



**HAL**  
open science

## Prévention du VIH : connaissances et attitudes des médecins généralistes d'Isère et de Savoie

Camille Letiers

► **To cite this version:**

Camille Letiers. Prévention du VIH : connaissances et attitudes des médecins généralistes d'Isère et de Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00637266

**HAL Id: dumas-00637266**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00637266v1>**

Submitted on 31 Oct 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURNIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**PRÉVENTION DU VIH :  
CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES D'ISÈRE ET DE SAVOIE**

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine générale

par

**Camille LETIERS**

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble le  
11/10/2011

devant le jury composé de :

Professeur Jean Paul STAHL , président du jury  
Professeur Jean Luc BOSSON  
Professeur Patrice MORAND  
Docteur Patricia PAVESE  
Docteur Francis MARION  
Docteur Olivier ROGEAUX, directeur de thèse



# Faculté de médecine de Grenoble

## Liste des professeurs d'universités-praticiens hospitaliers

Nom	Prénom	Discipline
Albaladejo	Pierre	Anesthésie – réanimation
Arvieux-Barthélémy	Catherine	Clinique de chirurgie et de l'urgence
Baconnier	Pierre	Biostatistiques et informatique médicale Santé publique
Baguet	Jean-Philippe	Cardiologie / Hypertension artérielle
Balosso	Jacques	Radiothérapie Cancérologie
Barret	Luc	Médecine légale
Baudain	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Beani	Jean-Claude	Dermatologie-vénérologie
Benhamou	Pierre Yves	Endocrinologie Diabétologie
Berger	François	Cancérologie
Blin	Dominique	Chirurgie cardiaque
Bolla	Michel	Cancérologie
Bonaz	Bruno	Hépatogastro-entérologie
Bosson	Jean-Luc	Santé publique
Bougerol	Thierry	Psychiatrie
Brambilla	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
Brambilla	Christian	Pneumologie
Brichon	Pierre-Yves	Chirurgie vasculaire et thoracique
Brix	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale
Cahn	Jean-Yves	Cancérologie
Carpentier	Patrick	Médecine vasculaire
Carpentier	Françoise	Samu
Cesbron	Jean-Yves	Immunologie
Chabardes	Stephan	Neurochirurgie
Chabre	Olivier	Endocrinologie
Chaffanjon	Philippe	Chirurgie thoracique, vasculaire et endocrinienne
Chavanon	Olivier	Chirurgie cardiaque
Chiquet	Christophe	Ophthalmologie
Chirossel	Jean-Paul	Anatomie
Cinquin	Philippe	Santé publique
Cohen	Olivier	Délégation – HC Forum (création entreprise)
Couturier	Pascal	Gériatrie
Cracowski	Jean-Luc	Pharmacologie
de Gaudemaris	Régis	Médecine et santé du travail
Debillon	Thierry	Pédiatrie
Dematteis	Maurice	Médecine légale et d'addictologie
Demongeot	Jacques	Santé publique
Descotes	Jean-Luc	Urologie
Esteve	François	Dir. Équipe 6 U836 – ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
Fagret	Daniel	Médecine nucléaire
Faucheron	Jean-Luc	Chirurgie digestive et de l'urgence
Favrot	Marie-Christine	Biologie intégrée / Cancérologie
Ferretti	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
Feuerstein	Claude	Gin
Fontaine	Éric	Clinique nutrition artificielle Pôle 7 Médecine aiguë & communautaire
François	Patrice	Veille sanitaire Santé publique
Garnier	Philippe	Pédiatrie
Gaudin	Philippe	Rhumatologie
Gay	Emmanuel	Neurochirurgie

Griffet	Jacques	Chirurgie infantile
Halimi	Serge	Diabétologie
Hommel	Marc	Neurologie
Jouk	Pierre-Simon	Génétique et procréation
Juvin	Robert	Rhumatologie
Kahane	Philippe	Neurologie
Krack	Paul	Neurologie
Krainik	Alexandre	Neuroradiologie & IRM
Lantuejoul	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bas	Jean-François	Neuroradiologie & IRM
Lebeau	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale
Leccia	Marie-Thérèse	Dermatologie
Leroux	Dominique	Biologie et pathologie de la cellule
Leroy	Vincent	Hépatogastro-entérologie
Letoublon	Christian	Chirurgie digestive et de l'urgence
Levy	Patrick	Physiologie
Lunardi	Joël	Biochimie
Machecourt	Jacques	Cardiologie
Magne	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire et thoracique
Maitre	Anne	Médecine du travail EPSP/Dpt de biologie intégrée
Massot	Christian	Médecine interne
Maurin	Max	Département des agents infectieux / Bactériologie
Merloz	Philippe	Orthopédie traumatologie
Morand	Patrice	Virologie
Moro-Sibilot	Denis	Pneumologie
Mousseau	Mireille	Oncologie médicale
Moutet	François	Chirurgie plastique et reconstructrice et esthétique
Passagia	Jean-Guy	Neurochirurgie
Payen de la Garanderie	Jean-François	Anesthésie – réanimation
Pelloux	Hervé	Parasitologie et mycologie
Pepin	Jean-Louis	Physiologie sommeil
Perennou	Dominique	Rééducation & physiologie
Pernod	Gilles	Médecine vasculaire
Piolat	Christian	Chirurgie infantile
Pison	Christophe	Pneumologie
Plantaz	Dominique	Pédiatrie
Pollak	Pierre	Neurologie
Pons	Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
Rambeaud	Jean-Jacques	Urologie
Reyt	Émile	ORL
Righini	Christian	ORL
Romanet	Jean-Paul	Ophtalmologie
Saragaglia	Dominique	Orthopédie
Schlattner	Uwe	UFR de Biologie
Schmerber	Sébastien	ORL
Seigneurin	Daniel	Anatomie et cytologie
Sele	Bernard	Génétique et procréation
Sessa	Carminé	Chirurgie thoracique vasculaire
Stahl	Jean-Paul	Infectiologie
Timsit	Jean-François	Réanimation médicale
Tonetti	Jérôme	Orthopédie et traumatologie
Toussaint	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Vanzetto	Gérald	Cardiologie
Vuillez	Jean-Philippe	Biophysique et traitement de l'image
Zaoui	Philippe	Néphrologie
Zarski	Jean-Pierre	Hépatogastro-entérologie

## Liste des maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers

Nom	Prénom	Localisation hospitalière
Bottari	Serge	Biologie cellulaire
Boutonnat	Jean	Biologie et pathologie de la cellule
Brenier-Pinchart	M.Pierre	Parasitologie
Bricault	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
Briot	Raphaël	Cancérologie et hématologie
Callanan-Wilson	Mary	Génétique
Croize	Jacques	Bactériologie-Virologie
Deransart	Colin	Neurologie LAPSEN
Detante	Olivier	Cancérologie et hématologie
Dumestre-Perard	Chantal	Immunologie SUD
Eysseric	Hélène	Médecine légale
Faure	Anne-Karen	Génétique et procréation
Faure	Julien	Génétique et procréation
Garban	Frédéric	Unité clinique thérapie cellulaire
Gavazzi	Gaëtan	Clinique médecine interne gériatrique
Gillois	Pierre	Laboratoire TIMC
Grand	Sylvie	Clinique de radiologie et imagerie médicale
Hennebicq	Sylviane	Génétique et procréation
Hoffmann	Pascale	Gynécologie obstétrique
Jacquot	Claude	Anesthésie-réanimation
Labarere	José	Veille sanitaire
Laporte	François	Biologie intégrée
Lardy	Bernard	Biologie et pathologie de la cellule-enzymologie
Larrat	Sylvie	Agents infectieux
Launois-Rollinat	Sandrine	Physiologie sommeil et exercice
Mallaret	Marie-Reine	Hygiène hospitalière
Maubon	Danièle	Agents infectieux
Moreau-Gaudry	Alexandre	Innovations technologiques
Mouchet	Patrick	Physiologie sommeil et exercice
Paclet	Marie-Hélène	Biologie et pathologie de la cellule
Palombi	Olivier	Neurochirurgie
Pasquier	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
Pelletier	Laurent	Innovation biologique
Paysant	François	Médecine légale
Ray	Pierre	Génétique et procréation
Renversez	Jean-Charles	Biologie intégrée
Rialle	Vincent	Laboratoire TIMC
Satre	Véronique	Génétique et procréation
Stanke-Labesque	Françoise	Pharmacologie
Stasia	Marie-Josée	Biologie et pathologie de la cellule
Tamisier	Renaud	Physiologie sommeil et exercice
Weil	Georges	Biostatistiques et informatique médicale

# Remerciements

En préalable, je tiens à remercier Monsieur le professeur Stahl d'avoir accepté de présider cette soutenance de thèse, ainsi que Messieurs les professeurs Jean Luc Bosson et Patrice Morand, également les docteurs Patricia Pavese et Francis Marion pour le jugement qu'ils voudront porter sur mon travail.

Merci à toutes les personnes qui m'ont aidée dans sa réalisation, principalement :

Mon directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier Rogeaux qui m'a suivie et conseillée tout au long de ce travail, et notamment pour sa disponibilité.

Messieurs les docteurs Biavat et Caprioli pour leurs contributions respectives.

Marc Brisson et Gaëlle Dubruc pour leurs précieux conseils.

Julia Krotoff pour avoir partagé cette aventure avec moi.

Madame le docteur Mélanie Sustersic pour son aide.

Tous les médecins ayant répondu au questionnaire pour leur patience et le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder.

Un grand merci également à mes maîtres de stage, qui avec professionnalisme et bienveillance ont guidé mes premiers pas dans la médecine générale: Messieurs les docteurs Ouvrard, Lévy, Pichon, Mistral ainsi que madame le docteur Ormières.

Je remercie mes parents pour leur soutien et leur affection depuis le début de mes études et leur dédie ce travail.

Une forte pensée à mes frères pour leur présence dans les moments importants, leur compréhension, mais aussi leur humour. Merci également à ma sœur.

Merci à mes amis nancéiens, et particulièrement à Aurore pour sa présence continue depuis toutes ces années et son indicible sens de l'amitié.

Merci à tous les grenoblois rencontrés depuis le début de l'internat. Merci à vous pour tous ces moments partagés.

Merci à la famille Souliers pour son soutien, sa présence et son écoute.

A François, enfin. Merci pour tout.

