Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale ? Représentations des patients

Elsa Donguy

▶ **To cite this version:**

Elsa Donguy. Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale ? Représentations des patients. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01471577

HAL Id: dumas-01471577

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01471577

Submitted on 20 Feb 2017

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.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012 N° 151

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale ? Représentations des patients

Présentée et soutenue publiquement
le 16 octobre 2012

Par

Elsa DONGUY

Née le 11 décembre 1982 à Clamart (92)

Dirigée et présidée par M. Le Professeur Philippe Jaury

Jury :

Mme Le Professeur Anne-Claude Crémieux
M. Le Professeur Henri Partouche
M. Le Docteur Jonas Bantsimba

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

AVANT PROPOS - REMERCIEMENTS

- Au Professeur Jaury, pour sa relecture et ses conseils tout au long de la rédaction de ma thèse
- Aux Professeurs Crémieux et Partouche, d'avoir accepté de faire partie de ce jury
- Au Docteur Bantsimba, d'avoir accepté de faire partie de ce jury, pour ses encouragements et tous ses précieux conseils pendant les visites
- A Guillaume, pour m'avoir soutenue, avoir su me motiver pendant toutes ces années et avoir embelli ma vie
- A Gabin, pour ses sourires et l'amour qu'il porte à sa maman au quotidien
- A Camille, pour m'avoir encouragée, m'avoir aidée à m'organiser et tout simplement pour son amitié
- A ma maman, pour sa relecture attentionnée et pour m'avoir soutenue tout au long de mes études. C'est un peu sa thèse aussi.
- A Rémy pour m'avoir aidée à élaborer le questionnaire, à Jean François pour m'avoir réconciliée avec les statistiques et à Pierre pour son bilinguisme
- A mon père, François, Mamie et ma belle famille, pour être tout simplement là
- Aux médecins généralistes, pour m'avoir accueillie dans leur cabinet médical et aux patients, pour avoir répondu aux questionnaires
- A tous les autres…

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS **8**

LISTE DES ABREVIATIONS **10**

1. INTRODUCTION **11**

2. EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION PAR LE VIH : EPIDEMIE NON CONTRÔLEE **13**

2-1. EPIDEMIOLOGIE DANS LE MONDE 13

2-2. EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE 14

2-3. EPIDEMIOLOGIE EN ILE DE FRANCE 19

3. DEPISTAGE DU VIH EN FRANCE **21**

3-1. INTRODUCTION ET EPIDEMIOLOGIE 21

3-2. METHODES DE DEPISTAGE 22

3-3. RÔLE DES CDAG 28

3-4. COMPORTEMENT DE LA POPULATION FACE AU DEPISTAGE DU VIH 28

3-5. QUELS SONT LES PROBLEMES DU DEPISTAGE DU VIH EN FRANCE ? 31

3-6. CONCLUSION 33

4. L'ABORD DE LA SEXUALITE EST PRIMORDIAL POUR LE DEPISTAGE ET LA PREVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET EN PARTICULIER POUR LE VIH **35**

4-1. LES MOYENS DE PREVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 35

4-2. SEXUALITE ET MEDECINE 37

4-2-1. INTRODUCTION 37

4-2-2. MODIFICATIONS DES COMPORTEMENTS SEXUELS DE LA POPULATION 38

4-2-3. LES DIFFICULTES DES MEDECINS A PARLER DE SEXUALITE 39

4-3. LES DIFFERENTS MOYENS DE PREVENTION DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE 39

5. LE RÔLE DU MEDECIN TRAITANT DANS LE DEPISTAGE ET LA PREVENTION DU VIH **41**

5-1. LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS 41

5-2. CE QU'EN PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES 41

5-2-1. TEST DE DEPISTAGE DU VIH ET MEDECINE GENERALE 41

5-2-2. SEXUALITE ET MEDECINE GENERALE 43

5-2-3. CONCLUSION 44
5-3. CE QU'EN PENSENT LES PATIENTS 45
5-4. CONCLUSION 46
6. MATERIELS ET METHODES 47
6-1. OBJECTIFS DE L'ETUDE 47
6-2. MATERIELS 47
6-3. METHODES 49
6-4. SAISIE ET ANALYSES DES DONNEES 50
7. RESULTATS 51
7-1. LES MEDECINS GENERALISTES 51
7-2. LE PROFIL DES REPONDANTS 51
7-3. LA RELATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT 55
7-4. ABORD DE LA SEXUALITE AVEC LE MEDECIN TRAITANT 56
7-4-1. AVEZ-VOUS DEJA PARLE DE SEXUALITE AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT ? 56
7-4-2. SOUHAITERIEZ-VOUS PARLER PLUS SOUVENT DE SEXUALITE AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT ? 57
7-4-3. PENSEZ-VOUS QUE C'EST AU MEDECIN TRAITANT D'ABORDER LE SUJET DE LA SEXUALITE EN PREMIER ? 60
7-5. LES PRATIQUES DU DEPISTAGE DU VIH 61
7-5-1. ACCEPTERIEZ-VOUS QUE VOTRE MEDECIN TRAITANT VOUS PROPOSE SYSTEMATIQUEMENT UN TEST DE DEPISTAGE DU VIH LORS D'UNE PRISE DE SANG DE ROUTINE ? 61
7-5-2. AVEZ-VOUS DEJA FAIT UN TEST DE DEPISTAGE DU VIH ? 62
7-5-3. ACCEPTERIEZ-VOUS DE REALISER UN TROD DU VIH ? 66
7-6. LES CONNAISSANCES SUR LES IST 67
7-6-1. LES MOYENS D'INFORMATION LES PLUS EFFICACES SUR LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE DES IST 67
7-6-2. AVIS DES REPONDANTS SUR LES IST 68
8. DISCUSSION 69
8-1. QUALITES ET BIAIS DE L'ETUDE 69
8-1-1. COMPARAISON AUX DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES 69
8-1-2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE 72
8-1-3. QUALITES DE L'ETUDE 72
8-2. LES PRATIQUES DE DEPISTAGE DU VIH 73
8-2-1. LES COMPORTEMENTS VARIENT EN FONCTION DES SITUATIONS 73

8-2-2. LES MODALITES DE DEPISTAGE 75
8-3. L'ACCEPTATION DU TEST DE DEPISTAGE DU VIH 76
8-3-1. DEPISTAGE SYSTEMATIQUE 76
8-3-2. TROD 77
8-4. L'ABORD DE LA SEXUALITE EN CABINET DE MEDECINE GENERALE 78
8-5. AVIS DES PATIENTS SUR LES IST 81
8-6. MISE EN COMMUN AVEC LA THESE DE CAMILLE CHARPENTIER 82
8-7. QUELLES SONT LES SOLUTIONS EN PRATIQUE ? 83
9. CONCLUSION 85
BIBLIOGRAPHIE 87
ANNEXES 91
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRES DESTINES AUX PATIENTS 91
ANNEXE 2 : LETTRE EXPLICATIVE DESTINEE AUX MEDECINS 95

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I. Caractéristiques de la population d'étude 54
Tableau II. Les raisons pour ne pas avoir parlé de sexualité 56
Tableau III. Réponses à la question : « Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre médecin traitant? », en fonction des caractéristiques des répondants 57
Tableau IV. Réponses à la question : « Souhaiteriez-vous parler plus souvent de sexualité avec votre médecin traitant ? », en fonction des caractéristiques des répondants 58
Tableau V. Caractéristiques des patients souhaitant parler plus souvent de sexualité avec leur médecin traitant 59
Tableau VI. Réponses à la question : « Pensez vous que c'est au médecin d'aborder le sujet de la sexualité en premier ? », en fonction des caractéristiques des répondants 60
Tableau VII. Les raisons de refuser le test de dépistage systématique 62
Tableau VIII. Réponses à la question : « Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ? », en fonction des caractéristiques des patients 64
Tableau IX. Les occasions pour faire un test de dépistage du VIH 65
Tableau X. Réponses à la question 12 : « Accepteriez-vous un test de dépistage systématique du VIH dans un bilan de routine ? » et à la question 14 : « Accepteriez-vous de réaliser un TROD au cabinet de votre médecin s'il vous le proposait ? », en fonction des caractéristiques des patients 66
Tableau XI. Les moyens d'information les plus efficaces sur la prévention et le dépistage des IST 67
Tableau XII. Les moyens d'information les plus efficaces en fonction des différentes tranches d'âge 68
Tableau XIII. Répartition en fonction du sexe et comparaison aux données de recensement en Ile de France en 2009 69
Tableau XIV. Répartition en fonction des tranches d'âge et comparaison aux données de recensement en Ile de France en 2009 70
Tableau XV. Répartition en fonction de la CSP et comparaison aux données de recensement en Ile de France en 2009 70
Tableau XVI. Répartition en fonction du statut matrimonial et comparaison aux données de recensement en Ile de France en 2009 71

Liste des figures

Figure 1. Répartition de la population en fonction des âges 52
Figure 2. Répartition de la population en fonction de la catégorie socioprofessionnelle 53
Figure 3. Acceptation par les patients du test de dépistage du VIH systématique..... 61
Figure 4. Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ?..... 62
Figure 5. Réponses à la question : « Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ? », en fonction des âges 63
Figure 6. Les intermédiaires des tests de dépistage..... 64
Figure 7. Réponses à la question : « Qui a proposé de faire le test de dépistage du VIH ? » . 65

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD: Affection de longue durée

AME: Aide Médicale d'État

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

ARV: Antirétroviral

BEH: Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CDC: Center for Disease Control

CDAG: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CMU: Couverture Maladie Universelle

CNS: Conseil National du SIDA

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

CSPI : Catégorie socioprofessionnelle intermédiaire

CSPS : Catégorie socioprofessionnelle supérieure

HAS: Haute Autorité de Santé

HSH: Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IDF: Ile-de-France

INPES: Institut National de prévention et d'éducation pour la santé

InVS: Institut de Veille Sanitaire

IST: Infection Sexuellement Transmissible

MT : Médecin Traitant

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ORS: Observatoire Régional de Santé

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TROD: Test rapide d'orientation diagnostique

UDI: Utilisateur de Drogue par voie Intraveineuse

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

En 2010, 150 000 personnes sont infectées par le VIH en France avec un nombre de nouveaux cas stables chaque année et un retard de diagnostic important. Depuis plusieurs années, les autorités médicales s'alertent sur ces chiffres. Il a donc été décidé, depuis 2009, d'encourager fortement le dépistage, afin de diminuer le retard de diagnostic. Le rapport Yeni 2010 [1], recommande d'élargir le dépistage à l'ensemble de la population et de proposer des dépistages systématiques, même en l'absence de facteurs de risque. En rendant ce diagnostic systématique, les autorités médicales espèrent une meilleure acceptation de la part des patients et une moindre stigmatisation.

Le médecin généraliste se situe donc, en première ligne, pour effectuer ce dépistage systématique. Le dépistage et la prévention font partie des rôles du médecin généraliste, et sont régulièrement effectués pour un grand nombre de pathologies. Pour dépister le VIH, il est nécessaire de faire de la prévention des comportements sexuels. La sexualité est évoquée régulièrement dans différents médias mais elle est plus difficile à aborder en consultation. L'abord de la sexualité au cabinet médical est primordial pour modifier les comportements à risque de la population, en amont, et permettre une prise de conscience, dans une époque où la sexualité est omniprésente.

Nous nous intéresserons, en premier lieu, à l'épidémiologie du VIH en France, nous ferons un point sur les différentes recommandations récentes sur le VIH et sur les différents moyens de dépistage. Puis nous aborderons plus précisément, le rôle du médecin généraliste dans cette nouvelle campagne, l'avis des médecins et celui des patients.

Par la suite, nous aborderons la sexualité à travers une revue de la littérature, afin d'évaluer les différents obstacles à l'abord de la sexualité en médecine de ville, selon les médecins et selon les patients. Puis, nous exposerons les différentes solutions pour aborder la sexualité au cabinet médical.

Dans ce contexte, un questionnaire a été distribué dans différentes salles d'attente en Ile de France, afin de décrire ce que pensent et souhaitent les patients sur le dépistage du VIH (intérêts, modalités, utilité…) et sur l'abord de la sexualité en consultation (rôle du médecin de famille, modalités pour aborder le sujet, gêne du patient ou du médecin…). Parallèlement, une autre thèse a été effectuée par Camille Charpentier sur l'expérience des médecins au sujet du dépistage du VIH, à travers des entretiens qualitatifs.

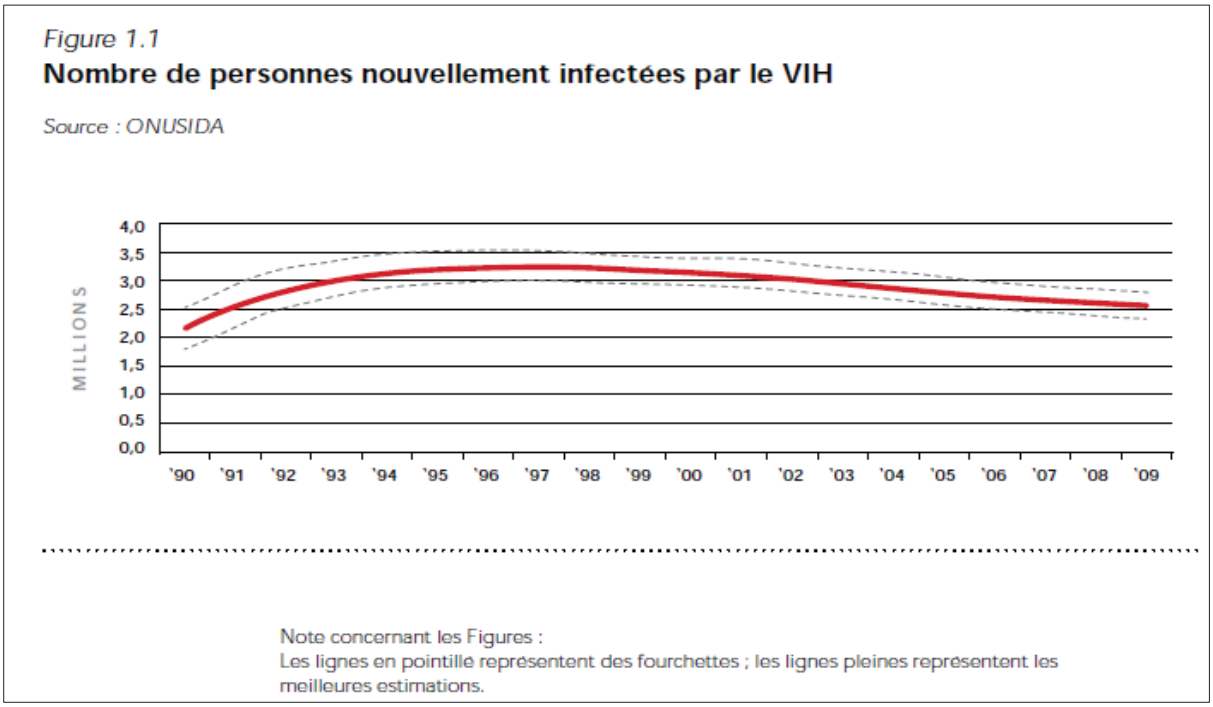
Chaque patient est différent et n'a pas les mêmes attentes, il a donc été décidé d'interroger la patientèle de plusieurs médecins pour obtenir un large panel de la population résidant en France. L'objectif est d'identifier et de décrire les problèmes liés à l'accès au dépistage du VIH et à l'abord de la sexualité, pour mettre à jour les difficultés des médecins et proposer des solutions pour faciliter le dépistage au quotidien et les adapter en fonction des patients.

2. EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION PAR LE VIH : EPIDEMIE NON CONTRÔLEE

Le VIH/SIDA est un problème de santé publique dans le monde, mais aussi en France. Un plan de lutte national contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014 a donc été élaboré [2]. Grâce à la notification obligatoire et anonyme des diagnostics d'infection par le VIH depuis 2003, on a pu connaître le nombre de personnes découvrant leur séropositivité, suivre leur évolution et estimer l'incidence du VIH. Les cas de SIDA sont déclarés de manière obligatoire depuis 1986, ce qui permet ainsi, d'estimer le nombre de personnes n'ayant pas eu accès au dépistage précocement.

2-1. EPIDEMIOLOGIE DANS LE MONDE [3] (source ONUSIDA 2010)

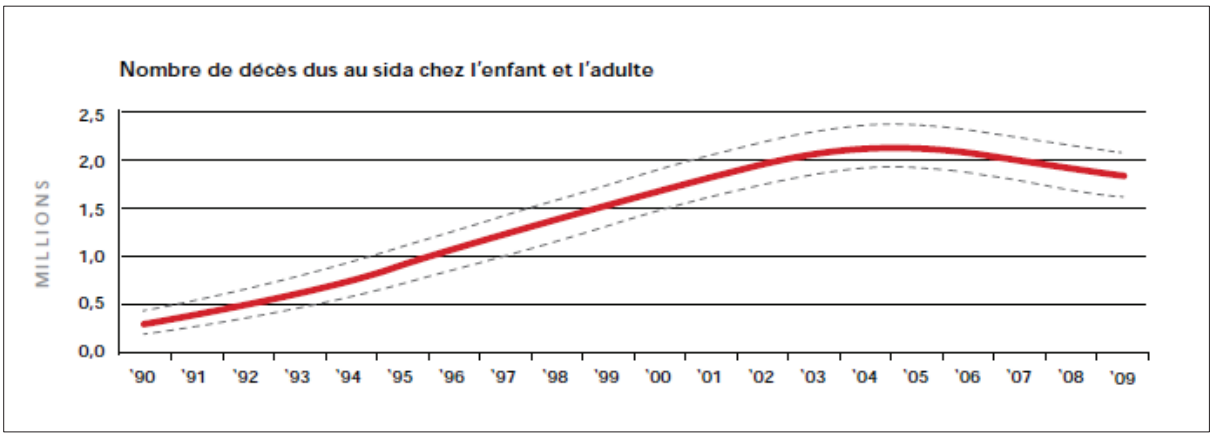
On estime, dans le monde en 2009, à 33,3 millions [31,4-35,3 millions], le nombre de personnes vivant avec le VIH, dont 22,5 millions [20,9-24,2 millions] en Afrique sub saharienne. L'incidence est estimée à 7000 nouveaux cas par jour en 2009.



[3] Sida- Feuille de résultats: Vue d'ensemble: rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010

Le nombre de nouvelles infections a reculé de 19% depuis 1999 grâce, en partie, au développement de l'accès aux antirétroviraux dans les pays à revenus faibles.
En 2009, 36% des personnes nécessitant un traitement ont reçu un traitement ARV dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires.
Un des principaux objectifs est d'éliminer la transmission materno-fœtale.

Figure 1.2
Évolution mondiale du VIH, de 1990 à 2009
Source : ONUSIDA



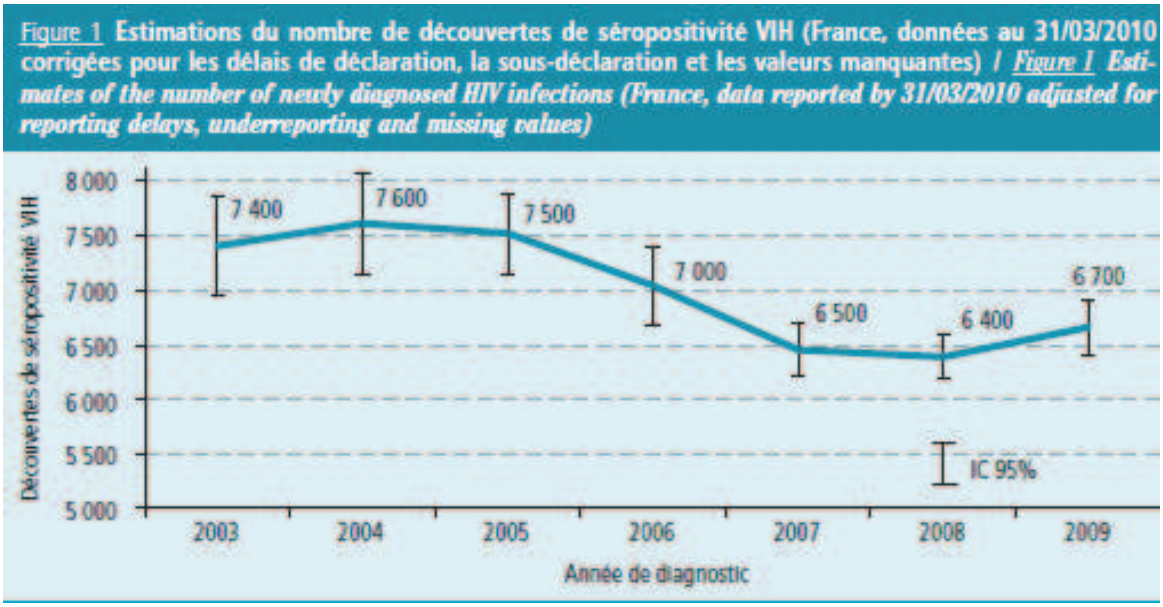
[3] Sida- Feuille de résultats: Vue d'ensemble: rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010.

Malgré des chiffres en baisse, l'épidémie est toujours très présente avec des taux élevés de mortalité et de nouvelles contaminations. Les accès aux soins, au dépistage et surtout au traitement sont insuffisants.

2-2. EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE [1] (Rapport Yeni 2010)

En 2010, 152000 [135000-170000] personnes sont infectées par le VIH en France. Le nombre de personnes découvrant leur séropositivité en 2009, est estimé à 6700 avec un intervalle de confiance de 95%. Ce chiffre, après avoir baissé en 2007, ré-augmente en 2009 de façon non significative. [4]
Le nombre de nouvelles contaminations est estimé entre 7000 et 8000 par an en 2010. Pour réduire le retard de dépistage, le rapport (nombre de découvertes de séropositivité/nombre de nouvelles contaminations) doit être supérieur à 1. Le nombre de découvertes de séropositivité est donc insuffisant pour permettre la diminution du nombre de personnes infectées ignorant leur infection.

En 2008, plus de la moitié des personnes découvrant leur séropositivité, ont été contaminées par des rapports hétérosexuels.



[4] Cazein F, Lot F, Pillonel J et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. BEH 45-46 / 30 novembre 2010 p. 467-472.

Un grand retard de diagnostic :

On estime à 50 000 [32 000-68 000], le nombre de personnes ignorant leur infection. Ce manque de dépistage entraine un retard de traitement et un risque de transmission plus élevé. Un tiers des patients infectés, découvrent leur séropositivité tardivement. La découverte tardive augmente le risque de décès.

En 2008, le nombre médian de lymphocytes CD4 lors de la prise en charge à l'hôpital est de 359/mm3. En 2008, 29% des patients pris en charge, ont le SIDA ou un taux de CD4 inférieur à 200/mm3 (base de données hospitalières sur l'infection par le VIH).

En France, les personnes contaminées par des rapports hétérosexuels risquent d'être diagnostiquées plus tardivement (source ONUSIDA). Seulement 30% des découvertes d'infections par le VIH sont des infections récentes. Elles sont, en majorité, faites dans la population homosexuelle et chez les personnes de nationalité française. 48% des usagers de drogue, 39% des hommes hétérosexuels et 29% des femmes hétérosexuelles sont diagnostiqués tardivement (CD4 inférieurs à 200/mm3) [données de déclaration obligatoire en 2008]. Les dépistages tardifs sont plus fréquents chez les hommes hétérosexuels, de nationalité française ou étrangère. [5] Cette différence est due à la différence de comportement face au dépistage [6] entre les groupes.

