

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 017

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

par

ELODIE CHAPELET

Née le 7 juillet 1983 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2013

**Acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en
médecine générale**

Président du jury: Monsieur le Professeur F. RAFFI

Directeur de thèse: Madame le Docteur P. MORINEAU LE HOUSSINE

Sommaire

Abréviations.....	8
Index des Figures.....	10
Index des Tableaux.....	12
Introduction.....	13
Première partie : Etat des lieux du VIH.....	15
A. L'épidémiologie du VIH et du Sida.....	14
1. Le VIH dans le monde.....	14
a) Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2010.....	14
b) Le nombre de nouvelles infections VIH dans le monde en 2010.	15
c) Le nombre de décès liés au Sida dans le monde en 2010.	16
d) La situation en Afrique subsaharienne.	17
e) L'accès au traitement antirétroviral.	17
2. Le VIH en France.	19
a) Le nombre de sérologies VIH réalisées en France en 2011.	19
b) Le nombre de sérologies positives en France en 2011.....	18
c) La prévalence du VIH en France.....	19
d) L'incidence du VIH en France.....	19
e) Le nombre de découvertes de séropositivité en France en 2011.	20
f) Le nombre de découvertes de cas de Sida en France.....	22
3. Le VIH dans les Pays de la Loire.	22

4.	Le VIH au sein de chaque sous population.	24
a)	Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).	24
b)	Les personnes originaires d’Afrique subsaharienne.	25
c)	Les usagers de drogues injectables (UDI).	25
B.	Le dépistage du VIH.	25
1.	L’historique du dépistage.	25
2.	L’évolution du dépistage : en finir avec l’exceptionnalisme.	28
C.	L’intérêt du dépistage.	31
1.	Un intérêt individuel	32
2.	Un intérêt collectif.	32
D.	Le Plan National de Lutte contre le VIH/Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) 2010-2014.	35
E.	Le rôle du médecin généraliste au sein du dépistage du VIH.	35
F.	Les tests rapides d’orientation diagnostique (TROD).	38

Deuxième partie: Acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale.....41

A.	Les objectifs	41
B.	La méthode	40
C.	Les résultats	42
1.	Les généralités	42
2.	La description de la population étudiée : analyse univariée et bivariée	42
a)	L’âge de la population étudiée	42
b)	Le sexe ratio de la population étudiée	42
c)	L’âge de la population étudiée en fonction du sexe.....	42

d) La situation maritale de la population étudiée.....	43
3. Le rapport de la population étudiée avec son médecin	43
a) Le nombre d'années de suivi	43
b) La sexualité.....	44
4. Le rapport de la population étudiée avec l'infection VIH	46
a) L'information reçue sur l'infection VIH.....	46
b) La perception du VIH/Sida	47
c) La crainte d'avoir déjà été contaminé	48
d) L'information sur les risques de contamination par le VIH	49
5. Le rapport de la population étudiée avec le dépistage du VIH	50
a) Le dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population générale.....	51
b) Le test de dépistage du VIH	53
c) Les raisons de l'absence de dépistage	55
d) La place du médecin généraliste dans le dépistage généralisé du VIH	55
e) L'opinion vis-à-vis du dépistage généralisé du VIH.....	57
f) Le lieu du dépistage du VIH	56
D. La discussion	60
1. Les constats	59
a) Les jeunes et principalement les jeunes femmes consultent plus leur médecin généraliste.....	59
b) La population interrogée est suivie majoritairement depuis plus de 5 ans par le même médecin	61
c) Plus d'une personne sur trois n'a jamais parlé de sexualité avec son médecin ...	60
d) La population interrogée s'estime informée sur le VIH.....	62
e) La majorité de la population interrogée pense que le VIH concerne l'ensemble de la population	62

f)	Une personne sur deux estime que le VIH ne résulte pas de comportement ou de conduite à risque	63
g)	Une personne sur trois (34,7 %) déclare avoir pu un jour être contaminée par le VIH	63
h)	Près de deux personnes sur trois (65,3%) déclarent avoir effectué au moins une fois un test de dépistage du VIH	63
i)	Près d'une personne sur trois n'a jamais entendu parler du dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population générale	64
j)	Quatre personnes sur cinq (87,3%) déclarent être favorables au dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population	65
k)	Une personne sur quatre déclare préférer réaliser le dépistage en dehors du cabinet du médecin généraliste.....	65
2.	Le dépistage en médecine générale	65
a)	L'acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale.....	66
b)	La faisabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale	68
c)	La remise en question du dépistage généralisé du VIH.....	69
(1)	Les nouvelles estimations du nombre de personnes séropositives qui s'ignorent.....	68
(2)	La remise en cause du rapport coût-efficacité favorable du dépistage généralisé du VIH.....	70
d)	Les opportunités manquées de dépistage.....	71
3.	Analyse critique de l'étude	74
a)	L'échantillon interrogé est insuffisant	74
b)	L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale.....	73
c)	L'échantillon de médecins	73
d)	L'élaboration du questionnaire	74
e)	Le recueil du questionnaire	74

E. Pistes d'évolution.....	75
1. Vers un dépistage ciblé généralisé.....	75
2. Vers l'utilisation des tests de dépistage rapides en médecine générale	77
3. Vers le développement des réseaux de santé sexuelle	76
 Conclusion.....	 80
Annexes.....	82
Bibliographie.....	85

Abréviations

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

ARS : Agence Régionale de Santé.

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit.

CDC : Centers for Disease Control and Prevention.

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles.

CNR-VIH : Centre National de Référence du VIH.

CNS : Conseil National du Sida.

CROI : Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections.

CVC : Charge virale communautaire.

DFA : Département Français d'Amérique.

DO : Déclaration Obligatoire.

DOM : Département d'Outre-Mer.

GRID : Gay Related Immune Deficiency.

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IDF : Ile-de-France.

InVS : Institut national de Veille Sanitaire.

IST : Infections Sexuellement Transmissibles.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PA : Personnes-Années.

PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur.

SNEG : Syndicat National des Entreprises Gaies.

TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostique.

UDI : Usagers de Drogues Injectables.

VCT : Voluntary Counseling and Testing.

Index des Figures

Figure 1 : Evolution du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde entre 1990 et 2010.....	14
Figure 2: Evolution du nombre d'enfants vivant avec le VIH dans le monde entre 1990 et 2009.....	15
Figure 3 : Evolution du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH et du nombre de décès liés au Sida dans le monde entre 1990 et 2010.	15
Figure 4: Variations du taux d'incidence de l'infection VIH dans le monde entre 2001 et 2009.....	16
Figure 5 : Nombre de sérologies VIH réalisées en France entre 2003 et 2011 (LaboVIH).....	18
Figure 6: Nombre de sérologies VIH confirmées positives en France entre 2003 et 2011 (LaboVIH).....	19
Figure 7 : Evolution du nombre de découvertes de séroposivité en France entre 2003 et 2011.....	20
Figure 8: Nombre de découvertes de séroposivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, en France. Données corrigées au 31/12/2011 (Source DO du VIH, InVS). 21	
Figure 9 : Taux de sérologies VIH réalisées en 2010 en fonction des régions.	23
Figure 10: Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge.....	42
Figure 11 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre d'années de suivi..	44
Figure 12 : Répartition de la population étudiée en fonction du fait d'avoir ou non parlé de sexualité avec son médecin.....	45
Figure 13 : Répartition de la population étudiée en fonction du moyen d'information sur l'infection VIH.	46
Figure 14 : Le Sida résulte-t-il de comportements ou conduites à risque ?	48
Figure 15 : Répartition de la population en fonction de la crainte d'avoir été contaminé par le VIH.	48
Figure 16: Répartition de la population en fonction de l'information sur les risques de contamination par le VIH.	49

Figure 17 : Répartition de la population en fonction de la connaissance du dépistage généralisé du VIH.	50
Figure 18: Répartition de la population ayant bénéficié d’une information sur le dépistage généralisé du VIH en fonction du moyen d’information.	50
Figure 19 : Répartition de la population n’ayant jamais entendu parler du dépistage généralisé en fonction de son opinion concernant celui-ci.	51
Figure 20: Répartition de la population en fonction de la réalisation ou non d’un test de dépistage du VIH.	52
Figure 21: Répartition de la population ayant fait un test de dépistage du VIH en fonction du nombre de dépistage réalisé.....	52
Figure 22 : Répartition de la population en fonction de son opinion concernant le dépistage généralisé par le médecin généraliste.	55
Figure 23 : Répartition de la population en fonction de son avis concernant le dépistage généralisé du VIH à la population générale.	56
Figure 24 : Répartition de la population en fonction de son opinion concernant le lieu préférentiel du dépistage.....	57

Index des Tableaux

Tableau 1 : Evolution du nombre de cas de Sida par année de diagnostic en France.....	22
Tableau 2 : Avantages et limites des systèmes de dépistage de l'infection VIH.	39
Tableau 3 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge et du sexe.....	43
Tableau 4: Répartition de la population étudiée en fonction de la situation maritale.	43
Tableau 5 : Tableau croisé entre l'année de suivi en fonction du sexe et de l'âge.	44
Tableau 6 : Tableau croisé entre le fait d'avoir ou non parlé de sexualité avec son médecin en fonction du sexe et de l'âge.	46
Tableau 7 : Tableau croisé entre le moyen d'information sur l'infection VIH en fonction du sexe, de l'âge et du fait d'avoir ou non parlé de sexualité avec son médecin.	47
Tableau 8 : Tableau croisé entre la crainte d'avoir été contaminé en fonction du sexe, de l'âge et de la réalisation ou non d'un test de dépistage du VIH.	49
Tableau 9 : Tableau croisé entre le moyen d'information sur le dépistage du VIH en fonction du sexe et de l'âge.....	51
Tableau 10 : Tableau croisé entre la réalisation ou non d'un test de dépistage du VIH en fonction du sexe, de l'âge et de la situation maritale.....	53
Tableau 11 : Les raisons de l'absence de dépistage.....	54
Tableau 12 : Tableau croisé entre le fait de penser que son médecin est ou non le mieux placé pour proposer un test de dépistage en fonction du sexe, de l'âge et de l'année de suivi.....	55
Tableau 13 : Tableau croisé entre le fait de préférer ou non faire le dépistage en dehors du cabinet en fonction du sexe, de l'âge et du fait de penser que son médecin est ou non le mieux placé pour proposer un test de dépistage du VIH.	58

Introduction

Lors de la commercialisation des premiers tests de dépistage du VIH en France en 1985, l'absence de bénéfice pour le patient et la stigmatisation autour de cette maladie ont conduit à considérer le dépistage du VIH différemment de celui des autres infections transmissibles: *démarche volontaire, consentement éclairé, dépistage basé sur la notion de prise de risque*.

L'arrivée des trithérapies antirétrovirales en 1996 a permis une diminution de la mortalité et de la morbidité liées au VIH. Un diagnostic précoce, suivi d'un traitement efficace, a permis aux patients d'avoir une espérance de vie très proche de celle de la population générale.

Toutefois, malgré une activité importante de dépistage (en 2011, 5,18 millions de tests ont été réalisés (1)), cette stratégie basée sur le volontariat et la notion de risque a montré ses limites. En effet, plusieurs constats sont à l'origine de la remise en question de ce modèle :

- parmi les 6 500 nouveaux diagnostics annuels, environ un tiers découvre leur séropositivité à un stade avancé de la maladie (Sida ou taux de CD4 <200/mm³),
- plusieurs dizaines de milliers de personnes infectées par le VIH (entre 24 300 et 31 500 selon les dernières estimations (2)(3)) ne sont pas diagnostiquées,
- il existe dans le parcours des patients séropositifs de nombreuses opportunités manquées de dépistage, qui sont à l'origine d'une prise en charge tardive (4),
- certains professionnels de santé perçoivent le dépistage ciblé comme anxiogène et stigmatisant,
- par ailleurs, il est impossible pour certains patients d'identifier les risques auxquels ils ont été exposés.

Afin d'améliorer le diagnostic précoce, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont recommandé en 2006 aux Etats-Unis le dépistage systématique des patients âgés de 13 à 64 ans dans tous les lieux de soins (5). Ces nouvelles recommandations se sont appuyées sur des études démontrant le caractère coût-efficacité d'un dépistage systématique (6)(7).

En France, une étude a été mise en œuvre en 2009 pour justifier le caractère coût-efficacité d'un dépistage en routine du VIH dans la population générale française (8)(9). Suite à cette étude, en octobre 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé aux professionnels de première ligne - et notamment aux médecins généralistes - de proposer un dépistage de l'infection VIH à toute personne âgée de 15 à 70 ans, quel que soit le motif de consultation et au moins une fois dans sa vie, qu'elle présente ou non des facteurs de risque d'infection (10). Par la suite le plan VIH/Sida 2010-2014 a préconisé ce dépistage universel ainsi qu'un renforcement du dépistage ciblé et régulier dans certaines populations et/ou dans certaines circonstances. Par ailleurs, il a recommandé l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en cabinet de médecine générale (11).

Ainsi, tous s'accordent sur la nécessité d'un changement de paradigme du dépistage en France passant notamment par un élargissement des lieux et des motifs de proposition du test ainsi qu'une limitation du counseling pré test quand ce dernier constitue un frein au dépistage. Plusieurs études ont déjà confirmé le caractère faisable et acceptable d'un dépistage systématique dans les Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG) (12) ou dans des services d'urgence (13)(14)(15)(16).

Mais en pratique, qu'en est-il du dépistage systématique au sein du cabinet de médecine générale ?

Première partie : Etat des lieux du VIH

A. L'épidémiologie du VIH et du Sida

1. Le VIH dans le monde

Près de 30 ans après le début de l'épidémie, l'ONUSIDA, dans son rapport sur l'épidémie mondiale du Sida de 2010, se fixe comme nouvel objectif : « **Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au Sida** ». Cet objectif n'est envisageable qu'en cas d'accès universel à des services efficaces de prévention, de traitement et de soins (17).

a) Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2010

L'ONUSIDA estime fin 2010 le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde à **34 millions** [31,6-35,2 millions] soit une augmentation de 17% par rapport à 2001 (Figure 1) (18). Ce chiffre n'a jamais été aussi important. Cela s'explique d'une part par l'augmentation du nombre de nouvelles infections VIH et d'autre part par la diminution du nombre de décès liés au Sida, notamment grâce à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral.

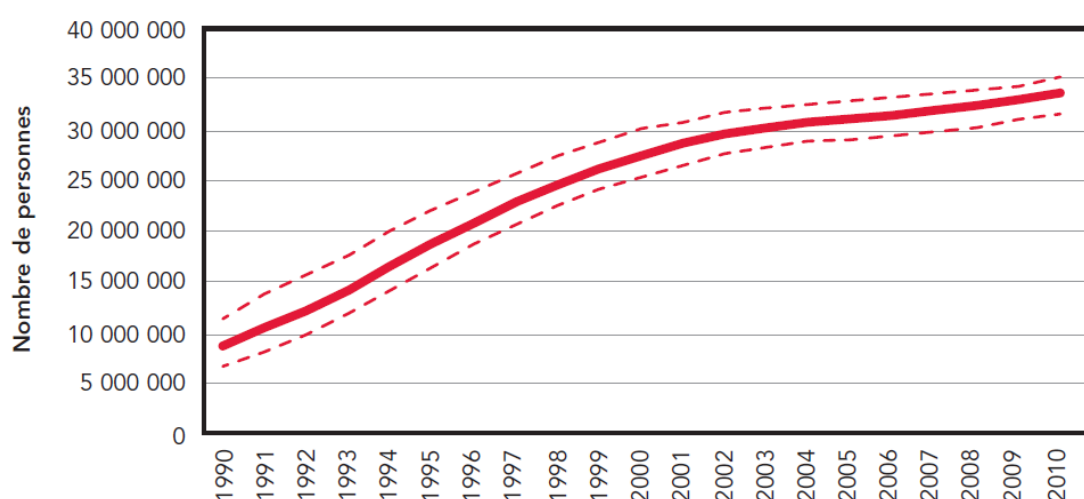


Figure 1 : Evolution du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde entre 1990 et 2010.

Le nombre d'enfants vivant avec le VIH dans le monde en 2009 est estimé à **2,5 millions** [1,7-3,4 millions] (Figure 2) (17).

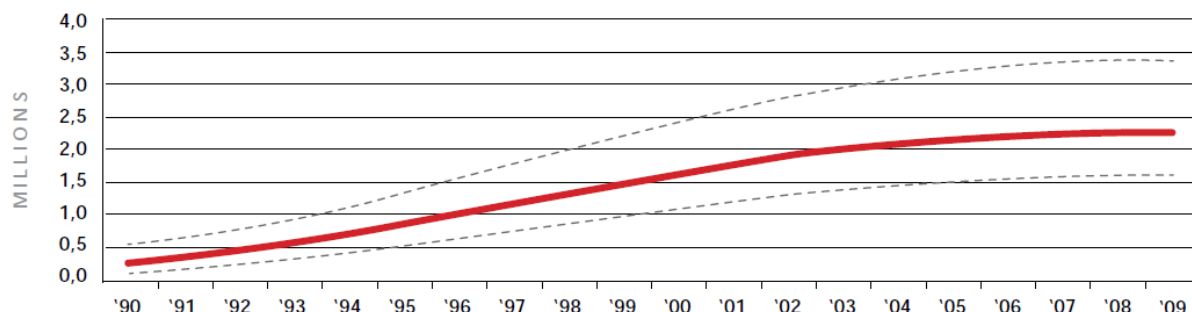


Figure 2: Evolution du nombre d'enfants vivant avec le VIH dans le monde entre 1990 et 2009.

b) Le nombre de nouvelles infections VIH dans le monde en 2010

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2010 est estimé à **2,7 millions** [2,4-2,9 millions], soit une diminution de 21 % par rapport à 1997, année où le nombre de nouvelles infections a atteint son pic (Figure 3) (18).

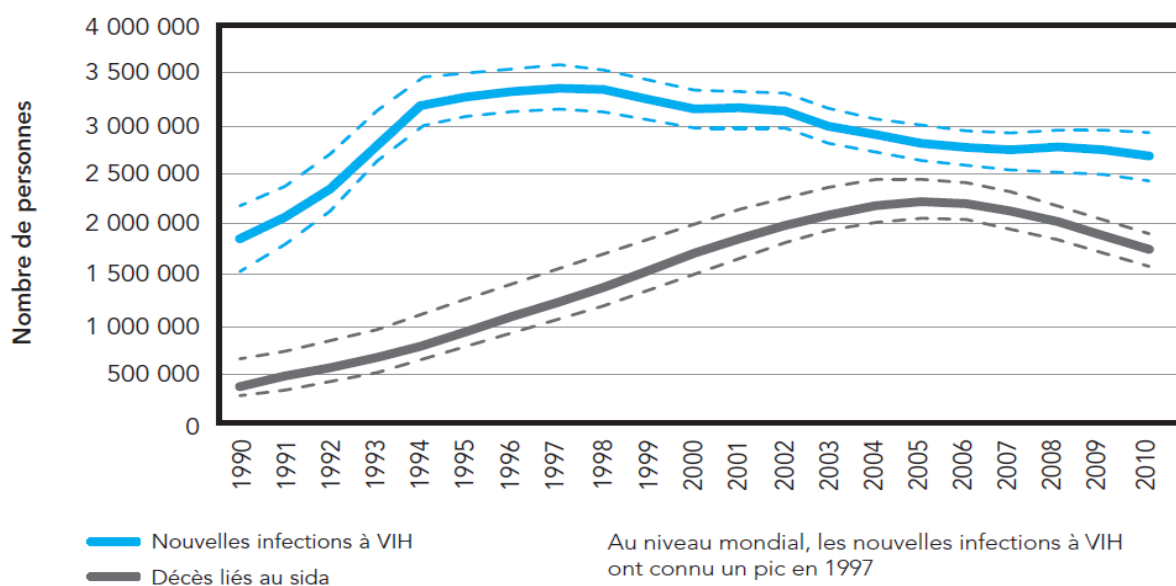


Figure 3 : Evolution du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH et du nombre de décès liés au Sida dans le monde entre 1990 et 2010.

Le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2010 est estimé à **390 000** [340 000–450 000] (18).

Dans 33 pays (dont 22 sont en Afrique subsaharienne), l'incidence du VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009. Parallèlement, dans 7 autres pays - dont 5 se situent en Europe orientale et en Asie centrale - l'incidence du VIH a augmenté de plus de 25 % entre 2001 et 2009 (17) (Figure 4).

Variations du taux d'incidence de l'infection à VIH, 2001 à 2009, pays sélectionnés

Source : ONUSIDA

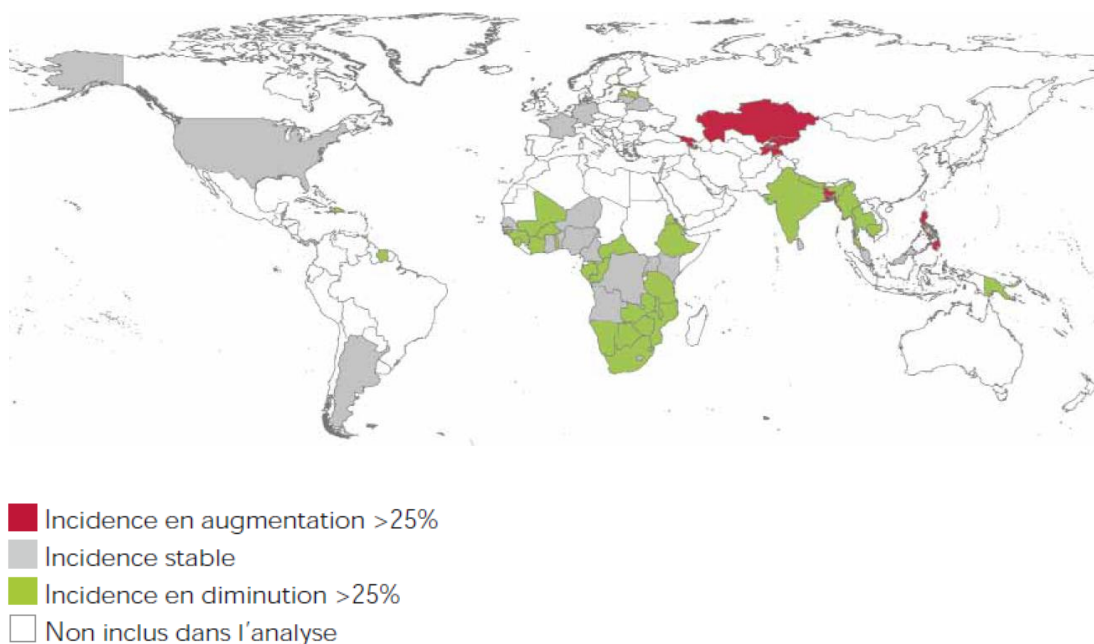


Figure 4: Variations du taux d'incidence de l'infection VIH dans le monde entre 2001 et 2009.

c) Le nombre de décès liés au Sida dans le monde en 2010

Le nombre de décès annuels liés au Sida diminue régulièrement à travers le monde. Ce nombre était estimé à **1,8 million** [1,6-2,1 millions] en 2010 contre 2,1 millions [1,9-2,3 millions] en 2004 (Figure 3) (18). Cette diminution est en partie liée à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral ainsi qu'à la diminution de l'incidence du Sida depuis les années 90.