# Table des matières

Faculté de médecine de Grenoble.....	1
Remerciements.....	4
Abréviations.....	7
Introduction.....	8
Méthode et matériel.....	10
1/ Méthode.....	10
1.1 Le principe.....	10
1.2 La population.....	10
Critères d'exclusion.....	10
Critères d'inclusion.....	10
2/ Matériel.....	11
2.1 Le questionnaire (Annexe 1).....	11
2.2 Moyen d'analyse.....	11
Résultats.....	12
1/ Analyse de la participation et du profil des médecins répondants.....	12
1.1 Taux de participation.....	12
1.2 Mode de réponse.....	12
1.3 Les non-répondants.....	12
1.4 Profil des médecins ayant répondu (sexe / âge / milieu d'exercice).....	13
2/ Intérêt et connaissances des médecins généralistes.....	13
2.1 Intérêt des médecins généralistes pour la prévention du VIH.....	13
2.2 Sensibilisation des médecins généralistes à la prévention du VIH.....	13
2.3 Connaissance de l'épidémie de VIH.....	14
Proportion de séropositifs ignorant leur statut sérologique.....	14
Population au sein de laquelle l'incidence du VIH est la plus forte.....	14
Transmissibilité du VIH lors d'un rapport sexuel non protégé avec une personne contaminée.....	15
Évolution de l'incidence du VIH au fil du temps.....	15
2.4 Connaissance du test de dépistage.....	15
Le test de dépistage du VIH recherche:.....	15
Le délai maximal pour affirmer qu'une personne est séronégative.....	16
2.5 Connaissance du Traitement Post Exposition (TPE).....	16
Indications du TPE.....	16
Délai maximal pour débiter le TPE.....	16
Structures délivrant le TPE.....	17
2.6 Premiers constats.....	17
3/ Prévention primaire du VIH en médecine générale.....	18
3.1 Ressenti des médecins généralistes.....	18
3.2 Questions des patients et informations spontanées des médecins au cours d'une consultation de médecine générale.....	18
Les questions des patients concernant le VIH.....	18
Informations spontanées des médecins à leurs patients concernant la prévention du VIH.....	18
3.3 Tranche d'âge ciblée par les médecins généralistes pour la prévention primaire.....	19



3.4 Réseau associatif local.....	20
3.5 Premiers constats.....	20
4/ Dépistage du VIH en médecine générale.....	20
4.1 Incitation au dépistage du VIH en médecine générale.....	20
Document d'information visible par la patientèle.....	20
Proposition spontanée du test de dépistage du VIH.....	21
Plus de tests proposés ces derniers mois ?.....	21
4.2 Dépistage étendu à la population générale: perceptions des médecins généralistes. 21	
Intérêt d'un dépistage généralisé du VIH :.....	21
Difficulté du dépistage généralisé :.....	22
4.3 Réalisation de consultation post test systématique.....	22
4.4 Annonce du diagnostic de séropositivité.....	23
4.5 Premiers constats.....	23
5/ Accident d'exposition au risque viral (AEV).....	23
5.1 Information sur la nécessité de consulter en urgence en cas de prise de risque.....	23
5.2 Fréquence des accidents d'exposition au risque viral en consultation de médecine générale.....	23
5.3 Attitudes des médecins généralistes au cours des accidents d'exposition au risque viral.....	24
Discussion.....	25
Intérêt des médecins généralistes.....	25
Connaissances des médecins généralistes de Savoie et d'Isère concernant la prévention du VIH et moyens de formation des médecins généralistes.....	25
La prévention du VIH en médecine générale.....	26
Dépistage : Mise en pratique et freins rencontrés par les médecins généralistes...26	
Prévention primaire.....	28
Accidents d'exposition au risque viral (AEV) et utilisation du Traitement Post Exposition (TPE).....	29
Document d'information à l'intention des médecins généralistes.....	30
Limites de cette étude :.....	30
Bibliographie.....	34
Annexes.....	36
Annexe 1 : Le questionnaire.....	36
Annexe 2 : Brochure d'information.....	44
Annexe 3 : Liste du réseau local.....	45
Serment d'Hippocrate.....	48

## Abréviations

<b>Ab</b>	Anticorps
<b>Ag</b>	Antigène
<b>AEV</b>	Accident d'Exposition au risque Viral
<b>CDAG</b>	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>COREVIH</b>	Comité de coordination Régionale de la lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>FIP</b>	Fiche d'Information destinée aux Patients
<b>FMC</b>	Formation Médicale Continue
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>ODPS</b>	Office Départemental de Prévention du Sida
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>SPILF</b>	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
<b>TPE</b>	Traitement Post Exposition
<b>UDI</b>	Usage(r) de Drogue par voie Intraveineuse
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Introduction

En France, le contrôle de l'infection par le VIH constitue un enjeu de santé publique. Selon le rapport d'experts édité sous la direction du professeur Patrick Yéni en 2010, on estime en France à environ 150 000 le nombre de personnes infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). 7000 à 8000 personnes se contaminent chaque année en France par le VIH. La moitié des contaminations se fait chez des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH). Dans cette population l'incidence du VIH atteint sensiblement 1%<sup>1</sup>.

Un des objectifs principaux du plan national de lutte contre les IST 2010/2014, édité par le Ministère de la Santé et des Sports, est de diviser par deux l'incidence du VIH pour les 5 ans à venir<sup>2</sup>. Pour cela, il est apparaît essentiel de repenser les stratégies de prévention.

Longtemps la prévention du VIH a reposé sur des méthodes visant à modifier les comportements dits « à risque ». Même si ces méthodes devront être maintenues dans une stratégie globale de prévention, force est de reconnaître qu'elles n'ont à ce jour pas eu l'impact souhaité sur la diminution de l'incidence du VIH. L'approche actuelle de prévention du VIH repose désormais sur une « prévention combinée » associant à la prévention primaire le dépistage et le traitement antirétroviral.

Le dépistage est un outil de prévention effectif à part entière. On estime qu'en France 50 000 personnes sont infectées par le VIH sans le savoir. Ces personnes seraient à l'origine de plus de 2/3 des nouvelles contaminations. La connaissance précoce de leurs statuts sérologiques permettrait donc de diminuer les risques de transmission du VIH, ceci grâce aux modifications des comportements et au traitement antirétroviral. Il est en effet prouvé qu'un sujet infecté par le VIH diminue la fréquence de ses comportements à risque dès lors qu'il prend connaissance de son infection<sup>3</sup>. De plus, les patients traités de façon efficace transmettent nettement moins le VIH à leurs partenaires. La connaissance de leurs statuts permettrait donc de limiter l'épidémie du VIH en France.

Le dépistage précoce a également un intérêt individuel, celui de favoriser une diminution du nombre de patients diagnostiqués à un stade tardif, et donc de réduire la morbi-mortalité liée au VIH.

Le rapport Yéni 2010 insiste sur l'importance d'appliquer les recommandations de 2009 issues de la Haute Autorité de Santé (HAS), lesquelles concernent le dépistage élargi du VIH<sup>4</sup>. En effet, il est désormais recommandé de proposer le test de dépistage du VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, et cela indépendamment de la notion de prise de risque ou de symptômes de la maladie. Ce dépistage unique élargi à la population générale devrait permettre de banaliser la proposition du test de dépistage. Il doit être couplé à un dépistage répété dans les populations exposées au VIH.

Le traitement antirétroviral est également un outil à part entière de prévention. Prescrit suite à une situation exposant à un risque de transmission, ou en traitement curatif, il permet de diminuer le risque de transmission du virus à une personne séronégative.

Des recommandations de prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale ont été publiées au niveau national par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) en Avril 2009<sup>5</sup>. Ces recommandations portent sur l'élargissement de la proposition du dépistage, la prévention primaire, et l'utilisation du traitement antirétroviral en prévention.

Dans le cadre de ses missions de soins primaires, le médecin généraliste occupe une place centrale au sein du dispositif de multi-préventions. Il dispose d'une position privilégiée pour discuter des méthodes comportementales avec ses patients. Il doit également inciter ceux-ci au dépistage et à la prise du traitement si nécessaire.

Il semblait donc intéressant d'étudier les pratiques des médecins généralistes concernant la prévention du VIH. Cette étude permet de réaliser un état des lieux en 2011 des pratiques mises en œuvre par les médecins d'Isère et de Savoie, pour ensuite les comparer aux recommandations en vigueur (Rapport Yéni 2010). Notre travail permet d'aborder les trois aspects de la prévention, à savoir :

- la prévention primaire
- le dépistage
- le traitement antirétroviral

Nous aborderons également les connaissances et les moyens de formation des médecins généralistes, ainsi que leurs ressentis lors de l'annonce du diagnostic et son impact sur la prévention.

# Méthode et matériel

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux des connaissances et des attitudes actuelles des médecins généralistes concernant la prévention du VIH. La prévention a été abordée sous trois aspects différents, à savoir la prévention primaire, le dépistage et l'utilisation du traitement antirétroviral en préventif.

## **1/ Méthode**

### **1.1 Le principe**

Il s'agit d'un audit de pratiques reposant sur une enquête déclarative et comparative, par rapport aux recommandations du Rapport Yéni 2010 concernant la prévention du VIH en Médecine Générale.

### **1.2 La population**

Elle correspond à un échantillon de 400 médecins généralistes libéraux. La moitié exerçant en Isère et l'autre moitié en Savoie.

Les médecins de chaque département ont été choisis de façon aléatoire sur les pages jaunes à l'aide d'un pas de sondage.

#### **Critères d'exclusion**

Ont été exclus de l'étude les médecins :

- exerçant uniquement en centres thermaux
- exerçant uniquement chez SOS médecins
- acupuncteurs / homéopathes non référencés comme médecin traitant de leurs patients
- en congé longue maladie
- remplaçants
- ayant une pratique exclusive de médecine esthétique, d'expertise médicale ou de psychothérapie
- n'ayant pas répondu au questionnaire

#### **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude :

- les médecins généralistes installés en libéral tirés au sort parmi ceux inscrits sur les pages jaunes
- les médecins ne présentant pas de critères d'exclusion

Le choix de cette population repose sur le souci d'une meilleure représentativité des médecins exerçant une activité de médecine générale classique avec une patientèle régulière.

Chaque médecin ainsi tiré au sort a été initialement contacté par téléphone. L'objectif de l'enquête leur a été préalablement expliqué avant de leur proposer de répondre au questionnaire, soit directement par téléphone, soit par courrier, internet ou fax.

En l'absence de réponse sous 3 semaines, une relance a été effectuée par téléphone ou courrier électronique. Il leur a été garanti la confidentialité des données récoltées, et notifié que cette enquête aboutirait à la rédaction d'une fiche de synthèse qui leur serait distribuée par la suite. Il leur a également été proposé d'obtenir la thèse une fois celle-ci rédigée et diffusée en ligne.

Une adresse mail leur a été demandée afin d'éviter les doublons.

Le recueil des données a débuté le 10 mai 2011 et s'est achevé le 19 juillet 2011.

## **2/ Matériel**

### **2.1 Le questionnaire (Annexe 1)**

Il comporte 6 parties :

**Partie 1 :** Recueille les caractéristiques du médecin.

**Partie 2 :** Détaille sa connaissance de l'épidémie actuelle du VIH en France et la manière dont il a été informé.

**Partie 3 :** Aborde la prévention primaire du VIH et son application au sein d'une consultation de médecine générale.

**Partie 4 :** Aborde le dépistage du VIH, l'élargissement de la proposition du test à l'ensemble de la population, son application en médecine de ville et les difficultés rencontrées par les médecins.

**Partie 5 :** Aborde l'utilisation du Traitement Post Exposition (TPE) et l'attitude des médecins généralistes lors d'un Accident d'Exposition au risque Viral (AEV).

**Partie 6 :** Concerne l'annonce du diagnostic de séropositivité, les freins rencontrés par les médecins et l'éventuel impact de ces freins sur la proposition du test de dépistage.

Ce questionnaire a été réalisé à l'aide du module « Forms » de Google™ Document. Il a été initialement testé sur 25 Internes et Médecins généralistes afin de le perfectionner et de le « déverminer ».

Il a ensuite été transmis par courrier électronique ou imprimé avant d'être envoyé par fax ou courrier aux médecins ayant accepté d'y répondre.

### **2.2 Moyen d'analyse**

Les résultats ont été transcrits dans un tableur puis analysés grâce au logiciel de statistiques R2web accessible en ligne à l'adresse <http://r.tel-laboratorium.fr/>.

# Résultats

## 1/ Analyse de la participation et du profil des médecins répondants

### 1.1 Taux de participation

239 médecins ont répondu sur les 400 médecins généralistes initialement contactés par téléphone, soit un taux de participation global de 60%. La répartition entre l'Isère et la Savoie a été la suivante :

	ISÈRE	SAVOIE
Nombre de médecins contactés	200	200
Nombre de médecins ayant répondu	102	137
Taux de participation	51%	69%

Tableau 1: Taux de participation

### 1.2 Mode de réponse

La grande majorité des médecins a répondu au questionnaire directement par internet.