Chiffres du SIDA et mortalité :

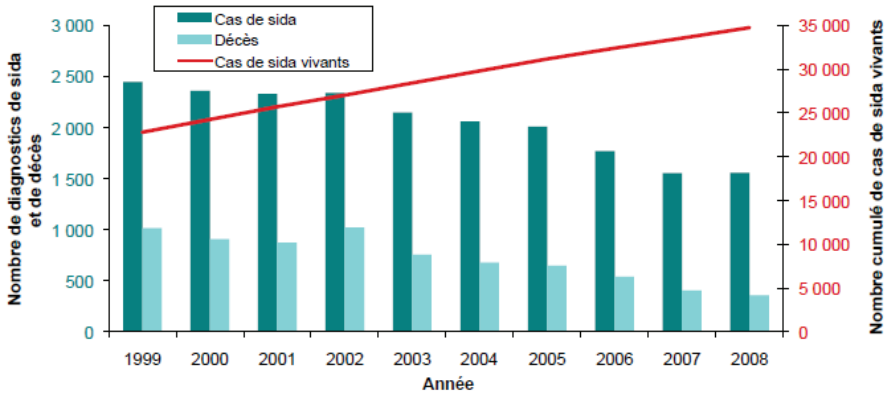
Grâce aux données de déclaration obligatoire, on estime le nombre total de cas de SIDA à 1400 en 2009. Ce chiffre est en baisse. [4]

La mortalité est stable et estimée à 1700 décès chaque année.

Le taux de décès à 4 ans des patients pris en charge tardivement (SIDA ou CD4 inférieur à 200/mm3) est estimé à 13,9% (versus 3% pour les patients dépistés précocement). [7]

Le nombre de patients bénéficiant de l'ALD a augmenté depuis 2006 (89 911 en 2008).

Figure 4. Cas de sida par année de diagnostic, cas de sida décédés par année de décès et cas de sida vivants au 31 décembre de chaque année, France - Données au 31/12/2008 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration



[4] Cazein F, Lot F, Pillonel J et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. BEH 45-46 / 30 novembre 2010 p. 467-472

Caractéristiques des patients dépistés :

Le taux d'incidence des nouvelles contaminations est élevé dans la population homosexuelle, suivi des usagers de drogues, des femmes étrangères, des hommes étrangers, des femmes hétérosexuelles françaises puis des hommes hétérosexuels français. L'incidence globale a diminué depuis 2003, dans l'ensemble des groupes sauf chez les HSH. Il y a des variations importantes de transmission du VIH entre les groupes.

- **Les HSH**

Le nombre de découvertes de séropositivité est stable depuis 2 ans, après avoir augmenté jusqu'en 2006. [5]

Chaque année, on observe un nombre élevé de syphilis, de gonococcies et de lymphogranulomatoses vénériennes rectales chez les HSH, démontrant ainsi qu'il y a une augmentation des pratiques sexuelles à risque.

40 à 50% des nouvelles contaminations se produisent dans ce groupe. Le taux d'incidence estimé par l'InVS est de 10 pour 1000 par an, en 2008. [8]

Ils sont dépistés, plus précocement que les autres groupes. 48% des HSH ont une infection récente dont 21% sont au stade de la primo infection, lors du diagnostic.

L'épidémie semble donc incontrôlée chez les HSH. [8]

- **Les UDI**

On observe une diminution de l'incidence chez les UDI. Le taux d'incidence estimé par l'InVS est de 0,9 pour 1000 par an en 2008. [8] 2% des personnes découvrant leur séropositivité en 2008, ont été contaminées par usage de drogues intraveineuses.
Les programmes de santé, qui ont facilité l'accès au matériel d'injection et le développement des traitements de substitution, ont permis une diminution des nouvelles contaminations. Cependant, ils sont généralement dépistés tardivement.

- **Les femmes**

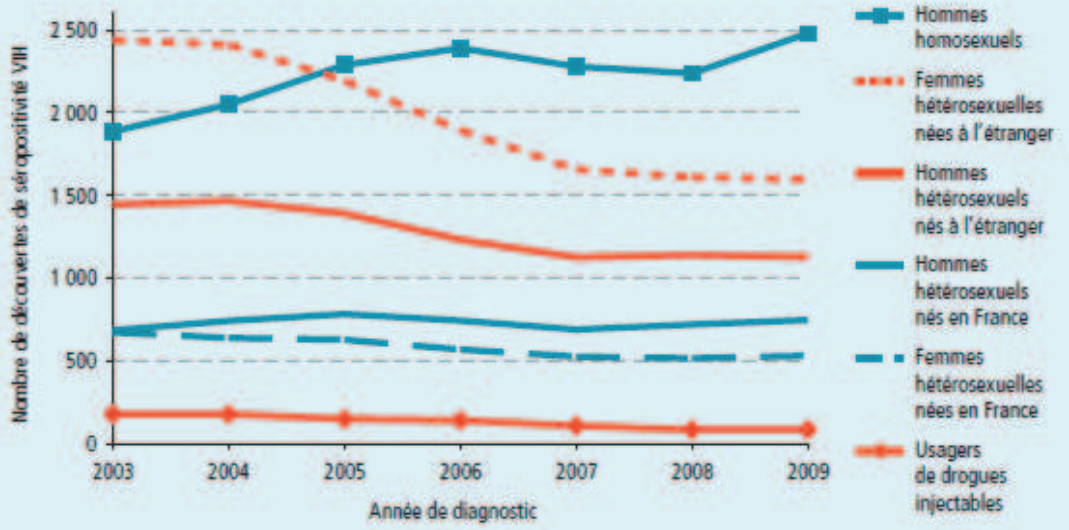
Les personnes découvrant leur séropositivité sont majoritairement et de plus en plus, des hommes (67% des personnes découvrant leur infection par le VIH versus 58% en 2003). Mais l'épidémie se féminise progressivement. Les personnes, contaminées par rapports hétérosexuels sont à 53% des femmes. Chez les personnes de nationalité étrangère, ce sont principalement des femmes qui découvrent leur séropositivité.

- **Les personnes de nationalité étrangère**

La proportion de personnes de nationalité étrangère découvrant leur séropositivité est en baisse mais reste, cependant, très élevée (41 % des découvertes de séropositivité versus 52% en 2003) et principalement chez les personnes originaires d'Afrique sub saharienne. Plus de la moitié des personnes de nationalité étrangère ayant découvert leur séropositivité en 2008, sont des femmes.

Selon les estimations de l'InVS en 2008, le taux d'incidence des femmes hétérosexuelles de nationalité étrangère est de 0,5 pour 1000 par an (0,04 pour 1000 pour les femmes de nationalité française) et de 0,4 pour 1000 par an chez les hommes de nationalité étrangère (0,06 par an chez les hommes hétérosexuels de nationalité française) [8]. Le diagnostic est posé, de plus en plus précocement, dès l'arrivée en France.

Figure 2 **Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, pays de naissance et année de diagnostic (France, données au 31/03/2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) /** Figure 2 ***HIV infections newly diagnosed by transmission group, sex, country of birth and year of diagnosis (France, data reported by 31/03/2010 adjusted for reporting delays, underreporting and missing values)***



[4] Cazein F, Lot F, Pillonel J et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. BEH 45-46 / 30 novembre 2010 p. 467-472

- **Vieillissement de la population atteinte par le VIH**

L'âge moyen de découverte est de 38 ans. Chez les femmes, il est passé de 34 à 36 ans depuis 2003 et chez les hommes, il est stable à 39 ans. La population atteinte est de plus en plus âgée (27,6% des sujets ont plus de 50 ans).

- **Conditions de vie plus précaire dans la population VIH** Enquête ANRS EN 12[9]

Parmi la population infectée par le VIH, les personnes seules avec enfants, les migrants et les femmes, ont les revenus les plus faibles. Le risque d'être sans emploi est 5 fois supérieur à la population générale. Cette différence est principalement due à la perte d'emploi après l'annonce de la maladie. Cependant, il n'existe pas de différence avec la population générale chez les personnes ayant un niveau d'études universitaires.

Le pourcentage de personnes traitées est encore trop faible (57%) et il est insuffisant pour contrôler l'épidémie. Ces résultats associés à la volonté de diminuer la contamination, ont encouragé en 2010, le groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH » sous la direction du Pr Yeni, à proposer un élargissement des indications de traitement. Le traitement est désormais proposé à moins de 500 CD4 par mm3. [1]

Malgré un renforcement de la politique de lutte contre le VIH, de nombreuses données se sont stabilisées, alors qu'elles étaient en baisse en 2006. Ces chiffres montrent que l'épidémie est toujours très active en France et qu'il est nécessaire de renforcer la vigilance.

2-3. EPIDEMIOLOGIE EN ILE DE FRANCE [6]

Il existe des disparités importantes en France. Les régions les plus touchées sont la Guyane, la Guadeloupe et l'Ile-de-France, où le nombre de découvertes de VIH est quatre fois supérieur à celui du reste de la France.

En IDF, le nombre de personne découvrant leur séropositivité est stable et estimé à 2856 [IC 95% : 2721-2992] en 2009.

Les caractéristiques des personnes découvrant leur infection VIH, ont changé depuis 2003. La proportion de contamination par voie homosexuelle a augmenté et en particulier à Paris (33% en 2003 versus 59% en 2010). Inversement, la contamination par voie hétérosexuelle a diminué de 75 à 60%, mais la part des femmes est restée stable.

Le dépistage est effectué plus précocement qu'en 2003. Il y a un nombre élevé de personnes de nationalité étrangère, par rapport au reste de la France (56% versus 22% hors IDF). Ils viennent principalement d'Afrique sub saharienne et en particulier, de Côte d'Ivoire, Cameroun, république du Congo et Mali

Comme dans le reste de la France, 30% des infections sont récentes et surtout, dans le groupe des HSH.

Il existe de grandes disparités entre chaque département en IDF. Les deux départements les plus touchés sont Paris et la Seine Saint Denis.

3. DEPISTAGE DU VIH EN FRANCE

3-1. INTRODUCTION ET EPIDEMIOLOGIE [10]

Lors de l'apparition des premiers tests de dépistage en 1985, les traitements étaient très limités et la morbi-mortalité du VIH importante. Le VIH a donc été stigmatisé et le dépistage est devenu très encadré, avec la nécessité de consentement éclairé et l'importance du respect de la confidentialité.

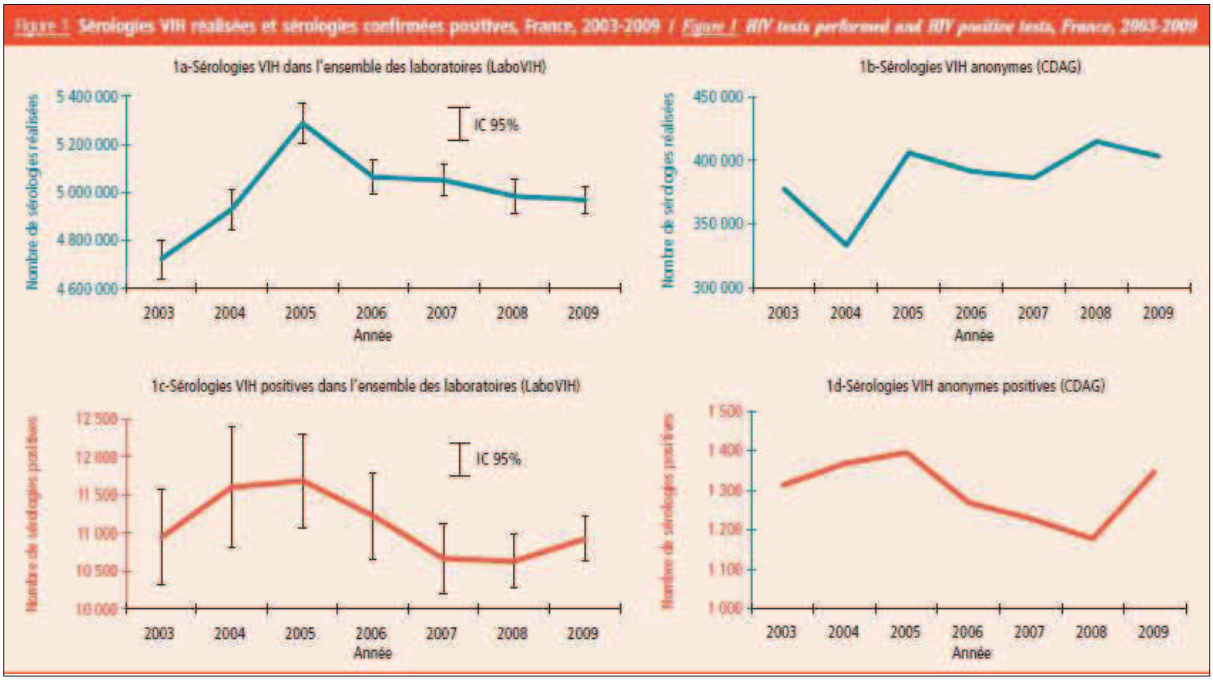
De nos jours, il y a eu un développement important des traitements et l'espérance de vie a augmenté considérablement avec une diminution des cas de SIDA. Le dépistage précoce est donc primordial, car il permet de débuter rapidement un traitement et ainsi d'enrayer l'évolution de l'infection. Il permet aussi d'informer les personnes sur leur statut sérologique, et de les informer de la nécessité d'adapter leur comportement sexuel et de diminuer la transmission sexuelle en proposant un traitement.

En France, on estime à 50 000 [32 000-68 000], le nombre de personnes infectées qui ne connaîtraient pas leur infection. La proportion de personnes dépistées tardivement, est estimée à 29% (CD4 inférieurs à 200/mm3). La découverte tardive de l'infection augmente le risque de mortalité chez les patients.

En métropole, il y a une corrélation entre le nombre de sérologies par habitant et la proportion de diagnostic au stade de primo infection. Cette corrélation suggère que, plus l'activité de dépistage est importante, plus les diagnostics sont précoces.

En France, il y a un nombre élevé de dépistages avec une augmentation entre 2001 et 2006, puis une stabilisation depuis 2006. On compte, environ, 5 millions de tests réalisés par an. Près de la moitié de la population a déjà fait au moins un test de dépistage du VIH [11]. En 2009, le nombre total de sérologies VIH est de 77 pour 1000 habitants dans la population française, avec une prédominance dans les départements français d'Amérique, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et en Ile-de-France. Pour 1000 sérologies réalisées en 2009, la proportion de positives est de 2,2. Mais paradoxalement, on constate un retard de diagnostic car le dépistage n'est pas suffisamment bien réalisé ou est trop tardif.

Dans une étude anglaise, 76,4% des patients d'origine africaine, diagnostiqués tardivement, avaient consulté leur médecin généraliste dans l'année [12]. Cela montre qu'il est difficile d'apprécier les facteurs de risques d'infection par le VIH pour chaque patient.



[10] Cazein F, Le Vu S, Pillonel J et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009. BEH 45-46 / 30 novembre 2010: 451-454

Devant le nombre constant de nouvelles personnes découvrant leur séropositivité chaque année, et la persistance d'un retard de diagnostic, une nouvelle politique de dépistage a été mise en place. Elle était réclamée depuis plusieurs années par le CNS et les associations.

3-2. METHODES DE DEPISTAGE

Cadre du dépistage:

Les principes initiaux du dépistage du VIH en France sont:

- la nécessité d'un consentement éclairé
- l'importance du respect de la confidentialité
- le volontariat
- la nécessité de responsabilisation individuelle dans la démarche de dépistage
- le rôle de l'accompagnement lors de la découverte de l'infection

Auparavant, les pouvoirs publics étaient contre un dépistage systématique en dehors du don de sang, d'organes, du suivi de grossesse et de l'examen prénuptial.

Ces principes pouvaient se justifier par la limitation des bénéfices individuels, en l'absence de traitement efficace, et ainsi évitaient la stigmatisation des personnes infectées.

Avant les nouvelles recommandations, le dépistage du VIH reposait sur une démarche individuelle et volontaire. Il était encadré et suivi par un professionnel de santé et orienté en

fonction des risques de contamination et d'exposition.

Lieux de dépistage

En France, on peut se faire dépister à l'hôpital, en médecine de ville et en centre de dépistage anonyme et gratuit.

On peut obtenir les statistiques de ces différents lieux de dépistage, grâce au recueil des données des CDAG et grâce à un système de surveillance recueillant les données des laboratoires en ville et à l'hôpital (laboVIH).

Les biologistes doivent régulièrement indiquer le nombre de personnes dépistées et le nombre de personnes ayant une sérologie positive pour la première fois.

Quelque soit le lieu, le dépistage du VIH est pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Élargissement de la proposition de dépistage:

L'HAS a émis de nouvelles recommandations en octobre 2009 [13], suite aux avis du CNS [14] et du groupe d'experts du rapport Yeni [1] et propose désormais un dépistage élargi.

Le consentement éclairé est obligatoire car il est nécessaire d'obtenir la compliance totale du patient, en cas de positivité du test.

L'intérêt de l'élargissement du dépistage est de banaliser ce dernier. Le test devra donc être proposé systématiquement, même si le patient ne se sent pas concerné par le dépistage.

Les principes initiaux du dépistage sont inchangés (respect confidentialité, consentement éclairé, gratuité du test, incitation au dépistage volontaire). Seules les indications sont modifiées, pour diminuer la stigmatisation et pour dépister les personnes ne connaissant pas leur infection.

Les indications sont: [13]

- **Dépistage élargi à la population générale**

Le but est de dépister les personnes ne se sentant pas à risque et de diminuer le retard de diagnostic.

L'ensemble de la population de 15 à 70 ans est concerné. En rendant ce dépistage systématique, il sera mieux accepté par les personnes qui ne souhaitent pas aborder la sexualité avec leur médecin ou qui pensent que le VIH concerne uniquement certains groupes de la population.

- Dépistage ciblé et régulier

Le dépistage ciblé doit être renforcé et proposé régulièrement.

Il doit être proposé : [13]

Selon les populations

- Les HSH
- Les personnes hétérosexuelles, ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois
- Les populations des départements français d'Amérique
- Les UDI
- Les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique sub saharienne et des Caraïbes
- Les personnes en situation de prostitution
- Les personnes, dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH

Chez les HSH, UDI et chez les personnes multipartenaires originaires d'Afrique sub saharienne et des Caraïbes, le dépistage doit être effectué tous les ans. Le test doit être facilement proposé chez les personnes originaires des départements français d'Amérique et en particulier, en Guyane où l'épidémie est généralisée.

Selon les circonstances

Le dépistage doit être proposé systématiquement quelque soit la population dans certaines circonstances:

- Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose
- Projet de grossesse
- Interruption volontaire de grossesse
- Première prescription d'une contraception
- Viol
- A l'entrée en détention ou en cours d'incarcération
- Pour les femmes enceintes, le test doit être proposé systématiquement lors de la première consultation et de nouveau pendant la grossesse, en cas d'exposition virale.
- Le test doit être proposé à tous les pères au 4ème mois de grossesse de leur compagne

- Recours volontaire au dépistage orienté en fonction de l'exposition à un risque de contamination

Il doit être facilité et encouragé. Les structures de soins doivent donc être adaptées.

Le rôle des médecins généralistes doit être renforcé. Ils sont les premiers concernés par le dépistage de la population générale. Ainsi des études sont en cours pour l'utilisation des TROD en cabinet de médecine générale.

Les tests peuvent être faits directement au laboratoire d'analyses médicales, sans prescription médicale, à condition que la patient soit reçu par le biologiste en cas de positivité du test et orienté vers son médecin traitant.

Les capacités des CDAG doivent être renforcées avec la prise en charge initiale (bilan initial, initiation traitement), le suivi des soins, la prise en charge des accidents d'exposition au virus...

L'élargissement du rôle des structures associatives dans le dépistage, permet de l'étendre à des personnes, qui sont hors du système de soins ou qui n'iraient pas consulter dans les structures de soins habituelles.

Le rôle et l'intérêt du counseling [13]

Le counseling est une information-conseil personnalisée, qui vise à aider une personne à prendre une décision, résoudre des problèmes, faire face à une crise, nécessitant une série de changements auxquels, elle ne s'était pas préparée. Il doit être effectué par des professionnels.

Il a toujours fait partie intégrante de la démarche de dépistage du VIH car il permettait initialement de préparer le patient à l'annonce éventuelle de la maladie et de l'absence de traitement efficace. Il peut cependant être un obstacle au dépistage et peu efficace s'il est réalisé par des personnes insuffisamment formées.

Il est donc toujours aussi pertinent s'il est effectué par des personnes formées, car c'est une forme de soutien, d'accompagnement, d'aide aux changements (pratiques sexuelles, usage de drogue injectable..). Mais dans le cadre du dépistage systématique, il peut être limité à la demande de consentement éclairé et à l'évaluation de la personne à recevoir des résultats.

Le conseil national du SIDA en 2006 recommande de « limiter le counseling quand il est un frein au dépistage ». [14]

Outils de dépistage :

Depuis mai 2010, les règlementations ont changé et les biologistes doivent désormais utiliser les tests de 4ème génération (un seul réactif de type ELISA détectant les anticorps anti VIH 1, anti VIH 2 et l'antigène p24 du VIH 1).
Un test par Immunoblot ou westernblot sera effectué pour confirmer le résultat.

Qui doit dépister ?

L'ensemble des professionnels et des structures de santé de soins primaires est concerné. Les médecins généralistes ont donc un rôle primordial dans la nouvelle politique de dépistage. Les gynécologues, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les dispositifs d'accès aux soins primaires, les centres de planification et d'éducation familiales, les services d'urgences hospitalières doivent aussi être impliqués.
Les associations complètent l'offre de dépistage en proposant des dépistages plus adaptés aux attentes des patients avec des lieux et horaires accessibles.

Place des tests de dépistage rapide :

Depuis mai 2010, les tests de dépistage rapide peuvent être utilisés dans le contexte de l'urgence (accident d'exposition au VIH, statut sérologique inconnu chez une femme accouchant, urgence diagnostique dans un contexte clinique évoquant un SIDA). [13]

Un arrêté du 9 novembre 2010 [15] fixe les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). Désormais, en plus de situations d'urgence, les TROD peuvent être proposés par les médecins dans leur cabinet libéral, les médecins, biologistes médicaux, sage femmes, infirmiers ou techniciens de laboratoire sous responsabilité médicale travaillant dans établissement de santé ou dans les structures de prévention ou associatives habilitées. Les salariés ou bénévoles, non professionnels de santé, ayant reçu une formation et intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative, peuvent proposer les TROD. En cas de test positif, le patient est invité systématiquement à faire un contrôle biologique.
Avant de proposer les TROD, le médecin libéral ou les établissements doivent mettre en place une procédure d'assurance qualité définie par l'arrêté du 28 mai 2010.

L'objectif est de compléter l'offre de dépistage en proposant aux populations les plus exposées au risque de transmission du VIH ou les plus isolées du système de soins, un accès facilité à la connaissance de leur statut sérologique. Ainsi, les stratégies préventives pourront être adaptées à chacun et l'entrée dans la démarche de soins sera facilitée.

Les TROD peuvent être faits sur sérum ou sang total. Les tests salivaires ne sont pas recommandés en France. La réalisation doit être simple et le résultat doit être obtenu en moins de 30 minutes, sans automate et auprès du patient. Il est à noter que la lecture est subjective.
Ils ont une sensibilité et une spécificité identiques aux tests ELISA, lorsque l'infection est en phase chronique mais sont moins sensibles en phase de séroconversion.