En ce qui concerne les enfants de moins de 15 ans, le nombre de décès liés au Sida en 2009 est estimé à **260 000** [150 000–360 000], soit une diminution de 19% par rapport à 2004 qui serait notamment liée à la prévention de la transmission mère-enfant (17).

d) *La situation en Afrique subsaharienne*

L'Afrique subsaharienne est toujours lourdement touchée par l'épidémie. Le nombre de nouvelles infections VIH en 2010 est évalué à **1,9 million** [1,7-2,1 millions] contre 2,6 millions [2,4-2,8 millions] en 1997, pic de l'épidémie (18).

En 2010, le nombre de personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne est estimé à **22,9 millions** [21,6–24,1 millions], soit **68 % du total mondial** (18).

Par ailleurs, le nombre de décès liés au Sida est estimé à **1,2 million** [1,1-1,4 million] en 2010, ce qui représente **72 % du nombre total de décès imputables à l'épidémie au niveau mondial** (18).

e) *L'accès au traitement antirétroviral*

En 2009, 1,2 million de personnes ont bénéficié d'un traitement antirétroviral pour la première fois, soit une augmentation de 30% de la proportion de personnes sous traitement en une seule année (17).

Ainsi, grâce à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral - et ce plus particulièrement ces deux dernières années - 2,5 millions de décès ont été évités dans les pays à revenu faible et intermédiaire depuis 1995. Durant la seule année 2010, 700 000 décès liés au Sida ont pu être ainsi évités (18). L'élargissement de l'accès au traitement a permis entre 2004 et 2009 de faire reculer de 19% le nombre de décès chez les personnes vivant avec le VIH.

Toutefois, **10 millions de personnes vivant avec le VIH et remplissant les conditions requises pour recevoir un traitement selon les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) n'en bénéficient toujours pas** (17).

2. Le VIH en France

a) Le nombre de sérologies VIH réalisées en France en 2011

Le nombre de sérologies VIH réalisées en France en 2011 est estimé à **5,18 millions** [5,12-5,24 millions] soit 79 sérologies pour 1 000 habitants. Ce nombre est en augmentation de +4 % par rapport à 2010 (1).

Pour mémoire, le nombre de sérologies VIH avait augmenté jusqu'en 2005 avec 5,29 millions de sérologies réalisées, pour ensuite diminuer en 2006 et se stabiliser aux alentours de 5 millions par an jusqu'en 2010 (Figure 5) (19).

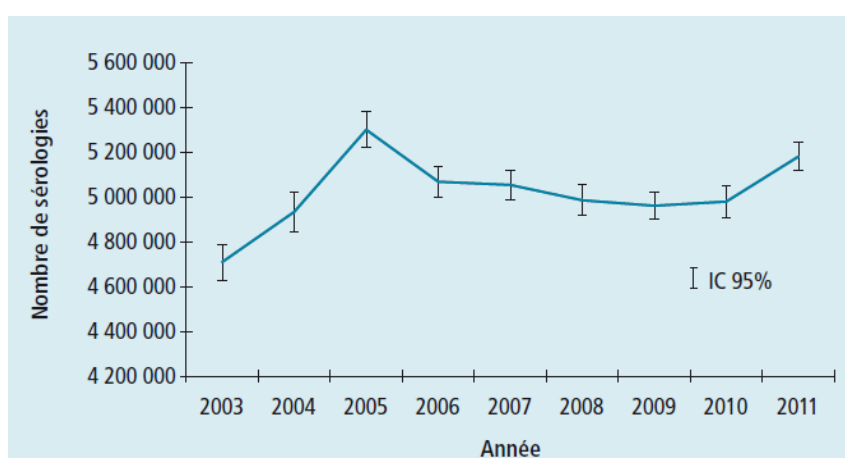


Figure 5 : Nombre de sérologies VIH réalisées en France entre 2003 et 2011 (LaboVIH).

Parmi l'ensemble des sérologies VIH réalisées en 2011, 7 % l'ont été dans un cadre anonyme soit environ 380 000 sérologies, chiffre stable (1).

b) Le nombre de sérologies positives en France en 2011

Le nombre de sérologies VIH positives en 2011 est estimé à **10 517** [10 276-10 758], chiffre stable depuis 2007 (Figure 6). La proportion de sérologies réalisées de façon anonyme parmi les sérologies VIH confirmées positives est stable autour de 12 % depuis 2003, soit en 2011 près de 1 200 sérologies (1).

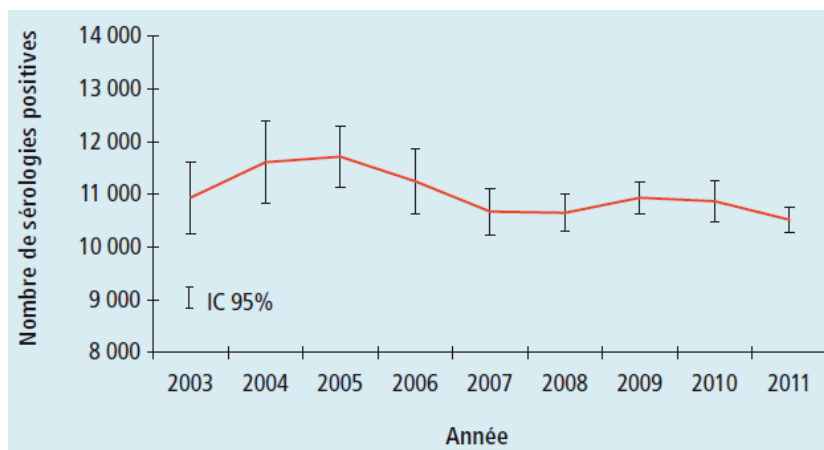


Figure 6: Nombre de sérologies VIH confirmées positives en France entre 2003 et 2011 (LaboVIH).

c) La prévalence du VIH en France

Fin 2008, la prévalence de l'infection VIH en France est estimée à environ **152 000** [135 000- 170 000] (20). Ce chiffre est en perpétuelle augmentation puisqu'on estimait à 88 500 [59 900- 142 900] le nombre de personnes infectées par le VIH en France en 2000 (21) et à 109 500 [67 000-175 000] fin 2006.

d) L'incidence du VIH en France

Les données de la Déclaration obligatoire (DO) du VIH, associées aux résultats du test d'infection récente (infection datant de moins de 6 mois) développé par le Centre National de Référence du VIH (CNR-VIH), permettent d'estimer l'incidence du VIH en France. Suite aux premières estimations d'incidence déjà publiées au niveau national, l'Institut de veille sanitaire (InVS) est désormais en mesure d'estimer l'incidence par grande région (Ile-de-France, métropole et départements d'Outre-Mer (DOM)). Les dernières estimations concernent l'année 2009. Le taux d'incidence pour la France entière est de **18 nouvelles contaminations par le VIH pour 100 000 personnes-années (PA) en 2009**.

Il existe des disparités selon le mode de contamination et de la situation géographique. En effet, l'incidence la plus élevée est observée dans les DOM avec 44 nouvelles contaminations pour 100 000 PA contre 39 en Ile-de-France et 11 dans le reste de la métropole. Par ailleurs, on note également une incidence plus élevée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) en Ile de France avec 1 600 nouvelles contaminations pour 100 000 PA. Chez les personnes hétérosexuelles, les taux d'incidence

sont plus élevés dans les DOM avec 41 nouvelles contaminations pour 100 000 PA contre 20 en Ile-de-France et 5 dans le reste de la métropole (22).

e) Le nombre de découvertes de séropositivité en France en 2011

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2011 est estimé à **6 100**, chiffre stable depuis 2007 après une diminution significative entre 2003 et 2007 (Figure 7) (23).

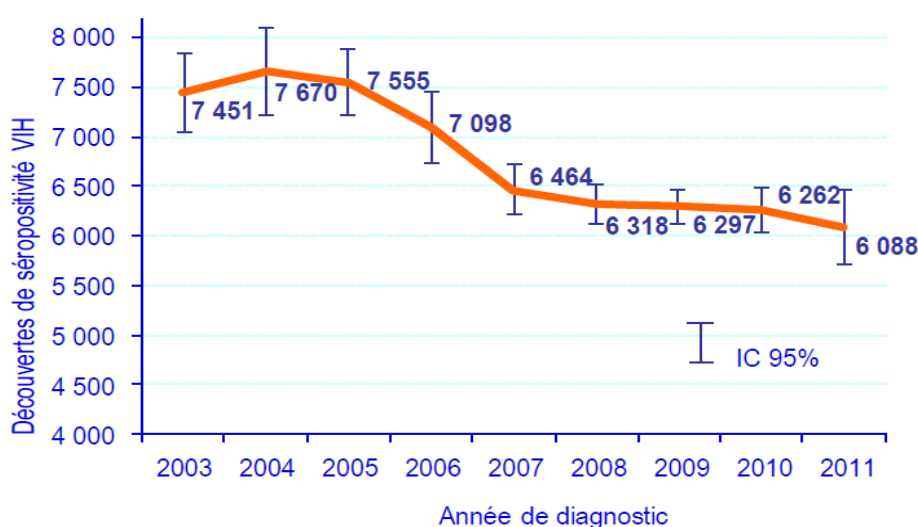


Figure 7 : Evolution du nombre de découvertes de séropositivité en France entre 2003 et 2011.

Même si ce chiffre apparaît stable depuis 2007, il existe de nombreuses disparités selon les modes de contamination et l'origine géographique. Les HSH et les personnes contaminées par rapports hétérosexuels nées à l'étranger (dont les 3/4 dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux groupes les plus touchés et représentent chacun 40 % des découvertes de séropositivité en 2011.

La transmission du VIH est toujours importante parmi les HSH, qui constituent le seul groupe où le nombre de découvertes de séropositivité a augmenté entre 2003 et 2011.

Chez les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger, la transmission du VIH paraît moins importante qu'auparavant et le nombre de découvertes de séropositivité diminue depuis 2003.

Chez les personnes hétérosexuelles nées en France, le nombre de découvertes de séropositivité est stable depuis plusieurs années.

Enfin, les usagers de drogues (UDI), largement touchés par le VIH au milieu des années quatre-vingt, représentent désormais un faible nombre de découvertes d'infection VIH (Figure 8) (23).

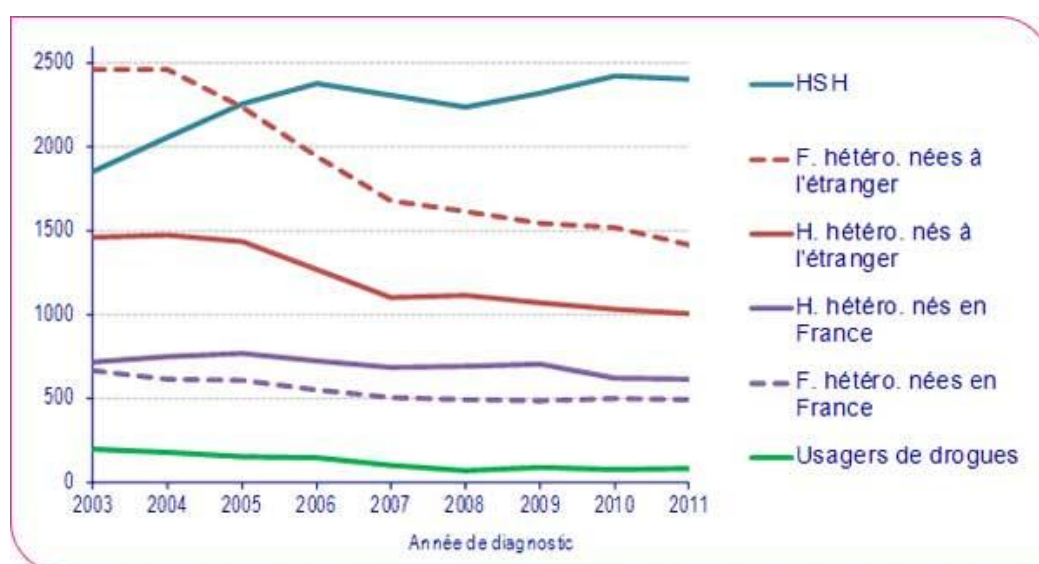


Figure 8: Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, en France. Données corrigées au 31/12/2011 (Source DO du VIH, InVS).

Par ailleurs, 29% des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010 avaient un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ au moment du diagnostic, chiffre stable depuis 2008 et plus important chez les hommes hétérosexuels qu'ils soient nés en France (39%) ou à l'étranger (44%) que chez les HSH (19%) (19). Ceci peut s'expliquer par le fait que les HSH ont un recours au dépistage plus fréquent que le reste de la population.

Enfin, 30 et 40 enfants de moins de 15 ans ont découvert leur séropositivité en 2010, suite dans une majorité des cas à une transmission materno-fœtale. Près de la moitié d'entre eux sont nés en Afrique subsaharienne (19).

f) Le nombre de découvertes de cas de Sida en France

Au 31 décembre 2010, le nombre total de cas de Sida est estimé à environ **84 500** depuis le début de l'épidémie en France. Parmi ceux-ci, le nombre de personnes vivantes fin 2010 est estimé à **37 300** (19).

En 2010, le nombre de nouveaux cas de Sida est évalué à **1 682**. Après une diminution de 2003 à 2007, ce chiffre fluctue depuis entre 1 400 et 1 600 cas annuels (Tableau 1) (24).

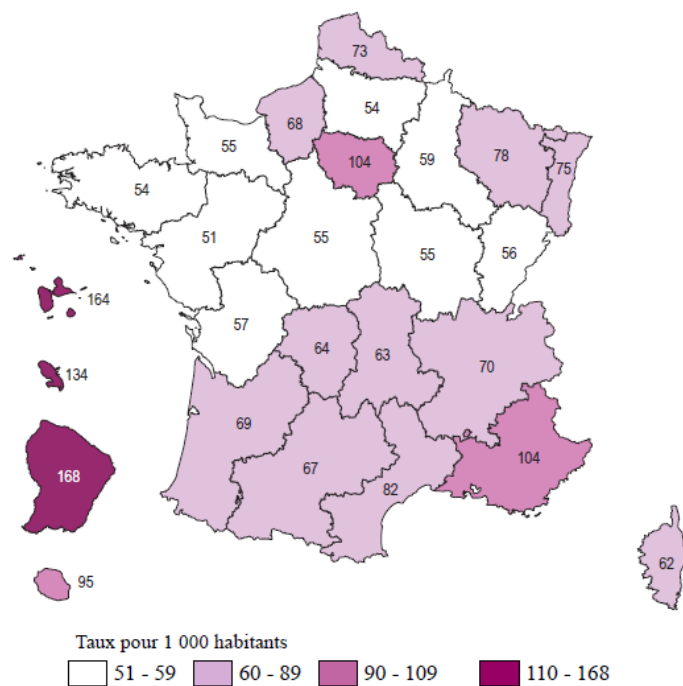
Moins de 1 % des diagnostics de Sida concernent des enfants de moins de 15 ans. La proportion de découvertes au stade Sida était de 24 % chez les UDI contre 11 % chez les HSH, 12 % chez les femmes hétérosexuelles et 24 % chez les hommes hétérosexuels (19).

Tableau 1 : Evolution du nombre de cas de Sida par année de diagnostic en France.

Année	<=2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Estimation du nombre de cas de sida par année de diagnostic	70 224 [70000-70500]	2 185 [2100-2250]	2 081 [2000-2150]	2 053 [2000-2100]	1 827 [1750-1900]	1 564 [1500-1600]	1 617 [1550-1650]	1 450 [1400-1500]	1 682 [1600-1750]	???

3. Le VIH dans les Pays de la Loire

Le nombre de sérologies VIH réalisées dans les Pays de la Loire en 2010, est estimé à **180 200** dont 11 % au CDAG, soit 51 sérologies pour 1 000 habitants, taux inférieur à la moyenne nationale (77 pour 1 000), et le plus faible des régions françaises (Figure 9) (25).



Source : InVS, données LaboVIH, situation au 31/12/2010

Figure 9 : Taux de sérologies VIH réalisées en 2010 en fonction des régions.

Par ailleurs, le nombre de sérologies positives en 2010 dans les Pays de la Loire est évalué à **190** [138-241] parmi lesquelles 71 % concernaient des hommes et 57 % des personnes âgées entre 30 et 49 ans (25).

54 % des contaminations en 2010 dans les Pays de la Loire avaient eu lieu par rapports hétérosexuels (33 % des hommes et 100 % des femmes), 45 % par rapports homosexuels, et 1 % par usage de drogues injectables (25).

20 % des découvertes de séropositivité en 2010 dans les Pays de la Loire se sont faite au stade Sida. Dans les Pays de la Loire comme en France, les personnes contaminées par rapports homosexuels sont plus souvent diagnostiquées précocement, au stade de primo-infection, contrairement aux personnes contaminées par rapports hétérosexuels (respectivement 19 % et 8 % sur l'ensemble de la période 2003-2010) (25).

En 2010, le nombre de nouveaux cas de Sida étaient d'environ **30**, chiffre stable depuis les années 2000 et à **14** le nombre de décès par Sida et maladies opportunistes (25).

La région des Pays de la Loire ne fait donc pas partie des régions les plus touchées par l'épidémie. L'Île-de-France et les DOM sont, depuis le début de l'épidémie, les territoires français les plus touchés. Toutefois, le nombre de découvertes de séropositivité dans les Pays de la Loire semble augmenter au fil des années.

4. Le VIH au sein de chaque sous population

a) Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

En France, les personnes les plus touchées sont les HSH **avec un taux d'incidence de 1 000 contaminations pour 100 000 personnes-années soit une incidence de 1%** (taux 200 fois supérieur au taux observé parmi les personnes contaminées en France par rapports hétérosexuels) (26).

Cette incidence élevée peut s'expliquer par une augmentation des pratiques sexuelles à risques (pénétrations anales non protégées avec des partenaires stables ou occasionnels) que ce soit chez les personnes infectées ou non par le VIH, par le nombre élevé de partenaires sexuels et par une prévalence élevée du VIH. En effet, **l'enquête Presse Gay 2004** révèle qu'en 2004, 33 % des hommes interrogés ont eu au moins une relation anale non protégée avec un partenaire occasionnel contre 26 % en 2000. Ce chiffre s'élève à 49 % chez les hommes se déclarant séropositif. Concernant les fellations avec partenaire occasionnel, seuls 7 % des répondants ont indiqué utiliser systématiquement le préservatif (27).

40 % des personnes découvrant leur séropositivité en 2010 ont été contaminées suite à des rapports homosexuels (contre 57 % par rapports hétérosexuels et 1 % par usage de drogues injectables). Ils constituent le seul groupe où le nombre de découvertes de séropositivité est en augmentation depuis 2003 (+30 %) (23) et estimé à 2500 [2341-2707] en 2010 (19).

Menée par l'InVS avec le soutien de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) et en partenariat avec le Syndicat National des Entreprises Gaies (SNEG) et le Centre National de référence du VIH (CNR-VIH), **l'enquête Prevagay** s'est déroulée à Paris en 2009 durant 6 semaines dans 14 établissements commerciaux parisiens de convivialité gay dont 9 saunas ou backrooms et 5 bars (28). Sur les 886 hommes retenus, 157 ont été diagnostiqués séropositifs, soit une prévalence d'environ 18 %, proportion très supérieure à celle retrouvée dans la population homosexuelle en générale. Sur les 157 sérologies positives, 31 patients ignoraient leur séropositivité, dont 7 qui n'avaient jamais eu recours au dépistage du VIH au cours de leur vie. Cette étude met en évidence un niveau de transmission très élevé (3,8 pour 100 PA) par rapport à la prévalence nationale (1 pour 100 PA). Ceci vient confirmer que les HSH rencontrés au sein de ces établissements gays ont des comportements sexuels à risque et sont donc particulièrement exposés au risque d'infection VIH.

De plus, plus de 11 000 hommes et de 3 000 femmes homosexuels ont répondu via les sites internet ou la presse identitaire à **l'enquête Presse Gays et lesbiennes 2011**, coordonnée par l'InVS et soutenue par l'ANRS (29). Cette enquête, réalisée depuis plus de 25 ans permet de suivre l'évolution des modes de vie et des comportements sexuels des homosexuels avec pour la première fois en 2011 la participation des femmes homosexuelles. Les premiers résultats révèlent que 14 % des répondants n'ont jamais réalisé de test de dépistage du VIH au cours de leur vie. Une augmentation du nombre de répondants se déclarant séropositifs, qui passe de 13 % en 2004 à 17 % en 2011 est également observée. Par ailleurs, 14 % des répondants ne sont pas sûrs de leur statut sérologique actuel. 85 % des personnes séropositives sont sous traitement antirétroviral et 78 % ont une charge virale indétectable. Enfin, l'édition 2011 confirme l'augmentation des comportements sexuels à risque avec 38 % des répondants ayant eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels de statut sérologique VIH inconnu ou différent, contre 33 % en 2004.

b) Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne restent la deuxième population la plus touchée en France après les HSH. En effet, 31,7 % des personnes découvrant leur séropositivité en France en 2010 étaient originaires d'Afrique subsaharienne, soit 1 988 personnes avec toutefois une diminution du nombre de découvertes de séropositivité dans cette population (19).

c) Les usagers de drogues injectables (UDI)

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010, environ 1 % a été contaminées par usage de drogues injectables ce qui représente environ 70 personnes [43-100], chiffre stable depuis 2008. La majorité d'entre elles sont des hommes (82%) (19).

B. Le dépistage du VIH

1. L'historique du dépistage

Les progrès réalisés au niveau des connaissances et de la perception du VIH sont à l'origine de plusieurs étapes dans l'évolution de la pratique du dépistage du VIH. Michel

Setbon, sociologue de santé publique a défini dans un article intitulé « **La normalisation paradoxale du sida** » 3 phases successives dans l'évolution de l'épidémie (30):

- La première phase, de 1980 à 1985 intitulée « l'indifférence et l'ignorance ».

Initialement connu sous le nom de GRID (Gay-Related Immune Deficiency) aux Etats Unis ou « Gay syndrome », le terme « Sida » a été adopté en juillet 1982 devant l'atteinte non exclusive des homosexuels.

