

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 38

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE GENERALE

Par

GARRY, Bérengère

Née le 10/07/1981 à Alençon

Présentée et soutenue publiquement le 06 novembre 2009

ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE DEPISTAGE DU VIH
DES MEDECINS GENERALISTES DE NANTES METROPOLE
EN 2008

Président : Monsieur le Professeur François RAFFI

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Michel BESNIER

TABLES DES MATIERES

GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	4
A. La première phase de 1980 à 1985 : l'indifférence, l'ignorance	4
B. La deuxième phase de 1985 à 1996 : une mobilisation exceptionnelle, la mise en œuvre de réponses.....	5
C. La troisième phase de 1996 à nos jours : la normalisation.....	13
I. PREMIERE PARTIE: méthode et moyens	16
A. Contexte et objectifs de cette étude	16
B. Méthode	17
1. Choix d'une étude par questionnaire	17
2. Inclusion dans l'étude	17
3. Le questionnaire	18
4. Envoi et réception.....	21
5. Exploitation des résultats.....	21
II. DEUXIEME PARTIE : RESULTATS	22
A. Participation.....	22
B. Résultats	22
1. Pratiques de dépistage	22
2. Les difficultés à la proposition d'un test de dépistage et l'abord du thème de la sexualité en médecine générale.....	26
3. L'implication des médecins face à la pathologie VIH	28
4. Influence de la fréquence mensuelle moyenne de prescription de tests VIH sur le dépistage de certaines catégories de population et dans certaines situations.....	29
5. Influence du suivi de patients séropositifs.....	32

6.	Influence de la connaissance du réseau	33
7.	Pratiques de dépistage du VIH et intérêt pour les propositions de formations	35
III. TROISIEME PARTIE: DISCUSSION		36
A.	Méthode	36
B.	Limites de l'étude	37
C.	Résultats	38
1.	Le dépistage en Pays de la Loire	38
2.	Caractéristiques démographiques des médecins généralistes du territoire nantais	39
3.	Les pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole	39
a.	Le dépistage en fonction des situations	39
b.	Dépistage par catégories de patients	44
c.	Les difficultés rencontrées par les médecins autour du test de dépistage du VIH	53
d.	Les changements dans les pratiques de dépistage	59
e.	Les facteurs influençant le dépistage du VIH et les souhaits des médecins en termes de formation	69
CONCLUSION		76
BIBLIOGRAPHIE		78
ANNEXES		85

GLOSSAIRE

ADELI	Automatisation DEs LIstes.
AES	Accident d'Exposition au Sang
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC	Centers for Disease Control and prevention
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	Conseil National du Sida
COREVIH	Coordination Régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine
CPEF	Centres de Planification et d'Éducation Familiale
CRIPS	Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
CUN	Communauté Urbaine de Nantes
DGS	Direction Générale de la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique.
HIV	Virus de l'Immunodéficience Humaine
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INVS	INstitut de Veille Sanitaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITG	Interruption Thérapeutique de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
KABP	Knowledge, Attitude, Belief and Practice
MG	Médecins Généralistes
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
REVIH-Hep	REseau Ville Hôpital Vih-Hépatites
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
STD	Sexually Transmitted Diseases
UDI	Utilisateurs de Drogues Intraveineuses
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'apparition de l'infection à VIH dans les années 1980 entraîne une révolution dans le monde médical. Elle fragilise la société en faisant réapparaître une notion qui semblait avoir disparue : l'épidémie grave [1].

Depuis bientôt 30 ans, cette infection sévit toujours.

En 2006, on estime à :

- 33 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde entier [2].
- A 740 000 celui des personnes séropositives en Europe de l'Ouest et Centrale [3].
- Entre 106 000 et 134 000 celui des personnes séropositives vivant en France [4].

Ces chiffres permettent de se rendre compte de l'importance de cette pathologie au niveau mondial et national.

En France, des politiques, en particulier de dépistage du VIH, ont été mises en œuvre pour lutter contre cette nouvelle infection.

Ces stratégies spécifiques ont guidé l'exercice des professionnels, dont celui du médecin généraliste, un des intervenants principaux dans le domaine de la prévention.

Il semble intéressant de s'appuyer sur l'histoire du Sida qui a évolué, d'après M. Setbon [5], chronologiquement en 4 phases (que nous simplifierons en 3), déterminées par les réactions sociales face à cette infection. En effet, celles-ci ont induit des réponses politiques qui sont les bases des stratégies nationales et guident les comportements des soignants, dont les médecins généralistes font partie, dans les démarches préventives.

A. La première phase de 1980 à 1985 : l'indifférence, l'ignorance

Dans un premier temps, le fait que le Sida ait touché des populations spécifiques, homosexuels et toxicomanes, faisait attribuer le risque de contamination à des comportements particuliers et à des groupes à risque. Ceci expliquait l'indifférence de la population générale, confortée par un large déni de la population médicale.

Tout se passait comme-ci le fait que des populations spécifiques, sources préalables de discrimination, aient été atteintes, effaçait la gravité potentielle de cette nouvelle infection et entraînait un manque de réactivité des pouvoirs publics.

Face à cela, une forte mobilisation des populations atteintes apparut pour mettre en lumière le problème du VIH. Ceci fut probablement lié au fait qu'une grande partie des premiers

malades identifiés aient été des homosexuels américains et aient développé une capacité de cohésion très importante.

L'objectif principal pour ces populations fut la « politisation du VIH, dans le but d'obtenir des réponses acceptables, satisfaisant un double souci d'efficacité et de respect des droits de l'homme » [5].

A contrario de cette relative inertie des instances politiques, les recherches, elles, avancèrent à grands pas et permirent la découverte du virus responsable, de ses voies de transmission, de son cycle de développement et de l'histoire naturelle de cette maladie virale.

Ceci conduisit à la création des tests de dépistage du VIH en 1985 qui marquèrent un tournant dans la prise en charge de cette épidémie.

B. La deuxième phase de 1985 à 1996 : une mobilisation exceptionnelle, la mise en œuvre de réponses

Avec l'apparition des tests de dépistage du VIH en 1985 et la mise en lumière des principaux modes de transmission du VIH (voies sanguine, materno-fœtale et surtout sexuelle), le risque SIDA fut perçu comme un risque généralisé, également pour les hétérosexuels, en 1986. « 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 » [5].

Face à ce risque, une demande sociale forte de prévention se développa. Les premières mesures effectuées en France dans un but de protection collective furent la mise en place d'un dépistage obligatoire:

- Pour les dons de sang à partir du 01^{er} août 1985 [6].
- Pour les dons d'organe à partir du 01^{er} juin 1987 [7].

Les instances politiques durent réfléchir et statuer sur les stratégies à mettre en place pour lutter contre cette épidémie, en particulier du point de vue du dépistage.

La mise en œuvre d'une politique nationale de dépistage en Santé Publique doit reposer sur différents principes:

- Elle doit apporter un bénéfice pour l'individu: la réalisation d'un sérodiagnostic doit permettre de modifier favorablement l'histoire naturelle d'une maladie, en favorisant

une prise en charge plus précoce et en permettant l'utilisation d'une thérapeutique efficace.

- Elle doit fournir un intérêt pour la collectivité : la réalisation d'un test de dépistage et la connaissance de leur statut sérologique peuvent permettre une modification des comportements des personnes testées, globalement favorable à la lutte globale contre l'extension de l'infection. De plus, la connaissance du statut de chacun a un intérêt épidémiologique en donnant des indications sur la gravité de l'épidémie et sur son évolution. [8]

Les aspects spécifiques de la pathologie VIH lui apportèrent initialement une forme d'« exceptionnalisme » :

- Par son caractère incurable. Jusqu'en 1996, les molécules utilisées ne permettaient pas de modifier durablement l'état immunitaire. Les traitements prophylactiques visaient à prévenir l'apparition de certaines infections opportunistes, repousser la dégradation de l'état général et de la qualité de vie. Ces thérapeutiques pouvaient ralentir l'avancée de la maladie vers le stade SIDA mais n'empêchaient pas l'évolution inéluctable vers la mort.
- Par son mode de transmission spécifique: très rapidement, le mode de contamination qui apparut comme principal fut la voie sexuelle.
Cette infection avait donc un lien étroit avec la sexualité et les pratiques sexuelles, sujets empreints de tabous.
- Par le fait qu'elle atteignit initialement des populations spécifiques, perçues comme en marge de la société : homosexuels et utilisateurs de drogue.
Une stigmatisation apparut rapidement, socialement construite par le fait que la prévalence de cette pathologie était plus forte dans des groupes spécifiques qui étaient déjà au préalable cibles de préjugés.
La peur engendrée par cette maladie fut à l'origine de processus d'exclusion et de discrimination. Les populations atteintes furent mises à l'écart de la société initialement.

Les bénéfices individuels d'un dépistage ne semblaient donc pas évidents initialement, tant au regard des potentiels thérapeutiques que des conséquences sociales d'une séropositivité éventuelle.

Les bénéfices pour la collectivité d'un dépistage semblaient également mis en cause. Un article émanant du CDC répertoria 50 études réalisées de 1986 à 1990 sur l'impact du dépistage sur les comportements individuels [9]. Celles-ci semblaient mettre en évidence la grande influence des facteurs psychologiques et environnementaux sur les conduites à risques et ne permettaient pas de conclure à l'influence du dépistage sur les comportements préventifs.

On observait depuis le début de l'épidémie une augmentation de la vente des préservatifs et une baisse de l'incidence des MST. Mais on ne pouvait pas « dissocier l'effet des mesures prises par l'ensemble de la population exposée au risque, des modifications de comportement des personnes ayant appris leur séropositivité à la suite d'un dépistage » [10].

Les bénéfices pour la collectivité du dépistage reposaient donc plus sur des critères épidémiologiques, c'est-à-dire la connaissance de l'étendue de l'épidémie, de son évolution, des populations concernées.

Devant ces constats des limites d'une politique de dépistage classique face à cette infection, des questionnements apparurent malgré tout sur l'intérêt du développement d'une stratégie sanitaire classique (ayant été réalisée antérieurement pour d'autres épidémies) comme: la mise en place d'un dépistage obligatoire, la déclaration obligatoire et nominative des personnes contaminées, une mise à l'écart des personnes contaminées (sous la forme de sidatorium)...

Des débats s'ouvrirent concernant ces différents sujets.

Pour développer un exemple, en Novembre 1991, le ministère de la santé et de la solidarité demanda l'avis de cinq hautes institutions médicales et éthiques, concernant l'opportunité d'un dépistage obligatoire: à l'Académie Nationale de Médecine [11], l'Ordre National des Médecins [12], le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) [10], le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) [13], le Conseil National du Sida (CNS) [14].

Celles-ci émirent des avis divergents, les deux premières étant favorables au dépistage obligatoire du VIH au cours des bilans prénuptial et prénatal, les trois autres étant opposées à tout principe de dépistage obligatoire.

La polémique apparut sur l'opportunité d'instaurer un dépistage obligatoire concernant certaines catégories de population et toutes les conséquences que cela pouvait induire.

L'argumentaire défendu (en prenant l'exemple de celui de l'HCSP), pour s'opposer au dépistage obligatoire, utilisa différents éléments de réponse, sur les plans éthique, politique, juridique et économique. Un des arguments le plus important de l'époque peut être résumé comme ceci : « La question posée est celle du droit de la société, pour un avantage qu'il convient de préciser, de contraindre un individu à savoir que son espérance de vie s'est réduite [15] ».

D'autres éléments plus concrets furent également mis en avant (par l'HCSP) :

- Les personnes se jugeant « à risque » seront tentées de fuir le dépistage dès lors que celui-ci sera rendu obligatoire.
- L'annonce du résultat, qu'il soit positif ou négatif, et les conséquences qui en découlent, en matière de prévention et de traitement, seront mieux acceptées si le test a été réalisé dans un climat de confiance passant par le consentement de la personne.
- La connaissance de son statut sérologique n'est pas indispensable pour adopter des comportements préventifs.
- L'instauration d'un test obligatoire risque de donner à la population une illusion de fausse sécurité déresponsabilisante.
- Vu la faible prévalence de l'épidémie, le dépistage obligatoire entraîne un coût élevé pour une efficacité réduite.

Une étude réalisée en 1992 auprès d'un échantillon de 313 médecins généralistes marseillais les interrogeait sur leur opinion concernant le dépistage obligatoire. Parmi eux, 24.9% étaient favorables à un dépistage obligatoire de l'ensemble de la population, 87.2% y étaient favorables vis-à-vis des femmes enceintes, 78.6% pour les toxicomanes et 51.4% pour les étrangers aux frontières [1].

Une enquête réalisée en 1992, enquête de type KABP (pour Knowledge-attitudes-beliefs-practices soit « connaissances, attitudes, croyances et pratiques », enquête visant à expliquer les relations supposées existantes entre les orientations cognitives, affectives et les comportements) interrogeait un échantillon représentatif de la population générale sur

son opinion concernant le dépistage obligatoire. Les personnes interrogées semblaient beaucoup plus en faveur que les médecins [1]. En effet, 57.6% étaient pour un dépistage obligatoire de toute la population, les pourcentages augmentant vis-à-vis de certaines catégories de personnes: 89% étaient pour un dépistage obligatoire des femmes enceintes, 91.6% pour tous les toxicomanes et 70.2% vis-à-vis des étrangers aux frontières.

Ce souhait de la part de la population générale d'un dépistage obligatoire, particulièrement vis-à-vis de certaines catégories de population, a été présent dans de nombreux pays. Ceci était lié à un climat de peur, de crainte de la contamination exacerbée, comme en témoignent les fausses idées concernant les voies de contamination, développées dans les études KABP. Par exemple, en 1992, 24% des personnes interrogées pensent que la transmission du VIH est possible par piqure de moustiques, 23.7% dans les toilettes publiques et 13.4% en buvant dans le verre d'une personne contaminée [16].

La population éprouvait des besoins de réassurance et de protection, qu'elle espérait soulager par la connaissance et la mise à l'écart des personnes contaminées.

Ceci s'est illustré également dans le milieu professionnel: une forme de discrimination au travail est apparue dans certaines entreprises.

Pourtant, dès l'apparition de l'infection à VIH, le droit français était plutôt protecteur de l'employé.

Le questionnaire d'embauche ne devait comporter que des questions ayant un lien direct et nécessaire avec l'emploi, celui-ci ne pouvait porter sur la vie privée d'un postulant et la séropositivité ne pouvait être une cause d'inaptitude à l'emploi. Un dépistage du VIH ne pouvait absolument pas être justifié lors de cette visite d'embauche.

Seul le médecin du travail, tenu par le secret médical, décidait de l'aptitude. En cours d'emploi, le salarié pouvait rencontrer des difficultés d'exécution de son contrat de travail lorsqu'il était obligé de s'absenter périodiquement pour des examens. Le médecin du travail pouvait alors proposer des aménagements de poste que l'employeur ne pouvait refuser sans motifs précis. La connaissance de la séropositivité en cours d'emploi ne pouvait être assimilée à un "trouble dans l'entreprise" dans la mesure où elle restait sans incidence sur l'exécution du contrat de travail [17].

La loi du 12 juillet 1990 sur "la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap" est venue compléter la législation antérieure, qui réprimait déjà la discrimination à base raciste, sexuelle et religieuse, en ajoutant les motifs liés à l'état de santé ou au handicap [18]. L'article 187-1 du code pénal

sanctionna désormais les discriminations commises par les fonctionnaires (y compris lors du recrutement); l'article 416-3 du même code pénal sanctionna les discriminations commises par les employeurs privés tant à l'embauche qu'en matière de licenciement. L'article L. 122-45 du Code du travail s'opposa à toute mesure discriminatoire en raison de l'état de santé.

Seule une inaptitude médicalement constatée pouvait écarter l'application de ces règles.

Malgré cet ensemble législatif porteur de garanties, des problèmes se présentèrent régulièrement en raison des difficultés de preuve: c'était en effet à la victime d'apporter la preuve de la discrimination et de prendre l'initiative (fort coûteuse) de l'action en justice.

De plus, la plupart des conduites discriminatoires ne s'affichaient pas comme telles et l'employeur pouvait licencier un salarié sous divers prétextes. Du fait de ces difficultés rencontrées, la majorité des séropositifs ne dévoilèrent pas leur statut à leur entourage professionnel [19] [20].

Malgré une certaine pression sociétale, toutes les mesures envisagées de stratégies sanitaires classiques (comme le dépistage obligatoire, la mise à l'écart des personnes atteintes) furent finalement rejetées et le 22 avril 1992, le conseil des ministres émit un avis défavorable concernant le dépistage obligatoire du VIH (hors dons du sang et d'organe) et mis en avant la nécessité d'un dépistage volontaire, en avançant les arguments de l'HCSP (cités ci-dessus). D'après M. Setbon [5], ce résultat s'expliqua par la « capacité des groupes concernés (homosexuels en particulier) à convaincre les autorités sanitaires qu'une gestion efficace du problème passait par le recours à des solutions fondées sur leur collaboration et non sur la contrainte et la stigmatisation. Cette façon de voir les choses fut déterminante et structura la plupart des politiques publiques et la perception du problème par la population. »

« Le choix réalisé consista à rendre compatibles les objectifs de Santé Publique avec le respect des droits de l'homme en évitant de recourir à la coercition. L'axe stratégique de lutte contre la propagation du SIDA s'est organisé autour de la pronation de la responsabilité individuelle à ne pas se contaminer, plutôt que s'attacher à traquer la responsabilité de la contamination d'autrui ».

Il faut préciser qu'à de rares exceptions près, toutes les démocraties développées ont fait le choix de développer ce type de stratégie.

Les réponses mises en place vis-à-vis du VIH furent qualifiées d'exceptionnelles et développèrent ce qui fut appelé une « nouvelle santé publique ».

Les réponses qui nous intéressent, concernant le dépistage, reflétaient bien les nouvelles stratégies développées.

- Une des premières réponses fut la création de nouvelles structures sanitaires publiques, nommées CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit), par la loi du 30/07/1988 [21]. Leur objectif était de favoriser la réalisation de dépistage, dans un cadre d'anonymat et de gratuité.

- La seconde fut donc la mise hors la loi des mesures répressives traditionnelles, décrites ci-dessus.

- Le concept de dépistage « volontaire » a été créé avec cette pathologie et sera systématiquement associé à la notion de consentement éclairé. Cette approche se justifia par la nécessité que la personne testée ait conscience des causes, du but, des conséquences du test effectué.

Pour appuyer cette notion, une nouvelle stratégie préventive apparut dans les années 1990: le counselling [22]. Celle-ci était intimement liée à la réalisation d'un test de dépistage du VIH. Il s'agissait de partir des besoins du patient, de comprendre l'objectif de la réalisation du test de dépistage de VIH pour lui et d'évaluer avec lui les tenants et les aboutissants de la réalisation d'une sérologie VIH . L'objectif était d'évaluer sa demande pour l'aider à envisager le changement suite à ce test. Cette approche, basée sur une écoute active permettait d'adapter son conseil à chaque patient pour qu'il ait valeur de prescription.

La mise en place de ces nouvelles stratégies de prévention développa donc le concept d'éducation en santé [23]. L'éducation en santé apportait une vision différente de l'approche sanitaire traditionnelle ancienne : elle était libérée de l'autoritarisme et du discours culpabilisateur. D'après Deschamps J-P [24], l'éducation en santé « n'a pas forcément de messages à fabriquer, elle doit être avant tout écoute plus que parole et, fondamentalement, faire confiance à la population dans ses capacités à identifier , décrire et éventuellement résoudre ses problèmes de santé ».

Cette nouvelle approche permet de « développer chez les individus le sens des responsabilités pour leur propre santé et celle de la collectivité, leur aptitude à participer de manière constructive à la vie de la collectivité, de modifier leur comportement sanitaire et celui de la collectivité en renforçant les comportements favorables préexistants. Elle permet de promouvoir le sens de la dignité individuelle et de la solidarité collective [24]».

En effet, étant donné le mode de contamination principal de cette maladie (voie sexuelle), seules les prises de conscience et les changements de comportement individuels pouvaient permettre de limiter voire d'éviter la contamination, en utilisant des moyens de protection. Cette nouvelle approche responsabilisa le patient, en lui apportant la liberté éclairée par la connaissance [25].

Cette nouvelle approche « éducative », nommée « counselling », entrant dans une démarche de prévention primaire (éviter la contamination) sera systématiquement associée à la réalisation d'un dépistage du VIH, démarche, elle, de prévention secondaire (afin d'éviter la réinfection et la contamination d'autres personnes).

Associée à ces mesures innovantes, la loi du 04/01/1993 institua un dépistage « systématique » lors du bilan pré-nuptial, au cours d'une grossesse (lors de la première consultation prénatale) et en cas d'incarcération, mais toujours avec recueil préalable du consentement libre et informé de la personne testée.

Toutes ces nouvelles approches furent associées à l'offre d'une information préventive à l'égard de la population générale mais en ciblant plus spécifiquement les groupes considérés comme ayant des « comportements à risque », car atteints plus spécifiquement par cette infection, tout en tentant d'éviter la stigmatisation de ces populations. Celles-ci comportaient donc initialement les homosexuels et les toxicomanes, puis dans les années 1990, les populations migrantes.

Ces réponses mises en œuvre aidèrent à une connaissance plus rapide de l'infection par la population, à une sensibilisation à l'intérêt du dépistage et à une meilleure acceptation des malades. En effet, l'évolution des résultats des études KABP entre 1992 et 2004 en témoigne avec une meilleure connaissance sur les modes de transmission du VIH et sur l'intérêt de l'utilisation du préservatif. De plus, un recours plus fréquent au test de dépistage du VIH et une attitude globalement positive à l'égard des personnes séropositives se développent [16].

C. La troisième phase de 1996 à nos jours : la normalisation

Un grand tournant dans l'histoire du VIH se déroula à partir de l'arrivée des trithérapies en 1996.

Ces thérapeutiques, sous couvert d'une (ou plusieurs) prise(s) quotidienne(s), permettent de contrôler le virus, de restaurer un état immunitaire et d'empêcher l'évolution vers un stade SIDA.