Une étude a été effectuée dans 27 services d'urgence en Ile de France pour évaluer l'acceptabilité et la faisabilité des TROD aux urgences. Les premiers résultats ont montré que les tests étaient bien acceptés par les consultants (60% acceptaient de faire le test) lorsqu'ils étaient proposés par le personnel des urgences. Les principaux motifs de refus étaient l'absence de prise de risque ou un test récent. Les obstacles à la réalisation des tests sont plus liés à l'organisation, à la motivation du service et au flux des patients qu'à l'attitude des patients [16]. Aux Etats Unis, le CDC recommande d'effectuer des tests systématiques dans toutes les structures de soins depuis 2006. Mais ces recommandations sont peu suivies et on retrouve les mêmes obstacles que dans l'étude précédente.

Les TROD doivent être faits sous contrôle médical ou par des personnes habilitées, après information et consentement éclairé. Il existe des « autotests » faisables à domicile mais ils ne sont pas recommandés par les autorités médicales. Le CNS met en garde contre ces autotests car ils ont une faible valeur diagnostique, ne s'inscrivent pas dans une politique globale de prévention et ne favorisent pas la prise en charge médicale et sociale. [17]

3-3. RÔLE DES CDAG [18]

Ils ont été crées en 1988 pour proposer des tests de dépistage gratuits et anonymes, et être une alternative aux centres de transfusion qui proposaient des tests depuis 1985.

Quelques chiffres:

Chaque CDAG rend chaque année un rapport d'activité qui permet de connaître les caractéristiques des patients, le nombre de dépistages effectués et le nombre de sérologies positives. Ainsi, en 2009, 8% des sérologies VIH et 12% des sérologies positives ont été effectuées en CDAG. Ils sont implantés en ville mais aussi, en milieu carcéral, afin de dépister de manière anonyme les personnes incarcérées. Les CDAG parisiens ont une forte activité et représentent environ un tiers des sérologies prescrites en CDAG. Ceux des départements français d'Amérique et de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, ont aussi une forte activité.

En 2009, 90% des personnes ayant consulté en CDAG ont eu un dépistage du VIH ou des hépatites virales et 92% sont venus chercher leurs résultats.

Le nombre de dépistages anonymes est stable.

Caractéristiques des patients:

La population consultant en CDAG est jeune (72% ont moins de 30 ans). Les sérologies sont plus souvent positives chez les hommes et dans la population des 40 à 59 ans.

La proportion des personnes dépistées positives, est plus importante que dans les autres lieux de dépistage. La proportion de sérologies positives pour 1000 réalisées est de 3,3.

L'anonymat permet de dépister plus facilement et plus précocement les personnes jeunes. Les nouvelles politiques recommandent de renforcer les structures de dépistages anonymes.

3-4. COMPORTEMENT DE LA POPULATION FACE AU DEPISTAGE DU VIH (Etude KABP 2004 et 2010)

Les français se font de plus en plus dépister pour le VIH.

Plus de la moitié des personnes interrogées dans l'étude KABP 2004, déclarent avoir déjà fait au moins une fois un test de dépistage [19].

Trois quarts des franciliens ont fait un test de dépistage du VIH dans leur vie. [20]

L'augmentation du nombre de tests de dépistage est significative pour toutes les tranches d'âge. [20]

Elle est principalement marquée chez les 35-44 ans, qui ont commencé leur vie sexuelle avec l'apparition du SIDA.

En 2010, la population des 45-54 ans, est quatre fois plus nombreuse qu'en 2004 à avoir pratiqué un test.

Le recours des jeunes de 18 à 24 ans a bien augmenté en 2010. Alors qu'en 2004, on notait que plus de deux tiers des 18-24 ans n'avaient jamais effectué de test.

En 2004, la population ayant le plus recours au dépistage pendant sa vie, est la tranche d'âge 25-44 ans. (65,4% des 25-34 ans, 61,4% des 35-44 ans contre 30,8% des 18-24 ans et 40,7% des 45-54 ans).

Dans l'enquête santé 2002-2003 [21], on retrouve la même tendance. Le groupe d'âge 30-39 ans, a le plus eu recours au dépistage.

L'augmentation est marquée dans les deux sexes. [20]

En 2010, 62% des hommes et 71,9% des femmes ont déjà fait un test de dépistage. On note une réelle augmentation du pourcentage d'hommes qui était seulement de 44% en 2004.

Les femmes sont plus nombreuses, car le test de dépistage est systématiquement proposé pendant la grossesse.

Dans l'étude PREVAGAY [22], 20% des répondants ignoraient leur séropositivité.

919 homosexuels fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens ont accepté de participer à l'enquête. 62% d'entre eux avaient fait un test de dépistage dans les douze derniers mois et principalement suite à des rapports non protégés ou à des problèmes de santé tels que les IST. La majorité a fait le test dans un laboratoire privé sur prescription. Les comportements sexuels à risque étaient importants. Cette étude ne peut pas être généralisée à l'ensemble de la population homosexuelle mais elle montre l'importance de la prévention, de la promotion du dépistage, et l'intérêt de son développement pour les personnes hors du parcours de soins.

La pratique du test est d'autant plus fréquente que le niveau d'étude est élevé. [19]

En 2004, seulement 18,6% des personnes non diplômées versus 35,8% des diplômés du supérieur ont effectué un test pendant les cinq dernières années.

Les tests sont effectués principalement dans les laboratoires d'analyses et à l'initiative du patient.

En 2010, les tests sont effectués principalement en laboratoire d'analyses médicales puis à l'hôpital, en CDAG et lors d'un don de sang ou d'organe.

15,8 % des hommes et 7,1% ont effectué leur dernier test dans un laboratoire sans prescription.

En Ile de France, 80% des répondants accepteraient de faire un test lors de leur prochaine visite chez le médecin ou lors d'un passage aux urgences. [20]

En 2004, 58,4% des personnes préféraient s'adresser en priorité à leur médecin habituel dans l'éventualité d'un test. [19]

Les principales causes de recours au dépistage hors CDAG sont : [19]

- Dans le cadre d'un examen prénatal ou prénuptial
- Sans raison particulière
- Couple souhaitant abandonner le préservatif
- Lors d'une hospitalisation
- Dans le cadre d'un bilan sanguin

Les principales raisons invoquées par les personnes n'ayant jamais fait de test sont : [20]

- L'absence de prise de risque (raison principale)
- Ils n'ont jamais pensé faire de test
- Ils n'ont pas le temps
- 2,1% des hommes et 2,9% des femmes répondent que le test n'a été proposé par aucun médecin

En 2008, le premier motif de dépistage est la présence de signe clinique ou biologique de l'infection par le VIH [11]

Les autres principaux motifs sont :

- Une exposition au virus (en particulier chez les HSH)
- Un bilan systématique
- La grossesse (pour 24% des africaines et 9% des françaises)

3-5. QUELS SONT LES PROBLEMES DU DEPISTAGE DU VIH EN FRANCE ?

Un tiers des personnes vivant avec le VIH, ignorent leur séropositivité. Le dépistage tardif, et donc à un stade avancé de la maladie, diminue fortement la survie des personnes atteintes. Il s'agit donc d'un problème de santé publique. Le retard de diagnostic peut augmenter le coût de soins hospitaliers [11]. Il est important d'identifier les causes de ce dépistage tardif. Le comportement face au dépistage est différent selon les groupes à risque.

Les causes de dépistage tardif : [6]

En 2010, en Ile de France, les hommes hétérosexuels et les plus de 55 ans, quelque soit leur sexe et leur mode de contamination, sont dépistés plus tardivement.

Parmi les patients diagnostiqués tardivement, un quart d'entre eux connaissaient leur statut sérologique depuis plus de trois mois. Il s'agissait donc, dans ces cas, d'un **retard d'accès aux soins**, associé ou non à un retard de dépistage.

Les HSH sont dépistés plus précocement que les autres groupes d'hommes et sont les plus nombreux à se faire dépister au stade de primo infection.

Les UDI ne sont pas, majoritairement, dépistés tardivement. La proportion des UDI, ayant déjà effectué un test de dépistage du VIH, est très élevé. [13]

Les migrants d'origine africaine sont dans l'ensemble dépistés tardivement mais précocement dès leur arrivée en France. **Le taux de recours au dépistage est très élevé par rapport à la population générale** mais ils recourent moins au dépistage post exposition. [10]

Le dépistage est plus courant lorsqu'ils sont de nationalité française ou étrangère en situation stable. Le dépistage est souvent initié à l'hôpital, par un médecin, dans le cadre d'un protocole de dépistage ou d'un bilan de santé. [23]

En conclusion, on note que les groupes dépistés tardivement ne sont pas les groupes les plus à risque. Pour diminuer le dépistage tardif, il faut donc élargir aux autres groupes de population et en particulier, les hommes plus âgés, hétérosexuels, en couple stable, et avec des enfants. [24]

Les problèmes d'accès au dépistage en France :

Les problèmes d'accès au dépistage sont directement liés au problème d'accès aux soins. Les personnes vivant dans la précarité ont souvent d'autre priorité que leur santé.

Une enquête de l'INSEE [21] a montré que les personnes aux plus faibles revenus, recourent moins au dépistage du VIH. Un individu ayant des faibles revenus a 1,7 fois plus de risques de ne jamais effectuer de test de dépistage du VIH. [13].

Les personnes, ayant des faibles revenus ou ayant une mauvaise compréhension de la langue française, ont plus de difficultés à se sentir concernées par les campagnes de dépistage.

Une autre étude a analysé la fréquence des retards d'accès aux soins, les facteurs associés et l'influence sur la survie. [7] Cette étude retrouve des résultats similaires à ceux présentés ci-dessus.

Le retard de prise en charge et le taux de mortalité qui en découle, sont élevés. Les facteurs associés à un accès tardif aux soins, dans le cadre de l'infection par le VIH sont :

-Un âge supérieur à 60 ans (en comparaison à un âge inférieur à 30ans)

-Les hommes non migrants (en comparaison aux femmes non migrantes), les femmes et hommes migrants

-En comparaison aux HSH, les autres groupes de transmission ont un risque plus élevé d'accès tardif aux soins (odds ratio=1,6).

Une revue de la littérature [25], de 1993 à 2003, a identifié d'autres facteurs associés à une prise en charge tardive comme l'absence de dépistage antérieur, l'âge supérieur à 45 ans, le sexe masculin et le fait d'être hétérosexuel.

La méconnaissance des moyens de contamination du VIH par les patients, est un obstacle à évaluer leur propre risque de contamination et la nécessité d'un test de dépistage spontané. [13]

Il est nécessaire de compléter les campagnes de dépistage, destinées à la population générale, pour toucher les personnes qui ne se perçoivent pas à risque.

L'acceptabilité du dépistage par les patients :

Une étude réalisée dans les services d'urgence d'Ile de France a montré que le test de dépistage du VIH en routine était bien accepté aux urgences. [16].

Le rapport coût efficacité du dépistage systématique :

En France, l'activité de dépistage est élevée mais le nombre de personnes dépistées est insuffisant et le dépistage est encore trop tardif. [1] Plus le dépistage est tardif, plus la prise en charge est difficile et la morbi-mortalité élevée.

L'élargissement du dépistage à l'ensemble de la population augmente le coût. Une autre étude sur le coût/efficacité a montré que le dépistage ponctuel de la population générale, améliore la survie et que le rapport coût efficacité semble équivalent aux autres pays d'Europe de l'Ouest. Un dépistage régulier des groupes à risque semble se justifier d'un point de vue économique [26]. Le caractère coût-efficacité a été prouvé par une étude de l'HAS.

3-6. CONCLUSION

Après de nombreuses années, de nombreuses études et plusieurs alertes, en particulier du conseil national du SIDA, les recommandations sur les modalités de dépistage ont été modifiées. Ces modifications viennent en accompagnement des méthodes de prévention. Il est important de dépister le VIH et les autres IST mais il est, tout aussi important de les prévenir par l'utilisation du préservatif et par la prévention des comportements à risque.

Le dépistage tardif concerne un tiers des patients nouvellement diagnostiqués. Les groupes les plus à risque de dépistage tardif ne sont pas nécessairement concernés par le dépistage ciblé. Il est donc nécessaire, d'élargir les propositions de dépistage. En présentant le dépistage comme un test systématique dans un bilan sanguin de routine, et en limitant si besoin le counseling, les médecins pourront le proposer plus facilement. En effet, il est à noter que les patients acceptent de faire le test de dépistage du VIH quand il leur est proposé.

Les acteurs du dépistage ont aussi changé. Outre les médecins généralistes qui se retrouvent en première ligne, les associations sont autorisées à pratiquer le dépistage par le biais des TROD.

4. L'ABORD DE LA SEXUALITE EST PRIMORDIAL POUR LE DEPISTAGE ET LA PREVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET EN PARTICULIER POUR LE VIH

Dans le chapitre précédent, nous avons abordé les différents obstacles au dépistage du VIH. Plusieurs études prouvent que la population dépistée tardivement, n'est pas celle considérée comme la plus à risque et qu'il est nécessaire d'élargir le dépistage. Un des principaux obstacles à cette généralisation, est la nécessité d'aborder la sexualité pour proposer le dépistage.

En ce qui concerne la prévention des IST, il est important de prévenir les comportements sexuels à risque. Le rapport Lert-Pialoux sur la prévention [27] recommande d'effectuer une anamnèse sexuelle à l'ensemble des patients.

La sexualité fait partie intégrante de notre vie quotidienne, elle est omniprésente dans les médias par le biais d'internet, de la presse écrite ou de la télévision. Paradoxalement, elle reste un tabou dans notre société. Il est donc difficile, tant pour les patients que pour les médecins, de parler de sexualité et donc d'intimité.

Nous allons débuter par une description des différents moyens de prévention des IST, puis nous allons poursuivre sur la place de la sexualité en médecine.

4-1. LES MOYENS DE PREVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

L'objectif de la prévention est de diminuer la transmission de l'ensemble des IST et du VIH, principalement dans les groupes à prévalence élevée, ce qui permettra de diminuer le nombre de nouveaux cas. Le rapport Lert/Pialoux [27] constate un contexte difficile pour les politiques de prévention du SIDA, par la persistance « d'une prévalence très importante du VIH et des IST chez les HSH, […] d'un déficit de gouvernance de la politique du SIDA […], d'un manque d'implication des cliniciens. »

Initialement, la politique mondiale de prévention consistait à modifier les comportements à risque, avec la promotion de l'utilisation du préservatif, des seringues

stériles chez les UDI, l'abstinence, le report des premiers rapports sexuels, la circoncision… La prévention était principalement comportementale. Mais cette politique n'a pas suffisamment enrayé la propagation de l'épidémie.

Cependant, on peut noter que la promotion des seringues stériles a permis de diminuer le nombre de nouveaux cas chez les UDI. La promotion de l'abstinence n'a pas fonctionné dans les pays du Sud. Le report du premier rapport sexuel, peut être efficace dans les populations où l'épidémie est importante, comme la Guyane, à condition que cela s'intègre dans une politique globale, encourageant la contraception.

Dans le Baromètre Santé 2005 concernant des personnes de 15 à 75 ans, 86,7% des répondants, déclarent avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel [28]. La promotion du préservatif est primordial dans la prévention, mais ne suffit pas à elle seule et doit être associée à d'autres moyens.

Il a été proposé d'adapter les pratiques sexuelles en fonction des risques estimés de transmission, mais il est souvent difficile d'évaluer ces risques. En effet, on constate une augmentation du multi partenariat chez les hommes de moins de 30 ans et chez les femmes, et en parallèle, une augmentation dans ce groupe du nombre de personnes déclarant ne pas être à risque et ne pas avoir fait de test pendant l'année. [11] Cela démontre qu'un nombre croissant d'individus ont des comportements sexuels, considérés à risque, mais ne se sentent pas pour autant plus à risque. Il est nécessaire d'optimiser la prévention dans ces groupes ignorant avoir des comportements à risque.

Les différentes campagnes télévisuelles ou de presse écrite, débutées en 2002, en direction des populations prioritaires, ont été améliorées progressivement. Elles ont eu une efficacité sur les jeunes et n'ont pas eu réellement d'impact sur les HSH. En 2004, dans l'étude KABP, seulement 29% des habitants de métropole se sentaient concernés par les campagnes de lutte contre le VIH/SIDA. En Guyane et aux Antilles, cette proportion est plus élevée et correspond à 43% des habitants. Dans cette même étude, on note une banalisation de la maladie dans la population générale [19].

En 2011, les campagnes télévisuelles encouragent le dépistage systématique de la population. Au cours de ces années, il y a eu un développement des différents médias avec l'utilisation des médias communautaires et des réseaux sociaux.

Il est nécessaire de renforcer les campagnes de prévention, en les adaptant à chaque population, car les moyens de prévention sont différents.

Les associations ont un rôle primordial dans la prévention et en particulier chez les HSH et plus généralement pour les LGBT (Lesbiennes, Gays, Bis, Trans) qui sont souvent mal pris en charge par le corps médical. Le corps médical doit reprendre son rôle de

prévention des IST. [27]

Une nouvelle approche de réduction des risques a été instaurée, avec une nouvelle politique de prévention combinée. (Rapport Yeni 2010 [1] et rapport Lert Pialoux [27]).
Désormais, en plus des méthodes de prévention comportementales qui doivent être adaptées à chacun, l'élargissement du dépistage à la population générale et l'augmentation des indications de traitement par ARV (couple séro-différent, traitement post exposition, traitement plus précoce en dessous de 500 CD4…) deviennent des outils de prévention.

4-2. SEXUALITE ET MEDECINE

4-2-1. INTRODUCTION

Initialement, la religion déterminait les comportements sexuels « moralement acceptables » puis au fur et à mesure, la médecine a pris le relais. Dans le milieu du 19ème siècle, certains médecins décrivaient les supposées complications de certains actes sexuels (exemple : la masturbation défigurait). De 1950 à 1973, l'homosexualité fut décrite comme une maladie mentale. Les femmes enceintes non mariées pouvaient être hospitalisées en psychiatrie. [29] Finalement, au début du XXème siècle, quelques sexologues ont tenté de faire évoluer le concept de sexualité mais celui-ci n'a réellement été modifié que très récemment, au milieu du XXème siècle, en partie grâce à l'OMS. Désormais, la sexualité fait partie de la santé et du bien-être et n'est plus uniquement liée à la reproduction.

Ce nouveau concept a par la suite été conforté par l'amélioration du statut social des femmes, au début des années 1970 (moyens de contraception, IVG…). Les femmes ont gagné en autonomie et cette « révolution sexuelle » leur a permis de faire apparaître le plaisir comme finalité de l'activité sexuelle. [30]
« L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation ou les MST ». (OMS 1975, [30])
Cette « révolution » a été contrastée par la découverte du VIH dans les années 1980. La transmission sexuelle de ce virus a modifié les comportements sexuels.

Pendant le XXème siècle, il y a une médicalisation progressive de la sexualité, qui évolue de nos jours vers une surmédicalisation. Le bien-être sexuel est personnel et individuel. Il n'existe pas de sexualité unique. L'omniprésence du sexe, dans notre société et en particulier dans les médias, peut avoir tendance à complexer des individus, qui ne l'étaient

pas auparavant.

4-2-2. MODIFICATIONS DES COMPORTEMENTS SEXUELS DE LA POPULATION

Les femmes ont de plus en plus de partenaires et leur activité sexuelle se prolonge bien au-delà de 50 ans. [31]

Le nombre de partenaires sexuels déclarés des hommes est stable dans le temps.

Même si les femmes s'éloignent des enjeux reproductifs de la sexualité, les représentations sociales de la sexualité évoluent peu. Dans notre société, perdure l'idée que les besoins sexuels des femmes sont différents de ceux des hommes. On note ainsi, une plus grande vulnérabilité des femmes face aux méthodes préventives, surtout lorsqu'elles ont une sexualité hors du cadre conjugal. [31]

Les femmes abordent plus souvent le sujet de la prévention sexuelle que les hommes.

Depuis 2000, le nombre d'IST a augmenté. Dans l'étude KABP 2004, 11,3% des hommes et 16,1% des femmes déclarent avoir déjà eu une IST au cours de leur vie. Ceci montre qu'il y a une moindre utilisation du préservatif et un relâchement dans la prévention des IST en général. [19]

On note des inégalités générationnelles et sociales. Les personnes les moins diplômées se font moins dépistées, et utilisent moins le préservatif lors des premiers rapports.

Les jeunes utilisent le préservatif dans 90 % des cas lors du premier rapport sexuel, mais les raisons d'arrêt du préservatif au profit d'autres moyens de contraception sont méconnues. L'utilisation de la pilule est associée à une moindre utilisation du préservatif.

Les personnes de 35 ans utilisent moins le préservatif que les plus jeunes alors qu'ils ont plus de partenaires qu'avant. [32]

Les femmes homo ou bisexuelles ne sont pas ciblées par les campagnes de prévention alors qu'elles ont un risque plus élevé que les hétérosexuelles. Le risque de transmission lors de rapports homosexuels est très faible mais elles utilisent moins de moyens de prévention quand elles ont des partenaires masculins.

De nombreuses études ont montré que les HSH ont de plus en plus de comportements sexuels à risque.

Lors de rupture, il y a une augmentation des comportements à risque avec une fréquence plus élevée du multi partenariat, et une moindre utilisation du préservatif lors des rapports extra conjugaux. Cette augmentation est due, en partie, à une faible perception du risque d'exposition au VIH. Les personnes les plus âgées n'utilisent pas de préservatif, et les

plus jeunes l'utilisent lors des premiers rapports, mais l'abandonnent sans, nécessairement, faire de test de dépistage préalablement. [33]

En conclusion, on note de multiples changements dans le comportement sexuel des français avec une augmentation des comportements sexuels à risque. Il est donc nécessaire d'adapter les actions préventives aux inégalités générationnelles, sociales ou sexuelles et de cibler davantage les populations qui se sentent, à tort, peu ou pas concernées.

4-2-3. LES DIFFICULTES DES MEDECINS A PARLER DE SEXUALITE

Les soignants ne tiennent pas suffisamment leur rôle dans la prévention des comportements sexuels à risque. Par manque de temps ou par peur de choquer les patients en parlant de leur intimité, les professionnels de santé ont des difficultés à aborder ces sujets.
Le rapport Lert/Pialoux préconise la réappropriation par les soignants des processus de prévention des IST [27]. Il est nécessaire de pratiquer la prévention, sans être trop intrusif dans la sexualité, afin d'éviter les dérives de la surmédicalisation de la sexualité.

4-3. LES DIFFERENTS MOYENS DE PREVENTION DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE

Le rapport Lert Pialoux [27] dénonce le manque d'implication des professionnels de santé dans la prévention des comportements sexuels à risque, alors que la prévention fait partie de leur mission. Il est, cependant, difficile d'aborder le sujet de la sexualité et de faire parler le patient de son intimité lors d'une consultation médicale. Pour aborder, sereinement, ces sujets, il est nécessaire d'être formé.
« La formation des professionnels de santé concerne l'acquisition des compétences théoriques et techniques, mais aussi d'aptitudes relationnelles et psychologiques et d'attitudes positives à l'égard de l'activité sexuelle » (Giami 2007) L'un des aspects les plus importants est la lutte contre les tabous et les mythes, allant à l'encontre du concept de santé sexuelle. [30].
L'intégration dans l'anamnèse des pratiques sexuelles peut encourager les patients à faire le test. [11]. Elle peut aussi permettre d'informer sur les moyens de prévention et de corriger les mythes sur la sexualité présents dans la population [34].
Le rapport Lert Pialoux encourage la formation de centre de santé sexuelle destiné au LGBT (Lesbiennes, Gays, Bis, Trans) car ils sont mal pris en charge par les professionnels de santé,

le plus souvent par manque de connaissance.