A cette époque, la référence à des comportements sexuels à risque et l'atteinte majoritaire des toxicomanes et homosexuels est à l'origine d'une indifférence de la population générale, associée à un déni du corps médical.

Toutefois, malgré cette indifférence collective, les recherches ont permis la découverte du virus responsable de l'infection ainsi que la mise en évidence de son mode de transmission. Les premiers tests de dépistage sont apparus en 1985.

- La deuxième phase, de 1985 à 1996 intitulée « une mobilisation exceptionnelle, la mise en œuvre de réponses ».

Grâce à l'évolution des connaissances, le Sida fut considéré dès 1986 comme une maladie pouvant toucher l'ensemble de la population y compris les hétérosexuels. « *Le VIH devient un risque lié à toute activité sexuelle non protégée, ce qui en fait à la fois un risque individuel généralisé et un risque collectif épidémique* » (30).

Le dépistage du VIH fut alors rendu obligatoire en France, ce dès le 1er août 1985 (31) pour les dons du sang et à partir du 1er juin 1987 (32) pour les dons d'organes, afin de prévenir la transmission du VIH aux receveurs de produits sanguins, de tissus ou d'organes.

La politique de lutte contre le VIH à cette époque ne s'intégrait pas dans une politique traditionnelle de lutte contre les maladies infectieuses. En effet, elle a privilégié le droit individuel en sacrifiant le droit commun. Elle était en faveur d'une prévention basée sur la responsabilisation individuelle et d'un dépistage volontaire avec recueil du consentement du patient, conseils et respect de la confidentialité (33).

Ces principes illustrent ce que certains auteurs ont qualifié d'« exceptionnalisme », c'est-à-dire une approche dérogatoire du cadre général du contrôle des maladies transmissibles, en privilégiant le droit individuel aux dépens du droit collectif (34).

Pour offrir une alternative aux centres de transfusion sanguine qui fournissent un test gratuit et sans justificatif d'identité dès 1985, la loi du 30 juillet 1987, prévoit que « *dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par le VIH* ». La circulaire de janvier 1988 expose les fonctions des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) : accueil et information, examen médical et biologique, orientation... sans suivi des personnes détectées séropositives (35).

Par ailleurs, une nouvelle approche « éducative » nommée « counseling » fut également créée dans les années 1990. Le counseling, ou information-conseil personnalisé, vise à aider une personne à prendre une décision. Il est défini par l'OMS comme « *un dialogue confidentiel entre un patient et un soignant. Son objectif est de permettre au patient de faire face au stress et de pouvoir prendre des décisions personnelles* ».

Associée à ces différentes mesures, la loi n°93-121 du 27 janvier 1993, institua un dépistage « systématique » lors du bilan prénuptial, au cours de la grossesse lors de la première consultation prénatale et en cas d'incarcération ; mais cela toujours avec recueil préalable du consentement éclairé du patient.

- La troisième phase, de 1996 à nos jours intitulée « la normalisation ».

L'histoire de l'épidémie VIH a connu un tournant décisif avec l'apparition des trithérapies antirétrovirales efficaces à partir de 1996. Dès lors, le VIH est devenu une maladie chronique nécessitant un suivi médical à vie.

Le dépistage du VIH est alors apparu insuffisant et inapproprié. En effet, il ne permettait pas le dépistage précoce des personnes infectées pouvant bénéficier d'un traitement. Il risquait en outre de perpétuer la stigmatisation en centrant celui-ci autour de la notion de comportement à risque. Par ailleurs, son intérêt devenait double :

- **un intérêt individuel** avec un dépistage le plus précoce possible permettant la mise en place de thérapeutiques adaptées
- et **un intérêt collectif** avec une diminution du risque de transmission.

Il s'agit selon Kevin de Cock de « *considérer désormais le VIH/Sida comme les autres maladies chroniques infectieuses pour lesquelles un diagnostic précoce est essentiel afin de délivrer des thérapeutiques et des mesures préventives appropriées, dans le respect du consentement éclairé et de la confidentialité* » (34).

2. L'évolution du dépistage : en finir avec l'exceptionnalisme

L'apparition de traitements efficaces a radicalement changé les enjeux du dépistage tant au niveau individuel que collectif et a par conséquent entraîné une remise en cause du caractère « exceptionnaliste » du dépistage du VIH.

Plusieurs auteurs, dont Kevin de Cock, revendiquent clairement la nécessité d'un « *changement de paradigme* ». En effet en 2001 à la Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), il affirme ainsi : « *la gestion exceptionnaliste du Sida fait le lit d'un holocauste africain* » (36). De plus, il répond par avance à l'accusation de se désintéresser des droits de l'homme, en affirmant : « *La normalisation du VIH dans une philosophie de santé publique, d'éthique médicale, et de justice sociale n'est pas une menace pour les droits de l'homme au niveau individuel ; au contraire, c'est l'échec dans la prévention de la transmission qui constitue une violation des droits de l'homme, qui entrave le développement humain et social de l'Afrique* » (37). Il préconise donc la banalisation du dépistage à la population générale avec, au minimum, un allègement du counseling pré-test : « *L'emphase sur le counseling lié au diagnostic du VIH est unique, parmi les maladies infectieuses, et mérite une discussion* » (37).

A la conférence de Bangkok en 2004, l'ONUSIDA et l'OMS annoncent également un changement majeur dans la politique de dépistage du VIH. En effet, le « *voluntary counseling and testing (VCT)* », symbole et pilier du dépistage du VIH, est remis en question. Désormais, chaque contact avec le système de soin doit devenir un accès systématique au dépistage du VIH. Cette stratégie de promotion systématique est appelée « *opt-out* », dans la mesure où le patient demeure libre de refuser, mais non plus « *opt-in* », puisque ce n'est plus lui qui le sollicite. Par ailleurs, le counseling pré-test est désormais transformé en un recueil du consentement; l'essentiel du travail de prévention étant confié aux entretiens post-test. En revanche, l'ONUSIDA et l'OMS ne sont pas en faveur d'un dépistage obligatoire du VIH (38).

Aux Etats-Unis, les CDC publient en 2006 de nouvelles recommandations pour un dépistage élargi dans les lieux de soins (5). Les nouvelles directives américaines recommandent qu'un test de dépistage soit proposé en routine à l'ensemble de la population adulte lors de tout contact avec les systèmes de soins et qu'il puisse être répété chaque année pour les personnes à risque. Le dispositif prévoit également la possibilité de s'affranchir d'un recueil de consentement préalable (stratégie opt-out) et du counseling pré-test.

A son tour, le Conseil National du Sida (CNS) dans son rapport du 16 novembre 2006 propose un élargissement du dépistage en remettant en question le modèle reposant sur la notion de pratiques à risque. Il propose également un dépistage plus systématique lors de chaque recours aux soins. Il considère que l'obligation d'un counseling pré-test peut apparaître comme un frein. Dès lors, il souhaite le limiter et améliorer le counseling post-test quand celui-ci s'avère nécessaire. Il propose également l'élargissement de l'utilisation des tests rapides, notamment au sein du cabinet du médecin généraliste (39).

En parallèle, l'OMS et l'ONUSIDA ont mis en place un travail de réflexion pour améliorer les pratiques de dépistage. Ce travail a débouché en 2007 sur la publication d'un guide en matière de dépistage et de conseils à l'initiative du prestataire de soins dans les établissements de santé (40).

Par la suite, en septembre 2008, un groupe d'experts sous la direction du Pr Yéni fait également le point sur la question du dépistage (41). Il recommande de :

- *Renforcer les propositions de dépistage dans les zones de forte prévalence (les départements français d'Amérique (DFA) dont la Guyane et la Guadeloupe, l'île de France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)).*
- *Renforcer les propositions de dépistage en direction des populations les plus exposées : les HSH et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.*
- *Banaliser le dépistage en limitant le counseling pré-test.*
- *Faire évoluer les CDAG/CIDDIST (Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections sexuellement transmissibles) vers une organisation intégrée en une seule structure ayant un seul financement et un seul bilan d'activité avec une mission large de prévention et de dépistage du VIH.*
- *Permettre un recours dans certaines situations à des tests rapides.*

La remise en question du dépistage du VIH s'est poursuivie et accentuée dans les années 2009-2010 avec de nombreux avis et recommandations :

- **Les recommandations de l'HAS sur les modalités de réalisation du dépistage de l'infection VIH en octobre 2008 (42) puis sur les stratégies de dépistage en octobre 2009 (10).** L'objectif de ces recommandations est une meilleure connaissance du

statut sérologique de la population générale. Cette stratégie de dépistage se décline en deux axes:

- *La proposition du test de dépistage à la population générale entre 15 et 70 ans hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH.*
- *En parallèle, le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé et régulier pour les populations à risque (HSH, les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, les UDI, les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, les personnes en situation de prostitution, les personnes dont les partenaires sexuels sont séropositifs, les populations des DFA) et les femmes enceintes (au cours de la première consultation prénatale, au cours du troisième trimestre pour les femmes séronégatives si exposition à un risque de contamination par le VIH et au futur père au quatrième mois).*

L'HAS souligne l'importance du soutien et de la mobilisation de tous les acteurs du dépistage avec notamment les médecins généralistes comme principaux relais.

- **L'avis du CNS sur l'intérêt du traitement antirétroviral comme outil de prévention (avril 2009)** (43). Le CNS se positionne sur la notion de *Treatment As Prevention*, les traitements comme moyen de prévention du VIH. Encore une fois, l'accent est mis sur l'importance du dépistage comme outil essentiel de prévention. Selon le CNS, la connaissance de son statut sérologique est l'une des seules données susceptibles de pousser quelqu'un à modifier son comportement sexuel. En modifiant les comportements et en diminuant la contagiosité des personnes séropositives, le CNS espère ainsi diminuer le risque de transmission. Le CNS espère également, que communiquer sur le fait que les personnes traitées sont bien moins contaminantes si elles sont bien traitées, pourrait permettre de diminuer les peurs et la stigmatisation.
- **Les recommandations sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH élaborées par le groupe d'experts français sous l'égide du Pr Yéni (juillet 2010) (20)**. Le groupe d'experts insiste sur la promotion du concept de prévention combinée, ne se limitant plus aux modifications de comportements (utilisation du préservatif notamment), et associant le dépistage et le traitement antirétroviral comme outils traditionnels de prévention. Il appuie les recommandations de l'HAS d'octobre 2009 avec un dépistage de la population générale hors notion d'exposition à un risque et un dépistage ciblé et régulier des populations à risque et dans

certaines conditions. Les experts soulignent l'importance du soutien et de la participation des médecins généralistes pour mettre en œuvre une telle campagne de dépistage.

Ainsi, les différents rapports et recommandations émis font tous le constat d'un retard au dépistage de l'infection par le VIH et d'un retard de prise en charge, avec pour conséquence une perte de chance individuelle (retard de mise en route du traitement) et collective (risque de transmission de l'infection). Toutefois, l'objectif de proposer systématiquement le test de dépistage à toute la population sexuellement active, notamment à l'occasion des contacts avec le système de soin, n'est aucunement synonyme de «dépistage systématique» et encore moins de «dépistage obligatoire» de toute la population. L'HAS, comme précédemment le CNS, réaffirme clairement le caractère éclairé et librement consenti du dépistage. L'incitation au dépistage que préconise l'HAS ne remet pas en cause les principes sur lesquels le dépistage de l'infection par le VIH repose en France: *le respect de la confidentialité, la possibilité d'anonymat, l'information adaptée et le consentement éclairé, la diversité de l'offre de dépistage et la gratuité, la promotion de la démarche volontaire de dépistage* (10).

C. L'intérêt du dépistage

Avec l'apparition des multithérapies antirétrovirales efficaces, l'intérêt d'un dépistage précoce de l'infection par le VIH est devenu non seulement **individuel** mais aussi **collectif**.

1. Un intérêt individuel

Un diagnostic précoce de l'infection par le VIH permet l'instauration rapide d'un traitement antirétroviral efficace dans le but d'améliorer de manière significative la qualité et la durée de vie des personnes séropositives.

En effet, en 2011, 29 % des personnes dépistées le sont encore trop tardivement, alors qu'elles sont déjà au stade Sida et/ou que leur taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 200/mm³ (1). Ce retard au dépistage concerne d'une part une population à risque identifiée qui ne veut ou ne peut pas avoir accès au dépistage et d'autre part une population à faible

risque « apparent » : personnes de plus de 40 ans, hétérosexuels, en couple, avec des enfants.

Par ailleurs, une étude a révélé que le risque relatif de décès lié à une prise en charge tardive est estimé à 13,2 pendant les 6 premiers mois après l'inclusion et reste significativement supérieur à 1 pendant les 4 premières années après la prise en charge (44). La part de décès liés au Sida à 6 mois était nettement supérieure chez les patients avec un retard de prise en charge (42,6 % contre 23,7 %).

En 2007, une équipe de l'ANRS publie une étude démontrant qu'une personne infectée par le VIH traitée par une combinaison antirétrovirale efficace avec un taux de CD4 > ou = 500/mm³, voit, au bout de 6 ans de traitement, son risque de mortalité proche de celle de la population générale (45).

Enfin, selon le rapport d'experts de juillet 2010 sur la prise en charge des patients infectés par le VIH, le taux de décès à 4 ans des patients pris en charge tardivement est de 13,9 % alors que celui des patients pris en charge plus précocement est de 3 % soit 10,9 % de décès attribuable au diagnostic tardif. En considérant que 29 % des 6500 patients diagnostiqués en 2008 ont été pris en charge tardivement, le nombre de décès à 4 ans attribuables à une prise en charge tardive peut être estimé à 200 (20).

2. *Un intérêt collectif*

Un diagnostic précoce de l'infection par le VIH permet une diminution de la transmission du virus grâce à la modification des comportements sexuels des personnes connaissant leur statut sérologique et la mise en route d'un traitement efficace permettant une charge virale indétectable.

Une équipe de recherche aux Etats-Unis s'est intéressée à la modification des comportements sexuels des personnes infectées par le VIH vis-à-vis de leurs partenaires séronégatifs ou de statut sérologique inconnu en fonction de la connaissance de leur statut. Ainsi, le risque de transmission était 3,5 fois plus faible chez les personnes séropositives connaissant leur statut sérologique (taux de transmission de 2,0 %) que chez celles ignorant leur statut (taux de transmission de 6,9 %) (46).

Par ailleurs, le taux de transmission de l'infection est directement corrélé à la charge virale, c'est-à-dire au nombre de virus circulant. Plus la charge virale est basse et plus le taux de transmission est faible. Cette donnée a été mise en avant par un médecin suisse dès 2008, le Dr B Hirschel qui déclarait que « *les personnes séropositives hétérosexuelles,*

observantes, avec une charge virale indétectable depuis plus de 6 mois, et en l'absence d'IST, n'étaient quasiment pas contaminantes ». Cette déclaration s'était basée sur plusieurs études (47) et avait à l'époque en 2008 été à l'origine d'un vive débat. Or, le traitement antirétroviral efficace rend la charge virale indétectable, il abaisse de ce fait le risque de transmission. Lors de la primo-infection ainsi qu'au stade Sida, la charge virale est très élevée et le risque de transmission à un partenaire est maximal, d'où la nécessité d'un dépistage et d'une prise en charge précoce.

Un nouveau concept, la charge virale communautaire (CVC), a été proposé à la CROI en 2011 comme marqueur de l'évolution de l'épidémie. Il s'agit d'utiliser les mesures de charge virale des personnes séropositives d'une même communauté pour évaluer la quantité de virus circulant, et disposer ainsi d'un marqueur du risque de transmission au sein de cette communauté. Elle part du principe qu'une personne séropositive sous traitement efficace a peu de risque de transmettre le virus et donc que si au sein d'une communauté il y a moins de virus circulant, le risque de transmission est plus faible. Cette nouvelle notion est apparue suite à la publication des résultats de 2 études : une étude chez les usagers de drogues à Vancouver (48) et une étude dans la population homosexuelle à San Francisco (49). Les deux études ont comparé l'évolution de la CVC observée et du nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH dans la communauté. Une forte corrélation entre ces deux variables a mise en évidence. À San Francisco comme à Vancouver, la CVC observée a diminué parallèlement au nombre de nouveaux diagnostics VIH. Les auteurs concluent que la CVC observée peut être utilisée comme un nouvel indicateur du risque de transmission et aider à surveiller l'épidémie.

Toutefois, ce concept de CVC présente des limites. En effet, il part de l'hypothèse qu'un grand nombre de nouvelles infections sont attribuables aux personnes diagnostiquées et suivies. Il ne tient pas compte des personnes séropositives qui s'ignorent. Dans l'hypothèse que les personnes séropositives diagnostiquées et suivies auraient exactement les mêmes comportements sexuels que les personnes ignorant leur séropositivité, une méta-analyse a mis en évidence que seules 40% des nouvelles infections sont liées à ces personnes. En cas de modification des comportements sexuels des personnes connaissant leur statut, ce pourcentage passe à 24% (46).

D. Le Plan National de Lutte contre le VIH/Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) 2010-2014

L'objectif du plan National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 (11), élaboré et présenté en novembre 2010 par le Ministère de la Santé est d'infléchir radicalement en 5 ans la dynamique de l'épidémie VIH, de réduire la morbi-mortalité liée au VIH et au Sida mais aussi de combattre les autres infections sexuellement transmissibles (IST). L'enjeu de ce plan est également de dépister les personnes qui ignorent leur séroposivité notamment celles qui ne s'estiment pas comme « à risque » : *les personnes de plus de 40 ans, hétérosexuelles, en couple, avec des enfants.*

Il ne remet pas en question les principes de la politique de dépistage du VIH à savoir *la démarche volontaire de toute personne souhaitant connaître son statut sérologique vis à vis du VIH, l'accessibilité, la confidentialité, la possibilité d'anonymat et la gratuité, l'information adaptée et le consentement éclairé.*

Le plan insiste sur la notion de **prévention combinée** associant *les méthodes de prévention comportementales* (notamment le port des préservatifs), *l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage* (c'est-à-dire la banalisation du dépistage en direction de la population générale hors notion d'exposition à un risque et le renforcement du dépistage de certaines populations à risque ou dans certaines circonstances) et *le traitement antirétroviral dans un but de réduction de la transmission du VIH.*

Les objectifs définis par le plan VIH/Sida sont :

- **de réduire de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH.**
- **de réduire de 50 % en 5 ans l'incidence du Sida.**
- **de réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séroposivité au stade Sida.**
- **de réduire de 20 % la mortalité liée au Sida.**

Le plan s'articule en cinq axes :

- **Axe 1 : Prévention, information, éducation pour la santé.**

- **Axe 2 : Dépistage.** Son objectif est d'améliorer la détection précoce du VIH et des IST et de réduire le retard de prise en charge pour permettre la mise en place du traitement antirétroviral. Il s'appuie sur le « **trépied du dépistage** » avec :
 - ✓ d'une part, le *dépistage par les professionnels de santé notamment par le médecin généraliste de l'ensemble de la population générale de 15 à 70 ans lors d'un recours aux soins, hors notion d'exposition à un risque, associée à une offre de dépistage ciblée et systématique pour les publics les plus exposés ou dans les situations identifiées d'exposition.*
 - ✓ d'autre part, le *développement d'une offre de dépistage communautaire, non médicalisée, en direction des populations les plus exposées et les plus vulnérables ne voulant ou ne pouvant pas recourir au dispositif « classique » comme notamment les HSH.*
 - ✓ et enfin, le *renforcement et la réorganisation du dispositif anonyme et gratuit, CDAG/CIDDIST.*
- **Axe 3 : Prise en charge médicale.**
- **Axe 4 : Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations.**
- **Axe 5 : Recherche et observation.**

E. Le rôle du médecin généraliste au sein du dépistage du VIH

Au cours du temps, le médecin généraliste est devenu un acteur incontournable du dépistage du VIH en France.

En 2009, un consensus d'experts définissait deux niveaux de missions de soins, dans lesquelles les médecins généralistes étaient impliqués (50) :

- **les missions de soins de santé primaires :** elles s'adressent à tous les médecins généralistes. Elles comprennent *la prévention, le dépistage, mais aussi l'annonce diagnostique ou encore l'orientation du patient vers une structure spécialisée.* Pour ce qui est du dépistage, il est précisé que le médecin généraliste doit « *proposer le dépistage de l'infection par le VIH et prescrire les tests adaptés au dépistage et au diagnostic de l'infection par le VIH* ». Le dépistage du VIH doit être proposé :

- ✓ Au cours de la grossesse ; en cas de diagnostic d'IST, d'hépatite B ou C ; au cours d'une prise en charge gynécologique (contraception, Interruption volontaire de grossesse, frottis...) ; après un accident d'exposition au VIH notamment à la suite d'une rupture de préservatif ou de violences sexuelles.
 - ✓ En cas de relation stable en vue de l'arrêt du préservatif ; au début d'une nouvelle relation ; après rupture/divorce y compris chez les personnes de plus de 50 ans ; aux personnes sortant de prison.
 - ✓ Aux personnes ayant des partenaires multiples, avec des relations sexuelles occasionnelles ou systématiques sans préservatif ; aux HSH ; aux travailleurs du sexe ; aux usagers de drogues ; aux personnes originaires d'une zone à forte endémie (Afrique subsaharienne).
 - ✓ En cas de tableau clinique évocateur de primo-infection ; dans les situations cliniques mineures classant stade B de la classification internationale (une candidose œsophagienne, une paralysie faciale, une polynevrinite, un zona notamment chez le sujet jeune, une leucoplasie orale chevelue, une dysplasie du col utérin), lors de manifestations dermatologiques inhabituelles (un prurigo, un prurit inexpliqué, une dermatite séborrhéique récurrente), devant une lymphopénie, une thrombopénie ou une hyperlymphocytose avec syndrome mononucléosique...
- **les missions avancées** : elles concernent seulement certains médecins généralistes qui choisissent d'assurer *le suivi clinique, biologique et thérapeutique des personnes infectées*.

Jusqu'à présent, la stratégie reposait sur la promotion de la démarche volontaire individuelle de dépistage et sur le dépistage ciblé des populations considérées comme les plus à risque. Dorénavant, suite au plan VIH 2010-2014, les médecins généralistes devront proposer systématiquement le test aux personnes âgées de 15 à 70 ans, et ceci hors notion d'exposition à un risque de contamination ou de caractéristiques particulières.

Le médecin généraliste qui se trouve être souvent le premier interlocuteur, a donc un rôle primordial à jouer afin de permettre à toute personne de connaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH.

F. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

Un TROD est défini selon l'OMS comme « un test unitaire, à lecture subjective, de réalisation simple, et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) ». Il peut être réalisé sur sang total, salive, sérum et plasma. Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 (10). Par ailleurs, de nouveaux TROD dits de 4ème génération, permettant la détection à la fois des anticorps anti-VIH et de l'AgP24 sont en cours d'étude actuellement.

