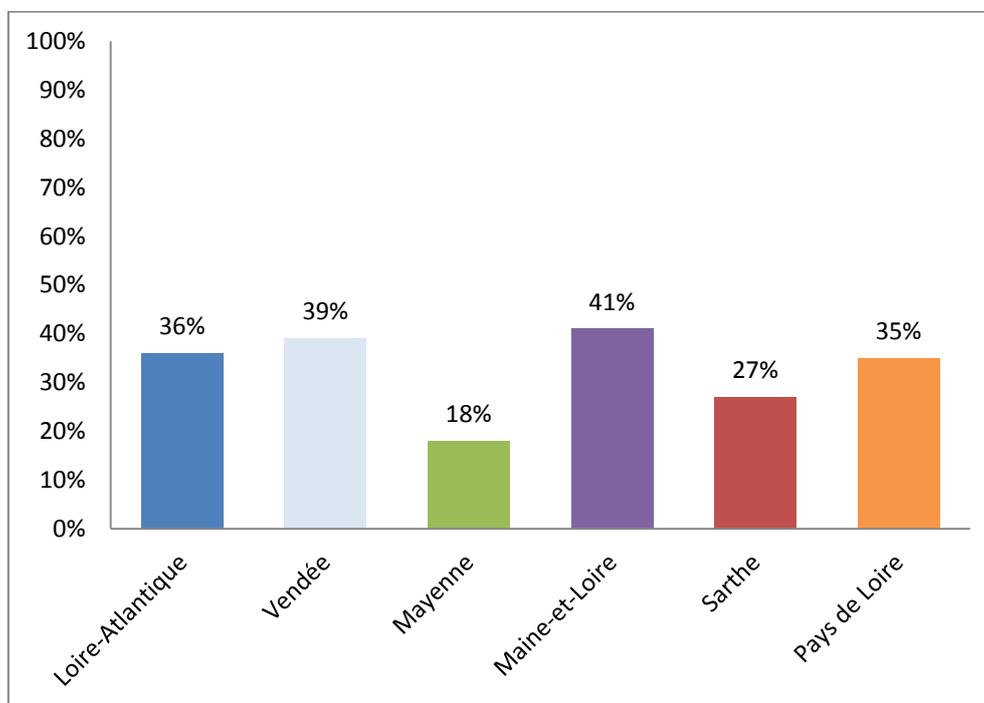


Figure 7 : Pourcentage de médecins ayant suivi une formation sur la prise en charge du VIH dans les différents départements Pays de Loire.

3.4.2 Souhait de formation

Concernant la proposition d'une formation sur le suivi des patients VIH, 166 médecins de Loire-Atlantique (54,3%) et 59 (49,6%) de Vendée sont intéressés. 7 données manquantes dans chaque département.

Une formation sur l'annonce d'une séropositivité VIH, intéresse 140 médecins (45,9%) en Loire-Atlantique et 47 (39,8%) en Vendée. 8 données manquantes dans chaque département.

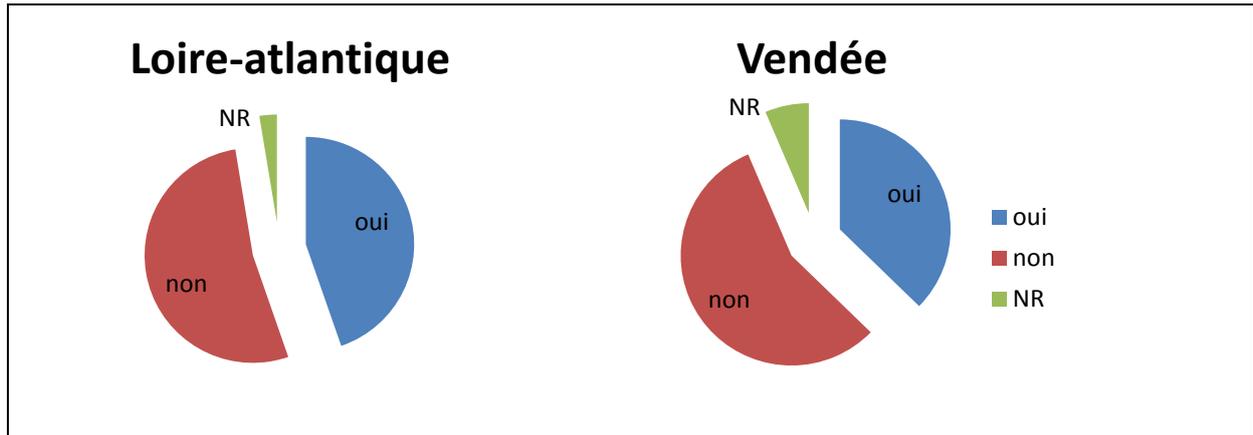


Figure 8 : Souhait de formation sur l'annonce d'une séropositivité VIH en Loire-Atlantique et Vendée

Sur l'ensemble des Pays de Loire, 453 (54%) médecins sont intéressés par une formation sur la prise en charge des patients VIH. 32 données manquent. La répartition de cette variable dépend du département ($p = 0,0219$). Les données sont présentées dans la Figure 9.

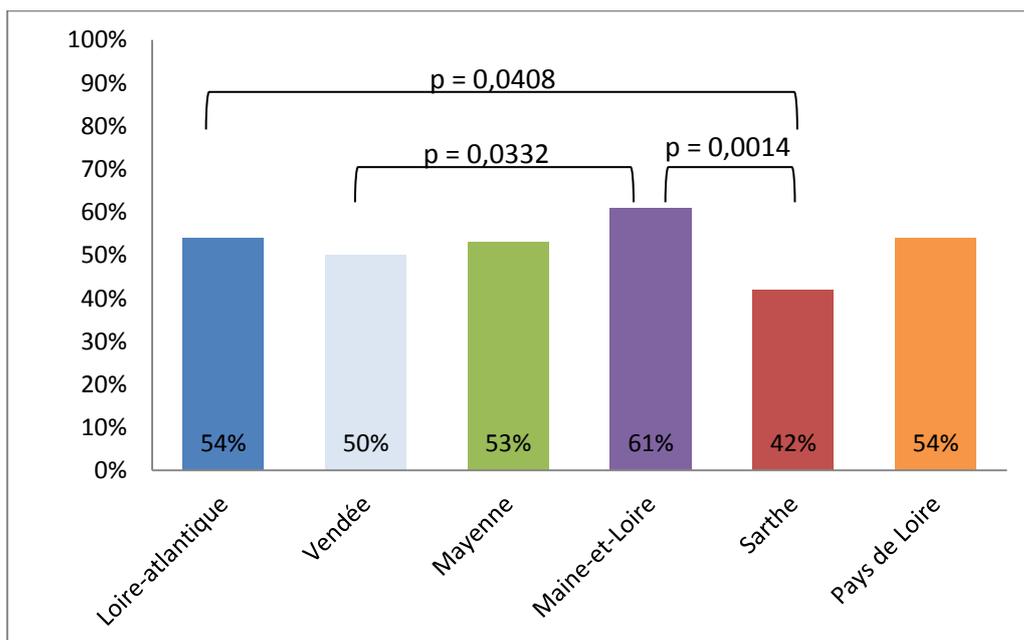


Figure 9 : Souhait de formation sur la prise en charge du VIH dans les différents départements des Pays de Loire

3.4.3 Connaissance des institutions et textes de recommandations sur la prise en charge du VIH

3.4.3.1 Connaissance du COREVIH :

3.4.3.1.1 En Loire-Atlantique et Vendée

En Loire-Atlantique, 93 médecins (30,1%) déclarent connaître le COREVIH (4 données manquantes), et en Vendée 17 médecins (13,9%) (4 questionnaires non renseignés).

Pour les 2 départements confondus, 65 médecins de zone urbaine (31,6%), et 42 de zone rurale (20,3%) déclarent connaître le COREVIH. 26 questionnaires ne sont pas renseignés. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,009$).

3.4.3.1.2 En Pays de Loire

Sur la région Pays de Loire, 174 médecins (20,2%) déclarent connaître le COREVIH, 11 données manquantes. Cette valeur est dépendante du département, avec des différences significatives entre eux ($p < 0,0001$).

En effet, si les taux de connaissance du COREVIH en Loire-Atlantique (30,1%) et en Maine et Loire (23,2%) sont comparables ($p = 0,0728$), ils sont statistiquement différents de la Vendée où 13,9% déclarent connaître le COREVIH, et différents de la Mayenne (5,4%) et de La Sarthe (4,8%). Ces 2 derniers départements ont des résultats comparables ($p = 0,8422$).

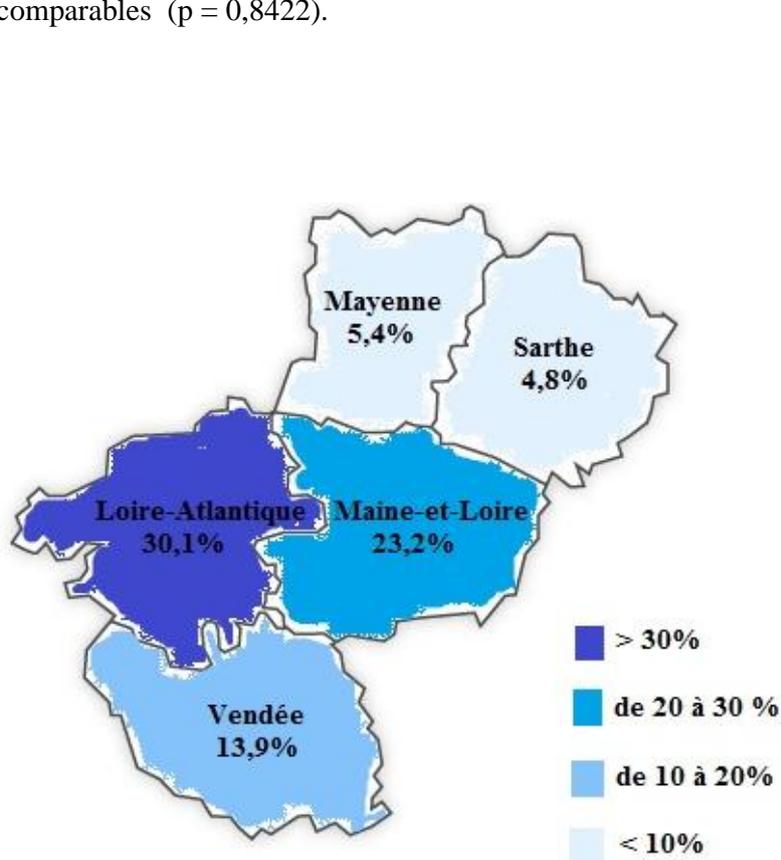


Figure 11 : Connaissance du COREVIH par les médecins des Pays de Loire, par département

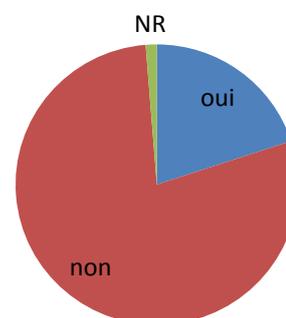


Figure 10 : Connaissance du COREVIH par les médecins généralistes des Pays de Loire

3.4.3.2 *Connaissance du consensus formalisé sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et médecine de ville (2009) :*

3.4.3.2.1 En Loire-Atlantique et Vendée

En Loire-Atlantique, 23 médecins déclarent connaître le consensus formalisé (8,1% des questionnaires renseignés). 30 questionnaires non renseignés.

En Vendée, 10 médecins (9,4% des questionnaires renseignés) déclarent connaître le consensus formalisé. 20 questionnaires non renseignés.

3.4.3.2.2 En Pays de Loire

En Pays de Loire, 93 médecins (11,4%) déclarent connaître le consensus formalisé. 54 questionnaires ne sont pas renseignés. La répartition de cette variable est significativement différente d'un département à l'autre ($p = 0,0016$). Pour information : 18,5% en Maine-et-Loire, 10,6% en Sarthe et 6,5% en Mayenne.

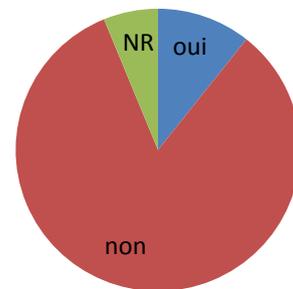


Figure 12 : Connaissance du consensus formalisé par les médecins généralistes des Pays de Loire

3.4.3.3 *Connaissance du rapport YENI 2010 :*

En Loire-Atlantique, 8 médecins déclarent connaître le rapport YENI (2,6%). 8 données manquantes.

En Vendée, 4 médecins (3,3%) déclarent connaître le rapport YENI. 6 questionnaires non renseignés.

Il n'existe pas de différence significative entre les 2 départements ($p = 0,69$).

3.4.3.4 *Au total*

4 médecins généralistes de Loire-Atlantique et 2 de Vendée déclarent connaître le COREVIH, le consensus formalisé et le rapport YENI 2010. Sur ces 6 médecins, 1 a un DU, 4 ont participé à des FMC, 1 déclare ne pas avoir suivi de formation.

3.5 Prévention, information, abord du sujet de la sexualité.

3.5.1 Information de prévention :

Les médecins donnent une information sur la prévention de la transmission du VIH aux patients identifiés comme appartenant à un groupe à risque :

- « Toujours » pour 88 médecins (28,7%) de Loire-Atlantique et 39 de Vendée (31,5%).
- « Le plus souvent » pour 175 médecins de Loire-Atlantique (57%) et 65 de Vendée (52,4%).
- « Rarement » pour 36 médecins de Loire-Atlantique (11,7%) et 19 de Vendée (15,3%).
- « Jamais » pour 8 médecins de Loire-Atlantique (2,6%) et 1 de Vendée (0,8%).
- 6 questionnaires non renseignés en Loire-Atlantique et 2 en Vendée.

Pour les 2 départements confondus, il existe une différence significative entre les hommes et les femmes, les femmes donnant plus facilement une information de prévention ($p = 0,0132$).

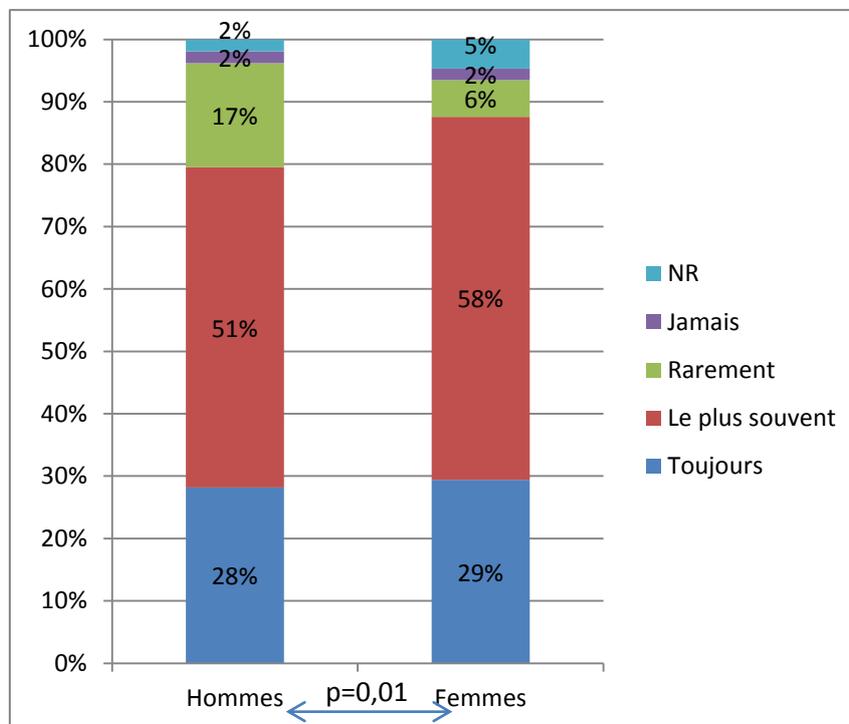


Figure 13 : Informations de prévention données par les médecins hommes et femmes en Loire-Atlantique et Vendée

3.5.2 Abord du thème de la sexualité

En Loire-Atlantique 32 médecins déclarent connaître « toujours » l'orientation sexuelle de leurs patients (10,4%), 236 (76,6%) « le plus souvent », 36 (11,7%) « rarement » et 4 (1,3%) « jamais ». 5 non renseignés.

En Vendée 8 médecins (6,5%) déclarent connaître « toujours » l'orientation sexuelle de leurs patients, 100 (80,7%) « le plus souvent », 15 (12,1%) « rarement » et 1 (0,8%) « jamais ». 2 non renseignés.

Pour les 2 départements confondus, il s'avère que la répartition est statistiquement différente en fonction du sexe ($p = 0,0444$). En effet, 92,6% (151) des femmes estiment connaître « toujours » ou « le plus souvent » l'orientation sexuelle de leurs patients, contre 83,5% (222) des hommes.

Sur l'ensemble de la région, et sur 862 questionnaires exploitables (9 non renseignés), 7,1% des médecins déclarent connaître « toujours » l'orientation sexuelle des patients, 78,3 % « le plus souvent », 13,6% « rarement » et 1% « jamais ».

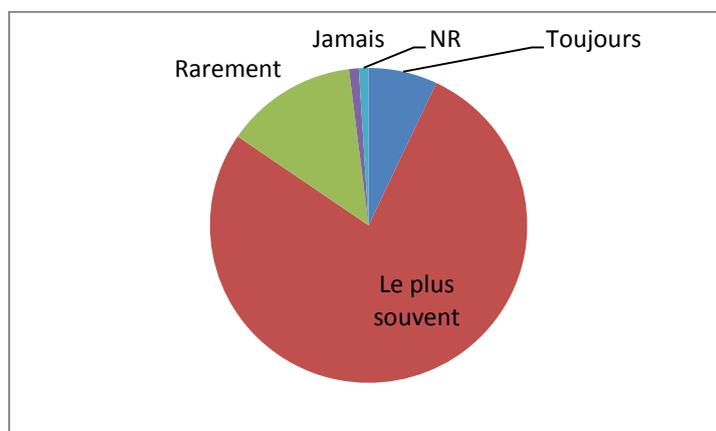


Figure 14 : Connaissance de l'orientation sexuelle des patients par les médecins généralistes des Pays de Loire

Le sujet de la sexualité est abordé par le patient pour 278 médecins généralistes de Loire-Atlantique (93,6% des cas) et pour 104 médecins en Vendée (92% des cas).