Les actions publiques doivent prendre en compte, en plus des comportements individuels, les déterminants socio-économiques afin d'être plus efficaces dans leur campagne de prévention [34]. Le but est de permettre à chacun de faire ses propres choix et non d'avoir des choix imposés par les politiques de santé publique.

L'éducation sexuelle à l'école permet une meilleure connaissance des stratégies de réduction des risques [34]. Pour être utile, elle doit être faite par des personnes formées et être adaptée à l'auditoire.

La prévention des IST, et plus généralement celle des comportements sexuels à risque, doit être combinée et s'inscrire dans une politique globale. A chaque niveau de la société (politique, école, professionnels de santé, associations…), des efforts doivent être faits pour diminuer les risques.

5. LE RÔLE DU MEDECIN TRAITANT DANS LE DEPISTAGE ET LA PREVENTION DU VIH

5-1. LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [2], élaboré à partir des recommandations d'experts, a comme objectif de dépister précocement le VIH pour limiter la diffusion de l'épidémie et mieux traiter les personnes atteintes. Tout en maintenant le dépistage ciblé aux populations les plus touchées, le dépistage doit être élargi à l'ensemble de la population générale.

Le médecin de premier recours tient donc une place importante dans les nouvelles politiques de dépistage car il devra proposer un test de dépistage du VIH, indépendamment des facteurs de risque, aux patients consultant dans son cabinet.

L'élargissement à la population générale permettra donc une moindre stigmatisation de l'épidémie et une acceptation plus facile du dépistage par les patients.

Cependant, il est parfois difficile d'aborder le sujet du dépistage du VIH en consultation, sans aborder le sujet de la sexualité. Pour le médecin, il est difficile d'entrer dans l'intimité de son patient, par manque de temps, et parce qu'il est souvent le médecin de famille.

Comme nous l'avons vu précédemment, la sexualité est omniprésente dans notre société mais, il n'est pas aisé d'aborder ce sujet en consultation de médecine générale, quand le patient n'est pas l'initiateur.

Nous avons effectué des recherches bibliographiques pour obtenir l'avis des médecins et des patients, au sujet du dépistage du VIH et de l'abord de la sexualité, en médecine générale, et rechercher les solutions pour faciliter l'acceptation du dépistage.

5-2. CE QU'EN PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES

5-2-1. TEST DE DEPISTAGE DU VIH ET MEDECINE GENERALE

Les médecins généralistes prescrivent de nombreux tests de dépistage du VIH. En

2009, le nombre moyen de sérologies prescrites est de 5,9 [5,5-6,3] par médecin et par mois, avec de grandes disparités régionales [35].

Depuis de nombreuses années, il privilégie les tests à la demande des patients plutôt qu'en fonction des risques.

Dans le Baromètre Santé des médecins généralistes 2009 [35], ils déclarent que les sérologies VIH sont prescrites :

- A l'initiative du patient (58,7%)
- A leur initiative (34%)
- Dans le cadre d'un protocole de dépistage de type grossesse (7%)

Les médecins proposent le test principalement en cas de grossesse, certificats pré nuptiaux, signes d'appel (IST, comportements à risque), certificats de sport, première contraception…[36]

Des résultats similaires ont été obtenus dans une enquête INSEE, où la majorité des dépistages était effectuée dans le cadre d'un don de sang ou d'un bilan de routine, et très peu à l'initiative du médecin. Ces résultats montrent que les médecins généralistes ont des difficultés à aborder le thème du VIH, quand le patient n'est pas demandeur [21].

Les différents facteurs liés à la prescription de sérologies VIH à l'initiative du médecin se recoupent avec les facteurs liés à l'intérêt du médecin pour le suivi du VIH.

Ces principaux facteurs sont : [35, 37].

- Une opinion favorable vis-à-vis du dépistage généralisé
- Une importante clientèle (plus de 20 consultations par jour)
- Précarité de la patientèle (CMU, AME)

Il est important de noter que le fait d'avoir un médecin traitant, raccourcit le délai de pris en charge d'un patient infecté par le VIH [36].

Les principaux freins, décrits dans la littérature, au dépistage systématique sont : le manque de temps, la lourdeur du recueil du consentement, le manque de connaissance ou de formation, le manque d'acceptabilité des patients, la nécessité de réaliser un counseling pré test, un remboursement inadapté… [38]

70% des médecins acceptent le dépistage destiné aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs, mais 60% des médecins refusent de le proposer aux personnes sans facteur de risque, n'ayant pas fait de tests depuis longtemps [35]. La difficulté de proposer un test uniquement aux personnes sexuellement actives, est qu'il faut obligatoirement aborder le sujet de la sexualité en consultation.

5-2-2. SEXUALITE ET MEDECINE GENERALE

Si 98,6% des médecins généralistes considèrent que la prévention des comportements sexuels à risque fait partie de leurs fonctions, les médecins effectuant plus de 20 actes par jour, les médecins de secteur 2, et ceux appartenant à des réseaux, l'effectuent plus particulièrement. [39].

Au cours d'une enquête qualitative, Alain Giami a étudié les représentations de la sexualité chez les médecins généralistes [40]. Il a identifié quatre groupes de médecins généralistes qui abordent la sexualité en cabinet, de manière différente.

Le premier groupe évite le sujet de la sexualité et considère qu'il ne fait pas partie du champ d'activité de la médecine générale. Les médecins justifient leur comportement principalement par le manque de temps lors des consultations et le manque de formation lors de leurs études. Ils considèrent qu'ils n'ont pas à entrer dans l'intimité des patients et que c'est au patient d'aborder le sujet en premier, s'il le souhaite. D'autre part, le sexe du médecin a une influence sur les interactions avec les patients de sexe différent. Les femmes évitent de pratiquer les touchers rectaux et les hommes évitent les examens gynécologiques.

Le deuxième groupe évite de parler de sexualité, en intégrant la sexualité comme un problème médical uniquement, et tente de le régler en un minimum de temps. Ils proposent des prescriptions face à un problème et adressent à un spécialiste directement pour éviter d'approfondir le sujet. Selon eux, le patient ne souhaite pas que l'on explore sa vie sexuelle. En médicalisant les problèmes de sexualité, ils évitent d'avoir des conversations approfondies. Dans ce groupe, les médecins ont plus de facilité à parler de sexualité avec les patients qui leur ressemblent.

Dans le troisième groupe, les médecins proposent une approche globale de la sexualité. Ils proposent un examen somatique et en parallèle une écoute des patients. Ils se servent d'une approche médicale pour ouvrir le dialogue sur la sexualité et apporter une dimension psychologique.

Le quatrième groupe est constitué par les médecins généralistes sexologues. Ils sont les moins nombreux et ont une formation en sexologie. La sexualité est, pour eux, très importante car elle est constitue une part du bien-être.

Les comportements des médecins varient en fonction de leur vécu, de leur formation et de leur personnalité. Il est difficile de parler spontanément de sexualité. On observe cela dans les deux premiers groupes, les médecins ne laissent pas d'ouverture au patient pour parler de sexualité. Ils essaient même d'éviter le sujet. Dans le troisième groupe, il ouvre le dialogue pour laisser au patient la possibilité d'en parler. Dans le quatrième groupe, ils ont une facilité

à parler de ce sujet spontanément, grâce à leur vécu et à leur formation mais ils ne correspondent pas à la grande majorité des médecins.

On retrouve des résultats similaires dans une enquête effectuée par l'ORS en Isère sur le dépistage du VIH [36]. Certains médecins n'ont aucune difficulté à parler de leur propre initiative de prévention. D'autres, estiment qu'il est difficile de parler de ces sujets en raison du manque d'aisance, de l'âge du patient ou tout simplement parce qu'ils ne savent pas comment aborder ces sujets. Dans le dernier groupe, les médecins n'effectuent jamais de prévention des comportements sexuels car ils estiment que leurs patients ne sont pas à risque et qu'ils sont suffisamment informés sur le sujet. Ils ne veulent pas gêner leur patient. On note, cependant, qu'il propose facilement le test de dépistage du VIH, en le banalisant.

Dans une enquête australienne, les médecins généralistes abordant le sujet de la sexualité sont plus souvent, des femmes, jeunes, pratiquant depuis peu, mais avec de multiples champs d'activité. [41]

Les médecins effectuent peu l'anamnèse sexuelle et les freins décrits dans la littérature sont : le manque de formation, le manque de temps, la gêne du patient, la peur d'être intrusif, la peur d'avoir un discours inadapté à la culture et à l'orientation sexuelle de leur patient, le sexe et l'âge du patient (en opposition à ceux du médecin), la peur d'offenser le patient [42, 43].

La moitié des médecins interrogés, dans l'étude de Temple Smith de 1999 [43], pensent que la première consultation n'est pas la plus adaptée à l'anamnèse sexuelle.

5-2-3. CONCLUSION

Les médecins généralistes acceptent de changer leurs pratiques en proposant plus facilement des tests de dépistage aux personnes sexuellement actives mais ils ne souhaitent pas un dépistage systématique de tous les patients sans facteur de risque, venant en consultation. La raison principale est la peur de la réaction du patient.

On retrouve cette même peur, lorsque les médecins abordent le sujet de la sexualité au cabinet médical. Ils ne veulent pas choquer les patients, en entrant dans leur intimité. Ils considèrent, le plus souvent, que c'est au patient d'aborder le sujet s'il le souhaite.

On retrouve les mêmes freins des médecins pour aborder le sujet de la sexualité et le dépistage du VIH.

Les autres facteurs influençant la prévention en générale, sont le manque de temps et le manque de formation.

Nous allons donc voir dans le chapitre suivant l'acceptation du dépistage systématique et de l'abord de la sexualité dans la population générale.

5-3. CE QU'EN PENSENT LES PATIENTS

Lors de la découverte d'IST, les hommes consultent en priorité un médecin généraliste (49,2%) et les femmes consultent en premier lieu un gynécologue (67,1%) ou un médecin généraliste (19,3%). De même, 58,4% des personnes qui souhaiteraient effectuer un test de dépistage du VIH, s'adresseraient en priorité à leur médecin généraliste. [19]
On note donc que les patients préfèrent aborder les problèmes liés à la sexualité avec un médecin qu'ils connaissent et plus précisément avec leur médecin généraliste.

Comme nous l'avons vu précédemment, le test de dépistage systématique est très bien accepté par les patients [16]. De même, les dépistages systématiques lors des grossesses sont très bien acceptés. On confirme cette tendance dans l'étude KABP 2010 où 80% des patients accepteraient le test s'il était proposé par leur médecin. [20]

Un certain nombre de patients, infectés par le VIH, souhaiteraient être suivis en ville tant que leur état ne nécessite pas de suivi hospitalier. Ils souhaitent être pris en charge par des intervenants en ville, abordant les sujets dont ils ne peuvent pas parler avec leur médecin. [44]
Les patients, comme les médecins, sont parfois gênés d'aborder ces questions car ils ont peur d'embarrasser leur intervenant [36]. Dans une étude suisse ne concernant que des hommes [42], 90% des patients interrogés souhaitent et attendent que leur médecin aborde le sujet de la sexualité. Plus d'un tiers des patients, n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin.
Les facteurs qui empêchent de parler de sexualité avec son médecin sont : [42]
- ne pas vouloir parler de sexualité avec son médecin
- être gêné de parler de sexualité avec son médecin
- n'avoir jamais eu de rapports sexuels avec des hommes
- ne pas avoir eu de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, les 6 derniers mois
- ne pas avoir eu de rapports sexuels avec des travailleurs du sexe, les 12 derniers mois
- ne pas avoir eu plusieurs relations, les 12 derniers mois
- ne pas avoir eu d'IST les 12 derniers mois
- n'avoir jamais fait de test de dépistage du VIH

Seulement 15% des patients sont gênés d'aborder ce sujet avec leur médecin et parmi eux, 75% souhaitent que leur médecin le fasse. Ils souhaitent, en majorité, que l'anamnèse sexuelle soit effectuée lors de la première consultation.

On observe donc, que les patients, ont eux aussi, peur d'embarrasser leur médecin, et qu'ils sont réticents à aborder le sujet de la sexualité. Ils souhaitent, cependant, parler de sexualité et obtenir des conseils de leur médecin. On imagine donc qu'une meilleure formation des médecins permettrait de leur donner les outils nécessaires pour aborder la maladie et la sexualité dans son ensemble, tant sur le plan organique que psychologique.

5-4. CONCLUSION

Le test de dépistage du VIH systématique est bien accepté dans la population générale. Les patients ne souhaitent pas forcement que leur médecin aborde le sujet de la sexualité en consultation.

Les médecins généralistes sont plus réfractaires au dépistage systématique, par peur de la réaction des patients, par manque de temps et de formation. Ils sont, cependant, d'accord pour modifier leur pratique et proposer plus souvent le dépistage.

Les médecins et les patients sont, réciproquement, embarrassés d'aborder le sujet de la sexualité en consultation. Mais les patients souhaitent parler de leurs problèmes sexuels et obtenir des conseils de leur médecin.

Il est donc nécessaire de former et d'informer les médecins généralistes en leur donnant des solutions pour aborder le dépistage et la sexualité.

L'INPES propose des solutions pour faciliter l'abord du dépistage en cabinet [45] :

- En mettant à disposition des documents d'information dans la salle d'attente
- En évoquant la « santé sexuelle » dès la première consultation pour les nouveaux patients
- En abordant le thème sans jugement, en étant respectueux de l'intimité du patient, de sa vie privée
- En intégrant un test de dépistage au sein d'un bilan plus complet (avec l'accord du patient) ;
- En rassurant sur la nature confidentielle des entretiens et des examens.

En proposant un dépistage systématique lors des bilans de routine, le médecin ouvre le dialogue. Le patient peut alors, accepter le test et décider de parler ou non de sexualité. En donnant l'opportunité au patient de parler de sexualité, le médecin n'a pas l'impression d'être intrusif et laisse libre choix au patient de parler ou non. Il est donc important de laisser l'ouverture et de ne pas fermer la discussion avant même qu'elle ait débutée.

6. MATERIELS ET METHODES

6-1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014 [2], il y a eu un élargissement des indications de dépistage. Il est, en particulier, recommandé que les médecins généralistes dépistent de manière systématique la population générale. De nombreux tests de dépistage sont effectués chaque année en France mais ils ne dépistent pas l'ensemble de la population, il existe donc un retard de diagnostic important.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux obstacles au dépistage du VIH et plus généralement, aux obstacles à l'abord de la sexualité en cabinet de médecine générale car il semble important de parler de sexualité pour effectuer la prévention des infections sexuellement transmissibles.

L'objectif est de mettre en évidence les difficultés des médecins à parler de sexualité et à proposer un dépistage systématique, à travers la vision et les attentes des patients sur ce sujet.

6-2. MATERIELS

Nous avons élaboré l'auto-questionnaire pour l'étude. Il comporte 30 questions regroupées en 17 points.

Le questionnaire comporte:

- 26 questions fermées à réponse unique
- 2 questions fermées à réponse multiple:
    - La question 9b qui interroge les patients sur les causes de refus de parler de sexualité avec leur médecin traitant.
    - La question 13c qui interroge les patients sur les occasions pour lesquelles ils ont fait un test de dépistage du VIH.
- 2 questions ouvertes à réponse libre:
    - La question 4 qui interroge les patients sur leur nationalité.
    - La question 5c qui interroge les patients sur le nombre de personnes composant leur foyer.

Les questions sont réparties en trois grands chapitres:

- Caractéristiques des patients:
    - La question 1 concerne leur âge.
    - La question 2 concerne leur sexe.
    - La question 3 concerne leur profession.
    - La question 4 est divisée en 3 parties qui concernent leur nationalité, leur continent d'origine et le nombre d'années pendant lequel ils ont vécu en France s'ils n'y sont pas nés.
    - La question 5 est divisée en 3 parties qui concernent leur situation familiale, le nombre d'enfant et le nombre de personnes qui habitent leur foyer.
    - La question 6 concerne leur régime de sécurité sociale et leur mutuelle.
    - La question 16 concerne leur orientation sexuelle.

Ce chapitre permet de caractériser les différents patients et de faire correspondre les différents critères aux populations ciblées par le dépistage (sexe, orientation sexuelle, nationalité étrangère et plus précisément Afrique sub saharienne, niveau socio-économique (protection sociale, profession...), âge, statut marital).

- Relation avec le médecin traitant et abord de la sexualité au cabinet médical:
    - La question 7 est divisée en 2 parties et s'intéresse au nombre d'années de suivi du patient par le médecin et s'il soigne d'autre membre de la famille.
    - La question 8 demande au patient quel est, selon lui, le moyen d'information le plus efficace sur la prévention des IST.
    - La question 9 interroge le patient pour savoir s'il a déjà parlé ou non avec son médecin traitant de sexualité, et le cas échéant, les raisons pour lesquelles il ne l'a pas fait.
    - La question 10 demande au patient s'il souhaiterait parler plus souvent de sexualité avec son médecin traitant.
    - La question 11 demande au patient qui doit, selon lui, parler en premier de sexualité (patient versus médecin).

Ce chapitre permet d'identifier ce que les patients attendent de leur médecin sur le sujet de la sexualité et du dépistage des IST.

- Dépistage du VIH:

- La question 12 demande au patient s'il accepterait que son médecin traitant lui propose de faire un test de dépistage systématique du VIH, et le cas échéant, les raisons de son refus.
- La question 13 est divisée en 4 parties et demande au patient s'il a déjà fait un test de dépistage du VIH, par quel intermédiaire, pour quelles raisons et qui a proposé de faire le test.
- La question 14 demande au patient s'il accepterait d'effectuer un test de dépistage rapide au cabinet de son médecin traitant.
- La question 15 est divisée en 2 parties et demande au patient s'il pense que le dépistage des IST est un problème d'actualité et s'il se sent concerné par le dépistage.
- La question 17 demande au patient s'il se sent suffisamment informé sur le VIH/SIDA.

Ce chapitre concerne, plus précisément, le dépistage du VIH et permettra d'identifier les attentes des patients, en fonction de leurs caractéristiques, et de leur lien avec leur médecin traitant.

6-3. METHODES

Population d'études et méthodes de recueil des données :

Des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis (Saint-Denis) et de Paris (XIV, XV, VI, VIIème arrondissements) ont été choisis, au hasard dans les pages jaunes, puis contactés par téléphone pour leur proposer un entretien pour une thèse qualitative parallèle, effectuée par Camille Charpentier sur les obstacles à l'abord de la sexualité et au dépistage du VIH. Après l'entretien, nous avons de nouveau contacté ces médecins, afin de leur proposer de distribuer dans leur cabinet un auto-questionnaire destiné à leurs patients. Les médecins qui n'avaient pas fait l'entretien, ont été contactés directement par téléphone. Les médecins ou leur secrétaire devaient proposer un questionnaire à chaque patient entrant en salle d'attente. Une lettre, destinée aux médecins [annexe 2], accompagnait les questionnaires pour expliquer les thèmes et objectifs de la thèse et les critères d'inclusions et d'exclusions de l'étude. Les patients qui acceptaient de répondre de manière anonyme, déposaient par la suite le questionnaire dans une enveloppe puis dans une boite située dans la salle d'attente. En moyenne, les questionnaires étaient laissés dans les cabinets médicaux deux semaines.

Au bout de deux semaines, nous retournions chercher les questionnaires.

Les critères d'inclusion sont: tous les hommes et femmes âgés de 18 à 70 ans, venant en consultation. Le groupe d'experts [1] recommande de proposer un dépistage systématique à toute la population de 15 à 70 ans. Pour les mineurs, nous devions obtenir une autorisation parentale pour qu'ils puissent répondre au questionnaire. Les réponses aux questionnaires des mineurs risquaient d'être biaisées en présence des parents, nous avons donc décidé d'exclure les mineurs. La tranche d'âge 18 à 70 ans a donc été retenue.

Les médecins ayant peu de temps en consultation, et pour préserver l'anonymat des répondants, les personnes ne sachant ni lire, ni écrire le français, n'ont pas été inclus dans l'étude.

Lieux de recrutement et durée de l'étude :

Dans les études, on remarque que le comportement face au dépistage et le nombre de sérologies positives sont très différents en fonction des départements. Paris et la Seine Saint Denis sont les deux départements d'Ile de France où le nombre de découvertes est le plus élevé [6]. L'étude a donc été effectuée dans ces deux départements d'Ile-de-France (XIV, XV, VI et VII ème arrondissements de Paris (75) et à Saint Denis en Seine-Saint-Denis (93)) afin d'obtenir différents patients représentatifs de la population francilienne.

A Saint Denis, les questionnaires ont été déposés entre décembre 2010 et janvier 2011. A Paris, les questionnaires ont été déposés entre janvier et avril 2012.

6-4. SAISIE ET ANALYSES DES DONNEES

Une fois recueillis, les questionnaires manuscrits ont été retranscrits dans le logiciel SHINX PLUS®.

L'analyse descriptive des données a été faite à l'aide de tris croisés et de tests du Chi deux. La différence entre les deux groupes, était considérée comme significative si $p<0,05$.

Les liens entre les caractéristiques et le fait « d'avoir déjà parlé de sexualité », « de vouloir parler plus souvent de sexualité » et de « vouloir que le médecin traitant aborde le sujet de la sexualité en premier » ont été faits grâce à des régressions logistiques, par l'intermédiaire du logiciel SPSS®. L'association était considérée comme significative si l'intervalle de confiance à 95%, ne contenait pas la valeur 1.

7. RESULTATS

7-1. LES MEDECINS GENERALISTES

22 médecins généralistes ont accepté l'étude. Il y a 14 hommes et 8 femmes dont 6 à Saint Denis. 17 sont en cabinet de groupe et cinq travaillent seuls. Les 11 médecins de Saint Denis sont en secteur 1. A Paris, 4 des 11 médecins sont en secteur 2.

Un médecin a refusé de distribuer les questionnaires par manque de temps, un autre n'a pas pu être contacté et n'a pas donné suite aux messages laissés sur son répondeur et un autre, a initialement refusé, par manque de temps, et parce qu'il pensait que ses patients auraient des difficultés à répondre aux questionnaires, puis il a finalement accepté.

Deux médecins ont initialement accepté de distribuer les questionnaires, mais, après de nombreuses semaines, ils n'ont distribué aucun questionnaire. Les médecins n'avaient pas suffisamment de temps en consultation et la secrétaire était gênée de distribuer les questionnaires.

Les patients ont plutôt bien accepté le questionnaire.

7-2. LE PROFIL DES REPONDANTS

A Saint Denis, 300 questionnaires ont été distribués aux médecins et 151 ont été remplis. A Paris, 350 questionnaires ont été distribués aux médecins et 189 ont été remplis. Le taux de réponse est de 52%. Le faible taux de réponses est expliqué par le fait que les questionnaires sont auto administrés.

La population de Saint Denis et de Paris a été regroupée, pour obtenir un effectif de 340 patients car les effectifs étaient trop faibles pour séparer les 2 populations.