Ils peuvent être effectués notamment par un médecin, un biologiste médical, une sage-femme, un infirmier ou même un salarié ou un bénévole, non professionnel de santé, intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative après avoir réalisé une formation adaptée.

Les objectifs des TROD sont de *faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque, d'obtenir un diagnostic rapide dans certaines situations d'urgence afin de pouvoir mettre en œuvre une prise en charge adaptée et d'améliorer l'accès aux résultats du dépistage* (11).

Son utilisation peut être envisagée dans des structures traditionnelles d'offre de dépistage (CDAG, CIDDIST, etc.) ou dans des structures alternatives.

Un résultat négatif du TROD peut être considéré comme excluant une infection par le VIH, sauf en cas d'exposition récente datant de moins de trois mois. Tout résultat positif doit être confirmé par un Western Blot ou un Immunoblot, afin d'éliminer un résultat faussement positif. En cas de résultat invalide (TDR ininterprétable), un test ELISA combiné devra être réalisé (10).

En France deux décrets fixent l'emploi des TROD pour le dépistage du VIH :

- **En situation d'urgence** : quatre situations d'urgence bien précises sont indiquées par la loi comme justifiant la possibilité de recourir à un TROD. Il peut être proposé et non imposé (51):
 - ✓ A la "personne source", lors d'un accident d'exposition au sang,
 - ✓ Au partenaire, lors d'un accident d'exposition sexuelle,
 - ✓ A une femme en cours d'accouchement, si un test de dépistage n'a pas été effectué au cours de la grossesse ou si la femme a été exposée à un risque de transmission du VIH depuis le dernier dépistage,

- ✓ A toute personne présentant une pathologie aiguë qui évoque un stade sida.
- **En dehors des situations d'urgence** : il peut être pratiqué chez toute personne, à partir du moment où elle en est informée et où elle y consent (52).

Ces dernières années, la question des tests rapides a fait l'objet en France de plusieurs études cherchant à établir la légitimité d'intégrer ce nouvel outil à l'offre de dépistage existante. Ces études ont eu lieu au sein notamment des CDAG (12), des services d'urgence (12)(13)(14), du cabinet du médecin généraliste (53) ou encore directement auprès des populations les plus à risque et notamment de la population homosexuelle (54).

L'ANRS et l'association AIDES ont mis en œuvre en 2009 une étude d'intervention intitulée **ANRS/COM'TEST** consistant à évaluer la faisabilité d'une nouvelle forme de dépistage du VIH dite communautaire et non médicalisée, réalisée par des acteurs associatifs dans des locaux non médicaux avec des TROD auprès des HSH (55). Elle met en évidence le véritable intérêt d'un dépistage par les pairs, dans un cadre associatif avec un taux de satisfaction de plus de 90 % et un taux de découverte de séropositivité 10 fois supérieur à celui des CDAG. Cette offre a attiré à la fois des hommes qui se dépistaient peu ou pas (1/3 des participants n'avaient pas fait de dépistage récemment) et des hommes qui pratiquaient le dépistage régulièrement (1/3 étaient dépistés au moins 1 fois par an). Les résultats de cette étude ont conduit le gouvernement à voter un décret en novembre 2010 autorisant la pratique du dépistage rapide du VIH/Sida par des non soignants. C'est ainsi que AIDES propose désormais des TROD dans plusieurs villes en France métropolitaine et dans les DFA.

Par ailleurs, dans le plan VIH 2010-2014, parallèlement à la mesure de proposition de dépistage à l'ensemble de la population générale hors notion d'exposition à un risque, il a été proposé de développer l'utilisation des TROD en cabinets de médecine générale (11). Il s'agit pour le moment d'une simple proposition et des études évaluant la faisabilité devront être réalisées avant la mise en place des TROD en cabinet de médecine générale.

En conclusion, l'arrivée des TROD constitue une avancée technologique par leur facilité d'utilisation et leur fiabilité. Ils constituent une bonne alternative au dépistage classique du VIH et permettent une offre complémentaire de dépistage, en particulier aux populations les plus exposées au risque et/ou les moins à l'aise avec le milieu médical. Toutefois, l'utilisation des TROD doit être prudente car ils ne sont fiables pour l'instant que si la prise de risque date de plus de 3 mois. Par ailleurs, ils ne permettent pas pour le moment le dépistage des autres IST et s'accompagnent d'une diminution de la récupération des résultats définitifs et notamment des autres IST (12) (Tableau 2). Toutefois, des nouveaux TROD sont en cours d'essai qui permettraient d'une part, un dépistage plus précoce avec la mise en évidence de l'Ag P24 et d'autre part, un dépistage des autres IST et notamment de l'hépatite C.

Tableau 2 : Avantages et limites des systèmes de dépistage de l'infection VIH.

	TROD	Tests ELISA 4^{ème} génération
Avantages	♦ facilité d'emploi ♦ stockage à température ambiante ♦ réalisable en tout lieu, tout endroit ♦ résultats satisfaisants en termes de sensibilité et de spécificité lors de la phase chronique de l'infection	♦ grande sensibilité y compris en primo-infection ♦ excellente spécificité ♦ facilement évaluable sur les panels congelés ♦ automatisables à haut débit ♦ réalisés à 37°C ♦ prix avantageux ♦ traçabilité et enregistrement informatique des résultats
Inconvénients	♦ manque de sensibilité dans les phases précoces de l'infection ♦ manque de traçabilité, les résultats ne pouvant être enregistrés, ♦ subjectivité de lecture ♦ problème d'élimination des déchets infectieux si utilisés en dehors des circuits de soins habituels ♦ prix généralement élevé	♦ nécessité de chaînes de froid d'électricité et de structures minimales de laboratoire

Deuxième partie : Acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale

A. Les objectifs

L'objectif principal de ce travail de thèse est d'évaluer l'acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH au cours d'une consultation en cabinet de médecine générale pour l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination. Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les éventuels freins à la mise en place de ce dépistage.

B. La méthode

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée par auto-questionnaire et menée chez deux médecins généralistes de Loire Atlantique, au cours de mon stage chez le praticien. 150 questionnaires ont été récupérés sur une période 3 mois d'août à octobre 2011.

La participation à l'étude était basée sur le volontariat et l'anonymat. Une information sur l'intérêt de l'étude accompagnait l'auto-questionnaire.

Le premier médecin (**Médecin A**) était une femme de 54 ans, exerçant en secteur 1 depuis 24 ans et installée à Nort-sur-Erdre, en milieu semi-rural depuis 1989. La patientèle habituelle était plutôt jeune et féminine compte tenu du développement récent de la ville avec la construction de nombreux logements neufs.

Le deuxième médecin (**Médecin B**) était un homme de 54 ans, exerçant en secteur 1 depuis 30 ans et installé à Nantes, en milieu urbain depuis 1983. La patientèle était beaucoup plus diversifiée qu'avec le médecin A.

N'ayant pas pu trouver de questionnaire dans la littérature correspondant à mon étude, j'ai élaboré seule le questionnaire en essayant de m'appuyer sur d'autres questionnaires utilisés lors d'études sur le VIH (Questionnaire Opportunités de Dépistage et de Diagnostic du VIH, Questionnaire Etude sur l'intérêt de santé publique du dépistage systématique du VIH par tests rapides dans les urgences hospitalières d'Ile-de-France).

Les données recueillies concernaient :

- La description de la population étudiée : le sexe, l'âge, la catégorie professionnelle, la situation maritale et le nombre éventuel d'enfants.
- Le rapport de la population étudiée avec son médecin : le sexe du médecin, le nombre d'années de suivi, le nombre de consultations par an, l'échange avec le médecin sur le thème de la sexualité.
- Le rapport de la population étudiée avec l'infection VIH : l'information reçue sur l'infection VIH et le moyen de cette information (par un professionnel de santé ou par un autre moyen), la perception du VIH/Sida, la crainte d'avoir déjà été contaminé par le VIH et l'information sur les risques de contamination.
- Le rapport de la population étudiée avec le dépistage du VIH : la connaissance du dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population, la réalisation d'un test de dépistage, les raisons de l'absence de dépistage, la place du médecin généraliste dans le dépistage généralisé du VIH, l'opinion concernant le dépistage généralisé et le lieu préférentiel pour la réalisation d'un test de dépistage.

Le questionnaire a été proposé à la population âgée de 15 à 70 ans consultant chez ces deux médecins. Dans un premier temps, il a été mis à disposition dans la salle d'attente laissant la possibilité ou non au patient de répondre au questionnaire. Toutefois, au bout de quinze jours, devant le nombre insuffisant de réponses (moins de dix questionnaires), il a été décidé de demander à la secrétaire de remettre le questionnaire au patient à son arrivée. Mais en raison d'une charge de travail importante, le questionnaire n'était que très rarement distribué, ne permettant pas une participation suffisante des patients. Pour finir, il a été convenu que je distribue le questionnaire en consultation. Ainsi, j'ai remis moi-même le questionnaire lors de mes consultations chez les médecins (une journée par semaine chez chacun des deux médecins). Le questionnaire était alors proposé au patient, le plus souvent en fin de consultation après l'avoir informé sur mon travail de thèse.

Le test statistique utilisé pour l'analyse des résultats est le test du Chi². Les données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel Sphinx 2000 et du logiciel Stata 12.

C. Les résultats

1. Les généralités

L'analyse a été réalisée sur 150 questionnaires dont. 65 ont été remplis chez le médecin A et 85 chez le médecin B.

2. La description de la population étudiée : analyses univariée et bivariée

a) L'âge de la population étudiée

La population étudiée est jeune : plus des 2/3 (68,7 %) des personnes interrogées ont moins de 40 ans (Figure 10). La moyenne d'âge est de 36 ans [16-67ans].

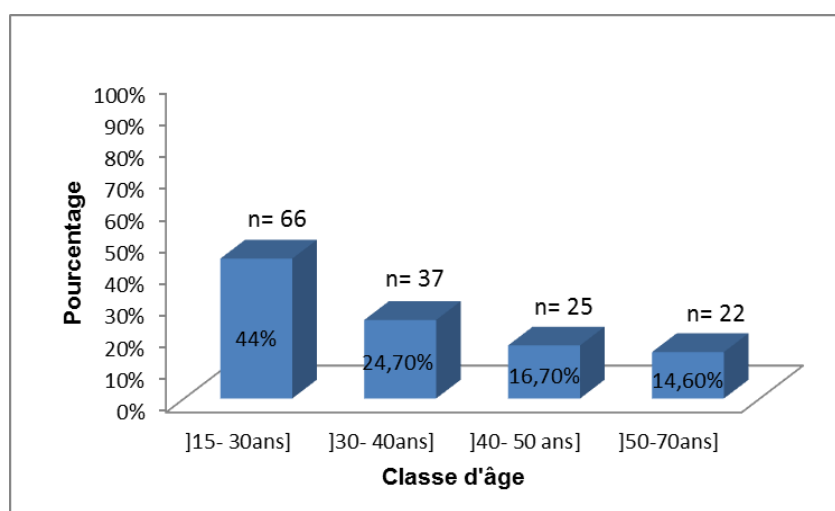


Figure 10: Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge.

b) Le sexe ratio de la population étudiée

La population étudiée est majoritairement féminine : plus des 2/3 (72 %) sont des femmes.

c) L'âge de la population étudiée en fonction du sexe

La moitié des hommes interrogés a moins de 30 ans (50 %) (Tableau 3). Plus des 2/3 des femmes interrogées (67,6 %) ont moins de 40 ans (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge et du sexe.

		Classe d'âge				
		<i>] 15-30 ans]</i>	<i>] 30-40 ans]</i>	<i>] 40-50 ans]</i>	<i>] 50- 70 ans]</i>	<i>TOTAL</i>
Sexe	<i>Homme</i>	21 (50%)	9 (21,4%)	6 (14,3%)	6 (14,3%)	42 (100%)
	<i>Femme</i>	45 (41,7%)	28 (25,9%)	19 (17,6%)	16 (14,8%)	108 (100%)
	<i>TOTAL</i>	66	37	25	22	150

d) La situation maritale de la population étudiée

Plus des 2/3 des personnes (68 %) sont en couple (marié/pacsé/concubin) et 1/3 (32 %) sont seuls (célibataire/séparé/divorcé/veuf) (Tableau 4).

Tableau 4: Répartition de la population étudiée en fonction de la situation maritale.

Situation maritale	Effectifs	Pourcentage
<i>Marié/Pacsé</i>	73	48,70%
<i>Concubin</i>	29	19,30%
<i>Célibataire</i>	38	25,30%
<i>Séparé/Divorcé</i>	9	6,00%
<i>Veuf</i>	1	0,70%
<i>TOTAL</i>	150	100,00%

3. Le rapport de la population étudiée avec son médecin

a) Le nombre d'années de suivi

Près des 2/3 des personnes interrogées (61,3 %) sont suivies par leur médecin depuis plus de 5 ans (Figure 11).

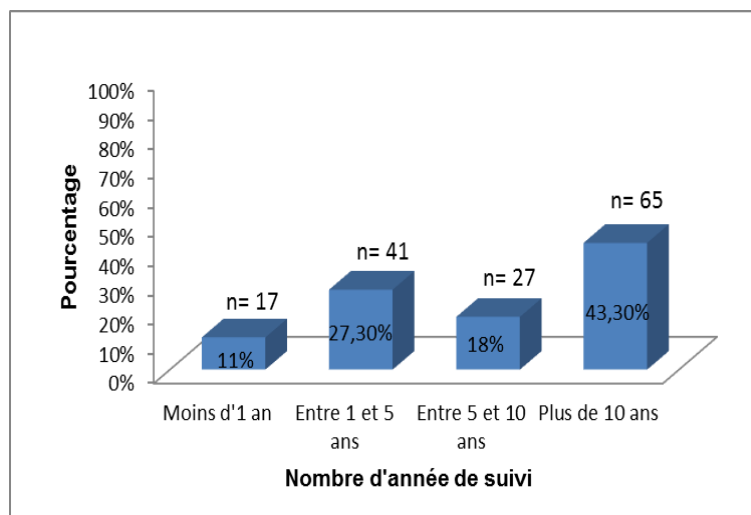


Figure 11 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre d'années de suivi.

L'âge a une influence sur la durée de suivi des patients. En effet, les plus de 40 ans (80,9 %) sont majoritairement suivis depuis plus de 5 ans par le même médecin ($p < 0,005$) (Tableau 5). Il n'y a par contre pas de lien entre le sexe et la durée de suivi (p non significatif).

Tableau 5 : Tableau croisé entre l'année de suivi en fonction du sexe et de l'âge.

		Année de suivi			P
		Moins de 5 ans	Plus de 5 ans	TOTAL	
Sexe	Homme	21 (50%)	21 (50%)	42	P non significatif
	Femme	37 (34,3%)	71 (65,7%)	108	
Classe d'âge	] 15-40 ans]	49 (47,6%)	54 (52,4%)	103	P < 0,005
	] 40-70 ans]	9 (19,1%)	38 (80,9%)	47	

b) La sexualité

Plus de 1/3 des personnes sondées (35 %) n'ont jamais eu l'occasion de parler de sexualité avec leur médecin (Figure 12).

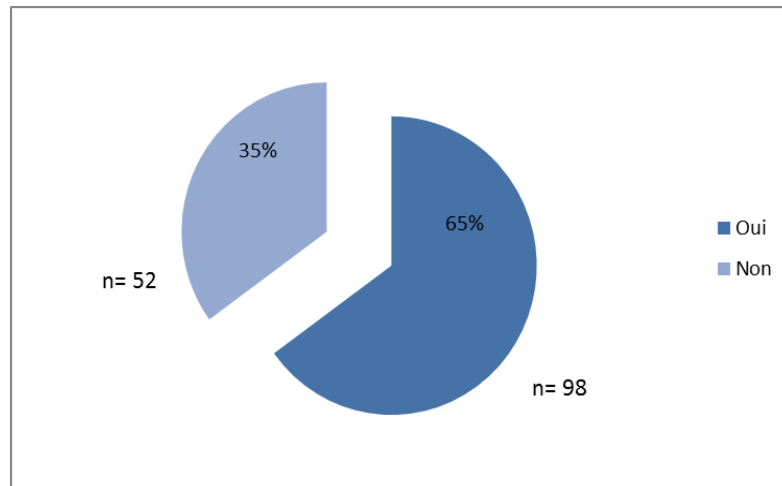


Figure 12 : Répartition de la population étudiée en fonction du fait d'avoir ou non parlé de sexualité avec son médecin.

Les principaux motifs ayant permis d'aborder la question de la sexualité au cours d'une consultation sont :

- le suivi gynécologique pour 82 personnes et notamment la prescription de pilule pour 75 personnes,
- lors d'une consultation quelconque pour 29 personnes, au moment de l'adolescence pour 7 personnes,
- à la suite d'un rapport sexuel à risque pour 5 personnes,
- au moment de la rédaction du certificat prénuptial pour 2 personnes,
- à la suite d'une infection sexuellement transmissible (IST) pour 1 personne.

Globalement, les femmes ont plus souvent l'occasion que les hommes de parler de sexualité avec leur médecin ($p < 0.001$). En effet, 4 femmes sur 5 (80,5 %) en ont déjà parlé alors que 3 hommes sur 4 (73,8 %) n'en n'ont jamais eu l'occasion (Tableau 6).

De même, les personnes de moins de 40 ans - contrairement aux plus de 40 ans - ont davantage évoqué le sujet de la sexualité avec leur médecin ($p < 0.005$). En effet, près des 3/4 (72,8 %) des personnes de moins de 40 ans ont un jour parlé de sexualité avec leur médecin (Tableau 6).

Tableau 6 : Tableau croisé entre le fait d'avoir ou non parlé de sexualité avec son médecin en fonction du sexe et de l'âge.

		A déjà parlé de sexualité avec son médecin			
		Oui	Non	TOTAL	P
Sexe	Homme	11 (26,2%)	31 (73,8%)	42	p <0,001
	Femme	87 (80,5%)	21 (19,5%)	108	
Classe d'âge	] 15-40 ans]	75 (72,8%)	28 (27,2%)	103	P <0,005
	] 40-70 ans]	23 (48,9%)	24 (51,1%)	47	

4. Le rapport de la population étudiée avec l'infection VIH

a) L'information reçue sur l'infection VIH

La quasi-totalité des personnes interrogées (98,6 %) a déjà bénéficié d'une information sur l'infection VIH.

Plus d'une personne sur trois (35,3 %) déclare avoir reçu cette information par un professionnel de santé (par le médecin généraliste, par un gynécologue ou par un autre professionnel de santé). Les autres personnes ont été informées par un autre moyen (au cours des études, par l'entourage, par internet, par la presse) (Figure 13).

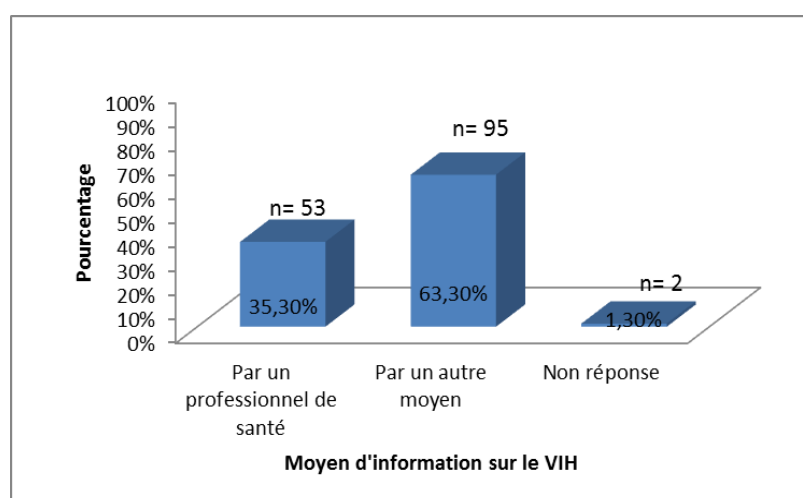


Figure 13 : Répartition de la population étudiée en fonction du moyen d'information sur l'infection VIH.

Le sexe a une influence sur le moyen d'information. En effet, les hommes (81 %) ont été majoritairement informés sur l'infection VIH par un moyen (presse, média...) autre que par un professionnel de santé (presse, média...) ($p < 0,05$) (Tableau 7). Il n'y a par contre pas de lien entre l'âge et le moyen d'information (p non significatif).

Enfin, le mode d'information sur l'infection VIH est directement lié au fait d'avoir pu aborder le sujet de la sexualité avec son médecin ($p < 0,01$). En effet, plus des 4/5 des personnes (86,5 %) n'ayant pas parlé de sexualité avec leur médecin ont bénéficié d'une information sur l'infection VIH par un autre moyen (Tableau 7).

Tableau 7 : Tableau croisé entre le moyen d'information sur l'infection VIH en fonction du sexe, de l'âge et du fait d'avoir ou non parlé de sexualité avec son médecin.

		Information sur le VIH				
		<i>Par un professionnel de santé</i>	<i>Par un autre moyen</i>	<i>Non réponse</i>	<i>TOTAL</i>	<i>P</i>
Sexe	<i>Homme</i>	8 (19,0%)	34 (81%)	0	42	P < 0,05
	<i>Femme</i>	45 (41,7%)	61 (56,5%)	2 (1,8%)	108	
Classe d'âge	<i>] 15-40 ans]</i>	39 (37,9%)	64 (62,1%)	0	103	P non significatif
	<i>] 40-70 ans]</i>	14 (29,8%)	31 (66%)	2 (4,2%)	47	
A déjà parlé de sexualité avec son médecin	<i>Oui</i>	46 (46,9%)	50 (51,1%)	2 (2,0%)	98	P < 0,001
	<i>Non</i>	7 (13,5%)	45 (86,5%)	0	52	

NB : les p ont été calculés en ne tenant pas compte des non-réponses.

b) La perception du VIH/Sida

La population sondée déclare majoritairement que l'infection VIH/Sida concerne l'ensemble de la population (96 %) et qu'elle reste une maladie grave (98,7 %).

Par ailleurs, une personne sur deux environ (53,3 %) - et ce, quel soit son âge ou son sexe - pense que l'infection VIH/Sida est, encore de nos jours, la conséquence de comportements ou de conduites à risque (Figure 14).