Différentes situations peuvent amener les médecins généralistes à aborder le sujet de la sexualité (pour ces différents items, 40 questionnaires non renseignés en Loire-Atlantique et 12 en Vendée). Les résultats sont présentés par la Figure 15 :

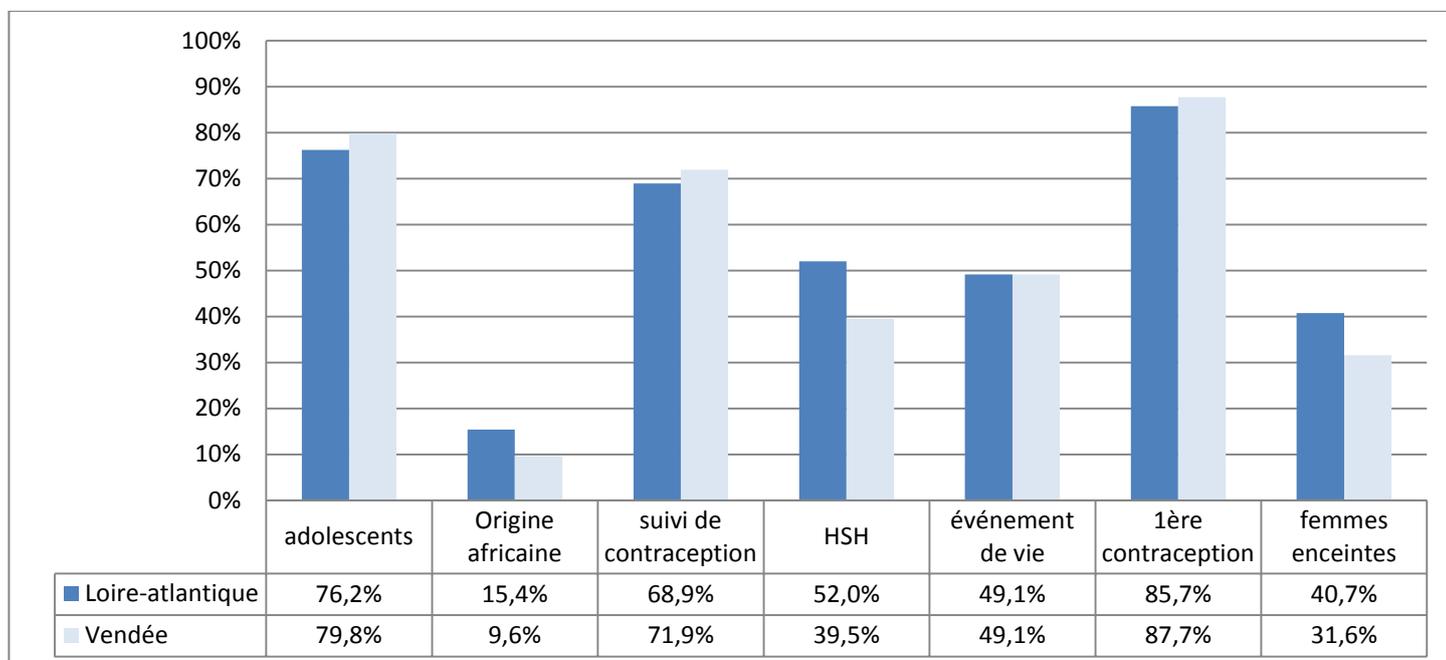


Figure 15 : Situations amenant à aborder le sujet de la sexualité en Loire-Atlantique et Vendée

3.6 Le dépistage

Les pratiques de dépistage des médecins généralistes ont été évaluées dans différentes situations et les résultats sont présentés par les Figure 16 et Figure 17 pour la Loire-Atlantique et la Vendée. Les pourcentages tiennent compte ici des taux de questionnaires non renseignés.

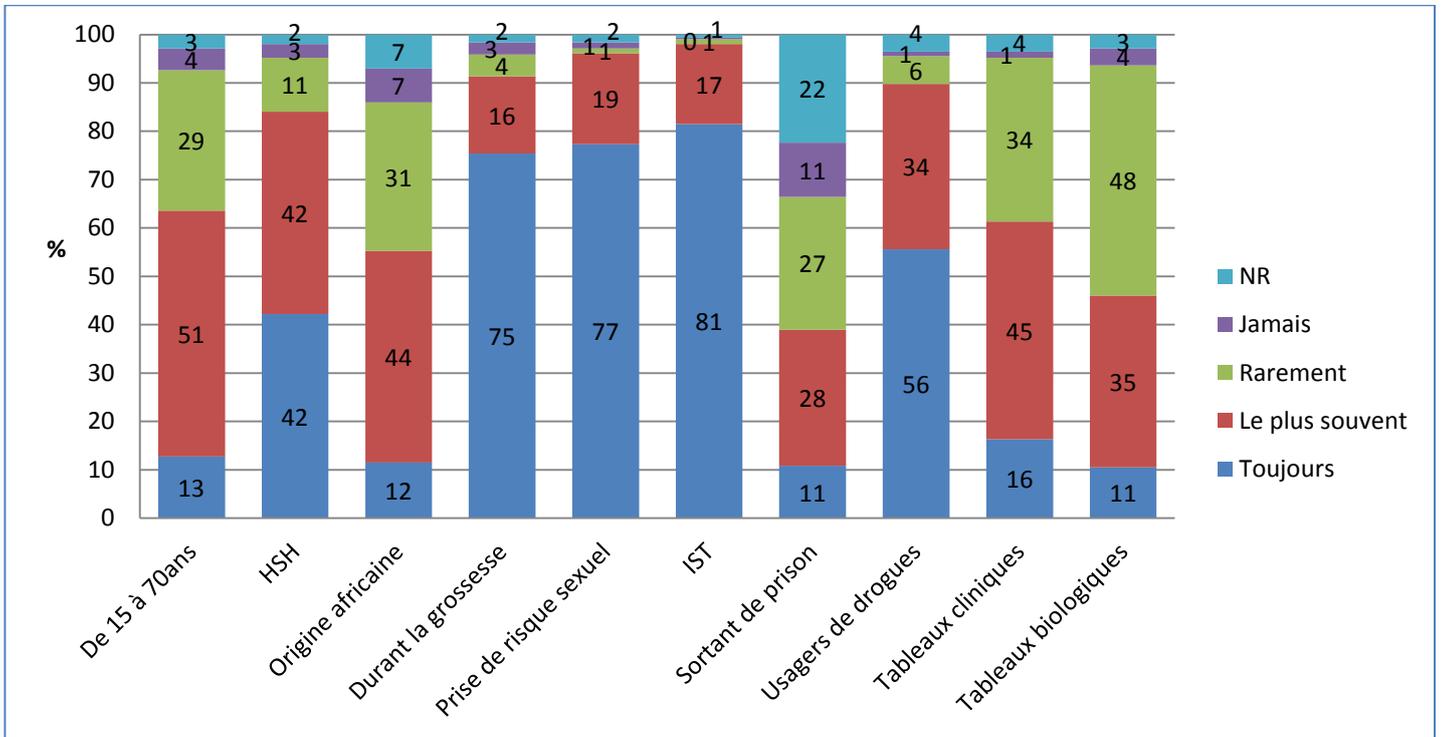


Figure 16 : Pratiques de dépistage des médecins de Loire-Atlantique.

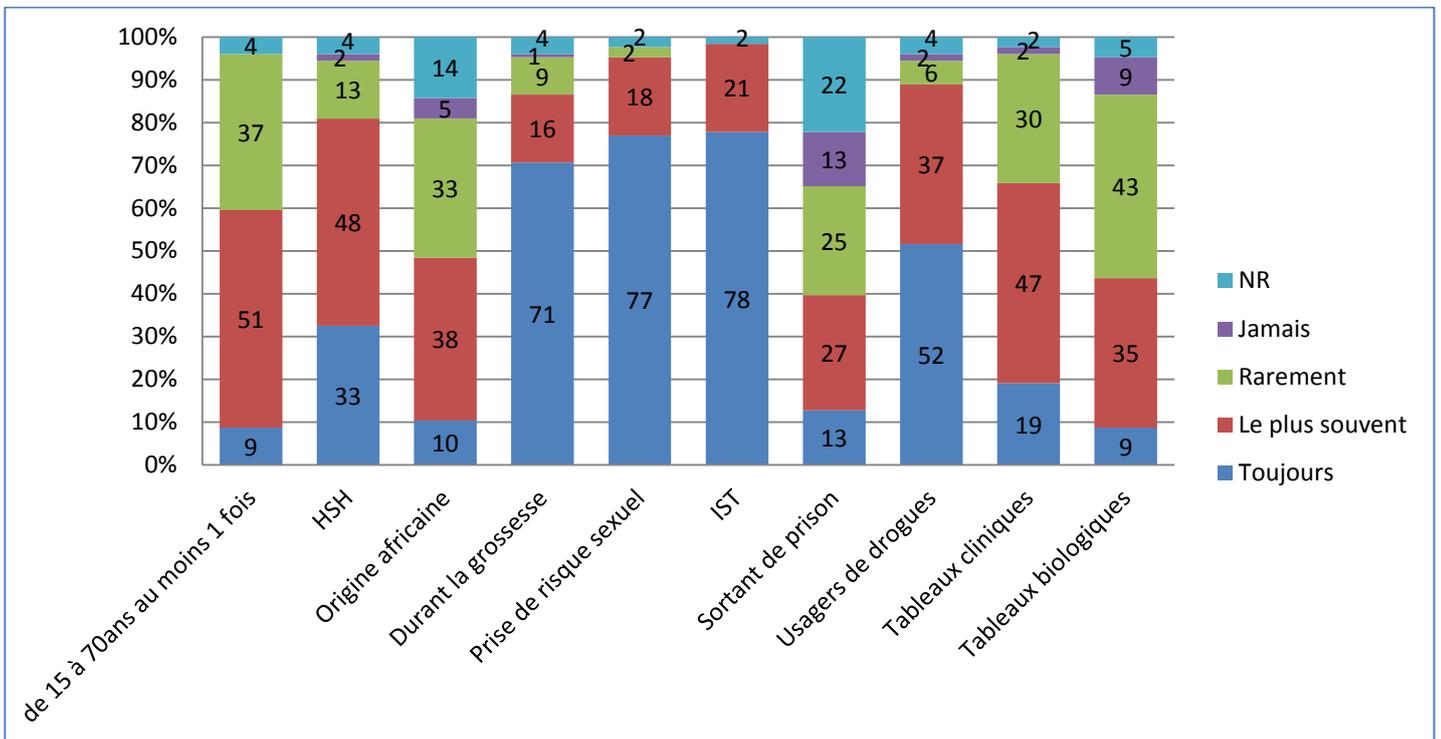


Figure 17 : Pratiques de dépistage des médecins de Vendée

Les résultats pour les Pays de Loire sont présentés dans la Figure 18 ci-dessous. 6 items ont pu être analysés.

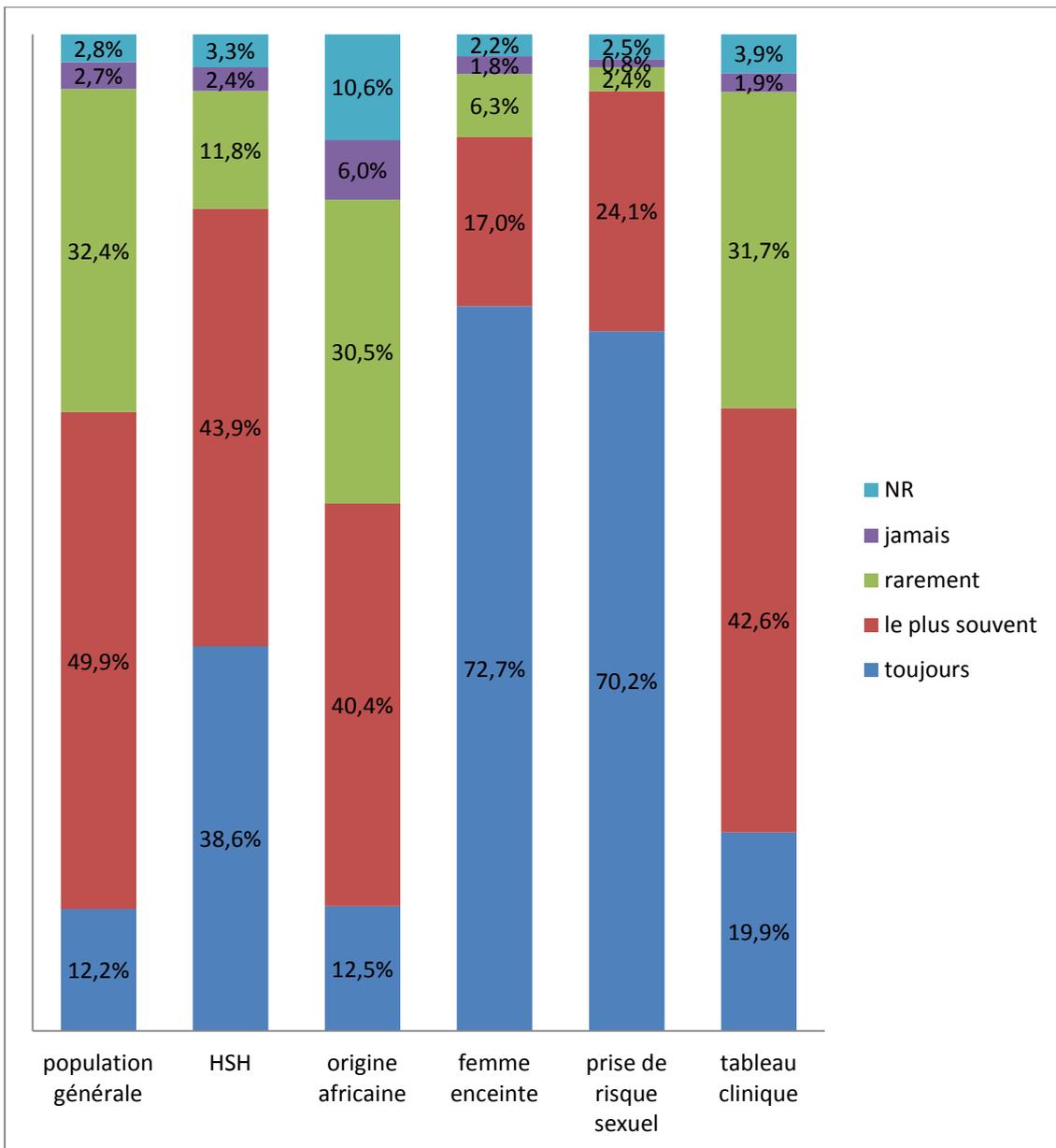


Figure 18: Situations pouvant amener au dépistage de l'infection par le VIH en Pays de Loire

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les départements sauf dans le cas du dépistage en population générale ($p = 0,0043$) (Loire-Atlantique : 13%, Vendée : 9%, Mayenne : 3%, Maine-et-Loire : 17% et Sarthe : 12%) et devant une prise de risque sexuel ($p < 0,0001$) (Loire-Atlantique : 79%, Vendée : 79%, Mayenne : 49%, Maine-et-Loire : 67%, Sarthe : 75%).

3.7 L'annonce diagnostique

Nous avons choisi, sous l'impulsion de l'équipe des psychologues de maladies infectieuses du CHU de Nantes, d'enrichir notre enquête en Loire-Atlantique et Vendée par l'exploration des pratiques d'annonce diagnostique de séropositivité VIH par les médecins généralistes.

3.7.1 Annonces diagnostiques réalisées par les médecins :

116 médecins généralistes de Loire-Atlantique (37,4% des questionnaires renseignés) déclarent avoir déjà fait l'annonce d'un résultat positif au VIH. 3 questionnaires non renseignés

42 médecins généralistes de Vendée (34,4%) déclarent avoir déjà fait l'annonce d'un résultat positif au VIH. 4 questionnaires non renseignés.

Les médecins généralistes ayant déjà annoncé une séropositivité VIH l'ont fait en moyenne 1,9 fois en Loire-Atlantique (1 fois au minimum et 10 fois au maximum) et 1,5 fois en Vendée [1-4].

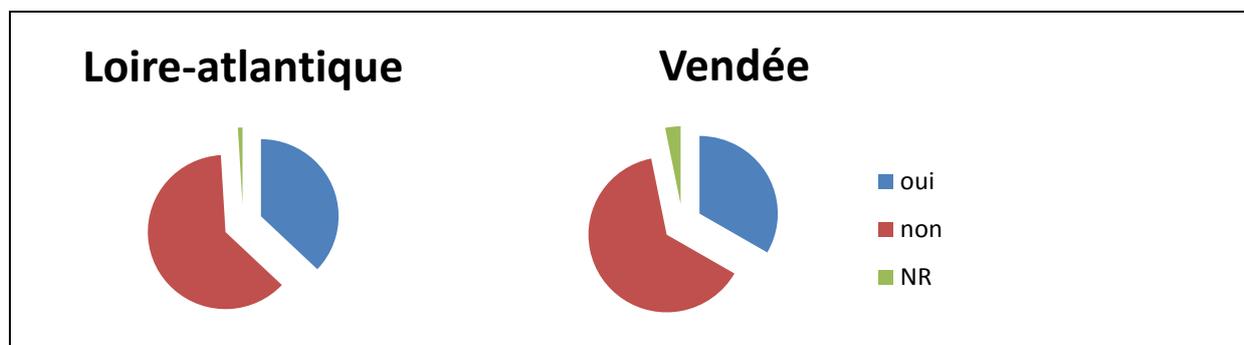


Figure 19 : Expériences d'annonce diagnostique d'une séropositivité VIH par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée

3.7.2 Conditions et modalités de l'annonce diagnostique :

Concernant la manière choisie pour l'annonce du diagnostic positif au VIH (plusieurs réponses possibles ; 9 questionnaires non renseignés en Loire-Atlantique et 3 en Vendée):

- aucun médecin généraliste ne l'annonce par courrier ou courriel, ni laisse le soin au biologiste de faire l'annonce.