LE SEXE (Q°2)

220 patients étaient des femmes et 102 étaient des hommes soit 31,7% étaient des hommes.

LE CONTINENT D'ORIGINE (Q°4)

297 patients étaient originaires d'Europe. 3 patients étaient originaires d'Asie. 34 patients étaient originaires d'Afrique. 2 patients étaient originaires d'Amérique. 1 patient était originaire d'Océanie.

Devant une répartition inégale entre les différentes origines et les faibles effectifs, nous avons décidé de ne pas étudier cette variable.

L'AGE (Q°1)

47 patients avaient entre 18 et 25 ans soit 13,9% des patients.

123 patients avaient entre 26 et 40 ans soit 36,3% des patients.

64 patients avaient entre 41 et 50 ans soit 18,9% des patients.

105 patients avaient plus de 50 ans soit 31% des patients.

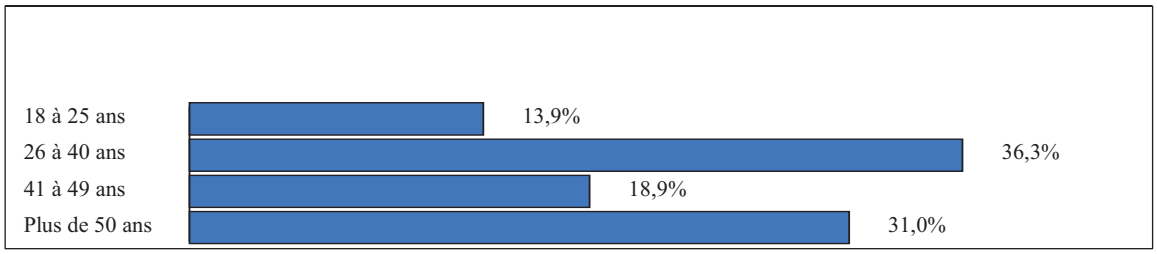


Figure 1. Répartition de la population en fonction des âges

LA SITUATION FAMILIALE (Q°5)

88 patients sont célibataires, 9 sont veufs, 37 sont divorcés, 129 sont mariés, 65 sont en couple et 10 sont pacsés.

Les célibataires, veufs et divorcés ont été regroupés sous l'appellation « Ne vivant pas en couple ».

Les patients en couple, mariés, pacsés ont été regroupés sous l'appellation « Vivant en couple ».

134 patients appartiennent au groupe «Ne vivant pas en couple » soit 39,6% des patients et 204 appartiennent au groupe « Vivant en couple » soit 60,4% des patients.

204 patients ont des enfants et 133 n'en ont pas soit 39,5% des patients n'ont pas d'enfant.

LE REGIME DE SECURITE SOCIALE (Q°6)

Les personnes appartenant au régime général, aux régimes spéciaux, aux régimes des libéraux, ont été regroupés sous le nom : « Régimes généraux ».

Les personnes ayant la CMU et l'AME ont été regroupées sous le nom : « CMU, AME ».

282 patients appartiennent au groupe « Régimes généraux » soit 83,4% des patients.

27 patients appartiennent au groupe « CMU, AME » soit 8% des patients.

3 patients n'ont pas de sécurité sociale (0,9%) et 26 ne savent pas s'ils ont une assurance sociale (7,7%). 61% des répondants ne connaissant pas leur sécurité sociale, sont des jeunes de 18 à 25 ans, qui sont probablement sous le régime de sécurité sociale de leur parent.

286 patients ont une mutuelle (85,1%), 42 n'ont pas de mutuelle (12,5%) et 8 ne savent pas s'ils ont une mutuelle (2,4%).

LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE (Q°3)

90 patients étaient des ouvriers ou employés.

88 patients étaient des cadres.

29 patients étaient artisans, commerçants ou en profession libérale.

22 patients étaient chômeurs ou sans emploi.

45 patients étaient retraités.

33 patients étaient étudiants.

32 patients ont coché la case « Autre ».

Les groupes étant constitués de petits effectifs, nous avons décidé de les répartir en trois groupes :

- Les actifs avec emploi de catégorie socioprofessionnelle supérieure regroupant les cadres, artisans, commerçants et profession libérale, ont été nommés : les actifs CSPS.

117 patients sont des actifs CSPS soit 34,5% des patients.

- Les actifs avec emploi de catégorie socioprofessionnelle intermédiaire, regroupant les ouvriers et employés, ont été nommés : les actifs CSPI.

90 patients sont des actifs CSPI soit 26,5% des patients.

- Les actifs sans emploi et inactifs regroupant les chômeurs, sans emploi, étudiants, retraités et autres, ont été nommés : Autres actifs et inactifs.

132 patients sont des autres actifs ou inactifs soit 38,9% des patients.

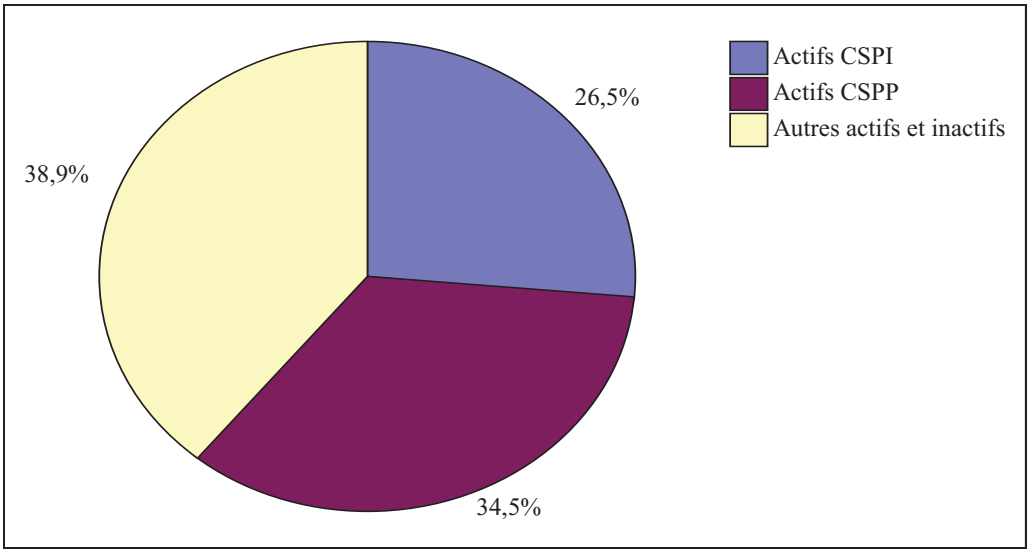


Figure 2. Répartition de la population en fonction de la catégorie socio professionnelle

L'ORIENTATION SEXUELLE (Q°16)

279 patients sont hétérosexuels (85,1%), 11 patients sont homosexuels (3,4%), 6 patients sont bisexuels (1,8%), 6 patients sont abstinents (1,8%) et 26 ne souhaitent pas répondre (7,9%).

Tableau I. Caractéristiques de la population d'étude

VARIABLES	MODALITES	n (pourcentage %)
AGE	18 à 25 ans	47 (13,9)
	26 à 40 ans	123 (36,3)
	41 à 49 ans	64 (18,9)
	≥ 50 ans	105 (31)
SEXE	Femme	220 (68,3)
	Homme	102 (31,7)
CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	Actifs CSPI	90 (26,5)
	Actifs CSPS	117 (34,5)
	Autres actifs ou inactifs	132 (38,9)
VIT EN COUPLE	OUI	204 (60,4)
	NON	134 (39,6)
ENFANT	Oui	204 (60,5)
	Non	133 (39,5)
SECURITE SOCIALE	Régimes généraux	282 (83,4)
	CMU, AME	27 (8)
	Pas de sécurité sociale	3 (0,9)
	Ne sait pas	26 (7,7)
MUTUELLE	Oui	286 (85,1)
	Non	42 (12,5)
	Ne sait pas	8 (2,4)
ORIENTATION SEXUELLE	Hétérosexuel(le)	279 (85,1)
	Homosexuel(le)	11 (3,4)
	Bisexuel(le)	6 (1,8)
	Abstinent	6 (1,8)
	Ne souhaite pas répondre	26 (7,9)

7-3. LA RELATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT (Q°7)

Nous avons regroupé les patients connaissant leur médecin traitant depuis plus de 20 ans, et ceux, le connaissant depuis plus de 10 ans.

Nous avons regroupé les patients connaissant leur médecin traitant depuis moins de quatre ans, et ceux, le connaissant depuis plus de cinq ans, mais moins de neuf ans.

131 patients connaissaient leur médecin traitant depuis plus de 10 ans (40,1%).

196 patients le connaissaient depuis moins de neuf ans (59,9%).

Le médecin traitant soignait d'autres membres de la famille pour 223 patients soit 71%.

91 patients avaient un médecin, qui ne soignait pas d'autres membres de leur famille.

7-4. ABORD DE LA SEXUALITE AVEC LE MEDECIN TRAITANT

7-4-1. AVEZ-VOUS DEJA PARLE DE SEXUALITE AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT ? (Q°9)

67,8% (223) des patients n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin traitant et 32,2% (106) des patients en ont déjà parlé.
37,2% des patients, préfèrent parler de sexualité avec un spécialiste. 20,2% des patients, ne voient pas l'utilité d'en parler à leur médecin, ou pensent que cela ne regarde pas leur médecin. 10,3% des patients, répondent que le médecin n'aborde pas le sujet ou n'est pas disponible pour en parler. Les autres modalités sont décrites dans le tableau II.

Tableau II. Les raisons pour ne pas avoir parlé de sexualité

Raisons pour ne pas avoir parlé de sexualité	n	IC (%)
Souhaite en parler à des spécialistes	91	**31,2<37,2<43,1**
Ne voit pas l'utilité d'en parler au médecin, cela ne regarde pas le médecin	51	15,2<20,2<25,1
Le médecin n'aborde pas le sujet ou n'est pas disponible pour en parler	26	6,5<10,3<14
Autre	26	6,5<10,3<14
Honte d'en parler au médecin	20	4,6<7,9<11,2
Pas le temps d'en parler pendant la consultation	18	4<7,1<10,3
Le médecin est de sexe opposé	11	1,8<4,3<6,9
Le médecin est trop jeune ou trop âgé	4	0,1<1,6<3,1
Peur de gêner le médecin	3	0<1,2<2,5

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 232,89,
Degré de liberté = 9. Les cases en gras sont significatives. p<0,01 L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité.

Les patients connaissant leur médecin depuis plus de 10 ans (41,2%), parlent plus, de manière significative, de sexualité avec leur médecin, en comparaison à ceux connaissant leur médecin depuis moins de 9 ans (26,8%). (Tableau III).

Tableau III. Réponses à la question : « Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre médecin traitant? », en fonction des caractéristiques des répondants

VARIABLES	MODALITES	OUI (%)	NON (%)	p
AGE	18-25 ans	15 (33,3)	30 (66,7)	p=0,82
	26-40 ans	39 (32,8)	80 (67,2)	
	41-49 ans	17 (27,4)	45 (72,6)	
	≥ 50 ans	35 (34,3)	67 (65,7)	
SEXE	Femme	70 (32,4)	146 (67,6)	p=0,89
	Homme	31 (31,6)	67 (68,4)	
CSP	CSPS	40 (35,1)	74 (64,9)	p=0, 72
	CSPI	27 (30,7)	61 (69,3)	
	Autres	39 (30,7)	88 (69,3)	
VIT EN COUPLE	OUI	58 (28,9)	143 (71,1)	p=0,09
	NON	48 (37,8)	79 (62,2)	
CONNAISSANCE MT	Plus de 10 ans	**54 (41,2%)**	77 (58,8)	**p<0,01**
	Moins de 9 ans	**52 (26,8%)**	142 (73,2)	

Le fait de connaître son médecin depuis plus de 10 ans, plutôt que depuis moins de 9 ans, double les chances, de manière significative, d'avoir déjà parlé de sexualité avec son médecin (autres caractéristiques contrôlées : âge, sexe, CSP, statut matrimonial). (OR=2,23, p=0,02, IC 95%=1,33-3,72).

7-4-2. SOUHAITERIEZ-VOUS PARLER PLUS SOUVENT DE SEXUALITE AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT ? (Q°10)

23,4% (76) des patients, souhaiteraient parler plus souvent de sexualité avec leur médecin traitant et 76,6% (249), ne le souhaiteraient pas.

Les 26-40 ans (32,8%) souhaitent parler plus souvent de sexualité avec leur médecin traitant, de manière significative, par rapport aux tranches d'âge et en particulier les 41-49 ans qui ne sont que 11,3% à vouloir parler plus souvent de sexualité avec leur médecin traitant.

Les hommes (30,9%) souhaitent parler plus souvent de sexualité que les femmes (20,4%), de manière significative.

Les patients dont le MT ne soigne pas d'autres membres de leur famille (33,7%), souhaitent parler plus souvent de sexualité, de manière significative, que ceux dont le

médecin soigne d'autres membres de la famille (20%). De plus, on note que les patients qui connaissent leur médecin depuis moins de 9 ans (27,1%) souhaitent parler plus souvent de sexualité que ceux qui le connaissent depuis plus de 10 ans (18,5%).

80,3% des patients n'ayant jamais parlé de sexualité, ne souhaitent pas en parler plus avec leur médecin. 68,9% des patients ayant déjà parlé de sexualité, ne souhaitent pas en parler plus. Mais ils répondent plus souvent (31,1%) qu'ils souhaitent en parler, que les patients qui n'en ont jamais parlé (19,7%) (Significatif). (Tableau IV)

Tableau IV. Réponses à la question : « Souhaiteriez-vous parler plus souvent de sexualité avec votre médecin traitant ? », en fonction des caractéristiques des répondants

VARIABLES	MODALITES	OUI (%)	NON(%)	p
AGE	18-25 ans	9 (20,9)	34 (79,1)	**p=0,01**
	26-40 ans	**39 (32,8)**	80 (67,2)	
	41-49 ans	**7 (11,3)**	55 (88,7)	
	≥ 50 ans	21 (21)	79 (79)	
SEXE	Femme	**44 (20,4)**	172 (79,6)	**p=0,04**
	Homme	**29 (30,9)**	65 (69,1)	
CSP	CSPS	20 (17,5)	94 (82,5)	p=0,18
	CSPI	23 (26,1)	65 (73,9)	
	Autres	33 (26,8)	90 (73,2)	
VIT EN COUPLE	OUI	43 (21,6)	156 (78,4)	p=0,32
	NON	33 (26,4)	92 (73,6)	
CONNAISSANCE MT	Plus de 10 ans	24 (18,5)	106 (81,5)	p=0,07
	Moins de 9 ans	52 (27,1)	140 (72,9)	
MT DE LA FAMILLE	OUI	**44 (20)**	176 (80)	**p=0,01**
	NON	**30 (33,7)**	59 (66,3)	
DEJA PARLE DE SEXUALITE	OUI	**33 (31,1)**	73 (68,9)	**p=0,02**
	NON	**43 (19,7)**	175 (80,3)	

Le fait d'être une femme, plutôt qu'un homme, réduit, de façon significative, le fait de vouloir parler plus souvent de sexualité avec son médecin (autres caractéristiques contrôlées). (OR=0,47, p= 0,0015).

Les patients âgés de 26-40 ans, ont deux fois plus de chances, que les plus de 50 ans, de vouloir parler plus souvent de sexualité (autres caractéristiques contrôlées). (Significatif, OR=2,14, p=0,04).

Les patients dont le médecin n'est pas le médecin de famille, ont deux fois plus de chances que les autres, de vouloir parler plus souvent de sexualité (autres caractéristiques contrôlées). (Significatif, OR=2,05, p=0,03).

Les répondants n'ayant jamais parlé de sexualité ont deux fois moins de chances que ceux ayant déjà parlé de sexualité, de vouloir parler plus souvent de sexualité (autres caractéristiques contrôlées). (Significatif, OR=0,5, p=0,03). (Tableau V)

Tableau V. Caractéristiques des patients souhaitant parler plus souvent de sexualité avec leur médecin traitant

VARIABLES	MODALITES	Effectifs	OR	p	IC (95%)
AGE	18-25 ans	43	0,7	p=0,46	0,27-1,81
	26-40 ans	106	2,14	**p=0,04**	**1,03-4,44**
	41-49 ans	56	0,62	p=0,34	0,23-1,68
	≥ 50 ans	89	1		
SEXE	Femme	203	**0,47**	**p=0,015**	**0,26-0,86**
	Homme	91	1		
CSP	CSPS	102	0,5	p=0,06	0,24-1,03
	CSPI	81	0,97	p=0,9	0,47-1,99
	Autres	111	1		
VIT EN COUPLE	OUI	180	1		
	NON	114	1,12	p=0,72	0,6-2,07
CONNAISSANCE MT	Plus de 10 ans	119	0,7	p=0,28	0,36-1,35
	Moins de 9 ans	175	1		
MT DE LA FAMILLE	OUI	214	1		
	NON	80	**2,05**	**p=0,03**	**1,07-3,95**
DEJA PARLE DE SEXUALITE	OUI	196	1		
	NON	98	**0,5**	**p=0,03**	**0,28-0,92**

7-4-3. PENSEZ-VOUS QUE C'EST AU MEDECIN TRAITANT D'ABORDER LE SUJET DE LA SEXUALITE EN PREMIER ? (Q°11)

40,6% (130) des patients pensent que c'est au médecin d'aborder le sujet de la sexualité en premier.

Les patients qui ne vivent pas en couple (48,8%), souhaitent plus, que les patients vivant en couple (35,7%) que le médecin traitant aborde le sujet de la sexualité en premier, de manière significative.

Les patients préfèrent aborder le sujet de la sexualité, qu'ils aient ou non déjà parlé de sexualité avec leur médecin traitant. Cependant, les patients souhaitant parler plus souvent de sexualité (56,6%), souhaitent plus que ceux, ne souhaitant pas parler plus souvent de sexualité (35,8%), que le médecin aborde le sujet de la sexualité en premier (Significatif). (Tableau VI)

Tableau VI. Réponses à la question : « Pensez vous que c'est au médecin d'aborder le sujet de la sexualité en premier ? », en fonction des caractéristiques des répondants

VARIABLES	MODALITES	OUI (%)	NON(%)	p
AGE	18-25 ans	24 (55,8)	19 (44,2)	p>0,05
	26-40 ans	52 (44,1)	66 (55,9)	
	41-49 ans	23 (37,1)	39 (62,9)	
	≥ 50 ans	31 (32,3)	65 (67,7)	
SEXE	Femme	88 (41,7)	123 (58,3)	p=0,7
	Homme	37 (39,4)	57 (60,6)	
VIT EN COUPLE	OUI	70 (35,7)	126 (64,3)	**p=0,02**
	NON	**60 (48,8)**	**63 (51,2)**	
DEJA PARLE DE SEXUALITE	OUI	43 (41)	62 (59)	p=0,95
	NON	87 (40,7)	127 (59,3)	
PARLER PLUS SOUVENT DE SEXUALITE	OUI	**43 (56,6)**	**33 (43,4)**	**p=0,001**
	NON	87 (35,8)	156 (64,2)	

Les 18-25 ans, ont 2,8 fois plus de chances que les plus de 50 ans, de penser, que c'est au médecin, d'aborder le sujet de la sexualité en premier (autres caractéristiques contrôlées). (Significatif, OR=2,8, p=0,09, IC 95%=1,3-6).

Les patients ne vivant pas en couple, ont 1,7 fois plus de chances que les autres, de penser, que c'est au médecin d'aborder le sujet en premier (autres caractéristiques contrôlées). (Significatif, OR=1,73, p=0,03, IC 95%=1,05-2,85).

Les patients ne voulant pas parler plus souvent de sexualité, ont 2 fois moins de chances que les autres, de penser que c'est au médecin d'aborder le sujet de la sexualité en premier (autres caractéristiques contrôlées). (Significatif, OR=0,43, p=0,04, IC 95%=0,24-0,76).

7-5. LES PRATIQUES DU DEPISTAGE DU VIH

7-5-1. ACCEPTERIEZ-VOUS QUE VOTRE MEDECIN TRAITANT VOUS PROPOSE SYSTEMATIQUEMENT UN TEST DE DEPISTAGE DU VIH LORS D'UNE PRISE DE SANG DE ROUTINE ? (Q°12)

79,6% (261) des patients accepteraient un test de dépistage systématique du VIH. (Figure 3)

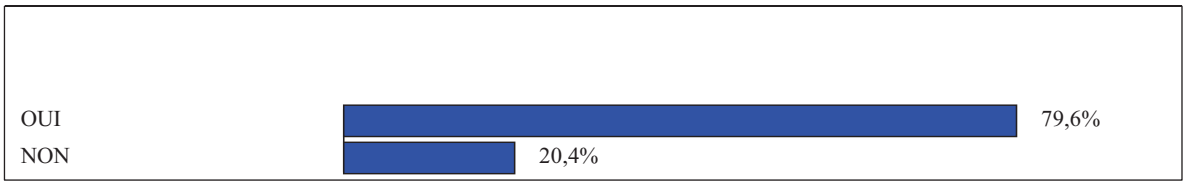


Figure 3. Acceptation par les patients du test de dépistage du VIH systématique

Il n'y a pas de différence entre les réponses des patients qui ont déjà parlé de sexualité avec leur médecin (86 (81,1%)) et ceux qui n'en ont jamais parlé. (174 (78,7%)).
Les caractéristiques des répondants sont retranscrites dans le tableau X.
Les raisons de refuser le test de dépistage systématique du VIH sont décrites dans le tableau ci-dessous. (Tableau VII)

Tableau VII. Les raisons de refuser le test de dépistage systématique

Raisons pour refuser le test	n	IC (%)
Pas concerné par ce dépistage	39	**48,1<60<71,9**
Autre	13	10,3<20<29,7
Peur du résultat	8	4,3<12,3<20,3
Gêne de ce que penserait le médecin	4	0,3<6,2<12
Gêne de ce que penserait l'entourage	1	0<1,5<4,5

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 71,23, degré de liberté= 4, p<0,01. Les cases en gras sont significatives. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité.

7-5-2. AVEZ-VOUS DEJA FAIT UN TEST DE DEPISTAGE DU VIH ? (Q°13)

72,4% (239) des répondants, ont déjà fait un test de dépistage du VIH. 34,2% (113) des répondants ont fait un test une seule fois, 29,7% (98) le font de temps en temps, et 8,5% (28) le font régulièrement. (Figure 4)

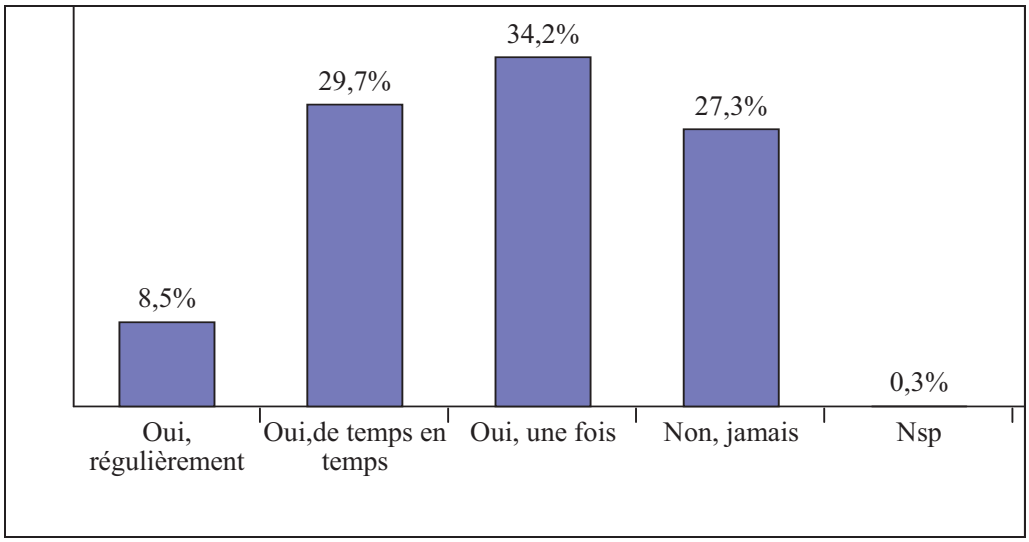


Figure 4. Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ?