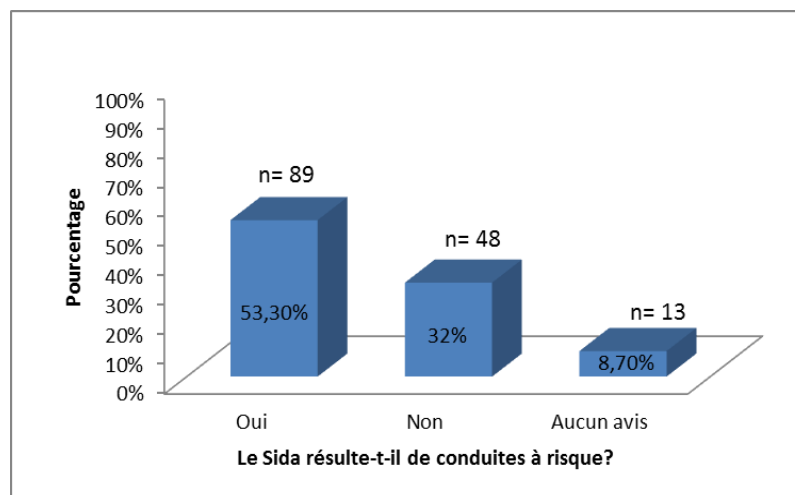


Figure 14 : Le Sida résulte-t-il de comportements ou conduites à risque ?

c) La crainte d'avoir déjà été contaminé

Une personne sur trois environ (34,7 %) - et ce, quel soit son âge et son sexe - déclare avoir pu être un jour contaminée par le VIH alors que dix personnes ne savent pas répondre à cette question (Figure 15).

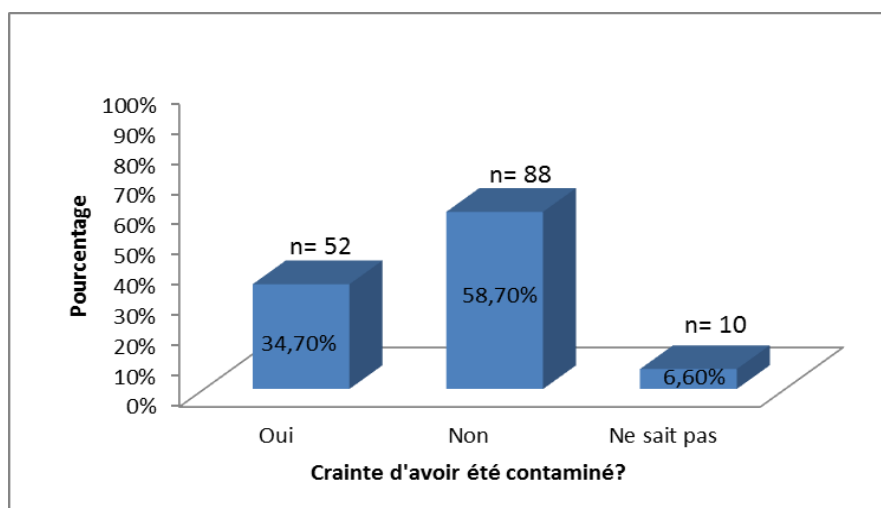


Figure 15 : Répartition de la population en fonction de la crainte d'avoir été contaminé par le VIH.

Une personne sur six (17,3 %), estimant avoir pu un jour être au contact du VIH, n'a jamais réalisé de dépistage du VIH (Tableau 8).

Tableau 8 : Tableau croisé entre la crainte d'avoir été contaminé en fonction du sexe, de l'âge et de la réalisation ou non d'un test de dépistage du VIH.

		Crainte d'avoir été contaminé ?			
		Oui	Non	Ne sait pas	TOTAL
Sexe	Homme	12 (28,6%)	25 (59,5%)	5 (11,9%)	42
	Femme	40 (37,1%)	63 (58,3%)	5 (4,6%)	108
Classe d'âge	] 15-40 ans]	40 (38,8%)	56 (54,4%)	7 (6,8%)	103
	] 40-70 ans]	12 (25,5%)	32 (68,1%)	3 (6,4%)	47
Dépistage du VIH	Oui	43 (43,9%)	50 (51%)	5 (5,1%)	98
	Non	9 (17,3%)	38 (73,1%)	5 (9,6%)	52

d) L'information sur les risques de contamination par le VIH

Près d'une personne sur cinq (18 %) déclare ne pas être suffisamment informée sur les risques de contamination par le VIH (Figure 16).

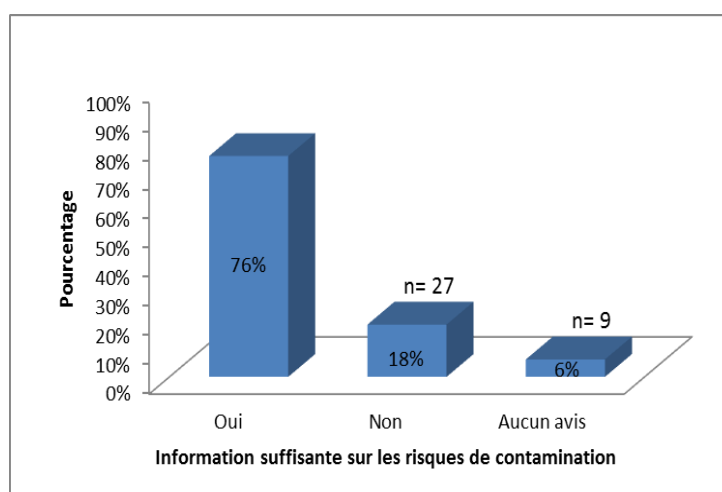


Figure 16: Répartition de la population en fonction de l'information sur les risques de contamination par le VIH.

5. Le rapport de la population étudiée avec le dépistage du VIH

a) Le dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population générale

Près de 1/3 des personnes (28 %) n'ont jamais entendu parler du dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans (Figure 17).

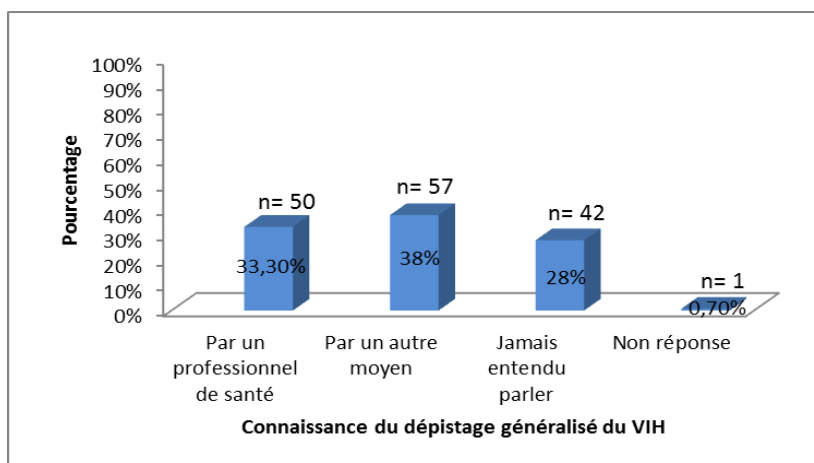


Figure 17 : Répartition de la population en fonction de la connaissance du dépistage généralisé du VIH.

L'information sur le dépistage généralisé du VIH a été réalisée dans 46,7 % des cas par un professionnel de santé et dans 53,3 % des cas par un autre moyen (Figure 18).

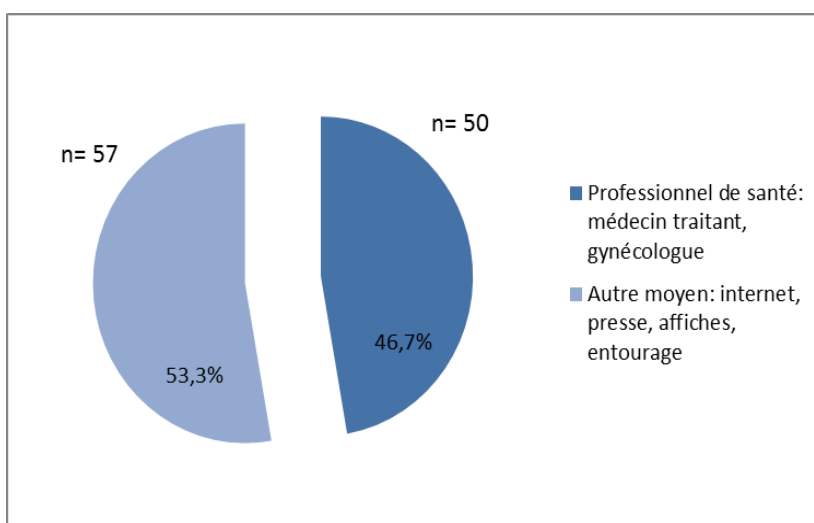


Figure 18: Répartition de la population ayant bénéficié d'une information sur le dépistage généralisé du VIH en fonction du moyen d'information.

Le sexe des personnes interrogées influence le moyen d'information sur le dépistage généralisé. En effet, les hommes (74,1 %) ayant bénéficié d'une information concernant le dépistage généralisé ont reçu majoritairement cette information par un autre moyen que par un professionnel de santé ($p = 0,0122$) (Tableau 9). Il n'y a par contre pas de lien entre l'âge et le moyen d'information (p non significatif).

Tableau 9 : Tableau croisé entre le moyen d'information sur le dépistage du VIH en fonction du sexe et de l'âge.

		Moyen d'information sur le dépistage généralisé du VIH			
		<i>Par un professionnel de santé</i>	<i>Par un autre moyen</i>	<i>Total</i>	<i>P</i>
Sexe	<i>Homme</i>	7 (25,9%)	20 (74,1%)	27	P = 0,0122
	<i>Femme</i>	43 (53,7%)	37 (46,3%)	80	
Classe d'âge	<i>] 15-40 ans]</i>	39 (50%)	39 (50%)	78	P non significatif
	<i>] 40-70 ans]</i>	11 (38%)	18 (62%)	29	

Plus des 4/5 des personnes n'ayant jamais entendu parler du dépistage généralisé (83,3 %) déclare y être favorables (Figure 19).

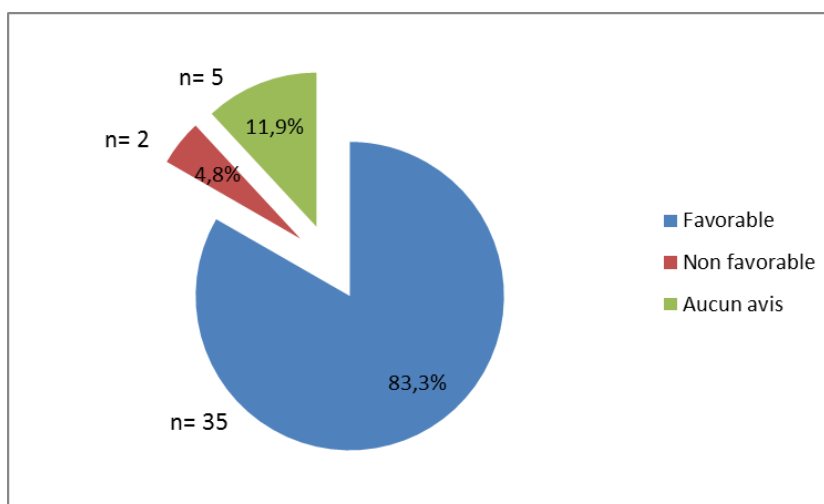


Figure 19 : Répartition de la population n'ayant jamais entendu parler du dépistage généralisé en fonction de son opinion concernant celui-ci.

b) Le test de dépistage du VIH

Plus d'une personne sur trois (34,7 %) n'a jamais réalisé de dépistage du VIH au cours de sa vie (Figure 20).

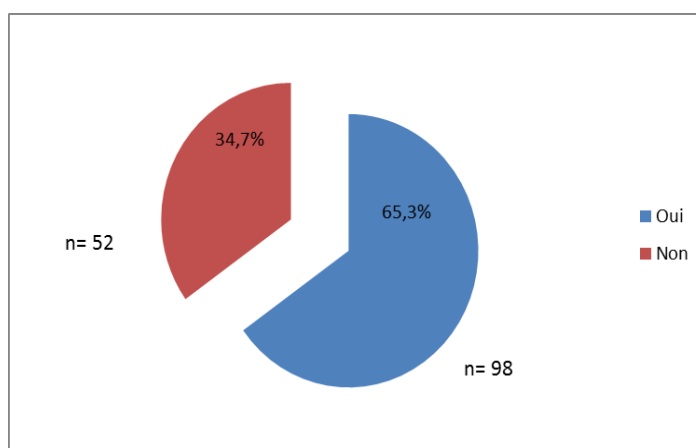


Figure 20: Répartition de la population en fonction de la réalisation ou non d'un test de dépistage du VIH.

Parmi les personnes ayant réalisé un test de dépistage, près de 2/3 (61,2 %) n'ont réalisé qu'un seul test de dépistage du VIH au cours de leur vie (Figure 21).

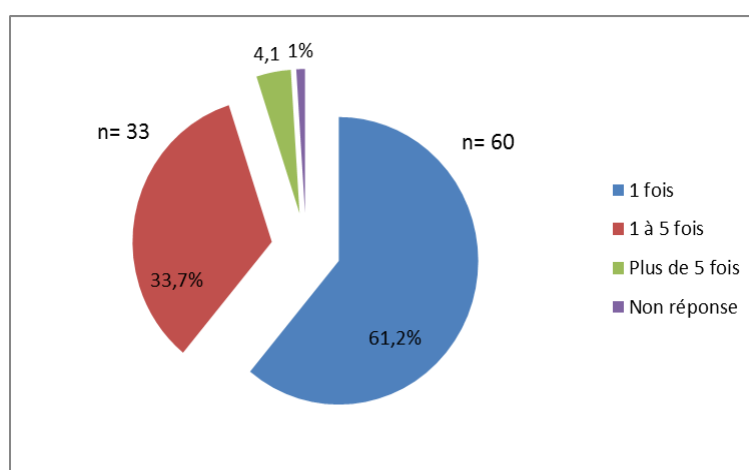


Figure 21: Répartition de la population ayant fait un test de dépistage du VIH en fonction du nombre de dépistage réalisé.

L'âge a une influence sur le fait d'avoir ou non réalisé un test de dépistage du VIH. En effet, les moins de 40 ans (70,9 %) ont majoritairement réalisé un test ($p < 0,05$) (Tableau 10). Il n'y a pas de lien par contre entre le sexe, la situation maritale et la réalisation d'un test du VIH.

Tableau 10 : Tableau croisé entre la réalisation ou non d'un test de dépistage du VIH en fonction du sexe, de l'âge et de la situation maritale.

		Dépistage du VIH			
		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>TOTAL</i>	<i>P</i>
Sexe	<i>Homme</i>	24 (57,1%)	18 (42,9%)	42	P non significatif
	<i>Femme</i>	74 (68,5%)	34 (31,5%)	108	
Classe d'âge	<i>] 15-40 ans]</i>	73 (70,9%)	30 (29,1%)	103	P < 0,05
	<i>] 40-70 ans]</i>	25 (53,2%)	22 (46,8%)	47	
Situation maritale	<i>En couple (Marié/pacsé/Concubin)</i>	65 (63,7%)	37 (36,3%)	102	P non significatif
	<i>Seul (Célibataire/Séparé/Divorcé/ Veuf)</i>	33 (68,7%)	15 (31,3%)	48	

Les occasions évoquées par les personnes interrogées ayant permis la réalisation d'un test de dépistage sont :

- Sur le conseil du médecin traitant pour 8 personnes,
- Lors de la prescription de la première pilule pour 3 personnes,
- Lors du suivi gynécologique pour 5 personnes,
- Lors d'une grossesse pour 19 personnes,
- Lors de la réalisation du certificat prénuptial pour 22 personnes,
- A la suite d'un accident d'exposition au sang pour 19 personnes,
- Lors de l'arrêt du préservatif lors d'une relation suivie pour 20 personnes,
- Lors d'un don du sang pour 9 personnes,

- Lors de la *réalisation d'un bilan préopératoire* pour 2 personnes,
- Lors du *bilan d'une autre IST* pour 2 personnes,
- Autres (hospitalisation, bilan pour assurance, asthénie) pour 7 personnes.

c) Les raisons de l'absence de dépistage

Plus d'une personne sur deux (61,5 %) n'ayant pas réalisé de test de dépistage (n=52) déclare n'avoir eu aucun risque de contamination et une personne sur trois (36,5 %) déclare n'y avoir jamais pensé (Tableau 11). 10 personnes ont répondu à plusieurs items.

Tableau 11 : Les raisons de l'absence de dépistage.

Raisons de l'absence de dépistage	Effectifs	Pourcentage
Vous pensez ne pas avoir de risque d'être contaminé	32	(32/52) 61,5%
Vous n'avez jamais pensé faire un dépistage	19	(19/52) 36,5%
Vous ne savez pas où vous adresser	4	(4/52) 7,7%
Vous pensez que le test n'est pas fiable	2	(2/52) 3,8%
Vous avez peur du résultat	2	(2/52) 3,8%
Vous avez peur qu'on découvre votre séroposivité	0	0
Vous trouvez que le test coûte trop cher	0	0
Non réponse	3	(3/52) 5,8%

d) La place du médecin généraliste dans le dépistage généralisé du VIH

84 % des personnes interrogées pensent que leur médecin est le mieux placé pour proposer le dépistage du VIH (Figure 22).

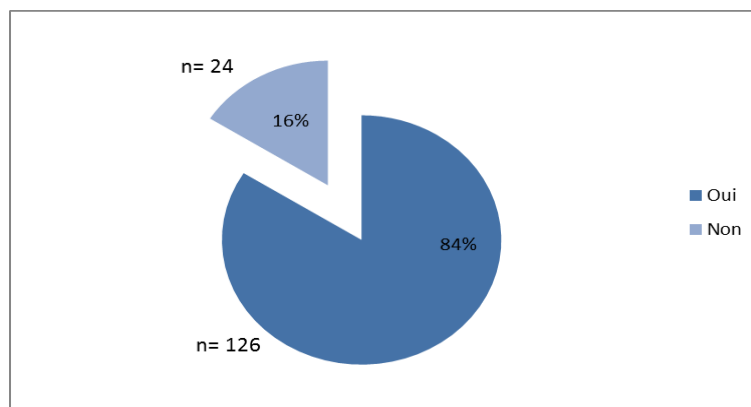


Figure 22 : Répartition de la population en fonction de son opinion concernant le dépistage généralisé par le médecin généraliste.

Globalement, la population interrogée - et ce quel que soit le sexe, l'âge et l'année de suivi (p non significatif) - déclare que le médecin généraliste est le mieux placé pour proposer un test de dépistage du VIH (Tableau 12).

Tableau 12 : Tableau croisé entre le fait de penser que son médecin est ou non le mieux placé pour proposer un test de dépistage en fonction du sexe, de l'âge et de l'année de suivi.

		Votre médecin est-il le mieux placé pour vous proposer un dépistage du VIH ?			
		Oui	Non	TOTAL	P
Sexe	Homme	33 (78,6%)	9 (21,4%)	42	P non significatif
	Femme	93 (86,1%)	15 (13,9%)	108	
Classe d'âge	] 15-40 ans]	84 (81,6%)	19 (18,4%)	103	P non significatif
	] 40-70 ans]	42 (89,4%)	5 (10,6%)	47	
Année de suivi	Moins de 5 ans	50 (86,2%)	8 (13,8%)	58	P non significatif
	Plus de 5 ans	76 (82,6%)	16 (17,4%)	92	

Les raisons évoquées par les personnes déclarant que leur médecin n'est pas le mieux placé pour proposer un test de dépistage sont :

- Le médecin généraliste n'est pas le plus compétent dans le domaine du VIH pour 10 personnes,
- Elles éprouvent des difficultés à aborder les questions intimes avec leur médecin pour 12 personnes,
- Elles craignent l'absence de confidentialité pour 3 personnes.

e) L'opinion vis-à-vis du dépistage généralisé du VIH

Globalement, les personnes interrogées (87,3 %) déclarent être favorables (très favorables ou plutôt favorables) au dépistage généralisé du VIH en médecine générale. Seulement 2 % des personnes se disent non favorables à un dépistage généralisé. Toutefois une personne sur dix (10,7 %) n'a aucune opinion face à cette question (Figure 23).

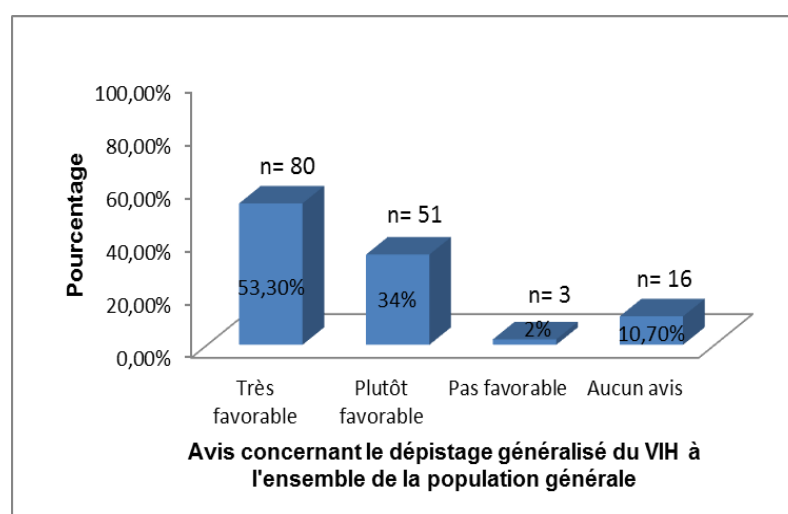


Figure 23 : Répartition de la population en fonction de son avis concernant le dépistage généralisé du VIH à la population générale.

f) Le lieu du dépistage du VIH

Une personne sur quatre environ (23,4 %) préfère réaliser le dépistage hors du cabinet de son médecin (Figure 24).

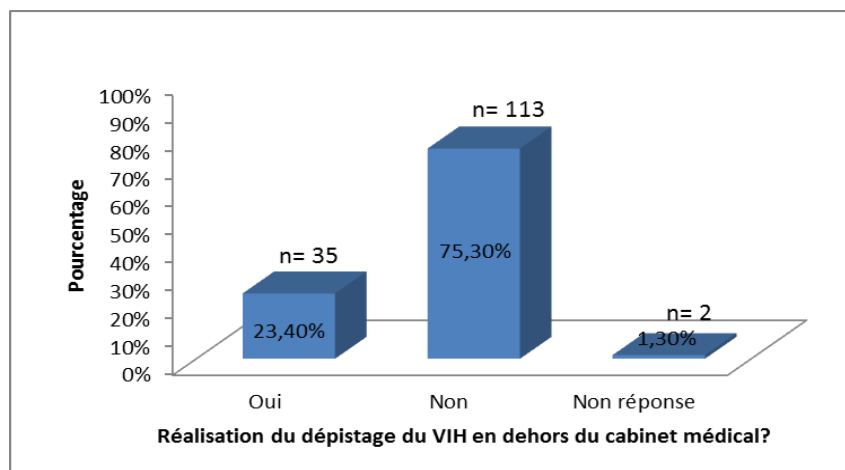


Figure 24 : Répartition de la population en fonction de son opinion concernant le lieu préférentiel du dépistage.