- 10 médecins généralistes de Loire-Atlantique (3,3%) et 4 médecins généralistes de Vendée (3,3%) font l'annonce par téléphone.

- 16 médecins de Loire-Atlantique (5,3%) et 9 médecins de Vendée (7,3%) attendent que le patient revienne de lui-même au cabinet.

- 8 médecins de Loire-Atlantique (2,6%) adressent le patient au spécialiste pour que l'annonce soit faite ; 3 médecins de Vendée (2,4%).

- 290 médecins de Loire-Atlantique (95,4%) et 118 médecins de Vendée (95,9%) font revenir le patient au cabinet pour faire l'annonce du diagnostic.

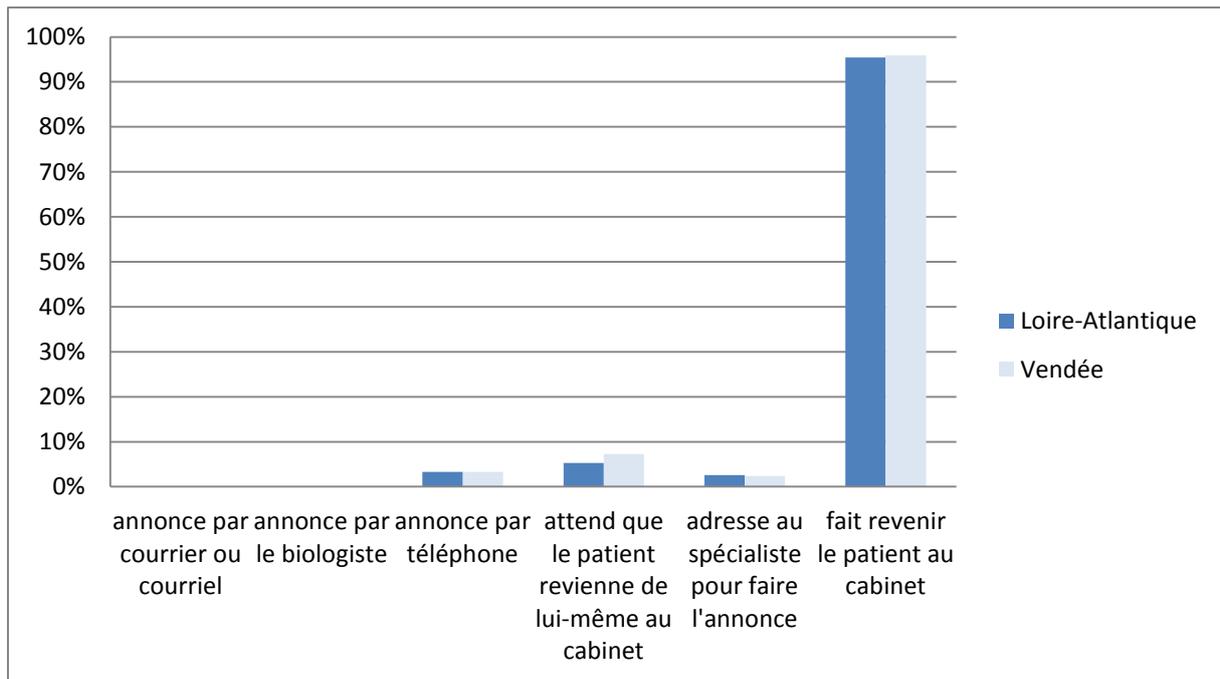


Figure 20 : Annonce du diagnostic : par quels moyens les médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée annoncent-ils une séropositivité VIH ?

3.7.3 La difficulté de l'annonce d'un diagnostic d'infection au VIH ressentie par les médecins généralistes :

La difficulté d'annoncer une séropositivité VIH pour les médecins généralistes a été évalué à l'aide d'une échelle de réponses qualitatives ordinales type Likert. L'échelle allait de 0 à 5 : 0 = pas du tout difficile, 5 = extrêmement difficile.

En Loire-Atlantique (13 questionnaires non renseignés) :

- 13 médecins (4,3%) considèrent cette annonce « pas du tout difficile ».
- 43 médecins (14,3%) la considèrent comme « extrêmement difficile ».
- 214 (71,33%) médecins ont coché une proposition supérieure ou égale à 3 (plutôt difficile), et 86 (28,66%) ont coché une proposition inférieure ou égale à 2 (plutôt facile).

La répartition sur l'échelle est représentée par la Figure 21 ci-après :

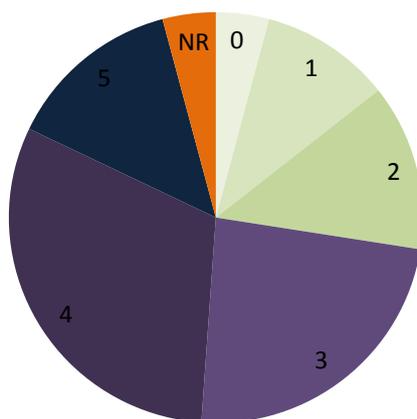


Figure 21 : Difficulté de l'annonce d'une séropositivité VIH, exprimée par les médecins de Loire-Atlantique, et évaluée par une échelle numérique de 0 à 5 (0 = pas du tout difficile, 5 = extrêmement difficile)

En Vendée (4 questionnaires non renseignés) :

- 8 médecins (6,6%) considèrent cette annonce comme « pas du tout difficile ».
- 15 médecins (12,3%) la considèrent comme « extrêmement difficile ».
- 94 médecins ont coché une proposition supérieure ou égale à 3, soit 77% des questionnaires renseignés, et 28 (23%) ont coché une proposition inférieure ou égale à 2.

La répartition sur l'échelle est représentée par la Figure 22 ci-dessous :

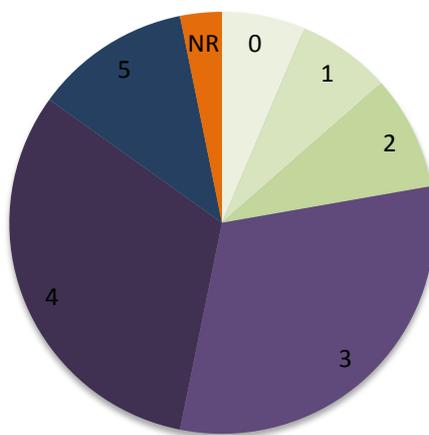


Figure 22 : Difficulté de l'annonce d'une séropositivité VIH, exprimée par les médecins de Vendée, évaluée par une échelle numérique de 0 à 5 (0 = pas du tout difficile, 5 = extrêmement difficile)

A la question « annoncer une séropositivité VIH est-ce plus difficile que d'annoncer une autre pathologie ? » :

- 126 médecins de Loire-Atlantique (42,3%) ont répondu « oui ». 15 questionnaires non renseignés.
- 61 médecins de Vendée (50%) ont répondu « oui ». 4 questionnaires non renseignés.

Les difficultés qu'avancent les médecins trouvant cette annonce plus difficile sont (plusieurs réponses possibles) :

- Le manque de temps pour 16 médecins de Loire-Atlantique (13%) et 3 de Vendée (5,1%).
- Le manque d'information sur la pathologie pour 29 médecins de Loire-Atlantique (23,6%) et 14 de Vendée (24,1%)
- Le manque d'informations sur l'orientation du patient pour 17 médecins de Loire-Atlantique (13,8%) et 10 de Vendée (17,2%).
- La difficulté à aborder certains sujets (sexualité, addiction, mort...) pour 37 médecins de Loire-Atlantique (30,1%) et 16 de Vendée (27,6%).
- Autres : 29 médecins de Loire-Atlantique (23,6%) et 16 de Vendée (27,6%).
- 3 informations sont manquantes pour chaque département.

Parmi les autres raisons avancées, on pourra citer : « *la peur de la réaction du patient, la notion de maladie chronique, aux conséquences définitives, incurable, aux traitements lourds, vécue comme une condamnation à vie, maladie grave, sujet tabou dans les esprits, pathologies médiatisées, pathologie encore jugée honteuse, représentations du patient, croyances, impact sociétal, stigmatisation du patient, patients à la psychologie souvent particulière, retentissement sur la sexualité, sur le mode de vie, condamnation à mort, effet « couperet »* ».

Nous pouvons regrouper ces items en 2 problématiques principales : l'une relève d'un problème de prise en charge médicale et matérielle (manque de temps, manque d'informations), l'autre d'un problème d'ordre psycho-social (sujets délicats à aborder, stigmatisation...).

Ainsi, 30,9% des médecins de Loire-Atlantique et 40,4% de Vendée rencontrent une problématique de prise en charge médicale pure dans la difficulté à annoncer cette pathologie ; 52,8% en Loire-Atlantique et 47,4% en Vendée une problématique psycho-sociale ; et 16,3% en Loire-Atlantique et 12,3% en Vendée une problématique mixte (prise en charge médicale et psycho-sociale).



Figure 23 : Problématiques rendant difficile l'annonce d'une séropositivité VIH, Loire-Atlantique

3.7.4 Accompagnement de l'annonce :

Pour accompagner l'annonce d'une infection VIH, les médecins généralistes avaient le choix entre ne rien proposer, proposer le soutien d'une psychologue, d'une association de pvVIH, d'une prescription médicamenteuse (antidépresseur, somnifère, autres), d'une assistance sociale, d'un service d'infectiologie. Ils pouvaient également dire qu'ils ne savaient pas à qui orienter, ou préciser d'autres recours. Plusieurs options pouvaient être choisies. 19 questionnaires non renseignés en Loire-Atlantique et 1 en Vendée.

- rien : 7 médecins (2,4%) en Loire-Atlantique, 4 en Vendée (3,2%).
- psychologue : 71 (24,1%) en Loire-Atlantique et 35 (28%) en Vendée.
- association de pvVIH : 110 médecins (37,4%) en Loire-Atlantique, 42 (33,6%) en Vendée.
- prescription médicamenteuse : 31 médecins (10,5%) en Loire-Atlantique, 19 (15,2%) en Vendée.
- assistante sociale : 5 médecins (1,7%) en Loire-Atlantique et 2 (1,6%) en Vendée.
- service d'infectiologie : 232 médecins (78,9%) en Loire-Atlantique, 96 (76,8%) en Vendée.
- ne sait pas à qui orienter : 13 médecins (4,4%) en Loire-Atlantique, 6 en Vendée (4,8%).
- autre pour 24 médecins (8,2%) de Loire-Atlantique et 1 (0,8%) de Vendée. 5 orienteraient vers un CISIH, 1 vers le COREVIH, 11 proposent de revoir eux-mêmes le patient en consultation pour « assurer un soutien » et « refaire le point », 2 orienteraient vers le psychiatre (un précise « parce que c'est remboursé »), 2 précisent que « cela dépend de la demande exprimée, de la réaction du patient », 1 propose d'adresser au centre de dépistage du CHU, et 1 se renseignera auprès du service de maladies infectieuses. 1 enfin propose un suivi psychologique en structure hospitalière. 1 non précisé.

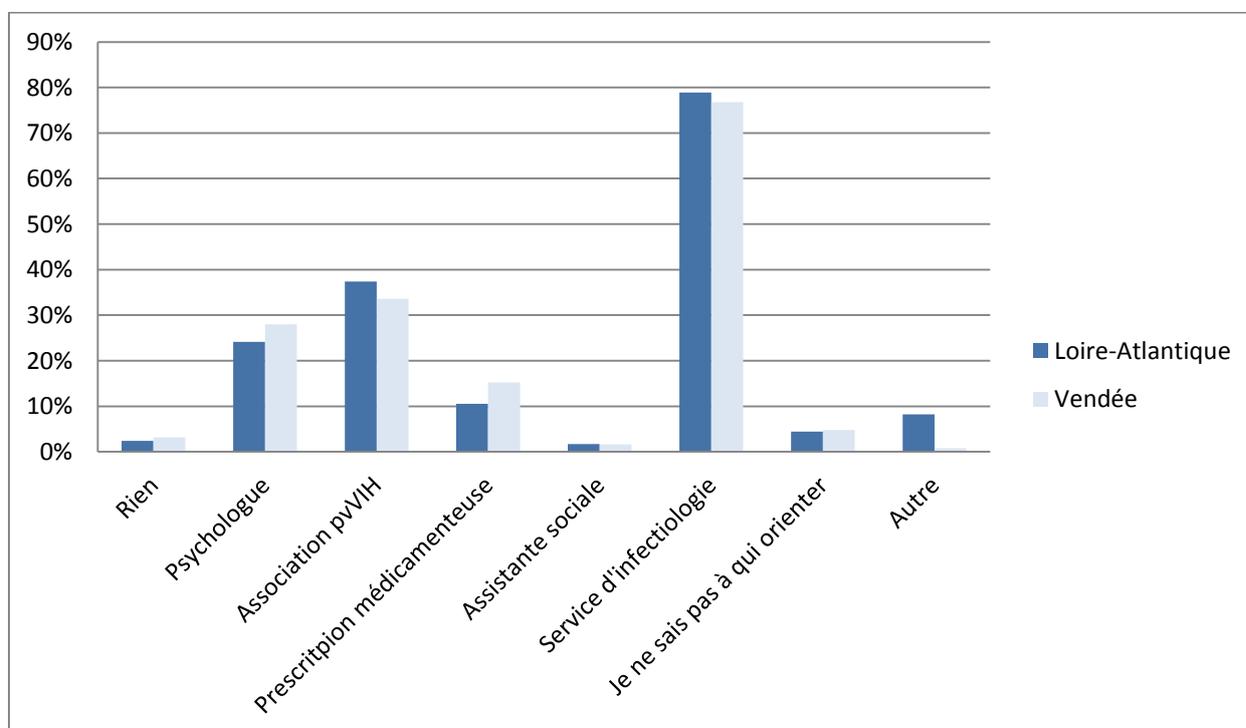


Figure 24 : Accompagnement proposé par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée après l'annonce d'une séropositivité VIH

3.7.5 Orientation après l'annonce :

En Loire-Atlantique, 201 médecins transmettent directement au spécialiste, 51 abordent les modalités thérapeutiques et de suivi puis adressent au spécialiste, 31 prescrivent le bilan initial puis adressent au spécialiste et 8 abordent les modalités thérapeutiques, de suivi, prescrivent le bilan initial puis adressent au spécialiste. 19 non renseignés.

En Vendée, 89 médecins transmettent directement au spécialiste, 18 abordent les modalités thérapeutiques et de suivi puis adressent au spécialiste, 9 prescrivent le bilan initial puis adressent au spécialiste et 3 abordent les modalités thérapeutiques, de suivi, prescrivent le bilan initial puis adressent au spécialiste. 7 non renseignés.

Ces résultats sont présentés dans la Figure 25, les résultats tenant compte du pourcentage de questionnaires non renseignés.

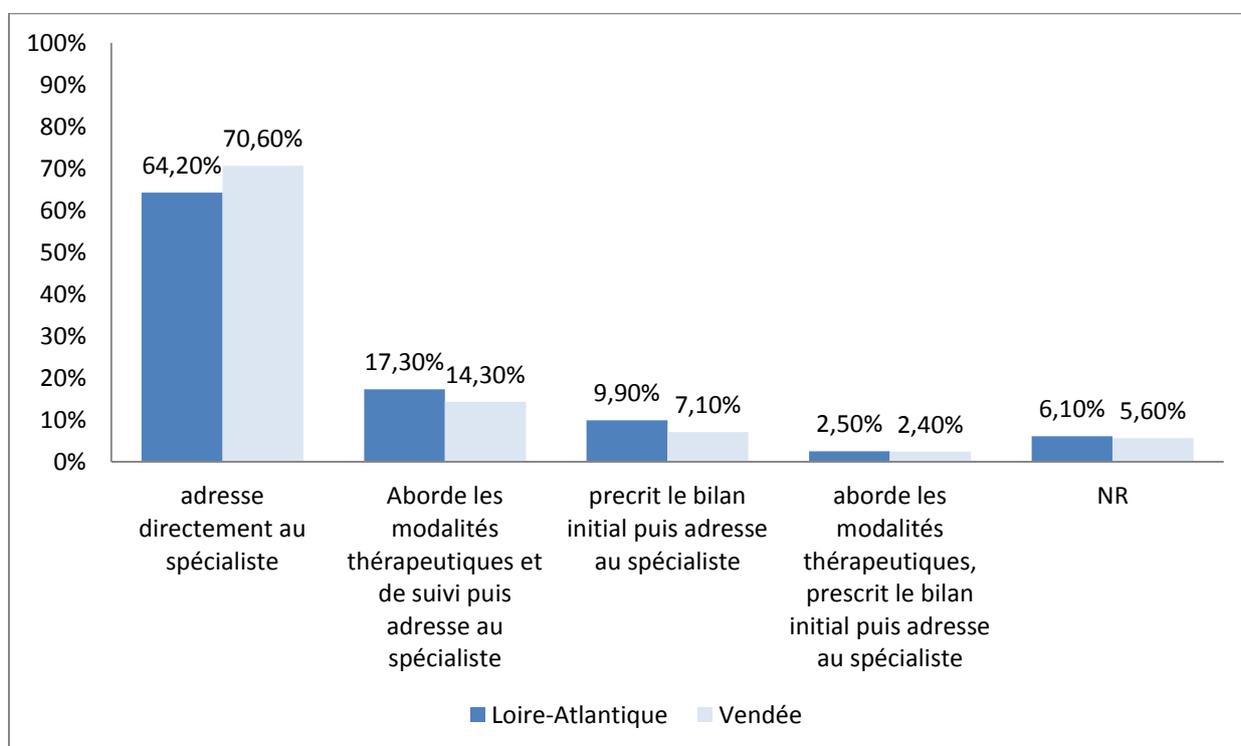


Figure 25 : Orientation après l'annonce d'une séropositivité VIH, Loire-Atlantique et Vendée

3.8 Prise de risque sexuel, accident d'exposition au VIH, connaissance du TPE :

3.8.1 En Loire-Atlantique et Vendée

Les médecins ayant déjà été confrontés à un patient consultant pour une prise de risque sexuel sont au nombre de 260 (86,4%) en Loire-Atlantique et 94 (77,7%) en Vendée. 12 questionnaires non renseignés en Loire-Atlantique et 5 en Vendée.