	ISÈRE	SAVOIE
Réponses par internet	87%	83%
Réponses par courrier	13%	14%
Réponses par fax	0%	3%
Réponses par téléphone	0%	0%

Tableau 2: Mode de réponse

### 1.3 Les non-répondants

Il sont de deux types :

1/ Ceux qui, dès la première sollicitation téléphonique, ont décliné leur participation à l'étude. Ils sont au nombre de 27. Les raisons évoquées sont :

- le manque de temps (pour 9 médecins)
- le refus de répondre à des thèses de médecine (pour 9 médecins)
- le désintérêt pour la prévention du VIH (pour 4 médecins)
- la surabondance de thèses à cette période de l'année et le peu de retour qui est fait aux médecins (pour 3 médecins)

- une patientèle non considérée comme à risque de contamination par le VIH (pour 2 médecins)

2/ Ceux qui ont initialement accepté de répondre par téléphone, mais n'ont pas donné suite à la relance. Ils sont au nombre de 134.

#### **1.4 Profil des médecins ayant répondu (sexe / âge / milieu d'exercice)**

Ce sont principalement des hommes :

	Nombre de médecins	Proportion globale
Hommes	151	63%
Femmes	88	37%

Tableau 3: Répartition hommes/femmes

La moyenne d'âge des médecins est de 50 ans avec un minimum de 27 ans, un maximum de 72 ans et un âge médian de 52 ans.

La répartition des médecins répondants vis-à-vis de leur milieu d'exercice est :

	Nombre de médecins	Proportion globale
Urbain	104	44%
Semi rural	96	40%
Rural	39	16%

Tableau 4: Répartition par lieu d'exercice

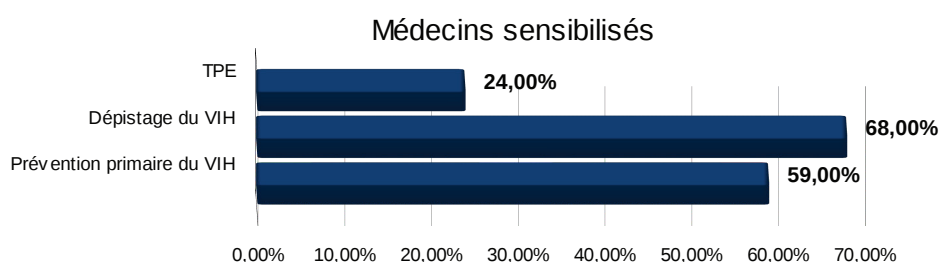
## ***2/ Intérêt et connaissances des médecins généralistes***

### **2.1 Intérêt des médecins généralistes pour la prévention du VIH**

98% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire estiment avoir un rôle à jouer dans la prévention du VIH.

### **2.2 Sensibilisation des médecins généralistes à la prévention du VIH**

Lors des six derniers mois, la majorité des médecins a été sensibilisée au dépistage et à la prévention primaire du VIH alors qu'une minorité a été sensibilisée au traitement post exposition (TPE).



Graphique 1



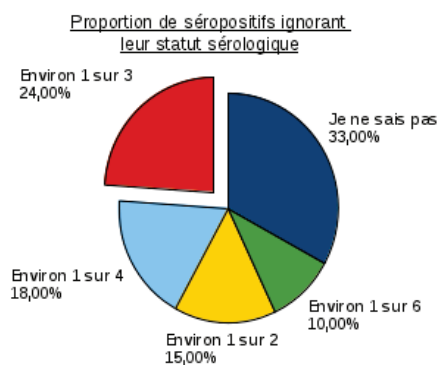
Les médecins ayant été sensibilisés l'ont été par :

- la presse médicale : 40%
- la formation médicale continue : 28%
- la presse grand public : 14%
- les affiches de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) : 13%
- la publicité télévisée : 9%
- un mail de l'INPES : 6%
- les groupes de pairs et/ou un confrère : 5%

## 2.3 Connaissance de l'épidémie de VIH

### Proportion de séropositifs ignorant leur statut sérologique

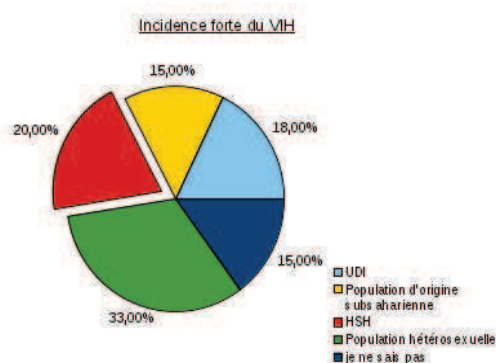
La réponse attendue était 1 sur 3. 24% des médecins connaissent la proportion des séropositifs ignorant leur statut sérologique. Le reste des réponses se répartit de la manière suivante :



Graphique 2

### Population au sein de laquelle l'incidence du VIH est la plus forte

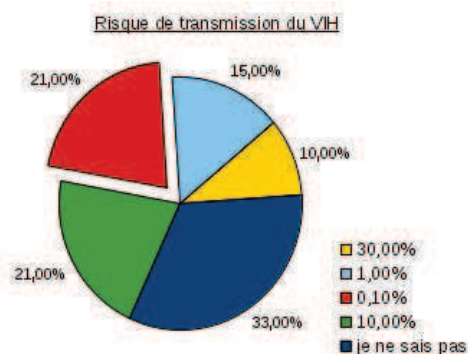
La réponse attendue était la population des HSH. 20% des médecins connaissent la population au sein de laquelle l'incidence du VIH est la plus forte. Le reste des réponses se répartit de la manière suivante :



Graphique 3

### Transmissibilité du VIH lors d'un rapport sexuel non protégé avec une personne contaminée

La réponse attendue était 0,1%. 21% des médecins connaissent la probabilité de se contaminer par le VIH lors d'un rapport sexuel non protégé avec une personne contaminée. Le reste des réponses se répartit de la manière suivante :



Graphique 4

### Évolution de l'incidence du VIH au fil du temps

75% des médecins répondants savent que l'incidence du VIH n'a pas diminué de façon importante.

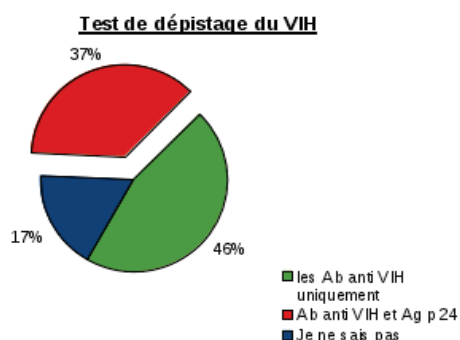
13% des médecins répondants ne savent pas répondre. 12% des médecins répondants pensent que l'incidence du VIH a diminué de façon importante depuis 5 ans.

## 2.4 Connaissance du test de dépistage

### Le test de dépistage du VIH recherche:

La réponse attendue était « les anticorps (Ab) anti VIH et l'antigène p24 (Ag p24) »<sup>6</sup>.

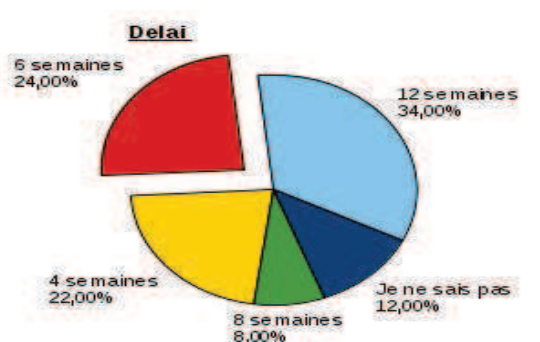
37% des médecins ont donné cette réponse. Le reste des réponses se répartit de la manière suivante :



Graphique 5

### **Le délai maximal pour affirmer qu'une personne est séronégative**

La réponse attendue était 6 semaines. 24% des médecins connaissent ce délai. Le reste des réponses se répartit de la manière suivante :



Graphique 6

## **2.5 Connaissance du Traitement Post Exposition (TPE)**

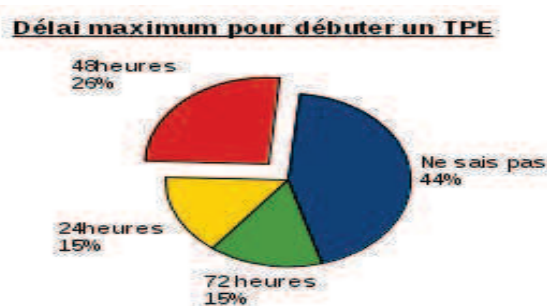
85% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire connaissent l'existence du TPE.

### **Indications du TPE.**

34% des médecins répondants estiment connaître les indications du TPE.

### **Délai maximal pour débiter le TPE**

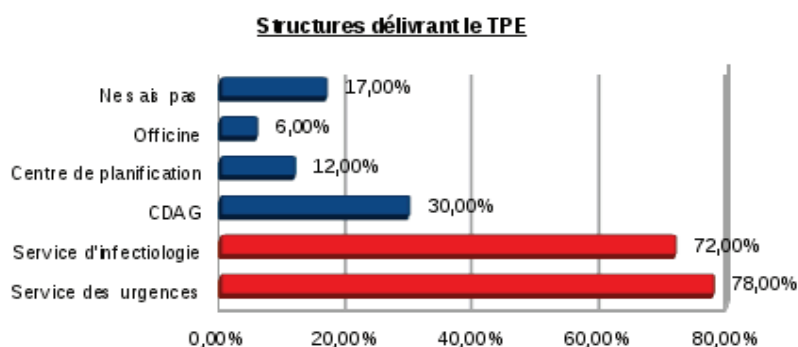
Le délai maximal pour pouvoir le débiter est de 48 heures (en dehors des cas d'agressions sexuelles). 26% des médecins répondants connaissent ce délai. Le reste des réponses se répartit de la manière suivante :



Graphique 7

## Structures délivrant le TPE

Les réponses attendues étaient :le service d'infectiologie et le service des urgences. Les médecins ont répondu de la manière suivante :



Graphique 8

### **2.6 Premiers constats**

Parmi tous les médecins ayant répondu, une majorité s'accorde à reconnaître que l'épidémie du VIH en France reste un problème. La quasi totalité de ceux-ci estiment avoir un rôle à jouer dans la prévention du VIH.

Ces derniers mois, les informations reçues à ce sujet ont concerné le dépistage et la prévention primaire. Une minorité des médecins a reçu une information concernant le TPE.

Une minorité d'entre eux connaît les chiffres de l'épidémie du VIH en France. De même, les caractéristiques du test de dépistage, les indications et le délai relatif au TPE sont connus par une minorité des médecins.

Concernant les connaissances des médecins on ne relève pas de différence entre :

- les médecins hommes et les médecins femmes.
- les médecins isérois et les médecins savoyards.
- les médecins des différents lieux d'exercice.

Des différences entre les médecins préalablement sensibilisés et ceux non sensibilisés ont été notées :

- ❖ les médecins sensibilisés au TPE lors des six derniers mois connaissent nettement mieux ses indications ( $p=0$ ), et le délai maximal pour l'administrer ( $p=0$ ). En effet, 63% des médecins sensibilisés estiment connaître les indications du TPE, et 42% connaissent le délai maximal pour l'initier.
- ❖ les médecins sensibilisés à la prévention primaire du VIH connaissent mieux la proportion des séropositifs ignorant leur statut sérologique (non significatif  $p=0,056$ ).
- ❖ concernant le test de dépistage : 38% des médecins sensibilisés et 31% des médecins non sensibilisés savent que le test de dépistage du VIH recherche les Ab anti VIH et l'Ag p24 (non significatif). 27% des médecins sensibilisés et 20% des médecins non sensibilisés connaissent le délai de six semaines (non significatif).