Ceci a donc transformé cette pathologie incurable mortelle en une maladie chronique nécessitant un suivi médical à vie.

L'importante phase de mobilisation, qui a permis d'apporter des réponses exceptionnelles et de développer des thérapeutiques, a conduit à réduire les incertitudes liées au VIH et à en faire un risque acceptable. De plus, une relative stabilisation des contaminations dans les pays occidentaux a contredit certaines prédictions catastrophistes.

La perception de cette pathologie en une maladie comme une autre, suite à l'apparition de thérapeutiques, engendra alors une forme de banalisation qui entraîna secondairement de moindres sensibilisation et mobilisation à son égard.

Cela eut pour conséquence un désintérêt vis-à-vis des démarches préventives.

Or, les bénéfices des démarches de prévention, en particulier celle du dépistage, deviennent, grâce à ces nouvelles perspectives, beaucoup plus nets en terme de santé publique.

En effet, une proposition thérapeutique peut être faite aux patients dépistés séropositifs. Celle-ci permet de prolonger l'espérance de vie voire de tendre vers celle des personnes séronégatives [26] et d'améliorer la qualité de vie.

Il devient alors important de dépister le plus précocement possible les patients séropositifs afin de leur proposer une prise en charge et un traitement adaptés au stade de leur infection. En effet, une étude réalisée en France [27] met en évidence que la mortalité de 77% des patients étudiés est lié à un retard au dépistage (défini comme le diagnostic de l'infection au stade SIDA et/ou avec un taux de $CD4 < 200/mm^3$) et qu'il existe un risque de mortalité augmenté majeure les 6 premiers mois après le diagnostic et qui perdure 4 ans quand il a existé un retard au dépistage initial.

Au niveau collectif, le dépistage apporte également des bénéfices. Le traitement des patients vivant avec le VIH permet probablement de diminuer leur potentiel contaminant. De plus, plusieurs études récentes ont montré que le fait de connaître sa séropositivité entraînait un changement de comportement [28]. D'après Marcks [29], la prévalence des rapports non protégés baisse en moyenne de 53% chez les personnes séropositives connaissant leur statut par rapport à celles ne le connaissant pas et est 68% plus faible quand le partenaire est connu séronégatif.

Malgré les avantages définis d'une prise en charge précoce de l'infection à VIH, ces dernières années mettent toujours en évidence un retard au diagnostic (qui correspond en fait à un retard au dépistage). En effet en 2007, 17% des découvertes de séropositivité se sont faites à un stade SIDA [30].

Ceci s'explique probablement par cette banalisation de l'infection à VIH mais aussi par de probables difficultés à cibler et à dépister les personnes atteintes.

Face à ces constats, des réflexions se sont engagées sur la nécessité de changer les pratiques de dépistage. Avec les possibilités thérapeutiques actuelles, les particularismes liés à la proposition d'un test de dépistage (counseling impératif, nécessité d'obtention d'un consentement formel des personnes testées...) sont remis en question et l'intérêt d'un dépistage systématisé se pose.

Au regard de ces possibles changements dans les stratégies préventives, il a paru intéressant de faire le point sur les pratiques actuelles de dépistage d'une catégorie importante d'acteurs de la prévention que sont les médecins généralistes.

En effet, dans le système de santé français, le médecin généraliste assure désormais le premier niveau de recours aux soins, depuis la loi du 13 août 2004, sur le parcours de soins coordonné [31]. Il est fréquemment choisi comme médecin traitant par les patients. En ce sens, il a plusieurs missions [32] :

- Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal.
- il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il met en relation si nécessaire avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.).
- il connaît et gère le dossier médical: il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé (résultats d'examen, diagnostics, traitements, etc.) et les met à jour.

- il assure une prévention personnalisée: il aide à prévenir les risques de santé en fonction du style de vie, de l'âge ou des antécédents familiaux.

Parmi ses différentes missions, il a donc un rôle essentiel dans les démarches préventives, en tant que premier interlocuteur. De plus, le cadre confidentiel de la consultation, l'échange privilégié et la relation de confiance qu'il établit avec ses patients peuvent lui permettre d'aborder des questionnements en lien avec la pathologie VIH et de proposer un dépistage du VIH, tout en laissant le patient autonome dans ses choix.

Différentes interrogations nous ont semblé intéressantes pour comprendre la pratique actuelle de cet intervenant important de la prévention.

Quelles pratiques de dépistage du VIH effectue-t-il? Éprouve-t-il des difficultés à proposer un test de dépistage à certains patients? Si oui, de quel type sont-elles? Quels facteurs peuvent influencer ses pratiques de dépistage?

Les recherches se sont portées sur la situation en Loire-Atlantique, département des Pays de la Loire.

Parmi les différentes régions françaises, les Pays de Loire ont une des activités de dépistage les moins importantes : 53/1000 habitants (vs 79/1000 habitants au niveau national) en 2007.

Parmi ces sérologies, la proportion de sérologies positives (égale à 1.5‰), bien qu'inférieure à la proportion nationale (2.1‰), fait partie des proportions les plus élevées de France métropolitaine : en effet, les Pays de la Loire se situe au 8ème rang des régions françaises les plus touchées par les découvertes de séropositivité en 2007.

Ceci semble révéler un dépistage plus ciblé dans la région [33].

De plus, le département de Loire-Atlantique est le département le plus touché des cinq de la région par les découvertes de séropositivité (en 2007: 51% des nouvelles séropositivités de la région).

La situation du dépistage dans le département de la Loire-Atlantique nous a semblé intéressante par ces différentes spécificités.

Suite à ces constats intéressants, avec l'aide du REVIH-Hep (Réseau ville hôpital VIH-Hépatites), il a donc été décidé de réaliser une enquête.

Celle-ci s'est faite en janvier 2008 auprès de la population des médecins généralistes de Nantes Métropole afin de tenter de faire un état des lieux de leurs pratiques de dépistage du VIH, des facteurs les influençant et d'évaluer leurs besoins en terme de formation concernant la pathologie VIH.

I. PREMIERE PARTIE: méthode et moyens

A. Contexte et objectifs de cette étude

Cette étude a pu être mise en place grâce à l'implication du Réseau Ville-Hôpital VIH-Hépatites (REVIH-Hep).

Le « REVIH-Nantes », réseau ville/hôpital VIH, est une association loi 1901 créée en 1993, dont le siège se situe à l'Hôtel Dieu, appartenant au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes.

Regroupant des personnes physiques et morales intervenant dans les domaines sanitaire et social auprès des personnes séropositives au VIH, son but est d'optimiser l'accompagnement pluridisciplinaire des personnes séropositives au VIH notamment dans l'articulation des interventions entre la ville et l'hôpital [34].

Compte tenu de la prévalence des infections par les hépatites chez les personnes séropositives au VIH, l'association a souhaité élargir son objet social aux hépatites virales chroniques et se nomme, depuis Janvier 2005, REVIH-Hep Nantes, réseau ville/hôpital VIH-Hépatites.

Afin d'améliorer la coordination et la collaboration entre les différents intervenants pour une meilleure prise en charge des personnes malades, l'association se donne pour missions de:

- Faciliter les échanges entre les intervenants pluridisciplinaires et leur communication avec les personnes atteintes de ces pathologies.
- Développer une approche pluridisciplinaire et encourager les collaborations entre les intervenants issus de cultures professionnelles différentes.
- Former les adhérents du réseau et tout intervenant dans le champ du VIH et des hépatites virales chroniques.
- Informer les professionnels de santé amenés à prendre en charge les personnes vivant avec le VIH et/ou hépatites virales chroniques aux spécificités de cette prise en charge: médecins généralistes, cardiologues, chirurgiens dentistes ...
- Participer à la mise en place d'actions de prévention en général, et surtout auprès des personnes malades et plus particulièrement auprès de celles qui sont le plus en difficulté dans l'accès aux soins.

Ce réseau œuvre donc pour une meilleure connaissance de la pathologie VIH en particulier par les médecins généralistes et également pour leur implication dans des pratiques de dépistage en évolution, plus exhaustives et pertinentes.

En concertation avec le réseau, il nous est apparu intéressant d'effectuer une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de la Communauté Urbaine de Nantes afin de faire un état des lieux de leurs pratiques de dépistage. Les objectifs de cette étude sont de tenter de dresser un constat des pratiques actuelles de dépistage du VIH des médecins généralistes, de mettre en avant les freins qui semblent exister à la proposition d'un test VIH par les médecins généralistes, de s'intéresser à leur implication dans la pathologie liée au VIH et d'évaluer leur intérêt pour des formations sur cette pathologie.

B. Méthode

1. Choix d'une étude par questionnaire

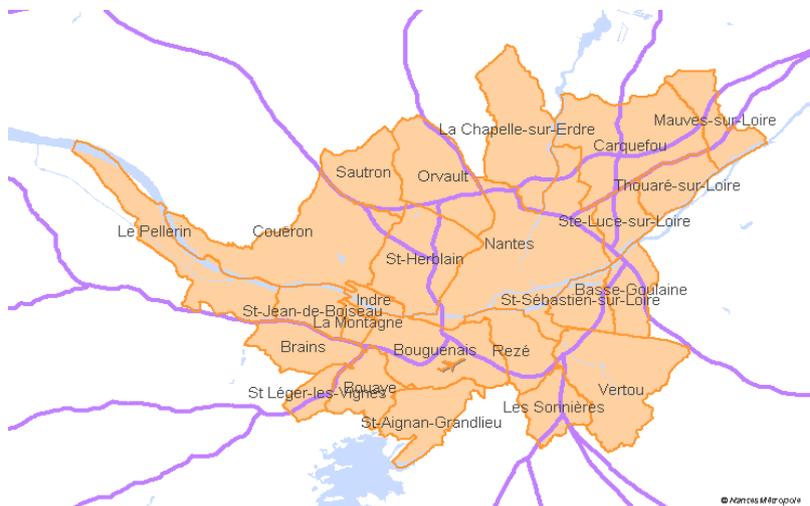
Cette méthode a été choisie afin de faire un constat en temps réel des pratiques de dépistage des médecins généralistes de la région nantaise, de permettre un éventuel anonymat et de toucher un grand nombre de médecins.

Le questionnaire a été fait de façon assez synthétique, relativement court afin de permettre aux médecins généralistes de pouvoir y répondre rapidement, au cours de leur activité professionnelle.

Grâce au soutien du REVIH-Hep, le questionnaire a été envoyé, par voie postale avec une enveloppe de retour préaffranchie jointe, sur le lieu de travail des praticiens.

2. Inclusion dans l'étude

Plan de la Communauté Urbaine de Nantes (Nantes métropole) (site géonantes)



Le choix a été fait d'envoyer le questionnaire aux 673 médecins généralistes de la Communauté Urbaine de Nantes (ou Nantes Métropole), qui regroupe 24 communes en zone urbaine: Basse-Goulaine, Bouaye, Bouguenais, Brains, Carquefou, Couëron, Indre, La Chapelle sur Erdre, La Montagne, Le Pellerin, Les Sorinières, Mauves Sur Loire, Nantes, Orvault, Rezé, Saint Aignan de Grand Lieu, Saint Herblain, Saint Jean de Boiseau, Saint Léger les Vignes, Saint Sébastien Sur Loire, Sainte Luce sur Loire, Sautron, Thouaré, Vertou.

Le fichier ADELI, établi par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), dépendante du Ministère de la Santé, a été utilisé afin de répertorier l'ensemble des médecins et de tenter un maximum d'exhaustivité. En utilisant cette méthode, les médecins ayant une orientation d'exercice particulière ont été inclus.

3. Le questionnaire

Le questionnaire a été rédigé en concertation avec les médecins du REVIH-Hep. Il est en douze questions sur 2 pages; les médecins ont dû répondre principalement à des questions fermées.

Le questionnaire rédigé a subi une pré-lecture par plusieurs médecins travaillant de façon spécifique dans le VIH.

Une lettre d'accompagnement était jointe, à l'en tête du REVIH-Hep, pour détailler les objectifs de cette enquête (annexe 1).

Il n'a pas été demandé aux médecins interrogés de préciser leurs caractéristiques démographiques.

Il est structuré en 3 parties (annexe 2).

- La première partie évaluait les pratiques de dépistage du VIH dans l'activité quotidienne des médecins généralistes.
 - La première question les interrogeait sur la fréquence mensuelle moyenne à laquelle ils prescrivaient des tests de dépistage du VIH pour l'ensemble de leur patientèle, en proposant plusieurs fréquences: jamais, 1 à 4 fois/ mois, 5 à 9 fois/ mois, > à 10 fois/ mois.

- La seconde question leur demandait de préciser la fréquence à laquelle ils proposaient un test de dépistage dans certaines circonstances en évaluant cette fréquence par un adverbe au choix parmi: jamais, rarement, souvent, toujours.
Les circonstances demandées étaient: lors d'un bilan prénatal, au partenaire d'une patiente enceinte, lors d'un bilan prénuptial, lors d'une prescription de contraception (début ou renouvellement), suite à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), suite à une prise de risque ou à une exposition du patient, au cours d'un bilan systématique. Un dernier item proposait une réponse libre.
 - La troisième question leur demandait également de préciser la fréquence de propositions de tests de dépistage du VIH, à l'aide des mêmes adverbes qu'à la question 2, dans certaines catégories de population: personnes toxicomanes, prostituées, adolescents, personnes en couple stable, personnes divorcées, séparées ou veuves, personnes homosexuelles à partenaires multiples, personnes hétérosexuelles à partenaires multiples, personnes présentant des signes d'IST.
- La seconde partie questionnait les médecins généralistes sur les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer pour proposer un test de dépistage du VIH et pour aborder la sexualité.
- Dans la question quatre, il leur était demandé s'ils éprouvaient des difficultés à proposer une sérologie VIH: jamais, rarement, parfois, toujours.
 - Si des difficultés étaient rencontrées, la question cinq leur faisait préciser les causes des difficultés (plusieurs réponses possibles): manque de temps en consultation, manque d'information sur la pathologie liée au VIH, sensation d'intrusion dans la vie privée du patient (sexualité en particulier), place du médecin de famille délicate.
 - La question six leur proposait plusieurs réponses concernant l'abord du thème de la sexualité avec leur patients: jamais, cela vous semble trop intrusif / jamais, cela ne concerne pas le rôle de médecin généraliste / rarement, quand le patient l'aborde de lui-même / rarement, quand cela est indispensable / souvent, quand l'occasion se présente / systématiquement.
- La troisième partie faisait le point sur leur implication dans la pathologie liée au VIH.
- La question sept les faisait préciser s'ils faisaient eux-mêmes l'annonce aux patients des résultats des tests VIH prescrits: soit oui systématiquement, souvent, rarement ou jamais.

- Dans la question huit, l'interrogation portait sur le fait qu'ils suivaient ou non des patients séropositifs (en précisant leur nombre). Si c'était le cas, la question suivante leur demandait de décrire l'échange d'informations avec le spécialiste en choisissant parmi les adverbes suivants: inexistant, insuffisant, correct, parfait.

Les trois dernières questions les interrogeaient de façon binaire (oui/non) sur:

- Le fait qu'ils connaissaient (ou non) le Revih-Hep et ses fonctions.
- Leur désir de recevoir des propositions de formation sur le dépistage du VIH, la prise en charge et le suivi des patients séropositifs, dans le cadre de Formations Médicales Continues (FMC).
- Sur leur souhait de recevoir un prospectus avec les coordonnées des référents VIH sur le CHU de Nantes et pour les Accidents d'Exposition au Sang (AES).

4. Envoi et réception

Le questionnaire a été envoyé dans la troisième semaine de janvier 2008 (sur quatre jours, le temps de la mise sous pli) par voie postale aux 673 médecins. Il n'y a pas eu de relance après l'envoi.

Il était demandé aux médecins de le renvoyer complété dans un délai d'un mois, avant le 22 février 2008: la plupart des retours s'est fait juste après réception du questionnaire, aucun n'a été renvoyé après la date de clôture.

5. Exploitation des résultats.

L'ensemble des questionnaires a été saisi sur Epi Data Entry V3.1 puis analysé dans Epi Data Analysis V2.2.0.165.

Il s'agit d'une analyse descriptive essentiellement. Les résultats sont exprimés en pourcentage associé à l'effectif correspondant de médecins (nombre de réponses obtenues).

Il a été fait appel au test du Chi² pour les comparaisons de variables qualitatives, et au test exact de Fisher en cas de besoin. Le seuil de signification a été pris à 0.05.

Les résultats sont présentés essentiellement sous forme de tableaux et de graphiques.

II. DEUXIEME PARTIE : RESULTATS

A. Participation

A l'issue du délai imparti, il a donc été reçu 314 questionnaires sur les 673 questionnaires envoyés.

Parmi ceux-ci, 11 étaient non remplis: ils étaient adressés par des médecins ayant une orientation spécifique dans leur activité (allergologie, phlébologie, nutrition...) et spécifiant effectuer peu de dépistages.

Il a donc été possible d'exploiter 303 questionnaires dans l'enquête: cela représente un pourcentage de questionnaires exploitables de 45%.

B. Résultats

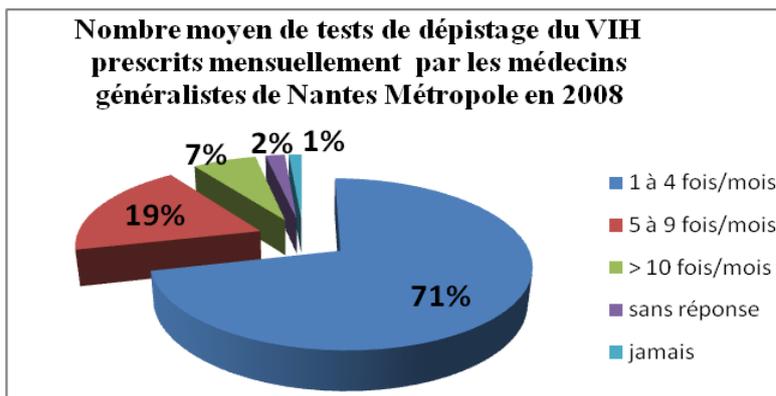
1. Pratiques de dépistage

- La première question posée interrogeait les médecins sur leurs pratiques de dépistage en général.

Fréquence de propositions de tests de dépistage du VIH par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

En moyenne, à quelle fréquence proposez vous un test de dépistage du VIH		
	nb	%
Jamais	4	1%
1 à 4 fois/mois	217	71%
5 à 9 fois/mois	56	19%
plus de 10 fois/mois	20	7%
TOTAL	297	98%

Fréquence manquante = 6 (2%)



Ce premier graphique met en évidence que la fréquence mensuelle moyenne de prescription de sérologies VIH des médecins répondants dans leur patientèle était de 1 à 4 fois/ mois dans 71% des cas.

- La seconde question permettait de mettre en évidence les propositions de test VIH dans certaines situations.

Fréquence de propositions de sérodiagnostics VIH dans des situations spécifiques par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

	Jamais/ rarement		Souvent/ toujours		sans réponse		Total nb
	nb	%	nb	%	nb	%	
consultation prénatale / bilan pré-nuptial	28	5%	564	93%	14	2%	606
partenaire patiente enceinte	209	69%	83	27%	11	4%	303
Suite à une IVG	223	74%	65	21%	15	5%	303
Prise de risque / exposition du patient	10	3%	291	96%	2	1%	303
Bilan systématique	190	63%	97	32%	16	5%	303

Pour éclaircir les résultats, les réponses « jamais » ou « rarement » ont été regroupées ainsi que celles « souvent » ou « toujours ».

Pour les situations de dépistage systématique (bilans de grossesse et pré-nuptial), le dépistage était fréquemment proposé (souvent ou toujours) dans 93% des cas.

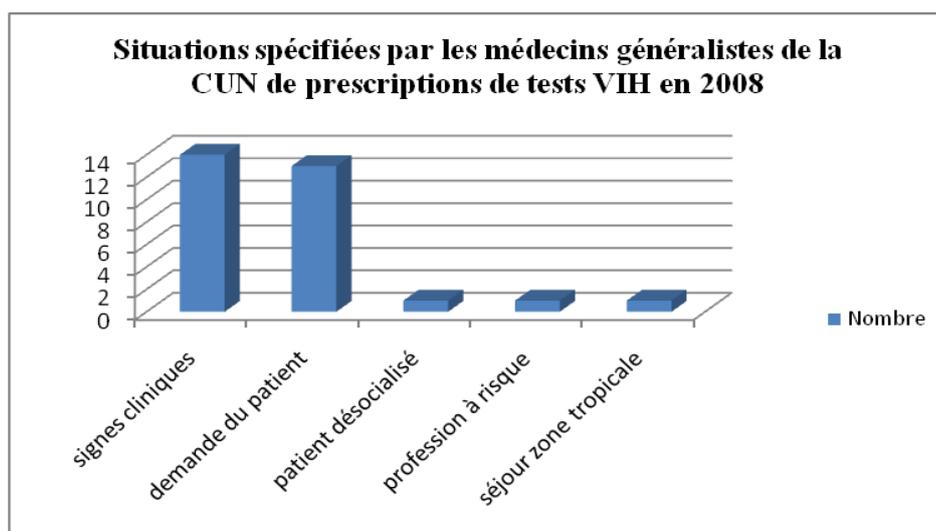
Une question concernait le dépistage du partenaire d'une patiente enceinte. Dans 69% des cas, le dépistage était peu proposé (de rarement à jamais).

La question suivante évaluait les propositions de test suite à la réalisation d'une IVG. Dans 74% des cas, un test était peu proposé (rarement ou jamais).

Lors d'une prise de risque (ou d'une exposition du patient), un test était fréquemment proposé dans 96 % des cas.

Le dépistage du VIH était peu proposé dans 63% des cas lors d'un bilan systématique.

Le dernier item était une question libre sur les autres cas pour lesquels un test VIH était proposé.



Quatorze médecins précisait proposer un test VIH sur la présence de signes cliniques du type: adénopathies, altération de l'état général, infections à répétition ou sévères, syndrome pseudo grippal. Treize médecins spécifiaient prescrire un test de dépistage du VIH en réponse à la demande du patient.