185 (68,5%) médecins de Loire-Atlantique et 64 (64%) de Vendée déclarent connaître la démarche à suivre. (43 questionnaires non renseignés en Loire-Atlantique et 26 en Vendée).

Le Traitement post-exposition (TPE) est connu de 246 (83,39%) en Loire-Atlantique (18 questionnaires non renseignés) et de 94 (79,7%) en Vendée (8 questionnaires non renseignés). Son délai de prise inférieur à 48h est connu de 141 médecins (67,1%) de Loire-Atlantique et 55 médecins (72,4%) de Vendée. 36 données manquantes en Loire-Atlantique et 18 en Vendée.

Les médecins orientant leur patient ayant pris un risque sexuel aux urgences et/ou à un service de maladies infectieuses (selon les recommandations) sont au nombre de 263 (91%) en Loire-Atlantique, 112 (94,9%) en Vendée. 24 données manquantes en Loire-Atlantique, 8 en Vendée.

3.8.2 En Pays de Loire

706 médecins, soit 83,5% ont déjà été confrontés au problème d'une prise de risque sexuel. 25 données manquantes. Il n'y a pas de différence significative entre les départements ($p = 0,2358$).

616 (74,5%) médecins déclarent connaître l'existence du TPE (44 données manquantes), résultats différents selon les départements. En effet il existe par exemple une différence significative entre la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire (respectivement 83% et 65,5%) ($p < 0,0001$).

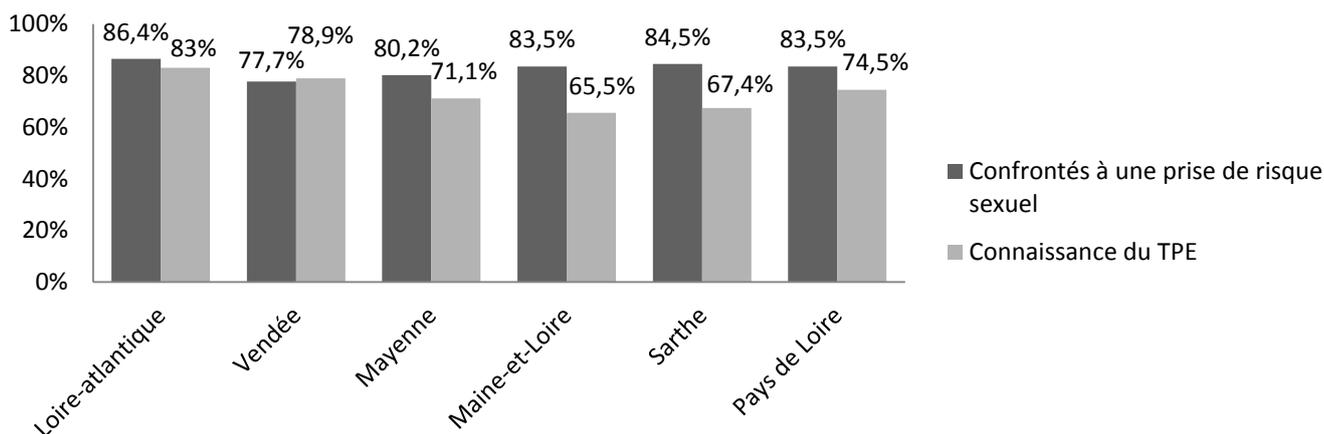


Figure 26 : Pourcentage de médecins confrontés à une prise de risque sexuel et pourcentage connaissant l'existence du TPE dans chaque département des Pays de Loire.

370 (67,4%) médecins des Pays de Loire connaissent le délai d'administration du TPE inférieur ou égal à 48 heures. Ce résultat n'est pas dépendant du département ($p = 0,5111$).

3.9 Suivi spécifique des patients VIH, dépistage des complications :

3.9.1 Réalisation d'un frottis cervico-vaginal (FCV) chez les patientes VIH

Chez les patientes VIH en Loire-Atlantique, un FCV est :

- « toujours » réalisé par 170 médecins (66,4%)
- « le plus souvent » réalisé pour 70 médecins (27,3%)
- « rarement » réalisé pour 11 médecins (4,3%)
- « jamais » réalisé pour 5 médecins (2%)

57 questionnaires non renseignés.

Chez les patientes VIH en Vendée, un FCV est :

- « toujours » réalisé par 69 médecins (71,9%)
- « le plus souvent » réalisé pour 23 médecins (24%)
- « rarement » réalisé pour 3 médecins (3,1%)
- « jamais » réalisé pour 1 médecin (1%)

30 questionnaires non renseignés.

3.9.2 Réalisation d'un examen anal

Les pratiques en matière de réalisation d'examen anal est résumé par la figure suivante, en Loire-Atlantique et Vendée :

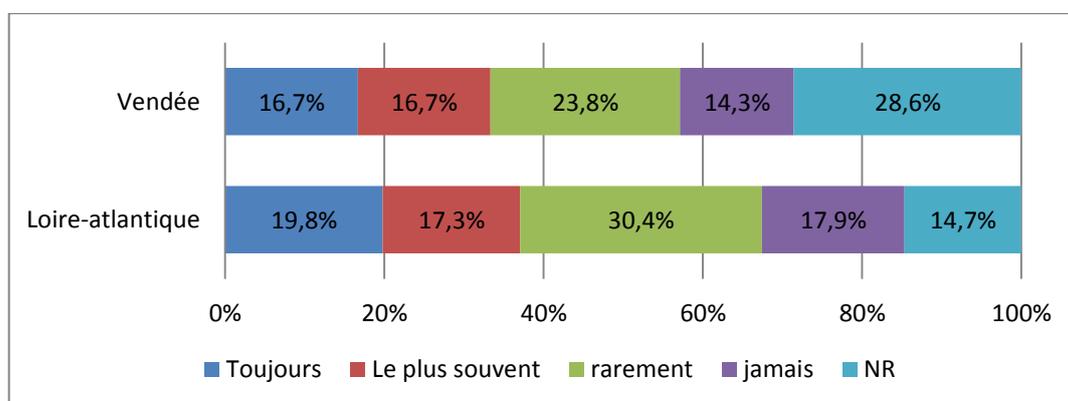


Figure 27 : Habitudes de réalisation d'un examen anal chez les patients VIH, en Loire-Atlantique et Vendée

3.9.3 Le VIH comme facteur de risque cardio-vasculaire

L'infection par le VIH est identifiée en elle-même comme un facteur de risque cardio-vasculaire pour 92 médecins soit 34,2% en Loire-Atlantique et 39 médecins (36,1%) en Vendée.

44 questionnaires non renseignés en Loire-Atlantique et 18 en Vendée.

3.10 Niveau d'implication souhaité et freins au suivi des patients VIH

3.10.1 Niveau d'implication souhaité par les médecins dans le suivi des patients VIH

3.10.1.1 En Loire-Atlantique et Vendée

Le nombre de médecins d'accord pour suivre régulièrement des patients VIH dans le cadre de leur maladie est de 154 (50,3%) en Loire-Atlantique et 75 (61,5%) en Vendée. 7 données manquantes en Loire-Atlantique et 4 en Vendée.

Ils le sont selon différents champs d'implication : (sur le total des 154 médecins motivés par le suivi, moins 2 non renseignés en la Loire-Atlantique et sur les 75 motivés de Vendée, moins 1 non renseigné).

- Renouvellement du traitement prescrit par le spécialiste : 121 médecins de Loire-Atlantique (79,6%), 57 médecins de Vendée (77%).
- Suivi clinique : 129 médecins de Loire-Atlantique (84,9%), 57 de Vendée (77%).
- Suivi biologique : 101 médecins de Loire-Atlantique (66,4%), 46 de Vendée (62,2%).
- Participation à un réseau: 69 médecins de Loire-Atlantique (45,4%), 31 de Vendée (41,9%).
- Intervention dans les thérapeutiques : 16 médecins de Loire-Atlantique (10,5%), 7 de Vendée (9,5%).
- Vérification de l'observance : 93 médecins de Loire-Atlantique (61,2%), 48 de Vendée (64,9%).
- Prise en charge sociale : 57 médecins de Loire-Atlantique (37,5%), 22 de Vendée (29,7%)

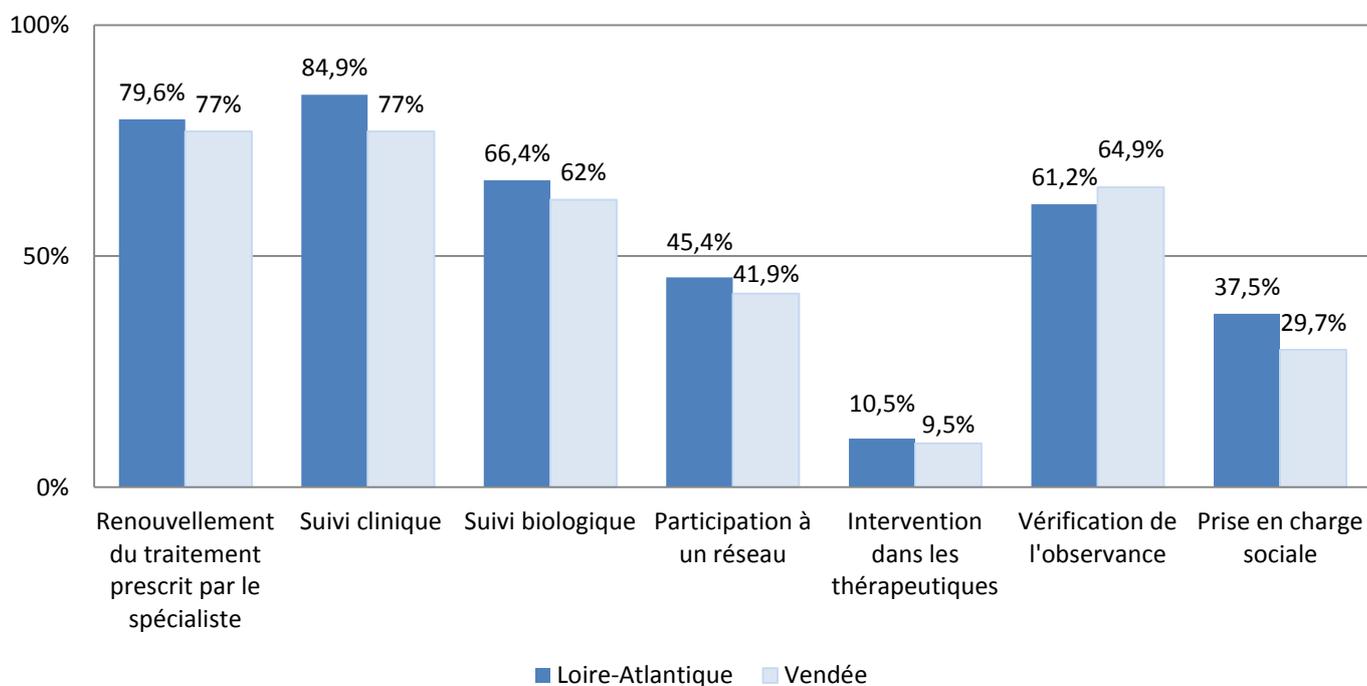


Figure 28 : Champs d'implication souhaités par les médecins favorables au suivi des patients VIH, en Loire-Atlantique et Vendée.

En revanche 152 médecins (49,7%) en Loire-Atlantique et 47 (38,5%) en Vendée ne sont pas intéressés par le suivi régulier de patients VIH dans le cadre de leur maladie. Les freins exprimés sont présentés par la Figure 29 ci-dessous. (Les résultats sont calculés sur le total des 152 médecins non motivés par le suivi, moins 14 non renseignés pour la Loire-Atlantique et sur les 47 non motivés de Vendée, moins 2 non renseignés).

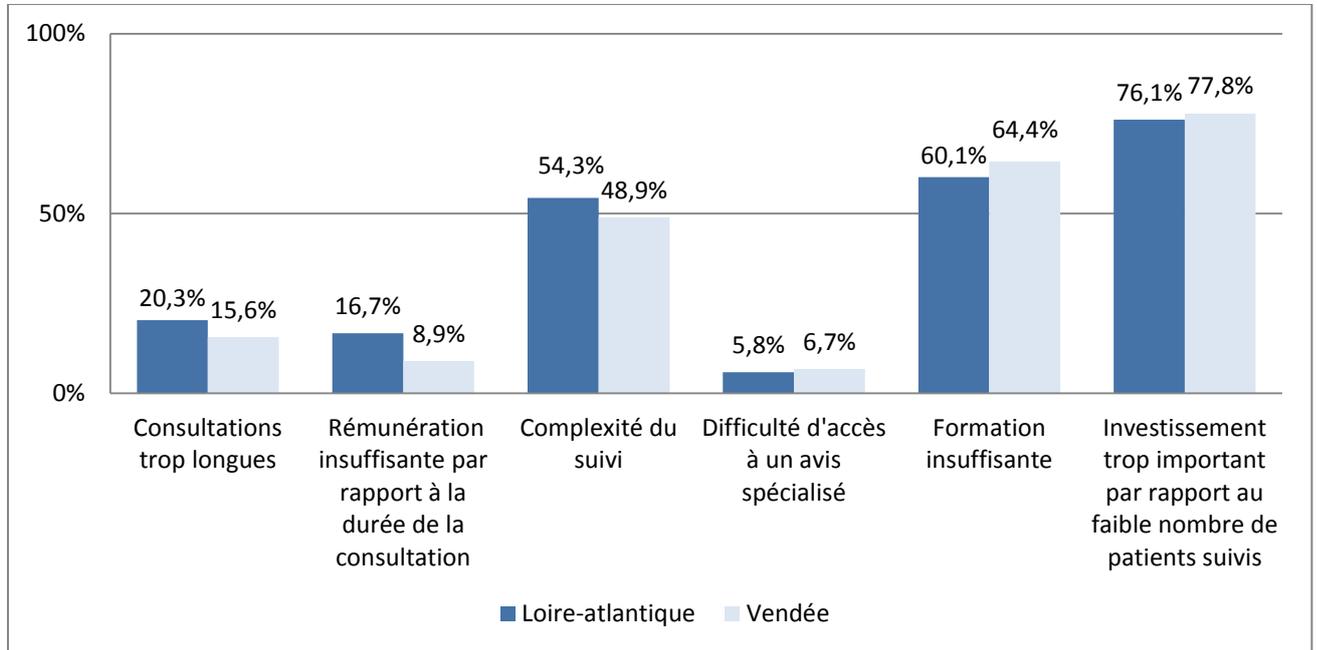


Figure 29 : Freins au suivi de patients VIH dans le cadre de leur maladie, exprimés par les médecins généralistes non favorables à ce suivi

3.10.1.2 En Pays de Loire

379 (45,4%) médecins sont d'accord pour suivre régulièrement des patients VIH dans le cadre de leur maladie. 36 données manquantes. Cette proportion est significativement différente selon les départements ($p < 0,0001$), répartis comme sur la Figure 30 ci-contre :

Ce pourcentage passe de 34% en Sarthe et 35,2% en Maine-et-Loire (ces deux départements sont comparables $p = 0,83$) à 61,5% en Vendée. Il existe une différence significative entre ces 2 groupes ($p = 0,014$ au maximum). Le taux en Loire-Atlantique est de 50,3%, en Mayenne de 50%.

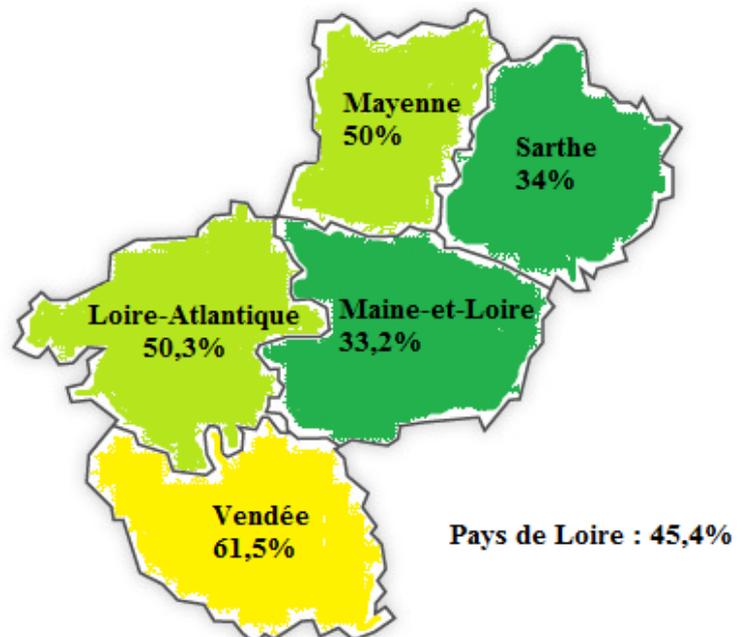


Figure 30 : Pourcentage de médecins favorables au suivi des patients VIH dans le cadre de leur maladie dans chaque département des Pays de Loire

Différents champs d'implication dans le suivi des patients VIH ont été évalués. Nous n'avons étudié, pour cette question, que les questionnaires des médecins étant favorables au suivi des patients VIH dans le cadre de leur maladie, ce qui peut être à l'origine de chiffres divergents par rapport aux résultats présentés dans les thèses relatives au Maine-et-Loire et à la Mayenne. Les données de la Sarthe ne sont malheureusement pas disponibles pour cette question. 12NR.