### 3/ Prévention primaire du VIH en médecine générale

#### 3.1 Ressenti des médecins généralistes

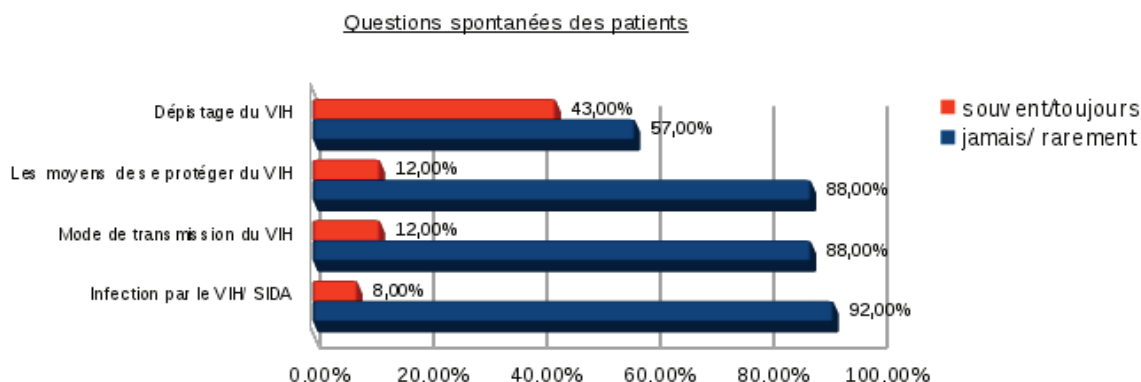
Concernant le VIH, 66% des médecins répondants estiment ne pas faire suffisamment de prévention primaire. Les principales raisons évoquées sont :

- la préférence du médecin à attendre que les patients abordent eux même le sujet (ceci pour 23% des médecins ayant répondu au questionnaire)
- le manque de temps (pour 29% des médecins ayant répondu au questionnaire)
- une patientèle jugée réfractaire à parler de sexualité par le médecin traitant (pour 14% des médecins ayant répondu au questionnaire)
- la difficulté du médecin lui même à aborder le sujet de la sexualité avec ses patients (pour 14% des médecins ayant répondu au questionnaire)
- le désintérêt pour la prévention du VIH (pour 1% des médecins ayant répondu au questionnaire)

#### 3.2 Questions des patients et informations spontanées des médecins au cours d'une consultation de médecine générale

##### Les questions des patients concernant le VIH

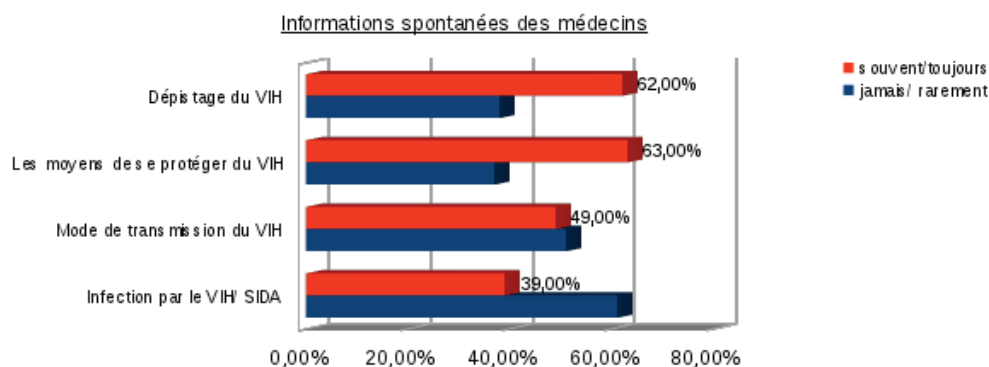
Pour la grande majorité des médecins, les patients ne posent que rarement des questions au sujet du VIH.



Graphique 9

##### Informations spontanées des médecins à leurs patients concernant la prévention du VIH

La majorité des médecins répondants donne spontanément des informations à leurs patients concernant les moyens de se protéger du VIH et le dépistage du VIH.



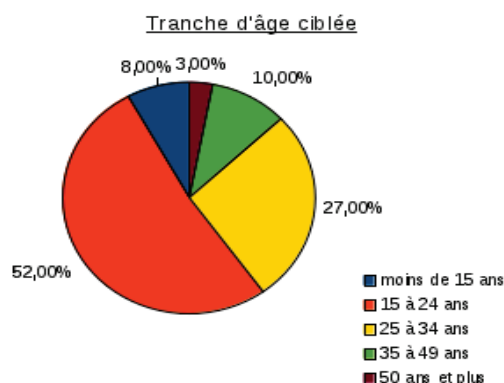
Graphique 10

Statistiquement, les médecins sensibilisés au dépistage et /ou à la prévention primaire du VIH durant les six derniers mois donnent plus souvent des informations spontanées à leurs patients ( $p=0,001$ ). 70% des médecins sensibilisés au dépistage renseignent spontanément leurs patients sur le sujet.

Il n'existe aucune différence statistique avérée entre médecins isérois et médecins savoyards. De même aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les médecins hommes et femmes, ni entre les médecins exerçant en milieu rural, semi rural ou urbain.

### 3.3 Tranche d'âge ciblée par les médecins généralistes pour la prévention primaire

Concernant la prévention primaire du VIH, 62% des médecins généralistes privilégient une tranche d'âge. C'est la classe des 15/24 ans qui est ciblée dans 57% des cas alors que les plus de 50 ans ne sont, pour leur part, ciblés que dans moins de 3 % des cas.



Graphique 11

Là également, on n'observe aucune différence significative entre les médecins isérois et savoyards, ni entre les médecin hommes et femmes. De même, aucune différence significative n'est constatée entre les médecins exerçant en milieu rural, semi rural ou urbain.

### 3.4 Réseau associatif local

61% des médecins ne renseignent jamais ou rarement leurs patients sur les associations pouvant répondre à leurs questions au sujet du VIH (type Sida Info Services<sup>7</sup>, CDAG, AIDES<sup>8</sup>). 35% estiment le faire souvent et 4% y faire systématiquement référence.

Il existe une différence significative selon le département d'exercice ( $p=0,005$ ). En effet 48% des médecins savoyards estiment renseigner souvent ou toujours leurs patients quant aux structures associatives existantes et susceptibles d'apporter des réponses à leurs questions au sujet du VIH contre 26% des médecins Isérois.

Il n'y a, en revanche, aucune différence significative selon le sexe et le lieu d'exercice des médecins.

### 3.5 Premiers constats

De façon générale :

- spontanément les patients abordent rarement le sujet du VIH.
- même si la plupart des médecins déclare aborder souvent et spontanément la question de la prévention primaire du VIH, plus de la moitié d'entre eux estime ne pas faire suffisamment de prévention primaire.

## 4/ Dépistage du VIH en médecine générale

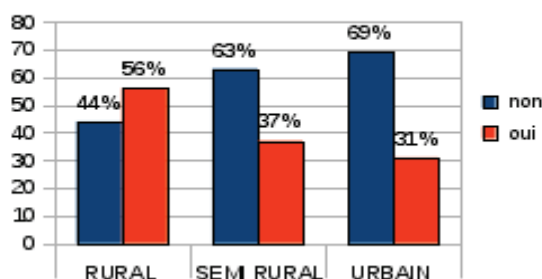
### 4.1 Incitation au dépistage du VIH en médecine générale

#### Document d'information visible par la patientèle

38% des médecins disposent dans leur cabinet d'un document visible qui informe leurs patients sur la possibilité d'un dépistage du VIH.

Les médecins récemment sensibilisés au dépistage ainsi que les médecins exerçant en milieu rural possèdent, de manière significative, plus souvent ce document dans leur cabinet ( $p=0,015$  et  $p=0,019$  respectivement).

**Document sur le dépistage du VIH**



Graphique 12

### Proposition spontanée du test de dépistage du VIH

78% des médecins proposent spontanément, dans certaines situations, le test de dépistage à leurs patients n'en ayant jamais réalisé. Les situations évoquées par ces médecins sont les suivantes :

- lors de la prescription d'une contraception orale (56% des médecins)
- à titre systématique au cours d'un bilan biologique (52% des médecins)
- lorsque le patient est un Usager de Drogue par voie Intraveineuse (50% des médecins)
- lorsque le patient est homosexuel (42% des médecins)
- lorsque le patient est originaire d'un pays à haute prévalence (40% des médecins)
- au cours d'une séparation (29% des médecins)
- au cours de violences conjugales (21% des médecins)

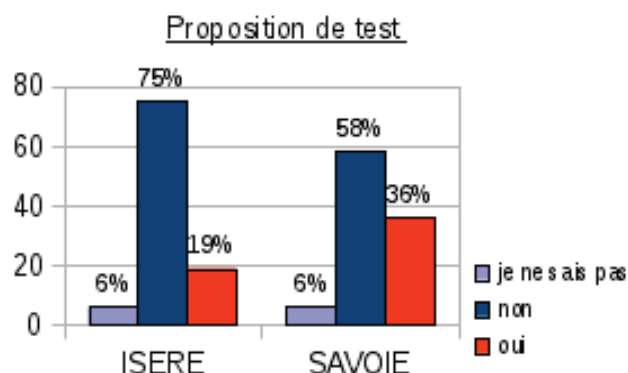
Il n'a pas été mis en évidence de différence significative selon le sexe, le département ou le lieu d'exercice des médecins.

7% des médecins n'ont jamais proposé de test de dépistage du VIH à leurs patients en l'absence de prise de risque ou de symptômes de la maladie.

### Plus de tests proposés ces derniers mois ?

A la question « avez vous proposé plus souvent un test de dépistage à vos patients ces derniers mois ? » 66% des médecins ont répondu non, 28% oui et 6% je ne sais pas. Les médecins sensibilisés au dépistage dans les 6 derniers mois ont, de manière statistiquement significative ( $p=0$ ), proposé plus souvent un test de dépistage à leurs patients (36% vs 12%).

De même, les médecins savoyards ont eu tendance à proposer spontanément plus de tests à leurs patients que leurs homologues isérois ( $p=0,013$ ).



Graphique 13

## 4.2 Dépistage étendu à la population générale: perceptions des médecins généralistes

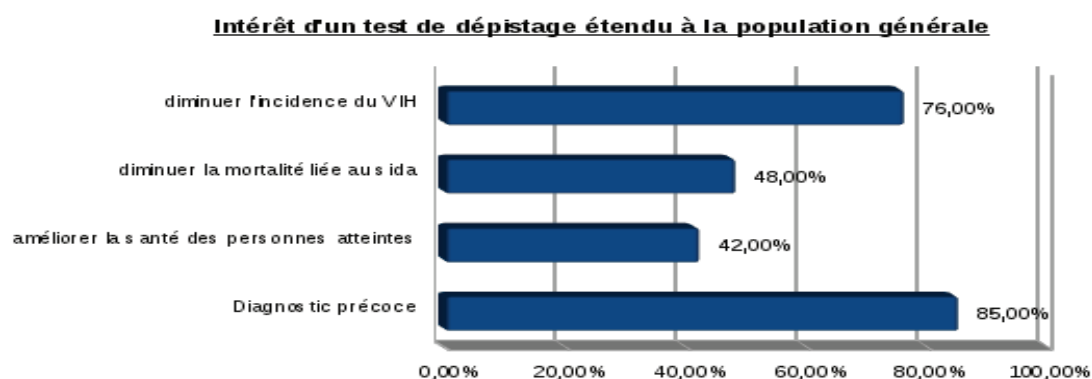
### Intérêt d'un dépistage généralisé du VIH :

76% des médecins pensent qu'un dépistage du VIH étendu à la population générale pourrait permettre de proposer le test avec plus de facilité.



82% des médecins pensent qu'un test de dépistage du VIH étendu à la population générale pourrait permettre de faire plus de prévention primaire.

Une minorité de médecins estime qu'un dépistage du VIH élargi aurait un impact sur la qualité et sur l'espérance de vie des personnes contaminées.



Graphique 14

### **Difficulté du dépistage généralisé :**

16% des médecins éprouvent des difficultés à proposer le test de dépistage du VIH lorsqu'il n'existe aucun symptôme de la maladie ou lorsque l'interrogatoire ne révèle pas de prise de risque.