Enfin trois médecins citaient chacun une des raisons suivantes pour prescrire un test VIH: patient désocialisé, profession à risque, séjour en zone tropicale.

- La troisième question les interrogeait sur la fréquence à laquelle ils proposaient des tests VIH pour certaines catégories de patients. Pour éclaircir les résultats, des regroupements par groupe de patients ont été faits.

Fréquence de propositions de sérologies VIH dans les populations considérées comme « à risque » par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

	Jamais/ rarement		Souvent/ toujours		Total Nb	Sans réponse Nb
	nb	ratio	nb	ratio		
Toxicomanes	14	6%	264	94%	278	25
Prostitué(e)s	20	9%	201	91%	221	82
Origine étrangère	123	45%	152	55%	275	28
Total Groupe « populations à risque »	157	20%	617	80%	774	135

Pour ce tableau, il était plus significatif de calculer les ratios en excluant les sans réponses, du fait de leur nombre important.

Dans certaines populations considérées comme « à risque », un dépistage était fréquemment proposé dans 94% des cas aux patients toxicomanes et dans 91% des cas aux prostituées.

Concernant les patients « d'origine étrangère », une proportion de 55% des médecins proposaient un dépistage du VIH fréquemment. Il aurait été intéressant de spécifier ce que signifiait origine étrangère: migrants récents, personnes vivant en France depuis plusieurs années de nationalité étrangère, quelles nationalités sont incluses...

Dans ce groupe des « populations à risque », le dépistage était fréquemment proposé dans 80% des cas.

Fréquence de propositions de sérologies VIH en fonction de la situation maritale et de l'âge par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

	Jamais/ rarement		Souvent/ toujours		Sans réponse		Total
	nb	ratio	nb	ratio	nb	ratio	Nb
Adolescents-jeunes adultes	109	36%	184	61%	10	3%	303
Patients en couple stable	276	91%	17	5%	10	3%	303
Patients divorcés, séparés ou veufs	226	75%	64	21%	13	4%	303
Total « population générale »	611	67%	265	29%	33	4%	909

Une faible majorité de médecins (61%) proposaient des tests régulièrement aux adolescents alors qu'une forte majorité en proposait peu fréquemment aux patients en couple stable (91%) et aux patients séparés, divorcés ou veufs (75%).

Dans ces catégories qui représentent la « population générale », les dépistages étaient en majorité (67%) peu proposés.

Fréquence de propositions de dépistage du VIH chez des patients ayant des « comportements sexuels à risque » par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

	Jamais/ rarement		Souvent/ toujours		Sans réponse		Total
	nb	ratio	nb	ratio	nb	ratio	Nb
Hétérosexuels à partenaires sexuels multiples	31	10%	260	86%	12	4%	303
Patient homosexuel ou bisexuel à partenaires sexuels multiples	14	5%	274	90%	15	5%	303
Patients atteints d'autres IST	15	5%	278	92%	10	3%	303
Total groupe « comportements sexuels à risque »	50	6%	812	90%	37	4%	909

Concernant le dépistage des patients à partenaires sexuels multiples, un dépistage était fréquemment proposé aux hétérosexuels dans 86% des cas et aux homosexuels dans 90% des cas.

Si le patient présentait une autre IST (Infection Sexuellement Transmissible), le dépistage du VIH était proposé fréquemment dans 92% des cas.

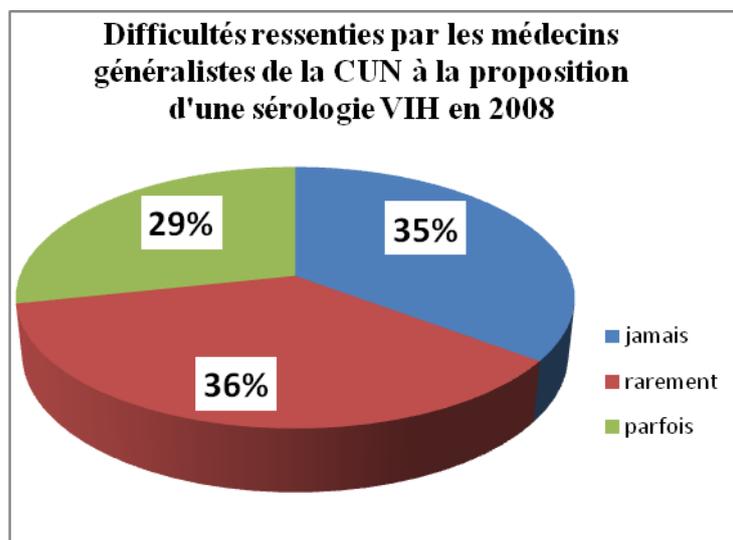
Dans le groupe des « comportement sexuels à risque », le dépistage était proposé fréquemment dans 90% des cas.

Après ces évaluations par les médecins généralistes des fréquences auxquelles ils proposaient des dépistages du VIH dans certaines situations et pour certaines catégories de patients, les questions suivantes s'intéressaient à leurs difficultés éventuelles à proposer un test VIH, aux causes de celles-ci et à leur façon d'aborder le thème de la sexualité.

2. Les difficultés à la proposition d'un test de dépistage et l'abord du thème de la sexualité en médecine générale.

Difficultés ressenties à la proposition d'un test de dépistage du VIH par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

Ressentez- vous des difficultés à la proposition d'un test de dépistage du VIH		
	nb	%
jamais	107	35%
rarement	110	36%
parfois	86	28%
Total	303	100%

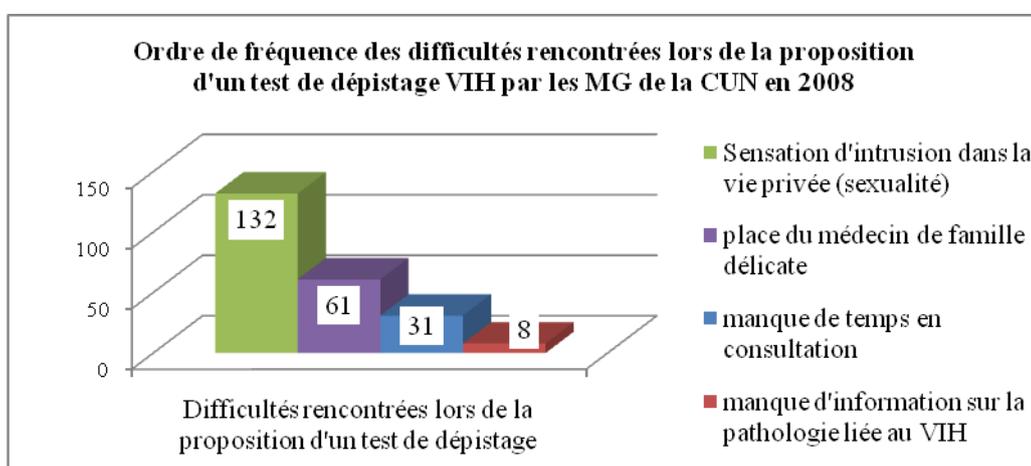


65% des médecins généralistes éprouvaient (rarement ou parfois) des difficultés à proposer un test VIH (aucun médecin a signalé avoir toujours des difficultés).

Parmi ceux éprouvant des difficultés, celles-ci ressortaient par ordre de fréquence

Ordre de fréquence des difficultés ressenties à la proposition d'un test de dépistage du VIH par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

	Nb	Ratio
Sensation d'intrusion dans la vie privée du patient (sexualité en particulier)	132	57%
Place du médecin de famille délicate	61	26%
Manque de temps en consultation	31	13%
Manque d'information sur la pathologie liée au VIH	8	3%
TOTAL	232	100%



La difficulté la plus fréquemment rencontrée (132 cas) était donc la sensation d'intrusion dans la vie privée du patient (en particulier dans la sexualité). La suivante qui apparaissait est la place du médecin de famille délicate (61 cas).

Le manque de temps en consultation (31 cas) et le manque d'information sur la pathologie VIH (8 cas) apparaissaient secondaires.

Il est intéressant de noter que cinq répondants ont ajouté, à l'écrit, d'autres difficultés qu'ils pouvaient rencontrer pour proposer un dépistage du VIH:

- Deux ont indiqué les situations où les deux membres du couple sont présents en consultation.
- Un a évoqué la difficulté de proposer un dépistage du VIH devant une pathologie simple.
- Un a spécifié qu'il pouvait simplement s'agir d'un oubli de proposer le test.
- Un autre a précisé sa difficulté à le proposer à des personnalités « borderline ».

Une question plus générale est posée par la suite: comment les médecins généralistes abordent-ils la sexualité avec leurs patients? Plusieurs réponses étaient possibles.

Abord du thème de la sexualité par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

	nb	%
Jamais, cela vous semble trop intrusif	1	0,2%
Jamais, cela ne concerne pas le rôle de médecin généraliste	2	0,4%
Rarement, quand le patient l'aborde de lui-même	67	20%
Rarement, quand cela est indispensable	83	25%
Souvent, quand l'occasion se présente	182	54%
Systématiquement	2	0,4%
Total	337	100%

Dans 182 cas, les médecins déclaraient l'évoquer « souvent, quand l'occasion se présente ».

Ce thème était abordé rarement dans 150 cas, soit seulement « quand le patient l'aborde de lui-même » (67 réponses) et/ou « quand cela est indispensable » (83 réponses) et n'était jamais abordé par 3 médecins.

Parmi les 183 répondant ayant dit aborder le thème de la sexualité « souvent, quand l'occasion se présente », 47 ont également validé la réponse « rarement quand le patient l'aborde de lui-même » et 5 la réponse « rarement, quand cela est indispensable ». Deux médecins ont coché les 3 propositions.

Après ces questions ayant trait au dépistage, des interrogations plus générales ont été posées aux médecins autour du VIH.

3. L'implication des médecins face à la pathologie VIH

La septième question évoque l'annonce des résultats de sérologies aux patients.

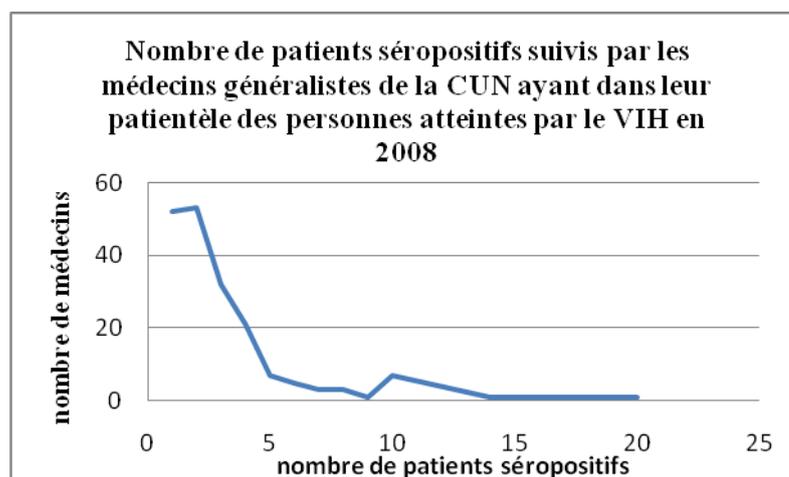
Evaluation par les médecins généralistes de Nantes Métropole, de l'annonce directe par eux-mêmes du résultat d'une sérologie VIH au patient en 2008

	Annonce des résultats d'un test de dépistage du VIH au patient	
	nb	%
Oui systématiquement	198	65%
Souvent	53	17%
Rarement	30	10%
Jamais	13	4%
Sans réponse	9	3%
Total	303	100%

Dans 65% des cas, les médecins annonçaient directement le résultat d'une sérologie VIH au patient.

La question suivante leur demandait s'ils suivaient des patients séropositifs dans leur patientèle. Dans l'ensemble des médecins répondants, 62% suivaient des patients séropositifs.

Il leur était demandé de préciser le nombre de patients séropositifs qu'ils suivaient.



Ce graphique met en évidence des sous groupes.

Parmi les médecins ayant des patients séropositifs dans leur patientèle, 158 médecins soit 88% en suivaient de 1 à 4; 14% des médecins en suivaient de 5 à 10 et 4 médecins en suivaient plus de 10 (avec une exception d'un médecin en suivant plus de 150).

Pour les médecins suivant des patients séropositifs, une question s'intéressait à leur perception des échanges d'informations avec le spécialiste hospitalier du VIH.

Qualité perçue des échanges d'information avec les spécialistes du VIH par les médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008

	Echange d'information avec le spécialiste	
	nb	%
Inexistant	8	4%
Insuffisant	18	9%
Correct	126	66%
Parfait	38	20%
Sans réponse	2	1%
Total	192	100%

Les médecins semblaient satisfaits des échanges avec les spécialistes du VIH dans 86% des cas.

Les réponses à la question suivante sur la connaissance du réseau REVIH-Hep montraient que la moitié des médecins (55%) connaissaient son existence et ses fonctions (42% ne le connaissant pas et 3% n'ayant pas répondu).

Une majorité de médecins (77%) semblait intéressée par des propositions de formation sur le dépistage, la prise en charge et le suivi des patients séropositifs (19% ne désirant pas de propositions de formation). Taux d'abstention: 4% (n=12).

De même, une majorité de médecins (86%) souhaitait recevoir un prospectus avec les coordonnées des référents VIH sur le CHU de Nantes et abordant les AES (Accidents d'Exposition au Sang).

Le taux d'abstention est de 4% (n=12).

A noter que cette question a posé problème à un certain nombre de médecins du fait de l'incompréhension de l'abréviation AES.

4. Influence de la fréquence mensuelle moyenne de prescription de tests VIH sur le dépistage de certaines catégories de population et dans certaines situations

- Les médecins ayant une fréquence mensuelle plus élevée de prescriptions de sérologies VIH proposaient plus de dépistages aux partenaires des patientes enceintes (p<0.02)

Influence de la fréquence de proposition de tests du VIH sur le dépistage auprès du partenaire des patientes enceintes

	jamais / rarement		souvent/ toujours		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%
Jamais	1	100%	0	0%	1	100%
1 à 4 fois/ mois	152	73%	56	27%	208	100%
5 à 9 fois/ mois	42	74%	15	26%	57	100%
>10 fois/ mois	8	40%	12	60%	20	100%
Total	203	71%	83	29%	286	

(Chi2= 10.4; d.d.l= 3; p<0.02)

De même, les médecins, dépistant plus fréquemment mensuellement, proposaient plus de test lors d'un bilan systématique ($p < 0.001$).

Influence de la fréquence de proposition de tests du VIH sur la proposition d'un test lors d'un bilan systématique

	jamais / rarement		Souvent / toujours		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%
Jamais	1	100%	0	0%	1	100%
1 à 4 fois/ mois	148	72%	57	28%	205	100%
5 à 9 fois/ mois	30	53%	27	47%	57	100%
>10 fois/ mois	6	33%	12	67%	18	100%
Total	185	66%	96	34%	281	

(Chi2= 17.1; d.d.l= 3; $p < 0.001$)

La fréquence mensuelle moyenne de prescriptions de tests VIH des médecins n'avait pas d'influence dans les autres situations comme lors du bilan prénuptial, lors de la consultation prénatale, suite à un IVG et après une prise de risque.

Il n'existe pas de lien statistique entre la fréquence mensuelle moyenne de dépistage du VIH des médecins et la fréquence de proposition de tests dans les populations considérées comme « à risque ».

- Dans la population générale, les médecins dépistant plus mensuellement proposaient plus de tests VIH aux patients en couple stable ($p < 0,01$) et aux patients séparés, divorcés ou veufs ($p < 0,001$).

Influence de la fréquence de proposition de tests du VIH sur la proposition d'un test aux patients en couple stable

Patients en couple stable	Jamais		1/4 fois		5/9 fois		>10 fois		Total
Jamais / rarement	1	100%	201	95%	53	96%	15	75%	270
Souvent / toujours	0	0%	10	5%	2	4%	5	25%	17
Total	1	100%	211	100%	55	100%	20	100%	287

Fréquence manquante: 16

(Chi2 de Pearson= 14.1; d.d.l= 3; $p < 0,01$)

Influence de la fréquence de proposition de tests du VIH sur la proposition d'un test aux patients divorcé, séparés ou veufs

Patients divorcé, séparés ou veufs	Jamais		1/4 fois		5/9 fois		>10 fois		Total
Jamais / rarement	1	100%	173	82%	38	72%	8	4%	270
Souvent / toujours	0	0%	37	18%	15	28%	12	96%	17
Total	1	100%	210	100%	53	100%	20	100%	287

Fréquence manquante: 19
(Chi2 de Pearson= 20.3; d.d.l= 3; p<0,001).

Il n'existe pas de différence concernant le dépistage des adolescents.

Il n'existe pas de lien statistique entre la fréquence mensuelle de prescription de dépistage du VIH des médecins et la fréquence de proposition de tests dans le groupe des populations à « comportements sexuels à risque ».

5. Influence du suivi de patients séropositifs

Le fait de suivre des patients séropositifs favorisait une plus grande fréquence de propositions de sérologies VIH à sa patientèle (p<0,05) mais n'entraînait pas de différence dans la fréquence de propositions de dépistage selon les situations.

Influence du suivi de patients séropositifs sur la fréquence de proposition d'un test de dépistage du VIH

	suivi de patients séropositifs		pas de suivi de patient séropositifs		Total
Jamais	2	50%	2	50%	4
1 à 4 fois/mois	126	60%	85	40%	211
5 à 9 fois/mois	42	76%	13	24%	55
>10 fois/mois	16	80%	4	20%	20
Total	186	64%	104	36%	290

(Chi2 de Pearson= 7.9; ddl= 3; p<0.05)

Par contre, cela n'apportait pas une plus grande facilité à proposer un test VIH.

Les médecins suivant des patients séropositifs n'avaient pas plus de facilité à aborder la sexualité avec leurs patients et n'annonçaient pas plus souvent le résultat d'une sérologie VIH directement à leurs patients.

Par contre les médecins suivant des patients séropositifs étaient plus intéressés par des propositions de formation ($p < 0,001$).

Influence du suivi de patients séropositifs sur le besoin en formation

	Souhaitent des formations		Ne souhaitent pas de formations		Total	
	Nb	%	nb	%	nb	%
Suivi de patient séropositif	162	70%	70	30%	232	100%
Pas de suivi de patient séropositif	27	47%	31	53%	58	100%
Total	189	65%	101	35%	290	100%

(Chi2= 11.1; d.d.l= 1; $p < 0.001$)

De plus, ils connaissaient plus le réseau ($p < 0,001$)

Influence du suivi de patients séropositifs sur la connaissance du réseau

	Suivent des patients séropositifs		Ne suivent pas de patients séropositifs		Total
Connaissent le réseau	129	68%	38	37%	167
Ne connaissent pas le réseau	62	32%	65	63%	127
Total	191		103		294

(Chi2= 25.6; d.d.l= 1; $p < 0.001$)

6. Influence de la connaissance du réseau

Le fait de connaître le réseau REVIH-Hep était en lien avec une plus grande fréquence de proposition de tests VIH à ses patients ($p < 0,02$),

Influence de la connaissance du réseau sur la fréquence de proposition de tests de dépistages du VIH

	jamais		1 à 4 fois/ mois		5 à 9 fois/ mois		>10 fois/ mois		Total	
	nb	%	nb	%	Nb	%	nb	%	nb	%
connaissent le réseau	3	75%	107	51%	37	70%	15	75%	162	56%
Ne connaissent pas le réseau	1	25%	105	50%	16	30%	5	25%	127	44%
Total	4	100%	212	100%	53	100%	20	100%	289	

(Chi2= 10.3; d.d.l= 3; $p < 0.02$)

Le fait de connaître le réseau favorisait une plus grande annonce directe des résultats des sérologies VIH au patient ($p < 0,01$).

Influence de la connaissance du réseau sur l'annonce du résultat d'un test de dépistage du VIH

Veillez-vous à faire vous même l'annonce du résultat	Connaissez-vous l'existence du REVIH-Hep et ses fonctions					
	oui		non		Total	
	Nb	%	nb	%	nb	%
oui, systématiquement	122	74%	74	58%	196	67%
souvent	22	13%	32	25%	54	18%
rarement	16	10%	14	11%	30	10%
jamais	5	3%	8	6%	13	4%
Total	165	100%	128	100%	293	

Chi2= 11.373; d.d.l= 3; $p < 0.05$

De plus, les médecins connaissant le réseau étaient plus intéressés par des propositions de formation ($p < 0,05$) et par le fait de recevoir des dépliants avec les coordonnées des référents HIV sur le CHU ($p < 0,05$).

Influence de la connaissance du réseau sur les besoins en termes de formation

	souhait de formations		Pas de souhait de formation	
	Nb	%	nb	%
Connaissent le réseau	139	60%	26	44%
Ne connaissent pas le réseau	92	40%	33	56%
Total	231	100%	59	100%

(Chi2= 5.0; d.d.l= 1; $p < 0.05$)

Influence de la connaissance du réseau sur les besoins de prospectus avec les coordonnées des référents VIH de Nantes

Un prospectus avec les coordonnées des référents HIV sur le CHU de Nantes vous serait-il utile	Connaissez-vous l'existence du REVIH-Hep et ses fonctions					
	Oui		non		Total	
	Nb	%	nb	%	nb	%
oui	154	93%	105	85%	259	89%
non	12	7%	19	15%	31	11%
Total	166	100%	124	100%	290	

(Chi2= 4.9; d.d.l= 1; $p < 0.05$)

7. Pratiques de dépistage du VIH et intérêt pour les propositions de formations

Les médecins proposant plus fréquemment des sérodiagnostics VIH aux patients souhaitaient plus que les autres des formations ($p < 0,01$).