44,7% (21) des jeunes de 18 à 25 ans, répondent qu'ils n'ont jamais fait de test de dépistage du VIH. (Significatif, p=0,01)

39,2% (47) des 26 à 40 ans, répondent qu'ils font des tests régulièrement. (Significatif, p=0,01).

35,4% (35) des patients de plus de 50 ans, répondent qu'ils n'ont jamais fait de test de dépistage du VIH (significatif, p=0,01).

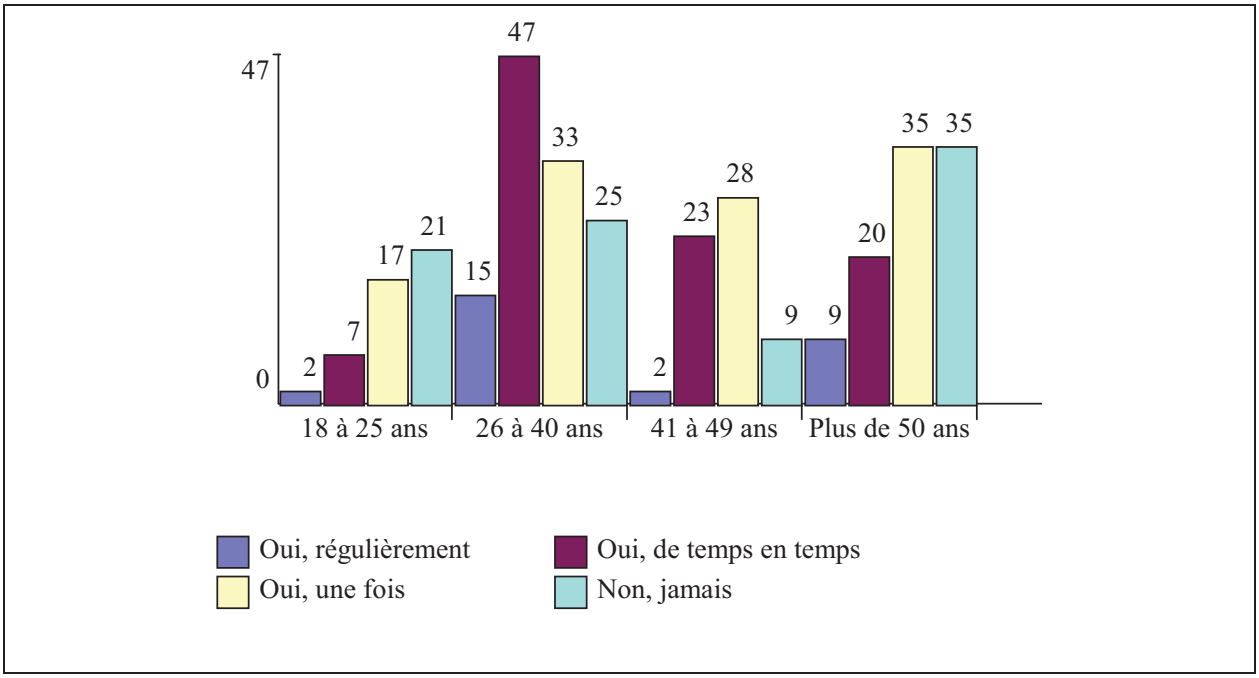


Figure 5. Réponses à la question : « Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ? », en fonction des âges

Les réponses « oui, régulièrement », « oui de temps en temps » et « oui, une fois » ont été regroupées sous la réponse « Oui ».

Les patients n'ayant pas d'enfant (34,1%), répondent plus souvent qu'ils n'ont pas fait de test de dépistage du VIH que ceux ayant des enfants (23,1%) (Significatif, p=0,03).

65,5% des personnes n'ayant jamais fait de test, accepteraient le test de dépistage systématique.

21,4% des répondants acceptant le test de dépistage systématique du VIH, n'ont jamais fait de test. (Tableau VIII)

Tableau VIII. Réponses à la question : « Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ? », en fonction des caractéristiques des patients

VARIABLES	MODALITES	OUI (%)	NON(%)	p
AGE	18-25 ans	26 (55,3)	**21 (44,7)**	**p<0,001**
	26-40 ans	95 (79,2)	25 (20,8)	
	41-49 ans	53 (85,5)	**9 (14,5)**	
	≥ 50 ans	64 (64,6)	35 (35,4)	
SEXE	Femme	162 (76,4)	50 (23,6)	p=0,06
	Homme	67 (66,3)	34 (33,7)	
CSP	CSPS	91 (80,5)	**22 (19,5)**	**p=0,01**
	CSPI	68 (75,6)	22 (24,4)	
	Autres	80 (64)	**45 (36)**	
VIT EN COUPLE	OUI	149 (74,5)	51 (25,5)	p=0,35
	NON	90 (69,8)	39 (30,2)	
ENFANT	OUI	153 (76,9)	**46 (23,1)**	**p=0,03**
	NON	85 (65,9)	**44 (34,1)**	
ACCEPTATION DU TEST VIH SYSTEMATIQUE	OUI	202 (78,6)	55 (21,4)	**p=0,01**
	NON	**35 (54,7)**	**29 (45,3)**	

37,7% (89) des patients, ont effectué le plus souvent le test de dépistage du VIH par l'intermédiaire de leur médecin traitant (Significatif, p=0,01). 23,7% (56) l'ont fait à l'hôpital et 15,3% (36) l'ont fait en CDAG. (Figure 6)

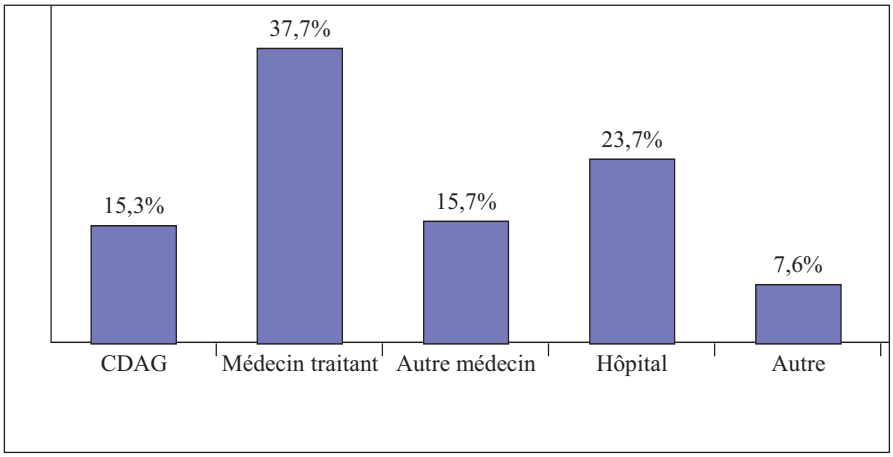


Figure 6. Les intermédiaires des tests de dépistage

Les occasions, où les patients ont fait les dépistages, sont décrites dans le tableau IX. Dans 49,3% des cas, ils ont fait le test dans le cadre d'un bilan systématique.

Tableau IX. Les occasions pour faire un test de dépistage du VIH

Occasions dépistage	n	IC (%)
Bilan systématique	142	**43,5<49,3<55,1**
Avant d'avoir des rapports sexuels non protégés	59	15,8<20,5<25,1
Après des rapports sexuels à risque	49	12,7<17<21,3
Tests réguliers	21	4,3<7,3<10,3
Autre	14	2,4<4,9<7,3
Ne souhaite pas répondre	3	0<1<2,2

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 268,08,
Degré de liberté = 6. p<0,01. Les cases en gras sont significatives. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité.

45,3% (107) des patients, ont fait le test de dépistage à leur demande (significatif, p<0,01) et 28,4% (67) l'ont fait à la demande du médecin traitant. (Figure 7)

73,1% (19) des 18-25 ans, ont fait un test de dépistage du VIH à leur demande et 44,2% (23) des 41-49 ans, l'ont fait à la demande de leur médecin traitant (Significatif, p<0,001).

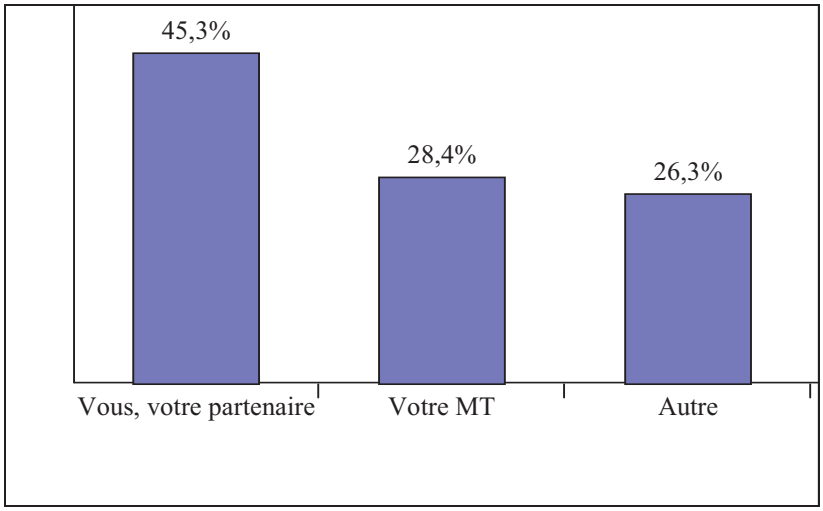


Figure 7. Réponses à la question : « Qui a proposé de faire le test de dépistage du VIH ? »

7-5-3. ACCEPTERIEZ-VOUS DE REALISER UN TROD DU VIH ? (Q°14)

89,6% des répondants, accepteraient de faire un test de dépistage rapide du VIH au cabinet de leur médecin généraliste.

72,4% (42) des personnes ne souhaitant pas effectuer un test de dépistage du VIH dans un bilan de routine, accepteraient de faire le test de dépistage rapide du VIH au cabinet de leur médecin. 16 patients soit 5,2% des répondants refuseraient le test de dépistage du VIH systématique et le TROD.

81,2% des répondants n'ayant jamais fait de test, accepteraient de faire le TROD.

96,6% (113) des 26-40 ans accepteraient de faire le TROD. 91,6% (186) des femmes l'accepteraient (Tableau X).

Tableau X. Réponses à la question 12 : « Accepteriez-vous un test de dépistage systématique du VIH dans un bilan de routine ? » et à la question 14 : « Accepteriez-vous de réaliser un TROD au cabinet de votre médecin s'il vous le proposait ? », en fonction des caractéristiques des patients

		ACCEPTATION TEST SYSTEMATIQUE		ACCEPTATION TROD	
VARIABLES	MODALITES	OUI (%)	NON(%)	OUI (%)	NON (%)
AGE	18-25 ans	36 (80)	9 (20)	40 (85,1)	7 (14,9)
	26-40 ans	97 (81,5)	22 (18,5)	113 (96,6)	**4 (3,4)****
	41-49 ans	51 (83,6)	10 (16,4)	50 (87,7)	7 (12,3)
	≥ 50 ans	77 (75,5)	25 (24,5)	79 (84)	**15 (16)****
SEXE	Femme	172 (79,3)	45 (20,7)	186 (91,6)	17 (8,4)
	Homme	77 (79,4)	20 (20,6)	82 (84,5)	15 (15,5)
VIT EN COUPLE	OUI	156 (78)	44 (22)	166 (87,4)	24 (12,6)
	NON	105 (82,7)	22 (17,3)	117 (92,9)	9 (7,1)
CONNAISSANCE MT	Plus de 10 ans	103 (78,6)	28 (21,4)	105 (85,4)	**18 (14,6)***
	Moins de 9 ans	155 (80,3)	38 (19,7)	171 (92,9)	**13 (7,1)***
ORIENTATION SEXUELLE	Hétérosexuel(le)	220 (80,6)	53 (19,4)	248 (91,5)	23 (8,5)
	Homo ou bi sexuel(le)	14 (82,4)	3 (17,6)	15 (93,8)	1 (6,3)
	Autres	22 (73,3)	8 (26,7)	19 (67,9)	**9 (32,1)***

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

7-6. LES CONNAISSANCES SUR LES IST

7-6-1. LES MOYENS D'INFORMATION LES PLUS EFFICACES SUR LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE DES IST (Q° 8)

42,3% (137) des patients, pensent que les « publicités, médias, émissions TV » est le moyen le plus efficace sur la prévention des IST, et 35,2% (114) des patients pensent que c'est le médecin traitant. (Tableau XI).

Tableau XI. Les moyens d'information les plus efficaces sur la prévention et le dépistage des IST

Moyens d'information	n	IC (%)
Publicités, médias, TV	137	**36,9<42,3<47,7**
Médecin traitant	114	**30<35,2<40,4**
Ecole	37	8<11,4<14,9
Associations	18	3,1<5,6<8
Entourage	10	1,2<3,1<5
Brochures salle d'attente	8	0,8<2,5<4,1

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 298,63,
Degré de liberté = 5, p<0,001. Les cases en gras sont significatives. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité.

Les 18-25 ans ont répondu plus souvent que les autres tranches d'âge, que le moyen d'information le plus efficace, était l'école (27,3%) et l'entourage (6,8%) (Significatif, p<0,05). Ils ont répondu moins souvent le médecin traitant (18,3%), que les autres tranches d'âge (Significatif, p<0,05). (Tableau X)

Au contraire, les plus de 50 ans considèrent que le médecin traitant (49%), est le moyen le plus efficace sur la prévention des IST, en comparaison aux tranches d'âge (Significatif, p<0,05). (Tableau XII)

Tableau XII. Les moyens d'information les plus efficaces en fonction des différentes tranches d'âge

AGE MOYENS D'INFORMATIONS	18 à 25 ans	26 à 40 ans	41 à 49 ans	Plus de 50 ans	TOTAL % (n)
Publicités, médias, TV	34,1% (15)	50,4% (60)	45% (27)	35% (35)	42,4% (137)
Médecin traitant	**18,2% (8)**	31,9% (38)	30% (18)	**49% (49)**	35 % (113)
Brochures salle d'attente	4,5% (2)	0,8% (1)	5% (3)	2% (2)	2,5% (8)
Ecole	**27,3% (12)**	9,2% (11)	8,3% (5)	9% (9)	11,5% (37)
Entourage	**6,8% (3)**	2,5% (3)	5% (3)	1% (1)	3,1% (10)
Associations	9,1% (4)	5% (6)	6,7% (4)	4% (4)	5,6% (18)
TOTAL % (n)	100% (44)	100% (119)	1°°% (60)	100% (100)	100% (323)

chi2 = 34,48, degré de liberté = 15, p<0,005. Les cases en gras sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur ou inférieur à l'effectif théorique.

7-6-2. AVIS DES REPONDANTS SUR LES IST (Q°15)

89,6% (283) pensent que le dépistage des IST est un problème d'actualité.

54,3% (170) des répondants se sentent concernés par ce problème.

51,1% (24) des jeunes de 18-25 ans, se sentent concernés par ce problème. Les 26-40 ans, sont la tranche d'âge, qui se sent la plus concernée par le dépistage des IST (70 (61,4%)).

Les CSPS (74 (67,4%)) se sentent plus concernées par ce problème que les autres catégories (Significatif, p<0,01).

Les répondants ne vivant pas en couple (80 (60%), se sentent plus concernés par ce problème, par rapport aux répondants vivant en couple (Significatif, p<0,01).

75,2% (242) des répondants se sentent suffisamment informés sur le VIH.

La tranche d'âge des 26-40 ans, répond plus souvent qu'ils ne sont pas suffisamment informés sur le VIH, que les autres tranches d'âge. (Significatif, p<0,01).

67,1% (53) des patients, qui ne se sentent pas suffisamment informés sur le VIH, se sentent concernés par le dépistage des IST.

8. DISCUSSION

8-1. QUALITES ET BIAIS DE L'ETUDE

8-1-1. COMPARAISON AUX DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Nous avons comparé l'échantillon à la population générale, afin d'étudier sa représentativité dans la population générale.

Tableau XIII. Répartition en fonction du sexe et comparaison aux données de recensement en Ile de France en 2009 (Source INSEE [46])

Sexe	Echantillon	Recensement IDF 2009
Femme	68,3%	51,7%
Homme	31,7%	48,3%

La population d'étude est plus féminine que la population d'Ile de France. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les femmes consultent plus souvent des médecins que les hommes et sont donc plus représentées. D'autre part, les femmes répondent peut-être plus facilement à des questionnaires sur la sexualité et le VIH, car elles sont plus habituées à être interrogées lors de consultation de gynécologie.

Tableau XIV. Répartition en fonction des tranches d'âge et comparaison aux données de recensement en Ile de France en 2009 (Source INSEE [46])

Age	Echantillon	Age	Recensement IDF 2009
18 à 25 ans	13,9	18 à 24 ans	13,2%
26 à 40 ans	36,3	25 à 39 ans	31,3%
41 à 49 ans	18,9	40 à 54 ans	28,2%
Plus de 50 ans	31	55 à 79 ans	27,3%

La répartition en fonction des tranches d'âge est comparable à celle de la population d'Ile de France en 2009. La tranche d'âge 41-49 ans est un peu moins représentée que dans celle du recensement.

Tableau XV. Répartition en fonction de la CSP et comparaison aux données de recensement en Ile de France en 2009 (Source INSEE [46])

CSP	Echantillon	Recensement IDF 2009
CSPS	34,5	19,6
CSPI	26,5	43,6
Autres	38,9	36,8

Les données étant indisponibles, les étudiants n'ont pas été intégrés dans le groupe « Autres ». En Ile de France, en 2009, les étudiants représentent 9,7% des actifs et inactifs. Dans notre l'étude, ils représentent 6,5%. Ils sont donc moins représentés. Cette différence est probablement due au fait qu'ils consultent peu les médecins.

Les actifs avec emploi de catégorie socioprofessionnelle supérieure sont beaucoup plus représentés dans l'étude, que dans la population d'Ile de France de 2009.

Tableau XVI. Répartition en fonction du statut matrimonial et comparaison aux données de recensement en Ile de France en 2009 (Source INSEE [46])

	Echantillon	Recensement IDF 2009
Couple	60,4	61,7
Pas en couple	39,6	38,3

La répartition entre les personnes vivant en couple et celles ne vivant pas en couple, est comparable à celle du recensement 2009.

Répartition en fonction de l'orientation sexuelle et comparaison aux données de l'étude KABP et de l'Enquête Contexte sexualité en France

Dans notre étude, 3,4% des patients ont déclaré être homosexuels (0,6% sont des femmes homosexuelles, 2,6% sont des hommes homosexuels, 1 personne n'a pas précisé si elle était de sexe masculin ou féminin). 1,8% sont bisexuels (1,3% sont des femmes bisexuelles et 0,6% sont des hommes bisexuels).

Dans l'étude KABP 2004 [19], 0,4% sont des hommes homosexuels, 0,2% sont des femmes homosexuelles, 1,4% sont des hommes bisexuels et 0,6% sont des femmes bisexuelles. 4,6% déclarent ne pas avoir eu de rapport sexuel depuis 5 ans (définis comme « abstinents ») ou ne jamais avoir eu de rapport sexuel (définis comme « vierges »).
Ils définissent une personne homosexuelle, comme une personne n'ayant eu des rapports sexuels qu'avec des partenaires de même sexe, au cours des cinq dernières années, et une personne bisexuelle, comme ayant eu des rapports aussi bien avec des hommes, qu'avec des femmes, au cours des cinq dernières années.

Dans l'enquête Contexte Sexualité en France [9], 4% des femmes et 4,1% des hommes déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel avec un partenaire de même sexe.

Dans un sondage IFOP pour la revue Têtu de mars 2011, 3% des personnes interrogées se déclarent bisexuelles et 3,5% se déclarent homosexuelles. [47]

Les données ne sont donc pas comparables entre les différentes études mais l'homosexualité et la bisexualité ne sont pas facilement définissables et les pourcentages varient en fonction des définitions données. On peut quand même supposer que dans notre étude, ce pourcentage est un peu plus faible que dans la population générale.

D'autre part, dans l'étude, nous n'avons pas séparé les personnes vierges et les personnes abstinentes. Dans l'étude KABP 2004 [19], 3,6% des répondants âgés de 18 à 69

ans, déclarent ne jamais avoir eu de rapport sexuel. Il est donc probable que dans notre étude, des personnes vierges ne se soient pas forcément déclarées comme abstinentes.

En conclusion, la population d'étude est plus féminine et de catégorie socioprofessionnelle plus élevée que la population d'Ile de France. La tranche d'âge 41-50 ans et les étudiants sont moins représentés.
Le choix de population d'étude est non aléatoire, les résultats de l'étude ne peuvent donc pas être généralisés à la population d'Ile de France. Cependant, les conclusions de l'étude peuvent donner une idée de ce que pense la population francilienne.

8-1-2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

La population d'étude n'est pas représentative de la population générale. Les médecins ont été choisis au hasard, dans les pages jaunes, mais on peut supposer que ceux qui ont accepté l'enquête, sont plus ouverts sur le sujet de la sexualité. Les médecins ou leurs secrétaires ont pu choisir les patients à qui distribuer le questionnaire. On peut donc supposer, que les patients qui ont accepté de répondre, sont eux aussi plus ouverts sur ce sujet. Il y a donc des biais de sélection.
D'autre part, l'étude n'est pas représentative, les patients illettrés ou ne connaissant pas suffisamment le français, et les patients hors du parcours de soins, n'ont pas été représentés.

L'effectif de la population est petit car le taux de réponse est faible lorsqu'il s'agit de questionnaires auto administrés. Le recueil de données a été long et difficile. Ce faible effectif procure peu de puissance à l'étude. La thésarde aurait pu distribuer elle-même les questionnaires en salle d'attente. Mais les réponses des patients auraient pu être biaisées par la présence d'un tiers et l'anonymat n'aurait pas été complètement respecté. Or l'anonymat est important car il permet de mettre en confiance le patient [32]. Ce qui est essentiel pour une enquête portant sur la sexualité.

8-1-3. QUALITES DE L'ETUDE

Les questionnaires auto administrés garantissent l'anonymat des répondants. Ainsi, les personnes interrogées peuvent aborder des sujets, qu'elles n'auraient peut-être pas osés aborder devant un tiers.

L'Ile de France est une des régions de France, où l'incidence du VIH est la plus élevée. Paris et la Seine Saint Denis sont les deux départements d'Ile de France, où l'incidence du VIH est la plus élevée. Ainsi, il est intéressant d'étudier le comportement de cette population, plus exposée, que les habitants d'autres régions de France.

Les patients, des arrondissements de Paris choisis (Vème, VIIIème, XVème et XVIème) sont majoritairement issus de classes socioprofessionnelles plus élevées que ceux de Seine Saint Denis. Ainsi, en mélangeant les deux populations d'étude, l'échantillon devient un peu plus homogène.

