



HAL
open science

Dépistage de l'infection par le VIH dans les cabinets de médecine générale parisiens en 2013 : une étude épidémiologique observationnelle

Valentina Rocchetti

► **To cite this version:**

Valentina Rocchetti. Dépistage de l'infection par le VIH dans les cabinets de médecine générale parisiens en 2013 : une étude épidémiologique observationnelle. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01113907

HAL Id: dumas-01113907

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01113907>

Submitted on 6 Feb 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N° 8

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Dépistage de l'infection par le VIH dans les cabinets de médecine
générale parisiens en 2013 : une étude épidémiologique
observationnelle

Présentée et soutenue publiquement
le 30 janvier 2014

Par

ROCCHETTI, Valentina
Née le 19 novembre 1985 à Milan (Italie)

Dirigée par M. Le Professeur Viard, Jean-Paul

Jury :

Mme Le Professeur Le Jeune, Claire Président

M. Le Docteur Ghosn, Jade

Mme Le Docteur Greder-Belan, Alix

M. Le Docteur Schwartz, Jean-Claude



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Viard, d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure que représente la réalisation d'une thèse.

A Madame le Professeur Le Jeune, à Monsieur le docteur Ghosn, à Madame le docteur Greder-Belan et à Monsieur le docteur Schwartz de m'avoir honoré de participer à mon jury.

Au Professeur Bernard Jaar, pour m'avoir inspiré et conseillé depuis mon intrépide décision de me lancer dans le monde médical.

Au docteur Sébastien Monnier, pour son coaching médical et musical.

A tous les médecins qui m'ont inspiré jusqu'à aujourd'hui et m'ont permis de devenir la personne que je suis.

A Thérèse qui a courageusement accepté de relire mon travail et d'y apporter une remarquable touche de style et d'orthographe.

A mes parents, grazie per avermi accompagnata e incoraggiata nei miei studi e nella vita, cosa non sarei senza di voi...

A mes amis, ma famille et à tous les autres...

Abréviations

AES : accident d'exposition au sang

ALD : affection longue durée

CDAG : consultation de dépistage anonyme et gratuit

CIDDIST : centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CMU : couverture médicale universelle

CNGE : conseil national des généralistes enseignants

CRESGE : centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion

HAS : haute autorité de santé

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVS : Institut de veille sanitaire

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : infection sexuellement transmissible

PrEP : prophylaxie pré-exposition, traitement anti-rétroviral donné à des patients seronégatifs afin de diminuer le risque de transmission virale

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

TasP : traitement anti-rétroviral donné aux personnes atteintes de l'infection par le virus du VIH à but préventif

TDR : test de dépistage rapide

UDI : usager de drogues injectables

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Glossaire

Counseling (1) : Information, conseil personnalisé, visant à aider une personne à prendre une décision, résoudre des problèmes, faire face à une crise nécessitant de sa part une série de changements à laquelle elle ne se sent pas forcément préparée. Dans le champ de la santé et du dépistage de l'infection par le VIH, le counseling ou information conseil personnalisée se pratique en individuel ou en groupe. Il doit être pratiqué par des professionnels ou des pairs ayant bénéficié d'une formation minimale à la conduite d'entretien et à la thématique de santé nécessitant l'acquisition par un usager ou un patient de savoirs et de compétences spécifiques.

Discrimination (2) : conséquence de la stigmatisation. Elle consiste à faire des choses ou oublier d'en faire découlant de la stigmatisation dirigée à l'encontre des personnes stigmatisées. La discrimination, telle que définie par l'ONUSIDA (2001) dans le *Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH*, renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraire à l'égard d'une personne, généralement, mais pas exclusivement, en fonction d'une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue comme appartenant à un groupe particulier, par exemple dans le cas du VIH et du SIDA, une personne dont le statut VIH est confirmé ou supposé positif, que ces mesures aient ou non une quelconque justification.

Infection présumée à VIH (3) : il s'agit d'une découverte de séropositivité VIH chez un personnel de santé ayant exercé au contact de patients infectés par le VIH, ce soignant n'ayant pas d'autre mode de contamination par le VIH retrouvé.

Séroconversion professionnelle (3) : il s'agit d'une exposition professionnelle accidentelle percutanée ou cutanéomuqueuse à du sang ou à un liquide biologique. Chez une personne ayant un statut viral négatif entre 8 jours avant et 4 semaines après l'exposition (Ac anti-VIH négatifs) et qui présente une séroconversion VIH entre 4 semaines et 6 mois après l'exposition. En l'absence de sérologie de base négative réalisée au moment de l'exposition, un profil d'infection récente dans les suites d'une exposition accidentelle permettra aussi de définir une séroconversion professionnelle.

Stigmatisation (2) : processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. Les valeurs sur lesquelles se porte la discréditation sont purement arbitraires.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	p 8
I. L'épidémie du VIH.....	p 8
I.1. Histoire d'une catastrophe.....	p 8
I.2. Une pandémie mondiale.....	p 8
I.3. Stabilisation de la pandémie.....	p 9
I.4. De maladie mortelle à maladie chronique.....	p 10
I.5. Les sous groupes à risque.....	p 10
I.6. L'épidémie en France.....	p 12
I.6.1. Les différents modes de contamination.....	p 13
I.6.2. Les motifs de dépistage.....	p 13
I.6.3. Les lieux du dépistage.....	p 14
I.6.4. Le stade de l'infection au moment du diagnostic.....	p 14
I.6.5. Le stade de l'infection lors de la mise sous traitement.....	p 17
I.7. L'épidémie en Ile-de-France.....	p 17
I.7.1. Le département de Paris.....	p 18
I.7.2. Un épidémie hétérogène au plan régional.....	p 18
II. La lutte contre la discrimination comme partie intégrante de la prise en charge...p 19	p 19
II.1. Une discrimination alimentée par la presse et la politique.....	p 19
II.2. La discrimination comme obstacle au contrôle de l'infection.....	p 20
III. La prévention de l'infection par le VIH.....p 21	p 21
III.1. La modification des comportements à risque.....	p 21
III.2. La place des traitements anti-rétroviraux.....	p 22
III.2.1. Le traitement pré-exposition.....	p 22
III.2.2. Le traitement post-exposition.....	p 23
III.3. Vers de nouvelles stratégies de prévention.....	p 23
IV. Le dépistage de l'infection par le VIH.....p 23	p 23
IV.1. L'« exceptionnalisme » du VIH-SIDA par rapport aux autres maladies infectieuses..p 23	p 23
IV.1.1. Les tests utilisés.....	p 24
IV.1.2. Les différents types de dépistage.....	p 25
IV.2. Les nouvelles stratégies de dépistage.....	p 25
IV.2.1. Le plan de lutte contre le VIH-SIDA et les autres IST.....	p 25
IV.2.2. Un dépistage élargi.....	p 26
IV.2.3. La nouvelle recommandation de l'HAS sur le dépistage du VIH publiée en 2009.....	p 26
IV.2.4. Un dépistage ciblé et régulier.....	p 27
IV.2.5. Poursuivre le recours volontaire au dépistage.....	p 27
IV.2.6. La réévaluation de la place du counseling.....	p 28
IV.3. Le dépistage en France.....	p 30
IV.4. Le dépistage en Ile-de-France.....	p 32
IV.5. Les médecins généralistes français et le dépistage du VIH.....	p 32
V. Mon projet de thèse.....p 34	p 34
MATERIEL ET METHODES.....p 36	p 36
I. La population.....p 36	p 36
I.1. L'échantillon.....	p 36
I.2. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	p 36

II. Le projet.....	p 36
II.1. Le questionnaire.....	p 37
III. L'analyse statistique.....	p 37
RESULTATS.....	p 38
I. La population.....	p 38
II. Les médecins généralistes parisiens.....	p 41
II.1. Le médecin généraliste parisien était un homme de plus de 50 ans.....	p 41
II.2. Une minorité des médecins généralistes collaborait avec les facultés de médecine.....	p 42
II.3. Un quart des médecins généralistes exerçait une activité autre en plus de la Médecine Générale.....	p 42
II.4. La majorité des médecins généralistes était installée en Secteur 1 et faisait de 1 à 20 actes par jour.....	p 43
III. Les patients atteints de l'infection par le VIH.....	p 45
III.1. 67,6% des médecins généralistes parisiens avaient au maximum 10 patients porteurs de l'infection par le VIH dans leur patientèle.....	p 45
III.2. La majorité des médecins généralistes parisiens savait à qui adresser un patient porteur du VIH.....	p 47
III.3. La majorité des médecins généralistes parisiens n'appartenait pas à un réseau VIH.....	p 48
III.4. 53% des médecins de l'échantillon avaient déjà prescrit au moins une fois une thérapie anti-rétrovirale.....	p 50
IV. L'activité de prescription des sérologies VIH.....	p 51
IV.1. 74,5% des médecins avaient prescrit jusqu'à 10 sérologies VIH dans le dernier mois.....	p 51
IV.2. 39,1% des médecins généralistes parisiens avaient eu en 2012 au moins un résultat positif parmi les sérologies prescrites.....	p 54
IV.3. La majeure partie des sérologies prescrites avait été faite à l'initiative du médecin.....	p 56
V. Le dépistage de l'infection par le VIH.....	p 58
V.1. Presque 80% des médecins généralistes prescrivaient systématiquement une sérologie VIH à l'occasion d'une IST mais les autres situations à risque étaient moins bien individualisées.....	p 58
V.2. Le dépistage de l'infection par le VIH en dehors des facteurs de risque n'était pas faite de façon systématique.....	p 62
VI. Le thème de la sexualité en Médecine Générale.....	p 65
VI.1. Plus de 98% des médecins pensait que la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle faisait partie du rôle du médecin généraliste.....	p 65
VI.2. Plus de la moitié des médecins généralistes abordait souvent le thème de la sexualité et pratiquait du Counseling.....	p 66
VII. La nouvelle recommandation de l'HAS sur le dépistage de l'infection par le VIH.....	p 69
VII.1. Moins de la moitié des médecins interrogés était au courant de la nouvelle recommandation sur le dépistage de l'infection par le VIH.....	p 69
VII.2. En expliquant la recommandation à ceux qui ne la connaissaient pas, plus de 70% étaient convaincu de l'applicabilité de la recommandation et qu'elle permettrait l'amélioration du dépistage de l'infection par le VIH.....	p 71
VII.3. Selon les médecins, la majeure partie des patients n'était pas au courant de la recommandation. Une formation pour appliquer la recommandation avait été proposée à seulement 5% des médecins.....	p 72

VIII. Les changements perçus depuis la survenue de la nouvelle recommandation....	p 73
VIII.1. La majeure partie des médecins généralistes parisiens pensait que la nouvelle recommandation n'avait pas modifié leur pratique.....	p 73
VIII.2. Sous-analyse des médecins qui connaissaient la recommandation.....	p 74
DISCUSSION.....	p 79
I. L'étude.....	p 79
II. Les médecins interrogés.....	p 79
III. Les patients.....	p 80
IV. La participation à la prise en charge de l'infection par le VIH.....	p 81
V. Le dépistage de l'infection par le VIH.....	p 81
VI. Les motifs de dépistage de l'infection par le VIH.....	p 83
VII. La nouvelle recommandation sur le dépistage du VIH.....	p 84
VIII. La sexualité en médecine générale.....	p 86
CONCLUSION.....	p 88
BIBLIOGRAPHIE.....	p 89
Annexe 1 : le questionnaire.....	p 92
Annexe 2 : la lettre accompagnant le questionnaire.....	p 96
Annexe 3 : l'email de relance.....	p 97
Annexe 4 : tableaux pour le test du Chi2.....	p 98
Annexe 5 : répartition des étrangers dans Paris.....	p 103

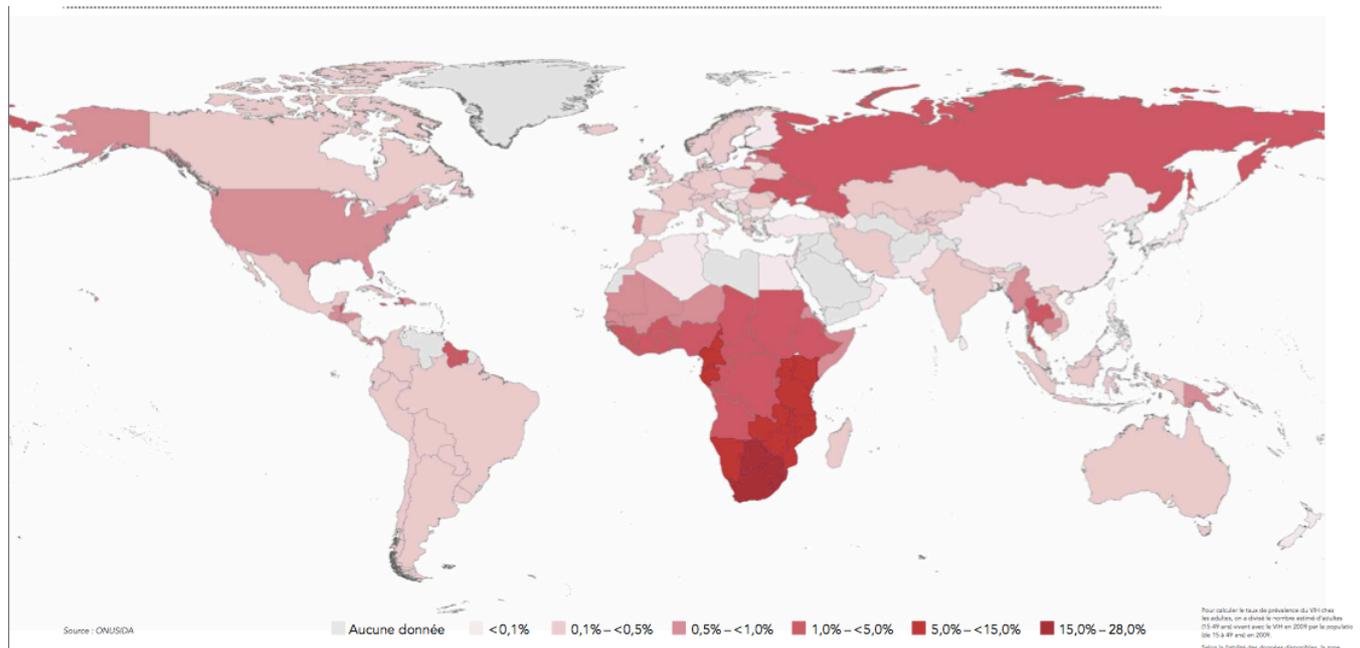
INTRODUCTION

I. L'épidémie du VIH

I.1. Historique d'une catastrophe

Rien n'aurait laissé imaginer que les quelques cas de pneumonies dues à *Pneumocystis carinii* (aujourd'hui appelé *Pneumocystis jirovecii*) observés chez des jeunes hommes homosexuels relevés par le Center for Disease Control d'Atlanta le **5 juin 1981** étaient le prélude d'une épidémie d'amplitude mondiale. Cette nouvelle maladie semblait atteindre uniquement des sujets avec des attitudes sexuelles particulières, d'où le nom de « GRID, gay related immune deficiency ». Puis la maladie fut retrouvée chez les usagers de drogues intra-veineuses et les sujets transfusés. La contamination se faisait non seulement par voie sexuelle mais aussi par contact sanguin. Peu à peu des cas similaires furent retrouvés dans différents pays, sur différents continents. La liberté des mœurs prônée depuis les années 60 et la facilitation des voyages par la création des compagnies aériennes commerciales avaient permis une diffusion mondiale de ce **qu'on découvrit seulement en 1983 être un virus. En 1985, 3 000 cas étaient recensés au niveau mondial, on parlait désormais d'épidémie (4).**

I.2. Une pandémie mondiale



Estimation de la prévalence de l'infection par le VIH à l'échelle mondiale en 2009 :
33,3 millions d'individus vivant avec le VIH (5) ONUSIDA

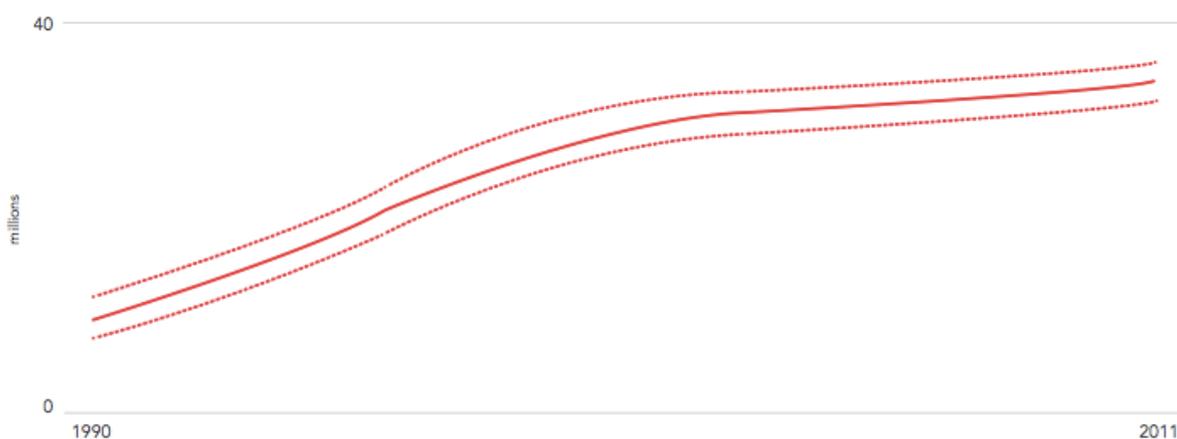
Les études épidémiologiques ont révélé par la suite que l'épicentre de l'épidémie se situait bien loin des Etats Unis. **L'Afrique sub-saharienne était probablement le lieu où l'épidémie avait commencé et où le virus faisait et fait le plus de ravage.**

En 1997, 90% des sujets infectés provenaient des pays en voie de développement. On comptait 23 millions de sujets infectés dans le monde dont 14 millions vivant en Afrique Noire (4).

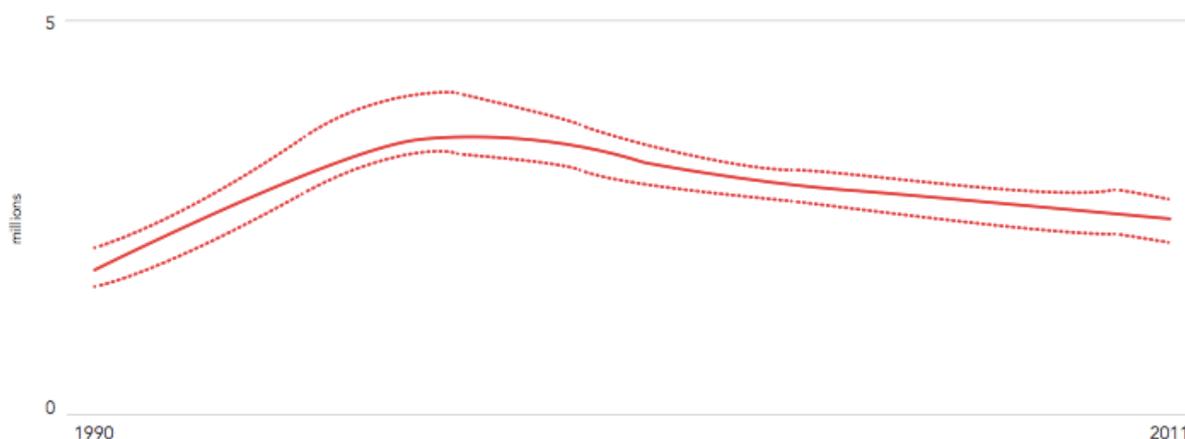
En 2011, 34 millions de personnes vivaient avec le VIH, soit 0,8% des adultes de 15-49 ans dans le monde (6). La même année en Afrique sub-saharienne 1 adulte sur 20 vivait avec le VIH ce qui correspondait à 69% des personnes vivant avec le VIH dans le monde. Les autres zones géographiques plus touchées après l'Afrique sont **les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie Centrale** où **1% des adultes vivaient avec le VIH en 2011**.

I.3. Stabilisation de la pandémie

NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DANS LE MONDE, 1990-2011



NOMBRE DE PERSONNES NOUVELLEMENT INFECTÉES PAR LE VIH DANS LE MONDE, 1990-2011



UNAIDS Global Report 2012

Jusqu'aux années 90, le traitement proposé aux personnes infectées pouvait être défini comme un traitement palliatif. Il s'agissait du traitement des infections opportunistes mais il n'avait aucune influence sur l'espérance de vie. **En 1996 le terme de « trithérapie » est utilisé pour la première fois** : la combinaison de trois molécules antivirales différentes utilisées simultanément avait prouvé une efficacité sur l'évolution de la maladie.

Grâce à ces nouvelles thérapies et aux nombreuses campagnes de prévention, **l'ONU-Sida déclarait en 2008 que la tendance évolutive de l'infection se modifiait : la prévalence du VIH se stabilisait et le nombre de nouvelles infections diminuait (6)**.

A l'échelle mondiale, le nombre de nouvelles infections continue de diminuer : en 2008, le nombre de personnes infectées par le VIH était de 20% inférieur à celui de 2001. Par contre, à l'échelle régionale l'évolution de l'infection reste hétérogène. Si la prévalence de l'infection diminue dans de nombreuses régions (les Caraïbes et l'Afrique subsaharienne), l'infection continue d'augmenter au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et surtout dans l'extrême est de l'Europe (6).

I.4. De maladie mortelle à maladie chronique

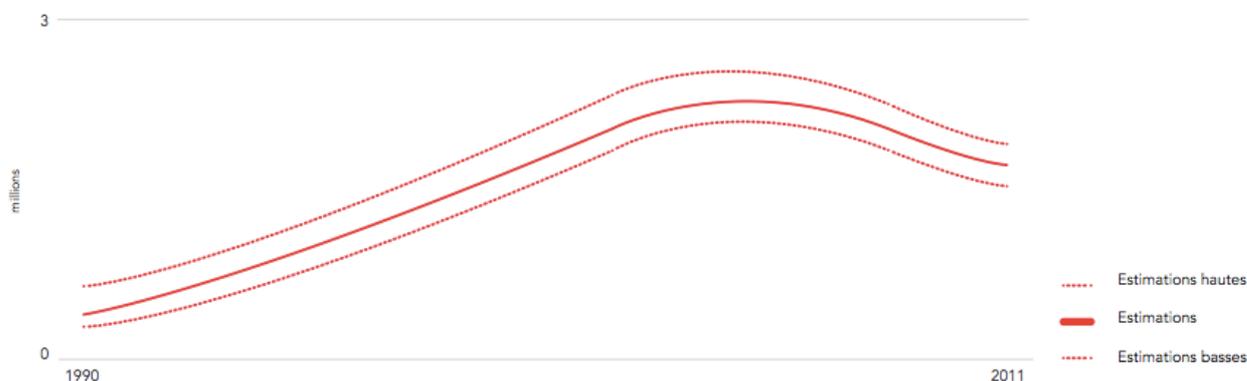
La découverte et l'utilisation des trithérapies furent le début du changement évolutif de l'infection par le VIH. De maladie mortelle, l'infection par le VIH est peu à peu devenue une maladie chronique avec laquelle les patients vivent jour après jour.

Le taux standardisé de mortalité lié au VIH/Sida est passé de 1993 à 2003 de 30 à 4 décès par 100 000 hommes et de 5 à 1 décès par 100 000 femmes. **Depuis l'année 2000, seulement un tiers des décès chez les sujets atteints du VIH sont attribuables à des complications définissant le sida, alors qu'en 1993 le virus était directement responsable de 68% des décès (6).**

En 2011, 1,7 millions de décès liés au sida ont été enregistrés dans le monde entier. Ceci correspond à une baisse de 24% de la mortalité liée au Sida par rapport à 2005.

En France, l'espérance de vie des patients sous trithérapie s'allonge : la proportion des sujets atteints âgés de plus de 50 ans augmente depuis 2006 (de 23,6% à 27,6%) (7). 6,1% des femmes et 9,6% des hommes suivis ont plus de 60 ans.

NOMBRE DE DÉCÈS D'ADULTES ET D'ENFANTS DUS AU SIDA DANS LE MONDE, 1990-2011



UNAIDS Global Report 2012

I.5. Les sous groupes à risque (6)

Depuis le début de l'épidémie, certains sous-groupes se sont révélés être plus à risque de développer l'infection de par leur provenance des pays à forte prévalence de l'infection ou par leur exposition plus importante au virus du fait de leur mode de vie. Même si l'épidémie a évolué au sein de ces sous-groupes de population ceux-ci demeurent encore à risque.

Les UDI comptent parmi **les groupes de population les plus gravement touchés par l'infection à VIH**. La prévalence de l'infection chez les UDI est au moins 22 fois plus élevée qu'au sein de la population générale. En 2007 : 16 millions de personnes consommaient des drogues injectables à l'échelle mondiale, parmi lesquelles 3 millions vivaient avec le VIH. Le risque de contamination au sein de cette population est double car les personnes infectées risquent de contaminer les autres UDI mais aussi les partenaires sexuels.

En ce qui concerne **les HSH** : la prévalence de l'infection dans cette population est 13 fois plus élevée que celle au sein de la population générale du pays. Des données factuelles montrent que **la prévalence mondiale de l'infection du VIH dans cette catégorie de population semble avoir augmenté de 2010 à 2012** même si les données sont limitées et que l'utilisation de diverses méthodes d'analyse entrave la comparaison des résultats dans le temps et d'un environnement à l'autre. Pour la première fois en 2009, l'étude PREVAGAY a permis de déterminer le taux d'incidence de l'infection par le VIH parmi des HSH fréquentant des établissements communautaires(8). Le taux d'incidence de l'infection par le VIH était de 18%. Parmi les personnes séropositives, 20% d'entre-elles ignoraient leur infection. Ces données montrent un niveau élevé de transmission de l'infection parmi les personnes sexuellement actives malgré un niveau de recours au dépistage important.

Les migrants provenant de l'Afrique sub-saharienne sont également à considérer comme groupe à risque : un tiers des découvertes de séropositivité en France en 2010 étaient des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (9). Leur risque est triple car non seulement ils proviennent d'un pays à forte prévalence de l'infection mais ils ont tendance à vivre en communauté lors de leur arrivée en France et du fait de leur faible revenu leur accès aux structures de soins est souvent difficile. De plus, les études épidémiologiques montrent **une nette inégalité des sexes** par rapport à l'infection par le VIH : les femmes originaires d'Afrique subsaharienne représentent 58% des personnes vivant avec le VIH et constituent la majorité des patients pris en charge.

Chez **les travailleurs du sexe**, la prévalence mondiale de l'infection par le VIH est de 12%, chiffre stable de 2006 à 2011. Ces femmes ont 13,5 fois plus de chances de vivre avec le VIH que les autres femmes.

En 2011, 330 000 enfants ont été infectés par le VIH, ce chiffre correspond à une baisse de 43% depuis 2003. Le taux de **transmission materno-fœtale du VIH-1** en dehors de tout traitement préventif est estimé à 20-25% (10). Il faut rajouter à ce taux un risque supplémentaire de 10 à 15% en cas d'allaitement. La transmission de l'infection materno-fœtale n'est plus un problème à l'heure actuelle dans les pays développés : 90% de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne. De 2009 à 2011, la prophylaxie antirétrovirale a empêché l'infection par le VIH de 409 000 enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

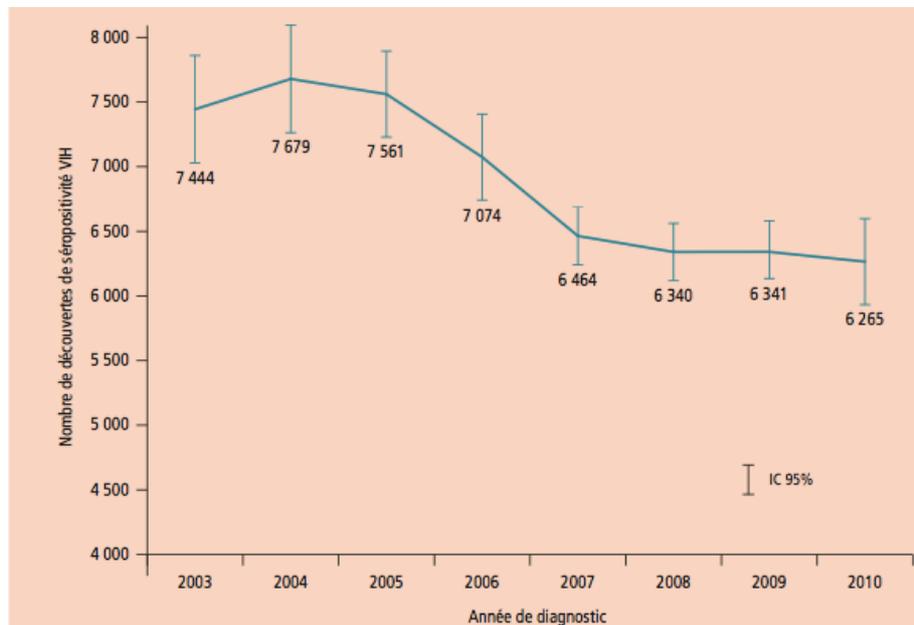
En ce qui concerne **les sujets hémophiles** en France 10% sont infectés par le VIH (7). Le risque de transmission de l'infection par le VIH en France lors d'une transfusion était de 1/2900 000 (11) sur la période 2008-2010. Le dernier cas de contamination rapporté était en 2002 (12).

I.6. L'épidémie en France

On estimait en 2009 entre 7 000 et 8 000 le nombre de nouvelles contaminations par an, ces données sont recueillies par l'InVS, via les résultats du test d'infection récente qui permet d'identifier biologiquement les personnes infectées depuis moins de 6 mois, et l'INSERM dont la modélisation repose sur la méthode du rétrocalcul (estimation du nombre de nouvelles infections en combinant les données des nouveaux diagnostics VIH avec la distribution de la durée entre l'infection et le premier diagnostic VIH) (7).

L'âge moyen au diagnostic était de 38 ans. Il augmente régulièrement chez les hétérosexuels mais pas chez les HSH. Cette différence reflète à la fois la diffusion plus rapide du VIH parmi les HSH et le fait que la part des jeunes de moins de 25 ans parmi les HSH a augmenté régulièrement depuis 2003, ce qui n'est pas le cas chez les hétérosexuels. En 2010, les découvertes de dépistage après 50 ans concernaient environ 1 100 personnes.

67% des personnes découvrant leur séropositivité sont des hommes. Les personnes de nationalité étrangère représentent 41% des découvertes de séropositivité, cette proportion diminue depuis 2003. 52% des personnes de nationalité étrangère ayant découvert leur séropositivité sont des femmes. Enfin, les HSH et les UDI sont majoritairement de nationalité française.