Influence de la proposition de tests sur le besoin en formation

	jamais		1 à 4 fois/ mois		5 à 9 fois/ mois		>10 fois/ mois		Total	
	nb	%	nb	%	Nb	%	nb	%	nb	%
souhaitent des formations	1	25%	159	77%	47	87%	19	95%	226	79%
ne souhaitent pas de formations	3	75%	48	23%	7	13%	1	5%	59	21%
Total	4	100	207	100%	54	100%	20	100%	285	100

(Chi2= 12.9; d.d.l= 3; $p < 0.01$)

Par contre, le fait d'avoir des difficultés à proposer un test VIH ou à aborder la sexualité n'est pas en lien avec le souhait de recevoir plus de propositions de formation.

Il est important, néanmoins, de souligner que parmi les 231 médecins intéressés par des propositions de formation, 43% ont des difficultés à proposer un dépistage du VIH du fait d'une sensation d'intrusion dans la vie privée du patient (sexualité en particulier).

III. TROISIEME PARTIE: DISCUSSION

A. Méthode

Une étude transversale par questionnaire, comme celle-ci, est descriptive. Elle permet d'obtenir un état des lieux, à un moment précis, de l'attitude des médecins généralistes de la Communauté Urbaine de Nantes concernant le dépistage du VIH et leur implication vis-à-vis de cette pathologie.

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques de dépistage mais cela reste des pratiques déclarées. Notre enquête ne reflète donc que la représentation qu'ont les médecins de leur pratique. Les réponses peuvent ne pas être en adéquation avec leurs pratiques réelles mais plutôt avec les connaissances qu'ils ont sur les recommandations concernant le dépistage du VIH.

Une enquête d'opinion nous a paru le plus adapté pour obtenir le plus de réponses possibles. Le questionnaire a été rédigé en s'inspirant d'enquêtes précédemment réalisées sur le dépistage du VIH.

Le questionnaire a été fait de façon synthétique, afin de ne pas prendre trop de temps à nos confrères, déjà souvent sollicités par des enquêtes.

Il a été testé sur des médecins investis dans le suivi de patients séropositifs (spécialistes hospitaliers, médecins généralistes suivant en ambulatoire une cohorte importante de patients séropositifs).

Il aurait été intéressant de le tester également sur des médecins généralistes non investis spécifiquement dans cette pathologie car cela aurait pu faire apparaître certaines imperfections de questionnement.

Après réflexion, ce questionnaire semble trop succinct et manque de questions ouvertes (mais qui sont difficilement exploitables) permettant aux médecins de donner leur point de vue sur l'évolution du dépistage, sur leurs difficultés à l'aborder et sur les pistes d'amélioration qu'ils pourraient proposer pour faciliter cette démarche préventive.

Des entretiens semi-directifs auraient pu compléter cette étude en donnant des points de vue de médecins. Il aurait été intéressant de développer leur vision de l'évolution de la pathologie liée au VIH et leur représentation de celle-ci, de comprendre le rôle qu'ils s'attribuent en tant qu'acteurs de soins de premier recours, notamment dans tout ce qui concerne les démarches de prévention primaire.

Il a été décidé d'envoyer le questionnaire par voie postale, sans relance. Cette méthode touche peu ou difficilement les médecins moins intéressés, qui peuvent ne pas répondre. Cela donne néanmoins un bon reflet de l'intérêt des médecins sur ce sujet. La présence d'enveloppes de retour préaffranchies favorise le renvoi du questionnaire.

Le délai d'un mois pour le renvoi du questionnaire a paru suffisant, la majorité ayant été retournée dans les quinze jours suivant l'envoi et la totalité ayant été réceptionnée dans le mois imparti.

B. Limites de l'étude

Le choix a été fait, en partenariat avec le REVIH-Hep, d'envoyer le questionnaire aux médecins généralistes de la Communauté Urbaine de Nantes pour différentes raisons.

Un des premiers objectifs du réseau, par l'intermédiaire de cette étude, était d'évaluer les besoins en termes de formation des médecins généralistes, à proximité de Nantes et le plus en contact avec des patients séropositifs. Les formations pouvant être proposées s'axeraient sur le dépistage du VIH mais aussi sur la prise en charge des patients séropositifs.

En effet, il était supposé que si des formations (telles que des FMC) étaient organisées par le réseau (donc sur Nantes), seuls les médecins proches géographiquement du lieu de la formation s'y rendraient.

De plus, l'hypothèse avait été faite que les médecins ayant une activité urbaine étaient probablement plus en contact avec des patients séropositifs [35] et seraient probablement plus intéressés par des formations sur leur prise en charge.

Associé à cela, pour des raisons économiques, il n'était pas possible d'envoyer le questionnaire aux 1233 médecins du département de Loire-Atlantique.

Ceci a donc engendré un biais de recrutement (les médecins en milieu rural étant exclus) qui influe probablement sur les résultats de l'enquête.

On suppose également que les médecins ayant répondu à l'enquête sont plus intéressés par la pathologie VIH que les autres, ce qui constitue un biais de sélection.

Des questions ont été mal formulées et ont pu induire un biais de réponse.

A la première question concernant la fréquence moyenne de proposition de test de dépistage dans la patientèle, il aurait été préférable de proposer, comme réponse possible, une fréquence du type: 1 à 4 fois/an au lieu de jamais.

A la question sur le ressenti de difficultés à la proposition d'un test de dépistage (question4), il aurait été plus adapté de proposer comme élément de réponse, à la place de l'adverbe parfois, celui de souvent.

Il aurait été intéressant de dissocier dans les réponses, à la question sur l'annonce directe du résultat d'une sérologie par le médecin au patient (question 7), le fait que le résultat du test soit négatif ou positif. En effet, plusieurs personnes n'ont compris cette question que dans le sens où le résultat du test VIH était positif.

La question concernant la proposition d'un test lors d'une consultation pour une contraception n'a pas pu être analysée: elle aurait dû être dissociée en deux sous questions, c'est-à-dire une question concernant la fréquence de dépistage au moment de l'instauration d'une contraception et une autre au moment du renouvellement d'une contraception. En effet, plusieurs personnes n'ont pas répondu en notifiant l'imprécision de la question.

Par omission, il n'a pas été demandé aux médecins de préciser leurs caractéristiques démographiques.

C. Résultats

1. Le dépistage en Pays de la Loire

Le taux de recours au dépistage en Pays de la Loire (53/1000 habitants) est très inférieur à la moyenne nationale (79/1000 habitants).

Néanmoins, le dépistage semble plus ciblé (cf. introduction) et plus précoce dans la région des Pays de la Loire [33]: en effet, le taux de découvertes de séropositivité au stade tardif est un peu plus faible qu'en France (24% vs 30% en France, sans différence significative). Ceci peut être en lien avec le fait que les acteurs du dépistage, dont les médecins généralistes font partie, connaissent les tendances évolutives épidémiologiques dans les nouveaux cas de séropositivité en Pays de Loire. Celles-ci se caractérisent actuellement par une proportion plus importante d'hommes atteints (7/10 nouvelles séropositivités en 2007), liée à des contaminations par rapports homosexuels (65% des contaminations masculines).

2. Caractéristiques démographiques des médecins généralistes du territoire nantais.

Des informations démographiques concernant la population de répondants auraient été intéressantes pour évaluer la représentativité de notre échantillon de répondants par rapport à la population médicale interrogée.

Il est possible seulement de comparer la population enquêtée [36] à la population des médecins généralistes français [37].

La densité médicale des généralistes du territoire nantais (162/100000 habitants) est inférieure à celle nationale (167/100000 habitants).

La population médicale interrogée est caractérisée par un âge moyen de 48 ans (50 ans pour les hommes et 44 ans pour les femmes), égal à l'âge moyen des médecins français.

Les classes d'âge de la population des médecins français est la suivante : <40 ans : 16% ; 40 à 49 ans: 33% ; >50 ans: 51%.

Comparativement, les médecins interrogés se répartissent selon les classes d'âge suivantes: <40 ans: 22%; 40 à 49 ans: 33%; >50 ans: 45%

La population médicale généraliste de Nantes métropole semble donc plus jeune que la population médicale française.

De plus, la population médicale du territoire nantais est plus féminisée (45%) que le territoire français en général (40%).

3. Les pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole

a. Le dépistage en fonction des situations

➤ Les situations de dépistage systématique du VIH lors des bilans prénatal et pré-nuptial

Les recommandations officielles concernant le dépistage systématique au moment d'une grossesse sont issues de l'article 48 de la loi n° 93-121 du 27/01/1993 [38]: « à l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le VIH est systématiquement proposé à la femme enceinte ».

Ces recommandations semblent connues des médecins généralistes comme l'illustre l'enquête périnatale française de 2003.

Dans cette enquête, 75% des femmes savaient qu'elles avaient eu un test de dépistage du VIH pendant leur grossesse. Pour les autres 25%, 7,8% précisait avoir déjà eu cet examen récemment, 9,3% signalait qu'on ne leur avait pas proposé de test durant la grossesse, 6% ne savaient pas s'il avait été fait et seulement 1% l'avaient refusé [39]. Il faut néanmoins préciser que seulement 15% des grossesses sont suivies par des médecins généralistes [40].

Le dépistage systématique, lors du premier bilan prénatal, a été mis en place au moment du développement des thérapies antirétrovirales (découverte de l'action préventive de la zidovudine en 1994 sur la transmission materno-fœtale) [41].

L'objectif est de dépister précocement les femmes séropositives, afin de les prendre en charge et de leur donner une thérapeutique antirétrovirale pendant la grossesse et l'accouchement dans le but de diminuer la transmission materno-fœtale.

Avec ce dépistage systématique, un tiers des femmes enceintes infectées découvrent leur séropositivité à l'occasion de leur grossesse.

Ces mesures prises ont été efficaces: en effet, elles ont permis de faire baisser le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 17% (avant 1994) à 1.3% (actuellement) [41].

Dans notre étude, les médecins répondants semblaient connaître ces recommandations car 91% des médecins proposaient fréquemment une sérologie VIH aux patientes enceintes.

La réalisation du bilan prénuptial (dans le cadre du certificat prénuptial mis en place par la loi du 16 décembre 1942 et réglementé par les articles 63 du Code civil français et L153 du code de santé publique) était une des autres principales circonstances pour lesquelles une sérologie VIH devait être systématiquement proposée. Cet examen s'inscrivait dans une démarche préventive, en permettant un bilan médical (qui se trouvait être parfois le premier pour des jeunes adultes) qui apportait un certain nombre d'informations médicales à la connaissance des couples et qui pouvait être fait dans une période préconceptionnelle.

Depuis le 01^{er} janvier 2008, donc au moment de la réalisation de l'enquête, le certificat prénuptial n'est plus obligatoire, du fait d'une abrogation des lois « obsolètes » par les députés [42].

Pendant de nombreuses années, le bilan prénuptial était une des causes principales de prescription de sérologies VIH. Pour exemple, en 2000, selon le réseau des médecins

sentinelles (réseau de 1300 médecins généralistes libéraux, soit 2% de l'ensemble des médecins généralistes, bénévoles et volontaires répartis sur tout le territoire de France métropolitaine), 32% des prescriptions de sérologies VIH étaient faites à cette occasion (et aussi dans le cas où des couples stables décidaient d'abandonner l'usage du préservatif) [43].

Dans notre étude, il est intéressant de noter le fort pourcentage de réponses (96%) dans le sens d'un dépistage fréquemment proposé à cette occasion. On peut supposer que les médecins continuaient à proposer un bilan prénuptial à leurs patients, sachant que l'obligation légale avait disparu récemment. L'hypothèse peut être avancée qu'ils conserveront cette opportunité d'effectuer une démarche de prévention, en particulier celle de la proposition d'un dépistage du VIH, chez les couples souhaitant se marier mais également chez les couples qui souhaiteront arrêter d'utiliser le préservatif.

➤ Situation de dépistage préconceptionnel vis-à-vis du père

Dans cette démarche de réduction des risques autour de la procréation et du couple, il semblait intéressant d'évaluer les stratégies de dépistage réalisées auprès du futur père. Cette notion de dépistage du père apparaît dans l'article L 2122-3 du Code de la Santé Publique: « chaque fois que l'examen de la future mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également procédé à l'examen médical du futur père accompagné le cas échéant d'analyses et d'examens complémentaires appropriés ».

Dans cet article, il n'est pas spécifié qu'un dépistage du VIH doit être proposé.

Le Conseil National du Sida dans son rapport du 14 mars 2002 [44] sur le dépistage du VIH au cours de la grossesse soulève ce point en précisant que: « toute proposition de dépistage à la femme enceinte devrait être accompagnée, de la part du médecin, d'une information sur l'intérêt des partenaires sexuels à se faire dépister ».

Dans le dernier rapport de Patrick Yéni sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH de 2008, les experts recommandent de « proposer systématiquement un sérodépistage du VIH à tout conjoint ou partenaire d'une femme enceinte », ce test faisant partie de l'examen du 4ème mois du futur père [45].

Ces précisions sont donc apportées par des rapports d'experts de la pathologie VIH, que les médecins généralistes ne consultent probablement pas en général dans leur pratique quotidienne.

Dans notre enquête, un test de dépistage était peu fréquemment proposé dans 69% des cas aux partenaires des patientes enceintes.

L'attitude systématique dans la démarche de dépistage autour de la mère ne l'est donc absolument pas autour du futur père.

Il est intéressant de noter le lien significatif entre la fréquence mensuelle de dépistage du VIH et le dépistage du père. Ceci peut mettre en évidence que le fait de proposer des dépistages plus fréquemment au sein de sa patientèle permet peut être de cibler les futurs pères.

D'une façon générale, le dépistage du père s'intègre dans une stratégie de dépistage volontaire, au cours duquel l'initiative du test est laissée au patient, même si le soignant incite souvent à la réalisation du test.

➤ La proposition d'un dépistage dans les suites d'une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

Les femmes dans une démarche d'IVG semblent être particulièrement exposées au risque de séropositivité. Les enquêtes PREVAGEST (enquêtes anonymes non corrélées de séroprévalence dans une population de femmes enceintes) réalisées de 91 à 97 en Ile de France [46] montrent une prévalence plus élevée (de 2,5 fois plus en 1991 à 4,6 fois plus en 1997) de la séropositivité chez les femmes réalisant une IVG (ou ITG= Interruption Thérapeutique de Grossesse) que chez les femmes menant une grossesse à terme. Il faut néanmoins tenir compte du lien entre la connaissance de leur statut séropositif (indépendante de l'enquête) et le choix de réaliser une IVG.

A la même époque, une étude, réalisée auprès des gynéco-obstétriciens de tous les établissements ayant participé à PREVAGEST [46], met en évidence qu'ils ne sont que 45% à proposer un dépistage du VIH aux femmes désirant interrompre une grossesse, alors que 97% d'entre eux réalisent un dépistage de routine chez les femmes désirant poursuivre leur grossesse.

Au centre d'IVG de Nantes, la proposition de réaliser un test VIH est faite aux femmes après évaluation par le médecin des risques pris au niveau sexuel. Cette sérologie est réalisée en association avec la recherche d'autres IST.

Pour exemple, dans ce centre en 2008, suite à environ 2000 consultations de demandes d'IVG, 579 tests VIH ont été réalisés et l'ensemble des résultats de ces tests est revenu négatif.

Dans l'enquête, la question concernant le dépistage du VIH suite à une IVG retrouvait une rare fréquence de proposition de tests VIH pour 74% des médecins répondants.

Ceci est probablement en lien avec le fait que les IVG sont prises en charge par une structure spécialisée (Centre d'IVG, structure de planning familial). Pour les médecins généralistes, celle-ci est censée assurer le dépistage du VIH.

La question peut se poser, dans ce cas, de l'intérêt d'une nouvelle proposition de sérologie VIH, par le médecin généraliste, quelques temps après la réalisation de l'IVG. Cette proposition permettrait d'être à distance de la démarche de demande d'une IVG, situation fréquemment anxiogène et mal vécue par les femmes et qui n'offre probablement pas les meilleures conditions pour évaluer les prises de risque de la personne et être dans une démarche de prévention vis-à-vis d'elle.

➤ Autres situations de propositions de dépistage.

Les médecins interrogés ont pu spécifier les raisons pour lesquelles ils proposaient un test de dépistage du VIH.

Dans les données fournies par l'INVS, le premier motif de dépistage, chez les personnes pour lesquelles une séropositivité est découverte en 2007, est la présence de signes cliniques (pour 30% des femmes et 43% des hommes) [30].

Ceci illustre l'importance de la connaissance, par les médecins, des signes cliniques pouvant être liés au VIH, que ce soit ceux présents dans la phase de primo-infection, ceux dans la phase symptomatique non sida ou ceux au stade sida, selon la classification CDC de 1993 [47].

Dans notre étude, quatorze médecins précisait qu'ils réalisaient un dépistage du VIH face à certains signes cliniques: les signes évoqués par les médecins sont variés et peu spécifiques de la pathologie VIH (altération de l'état général, adénopathies, infections répétées...).

Ceci met en évidence l'importance de la symptomatologie clinique sur la proposition par le médecin d'un dépistage du VIH (malgré la faible proportion de médecins ayant spécifié proposer un test pour cette raison).

Une autre raison à la proposition d'un test VIH peut être évoquée.

D'après le réseau des médecins Sentinelles, en 2000, 46% des sérologies étaient faites à la demande du patient [43].

Ceci illustre bien l'importance et la réussite de la politique de dépistage du VIH mise en œuvre en France dans les années 1990, basée sur le dépistage volontaire, à l'initiative du patient (cf. introduction).

Dans la question ouverte sur les situations pour lesquelles ils proposaient un test de dépistage du VIH, 13 médecins spécifiaient qu'ils effectuaient un test à la demande du patient. Ces médecins ont probablement voulu mettre en évidence le rôle actif que joue le patient, propre à cette pathologie.

Associé à ces propositions de tests dans des situations particulières, souvent à des périodes bien spécifiques de la vie, le dépistage du VIH s'est également longtemps basé sur des comportements à risque ou sur des données épidémiologiques (prévalence de la séropositivité dans certaines populations). Il s'est créé une forme de catégorisation des populations.

b. Dépistage par catégories de patients

➤ Groupes « à risque »

➤ **Les toxicomanes**

Des populations ont été considérées comme « à risque » au cours de l'évolution de l'épidémie à VIH. La première de ces populations, dont l'épidémie à VIH a révélé la fragilité sur le plan sanitaire, est la population toxicomane.

Tout d'abord, l'apparition du VIH a permis de mettre en lumière la toxicomanie et a imposé aux autorités de se mobiliser afin d'enrayer la progression importante de l'épidémie dans la population toxicomane, en priorisant les objectifs sanitaires aux objectifs prohibitionnistes. En effet, avant 1996, les Usagers de Drogues Intraveineuses (UDI) constituaient 24% des cas de SIDA [48].

Une politique de réduction des risques a été mise en place difficilement en France, du fait de certaines réticences de la part des politiques mais également des professionnels [49]. L'objectif de cette politique n'était pas de prôner l'abstinence des personnes dépendantes mais d'admettre la consommation pour en limiter les risques sanitaires et

sociaux. Les outils développés pour la réduction des risques ont été l'accès aux seringues stériles (libéralisation de leur vente en pharmacie en 1987, les programmes d'échanges de seringues en 1991 et la mise en place du STERIBOX en 1995), l'accès aux soins en créant les premiers dispositifs bas seuil en 1993 et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (le SUBUTEX en 1994 et la METHADONE en 1995) [50].

Cette politique mise en œuvre a porté ses fruits. En effet, en 2005, les UDI ne constituent plus que 9% des cas de sida et 3% seulement des découvertes de séropositivité se font chez des UDI (2% en 2007) [30].

Dans l'étude « Coquelicot » réalisée en 2004 auprès d'UDI [51], on note le faible taux de séropositivité (0,3%) chez les moins de 30 ans, probablement lié à l'impact des messages de réduction des risques (bonne connaissance des modes de contamination du VIH chez 90 % des UDI), qui ont pu permettre des changements de comportement.

Les médecins généralistes ont été considérés comme des acteurs de première ligne concernant cette problématique addictive: leur rôle dans les stratégies préventives a été mis en avant. Mais très rapidement, il est apparu qu'une minorité de médecins était intéressée par la prise en charge des toxicomanes et s'y investissait activement [52].

Néanmoins, l'ensemble des médecins généralistes a un rôle actif dans les démarches de prévention et se doit de sensibiliser et de proposer régulièrement des dépistages du VIH à cette population spécifique.

Dans notre enquête, les médecins répondants semblent tenir ce rôle à cœur car 94% proposent fréquemment un dépistage du VIH à ces patients, ce qui révèle une bonne sensibilisation au dépistage des médecins vis-à-vis de cette population à risque. Néanmoins, le nombre de sans réponses (25) suggère qu'une partie des médecins répondants n'en voient pas en consultation.

➤ **les prostituées**

De même que pour la population toxicomane, l'apparition du VIH a développé un intérêt vis-à-vis d'un autre milieu spécifique, celui de la prostitution: en effet, ce milieu semblait initialement comme le plus à risque de favoriser la diffusion de l'épidémie par voie hétérosexuelle. Cela a permis de développer des recherches auprès de ce milieu.

Mais les principales études françaises réalisées ont mis en évidence un taux de séroprévalence chez les prostitué(e)s relativement faible au regard des représentations, des facteurs cumulés de vulnérabilité et de la situation dans d'autres pays, mais, élevé par

rapport au taux dans la population générale. En 1989, la prévalence de la séropositivité chez les prostituées non toxicomanes est de 1.5% [53].

Il apparaît une corrélation forte de la toxicomanie et de l'exposition au VIH chez les femmes prostituées. Les risques encourus vis-à-vis du VIH le sont principalement par des pratiques toxicomanes et par des relations sexuelles non protégées dans le domaine de la vie privée.

En effet, le préservatif semble être utilisé fréquemment, dans 80% des relations professionnelles [54].

L'épidémie évolue progressivement ces dernières années dans cette population avec l'arrivée d'une population de migrants venant de pays d'Europe de l'Est et d'Afrique anglophone, dans lesquels la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée.

Au cours des années, toutes les études mettent en évidence que les conditions d'existence précaire, le mode d'exercice, les pratiques de toxicomanie sont en lien avec une augmentation de la prévalence de la maladie.