8-2. LES PRATIQUES DE DEPISTAGE DU VIH

Dans l'étude, **72,4% des répondants ont déjà fait un test de dépistage du VIH**. On retrouve des résultats similaires dans la littérature où 75% des franciliens déclarent avoir déjà fait un test de dépistage. Le recours récent au test est en augmentation. [20]

8-2-1. LES COMPORTEMENTS VARIENT EN FONCTION DES SITUATIONS

En fonction du sexe:

Dans notre étude, 76,4% des femmes et 66,3% des hommes déclarent avoir déjà fait un test de dépistage du VIH. Ces chiffres sont superposables à ceux de l'étude KABP 2010, dans laquelle, 66,2% des franciliens et 78,5% de franciliennes ont déjà fait un test. [20]
Cette différence entre les deux sexes est très probablement liée à la pratique du dépistage systématique des femmes lors des grossesses. On note, cependant, que les hommes se font de plus en plus dépister, quelque soit leur tranche d'âge. [20]

En fonction de l'âge:

44,7% des 18-25 ans n'ont jamais fait de test. Dans ce groupe, il y a probablement une certaine proportion de répondants qui n'ont jamais eu de rapport sexuel car dans l'étude KABP [19], ils estiment à 3,6% cette proportion. Le pourcentage peut donc être, un peu augmenté par ces personnes, n'ayant pas d'activité sexuelle et n'effectuant donc pas de dépistage. Malgré ce probable biais, **les jeunes de moins de 25 ans n'effectuent pas suffisamment de dépistage du VIH** et le nombre de nouvelles découvertes d'infection par le VIH dans cette

tranche d'âge, n'est pas négligeable. En effet, selon les données de l'InVS, les 15-24 ans représentent 8% des découvertes de séropositivité VIH chez les hommes et 12% chez les femmes. [48]

D'autre part, on note que 73% des 18-25 ans, ont fait le test de dépistage à leur demande. Ce pourcentage n'est qu'à 45,3% dans la population d'étude globale. Les médecins généralistes leurs proposent rarement le dépistage. C'est vraisemblablement une des raisons pour lesquelles, ils considèrent moins souvent que les autres tranches d'âge, que le médecin traitant est un bon moyen d'information sur les IST.

Dans la thèse de Maïlys Chambon Pamelle [49], seulement 40% des 18-25 ans interrogés, ont déjà fait un test de dépistage du VIH. D'autre part, ils semblent peu informés sur le dépistage et estiment que le médecin généraliste est peu impliqué dans la prévention du VIH. Ils souhaiteraient que les médecins généralistes les conseillent plus dans ce domaine.
Dans une autre étude, deux tiers des 18-30 ans n'ont jamais effectué de test [19]. Il semble donc important que les médecins généralistes ciblent plus les jeunes, dans leurs campagnes de prévention.

Il faut aussi noter que les jeunes de moins de 25 ans, consultent peu en cabinet de médecine générale et que le meilleur moyen de les informer sur les risques, est de venir à eux et de développer les campagnes à l'école.

Dans notre étude, environ 40% des 26-40 ans effectuent des tests régulièrement et ils se sentent plus concernés par les IST que les autres tranches d'âge. D'autre part, ils déclarent plus souvent qu'ils ne sont pas suffisamment informés sur les IST. Cette différence avec les autres tranches d'âge, peut être expliquée par le fait qu'ils correspondent à la génération ayant débuté leur activité sexuelle avec la découverte du VIH. Ils sont donc plus sensibilisés à ce problème.

35% des répondants de plus de 50 ans n'ont jamais fait de test. Ils sont peu ciblés par les campagnes de dépistage. Selon l'InVS, 18% des découvertes de séropositivité chez les hommes et 14% des découvertes chez les femmes, le sont à plus de 50 ans. Même s'ils ne correspondent pas à la population la plus à risque d'infection par le VIH, les hommes de plus de 50 ans sont à risque de dépistage tardif. Il est donc important de développer aussi les campagnes de dépistage ciblant les plus de 50 ans. Les médecins généralistes pourraient proposer plus souvent des tests à cette population.

<u>En fonction du statut matrimonial:</u>

Les patients n'ayant pas d'enfant répondent plus souvent, qu'ils n'ont jamais fait de test de

dépistage. Cette différence est probablement liée au dépistage systématique pendant la grossesse pour les femmes et pour le certificat prénuptial pour les hommes (anciennement obligatoire).
Dans notre étude, il n'y pas de différence significative entre le fait d'être en couple ou non. Mais les personnes en couple, se sentent plus concernées par les IST que celles ne vivant pas en couple.

En fonction du statut professionnel:
Les catégories socioprofessionnelles supérieures effectuent plus souvent le dépistage et se sentent plus concernées par les IST.
Dans l'étude KABP, les répondants les moins diplômés ont moins recours au test de dépistage, au cours de leur vie [20].

En conclusion, **les 18-25 ans et les plus de 50 ans se font peu dépister**. Même si les jeunes consultent peu en médecine générale, il parait important de ne pas hésiter à leur proposer des tests de dépistage du VIH, même s'ils ne consultent pas pour ce motif. Pour les plus de 50 ans, il paraît important de mieux évaluer les risques afin d'adapter et d'élargir le dépistage mais la difficulté est de pouvoir aborder ce sujet en consultation.
On peut supposer que les personnes les moins diplômées et les personnes sans enfant, font moins ce dépistage car elles sont probablement moins bien informées sur le VIH.

8-2-2. LES MODALITES DE DEPISTAGE

Les patients effectuent plus souvent les tests à leur initiative (45,3%) et s'adressent principalement à leur médecin traitant pour les prescrire (37,7%). **Le rôle du médecin traitant est donc primordial, car il semble être l'interlocuteur de choix des patients pour effectuer le dépistage.** Dans la littérature, on note aussi, que le test est majoritairement effectué à la demande du patient [20]. Le pourcentage de tests, à l'initiative du médecin, est faible. Le bilan est effectué lors d'un bilan systématique, dans près de la moitié des cas. On note que 20% des patients effectuent des tests avant d'avoir des rapports sexuels non protégés, et 17%, après avoir eu des rapports sexuels à risque. Le dépistage, intégré dans un bilan systématique, semble donc être le moyen le plus fréquent.

Les médecins doivent donc proposer plus facilement le dépistage du VIH afin de

toucher aussi les populations qui effectuent peu de test (les 18-25 ans, les plus de 50 ans, les moins diplômés, les personnes sans enfant), et qui ne viennent pas spontanément se faire dépister car ils ne se sentent pas forcement à risque ou ne connaissent tout simplement pas les risques.

8-3. L'ACCEPTATION DU TEST DE DEPISTAGE DU VIH

8-3-1. DEPISTAGE SYSTEMATIQUE

79,6% des patients accepteraient un test de dépistage systématique dans un bilan de routine si leur médecin leur proposait. Les résultats sont similaires dans l'étude KABP, où 80% des patients accepteraient le dépistage lors de leur prochaine visite chez le médecin. [20] Il n'y a pas de différence de comportement en fonction des âges, du sexe, du statut matrimonial, de la relation avec le médecin traitant ou de l'orientation sexuelle. Le test systématique est dans l'ensemble très bien accepté par tous les patients. 80% des 18-25 ans accepteraient le test systématique s'il était proposé par leur médecin. Or, nous avons vu, précédemment, que les jeunes de 18 à 25 ans effectuent peu de tests de dépistage et le font principalement à leur initiative. Une proposition systématique du test aux jeunes, pourrait donc permettre de dépister ceux qui ne demanderaient pas spontanément un dépistage. La démonstration est la même pour les plus de 50 ans, qui effectuent peu de test de dépistage mais qui accepteraient le test systématique pour 75,5% d'entre eux.

D'autre part, 65% des patients n'ayant jamais fait de test, accepteraient le test de dépistage systématique. Les patients, acceptent bien l'intégration de la sérologie VIH dans les bilans de routine.

Les médecins, quant à eux, semblent plus réservés sur la systématisation de ce dépistage. Il est important d'effectuer une bonne anamnèse sexuelle pour proposer un dépistage et une prévention adaptée. [50] La systématisation du dépistage permettra de dépister plus, mais permettra-t-elle de dépister mieux?

60% des personnes refusant le test systématique, ne se sentent pas concernées par le dépistage. Or, plus de la moitié des personnes détectées tardivement, ne se perçoivent pas comme appartenant à un groupe à risque [11]. Dans l'étude KABP, la principale raison pour ne pas avoir effectué de test, est l'absence de risque. [20]

12% des patients refusant le test, auraient peur du résultat. Cette réponse suppose qu'ils ont peut-être eu des comportements sexuels à risque et qu'il serait nécessaire de faire un dépistage.
En cas de réponse négative du patient, il est donc important d'effectuer une anamnèse sexuelle pour rechercher d'éventuels facteurs de risques et convaincre le patient d'effectuer le dépistage si nécessaire.

Une des limites de la systématisation du dépistage n'est donc pas la gêne que pourrait ressentir le patient car le test est très bien accepté, mais bien la difficulté de proposer un dépistage, sans évaluer, par ailleurs, les comportements sexuels à risque. Des études supplémentaires pourraient permettre d'évaluer, si la systématisation du dépistage en médecine générale, permettrait de dépister des patients, qui ne l'auraient pas été autrement.

8-3-2. TROD

89,6% des répondants accepteraient de faire un TROD au cabinet de leur médecin et 72,4% des personnes ne souhaitant pas effectuer un test systématique, accepteraient le TROD.
81,2% des répondants n'ayant jamais fait de test, accepteraient le TROD. Dans une étude effectuée dans des services d'urgences d'Ile de France, le TROD a aussi été très bien accepté par les patients avec un taux d'acceptabilité en moyenne de 63%. [16]. Cette étude a montré la faisabilité des TROD aux urgences. On note qu'il y avait un personnel dédié, dans la moitié des services d'urgences. Ces résultats ne sont donc pas forcement extrapolables en cabinet de médecine générale où le flux de patients est moins important et où il ne peut pas y avoir de personnels dédiés.

Le TROD est donc très bien accepté par les patients et semble même mieux accepté que le dépistage systématique. Les patients semblent préférer éviter de se déplacer au laboratoire et d'avoir plusieurs intervenants.
Cependant, on note que dans l'étude KABP [20], 75% des hommes et 69,8% des femmes déclarent : « *qu'eux–mêmes se dépisteraient plus facilement s'il existait un test de dépistage du VIH à faire soi-même à domicile avec un résultat immédiat ».* La bonne acceptation d'un test par les patients ne signifie pas qu'il a un intérêt en pratique courante. Il ne suffit pas de dépister, il faut proposer une prise en charge adapté au patient. Or, nous savons que la compliance ultérieure du patient dépend aussi de l'annonce diagnostique. Le fait d'obtenir un

résultat en quelques minutes, peut compliquer l'annonce et la prise en charge de la maladie. Les patients ne semblent pas avoir conscience de ce qu'implique un résultat positif car ils acceptent aussi bien le TROD au cabinet médical, que l'autotest au domicile.

Le TROD est autorisé en cabinet de médecine générale depuis novembre 2010, mais il n'est pour le moment pas pris en charge par l'assurance maladie. Des études sont en cours dans les cabinets de médecine générale. Si l'anamnèse sexuelle n'est pas suffisamment bien faite, le risque est de rassurer faussement les patients. Pour effectuer une bonne anamnèse sexuelle et de la prévention, il faut du temps et être formé. Le développement des TROD semble donc très intéressant d'un point de vue théorique mais les études en cours nous permettront de savoir s'il l'est aussi d'un point de vue pratique et épidémiologique.

8-4. L'ABORD DE LA SEXUALITE EN CABINET DE MEDECINE GENERALE

Nous avons vu précédemment, que les patients acceptaient bien la sérologie VIH mais qu'il paraît difficile et non compatible avec une démarche de prévention, de proposer un dépistage, sans faire une anamnèse sexuelle.

Dans notre étude, la majorité des patients a déjà fait un test de dépistage mais **seulement un tiers d'entre eux, ont déjà parlé de sexualité avec leur médecin traitant.** Ce pourcentage est faible, en comparaison aux données de la littérature. Dans l'étude de Freedman et al. [41], la moitié des patients ont déjà abordé ce sujet avec leur médecin. Mais les médecins généralistes dans cette étude, n'effectuent pas d'anamnèse sexuelle. Les principaux freins sont le manque de formation ou de temps, la peur de gêner le patient, d'être intrusif ou d'avoir un comportement inadapté aux facteurs culturels et orientation sexuelle du patient.

Un tiers des patients n'ayant jamais parlé de sexualité, préféreraient en parler à des spécialistes, 20% des patients ne voient pas l'utilité d'en parler à un médecin, 1,2% ont peur de gêner le médecin et 7,9% ont honte d'en parler à leur médecin. Dans la majorité des cas, les patients ne semblent donc pas gênés d'aborder le sujet de la sexualité, en cas de problème. Dans l'étude australienne de Freedman [41], 85% des patients ne seraient pas gênés si le médecin initiait le sujet. Parmi les patients se déclarant embarrassés, 75% d'entre eux souhaiteraient que leur médecin aborde quand même, le sujet de la sexualité.

D'une part, dans notre étude, le fait de connaître son médecin depuis plus de 10 ans

double les chances, de manière significative, d'avoir déjà parlé de sexualité avec son médecin. La notion de confiance est donc importante pour le patient, car on peut aisément penser que les patients se sentent plus à l'aise, et en confiance avec un médecin qu'ils connaissent bien.

D'autre part, les médecins dans l'étude sont plutôt des médecins de famille car en majorité, ils soignent d'autres membres de la famille (71%) et 62,4% des patients les connaissent depuis plus de 5 ans.

On aurait donc pu imaginer que le pourcentage de personnes ayant déjà parlé de sexualité serait plus élevé dans la population d'étude.

76,6% des patients ne souhaiteraient pas parler plus souvent de sexualité avec leur médecin traitant. 80,3% des patients n'ayant jamais parlé de sexualité, ne souhaiteraient pas en parler avec leur médecin.

Or dans l'étude d'Aschka [51], 48% des patients pensent que c'est important de parler de sexualité avec leur médecin. Cette grande différence peut en partie, être expliquée par la différence entre les deux populations d'étude. Dans l'étude d'Aschka, ils ont interrogé des hommes sur leur problème sexuel alors que dans notre enquête, il s'agissait principalement de femmes et le sujet de la sexualité était abordé de manière générale, plutôt dans une démarche de prévention, que dans un contexte de problèmes sexuels. De même, dans la thèse de Nathalie Ssi-Yan-Kai [52], 85,6% des patients estiment normal que le médecin généraliste pose à ses patients des questions sur le mode de vie sexuelle. On note, cependant, que dans cette étude, près de deux tiers des patients n'ont jamais été interrogés sur leur sexualité par leur médecin. Mais la méthode était différente de la notre car les patients étaient interrogés directement lors d'un entretien et les questions étaient très précises.

Dans la littérature, comme dans notre étude, **les patients sont donc très peu interrogés sur leur mode de vie sexuelle**. Les résultats de notre étude montrent que les patients sont plutôt réticents à aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin mais les questions sur la sexualité étaient très générales. Elles n'ont peut-être pas permis aux patients de s'imaginer parler de sexualité, au sens de prévention des troubles sexuels, ou tout simplement au sens de santé sexuelle.

On peut donc supposer que les patients se sentent capables d'aborder le sujet de la sexualité, en cas de problèmes d'ordre sexuel avec leur médecin généraliste. Mais, dans le cadre de la prévention, ils pensent que c'est au médecin d'aborder le sujet en premier et ne seraient pas gênés s'il faisait une anamnèse sexuelle. [41]

Les facteurs liés au fait de vouloir plus souvent parler de sexualité sont : la tranche

d'âge 26 à 40 ans, le sexe masculin, le fait que le médecin ne soigne pas d'autres membres de la famille, le fait de connaître son médecin depuis moins de 9 ans.

Même si les patients qui ont déjà parlé de sexualité, l'ont plus souvent fait avec un médecin qu'il connaissait bien (Plus de 10 ans), on note que **les patients seraient plus à l'aise pour parler plus souvent de sexualité avec un médecin qu'ils connaissent moins** (depuis moins de 9 ans et qui ne soignent pas d'autres membres de la famille). On peut donc penser que les patients qui connaissent bien leur médecin, sont moins gênés pour aborder eux même le sujet de la sexualité ou s'imaginent plus facilement capables de le faire en cas de besoin. Ils ne ressentent donc pas forcément le besoin d'en parler plus. A l'inverse, on peut imaginer que les patients qui connaissent moins bien leur médecin, sont plus gênés et osent moins facilement aborder ce sujet.

La capacité à effectuer l'anamnèse sexuelle est donc dépendante de la relation médecin-patient.

Les femmes semblent moins vouloir aborder le sujet de la sexualité que les hommes. On peut supposer qu'elles abordent plus facilement le sujet avec les gynécologues et ressentent donc moins le besoin d'en parler avec leur médecin généraliste. Il y a donc probablement un intérêt à aborder ce sujet avec les hommes et les femmes sans suivi gynécologique.

La population des 26-40 ans souhaiterait parler plus souvent de sexualité avec leur médecin. Comme décrit précédemment, ils effectuent aussi plus souvent des dépistages du VIH. Ils se sentent beaucoup plus concernés et sont probablement mieux informés.

Dans notre étude, **40,6% des patients pensent que c'est au médecin d'aborder le sujet de la sexualité**. Les facteurs liés au fait de vouloir que le médecin aborde le sujet de la sexualité sont : la tranche d'âge 18-25 ans, le fait de ne pas vivre en couple, le fait de vouloir parler de sexualité.

On peut noter aussi, que les patients souhaitant parler plus souvent de sexualité et **les patients ne vivant pas en couple, aimeraient que le médecin aborde le sujet en premier**. Dans les études de Freedman et al. [41] et Meystre-Agustoni et al. [42], les patients préfèrent que le médecin initie le sujet de la sexualité et en particulier lors de la première consultation. Les médecins, quant à eux, ne pensent pas que la première consultation soit la plus adaptée pour l'anamnèse sexuelle [43]

Il ne parait donc pas aisé de repérer si le patient souhaite ou non que le médecin aborde le sujet en premier. La sexualité reste un sujet très délicat, tant au niveau du patient que du médecin. Le médecin doit pourvoir ouvrir la discussion, sans être trop intrusif.

8-5. AVIS DES PATIENTS SUR LES IST

La grande majorité des patients (89,6%) pense que le dépistage des IST, est un problème d'actualité. Mais **seulement la moitié des répondants se sentent concernés par les IST**.

On note donc un désintérêt de la population et en particulier des jeunes. En effet, un peu plus de la moitié des 18-25 ans, se sentent concernés par les IST. Dans la thèse de Maïlys Pamelle Chambon [49], les jeunes ne sont pas suffisamment informés sur les IST. Ils déclarent, en majorité, qu'ils ne voient pas le médecin, comme un vecteur d'information sur l'infection par le VIH/SIDA, mais pour la moitié d'entre eux, ils souhaiteraient que le médecin devienne leur source d'information.

Dans notre étude, les 18-25 ans répondent plus souvent que l'école est un moyen efficace pour prévenir les IST.

Il est donc primordial de développer les moyens de prévention ciblant les jeunes, à l'école et au cabinet médical, afin de prévenir les comportements sexuels à risque dans cette population.

Le questionnaire a été distribué dans les deux départements d'Ile de France où l'incidence du VIH est la plus élevée. Et trois quarts des répondants déclarent être suffisamment informés sur le VIH. On note que les personnes qui se déclarent peu informées par le VIH, se sentent souvent concernées par le dépistage.

La difficulté pour les patients est donc d'identifier s'ils sont réellement à risque. S'ils ne se sentent pas concernés, ils ne demanderont pas à faire le dépistage. **Une information plus élargie des patients sur les IST et en particulier sur le VIH (campagnes dans les médias, affiches, prospectus dans les salles d'attente…), permettrait donc au patient de s'interroger sur leurs propres facteurs de risque et d'en parler à leur médecin.**

D'autre part, on note que les patients se déclarant non concernés par le dépistage, accepteraient quand même, pour 72% d'entre eux, le dépistage systématique. Même si une partie des patients se déclarant non concernés par les IST, peuvent avoir des difficultés à évaluer leurs facteurs de risque, la majorité d'entre eux, n'est probablement pas concernée par les IST. Les patients acceptent donc parfaitement le test, mais est-ce que cela permettra de dépister et de prendre en charge les 50000 personnes ne connaissant pas leur statut sérologique?

8-6. MISE EN COMMUN AVEC LA THESE DE CAMILLE CHARPENTIER [53]

Camille Charpentier a effectué, parallèlement, une thèse qualitative où elle s'est entretenue avec les médecins généralistes qui m'ont reçue, sur l'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du VIH.

Les médecins généralistes se définissent comme des acteurs essentiels dans le dépistage du VIH, mais leur implication reste limitée. Ils souhaiteraient un développement des autres vecteurs (école, médias…) et un appui des autorités de santé, pour leur permettre d'aborder plus directement ce sujet. On note que peu d'entre eux, avaient dans leur salle d'attente des messages de prévention alors qu'ils pensent, en majorité, que c'est un lieu approprié.

Une minorité des médecins adhèrent à la systématisation du dépistage. Ils ont peur d'être générateur d'angoisse et préfèrent se concentrer sur les dépistages ciblés. Les principales barrières au dépistage du VIH sont : le manque de temps ou de formation, la non perception des enjeux du dépistage, d'autres priorités, la non reconnaissance et la non rémunération des actes de prévention, la nécessité d'être mieux soutenus par les autorités médicales, la nature de la relation médecin-patient, l'impression que les patients connaissent les risques, le manque d'acceptation par les patients et le tabou lié à la maladie et à la sexualité.

Les médecins généralistes interrogés, pensent que la sexualité fait partie de leur domaine de compétence mais ils déplorent leur manque de formation et la difficulté d'aborder ce sujet quand on est « un médecin de famille. ». Pour la moitié d'entre eux, ils pensent que c'est au médecin d'aborder le sujet en premier. L'autre moitié pense que c'est au patient de le faire, par peur d'être trop intrusif. Les barrières à l'abord de la sexualité sont : le manque de temps et de formation, le manque de motivation du médecin, l'interférence du genre du médecin, le vécu personnel du médecin, la relation médecin malade, la gêne du médecin qui va développer des techniques d'évitement.

En conclusion, les médecins adhérent beaucoup moins au dépistage systématique que les patients, ils prônent plutôt un renforcement des dépistages ciblés et en parallèle, un développement des campagnes de prévention par les autorités médicales.

La sexualité reste un sujet très délicat et tabou, tant chez les patients que chez les médecins. Les médecins ne sont pas neutres, asexués et sans âge. Leur vécu influence leur pratique au quotidien. En plus du manque de temps et de formation, qui sont les principales barrières au dépistage du VIH et à l'abord de la sexualité, la relation médecin-patient a une très grande

importance dans la pratique des médecins.

8-7. QUELLES SONT LES SOLUTIONS EN PRATIQUE ?

Le discours du médecin doit s'adapter à l'âge, au sexe, au statut matrimonial mais aussi à la relation qu'il a avec le patient. Au quotidien, il parait donc difficile dans une consultation standard de médecine générale, d'évaluer si tel ou tel patient, souhaite que l'on fasse ou non une anamnèse sexuelle. Il parait donc plus facile d'ouvrir le sujet de la sexualité sans en parler directement. La proposition du test de dépistage du VIH dans un bilan de routine, peut être un moyen d'aborder ce sujet.