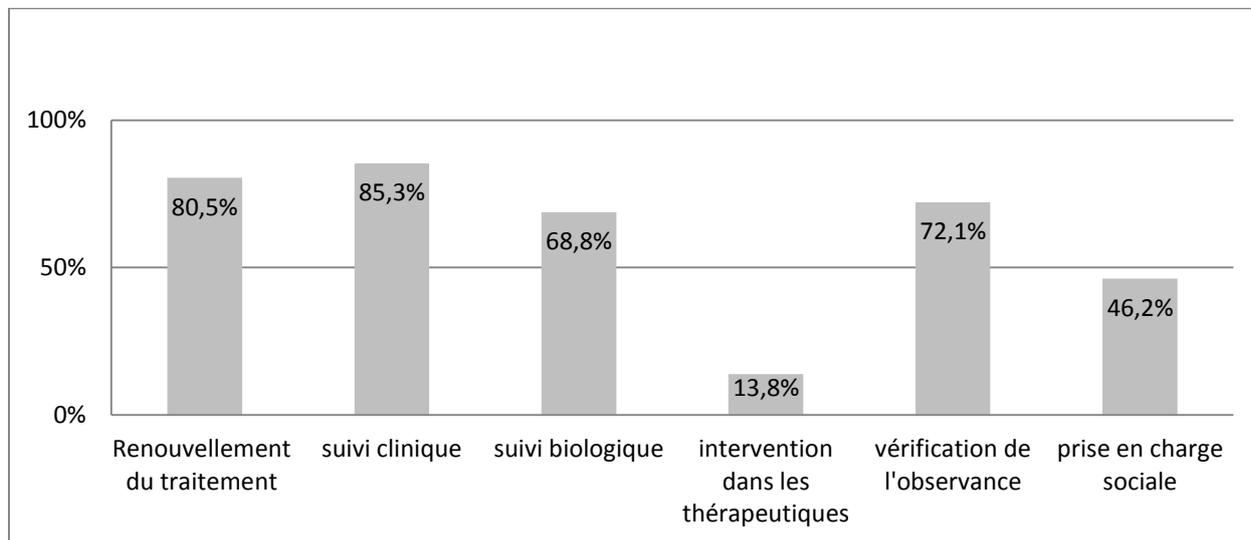


Figure 31 : Champs d'implication souhaités par les médecins qui sont favorables au suivi des patients VIH, Pays de Loire (sauf Sarthe).

Voici présentés ci-après, dans la Figure 32, les freins au suivi des patients VIH. Ils sont exprimés par les 456 médecins généralistes des Pays de Loire non favorables à ce suivi (données disponibles dans les 5 départements).

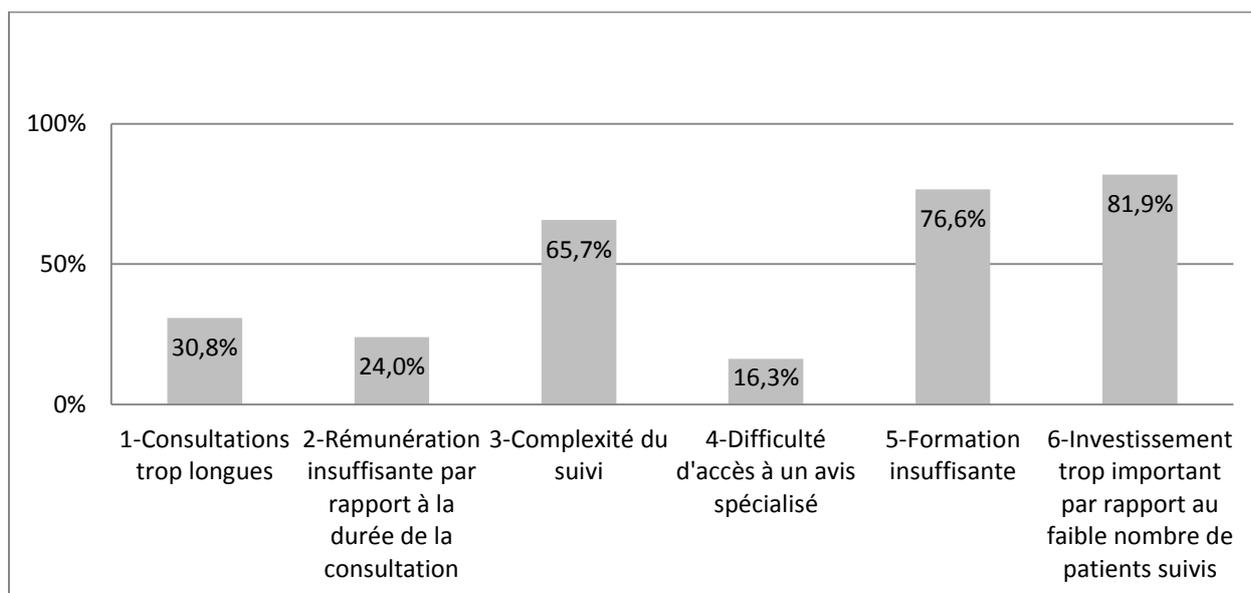


Figure 32 : Freins au suivi des patients VIH exprimés par les médecins généralistes des Pays de Loire. (items 1, 3 et 5 : 24NR; item 2 : 23NR; item 4 : 26NR; item 6 : 20NR)

4 DISCUSSION

Cette enquête, par le fait même qu'elle se base sur un auto-questionnaire et donc des données déclaratives, présente certainement un biais de mesure. De plus un biais de sélection est très probable : on peut facilement imaginer que les médecins répondants portent un plus vif intérêt à la question de la prise en charge des patients VIH, et puissent être, par là même, mieux formés et informés. A l'inverse, les médecins n'ayant pas répondu portent probablement peu d'intérêt à la prise en charge du VIH. 28% des médecins ont répondu dans les 2 départements étudiés, et 30% à l'échelle régionale.

Il existe une assez grande différence en termes de taux de réponses entre les départements des Pays de Loire. En effet l'enquête a mobilisé 23,9% des médecins en Sarthe, 25% en Vendée, 29,4% en Loire-Atlantique, 38,3% en Maine-et-Loire, 45,1% en Mayenne. Le fort taux de réponses en Mayenne nous étonne. Il s'agit du département le plus rural (52,4% de la population en 2006) et à la plus faible densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants (68) (7) : sont-ils moins souvent sollicités par des enquêtes ? Le Maine-et-Loire et la Mayenne sont ainsi un peu surreprésentés dans l'enquête.

4.1 Représentativité des échantillons répondants

Nous avons comparé la population des médecins généralistes répondants à la population globale des médecins généralistes de Vendée et de Loire-Atlantique, en ce qui concerne l'âge et le sexe, à partir des données de la CPAM de 2010 (23) (cf Tableau 2).

Ainsi, en Loire-Atlantique, il n'y a pas de différence significative en termes de moyenne d'âge ($p = 0,084$) (50,1 ans dans l'enquête, 51 ans selon les données de la CPAM). En revanche, il existe une différence statistiquement significative en termes de pourcentage d'hommes ($p = 0,003$). Cependant cette différence est très faible : 60,3% contre 68,4% pour les données de la CPAM. Sur un échantillon d'environ 300 personnes, il s'agit donc d'une différence de 12 personnes. Nous nous accorderons alors à penser que cette différence n'a probablement pas d'impact sur les résultats.

En Vendée, il n'y a pas de différence significative de moyenne d'âge ($p = 0,144$) (53,2 ans vs 52 ans dans les données CPAM) ni de pourcentage d'hommes ($p = 0,561$) (66,4% vs 69,2% données CPAM). L'échantillon est donc représentatif en termes d'âge et de sex-ratio.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population des médecins répondants et données de la CPAM (23)

| | Age médian (ans) | Age moyen enquête (ans) | Age moyen CPAM (ans) | Sex-ratio enquête | Sex-ratio CPAM |
|------------------|------------------|-------------------------|----------------------|-------------------|----------------|
| Loire-Atlantique | 52 | 50,1 | 51 | 1,5 | 2,2 |
| Vendée | 54 | 53,2 | 52 | 2 | 2,3 |
| Mayenne | 55 | 53,1 | 53 | 2,8 | 3,9 |
| Maine-et-Loire | 51 | 49,5 | 50 | 1 | 2,3 |
| Sarthe | 55 | 52,7 | 54 | 2,43 | 3,75 |
| Pays de Loire | 52 | 51 | 52 | 1,6 | 2,5 |

Nous remarquons d'autre part que les hommes répondus sont plus âgés que les femmes en Loire-Atlantique et Vendée, ce qui est sûrement dû à la féminisation de la profession constatée depuis plusieurs années.

Pour l'ensemble des Pays de Loire, la moyenne d'âge de 51 ans est très proche de celle théorique de 52 ans (CPAM). Il existe peu de différence entre les départements, variant de 49,5 à 53,2 ans, la médiane variant de 51 à 55 ans (cf Figure 2). La répartition semble comparable mais nous ne pouvons pas comparer statistiquement les départements car des données manquent pour la Sarthe. Nous pouvons tout de même constater que les répartitions semblent superposables, avec un premier quartile variant de 42 ans en Maine-et-Loire à 49 ans en Mayenne et un troisième quartile de 57 ans en Loire-Atlantique à 60 ans en Vendée. Il existe de plus un écart de moyenne d'âge de moins de 3 ans, ce qui laisse penser que les médecins sont de la même génération et ont donc reçu le même enseignement sur le sujet du VIH.

Concernant le sex-ratio, il est de 1,6 dans notre enquête pour les Pays de Loire, les données CPAM relatant un sex-ratio de 2,46 en 2010. Les femmes ont donc globalement un peu plus répondu que les hommes, cette tendance se retrouvant pour chaque département.

Par ailleurs, 47,8% des médecins exercent en zone urbaine Figure 3. Les médecins répondus sont donc majoritairement installés en zone rurale, ce qui peut sans doute influencer les résultats puisque la prévalence de pvVIH est plus forte en zone urbaine. Deux départements se détachent : la Loire-Atlantique, avec une forte majorité de médecins exerçant en zone urbaine (60,1%) et seulement 24,6% en Vendée. Selon l'ORS des Pays de Loire, la Loire-Atlantique est le département à la plus forte proportion de population urbaine (74,8%), puis le Maine-et-Loire (63,2%), la Sarthe (60,5%), et enfin la Vendée (51,6%) et la Mayenne (47,6%) (7).

Enfin, nous remarquons que 39% des médecins généralistes des Pays de Loire se sont installés avant ou en 1986, et n'ont donc jamais eu d'enseignement concernant le VIH au cours de leurs études.

Points forts : Population des répondus représentative en termes d'âge et de sexe en Vendée, représentative en termes d'âge pour la Loire-Atlantique. Il existe une différence statistiquement significative en ce qui concerne le sex-ratio dans ce département, mais considérée comme « cliniquement » non significative.

Sur l'ensemble des Pays de Loire, âge comparable entre les départements, mais les femmes ont un peu plus souvent répondu que les hommes. La majorité des médecins exercent en zone rurale, sauf en Loire-Atlantique.

4.2 Réalité du suivi des patients VIH par les médecins généralistes

En Loire-Atlantique (Figure 4), un peu plus des deux-tiers des médecins généralistes déclarent suivre des patients VIH. Ceci est comparable à l'enquête Baromètre Médecins Généralistes 2009 (24) menée par l'INPES qui retrouve à l'échelle de la France 65,7% des médecins ayant des patients VIH dans leur patientèle. Il existe donc une nette différence avec les autres départements et notamment la Sarthe (41% de médecins suivent des patients VIH) et le Maine-et-Loire (44%). Pour la région des Pays de Loire on remarque que ce taux est plus faible que le taux national, car seulement un peu plus de la moitié des médecins déclarent suivre des patients VIH (54,2% vs 65,7%). Il est intéressant de noter qu'une étude réalisée en Auvergne publiée en 1997 retrouvait 56,3% de médecins généralistes suivant des pvVIH (25).

Ceci s'explique probablement par la présence de départements à forte identité rurale où la prévalence de l'infection VIH est moindre. D'ailleurs le nombre de patients VIH suivis par les médecins généralistes est presque deux fois supérieur en zone urbaine qu'en zone rurale, et ce de façon significative en Vendée et Loire-Atlantique. On sait que la prévalence de l'infection par le VIH est inégalement répartie sur le territoire français (nettement supérieure en Ile de France, dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur et les DOM que dans les autres régions comme les Pays de Loire). En effet ce sont seulement 3 138 (1 500 en Loire-Atlantique, 467 en Vendée, 164 en Mayenne, 539 en Maine-et-Loire, 468 en Sarthe) patients qui sont déclarés en ALD7 pour la pathologie liée au VIH au 31/12/2010 en Pays de Loire selon les données de l'assurance maladie (26) pour 96 552 sur la France entière.

Nous pouvons souligner également que les médecins hommes déclarent plus souvent suivre des patients VIH que les médecins femmes en Loire-Atlantique et Vendée. Ceci s'explique sans doute par le fait que les hommes sont plus âgés et ont donc plus de probabilité d'avoir pris en charge des pvVIH au cours de leur exercice.

Notre enquête trouve 0,8 à 1,9 patients VIH en moyenne par patientèle de médecins généralistes. Si l'on calcule cette moyenne à partir du nombre de patients suivis en Pays de Loire (3 138 en 2010) sur les 2831 médecins généralistes en 2010 (23), on trouve une moyenne de 1,1 patient VIH par patientèle. Les chiffres retrouvés dans notre étude semblent bien concordants, mais la moyenne régionale de 1,4 dans l'enquête est un peu plus élevée. Ceci peut être dû à la légère sous déclaration des patients VIH en ALD et le retard dans ces déclarations qui entraînent un chiffre de pvVIH légèrement inférieur à la réalité. On peut estimer de façon semblable une moyenne nationale à 1,8 (96 552 pvVIH déclarés en ALD en 2010 pour 54 813 médecins généralistes en 2010, données de l'assurance maladie) (26).

D'autre part, les 2 départements où cette moyenne est la plus faible (Mayenne et Sarthe) font partie des 3 départements de la région à la plus forte proportion de population rurale.

Quelle qu'en soit la cause, force est de constater que beaucoup de médecins ne côtoient pas du tout cette pathologie, ce qui explique qu'ils puissent se sentir peu concernés par les nouvelles recommandations successives (cf infra).

Points forts : Les médecins généralistes des Pays de Loire sont peu confrontés à la prise en charge des pvVIH. Seuls 54,2% suivent des pvVIH en Pays de Loire, pour une moyenne française à 65,7%, taux national comparable seulement avec celui de la Loire-Atlantique. On retrouve en moyenne 0,8 à 1,9 patients VIH par médecin selon les départements (2 fois plus en Loire-Atlantique qu'en Vendée ou Mayenne, presque 2 fois plus en zone urbaine que rurale).

4.3 Formations effectuées, souhaitées et connaissances générales

Il existe de grandes disparités sur le territoire régional en termes de formations effectuées sur la prise en charge du VIH. En effet s'ils sont plus d'un tiers en Maine-et-Loire, Vendée et Loire-Atlantique (respectivement 41%, 39% et 36%) déclarant avoir déjà suivi une formation, ils ne sont que 27% en Sarthe et 18% en Mayenne (cf Figure 7). On remarquera que la Sarthe et la Mayenne sont les départements où le nombre de patients VIH par médecin généraliste est le plus faible également, ce qui peut expliquer que les médecins se sentent beaucoup moins concernés par cette problématique. De plus, il s'agit des 2 départements ayant la plus faible densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants (selon l'ORS (7)) ce qui leur laisse probablement moins de temps disponible.

Nous remarquerons également sans surprise que les 2 départements où les médecins suivent suivant le plus de pvVIH (Loire-Atlantique et Maine-et-Loire) figurent parmi les 3 départements ayant plus d'un tiers des médecins déjà formés, et sont les 2 départements où les médecins sont les plus intéressés par une formation sur la prise en charge du VIH (respectivement 54% et 61%) (cf Figure 9).

Nous noterons d'autre part la volonté des médecins mayennais peu formés au sujet (18,5%), peu confrontés aux pvVIH (0,8 pvVIH/patientèle), mais où plus de 50% des médecins se disent motivés par une formation sur la prise en charge des patients VIH.

Ce sont 54% des médecins qui sont intéressés par une formation sur la prise en charge des patients VIH sur l'ensemble des Pays de Loire. Ceci incite donc à penser que des formations pourraient être proposées dans l'ensemble de la région, puisque plus de 40 % des médecins sont motivés dans chaque département.

Le COREVIH doit probablement y jouer un rôle et se faire connaître puisque seulement 20% des médecins de la région le connaissent (cf Figure 10). Il existe là une différence flagrante entre les départements : 5% des médecins en Sarthe vs 30% en Loire-Atlantique (cf Figure 11). Nous pouvons légitimement nous demander si ces 30% correspondent aux 36% déjà formés sur ce département, mais il s'avère que parmi les 93 médecins connaissant le COREVIH seuls 53 déclarent avoir déjà bénéficié d'une formation. Il ne semble donc pas y avoir de lien direct. En revanche, la Loire-Atlantique est le département où est basé le COREVIH et par là-même où le COREVIH est probablement le plus visible. Il existe également une antenne à Angers, et à la Roche-sur-Yon, d'ailleurs le Maine-et-Loire et la Vendée sont les 2^{ème} et 3^{ème} départements connaissant le mieux le COREVIH.