Estimation du nombre de découvertes de séropositivités VIH en France, 2010 (13)

I.6.1. Les différents modes de contamination

La **transmission par voie sexuelle** demeure le mode de contamination le plus fréquent. En effet, le contrôle de la diffusion de l'épidémie par voie sexuelle est complexe et nécessite une méthode de prévention combinée passant avant tout par la connaissance de l'infection et par le changement de comportements sexuels.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité **en 2008 : 60% était contaminée par rapports hétérosexuels, 37% par rapports homosexuels et 2% par usage de drogues injectables.**

Les personnes contaminées par **rapports hétérosexuels** étaient en majorité des **femmes** (53%) et pour 51% des personnes de **nationalité étrangère**, provenant d'un pays d'Afrique subsaharienne. **Le nombre de HSH est stable depuis 2006**, estimé à 2 500 cas.

Les taux de nouveaux diagnostics étaient estimés à 725 pour 100 000 pour les HSH, 79 pour 100 000 pour les UDI et 10 pour 100 000 pour les hétérosexuels.

En ce qui concerne les **AES**, on estime au 31 décembre 2009 et sur les derniers 20 ans à 14 le nombre de séroconversions et à 35 le nombre d'infections présumées. Il s'agit essentiellement de femmes, des infirmières contaminées par piqûre (3).

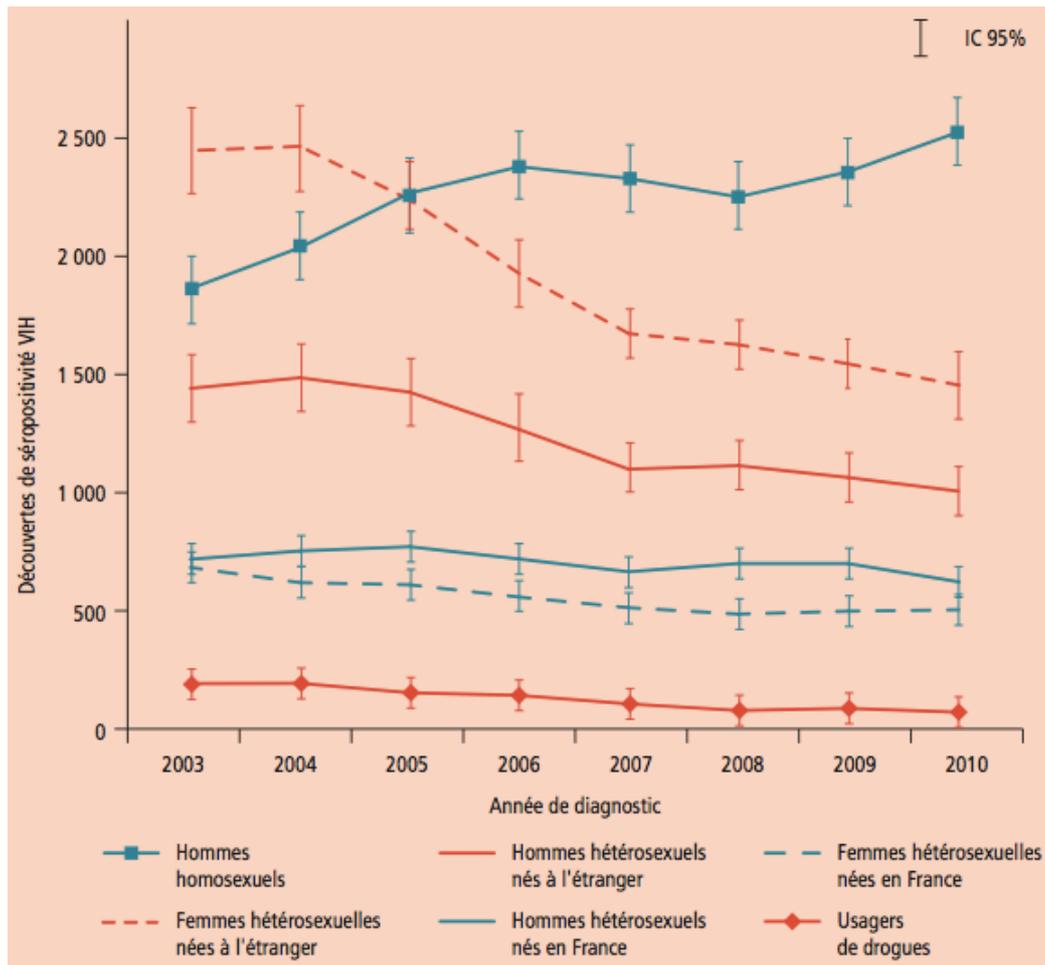
En France, depuis 1986, 574 enfants ont été infectés par le VIH par transmission materno-fœtale (dont 74 de 2001 à 2007). En 2010, moins de 20 enfants par an sont contaminés grâce au traitement préventif et 10% sont contaminés par échec de dépistage ou par séroconversion maternelle en cours de grossesse (10).

I.6.2. Les motifs de dépistage (13) :

En 2010 le motif de dépistage le plus fréquent était **la présence de signes cliniques (35%)** qu'ils soient liés à une primo-infection ou à un stade tardif de l'infection à VIH. Les autres motifs les plus courants étaient **une exposition récente au VIH (23%)** et **un bilan systématique (19%)** comme le bilan prénatal.

Les HSH sont diagnostiqués le plus souvent à la suite d'une exposition au VIH (31%), moins souvent lors d'un bilan (8%) que les hommes hétérosexuels.

Un tiers des femmes hétérosexuelles étaient diagnostiquées à l'occasion d'un bilan. Les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger étaient diagnostiquées plus souvent lors d'un bilan que celles nées en France (38% vs 26%). La présence de signes cliniques était toujours le principal motif de dépistage, que les hommes soient nés en France ou à l'étranger, mais le bilan systématique concernait plus souvent les hommes nés à l'étranger (20%) que ceux nés en France (9%).



Découverte de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic, France, 2010 (13)

I.6.3. Les lieux du dépistage

Les laboratoires de ville réalisaient 77% des sérologies VIH effectuées en 2010.

Le nombre de cas diagnostiqués en ville augmente depuis 2003. Ils représentaient en 2010, 40% des sérologies positives. Par contre, la part des sérologies anonymes parmi les sérologies confirmées positives est restée stable autour de 12%.

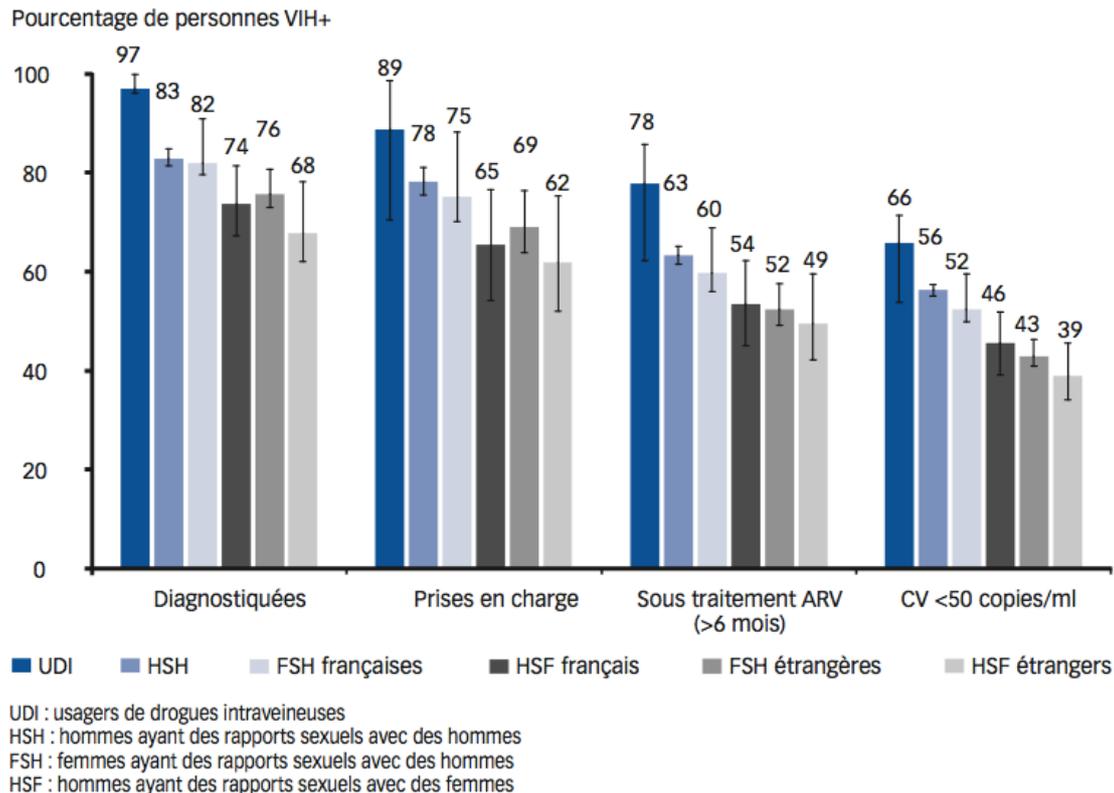
Les diagnostics réalisés en ville faisaient suite le plus souvent à une sérologie effectuée à cause d'une exposition au VIH (34%) ou lors d'un bilan systématique (24%), alors que ceux réalisés à l'hôpital étaient faits le plus souvent devant des signes cliniques.

I.6.4. Le stade de l'infection au moment du diagnostic

Seulement 32% des découvertes de séropositivité correspondent à des infections récentes. La plupart des découvertes en ville correspondaient plus souvent à des infections asymptomatiques (73%) que celles effectuées à l'hôpital (58%), et moins souvent au stade sida. La séropositivité est découverte le plus souvent au moment d'une primo-infection pour les HSH par rapport aux autres groupes : entre 2006 et 2010, 50% des découvertes de

séropositivité dataient de moins de 6 mois contre seulement 18% des personnes contaminées par voie hétérosexuelle.

La moitié des adultes diagnostiqués en 2009 ont des CD4 inférieurs à 350/mm³ et 29% des patients découvrant leur séropositivité ont un taux de CD4 < 200/mm³ lors du diagnostic. Ce taux est très variable en fonction des sous groupes de population : 48% chez les UDI, 39% pour les hommes hétérosexuels, 29% pour les femmes hétérosexuelles et 18% pour les HSH.



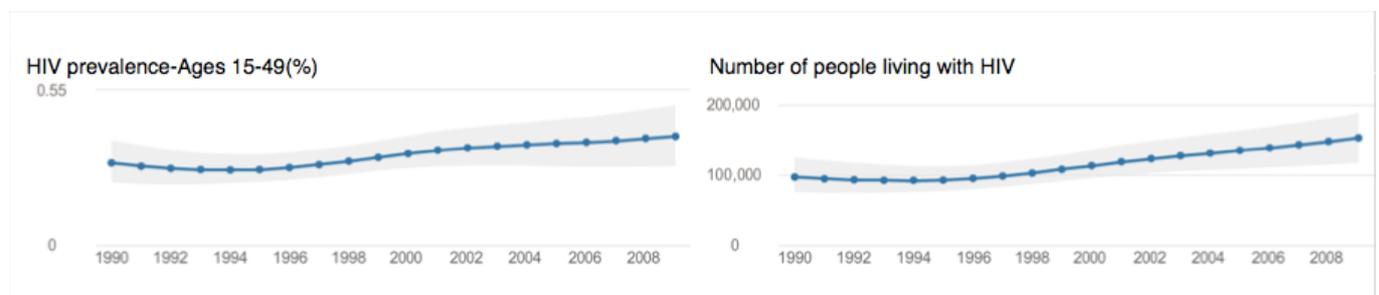
Cascade de la prise en charge en France en 2010 par groupe de transmission Rapport Morlat 2013

Ces données suggèrent des comportements différents des sous-groupes de population face au dépistage du VIH. De plus l'absence de diminution de l'écart entre le nombre de découvertes d'infection et le nombre de nouvelles contaminations laisse penser qu'il n'y a toujours pas de diminution du **retard au diagnostic et la prise en charge des patients.**

La cascade de prise en charge de l'infection par le VIH en France montre qu'il existe des disparités de prise en charge en fonction des sous-groupes de population. Ces disparités persistent tout au long de la prise en charge de l'infection, du diagnostic à la prise en charge thérapeutique. De plus, elle montre que les sous-groupes à risque (les UDI et les HSH) sont finalement les personnes qui sont prises en charge le plus rapidement.

D'autre part, 49% des découvertes de séropositivité chez les plus de 50 ans sont des découvertes tardives et seulement un quart des découvertes correspondent à une contamination récente. Cela montre qu'à l'heure actuelle, des tranches de population échappent au dépistage et que des démarches de prévention ciblées (hommes contaminés par voie hétérosexuelle et personnes de plus de 50 ans) pourraient apporter un réel impact sur l'incidence de l'infection.

On estime à **102 000 le nombre de personnes bénéficiant de l'ALD pour l'infection à VIH en 2008** (l'âge moyen des patients est de 43 ans et 66,7% sont des hommes) et de **30 000 à 50 000 le nombre de personnes infectées qui ne connaîtraient par leur infection par le VIH ou qui ne se font pas suivre**. Au total, seulement 57% des patients infectés seraient traités (7). Bien que ce nombre augmente constamment depuis 2006 (+4% par an), il n'est pas suffisant pour contrôler l'épidémie.

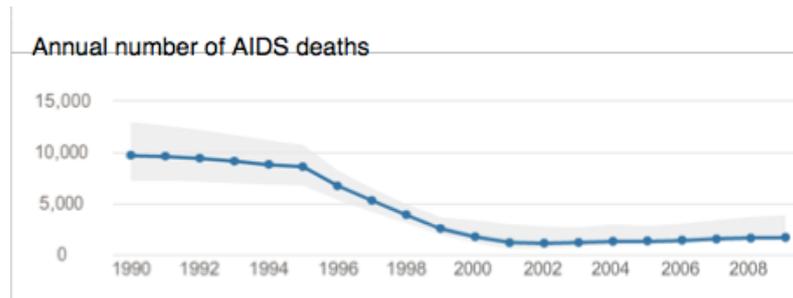


Gauche : Prévalence de l'infection par le VIH chez les 15-49 ans en pourcentage de 1990 à 2008, UNAIDS- fiche épidémiologique de la France 2011

Droite : Nombre de personnes vivant avec l'infection par le VIH de 1990 à 2008, UNAIDS- fiche épidémiologique de la France 2011

En France, l'évolution favorable observée sur la période 2003-2007 (augmentation de la part des découvertes de séropositivité à un stade précoce et diminution de celles à un stade plus tardif) ne se poursuit pas. **Ceci semble indiquer que la stratégie de dépistage appliquée jusqu'ici n'est plus suffisante et conforte l'intérêt d'une modification des stratégies de dépistage.**

Le taux de décès à 4 ans des patients pris en charge tardivement (sida ou CD4 < 200/mm³) a été estimé à 13,9% alors que celui des patients pris en charge plus précocement est de 3%, soit **10,9% de décès attribuables à une prise en charge tardive à 4 ans**. En considérant que 29% des 6 500 patients diagnostiqués en 2008 ont été pris en charge tardivement, **on peut estimer à 200 le nombre de décès attribuables à une prise en charge tardive**. Ce constat de perte de chance a été établi au moins depuis le rapport du Conseil national du Sida en 2006 sans qu'aucune mesure ne soit prise pour améliorer le délais de dépistage.



Nombre annuel de morts attribuées à l'infection par le VIH de 1990 à 2008
UNAIDS- fiche épidémiologique de la France 2011

I.6.5. Le stade de l'infection lors de la mise sous traitement

Les recommandations préconiseraient d'initier le traitement de plus en plus tôt. Depuis la parution du rapport Morlat 2013, le taux de CD4 n'est plus le facteur déterminant pour l'initiation du traitement. Des études interventionnelles sont en cours pour définir l'intérêt d'une mise sous traitement même chez des sujets asymptomatiques avec un taux de CD4 > 500/mm³. Avant la parution de ce rapport 2013, on décidait d'initier le traitement idéalement quand le taux de lymphocytes CD4 devient < 500/mm³.

Dans la pratique, le taux médian de CD4 lors de l'initiation du traitement était à 275/mm³ en 2008 (7).

I.7 L'épidémie en Ile-de-France (9)

L'Ile de France est **une des régions les plus touchées par l'épidémie**. On estime en 2009 à 2 856 les personnes ayant découvert leur séropositivité (estimé par l'InVS à partir de la notification des séropositivités). Ceci correspond à un taux de découverte de 24,3 pour 100 000 habitants ce qui est **2 fois supérieure à la moyenne nationale**.

En 2010, la part des personnes découvrant leur séropositivité à un stade avancé de l'infection était de 18% chez les hommes contaminés par voie homosexuelle, 39% chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle et 25% chez les femmes contaminées par voie hétérosexuelle. En ce qui concerne le sida, depuis le début de l'épidémie jusqu'à fin 2010, 49% des notifications de sida en France proviennent de l'Ile de France.

L'épidémie est cependant très hétérogène au sein de la région. Les départements de **Paris et la Seine-Saint-Denis** sont les plus touchés en Ile de France et présentent une prévalence nettement supérieure à la moyenne nationale. D'autre part, le département des Yvelines est le département enregistrant les taux de découvertes de séropositivité et de nouveaux diagnostics de sida les plus faibles, très inférieurs à la moyenne régionale et également à la moyenne nationale.

I.7.1. Le département de Paris

A Paris, le nombre de découverte de séropositivité en 2009 a été estimé à **43% de l'ensemble des découvertes franciliennes**. Rapporté à la population, le nombre de découvertes de séropositivité s'élève à 55,6 pour 100 000 personnes, taux le plus élevé parmi les départements franciliens et plus de 2 fois supérieur à la moyenne régionale (24,3 pour 100 000 habitants). Ces chiffres s'expliquent par la part plus élevée d'hommes contaminés par voie homosexuelle et le recours au dépistage plus précoce de cette population.

Le nombre de nouveaux diagnostics de Sida rapporté à la population est à Paris en 2009 de 9,5 cas pour 100 000 habitants, soit plus de deux fois supérieures à la moyenne régionale. Les données recueillies par l'entrée en ALD sont comparables aux précédentes. Rapporté à la population, le nombre de personnes affiliées au régime général entrées en ALD pour infection à VIH en 2010 est, dans tout le département de Paris, plus élevé que celui observé en France métropolitaine. Au sein de l'Ile de France, le taux parisien reste le plus élevé (56,2 pour 100 000 habitants) ce qui correspond à près de 2 fois la moyenne régionale.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité de 2006 à 2010 en Ile de France : 63% étaient des hommes et 37% des femmes. L'épidémie semble plus féminine dans la région que dans le reste de la France métropolitaine (27% de femmes). Cette tendance se retrouve également pour les cas de sida sur la même période : 34% en Ile de France étaient des femmes contre 27% en province. Cependant la proportion de femmes tend à diminuer de 2003 à 2010. Le nombre de découverte de séropositivité ainsi que l'évolution des cas de sida sembleraient stable depuis 2008. Cette stabilité est également retrouvée à Paris où l'on estime à 1 200 le nombre de découvertes de séropositivité par an depuis 2008 et à 200 le nombre de cas de sida par an.

I.7.2. Une épidémie hétérogène au plan régional

Cette stabilité globale masque cependant des évolutions différentes selon les sous-groupes de population. **Le nombre de découvertes de séropositivité a diminué chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle mais reste stable chez les homosexuels français et étrangers**. En Ile de France de 2006 à 2010 : 64% des contaminations étaient par voie hétérosexuelle, 34% par voie homosexuelle et 1% lors d'un usage intraveineux de drogues.

Depuis 2003 la proportion d'hommes contaminés par voie homosexuelle a presque doublé (de 23% en 2003 à 40% en 2010) et la proportion de personnes contaminées par voie hétérosexuelle a diminué (de 75% en 2003 à 60% en 2010).

A Paris, on retrouve la même tendance : les nouveaux séropositifs ont été majoritairement contaminés par voie homosexuelle (52% pour les cas de 2006-2010). Cette proportion augmente fortement depuis 2003 passant de 33% à 59% en 2010. L'enquête Prevagay faite dans les lieux de convivialité gays parisiens montre que la prévalence au sein de cette population atteint les 18% mais aussi qu'un individu sur 5 méconnaît son statut sérologique. Ces données montrent un niveau élevé de transmission de l'infection parmi les personnes sexuellement actives malgré un niveau important de recours au dépistage (14).

Quel que soit le département, la part des découvertes de séropositivité parmi les usagers de drogues injecteurs est très faible (1%).

En Ile de France, la proportion des personnes de nationalité étrangère parmi les personnes touchées par le VIH est très élevée par rapport aux autres régions. Ces personnes proviennent essentiellement d'Afrique subsaharienne (surtout Côte d'Ivoire, Cameroun, République du Congo et Mali où l'épidémie est généralisée). La nationalité des personnes touchées par le VIH diffère nettement selon le mode de transmission. Les personnes contaminées par voie homosexuelle de 2006 à 2010 sont à 83% de nationalité française alors que 77% des personnes contaminées par voie hétérosexuelle sont étrangères.

II. La lutte contre la discrimination comme partie intégrante de la prise en charge

II.1. Une discrimination alimentée par la presse et la politique

De part son mode de contamination sanguin et sexuel et son caractère léthal, l'infection par le VIH a été accompagnée dès le début par un fort sentiment de discrimination envers les personnes atteintes. Le VIH était perçu comme une juste punition pour des comportements déviants.

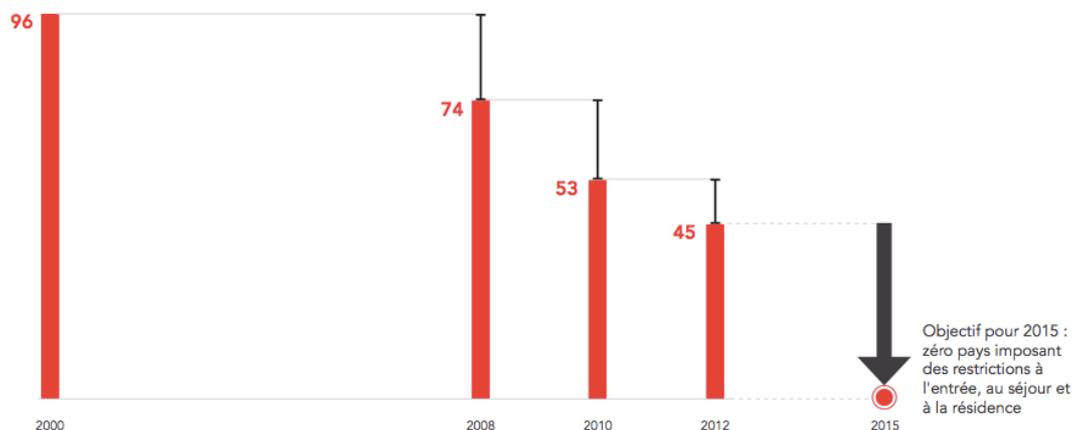
La stigmatisation liée au VIH s'est construite sur des inégalités sociales déjà existantes en les renforçant. La discrimination qui en découle représente non seulement une violation des droits de la personne mais également une violation des autres droits fondamentaux tels que le droit à la santé, à la dignité, à la vie privée et à l'égalité devant la loi. La discrimination existe au niveau communautaire local mais aussi au niveau national institutionnel. En effet de nombreux pays ont des politiques discriminantes envers les personnes vivant avec le VIH ou ont une absence de politique anti-discriminative ou de procédures de réparation.

Cette discrimination a été également fortement alimentée par la grande presse, des journaux comme *Le Monde* parlaient de « mystérieux cancer qui atteint les homosexuels américains », mais aussi parfois par le monde scientifique qui a pu utiliser des appellations telles que « gay syndrome » ou « maladie des 4H » (homosexuels, héroïnomanes, hémophiles et haïtiens).

Les politiques protectionnistes de certaines nations ont appuyé dès le début ces démarches : le président américain Reagan, alla jusqu'à décider la fermeture des frontières américaines aux immigrants et touristes infectés par le VIH en 1987 (4). Cette restriction a été levée seulement en 2010.

En France, le don de sang est encore interdit aux personnes déclarant être homosexuelles (15).

Nombre de pays imposant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH, 2000–2012 et objectif pour 2015



UNAIDS Global Report 2012

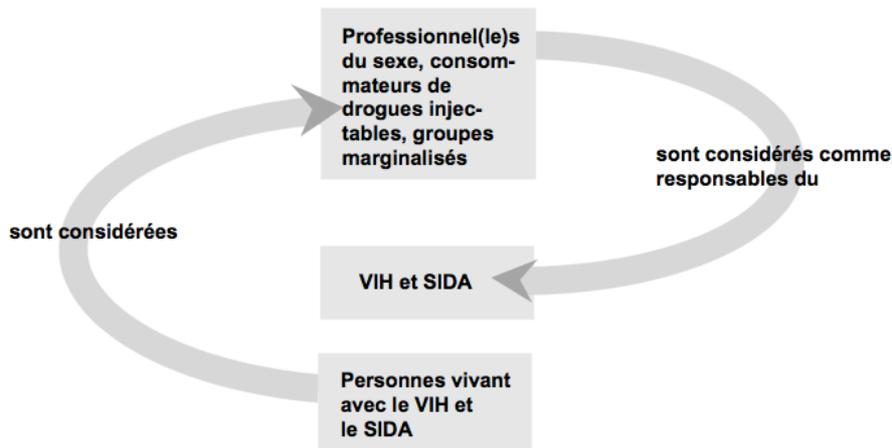
II.2. La discrimination comme obstacle au contrôle de l'infection

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination est à l'heure actuelle un des objectifs prioritaires des Nations Unies contre le VIH/SIDA. La déclaration stipulée en 2011 a comme objectif « **zéro nouvelles infections à VIH, zéro discrimination, zéro décès liés au sida** ».

En effet la stigmatisation et la discrimination sont des obstacles majeurs au contrôle de l'infection. Par peur de la répercussion possible sur leur vie quotidienne, les personnes ont peur de découvrir leur statut sérologique mais aussi de chercher à s'informer sur les moyens pour réduire le risque d'exposition. La discrimination nuit à la capacité de protection individuelle et discrédite les personnes atteintes qui sont immédiatement cataloguées comme ayant des conduites déviantes.

De plus, la discrimination augmente l'impact de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH : le licenciement des individus du fait de leur statut sérologique les plongent dans une précarité économique qui aggrave l'isolement social et les possibilités de soins (2).

Figure 3 : Le cycle de la stigmatisation et de la marginalisation⁸



En 2011, en France, au sein de la population migrante découvrant son infection récemment : 45% étaient sans logement personnel et 64% étaient sans travail. Le risque de pauvreté et notamment d'insécurité alimentaire était de 2 à 5 fois plus fréquent chez les personnes infectées par le VIH qu'en population générale (7).

III. La prévention de l'infection par le VIH

III.1. La modification des comportements à risque (16)

Cette méthode représente le pilier historique de la prévention de l'infection par le VIH. Il s'agit d'inciter les individus à modifier leurs comportements afin de limiter autant que faire se peut les conditions qui les exposent à un risque de transmission. Elle se base sur l'information et l'éducation du grand public et des patients sur le mode de transmission du virus et les méthodes existantes pour limiter ce risque. Ces techniques ont montré leurs efficacités dans les années 80 : nombreuses associations avaient participé aux campagnes de prévention en prônant la réduction du nombre de partenaires au nom d'un « safer sex ». Elles ont également montré leurs efficacités auprès des UDI qui ont rapidement adopté l'usage de matériel stérile et se sont engagés dans l'usage massif des produits de substitution.

Ces méthodes restent d'actualité et doivent être renforcées car pour la première fois en 2009, l'étude KABP a montré un recul des connaissances sur le VIH : pour la première fois depuis de nombreuses années les 18-30 ans interrogés ont des connaissances moins bonnes de leurs aînés sur les modes de transmission du virus (17).

Le préservatif est la méthode de référence de prévention contre la transmission sexuelle. C'est le seul instrument qui a une efficacité théorique parfaite sur la transmission sexuelle du virus mais qui permet également la protection contre les autres IST et qui a un rôle contraceptif. Cependant, l'efficacité réelle du préservatif est soumise aux conditions d'utilisation : l'usage non systématique, le mésusage et la rupture.

Les méthodes de prévention varient en fonction des pays et doivent s'adapter aux mœurs locales. Des méthodes comme la promotion de l'abstinence ou le report du premier rapport sexuel en coordination avec le projet de contrôle des naissances ont prouvé leur efficacité et sont utilisées dans les pays en développement mais elles semblent peu applicables en France (à part la Guyane).

La circoncision est depuis 2007 officiellement reconnue par l'OMS comme une méthode de prévention contre la transmission hétérosexuelle de l'infection par le virus du VIH dans les pays à forte prévalence de cette infection. Elle permettrait une réduction de la transmission du virus de 60%. Dans les pays à forte prévalence de l'infection comme l'Afrique subsaharienne, la circoncision permettrait d'éviter 5,7 millions de nouvelles infections et 3 millions de décès dus à l'infection en 20 ans (18). D'après le rapport Morlat 2013, cette méthode devrait également être proposée en France aux communautés migrantes pratiquant la circoncision (Afrique de l'Ouest, République démocratique du Congo et Congo Brazzaville).

III.2. La place des traitements anti-rétroviraux

Le traitement anti-rétroviral a depuis longtemps été utilisé pour prévenir la transmission materno-foétale puis pour la prévention de la transmission post-AES. Depuis quelques temps, de nouvelles indications sont en cours d'évaluation.

La corrélation entre le niveau de virémie plasmatique et le risque de transmission de l'infection par le VIH a été clairement établie.

Les personnes atteintes sous traitement anti-rétroviral efficace transmettent beaucoup moins le VIH à leur partenaires : l'essai HPTN052 mené dans les groupes séro-différents a montré que le contrôle de la charge virale plasmatique chez le partenaire infecté réduit le risque de transmission au partenaire non infecté de plus de 95%.

Ces techniques de préventions posent néanmoins un nouveau problème : celui de l'observance thérapeutique, essentiel pour le succès du projet.

III.2.1. Le traitement pré-exposition

Il s'agit de proposer à des personnes non infectées par le VIH d'utiliser des traitements anti-rétroviraux pour se protéger du risque de contracter le VIH. L'idée se base sur la capacité des traitements à bloquer les mécanismes infectieux. La Food and Drug Administration vient de donner la première extension d'autorisation de mise sur le marché pour cette indication en juillet 2012 (tenofovir-emtricitabine).

Le traitement devrait être proposé aux personnes fortement exposées du fait de leur vie sexuelle et qui ne peuvent utiliser les méthodes de prévention classiques.

Des études pour évaluer l'intérêt d'un traitement à prendre de façon discontinu sont en cours d'évaluation.

III.2.2. Le traitement post-exposition

Il permet de prévenir la transmission du virus après une situation à fort risque de contamination. Il doit être débuté de 4h jusqu'à 48h après l'exposition et poursuivi pendant 4 semaines.