Les différentes difficultés évoquées par les médecins sont :

- la peur de stigmatiser les patients (7% des médecins)
- le manque de temps (pour 2% des médecins)
- la peur du refus des patients (pour 2% des médecins)
- la nécessité d'aborder une maladie chez un patient asymptomatique (pour 2% des médecins)
- le doute sur l'intérêt d'un dépistage systématique (pour 2% des médecins)
- la peur d'angoisser le patient (pour 1% des médecins)

Pour 32% des médecins un dépistage du VIH est difficilement applicable en médecine générale. Les raisons évoquées sont :

- une patientèle non concernée (20% des médecins)
- le manque de temps (pour 10% des médecins )
- l'inutilité (pour 5% des médecins)
- le manque de connaissances sur le sujet (pour 3% des médecins)

### **4.3 Réalisation de consultation post test systématique**

28% des médecins répondants demandent systématiquement à revoir leurs patients pour les informer des résultats du test de dépistage du VIH (qu'il soit positif ou négatif).

Les médecins hommes et les médecins isérois réalisent de manière plus systématique des consultations post test ( $p=0,019$  et  $0,032$  respectivement).

#### **4.4 Annonce du diagnostic de séropositivité**

18% des médecins ne s'estiment pas capable d'annoncer un diagnostic de séropositivité.

Les raisons principalement évoquées sont :

- le manque de formation (pour 14% des médecins)
- la peur de ne pas savoir répondre aux questions (pour 13% des médecins)
- la difficulté à organiser la prise en charge ultérieure (pour 9% des médecins)

De manière significative, les médecins femmes s'estiment moins capables que leurs confrères masculins d'annoncer un diagnostic de séropositivité ( $p=0,007$ ).

De même les médecins non sensibilisés au dépistage s'estiment moins capables d'annoncer un diagnostic de séropositivité que ceux ayant été récemment sensibilisés ( $p=0,042$ ).

23% des médecins pensent que l'éventuelle perspective d'annoncer à un patient un diagnostic de séropositivité peut parfois inciter à ne pas proposer le test de dépistage.

Parmi les médecins ne s'estimant pas capables d'annoncer un diagnostic de séropositivité, 25% pensent également que cette difficulté peut conduire à ne pas proposer le test de dépistage.

#### **4.5 Premiers constats**

Dans certaines situations, les médecins généralistes proposent spontanément le test de dépistage du VIH.

Pour autant la majorité avoue ne pas avoir proposé plus de tests durant ces derniers mois.

Les avantages d'un dépistage élargi du VIH ne semblent pas évidents pour la majorité des médecins.

### ***5/ Accident d'exposition au risque viral (AEV)***

#### **5.1 Information sur la nécessité de consulter en urgence en cas de prise de risque**

54% des médecins répondants informent leurs patients sur la nécessité de consulter d'urgence un médecin en cas de prise de risques.

#### **5.2 Fréquence des accidents d'exposition au risque viral en consultation de médecine générale**

37% des médecins répondants déclarent avoir pris en charge des AEV au cours de l'année écoulée.

Il s'agit de la même proportion quel que soit le département d'exercice, le sexe du médecin et le lieu d'exercice.

Parmi les médecins ayant pris en charge des accidents d'exposition au risque viral :

- 80% ont pris en charge au moins un AEV lié à une exposition sexuelle
- 12% ont pris en charge au moins un AEV lié à une exposition au cours d'UDI
- 73% ont pris en charge au moins un AEV lié à une exposition par voie sanguine (type effraction cutanée, coupure ou piqûre)

Dans 89% des cas, les médecins en ont pris en charge moins de 5 dans l'année.

### **5.3 Attitudes des médecins généralistes au cours des accidents d'exposition au risque viral**

Dans 48% des cas les médecins répondants ont demandé au moins un avis téléphonique auprès d'un infectiologue et dans 37% des cas ils ont systématiquement orienté leurs patients vers le SAU. Dans 15% des cas les médecins ont uniquement prescrit une sérologie VIH à leurs patients.

## Discussion

Réduire l'épidémie du VIH en France est l'un des objectifs du plan VIH 2010/2014. A cette fin, les stratégies de prévention ont dû évoluer vers une notion de prévention combinée. Cette multi-prévention implique des changements de pratique pour les médecins traitants. L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux des pratiques existantes et des actuelles connaissances maîtrisées par les médecins généralistes en matière de prévention du VIH.

### **Intérêt des médecins généralistes**

Le taux de participation relativement élevé dans cette étude peut s'expliquer par le fait que le premier contact avec les médecins s'est établi par téléphone et directement entre personnes de la corporation médicale. Ceci a permis de leur donner une explication directe sur le but de cette étude, tout en répondant à leurs questions, et en leur garantissant un retour à la fin du travail.

De nombreux médecins ont fait part de l'abondance des thèses de médecine générale à cette période de l'année et de l'impossibilité de pouvoir y répondre en totalité. Beaucoup ont déclaré privilégier les thèses pour lesquelles le contact avait été initialement pris par téléphone. Par ailleurs, le fait d'avoir pratiqué une relance dans cette étude a permis d'augmenter le taux de participation de 7%.

Le support utilisé pour le questionnaire semble également avoir favorisé l'adhésion des médecins. En effet, la possibilité pour les médecins d'y répondre directement par internet après le contact téléphonique a été largement privilégiée par ceux-ci.

Le bon taux de participation peut également s'expliquer par la bonne collaboration entre les médecins généralistes et les centres hospitaliers de Chambéry et de Grenoble.

Enfin, le taux de participation peut s'expliquer par l'intérêt des médecins généralistes pour la prévention du VIH, qui s'est ressenti dès le premier contact téléphonique. Beaucoup ont exprimé leur souhait d'avoir un retour afin de progresser dans leur pratique. Seuls, 4 médecins tirés au sort ont refusé d'emblée de répondre au questionnaire en raison de leur désintérêt pour la prévention du VIH.

### **Connaissances des médecins généralistes de Savoie et d'Isère concernant la prévention du VIH et moyens de formation des médecins généralistes**

L'accès à l'information des médecins semble difficile. Environ 3 médecins sur 4 (76%) n'ont pas été sensibilisés au traitement post exposition (TPE) durant les six derniers mois. 41% n'ont pas été sensibilisés à la prévention primaire du VIH durant la même période. La très grande majorité des médecins n'a reçu ni affiches ni résumé des recommandations de l'INPES<sup>9</sup>.

Cette difficulté d'accès à l'information a également été mise en évidence lors d'une enquête réalisée par la HAS en 2010<sup>10</sup>, dans laquelle 48% des médecins jugeaient ne pas être suffisamment informés des nouvelles recommandations de dépistage du VIH.

Dans notre étude on constate que les médecins ont surtout été sensibilisés par la presse médicale, par les FMC et par la presse grand public.

On constate également l'impact positif de la sensibilisation préalable des médecins sur leurs connaissances. En effet, les médecins préalablement sensibilisés au TPE maîtrisent mieux les indications et le délai du TPE. En revanche, concernant le dépistage et la connaissance de l'épidémie, les différences entre les médecins sensibilisés et non sensibilisés ne sont pas statistiquement significatives.

Pour autant, une minorité des médecins sensibilisés avait connaissance de l'épidémiologie actuelle du VIH, des particularités du test ainsi que du délai maximal pour débiter le TPE.

Ceci est un point à améliorer car le médecin traitant a un rôle d'information<sup>11</sup>. Or proposer le test de dépistage à ses patients, c'est aussi savoir le justifier. Cette justification passe par la connaissance de l'épidémiologie du VIH. En outre, la bonne application de ce dépistage passe aussi par la connaissance des caractéristiques du test de dépistage (à savoir le délai maximal pour être en mesure d'affirmer qu'une personne est séronégative après une prise de risque). 22% des médecins estiment ce délai à moins de six semaines. Cette méconnaissance peut conduire à tort un médecin à affirmer une séronégativité. Au même titre, la méconnaissance du délai maximal pour débiter le TPE peut constituer une perte de chance pour le patient.

Une enquête actuellement en cours sur Saint Étienne vise à étudier la faisabilité du dépistage systématique du VIH par les médecins généralistes. Une première réunion réalisée le 27 janvier 2011 par des médecins du service des maladies infectieuses du CHU de Saint Étienne, réunissant 20 médecins généralistes, a conclu que la plupart d'entre eux ignorait l'existence des nouvelles recommandations attachées au VIH. La suite de l'enquête, actuellement en cours, fera l'objet d'une thèse de médecine générale (par V. Demeester).

Cette notion d'information des médecins généralistes est donc centrale. L'engagement personnel des médecins généralistes est primordial, mais celui-ci ne pourra s'initier qu'à partir d'une information efficacement transmise sur les nouvelles stratégies de dépistage.

### **La prévention du VIH en médecine générale**

#### Dépistage : Mise en pratique et freins rencontrés par les médecins généralistes

On observe que 1 médecin sur 3 (38%) dispose d'un document visible dans son cabinet pour informer ses patients sur la possibilité de se faire dépister. Or un tel document pourrait faciliter les demandes de dépistage de la part des patients<sup>12</sup> et faciliter la proposition des médecins en la plaçant dans un contexte de dépistage global. La différence observée entre les médecins exerçant en milieu rural et les autres peut s'expliquer par une moindre existence des CDAG en zone rurale, donc une plus grande implication des médecins dans l'incitation au dépistage. Toutefois, ces chiffres sont à relativiser en raison de l'échantillonnage réduit des médecins exerçant en milieu rural (39 médecins).

Au vu des résultats de l'étude, on constate que l'incitation au dépistage du VIH est une pratique courante en médecine générale. En effet, plus de 3 médecins sur 4 (78%) prennent l'initiative de proposer le test de dépistage dans certaines situations. La situation la plus fréquemment évoquée pour la proposition du test est la prescription d'une contraception orale (56%).

Cependant, cette incitation reste souvent orientée par le profil de risque de certains patients :

- 50% des médecins proposent le test de dépistage aux UDI.
- 42% le proposent aux patients homosexuels.
- 40% le proposent aux patients originaires d'un pays à haute prévalence.

Les contextes de vie affective sont, pour près de 1 médecin sur 4, prétextes à proposer un test de dépistage (violences conjugales pour 21% des médecins / séparation pour 29% des médecins).

1 médecin sur 2 (52%) déclare proposer systématiquement le test de dépistage à ses patients lors de la prescription d'un bilan biologique.

L'ensemble de ces données nous amène à penser que l'offre de dépistage s'étend peu à peu. Elle n'est plus uniquement destinée aux patients issus d'un groupe à risque ou demandant une sérologie. Pourtant, ce dépistage n'est pas encore proposé à l'ensemble de la population sexuellement active âgée de 15 à 70 ans, comme le préconise le Rapport Yéni 2010.

Au vu des résultats, on peut penser que toute personne ne prenant pas de contraception orale, n'appartenant pas à un groupe à risque et, ne réalisant pas de biologie ne se verra probablement pas proposer de test de dépistage du VIH.

Cette étude ne permet toutefois pas de certifier que les médecins avaient tous bien été préalablement informés de l'existence des nouvelles recommandations de dépistage. Même si 52% des médecins proposent le test de manière systématique au cours d'un bilan biologique, une minorité relative (44%) estime avoir proposé plus souvent un test de dépistage durant les six derniers mois qu'auparavant. Pourtant, 68% déclarent avoir été sensibilisés au dépistage du VIH dans les six derniers mois. On peut alors supposer qu'ils ont été informés.