La population des prostituées a un rapport au système de santé spécifique. En effet, elles ne suivent pas le parcours classique, consultent rarement le médecin généraliste dans une démarche de prévention (d'autant plus dans les populations migrantes, pouvant être entrées illégalement sur le territoire). Elles ont le plus souvent recours à des structures associatives qui sont sur le terrain, vont à leur rencontre et les incitent à effectuer des dépistages. Elles ont également recours aux structures de type CDAG, qui leur permet de faire des tests VIH de façon anonyme et gratuite, sans justification d'identité et de papiers.

C'est d'ailleurs pourquoi certaines de ces structures ont mises en place des actions de proximité, en proposant des consultations avec un bus ambulancier [55].

Cette population est donc à part dans les démarches d'accès aux soins; ainsi, le médecin généraliste ne semble pas être l'interlocuteur de première ligne.

Les résultats de notre enquête le montrent, en particulier le nombre de sans réponses élevé (82) qui suggère que les médecins généralistes ne côtoient pas fréquemment ces populations ou ne connaissent pas leur activité de prostitution. Néanmoins, parmi les répondants, un fort pourcentage (91%) proposait un dépistage fréquemment, ce qui confirme également la sensibilisation des médecins à l'importance du dépistage du VIH dans cette population.

➤ **Les migrants.**

La place des personnes de nationalité étrangère dans l'épidémie de VIH/ Sida en France a existé dès le début de l'épidémie. Mais la proportion de personnes atteintes s'est accélérée dès la fin des années 1990.

En 2005, alors que 5 à 6 % des personnes résidentes en France sont d'origine étrangère, elles représentent 40% des découvertes de séropositivité et 38% des cas de SIDA.

Parmi elles, la population d'Afrique Subsaharienne est particulièrement touchée avec un taux de découvertes de séropositivité plus de 100 fois supérieur à celui observé chez des personnes de nationalité française en 2005.

Le fait d'être d'origine étrangère a souvent été retrouvé comme un facteur de risque de dépistage tardif : dans 2 enquêtes françaises récentes, il existe un pourcentage de retard au dépistage supérieur à 30% et la population la plus fréquemment retrouvée est la population migrante [27] [56].

Ceci semble en lien avec des indicateurs socio-économiques de précarité qui entraînent une difficulté d'accès aux soins [50].

La prise de conscience de l'importance de l'épidémie de VIH dans les populations d'origine étrangère s'est donc faite progressivement, dans le but de ne pas stigmatiser ces populations, déjà cibles de discrimination.

Les femmes ont accès au dépistage de façon privilégiée au moment de leur grossesse et en 2005, 20% des femmes étrangères ont découvert leur séropositivité à ce moment là (comparativement à 14% des femmes françaises) [50].

Ces populations migrantes ont fait l'objet de démarches de communication et de prévention spécifiques, orientées vers une approche plus communautaire et de proximité, mises en place par différents organismes (INPES, DGS, CRIPS...). Actuellement, au cours de la prise en charge de migrants (nouvellement arrivés en France), un bilan de santé est recommandé, incluant une sérologie VIH [57].

Grâce à ces stratégies, une évolution positive est observée ces dernières années: entre 2003 et 2007, il est observé une diminution des découvertes de séropositivité chez les personnes de nationalité étrangère (53% versus 40%) et une diminution des découvertes d'infection au stade SIDA entre 2006 et 2007 (de 23% à 17%) (tout en devant tenir compte des flux migratoires, du recours au dépistage et du nombre de nouvelles contaminations) [30].

Dans les résultats de notre enquête, il existe une proportion de 55% des médecins qui proposent fréquemment des tests à cette catégorie de population. Cette proportion modérée peut s'expliquer par le fait qu'un certain nombre de médecins voient peu de migrants dans leur patientèle (ceci étant illustré par les 28 sans réponses à cette question), cette population consultant peu et ayant plus fréquemment recours à des structures de proximité type PASS (Permanence d'Accès Aux Soins).

Néanmoins, il semble important de continuer d'inciter cette population au dépistage, en allant au devant d'elle par des actions de proximité.

Pour ces groupes considérés comme à risque, on observe donc une relative sensibilisation des médecins répondants sur la nécessité, toujours présente, de continuer à proposer des dépistages du VIH dans une démarche de prévention globale, axée sur les problématiques propres à chacune de ces catégories.

Associé à ces dépistages ciblés, il semblait intéressant également d'évaluer les propositions de tests dans la population générale, en fonction de l'âge et de la situation maritale des patients.

➤ Influence de la situation familiale sur le dépistage.

Au sein de la population générale, une population spécifique, celle des adolescents, reçoit depuis plusieurs années des messages de prévention ciblés sur la sexualité. Ces interventions effectuées en milieu scolaire depuis 1996, sous forme de séances appelées « éducation à la sexualité » au collège et au lycée, ont pour but de prévenir les comportements à risque et surtout de faire évoluer les attitudes de fond à l'origine de ces comportements. L'objectif de ces séances est de permettre aux jeunes de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité et de contribuer à leur épanouissement personnel.

En effet, avec l'apparition du VIH, il a semblé indispensable de sensibiliser la population jeune car elle est la plus sujette à avoir des conduites à risque.

Ceci est souvent en lien avec un « comportement de type initiatique pour s'assurer de la valeur de l'existence » [58].

Cette mission d'éducation à la sexualité fait aussi partie du travail du médecin généraliste. Son rôle auprès de l'adolescent est primordial: il est souvent consulté en premier lieu.

Le temps de la consultation avec l'adolescent est un temps privilégié pour faire le point, pour poser un regard élargi sur les différents secteurs de la vie, pour établir un lien de confiance, aider l'adolescent à s'engager dans une relation de soins. Grâce à l'échange qu'il établit avec l'adolescent, il est un acteur privilégié pour aborder une démarche préventive et lui proposer un dépistage du VIH [59].

Dans notre enquête, les médecins répondants semblent avoir conscience de cette mission: en effet, ils proposent fréquemment un dépistage du VIH dans 61% des cas aux adolescents et aux jeunes adultes.

Ceci est positif mais doit continuer à être associé à une démarche de prévention individualisée, axée sur la réduction des risques: en effet, récemment, il apparait une diminution de la prévention (port du préservatif) chez les multipartenaires (76% utilisent le préservatif en 2004 comparativement à 88% en 1998) [16].

Dans les résultats de notre enquête, les générations plus âgées, en situation de célibat, semblent être moins dépistées que les adolescents: en effet, les personnes séparées, divorcées ou veuves sont dépistées fréquemment dans 21% des cas.

Ceci semble logique, étant donné la plus grande fréquence du multi-partenariat chez les jeunes de 18-29 ans (32%) par rapport aux générations plus âgées (7% chez les 30-39 ans et 40-54 ans) [16].

Néanmoins, cela peut paraître inquiétant au regard des résultats des enquêtes de type KAPB. Il apparait en effet, selon l'opinion des gens interrogés, que les personnes plus âgées ont moins la crainte du SIDA que les plus jeunes et se considèrent moins à risque. Or, il est établi que ceux se considérant comme ayant un risque supérieur à la moyenne d'être contaminé adaptent plus fréquemment un comportement de prévention.

De plus, il existe une image plus négative du préservatif dans la génération de 55 à 69 ans.

Malgré le moindre multi-partenariat dans les générations plus âgées, le risque de contamination semble donc réel étant donné la moindre utilisation du préservatif [16].

Ceci peut être illustré par l'augmentation de l'âge moyen lors du diagnostic de séropositivité: de 36.8 ans en 2003 à 38 ans en 2007 [30]. A noter que cela pourrait être lié à un retard au diagnostic, ce qui n'est pas le cas, étant donné la diminution de la proportion de diagnostic au stade SIDA (de 24 % en 2003 à 17 % en 2007).

L'hypothèse peut être émise que les personnes se contaminent plus tardivement dans leur vie, ceci pouvant être illustré par le fait que, quelle que soit la génération considérée, l'utilisation du préservatif décroît avec l'âge.

Enfin, les personnes pour lesquelles le dépistage est proposé le moins fréquemment sont les patients en couple stable (5%). Cette question est difficile à analyser car il aurait fallu s'intéresser au fait que les médecins interrogent (ou pas) leurs patients sur d'éventuelles relations extraconjugales, dans une démarche de prévention et de proposition des tests de dépistage.

Il est intéressant de noter le lien significatif entre la fréquence mensuelle de prescriptions de dépistage du VIH des médecins généralistes et la fréquence de propositions de test VIH auprès des patients en couple stable ou des personnes séparées, divorcées ou veuves.

En résumé, ces populations, ne faisant pas partie des groupes considérés comme « à risque », sont dépistés peu fréquemment (29%) dans l'ensemble.

Au regard de ces constats, il apparaît donc nécessaire de renforcer la prévention et le dépistage du VIH dans les générations plus âgées et en particulier chez les personnes divorcées, séparées ou veuves, qui sont susceptibles d'entamer de nouvelles relations sexuelles. . Le fait de proposer des dépistages plus fréquemment au sein de sa patientèle semble permettre de cibler ces personnes.

➤ Multi-partenariat, prise de risque sexuel

Le risque de transmission du VIH se majore avec la multiplicité des partenaires avec lesquels les rapports ne sont pas protégés. Différentes études ont calculé, en fonction du type de rapport sexuel non protégé, le risque de transmission du VIH [58].

Dans la population générale, depuis 1998, on observe un relâchement des conduites préventives avec une moindre utilisation du préservatif chez les jeunes et les personnes ayant eu plusieurs partenaires dans l'année.

La population hétérosexuelle séropositive constitue 60% de l'ensemble des découvertes de séropositivité en 2007 [30]. Il semble donc justifier de continuer à effectuer des démarches de prévention vis-à-vis de cette population en général, en s'intéressant particulièrement aux personnes ayant de multiples partenaires avec lesquels les rapports sont non protégés. Les médecins répondants y sont sensibilisés car 86% proposent fréquemment des tests à cette population.

La population homosexuelle masculine est, elle, une population pour laquelle les démarches de prévention ont toujours existé du fait de l'importance de l'épidémie dans cette population à l'apparition du VIH: elle constituait un des « groupes à risque ».

La prévention ciblée auprès de cette population a été importante du fait d'une forte mobilisation du milieu associatif dès le début de l'épidémie.

Malgré toutes ces actions, une augmentation des comportements sexuels à risque est observée dans cette population depuis les années 2000, particulièrement chez les hommes séropositifs et ceux n'étant plus certains d'être séronégatifs. Depuis 2003, c'est le seul mode de contamination pour lequel le nombre de découvertes de séropositivité augmente (on observe quand même une stabilisation en 2007). En 2007, 38% des découvertes de séropositivité se sont faites chez des homosexuels masculins.

Les messages de prévention doivent donc être renforcés vis-à-vis de cette population, en sachant que celle-ci est malgré tout bien informée et a recours au dépistage facilement et précocement après une prise de risque, comme en témoigne la proportion (20%) de diagnostic au stade de la primo-infection [30] [50].

Les populations homosexuelle et bisexuelle semblent également bien dépistées par les médecins répondants: 90% leur proposent des dépistages fréquemment.

Néanmoins, il aurait été intéressant d'interroger les médecins sur les propositions de dépistage auprès des patients homosexuels, en dehors de la notion de partenaires sexuels multiples, afin de voir s'ils sont toujours considérés comme un groupe à risque dans leur esprit.

Une des autres raisons fréquentes de propositions de test par les médecins est la notion de prise de risque sexuel par le patient. En effet, selon l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE [60], 18% des répondants ont réalisé un test VIH suite à une crainte d'avoir été exposé à un risque. L'évaluation du risque exprimé par le patient est faite par le médecin. Celui-ci peut alors se référer aux recommandations sur la conduite à tenir suite à un accident exposant au risque de transmission du VIH. Ces recommandations existent depuis 1995 mais étaient initialement destinées aux accidents d'exposition au sang (AES) survenant chez les professionnels de santé. Elles ont été étendues en 1998 à toutes les personnes potentiellement exposées à un risque de transmission du VIH, que la nature de l'exposition soit professionnelle, sexuelle ou par partage de seringues [61].

Suite à ces recommandations, un dispositif sanitaire important a été mis en place au niveau hospitalier, afin de répondre à ces situations d'urgence et d'être en mesure d'évaluer le risque de contamination et de prescrire éventuellement une prophylaxie post-exposition au VIH (qui repose depuis 1998 sur l'association de plusieurs antirétroviraux pendant 4 semaines). Ce système repose aux heures ouvrables sur les médecins référents pour le VIH et aux heures non ouvrables sur le service des urgences.

Grâce à ce système, le médecin généraliste peut donc faire appel à un médecin référent hospitalier pour le VIH qui évaluera l'exposition du patient et l'intérêt de la mise en route d'une prophylaxie post-exposition. Celle-ci doit être mise en route le plus précocement possible (au mieux dans les 4 heures suivant la prise de risque et au plus tard jusqu'à 48 heures).

Mais souvent, les patients consultent leur médecin généraliste plusieurs jours après la prise de risque car ils ne connaissent pas forcément le traitement prophylactique pouvant être proposé. Seule une sérologie VIH peut alors être prescrite par leur médecin généraliste qui sera réalisée 6 semaines après l'exposition supposée [62].

Dans notre enquête, 96% des médecins répondants proposent un test fréquemment suite à une prise de risque du patient. Ceci illustre leur rôle dans cette démarche de réassurance après une prise de risque.

Enfin, le fait de présenter des signes cliniques d'IST (Infection Sexuellement Transmissible) est un cofacteur de transmission du VIH et un facteur d'aggravation de l'infection à VIH.

Le terme d'IST regroupent: la syphilis, la gonococcie, la chlamydie, l'hépatite B, les lésions herpétiques, la papillomatose et la trichomonase. Dans le monde, si on estime par an à 5 millions les nouveaux cas de VIH, on estime à 1 milliard le nombre de cas d'IST dans la population générale de moins de 49 ans. Les IST (en dehors de l'hépatite B) favorisent la transmission du virus VIH par les micro-ulcérations et par l'inflammation qu'elles entraînent, avec l'afflux de cellules potentiellement cibles pour le VIH [58].

Pour exemple, l'importance du lien entre certaines IST est visible dans la résurgence de la syphilis fin 2000, celle de la lymphogranulomatose vénérienne en 2003-2004 et l'augmentation du nombre de nouveaux séropositifs dans la population homosexuelle masculine depuis 2000.

Ceci met en évidence la nécessité de dépister de façon systématique le VIH chez les personnes présentant des signes d'autres IST.

Dans les résultats de notre enquête, 92% des médecins répondants dépistent fréquemment le VIH chez les patients présentant des signes d'IST: ceci semble donc montrer la connaissance qu'ils ont du lien entre les différentes IST.

- c. Les difficultés rencontrées par les médecins autour du test de dépistage du VIH

➤ La proposition d'un test de dépistage

En parlant du dépistage du VIH aux médecins généralistes, une question intéressante se posait: éprouvaient-ils des difficultés à proposer un test de dépistage du VIH?

En effet, comme décrit précédemment, les populations les plus touchées au départ étaient les homosexuels et les toxicomanes, respectivement 46% et 24% des cas de SIDA avant 1996 [48].

Malgré la reconnaissance en 1986 du SIDA comme risque hétérosexuel dans les pays développés, il semble que dans l'esprit de la population en général et également des soignants, des préjugés existèrent longtemps sur les populations pouvant être atteintes.

Différentes études s'intéressèrent à ces représentations.

Dans les années 1990, une étude sociologique réalisée, auprès de 74 infirmières les interrogeait sur leurs représentations du SIDA [63]. Celles-ci exerçaient dans des services hospitaliers d'Ile de France, donc étaient plus en contact avec des personnes séropositives que des professionnels d'autres régions, du fait de la répartition géographique des cas de séropositivité.

Les résultats retrouvaient comme noyau fondamental des représentations, une théorie sexuelle du SIDA. La voie privilégiée de la contamination par le VIH était la voie sexuelle, et surtout une activité sexuelle fautive et transgressive (homosexualité, multi-partenariat, infidélité conjugale). La toxicomanie était même considérée comme une forme d'activité sexuelle, ceci étant à mettre en lien avec la « métaphore de la punition » la mettant dans le même champ que l'homosexualité.

D'après ces soignantes, elles pouvaient seulement être contaminées par voie professionnelle (AES), elles n'avaient pas pu être contaminées par voie sexuelle du fait qu'elles ne pratiquaient pas d'activité sexuelle transgressive. De plus, la gravité de l'infection par contamination professionnelle apparaissait moins grave dans leur discours

que celle liée à une contamination sexuelle et faisait même l'objet de déni quand à ses conséquences.

Cet exemple met en évidence tous les *à priori* qui ont pu exister sur les possibilités de contamination par le VIH et explique les difficultés à parler du VIH, infection vue par de nombreuses personnes comme associée à des conduites transgressives, immorales ou honteuses.

Une étude française met en évidence la difficulté des médecins à parler du VIH. Dans celle-ci, réalisée en Lorraine en 1994 auprès de 415 médecins généralistes, 99% ont prescrit au moins une sérologie VIH dans leur vie mais 24% des médecins ont prescrit un test sans en informer le patient. Ceci est interdit légalement du fait de la nécessité d'obtenir du patient « un consentement libre et éclairé » pour la réalisation d'une sérologie VIH. Cette attitude est le reflet probable de la difficulté de certains médecins à aborder la pathologie VIH et de proposer une sérologie VIH [64].

Cette vision du VIH et les difficultés à en parler évoluent progressivement, avec l'aide des grandes campagnes nationales d'information réalisées en France, qui tentent de sensibiliser l'ensemble de la population, dès 1987, avec des slogans du type: « le sida ne passera pas par moi ».

Dans notre étude, 66% des médecins répondants éprouvent de temps en temps des difficultés à proposer un test VIH, ce qui illustre les représentations persistantes sur cette infection.

Les difficultés à proposer un test VIH ne portent pas seulement sur l'image particulière de cette pathologie.

Il semble intéressant de comprendre quelles étaient les raisons principales évoquées par les médecins à ces difficultés.

➤ Les raisons des difficultés rencontrées à la proposition d'un test de dépistage.

Parmi les difficultés à proposer un test de dépistage du VIH, une de celles pouvant être avancée est le manque de temps en consultation de médecine générale. Les consultations de médecine générale durent en moyenne 15 minutes et la proposition d'un dépistage du VIH a longtemps été vue comme demandant une longue durée de consultation, par la nécessité de réaliser un counselling adapté au patient. Cette démarche préventive pouvait paraître lourde, complexe et limiter les propositions de dépistage [65].

C'est d'ailleurs un des arguments utilisés actuellement, surtout aux États-Unis, pour limiter voire supprimer le counselling pré-test [66] [67].

Dans l'enquête réalisée, le temps ne semble pas être un frein majeur à la proposition d'un test de dépistage: en effet, cet argument n'a été cité que par 13% des médecins répondants.

Parmi les autres difficultés ressenties par le médecin généraliste à la proposition d'un test VIH, « la sensation d'intrusion dans la vie privée du patient (dans la sexualité en particulier) » et « la place du médecin de famille délicate » sont les deux les plus fréquemment citées.

Comme expliqué en amont, le dépistage du VIH est dès le début systématiquement associé à une démarche de prévention primaire (le counselling), permettant d'expliquer les modes de transmission du VIH, les moyens de prévention vis-à-vis de celui-ci, le but du test et ses conséquences, afin de sensibiliser la population en lui apportant un éclairage sur cette pathologie et sur les moyens pour s'en protéger. Il est également nécessaire, au moment de la prescription d'une sérologie VIH (à la demande du patient ou à l'initiative du médecin), d'évaluer l'exposition potentielle du patient au virus. Ceci implique donc d'entrer dans l'intimité des consultants, en les interrogeant sur leurs pratiques sexuelles (voire toxicomanes).

Ceci n'est pas chose aisée pour un médecin: même s'il est soignant, il est avant tout homme et la pudeur, la moralité de chacun peuvent être des freins à des questionnements de ce type.

Différentes études se sont intéressées très rapidement à la façon dont les médecins généralistes abordent le sujet du dépistage du VIH et en parallèle celui de la vie sexuelle des patients.

L'une de ces études, américaine, réalisée en 1991 à New York, un des epicentres initiaux de l'épidémie de VIH, interrogeait différents médecins (473) dont des généralistes sur la prévention et la réalisation de dépistages du VIH. Celle-ci mettait en évidence que, malgré leur prescription fréquente de sérologies VIH (90% en avaient déjà prescrit) et leur confrontation régulière à des patients séropositifs (71% prenaient en charge un patient vivant avec le VIH), peu de praticiens (un tiers) interrogeaient leurs nouveaux patients sur leur vie sexuelle et effectuaient de la prévention pour diminuer les risques de contamination (un quart seulement) [68].

Une autre étude nationale américaine réalisée en 1992, auprès des médecins de famille, mettait en évidence qu'une majorité de médecins était plus à l'aise pour répondre aux questions des patients que d'engager le sujet des problèmes sexuels [69].

Aux Pays Bas, un suivi des consultations fut réalisé pendant 5 ans de 1988 à 1993 auprès d'un échantillon de médecins généralistes (appartenant au réseau Dutch). Au total, les médecins généralistes ont pris l'initiative de parler du VIH (et de sexualité) seulement dans 4% des consultations, d'autant plus s'il existait une plainte somatique pouvant être en lien avec le VIH [70].

Ceci montre les difficultés rencontrées par une majorité de médecins pour aborder le thème des pratiques sexuelles, ce qui est nécessaire pour pouvoir faire de la prévention et évaluer l'intérêt d'un dépistage.

Pour certains, il devient alors nécessaire de dissocier prévention et dépistage.

Une enquête plus récente de 2003 réalisée en Isère [65] par entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon de médecins (dont 17 généralistes) mettaient en évidence ces faits: la prévention (liée à la sexualité) associée au dépistage du VIH n'est pas réalisée par tous les médecins. Lorsqu'elle est pratiquée, majoritairement par des femmes, c'est principalement en réponse à la demande du patient, plus ciblée sur des populations considérées comme à risque. Les arguments donnés vis-à-vis du manque de prévention par les médecins sont le « fait que les patients soient suffisamment informés et conscients des risques, que les médecins ne veulent pas paraître curieux, inquisiteurs », la difficulté de faire parler les gens pour évaluer les prises de risque, la fragilité de la relation médecin-malade. Certains médecins ne se disent pas à l'aise avec le sujet ou banalisent la réalisation du test VIH.