III.3. Vers de nouvelles stratégies de prévention

Elles naissent du constat que les méthodes utilisées jusqu'à présent bien qu'efficaces, ne permettent pas de contrôler complètement la diffusion de l'infection, notamment dans des sous-groupes particulièrement à risque comme celui des HSH et des migrants. En effet, **la gravité de la situation communautaire des HSH face à l'épidémie du VIH actuelle en France** justifie qu'une telle évolution soit encouragée. L'épidémie a repris de façon préoccupante dans la population HSH, population caractérisée par son multipartenariat (77% ont plus d'un partenaire occasionnel dans les douze derniers mois) et sa haute prévalence du VIH.

Ces nouvelles stratégies sont basées sur l'association des méthodes de modification comportementale et des nouvelles pratiques de dépistage et de traitement. On parle de **prévention combinée** de l'infection par le virus du VIH.

Apparaît ainsi également le nouveau concept de « **santé sexuelle** » : adapter le comportement en fonction du partenaire et des pratiques sexuelles souhaitées.

Le dépistage devient partie intégrante de la prévention car il permet d'adapter les pratiques sexuelles en fonction du risque de transmission du virus. Les réticences qui existaient au début de l'épidémie, quand l'infection par le VIH était considérée une maladie mortelle ne sont plus valables à l'heure actuelle. Connaître son statut sérologique le plus tôt possible présente un intérêt individuel majeur, car une prise en charge précoce offre les meilleures chances d'être épargné par les conséquences de l'infection. La connaissance du statut sérologique représente également un bénéfice collectif car il permet d'adapter son comportement préventif et de réduire significativement son risque de transmission.

Le traitement anti-rétroviral devient un outil de prévention primaire. Il peut dorénavant être prescrit aux personnes séropositives dans le but de protéger ses partenaires même s'il n'existe pas d'indication clinico-biologique (TasP).

IV. Le dépistage de l'infection par le VIH

IV.1. L'« exceptionnalisme » du VIH-SIDA par rapport aux autres maladies infectieuses

Bien que les tests de dépistage aient été découverts dès 1985, la création d'une politique de dépistage pour l'infection par le VIH n'a pas été facile à mettre en place. Le bénéfice

individuel faible du fait des possibilités thérapeutiques limitées, le pronostic défavorable et le risque de stigmatisation rendaient inopérante l'idée d'un dépistage systématique généralisé. Les seules situations où un dépistage systématique devint rapidement obligatoire étaient le don de sang (1985) puis le don de tissus ou organes (1987). Mais cette décision était motivée par la nécessité de « protéger » la population générale après l'affaire du sang contaminé (19).

Des centres de dépistage anonyme et gratuits (CDAG) de l'infection à VIH ont été mis en place à partir de 1988 en France au niveau de chaque département afin d'offrir une alternative au recours aux centres de transfusion sanguine qui fournissaient un test gratuit dès 1985. Ils ont permis la facilitation du dépistage en supprimant les barrières liées au coût et au risque de non-confidentialité des résultats.

Le dépistage de l'infection par le VIH en France a été fondé sur plusieurs principes :

- la nécessité d'un consentement éclairé clairement exprimé ;
- l'insistance sur le respect de la confidentialité ;
- l'importance du principe de volontariat et de la responsabilité individuelle dans la démarche de dépistage ;
- le rôle essentiel de l'accompagnement, notamment en cas de découverte d'une séropositivité.

Ces principes représentent une approche complètement différente de celle utilisée habituellement pour le contrôle des maladies transmissibles, mettant en avant les droits de l'individu. Le dépistage était considéré comme « **un acte médico-social et éducatif visant à responsabiliser la personne par rapport aux comportements à risque par une démarche d'information et de conseils personnalisés** » (1). Il s'agissait d'un **acte diagnostic individuel plutôt qu'une intervention de santé publique à visée préventive**.

IV.1.1. Les tests utilisés

En France le test de dépistage de l'infection par le VIH réalisé en laboratoire sur prescription médicale est pris en charge à 100% par l'assurance maladie depuis 2009. Aucune participation financière n'est requise. Dans les autres structures dans lesquels le test est proposé, la gratuité du test est assurée.

Depuis la recommandation de la HAS en 2008 et un arrêté publié le 28 mai 2010, les tests utilisés pour le dépistage sont des tests dits de 4^{ème} génération. Il s'agit d'un seul réactif Elisa à lecture objective permettant la détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'Ag p24 du VIH-1 avec un seuil minimal de détection de l'antigène p24 de 2UI/ml. Le test de confirmation, Immunoblot ou western blot, est réalisé sur le premier ou deuxième échantillon prélevé pour écarter toute erreur d'identification.

Des tests rapides d'orientation diagnostique dits tests de dépistage rapide « TDR » sont également apparus depuis quelques temps et peuvent être utilisés par les professionnels de santé sur leurs lieux d'exercice. Les TDR sont en cours d'évaluation, notamment dans les services d'urgence, les CDAG et en milieu associatif.

IV.1.2. Les différents types de dépistage

- **Le dépistage obligatoire**

Le caractère obligatoire est caractérisé par la possibilité de sanction en cas de non respect. Il concerne en France uniquement les dons de sang ou de tissus et d'organes, la procréation médicalement assistée ainsi que les militaires en missions hors de France.

- **Le dépistage systématique**

Il s'agit d'une proposition systématique dans certaines situations définies mais reste soumis au consentement de la personne. En France, il est proposé aux femmes enceintes lors de la 1^{ère} consultation prénatale et en cas d'incarcération.

- **Le dépistage volontaire**

L'initiative de réalisation du test est laissée au patient, même s'il peut bénéficier dans sa démarche de l'information et du conseil fournis par un professionnel de santé. Ce type de dépistage concerne toute la population notamment en cas de comportements à risque.

IV.2. Les nouvelles stratégies de dépistage

Depuis novembre 2009, la Haute Autorité de Santé a émis suivant l'avis du Conseil National du Sida et le rapport du groupe d'expert sur la prise en charge de l'infection par le VIH en 2008 de nouvelles recommandations sur la stratégie de dépistage modifiant radicalement l'approche élaborée en 1985. Ces nouvelles recommandations se rapprochent pour la première fois des méthodes habituellement utilisées pour le dépistage des autres maladies transmissibles.

Elles naissent du constat que **l'incidence de l'infection par le VIH reste stable depuis plusieurs années malgré les stratégies actuelles de dépistage**. Les chiffres montrent que non seulement l'infection n'est toujours pas contrôlée dans certains groupes de population (surtout les HSH, mais aussi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne) mais **qu'un retard au diagnostic persiste plus particulièrement chez certains groupes de population qui ne considèrent pas que leurs pratiques constituent un risque**.

Il s'agit de proposer plusieurs types d'intervention associant les méthodes de prévention comportementales, l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et le traitement antirétroviral dans un but de réduction de la transmission du VIH.

IV.2.1. Le plan de lutte contre le VIH-SIDA et les autres IST

Le dernier plan publié date de 2010 et a une durée prévue de 5 ans. Ce plan traduit la volonté des différentes institutions internationales et nationales d'infléchir radicalement en 5 ans la dynamique de l'épidémie par le virus du VIH. Il s'agit du 5^{ème} plan publié sur le même thème ce qui révèle une attention constante et durable des autorités sur le sujet mais aussi une efficacité limitée des mesures employées jusqu'à présent.

En ce qui concerne le VIH, les objectifs épidémiologiques à atteindre en 5 ans sont :

- Une réduction de 50% de l'incidence de l'infection par le VIH
- Une réduction de 50% de l'incidence du SIDA

- Une réduction de 50% de la proportion des personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade SIDA
- Une réduction de 20% de la mortalité liée au SIDA

Ce plan de lutte contre le VIH/SIDA prévoit une modification des méthodes de prévention et de dépistage général mais aussi ciblé pour les groupes plus vulnérables. Le plan prévoit aussi une lutte contre la discrimination des personnes atteintes pour garantir une égalité de droits d'accès au dépistage et à la prise en charge médicale des personnes atteintes (14).

IV.2.2. Un dépistage élargi

Cette nouvelle stratégie est basée sur **une proposition large de dépistage, indépendante mais qui n'exclue pas l'identification des situations à risque**. Le maintien de son caractère librement consenti reste légitimé par la relation d'adhésion nécessaire à établir d'emblée en cas de positivité. Cette nouvelle approche permettrait non seulement de pouvoir mieux répondre aux exigences épidémiologiques actuelles mais aussi de banaliser le dépistage en lui retirant son caractère intrusif, dans une sphère considérée comme intime, que beaucoup de personnes ne souhaitent pas dévoiler ou qu'elles ne considèrent pas comme les exposants à un risque.

La nouvelle approche ne remet pas en cause les principes initiaux du dépistage en France, basés sur le respect du droit des personnes (confidentialité, possibilité d'anonymat, consentement préalable), la large accessibilité (gratuité des tests de dépistage et diversité des structures réalisant ces tests) et la poursuite de l'incitation au dépistage volontaire.

Les professionnels de santé doivent accompagner cette proposition d'une information spécifique insistant sur les bénéfices apportés par la connaissance de son statut, la prise en charge précoce et les traitements actuels.

Le dépistage de l'infection est donc considéré en lui-même comme une méthode de prévention car la connaissance de son statut sérologique permet d'adapter son comportement sexuel. Or, à l'heure actuelle, 70% des contaminations sexuelles par le VIH sont provoquées par des personnes qui ne connaissent pas leur statut immunologique. Connaître son statut sérologique doit représenter une responsabilité nouvelle au même titre que de se protéger et protéger autrui en utilisant les méthodes de prévention comportementales.

La connaissance du statut reste cependant insuffisante s'il existe des obstacles à la communiquer à ses partenaires. Il faut donc parallèlement agir pour renforcer le droit des personnes et lutter contre la discrimination et la stigmatisation.

IV.2.3. La nouvelle recommandation de l'HAS sur le dépistage du VIH publiée en 2009

Il s'agit de proposer un dépistage à l'ensemble de la population générale de 15 à 70 ans indépendamment de l'évaluation du risque d'exposition ou de contamination par le VIH. Cette approche devrait permettre la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard à la prise en charge. Elle nécessite néanmoins la participation active des professionnels de santé et des structures impliquées dans la délivrance de soins primaires, en premier lieu les

médecins généralistes qui doivent être les relais principaux de cette stratégie. D'autres professionnels comme les gynécologues, les médecins des centres de protection maternelle et infantile et des dispositifs d'accès aux soins primaires doivent aussi être impliqués.

Par ailleurs, un test de dépistage peut être proposé plus largement à la population générale lors d'un recours aux soins hospitaliers quel qu'il soit, notamment dans les services d'urgence.

Cette démarche est coût-efficace selon un travail de la HAS réalisé en 2009 et fondé sur une revue critique de la littérature et une modélisation médico-économique réalisée en partenariat avec l'InVS, le CRESGE et l'INSERM (1).

IV.2.4. Un dépistage ciblé et régulier

Les nouvelles stratégies de dépistage ne remettent pas en cause le dépistage ciblé réalisé jusqu'à présent.

Un dépistage ciblé et régulier doit être poursuivi pour les **populations à risque** :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ;
- les populations des départements français d'Amérique ;
- les usagers de drogues injectables ;
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes ;
- les personnes en situation de prostitution ;
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH.

Un dépistage de l'infection par le VIH doit être systématiquement proposé devant des **circonstances constituant un facteur de risque d'infection** :

- suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ;
- suspicion ou diagnostic de tuberculose ;
- projet de grossesse, la proposition doit être faite à tous les pères à l'examen du 4^{ème} mois et réitérée au 6^{ème} mois de grossesse aux femmes négatives exposées à un risque viral ;
- interruption volontaire de grossesse ;
- première prescription d'une contraception ;
- viol ;
- à l'entrée en détention ou en cours d'incarcération.

IV.2.5. Poursuivre le recours volontaire au dépistage

Ce type de dépistage doit être poursuivi d'une part en sensibilisant les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes (la place des TDR n'est pas abordé dans cette étude) et les laboratoires de villes pour faciliter l'accès au dépistage même sans prescription médicale. Le rôle des CDAG et CIDDIST est maintenu afin qu'ils puissent assurer la continuité de soins et lorsque les circonstances l'imposent la prise en charge des accidents d'exposition, les bilans initiaux voire un début de prise en charge thérapeutique.

Enfin, il existe une volonté de la part des institutions d'impliquer les associations dans le dépistage volontaire afin d'améliorer l'accès au dépistage de certains sous-groupes à risque (notamment les HSH fréquentant les lieux de convivialité gay ou les associations de migrants).

IV.2.6. La réévaluation de la place du counseling

Depuis le début de l'épidémie, le dépistage volontaire était accompagné d'une démarche de « counseling » effectuée par les professionnels de santé. En effet, la consultation de dépistage était perçue comme une occasion pour délivrer des informations sur l'infection par le VIH ainsi que des conseils personnalisés afin de soutenir, d'accompagner et d'aider au changement de comportement.

Sa place est actuellement discutée car il pourrait représenter un obstacle à un accès précoce au dépistage. En outre, son impact est mineur s'il est imposé ou réalisé par un personnel peu formé dans cet accompagnement.

Dans le cadre des nouvelles stratégies de dépistage, on préconise de limiter l'information au consentement éclairé, à l'évaluation de la capacité de la personne à recevoir les résultats et à comprendre l'énoncé des bénéfices individuels qui résultent de leur connaissance. Il faut néanmoins adapter ces concepts aux contextes de dépistage, notamment dans le cas d'une demande motivée par une situation d'exposition à des risques répétés ou en cas de résultat positif du test.

Les clefs du succès

Cette nouvelle stratégie de prévention et de réduction de l'épidémie de l'infection par le VIH nécessite l'engagement de l'ensemble des acteurs des politiques de santé mais aussi des campagnes d'information appropriées.

**EN FRANCE,
50 000
PERSONNES
VIVENT AVEC
LE VIRUS DU SIDA
SANS LE SAVOIR**

Faites-vous dépister.
Aujourd'hui, grâce aux traitements,
on peut stopper la progression du virus.

1^{er} décembre, Journée mondiale de lutte contre le sida
Pour en savoir plus, www.sida-info-service.org ou par téléphone au 0800 840 800
(24h/24, appel confidentiel, anonyme et gratuit depuis un poste fixe)

LE VIH EST TOUJOURS LÀ.

EN FRANCE, 50 000 PERSONNES SONT
PORTEUSES DU VIH SANS LE SAVOIR,
PROBABLEMENT PARCE QU'ELLES
NE SE CROIENT PAS EXPOSÉES.

LES TRAITEMENTS CONTRE LE VIH
ONT FAIT DES PROGRÈS CONSIDÉRABLES.
MAIS POUR EN BÉNÉFICIER, LES
PATIENTS DOIVENT ÊTRE DÉPISTÉS.

C'EST POURQUOI, À L'OCCASION DE LA
JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA
DU 1^{ER} DÉCEMBRE, L'INPES ET LE MINISTÈRE CHARGÉ
DE LA SANTÉ LANÇENT UNE GRANDE CAMPAGNE DE
SENSIBILISATION POUR INCITER CHACUN À SE FAIRE
DÉPISTER ET À EN PARLER À SON MÉDECIN TRAITANT.

POUR CONSULTER LES DOCUMENTS RELATIFS AU DÉPISTAGE DU VIH
ET DES AUTRES ET DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ, RENDEZ-VOUS
SUR LE SITE WWW.SANTE-SPORT.GOUV.FR

VOS PATIENTS POURRONT TROUVER DE L'INFORMATION ET DES RESSOURCES
ALPÈRES DE SIDA INFO SERVICE AU 0800 840 800 (24h/24, APPEL CONFIDENTIEL,
ANONYME ET GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE) OU SUR WWW.SIDA-INFO-SERVICE.ORG

inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

Ministère
chargé de la Santé

Affiches créés pour la campagne de Dépistage promue par l'Inpes en 2010 (Grand public à gauche et pour les professionnels à droite)

LES ESSENTIELS DE L'INPES

LE DEPISTAGE DU VIH : comment aller plus loin aujourd'hui ?

www.inpes.sante.fr
inpes
 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

50 000 personnes ignorent toujours leur séropositivité en France

Entre le respect de la pudeur des patients, une certaine gêne parfois, le manque de temps ou encore parce que le contexte ou la consultation ne s'y prête pas, les médecins attendent souvent que les patients abordent d'eux-mêmes les questions de sexualité. Mais en fait, il est rare que les patients osent en parler⁽¹⁾...

Pour vous aider dans cette démarche, l'Inpes et le ministère de la Santé lancent une campagne (TV et radio) d'incitation au dépistage du VIH à partir du 2^e décembre. Les questions qu'elle suscite pourront vous donner l'occasion de proposer le test en consultation sans nécessairement évoquer d'emblée la vie intime. Avec les nouvelles recommandations, toute consultation peut en effet être l'occasion de proposer un dépistage du VIH, en particulier lorsqu'un bilan sanguin est demandé pour une autre raison. Et quelle que soit la réponse à cette proposition de test, celle-ci peut permettre d'engager une discussion sur les pratiques et la qualité de la vie sexuelle, qui a toute sa place dans la prévention, le bien-être et la santé de vos patients.

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS

Proposer un test de dépistage

Il est maintenant recommandé de proposer un test de dépistage

- à toute personne de 16 à 70 ans, et cela hors notion d'exposition à un risque particulier ;
- à toute personne qui en fait la demande.

Il reste recommandé de proposer des tests de dépistage

- à toute personne dans les circonstances suivantes :
 - laugéation du diagnostic d'IST,
 - d'hépatite B ou C ou de tuberculose,
 - projet de grossesse, grossesse, ou interruption volontaire de grossesse
 - (IVG), première prescription d'une contraception et/ou de projet d'anrêt du partenaire⁽²⁾ ou, en cours
 - d'incarcération en cas de tableau clinique évocateur d'une primo-infection par le VIH.

aux personnes ayant des facteurs de risque connus :

- tous les ans pour les hommes multipartenaires ayant des rapports sexuels avec des hommes, les voyageurs de longue durée par voie intraveineuse, les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, l'ensemble de la population sexuellement active vivant en Guyane.

également pour les personnes en situation de prostitution, les partenaires des personnes vivant avec le VIH, les hétérosexuels multipartenaires, l'ensemble de la population sexuellement active vivant dans les Antilles Françaises.

Les questions de vos patients

Est-ce que le dépistage du VIH me concerne ?

- « Tout le monde est concerné. Même si vous n'avez pas de risques de contamination connus, le test est recommandé⁽³⁾ si vous êtes avec pas déjà bénéficié... »

Comment ça se passe ? Est-ce que c'est gratuit ?

- « Le dépistage est intégralement pris en charge par l'Assurance maladie. La prise de sang se fait dans n'importe quel laboratoire, avec l'assurance que je vous remercie. Le test peut être fait en même temps que votre bilan sanguin habituel. Si vous préférez, vous pouvez aussi vous rendre dans un centre spécifique où le dépistage est anonyme et gratuit⁽⁴⁾ »

Et si le résultat est positif ?

- « Nous ferons alors un second test de confirmation. Nous prendrons le temps d'expliquer ensemble et avec l'aide d'une équipe spécialisée, le bilan à faire et le meilleur traitement pour vous. Les traitements contre le VIH sont maintenant très efficaces et permettent de vivre longtemps et en bonne santé. De plus, savoir que vous êtes porteur du VIH vous permettra de protéger vous ou votre partenaire(s). »

Des outils à votre disposition

Documents téléchargeables sur www.inpes.sante.fr

Plus d'information sur www.inpes.sante.fr / www.inpes.sante.fr / www.inpes.sante.fr

POUR EN SAVOIR PLUS

- La brochure « Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) - Informations et ressources pour les professionnels de santé » Ref : 1112A278
- Repère pour votre pratique, Dépistage du VIH/épis chez la personne migrante/étrangère Ref : 130694906

POUR VOS PATIENTS, DES SUPPORTS POUR LA DISCUSSION

- La brochure « Questions d'ados » Ref : 1112A118
- La brochure « Le livre des IST » Ref : 1112-0908-B
- La brochure d'information tout public VIH/Sida Ref : (en cours)

POLICE COMMANDER

Les documents sont disponibles gratuitement, dans la limite des stocks disponibles. Rendez-vous sur le site www.inpes.sante.fr et consultez notre catalogue.

SOURCES

Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

(1) Enquête E. Santé et bien-être (enquête de santé et de bien-être) de l'Inpes 2010

(2) Centre de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG), Centre d'information, de dépistage, de diagnostic, des IST (CIDIST), Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), Les associations agréées de lutte contre le sida (ALCS), Sérologie de dépistage de l'IST et sur www.chirurgie-assurance.fr

(3) Recommandation en santé publique n°5 Swastha Santé.fr : Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalités de réalisation des tests de dépistage (première 2006) ; Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégies et dispositifs de dépistage (première 2006)

vih

DÉPISTAGE DU VIH ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Informations et ressources pour les professionnels de santé

ist

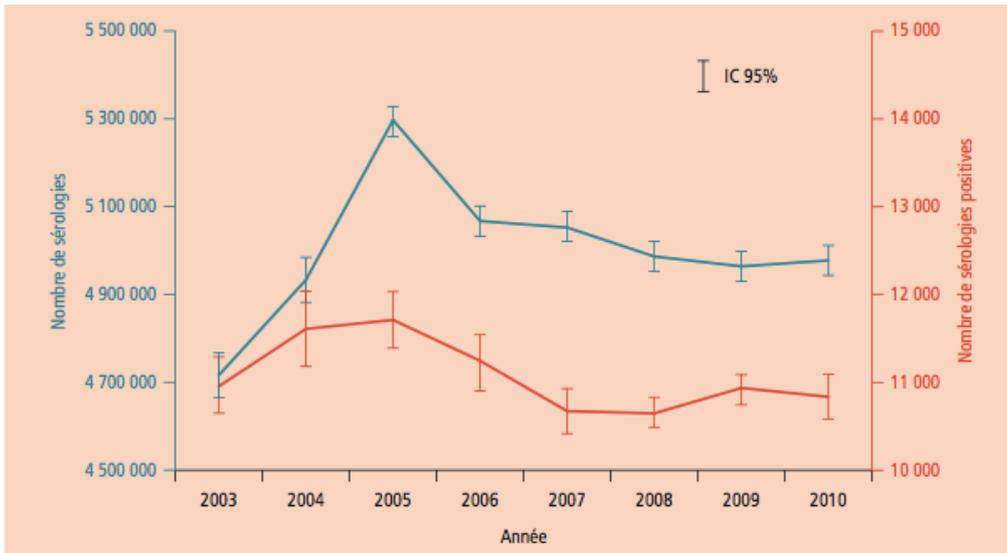
www.inpes.sante.fr
inpes
 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MINISTÈRE FRANÇAIS DE LA SANTÉ

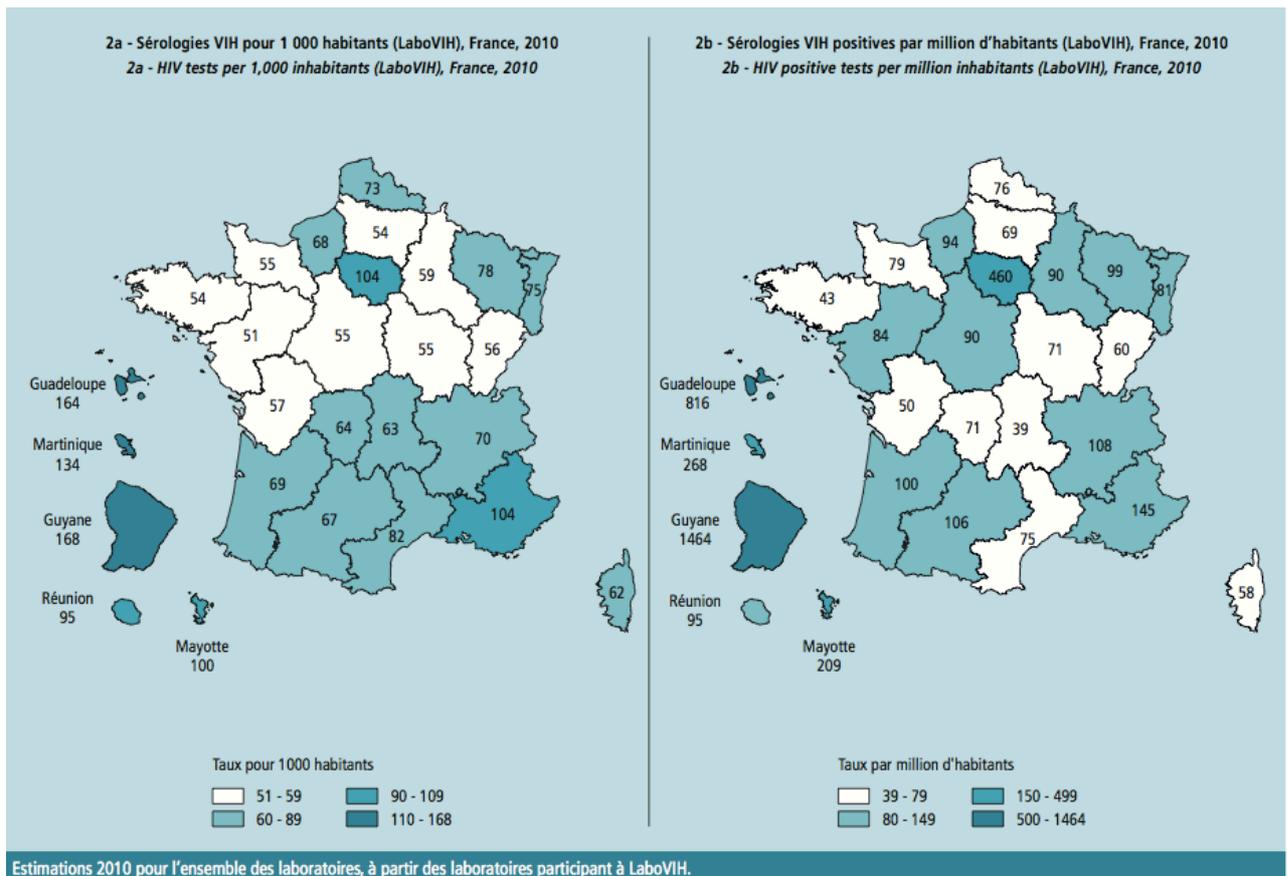
Prospectus et brochures publiés par l'Inpes pour accompagner les praticiens dans la mise en pratique des nouvelles stratégies de dépistage.

IV.3. Le dépistage en France

Le nombre de sérologies VIH réalisées en France en 2010 est estimé à **presque 5 millions**. Ce chiffre est stable depuis 2006. Parmi ces sérologies, 8% sont réalisées dans un cadre anonyme (CDAG) et 77% sont réalisées par les laboratoires de villes.



Sérologies VIH réalisées et sérologies confirmées positives de 2003 à 2010 (13)



Taux de sérologies VIH réalisées et de sérologies confirmées positives par région, France, 2010 (13)

CDAG versus laboratoires de ville

Deux enquêtes transversales ont permis de préciser les caractéristiques des personnes fréquentant les dispositifs de CDAG (1). Elles ont concerné l'ensemble des CDAG en France et incluaient toute personne sollicitant un test de dépistage ou une information dans ces consultations.

La population fréquentant les CDAG était particulièrement jeune (50,9% d'âge inférieur à 25 ans) et déclarait plus de comportements sexuels à risque que la population générale. Cela suggère une complémentarité des 2 approches de dépistage qui doivent être poursuivies.

IV.4. Le dépistage en Ile-de-France (9)

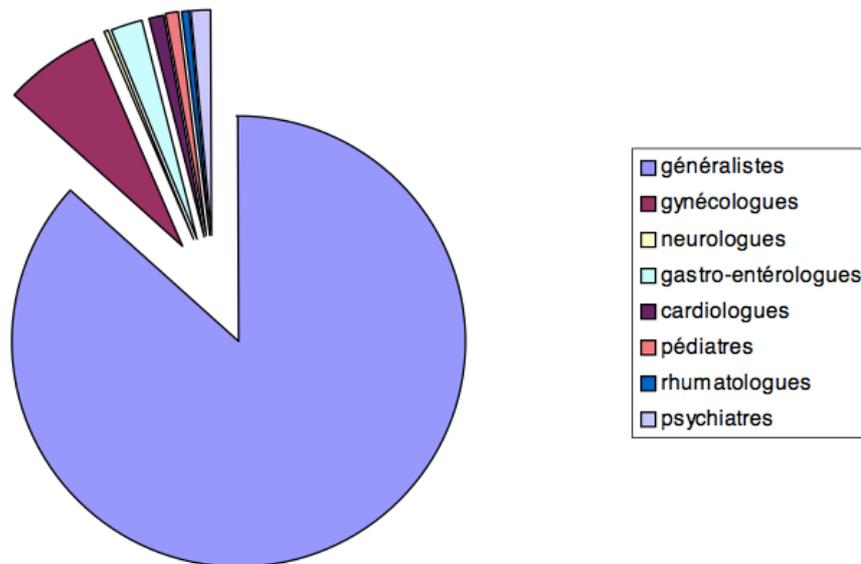
L'InVS estime qu'en France près de cinq millions de tests sont réalisés chaque année dont **1,23 millions en Ile de France en 2010, nombre relativement stable depuis 2006.** L'Ile-de-France est l'une des régions où **l'activité de dépistage est la plus élevée** avec 104 tests pour 1 000 habitants contre 77 en moyenne au niveau national en 2009.

De plus, toujours en 2009, **la proportion de sérologies positives est 2 fois supérieure en Ile-de-France par rapport au niveau national** : 4,5 sérologies positives pour 1 000 tests réalisés contre 2,2 en France. Il existe là aussi une disparité de dépistage entre les départements : l'activité de dépistage est particulièrement élevée à Paris (208 tests pour 100 000 habitants) et la plus faible dans le Val-d'Oise (64 pour 100 000 habitants).

La proportion de sérologies positives est la plus élevée à Paris où on retrouve 6,6 tests positifs pour 1 000 réalisés. Cette proportion a diminué de 2003 à 2008 (de 7,7 à 6,2) puis a augmenté en 2009 (7,0) pour re-diminuer en 2010.

IV.5. Les médecins généralistes français et le dépistage du VIH

Les médecins généralistes sont, parmi les médecins de ville, les plus grands prescripteurs de test de dépistage. 86,6% des sérologies faites en ville de 2006 à 2008 étaient prescrites par des médecins généralistes, 6,9% par des gynécologues et 2,1% par des gastro-entérologues.



Distribution des médecins prescripteurs auprès des médecins de ville de 2006 à 2008
Données Thalès(1)

Du fait de leur forte participation aux soins primaires, leur place dans le dépistage de l'infection par le VIH a été confirmée comme essentielle même dans le dernier rapport sur la prise en charge de l'infection par le VIH (16).

La principale étude qui analyse les pratiques de prévention et de dépistage des médecins généralistes est l'étude « Baromètre Santé » faite en 2009 (20).

En 2009, **la France se situait au premier rang des pays européens pour le dépistage du VIH.**

9 médecins sur 10 affirmaient avoir prescrit au moins un test de dépistage pour le VIH dans le mois précédant l'enquête. Ce taux est stable depuis la dernière étude Baromètre Santé qui avait été réalisée en 2003.