L'âge influence le lieu préférentiel de dépistage. En effet, les personnes de plus de 40 ans préfèrent majoritairement réaliser le dépistage au sein du cabinet médical ($p=0,06$) (Tableau 13). Il n'y a par contre pas de lien entre le sexe et le lieu préférentiel de dépistage (p non significatif).

Les personnes qui pensent que leur médecin est le mieux placé pour proposer un test de dépistage du VIH ($n=126$) préfèrent réaliser celui-ci au sein du cabinet médical ($p<0,001$). Toutefois, 12,7 % des personnes pensant que leur médecin traitant est le mieux placé pour proposer un dépistage du VIH préfèrent le réaliser en dehors du cabinet médical (Tableau 13).

Tableau 13 : Tableau croisé entre le fait de préférer ou non faire le dépistage en dehors du cabinet en fonction du sexe, de l'âge et du fait de penser que son médecin est ou non le mieux placé pour proposer un test de dépistage du VIH.

		Préfèrent-ils faire le dépistage hors du cabinet ?			
		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>TOTAL</i>	<i>P</i>
Sexe	<i>Homme</i>	13 (31%)	29 (69%)	42	P non significatif
	<i>Femme</i>	24 (20,4%)	84 (77,8%)	108	
Classe d'âge	<i>] 15-40 ans]</i>	30 (27,2%)	73 (70,9%)	103	P=0,06
	<i>] 40-70 ans]</i>	7 (14,9%)	40 (85,1%)	47	
Médecin traitant le mieux placé pour proposer un dépistage du VIH	<i>Oui</i>	17 (12,7%)	109 (86,5%)	126	P<0,001
	<i>Non</i>	20 (79,2%)	4 (16,7%)	24	

Parmi les lieux préférentiels choisis par les personnes interrogées, nous retrouvons :

- Un *centre de dépistage anonyme et gratuit* pour 15 personnes,
- Un *laboratoire d'analyse sans prescription médicale* pour 15 personnes,
- Un *autre professionnel de santé comme le gynécologue* pour 2 personnes,
- Un *planning familial* pour 2 personnes.

D. La discussion

De nombreuses publications et thèses ont été réalisées suite à la publication du plan VIH 2010-2014. Ces différents travaux se sont intéressés à l'opinion des médecins généralistes (56), à la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage au sein des services d'urgence (13) (14), dans les CDAG (12) et plus récemment au sein du cabinet du médecin généraliste (57) (53).

Ces travaux montrent qu'une partie des médecins éprouvent des difficultés à parler avec leurs patients de l'infection VIH, et plus globalement de la sexualité. Par ailleurs, ces études révèlent que le dépistage en routine apparaît faisable et bien accepté par les patients et que les difficultés rencontrées sont davantage liées à l'organisation et/ou à la motivation du personnel soignant.

A mon tour, j'ai également essayé d'évaluer l'acceptabilité du dépistage systématique du VIH en population générale, en recherchant également à mettre en évidence les éventuels freins à la mise en place d'un tel dépistage.

1. Les constats

a) Les jeunes et principalement les jeunes femmes consultent plus leur médecin généraliste

La population interrogée (tout sexe confondu) est jeune avec un âge médian de 36 ans [16- 67 ans]. La moitié de la population masculine a moins de 30 ans et plus des 2/3 (71,4 %) ont moins de 40 ans. Quant aux femmes, plus des 2/3 (67,6 %) ont moins de 40 ans et plus des 3/4 (85,2 %) moins de 50 ans.

Par ailleurs, la population interrogée est majoritairement féminine puisque les femmes représentent 72 % de cette population.

Ces résultats ne sont pas surprenants et rejoignent les résultats d'une enquête réalisée en 2008 sur « La Santé et recours aux soins des hommes et des femmes ». En effet d'après cette étude, les femmes semblent plus attentives à leur santé. Elles déclarent avoir recours plus fréquemment à leur médecin généraliste que les hommes. Elles sont davantage sensibilisées aux pratiques de prévention, certains actes de dépistage leur étant spécifiques, comme les frottis ou les mammographies. Toutefois, il est intéressant de noter qu'après 50 ans, les femmes consultent moins leur médecin généraliste avec notamment une diminution du suivi gynécologique (58).

De même, l'enquête en médecine libérale de novembre 2000 confirme que les femmes se rendent plus souvent chez les médecins de ville que les hommes, les femmes représentant les 2/3 de la patientèle des médecins libéraux (59).

Avant 50 ans, les hommes consultent globalement moins que les femmes et donc ont moins d'occasions de se voir proposer un test de dépistage. Cette tendance semble s'atténuer après 50 ans avec une diminution du nombre de consultations des femmes après 40 ans, liée notamment à la diminution de la prise en charge gynécologique. Or, le plan VIH 2010-2014 vise à dépister la population dite « non à risque apparent » qui se trouve être justement la population hétérosexuelle de plus de 40 ans et notamment les hommes (11). Il apparaît donc difficile de dépister une population qui consulte peu au cabinet de médecine générale d'où l'intérêt de profiter de chaque recours aux soins pour proposer un dépistage.

b) La population interrogée est suivie majoritairement depuis plus de 5 ans par le même médecin

Près des 2/3 (61,3 %) des personnes interrogées tout sexe confondu sont suivies par leur médecin depuis plus de 5 ans. Ce chiffre est nettement plus important chez les plus de 40 ans puisqu'ils sont 80,9 % à être suivis depuis plus de 5 ans par le même médecin, ce qui laisse apparaître ici la notion de médecin de famille.

A priori, la notion de médecin de famille sous-entend l'existence d'une relation de confiance et d'échange entre le médecin et son patient qui doit permettre d'aborder tous les sujets et notamment les plus intimes. Néanmoins, certains médecins ou patients peuvent éprouver une réticence à parler de sujets intimes et notamment de sexualité. Les patients peuvent avoir peur d'être jugés ou d'un manque de discrétion vis-à-vis des autres membres de la famille. De leur côté, les médecins peuvent avoir peur de faire intrusion dans la vie privée de leurs patients.

c) Plus d'une personne sur trois n'a jamais parlé de sexualité avec son médecin

Dans notre étude, 35 % des personnes interrogées n'ont jamais eu l'occasion de parler de sexualité avec leur médecin. Peur de paraître intrusif, malaise face au thème de la sexualité, crainte de choquer des patients - notamment en raison de leur âge - ou de rompre le lien de confiance, autant d'obstacles qui semblent empêcher certains médecins de parler de sexualité avec leurs patients.

Dans une étude réalisée en 2003 par l'Observatoire régional de santé (ORS) de Rhône-Alpes, seulement la moitié des médecins disent qu'«aborder les questions de prises de risque avec leurs patients ne pose pas de problème» (60). On peut supposer que si ces médecins ont des difficultés à parler de sexualité avec leurs patients, ils auront également des difficultés à leur proposer un dépistage du VIH.

La prévention de manière générale constitue l'une des missions premières de la médecine générale. Toutefois, comme le révèle le Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009, il existe des difficultés persistantes sur certains sujets de prévention, comme sur le sujet de la sexualité et du VIH. En effet, seuls 58,7 % des médecins généralistes trouvent facile d'aborder la vie affective et sexuelle de leurs patients et à peine 36 % estiment avoir un rôle de prévention à jouer dans le champ de la sexualité (56).

Dans notre étude, les femmes sont là encore avantagées par rapport aux hommes. Elles ont très majoritairement (4 femmes sur 5) eu l'occasion d'aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin alors que 3 hommes sur 4 n'en a jamais eu l'occasion.

Ceci n'est pas surprenant car, comme vu précédemment, les femmes consultent davantage leur médecin pour des motifs de prévention et notamment pour leur suivi gynécologique. A ces occasions, il est plus facile et propice pour le patient ainsi que pour le médecin d'aborder le sujet de la sexualité. Selon l'enquête en médecine libérale de novembre 2000, les hommes consultent d'abord pour des douleurs et des troubles oto-rhino-laryngologiques (ORL), ce qui peut rendre plus difficile le dialogue sur la sexualité (59).

Dans notre étude, les personnes de moins de 40 ans abordent plus facilement le sujet de la sexualité.

Ce chiffre est ou sera probablement plus important avec la disparition du certificat prénuptial depuis le 1er janvier 2008 (61). En effet, celui-ci était l'occasion d'aborder avec les futurs mariés les questions de sexualité et de leur proposer un test de dépistage du VIH et des différentes IST. En supprimant le certificat prénuptial, on fait disparaître une occasion de parler de sexualité avec notamment les hommes et de proposer un test de dépistage.

Enfin, est-il nécessaire de parler de sexualité et donc de pratiques sexuelles avec son patient avant de lui proposer un dépistage du VIH ? Pendant de nombreuses années, il a été préconisé de réaliser un counseling pré-test ayant pour but d'évaluer les prises de risque sexuel de chaque personne avant la réalisation du test de dépistage. A l'heure actuelle, la tendance est plutôt à la suppression de ce counseling pré-test, qui se révèle être un frein au dépistage, au profit d'un counseling post-test adapté (10). Il n'apparaît donc pas indispensable d'avoir parlé de sexualité avec son médecin pour se voir proposer un test. Actuellement, il est recommandé la réalisation d'un test de dépistage lors de chaque recours aux soins, que ce soit pour un motif d'ordre sexuel ou non, et notamment lors d'un bilan biologique de routine.

d) *La population interrogée s'estime informée sur le VIH*

La quasi-totalité des personnes interrogées (98,6 %) estiment avoir déjà reçu une information sur le VIH au cours de leur vie. Cette information a été majoritairement réalisée (63,3 %) par un autre moyen (internet, presse) que par un professionnel de santé et plus particulièrement chez les hommes (81 %).

Toutefois, ce n'est pas parce que les personnes se sentent suffisamment informées sur le VIH que leur niveau de connaissance est suffisant. En effet, 18 % des personnes interrogées (tout âge confondu) déclarent ne pas être suffisamment informées sur les risques de contamination. Elles peuvent donc être exposées au VIH par manque de connaissances sur les risques de transmission.

Ces constations ont également été notées par l'étude KABP de 2010 sur « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine ». Même si, globalement, les français ont une bonne connaissance des mécanismes de transmission, chez les 18-30 ans une persistance de croyances erronées telles que la transmission par piqûre de moustique, et une moins bonne reconnaissance de l'efficacité du préservatif est observée (62). Cette moindre visibilité du VIH ou du moins la banalisation de celui-ci s'explique par le fait que les jeunes de 18-30 ans ont débuté leur sexualité après l'arrivée des traitements antirétroviraux en 1996, dans un contexte épidémiologique et social du VIH différent de celui de leurs aînés.

Ce constat alarmant chez les jeunes de moins de 30 ans va dans le sens d'un renforcement des stratégies de communication sur le VIH et son dépistage. Toutefois, même si le médecin généraliste reste un acteur incontournable de l'information et du dépistage du VIH, il apparaît que celui-ci n'est pas le seul moyen d'information et qu'il est nécessaire et indispensable de développer de nouveaux moyens de communication pouvant sensibiliser davantage certaines populations (comme internet pour les jeunes).

e) *La majorité de la population interrogée pense que le VIH concerne l'ensemble de la population*

Dans notre étude, 96 % des personnes interrogées déclarent que le VIH concerne l'ensemble de la population et peut donc les concerner eux-mêmes. Ceci est une notion récente qui confirme l'évolution des pensées en ce qui concerne le VIH. Initialement, celui-ci était perçu comme concernant principalement la population homosexuelle et toxicomane. Actuellement, la population prend conscience que le VIH est une maladie à part entière pouvant toucher tout le monde.

f) Une personne sur deux estime que le VIH ne résulte pas de comportement ou de conduite à risque et ce quel que soit l'âge et le sexe des personnes interrogées

Ce résultat peut paraître surprenant et nous amène à nous poser la question de la définition actuelle pour la population générale d'un comportement ou d'une conduite à risque. En effet, si le VIH ne résulte pas d'un comportement à risque, de quoi est-il la conséquence ? Comment pouvons-nous être contaminés par le VIH ? Un rapport sexuel non protégé n'est-il plus un comportement à risque ? Il est à craindre ici, de la part de la population interrogée, une banalisation du VIH et de ses modes de contamination à l'origine d'un relâchement des comportements de prévention. Là encore, la moindre visibilité et la moindre crainte vis-à-vis du VIH explique certainement ce constat. En effet, l'étude KABP de 2010 révèle que le sida suscite de moins en moins de crainte, rejoignant un niveau comparable à celui des autres IST(62).

g) Une personne sur trois (34,7%) déclare avoir pu un jour être contaminée par le VIH et ce quel que soit l'âge et le sexe de la population interrogée

Ce chiffre est concordant avec celui retrouvé dans l'étude KABP de 2010 puisque 32,7 % des répondants dans cette étude déclarent également avoir pu être un jour contaminés. Ce chiffre est en constante augmentation depuis 1998 (23,1 % en 1998, 23,8 % en 2001, 27,2 % en 2004) (62).

Ce chiffre important confirme encore une fois le relâchement des comportements de prévention avec notamment une diminution de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (62). Ce chiffre est d'autant plus alarmant que plus d'une personne sur 6 (17,3 %) ayant, dans notre étude, déclarée avoir pu être un jour contaminée par le VIH, n'a jamais réalisé de test de dépistage. Quelles sont les raisons de l'absence de dépistage ? Peur du résultat du test, difficultés d'accès au dispositif de dépistage, mauvaise évaluation du risque...

h) Près de deux personnes sur trois (65,3 %) déclarent avoir effectué au moins une fois un test de dépistage du VIH

Dans notre étude, 68,5 % des femmes et 57,1 % des hommes ont déjà réalisé un test de dépistage au cours de leur vie. Ainsi, les femmes sont plus nombreuses à déclarer s'être fait dépister. Le recours quasi systématique au dépistage en début de grossesse ainsi que le

suivi gynécologique expliquent certainement en partie ce décalage. Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés dans l'étude KABP de 2010, avec toutefois un dépistage également majoritaire des femmes, les hommes étant 62 % et les femmes 72 % à s'être fait dépister au moins une fois au cours de leur vie (62).

De plus, dans notre étude, il apparaît que les personnes de moins de 40 ans ont réalisé plus souvent un test de dépistage. Est-ce parce qu'ils sont plus à risque de contamination donc sont plus justement dépistés ? Ou est-ce parce que comme vu précédemment ils consultent plus leur médecin généraliste et ont donc plus d'occasions de se voir proposer un dépistage ? Là encore, ce constat confirme l'intérêt du plan VIH 2010-2014 qui insiste sur la nécessité de dépister la population dite « non à risque apparent » qui se trouve être la population hétérosexuelle de plus de 40 ans (11).

Par ailleurs, dans le cas où un test de dépistage du VIH a été réalisé, celui-ci a été majoritairement (61,2 %) fait une seule fois. Les recommandations actuelles sont la réalisation pour l'ensemble de la population générale d'un dépistage au moins une fois au cours de la vie. Toutefois, il apparaît légitime de se demander si un seul test de dépistage au cours de la vie est suffisant. Il ne faut pas que la population testée se croit indéfiniment protégée. Il ne faut pas non plus perdre de vue la notion de prise de risque et la nécessité éventuelle de refaire un test.

Parmi les raisons avancées concernant l'absence de dépistage, plus de la moitié des personnes déclarent n'avoir pris selon elles aucun risque et plus d'une personne sur trois déclare n'y avoir jamais pensé. Encore une fois, le dépistage généralisé apparaît comme intéressant et indispensable pour dépister ces personnes pour qui la notion de prise de risque est erronée.

i) Près d'une personne sur trois n'a jamais entendu parler du dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population générale

Une des mesures du plan VIH 2010-2014 concerne la généralisation du dépistage à l'ensemble de la population générale entre 15 et 70 ans hors notion d'exposition à un risque de contamination. Dans notre étude, il est mis en évidence que 28 % des personnes interrogées n'en ont jamais entendu parler. La communication sur cette mesure n'a semblé-t-il pas été suffisante ou le message n'est pas correctement passé. L'information sur le dépistage généralisé devait se faire par l'intermédiaire à la fois du médecin généraliste mais aussi par le biais d'affiches dans les cabinets médicaux, les lieux publics et par des spots publicitaires.

Ce manque de communication envers la population pourrait être à l'origine d'un avis défavorable concernant cette mesure de dépistage généralisé. Cette hypothèse n'est pas

mise en évidence dans notre étude puisque quatre personnes sur cinq n'ayant jamais entendu parler de ce dépistage déclarent y être tout de même favorables.

j) Quatre personnes sur cinq (87,3%) déclarent être favorables au dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population

Ce chiffre est beaucoup plus important que celui retrouvé dans l'étude KABP de 2010 puisque 47,7% des répondants sont favorables au dépistage obligatoire pour toute la population. Pour la première fois en France, ce chiffre est en augmentation passant de 42 % en 2004 à 47,7 % en 2010. Par ailleurs, l'étude KABP révèle que 70 % des français accepteraient de se faire dépister lors de leur prochaine visite chez le dentiste et 80 % lors de leur prochaine visite chez le médecin ou lors d'un passage dans un service d'urgence (62).

k) Une personne sur quatre déclare préférer réaliser le dépistage en dehors du cabinet du médecin généraliste

En effet, une personne sur quatre préférerait réaliser le dépistage dans un CDAG ou un laboratoire d'analyses sans prescription médicale.

2. Le dépistage en médecine générale

Avec cette étude, j'ai essayé d'appréhender les possibilités de mise en place d'un dépistage systématique au sein du cabinet du médecin généraliste. Elle n'a pu être menée que chez deux médecins généralistes chez qui j'ai fait mon stage. Les résultats obtenus sont donc à considérer avec précaution et ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des médecins de ville. Ils permettent néanmoins de proposer une évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité du dépistage en cabinet libéral.

a) L'acceptabilité d'un dépistage systématique en médecine générale

Le dépistage systématique en médecine générale apparaît dans notre étude, comme dans les études déjà réalisées, comme bien accepté par la population.

En effet dans notre étude, 87,3 % de la population interrogée se déclare favorable (53,3 % très favorable et 34 % plutôt favorable) à un dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population. Par ailleurs, 84 % des personnes interrogées tout âge et sexe confondu estiment que leur médecin est le mieux placé pour proposer un test de dépistage du VIH, et 75,3 % des personnes préfèrent faire le dépistage au sein du cabinet de leur médecin. Les raisons évoquées par les personnes pensant que leur médecin n'est pas le mieux placé (n=24) sont : ils pensent que leur médecin n'est pas forcément le plus compétent (10 personnes), ils ont des difficultés à parler de sexualité avec leur médecin (12 personnes) et ils craignent un manque de confidentialité (3 personnes).

Ces résultats sont plus élevés que ceux observés dans l'étude réalisée dans 29 services d'urgences d'Ile-de-France révélant un taux moyen d'acceptabilité de 62,5 % (14), résultats comparables à ceux obtenus dans une étude menée dans les services d'urgences de Londres avec un taux d'acceptabilité de 61,2 % (63). Le taux moyen de faisabilité dans l'étude aux urgences d'Ile-de France est de 17,3 %, taux variable en fonction de la charge de travail et de l'organisation du service. Les conclusions de cette étude sont que les obstacles à la réalisation d'un dépistage de routine au sein d'un service d'urgence semblent tenir davantage au flux des consultants et à des facteurs liés à l'organisation et/ou à la motivation des services d'urgences, qu'aux attitudes de la population.

De plus, l'étude KABP révèle dans son édition de 2010 pour la première fois une augmentation de l'adhésion au dépistage obligatoire pour toute la population, passant de 42 % en 2004 à 47,7 % en 2010. Par ailleurs, elle révèle que 80% des français accepteraient de se faire dépister lors de leur prochaine visite chez leur médecin ou lors de leur passage dans un service d'urgence (62).

Enfin, l'étude DEPIVIH réalisée en 2012 auprès d'une centaine de médecins généralistes visant à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité des TROD en médecine libérale révèle une très forte acceptabilité (99,7 %) et un haut degré de satisfaction de la part des patients (53).

Au final, le dépistage systématique du VIH en population générale se révèle être bien accepté, que ce soit en cabinet de médecine de ville ou dans les services d'urgence.

b) La faisabilité d'un dépistage systématique en médecine générale

La mise en pratique de ce dépistage apparaît difficile en médecine générale. Outre le manque de motivation ou d'intérêt de certains médecins généralistes, la principale difficulté rencontrée est liée aux conditions d'exercice en libéral.

En effet, l'exercice libéral peut être à l'origine de difficultés pouvant être un frein au dépistage comme :

- le manque de temps (la durée moyenne d'une consultation est de 16 minutes),
- la multiplicité des demandes à gérer de manière concomitante au cours d'une même consultation,
- la diversité des sujets abordés au sein d'une même consultation,
- la difficulté d'aborder un sujet pour lequel le patient n'est pas venu consulter avec le risque de paraître incongru ou inapproprié,
- la sensation d'intrusion dans la vie privée des patients lorsque le sujet de la sexualité et de l'infection VIH est abordé,
- ou encore la place délicate du médecin de famille qui sous-entend la notion de confidentialité envers le reste de la famille.

Dans son travail de thèse mené auprès de 303 médecins généralistes de l'agglomération Nantaise, Bérangère Garry a recueilli les principales difficultés liées à la proposition de dépistage : la sensation d'intrusion dans la vie privée des patients, la place délicate du médecin de famille, le manque de temps en consultation et le manque d'informations sur la pathologie (64). Ces résultats allaient dans le même sens que ceux retrouvés dans une revue de la littérature sur les freins rencontrés par les différents acteurs du dépistage du VIH aux Etats-Unis, parue en 2007 (65).

Les dernières recommandations visent à faciliter le dépistage en insistant sur la possibilité de proposer un test sans counseling pré test et donc sans aborder la question de la sexualité (10). Le test est alors simplement proposé au patient notamment lors d'un bilan biologique de routine permettant ainsi de limiter les difficultés liées au manque de temps et à la sensation d'intrusion dans la vie des patients.

En outre, il existe une certaine réticence de certains médecins quant à l'intérêt d'un dépistage systématique de la population générale hors notion d'exposition à un risque de contamination. Selon le Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009, une grande majorité des médecins généralistes apparaît favorables au principe d'un dépistage en population générale mais ils sont 63 % à être «plutôt pas d'accord» ou «pas du tout d'accord» pour le proposer aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas pratiqué de test depuis longtemps. Par ailleurs, la prescription du test s'est faite à la demande du patient dans 58,2 % des cas contre 34 % à l'initiative du médecin et 7 % dans le cadre d'un protocole comme lors d'une grossesse (56).