Ceci montre que les difficultés pour parler de sexualité sont toujours présentes pour de nombreux médecins.

Notre enquête, pourtant, apporte un résultat un peu discordant avec ces constatations: en effet, le thème de la sexualité est abordé « souvent, quand l'occasion se présente » en majorité d'après les médecins répondants.

Cette réponse étonnante peut être éclairée par un article de GIAMI Alain [71].

« En se fondant sur des distinctions établies par Foucault et Davidson, deux dimensions du processus d'appropriation de la sexualité par les médecins généralistes peuvent être distinguées:

- La première de ces dimensions consiste en l'acquisition et la maîtrise d'un ensemble de connaissances et de pratiques médicales concernant des organes, des fonctions et des traitements – le "sexe", et en la capacité à les aborder dans la consultation médicale. Il s'agit de la conception médicale de la sexualité.
- La seconde réside dans l'acquisition de la maîtrise des processus de communication qui se déroulent notamment au sein des consultations (relation médecin/ patient), dans la maîtrise du langage scientifique et médical de la sexologie et des disciplines médicales, et dans l'intégration d'un certain nombre d'éléments psychologiques dans la pratique médicale (dans la représentation des troubles aussi bien que dans la conduite de l'entretien médical). Il s'agit d'une conception médicale, mais holistique de la sexualité ».

Tout se passe comme-ci deux approches différentes pouvaient être faites de la sexualité: une approche purement médicale, axée sur les problèmes physiques et leurs traitements et une approche plus globale, prenant en compte l'influence des problèmes psychologiques.

L'étude présentée dans cet article repose sur une enquête qualitative par entretiens semi directifs, réalisée entre 2002 et 2004 auprès de 35 médecins généralistes (20 hommes et 15 femmes) exerçant dans les régions Île-de-France, Pays de la Loire, Normandie. Celle-ci vise à explorer les représentations de la sexualité chez les médecins généralistes ainsi que les relations médecin patient qui se déroulent à propos de ces questions.

Avec les résultats de ces entretiens, l'auteur catégorise les réponses des médecins en 4 postures principales:

- *Une première attitude d'évitement de l'abord de la sexualité.*

Ces praticiens sont dans une attitude d'évitement actif d'un domaine de l'activité médicale. Ils n'abordent pas la question de la sexualité avec leurs patients dans la mesure où ceux-ci ne l'abordent pas eux-mêmes et ne formulent pas de demandes à ce sujet. Pour eux, « ils ressentent l'abord de cette question comme une violation de l'intimité et de la pudeur de la personne». L'absence de formation est considérée par l'ensemble des médecins interrogés comme la cause principale attribuée à cette situation et qui génère de l'ignorance, de l'absence d'intérêt et de la gêne personnelle éprouvée face aux situations liées à la sexualité. Du fait que ces médecins considèrent que la sexualité relève principalement

d'une approche psychologique, ils se sentent autorisés à exclure ce domaine du champ de la médecine générale. De même, ils excluent certains gestes d'examen, gênés probablement par le risque d'érotisation de la relation médecin-malade. Finalement, ils excluent la sexualité en affirmant qu'elle n'entre pas dans le champ médical.

- *Une seconde attitude se situe entre l'appropriation médicale des problèmes de la sexualité et un évitement relatif.*

Cette attitude est fondée sur la capacité à communiquer sur les problèmes d'ordre sexuel en les considérant comme de simples problèmes physiologiques, en utilisant un langage médicalisé de la sexualité. Ces problèmes sont traités selon une approche médicale organiciste et la prise en charge se fonde sur les normes des recommandations professionnelles.

- *La troisième attitude est fondée sur une approche globale des problèmes de sexualité.*

Ces médecins s'intéressent aux dimensions psychologique et relationnelle de la sexualité mais sont dans l'ensemble dans une approche plus globale et plus psychologique du patient avec une ouverture sur le contexte social. Les dimensions psychosociales de la patientèle sont prises en compte.

- *La quatrième attitude qui repose plus sur une spécialisation informelle de ces médecins en tant que sexologues.*

Ces médecins, qui sont peu nombreux (2 dans l'article) considèrent que la sexualité est une dimension centrale de la santé et du bien-être et est une clé de la compréhension des humains.

Dans cet article, l'auteur n'a pas précisé la fréquence de médecins se situant dans chacune des quatre attitudes. Ceci est probablement en lien avec le faible échantillon de médecins interrogés et par le regard sociologique porté sur ces résultats.

Néanmoins, quelques précisions méthodologiques ont été apportées: « les médecins ont été sélectionnés de façon aléatoire à partir de l'annuaire téléphonique, le taux de réponse était de moins de 20%. Les refus ont été justifiés, dans la plupart des cas, par le manque de temps et/ou le manque d'intérêt pour le thème de l'étude. Les taux de réponse les plus

élevés ont été observés parmi les médecins en exercice dans le voisinage de l'hôpital (CHU) auquel l'équipe de recherche est rattachée ».

Ces informations semblent révéler un manque d'intérêt d'un certain nombre de médecins sur le thème de la sexualité.

Différentes attitudes peuvent donc être adoptées vis-à-vis de la sexualité. Il est important de souligner qu'une des attitudes principales est l'évitement du sujet, ce qui entraîne probablement des pertes d'opportunité pour parler de prévention et pour proposer des dépistages.

Concernant les résultats de l'enquête présentée, l'hypothèse peut être avancée qu'un certain nombre de médecins ayant dit parler de la sexualité « souvent quand l'occasion se présente », l'aborde probablement sur le versant « sexe » ou conception médicale de la sexualité. Ils axent leur prise en charge sur les problèmes physiologiques et apportent une réponse médicale à ces problèmes. L'abord de la prévention vis-à-vis du VIH peut passer par de simples questionnement sur d'éventuelles conduites à risque, sans interroger sur les pratiques en tant que telles ou sur l'orientation sexuelle et sur de simples explications sur la nécessité d'utilisation du préservatif. Les notions de « compétences en négociation dans les situations sexuelles avec ses partenaires » et « les facteurs surdéterminants liés au contexte psychosocial » entraînant les prises de risque sexuelles peuvent ne pas être abordées [58].

De plus, parmi les 183 répondant ayant dit aborder le thème de la sexualité « souvent, quand l'occasion se présente », 47 ont également validé la réponse « rarement quand le patient l'aborde de lui-même » et 5 la réponse « rarement, quand cela est indispensable ». Deux médecins ont coché les 3 propositions. Ceci reflète donc malgré tout des difficultés à engager ce thème. A noter que les réponses proposées étaient assez vagues et que sur des réponses du type « rarement quand cela est indispensable », il aurait fallu faire préciser aux médecins les circonstances pour lesquelles ils considèrent cela comme indispensable.

Une étude américaine, réalisée auprès de 17 médecins, publiée en 1998, illustre ces difficultés: des patients remplissent un questionnaire avant un entretien médical qui est filmé.

Les médecins s'autocritiquent à posteriori en regardant les vidéos. Un sujet abordé comme les pratiques sexuelles est pour le médecin empli d'une charge émotionnelle et la nervosité qu'il manifeste peut couper court aux échanges. Les patients aimeraient que ce soit en premier le praticien qui aborde le sujet des prises de risque. Finalement dans 73% des cas, les médecins n'ont pas récupéré suffisamment d'informations auprès du patient pour caractériser les risques pris vis-à-vis du VIH [72].

Toutes ces difficultés à aborder le thème des pratiques sexuelles, quelles que soient les raisons, sont connues. Néanmoins, cela apparaît comme un des freins les plus importants au dépistage du VIH. Etant donné l'évolution dans la prise en charge des patients séropositifs, des changements dans les pratiques de dépistage semblent nécessaires.

d. Les changements dans les pratiques de dépistage.

L'apparition des trithérapies à partir de 1996 a permis d'offrir de vraies réponses thérapeutiques aux patients séropositifs et a transformé cette pathologie en maladie chronique. L'importance du dépistage précoce a trouvé ses véritables raisons en s'appuyant sur une amélioration de l'espérance de vie des personnes atteintes, une diminution de la transmission interindividuelle du VIH par la connaissance de son statut.

L'exceptionnalisme qui entourait le dépistage du VIH a perdu progressivement ses justifications et les pratiques de dépistage ont été amenées à évoluer progressivement.

Mais quels véritables changements ont été mis en place? Quelles décisions ont été prises par les autorités sanitaires?

Nous nous intéresserons aux pays occidentaux, dans lesquels l'épidémiologie de l'infection à VIH est similaire et où l'accès à la trithérapie est normalement possible pour tous.

➤ La position de la majorité des pays occidentaux

La position adoptée par de nombreux pays occidentaux est similaire (Europe de l'Ouest, Australie, Canada).

Au Canada, sur l'estimation des 58000 personnes vivant avec le VIH en 2005, 51% ont été contaminées par rapports homosexuels non protégés, 27% par rapports hétérosexuels et 17% par consommation de drogues. Il existe une réascension des contaminations par rapports homosexuels non protégés ces dernières années. Les populations autochtones sont

plus touchées par l'épidémie à VIH (elles constituent 3.3% de l'ensemble de la population mais 7.5% des cas de séropositivité) [73].

En Australie, l'épidémie, relativement limitée (26000 cas diagnostiqués depuis le début de l'épidémie), se caractérise actuellement par une réascension des contaminations depuis la fin des années 1990, du fait d'une transmission essentiellement par des rapports homosexuels masculins non protégés (64% des nouvelles infections par ce biais entre 2001 et 2005). Les contaminations hétérosexuelles représentent une proportion moindre (19% des nouveaux cas entre 2001 et 2005) et ont été contractées dans des pays de forte prévalence ou avec des partenaires originaires de ces pays. De plus, on note une surexposition de la population aborigène (femmes aborigènes ayant une probabilité 18 fois plus élevée que les femmes non aborigènes d'être séropositive) [74].

En Europe occidentale, 4 pays connaissent une importante épidémie de VIH: le Royaume Uni, la France, l'Espagne et l'Italie. Celle-ci est caractérisée par une proportion importante de nouvelles contaminations homosexuelles masculines (doublement entre 1999 et 2006) et par de nouvelles infections chez des personnes hétérosexuelles issues de pays à forte prévalence.

Associée à cela, il existe une nette diminution des contaminations liées à l'utilisation de drogues intraveineuses [73].

La politique de ces pays se caractérise par un dépistage ciblé sur les populations les plus exposées, en insistant sur la notion de dépistage volontaire, sur la confidentialité des résultats et sur l'importance du counseling pré et post-test [75] [76] [77].

Seule la Grande-Bretagne précise quelques circonstances pour lesquelles le dépistage doit être proposé fréquemment avec une méthode « opt-out » (basée sur le consentement implicite du patient à la réalisation d'une sérologie VIH) [75]: lors d'une prise en charge dans une clinique de « santé sexuelle » ou des problèmes génito-urinaires, dans les services anténataux, dans les maternités, dans les structures spécialisées pour la prise en charge de la toxicomanie, dans les services où sont diagnostiquées des tuberculoses, des hépatites et des lymphomes. Il doit également être proposé dans les zones où la prévalence de l'infection à VIH est supérieure à 0.2%.

Un autre pays parmi les pays occidentaux se caractérise par une prise de position différente: ce sont les Etats Unis.

➤ La position des Etats Unis.

Les Etats Unis connaissent une des épidémies de VIH les plus importantes dans le monde avec une estimation à 1.2 millions de personnes vivant avec le VIH en 2005. Les rapports sexuels non protégés entre hommes restent le mode le plus fréquent de transmission du VIH (En 2005, 53% des nouveaux diagnostics ont été posés chez des homosexuels masculins). Face à cette épidémie majeure et devant des constatations de retard au dépistage encore plus importantes qu'en France (25% des personnes infectées ne connaissent pas leur séropositivité), ils ont été les premiers à adopter une position différente [78] [79].

Le CDC (Centers for Disease Control and Prevention), qui est l'agence du gouvernement américain chargée de la prévention, de l'étude et du contrôle des maladies, émet des recommandations qui sont les bases de la politique de dépistage américaine.

Les premières recommandations en 1987 ciblent le dépistage des gens ayant des pratiques à risque. En 1993, celles-ci sont ciblées sur le fait de proposer un test régulièrement aux patients hospitalisés de 15 à 54 ans dans les zones de forte prévalence du VIH (prévalence > 1%).

En 1995 puis en 2001, le dépistage systématique des femmes enceintes est mis en place et favorisé par l'allègement du counselling [80].

En 2003, de nouvelles stratégies sont développées en considérant le dépistage du VIH comme un test de routine semblable à tous les autres bilans réalisés [81].

Enfin en 2006, apparaissent des recommandations beaucoup plus radicales, basé sur un dépistage « universel » [82]: il est préconisé que le dépistage du VIH soit proposé régulièrement à tous les patients âgés de 13 à 64 ans (sauf s'il a été prouvé que la prévalence des cas de séropositivité non diagnostiqués est inférieure à 0,1%), qu'il soit fait systématiquement quand une tuberculose est diagnostiquée et quand des patients consultent pour des IST. Il est également préconisé qu'il soit fait au moins annuellement chez les personnes à haut risque pour le VIH qui comprennent les UDI et leurs partenaires, les prostituées, les homosexuels, les partenaires des patients séropositifs, les hétérosexuels ou leurs partenaires s'ils ont eu plus d'un partenaire depuis leur dernier test HIV. Il est fortement recommandé de faire un test avant de débiter une nouvelle relation.

Le prescripteur informe le patient qu'un test va être fait, sans consentement écrit nécessaire, sauf s'il existe un refus du patient. Le counselling n'est plus nécessaire systématiquement sauf dans des circonstances particulières (présence d'IST ou existence de comportements à risque). Les résultats du test sont transmis comme d'autres résultats.

Une étude de 1998 évalue l'intérêt du counselling pré-test en comparant l'efficacité de l'évaluation des comportements à risque par entretien ou par auto-questionnaire dans une clinique STD (Sexual Transmitted Disease) qui prend en charge les problèmes de « santé sexuelle » [83]. Cette étude met en évidence la même évaluation du risque par les deux méthodes. Les conclusions font apparaître la nécessité de dépister tous les patients consultant dans les cliniques de STD: en effet, en testant seulement les 10% étiquetés à haut risque, cela conduit à l'identification de 38% de ceux qui sont séropositifs. Par contre en testant 70% de l'ensemble, cela permet de diagnostiquer 92% des personnes séropositives. Il semble utile de conserver le counselling pour les patients à haut risque (selon leur propre évaluation) et de se limiter à la simple évaluation par auto-questionnaire pour les autres.

Une étude américaine rétrospective sur les nouveaux diagnostics d'infection à VIH parue en 2006 confirme la logique de cette nouvelle approche [84]: une minorité des personnes (28%) parmi celles qui ont consulté dans les trois années précédant le diagnostic d'infection à VIH présentait des symptômes associés au VIH ou à des IST. Une majorité (88%) des patients ayant consulté ont eu au moins une consultation aux urgences où seulement 10% des diagnostics de VIH ont été faits. Ceci met en évidence que le fait de seulement baser le dépistage sur des signes cliniques ne permet pas toujours de dépistage précoce.

Ces recommandations sont un grand changement, un virage vis à vis de toutes les stratégies proposées par les instances internationales. Un des points positifs de ce dépistage universel est d'être moins stigmatisant: il n'est plus basé sur les risques sexuels pris et s'applique à toutes les classes socioéconomiques et raciales [79].

Cette évolution radicale va mettre probablement en certain temps à être intégrée et appliquée par les professionnels américains.

Ainsi, une étude américaine parue en 2008 [85] met en évidence que seulement 19% des soignants proposent un dépistage du VIH pendant les examens de santé de façon systématique. Les médecins restent encore sur des propositions de dépistage ciblées en fonction des risques.

Cette nouvelle approche va interpeller et susciter des débats dans les instances politiques des autres pays, dont la France.

➤ La position française.

La France est un des pays d'Europe de l'Ouest le plus touché par l'épidémie de VIH: en 2005, 130000 personnes y vivaient avec le VIH.

Il existe également en France un retard au dépistage (dépistage au stade Sida de 17% des personnes dépistées en 2007) sur lequel il faut lutter. Depuis quelques années, la France tente de trouver des solutions face à ce retard au dépistage.

Le CNS (Conseil National du Sida) a écrit un rapport en Novembre 2006 sur l'évolution du dispositif de dépistage du VIH en France, dans le but de proposer des nouvelles stratégies de dépistage [86].

Ces recommandations préconisent un élargissement du dépistage en:

- Généralisant la proposition de tests de dépistage, soumis à l'accord du patient, dans les régions à forte prévalence, lors des recours aux soins, pour la population sexuellement active, tout en rappelant que les dépistages à l'insu des patients sont formellement proscrits.
- Incitant fortement au dépistage les hommes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes.
- Généralisant la proposition de tests de dépistage dans l'offre globale d'un bilan de santé au sein des PASS, des centres de santé, des CPEF, des structures de « bas seuil », des centres d'examens périodiques de santé des caisses d'assurance maladie et des accueils des associations humanitaires de santé.
- Généralisant les tests de dépistage VIH/SIDA, associés au dépistage des hépatites, dans les centres d'accueil pour usagers de drogue et par les associations en charge de la réduction des risques.
- Assurant une meilleure promotion par les associations de la proposition de dépistage dans le parcours spécifique d'accueil des migrants au sein d'une offre globale d'un bilan de santé.
- Soutenant les actions associatives d'accompagnement des personnes à fort risque d'exposition vers les structures de dépistage et de soins.
- Assurant une meilleure couverture de la proposition de tests de dépistage au moment de l'incarcération et au cours de celle-ci.

Ces recommandations revalorisent également la place des CDAG, en renforçant leur capacité d'accueil, en permettant une levée d'anonymat pour favoriser l'accompagnement dans le parcours de soin.

De plus, des mesures concernent le médecin généraliste et insistent sur la formation des médecins généralistes à la proposition d'un dépistage du VIH, à la réalisation du test rapide sanguin et au rendu du test.

Elles mettent en avant les limites du counseling pour le médecin traitant:

« Dans la majorité des cas, le caractère intrusif du counseling dans la vie privée du patient, notamment dans sa vie sexuelle, pose problème au médecin non-spécialiste qui aborde difficilement cette question avec un patient dont il peut être le médecin de famille. L'obligation d'un counselling pré-test peut donc apparaître comme un frein à la proposition de test. Souvent, faute d'une formation jugée suffisante ou par manque de temps au sein de la consultation, les médecins n'effectuent pas le counselling ou ne proposent pas le dépistage. De plus, de nombreuses enquêtes démontrent que les patients non-infectés par le VIH ne changent pas leur attitude de prévention malgré le counselling. En étant dispensé de ce counselling, le médecin pourrait d'autant plus facilement proposer le test au patient à l'occasion d'autres examens pratiqués de façon plus courante » [86].

Enfin, d'après le CNS, le counselling semble intéressant dans les demandes de dépistage suite à des prises de risque ou après des changements dans la vie sexuelle, dans les structures spécialisées dans le dépistage des IST et pourrait être fait par du personnel non médical (milieu associatif).

Ces recommandations s'interrogent également sur l'intérêt des tests rapides sanguins dans le dépistage du VIH.

Ces propositions, associées aux avis de différentes institutions et associations, ont été étudiées par l'HAS qui a sorti un premier rapport concernant les modalités de réalisation des tests de dépistage du VIH en Octobre 2008 [62]. Celui-ci s'intéresse aux techniques à utiliser pour diagnostiquer une infection à VIH, à la place des tests rapides dans les stratégies de dépistage. Celles-ci justifient l'utilisation d'une seule technique de dépistage du VIH sur un même prélèvement et mettent en avant l'intérêt des tests de diagnostic rapides dans les situations d'urgence médicale et auprès des populations insuffisamment jointes par le dispositif classique de dépistage (pour faciliter leur accès au dépistage et améliorer le rendu des résultats auprès de ces populations).

Ces nouvelles recommandations reviennent aussi sur la remise des résultats aux patients.

En effet, le précédent rapport de l'ANAES datant de janvier 2000 concernant le résultat d'une sérologie VIH donnait les précisions suivantes sur la remise des résultats au patient: « quelle que soit la nature du résultat, celui-ci doit être adressé par le laboratoire de biologie au médecin prescripteur [...] Le biologiste ne doit pas communiquer les résultats

directement au patient. C'est le médecin prescripteur qui doit communiquer les résultats au patient au cours d'une consultation spécifique, qui lui permet à nouveau de prodiguer ses conseils concernant la prévention de la transmission de l'infection due au VIH, [...] ou, en cas d'infection due au VIH, de commencer la prise en charge et le suivi au long cours du patient »[87].

Cette consultation de rendu des résultats devait être intégrée dans la démarche de counselling post-test, que le résultat soit positif et négatif. Selon l'ONUSIDA: « le conseil après le test aide le patient à comprendre et à surmonter le résultat de son test VIH. Le conseiller prépare le patient psychologiquement à recevoir le résultat de son test, donne ce résultat, et fournit au patient tous les autres renseignements nécessaires, l'aiguillant éventuellement vers d'autres services. Ils discutent tous les deux des moyens de réduire le risque d'infection ou de transmission. L'annonce des résultats du test VIH doit toujours s'accompagner du conseil. La nature du conseil après le test dépendra du résultat du test. Si le test est positif, le conseiller doit l'annoncer clairement au client, et avec autant de délicatesse et d'humanité que possible, offrant un soutien affectif et discutant avec le client des moyens les plus appropriés de faire face, indiquant notamment les services d'aiguillage pertinents. Des séances de conseil régulières aideront le client à accepter sa séropositivité et à rester constructif.