Le nombre de sérologies prescrites par médecin et par mois était de 5,9 à l'échelle nationale avec de fortes disparités régionales : la région PACA étant à 8,5 sérologies par mois et l'Ile de France à 8,2.

Seulement 13,4% des médecins interrogés ont été confrontés à l'annonce d'un résultat positif dans les derniers 12 mois (dont 67,9% une seule fois, 21,1% deux fois et 11% trois fois ou plus). Les médecins les plus concernés par l'annonce d'une sérologie positive étaient ceux qui exerçaient en Ile-de-France (29% vs 10,8% dans les autres régions).

La dernière prescription du test était pour 58,2% des médecins interrogés faite après demande du patient, 34% faite à l'initiative du médecin et pour 7% dans le cadre d'une protocole de dépistage (grossesse...).

Alors que pour une IST, une sérologie VIH était réalisée systématiquement pour 72,9% des médecins interrogés, seulement 23,5% des médecins prescrivent une sérologie pour un changement de vie affective. Lorsqu'il s'agit des patients originaires d'un pays de forte

endémie, 34,8% des médecins prescrivent une sérologie systématiquement et 30,7% fréquemment. Enfin 43% des médecins prescrivent des sérologies régulièrement à des jeunes ou adultes sexuellement actifs.

La réalisation d'un test de dépistage chez des sujets sans facteurs de risque apparent est rejetée par 63% des médecins français interrogés.

D'autre part, 2 tiers des médecins affirmaient avoir des patients séropositifs dans leur patientèle mais que 30% assurent le renouvellement du traitement anti-rétroviral.

Enfin, 86,1% des médecins généralistes interrogés connaissent un médecin spécialiste s'occupant du VIH.

V. Mon projet de thèse

L'idée est née du constat que la nouvelle recommandation de dépistage de l'infection par le VIH qui propose un dépistage systématique à tous les patients de 15 à 70 ans, sans prendre en compte leurs facteurs de risque, me semblait instinctivement difficilement applicable en ville. En effet, si la proposition d'une sérologie systématique peut être bien accueillie lors d'une hospitalisation, je voyais mal comment placer cette même proposition dans une consultation en cabinet de ville. Les patients hospitalisés sont toujours malades et bénéficient quasiment tous d'une prise de sang pour explorer leurs troubles. Le rajout d'une sérologie VIH au bilan prescrit est perçu par le patient uniquement par la demande de son autorisation à la réalisation du test.

En ville, la situation n'est pas du tout la même : les prises de sang sont moins fréquentes et les patients ne sont pas tous malades. L'idée du dépistage systématique en population générale veut dire en pratique parler du dépistage de l'infection par le VIH même aux personnes qui consultent leur médecin généraliste une fois par an pour leur certificat de sport. Prescrire un dépistage de l'infection par le VIH constitue alors une démarche active (aller au laboratoire et faire une prise de sang explicitement pour le dépistage) qui surprend un patient souvent asymptomatique et qui ne se sent pas à risque pour cette infection.

De plus, il est difficile de proposer un dépistage pour une infection sexuellement transmissible sans aborder le thème de la sexualité. La sexualité est un sujet délicat que tous les praticiens ne se sentent pas à l'aise d'aborder pour de multiples raisons. Si le praticien aborde le sujet il doit être aussi disponible afin de répondre aux questions éventuelles du patient. D'un autre côté, la proposition systématique d'une sérologie VIH peut devenir le prétexte pour aborder le thème de la sexualité. Le praticien peut donc mieux cerner le profil du patient, ses facteurs de risque, personnaliser la prévention contre le VIH et les autres IST et améliorer le dépistage ciblé de l'infection par le VIH.

Ma deuxième impression était que cette recommandation est peu connue par les praticiens et par conséquent peu appliquée. Dans mon entourage professionnel, en ville comme à l'hôpital, seniors et internes en formation ne connaissent que très peu cette recommandation.

Cette partie de la question est essentielle à la réussite des nouvelles stratégies de dépistage. Le VIH est une infection qui a encore une connotation bien précise dans l'imaginaire du grand public : si cette nouvelle stratégie n'est pas expliquée et justifiée, elle est, selon moi, vouée à l'échec.

Enfin je trouvais intéressant l'idée d'étudier le profil des médecins parisiens. Paris est donc l'un des départements à plus forte prévalence de l'infection par le VIH : c'est là que la nouvelle recommandation devrait être le plus mise en pratique. Les médecins parisiens sont-ils plus réceptifs aux nouvelles stratégies de dépistage du VIH ?

De plus, Paris est une grande ville hétérogène et les médecins généralistes des différents arrondissements ne sont pas confrontés aux mêmes réalités. Leur pratique est-elle homogène ou adaptée au profil des patients rencontrés ?

MATERIEL ET METHODES

I. La population

I.1. L'échantillon

La liste des médecins généralistes exerçant à Paris en 2012 a été obtenue en croisant la liste disponible sur le site ameli.fr et la liste des pages jaunes. Au total, il existait 2 293 médecins généralistes installés en 2012 à Paris.

Le taux de réponse à une enquête non rémunérée, basée sur le volontariat est habituellement de l'ordre de 30%. Sans avoir de notion précise de la taille nécessaire pour avoir des résultats représentatifs de la population de médecins généralistes parisiens, j'ai fixé à 1000 le nombre de médecins généralistes à inclure pour obtenir un nombre de réponses avoisinant les 300.

L'échantillon a été constitué de manière aléatoire (un sur deux en partant d'une liste de nom classés par ordre alphabétique) en tentant de respecter la proportion de médecins généralistes par arrondissements.

I.2. Critères d'inclusion, d'exclusion

Tout médecin généraliste installé dans un cabinet à Paris en 2012 était éligible. Le médecin pouvait exercer une activité spécialisée autre (ex : acupuncture, homéothérapie...) mais cette activité ne devait pas représenter la majorité de son exercice. Les médecins inscrits en tant que généralistes sur le site ameli.fr ou le site des pages jaunes mais exerçant une autre activité étaient exclus. Les médecins généralistes non installés ou remplaçants ont également été exclus.

II. Le projet

Il s'agissait de recueillir à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées les habitudes de dépistages de l'infection par le VIH des médecins généralistes parisiens.

Du 2 janvier 2013 au 30 avril 2013, les médecins généralistes étaient appelés à leur cabinet du lundi au vendredi. Pendant l'entretien téléphonique, une brève présentation de l'étude était effectuée et un accord oral de participation était recueilli.

Nous avons prévu initialement d'envoyer les questionnaires uniquement par mail mais devant l'importante proportion de médecins généralistes non informatisés nous avons accepté d'envoyer les questionnaires également par courrier traditionnel. Pendant l'entretien téléphonique, le médecin choisissait donc de donner son adresse mail (personnelle ou professionnelle) pour recevoir le questionnaire par mail ou acceptait de recevoir le questionnaire par courrier traditionnel. Le mail ou la lettre papier étaient envoyés le soir même ou au maximum 48h après l'appel téléphonique. Une lettre d'explication accompagnait le questionnaire informatique ou par courrier traditionnel (cf. Annexe 2).

Pour les médecins ayant accepté de donner leur mail : un mail de relance était envoyé 15 jours puis 3 semaines et un mois après le contact téléphonique.

Pour les médecins souhaitant répondre par courrier : nous n'avions pas de possibilité de relancer cette partie de l'échantillon.

II.1. Le questionnaire

Cf. Annexe 1

Le questionnaire comportait trois parties.

La première partie concernait les caractéristiques personnelles et professionnelles du médecin (sexe, âge, secteur...). La deuxième partie permettait de comprendre l'activité de dépistage de l'infection par le VIH de médecin. Les questions posées concernaient le nombre de sérologies prescrites et la situation motivant la prescription.

Ces deux premières parties ont été largement inspirées du questionnaire proposé lors de l'étude « Baromètre santé médecins généralistes 2009 ». L'idée était de pouvoir mettre en parallèle mes résultats avec ceux de l'étude et d'évaluer si une tendance différente pouvait être mise en évidence 3 ans après la divulgation de la nouvelle recommandation sur le dépistage de l'infection par le VIH.

La troisième partie concernait la nouvelle recommandation pour le dépistage du VIH : si le médecin était au courant de cette recommandation et son avis sur la question. Enfin, des questions sur l'abord de la sexualité et de la vie privée des patients étaient posées, notamment s'il y avait une différence d'approche depuis la nouvelle recommandation.

Sur le plan pratique, le logiciel Google Drive a été utilisé pour créer le questionnaire informatique. Pour les médecins qui souhaitaient répondre informatiquement, un mail qui contenait le lien web vers le questionnaire était envoyé. Pour les courriers traditionnels, le questionnaire a été imprimé puis envoyé.

III. L'analyse statistique

Le logiciel Google Drive permet d'enregistrer les réponses recueillies par les questionnaires remplis par internet. Les réponses des questionnaires papiers ont été rajoutées manuellement sur la même base de données. Les médecins décidaient de répondre en indiquant leur nom ou de façon anonyme. Le logiciel Google Drive ne permettait pas d'identifier les médecins ayant répondu anonymement.

Une fois la période d'inclusion terminée, le tableau des résultats Google Drive a été transformé en format tableur Excel. Les réponses ont été anonymisées avant l'analyse statistique.

La première partie de l'analyse des données était purement descriptive avec le calcul de pourcentage de réponses.

La deuxième partie de l'analyse prévoyait une analyse statistique à l'aide du test du Chi 2. Ce test a été effectué avec le logiciel Excel puis une vérification a été faite en utilisant le logiciel en ligne www.statpages.com.

RESULTATS

I. La population

Beaucoup de médecins sont enregistrés sur le site ameli.fr et/ou celui des pages jaunes en tant que médecins généralistes mais n'exercent pas la médecine générale. Pour obtenir l'échantillon fixé au début de mon travail j'ai dû en contacter au total 1247.

Parmi les médecins contactés : 38 numéros de téléphones n'étaient plus actifs et 248 médecins n'exerçaient pas vraiment la médecine générale. Seulement 961 exerçaient vraiment en tant que médecins généralistes.

Médecins inscrits en tant que médecins généralistes mais exerçant une autre discipline en fonction des arrondissements			
1^{er}	7(32%)	11^{ème}	4(14%)
2^{ème}	2(15%)	12^{ème}	11(14%)
3^{ème}	5(25%)	13^{ème}	11(15%)
4^{ème}	6(24%)	14^{ème}	7(8%)
5^{ème}	22(34%)	15^{ème}	15(21%)
6^{ème}	13(32%)	16^{ème}	47(45%)
7^{ème}	16(29%)	17^{ème}	19(15%)
8^{ème}	50(49%)	18^{ème}	0
9^{ème}	11(21%)	19^{ème}	2(3%)
10^{ème}	0	20^{ème}	2(3%)

Les pourcentages sont calculés à partir du nombre total de médecins inscrits comme médecins généralistes sur les 2 sites et contactés pour l'enquête.

La proportion de médecins généralistes parmi les médecins inscrits sur les deux sites variait en fonction des arrondissements. La proportion de médecins n'exerçant pas la médecine générale était particulièrement élevée dans le 8^{ème} et le 16^{ème} arrondissement. A contrario, il n'y avait pas de médecins inscrits comme généralistes mais exerçant une autre activité dans le 10^{ème} et le 18^{ème} arrondissement.

Arrondissement	Médecins contactés	Acceptation	Refus	Réponses courrier	Réponses mail	Total réponses
1 ^{er}	22	19(86%)	3	0	16	16(84,2%)
2 ^{ème}	13	6(46%)	5	1	5	6(100%)
3 ^{ème}	20	10(50%)	5	1	8	9(90%)
4 ^{ème}	25	17(68%)	2	1	10	11(64,7%)
5 ^{ème}	64	30(47%)	12	1	18	19(63,3%)
6 ^{ème}	41	14(34%)	14	0	14	14(100%)
7 ^{ème}	55	24(44%)	14	0	23	23(95,8%)
8 ^{ème}	102	28(27%)	22	6	10	16(57,1%)
9 ^{ème}	53	22(41,5%)	20	3	11	14(63,6%)
10 ^{ème}	29	22(76%)	6	2	18	20(90,9%)
11 ^{ème}	78	50(64%)	21	9	25	34(68%)
12 ^{ème}	73	34(46,5%)	27	2	22	24(70,6%)
13 ^{ème}	87	31(37%)	41	4	20	24(77,4%)
14 ^{ème}	70	30(43%)	31	4	22	26(86,6%)
15 ^{ème}	104	34(33%)	54	3	21	24(70,6%)
16 ^{ème}	129	31(24%)	40	4	21	25(80,6%)
17 ^{ème}	93	33(35,5%)	38	4	19	23(69,7%)
18 ^{ème}	57	24(42%)	32	4	18	22(91,6%)
19 ^{ème}	73	37(51%)	26	5	24	29(78,4%)
20 ^{ème}	59	37(63%)	19	9	19	28(75,7%)
TOTAL	1 247	533(43%)	432	63	344	407(32,6%)

n.b. : L'effectif des médecins contactés prend en compte les médecins qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion.

Le taux de participation à l'étude était de 32,6%. Les arrondissements dont le taux de participation était le plus élevé étaient le 1^{er}, le 10^{ème} et le 4^{ème} (en ordre décroissant). Les arrondissements où le taux de participation était le plus faible étaient : le 8^{ème} et le 16^{ème} puis le 6^{ème} et le 15^{ème} (en ordre croissant).

Sur les 533 médecins ayant accepté de participer à l'étude : 89 (17%) avaient accepté de répondre par courrier traditionnel et 440 (83%) par mail.

En ce qui concerne les réponses au questionnaire : 77% des médecins qui acceptaient de participer à l'étude ont répondu au questionnaire envoyé (70,7% par courrier traditionnel et 78,2% par mail). Le taux de réponse dépassait les 90% dans 3 arrondissements : le 2^{ème}, le 7^{ème} et le 3^{ème} (en ordre décroissant de participation). D'autre part, le taux de réponse était inférieur à 65% dans 3 autres arrondissements : le 8^{ème}, le 5^{ème} et le 9^{ème} (en ordre croissant de participation).

Répartition des médecins généralistes ayant participé à l'étude en fonction de l'arrondissement d'installation							
1^{er}	16 (3,9%)	6^{ème}	14 (3,4%)	11^{ème}	34 (8,4%)	16^{ème}	25 (6,1%)
2^{ème}	6 (1,5%)	7^{ème}	23 (5,7%)	12^{ème}	24 (5,9%)	17^{ème}	23 (5,7%)
3^{ème}	9 (2,2%)	8^{ème}	16 (3,9%)	13^{ème}	24 (5,9%)	18^{ème}	22 (5,4%)
4^{ème}	11 (2,7%)	9^{ème}	14 (3,4%)	14^{ème}	26 (6,4%)	19^{ème}	29 (7,1%)
5^{ème}	19 (4,7%)	10^{ème}	20 (4,9%)	15^{ème}	24 (5,9%)	20^{ème}	28 (6,9%)
						Total	407 (100%)

Les arrondissements qui présentaient le plus de médecins étaient le 11^{ème}, le 19^{ème} et le 20^{ème}.

II. Les médecins généralistes parisiens

II.1. Le Médecin Généraliste parisien était un Homme de plus de 50 ans

La majeure partie des médecins généralistes parisiens était des hommes (64,5%). Les femmes étaient majoritaires (11 femmes versus 8 hommes) uniquement dans le 5^{ème} arrondissement.

73% des médecins généralistes interrogés avaient plus de 50 ans. Trois arrondissements ne présentaient pas de médecins de moins de 40 ans : le 8^{ème}, le 9^{ème} et le 10^{ème}. D'autre part, dans un seul arrondissement, le 2^{ème}, les médecins n'avaient pas plus de 50 ans.

Arrondissement	SEXE (N.R. : 3)		AGE (N.R. : 3)		
	H	F	≤40 ans	41-50 ans	>50 ans
1 ^{er}	11	4	3	1	11
2 ^{ème}	4	2	4	2	-
3 ^{ème}	6	3	1	3	5
4 ^{ème}	9	2	1	2	8
5 ^{ème}	8	11	4	3	12
6 ^{ème}	8	6	1	2	11
7 ^{ème}	15	6	1	3	17
8 ^{ème}	8	8	-	4	12
9 ^{ème}	11	3	-	-	14
10 ^{ème}	12	8	-	2	18
11 ^{ème}	21	13	5	3	26
12 ^{ème}	16	8	4	4	16
13 ^{ème}	15	9	1	9	14
14 ^{ème}	18	8	4	4	18
15 ^{ème}	13	11	2	6	16
16 ^{ème}	21	4	1	1	23
17 ^{ème}	18	5	2	3	18
18 ^{ème}	11	11	5	3	14
19 ^{ème}	20	9	7	2	20
20 ^{ème}	16	12	4	2	22
Total	261(64,6%)	143(35,4%)	50(12,4%)	59(14,6%)	295(73%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

II.2. Une minorité des médecins généralistes collaborait avec les facultés de médecine

85 (21%) des médecins interrogés travaillaient en collaboration avec l'une des facultés de médecine parisiennes. Parmi ceux-ci : 63 étaient maîtres de stages et 20 enseignants.

II.3. Un quart des médecins généralistes exerçait une activité autre en plus de la médecine générale

Parmi les médecins interrogés, 105 (25,7%) affirmaient exercer en plus de la médecine générale une autre activité médicale. Tous les arrondissements sauf le 3^{ème} présentaient des médecins exerçant une autre activité médicale en plus de la médecine générale.

Ces médecins représentaient la moitié ou presque de l'effectif interrogé pour les 2^{ème}, 8^{ème} et 12^{ème} arrondissements. L'activité la plus fréquente était l'homéopathie, suivie de l'acupuncture et de la mésothérapie.

Médecins exerçant une activité particulière en fonction de l'arrondissement d'installation							
1 ^{er}	6 (37,5%)	6 ^{ème}	6 (42,8%)	11 ^{ème}	8 (23,5%)	16 ^{ème}	12 (48%)
2 ^{ème}	3 (50%)	7 ^{ème}	7 (30,4%)	12 ^{ème}	5 (20,8%)	17 ^{ème}	8 (34,8%)
3 ^{ème}	0	8 ^{ème}	8 (50%)	13 ^{ème}	4 (16,7%)	18 ^{ème}	4 (18,2%)
4 ^{ème}	2 (18,2%)	9 ^{ème}	4 (28,6%)	14 ^{ème}	2 (7,7%)	19 ^{ème}	4 (13,8%)
5 ^{ème}	7 (36,8%)	10 ^{ème}	5 (25%)	15 ^{ème}	4 (16,7%)	20 ^{ème}	6 (21,4%)

Acupuncture	18	Haptonomie	2	Pneumologie	3
Aéronautique	1	Homéopathie	24	Phytothérapie	1
Allergologie	3	Médecine du sport	2	Psychothérapie	2
Douleur	1	Médecine logistique	1	Sexologie	2
Esthétique	1	Mésothérapie	17	Activité mixte	3
Gériatrie	1	Nutrition	6	N.R.	12
Gynécologie	1	Pédiatrie	2		

II.4. La majorité des Médecins Généralistes était installée en Secteur 1 et faisait de 1 à 20 actes par jour

La majorité des médecins généralistes parisiens était inscrite à la sécurité sociale en secteur 1. Dans le 4^{ème}, 7^{ème}, 9^{ème} et 16^{ème} arrondissements la proportion de médecins généralistes inscrits en secteur 2 était plus importante que celle des médecins installés en secteur 1. Seulement 6 médecins étaient non conventionnés et leurs cabinets étaient regroupés dans 3 arrondissements uniquement : le 7^{ème}, le 8^{ème} et le 16^{ème}.

46% des médecins faisaient de 1 à 20 actes par jour, alors qu'une minorité (11,8%) faisait plus de 30 actes par jour. Les médecins faisant plus de 30 actes par jour étaient prépondérants dans le 13^{ème} et le 19^{ème} arrondissement.

Arrondissement	Secteur			Actes (N.R. : 1)		
	1	2	NC	1-20	21-30	>30
1 ^{er}	8	8	-	12	4	-
2 ^{ème}	5	1	-	4	1	1
3 ^{ème}	6	3	-	-	6	3
4 ^{ème}	5	6	-	3	7	1
5 ^{ème}	15	4	-	10	8	1
6 ^{ème}	10	4	-	9	5	-
7 ^{ème}	3	18	2	18	4	1
8 ^{ème}	9	6	1	12	2	2
9 ^{ème}	5	9	-	9	5	-
10 ^{ème}	16	4	-	10	8	2
11 ^{ème}	21	13	-	8	20	5
12 ^{ème}	17	7	-	15	7	2
13 ^{ème}	21	3	-	5	10	9
14 ^{ème}	17	9	-	10	15	1
15 ^{ème}	14	10	-	11	11	2
16 ^{ème}	7	15	3	16	7	2
17 ^{ème}	16	7	-	11	11	1
18 ^{ème}	19	3	-	4	13	5
19 ^{ème}	25	4	-	10	12	7
20 ^{ème}	22	6	-	10	15	3
TOTAL	261 (64,1%)	140 (34,4%)	6 (1,5%)	187 (46%)	171 (42,2%)	48 (11,8%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

44,3% des médecins généralistes avaient moins de 5% de leurs patients inscrits à la CMU. La plupart des médecins qui avaient plus de 25% de leurs patients inscrits à la CMU étaient localisés dans le 19^{ème} et le 18^{ème} arrondissement (ordre décroissant).

	CMU % (N.R. : 10)				>10 (%)
	<5	5-9	10-25	>25	
1^{er}	10	3	3	-	3 (19%)
2^{ème}	3	1	-	-	-
3^{ème}	5	1	1	1	2 (25%)
4^{ème}	8	3	-	-	-
5^{ème}	10	8	1	-	1 (5%)
6^{ème}	9	3	1	-	1 (10%)
7^{ème}	22	-	-	1	1 (5%)
8^{ème}	11	3	-	2	2 (13%)
9^{ème}	7	4	1	1	2 (15%)
10^{ème}	5	8	6	1	7 (35%)
11^{ème}	9	13	9	3	12 (35%)
12^{ème}	10	8	4	2	6 (25%)
13^{ème}	6	9	4	4	8 (35%)
14^{ème}	9	13	4	-	4 (15%)
15^{ème}	13	9	2	-	2 (8%)
16^{ème}	16	5	3	-	3 (13%)
17^{ème}	16	4	2	-	2 (9%)
18^{ème}	1	6	10	5	15 (68%)
19^{ème}	1	7	13	6	19 (70%)
20^{ème}	5	8	12	3	15 (54%)
TOTAL	176 (44,3%)	116 (29,3%)	76 (19,1%)	29 (7,3%)	105 (26,4%)

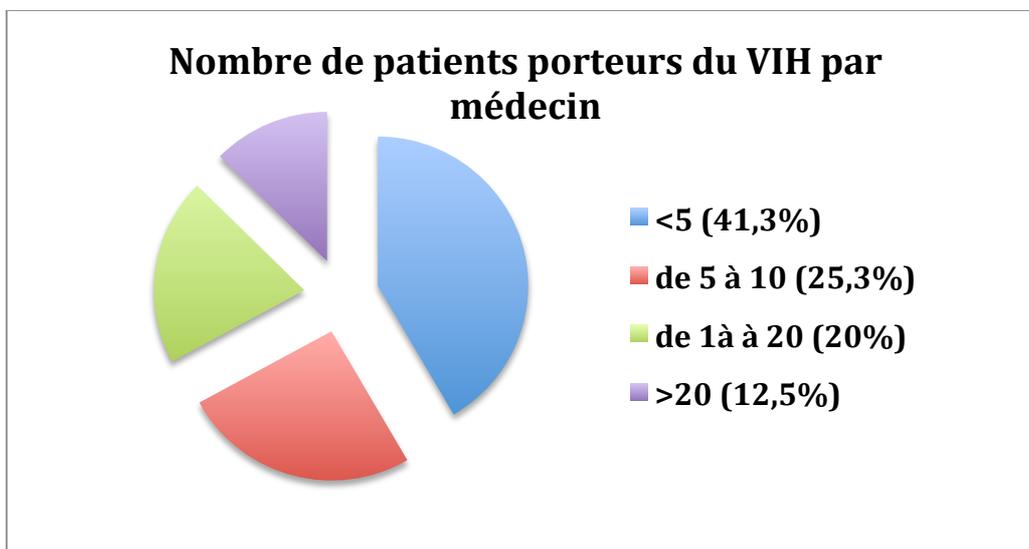
N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question



Pourcentage de patients avec la CMU en fonction des arrondissements

III. Les patients atteints de l'infection par le VIH

III.1. 66,6% des médecins généralistes parisiens avaient au maximum 10 patients porteurs de l'infection par le VIH dans leur patientèle.

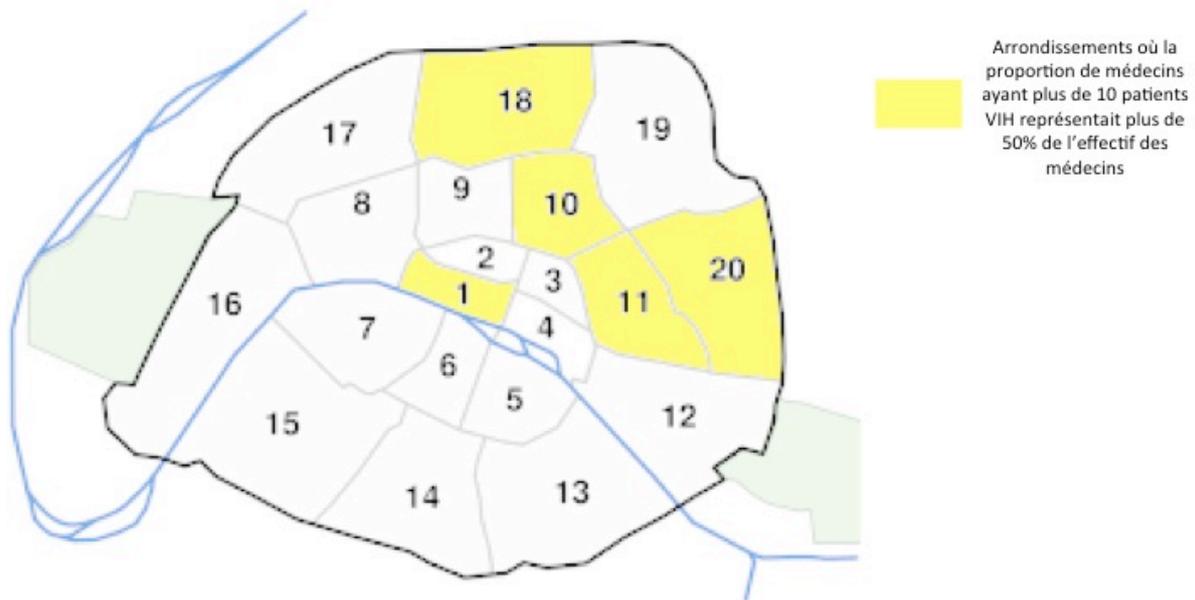


Les arrondissements où les médecins voyaient le moins de patients porteurs du VIH étaient le 2^{ème}, le 4^{ème}, le 6^{ème} et le 16^{ème}. A contrario, les arrondissements où la proportion de médecin ayant plus de 20 patients porteurs du VIH était plus importante étaient : le 11^{ème}, le 10^{ème}, le 1^{er} et le 19^{ème}.

Si on place la « barre » à plus de 10 patients porteurs du VIH par médecin il fallait considérer également les 18^{ème} et 20^{ème}.

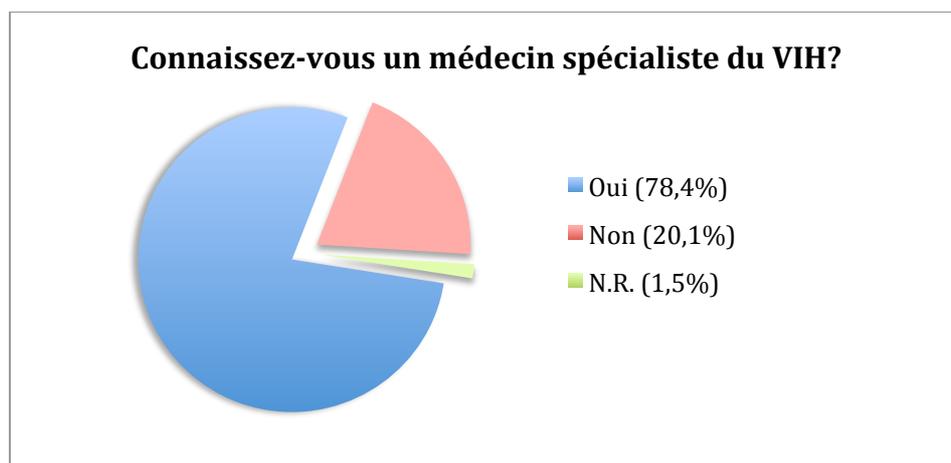
Nombre de patients porteurs du VIH par médecin et par arrondissement						
	<5	5-10	10-20	>20	N.R.	>10
1 ^{er}	5	1	4	5	1	9 (56%)
2 ^{ème}	2	3	1	-	-	1 (17%)
3 ^{ème}	1	5	1	2	-	3 (33%)
4 ^{ème}	3	5	-	3	-	3 (27%)
5 ^{ème}	9	4	5	1	-	6 (32%)
6 ^{ème}	6	7	1	-	-	1 (7%)
7 ^{ème}	19	1	2	1	-	3 (13%)
8 ^{ème}	9	2	2	3	-	5 (31%)
9 ^{ème}	6	3	3	2	-	5 (36%)
10 ^{ème}	3	5	6	6	-	12 (60%)
11 ^{ème}	11	5	9	9	-	18 (53%)
12 ^{ème}	13	6	2	3	-	5 (21%)
13 ^{ème}	11	6	2	3	2	5 (21%)
14 ^{ème}	10	9	5	2	-	7 (27%)
15 ^{ème}	10	10	2	2	-	4 (17%)
16 ^{ème}	17	5	2	-	1	2 (8%)
17 ^{ème}	10	8	3	2	-	5 (22%)
18 ^{ème}	4	6	10	2	-	12 (54,5%)
19 ^{ème}	10	7	7	5	-	12 (41%)
20 ^{ème}	9	5	14	-	-	14 (50%)
TOTAL	168	103	81	51	4	132
(%)	(41,3%)	(25,3%)	(20%)	(12,5%)	(0,9%)	(32,5%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question



Nombre de patients porteurs du VIH par médecin et par arrondissement

III.2. La majorité des médecins généralistes parisiens savait à qui adresser un patient porteur du VIH.