Dans notre étude, les patients semblent très bien accepter le dépistage systématique du VIH et le TROD mais ils ne semblent pas prêts à aborder le sujet de la sexualité. Or, le dépistage du VIH est indissociable de la sexualité. Les patients semblent considérer le dépistage du VIH comme un examen de routine de plus, et ne l'incluent pas dans une démarche de prévention des comportements sexuels à risque.

Les médecins généralistes ne semblent pas prêts à un dépistage systématique du VIH de tous les patients, à chaque consultation pour de multiples raisons, mais la plus importante est qu'il est difficilement réalisable au quotidien. Mais le développement de la campagne de dépistage, informera mieux les patients et permettra au médecin de proposer plus facilement un test en routine, sans être freiné par la peur de choquer le patient. On peut même imaginer que les patients viendront se faire dépister plus facilement.

Dans le plan national de lutte contre le VIH/SIDA [2], en parallèle du dépistage systématique, il est proposé un renforcement des dépistages ciblés. Il semble donc aussi très important que les médecins généralistes renforcent eux aussi le dépistage ciblé.

Les médecins généralistes ne font pas d'anamnèse sexuelle par manque de temps, de formation et par gêne [41].Ils déclarent pourtant être à l'aise dans l'anamnèse sexuelle pour 79,1% d'entre eux. Ils connaissent peu l'orientation sexuelle de leur patient [50]. Les médecins sous-estiment les troubles sexuels de leurs patients. Or, plus les médecins font une anamnèse sexuelle, plus ils sont à l'aise pour le faire. Il est donc primordial de convaincre les médecins de pratiquer cette anamnèse et de les former. [54]. Dans l'étude de Nusbaum et al. [54], ils proposent de demander aux patients s'ils souhaitent parler de sexualité. Certains termes doivent être utilisés préférentiellement par rapport à d'autres. Par exemple, il est préférable de demander : « Combien de partenaires avez-vous ? » plutôt que : « Etes-vous

marié(e)s ? ». Il est primordial de respecter les réticences du patient à aborder ce sujet. [54]
On peut ouvrir le sujet sur la sexualité, en laissant au patient le choix de continuer ou non la discussion. On peut, par exemple, parler de contraception pour les femmes et de dysfonction urinaire pour les hommes, pour ouvrir le sujet. [54] Quelques questions brèves peuvent suffire. Dans cette étude, ils proposent un algorithme débutant par : « Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ces six derniers mois ? » puis en fonction de la réponse, ils demandent l'orientation sexuelle du patient et s'il a des questions au sujet de la sexualité [54].

Dans l'étude de Wimberly [50], ils notent l'importance de faire une bonne anamnèse sexuelle, pour proposer un dépistage et une prévention adaptés. Ils proposent une consultation annuelle portant sur la sexualité avec un questionnaire typique, en parallèle d'une meilleure formation des praticiens. Les questions types qu'ils suggèrent sont : « Combien de partenaires avez-vous eu l'année passée ? », « Que connaissez-vous des pratiques sexuelles de votre partenaire ? », « Avez-vous des rapports sexuels avec des hommes, des femmes ou les deux ? ».

Ce qui ressort dans ces études, c'est que le manque de formation des praticiens, est en partie responsable de leurs difficultés à faire une anamnèse sexuelle. Les questions types proposées, entrent directement dans le sujet de la sexualité et paraissent donc difficiles à poser en routine.
Le plus adapté à la pratique des médecins généralistes, semble donc de poser des questions ouvrant sur la sexualité (dépistage des IST et du VIH, contraception, troubles urinaires…), sans être trop intrusif. Cela permettra de mieux cibler les comportements sexuels des patients et ainsi de proposer le dépistage adapté. D'autre part, en proposant une formation adaptée lors des études médicales, les médecins se sentiront plus aptes à faire de la prévention des troubles sexuels. Le développement des campagnes de prévention, en parallèle à l'action des médecins généralistes, facilitera leur démarche.

9. CONCLUSION

Les autorités médicales recommandent un dépistage systématique du VIH à tous les patients se présentant en consultation, et un renforcement des dépistages ciblés, afin de diminuer le retard de diagnostic, et de renforcer la prise en charge précoce de la maladie. Le médecin généraliste devient donc un des acteurs principaux de la politique de dépistage.

Dans notre étude, la majorité des patients a déjà effectué un test de dépistage du VIH mais très peu d'entre eux, ont déjà parlé de sexualité avec leur médecin généraliste. Le test de dépistage systématique et le TROD, sont très bien acceptés par les patients. Les médecins généralistes peuvent donc proposer facilement le test dans un bilan de routine. Les médecins généralistes considèrent que la prévention des IST fait partie de leur rôle, mais ils n'adhèrent pas à la systématisation du test. Des études supplémentaires pourraient permettre d'évaluer l'efficacité de la systématisation du test en cabinet de médecine générale.

Même si la majorité des dépistages du VIH est effectuée à l'initiative des patients, le médecin traitant reste l'interlocuteur de choix pour leurs prescriptions.

Il est primordial de renforcer les dépistages ciblés, destinés aux populations à risque. Mais il est aussi important de proposer plus de tests aux populations qui en effectuent peu (les jeunes, les plus de 50 ans, les moins diplômés et les personnes sans enfant). Même si le dépistage systématique n'a pas l'efficacité escomptée, cette politique pourra encourager les médecins à proposer plus facilement le test, et permettra une moindre stigmatisation de la maladie. La population générale et en particulier les jeunes, semblent se désintéresser des IST et du VIH. De nouvelles campagnes destinées aux jeunes à l'école et au cabinet médical, pourraient permettre de mieux les informer et d'augmenter leur intérêt pour les IST.

La sexualité fait partie de la santé et du bien-être, et les médecins considèrent qu'elle fait partie de leur domaine de compétence. Cependant, peu de médecins font une anamnèse sexuelle si le patient ne vient pas consulter pour un trouble sexuel. De même, les patients ne souhaitent pas aborder ce sujet avec leur médecin de manière systématique. Ils préfèrent l'aborder eux même, en cas de besoin. La sexualité reste donc un sujet tabou, tant au niveau des médecins que des patients. Le discours du médecin varie en fonction de son vécu. Le médecin doit s'adapter au sexe, à l'âge, au statut matrimonial et à la relation qu'il a avec le patient. Une meilleure formation à l'anamnèse sexuelle permettrait aux médecins de se sentir

plus à l'aise. Le médecin peut ouvrir le sujet de la sexualité, en proposant un test de dépistage des IST ou en parlant de contraception, et ainsi permettre au patient d'en parler plus, s'il le souhaite. Le médecin doit ouvrir le dialogue sans être trop intrusif.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010. 417 pages. La documentation française. Paris 2010.

[2] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la santé et des sports. Novembre 2010. 266 pages.

[3] Sida- Feuille de résultats: Vue d'ensemble: rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010. « ONUSIDA/10.12F JC2035F ». ISBN 978-92-9173-879-3.

[4] Cazein F, Lot F, Pillonel J et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. BEH 45-46 / 30 novembre 2010: 467-472.

[5] Cazein F, Pillonel J, Bousquet V et al. Caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une infection à VIH ou un SIDA, France, 2008. BEH web n°2. 27 novembre 2009.

[6] Halfen S, Embersin-Kyprianou C. (ORS Ile-de-France). Suivi de l'infection à VIH/SIDA en Ile-de-France. Bulletin de santé ORS Ile-de-France. Décembre 2011, N°18, 8 pages.

[7] Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P et al. ANRS CO04 French hospital Database on HIV Clinical Epidemiological Group. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. Antivir Ther, 2007, 12: 89-96.

[8] Le Vu S, Le Strat Y, Cazein F et al. Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 BEH 45-46 / 30 novembre 2010: 473-476.

[9] Premiers résultats enquête ANRS VESPA. Novembre 2004. Disponible en ligne : http://www.anrs.fr/index.php/Ressources-et-publications/Grandes-enquetes/Enquete-ANRS-VESPA

[10] Cazein F, Le vu S, Semaille C. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005 — Institut de veille sanitaire. 156 pages. ISBN: 978-2-11-096484-7.

[11] Delpierre C, Cuzin L, Lert F. Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. BMJ 2007; 334; 1354-1356.

[12] Burns FM, Johnson AM, Nazroo J et al. Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK. AIDS 2008, 22: 115–122. ©Lippincott Williams & Wilkins.

[13] Haute Autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Octobre 2009.

[14] Conseil national du SIDA. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Novembre 2006.
[15] Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). JORF n°0266 du 17 novembre 2010 page 20499. Texte n° 19.
[16] Crémieux AC, Wilson d'Almeida K, Kierzek G et al. Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'Île-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-août 2010. BEH 45-46 / 30 novembre 2010: 460-463.
[17] Conseil national du SIDA. Note valant avis sur la commercialisation des autotests VIH. Décembre 2004.
[18] Cazein F, Le Vu S, Pillonel J et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009. BEH 45-46 / 30 novembre 2010: 451-454.
[19] Beltzer N, Lagarde M, Wu Zhou X, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004. Paris : ORS Ile-de-France, 2005. Etude ANRS-EN15-KABP 2004.
[20] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Ile de France. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution (KABP 2010. Paris : ORS Ile-de-France, Décembre 2011.
[21] Guignon N, Lydié N, Makdessi-Raynaud Y. La prévention, comportements du quotidien et dépistages. Données sociales-La société française. INSEE. Edition 2006. 567-575.
[22] Velter A, Barin F, Bouyssou A et al. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay 2009. BEH 45-46; 30 novembre 2010 : 464-466.
[23] Le Vu S, Lydié N. Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France, 2005. BEH 7-8; 19 février 2008 : 52-55.
[24] Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L et al. The VESPA study group. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. Int J STD AIDS, 2007 May, 18: 312-317.
[25] Giard M, Gambotti L, Besson H et al. Facteurs associés à une prise en charge tardive des patients infectés par le VIH: revue de la littérature, Santé publique 2004/1, N° 41: 147-156.
[26] Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C et al. Dépistage en routine du VIH en population générale en France : estimation de l'impact clinique et du coût-efficacité. BEH 45-46 / 30 novembre 2010 : 455-460.

[27] Lert F, Pialoux G. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Rapport Réduction des risques sexuels, VIH&IST, 25 novembre 2009.

[28] Lydié N, Leon C. Sexualité, IST et dépistage du VIH. Sous la direction de Guilbert P et Gautier A. Baromètre Santé 2005. INPES.

[29] Hart G, Wellings K. Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health. BMJ. 2002 April 13; 324(7342) : 896–900.

[30] Giami A, « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être ».Le Journal des psychologues. 2007/7 n° 250 : 56-60.

[31] Bajos N. Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre. La santé des femmes en France. La Documentation française. Paris 2009. 43-53.

[32] Bajos N, Bozon M. Enquête contexte de la sexualité en France. Premiers résultats. 13 mars 2007.

[33] Beltzer N, Gremy I, Bozon M. La gestion du risque VIH/SIDA après une rupture conjugale : Enquête KABP 2001, ORS Ile-de-France, ANRS, Commissariat général du plan, 2002/12.

[34] Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E. Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet. 2006 Nov 11; 368(9548) : 1706-1728.

[35] Lert F, Lydié N, Richard JB. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques? Sous la direction de Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. ISBN 978-2-9161-9224-6.

[36] Gruaz D, Fontaine D, Guye O, Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. ORS Rhône Alpes. Avril 2003. Disponible en ligne: http://www.ors-rhone-alpes.org/etudes.asp.

[37] Obadia Y, Souville M, Moatti JP, et al. Attitudes et expériences des médecins généralistes français face à l'infection par le VIH. Enquête nationale 1996. La presse Médicale. 31 mai 1997/26/n°18 : 860-866.

[38] Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS 2007, 21: 1617–1624.

[39] Lydié N, Ménard C, Leon C. Contraception, IST, VIH. Les professionnels adaptent leur pratique aux nouvelles donnes. Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003. INPES.

[40] Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Singuliers généralistes : Sociologie des Médecins Généralistes. Presses de l'EHESP. 2010. 147-167.

[41] Freedman E, Britt H, Harrison CM, Mindel A. Sexual health problems managed in Australian general practice: a national, cross sectional survey. Sex Transm Infect 2006; 82: 61–66.

[42] Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K et al. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011; 141:w13178.

[43] Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. Sex Transm Infect. 1999 Feb; 75(1) : 41-44.

[44] Conférence de consensus : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. Version au 7 avril 2009. Copyright SPILF et SFLS.

[45] Dépistage du VIH et des IST. Repère pour votre pratique. INPES.
Disponible en ligne: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf

[46] Données de recensement de la population d'Ile de France de 2009. Disponible en ligne : http://www.recensement.insee.fr.

[47] Enquête IFOP pour Têtu : « Qui sont les homos français ? ». 24 juin 2011. www.tetu.com

[48] Surveillance du VIH-SIDA en France. Données du 30 septembre 2010. Unité VIH/SIDA-IST-VHC. Département de maladies infectieuses. Institut de veille sanitaire.

[49] Chambon Pamelle Maïlys. Place du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du VIH/SIDA : enquête auprès des jeunes de 18 à 25 ans. Th. D: Médecine générale: Paris: 2009; n° 2009PA06G046.

[50] Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J et al. Sexual history-taking among primary care physicians. J Natl Med Assoc. 2006 Dec; 98(12): 1924-1929.

[51] Aschka C , Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. J Fam Pract. 2001 Sep; 50(9) : 773-778.

[52] Ssi-Yan-Kai Nathalie. Acceptabilité de l'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention des IST en médecine générale. Th. D: Médecine générale: Paris: 2010.

[53] Charpentier Camille. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin. Th. D: Médecine générale: Paris 2012.

[54] Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. Am Fam Physician.2002 Nov. 1; 66(9) : 1705-1712.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRES DESTINES AUX PATIENTS

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

En 2010, le ministère de la santé recommande un dépistage du VIH (virus du SIDA) élargi à l'ensemble de la population car il existe un retard de diagnostic important. Nous souhaiterions avoir votre avis pour une thèse de médecine générale.

Ce questionnaire est strictement anonyme, aucune information ne sera communiquée à votre médecin.

	QUESTIONS	REPONSES
1.	**Quel est votre âge ?** *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ 18 à 25 ans ☐ 26 à 40 ans ☐ 41 à 49 ans ☐ Plus de 50 ans
2.	**Vous êtes ?**	☐ Une femme ☐ Un homme
3.	**Quelle est votre profession ?** *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Employé(e), ouvrier(e) ☐ Cadre ☐ Profession libérale, artisan, commerçant(e) ☐ Chômeur(euse), sans emploi ☐ Retraité(e) ☐ Étudiant(e) ☐ Autre
4.	**Quelle est votre nationalité ?**	_____
	Sur quel continent êtes vous né(e) ? *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Afrique ☐ Asie ☐ Europe ☐ Amérique ☐ Océanie
	Si vous n'êtes pas né(e) en France, depuis combien de temps y vivez vous ? *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Moins de 1 an ☐ Entre 2 et 4 ans ☐ Entre 5 et 9 ans ☐ Entre 10 et 19 ans ☐ Plus de 20 ans
5.	**Quelle est votre situation familiale ?** *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Marié(e) ☐ En couple ☐ Pacsé(e)
	Avez-vous des enfants ?	☐ Oui ☐ Non
	Combien de personnes habitent dans votre foyer ?	_____

6.	**Quel est votre régime de sécurité sociale ?** *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Régime général (salariés) ☐ CMU ☐ Aide Médicale d'État (AME) ☐ Régimes spéciaux (SNCF, fonctionnaires, EDF…) ☐ Régime des libéraux (RSI) ☐ Pas de sécurité sociale ☐ Ne sais pas
	Avez-vous une mutuelle ? *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
7.	**Depuis combien de temps connaissez-vous votre médecin traitant ?** *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Plus de 20 ans ☐ Entre 10 et 19 ans ☐ Entre 5 et 9 ans ☐ Moins de 4 ans
	Soigne-t-il d'autres membres de votre famille ?	☐ Oui ☐ Non
8.	**Selon vous, quel est le moyen d'information le plus efficace sur la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) ?** *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Publicités, médias, émissions télévisées ☐ Médecin traitant ☐ Brochures salle d'attente ☐ École ☐ Entourage (famille, amis) ☐ Associations luttant contre le VIH/SIDA et IST
9.	**Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre médecin traitant ?**	☐ Oui ☐ Non
	Si non, pourquoi ne l'avez-vous pas fait ? *Plusieurs réponses possibles*	☐ Je préfère en parler avec des spécialistes (gynécologue, sexologue, urologue…) ☐ Mon médecin n'aborde pas le sujet ou n'est pas disponible pour en parler ☐ Je n'ai jamais le temps d'en parler pendant la consultation ☐ Mon médecin est trop jeune ou trop âgé ☐ Mon médecin est du sexe opposé ☐ J'ai peur de gêner mon médecin ☐ J'ai honte d'en parler à mon médecin ☐ Je n'en vois pas l'utilité, cela ne regarde pas mon médecin ☐Autre : _____
10.	**Souhaiteriez-vous parler plus souvent de sexualité avec votre médecin traitant ?**	☐ Oui ☐ Non

11.	**Pensez-vous que c'est au médecin d'aborder le sujet de la sexualité en premier ?**	☐ Oui ☐ Non
12.	**Accepteriez-vous que votre médecin traitant vous propose systématiquement un test de dépistage du VIH lors d'une prise de sang de routine ?**	☐ Oui ☐ Non
	Si non, quelles sont les raisons de votre refus ? *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ J'ai peur du résultat ☐ Je suis gêné(e) de ce que penserait mon médecin ☐ Je suis gêné(e) de ce que penserait mon entourage ☐ Je ne suis pas concerné(e) par ce dépistage ☐ Autre : _____
13.	**Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH (virus du SIDA) ?** *Veuillez ne cochez qu'une seule réponse*	☐ Oui, régulièrement ☐ Oui, de temps en temps ☐ Oui, une fois ☐ Non, jamais
	Si oui, par quel intermédiaire l'avez-vous fait ou le plus souvent fait (si vous en avez fait plusieurs) ? *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Centre anonyme de dépistage ☐ Votre médecin traitant ☐ Autre médecin ☐ A l'hôpital ☐ Autre
	Si oui, à quelle(s) occasion(s) avez-vous fait ce test de dépistage ? *Plusieurs réponses possibles*	☐ Lors d'un bilan systématique (grossesse, mariage, assurance, bilan de routine…) ☐ Après un rapport sexuel à risque ☐ Avant d'avoir des rapports sexuels non protégés avec un partenaire stable ☐ Je fais des tests régulièrement ☐ Ne souhaite pas répondre ☐Autre : _____
	Si oui, qui a proposé de faire le test de dépistage du VIH ? *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Vous ou votre partenaire ☐ Votre médecin traitant ☐ Autre
14.	Un test de dépistage rapide du VIH est en cours d'élaboration, permettant d'obtenir un résultat en deux minutes. **Accepteriez-vous de réaliser ce test de dépistage, au cabinet de votre médecin traitant s'il vous le proposait ?**	☐ Oui ☐ Non

15.	**Pensez-vous que le dépistage des maladies sexuellement transmissibles soit un problème d'actualité ?**	☐ Oui ☐ Non
	Vous sentez-vous concerné(e) par ce problème ?	☐ Oui ☐ Non
16.	**Quelle est votre orientation sexuelle ?** *Veuillez ne cocher qu'une seule réponse*	☐ Hétérosexuel(le) ☐ Homosexuel(le) ☐ Bisexuel(le) ☐ Abstinent(e) ☐ Ne souhaite pas répondre
17.	**Vous sentez-vous suffisamment informé(e) sur le VIH/SIDA ?**	☐ Oui ☐ Non

MERCI DE METTRE LE QUESTIONNAIRE DANS L'ENVELOPPE PUIS DE LE DEPOSER DANS LA BOÎTE A QUESTIONNAIRES

ANNEXE 2 : LETTRE EXPLICATIVE DESTINEE AUX MEDECINS

Cher confrère,

Un grand merci de nous consacrer du temps pour nous permettre de réaliser notre travail de recherche. Il s'agit de deux thèses conjointes, qui s'intéressent à l'abord de la sexualité et au dépistage du VIH en cabinet de médecine générale. La première thèse concerne le point de vue du médecin, et la seconde, le point de vue des patients.

Pour la partie concernant les patients, c'est une étude quantitative à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme, à distribuer à 40 de vos patients sur une quinzaine de jours.

Les questionnaires accompagnés d'une enveloppe seront distribués par vous ou votre secrétaire à **tous les patients de 18 à 70 ans**.

Si plusieurs membres d'une même famille sont présents en salle d'attente, chacun peut répondre à un questionnaire de manière séparée.

Après avoir rempli le questionnaire, les patients mettront le questionnaire dans la boîte à questionnaire, située dans la salle d'attente.

Nous passerons chercher la boite à questionnaires quinze jours plus tard après vous avoir contacté par téléphone.

Nous restons bien sûr à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Cordialement

Camille Charpentier et Elsa Donguy

RESUME

Contexte : Dans les nouvelles recommandations, le médecin généraliste devient un des acteurs principaux du dépistage systématique du VIH. Dans la littérature, les médecins effectuent peu d'anamnèse sexuelle.

Méthodes : 340 auto-questionnaires ont été remplis par des patients consultant des médecins généralistes d'Ile de France entre janvier 2011 et avril 2012. L'étude s'est intéressée à l'avis des patients sur le dépistage systématique du VIH et l'abord de la sexualité avec leur médecin.

Résultats : 72% des patients ont déjà fait le dépistage et principalement à leur demande. Près de 80% des patients accepteraient le dépistage systématique. Deux tiers des patients n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin et la plupart ne souhaitent pas le faire. Les hommes, les 26-40 ans et les patients connaissant moins leur médecin, répondent plus souvent qu'ils souhaitent en parler.

Conclusion : La majorité des patients sont favorables au dépistage systématique mais ils ne souhaitent pas pour autant, aborder la sexualité avec leur médecin généraliste. La sexualité reste un sujet tabou tant au niveau des patients que des médecins.

TITLE

What are the barriers to HIV screening and sexual history-taking, in family practice? Patients point of view

ABSTRACT

Background: In the recent French guidelines, the general practitioner becomes one of the main actors in the routine HIV screening. Review of the international studies shows that general practitioners perform rarely a sexual history.

Methods: From January 2011 to April 2012, 340 self-administered questionnaires were completed by patients consulting general practitioners, in Paris area. This study was focused on the patients' opinion, concerning routine HIV screening and sexual history-taking.

Results: 72% of the patients have already been testing and mainly on their own demand. Nearly 80% of patients would accept routine HIV screening. Two thirds of patients have never mentioned sexuality with their physician and most of them do not wish to do it. Men, patients aged between 26 and 40 years and the patients, who do not know their physician very well, answer more often that they won't mind to talk about sexuality with their general practitioner.

Conclusion: The majority of the patients agree with routine HIV screening but they are not aware yet to talk about sexuality with their own general practitioner. Sexuality is still a taboo, either for the patient or the physician.

MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES Abord de la sexualité, dépistage, VIH, médecine générale

UFR PARIS DESCARTES (PARIS 5)

12, rue de l'Ecole de Médecine 75270 PARIS cedex 06