De même, sur 315 médecins généralistes ayant répondu à une enquête via internet, 56 % sont réticents au dépistage généralisé du VIH invoquant la difficulté de convaincre le patient et 44 % reconnaissent qu'ils ne sont pas convaincus eux-mêmes de l'intérêt d'un dépistage systématique (66).

Au final, le dépistage systématique du VIH en médecine générale apparaît difficilement faisable en raison des conditions propres à l'exercice médical et d'un scepticisme quant à l'intérêt d'un tel dépistage par certains médecins.

c) La remise en question du dépistage généralisé du VIH

A l'heure actuelle, la notion de dépistage généralisé à l'ensemble de la population est discutée et un nouveau concept est mis en avant : **le dépistage ciblé généralisé**. En effet, jusqu'ici, on estimait à 50 000 le nombre de personnes séropositives qui s'ignorent ou qui ne se font pas suivre (33). De plus, selon une modélisation médico économique publiée en 2010, le dépistage généralisé à tous les adultes en France avait un rapport coût-efficacité favorable (4). Cependant, plusieurs études ont remis en cause d'une part le nombre de personnes séropositives qui s'ignorent et d'autre part le rapport coût-efficacité favorable du dépistage généralisé, remettant ainsi en question l'intérêt de celui-ci.

(1) Les nouvelles estimations du nombre de personnes séropositives qui s'ignorent

De nouvelles estimations de la population non diagnostiquée pour le VIH en France ont été révélées. Selon plusieurs méthodes, entre 24 300 et 31 500 personnes ignorent leur

séropositivité en France (2). La taille de l'épidémie cachée en France a pu être estimée à partir de trois approches différentes :

- une basée sur les enquêtes de prévalence (méthode « directe »),
- une basée sur les données de la DO du SIDA et du VIH (méthode du rétrocalcul)
- et une basée sur le nombre de CD4 au diagnostic et le nombre de diagnostics simultanés VIH et SIDA.

La méthode directe consiste à combiner des estimations de la prévalence du VIH non diagnostiquée dans un ou plusieurs sous-groupes de la population avec des estimations de la taille de ces sous-groupes afin d'estimer le nombre de personnes ignorant leur séropositivité. La prévalence du VIH non diagnostiquée a été estimée par une étude dans 29 services d'urgence (15) en 2010 à 0,14 % (0,08 %-0,22 %) en Ile de France (IDF). En multipliant cette estimation par la taille de la population d'IDF, nous estimons que 10 700 (6 100-16 700) personnes ignorent leur séropositivité en IDF. Étant donné que 44 % des découvertes de séropositivité sont diagnostiquées en IDF, on peut supposer que le nombre de personnes ignorant leur séropositivité en IDF représente 44 % de la taille de l'épidémie cachée en France. En faisant cette hypothèse, on peut en déduire que **24 300 personnes** (13 800-37 900) ignorent leur séropositivité en France en 2010.

La méthode du rétrocalcul (rétrocalcul historique) a permis d'estimer la prévalence du VIH à un moment donné, à partir duquel il a fallu faire des hypothèses sur la future incidence du VIH, soustraire le nombre de décès et de personnes connaissant leur séropositivité, afin d'obtenir la taille actuelle de l'épidémie cachée. En 2000, le nombre de personnes infectées par le VIH était estimé à 88 300 (52 300-168 000) par la méthode du rétrocalcul « historique » (67). Sous l'hypothèse forte d'une incidence constante entre 2001 et 2010 et égale à 7500 nouvelles contaminations par an et d'un nombre de décès égal à 1700 par an (45), la prévalence de l'infection par le VIH est estimée à 146 300 (110 300-226 000) à la fin 2010. En soustrayant à ce chiffre le nombre de patients diagnostiqués et suivis pour le VIH en France, estimé à 111 300 fin 2010 (68), on estime que 35 000 (0-114 700) personnes ignoraient leur séropositivité ou n'étaient pas suivies fin 2010. Comme parmi les personnes nouvellement prises en charge à l'hôpital, 26 % connaissaient leur séropositivité depuis plus de 3 mois sans être suivies, on peut faire l'hypothèse que parmi les 35 000, 26% connaissaient leur statut VIH et donc **25 900 personnes** (0-84 900) étaient non diagnostiquées pour le VIH fin 2010.

Le nouveau modèle de rétrocalcul permet d'estimer l'incidence de l'infection VIH et le délai entre l'infection et le diagnostic de l'infection. Il est ainsi possible de projeter le nombre de nouvelles infections qui sont survenues dans le passé à l'aide du délai entre l'infection et le diagnostic de l'infection et d'en déduire le nombre de personnes non diagnostiquées pour le VIH. À partir du nouveau modèle de rétrocalcul, nous estimons que **28 800 personnes** (19 100-36 700) ignorent leur séropositivité en France fin 2010.

L'InVS a récemment estimé la taille de l'épidémie cachée du VIH par la méthode directe en utilisant les données de **l'enquête de prévalence des hépatites B et C** réalisée en 2004 (69). Parmi les 11 890 sérums testés pour le VIH, dix-huit personnes ont été identifiées comme séropositives, soit une prévalence estimée à 0,065 % (0,03-0,16), représentant, après redressement sur la population française, 29 008 personnes âgées de 18 à 80 ans en France métropolitaine (11 603-70 958). Si on fait l'hypothèse que les personnes qui connaissaient déjà leur séropositivité n'ont pas répondu à cette étude (condition de l'enquête), le chiffre de 29 000 pourrait représenter le nombre de personnes ignorant leur séropositivité en France en 2004. Entre 2005 et 2010, l'InVS a estimé que 43 570 nouvelles infections sont survenues et 40 045 personnes ont découvert leur séropositivité. Ainsi, la taille de l'épidémie cachée a augmenté d'environ 3 500 entre 2005 et 2010, et par conséquent environ **31 500 personnes** (15 100-74 500) ignoraient leur séropositivité fin 2010.

Les 4 méthodes fournissent des estimations proches : entre **24 300 et 31 500 personnes ignorent leur séropositivité en France**. Malgré leurs limites, ces approches sont complémentaires et leur mise en œuvre concomitante permet d'apprécier la robustesse des estimations.

(2) La remise en cause du rapport coût-efficacité favorable du dépistage généralisé du VIH

Dans la plupart des pays européens, le dépistage du VIH est recommandé uniquement dans les populations à risque d'infection par le VIH (70). Plusieurs études conduites aux Etats Unis ont montré que le dépistage volontaire et en routine du VIH à l'ensemble de la population était cliniquement efficace et coût-efficace (6) (7).

Compte tenu de la faible prévalence des infections à VIH non diagnostiquées et du taux plus élevé de tests réalisés en France, les résultats obtenus aux Etats Unis ne peuvent

pas être extrapolés à la France. C'est pourquoi une étude a été réalisée en France en 2010, suggérant qu'au sein de la population générale, un dépistage volontaire en routine du VIH réalisé au moins une fois est coût-efficace, et qu'un dépistage plus fréquent se justifie dans les populations présentant des taux élevés d'incidence du VIH et de prévalence des infections non diagnostiquées (4).

Les résultats de cette étude ont tendance à être remis en question. En effet, une étude française **ANRS/Sidaction** publiée en octobre 2011 sur Archives of Internal Medicine (15), montre que l'intérêt d'un dépistage généralisé aux urgences hospitalières est très modeste. Cette étude avait pour but d'évaluer l'impact d'un dépistage systématique du VIH en routine par test de dépistage rapide (TDR) dans 29 services d'urgences d'Ile de France. Sur 12 754 tests réalisés, une infection à VIH a été découverte chez seulement 18 personnes soit une prévalence de 0,14 %, dont 7 HSH et 10 hétérosexuels originaires d'Afrique Sub-saharienne. Huit infections ont été découvertes à un stade avancé de la maladie. Ainsi, même si le dépistage aux urgences par test rapide semble faisable et bien accepté, celui-ci apparaît à la fois peu efficace, car il découvre peu de nouveaux cas et à un stade assez tardif de l'infection, peu utile car il ne permet de découvrir aucune séropositivité en dehors des groupes à risque déjà ciblés par les campagnes de dépistage, et coûteux car il amène à réaliser un grand nombre de tests. Les auteurs de cette étude arrivent donc à la conclusion que « *cette stratégie ne s'avère pas coût-efficace selon le modèle qui avait permis à la HAS de faire des recommandations de dépistage généralisé en France* ».

Toutefois, les conclusions de cette étude doivent être discutées en tenant compte des résultats de l'étude **ANRS URDEP** menée aux urgences de l'hôpital Bichat et dans 5 autres services d'urgences de la région parisienne entre 2009 et 2011. Les résultats de cette étude, publiés dans PLoS One en octobre 2012, montrent qu'un test rapide de dépistage a été proposé à environ 14 000 personnes avec un taux d'acceptation de 70 %. Au total, 9 072 tests ont effectivement été réalisés et le total des patients nouvellement diagnostiqués séropositifs est de 55, soit une prévalence de 0,61 %. Les auteurs de cette étude estiment quant à eux que « *le dépistage basé sur un test rapide tel qu'on peut le réaliser dans le cadre du fonctionnement habituel des urgences est coût-efficace* » (16).

d) Les opportunités manquées de dépistage

Une étude sur les opportunités manquées (4) a révélé que les personnes chez lesquelles une infection VIH est découverte, ont très fréquemment eu dans le passé d'autres

opportunités de dépistage de l'infection, mais qui ont été manquées alors qu'elles auraient permis une prise en charge plus précoce.

Une opportunité manquée de dépistage du VIH est définie par un contact avec une structure de soins dans les 3 années qui précèdent le diagnostic durant lequel le patient mentionne son appartenance à un groupe à risque, ou lorsque le patient consulte pour des symptômes associés au VIH (symptômes survenus >3 mois avant le diagnostic de VIH), et où le soignant n'a pas proposé de dépistage du VIH.

Dans cette étude, la quasi-totalité des patients (99 %) avait eu un recours aux soins dans les trois ans précédant le diagnostic, dont 84 % ayant consulté un médecin généraliste au moins une fois par an.

Les principaux motifs ayant conduit au diagnostic d'infection VIH chez les 1008 personnes incluses dans l'étude sont la présence de symptômes ou de co-infections dans 56% des cas, un dépistage volontaire à l'initiative du patient dans 26 % des cas et au cours d'un bilan de santé dans 17 % des cas. Le taux de CD4 était plus bas lors du diagnostic devant la présence de symptômes ou de co-infections (CD4 à 254/mm³ [81-490]) que lors du dépistage à l'initiative du patient (CD4 à 431/mm³ [292-592]).

Parmi 191 homosexuels asymptomatiques, 91 (48%) avaient notifié à une structure de soins leur appartenance à ce groupe à risque. Parmi eux, 50 (50/91=55%) n'ont pas reçu de proposition de test VIH au premier contact alors qu'ils avaient mentionné être HSH, ceci donc constituant une opportunité manquée.

De même, parmi 364 patients ayant consulté pour un symptôme pouvant être associé au VIH, 299 (82%) n'avaient pas reçu de proposition de test VIH au premier contact, ceci constituant encore une fois une opportunité manquée.

Cette étude met en évidence un taux d'opportunités manquées de dépistage du VIH très élevé, qu'il s'agisse du dépistage ciblé sur le groupe à risque ou sur les symptômes avec pour conséquence une prise en charge tardive. Les résultats de cette étude confirment donc la nécessité d'un dépistage systématique dans les structures de soins primaires, notamment les médecins généralistes.

3. Analyse critique de l'étude

a) L'échantillon interrogé est insuffisant

Il n'a pu être récupéré seulement 150 questionnaires pendant la durée de l'étude. Le nombre de questionnaires nécessaires pour obtenir un résultat significatif n'a pas été établi avant le début de l'étude. Une seule étude de ce type a déjà été réalisée. Il s'agit d'une thèse de médecine générale réalisée par Merouane SEGHOUANI et présentée en septembre 2012. Le nombre de personnes à inclure dans leur étude pour atteindre un résultat significatif devait être de 162 en se basant sur le taux d'acceptabilité retrouvé dans l'étude menée aux urgences de l'Hôpital Louis Mourier qui était de 88 % (13), avec un niveau de confiance de 95% et une précision de l'ordre de 5 %.

Le manque d'informations dans la salle d'attente des médecins, la longueur et le caractère peu attractif du questionnaire peuvent expliquer en partie ce faible taux de participation. Une affiche en salle d'attente bien mise en évidence aurait peut-être pu attirer l'attention des patients et augmenter leur participation. De la même manière, un questionnaire plus court aurait certainement incité les patients à participer à l'étude.

b) L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale

L'échantillon étudié est majoritairement jeune et féminin. Il existe certainement un biais de sélection puisque les deux médecins choisis pour participer à cette étude ont une patientèle jeune et particulièrement féminine pour le médecin A. Par ailleurs, il existe un autre biais de sélection puisque les patients plus âgés suivis depuis longtemps par leur médecin, et principalement ceux du médecin B, ne venaient pas en consultation les jours où moi je consultais. Ils préféraient effectivement attendre de voir leur médecin, expliquant certainement le caractère jeune de mon échantillon.

c) L'échantillon de médecins

Le questionnaire n'a été distribué que chez les deux médecins généralistes avec lesquels je travaillais durant mon stage : un homme exerçant en milieu urbain et une femme exerçant en milieu semi-rural. De toute évidence, il apparaît difficile de transposer les résultats obtenus chez ces deux médecins à ceux qui auraient pu être obtenus avec l'ensemble des médecins généralistes, même si cela nous permet d'en avoir le reflet.

Enfin, le faible échantillonnage des médecins ne nous a pas permis d'analyser le rôle du sexe, de l'âge et du lieu d'exercice du médecin dans le dépistage du VIH. Les jeunes médecins sont-ils plus à l'aise pour parler de sexualité et de l'infection VIH avec leurs patients ? Ont-ils eu, au cours de leurs études, une formation leur permettant d'aborder plus facilement ces sujets ? L'âge ou le sexe des médecins a-t-il une influence sur le dépistage du VIH ? Toutes ces questions n'ont pas pu être étudiées lors de cette étude et restent en suspens.

d) L'élaboration du questionnaire

L'élaboration du questionnaire n'a pas été suffisamment rigoureuse, et ceci a été à l'origine de difficultés lors de l'interprétation des résultats. Il aurait fallu qu'il soit validé par un médecin statisticien avant d'être distribués.

Le questionnaire était trop long. Certaines questions n'étaient pas suffisamment précises (question 21 notamment) et sont à l'origine de difficultés lors de l'interprétation des résultats et n'ont donc pas pu être exploitées. En revanche, par souci de précision, j'ai voulu utiliser des questions à choix multiples (question 9, 10, 14, 20, 23, 24), qui ont rendu l'analyse des résultats plus difficile.

Enfin, ce type de questionnaire avec des questions fermées implique un biais de complaisance. En effet, la personne peut orienter ses réponses en fonction de celles qu'elle croit attendues par son médecin.

e) Le recueil du questionnaire

Le recueil du questionnaire a présenté des difficultés. Dans un premier temps, le questionnaire était laissé à la disposition des patients dans la salle d'attente. Mais, peu de questionnaires (moins d'une dizaine en quinze jours) ont ainsi pu être récupérés. Le manque de visibilité du questionnaire et l'absence d'affiche dans la salle d'attente en sont probablement la cause. La longueur du questionnaire peut également expliquer ce résultat. En effet, le remplissage du questionnaire nécessitait un certain temps expliquant que parfois je ne proposais pas le questionnaire au patient (manque de temps, retard dans le déroulement des consultations) ou que celui-ci ne l'acceptait pas.

Par ailleurs, ce système de recueil de données implique une participation volontaire des patients et est à l'origine d'un biais d'autosélection.

Ensuite, le questionnaire devait être distribué par la secrétaire à l'arrivée du patient au cabinet. Mais encore une fois peu de questionnaires ont pu être récupérés par manque de disponibilité et de temps de la secrétaire.

Enfin, le questionnaire a été distribué en consultation directement au patient qui pouvait le remplir sur place ou secondairement. Ce système de recueil est à l'origine d'un biais de sélection laissant au médecin le choix de distribuer ou non le questionnaire en fonction du temps disposé mais aussi, on peut l'imaginer, en fonction du patient qu'il a en face. De plus, le fait que le patient reçoive le questionnaire directement du médecin et qu'il le remplisse en face de lui est à l'origine d'un biais d'observation.

E. Pistes d'évolution

1. Vers un dépistage ciblé généralisé

Même si le dépistage systématique de la population au sein notamment des services d'urgence semble être efficace (prévalence du VIH non diagnostiqué supérieure à 0,1 % (15)(16)), au moins en Ile-de-France, il apparaît également difficilement faisable à mettre en place et surtout très coûteux.

Y. Yazdanpanah et K. Champenois dans la Lettre de l'Infectiologue confirment « *que tendre vers un dépistage généralisé du VIH semble être une des solutions les plus efficaces pour détecter le maximum de personnes infectées par le VIH, quelles que soient leurs caractéristiques et leur perception du risque* ». Toutefois, ils insistent également sur les questions de faisabilité et de coût qu'implique un tel dépistage. Ils vont même jusqu'à proposer « *un dépistage qui soit à la fois généralisé et ciblé* ». Il s'agirait de proposer « *le dépistage de façon généralisée, soit à une zone géographique où la prévalence du VIH est élevée, soit à une population donnée, notamment les hommes, chez qui l'incidence et la prévalence du VIH sont beaucoup plus élevées que chez les femmes* » (71).

Ainsi, la notion de dépistage généralisé laisse peu à peu place à celle de **dépistage ciblé généralisé** qui semblerait intéresser principalement les homosexuels et les hétérosexuels originaires d'une zone à prévalence élevée du VIH. Toutefois, un tel dépistage fait déjà débat dans la mesure où il pourrait être à l'origine également d'une stigmatisation. Quelle que soit la politique de dépistage envisagée, le choix doit être fait en concertation étroite avec les médecins généralistes, afin qu'ils y adhèrent.

2. Vers l'utilisation des tests de dépistage rapides en médecine générale

L'HAS recommandait dès 2009 le développement de l'utilisation des TDR (test de dépistage rapide) ou TROD (test rapide à orientation diagnostique) en cabinets de médecine générale, afin de faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque, et afin d'améliorer l'accès aux résultats du dépistage (10).

Les TDR ont déjà montré leur intérêt notamment dans le milieu associatif pour permettre l'accès au dépistage des personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas avoir recours au système de dépistage classique (55) (54).

Mais quelle est la place du TDR en cabinet de médecine générale ? Le Baromètre Santé Médecins Généralistes de 2009 révèle que la grande majorité des médecins ne considère pas l'annonce d'un test positif comme un frein à l'utilisation du test rapide : 42,8 % ne le considèrent « pas du tout » comme un frein et 27,7 % « plutôt pas ». En revanche, plus de la moitié des médecins considèrent que la durée de réalisation du test, le manque de formation ou le risque d'erreur constituent quant à eux un frein à l'utilisation des tests rapides en cabinet (56).

Ces constats sont confirmés par les résultats obtenus en 2012 par l'étude DEPIVIH, réalisée auprès d'une centaine de médecins généralistes visant à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité des TROD en médecine libérale (53). En effet, 42 % des médecins font état de difficultés dans la réalisation du test, quasiment toutes liées au recueil de la goutte de sang mais aussi au caractère chronophage de la procédure (30 minutes étaient nécessaires à la réalisation du test). Néanmoins, 6 médecins sur 10 se déclarent prêts à utiliser le principe du TROD dans leur pratique quotidienne. Les raisons principales données par les praticiens défavorables à cette idée sont la difficulté d'utilisation, le manque de temps et la demande des patients jugée insuffisante. Les auteurs de cette étude concluent donc que « *le dépistage du VIH par TROD en cabinet de médecine générale rencontre une très forte acceptabilité et un haut degré de satisfaction de la part des patients, et qu'il est nécessaire de former les médecins à cet outil et d'améliorer la présentation technique du produit* ».

3. Vers le développement des réseaux de santé sexuelle

Certains problèmes de santé publique, au premier rang desquels le Sida, ont fait prendre conscience de l'importance de la notion de santé sexuelle et donc des comportements qui permettent de la conserver et de l'améliorer. Ce concept n'est pas nouveau puisqu'il a été défini par l'OMS dans les années 1972-1975 à partir du concept de la

santé de 1946 (« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »). Grâce notamment à l'apparition de la contraception orale et à la révolution sexuelle des années 60, ce concept a progressivement évolué avec une attention particulière aux côtés plaisants et agréables de la sexualité.

En 2002, l'OMS a inscrit cette notion au cœur de ses préoccupations et définit la notion comme suit : « *La santé sexuelle est **un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social** associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du **plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence**. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. (...) La sexualité est influencée par des **facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels**.* »

Actuellement, la notion de santé sexuelle est utilisée comme fondement pour la mise en place de programmes de santé publique dans de nombreux pays.

En France, le premier centre de santé sexuelle a été créé à Paris en 2009. Ce centre, baptisé « 190 », dont la conviction est que la santé sexuelle est un élément fondamental de la santé et de la qualité de vie est à la fois un centre de santé et un lieu associatif. Il réunit plusieurs « services » liés à la sexualité et au VIH : dépistage, information, soins, suivi. Le centre « 190 » s'adresse à toutes les personnes dont la sexualité peut constituer un obstacle à l'entrée dans des centres de santé classiques, et plus particulièrement les personnes homosexuelles. L'originalité de ce centre réside dans le fait que les personnes pourront à la fois se faire dépister, se faire soigner et se faire suivre si elles sont séropositives. Il s'appuie sur une équipe réunissant des professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues, sexologues) et des professionnels de l'écoute issus du milieu associatif.