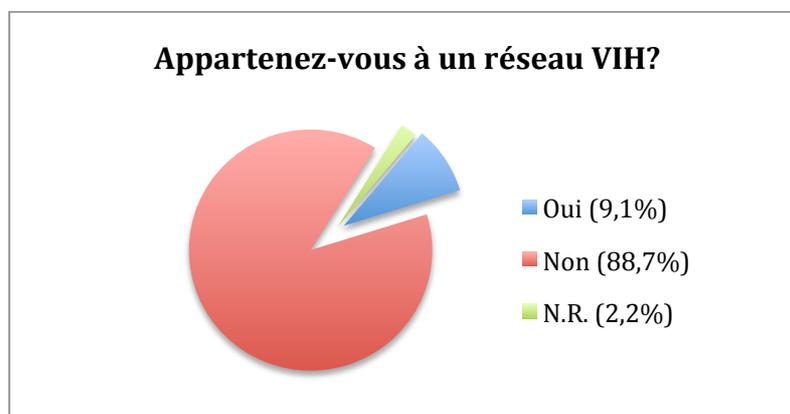
N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

La répartition par arrondissement de médecins connaissant un spécialiste du VIH était homogène.

Médecins connaissant un spécialiste du VIH en fonction de l'arrondissement							
Arrts	Oui	Non	N.R.	Arrts	Oui	Non	N.R.
1 ^{er}	11	4	1	11 ^{ème}	31	3	-
2 ^{ème}	6	-	-	12 ^{ème}	20	4	-
3 ^{ème}	8	1	-	13 ^{ème}	19	5	-
4 ^{ème}	7	4	-	14 ^{ème}	23	3	-
5 ^{ème}	15	4	-	15 ^{ème}	20	4	-
6 ^{ème}	11	3	-	16 ^{ème}	13	9	3
7 ^{ème}	21	2	-	17 ^{ème}	17	5	1
8 ^{ème}	13	3	-	18 ^{ème}	17	4	1
9 ^{ème}	9	5	-	19 ^{ème}	21	8	-
10 ^{ème}	16	4	-	20 ^{ème}	21	7	-
				Total	319 (78,4%)	82 (20,1%)	6 (1,5%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

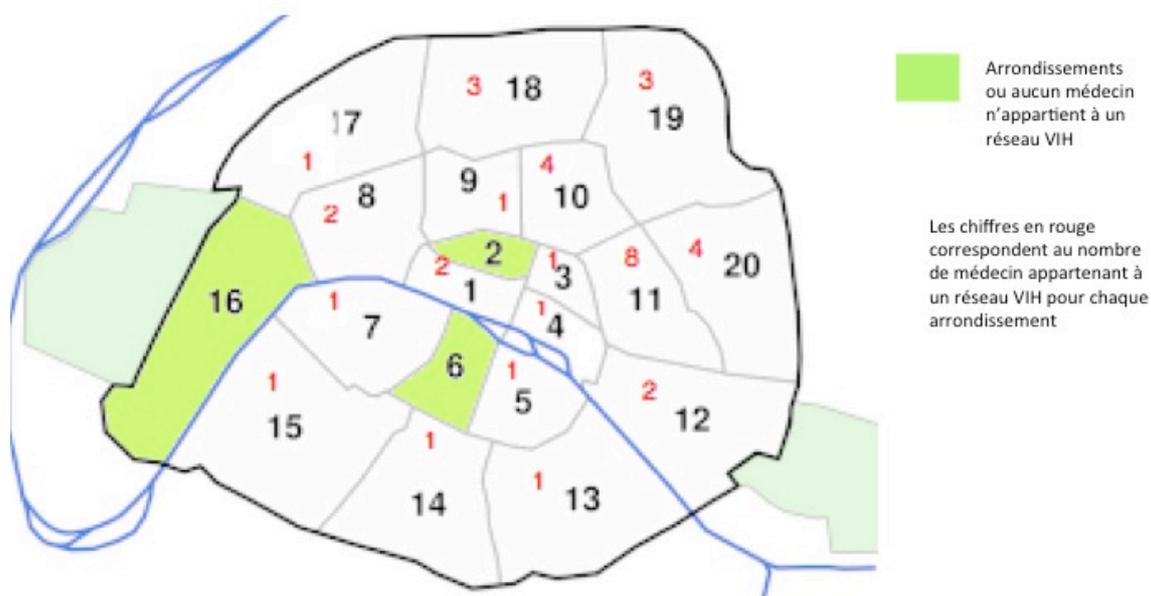
III.3. La majorité des médecins généralistes parisiens n'appartenait pas à un réseau VIH.



N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

La majeure partie des médecins qui appartenait à un réseau VIH se trouvait dans les 11^{ème}, 10^{ème} et 20^{ème} arrondissements. Par contre, il n'y avait pas de médecins généralistes appartenant à un réseau VIH dans les 2^{ème}, 6^{ème} et 16^{ème} arrondissements.

Médecins appartenant à un réseau VIH en fonction de l'arrondissement							
1 ^{er}	2	6 ^{ème}	-	11 ^{ème}	8	16 ^{ème}	-
2 ^{ème}	-	7 ^{ème}	1	12 ^{ème}	2	17 ^{ème}	1
3 ^{ème}	1	8 ^{ème}	2	13 ^{ème}	1	18 ^{ème}	3
4 ^{ème}	1	9 ^{ème}	1	14 ^{ème}	1	19 ^{ème}	3
5 ^{ème}	1	10 ^{ème}	4	15 ^{ème}	1	20 ^{ème}	4
TOTAL = 37 médecins (9,1%)							



Médecins appartenant à un réseau VIH en fonction de l'arrondissement

III.4. 53% des médecins généralistes de l'échantillon avaient déjà prescrit au moins une fois une thérapie anti-rétrovirale.

Dans les commentaires libres remplis par les médecins pour cette question, plusieurs d'entre eux (donnée non analysable statistiquement) avaient précisé qu'il s'agissait d'un renouvellement occasionnel et jamais d'une première prescription.



N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

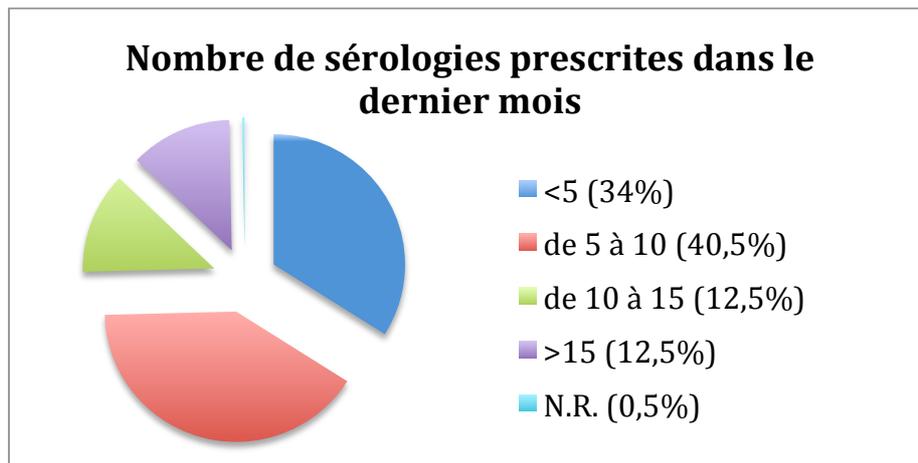
Les arrondissements où la proportion de médecin généralistes ayant déjà prescrit des anti-rétroviraux était la plus importante étaient le 2^{ème}, le 11^{ème} et le 14^{ème}.

Médecins ayant déjà prescrit des ARV en fonction de l'arrondissement							
Arret	Oui (%)	Non	N.R.	Arret	Oui (%)	Non	N.R.
1 ^{er}	10 (66)	5	1	11 ^{ème}	24 (71)	10	-
2 ^{ème}	5 (83)	1	-	12 ^{ème}	10 (42)	14	-
3 ^{ème}	3 (33)	6	-	13 ^{ème}	10 (42)	14	-
4 ^{ème}	6 (54)	5	-	14 ^{ème}	18 (69)	8	-
5 ^{ème}	9 (47)	10	-	15 ^{ème}	14 (58)	10	-
6 ^{ème}	8 (57)	6	-	16 ^{ème}	9 (37)	15	1
7 ^{ème}	5 (22)	18	-	17 ^{ème}	13 (57)	10	-
8 ^{ème}	8 (50)	8	-	18 ^{ème}	14 (64)	8	-
9 ^{ème}	6 (43)	8	-	19 ^{ème}	17 (59)	12	-
10 ^{ème}	11 (55)	9	-	20 ^{ème}	15 (54)	13	-
				Total	215 (52,8%)	190 (46,7%)	2 (0,5%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

IV. L'activité de prescription des sérologies VIH

IV.1. 74,5% des médecins avaient prescrit jusqu'à 10 sérologies VIH dans le dernier mois.

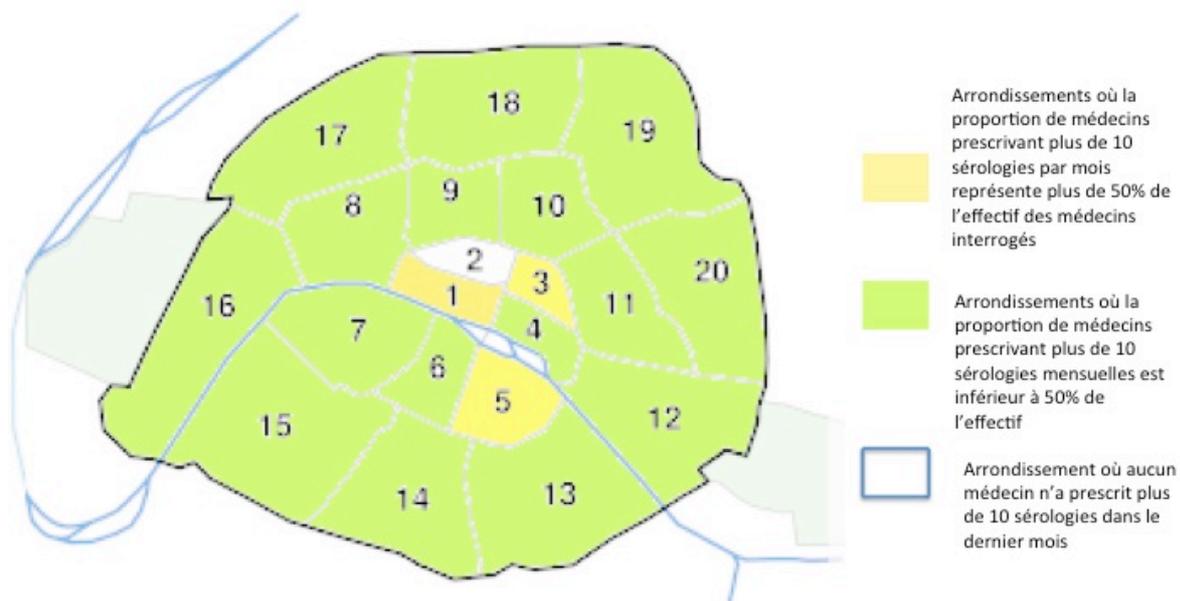


N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

Dans le 1^{er}, 3^{ème} et 5^{ème} arrondissement, la proportion de médecins prescrivant plus de 10 sérologies mensuelles dépassait la moitié de l'effectif total des médecins interrogés. D'autre part, les arrondissements où les médecins prescrivaient le moins de sérologie étaient le 2^{ème} puis le 16^{ème} arrondissement.

Sérologies prescrites dans le dernier mois par médecin et par arrondissement						
Arrondissements	<5	5-10	10-15	>15	N.R.	>10
1^{er}	4	3	6	2	1	8 (50%)
2^{ème}	3	3	-	-	-	-
3^{ème}	-	4	2	3	-	5 (55%)
4^{ème}	3	5	-	3	-	3 (27%)
5^{ème}	3	6	3	7	-	10 (53%)
6^{ème}	6	7	-	1	-	1 (7%)
7^{ème}	12	8	1	2	-	3 (13%)
8^{ème}	6	5	1	4	-	5 (31%)
9^{ème}	5	7	1	1	-	2 (14%)
10^{ème}	3	11	3	3	-	6 (30%)
11^{ème}	6	15	9	4	-	13 (38%)
12^{ème}	8	13	2	1	-	3 (13%)
13^{ème}	10	10	2	2	-	4 (17%)
14^{ème}	9	12	2	3	-	5 (19%)
15^{ème}	12	9	2	1	-	3 (13%)
16^{ème}	15	7	2	-	1	2 (8%)
17^{ème}	9	8	3	3	-	6 (26%)
18^{ème}	5	11	5	1	-	6 (22%)
19^{ème}	10	10	2	7	-	9 (31%)
20^{ème}	9	11	5	3	-	8 (29%)
TOTAL	138 (34%)	165 (40,5%)	51 (12,5%)	51 (12,5%)	2 (0,5%)	102 (25%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

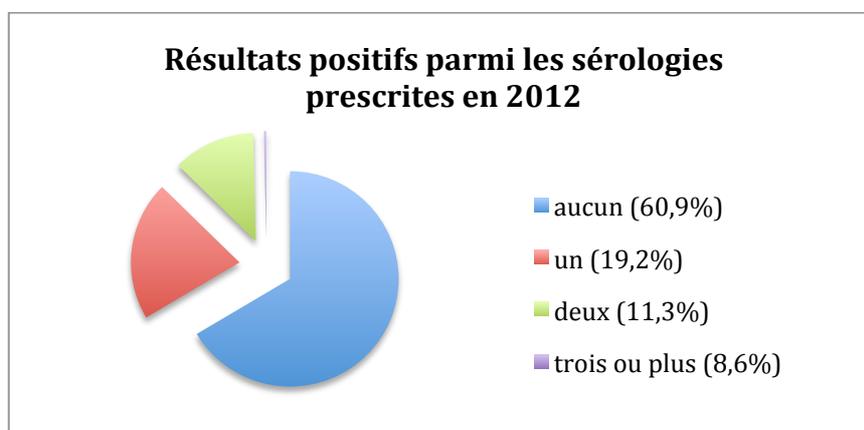


Sérologies prescrites par médecin dans le dernier mois en fonction de l'arrondissement

Profil des médecins et nombre de sérologies prescrites		
Test du Chi 2		
La collaboration avec une faculté de médecine parisienne	p= 0,284	
La proportion de patients inscrits à la CMU	p= 0,172	
Le sexe des médecins	p= 0,02	Les femmes prescrites plus de tests que les hommes
Le secteur d'affiliation à la sécurité sociale	p= 8,19 ^{E-05}	Les médecins inscrits en secteur 1 prescrivent plus que ceux en secteur 2
L'âge des médecins	p= 0,0002	Plus les médecins sont jeunes et plus ils prescrivent des sérologies

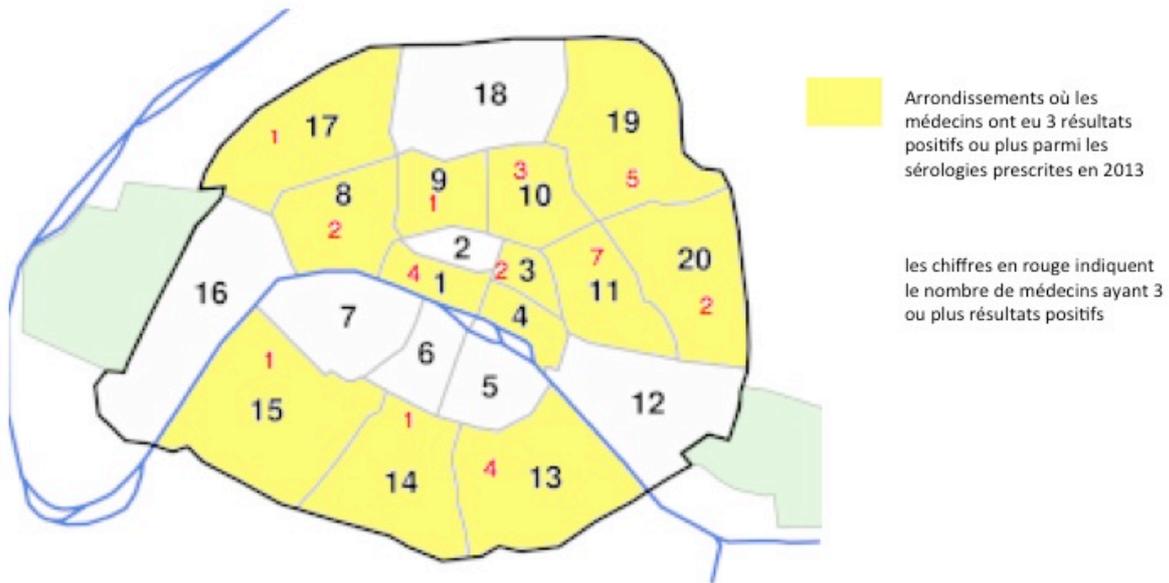
Plusieurs caractéristiques des médecins généralistes parisiens se sont révélées être liées à leur activité de dépistage de l'infection par le VIH. Les femmes, les médecins plus jeunes et ceux inscrits au secteur 1 de la Sécurité Sociale prescrivait plus de sérologies VIH que les autres.

IV.2. 39,1% des médecins généralistes parisiens avaient reçu en 2013 au moins un résultat positif parmi les sérologies prescrites.



Les arrondissements où les sérologies prescrites étaient toutes négatives étaient : le 14^{ème}, le 7^{ème}, le 16^{ème}, le 2^{ème} et le 12^{ème}. Par contre, les arrondissements où les médecins ayant eu ≥ 3 sérologies positives étaient les plus nombreux étaient : le 1^{er}, le 3^{ème} et le 11^{ème}.

Sérologies positives par médecin et par arrondissement					
Arret	0 (%)	1	2	≥ 3 (%)	Total
1^{er}	8 (50%)	3	1	4 (25%)	16
2^{ème}	5 (83%)	1	-	-	6
3^{ème}	2 (22%)	3	2	2 (22%)	9
4^{ème}	6 (55%)	2	1	2 (19%)	11
5^{ème}	11 (57%)	7	1	-	19
6^{ème}	10 (71%)	2	2	-	14
7^{ème}	19 (82%)	2	2	-	23
8^{ème}	10 (62%)	2	2	2 (12,5%)	16
9^{ème}	9 (64%)	3	1	1 (7%)	14
10^{ème}	9 (45%)	3	5	3 (15%)	20
11^{ème}	12 (35%)	8	7	7 (21%)	34
12^{ème}	18 (75%)	3	3	-	24
13^{ème}	14 (58%)	6	-	4 (17%)	24
14^{ème}	20 (77%)	3	2	1 (4%)	26
15^{ème}	16 (67%)	3	4	1 (4%)	24
16^{ème}	19 (76%)	4	2	-	25
17^{ème}	16 (69%)	3	3	1 (4%)	23
18^{ème}	13 (59%)	6	3	-	22
19^{ème}	14 (48%)	9	1	5 (17%)	29
20^{ème}	17 (61%)	5	4	2 (7%)	28
TOTAL	248 (60,9%)	78 (19,2%)	46 (11,3%)	35 (8,6%)	407 (100%)



Nombre de résultats positifs parmi les sérologies prescrites en 2013 par médecin et par arrondissement

Profil des médecins et résultats positifs des sérologies		
Test du Chi 2		
La collaboration avec une faculté de médecine	p= 0,31	
La proportion de patients inscrits à la CMU	p= 0,07	
Le sexe des médecins	p= 0,79	
Le secteur d'affiliation à la Sécurité Sociale	p= 0,005	Les médecins en secteur 2 avaient moins de résultats positifs
L'âge des médecins	p= 0,299	

Une seule caractéristique du profil des médecins généralistes parisiens était prédictive du nombre de résultats positifs des sérologies prescrites. Les médecins généralistes inscrits au secteur 2 de la Sécurité Sociale avait moins de sérologies qui revenaient positives que les autres médecins interrogés.

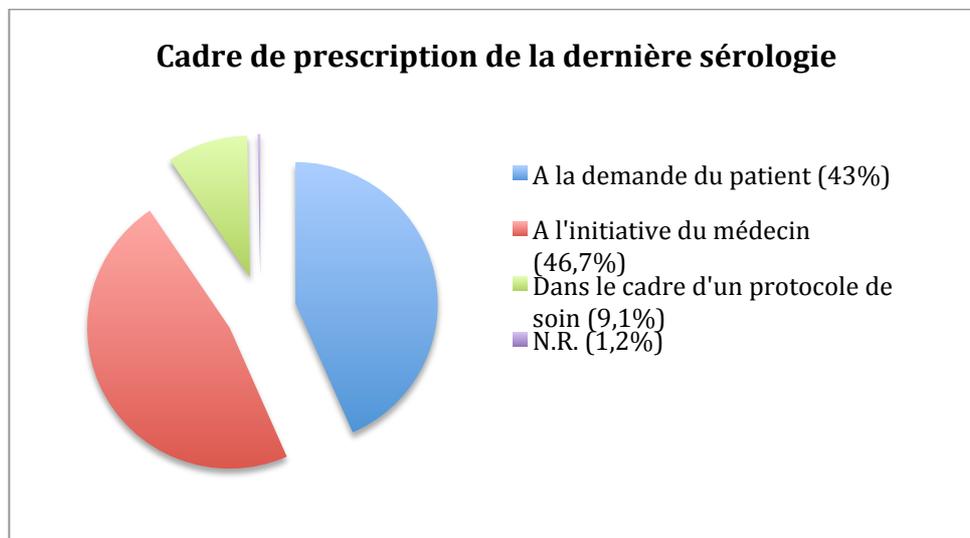
Tableau récapitulatif :

Arrondissements où plus de 50% des médecins interrogés prescrivent plus de 10 sérologies mensuelles	Arrondissements où plus de 20% des médecins interrogés ont plus de 3 résultats positifs parmi les sérologies prescrites
1 ^{er}	1 ^{er}
3 ^{ème}	3 ^{ème}
5 ^{ème}	11 ^{ème}

Les médecins du 1^{er} et du 3^{ème} arrondissements prescrivent beaucoup de sérologies et leur stratégie de dépistage semble efficace car ils ont aussi un taux élevé de résultats positifs.

IV.3. La majeure partie des sérologies prescrites avait été faite à l'initiative du médecin

Une grande partie des sérologies prescrites (43%) était prescrite à la demande du patient.



N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

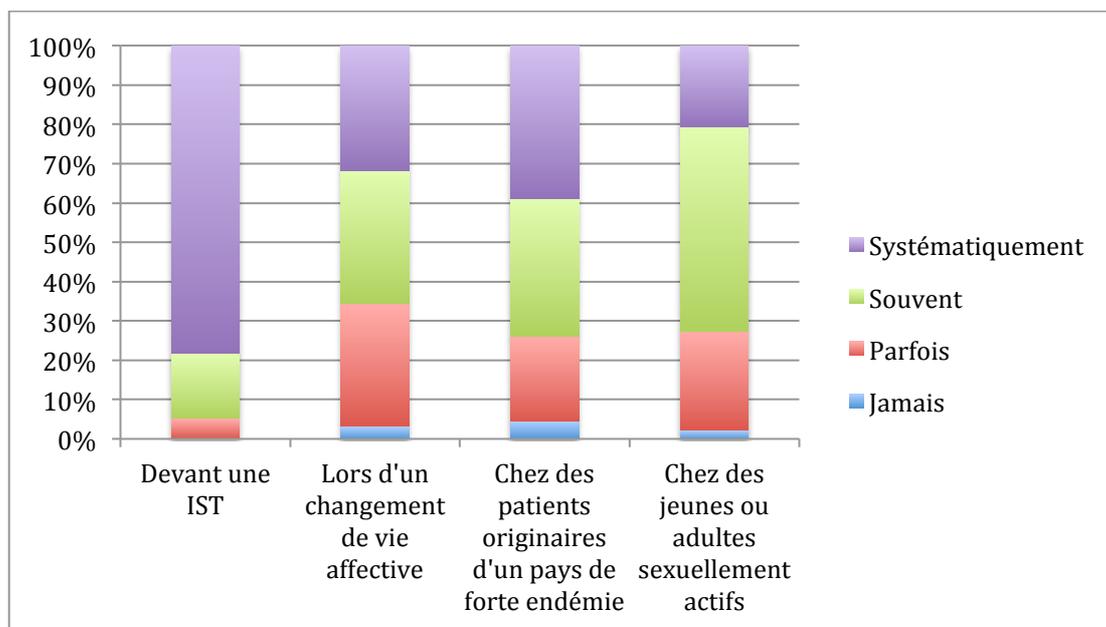
Les sérologies étaient prescrites à la demande du patient surtout dans le 2^{ème} et le 9^{ème} arrondissement. Alors que dans le 1^{er}, le 11^{ème} et le 18^{ème} les sérologies étaient prescrites surtout sur initiative du médecin.

Cadre de prescription de la dernière sérologie VIH					
Arret	Demande du patient	Initiative médecin	Protocole de soin	N.R.	Total
1^{er}	3 (19%)	12 (75%)	-	1	16
2^{ème}	4 (67%)	2 (33%)	-	-	6
3^{ème}	4 (44%)	5 (56%)	-	-	9
4^{ème}	4 (36%)	6 (54%)	1	-	11
5^{ème}	5 (26%)	9 (47%)	5	-	19
6^{ème}	5 (36%)	7 (50%)	2	-	14
7^{ème}	12 (52%)	8 (35%)	2	1	23
8^{ème}	10 (62%)	4 (25%)	2	-	16
9^{ème}	9 (64%)	4 (29%)	1	-	14
10^{ème}	11 (55%)	8 (40%)	1	-	20
11^{ème}	11 (32%)	22 (65%)	1	-	34
12^{ème}	11 (46%)	12 (50%)	1	-	24
13^{ème}	12 (50%)	9 (37%)	3	-	24
14^{ème}	14 (54%)	9 (35%)	3	-	26
15^{ème}	13 (54%)	7 (29%)	4	-	24
16^{ème}	10 (40%)	10 (40%)	3	2	25
17^{ème}	9 (39%)	12 (52%)	1	1	23
18^{ème}	7 (36%)	14 (64%)	1	-	22
19^{ème}	9 (31%)	17 (59%)	3	-	29
20^{ème}	12 (43%)	13 (46%)	3	-	28
Total	175 (43%)	190 (46,7%)	37 (9,1%)	5 (1,2%)	407 (100%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

V. Le dépistage de l'infection par le VIH

V.1. Presque 80% des médecins généralistes prescrivait systématiquement une sérologie VIH à l'occasion d'une IST mais les autres situations à risque étaient moins bien individualisées



Les arrondissements où les médecins prescrivant une sérologie VIH systématiquement devant une IST étaient les plus nombreux étaient le 3^{ème}, le 10^{ème} et le 11^{ème}. D'autre part, seulement 54,5% des médecins du 4^{ème} et 34% des médecins du 2^{ème} prescrivait de façon systématique une sérologie VIH devant une IST.

Prescription d'une sérologie VIH devant une IST par arrondissement						
Arrondt	Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement	N.R.	Total
1 ^{er}	-	-	2	14 (87,5%)	-	16
2 ^{ème}	-	2	2	2 (33%)	-	6
3 ^{ème}	-	-	-	9 (100%)	-	9
4 ^{ème}	-	-	5	6 (54,5%)	-	11
5 ^{ème}	-	3	2	14 (74%)	-	19
6 ^{ème}	-	1	4	9 (64%)	-	14
7 ^{ème}	-	2	5	16 (69%)	-	23
8 ^{ème}	-	1	3	12 (75%)	-	16
9 ^{ème}	1	1	4	8 (57%)	-	14
10 ^{ème}	-	-	1	19 (95%)	-	20
11 ^{ème}	-	-	2	32 (94%)	-	34
12 ^{ème}	-	1	1	21 (87,5%)	1	24
13 ^{ème}	-	3	2	18 (75%)	1	24
14 ^{ème}	-	3	4	19 (73%)	-	26
15 ^{ème}	-	1	8	15 (62%)	-	24
16 ^{ème}	-	1	4	20 (80%)	-	25
17 ^{ème}	-	-	3	20 (87%)	-	23
18 ^{ème}	-	-	6	16 (73%)	-	22
19 ^{ème}	-	-	4	25 (86%)	-	29
20 ^{ème}	-	1	5	22 (79%)	-	28
Total	1 (0,2%)	20 (5%)	67 (16,6%)	317 (77,8%)	2 (0,4%)	407 (100%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

Plus de la moitié des médecins généralistes pensaient à prescrire une sérologie VIH lors d'un changement de vie affective (souvent 33,9% et systématiquement 31,7%). Les arrondissements où la proportion de médecins prescrivant systématiquement une sérologie VIH devant un changement de vie affective était la plus importante étaient : le 3^{ème} et le 7^{ème}. Les arrondissements où cette proportion était la plus faible étaient : le 10^{ème} et le 19^{ème}.

Prescription d'une sérologie VIH lors d'un changement de vie affective par arrondissement					
Arrondissement	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement	Total
1 ^{er}	-	3	7	6 (37,5%)	16
2 ^{ème}	-	4	2	-	6
3 ^{ème}	-	-	2	7 (78%)	9
4 ^{ème}	-	4	4	3 (27%)	11
5 ^{ème}	-	5	6	8 (42%)	19
6 ^{ème}	1	4	3	6 (43%)	14
7 ^{ème}	1	4	7	11 (48%)	23
8 ^{ème}	-	5	5	6 (37,5%)	16
9 ^{ème}	1	5	3	5 (36%)	14
10 ^{ème}	2	8	8	2 (10%)	20
11 ^{ème}	1	8	11	14 (42%)	34
12 ^{ème}	1	3	12	8 (33%)	24
13 ^{ème}	-	13	6	5 (21%)	24
14 ^{ème}	-	10	9	7 (27%)	26
15 ^{ème}	2	9	8	5 (21%)	24
16 ^{ème}	-	9	9	7 (28%)	25
17 ^{ème}	1	5	7	10 (43%)	23
18 ^{ème}	1	7	9	5 (23%)	22
19 ^{ème}	-	10	14	5 (17%)	29
20 ^{ème}	2	11	6	9 (32%)	28
Total	13 (3,2%)	127 (31,2%)	138 (33,9%)	129 (31,7%)	407 (100%)

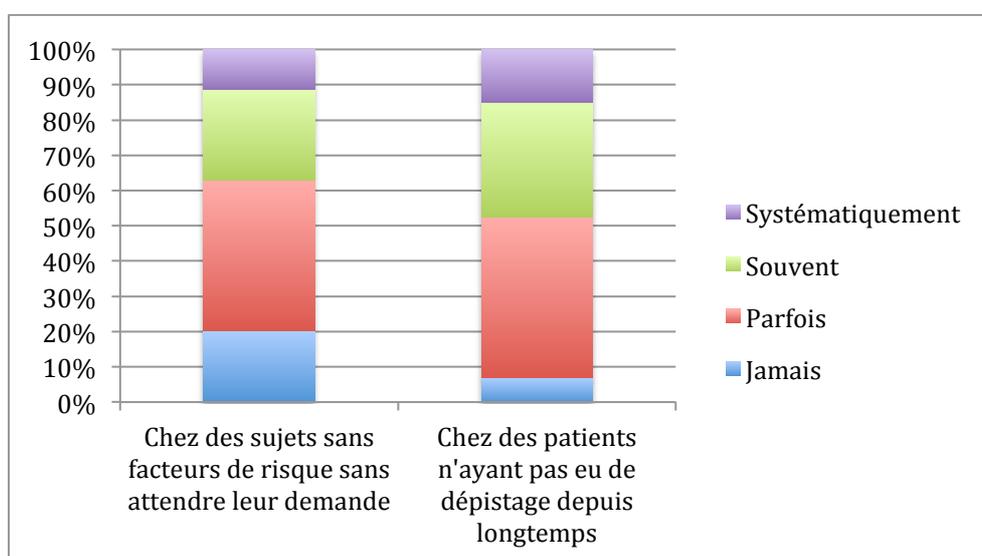
La prescription systématique d'une sérologie VIH chez un patient originaire d'un pays de forte endémie se faisait chez 50% des médecins du 1^{er}, 7^{ème}, 8^{ème} et 17^{ème} arrondissements. Dans le 2^{ème} arrondissement, aucun des médecins interrogés ne prescrivait systématiquement de sérologies dans ce contexte.