Mais le conseil après le test est également important si le résultat est négatif. Le client se sentira probablement soulagé, mais le conseiller doit insister sur un certain nombre de points. D'abord, du fait de l'existence d'une période «sérologiquement muette», un résultat négatif ne signifie pas absence d'infection, et le client peut envisager de refaire un test 3 ou 6 mois après. Ensuite, les conseillers doivent aborder la question de la prévention du VIH, fournissant l'appui qui aidera le client à adopter durablement toute nouvelle méthode permettant d'éviter le risque » [88].

Malgré ces recommandations officielles, ceci était loin d'être appliqué dans la pratique quotidienne.

Une étude réalisée par l'ORS Rhône-Alpes en 2003, auprès de médecins et de biologistes, évaluait l'application des recommandations sur le dépistage du VIH en Isère (en comparaison à une première enquête réalisée en 2001) [65].

Sur 26 jours, pour 1433 résultats au total, ceux-ci sont rendus dans 78,7% des cas à la fois au médecin et au patient en main propre.

Ceux-ci sont rendus uniquement au médecin dans 99 cas, soit 6,9% des tests, ce qui est vraiment minime, ces résultats restant néanmoins supérieurs à ceux de l'enquête de février-mars 2001, où le taux de résultats adressés au médecin uniquement était de 1,6% ($p < 10^{-6}$).

Le rendu des résultats au patient par téléphone est très rare (0,1%), tandis que 6,4% des résultats sont rendus par courrier au patient et au médecin.

Pour 2,7% des tests, les résultats sont rendus uniquement au patient et aucun exemplaire n'est adressé au médecin. Pourtant, le test avait été prescrit par le médecin dans plus d'un cas sur trois. Enfin, les résultats sont remis à un tiers, et non au patient directement, dans 3,0% des cas.

Cette enquête d'évaluation est un bon exemple des difficultés rencontrées à l'application des recommandations.

Différents arguments à ce manque sont évoqués par les médecins dans cette enquête: certains estiment qu'il faudrait cibler les patients pour lesquels une consultation de rendu des résultats, qui permet de refaire de la prévention, est nécessaire (patients présentant des MST ou prise de risque sexuelle). D'autres estiment que la prévention a déjà été faite dans la consultation de prescription, qu'une nouvelle consultation ne se justifie pas (au niveau temps passé et coût), que les patients seraient réticents à revenir, que l'obligation d'une nouvelle consultation déresponsabiliserait les patients, que les patients ont le droit à leur résultat.

Dans les résultats de l'enquête présentée, réalisée en janvier 2008, une majorité (65%) de praticiens semblait donner systématiquement le résultat au patient. Néanmoins, il aurait été nécessaire de faire préciser aux répondants si cela dépendait du résultat. En effet, quelques uns ont précisé à l'écrit qu'ils faisaient l'annonce du résultat eux mêmes au patient seulement si celui-ci était positif.

Les nouvelles recommandations de l'HAS d'Octobre 2008, en maintenant le fait que les résultats doivent être remis en premier lieu par un médecin au cours d'une consultation spécifique, apportent une ouverture vis-à-vis de la remise des résultats de sérologie VIH: « dans le cas d'un test réalisé en l'absence de prescription sur demande expresse du patient (c'est-à-dire en dehors du cadre réglementaire actuel), il appartient au biologiste d'informer lui-même le patient. La remise du résultat doit se faire lors d'un

entretien au cours duquel le biologiste conseille au patient de prendre contact avec son médecin traitant. En cas de résultat positif, en l'absence de médecin traitant, le biologiste doit proposer un accompagnement au patient et peut notamment orienter ce dernier vers un réseau ville-hôpital ou tout dispositif mis en place par le COREVIH» [62].

Ces nouvelles recommandations visent à augmenter la proportion des patients se faisant dépister, en autorisant les laboratoires à réaliser des sérologies VIH sans prescription médicale. De plus, en permettant aux biologistes de transmettre les résultats, elles ont pour but d'augmenter le nombre de patients recevant le résultat de leur sérologie.

D'autres recommandations de l'HAS doivent suivre qui répondront aux questionnements sur l'élaboration d'un nouveau modèle éventuel de dépistage.

En effet, après l'analyse de tous les changements ayant eu lieu au cours de l'épidémie à VIH, comme l'amélioration importante du pronostic des patients infectés par le VIH, du gain en terme d'espérance de vie, de qualité de vie grâce aux traitements, ne faut-il pas modifier ce modèle de dépistage différent des autres ?

Il y a probablement un intérêt à proposer un dépistage « ciblé élargi ». Celui-ci pourrait être proposé à une grande partie de la population, comme n'importe quel examen de prévention, lors de tout bilan sanguin par exemple. Ceci permettrait d'atténuer voire de supprimer la stigmatisation liée au VIH, du fait que le dépistage est habituellement proposé aux personnes considérées comme à risque.

Il serait même intéressant que ce type de dépistage puisse être géré par les médecins généralistes dans le cadre du suivi qu'il effectue auprès de leurs patients. Ceci permettrait d'assurer une prévention régulière vis-à-vis d'une majorité de patients et tendrait à faire disparaître l'impact de la subjectivité du médecin sur l'évaluation des conduites à risque des patients.

Ceci ferait disparaître certaines difficultés rencontrées par les médecins généralistes, comme le fait d'aborder la sexualité et de devoir s'immiscer dans l'intimité des personnes.

Pour les personnes hors du système de soins, marginalisées, ces propositions régulières de tests VIH devront être relayées par des structures de proximité, de type associative ou par des interventions mobiles, à l'encontre des personnes exclues, de professionnels travaillant dans des structures publiques comme les CDAG.

Pour le moment, le dépistage du VIH est loin de faire partie d'un bilan de routine, comme le témoigne les résultats de notre enquête, sur la question de la proposition d'un dépistage du VIH lors d'un bilan systématique: seuls 32% des médecins le proposent fréquemment à leurs patients.

Dans l'attente d'éventuels changements dans les stratégies préventives, il est intéressant de se pencher sur les facteurs actuels influençant le dépistage et sur les attentes des médecins en termes de formation.

- e. Les facteurs influençant le dépistage du VIH et les souhaits des médecins en termes de formation.

➤ L'influence du suivi de patients séropositifs.

De nombreux travaux se sont intéressés à l'investissement des médecins généralistes vis-à-vis des patients séropositifs.

Une étude américaine en 1991 est adressée à un échantillon de médecins généralistes, présents sur tout le territoire [89].

Malgré une confrontation au VIH fréquente, les médecins généralistes ne sont pas forcément à l'aise avec la pathologie VIH et ne souhaitent pas spontanément prendre en charge des séropositifs. En effet, 68% des médecins indiquent que cela fait partie de leur fonction de soigner des séropositifs mais parmi eux, 50% signalent que s'ils avaient le choix, ils ne souhaiteraient pas en suivre.

En France en 1992, une étude est réalisée auprès d'un échantillon de 313 médecins généralistes sur Marseille (zone de forte prévalence du VIH). Elle met en évidence une confrontation au VIH fréquente: 70% ont été confrontés au VIH et 48.9% ont participé au suivi régulier de quelques patients séropositifs (3 en moyenne) dans les 12 derniers mois en collaboration avec un spécialiste hospitalier [90] [91].

En 1996, une enquête nationale est réalisée auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes français (1186 réponses). Celle-ci met en avant les mêmes constats: 88.5% ont prescrit une sérologie dans le dernier mois, 40.5% ont participé au suivi d'un patient séropositif dans l'année [92].

Mais on note dans ces deux études une minorité de médecins s'engageant activement dans la prise en charge régulière de nombreux patients séropositifs: pour exemple, dans la

première étude, 18,5% des médecins suivent 80,5% des patients et dans la deuxième étude, 12.5% assurent 67.5% de la prise en charge en ambulatoire.

Dès l'apparition de l'infection à VIH, la minorité de médecins s'engageant activement dans le suivi de patients séropositifs semblent plus tolérants, moins discriminants vis-à-vis des patients séropositifs. En effet, ils s'opposent plus fermement au principe de dépistage obligatoire, à la remise en cause du secret médical et de l'obtention du consentement du patient avant toute prescription de sérologie VIH.

Les médecins suivant des patients séropositifs semblent [91] [92] :

- Etre plus à l'aise dans l'abord et la prise en charge de la toxicomanie
- Plus tolérants vis-à-vis de l'homosexualité.

La confrontation à des patients séropositifs, qui, au début de l'épidémie sont souvent homosexuels ou/et toxicomanes apportent donc une plus grande ouverture et tolérance des médecins. Ces patients sont pris en charge comme les autres par ces médecins. Du fait de leur implication dans la pathologie VIH, ces médecins vont s'intéresser à la toxicomanie, à sa prise en charge et aux stratégies de réduction des risques, afin de tenter de contrôler l'épidémie.

Initialement, avant 1996, le fait qu'une minorité de médecins s'investissait dans la prise en charge des patients séropositifs s'expliquait par le pronostic de la maladie. La prise en charge s'axait sur le traitement des affections opportunistes et sur les soins palliatifs. Ceci est spécifique, ces pathologies sont trop lourdes à prendre en charge sur le temps d'une consultation de médecine générale et sont difficiles à gérer psychologiquement pour un certain nombre de médecins. « La prise en charge de ces patients est techniquement lourde et psychologiquement éprouvante. Elle exige en outre l'acquisition d'une compétence particulière nécessitant une réelle disponibilité » [93].

Puis les raisons évoluent avec le temps: la complexité de l'infection par le VIH, l'évolution rapide des connaissances, des traitements et le peu de patients séropositifs dans une patientèle entraînent un manque d'investissement vis-à-vis de cette pathologie d'un certain nombre de médecins. La prise en charge est donc souvent déléguée aux spécialistes hospitaliers dans les structures de type COREVIH, d'autant plus si un traitement antirétroviral est mis en route.

Ceci se confirme dans les résultats de notre enquête: en effet, une majorité (62%) des médecins répondants suit des patients séropositifs. Mais parmi ces médecins, un grand nombre (88%) en suit peu (de 1 à 4) et peu de médecins se caractérisent par une patientèle séropositive plus importante (4 médecins en suivent plus de 10).

Les médecins interrogés semblent par ailleurs satisfaits des échanges entretenus avec les spécialistes hospitaliers du VIH dans 86% des cas.

Ceci caractérise la spécificité qui peut exister dans le suivi de patients séropositifs par les médecins généralistes.

Dans notre enquête, deux différences intéressantes apparaissent entre les médecins suivant des patients séropositifs et ceux n'en suivant pas.

Tout d'abord, les médecins ayant des patients séropositifs dans leur patientèle proposent plus fréquemment des tests VIH à leurs patients. Ces résultats n'ont pas pu être confirmés par la littérature qui ne retrouve pas de lien entre le nombre de sérologies prescrites et le fait de suivre des patients séropositifs [1].

Les résultats d'autres études semblent montrer un dépistage plus ciblé, vis-à-vis des populations à risque, des médecins en contact régulier avec des patients séropositifs [94].

De plus, dans les résultats de notre enquête, les médecins suivant des patients séropositifs semblent plus intéressés par des propositions de formation (type FMC) sur le dépistage, la prise en charge et le suivi des patients séropositifs.

Une enquête réalisée en Lorraine en 1994 auprès de 415 médecins généralistes s'intéressait à leur confrontation à l'épidémie liée au VIH: elle met en évidence que le fait de prendre en charge activement des patients séropositifs renforce la conscience des médecins sur le rôle qu'ils ont à jouer dans l'épidémie, force ces médecins à compléter leur formation dans le domaine du VIH et leur permet d'acquérir des connaissances complémentaires [64].

Face à cet investissement modéré des médecins généralistes vis-à-vis de la pathologie VIH, la Société Française d'Infectiologie a écrit un consensus formalisé en avril 2009, sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville et en médecine générale [95]. Ces recommandations distinguent deux missions pour les médecins de ville, en particulier pour les généralistes :

- Des missions de soins de santé primaire pour l'ensemble des médecins généralistes. Celles-ci comportent l'ensemble des mesures préventives vis-à-vis de la

transmission du VIH, la proposition de tests de dépistage du VIH, l'annonce d'un diagnostic de séropositivité, l'orientation des patients exposés vers les services spécialisés, la surveillance de l'observance du traitement par les patients séropositifs et la nécessité d'avertir les spécialistes en cas d'effet indésirable grave liée à la trithérapie.

- Des missions « avancées » que choisissent d'exercer certains médecins sur la base du volontariat et d'un engagement personnel. Celles-ci consistent en la surveillance régulière des patients séropositifs, préparent à l'initiation d'un traitement, met en place des mesures d'aide à l'observance, évaluent la tolérance des traitements, participent au suivi régulier des patients séropositifs en collaboration avec les spécialistes hospitaliers. De plus, la question est soulevée de la possibilité pour certains médecins de ville, qui assurent une vacation hospitalière ou participent à des réunions de concertation pluridisciplinaire, d'effectuer la primo-prescription thérapeutique ou de faire son renouvellement à son cabinet.

Le but est de valoriser et de promouvoir le rôle des médecins généralistes dans la prévention du VIH mais aussi dans la prise en charge des patients séropositifs.

Un facteur intervenant et favorisant l'implication des médecins généralistes vis-à-vis de la pathologie VIH est l'existence des réseaux ville-hôpital.

➤ La connaissance du réseau Ville-Hôpital

Le ministère de la Santé, avec la circulaire DH/DGS N°612 du 04/06/1991 [96], incita à la création de réseaux Ville-Hôpital dans le cadre de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes séropositives.

Les objectifs des réseaux étaient les suivants :

- Faciliter les échanges et la communication entre les médecins libérale et hospitalière de manière à permettre une diversification des soins dispensés au patient.
- Offrir une prise en charge médicosociale globale de qualité.
- Faciliter l'accès aux traitements et la possibilité d'un maintien à domicile aux stades avancés de la maladie par l'intermédiaire de l'HAD (Hospitalisation A Domicile).

- Améliorer la formation des médecins et infirmières de ville, en permettant aux médecins de ville de réaliser des vacations hospitalières auprès des spécialistes.

Le réseau est un outil de communication, d'échanges pour améliorer la prise en charge globale des patients séropositifs.

Il semblait intéressant d'étudier les différences pouvant exister entre les médecins adhérents à un réseau VIH-Hépatites et ceux n'y adhérents pas.

L'enquête nationale française de 1996 s'y intéressait. La comparaison entre les médecins ayant adhéré à un réseau Ville-Hôpital et les autres médecins d'une même zone géographique, participant au suivi médical de patients séropositifs mais non adhérents d'un réseau, mettait en évidence que les premiers avaient un niveau d'investissement plus élevé, consacraient une part de leur activité significativement plus importante à l'infection à VIH et à la toxicomanie et qu'ils suivaient les actualités scientifiques de plus près. L'appartenance à un réseau apparaissait également associée à l'insertion dans un partenariat beaucoup plus dense de coopération avec d'autres acteurs (professionnels et bénévoles) intervenant dans la prise en charge globale des patients séropositifs [97].

Une thèse réalisée en 2004 à Tours comparait les pratiques médicales des médecins généralistes selon leur appartenance ou non à un réseau de soins VIH [94].

Celle-ci mettait en évidence que l'appartenance à un réseau a un impact direct:

- Sur la confiance des médecins généralistes vis à vis de leur compétence face à la maladie liée au VIH. Cette confiance rejaillit sur la perception de la place du rôle central du médecin généraliste vis-à-vis du VIH/SIDA et sur l'aisance devant la maladie et ses traitements (qui sont indépendante de la formation).
- Sur la prise en charge globale du patient. Les médecins n'appartenant pas au réseau séparent la prise en charge de l'infection (laissée aux spécialistes) de celle des autres affections qu'ils assument.
- Sur le dépistage. Les médecins généralistes du réseau personnalisent davantage le dépistage et sont sensibilisés à l'intérêt d'un conseil pré-test et du rendu médicalisé du résultat. Les différences portent sur une plus grande sensibilisation aux spécificités et aux caractéristiques du dépistage avec une optimisation des prescriptions aux populations à risque (par une meilleure connaissance de l'épidémiologie) ».

Les résultats de notre enquête sont difficilement comparables à ceux décrits ci-dessus car la question posée était la connaissance de l'existence du réseau ville-hôpital (REVIH-Hep) et non l'appartenance à celui-ci. Dans notre étude, une majorité de médecins (55%) connaissent l'existence du réseau REVIH-Hep.

Dans les résultats de notre enquête, le fait de veiller à l'annonce directe du résultat d'une sérologie VIH au patient est plus importante chez les médecins connaissant le réseau que chez ceux ne le connaissant pas. Ceci est comparable aux résultats de la thèse de Jacquier, où les médecins appartenant au réseau sont également plus vigilants que les autres à la transmission directe du résultat au patient.

On peut avancer l'hypothèse que les médecins connaissant l'existence du REVIH-Hep sont plus sensibilisés que les autres à la pathologie VIH: en effet, la connaissance d'un réseau spécifique comme celui-ci implique un minimum d'intérêt à la pathologie prise en charge par celui-ci. D'ailleurs, cela se confirme par leur plus grand intérêt pour des formations que les médecins ne connaissant pas le réseau.

Enfin, il faut noter que les médecins suivant des patients séropositifs connaissent plus que les autres le réseau. Ceci semble cohérent étant donné que le réseau a pour but de créer du lien entre les spécialistes hospitaliers et les médecins généralistes. Les généralistes, suivant des patients séropositifs sont régulièrement contactés par le réseau pour y adhérer, pour des propositions de formation.

➤ L'intérêt pour des formations.

L'un des objectifs importants de l'enquête réalisée était d'évaluer les besoins en termes de formation des médecins généralistes de Nantes Métropole vis-à-vis du VIH. En effet, ceci semble important pour sensibiliser de nouveau les médecins à l'importance de la prévention et du dépistage du VIH afin de pouvoir prendre en charge plus précocement les personnes séropositives. Cela permettrait également de leur apporter une aide dans la prise en charge des personnes séropositives.

La société française d'inféctiologie insiste également là-dessus dans ces recommandations de 2009. Elle insiste sur la nécessité d'accéder aux savoirs nécessaires par l'intermédiaire d'associations de formation médicale continue ou des facultés de médecine, avec l'appui des COREVIH qui favorisent la mise en œuvre des formations, leurs diffusions et celui des réseaux de santé [95].

Une majorité de médecins répondants (77%) semble intéressée par des propositions de formation concernant le dépistage et le suivi des patients séropositifs. De même, une majorité (86%) est intéressée par le fait de recevoir un prospectus avec les coordonnées des référents VIH sur le CHU (pouvant leur être utile en cas de patient consultant pour un Accident d'Exposition au Sang).

Les praticiens souhaitant recevoir des propositions de formation sont ceux prescrivant le plus de dépistages, ceux suivant des patients séropositifs. Il semble donc que les plus intéressés par des formations soient les plus directement impliqués dans l'infection à VIH.

Ce souhait de formation est positif et mérite d'être approfondi. Une future enquête d'évaluation des souhaits en termes de formation des médecins serait intéressante. Concernant le sujet du dépistage, il serait nécessaire d'évaluer si leurs souhaits de formation reposent sur les démarches de prévention et de dépistage du VIH.

Si c'est le cas, leur difficulté à proposer des dépistages ne semble pas être liée à un manque d'information sur la pathologie VIH, si on en juge le peu de répondants (8) ayant justifié leur difficulté à proposer un test pour cette raison.

Leurs difficultés reposent peut être en grande partie sur les représentations qui persistent sur la pathologie VIH et sur l'abord de la sphère intime, en particulier sexuelle, de leurs patients.

Les formations proposées pourraient s'appuyer sur de nouvelles recommandations qui préconiseraient un dépistage élargi qui entrerait dans l'exercice quotidien du médecin.

L'action du réseau semble primordiale pour permettre d'évaluer les besoins des médecins généralistes et de leur proposer des formations adaptées.

CONCLUSION

Dans le système de santé français, le médecin généraliste semble occuper une place privilégiée dans le domaine de la prévention et en particulier, dans celui du dépistage du VIH.

Pour évaluer la réalité de cette observation, une enquête réalisée en janvier 2008 auprès de 303 médecins généralistes de la Communauté Urbaine de Nantes avait plusieurs objectifs :

- **Connaître les pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes.**

Les résultats mettent en évidence que les médecins ont une bonne connaissance des situations « classiques » pour lesquelles un dépistage doit être proposé.

En effet, ils dépistent fréquemment dans les cas de dépistage systématique (bilan prénatal, ancien bilan prénuptial), suite à une prise de risque sexuelle ou en cas de présence de signes cliniques pouvant être en lien avec une infection à VIH. De même, ils proposent fréquemment des tests VIH auprès des personnes considérées comme « à risque » (toxicomanes, prostituées, migrants, personnes ayant de multiples partenaires).

- **Mettre en évidence les freins pouvant exister à la proposition d'un test VIH.**

La principale difficulté pour le médecin généraliste semble être la sensation d'intrusion dans la vie privée du patient (dans la sexualité en particulier). La seconde difficulté est la place du médecin de famille délicate.

- **Identifier les facteurs pouvant influencer les pratiques de dépistage du VIH.**

Deux facteurs semblent principaux par leur impact : le fait de suivre des patients séropositifs et de connaître le réseau REVIH-Hep.

En effet, les médecins appartenant à ces deux catégories proposent plus fréquemment des dépistages à leur patientèle et sont plus intéressés par des propositions de formations (type FMC) sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes séropositives.

D'autre part, les médecins proposant plus fréquemment des tests à leur patientèle incitent plus au dépistage les partenaires des patientes enceintes, les personnes en couple stable, séparées, divorcées ou veuves. Ils proposent également plus souvent un test HIV lors d'un bilan systématique. Ces médecins semblent également plus intéressés par des propositions de formation.