Pour de nombreux médecins, l'application d'un dépistage élargi doit s'affranchir de nombreux freins. Cet aspect avait également été mis en évidence dans l'enquête réalisée en 2010 par la HAS, dans laquelle 47% des médecins appréhendaient la mise en pratique de ce dépistage systématique. Dans notre étude :

- Pour 20% des médecins, ce dépistage étendu apparaît difficile en raison d'une patientèle non concernée par le VIH. En France, les populations à faible risque d'infection (Français hétérosexuels, « seniors », les personnes mariées avec des enfants sans pratique de multi-partenariat) sont celles qui présentent la plus forte probabilité d'être pris en charge tardivement<sup>13</sup>. En effet, ces populations, qui ne se sentent pas inquiétées par le VIH, ne demandent pas spontanément à se faire dépister. Dans ce cas, en l'absence d'une proposition spontanée de la part d'un professionnel de santé, la maladie ne serait alors diagnostiquée que lors d'un symptôme ou au cours d'une maladie opportuniste témoignant du caractère évolué de la maladie. Or on sait qu'une prise en charge tardive est associée à une morbi-mortalité plus importante.
- La perception par les médecins des avantages d'un dépistage élargi unique reste plutôt mitigée. Même si la grande majorité des médecins (85%) a conscience qu'il permettrait de diagnostiquer la maladie à un stade précoce, une minorité juge qu'il aurait un impact sur la santé des personnes atteintes par le VIH (42%) ainsi que sur la morbi-mortalité lié au Sida (48%).

- 1 médecin sur 6 (16%) rencontre des difficultés pour proposer le test de dépistage à une personne asymptomatique.
  - ✕ La peur de stigmatiser le patient est la principale difficulté pointée par les médecins. Pourtant, un dépistage élargi à la population générale devrait normalement permettre de proposer ce test avec plus de facilité, (comme l'approuvent 76% des médecins), tout en favorisant son acceptabilité par le patient. En rendant indépendantes la proposition du dépistage et la recherche de comportements à risque, ce dépistage deviendrait moins stigmatisant pour le patient.
  - ✕ La peur du refus du patient est une des difficultés appréhendée par les médecins, or les premières études réalisées à ce sujet montrent que les patients acceptent bien cette démarche<sup>14</sup>.
- Le VIH touche la sphère intime des patients et des médecins. Il est parfois difficile lors d'une consultation de médecine générale d'aborder le sujet. 14% des médecins ont des difficultés à parler de la sexualité avec leurs patients. 14% également estiment leur patientèle réfractaire à ce type de discussion. Le dépistage systématique permet donc à ceux qui ne souhaitent pas parler de leur sexualité de mieux accepter la proposition du test de dépistage.
- Pour 1 médecin sur 4 (23%), la difficulté d'annoncer un diagnostic de séropositivité peut conduire à ne pas proposer le test de dépistage du VIH. Cette notion de difficulté d'annonce a été mise en évidence dans « le Baromètre des médecins généralistes 2009 » édité par l'INPES <sup>15</sup>. Il avait en effet été noté que, pour 30% des médecins, la peur d'annoncer un résultat positif constituait un frein à l'utilisation des tests rapides en médecine générale. On peut légitimement penser qu'une formation améliorée des médecins diminuerait cette appréhension, favorisant ainsi leur adhésion au dépistage systématique.

Au vu de l'ensemble des données récoltées concernant le dépistage, on peut dire que les difficultés d'application du dépistage étendu s'expliquent par la possible méconnaissance des nouvelles recommandations, par une mauvaise compréhension des avantages du dépistage élargi ainsi que par l'appréhension d'une éventuelle annonce de séropositivité. Et on peut de facto penser qu'une meilleure information des médecins réduirait ces freins et favoriserait leur adhésion concrète à l'application d'un dépistage élargi.

#### Prévention primaire

Dans un communiqué de 2009<sup>16</sup>, la société française de santé publique, a rappelé l'importance d'accompagner les patients dans une démarche de dépistage et de remise des résultats qui n'est jamais anodine. Dans ses recommandations de 2009, la SPILF rappelle l'importance du rendu d'un résultat négatif et l'opportunité pour le médecin de donner des messages de prévention. Expliquer à son patient, une fois la peur du résultat passée, comment rester séronégatif, est une des missions du médecin traitant.

Pourtant, 1 médecin sur 4 (28%) réalise de manière systématique une consultation post test. Cette information peut être intéressante à transmettre aux médecins. Une part relativement importante des médecins (29%) estime ne pas faire suffisamment de prévention primaire par manque de temps. On peut raisonnablement penser qu'une consultation dédiée à la remise des résultats pourrait justement créer un espace de parole consacré à la prévention primaire.

De plus, cette consultation systématique permettrait de ne pas cibler une tranche d'âge particulière. Les personnes de plus de 50 ans sont rarement ciblées par les discours de prévention primaire en médecine générale (3% des médecins de notre enquête). Ceci s'explique certainement par une moindre perception du risque de la part du médecin et du patient. A cela peut se rajouter la difficulté d'aborder le sujet de la sexualité avec un patient d'âge mur, ainsi que celle d'aborder le problème d'une éventuelle maladie sexuellement transmissible chez un patient que l'on suit de longue date. D'autres études ont révélé la présence de nombreuses prises de risque chez ces patients (principalement expliquées par une méconnaissance des risques de transmission)<sup>13</sup>, incitant à la vigilance sur les discours de prévention primaire après 50 ans.

La plupart des médecins (61%) ne s'appuie jamais ou rarement sur les associations locales pour renseigner leurs patients au sujet du VIH. On peut donc s'interroger sur la connaissance du réseau local par les médecins généralistes. La différence entre les médecins isérois et savoyards peut s'expliquer par une meilleure visibilité du réseau local en Savoie du fait d'un nombre de structures plus limité.

#### Accidents d'exposition au risque viral (AEV) et utilisation du Traitement Post Exposition (TPE)

1 médecin sur 3 (37%) a pris en charge des AEV au cours de l'année passée. Dans 89% des cas, ils y ont été confrontés moins de 5 fois.

En médecine générale, la fréquence des consultations pour AEV semble donc assez faible.

Ceci peut s'expliquer par un manque d'informations transmises aux patients sur le sujet. En effet, un médecin sur deux (54%) informe ses patients sur la nécessité de consulter en urgence en cas de risque de contamination par le VIH. Les médecins informant leurs patients sur cette nécessité prennent en charge de manière significative plus d'AEV (45%) que ceux qui ne le font pas (28%) ( $p=0,008$ ).

La faible prévalence des consultations pour AEV en médecine générale, s'explique également par le fait que les patients peuvent consulter directement les urgences pour ce motif. D'après le travail de Julia Krotoff réalisé en 2011<sup>17</sup>, 86% des patients s'étant présentés aux urgences pour un AEV l'ont fait sans passer au préalable par un médecin.

Le caractère urgent de la prise en charge des AEV réside dans le fait de savoir si le patient doit bénéficier ou non du TPE.

Il semblerait opportun d'informer de manière plus systématique les patients sur la nécessité de consulter en urgence en cas de prise de risque. Une information destinée au public et aux médecins généralistes à ce sujet serait souhaitable.



85% des médecins ayant identifiés un AEV ont demandé un avis auprès d'un infectiologue et/ou ont adressé leurs patients au SAU. Dans 15% des cas, les médecins ont uniquement prescrit une sérologie VIH aux patients. On peut dans ce cas penser que le TPE, même s'il était indiqué, n'a pas pu être débuté dans les temps. Il semblerait important que l'ensemble des médecins soit correctement informé de cette notion pour ne pas entraîner une perte de chance pour les patients.

### **Document d'information à l'intention des médecins généralistes**

Il est apparu intéressant de mettre à disposition des médecins généralistes un outil pour les aider à promouvoir la prévention du VIH.

Nous proposons une brochure simple et pratique à utiliser (annexe 2).

Cette brochure a été réalisée avec l'aide du COREVIH de l'arc Alpin. Les COREVIH sont investis d'une mission de formation continue des médecins généralistes. Il paraissait logique de les inclure dans ce travail.

Des études ont montré l'impact positif des fiches d'information destinées aux patients (FIP), en complément d'une information orale (18, 19). Ces FIP améliorent la qualité des soins, et facilitent la relation médecin-malade. Elles favorisent l'adhésion du malade au traitement et au discours du médecin tout en favorisant sa satisfaction. Elles aident les médecins dans leurs démarches préventives et éducatives.

Nous avons donc fait le choix d'une brochure s'adressant aux patients, et qui leur expliquerait les trois facettes de la prévention ainsi que le rôle que peut avoir leur médecin généraliste eu égard à chacune de ces facettes.

Elle a été réalisée en collaboration avec Julia Krotoff, qui prépare également une thèse de médecine générale sur le VIH. Ont également largement contribué à la réalisation de cette brochure Marc Brisson (Directeur de l'ODPS en Isère et membre du COREVIH Arc Alpin) et Gaëlle Dubruc (Coordinatrice du COREVIH Arc Alpin).

Cette brochure sera envoyée par mail à l'ensemble des médecins répondants ayant fourni leur adresse mail. Pour le reste des médecins répondants, elle sera expédiée par voie postale. Cette brochure pourrait, par exemple, être affichée en salle d'attente où elle serait lue par les patients (ainsi que par les médecins destinataires). Cette nécessité de double information figurait également dans les conclusions du baromètre des médecins<sup>15</sup>.

Nous fournirons également à chaque médecin la liste des principales structures de son lieu d'exercice impliquées dans la prise en charge du VIH (annexe 3). Ceci afin de leur apporter une meilleure connaissance du réseau local.

Ces documents pourraient être diffusés :

- au cours de la réunion d'information du COREVIH de l'Arc Alpin en Novembre 2011.
- au cours de la journée d'enseignement d'infectiologie qui se déroulera à Annecy, également en Novembre 2011.
- aux patients par l'intermédiaire des services d'infectiologie, des centres de dépistage, etc.

### **Limites de cette étude :**

La première limite de cette enquête est liée à sa méthodologie:

- Le mode de réponse par courrier, par mail ou par fax laisse la possibilité aux médecins de consulter la littérature pour y répondre.
- La question de la véracité des réponses à une enquête déclarative reste posée. Pour exemple, un médecin sur deux propose t-il réellement, et de manière systématique une sérologie VIH à ses patients?

Il existe également un biais lié au matériel :

- En effet le questionnaire n'a pas toujours permis aux médecins de s'exprimer pleinement. Par exemple dans les questions relatives aux AEV, les médecins n'ont pu décrire en détail leur manière de procéder lors des consultations.
- De même, certaines questions ont pu paraître imprécises aux médecins. Par exemple, celle sur les AEV, où aucune durée n'était évoquée entre le moment de l'AEV et celui de la consultation (ceci pour ne pas orienter la réponse des médecins dans les questions relatives au TPE). Le terme « récent » pouvait probablement amener certains praticiens à penser que le délai du TPE pouvait être dépassé. Une telle interprétation expliquerait alors que 15% des médecins aient uniquement préconisé une sérologie VIH aux patients.

Malgré un bon taux de participation, l'analyse statistique montre ses limites par rapport à certains panels réduits, pour exemple celui des médecins exerçants en milieu rural.

Les médecins ayant accepté de répondre au questionnaire lors du premier contact téléphonique, n'ayant finalement pas répondu au questionnaire sont au nombre de 134. Il est alors pertinent de se poser la question de leurs non réponses. On peut imaginer que ce sont les moins à l'aise sur la question de la prévention du VIH.

TITRE :

**PRÉVENTION DU VIH : CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'ISÈRE ET DE SAVOIE.**

## **Conclusion**

Le rapport réalisé sous la direction du Pr P.Yéni en 2010 met en avant la nécessité de modifier les stratégies de prévention du VIH et de promouvoir le concept de prévention combinée afin d'agir plus efficacement sur l'épidémie de VIH. Le dépistage et le traitement antirétroviral s'ajoutent désormais à la prévention primaire comme outil de prévention. Ainsi, les médecins généralistes occupent plus que jamais une place centrale dans ce dispositif de prévention combinée.

La présente enquête a été menée du 10 mai 2011 au 19 juillet 2011 auprès de 400 médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur un mode déclaratif et a recueilli un taux de réponse de 60%. Ce taux s'explique par l'intérêt des médecins interrogés, par les moyens de réalisations interactifs mis en œuvre (internet et téléphone), ainsi que par la bonne collaboration entre les médecins généralistes et les centres hospitaliers de Grenoble et de Chambéry.