Prescription d'une sérologie VIH chez les patients originaires d'un pays de forte endémie par arrondissement					
Arrondissement	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement	Total
1^{er}	1	1	6	8 (50%)	16
2^{ème}	2	4	-	-	6
3^{ème}	-	1	4	4 (44%)	9
4^{ème}	1	2	3	5 (45%)	11
5^{ème}	1	3	8	7 (37%)	19
6^{ème}	-	3	5	6 (43%)	14
7^{ème}	-	4	8	11 (48%)	23
8^{ème}	-	4	4	8 (50%)	16
9^{ème}	1	4	4	5 (36%)	14
10^{ème}	1	7	3	9 (45%)	20
11^{ème}	-	4	18	12 (35%)	34
12^{ème}	1	7	7	9 (37,5%)	24
13^{ème}	1	6	6	11 (46%)	24
14^{ème}	2	7	9	8 (31%)	26
15^{ème}	1	5	13	5 (21%)	24
16^{ème}	2	7	6	10 (40%)	25
17^{ème}	1	2	9	11 (48%)	23
18^{ème}	1	5	12	4 (18%)	22
19^{ème}	1	5	10	13 (45%)	29
20^{ème}	1	7	8	12 (43%)	28
Total	18 (4,5%)	88 (21,6%)	143 (35,1%)	158 (38,8%)	407 (100%)

Dans tous les arrondissements, la majeure partie des médecins interrogés prescrivait des sérologies aux jeunes et adultes sexuellement actifs (souvent 51,9% et systématiquement 20,6%). Les arrondissements où cette proportion était la plus élevée étaient : le 1^{er}, le 7^{ème} et le 20^{ème} arrondissement.

Prescription d'une sérologie VIH chez les jeunes et adultes sexuellement actifs, par arrondissement				
Arrondt	Jamais	Parfois	Souvent / Systématiquement	Total
1 ^{er}	-	1	10 / 5 (94%)	16
2 ^{ème}	-	3	3 / - (50%)	6
3 ^{ème}	-	3	3 / 3 (67%)	9
4 ^{ème}	1	1	5 / 4 (82%)	11
5 ^{ème}	-	3	12 / 4 (84%)	19
6 ^{ème}	-	6	6 / 2 (57%)	14
7 ^{ème}	-	3	12 / 8 (87%)	23
8 ^{ème}	-	4	6 / 6 (75%)	16
9 ^{ème}	-	3	6 / 5 (79%)	14
10 ^{ème}	1	8	9 / 2 (55%)	20
11 ^{ème}	1	5	21 / 7 (82%)	34
12 ^{ème}	1	3	12 / 8 (83%)	24
13 ^{ème}	-	9	12 / 3 (62%)	24
14 ^{ème}	-	13	12 / 1 (50%)	26
15 ^{ème}	1	9	11 / 3 (58%)	24
16 ^{ème}	1	8	9 / 7 (64%)	25
17 ^{ème}	2	5	9 / 7 (69%)	23
18 ^{ème}	1	5	14 / 2 (73%)	22
19 ^{ème}	-	7	17 / 5 (76%)	29
20 ^{ème}	-	4	22 / 2 (86%)	28
Total	9 (2,2%)	103 (25,3%)	211 / 84 (51,9%) / (20,6%)	407 (100%)

V.2. Le dépistage de l'infection par le VIH en dehors de facteurs de risque n'était pas fait de façon systématique



Dans la plupart des arrondissements, moins de 50% des médecins interrogés pensaient à prescrire une sérologie VIH à des sujets sans facteur de risque apparent et sans attendre leur demande (souvent 25,6% et systématiquement 11,3%). Les 5^{ème}, 6^{ème} et 17^{ème} étaient les seuls arrondissements où plus de 50% des médecins pensaient à prescrire une sérologie VIH dans ce contexte.

Prescription d'une sérologie VIH chez les sujets sans facteurs de risque apparent, sans attendre leur demande, par arrondissement (N.R. :1)				
Arrondissement	Jamais	Parfois	Souvent / Systématiquement	Total
1^{er}	1	9	3 / 3 (37,5%)	16
2^{ème}	2	4	- / -	6
3^{ème}	1	5	- / 3 (33%)	9
4^{ème}	2	5	1 / 3 (36%)	11
5^{ème}	3	6	5 / 5 (53%)	19
6^{ème}	2	4	6 / 2 (57%)	14
7^{ème}	2	13	7 / 1 (35%)	23
8^{ème}	2	8	4 / 2 (37,5%)	16
9^{ème}	4	5	3 / 2 (36%)	14
10^{ème}	6	6	4 / 4 (40%)	20
11^{ème}	6	13	13 / 2 (44%)	34
12^{ème}	9	6	8 / 1 (37,5%)	24
13^{ème}	8	11	4 / - (17%)	24
14^{ème}	4	18	3 / 1 (15%)	26
15^{ème}	8	12	3 / 1 (17%)	24
16^{ème}	6	8	8 / 3 (44%)	25
17^{ème}	3	6	8 / 6 (61%)	23
18^{ème}	4	10	7 / 1 (36%)	22
19^{ème}	4	13	9 / 3 (41%)	29
20^{ème}	5	12	8 / 3 (39%)	28
Total	82 (20,2%)	174 (42,9%)	104 / 46 (25,6%) / (11,3%)	406 (100%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

Les arrondissements où les médecins généralistes prescrivait le plus de sérologies VIH aux patients n'ayant pas eu de dépistage depuis longtemps étaient le 1^{er}, le 8^{ème}, le 11^{ème} et le 12^{ème}.

Prescription d'une sérologie VIH chez les patients n'ayant pas eu de dépistage depuis longtemps par arrondissement				
Arrondissement	Jamais	Parfois	Souvent / Systématiquement	Total
1^{er}	-	6	6 / 4 (62%)	16
2^{ème}	-	5	1 / - (17%)	6
3^{ème}	-	5	1 / 3 (44%)	9
4^{ème}	1	4	2 / 4 (55%)	11
5^{ème}	-	9	5 / 5 (53%)	19
6^{ème}	-	7	5 / 2 (50%)	14
7^{ème}	1	9	8 / 5 (57%)	23
8^{ème}	1	5	6 / 4 (62,5%)	16
9^{ème}	-	8	5 / 1 (43%)	14
10^{ème}	4	9	7 / - (35%)	20
11^{ème}	1	9	21 / 3 (71%)	34
12^{ème}	3	6	9 / 6 (62%)	24
13^{ème}	1	13	5 / 5 (42%)	24
14^{ème}	2	18	6 / - (23%)	26
15^{ème}	4	15	3 / 2 (21%)	24
16^{ème}	3	15	3 / 4 (28%)	25
17^{ème}	1	9	7 / 6 (57%)	23
18^{ème}	3	7	10 / 2 (55%)	22
19^{ème}	2	16	9 / 2 (38%)	29
20^{ème}	1	11	13 / 3 (57%)	28
Total	28 (6,9%)	186 (45,7%)	132 / 61 (32,4%) / (15%)	407 (100%)

Dans le tableau suivant, nous tentons de réaliser un petit récapitulatif des différents items étudiés en fonction de l'arrondissement d'installation des médecins.

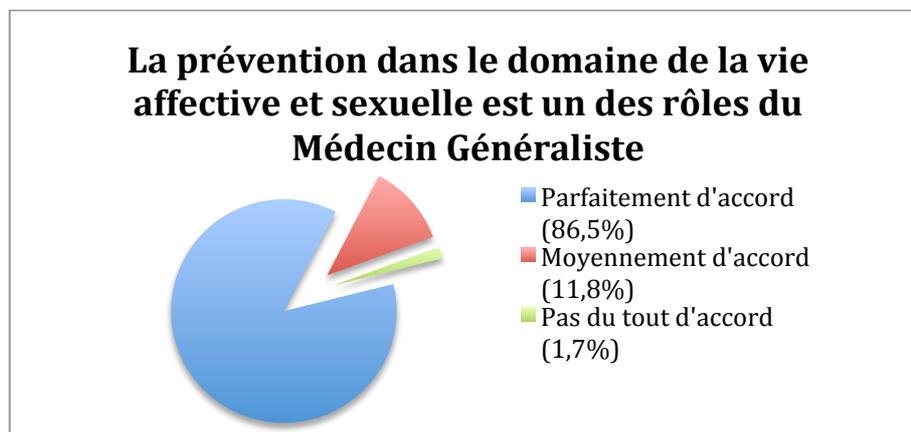
Dans certains arrondissements, les médecins semblent être très actifs en ce qui concerne le dépistage ciblé mais aussi le dépistage « de routine », le 1^{er} et le 11^{ème}.

D'autres arrondissements sont aussi mis en évidence par notre étude comme le 8^{ème} et le 17^{ème} mais la stratégie de dépistage semble moins claire : dans le 8^{ème} les médecins affirment prescrire des sérologies VIH surtout à la demande du patient cependant ils ont également une démarche de dépistage de routine (prescription d'une sérologie en cas d'absence de test récent).

Prescription majoritaire sur initiative du médecin	Prescription majoritaire à la demande du patient
1 ^{er} , 3 ^{ème} , 11 ^{ème} , 18 ^{ème} et 19 ^{ème}	2 ^{ème} , 8 ^{ème} et 9 ^{ème}
Changement de vie affective	3 ^{ème} et 7 ^{ème}
Patients originaires d'un pays de forte endémie	1 ^{er} , 7 ^{ème} , 8 ^{ème} et 17 ^{ème}
Jeunes et adultes sexuellement actifs	1 ^{er} , 4 ^{ème} , 5 ^{ème} , 7 ^{ème} , 11 ^{ème} , 12 ^{ème} et 20 ^{ème}
Prescription sans attendre la demande du patient	5 ^{ème} , 6 ^{ème} , 11 ^{ème} , 16 ^{ème} et 17 ^{ème}
Prescription en cas de non dépistage depuis longtemps	1 ^{er} , 8 ^{ème} , 11 ^{ème} et 17 ^{ème}

VI. Le thème de la sexualité en médecine générale

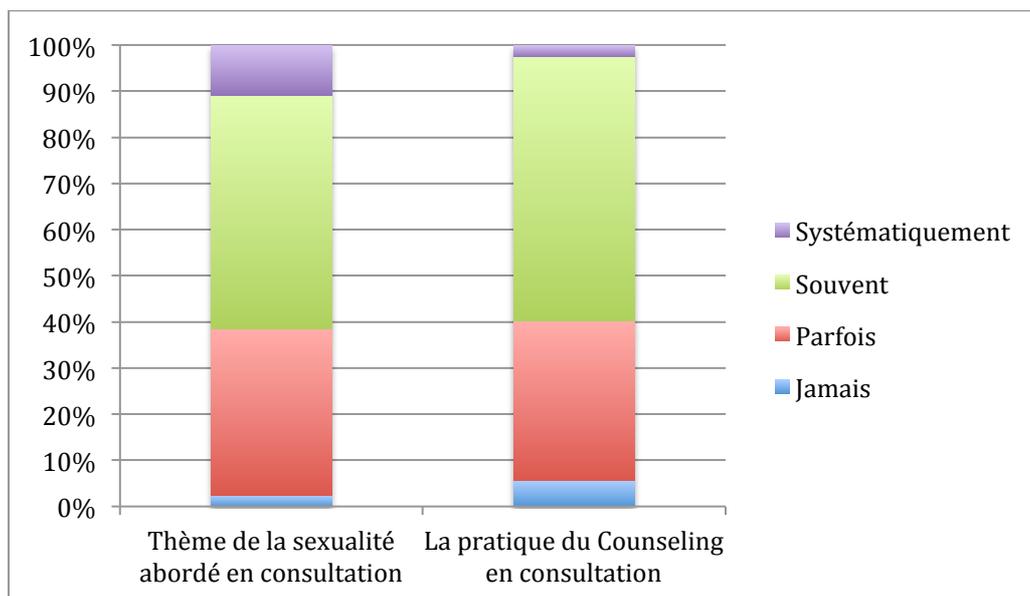
VI.1. Plus de 98% des médecins pensaient que la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle fait partie du rôle du médecin généraliste



Il ne se trouvait que quelques médecins dans le 10^{ème}, 11^{ème}, 13^{ème}, 15^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} ne partageant pas cette idée.

Prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle comme rôle du médecin généraliste par arrondissement				
Arrondissement	Pas du tout d'accord	Moyennement d'accord	Parfaitement d'accord	Total
1 ^{er}	-	1	15	16
2 ^{ème}	-	-	6	6
3 ^{ème}	-	1	8	9
4 ^{ème}	-	3	8	11
5 ^{ème}	-	-	19	19
6 ^{ème}	-	1	13	14
7 ^{ème}	-	1	22	23
8 ^{ème}	-	2	14	16
9 ^{ème}	-	1	13	14
10 ^{ème}	1	2	17	20
11 ^{ème}	1	3	30	34
12 ^{ème}	-	3	21	24
13 ^{ème}	1	6	17	24
14 ^{ème}	-	5	21	26
15 ^{ème}	1	4	19	24
16 ^{ème}	-	3	22	25
17 ^{ème}	-	2	21	23
18 ^{ème}	-	4	18	22
19 ^{ème}	1	4	24	29
20 ^{ème}	2	2	24	28
Total	7 (1,7%)	48 (11,8%)	352 (86,5%)	407 (100%)

VI.2. Plus de la moitié des médecins généralistes abordait souvent le thème de la sexualité et pratiquait du Counseling



Les arrondissements où les médecins abordaient le plus le thème de la sexualité étaient : le 5^{ème}, le 7^{ème} et le 1^{er}.

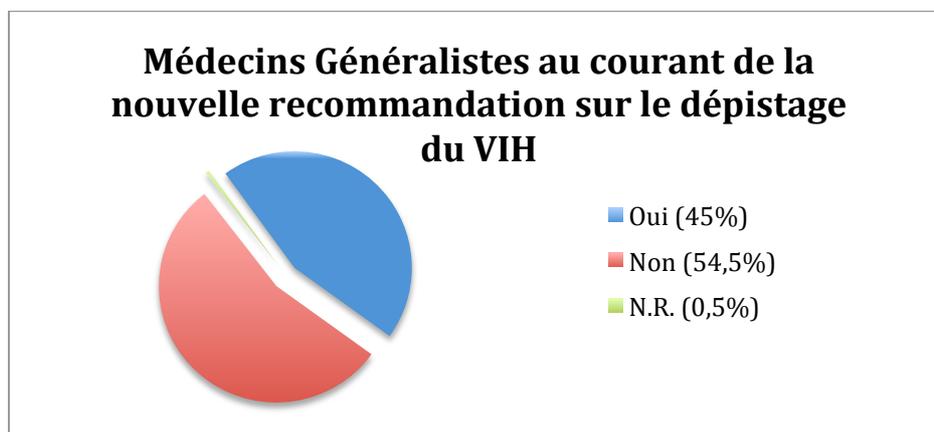
Thème de la sexualité abordé en consultation par arrondissement				
Arrondissement	Jamais	Parfois	Souvent / Systématiquement	Total
1^{er}	1	2	12 / 1 (81%)	16
2^{ème}	-	3	3 / - (50%)	6
3^{ème}	-	4	4 / 1 (56%)	9
4^{ème}	-	5	5 / 1 (55%)	11
5^{ème}	-	3	10 / 6 (84%)	19
6^{ème}	-	5	8 / 1 (64%)	14
7^{ème}	-	4	16 / 3 (83%)	23
8^{ème}	-	7	7 / 2 (56%)	16
9^{ème}	-	5	7 / 2 (64%)	14
10^{ème}	1	7	10 / 2 (60%)	20
11^{ème}	1	11	20 / 2 (65%)	34
12^{ème}	1	12	11 / - (46%)	24
13^{ème}	1	11	11 / 1 (54%)	24
14^{ème}	-	10	14 / 2 (62%)	26
15^{ème}	1	10	9 / 4 (54%)	24
16^{ème}	-	9	13 / 3 (64%)	25
17^{ème}	-	5	12 / 6 (78%)	23
18^{ème}	1	5	15 / 1 (73%)	22
19^{ème}	1	13	10 / 5 (52%)	29
20^{ème}	2	16	9 / 1 (36%)	28
Total	10 (2,5%)	147 (36,1%)	206 / 44 (50,6%) / (10,8%)	407 (100%)

Dans tous les arrondissements sauf le 13^{ème}, au moins 50% des médecins pratiquaient le counseling en consultation (souvent 46,9% ou systématiquement 20,1%). Les arrondissements où la proportion de médecin pratiquant le counseling était la plus importante étaient le 3^{ème}, le 5^{ème}, le 7^{ème} et le 9^{ème}.

La pratique du counseling en consultation en fonction des arrondissements				
Arrondissement	Jamais	Parfois	Souvent/ Systématiquement	Total
1^{er}	1	3	7 / 5 (75%)	16
2^{ème}	-	3	3 / - (50%)	6
3^{ème}	1	1	6 / 1 (78%)	9
4^{ème}	2	1	5 / 3 (73%)	11
5^{ème}	-	4	8 / 7 (79%)	19
6^{ème}	1	4	7 / 2 (64%)	14
7^{ème}	-	3	12 / 8 (87%)	23
8^{ème}	-	7	6 / 3 (56%)	16
9^{ème}	1	1	11 / 1 (86%)	14
10^{ème}	1	6	10 / 3 (65%)	20
11^{ème}	2	7	20 / 5 (74%)	34
12^{ème}	1	8	11 / 4 (62,5%)	24
13^{ème}	1	14	7 / 2 (37,5%)	24
14^{ème}	-	10	7 / 9 (62%)	26
15^{ème}	1	10	8 / 5 (54%)	24
16^{ème}	3	5	12 / 5 (68%)	25
17^{ème}	1	3	11 / 8 (83%)	23
18^{ème}	-	10	10 / 2 (55%)	22
19^{ème}	1	9	14 / 5 (66%)	29
20^{ème}	2	6	16 / 4 (71%)	28
Total	19 (4,7%)	115 (28,3%)	191 / 82 (46,9%) / (20,1%)	407 (100%)

VII. La nouvelle recommandation de l'HAS sur le dépistage de l'infection par le VIH

VII.1. Moins de la moitié des médecins interrogés était au courant de la nouvelle recommandation sur le dépistage de l'infection par le VIH



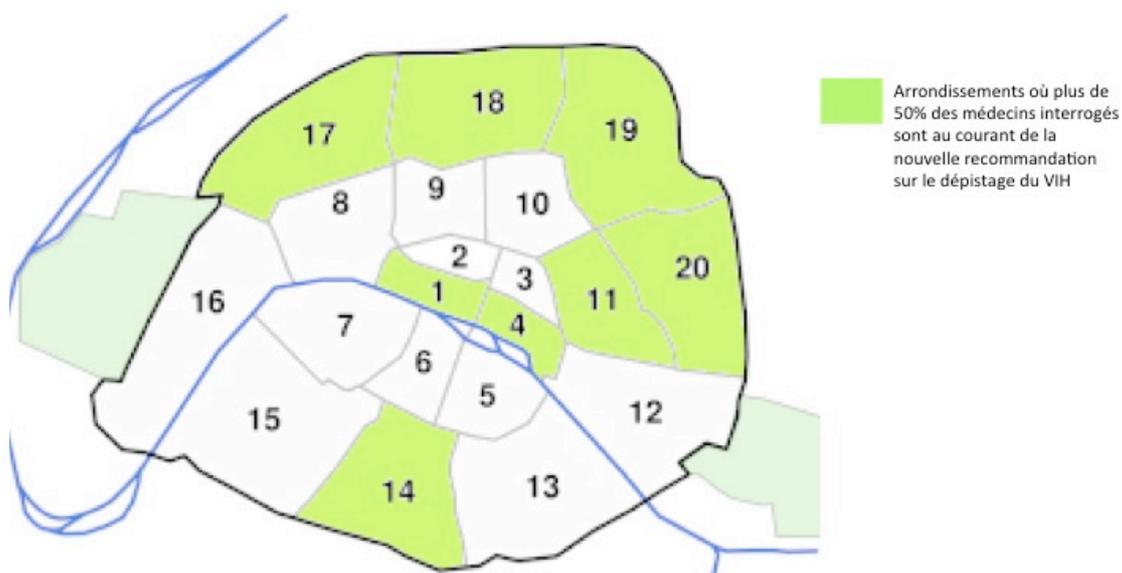
N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

Les arrondissements où la proportion de médecins au courant de la recommandation était la plus importante étaient le 1^{er}, le 4^{ème}, le 11^{ème}, le 14^{ème}, le 17^{ème}, le 18^{ème}, le 19^{ème} et le 20^{ème}.

Médecins au courant de la recommandation en fonction de l'arrondissement (N.R. :2)					
Arrondissements	Oui	Non	Arrondissements	Oui	Non
1^{er}	11 (73%)	4	11^{ème}	20 (59%)	14
2^{ème}	1 (17%)	5	12^{ème}	9 (38%)	15
3^{ème}	3 (33%)	6	13^{ème}	7 (29%)	17
4^{ème}	7 (64%)	4	14^{ème}	14 (54%)	12
5^{ème}	9 (47%)	10	15^{ème}	11 (46%)	13
6^{ème}	2 (14%)	12	16^{ème}	8 (33%)	16
7^{ème}	10 (43%)	13	17^{ème}	14 (61%)	9
8^{ème}	5 (31%)	11	18^{ème}	13 (59%)	9
9^{ème}	5 (36%)	9	19^{ème}	15 (52%)	14
10^{ème}	5 (25%)	15	20^{ème}	14 (50%)	14
			TOTAL	183 (45%)	222 (54,5%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

Nous avons tenté de réaliser une analyse statistique qui permettrait d'individualiser des caractéristiques des médecins qui seraient associés au fait de connaître ou pas la nouvelle recommandation. Nous avons analysé les critères d'âge, de sexe, de secteur d'affiliation et le nombre de patients bénéficiaires de la CMU. Aucun de ces critères n'était statistiquement lié au fait de connaître la nouvelle recommandation. Par contre, l'analyse montre que le fait de collaborer à une des facultés de médecine générale est lié à la connaissance de la nouvelle recommandation.

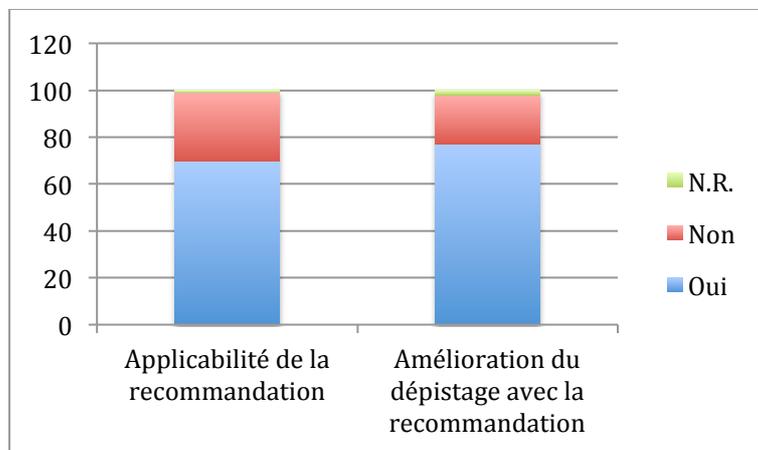


Médecins au courant de la nouvelle recommandation sur le dépistage du VIH en fonction de l'arrondissement

Le profil des médecins et la connaissance de la nouvelle recommandation Test du Chi 2 (IC 95%)		
La collaboration avec une faculté de médecine	p= 0,017	Les médecins qui collaborent avec une faculté de médecine ont plus de chances d'être au courant de la nouvelle recommandation
La proportion de patients inscrits à la CMU	p= 0,32	
Le sexe des médecins	p= 0,79	
Le secteur d'affiliation à la Sécurité Sociale	p= 0,23	
L'âge des médecins	p= 0,71	

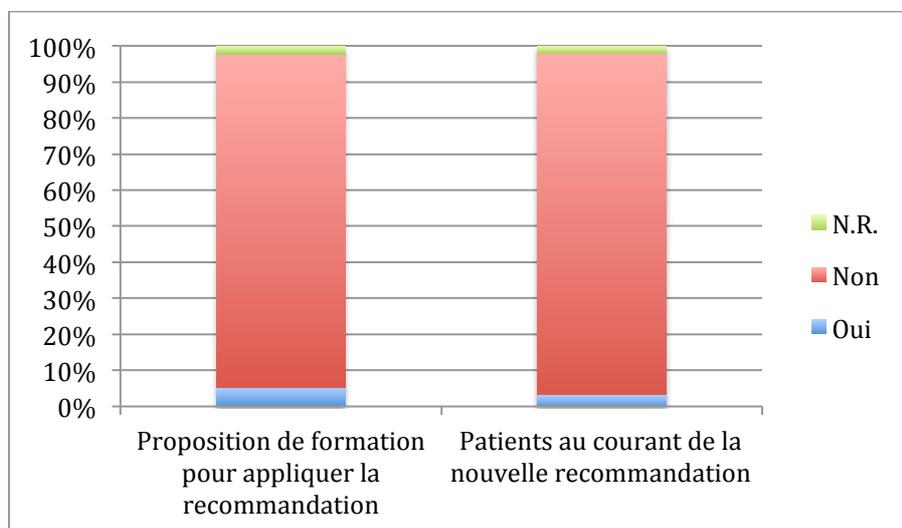
Seule la collaboration des médecins généralistes avec une faculté de médecine parisienne ressortait comme élément associé à la connaissance de la nouvelle recommandation sur le dépistage du VIH.

VII.2. En expliquant la recommandation à ceux qui ne la connaissait pas, plus de 70% étaient convaincu de l'applicabilité de la recommandation et qu'elle permettrait l'amélioration du dépistage de l'infection par le VIH.



Applicabilité de la recommandation		Amélioration du dépistage avec la recommandation	
Oui	285 (70%)	314 (77%)	
Non	119 (29,2%)	86 (21%)	
N.R.	3 (0,8%)	7 (2%)	
TOTAL	407 (100%)	407 (100%)	

VII.3. Selon les médecins, la majeure partie des patients n'était pas au courant de la recommandation. Une formation pour appliquer la recommandation avait été proposée à seulement 5% des médecins.



N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

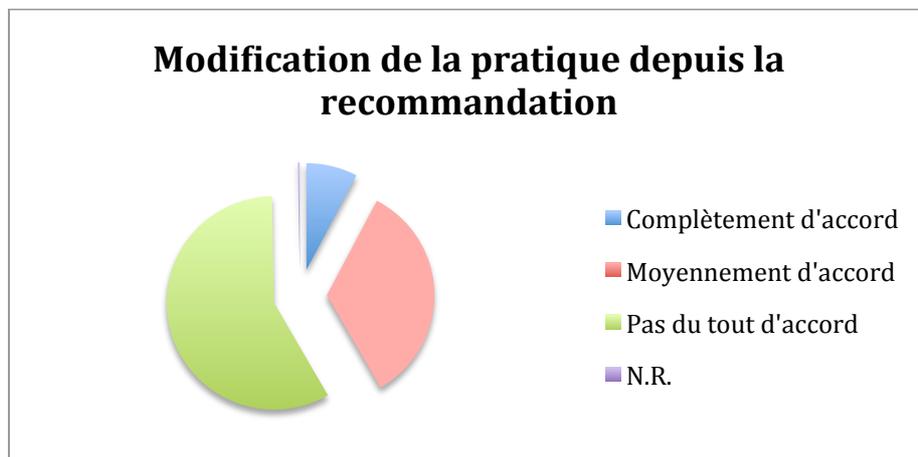
Formation pour appliquer la recommandation		Patients au courant de la recommandation	
Oui	22 (5,4%)	13 (3,2%)	
Non	376 (92,4%)	386 (94,8%)	
N.R.	9 (2,2%)	8 (2%)	
TOTAL	407 (100%)	407 (100%)	

Les médecins à qui on avait proposé une formation pour appliquer la recommandation étaient localisés seulement dans certains arrondissements : les 1^{er}, 3^{ème}, 4^{ème}, 10^{ème}, 11^{ème}, 15^{ème}, 16^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème}.

VIII. Les changements perçus depuis la survenue de la nouvelle recommandation

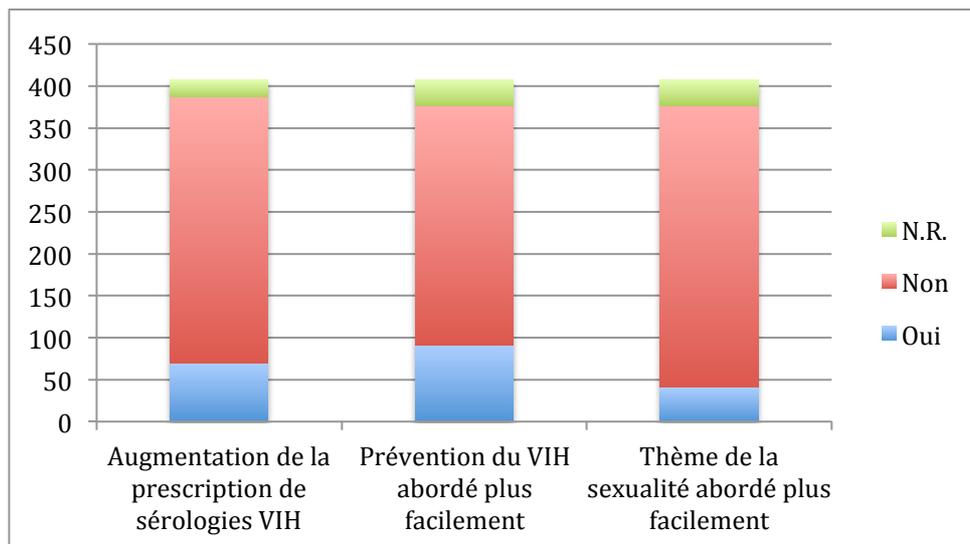
VIII.1. La majeure partie des médecins généralistes parisiens pensait que la nouvelle recommandation n'avait pas modifié leur pratique

57,5% des médecins généralistes interrogés considéraient que la publication de cette nouvelle recommandation n'avait pas modifié leur pratique vis à vis du dépistage de l'infection par le VIH. Presque 80% des médecins n'avaient pas augmenté le nombre de sérologies prescrites. 70% considéraient que le thème de la prévention du VIH n'était pas abordé plus facilement depuis la nouvelle recommandation.