Les 2 départements connaissant le mieux le COREVIH sont ceux qui suivent le plus de pvVIH (Loire-Atlantique et Maine-et-Loire) tandis que les 2 le connaissant le moins (Mayenne et Sarthe, respectivement 5,4 et 4,8%) sont ceux qui suivent le moins de pvVIH, et surtout ceux qui sont le moins formés. La Vendée est intermédiaire en tout, avec 14% de médecins connaissant le COREVIH. Une anecdote annotée par un médecin de Loire-Atlantique peut éclairer un peu cette méconnaissance, et illustre comment l'institution est sans doute bien moins connue que ses actions : *« la petite carte postale "1 personne séropositive sur 3 ne sait pas qu'elle est infectée", disposée sur mon bureau a suscité à plusieurs reprises discussion et demande de test. Je découvre que cette carte est éditée par le COREVIH, et que j'ai répondu « non » à la question « connaissez-vous le COREVIH ? »...».*

Nous nous étonnerons encore davantage de la méconnaissance du consensus formalisé. Destiné avant tout aux médecins généralistes, celui-ci n'est connu que de 11,4% des médecins des Pays de Loire (cf Figure 12). Il existe une différence entre les départements, mais d'où qu'il soit moins d'un médecin sur 5 connaît ce consensus. Ils sont 18,5% en Maine-et-Loire, mais seulement 8,1% en Loire-Atlantique ce qui n'est pas sans nous surprendre étant donné que c'est le département qui suit le plus de pvVIH. Ils sont donc moins de 1 sur 10 à connaître le consensus en Loire-

Atlantique, Vendée et Mayenne, 1 sur 10 en Sarthe. Il existe très probablement un défaut de communication de ce rapport, car comment imaginer que les médecins se sentent inclus et souhaitent s'investir dans la prise en charge des pvVIH s'ils n'ont même pas connaissance des textes définissant leur rôle ?

La connaissance du rapport YENI 2010, quant à lui, est similaire en Loire-Atlantique et Vendée, avec moins de 3,3% de médecins déclarant le connaître. La question a également été posée aux médecins Mayennais, retrouvant 2,2% de réponses favorables (22). Ce constat illustre parfaitement combien cette prise en charge reste du domaine de centres spécialisés et qu'elle n'est en aucun cas, actuellement, une priorité pour les médecins de soins primaires.

Avec ces résultats, nous nous rendons compte qu'il est difficile d'atteindre les médecins de soins primaires et donc de changer leurs pratiques, eux qui sont pourtant les premiers relais en matière de dépistage ou de prévention. Les stratégies de communication sur le sujet sont probablement à développer. Nous pouvons tout de même nous rassurer en constatant que le taux de dépistage a augmenté de 4% entre 2010 et 2011(27), ce qui signe au moins l'efficacité de la transmission de certains messages.

Points forts : Plus de la moitié des médecins des Pays de Loire sont intéressés par une formation sur la prise en charge de l'infection au VIH, ce qui semble d'autant plus important que seul 1 médecin sur 5 connaît le COREVIH, 1 sur 10 connaît le consensus formalisé dans les Pays de Loire et 2 à 3% connaissent le rapport YENI 2010 en Loire-Atlantique, Vendée et Mayenne. Les départements qui n'ont pas d'antenne du COREVIH sont ceux qui le connaissent le moins bien (Sarthe et Mayenne).

4.4 Prévention, information, abord du thème de la sexualité

Nous noterons tout d'abord que le sujet de la sexualité est presque toujours abordé par le patient (plus de 90% des cas, en Loire-Atlantique et Vendée). Plusieurs obstacles viennent rendre difficile l'abord de ce sujet pour les médecins d'après L. Damon (28) : la peur de paraître intrusif, la crainte de choquer le patient voire de rompre le lien de confiance, le malaise personnel face au thème de la sexualité qui renvoie au propre vécu du médecin, et la nécessité de surmonter sa pudeur personnelle. Cet article souligne combien ces obstacles font barrière pour parler de sexualité et par voie de conséquence pour informer, jusqu'à constituer un réel frein à la prescription de tests de dépistage du VIH.

Il y a cependant des situations qui rendent plus facile l'abord du sujet de la sexualité, lorsque le motif de consultation est en rapport direct avec la sexualité du patient : prise de risque sexuel, IST, examen prénuptial ou prénatal, première contraception (28). Notre enquête semble le confirmer notamment dans le cas d'une première contraception ou d'un suivi de contraception qui incitent le médecin à parler de sexualité dans plus de 85% des cas en Loire-Atlantique et Vendée. Dans une enquête réalisée en Suisse en 2002 la sexualité était abordée lors d'une demande de contraception dans 76% des cas. Face à un adolescent plus de 75% des médecins abordent le sujet (63% dans cette même enquête Suisse (29)). La comparaison peut être biaisée par le fait qu'il s'agisse d'une étude Suisse, quoique culturellement très proche de nous. Nous pouvons tout de même imaginer une augmentation progressive de l'abord de ces sujets et des messages de prévention entre 2002 et 2012.

En revanche, moins d'un médecin sur deux aborde le sujet face à une grossesse, à un évènement de vie (mariage, divorce, déménagement...) ou à un patient d'origine africaine. C'était également le cas dans l'enquête Suisse qui retrouvait un taux de 40% auprès des migrants. Le cas des HSH est plus disparate : presque 50% des médecins de Loire-Atlantique abordent le sujet de la sexualité dans ce contexte, mais moins de 40% en Vendée. On peut légitimement se demander si les populations à risque sont bien identifiées par les médecins généralistes. Plus de 80% des médecins (les femmes plus que les hommes (cf Figure 13)) disent donner une information de prévention dans les groupes à risques systématiquement ou le plus souvent en Loire-Atlantique et Vendée (chiffres comparables dans les autres départements). Mais alors, cette information a-t-elle un réel impact si les populations concernées sont mal identifiées ?

En Pays de Loire, un peu plus de 85% des médecins déclarent connaître toujours ou le plus souvent l'orientation sexuelle des patients (chiffres superposables dans les différents départements) (20)(21)(22), ce qui peut paraître étonnant puisque moins d'un médecin sur deux aborde le thème de la sexualité avec les HSH. Il est intéressant de mettre en parallèle le taux de 81% des patients déclarant avoir informé leur médecin traitant de leur orientation sexuelle dans une enquête réalisée auprès de pvVIH suivies au CHU d'Angers (20). Il semble donc difficile pour un médecin sur 5 comme pour un patient sur 5 d'aborder ce sujet...

Nous remarquerons enfin que les médecins femmes abordent plus facilement le sujet de la sexualité puisque 92,6% connaissent toujours ou le plus souvent l'orientation sexuelle des patients, contre 83,5% des hommes ($p = 0,044$) (comparaison réalisée dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée). A noter cependant un plus fort taux de non réponders chez les femmes (5%) que chez les hommes (3%), pouvant influencer les résultats vue la taille de l'échantillon.

Points forts : Le sujet de la sexualité est presque toujours abordé par le patient et non par le médecin. Les femmes médecins abordent plus facilement le sujet que les hommes. Enfin, le sujet est abordé dans les situations de première contraception, de suivi de contraception, et à l'adolescence.

Malheureusement, les évènements de vie, la grossesse, l'homosexualité ou l'origine africaine ne sont pas des situations permettant facilement cette discussion.

4.5 Le dépistage

Les populations ciblées par les médecins généralistes pour proposer un test de dépistage d'infection VIH dans les Pays de Loire sont les femmes enceintes et les situations de prise de risque sexuel. En effet plus de 70% des médecins réalisent un test systématiquement dans ces 2 cas, ce qui correspond aux recommandations en vigueur. Ceci illustre bien que 21% des nouveaux diagnostics en Pays de Loire soient le fait d'un dépistage en période prénatale et 26% suite à une prise de risque d'infection au VIH (6), ces populations étant bien identifiées par les médecins comme cible de la politique de dépistage. Cependant nous remarquons dans le cas d'une prise de risque sexuel, une différence significative entre les départements : plus de 75% pour la Loire-Atlantique, la Vendée et La Sarthe, mais 67% en Maine-et-Loire et seulement 49% en Mayenne. Ils sont pourtant plus de 80% à avoir été confronté à ce motif de consultation (cf Figure 26).

L'ORS des Pays de Loire constate en 2011 : « *par rapport aux autres régions, le faible recours au dépistage en Pays de Loire, associé à un taux élevé de sérologies confirmées positives, évoque un dépistage plus ciblé.* » (6). Ceci semble vrai dans le cas des femmes enceintes et des prises de risque sexuel. En revanche, on peut s'alerter sur le peu de sérologies proposées aux personnes d'origine africaine (12,5% proposent un dépistage systématique sur la région, vs 34,8% sur l'ensemble de la France selon l'enquête Baromètre santé médecin généraliste 2009 (24)). Pourtant 40% des découvertes de séropositivité en France en 2011 concernent des hétérosexuels nés à l'étranger (dont les ¾ sont originaires d'Afrique subsaharienne). Le peu de sérologies proposées à cette population explique que ce chiffre à l'échelle régionale soit bien en deçà du chiffre national : seulement 29% des nouveaux diagnostics concernent des personnes nées à l'étranger en Pays de Loire (6). Cette population doit donc être plus ciblée dans les pratiques de dépistage des médecins généralistes. Cependant, ce constat doit être confronté au fait que seulement 3% de la population des Pays de Loire est d'origine étrangère au recensement de 2009, vs 9% pour la France. D'ailleurs cette donnée était régulièrement mentionnée par les médecins généralistes sur le questionnaire. Par exemple, onze médecins de Vendée ont écrit « *non confronté au problème* », « *pas de patient africain dans ma patientèle* », ce qui explique les 14% de non réponders à cette question en Vendée (11% en Pays de Loire), et le fort taux de « rarement et jamais ». En effet, comment faire la différence entre un médecin qui coche « jamais » parce qu'il n'y est jamais confronté et un médecin qui le coche parce qu'il ne réalise réellement jamais de dépistage chez un patient africain ? Ce résultat est donc à relativiser mais il faut tout de même sensibiliser les médecins à la nécessité de dépister cette population, peut-être davantage encore parce qu'ils n'y sont pas souvent confrontés. Le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014 insiste d'ailleurs sur le ciblage de la population d'origine africaine subsaharienne. Mais il faut même rester vigilant pour toutes personnes nées à l'étranger : une étude menée en 2003 dans les centres médico-sociaux parisiens montrait qu'un des facteurs liés à l'absence de proposition de dépistage de l'infection VIH était l'origine non subsaharienne pour les étrangers. Il y a nécessité d'élargir le dépistage aux populations nées à l'étranger quel que soit leur pays d'origine car l'infection progresse notamment en Afrique du Nord et en Asie (1).

Contrairement à la moyenne française où 35% des dépistages sont réalisés devant des signes cliniques (30), ceux-ci occasionnent peu de dépistage dans notre région (« toujours » pour 20% des médecins des Pays de Loire) (Figure 18). Pourtant dépister dans cette situation est « rentable » puisque c'est le motif le plus fréquent de découvertes de séropositivité en Pays de Loire (39% selon l'étude de l'ORS en 2011). Cependant ils sont 42,6% à le proposer « le plus souvent » dans ce cas. Il y a donc là certainement un effort à fournir pour sensibiliser les médecins aux signes évocateurs d'infection VIH et au réflexe du dépistage dans ces circonstances.

Une des populations les plus à risque actuellement, concentrant 40% des nouvelles découvertes de séropositivité en France, et même 50% en Pays de Loire (6), est la population des HSH. C'est également celle où la prévalence est la plus forte avec près de 18% des HSH contaminés dans les milieux de convivialité gays parisiens (étude Prévagay 2009) (31). Nous nous étonnons donc de voir que seulement 39% des médecins des Pays de Loire proposent systématiquement un dépistage à cette population, d'autant que les recommandations HAS en la matière conseillent même de le répéter tous les ans (9). Cela est proche des résultats de l'enquête sur les occasions manquées de dépistage, où le médecin ne proposait à une personne identifiée comme HSH un dépistage qu'une fois sur 2 (11). Il est malgré tout rassurant de constater que les dépistages réalisés « toujours » et « le plus souvent » concernent 82,5% des médecins réponders. Cette population est donc probablement bien identifiée comme « à risque » par les médecins, mais il faudrait accentuer le caractère systématique et répété des dépistages.

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, les recommandations ont évolué vers une proposition de dépistage à l'ensemble de la population de 15 à 70 ans. En 2009, 33,2% des médecins français déclaraient être tout à fait d'accord pour proposer un test de dépistage en

population générale sans attendre la demande du patient (24). Or ils ne sont que 12,2% à le faire systématiquement dans les Pays de Loire, 50% d'entre eux le proposant « le plus souvent ». Nous ne savons pas encore si cette politique de dépistage portera les fruits escomptés (réduire le nombre de patients infectés non diagnostiqués, le nombre de découvertes tardives, et diminuer le taux de contamination) mais nous savons qu'en 2011 une infection sur 5 est découverte en dehors de toute prise de risque et de tout signe clinique évocateur (InVS, déc 2012 (4)). Le message de dépister largement semble être bien passé, mais son caractère systématique n'est pas appliqué. Certes, beaucoup de difficultés peuvent l'expliquer à commencer par celles mêmes qui empêchent d'aborder le sujet de la sexualité (pudeur, peur de stigmatiser, de choquer, de perdre le lien de confiance...) mais pourtant cette politique de dépistage est bien acceptée par 71% de la population générale selon un travail de thèse publiée en 2012 (32), 62,5% dans l'étude réalisée dans les services d'urgence d'Ile de France en 2009-2010 (33) et 47,7% des 18-45ans en 2010 (34). Une autre thèse qualitative auprès de 14 patients vendéens ne retrouvait qu'un seul refus au dépistage systématique en 2012 (35). Cependant, les pratiques sont très différentes selon les départements : il est intéressant de souligner la particularité de la Mayenne et de la Vendée où les médecins dépistant systématiquement la population générale ne sont respectivement que 3% et 9%. En Mayenne ils sont même 48% à ne le faire que rarement.

Quatre autres situations ont été étudiées en Loire-Atlantique et Vendée spécifiquement : les usagers de drogues, les patients sortant de prison, les patients consultant pour une IST et les tableaux biologiques (Figure 16 et Figure 17).

Sans surprise, les patients consultant pour une IST sont bien identifiés comme population à risque par les 80% de médecins généralistes qui leur proposent systématiquement un test. Les usagers de drogues sont également bien dépistés (toujours par plus de 50% des médecins généralistes, et « le plus souvent » par plus de 35%). Ceci est une donnée intéressante car elle montre combien les modes de contamination historique de la maladie restent ancrés dans les mémoires médicales, bien que seulement 1% des nouvelles contaminations se fassent par usage de drogues injectables en France. Cependant il est important de conserver cette vigilance accrue car les Pays de Loire enregistrent un pourcentage un peu plus élevé que la moyenne nationale avec 3% des nouvelles contaminations dues aux UDI en 2011 (6).

En revanche, les patients sortant de prison ne sont dépistés systématiquement que par 14 à 16% des médecins. Ce résultat est à interpréter avec prudence compte tenu du fort taux de non réponders, beaucoup de médecins annotant « *je n'ai jamais été confronté à cette situation* ». Un dépistage est de toute façon largement proposé pendant la détention.

Les tableaux biologiques (thrombopénie, lymphopénie) n'occasionnent malheureusement quant à eux, que rarement des propositions de dépistage.

Points forts : Nécessité de former les médecins généralistes pour identifier les populations à risque : les patients d'origine africaine, les tableaux cliniques et biologiques évocateurs. Les HSH semblent être identifiés comme « à risque » mais ne bénéficient pas d'un dépistage suffisant. En revanche les femmes enceintes, les patients consultant pour IST ou prise de risque sexuel et les UDI sont des populations bien ciblées. Le dépistage dans la population générale de façon systématique est peu réalisé, surtout en Vendée et Mayenne (moins de 10% des médecins).

4.6 L'annonce diagnostique

L'étude des pratiques et du ressenti des médecins vis-à-vis de l'annonce diagnostique d'une infection VIH n'a été menée que dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée.

L'annonce diagnostique d'une séropositivité VIH est une situation à laquelle seul un tiers des médecins a déjà été confronté (Figure 19), et ce de façon peu fréquente (entre 1,5 et 2 fois en moyenne, au maximum 10 fois). Peu de données de la littérature sont disponibles sur ce sujet. On retrouve dans l'enquête Baromètre Médecins Généralistes 2009 que 13,4% des médecins interrogés ont fait une annonce de séropositivité dans les 12 derniers mois. Il s'agit d'une annonce difficile, délicate, mais que presque tous les médecins assurent eux-mêmes, en faisant revenir le patient au cabinet pour 95% d'entre eux (cf Figure 20). 5 à 7% attendent que le patient reviennent de lui-même, ce qui pose question quant à la politique de prévention alors menée et au risque de perte de vue. On s'étonnera du chiffre certes bas mais non pas négatif de 3,3% des médecins qui annoncent le diagnostic par téléphone. Les recommandations HAS de 2009 (9) précisent que l'annonce doit être faite de façon confidentielle, lors d'une consultation dédiée, associée à une information de prévention et un début de prise en charge. L'annonce diagnostique est d'ailleurs bien précisée dans les compétences en mission de soin primaire de la prise en charge des pvVIH dans le consensus formalisé. L'HAS recommande également que toute annonce diagnostique soit accompagnée d'une prise en charge médicale et psycho-sociale adaptée.