Au vu de ces résultats, il semble donc intéressant :

- d'évaluer l'intérêt de nouvelles stratégies de dépistage: un dépistage « ciblé élargi », avec une plus grande sensibilisation à inclure le test VIH, au même titre que d'autres sérologies de dépistage, lors de tout bilan sanguin par exemple, serait plus adapté. Cela permettrait d'atténuer les freins existant, à la proposition d'un test VIH, liés à l'abord de la sexualité par les médecins et à l'évaluation des pratiques à risque. Cette forme de dépistage serait moins stigmatisant car il ne serait pas basé sur les risques pris et s'appliquerait à toutes les classes socio-économiques et raciales. Le médecin généraliste serait en première ligne dans cette démarche préventive et se sentirait probablement plus à l'aise dans ce dépistage plus universel.

- d'améliorer l'action du réseau REVIH-Hep en :
 - adaptant les outils pour une meilleure connaissance de celui-ci par les médecins généralistes. Ceci permettrait de répondre à certaines difficultés qu'ils rencontrent vis-à-vis du dépistage du VIH, de l'attitude à adopter vis-à-vis de personnes exposées à un risque ou de la prise en charge de personnes séropositives.
 - communicant sur des propositions de formation liées au VIH qui seraient adaptées aux besoins des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morin M, obadia Y, Moatti JP. *La médecine générale face au SIDA*. INSERM, 1997. 156p. (Questions en Santé Publique)
2. ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2008*. Genève 2008. 362p.
3. Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006. *Numéro thématique - L'infection à VIH/sida en France et en Europe*. Bull Epidemiol Hebd 2007, 46-47, 434- 443p.
4. Yéni P. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH-Rapport 2006. Recommandations du groupe d'experts*. Médecine-Sciences Flammarion. 2006, 348p.
5. Setbon M. *La normalisation paradoxale du sida*. Revue de sociologie française.2000, vol. 41, N°1, 61-78p.
6. République Française. Arrêté du 23/07/1985 modifiant l'arrêté du 17 mai 1976 relatif aux prélèvements de sang. Journal officiel. 24/07/1985.
7. République Française. Circulaire DGS/3B/498 du 1^{er}/06/1987 relative au dépistage systématique des anticorps anti- VIH chez les donneurs d'organe.
8. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH – *Modalités de réalisation des tests de dépistage*. Recommandations en santé publique. Octobre 2008, 36-39 p.
9. Higgins D, Galavotti C., O'Reilly K., Schnell D., Moore M., Rugg D., Johnson R. *Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors*. JAMA, 1991, vol. 266, N°17, 2419-2429p.
10. Haut Comité de la Santé Publique. *Avis sur le dépistage de l'infection par le VIH*.1992, 42p.
11. Académie Nationale de Médecine. *Rapport au nom de la Commission XIX (Sida) sur le dépistage prénatal, prénuptial et lors de l'incorporation au service nationale, de l'infection VIH*. 1992, 12p.
12. Ordre National des Médecins. *Note pour la réponse à la demande du Ministre des Affaires Sociales et de l'Intégration et du Ministre délégué à la Santé*.1992, 10p.
13. Comité Consultatif National d'Éthique. *Avis sur le dépistage de l'infection par le virus du Sida*.1992, 1-5p.
14. Conseil National du Sida. *Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH*.1991. 3p.
15. Haut Comité de la Santé Publique. *Avis sur le dépistage de l'infection par le VIH*.1992, p8, 42p.

16. Institut national pour la prévention et de l'éducation à la santé, Agence nationale de recherches sur le sida, Conseil régional d'Ile-de- France, Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, *et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Évolutions 1992- 1994- 1998- 2001- 2004.* Saint Denis, INPES, 2005.
17. Institut National de Recherche et de Sécurité. *Infection par le VIH et travail.* Documents pour le médecin du travail. 2005, N°103, 289-322p.
18. République Française. Loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 parue au JO du 13 juillet 1990.
19. Lascoumes P. *La protection des séropositifs contre les discriminations à l'emploi.* Transcriptases. 1992, N°2
20. Fabre G. *VIH et emploi à l'heure des multi thérapies: les usages du secret en milieu de travail.* ANRS, LEST-CNRS, Aix en Provence. Mai 2000, 218p.
21. Ministère de la Santé. Circulaire DGS/PGE/1C n°85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
22. Jayle D, Tourette-Turgis C. *Stratégies de prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.* La Revue du Praticien. 1995, vol. 45, 690-694p.
23. Jayle D. *Le SIDA et le rôle du médecin praticien dans l'éducation pour la santé.* La Revue du Praticien-Médecine Générale.1992, vol. 6, N°187,53-59p.
24. Deschamps JP. *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé.* La Revue du Praticien.1984, vol.34, N°11, 485-497p.
25. Manuel C., San Marco JL. *SIDA. Les enjeux éthiques.* Doin, 1994. Le débat sur le dépistage, 56-70p.
26. Lewden C., Chêne G., Morlat P., Raffi F., Dabis F., Leport C., les Groupes d'étude des Cohortes Anrs Co3 Aquitaine et Anrs Co8 Aproco-Copilote. *Mortality rate of HIV-infected adults compared with the general population: long-term and CD4-lymphocyte-dependent results.* Med Sci 2008 Oct; vol.24, N°10,804-806p.
27. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P. *et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France.* Antivir Ther, 2007; vol.12, N°1:89-96p.
28. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT. *et al. Effects of HIV counseling and testing on sexual risk-behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997.* Am J Public Health, 1999; vol.89, 1397-1405p.
29. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW. *Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications for HIV prevention programs.* J Acquir Immune Defic Syndr, 2005;vol.39,446-453p.

30. Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2007. *Numéro thématique - L'infection à VIH-sida en France*. Bull Epidemiol Hebd 2008, N°45-46, 434- 443p.
31. République Française. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel.17 août 2004.
32. Disponible sur : www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/la-coordination-de-votre-medecin-traitant.php
33. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire.VIH et sida. *Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2007*.Novembre 2008,1-4p.
34. REVIH-Hep. *Vous avez dit Revih-Hep ?* Kaléidoscope, Mai 2005, N°1,2p.
35. Darmon L.*VIH en zone rurale: quel suivi médical?* ARCAT.2005, N°172,12-14p.
36. Disponible sur: www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/doc_stat/portails_fichiers/demo_medicale_200.pdf
37. Ordre National des Médecins. *Atlas de la démographie médicale en France- Situation au 1^{er} janvier 2008*.164p.
38. République Française Article 48 de la loi n° 93-121 du 27/01/1993 portant diverses mesures d'ordre social.
39. Disponible sur: www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm
40. DREES. *Disparités sociales et surveillance de grossesse*. Études et résultats. Janvier 2007, N°552,1-8p. disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er552/er552.pdf>
41. Institut de veille sanitaire. *Transmission mère-enfant du VIH en France : l'impact majeur des stratégies de prévention-Résultats de l'Enquête périnatale française ANRS-EPF*. Bull Epidemiol Hebd 2008, N°14-15, 98-101p.
42. République Française, Article 8 de la loi n° 2007-1787 du 20/12/2007. Parution journal officiel du 21/12/2007.
43. Massari V., Bernillon P. *Plus de 600 000 sérologies pour le VIH prescrites par les généralistes en l'an 2000*.Sentinelles-le Quotidien du médecin.2000, N° 6817.
44. Conseil National du Sida. *Dépistage de l'infection par le VIH au cours de la grossesse et prévention périnatale de la contamination de l'enfant*. Avis et recommandations du Conseil National du Sida, 2002,19p.
45. Yéni P. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH-Rapport 2008*.Recommandations du groupe d'experts. Médecine-Sciences Flammarion.2008, 412p.

46. Institut de veille sanitaire. *Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne*. Une enquête anonyme non corrélée: Prévagest 1991-1993-1995-1997. Bull Epidemiol Hebd 1998, N°18, 73-75p.
47. CMIT. *Maladies Infectieuses et Tropicales*. CMIT, éd. E PILLY, Montmorency, 2M2 éd. 2003, *Infection à VIH et SIDA*, 422-435p.
48. Institut de veille sanitaire. *Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003*. Bull Epidemiol Hebd 2004, N° 24-25,102-110p.
49. Rollet C., De La Brèche L., Bousquet F., Robin C. *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*. La documentation française, Nov 2002, 528p.
50. Institut de veille sanitaire. *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France, 10 ans de surveillance*. 1996-2005. Saint-Maurice: INVS; 2007, 156p.
51. Institut de veille sanitaire. *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogue en France*, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. Bull Epidemiol Hebd 2006, N°33, 244- 247p.
52. Barbot J., Nory-Guillou F., Charpak Y. *Comment le médecin généraliste perçoit-il sa place dans le traitement de la toxicomanie?* La Revue du Praticien-Médecine Générale, 1994. Vol.8, N°259, 24-30p.
53. Institut de veille sanitaire. *SIDA et prostituées: revue des données françaises*. Bull Epidemiol Hebd 1989, N° 40,165-166p.
54. Institut de veille sanitaire. *Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris*. Bull Epidemiol Hebd 1992, n°47, 223-224p.
55. CRIPS PACA. *Prostitution et VIH- dossier de synthèse documentaire et bibliographique*. CRIPS PACA mars 2007. 14p.
56. Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, et al. *Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy*. Int J STD AIDS, 2007; 18 (5): 312-317p.
57. Comité médical pour les exilés. *Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire- guide pratique destiné aux professionnels*. Comede, 2008 ; *Prévention et éducation pour la santé-bilan de santé*, 237-241p.
58. Girard PM, Katlama C, Pialoux G. *VIH*. Doin; 2007. *Prévention primaire du VIH liée à la sexualité*.659-676p.
59. Binder P. *Comment aborder l'adolescent en médecine générale*. La revue du praticien, 2005; vol. 55, N°10 ,1073-1077p.
60. DREES. *L'état de santé en France en 2003*. Étude et résultats, oct. 2005, n°436, 12p.

61. Ministère de la Santé. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
62. HAS. *Dépistage de l'infection par le VIH – Modalités de réalisation des tests de dépistage*. Recommandations en santé publique. Octobre 2008,196p.
63. Giami A. *Représentations du SIDA: une théorie sexuelle du SIDA*. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; vol.14, N°1:113-21p.
64. Institut de veille sanitaire. *Le médecin généraliste face à l'épidémie SIDA: résultats d'une enquête auprès de 415 médecins généralistes lorrains*. Bull Epidemiol Hebd 1994, N°30,133-134p.
65. Gruaz D., Fontaine D, Guye O., « *Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère*», ORS Rhône-Alpes, Lyon, Avril 2003,92p.
66. Koo DJ, Begier EM, Henn MH, Sepkowitz KA, Kellerman SE. *HIV counseling and testing: less targeting, more testing*. Am J Public Health 2006; vol.96, N°6,962-964p.
67. De Cock K, Johnson A. *From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing*. BMJ, 1998 Jan; vol.316, 293–296p.
68. Gemson DH, Colombotos J, Elinson J, Fordyce EJ, Hynes M, Stoneburner R. *Acquired immunodeficiency syndrome prevention. Knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians*. Arch Intern Med, 1991 Jun; vol. 151, N°6: 1102-1118p.
69. Ryan JG, Aday LA, Hansel NK, Oser GT, Clasen ME. *Family physician attitudes about HIV screening*. J Acquir Immune Defic Syndr. 1992; vol.5, N°8, 835-840p.
70. Moons MA, Peters L, Bartelds AI, Kerssens JJ. *Concerns about AIDS in general practice*. BMJ. 1996 Feb 3; vol.312, N°7026, 285-286p.
71. Giami A. *La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité*. G. Bloy, F.-X. Schweyer (eds.), Les médecins généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes, Éditions EHESP, 2008, 18p.
72. Epstein R, Morse D, Frankel R, Frarey L, et al. *Awkward Moments in Patient-Physician Communication about HIV Risk*. Ann Intern Med, 1998 March; vol.128, N°6, 435-442p.
73. Organisation Mondiale de la santé, ONUSIDA. *Le point sur l'épidémie de Sida 2007-Amérique du Nord, Europe Occidentale et Europe Centrale*. Résumés par région. Genève, OMS, 2007.
74. Organisation Mondiale de la santé, ONUSIDA. *Le point sur l'épidémie de Sida 2007-Océanie*. Résumés par région. Genève, OMS, 2007.

75. British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV, British Infection Society. *UK National Guidelines for HIV Testing 2008*. BHIVA, Sept 2008.
76. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. ASPC; 2006.
77. Australian Government Department of Health and Ageing Action on HIV/AIDS. *National HIV Testing Policy 2006*. Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing. Canberra, 2005.64p.
78. Gostin L. O. (2006). *HIV screening in Health Care Settings: Public health and civil liberties in conflict?* *JAMA*, 2006 Oct ; vol.296, N°16, 2023-2025p.
79. Bayer R, Fairchild A, Ph.D. *Changing the Paradigm for HIV Testing - The End of Exceptionalism*. *N Engl J Med*, 2006 Aug; 355,7: 647-649p.
80. Centers for Disease Control and Prevention. *Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral. Revised Recommendations for HIV Screening Of Pregnant Women*. *MMWR* 2001; 50(RR-19).
81. Centers for Disease Control and Prevention. *Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic*. United States, 2003. *MMWR* 2003; Vol.52, N°15,329-32p.
82. Centers for Disease Control and Prevention, Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Jansen RS, Taylor AW, et al. *Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings*. *MMWR* 2006; 55 (RR-14).
83. ZHENG C., et al. *Risk Assessment to Improve Targeting of HIV Counseling and Testing Services for STD Clinic Patients*. *Sexually Transmitted Diseases*, November 1998. Vol. 25, N°10, 539-543p.
84. JENKINS T., et al. *Risk-Based Human Immunodeficiency Virus (HIV) testing fails to detect the majority of HIV-Infected Persons in Medical Care Setting*. *Sexually Transmitted Diseases*, May 2006, Vol. 33, N° 5, 329–333p.
85. Montañó DE, Phillips WR, Kasprzyk D, Greek A. *STD/HIV prevention practices among primary care clinicians: risk assessment, prevention counseling, and testing*. *Sex Transm Dis*. 2008 Feb; vol.35, N°2, 154-166p.
86. 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.
87. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Stratégies du diagnostic biologique de l'infection due au VIH chez les sujets âgés de plus de 18 mois (à l'exclusion du dépistage sur les dons de sang et chez les donneurs d'organes ou de tissus)*. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2000.

88. ONUSIDA. Conseil et VIH/SIDA. Actualisation ONUSIDA. Genève, novembre 1997.
89. Gerbert B., Maguire B., Bleecker T., Coates T., McPhee S. *Primary care physicians and AIDS*. Attitudinal and structural barriers to care. JAMA, 1991, vol. 266, N°20, 2837-2842p.
90. Obadia Y., Moatti JP., Bregeault A. SIDA: *l'importance du médecin généraliste*. La Recherche, 1994;vol.25, N°268, 912-914p.
91. Obadia Y., Souville M., Moatti JP., Morin M., et al. *Les médecins généralistes français face à la prise en charge de l'infection par le VIH*. Revue française des Affaires sociales, 1994. Vol.2, 175-196p.
92. Obadia Y., Souville M., Moatti JP., Morin M., Gastaut JA. *Attitudes et expérience des médecins généralistes français face à l'infection à VIH*. La Presse Médicale, 1997; vol.26, N°18, 860-866p.
93. Bez G. *La place du médecin généraliste dans la prévention et la lutte contre l'infection par le VIH*. La Revue du Praticien-Médecine générale, 1991; vol 5, N°156, 2715-2722p.
94. Jacquier V. *Comparaison des pratiques médicales des médecins généralistes selon leur appartenance ou non à un réseau de soin VIH ville-hôpital*. Thèse Méd: Université de Paris 7 Bichat. 2004
95. 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, 115p.
96. Circulaire DH/DGS N°612 du 04 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale de personnes atteintes d'infection par le VIH.
97. Souville M, Moatti JP, Obadia Y. *La dynamique des réseaux ville/ hôpital pour la prise en charge du SIDA en médecine générale: entre spécialisation et nouvelle forme d'organisation des soins*. Revue française des affaires sociales, 1998, Vol.3, 155-171p.

ANNEXES

Annexe 1 :



Réseau Ville/Hôpital VIH-Hépatites-Nantes

CISIH - Hôtel-Dieu – 44093 Nantes Cedex 1

☎ 02.40.08.31.48 ☎ 02.41.08.31.13

revih-nantes@chu-nantes.fr

Président et référent/Hôpital : Dr Véronique RELIQUET
Vice-Président et Référent/Ville : Dr Michel BESNIER
Coordinatrice : Mme Bénédicte VAILHEN
Secrétaire : Mme Nathalie RAIMBAULT

Nantes, le 22 janvier 2008

Madame, Monsieur,

Au vu des constatations de nouveaux cas de séropositivité voire de SIDA, notamment dans la population hétérosexuelle, durant ces derniers mois, et selon les recommandations du dernier rapport du Conseil National du Sida, nous effectuons une enquête sur les pratiques de dépistage du VIH par les médecins généralistes de Nantes et de l'agglomération nantaise.

Votre participation à cette enquête est importante pour nous aider à identifier les problématiques auxquelles vous êtes confrontés et à cibler vos attentes afin de nous permettre de vous proposer des formations appropriées par l'intermédiaire du REVIH-HEP.

Cette étude entrera également dans mon travail de thèse en médecine générale.

Ce questionnaire est à nous renvoyer au plus tard pour le 22 février 2008.

En vous remerciant pour votre collaboration, nous vous prions de bien vouloir recevoir nos salutations confraternelles,

GARRY Bérengère

Interne en Médecine Générale

Annexe 2 :

Dépistage du VIH en pratique courante par les médecins généralistes de Nantes et son agglomération

1) En moyenne, à quelle fréquence proposez vous un test de dépistage du VIH ?

- a) Jamais
- b) 1 à 4 fois/mois
- c) 5 à 9 fois/mois
- d) plus de 10 fois/mois

2) Dans les situations suivantes, à quelle fréquence proposez-vous un sérodiagnostic VIH ?

	<i>JAMAIS</i>	<i>RAREMENT</i>	<i>SOUVENT</i>	<i>TOUJOURS</i>
a) <u>bilan de grossesse/ consultation prénatale</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <u>partenaire de patiente enceinte</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <u>bilan pré-nuptial</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <u>cs pour 1 contraception(début ou renouvellement)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <u>suite à une IVG</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) <u>prise de risque/exposition du patient</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) <u>bilan systématique</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) <u>autre(préciser) :</u>				

3) Pour les catégories de patients suivantes, proposez-vous un test?

	<i>JAMAIS</i>	<i>RAREMENT</i>	<i>SOUVENT</i>	<i>TOUJOURS</i>
a) <u>toxicomanes</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <u>prostitué(e)s</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <u>origine étrangère</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <u>adolescents-jeunes adultes</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <u>patients en couple stable</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) <u>patients divorcés, séparés ou veufs</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) <u>hétérosexuels à partenaires sexuels multiples</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) <u>patient homosexuel ou bisexuel à partenaires sexuels multiples</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) <u>patients atteints d'autres IST</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Ressentez- vous des difficultés à la proposition d'un test de dépistage ?

- a) jamais
- b) rarement
- c) parfois
- d) toujours

5) Si oui, de quel ordre sont vos difficultés :

- a) manque de temps en consultation
- b) manque d'information sur la pathologie liée au VIH
- c) sensation d'intrusion dans la vie privée du patient(sexualité en particulier)
- d) place du médecin de famille délicate

6) Vous abordez le thème de la sexualité avec vos patients :

- a) jamais, cela vous simple trop intrusif
- b) jamais, cela ne concerne pas le rôle de médecin généraliste
- c) rarement, quand le patient l'aborde de lui-même
- d) rarement, quand cela est indispensable
- e) souvent, quand l'occasion se présente
- f) systématiquement

7) Lors de la prescription d'un test de dépistage, veillez vous à faire vous même l'annonce du résultat :

- a) oui, systématiquement
- b) souvent
- c) rarement
- d) jamais

8) Suivez-vous des patients séropositifs ?

- a) oui Si oui combien :.....
- b) non

9) Si c'est le cas, l'échange d'informations avec le spécialiste vous semble –t-il :

- a) inexistant
- b) insuffisant
- c) correct
- d) parfait

10) Connaissez-vous l'existence du REVIH- Hep (réseau ville-hôpital vih-hépatites) et ses fonctions :

a) oui

b) non

11) Appréciez vous de recevoir des propositions de formation sur le dépistage du VIH, la prise en charge et le suivi des patients séropositifs(dans le cadre des FMC) ?

a) oui

b) non

12) Un prospectus avec les coordonnées des référents HIV sur le CHU de Nantes vous serait-il utile (valable également pour les AES) ?

a) oui

b) non

Titre de Thèse : État des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008.

RESUME

Depuis les années 1980, le pronostic de l'infection à VIH s'est considérablement amélioré avec l'apparition des thérapeutiques antirétrovirales.

Du fait de cette évolution, un dépistage précoce des personnes séropositives est primordial afin de ne pas leur faire perdre de chances en termes d'espérance de vie. Or, il existe toujours un retard au dépistage important. Les médecins généralistes sont les premiers intervenants dans cette démarche préventive, en tant qu'acteurs de premier recours.

Dans ce contexte, une enquête a été réalisée auprès des médecins généralistes de la région péri nantaise afin de tenter d'appréhender leurs pratiques de dépistage du VIH, de mettre en évidence les difficultés rencontrées à la proposition d'un test VIH et d'évaluer leurs besoins en termes de formation autour de l'infection à VIH.

Cette étude a permis de souligner la bonne connaissance qu'ont les médecins des situations et des personnes à risque vis-à-vis du VIH mais également, de mettre en évidence les difficultés toujours existantes à proposer un test en tant que médecin généraliste du fait de la nécessité d'aborder le thème de la sexualité.

Il semble nécessaire de favoriser le dépistage du VIH en le banalisant sous forme d'un dépistage plus élargi et en plaçant le médecin généraliste comme principal intervenant.

Des propositions de formation seraient appréciées des médecins et pourraient les aider à être plus à l'aise et plus systématiques dans cette démarche préventive.

MOTS-CLES

Médecins généralistes, Prévention, Dépistage, MST, VIH, Nantes Métropole, Réseau ville/ hôpital VIH