N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

Modification de la pratique depuis la recommandation	
Complètement d'accord	31 (7,6%)
Moyennement d'accord	137 (33,7%)
Pas de tout d'accord	234 (57,5%)
N.R.	5 (1,2%)
TOTAL	407 (100%)



N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

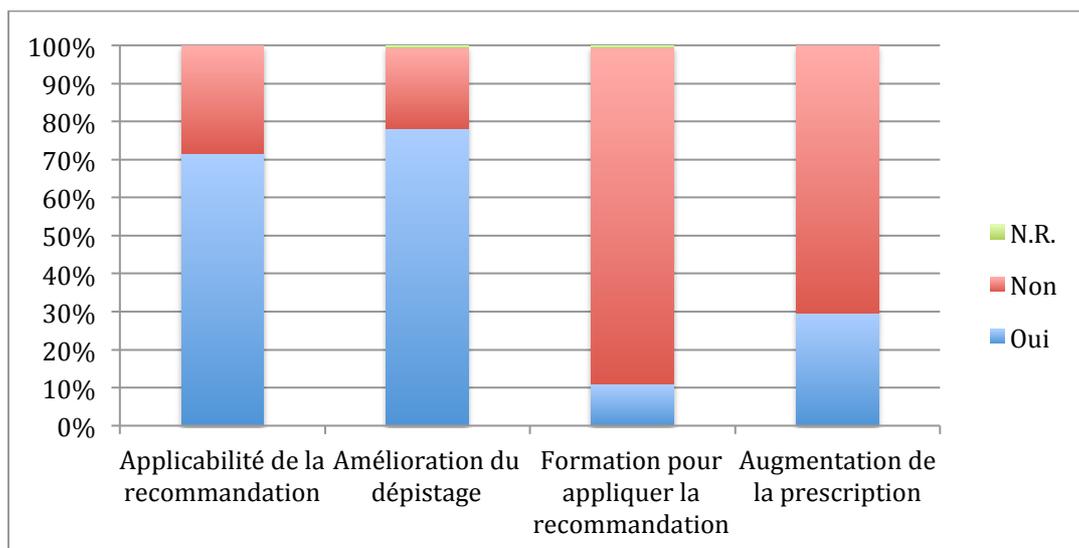
	Augmentation de la prescription de sérologies VIH	Prévention du VIH abordée plus facilement	Thème de la sexualité abordé plus facilement
Oui	70 (17,2%)	91 (22,4%)	41 (10,1%)
Non	317 (77,9%)	285 (70%)	336 (82,5%)
N.R.	20 (4,9%)	31 (7,6%)	30 (7,4%)
TOTAL	407 (100%)	407 (100%)	407 (100%)

Pour plus de 80% des médecins généralistes parisiens, la nouvelle recommandation sur le dépistage du VIH ne permettait pas d'aborder le thème de la sexualité plus facilement.

VIII.2. Sous-analyse des médecins qui connaissaient la nouvelle recommandation

Du fait du faible nombre de médecins au courant de la nouvelle recommandation nous avons considéré judicieux de faire une sous-analyse des réponses en ne considérant que les médecins qui connaissaient la recommandation (183).

Les résultats sont superposables à ceux retrouvés lors de l'analyse globale des réponses. Même si plus de 70% d'entre eux considéraient la nouvelle recommandation applicable et comme une avancée pour le dépistage de l'infection par le VIH, 70% disaient ne pas avoir augmenté le nombre de sérologies prescrites.

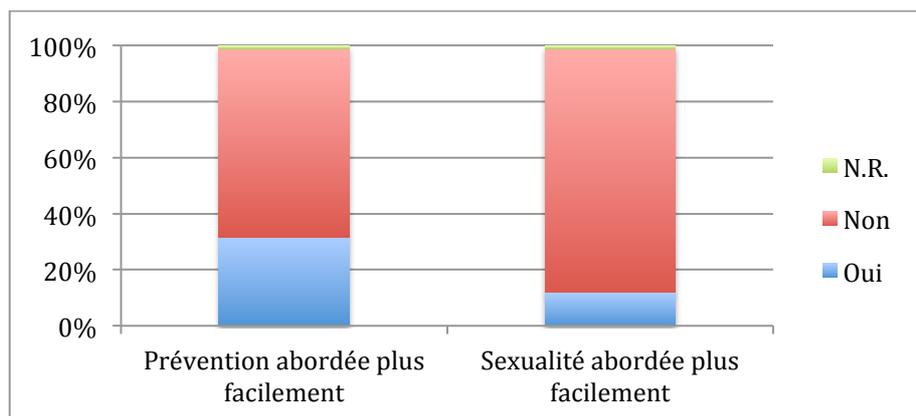


N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

	Oui	Non	N.R.
Applicabilité de la recommandation	131 (71,5%)	52 (28,5%)	0 (0%)
Amélioration du dépistage	143 (78%)	39 (21,5%)	1 (0,5%)
Formation pour appliquer la recommandation	20 (11%)	162 (88,5%)	1 (0,5%)

Le 6^{ème} et le 8^{ème} étaient les seuls arrondissements où au moins 50% des médecins qui connaissaient la nouvelle recommandation affirmaient avoir augmenté le nombre de sérologies prescrites depuis la parution de la recommandation.

Augmentation de la prescription des médecins en fonction de l'arrondissement					
	Oui	Non		Oui	Non
1^{er}	4	7	11^{ème}	5	15
2^{ème}	-	1	12^{ème}	4	5
3^{ème}	-	3	13^{ème}	3	4
4^{ème}	2	5	14^{ème}	4	10
5^{ème}	2	7	15^{ème}	3	8
6^{ème}	1	1	16^{ème}	2	6
7^{ème}	1	9	17^{ème}	4	10
8^{ème}	3	2	18^{ème}	6	7
9^{ème}	1	4	19^{ème}	5	10
10^{ème}	1	4	20^{ème}	3	11
			TOTAL	54 (29,5%)	129 (70,5%)



N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

Le 8^{ème} était le seul arrondissement où 50% des médecins au courant de la nouvelle recommandation pensaient que cette dernière avait favorisé la prévention de l'infection par le VIH.

Prévention du VIH abordée plus facilement en fonction de l'arrondissement (N.R. :2)					
	Oui	Non		Oui	Non
1^{er}	5	6	11^{ème}	6	14
2^{ème}	-	1	12^{ème}	4	5
3^{ème}	1	2	13^{ème}	3	4
4^{ème}	2	5	14^{ème}	5	9
5^{ème}	1	8	15^{ème}	3	8
6^{ème}	-	2	16^{ème}	1	7
7^{ème}	3	7	17^{ème}	4	10
8^{ème}	2	2	18^{ème}	6	7
9^{ème}	1	4	19^{ème}	4	10
10^{ème}	1	4	20^{ème}	6	8
			TOTAL	58 (31,7%)	123 (67,2%)

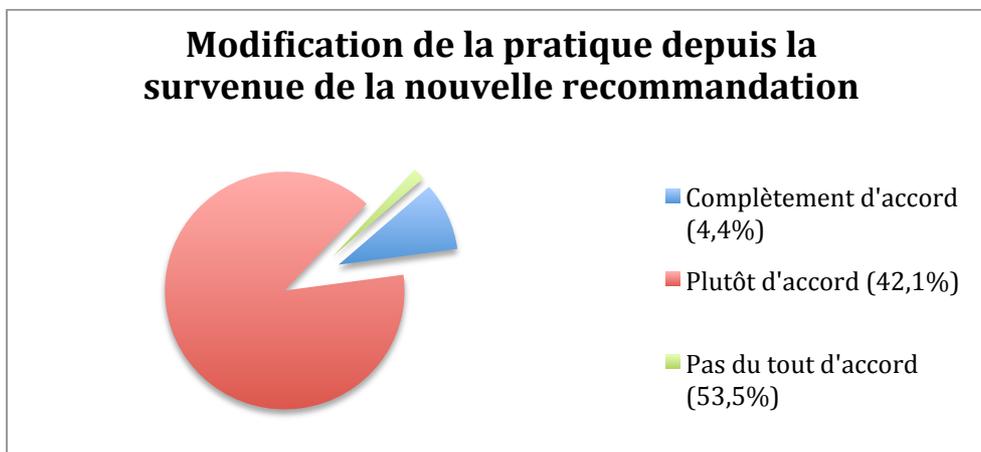
N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

Tous les médecins parisiens au courant de la nouvelle recommandation ne considéraient pas que le thème de la sexualité était plus facilement abordé depuis la survenue de cette recommandation.

Thème de la sexualité abordé plus facilement en fonction de l'arrondissement (N.R. :2)					
	Oui	Non		Oui	Non
1^{er}	2	9	11^{ème}	4	15
2^{ème}	-	1	12^{ème}	-	9
3^{ème}	-	3	13^{ème}	2	5
4^{ème}	1	6	14^{ème}	1	13
5^{ème}	1	8	15^{ème}	-	11
6^{ème}	-	2	16^{ème}	1	6
7^{ème}	2	8	17^{ème}	3	11
8^{ème}	2	3	18^{ème}	-	13
9^{ème}	-	5	19^{ème}	1	14
10^{ème}	1	4	20^{ème}	1	13
			TOTAL	22 (12%)	159 (87%)

N.R. = non rapporté, les médecins n'ayant pas voulu répondre à la question

53,5% des médecins généralistes connaissant la nouvelle recommandation affirmaient ne pas avoir modifier leur pratique dépistage de l'infection par le VIH.



Modification de la pratique des médecins en fonction de l'arrondissement			
Arrondissement	Pas du tout d'accord	Plutôt d'accord	Complètement d'accord
1^{er}	5	5	1
2^{ème}	1	-	-
3^{ème}	2	-	1
4^{ème}	4	3	-
5^{ème}	5	3	1
6^{ème}	1	1	-
7^{ème}	5	5	-
8^{ème}	1	4	-
9^{ème}	4	1	-
10^{ème}	4	1	-
11^{ème}	12	7	1
12^{ème}	6	2	1
13^{ème}	3	4	-
14^{ème}	5	9	-
15^{ème}	8	3	-
16^{ème}	5	3	-
17^{ème}	10	3	1
18^{ème}	6	6	1
19^{ème}	6	9	-
20^{ème}	5	8	1
TOTAL = 183	98 (53,5%)	77 (42,1%)	8 (4,4%)

DISCUSSION

I. L'étude

Le taux de réponse à l'étude a été de 32,6% ce qui est au-dessus des estimations espérées. Ce taux est probablement dû au fort nombre de relances par mail des médecins ayant accepté de participer à l'étude. Cependant le logiciel utilisé pour collecter les réponses des médecins ne permettait pas de bloquer les médecins qui répondait une deuxième fois après une relance de peur que leur première réponse n'ait été enregistrée. De plus le logiciel ne permettait pas non plus d'identifier les médecins qui décidaient de répondre anonymement. La part des éventuelles réponses doublées n'a donc pas pu être quantifiée.

On peut aussi parler de biais de suivi car les médecins ayant accepté de participer en recevant le questionnaire par courrier traditionnel n'ont pas pu être relancés. En effet nous avons décidé de ne pas recontacter les médecins par téléphone pour ne pas les perturber encore plus dans leur travail quotidien. Cependant, malgré cette différence, le taux de réponse par courrier est supérieur à celui par mail. L'impact de cette différence de protocole est donc probablement négligeable.

L'échantillon des médecins interrogés correspond à la démographie médicale actuelle parisienne (21). La répartition en fonction des arrondissements diffère légèrement de la réalité mais le médecin généraliste parisien reste majoritairement un homme de plus de 50 ans. La proportion de médecins effectuant un exercice particulier est légèrement supérieure à celle recueillie par le conseil de l'ordre des médecins (25,7% vs 22%). Il se peut que cette différence soit due au fait que nous prenions en compte les médecins chez qui l'exercice particulier représentait une minorité de l'activité quotidienne exercée.

Enfin, de façon complètement inattendue, 17% des participants à l'étude voulaient répondre au questionnaire par courrier traditionnel. Leurs motivations étaient une non informatisation de leur cabinet ou l'absence d'adresse mail d'utilisation professionnelle. Ces données montrent que certains cabinets des médecins généralistes ne sont pas encore informatisés en 2013. Ceci est dû au coût et à la charge de travail requise pour informatiser tous les dossiers. La situation devrait changer d'ici quelques années du fait des incitations de la Sécurité Sociale.

II. Les médecins interrogés

La majorité des médecins généralistes interrogés effectuaient de 1 à 20 actes par jour. Ce chiffre est légèrement inférieur à celui retrouvé dans l'étude Baromètre Santé des médecins généralistes de 2009 où le nombre moyen d'actes journaliers était de 24,6 (20). On peut probablement expliquer la différence retrouvée par la part plus importante de médecins installés en Secteur 2 ou non conventionnés par la sécurité sociale. En effet, selon l'étude Baromètre Santé, il y avait en 2009 89,2% de médecins inscrits en Secteur 1 et cette proportion variait selon l'urbanisation de la région

considérée (dans l'agglomération parisienne le taux était estimé à 72,8% versus 64,1% dans notre étude).

La proportion de médecins inscrits en Secteur 2 et exerçant une activité autre en plus de la médecine générale était particulièrement élevée dans le 7^{ème}, le 8^{ème}, le 15^{ème} et le 16^{ème} arrondissements. Les médecins inscrits en Secteur 2 et exerçant une activité particulière autre appliquent probablement des tarifs supérieurs au tarif conventionnel auxquels peuvent accéder surtout les populations plus aisées qui habitent dans ces arrondissements.

21% des médecins interrogés collaboraient avec une faculté de médecine parisienne. Ce taux est superposable à celui de l'étude Baromètre Santé en 2009. Cependant, la tendance globale nationale mise en évidence par les différentes études Baromètres Santé est une diminution constante de la participation des médecins généralistes à la formation médicale (20,4% en 2009 vs 31,6% en 2003).

III. Les patients

44,3% des médecins interrogés affirment avoir moins de 5% de leurs patients inscrits à la CMU. Ce chiffre varie en fonction de l'arrondissement analysé : la proportion de médecins ayant plus de 10 patients inscrits à la CMU est particulièrement élevé dans le 10^{ème}, 11^{ème}, 13^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements. Cette proportion est superposable au taux national retrouvé dans l'étude Baromètre Santé (45,9% des médecins ont <5% de leurs patients inscrits à la CMU).

La majeure partie des médecins interrogés (41,3%) avait moins de 5 patients porteurs du VIH dans leur patientèle. Ce taux variait en fonction de l'arrondissement étudié : le nombre de médecins ayant plus de 10 patients porteurs de l'infection par le VIH était plus élevé dans le 1^{er}, 10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème} et 20^{ème} arrondissements.

En croisant ces données on peut estimer le profil épidémique parisien de l'infection par le VIH et ses sous-groupes à risque. Le nombre de patients porteur du VIH est particulièrement élevé dans le 1^{er} arrondissement, deux particularités épidémiologiques peuvent expliquer ces données. Tout d'abord, dans le 1^{er} arrondissement vit une grande proportion d'étrangers et migrants. De plus, la présence de la gare de RER/Métro Chatelet-Les Halles accroît le brassage de population par le passage quotidien de nombreux voyageurs qui peuvent être amené à consulter un médecin dans le quartier. Enfin, nos résultats ne mettent pas en évidence le 4^{ème} arrondissement, le Marais, où vit la communauté Gay fréquentant les lieux de convivialités communautaires (étude Prevagay). Cependant, le 1^{er} arrondissement jouxte le 4^{ème} et, s'agissant de deux quartiers de petite taille, on peut imaginer que la population de ces deux arrondissements se mélange constamment. Les autres arrondissements correspondent aux arrondissements où le nombre de patients inscrits à la CMU est aussi élevé. Il s'agit probablement d'arrondissements à forte densité de population de migrants (22) (données Insee, annexe 5).

IV. La participation à la prise en charge de l'infection par le VIH

Plus de trois quarts des médecins généralistes parisiens connaissent un spécialiste du VIH à qui adresser les patients. Ce taux est semblable à celui retrouvé dans l'étude Baromètre Santé de 2009 (86,1%).

La majorité des médecins interrogés ne faisait pas partie d'un réseau VIH. Les arrondissements où la proportion de médecins participant à un réseau VIH était la plus importante sont le 10^{ème}, le 11^{ème} et le 20^{ème}. Ici aussi ressortent les arrondissements du Nord-Est parisien. Les médecins installés dans ces arrondissements semblent particulièrement sensibilisés au problème de l'infection par le VIH.

Plus de 50% des médecins généralistes parisiens ont déjà prescrit un traitement anti-rétroviral. Cette proportion est nettement supérieure à la moyenne nationale de 30% retrouvée dans l'étude Baromètre Santé. Le cadre de cette prescription n'était pas demandé dans le questionnaire proposé mais de nombreux médecins ont précisé qu'il s'agissait d'un renouvellement de prescription occasionnel. Ces données confirment avant tout que les médecins parisiens sont effectivement plus confrontés à l'infection par le VIH que les autres collègues nationaux.

De plus, ces données laissent penser que les médecins généralistes prennent en charge les patients atteints du VIH sur le plan général mais passent la main aux spécialistes pour ce qui concerne l'infection et son traitement.

Cette idée était déjà évoquée dans l'étude Baromètre Santé en 2009 alors que les institutions souhaiteraient une implication majeure des généralistes. Cependant, la décision de passer la main au spécialiste quand il s'agit d'un sujet bien spécifique (modification ou adaptation de la trithérapie, prise en charge des effets secondaires...) est compréhensible du fait des connaissances spécifiques nécessaires.

De plus, ces données ne contredisent pas l'idée d'une prise en charge des autres problèmes de santé secondaires à l'infection et à son traitement, qui sont responsables de la majeure partie des problèmes de santé de ces patients (problèmes cardiovasculaires, ostéoporose, pathologies tumorales...) et dont le dépistage est bien du ressort du médecin généraliste.

V. Le dépistage de l'infection par le VIH

74,5% des médecins interrogés prescrivaient jusqu'à 10 sérologies mensuelles. Ce résultat est semblable à celui retrouvé dans l'étude Baromètre Santé en 2009 avant la publication de la nouvelle recommandation sur le dépistage du VIH. Ces données montrent que les médecins parisiens prescrivent beaucoup de sérologies et que leur activité n'a pas été modifiée par la survenue de la recommandation. Les arrondissements où les médecins prescrivent le plus de sérologies sont le 1^{er}, le 3^{ème} et le 5^{ème}. Il n'est pas étonnant de retrouver le 1^{er} arrondissement au vu des données épidémiologiques et géographiques exposées précédemment (proximité avec le 4^{ème} arrondissement et population de migrants résidents). En ce qui concerne le 3^{ème} arrondissement, bien que la population résidente n'ait pas de caractéristiques particulières, il s'agit là aussi d'un quartier jouxtant le 4^{ème} arrondissement (le Marais).

Par contre, aucune donnée épidémiologique ne permet d'expliquer les taux retrouvés dans le 5^{ème} arrondissement.

Comme l'étude Baromètre Santé, nos données ont permis de mettre en évidence le « profil » des médecins généralistes qui prescrivaient le plus de sérologies VIH. Il s'agit d'un jeune médecin, de sexe féminin et installé en secteur 1. Ce profil est semblable à celui retrouvé dans l'étude Baromètre Santé où ressortaient également la proportion de patients affiliés à la CMU et la pratique de l'homéopathie comme exercice particulier(20).

39,1% des médecins généralistes parisiens ont été confrontés à au moins un résultat positif alors que dans l'étude Baromètre Santé, le taux retrouvé pour l'Ile-de-France correspondait à 29%. Cette différence est due au fait qu'à part la Seine-Saint-Denis, les autres départements de l'Ile-de-France ont une prévalence de l'infection par le VIH moins importante.

Les arrondissements où la proportion de sérologies négatives est la plus importante étaient le 14^{ème}, le 7^{ème}, le 16^{ème}, le 2^{ème} et le 12^{ème}. Ceci montre que tous les médecins généralistes parisiens ne sont pas confrontés avec la même intensité à l'infection par le VIH. Lors des entretiens téléphoniques passés pour obtenir l'accord de participation à l'étude, les médecins du 16^{ème} arrondissement étaient particulièrement peu motivés par le dépistage du VIH et par une étude sur le sujet car, selon ces médecins, les sérologies prescrites revenaient toujours négatives. C'est dans ces arrondissements que la stratégie d'un dépistage systématique ou tout du moins élargi aurait peut-être le plus d'intérêt. En effet, on peut penser que c'est dans ces arrondissements que le retard au dépistage est le plus important puisque les médecins considèrent leurs patients à bas risque de contamination. D'autre part, les arrondissements où la proportion de sérologies positives était la plus importante étaient le 1^{er}, le 11^{ème}, le 13^{ème} et le 19^{ème}. Toujours les mêmes arrondissements qui correspondent aux zones géographiques où les sous-groupes à risque sont situés (les arrondissements proches du Marais où se situe la communauté gay et les arrondissements du nord-est parisien où vivent de nombreux migrants). Ces chiffres montrent que l'activité de dépistage des médecins généralistes de ces arrondissements est efficace et doit être renforcée.

Lors de l'étude statistique de cet item, la seule caractéristique associée au nombre de sérologies positives était le secteur d'affiliation des médecins généralistes. Les médecins inscrits en secteur 2 étaient moins susceptibles d'avoir un résultat positif pour leurs sérologies prescrites. Ceci peut être expliqué par le simple fait que les médecins généralistes inscrits en secteur 2 sont également les médecins qui prescrivent le moins de sérologies.

Si on compare les résultats obtenus à la question sur le nombre de sérologies prescrites et les résultats de la question sur le nombre de sérologies positives : le 1^{er} arrondissement et le 3^{ème} (de façon moins flagrante) ressortent parmi les autres arrondissements. Ces données montrent que la stratégie employée par les médecins de ces arrondissements est particulièrement efficace. Par contre, le 5^{ème} arrondissement ne ressort pas parmi les arrondissements où les médecins ont un fort taux de positifs : ceci confirme l'idée qu'un facteur confondant nous empêche d'interpréter correctement cette

donnée. Les médecins du 5^{ème} arrondissement prescrivent beaucoup de sérologies mais ne dépistent pas plus de sujets infectés.

Enfin, 46,7% des sérologies prescrites, l'étaient sur initiative du médecin généraliste et 43% étaient faites sur demande du patient. Ces données diffèrent de l'étude Baromètre Santé où 58% des sérologies prescrites l'étaient à la demande du patient. Dans notre étude le dépistage de l'infection par le VIH n'est pas seulement la réponse d'un professionnel de santé à une demande des patients, les médecins généralistes ont donc un rôle actif dans la démarche de dépistage. Comment expliquer cette évolution ? La première hypothèse est géographique : l'étude Baromètre Santé est une étude nationale alors que celle-ci concerne Paris où l'activité de dépistage et de prise en charge de l'infection est particulière du fait de la forte prévalence de l'infection. La deuxième hypothèse est qu'en 5 ans il y ait eu une modification dans la perception du dépistage de l'infection sous l'influence des nouvelles publications et des nouvelles recommandations.

VI. Les motifs de dépistage de l'infection par le VIH

L'étude montre que la présence de signes évocateurs d'IST est une situation reconnue par la majorité des médecins comme nécessitant le dépistage de l'infection par le VIH. La situation n'est pas aussi claire pour d'autres circonstances comme les patients originaires d'un pays de forte endémie (prescription systématique pour 38,8% des médecins et souvent pour 35,1%), le changement de vie affective (prescription systématique pour 31,7% des médecins et souvent pour 33,9%) et les jeunes et adultes sexuellement actifs (prescription souvent pour 51,9% des médecins). Malheureusement le questionnaire ne prévoyait pas de question sur les autres sous-groupes à risque comme les HSH et les UDI.

Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés dans l'étude Baromètre Santé de 2009. Ils reflètent aussi les résultats de l'étude « Opportunités manquées » (23) : 99% des patients ayant eu un diagnostic d'infection par le VIH ont eu au moins 1 recours à une structure de soins dans les 3 ans précédant le diagnostic. De plus, 89% de ces patients affirmaient visiter un médecin généraliste au moins 1 fois par an. Si on considère les personnes qui présentaient des symptômes évocateurs du VIH, 61% d'entre elles ont eu recours à une structure de soins alors que seulement 18% d'entre elles ont été testées. De plus, en ce qui concerne les HSH, 48% d'entre eux disaient avoir déclaré leur orientation sexuelle lors de la première consultation et 55% n'ont pas eu de prescription de dépistage.

Le rapport Morlat confirme l'idée que malgré un dépistage élevé (un nombre élevé de sérologies prescrites), la stratégie basée sur la reconnaissance des facteurs de risque est insuffisante et peut être améliorée.

Moins de la moitié des médecins généralistes interrogés ne prescrivaient pas de sérologies à des sujets sans facteurs de risque (43%) ou qui n'avaient pas eu de dépistage depuis longtemps (45,7%). Ces chiffres sont superposables à ceux publiés par l'étude Baromètre Santé de 2009. Ils prouvent qu'il n'y a pas eu de changement dans les techniques de dépistage depuis 2009.

Le questionnaire utilisé n'interrogeait pas les médecins sur les motivations de la non réalisation d'un dépistage élargi de l'infection par le VIH. Cependant, des études américaines ont déjà tenté de cerner ces motivations (24). Les principales motivations qui ressortaient de ces études étaient avant tout le manque de temps mais aussi l'impression par le praticien d'avoir des lacunes dans ses connaissances sur le sujet et sur la pratique du dépistage. Les autres critères mis en évidence ne sont pas transposables au système de santé français : il s'agissait du problème de prise en charge financière du test et de l'obligation de faire signer un consentement écrit pour autoriser la réalisation du test. De plus, l'étude évoquait également l'impression par les médecins généralistes de la mauvaise acceptation par les patients de cette proposition systématique de test. Ce dernier point a été étudié et infirmé par le Dr Seghouani dans sa thèse d'exercice (25). Si la proposition de test est bien expliquée par le médecin prescripteur, les patients acceptent généralement bien la démarche.

L'analyse des données en fonction de l'arrondissement d'installation nous permet d'affirmer que les arrondissements où la proportion de sujets à risque est plus importante, les médecins sont plus performants sur le dépistage de l'infection par le VIH (qu'il soit systématique ou en fonction des facteurs de risque). Par contre, dans les arrondissements où les médecins sont moins en contact avec l'infection, le dépistage ciblé est aussi peu fait que le dépistage systématique.

VII. La nouvelle recommandation sur le dépistage du VIH

54,5% des médecins généralistes parisiens n'étaient pas au courant de la nouvelle recommandation sur le dépistage systématisé du VIH chez les 15-70 ans sans prendre en compte leurs facteurs de risque. De plus, 95% des médecins affirmaient que leurs patients ne sont pas non plus au courant de la recommandation et aucune formation pour appliquer la recommandation n'a été proposée à 92% des médecins. Ces chiffres sont fortement évocateurs d'un échec de la campagne d'information sur la nouvelle recommandation de dépistage. Les arrondissements où la proportion des médecins au courant de la recommandation était plus importantes sont : le 1^{er}, le 4^{ème}, le 11^{ème}, le 14^{ème}, le 17^{ème}, le 18^{ème}, le 19^{ème} et le 20^{ème}. Ressortent pour cette question aussi les mêmes arrondissements (le 1^{er} et les arrondissements du nord-est) où la prévalence de l'infection par le VIH est probablement plus élevée. Ceci confirme l'idée que les médecins généralistes parisiens ne sont pas également sensibilisés à l'infection par le VIH.

En 2012, le conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants avait publié un communiqué de Presse indiquant la nécessité d'une évaluation sur le terrain de cette nouvelle recommandation du fait des résultats mitigés de certaines études réalisées dans les services d'urgences (26). Notre étude montre qu'il est impossible d'évaluer à l'heure actuelle l'impact de cette nouvelle recommandation sur l'évolution de l'épidémie de l'infection par le VIH du fait d'une faible diffusion de la recommandation tout du moins dans la ville de Paris.

Ces données sont superposables à la seule étude qui a été effectuée jusqu'à présent pour évaluer la proportion de médecins au courant de la nouvelle recommandation sur le dépistage de l'infection par le VIH (27). Cette étude a eu lieu en

Guadeloupe, autre zone française à haute prévalence de l'infection par le VIH. Elle interrogeait des médecins généralistes et des médecins spécialistes ainsi que des sages-femmes. Dans cette étude 50% des professionnels de santé interrogés étaient au courant de la nouvelle recommandation sur le dépistage systématique de l'infection par le VIH et seulement un quart connaissait la préconisation de renouveler le test annuellement en Guadeloupe. Devant ces données, on pourrait imaginer qu'au niveau national la proportion de médecins au courant de la recommandation soit plus faible du fait de la moindre sensibilisation des autres zones géographiques.

Une étude statistique complémentaire a été réalisée afin de trouver des caractéristiques associées à la connaissance de la nouvelle recommandation. Parmi celles-ci la collaboration avec l'une des facultés de médecine ressort comme facteur associé à la connaissance de la nouvelle recommandation. On peut penser que la collaboration des médecins généralistes aux facultés de médecine leur faciliterait probablement la mise à jour de leur connaissance. Cependant, l'étude Baromètre Santé met en évidence la diminution de cette collaboration au fil des années. Il serait donc important que les facultés de médecins favorisent la participation des médecins généralistes à la formation des étudiants en médecine.

70% des médecins interrogés considéraient que cette nouvelle stratégie de dépistage est applicable et 77% affirment qu'elle pourrait améliorer le dépistage de l'infection par le VIH. Cependant plus de 70% des médecins qui connaissaient la recommandation, disaient ne pas avoir modifié leur pratique et avoir ni augmenté la prescription de sérologies, ni abordé plus facilement la prévention du VIH. En regardant les résultats en fonction des arrondissements, seuls les médecins du 1^{er}, 7^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} semblaient plus convaincu de leur modification de pratique depuis la parution de la nouvelle recommandation.

Ces données sont contradictoires : pourquoi ne pas appliquer une recommandation dont on est convaincu de la faisabilité et de l'intérêt ? On pourrait penser qu'une partie des généralistes ne se sentent pas concernés par le dépistage de l'infection par le VIH et donc même s'ils partagent une opinion ils ne voient pas comment l'appliquer dans leur pratique quotidienne.

La mise en pratique de dépistage systématique de l'infection par le VIH a été récemment évaluée aux Etats Unis où les institutions nationales ont récemment confirmé la nécessité de poursuivre cette stratégie de santé publique (28). Dans le Mississippi (29) mais aussi à Washington (30) qui sont deux zones géographiques où la prévalence de l'infection par le VIH est élevée seulement 20% des professionnels travaillant dans des structures de soins primaires effectuent systématiquement le dépistage. La non application de la nouvelle stratégie de dépistage 7 ans après les premières publications institutionnelles n'est donc pas qu'un problème français ou européen. D'autre part, si le résultat est le même, les motivations sous-jacentes ne sont probablement pas complètement les mêmes du fait, entre autre, du système de santé différent (aux Etats Unis le critère de financement du test entre très probablement en compte dans la balance).