Le but principal de ce travail était de faire un état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes concernant la prévention du VIH. Ainsi les trois aspects de la prévention ont été abordés: dépistage, prévention primaire et traitement antirétroviral post exposition au risque viral.

Nous avons vu que l'incitation au dépistage était une pratique courante en médecine générale. Même s'il reste fortement imprégné du modèle mis en place au cours des 25 dernières années, le dépistage tend à s'étendre peu à peu à des patients non ciblés jusqu'ici. En effet, 52% des médecins proposent le test de manière systématique à leurs patients au cours de la réalisation d'un bilan biologique, et 56% le proposent à leurs patientes au cours de la prescription d'une contraception orale.

La mise en pratique de la recommandation officielle, c'est à dire la proposition d'un dépistage étendu à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans indépendamment de la notion de prise de risque ou de symptômes de la maladie, semble pourtant rencontrer encore quelques obstacles en médecine de ville. En effet, pour 16% des médecins il est difficile de proposer ce test à un patient asymptomatique et qui ne rapporte pas de conduite à risque. La principale appréhension des médecins dans cette situation est la peur de stigmatiser leurs patients. Pour 32% des médecins, il est difficile de réaliser un dépistage du VIH étendu, notamment car leurs patients ne leur paraissent pas concernés. De même, la difficulté de l'annonce du diagnostic de séropositivité a été perçue comme un frein à proposer le test de dépistage pour 23% des médecins. L'étude autorise à penser qu'une meilleure information des médecins généralistes permettrait de réduire le nombre de ces obstacles, améliorant ainsi l'efficacité du dépistage.

Concernant la prévention primaire du VIH, 66% des médecins estiment ne pas en faire suffisamment et on peut penser qu'une consultation d'annonce systématique du résultat du test de dépistage pourrait créer un espace de parole dédié à cela. Une telle consultation pourrait également permettre de ne pas cibler de tranche d'âge particulière concernant la prévention primaire du VIH comme c'est le cas actuellement.

Concernant le traitement post exposition au risque viral, l'étude montre que 85% des médecins en connaissent l'existence. Son éventuelle utilisation est une question qui ne se pose que rarement en médecine générale puisque les accidents d'exposition au risque viral sont un motif rare de consultation. Dans cette situation les médecins ont majoritairement tendance à demander un avis téléphonique à un infectiologue et/ou à envoyer leurs patients aux urgences. Pourtant, dans 15% des cas, l'attitude du médecin peut priver le patient d'un traitement post exposition. De plus, nous avons vu qu'une information destinée au public sur la nécessité de consulter en urgence en cas de risque pourrait également permettre de diminuer les risques de contamination du VIH.

L'information des médecins généralistes sur les stratégies de prévention est apparu un élément central de la lutte contre l'épidémie de VIH. En effet, il est apparu que la majorité des médecins n'avaient pas été récemment sensibilisés au TPE ou à la prévention primaire du VIH. Concernant le dépistage, malgré une forte sensibilisation préalable, la majorité des médecins n'avaient pas connaissance des caractéristiques du test de dépistage, ni du délai pour affirmer avec certitude qu'une personne est séronégative.

Nous proposons donc de participer à la formation des médecins généralistes d'Isère et de Savoie concernant la prévention du VIH en réalisant une brochure informative en collaboration avec le COREVIH de l'Arc Alpin.

Plusieurs études ont montré que les brochures destinées aux patients avaient un meilleur impact sur la formation des médecins comparée aux brochures directement adressées au médecins. Nous avons donc fait le choix d'une brochure adressée aux patients qui les renseignent sur les différents aspects de la prévention du VIH ainsi que sur le rôle que peut avoir leurs médecins généralistes. Elle pourra ainsi être affichée dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale. Par ailleurs, cette brochure sera envoyée à l'ensemble des médecins ayant répondu à l'enquête (par courrier électronique ou par courrier). D'autres pistes de diffusion peuvent être envisagées, via les réunions du COREVIH et de formation en infectiologie.

Enfin, à distance de la diffusion de cette brochure, il serait intéressant d'en évaluer l'impact d'une part sur les pratiques des médecins généralistes et d'autre part sur les questions des patients concernant le VIH.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

GRENOBLE, LE 21/09/2011

LE DOYEN

J.P ROMANET



LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

PROFESSEUR J.P STAHL

A large, stylized handwritten signature in black ink.

# Bibliographie

1. Yéni P, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010.
2. Ministère de la Santé et des Sports, Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010/2014.  
<http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>
3. G.Pialoux/ F.Lert , Mission réduction des risques. Novembre 2009.
4. Haute autorité de santé (HAS), Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositifs de dépistage, synthèse et recommandations. Octobre 2009.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese\\_depistage\\_vih\\_volet\\_2\\_vfv\\_2009-10-21\\_16-48-3\\_460.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf)
5. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, Consensus formalisé : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. Texte long . Avril 2009.
6. Haute autorité de santé (HAS), Dépistage de l'infection par le VIH en France. Octobre 2008.
7. <http://www.sida-info-service.org/>
8. <http://www.aides.org/>
9. INPES, Ministère de la Santé et de Sports, Dépistage du VIH et des Infections Sexuellement transmissibles/ Informations et ressources pour les professionnels de santé. 2011.
10. Haute autorité de santé (HAS), Enquête sur les stratégies de dépistage de l'infection par le VIH : les résultats. Mars 2010.  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_923346/enquete-sur-les-strategies-de-depistage-de-l-infection-par-le-vih-resultats](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_923346/enquete-sur-les-strategies-de-depistage-de-l-infection-par-le-vih-resultats)
11. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Mars 2010.
12. IDS France, Mieux informer le patient : les clés de la réussite selon les médecins. Avril 2008
13. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Transmission du VIH par voie sexuelle chez les séniors : un domaine inexploré. Bulletin Mars 2009.

14. Crémieux A.C, Wilson d'Almeida K., Kierzek G., de Truchis P., Vu S., Prateron D., Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services en Ile de France (ANRS 95008 et Sidaction). Mai 2009 Août 2010. BEH, 30 novembre 2010.
15. Gautier A,dir. Baromètre Santé médecins généralistes 2009. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH, nouveaux enjeux, nouvelles pratiques. P137-155.
16. Société française de santé publique, communiqué de presse : Proposer plus largement le dépistage du VIH est une recommandation à soutenir. Octobre 2009.
17. Krotoff J.,Evaluation du dispositif hospitalier de prise en charge des situations d'exposition au risque viral chez l'adulte : exemples des CHU de Grenoble et CHR de Chambéry. Octobre 2011.
18. M.Sustersic, A.Meneau, R. Dremont, A.Paris, L. Laborde, JL. Bosson. Elaboration des fiches d'information pour les patients en médecine générale. Revue du praticien. 15 décembre 2008.
19. M. Sustersic, A. Meneau, Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. Juillet 2007.
20. Circulaire interministérielle n. DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH. 13 Mars 2008.

# Annexes

## Annexe 1 : Le questionnaire

Questionnaire thèse Camille Letiers

\*Obligatoire

### 1) Quelques renseignements vous concernant

Vous êtes : \*

- Un homme
- Une femme

Quelle est votre année de naissance ? \*(uniquement l'année)

Vous exercez en milieu : \*

- urbain
- rural
- semi-rural

Quel est le code postal de votre lieu d'exercice : \*(si plusieurs code postaux, les séparer par des virgules; ex: 38100,38000 )

En tant que médecin généraliste, pensez vous avoir un rôle à jouer dans la prévention du VIH \*

- oui
- non

Au cours des 6 derniers mois, avez vous été sensibilisé : \*

oui non

À la prévention primaire du VIH (information des patients, modification des comportements à risque)

au dépistage du VIH

au traitement anti-rétroviral prophylactique post exposition

Si oui, comment ?(autant de choix que vous voulez)

- Formation Médicale Continue
- Presse Médicale

- Groupes de pairs
- Presse Grand Public
- Publicité télévisée
- Mail de l'INPES
- Affiche de l'INPES
- Par un confrère
- Autre :

## 2) Concernant l'épidémie de VIH en FRANCE

Quelle est selon vous la proportion de séropositifs ignorant leur statut sérologique (EN FRANCE) ? \*

- environ 1 sur 2
- environ 1 sur 3
- environ 1 sur 4
- environ 1 sur 6
- je ne sais pas

Quelle est la population au sein de laquelle l'INCIDENCE du VIH est la plus forte (EN FRANCE) ? \*

- les usagers de drogues par voie intraveineuse
- la population d'origine subsaharienne
- les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
- la population hétérosexuelle
- je ne sais pas

La transmissibilité du VIH lors d'un rapport sexuel non protégé (hétérosexuel par voie vaginale) avec une personne contaminée non traitée est de l'ordre de : \*

- 0,1 %
- 1 %
- 10 %
- 30 %
- je ne sais pas

Depuis 5 ans l'INCIDENCE du VIH a t'elle diminuée de façon importante (EN FRANCE)? \*

- oui
- non
- je ne sais pas



### 3) Prévention primaire du VIH (ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence du VIH dans la population générale)

Vos patients vous posent spontanément des questions sur : \*

	jamais	rarement	souvent	toujours
l'infection par le VIH / SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
son mode de transmission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les moyens de s'en protéger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le dépistage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous donnez spontanément des informations sur : \*

	jamais	rarement	souvent	toujours
l'infection par le VIH / SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
son mode de transmission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les moyens de s'en protéger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le dépistage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estimez vous faire suffisamment de prévention PRIMAIRE concernant le VIH ? (incitation à se protéger lors de comportements sexuels à risque, lors de consommation de drogues IV ou pernasale) \*

- oui
- non

si non, pour quelle(s) raison(s)(autant de choix de vous voulez)

- manque de temps
- vous avez des difficultés à aborder le sujet de la sexualité avec votre patientèle
- votre patientèle est réfractaire à parler de sexualité
- vous préférez attendre que vos patients abordent le sujet
- ce sujet ne m'intéresse pas
- Autre :

Ciblez vous une ou des tranche(s) d'âge particulière(s) concernant la prévention primaire du VIH ? \*

- oui
- non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

- moins de 15 ans
- de 15 à 24 ans
- de 25 à 34 ans

- de 35 à 49 ans
- 50 ans et plus

Renseignez vous vos patients sur l'existence de structures (telles que sida-info-service, centre de dépistage anonyme et gratuit, AIDES, associations locales ... ) pouvant répondre à leurs questions ? \*

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

#### 4) Dépistage du VIH

Avez vous l'impression d'avoir proposé plus souvent un test de dépistage du VIH à vos patients ces derniers mois? \*

- oui
- non
- je ne sais pas

Vous arrive-t-il de proposer spontanément un test de dépistage du VIH à vos patients n'en ayant jamais réalisé ? (hormis dans les cas de prise de risque, de symptômes de la maladie ou de suivi de grossesse) \*

- oui
- non

Si oui, dans quelle(s) situation(s) :(autant de choix que vous voulez)

- à titre systématique au cours d'un bilan biologique
- lors de la prescription d'une contraception orale
- dans le cadre d'une séparation
- dans le cadre de violences conjugales
- si le patient est homosexuel
- chez les usagers de drogue injectable
- si le patient est originaire d'un pays à haute prévalence
- Autre :

Avez vous des difficultés à proposer un test de dépistage du VIH en l'absence de prise de risque ou de symptôme de la Maladie? \*

- oui
- non
- je ne l'ai jamais fait

Si oui lesquelles?