Le premier réseau de santé sexuel a été mis en place dans la région des Pays de la Loire à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Son rôle, défini dans un rapport de novembre 2012, est de « *de participer à l'amélioration du bien-être affectif et sexuelle de la personne par le développement et la promotion d'une approche globale positive et non-normative de la santé sexuelle* » (72). Ses objectifs sont de :

- *De coordonner les acteurs et organisations investis sur le champ de la santé sexuelle dans la région des Pays de la Loire,*
- *D'optimiser les moyens dédiés à la prévention, le soin et l'éducation en santé sexuelle, afin de pallier à l'hétérogénéité territoriale de l'offre,*

- *De prendre en compte les problématiques et pathologies liées à la vie sexuelle et affective, et ainsi de favoriser la fluidité du parcours de soins des usagers.*

Le réseau intervient dans plusieurs domaines appartenant aussi bien à la prévention qu'au soin :

- **éducation à la sexualité et éducation à la vie affective,**
- **prévention et réduction des risques sexuels** (contraception, IST, VIH, grossesse non prévue, IVG...),
- **relations filles/garçons,**
- **identité sexuelle, orientation sexuelle, rôles sexuels,**
- **lutte contre les violences** (envers les femmes, sexuelles, mutilations génitales, inceste, sexisme...),
- **médias et sexualité,**
- **santé sexuelle en contexte interculturel,**
- **précarité et santé sexuelle,**
- **santé mentale et sexualité, handicap et sexualité,**
- **maladie chronique et sexualité.**

Conclusion

Les résultats attendus par l'application du plan VIH 2010-2014 sont une augmentation du nombre de sérologies VIH réalisées et du nombre de sérologies positives. L'objectif de ce plan est de permettre d'une part une augmentation du nombre de diagnostics à un stade asymptomatique et d'autre part une diminution du nombre de diagnostics au stade Sida ou avec un taux de $CD4 < 200/mm^3$.

Néanmoins, fin 2012, on constate une augmentation modérée du nombre de sérologies VIH réalisées en 2011, mais surtout une absence d'augmentation du nombre de sérologies positives et une stabilité du nombre de diagnostics à un stade asymptomatique.

Notre étude confirme le caractère acceptable du dépistage systématique par la population générale mais révèle des difficultés quant à la faisabilité d'un tel dépistage. Ces difficultés sont liées au scepticisme de certains médecins généralistes sur l'intérêt d'un tel dépistage et aux conditions d'exercice en libéral. En effet, la difficulté à aborder le sujet de la sexualité et du VIH avec les patients, le manque de temps, de formation et d'entraînement pour proposer et rendre le test peuvent expliquer ces difficultés.

Il semble donc nécessaire de poursuivre le renforcement du dépistage du VIH en France et notamment en médecine générale. En revanche, il apparaît au vu des dernières études, indispensable de se poser des questions quant à l'intérêt d'un dépistage généralisé de la population hors notion d'exposition à un risque de contamination. Même s'il apparaît comme acceptable par la population et faisable dans les services d'urgence et les CDAG, il ne permet pas de diagnostiquer de nombreux nouveaux cas et de dépister des personnes qui s'ignorent hors population à risque déjà identifiée. Par ailleurs, il s'avère très coûteux.

Ces résultats renforcent la notion d'un dépistage ciblé généralisé avec un dépistage en routine pour des groupes de personnes prédéfinis : les homosexuels et les hétérosexuels originaires d'une zone à prévalence élevée du VIH.

Le médecin généraliste doit trouver sa place au sein de ce dépistage ciblé généralisé. En effet, sans réaliser un dépistage systématique de toute sa patientèle, il doit être capable d'identifier les personnes à risque de contamination et les symptômes pouvant être reliés au VIH ainsi que les « situations » à prévalence élevée ($> 0,1\%$) observées en ville. De plus, il doit pouvoir aborder facilement le sujet de la sexualité en consultation et repérer les circonstances favorisant la proposition d'un test.

Pour le soutenir dans cette participation active, il est certainement souhaitable de renforcer le lien entre le médecin de ville et le milieu spécialisé. Dans notre région des Pays de la Loire, ce partenariat pourrait être soutenu par la création du réseau de santé sexuelle.

Annexes

Questionnaire

Situation géographique du médecin : urbain ☐ semi-rural ☐ rural ☐

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Son objectif est d'évaluer l'acceptabilité du dépistage du VIH au sein de la population générale. Il s'intègre dans le plan VIH 2010-2014 proposé par la Haute Autorité de Santé reposant sur un dépistage généralisé de la population entre 15 et 70 ans.

1. Vous êtes : ☐ Un homme. ☐ Une femme.
2. Année de naissance :
3. Quelle est votre catégorie professionnelle ? (cochez une seule réponse)

☐ Agriculteur exploitant.	☐ Employé.
☐ Artisan, commerçant et chef d'entreprise.	☐ Ouvrier.
☐ Cadres supérieurs et professions libérales et artistes.	☐ Retraité.
☐ Cadres moyens, contremaîtres et clergé.	☐ Etudiant.
☐ Aucune activité professionnelle.	
4. Quelle est votre situation maritale ?
☐ Célibataire. ☐ Marié(e)/pacsé(e). ☐ Concubin(e). ☐ Séparé(e)/Divorcé(e). ☐ Veuf(e).
5. Avez-vous des enfants ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, nombre d'enfants :
6. Votre médecin traitant est-il? ☐ Un homme ☐ Une femme
7. Depuis combien d'années êtes-vous suivi(e) par lui ?
☐ Moins de 1 an. ☐ Entre 1 et 5 ans. ☐ Entre 5 et 10 ans. ☐ Plus de 10 ans.
8. En moyenne, combien de fois par an consultez-vous votre médecin traitant ?
☐ Moins de 3 fois par an. ☐ Entre 3 et 10 fois par an. ☐ Supérieur à 10 fois par an.
9. Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre médecin traitant et/ou votre gynécologue ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Oui, au cours de la prescription de la pilule.	
☐ Oui, après un rapport sexuel à risque.	
☐ Oui, à la suite d'une Infection Sexuellement Transmissible.	
☐ Oui, au moment de l'adolescence.	
☐ Oui, au cours d'une consultation quelconque.	
☐ Oui, à une autre occasion.	Si oui , laquelle :
☐ Non, à aucun moment.	
10. Pensez-vous avoir été informé(e) et sensibilisé(e) sur le VIH/Sida? (plusieurs réponses possibles)
☐ Au cours de vos études.

- ☐ Par votre entourage.
- ☐ Par internet / par les médias/ par la presse.
- ☐ Par votre médecin traitant.
- ☐ Par votre gynécologue.
- ☐ Par un autre professionnel de santé. **Si oui, lequel :.....**

11. Pour vous, le VIH/Sida reste t-il toujours la conséquence de conduites particulières et/ou comportements à risque ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Aucun avis.

12. Pensez-vous que le VIH/Sida concerne l'ensemble de la population ?

- ☐ Oui
- ☐ Non, car ça ne concerne que les populations à risque.
- ☐ Aucun avis.

13. Le VIH/Sida reste t-il pour vous une maladie grave ? ☐ Oui ☐ Non

14. Avez-vous déjà entendu parler du dépistage du VIH/Sida généralisé à l'ensemble de la population entre 15 et 70 ans ? (plusieurs réponses possibles) ☐ Oui, par mon médecin traitant.

- ☐ Oui, par mon gynécologue.
- ☐ Oui, par internet ou la presse.
- ☐ Oui, par le biais des affiches dans la salle d'attente de mon médecin généraliste.

- ☐ Oui, par mon entourage.
- ☐ Oui, par un autre moyen. **Si oui, lequel :.....**
- ☐ Non, je n'en ai jamais entendu parler.

15. Vous-même, avez-vous ou avez-vous eu un jour la crainte d'être contaminé ? ☐ Oui. ☐ Non. ☐ Ne sait pas.

16. Pensez-vous être suffisamment informé sur les situations à risque de contamination par le VIH/Sida ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Aucun avis.

17. Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du VIH/Sida au cours de votre vie? ☐ Oui ☐ Non

Si oui continuez, si non allez à la question 23.

18. Combien de fois avez-vous bénéficié de ce dépistage ? ☐ Une fois. ☐ 1 à 5 fois. ☐ Plus de 5 fois

19. De quand date votre dernière sérologie ?

- ☐ Moins d'1 an.
- ☐ Entre 1 et 5 ans.
- ☐ Entre 5 et 10 ans.
- ☐ Plus de 10 ans.

20. A quelle occasion ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Sur le conseil de mon médecin traitant.
- ☐ Lors de la prescription de la première pilule.
- ☐ Lors du suivi gynécologique.
- ☐ Lors d'une grossesse.
- ☐ Lors de la réalisation du certificat prénuptial.
- ☐ Suite à un rapport sexuel à risque.

- ☐ Lors de l'arrêt du préservatif au cours d'une relation suivie.
 - ☐ Lors d'un don du sang.
 - ☐ Après l'utilisation de drogue intraveineuse.
 - ☐ Autres : bilan préopératoire, après un accident d'exposition au sang,
- prêt d'assurance...

Préciser :

21. Dans quelle condition ? ☐ Sur prescription médicale.
☐ Sans prescription médicale.

22. Au moment de ce dépistage, avez-vous reçue une information ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, vous a-t-elle paru suffisante ? ☐ Oui ☐ Non

23. Si vous n'avez pas bénéficié de dépistage du VIH/Sida, indiquez pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous pensez ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du VIH/Sida.
- ☐ Vous pensez que les tests ne sont pas fiables.
- ☐ Vous ne savez pas où vous adresser.
- ☐ Vous avez peur de connaître le résultat du test
- ☐ Vous auriez peur que quelqu'un apprenne votre séropositivité.
- ☐ Le test coûte trop cher.
- ☐ Vous n'y avez jamais pensé.

24. Pensez-vous que votre médecin traitant est le mieux placé pour proposer le dépistage du VIH/Sida ?
☐ Oui ☐ Non

- Si non, pourquoi ? ☐ Vous pensez que votre médecin traitant n'est pas le plus apte à traiter ce sujet.
☐ Vous avez des difficultés à aborder des questions intimes avec votre médecin.
☐ Vous avez peur que cela ne reste pas confidentiel.
☐ Autres :

25. Êtes-vous favorable au dépistage de l'ensemble de la population générale entre 15 et 70 ans ?

- ☐ Très favorable. ☐ Pas favorable.
- ☐ Plutôt favorable. ☐ Aucun avis.

26. Si vous souhaitiez faire un dépistage du VIH/Sida, préféreriez-vous le faire en dehors du cabinet de votre médecin traitant ?

- ☐ Oui ☐ Non

- Si oui, où préféreriez-vous le faire ? ☐ Dans un centre de dépistage anonyme et gratuit. (CDAG)
☐ Dans un laboratoire d'analyse médicale avec ou sans ordonnance.
☐ Auprès d'un autre professionnel de santé (ex : un gynécologue).
☐ Dans un centre de planning familial.
☐ Autres :

Merci de votre participation à ce questionnaire.

Elodie Chapelet.

Bibliographie

1. Cazein F, Le Strat Y, Le Vu S, Pillonel J, Lot F, Couturier S, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012; (46-47):529-33.
2. Supervie V., Ndawinz J, Costagliola D. Les nouvelles estimations de la population non diagnostiquée pour le VIH en France. Séminaire de recherche de l'ANRS; 3-4 mai 2012, Paris, France. Disponible à: <http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Clinique/Actualites/Les-presentations-du-symposium-de-recherche-fondamentale-et-du-seminaire-de-recherche-Anrs-sont-disponibles>.
3. Supervie V, Ndawinz JD, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. HIV in Europe Conference. Copenhagen, Danemark, 18-20 mars 2012.
4. Champenois K., Cousien A., Cuzin L., Le Vu S, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly diagnosed HIV-infected patients in France. HIV in Europe Conference. Copenhagen, Danemark, 18-20 mars 2012.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2006; 55 (No. RR-14). Disponible sur <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5019.pdf>.
6. Paltiel AD, Walensky RP, Schackman BR, Seage GR 3rd, et al. Expanded HIV screening in the United States: effect on clinical outcomes, HIV transmission, and costs. *Ann Intern Med.* 2006; 145 (11): 797-806.
7. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage GR 3rd, et al. Expanded screening for HIV in the United States- an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med.* 2005; 352 (6): 586-95.
8. Yazdanpanah Y, Sloan C, Charlois-Ou C, Le Vu S, et al. Dépistage en routine du VIH en population générale en France : estimation de l'impact clinique et du coût-efficacité. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010; (45-46): 455-460.
9. Yazdanpanah Y, Sloan C, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. *Plos ONE.* 2010;5(10):e13132.
10. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositifs de dépistage. Recommandations en santé publique. 2009.
11. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé et des Sports [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
12. Picard O, Valin N, Fonquernie L, Ouazene Z, Guyon H, Morand Joubert L, et al. Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010-janvier 2011). *Bull Epidemiol Hebd.* 2011; (42): 438-31.

13. Mortier E, Ichou H, Nikpay F, Simonpoli AM. Acceptabilité du dépistage rapide du VIH dans un service d'urgence hospitalier d'Ile-de-France, janvier-avril 2008. Bull Epidemiol Hebd. 2008; (45-46):457-60.
14. Crémieux A, Wilson d'Almeida K, Kierzek G, de Truchis P, et al. Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'Île-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-août 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2010; (45-46): 460-63.
15. D'Almeida KW, Kierzek G, De Truchis P, et al. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. Archives of Internal Medicine, 2011.
16. Casalino E, Costagliola D, et al. Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area : results from the ANRS URDEP study. PLoS One, 2012, vol.7, n°10, 8 p.
17. ONUSIDA. Le point sur l'épidémie du Sida, 2010. Genève: ONUSIDA. ISBN 978-92-9173-872-4.
18. ONUSIDA. Le point sur l'épidémie du Sida, 2011. Genève: ONUSIDA. ISBN 978-92-9173-908-0.
19. Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F, Bousquet V, Le Vu S, et al. Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011; (43-44):446-54.
20. YENI, P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010. Recommandations du groupe d'experts. Paris: La Documentation Française; 2010. ISBN 978-2-11-008271-8. Disponible à : <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicae-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>. 2010.
21. Pillonel J, Cazein F. Nombre de personnes touchées par le VIH (prévalence du VIH). In Institut de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles en France- 10 ans de surveillance, 1996-2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. p32-37. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/rapport_vih_SIDA_10_ans.pdf.
22. Institut de veille sanitaire. Dossier de presse: données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST. 1er décembre 2011. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Dossiers-de-presse/Dossier-de-presse-donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST.-1er-decembre-2011>.
23. Institut de Veille Sanitaire. Journée mondiale de lutte contre le sida : données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST en France. Novembre 2012. Communiqué de presse. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiques-de-presse/2012/Journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST-en-France>.
24. Institut de Veille Sanitaire. Données issues de la déclaration obligatoire du Sida au 31 décembre 2011. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/BDD_sida/index.htm.
25. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire avec la collaboration de l'InVS. VIH et Sida. Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2010. Novembre 2011.

26. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010 ; (45-46) : 473-6.
27. Velter A, Bouyssou-Michel A, De Busscher PO, Jauffret- Roustide M, Semaille C. Enquête Presse Gay 2004/ rapport. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007. ISBN 978-2-11-096766-4. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf.
28. Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J, et al. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens. *Prévagay* 2009. Numéro thématique- l'infection à VIH-Sida en France en 2009: dépistage, nouveaux diagnostics et incidence. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010 (45-46). 464-7.
29. Institut de Veille Sanitaire, Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales. Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011: enquête sur les modes de vie, la sexualité et la santé des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et des femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL_ReunionAssos_2012.pdf.
30. Setbon M. La normalisation paradoxale du Sida. *Revue de sociologie française.* 2000. vol.41, n° 1, 61-78p. Disponible sur: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_1_5239.
31. République Française. Arrêté du 23/07/1987 modifiant l'arrêté du 17 mai 1976 relatif aux prélèvements de sang. *Journal Officiel.* 24/07/1985.
32. République Française. Circulaire DGS/3B/498 du 01/06/1987 relative au dépistage systématique des anticorps anti-VIH chez les donneurs d'organe.
33. Heard M. Un nouveau paradigme en santé publique : droits individuels et VIH/Sida. 25 ans d'action publique en France. Thèse de doctorat. Paris, 2007.
34. De Cock K.M, Johnson A.M. From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *BMJ* 1998; 316 (7127): 290-3.
35. Ministère de la Santé. Décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L.355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine. *Bulletin Officiel du Ministère de la santé*, 1988, n°88-28 bis.
36. De Cock K.M. 8e CROI, Chicago, 5/02/2001.
37. De Cock KM, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent : public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet*, 2002, 360, 67-72.
38. ONUSIDA, OMS. Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH. 2004.
39. Conseil National du Sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Suivi de recommandations, adopté lors de la séance plénière du 16 novembre 2006 sur proposition de la commission« Dépistage ». Paris: CNS; 2006.

40. OMS, ONUSIDA. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé _ Genève : OMS, 2007, 56 p. [58].
41. Yéni P. Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2008. Recommandations du groupe d'experts, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Ed Flammarion Médecine Sciences; 2008.
42. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage. Recommandations en santé publique. Octobre 2008.
43. Conseil National du SIDA. Le traitement comme outil de prévention. Publié dans transcriptase n°141. Avril 2009.
44. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir. Ther.* (Lond.).2007; 12 (1):89-96.
45. Lewden C, Chene G, Morlat P, Raffi F, Dupon M, Dellamonica P, et al. HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. *J.Acquir. Immune. Defic. Syndr.* 2007 Sep 1;46 (1): 72-77.
46. Marks G, Crepaz N, Senterfitt J, et al. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2005. 39(4): p 446-53. ISSN 1525-4135.
47. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med*, 2000, 342: 921-929.
48. Tyndall MW, et al. Intensive injection cocaine use as a primary risk factor for HIV seroconversion in a cohort of poly-drug users in Vancouver, Canada, ThOrC1394.
49. Das M et al. Success of Test and Treat in San Francisco? Reduced Time to Virologic Suppression, Decreased Community Viral Load, and Fewer New HIV Infections, 2004 to 2009 », CROI 2011, Abstract # 1022 Montaner JS et al., « Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study », *Lancet*, 376:532-539, 2010.
50. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française- 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;
51. Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisations du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence. Journal officiel de la République française,2010, texte 31 sur 148.

52. Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). Journal officiel de la République française, 2010, texte 19 sur 147.
53. Gauthier R. DEPIVIH. Etude de faisabilité et d'acceptabilité de la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VIH par les médecins de villes en France. Thèse Doctorat en médecine. Oct 2011.
54. Rouzioux C, Le Talec JY, Kreplack G, et al. CheckPoint-Paris : un dispositif fonctionnel, attractif et informatif. *Transcriptases hiver 2010-2011*; (145): 30-2.
55. Champenois K, Le Gall JM, Jacquemin C, et al. ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open* 2012;2:e000693.
56. Lert F, Lydié N., Richard JB. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH: nouveaux enjeux, nouvelles pratiques? In Gautier A dir., *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint Denis: Inpes, coll Baromètre santé, décembre 2010.
57. Seghouani M. Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage systématique du VIH en Médecine générale. Thèse Doctorat en médecine. Sept 2012.
58. Montaut A., Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État Ministère de la Santé et des Sports. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. N°717. Février 2010. [Internet]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>
59. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales. Enquête en médecine libérale novembre 2000.
60. Gruaz D, Fontaine D, Gue O. Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. 2003.
61. Loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit.
62. Saboni L, Beltzer N, et le groupe KABP France. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IRéSP-DGS. *Bull Epidemiol Hebd*. 2012; (46-47). 525-29.
63. Thompson A, Cridford R, Rayment M, Mguny S, Gidwani S, Rae C, et al. Patients and staff attitudes towards routine HIV testing programmes in general healthcare settings in London. International AIDS Conference, July 18-23, 2010.

64. Garry B. Etat des lieux ds pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes métropole. Thèse d'exercice de médecine. Nantes: Université de Nantes, UFR de médecine et des techniques médicales, 2010, 1 vol (87f).
65. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *AIDS*. 2007 Juil 31;21 (12): 1617-164.
66. Pialoux et al. Dépistage du VIH en médecine générale. Journées Nationales d'Infectiologie 2011.
67. Deuffic-Burban S, Costagliola D. Including pre-AIDS mortality in back-calculation model to estimate HIV prevalence in France, 2000. *Eur J Epidemiol* 21:389-96.
68. Données de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur le nombre de patients bénéficiant de l'affection de longue durée au titre du VIH.
69. Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Le Vu S, Lot F, et al. Prevalence and characteristics of individuals with undiagnosed HIV Infection in France: evidence from a surey on hepatitis B and C seroprevalence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60(4): e114-7.
70. Mounier-Jack S, Nielsen S, Coker RJ. HIV testing strategies across European countries. *HIV Med*. 2008; 9 Suppl 2: 13-9.
71. Champenois K, Yazdanpanah Y. Dépistage du VIH, stratégie ciblée ou généralisée? HIV: targeted or universal testing? *La lettre de l'Infectiologue*. juillet-août 2012. Tome XXVII (4): 144-45.
72. COREVIH Pays-de-la-Loire, Rambaud-Greslier F. Préfiguration d'un réseau régional en santé sexuelle. Rapport. Expérimentation pour une organisation régionale. Novembre 2012.

Acceptabilité du dépistage systématique du VIH par la population générale

En 2011, 6 100 personnes ont découvert leur séropositivité et plusieurs dizaines de milliers de personnes infectées par le VIH [24 300- 31 500] ne sont toujours pas diagnostiquées. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2009 et par la suite du plan VIH 2010-2014 préconisent un dépistage systématique du VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination. Nous avons voulu étudier l'acceptabilité d'un tel dépistage en cabinet de médecine générale.

Il s'agit d'étude prospective descriptive, menée chez deux médecins généralistes de Loire-Atlantique sur une période de trois mois, d'août à octobre 2011. Un questionnaire visant à évaluer l'acceptabilité du dépistage systématique du VIH a été proposé à la population âgée de 15 à 70 ans consultant au cabinet et ce quel que soit le motif de consultation.

Au cours de cette période, 108 femmes et 42 hommes ont répondu au questionnaire. Plus d'un tiers des personnes n'avaient jamais parlé de sexualité avec leur médecin et n'avaient jamais réalisé de test de dépistage au cours de leur vie. Plus de la moitié (61,5%) des personnes n'ayant jamais fait de test de dépistage estimait ne pas être à risque de contamination. Près d'un tiers des personnes n'avaient jamais entendu parler du dépistage généralisé du VIH à l'ensemble de la population. 84% des personnes estimaient que leur médecin était le mieux placé pour proposer un test de dépistage et 87,3% se déclaraient favorables à ce dépistage. Dans 75,3% des cas, le cabinet du médecin généraliste était choisi comme lieu préférentiel du dépistage.

La proposition systématique du dépistage du VIH en médecine générale semble bien acceptée par les patients mais difficilement réalisable. La notion de dépistage systématique semble laisser place à celle d'un dépistage ciblé généralisé. Sans réaliser un dépistage de l'ensemble de sa patientèle, le médecin généraliste doit être capable d'identifier les personnes à risque de contamination et les symptômes pouvant être reliés au VIH. Dans cette démarche, le médecin généraliste pourra travailler en partenariat avec le réseau de santé sexuelle de Loire-Atlantique mis en place récemment.

Mots-clés : Dépistage du VIH, Acceptabilité, Médecine générale.