Les barrières empêchant un dépistage systématique ont été évoquées dans une étude américaine (31). Ici encore reviennent le critère du temps insuffisant en

consultation mais aussi une impression de connaissances insuffisantes des nouvelles recommandations sur le dépistage et un malaise du praticien et du patient à aborder le sujet. Dans cette étude qualitative, les médecins interrogés évoquaient également des propositions pour résoudre ces barrières. Des méthodes de rappels électroniques ont été citées comme celles qui existent déjà pour d'autres sujets. Le besoin de formation pour comprendre la motivation qui est sous-jacente la nouvelle recommandation de dépistage et améliorer la pratique du dépistage étaient aussi évoqués.

VIII. La sexualité en médecine générale

Plus de 60% des médecins interrogés abordaient souvent voire systématiquement le thème de la sexualité avec leurs patients et pratiquaient le counseling en consultation. La parution de la nouvelle recommandation sur le dépistage du VIH ne modifiait pas ces habitudes d'exercice. L'hypothèse d'utiliser la proposition d'un dépistage systématique pour mieux aborder le thème de la sexualité en cabinet comme le suggérait le Dr Donguy dans sa thèse d'exercice semble être infirmée par notre étude (32). Les médecins généralistes ne perçoivent pas la nouvelle stratégie de dépistage comme l'occasion pour mieux aborder le thème de la sexualité. Le sujet reste sensible et tous les médecins ne se sentent probablement pas à l'aise de l'aborder systématiquement. Ce résultat peut être expliqué par la démographie médicale actuelle et le fait que le thème de la sexualité est une préoccupation relativement récente. Le premier rapport de l'OMS concernant le thème de la sexualité et le problème de la formation du personnel de santé remonte au milieu des années 70 (33). D'autre part, le profil du médecin généraliste parisien correspond à un homme de 50-60 ans ce qui veut dire que ses études de médecine remontent aux années 80, au début des tentatives d'enseignement de la sexualité. Ce n'est donc pas surprenant que la majorité des médecins généralistes installés ne soient pas à l'aise avec ce sujet.

De plus, à l'heure actuelle l'enseignement de la sexualité et la vision de la médecine sont encore très orientés vers la prise en charge de la souffrance et de la maladie. Les concepts de bien-être, de préservation de la santé ainsi que les manières de les aborder avec un patient ne sont que très peu traitées dans le premier et le deuxième cycle des études médicales. Depuis quelques années les internes de médecine générale parisiens sont incités à se former en partie dans les centres de planification familiale. Même si ces structures ont une vision spécifique du sujet (volonté de maîtrise du désir de filiation) et sont donc adressées surtout aux femmes elles connaissent bien le concept de santé sexuelle et savent donc bien l'enseigner. On peut donc penser que les nouvelles générations de médecins généralistes aborderont plus spontanément le sujet avec leurs patients.

D'autre part, la mise en pratique du concept de santé sexuelle semble difficile aussi pour d'autres raisons, notamment économiques. Le paiement à l'acte qui est le mode de rémunération actuelle des médecins généralistes installés en milieu libéral ne favorise pas la pratique de la prévention au même titre que l'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques qui sont pourtant deux pivots essentiels de la médecine générale. Il semble essentiel de poursuivre la réflexion sur l'évolution du « cabinet médical ». Les maisons de santé semblent être l'hypothèse la plus intéressante autant pour le mode de rémunération que pour leur idée de collaboration en équipe. En effet, la

nécessité de compétence sur le sujet mise en avant par beaucoup de médecins comme explication du non abord du thème de la sexualité est une vision trop radicale du sujet. Le médecin généraliste peut et doit parler de sexualité sans forcément avoir réponse à toutes les questions. Le fait de parler d'un thème qui peut interpeler un patient est déjà une prise en charge du problème en soi puis, en cas de problème spécifique, le médecin peut/doit orienter le patient vers les structures spécifiques. Le travail en réseau avec les autres professionnels, médecins ainsi que personnels para-médicaux et associatifs devient alors essentiel pour une prise en charge globale du patient.

CONCLUSION

En 2013, l'infection par le VIH n'est toujours pas contrôlée malgré les nombreux progrès réalisés depuis le début de l'épidémie. En France, 30 000 à 50 000 personnes échappent au dépistage et sont infectées par le virus sans le savoir. Les stratégies de dépistage mises en œuvre jusqu'à 2009 ne permettent pas une rapide prise en charge des sujets infectés. De nouvelles stratégies de dépistage ont été proposées depuis 2009 par l'HAS pour tenter de résoudre la situation. Il s'agit de proposer un dépistage systématique de tous les patients de 15 à 70 ans indépendamment des facteurs de risque de transmission en plus de la poursuite du dépistage ciblé.

Les résultats de notre étude concordent avec les rapports nationaux publiés jusqu'à présent : les médecins généralistes parisiens prescrivent beaucoup de test mais ne reconnaissent pas toujours de façon optimale les situations à risque justifiant la prescription d'une sérologie VIH.

De plus, les médecins généralistes parisiens ne pratiquent quasiment pas de dépistage systématique du VIH et moins de la moitié d'entre eux est au courant de ces nouvelles stratégies de dépistage.

Au sein de la ville de Paris, tous les médecins généralistes n'ont pas la même attitude face au dépistage du VIH. En dehors des arrondissements où la prévalence du VIH semble plus importante (le 1^{er} arrondissement proche de la communauté Gay et le 11^{ème}, 13^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} où se situe une forte population migrante) les médecins généralistes semblent peu motivés par le dépistage de l'infection par le VIH.

Enfin, malgré la remise en question par le rapport Morlat et le CNGE de la recommandation de 2009 de l'HAS sur le dépistage systématique du VIH indépendamment des facteurs de risque de transmission, notre étude évoque un autre problème de base : une difficulté importante dans la diffusion des informations entre les institutions et les médecins généralistes.

Avant même d'aborder le problème de l'applicabilité d'une telle recommandation il faudrait s'assurer de sa correcte divulgation sur le terrain. Notre hypothèse est que si les médecins généralistes étaient mieux mis au courant de l'état de l'épidémie actuelle du VIH en France et à Paris, ils se sentiraient plus impliqués et modifieraient leurs pratiques de dépistage.

Enfin, les nouvelles stratégies de dépistage doivent s'inscrire dans une réflexion plus globale sur l'évolution du rôle du médecin généraliste comme acteur de prévention de la santé en générale et accompagnateur également des personnes bien portantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège de la Haute Autorité de Santé, Dépistage de l'infection par le VIH en France, Stratégies et dispositif de dépistage, Argumentaire, Octobre 2009 [Internet]. [cité 14 juill 2013].
Disponible sur: www.has-sante.fr
2. ONUSIDA, Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH. Etudes de cas des interventions réussies, Collection meilleurs pratiques de l'Onusida, Juillet 2005
Disponible sur : www.unaids.org
3. InVS, Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. Situation au 31 décembre 2009 [Internet]. [cité 27 juill 2013].
Disponible sur: www.invs.sante.fr
4. 20 ans de Lutte... et après ! - SIDAWEB » SIDAWEB [Internet]. [cité 17 juin 2013].
Disponible sur: <http://www.sidaweb.com/als/20-ans-de-lutte-et-apres/>
5. ONUSIDA, 2010: Vue d'ensemble de l'infection à VIH à l'échelle mondiale [Internet]. [cité 20 juill 2013].
Disponible sur: www.unaids.org
6. ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2012. p 212 [Internet]. [cité 17 juin 2013].
Disponible sur: <http://www.unaids.org>
7. Ministère de la Santé et des Sports, Yéni.P, Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, p 417
8. InVS, BEH VIH/sida en France : données de surveillance et études, 1 décembre 2012/n°46-47, p24
9. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Bulletin de santé, Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France, décembre 2011, n°18, p8
10. Dendale J., Nguyen S.H., Rouanet I., Prévention de la transmission materno-fœtale du VIH, Journée du Réseau Gard-Lozère 2010 - MATERNET2010_6.pdf [Internet]. [cité 27 juill 2013].
Disponible sur: http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/LR/MATERNET/journee/2010/MATERNET2010_6.pdf
11. InVS, BEH Don de sang : surveillance du risque infectieux et sécurité transfusionnelle, 23 octobre 2012, n°39-40, p26
12. Chaibriant H., Cas de contamination post-transfusionnelle par le VIH - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 2002 [Internet]. [cité 27 juill 2013].
Disponible sur: www.ansm.sante.fr
13. InVS, BEH L'infection à VIH-sida en France en 2009-2011: découverte de séropositivité, admission en ALD et pathologies inaugurales de sida, 29 novembre 2011/n°43-44, p20
14. Ministère de la santé et de sports, Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014, p 266

15. Le débat sur le don du sang des homosexuels relancé | Actualité | LeFigaro.fr - Santé
[Internet]. [cité 5 sept 2013].
Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/07/17/20994-debat-sur-don-sang-homosexuels-relance>
16. Ministère des affaires sociales et de la santé, Morlat P., Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts, p478, ISBN 978-2-11-009563-3
17. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et groupe KABP, Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010, décembre 2011
[Internet]. [cité 17 juin 2013].
Disponible sur:
http://www.anrs.fr/content/download/3953/21176/file/rapport_KABP_2011.pdf
18. OMS | L'OMS et l'ONUSIDA rendent publiques les recommandations d'une consultation d'experts sur la circoncision pour la prévention du VIH
[Internet]. [cité 5 sept 2013].
Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr10/fr/>
19. HAL-SHS, L'Affaire du sang contaminé (1983-2003)
[Internet]. [cité 20 nov 2013].
Disponible sur: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00581650/>
20. Inpes, Gautier A., Baromètre santé médecins généralistes 2009, p258
ISBN 978-2-9161-9224-6
21. Démographie Médicale Parisienne | Conseil de paris
[Internet]. [cité 12 nov 2013].
Disponible sur: <http://www.conseil75.ordre.medecin.fr/demographie-parisienne-40>
22. Atelier parisien d'urbanisme, La population étrangère à Paris, Eléments de diagnostic sociodémographique à partir des données du recensement, Octobre 2002, p 107
23. ANRS, INSERM, Yazdanpanah Y., Champenois K., Etude opportunités manquées
[Internet]. [cité 12 nov 2013].
Disponible sur: www.anrs.fr
24. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *Aids*. 2007;21(12):1617-24.
25. Merouane S., Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage systématique du VIH en Médecine générale, p92, thèse de doctorat en médecine, Paris 6, 2012, n°2012PA06G034
26. Communiqué de Presse du Conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants, Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté. Vincennes, 16 Janvier 2012
Disponible sur : www.cnge.fr
27. Beyssac L. et all, Identification des freins à la prescription du test de dépistage de l'infection au VIH par les sages-femmes et médecins en Guadeloupe, *Journal de Gynécologie et Obstétrique et Biologie de la reproduction* (2012) 41, 657-663
28. Bayer R, Oppenheimer GM. Routine HIV Testing, Public Health, and the USPSTF — An End to the Debate. *N Engl J Med*. 7 mars 2013;368(10):881-884.
29. Sison N, Yolken A, Poceta J, Mena L, Chan PA, Barnes A, et al. Healthcare Provider Attitudes, Practices, and Recommendations for Enhancing Routine HIV Testing and Linkage to Care in the Mississippi Delta Region. *AIDS Patient Care STDs*. sept 2013;27(9):511-517.

30. Shirreffs A, Lee DP, Henry J, Golden MR, Stekler JD. Understanding Barriers to Routine HIV Screening: Knowledge, Attitudes, and Practices of Healthcare Providers in King County, Washington. Woo PC, éditeur. PLoS ONE. 6 sept 2012;7(9):e44417.
31. Johnson CV, Mimiaga MJ, Reisner SL, VanDerwarker R, Mayer KH. Barriers and Facilitators to Routine HIV Testing: Perceptions from Massachusetts Community Health Center Personnel. AIDS Patient Care STDs. nov 2011;25(11):647-655.
32. Donguy E., Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale? Représentation des patients, p96, thèse de doctorat en médecine, Paris 5, 2012,
33. OMS, Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine, série de Rapports techniques, n°572, Genève 1975.

Annexe 1 : le questionnaire

Informations Générales :

1) Age :

40 ans et moins

41-50 ans

51 ans et plus

2) Sexe :

femme, homme

3) Arrondissement d'exercice :

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

4) Secteur d'exercice :

1 ou 2

5) Travaillez-vous en collaboration avec une des facultés de médecine générale ?

Oui : vous êtes enseignant ? maître de stage ?

Non

6) Combien d'actes pratiquez-vous par jour ?

1 à 20

21 à 30

> 30

7) Pratiquez-vous un mode d'exercice particulier :

Oui : lequel

Homéopathie – mésothérapie – acupuncture – autre (precisez)

Non

8) Quelle part de votre patientèle bénéficie de la couverture médicale universelle?

<5%

5-9%

10-25%

>25%

9) Combien de patients porteurs du VIH avez-vous dans votre patientèle ?

<5

10

20

>20

10) Appartenez-vous à un réseau VIH ?

oui

non

11) Connaissez-vous un spécialiste du VIH ?

Oui
Non

12) Vous est-il déjà arrivé de prescrire des antirétroviraux ?

oui
non

Prévention VIH :

1) Combien de sérologies HIV avez-vous prescrites dans le dernier mois ?

< 5
5-10
10-15
>15

2) Combien de résultats positifs avez-vous eus parmi les tests de dépistage prescrits en 2012 ?

aucun
un
deux
trois ou plus

3) Dans quel cadre avez-vous prescrit la dernière sérologie ?

à la demande du patient
à votre initiative
dans le cadre d'un protocole de dépistage

4) Prescrivez-vous une sérologie VIH devant :

- une IST : systématiquement, souvent, parfois, jamais
- un changement de vie affective : systématiquement, souvent, parfois, jamais
- un patient originaire d'un pays de forte endémie : systématiquement, souvent, parfois, jamais

5) Proposez vous un test de dépistage du VIH à :

- des sujets sans facteurs de risque sans attendre leur demande : systématiquement, souvent, parfois, jamais
- des jeunes ou adultes sexuellement actifs : systématiquement, souvent, parfois, jamais
- des patients n'ayant pas eu de test de dépistage depuis longtemps : systématiquement, souvent, parfois, jamais

6) Considérez-vous que la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle fait partie de votre rôle ?

parfaitement d'accord
moyennement d'accord
pas du tout d'accord

7) Abordez-vous le thème de la sexualité avec vos patients ?

systématiquement / souvent / parfois / jamais

8) Faites-vous du counseling à vos patients (conseils sur la limitation de la prise de risques en matière de VIH) ?

systématiquement / souvent / parfois / jamais

Modification depuis la directive de 2009 :

1) Etes-vous au courant de la directive de l'HAS proposant un dépistage systématique du VIH aux patients de 15 à 70 ans indépendamment de leurs facteurs de risque ?

Oui

Non

En se basant sur les données publiées par le rapport Yeni 2008, l'HAS a publié en 2009 des nouvelles recommandations sur le dépistage du VIH. Il semblerait qu'une part importante des patients infectés sont diagnostiqués tardivement car ils ne se considèrent pas à risque et ne recourent pas spontanément au test de dépistage. L'HAS propose donc la réalisation d'un test de dépistage du VIH à tous les patients de 15 à 70 ans se présentant en cabinet de médecine générale au moins une fois dans leur vie. La nouvelle directive ne modifie pas les consignes de dépistage répété lors des situations à risque et chez les populations à risque.

2) Est-ce que cette recommandation vous semble applicable en médecine de ville?

Oui

Non

3) Pensez-vous que cette directive puisse améliorer la prévention et le dépistage du VIH?

Oui

Non

4) Vous a-t-on proposé une formation pour faciliter l'application de cette directive ?

Oui

Non

5) Vos patients sont-ils au courant de cette nouvelle recommandation ?

Oui

Non

6) Considérez-vous que cette directive a modifié votre pratique quotidienne ?

Pas du tout d'accord

Plutôt d'accord

Complètement d'accord

7) Y-a-t-il eu une augmentation dans votre prescription des tests de dépistage depuis la diffusion de cette directive?

Oui

Non

8) Est-ce que cette recommandation a facilité l'abord de la prévention du VIH et des conduites à risques?

Oui

Non

9) Le thème de la sexualité est-il plus facilement abordé depuis cette recommandation ?

Oui

Non

Commentaires libres : ...

Annexe 2 : lettre accompagnant le questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Valentina Rocchetti, je suis interne en 3^{ème} année de DES de médecine générale et je vous contacte suite à l'entretien téléphonique que nous avons eu dans le cadre de mon projet de thèse sur « la prévention et le dépistage de l'infection par le VIH dans les cabinets de médecine générale parisiens ». Le projet se fait sous la direction du Pr Viard, du Centre de Diagnostic et de Thérapeutique de l'Hôtel Dieu

Merci de m'avoir consacré quelques minutes de votre temps et de m'avoir donné votre adresse mail, qui ne sera pas réutilisée en dehors de ce projet de recherche.

Pour que mon projet aboutisse, j'ai besoin de votre aide et de votre participation.

Le projet de l'étude consiste à évaluer les pratiques actuelles des médecins généralistes parisiens en matière de prévention du VIH et les éventuelles modifications apportées par les nouvelles recommandations proposées par l'HAS en 2009. Pour remplir cet objectif il est nécessaire que les médecins généralistes parisiens répondent au questionnaire électronique spécialement conçu.

Je vous envoie par la présente l'adresse du questionnaire électronique (voir lien ci-dessous) auquel vous pouvez répondre en quelques minutes. Le renvoi du questionnaire rempli se fait de façon automatique, vous n'aurez donc pas à me renvoyer un mail de réponse.

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJ5N3RTRDc1dURGSkU5T3JxSXFOUnc6MQ>

Je compte donc sur vous pour votre aide! En cas de non réponse, je me permettrais de vous renvoyer un mail pour vous rappeler l'étude en cours.

Bien entendu, si cela vous intéresse, je vous transmettrai par mail, les résultats de l'étude une fois terminée.

Encore merci pour votre participation,
Avec mes meilleures salutations,

Valentina Rocchetti

Valentina Rocchetti
3^{ème} année DES de médecine générale
N° étudiant : 20305077
Université Paris Descartes
tel : 06 28 28 00 34

Annexe 3 : l'email de relance

Bonjour,

Je me permets de revenir vers vous car je n'ai pas reçu votre réponse au questionnaire pour ma thèse (La prévention et le dépistage de l'infection par le VIH dans les cabinets de médecine générale parisiens). **Si vous avez déjà répondu au questionnaire, je vous prie de m'excuser pour ce nouveau mail et de ne pas en tenir compte.**

Il suffit de cliquer sur le link sous-jacent pour que le questionnaire s'affiche. Le questionnaire est vraiment court : cela ne vous prendra pas plus de 5 minutes pour le remplir. La réussite de ma thèse dépend de vous.

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJ5N3RTRDc1dURGSkU5T3JxSXFOUnc6MQ>

Je vous remercie encore de votre compréhension et de votre aide.

Cordialement,

Valentina Rocchetti

Valentina Rocchetti

3^{ème} année DES de médecine générale

N° étudiant : 20305077

Université Paris Descartes

tel : 06 28 28 00 34

valerocchetti@yahoo.fr

Annexe 4 : Analyse statistique et Test du Chi2

Age	Nombre de sérologies prescrites						TOTAL
	<5	<5	>15	10 à 15	5 à 10	X	
>50 ans	96	20	30	30	121	2	299
40 ans et moins	5		11	12	17		45
40 et moins					1		1
41-50	1		1				2
41-50 ans	14		9	8	26		57
X	2			1			3
Total	118	20	51	51	165	2	407

Probabilité du Chi2	0,000203284
Valeur du Chi2	17,00181265
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Age	Nombre de sérologies positives				TOTAL
	0	1	2	3 ou +	
>50 ans	190	52	31	26	299
40 ans et moins	26	12	5	3	46
41-50		2			2
41-50 ans	30	12	10	5	57
X	2			1	3
Total général	248	78	46	35	407

Probabilité du Chi2	0,299029607
Valeur du Chi2	2,414425379
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Age	Médecins au courant de la nouvelle recommandation sur le VIH			TOTAL
	NON	OUI	X	
>50 ans	159	138	2	299
40 ans et moins	27	18		45
40 et moins		1		1
41-50	1	1		2
41-50 ans	33	24		57
X	2	1		3
Total	222	183	2	407

Probabilité du Chi2	0,717875646
Valeur du Chi2	0,662917839
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Secteur d'installation	Nombre de sérologies prescrites						TOTAL
	<5	<5	>15	10 à 15	5 à 10	X	
1	59	9	38	41	113	1	261
2	57	10	12	10	51		140
NC	2	1	1		1	1	6
Total	118	20	51	51	165	2	407

Probabilité du Chi2	8,19025E-05
Valeur du Chi2	18,81996154
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Secteur d'installation	Nombre de sérologies positives				TOTAL
	0	1	2	3 ou +	
1	144	53	39	25	261
2	99	24	7	10	140
NC	5	1			6
Total	248	78	46	35	407

Probabilité du Chi2	0,005641553
Valeur du Chi2	10,35519173
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Secteur d'installation	Médecins au courant de la nouvelle recommandation sur le VIH			TOTAL
	NON	OUI	X	
1	148	112	1	261
2	71	69		140
NC	3	2	1	6
Total	222	183	2	407

Probabilité du Chi2	0,234068538
Valeur du Chi2	2,904282617
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Sexe	Nombre de sérologies prescrites						TOTAL
	<5	<5	5 à 10	10 à 15	>15	X	
Femme	30	7	71	15	20		143
Homme	87	13	93	35	31	2	261
X	1			1			2
(vide)			1				1
Total	118	20	165	51	51	2	407

Probabilité du Chi2	0,022056059
Valeur du Chi2	7,628335887
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Sexe	Nombre de sérologies positives				TOTAL
	0	1	2	3 ou +	
Femme	86	30	17	10	143
Homme	160	48	29	24	261
X	1			1	2
(vide)	1				1
Total	248	78	46	35	407

Probabilité du Chi2	0,819994501
Valeur du Chi2	0,396915289
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Sexe	Médecins au courant de la nouvelle recommandation sur le VIH			TOTAL
	NON	OUI	X	
Femme	77	66		143
Homme	143	116	2	261
X	1	1		2
(vide)	1			1
Total	222	183	2	407

Probabilité du Chi2	0,792203567
Valeur du Chi2	0,465873781
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Proportion de patients inscrits à la CMU	Nombre de sérologies prescrites						TOTAL
	<5	<5	5 à 10	10 à 15	>15	X	
< 5%	62	7	71	13	20	1	174
<5%			2				2
>25%	6	2	11	5	5		29
10-25%	23	2	27	15	9		76
5-9%	25	7	50	17	17		116
X						1	1
(vide)	2	2	4	1			9
Total	118	20	165	51	51	2	407

Probabilité du Chi2	0,172234215
Valeur du Chi2	3,517800028
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Proportion de patients inscrits à la CMU	Nombre de sérologies positives				TOTAL
	0	1	2	3 ou +	
< 5%	121	28	15	12	176
5-9%	67	23	15	11	116
10-25%	41	17	13	5	76
>25%	12	9	2	6	29
X	1				1
(vide)	6	1	1	1	9
Total	248	78	46	35	407

Probabilité du Chi2	0,074130185
Valeur du Chi2	5,203864947
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Proportion de patients inscrits à la CMU	Médecins au courant de la nouvelle recommandation sur le VIH			TOTAL
	NON	OUI	X	
< 5%	94	81	1	176
>25%	20	9		29
10-25%	44	32		76
5-9%	59	57		116
X			1	1
(vide)	5	4		9
Total	222	183	2	407

Probabilité du Chi2	0,326951936
Valeur du Chi2	2,235884207
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Collaboration avec une faculté de médecine	Nombre de sérologies prescrites					TOTAL
	<5	<5	5 à 10	10 à 15	>15	
Non	92	19	132	41	35	319
Oui	25	1	33	10	16	85
Total	117	20	165	51	51	404

Probabilité du Chi2	0,284066063
Valeur du Chi2	2,517096902
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Collaboration avec une faculté de médecine	Nombre de sérologies positives				TOTAL
	0	1	2	3 o +	
Non	201	57	34	29	321
Oui	46	21	12	6	85
X	1				1
Total	248	78	46	35	407

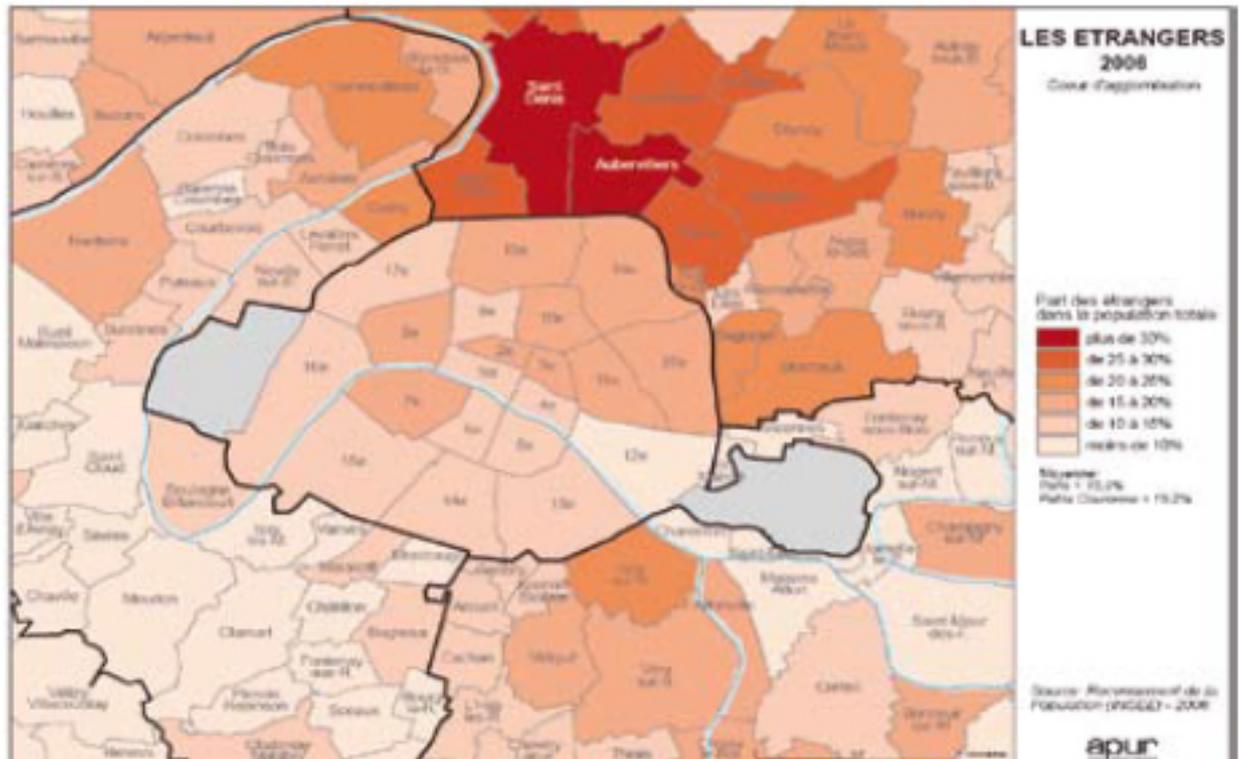
Probabilité du Chi2	0,317067965
Valeur du Chi2	2,297278255
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Collaboration avec une faculté de médecine	Médecins au courant de la nouvelle recommandation sur le VIH			TOTAL
	NON	OUI	X	
Non	185	134	2	321
Oui	37	48		85
X		1		1
Total	222	183	2	407

Probabilité du Chi2	0,017234411
Valeur du Chi2	8,121694521
Valeur du Chi2 (5%)	5,991464547

Annexe 5 : Répartition des étrangers à Paris

Part des étrangers à Paris (Source INSEE 2006)



RESUME :

Objectif : Evaluation des pratiques de dépistage de l'infection par le VIH des médecins généralistes installés à Paris en 2013 et recherche des modifications depuis la parution en 2009 de la recommandation par l'HAS du dépistage systématique de l'infection de tous les patients de 15 à 70 ans indépendamment des facteurs de risque en plus du dépistage ciblé.

Méthode : De janvier à avril 2013, après accord téléphonique, les médecins généralistes parisiens ont répondu à un questionnaire à réponses fermées par mail ou courrier. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Excel et le Test du Chi 2.

Résultats : 407 réponses ont été obtenues. A part les infections sexuellement transmissibles, les médecins n'identifiaient pas toujours les situations à risque. Les pratiques différaient selon les arrondissements. Les médecins du 1^{er} arrondissement et ceux du nord-est de Paris étaient plus confrontés à l'infection par le VIH que leurs confrères. Les stratégies de dépistage variaient en fonction des caractéristiques démographiques des médecins (âge et sexe) et de leur type d'exercice (secteur d'affiliation à la sécurité sociale). Seuls 45% des médecins sont au courant de la recommandation sur le dépistage systématique de l'infection par le VIH. La collaboration avec une faculté de médecine était un facteur associé à la connaissance de la recommandation.

Conclusion : Les médecins généralistes parisiens n'ont pas modifié leur pratique de dépistage depuis la publication de la nouvelle stratégie de dépistage. Une réévaluation des méthodes de diffusion des recommandations semble nécessaire.

TITLE : HIV infection screening by Paris' general practitioners' office in 2013. An epidemiological and observational study.

ABSTRACT :

Background : Evaluation of Paris general practitioners' screening strategies for HIV infection in 2013. We wanted to evaluate the modifications since the publication of the 2009 new French guidelines : routine HIV testing for all patients from 15 to 70 years old, independently of the risk factors.

Methods : From January to April 2013, after phone agreement, Paris general practitioners answered to a closed-ended questionnaire by mail or email. The statistical analysis has been done with Excel software and Chi square Test.

Results : We have collected 407 answers. Except for sexually transmitted infections general practitioners did not always recognize the situations needing a HIV screening test. The attitude varied between Paris' districts. Doctors working in the 1st district and in Paris' north-east were facing HIV infections more often than their colleagues, were more prone to propose screening and got positive results more often. Attitudes towards HIV testing also differed according to the practitioners' age and sex and their type of practice : . Only 45% of the general practitioners were aware of the new French guidelines about routine HIV testing. Collaboration with a medical university was associated with the knowledge of the new French guidelines.

Conclusion : Screening strategies among Paris' general practitioners depend on their demographic features, the area and the type of practice. They have not changed since the publication of the 2009 French guidelines. The reevaluation of the dissemination methods of those guidelines seems to be necessary.

Médecine Générale

Mots Clefs : Dépistage systématique, VIH, Médecine Générale, Paris, HIV seropositivity, routine testing, General Practice

UFR Paris Descartes (Paris 5), 12 rue de l'Ecole de Médecine, 75270 Paris Cedex 06