- Concernant la prise en charge médicale (Figure 25), 2/3 des médecins de Loire-Atlantique et 3/4 de ceux de Vendée adressent le patient directement au spécialiste après l'annonce d'une séropositivité VIH, 17 à 20% évoquent les modalités thérapeutiques avant d'adresser au spécialiste, et environ 1 sur 10 prescrit un bilan initial avant d'adresser au spécialiste.

- Quant au plan psycho-social, nous avons voulu étudier quelles ressources d'accompagnement utilisaient les médecins généralistes (Figure 24). Ils ne sont que 2 à 3 % à ne rien proposer, et 4 à 5% ne savent pas vers qui orienter.

Le principal recours qui rassemble plus des 3/4 des médecins des 2 départements est le service d'infectiologie. Le service hospitalier est donc le premier recours tant sur le plan médical que psycho-social. Cela souligne bien l'importance pour ces services de développer leur prise en charge de manière pluridisciplinaire (assistante sociale, psychologue...), puisque l'immense majorité des médecins compte sur ces services pour prendre en charge le patient dans sa globalité.

Le recours proposé ensuite par 1/3 des médecins est l'orientation vers une association de pvVIH, un peu plus que vers un psychologue. La prise en charge médicale de la pathologie liée au VIH a, depuis son apparition, eu une histoire singulière notamment grâce au rôle capital joué par les associations de pvVIH (noté par Cardin et al. dans la révolution SIDA (36)). Celles-ci sont de réels interlocuteurs pour les patients et les médecins, et continuent de jouer un rôle d'accompagnement important.

Enfin seulement un peu moins de 2% des médecins ont recours à une assistante sociale. C'est là peut-être un reflet de la banalisation de cette pathologie, tendance confirmée depuis quelques années (enquête ANRS-KABP 2010 (37)), bien que les stigmatisations aient encore un grand impact sur l'insertion sociale des pvVIH. En effet, l'épidémie touche de plus en plus de migrants, notamment des femmes, c'est-à-dire qu'elle touche des populations socialement plus défavorisées et davantage exposées à une dégradation de leur situation économique et sociale. Il est utile de rappeler qu'en 2009, 1/4 des pvVIH vivaient en deçà du seuil de pauvreté en France, et

en 2003 seulement 56,5% des pvVIH ont un emploi (38). Le recours aux assistantes sociales pourrait donc être accentué.

Pour accompagner la « rupture biographique » qu'engendre une telle annonce, l'aide d'une psychologue est proposée par 1/4 des médecins. Pourtant l'image de la maladie, la difficulté de vivre avec le VIH, sont des constantes qui nécessitent souvent un soutien, d'autant que le secret reste commun. Les patients font face à trois principaux types de rejet de la part de la société selon le CNS (38). Tout d'abord ils sont confrontés à la peur de la contamination (souvent par des procédés imaginaires), ensuite à l'opprobre morale qui les ramène dans un état de honte, voire de culpabilité, et enfin l'inemployabilité (100% des employeurs interrogés dans l'enquête « VIH et emploi : le point de vue des entreprises », en 2001, ne donnent pas de suite à l'entretien d'une personne s'étant déclarée infectée par le VIH (38)).

11 médecins proposent un suivi par eux-mêmes pour « assurer un soutien » « refaire le point ».

Le recours à une prescription médicamenteuse concerne 10 et 15 % des médecins (respectivement Loire-Atlantique et Vendée), avec des annotations fréquentes « selon la situation ». Ce peuvent être des anxiolytiques, des antidépresseurs, ou des somnifères. Mais les médecins choisissent bien plus le recours au psychologue qu'aux psychotropes pour prendre en charge ce traumatisme psychique.

Si, comme nous l'avons vu, l'annonce est une étape difficile pour le patient, elle n'en est pas moins dure pour les médecins (Figure 21 Figure 22). En effet, sur une échelle numérique que nous avons volontairement choisie de type pair pour éviter les réponses intermédiaires, les items 0, 1 et 2 représentent une moitié plutôt facile, et les items 3, 4 et 5 représentent une moitié plutôt difficile. Le constat est ici simple : 71% et 77% des médecins en Loire-Atlantique et Vendée trouvent cela plutôt difficile. Si cela peut ne pas nous surprendre, ils sont tout de même 12 et 14% à considérer cela comme extrêmement difficile. A la question très subjective de savoir s'ils considèrent cette annonce plus difficile que d'annoncer une autre pathologie, la moitié d'entre eux répondent oui. En annotation, nous remarquerons que cette annonce est souvent comparée à celle d'un cancer. Les difficultés mises en avant (Figure 23) sont majoritairement d'ordre psycho-social pour plus d'un tiers des médecins. Certains commentent cette difficulté en invoquant les représentations et croyances qui perdurent autour de la maladie, l'impact sociétal, le retentissement sur le mode de vie et la sexualité. Cependant, les difficultés matérielles (manque de temps) et médicales pures (manque de connaissances, d'information sur l'orientation du patient) compliquent cette annonce pour 47% des médecins.

Devant ces difficultés nous nous sommes interrogés sur l'intérêt de proposer une formation sur l'annonce diagnostique. 46% des médecins de Loire-Atlantique et 40% de Vendée se disent intéressés, chiffres discrètement plus importants que le nombre de médecins ayant déjà été confronté à une telle annonce. Bien que moins plébiscitée que la formation sur la prise en charge médicale des pvVIH, une telle formation trouve tout de même écho dans les préoccupations des médecins généralistes.

Points forts : Seul un tiers des médecins a déjà annoncé un diagnostic d'infection VIH, annonce vécue comme difficile par plus de 70% des médecins. Les difficultés sont majoritairement d'ordre psycho-social et une formation sur l'annonce serait bien accueillie par plus de 40% des médecins. L'impact sociétal et les représentations persistantes de cette maladie rendent cette annonce singulière et particulièrement difficile.

4.7 Prise de risque sexuel, accident d'exposition au VIH, connaissance du TPE :

83% des médecins des Pays de Loire ont déjà été confrontés au problème d'une prise de risque sexuel, sans différence significative entre les départements. Il s'agit donc bien là d'un motif réel de consultation sur le terrain, pour lequel les médecins doivent être bien formés. Les 3/4 des médecins connaissent l'existence du traitement post-exposition (TPE) mais seuls les deux tiers connaissent son délai de mise en œuvre dans les 48 premières heures (3), sans différence entre les départements. Près de 9% des médecins des Pays de Loire ont donc déjà été confrontés à cette situation en ne connaissant pas l'existence du TPE (cf Figure 26), 17 et 18% en Sarthe et Maine-et-Loire. Pourtant, des recommandations sur la prise en charge des accidents d'exposition au VIH sont disponibles depuis 1998 (39), réactualisées en 2008 et présentées dans le rapport YENI 2010 (3). Nous nous rendons compte de l'importance de communiquer davantage sur le sujet auprès des médecins car cela signifie que pour un médecin sur trois, le patient n'est pas adressé dans les délais. Ce propos peut cependant être redressé par le très fort taux de médecins adressant les patients au service de maladies infectieuses ou aux urgences (environ 90% quelque soit le département), montrant que le réseau de soin est connu.

Points forts : La prise de risque sexuel est un motif fréquent de consultation. 3 médecins sur 4 connaissent l'existence du TPE, 2 sur 3 son délai d'administration. Environ 90% des médecins font appel aux bonnes filières de prise en charge dans le cadre d'un accident d'exposition au VIH. Le TPE est moins bien connu des médecins de Sarthe et de Maine-et-Loire (environ 2 sur 3).

4.8 Suivi des patients VIH, dépistage des complications

Trois questions relevant des missions avancées de prise en charge des patients VIH ont été soumises aux médecins de Loire-Atlantique et Vendée, choisies parmi des situations courantes en médecine générale.

Il s'agit tout d'abord de la réalisation d'un frottis cervico-vaginal (FCV) chez les femmes infectées par le VIH. L'infection par le virus HPV est très fréquente chez les patientes VIH, avec une prévalence de plus de 60% (3), aussi un FCV est recommandé une fois par an chez ces patientes. Un peu plus des 2 tiers des médecins de Loire-Atlantique et Vendée réalisent régulièrement ce frottis, 2% jamais en Loire-Atlantique et 21% en Vendée. Ce chiffre est à interpréter avec beaucoup de prudence. En effet un certain nombre de suivis gynécologiques sont réalisés par les gynécologues et certains médecins généralistes ne réalisent pas du tout de FCV. Plusieurs médecins l'ont d'ailleurs noté sur les questionnaires : « *prise en charge par le gynécologue* ». Il nous semble donc difficile d'interpréter ce résultat et nous aurions dû poser la question de façon plus précise à savoir si les patientes VIH avaient bien un FCV tous les ans. Un autre élément rendant l'interprétation difficile est le taux de non réponders très élevé pour cette question (18% des médecins de Loire-Atlantique et 36,5% de Vendée).

Ensuite nous avons interrogé les médecins sur la fréquence des examens anaux qu'ils réalisent ou font réaliser aux patients VIH (Figure 27). En effet, l'analyse de la cohorte FHDH (French Hospital Database on HIV) ANRS-CO4 (40) montre qu'il existe une augmentation significative de l'incidence des cancers du canal anal malgré l'introduction des trithérapies, chez les patients VIH. Il est réalisé toujours et le plus souvent par environ 45% des médecins de notre enquête, ce qui signifie que plus de la moitié des médecins ne le fait que rarement ou jamais. Nous mettons là l'accent sur la nécessité de sensibiliser les médecins généralistes pour veiller à ce que leurs patients VIH aient un contrôle proctologique régulier, du moins les HSH et les patients ayant des ATCD d'infection à HPV, comme les recommandations le préconisent (3).

Enfin nous avons demandé aux médecins s'ils considéraient le VIH comme un facteur de risque cardio-vasculaire en lui-même. C'est près d'un tiers des médecins qui identifie l'infection au VIH comme un risque cardio-vasculaire, mais il faut considérer le fort taux de non réponders (14% dans les 2 départements). Actuellement les maladies cardio-vasculaires sont la 4^{ème} cause de mortalité chez les patients VIH, responsables de 10% des décès des pvVIH en 2010, proportion qui augmente au fil des années (41).

Points forts : La nécessité d'un examen anal régulier chez les patients ciblés n'est pas connue pour un médecin sur 2. Nécessité de formation dans ce domaine des missions avancées qui relèvent pourtant de pratiques de prévention fréquentes en médecine générale. Le VIH est identifié comme un facteur de risque cardio-vasculaire par 1 médecin sur 3.

4.9 Niveau d'implication souhaité et freins au suivi des patients VIH

Un des objectifs de l'enquête était d'évaluer si les médecins souhaitaient suivre les patients VIH dans le cadre de leur maladie : en d'autres termes si le suivi des patients VIH pourrait dans un avenir plus ou moins proche être transféré aux médecins traitants, et si les missions avancées pouvaient les intéresser.

45% des médecins des Pays de Loire se disent d'accord pour suivre les patients VIH dans le cadre de leur maladie. Il existe entre les départements une différence qui peut paraître surprenante (Figure 30). Tout d'abord la Vendée se distingue par son taux le plus élevé (61,5%) de médecins d'accord pour le suivi, alors qu'elle n'est qu'au 3^{ème} rang en termes de nombre de patients suivis par médecin. A l'inverse, le Maine-et-Loire, département le plus intéressé par des formations sur la prise en charge du VIH, a le plus faible taux de médecins d'accord pour suivre les pvVIH dans le cadre de leur maladie (1 sur 3).

Les freins principaux (Figure 32) exprimés par rapport à ce suivi sont au nombre de 3. Tout d'abord l'investissement trop important par rapport au faible nombre de patients suivis rassemble 82% des médecins, puis la formation insuffisante qui rassemble 77% des médecins, et enfin la complexité du suivi pour 66% des médecins. Ces 3 raisons sont en tête dans chaque département.

L'investissement trop important prime en Maine-et-Loire, département qui suit pourtant le plus de pvVIH avec la Loire-Atlantique. La Sarthe met en premier le problème de la formation

insuffisante, ayant effectivement les médecins les moins formés avec la Mayenne, mais c'est pourtant le département qui souhaite le moins de formation.

Les causes matérielles ne semblent qu'au second plan, la longueur de la consultation ne freinant qu'un médecin sur 3, puis la rémunération insuffisante pour 1 médecin sur 4.

Le Maine-et-Loire se distingue en mettant l'accent sur les difficultés matérielles avec une moyenne supérieure à la moyenne régionale (consultation trop longue : 45% et rémunération insuffisante : 33%). La Mayenne en revanche se distingue par le peu d'importance accordée à ces facteurs (15% pour la longueur de la consultation et 9% pour la rémunération).

Enfin l'accès difficile à un avis spécialisé ne semble pas être un frein à cette prise en charge puisque seulement 16% l'évoquent, avec de grandes différences qui doivent témoigner de la réalité des difficultés à avoir un avis spécialisé selon les départements. En effet seuls 6% des médecins de Loire-Atlantique et Vendée considèrent que c'est un frein au suivi, contre 20% en Mayenne, 23% en Maine-et-Loire et surtout 30% en Sarthe. La mise en place d'un réseau régional de santé sexuelle sera sans doute de nature à atténuer cette difficulté.

Les médecins désirant s'impliquer dans le suivi des patients VIH sont prêts pour plus de 80% d'entre eux à réaliser le suivi clinique et à renouveler le traitement prescrit par le spécialiste (Figure 31). Il est vrai que ce sont des rôles qu'ils ont l'habitude de jouer dans la majorité des maladies chroniques. Ensuite, viennent la vérification de l'observance et le suivi biologique. La prise en charge sociale intéresse 46% d'entre eux, mais ils ne se sentent pas concernés par l'intervention dans les thérapeutiques. La participation à un réseau a été évaluée en Loire-Atlantique et Vendée, et intéresse plus de 40% des médecins (Figure 28Figure 29).

Points forts : Nous constatons qu'il existe de réelles possibilités de transmettre une partie du suivi des pvVIH aux médecins généralistes, puisque 45% d'entre eux sont d'accord, en s'impliquant dans le suivi clinique, le renouvellement de traitement, la vérification de l'observance et éventuellement le suivi biologique. Il faudrait pour cela développer des réseaux plus performants, et surtout proposer des formations pour que les médecins se sentent plus concernés et donc plus impliqués.

5 CONCLUSION

La délégation du suivi des patients VIH aux médecins généralistes intéresserait 45% d'entre eux en Pays de Loire. Elle consisterait en un suivi clinique et biologique, un renouvellement de traitement, et une aide à l'observance.

Il faudrait alors proposer des formations sur tout le territoire, puisque plus de la moitié des médecins y sont favorables et que le manque de formation constitue un frein au suivi dans 47% des cas.

Cette formation, pour laquelle le COREVIH garde une place centrale, porterait sur les missions de soin de santé primaires, en mettant l'accent sur :

- l'abord de la sexualité en consultation,
- le ciblage des populations à risque,
- les pratiques de dépistage (formation à l'utilisation des tests de diagnostic rapide ?),
- la sensibilisation à la prévention des cancers liés au HPV.

La mise en place d'un réseau de santé sexuelle dans notre région contribuera elle aussi sans doute, à améliorer l'ensemble de ces pratiques.

Enfin, à l'heure où les autotests viennent d'être acceptés en France (42), bouleversant probablement dans un avenir proche les stratégies de dépistage du VIH, la communauté médicale va devoir s'adapter à des situations nouvelles pour lesquelles la proposition de formations adaptées n'en sera que plus importante.

6 ANNEXES

| |
|---|
| ANNEXE 1 : Lettre d'information aux médecins généralistes |
|---|

COREVIH



Nantes, Le 25 juin 2012

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Interne en médecine générale à la faculté de Nantes, je prépare actuellement ma thèse sur la prise en charge du VIH en pratique de ville, en Vendée et Loire-Atlantique. Elle a pour but de faire un état des lieux des pratiques de dépistage, annonce diagnostique et suivi des patients vivants avec le VIH. Cette enquête a déjà été menée dans les 3 autres départements des Pays de Loire et une conclusion régionale serait des plus enrichissantes. Le but principal est d'évaluer l'implication effective et souhaitée des médecins généralistes dans ce suivi afin d'envisager des améliorations dans la prise en charge des patients (propositions de formation, meilleure coordination ville-hôpital) étant donné que les recommandations vont dans le sens d'une plus grande prise en charge de cette pathologie en ville.

Pour cela, un questionnaire vous est joint qui s'articule autour de 19 questions. Il ne vous prendra que quelques minutes et sera d'une grande aide pour nous : plus nous obtiendrons de réponses et plus la qualité des résultats et des propositions sera intéressante !

Je vous remercie de bien vouloir m'expédier ce questionnaire rempli en le glissant dans l'enveloppe jointe, à l'adresse :

Nolwenn HALL
72, quai de la fosse
44100 NANTES

Ou par courriel : nolwenn.hall@hotmail.fr

Je compte sur votre soutien dans ce projet !
Bien confraternellement

Nolwenn HALL, interne
Directeur de Thèse : Dr Philippe PERRÉ
Président du jury : Pr François RAFFI
En partenariat avec Christelle SUPIOT, psychologue, CHU Nantes
En partenariat avec le COREVIH des Pays de Loire

ANNEXE 2 : Le questionnaire

Cocher les bonnes réponses :

- Quel est votre âge ?
- Quel est votre sexe ? Homme Femme
- Quel est votre lieu d'exercice? Zone urbaine zone rurale
- Quelle est votre année d'installation ?

1) Avez-vous des patients VIH+ dans votre patientèle ? oui non

Si oui, combien ?.....

2) Avez-vous déjà suivi une formation sur la prise en charge des patients VIH ?

oui non

Si oui : - laquelle ? DU FMC Lecture personnelle

3) Connaissez-vous :

- les COREVIH ? oui non

- Le consensus formalisé sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et médecine de ville version au 7 avril 2009 ? oui non

- Le rapport YENI 2010 ? oui non

4) Connaissez-vous l'orientation sexuelle de vos patients ?

Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

5) Abordez vous le sujet de la sexualité :

- A l'initiative du patient ? oui non

- A votre initiative, dans quelle(s) situation(s) :

Adolescents Evénement de la vie (mariage, divorce)

Patient d'origine africaine Prescription première contraception

Changement ou suivi de contraception Femmes enceintes

Patient supposé avoir des relations sexuelles avec des hommes

6) Vous proposez un dépistage du VIH :

- Aux patients âgés de 15 ans à 70 ans au moins une fois dans leur vie?

Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

- Aux hommes supposés avoir des relations sexuelles avec des hommes?

Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

- Aux patients d'origine africaine ?

Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

Aux femmes enceintes dont vous assurez le suivi de grossesse?

Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

Dans les situations de prise de risque sexuel ?

Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

Aux patients consultants pour une infection sexuellement transmissible ?

- Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

Aux personnes sortant de prison ?

- Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

Aux usagers de drogues ?

- Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

Est-ce que certains tableaux cliniques vous font prescrire une sérologie VIH ?

- Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

Est-ce que certains tableaux biologiques vous font prescrire une sérologie VIH ?

- Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

7) Donnez vous une information sur la prévention de la transmission du VIH à vos patients identifiés comme appartenant à un groupe à risque ?

- Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

8) Vous est-il déjà arrivé de faire l'annonce d'un résultat positif au VIH ?

- oui non

Si oui, combien :

9) Comment procédez-vous ou procéderiez-vous pour faire une annonce d'infection à VIH ?

- Vous écrivez à votre patient pour lui annoncer :
 lettre papier mail
- Vous annoncez les résultats au patient par téléphone en attendant qu'il revienne vous voir.
- Vous attendez que le patient revienne de lui-même au cabinet pour lui annoncer.
- Vous estimez que le laboratoire a dû faire l'annonce.
- Vous adressez votre patient vers un service spécialisé afin que l'annonce soit faite.
- Vous faites revenir votre patient à votre cabinet.

10) Annoncer une séropositivité VIH est-elle difficile pour vous ? (entourez votre réponse)

0-----1-----2-----3-----4-----5 (0 = «Pas du tout difficile» ; 5 = « Extrêmement difficile »)

11) Annoncer une sérologie VIH est-elle plus difficile à annoncer qu'une autre pathologie ?

- oui non
- Si oui, pourquoi ?
- manque de temps
 - manque d'informations sur la pathologie elle-même
 - manque d'informations sur l'orientation du patient
 - difficultés à aborder certains sujets (sexualité, addiction...)
 - autres, précisez

12) Quel(s) soutien(s) proposez-vous pour accompagner une annonce de séropositivité

- Rien Je ne sais pas à qui orienter
- Une psychologue Une assistante sociale
- Une association de PVVIH Un service d'infectiologie
- Une prescription médicamenteuse : antidépresseur somnifère autres :
- Autre :

13) Après avoir transmis un résultat positif d'une sérologie VIH à un patient :

- Vous adressez directement le patient à un spécialiste.
- Vous abordez les modalités thérapeutiques et de suivi puis adressez le patient à un spécialiste.
- Vous prescrivez le bilan initial puis vous adressez le patient à un spécialiste.

14) Un patient vous rapporte une prise de risque sexuel :

- Avez-vous déjà été confronté à ce problème ? oui non
- Connaissez-vous la démarche à suivre ? oui non
- Connaissez-vous l'existence d'un traitement post exposition ? oui non
- Si oui : Dans quel délai doit-il être pris ?
 - 24 heures 48 heures 72 heures 1 semaine 1 mois
- A qui faites-vous appel ? Urgences adulte hospitalières Urgences gynécologiques
 - Service de maladies infectieuses Autre

15) Préconisez-vous un frottis régulièrement chez une femme VIH+ ?

- Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

16) Préconisez-vous un examen anal régulier chez vos patients VIH+ ?

- Toujours Le plus souvent Rarement Jamais

17) Pensez-vous que le VIH est en lui-même un facteur de risque cardio-vasculaire ?

- oui non

18) Seriez-vous motivés par une formation sur le suivi des patients VIH+ ? oui non

Et par une formation sur l'annonce d'une séropositivité VIH ? oui non

19) Seriez-vous d'accord pour suivre régulièrement des patients VIH+ dans le cadre de leur maladie ? oui non

- Si oui, comment envisageriez-vous votre rôle ?

- Renouvellement du traitement prescrit par le spécialiste
- Suivi clinique
- Suivi biologique
- Participation à un réseau
- Intervention dans les thérapeutiques
- Vérification de l'observance
- Prise en charge sociale

- Si non, pourquoi ?

- Les consultations sont trop longues.
- La rémunération de la consultation ne correspond pas à sa durée.
- Complexité du suivi
- Difficulté d'accès à un avis spécialisé
- Formation insuffisante
- Investissement trop important par rapport au faible nombre de patients suivis.

Merci.

7 LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Figure 1: Cascade of care, France d'après Supervie et al.(2)..... | 6 |
| Figure 2 : Caractéristiques de la population : âge moyen et sex-ratio..... | 18 |
| Figure 3 : Caractéristiques de la population : proportion de médecins exerçant en zone urbaine et installation avant ou en 1986..... | 18 |
| Figure 4 : Proportion de patientèles comportant des patients VIH en Loire-Atlantique, Vendée et Pays de Loire..... | 19 |
| Figure 5 : Nombre moyen de patients VIH par patientèle parmi les médecins généralistes suivant des patients VIH en Pays de Loire..... | 20 |
| Figure 6 : Nombre moyen de patients VIH par patientèle en Pays de Loire..... | 20 |
| Figure 7 : Pourcentage de médecins ayant suivi une formation sur la prise en charge du VIH dans les différents départements Pays de Loire..... | 21 |
| Figure 8 : Souhait de formation sur l'annonce d'une séropositivité VIH en Loire-Atlantique et Vendée..... | 22 |
| Figure 9 : Souhait de formation sur la prise en charge du VIH dans les différents départements des Pays de Loire..... | 22 |
| Figure 10 : Connaissance du COREVIH par les médecins généralistes des Pays de Loire..... | 23 |
| Figure 11 : Connaissance du COREVIH par les médecins des Pays de Loire, par département... | 23 |
| Figure 12 : Connaissance du consensus formalisé par les médecins généralistes des Pays de Loire..... | 24 |
| Figure 13 : Informations de prévention données par les médecins hommes et femmes en Loire-Atlantique et Vendée..... | 25 |
| Figure 14 : Connaissance de l'orientation sexuelle des patients par les médecins généralistes des Pays de Loire..... | 26 |
| Figure 15 : Situations amenant à aborder le sujet de la sexualité en Loire-Atlantique et Vendée. | 26 |
| Figure 16 : Pratiques de dépistage des médecins de Loire-Atlantique..... | 27 |
| Figure 17 : Pratiques de dépistage des médecins de Vendée..... | 27 |
| Figure 18: Situations pouvant amener au dépistage de l'infection par le VIH en Pays de Loire ... | 28 |
| Figure 19 : Expériences d'annonce diagnostique d'une séropositivité VIH par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée..... | 29 |
| Figure 20 : Annonce du diagnostic : par quels moyens les médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée annoncent-ils une séropositivité VIH ?..... | 30 |
| Figure 21 : Difficulté de l'annonce d'une séropositivité VIH, exprimée par les médecins de Loire-Atlantique, et évaluée par une échelle numérique de 0 à 5 (0 = pas du tout difficile, 5 = extrêmement difficile)..... | 31 |
| Figure 22 : Difficulté de l'annonce d'une séropositivité VIH, exprimée par les médecins de Vendée, évaluée par une échelle numérique de 0 à 5 (0 = pas du tout difficile, 5 = extrêmement difficile)..... | 31 |
| Figure 23 : Problématiques rendant difficile l'annonce d'une séropositivité VIH, Loire-Atlantique..... | 32 |
| Figure 24 : Accompagnement proposé par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée après l'annonce d'une séropositivité VIH..... | 33 |
| Figure 25 : Orientation après l'annonce d'une séropositivité VIH, Loire-Atlantique et Vendée.... | 34 |
| Figure 26 : Pourcentage de médecins confrontés à une prise de risque sexuel et pourcentage connaissant l'existence du TPE dans chaque département des Pays de Loire..... | 35 |
| Figure 27 : Habitudes de réalisation d'un examen anal chez les patients VIH, en Loire-Atlantique et Vendée..... | 36 |
| Figure 28 : Champs d'implication souhaités par les médecins favorables au suivi des patients VIH, en Loire-Atlantique et Vendée..... | 37 |

| | |
|---|----|
| Figure 29 : Freins au suivi de patients VIH dans le cadre de leur maladie, exprimés par les médecins généralistes non favorables à ce suivi | 38 |
| Figure 30 : Pourcentage de médecins favorables au suivi des patients VIH dans le cadre de leur maladie dans chaque département des Pays de Loire..... | 38 |
| Figure 31 : Champs d'implication souhaités par les médecins qui sont favorables au suivi des patients VIH, Pays de Loire (sauf Sarthe)..... | 39 |
| Figure 32 : Freins au suivi des patients VIH exprimés par les médecins généralistes des Pays de Loire. (items 1, 3 et 5 : 24NR; item 2 : 23NR; item 4 : 26NR; item 6 : 20NR)..... | 39 |

| | |
|--|---|
| Tableau 1 : Réalité du suivi, des pratiques de dépistages et du nombre de nouvelles découvertes de séropositivité en France et en Loire-Atlantique en 2010 et 2011selon l'InVS, l'ORS des Pays de Loire et UNAIDS(1)(6)(7) | 7 |
|--|---|

| | |
|---|----|
| Tableau 2 : Caractéristiques de la population des médecins réponders et données de la CPAM (23) | 40 |
|---|----|

8 BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA. UNAIDS Global Report 2012. Disponible sur: <http://www.unaids.org/>
2. Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. Copenhagen; 2012. Disponible sur: <http://217.19.49.232/content/download/4201/22165/file/04%20%20%20Virginie%20Supervie.pdf>
3. Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH rapport 2010: recommandations du groupe d'experts. Paris: La documentation française; 2010.
4. InVS. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST. 2012. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Donnees/Donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST>
5. Cazein F, Le Strat Y, Le Vu S, Pillonel J. Dépistage de L'infection par le VIH en France, 2003-2011. BEH. 1 déc 2012;(46-47):529-533.
6. ORS Pays de la Loire. VIH et Sida: situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2011. 2012. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/>
7. Tallec A, Tuffreau F. La santé observée dans les pays de la Loire. édition 2012. ORS Pays de la Loire; 2012.
8. ALD 2010 tableau VII: Répartition des personnes en affection de longue durée au 31/12/2010 pour chacune des 30 affections de la liste selon le département. 2010. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/>
9. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Bio tribune magazine. oct 2009;34(1):33-53.
10. Yazdanpanah Y, Sloan C, Charlois Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D. Dépistage en routine du VIH en population générale en France. Estimation de l'impact clinique et du coût-efficacité. Numéro thématique. L'infection à VIH-sida en France en 2009: dépistage, nouveaux diagnostics et incidence. BEH. 30 nov 2010;(45-46):455-9.
11. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Vu SL, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infectious Diseases. 2 mai 2013;13(1):200.
12. De Wit S, Flausch A. Du dépistage à l'annonce de la séropositivité: aspects éthiques et psychologiques. Rev Méd Brux. 1996;(17):167-170.
13. Mendès-Leite R. Identité et altérité. Protections imaginaires et symboliques face au sida. Gradhiva. 1995;(18):93-103.
14. Pierret J. Vivre avec le VIH: enquête de longue durée auprès des personnes infectées. Paris: Presses Universitaires de France; 2006.

15. ANRS. Actualité en santé publique-Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA. 2004. Disponible sur: <http://www.anrs.fr/>
16. Giami A. Représentations de la sexualité, du handicap et du sida. 1999. Disponible sur: http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/51/10/02/PDF/Giami_-_Habilitation_Finale_Nov_99.pdf
17. Borsa-Lebas F. Les leçons du VIH-SIDA et les enjeux d'une séropositivité. 2007. Disponible sur: http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/D99E9A53-A8FA-40FC-A9DC-AFDA1D8AB8BF/0/borsa_lebas.pdf
18. Pezeril C. Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles) ». Belgique; 2012 nov. Disponible sur: http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/documents/pub/2012-enquete-conditionsdevie.pdf
19. SPILF, Société française de Lutte contre le Sida. Consensus formalisé : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. 2009.
20. Blanchi S. Etats des lieux de la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale au sein des Pays de Loire : Ressenti des médecins généralistes du Maine et Loire et des patients suivis au CHU d'Angers. Thèse, Université d'Angers; 2011.
21. Crochette N. Etats des lieux de la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale au sein des Pays de Loire en 2011 : ressenti des médecins généralistes de la Sarthe et des patients suivis au CHU d'Angers. Thèse, Université d'Angers; 2011.
22. Lavoix A. Etats des lieux de la prise en charge en médecine générale des patients infectés par le VIH en Mayenne en 2012. Thèse, Université d'Angers; 2013.
23. L'assurance maladie. Démographie des professionnels de santé. Répartition par âge et sexe par département. Tableau 3010. L'assurance maladie; 2010. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/>
24. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
25. Laurichesse H, Gerbaud L, Marcombes V, Biolay S, Gourdon F, Glanddier Y, et al. Prévalence de l'infection par le VIH en médecine générale: à propos d'une enquête dans la région Auvergne. Médecine et maladies infectieuses. 1997;27(8):786-91.
26. ALD 2010 Tableau V : Répartition des personnes en affection de longue durée au 31/12/2010 pour chacune des 30 affections de la liste selon la région administrative. 2010. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/>
27. Institut de Veille Sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. VIH/Sida en France : données de surveillance et études. Institut de Veille Sanitaire; 2012 déc p. 523-546. Report No.: 46-47.
28. Darmon L. Médecins généralistes - Savent-ils parler du sida? Le journal du sida. juin 2008;(206).

29. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Évolution, entre 1990 et 2002, des activités préventives des médecins de premier recours en Suisse dans le cadre de l'épidémie de VIH/sida. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. avr 2007;55(2):87-96.
30. Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F. Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. *BEH*. 29 nov 2011;(43-44):446-454.
31. Le Vu S, Velter A, Meyer L, Peytavin G, Guimard J. Incidence de l'infection par le VIH dans un échantillon d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à Paris. enquête Prévagay 2009, ANRS-InVS. *BEH*. 1 déc 2012;(46-47):537-540.
32. Seghouani M. Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale. [France] Thèse : Pierre et Marie Curie; 2012.
33. Cremieux A-C, d' Almeida KW, Kierzek G. Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'Île-de-France (ANRS 95008 et Sidaction) mais 2009-août 2010. *BEH*. 30 nov 2010;(45-46):460-463.
34. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010. 2011. Disponible sur: <http://www.anrs.fr/content/download/3954/21179/file/Plaquette%20KABP.PDF>
35. Quéré J. Dépistage de la contamination VIH par le médecin généraliste : qu'en pensent les patients « non à risque » ? Thèse : médecine, Nantes; 2012.
36. Cardin H, Messenger D, Barré-Sinoussi F. La révolution sida. Paris: Odile Jacob; 2013.
37. Saboni L, Beltzer N, groupe KABP France. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. *BEH*. 1 déc 2012;(46-47):525-529.
38. Conseil National du Sida. VIH, emploi et handicap : avis suivi de recommandations sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les politiques du handicap. 2009. Disponible sur: <http://www.cns.sante.fr/>
39. Circulaire DGS/DH/DSS n°98/288 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement ARV après exposition au risque de transmission du VIH. *Bulletin Officiel* n°98/16.
40. FHDH-ANRS CO4. Retour d'informations clinico-épidémiologiques. 2011. Disponible sur: <http://www.ccde.fr>
41. Roussillon C, Hénard S, Hardel L. Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Etude ANRS EN20 Mortalité 2010. *BEH*. 1 déc 2012;(46-47):541-543.
42. Conseil National du Sida. Avis favorable sur les autotests de l'infection à VIH mais assorti de conditions. 2013. Disponible sur: <http://www.cns.sante.fr/>

Titre de Thèse : Etat des lieux, en 2012, de la prise en charge par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée des patients infectés par le VIH. Analyse étendue aux Pays de Loire.

RESUME

A l'heure où la pathologie VIH devient une maladie chronique, nous avons voulu évaluer les pratiques de dépistage et d'annonce de séropositivité par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée et savoir s'ils souhaiteraient suivre ces patients dans le cadre de leur maladie. Notre travail complète 3 enquêtes réalisées dans les autres départements de la région, permettant des conclusions régionales. Nous avons reçu 450 réponses sur les 1607 questionnaires adressés aux généralistes des deux départements concernés. Sur l'ensemble de la région le taux de réponses est de 30,4%. Les populations les mieux dépistées sont les femmes enceintes et les personnes ayant pris un risque sexuel, mais les pratiques de dépistage sont faibles chez les populations d'origine africaine, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et devant des tableaux cliniques ou biologiques évocateurs. 12,2% des médecins réalisent un dépistage systématique en population générale. Des raisons majoritairement psycho-sociales rendent l'annonce diagnostique difficile pour plus de 2/3 des médecins. Ils suivent très peu de patients VIH (1,4 en moyenne), presque deux fois plus en zone urbaine que rurale. Pourtant 45,4% d'entre eux envisagent de prendre en charge ces patients dans le cadre de leur maladie (suivi clinique et biologique, renouvellement de traitement et aide à l'observance). Proposer des formations (souhaitées par la moitié des médecins interrogés) semble essentiel.

MOTS-CLES

VIH, médecine générale, suivi, dépistage, annonce diagnostique.