Demandez vous systématiquement à revoir vos patients après la réalisation d'un test de dépistage du VIH pour leur annoncer le résultat (qu'il soit positif ou négatif) ? \*

- oui
- non

Avez vous dans votre cabinet un poster ou un document visible qui informe vos patients sur la possibilité de se faire dépister ? \*

- oui
- non

Informez vous vos patients sur la nécessité de consulter un médecin en urgence en cas d'exposition au risque de transmission du VIH ? \*

- oui
- non

Le dépistage du VIH étendu à la population générale vous permet(trait) de : \*

	oui	non
proposer le test avec plus de facilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faire plus de prévention primaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Un dépistage du VIH étendu à la population générale vous paraît il difficilement applicable en médecine générale ? \*

- oui
- non

si oui, pour quelle(s) raison(s) :(autant de choix que vous voulez)

- Par manque de temps
- Cela ne me paraît pas utile
- La majorité de ma patientèle ne me paraît pas concernée
- Par manque de connaissance sur le sujet
- Autre :

Un dépistage du VIH étendu à la population générale pourrait permettre de : \*(autant de choix que vous voulez)

- diagnostiquer la maladie à un stade précoce
- améliorer la santé des personnes atteintes par le VIH
- de diminuer la mortalité liée au SIDA
- de diminuer l'incidence du VIH
- je ne sais pas
- Autre :

Le test de dépistage du VIH recommandé doit rechercher : \*

- les anticorps anti VIH1 et 2 uniquement
- les anticorps anti VIH1 et 2 ainsi que l'antigène p24
- je ne sais pas
- Autre :

En cas de dépistage du VIH avec le test recommandé, le délai le plus court pour affirmer avec certitude qu'une personne est séronégative est de : \*

- 4 semaines
- 6 semaines
- 8 semaines
- 12 semaines
- je ne sais pas

5) Accidents d'exposition au risque viral (défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique exposant à un risque de transmission du VHB, VHC et/ou VIH)

Au cours de l'année passée, avez vous pris en charge des accidents d'exposition au risque viral : \*

- oui
- non

Si oui, vous estimez en voir (sur une période de un an) :

	aucun	de 1 à 4	de 5 à 9	de 10 à 14	15 ou plus
accidents par voie sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
usage de drogue en intraveineuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
par voie sanguine (effraction cutanée, piqûre ou coupure)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lorsqu'un patient vous consulte pour un accident d'exposition au risque viral récent : \*(autant de choix que vous voulez)

- vous demandez un avis téléphonique auprès d'un infectiologue
- vous envoyez systématiquement le patient aux urgences
- vous prescrivez une sérologie VIH au patient
- Autre :

Connaissez vous l'existence du traitement post-exposition au risque de contamination par le VIH ? \*

- oui
- non

Si oui, en connaissez vous les indications ?

- oui
- non

En cas d'indication, quel est le délai maximal pour pouvoir le débiter (en dehors des cas d'agressions sexuelles) \*

- 24 heures
- 48 heures
- 72 heures
- 96 heures
- je ne sais pas

En cas d'indication encore, quelles sont les structures qui peuvent le délivrer ? \*(autant de choix que vous voulez)

- service des urgences
- centre de dépistage anonyme et gratuit (durant les heures ouvrables)
- centre de planning familial (durant les heures ouvrables)
- officine
- service d'infectiologie (durant les heures ouvrables)
- je ne sais pas

## 6) Dépister et parfois annoncer une séropositivité

Estimez vous être capable d'annoncer un diagnostic de séropositivité \*

- oui
- non

Si non, pour quelle(s) raison(s)(autant de choix que vous voulez)

- peur de ne pas savoir répondre aux questions du patient
- par difficulté à organiser la prise en charge ultérieure
- par manque de formation
- Autre :

Pensez vous que la difficulté de devoir annoncer une séropositivité peut parfois conduire un praticien à ne pas proposer le test de dépistage du VIH ? \*

- oui
- non

Votre adresse e-mail : \*(cette question sert uniquement au dédoublement des réponses)

Envoyer

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

## Annexe 2 : Brochure d'information

### La prévention du VIH

En France, **7000** personnes se contaminent chaque année par le VIH. **50 000** personnes sont infectées sans le savoir. Ces personnes sont à l'origine de **2/3** des nouvelles contaminations<sup>1</sup>.

Il existe **2 manières de se contaminer** : par voie sexuelle ou par voie sanguine.

#### Comment faire pour vous protéger du VIH ?



##### Éviter de vous contaminer en utilisant :

- Le préservatif féminin ou masculin car une contamination est possible en cas de pénétration, **même s'il n'y a pas d'éjaculation**.
- Du matériel d'injection stérile (en cas de prise de drogue en intraveineux).
- Une paille individuelle en cas de sniff<sup>2</sup>.

**Pensez à consulter en urgence en cas de prise de risque.**



##### Débuter un traitement rapidement si vous avez pris un risque :

- Le traitement doit être débuté au mieux dans les 4 heures, au plus tard dans les 48 heures après une prise de risque<sup>3</sup>. **Il peut éviter la contamination par le VIH.**
- Sa prescription se fait sur décision médicale en fonction de la prise de risque. Votre médecin, si le traitement est indiqué, prendra contact avec le service référent (service d'inféctiologie ou des urgences).
- Si le traitement n'est pas indiqué, un test VIH devra être réalisé à **6 semaines** de votre prise de risque.



#### Vous faire dépister :

Il est désormais recommandé à votre médecin traitant de proposer le test de dépistage du VIH à **tous les patients âgés de 15 à 70 ans**<sup>4</sup>.

Votre médecin doit également vous proposer ce test dans les situations suivantes :

- si vous êtes une femme enceinte ou désirant avoir un enfant (pour les deux parents)
- si vous êtes originaire d'un pays où l'épidémie est très développée\*
- si votre partenaire est séropositif
- si vous êtes un homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (Homosexuel ou bisexuel)
- si vous consommez des drogues en intraveineux ou en intranasal (même occasionnellement)
- si vous avez une autre maladie sexuellement transmissible
- si vous avez eu plusieurs partenaires sexuel(le)s dans l'année

#### Pourquoi se faire dépister même en l'absence de symptômes ?

- pour pouvoir envisager l'**arrêt du préservatif** (le test doit alors être réalisé chez les deux partenaires)
- pour commencer un traitement le plus tôt possible si le test est positif. Ceci permet d'avoir la **même espérance de vie que quelqu'un qui n'a pas le VIH.**

Votre médecin vous annoncera le résultat du test en consultation.

Seul un test réalisé **6 semaines après la prise de risque** confirme qu'il n'y a pas eu de contamination.

Bientôt, un test réalisable en quelques minutes sera disponible chez votre médecin traitant.

\* Afrique subsaharienne, Antilles, Guyane

**Rédacteurs** : J. Krotoff et C. Letiers/ **Septembre 2011/** **Relecteurs** : Pr. JP. Stahl, Pr P. Morand, Pr JL. Bosson, Dr P. Pavese, Dr O. Rogeaux, Dr F. Marion et Dr M. Sustersic/ **Sources** :1. Rapport d'experts Yéni 2010. 2. Mission RDRs. G. Pialoux et F. Lert.3.Circulaire interministérielle N°DGS/RI/DHOS/DGT/DSS/ 2008/91 du 13 mars 2008. 4. Recommandations HASoctobre2009/**Illustrations** :O Roux.Stockvault.

## Annexe 3 : Liste du réseau local.



### Réseau VIH en Isère



#### Référents médicaux au CHU de Grenoble:

- Unité VIH (ex-CISIH) : 04 76 76 52 92
- Service de Maladies Infectieuses : 04 76 76 54 43
- Numéro d'astreinte : 06 14 48 18 59
- Service d'Accueil des Urgences : 04 76 76 75 75



#### CIDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit) / CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles)

- Grenoble : 04 76 12 12 85
- Bourgoin-Jallieu : 04 79 19 09 20
- Vienne : 04 74 31 50 31



#### PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) :

- Grenoble : 04 76 76 94 66
- Voiron : 04 76 67 17 47
- Vienne : 04 74 31 34 94
- Bourgoin-Jallieu : 04 69 15 72 18



#### Associations de lutte contre le VIH :

- AIDES (Grenoble) : 04 76 47 20 37
- ODPS (Office Départemental de Prévention du Sida) : 04 76 87 83 09
- AXES (Grenoble, Vienne) : 06 98 29 02 18
- HEPP (Homosexualité Ecoute Prévention Sida Paroles ) : 04 76 46 35 26
- TEMPO : 04 76 03 16 43



#### Structures dépendant du Conseil Général :

-CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale) : pour connaître le centre le plus proche, contacter le centre départemental de planification et de consultations prénatales de l'Isère : 04 76 12 12 87



#### Structures interdépartementales ou régionales

- COREVIH (Comité de Coordination et de Lutte contre le VIH) Arc Alpin : 04 76 76 61 62
- SIDA INFO SERVICE (Grenoble) : 04 76 96 60 68
- CRIPS Rhône Alpes (Centre Régional de Ressources, d'Information, de Prévention sur le VIH/SIDA, des IST, des Hépatites et d'Education à la vie affective et sexuelle): 04 72 00 55 70





### **Référents médicaux au Centre Hospitalier de Chambéry:**

- Service de Maladies infectieuses : 04 79 96 51 02
- Service d'Accueil des Urgences : 04 79.96 50 30



### **CIDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit) / CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles)**

- Chambéry : 04 79 96 51 52
- Aix les Bains : 04 79 34 01 26
- Albertville : 04 79 37 89 56
- Saint-Jean de Maurienne : 04 79 20 60 55



### **PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) :**

- Chambéry : 04 79 96 51 06
- Albertville : 04 79 89 55 55



### **Associations de lutte contre le VIH:**

- REVIH-STS (Réseau Ville-Hôpital VIH/Hépatites/Toxicomanies en Savoie): 04 79 96 58 25
- SAVIHEP (Savoie VIH/ Hépatites): 04 79 36 42 12



### **Structures dépendant du Conseil Général :**

- CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale ) de Savoie : pour connaître le centre le plus proche, contacter le centre départemental de planification et de consultations prénatales de la Savoie : 04 79 96 50 83



### **Structures inter-départementales ou régionales**

- COREVIH Arc Alpin (Comité de Coordination et de Lutte contre le VIH) : 04 76 76 61 62
- CRIPS Rhône Alpes (Centre Régional de Ressources, d'Information, de Prévention sur le VIH/SIDA, des IST, des Hépatites et d'Education à la vie affective et sexuelle) : 04 72 00 55 70



### **Structures nationales :**

- SIDA INFO SERVICE (Délégation nationale) : 0800 840 800

## Réseau VIH en Haute-Savoie



### Référents médicaux au Centre Hospitalier d'Annecy:

-Service de Consultation pour les IST : 04 50 63 63 71

-Service d'Accueil des Urgences : 04 50 63 63 63

### **CIDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit) / CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles)**

-Annecy : 04 50 63 63 71

-Annemasse : 04 50 87 48 27

-Sallanches : 04 50 47 30 49

-Thonon-les-Bains : 04 50 83 21 19



### **PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) :**

-Annecy : 04 50 63 66 23

-Annemasse : 04 50 87 48 81

-Thonon-les-Bains : 04 50 83 20 58

-Sallanches : 04 50 47 31 53



### **Associations de lutte contre le VIH:**

-AIDES (Thonon-les-Bains) : 05 50 81 96 78

-ARAVIH (Association de Réseau Annecien Ville-Hôpital de lutte contre le VIH et les hépatites) : 04 50 63 60 71

-ADES 74 (Association Départementale d'Education pour la Santé) : 04 50 45 20 74



### **Structures dépendant du Conseil Général :**

-CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale) de la Haute-Savoie : pour connaître le centre le plus proche, contacter le centre départemental de planification et de consultations prénatales de la Haute-Savoie : 04 50 63 63 39



### **Structures inter-départementales ou régionales**

-COREVIH Arc Alpin (Comité de Coordination et de Lutte contre le VIH) : 04 76 76 61 62

-CRIPS Rhône Alpes (Centre Régional de Ressources, d'Information, de Prévention sur le VIH/SIDA, des IST, des Hépatites et d'Education à la vie affective et sexuelle) : 04 72 00 55 70



### **Structures nationales :**

-SIDA INFO SERVICE (Délégation nationale) : 0800 840 800

# Serment d'Hippocrate