



HAL
open science

Évaluation des pratiques de dépistage de l'infection par le VIH des médecins généralistes d'Île-de-France par rapport aux recommandations d'experts

Sophie Aknin

► **To cite this version:**

Sophie Aknin. Évaluation des pratiques de dépistage de l'infection par le VIH des médecins généralistes d'Île-de-France par rapport aux recommandations d'experts. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01505474

HAL Id: dumas-01505474

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01505474>

Submitted on 11 Apr 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.

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 2016

N° 118

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation des pratiques de dépistage de l'infection par
le VIH des médecins généralistes d'Île-de-France
par rapport aux recommandations d'experts

Présentée et soutenue publiquement
le 7 octobre 2016

Par

Sophie AKNIN

Née le 22 novembre 1984 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Marie-Anne Bouldouyre, PH

Jury :

M. Le Professeur Gilles Grateau, PU-PH Président

M. Le Docteur Sébastien Gallien, PH

M. Le Professeur Henri Partouche, PU-PH



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

REMERCIEMENTS

Merci à mon père, pour sa croyance éternelle dans les études et le savoir.

Merci au Docteur Marie-Anne Bouldouyre d'avoir bien voulu être ma directrice de thèse, de m'avoir aidée à formuler le sujet, et de m'avoir accompagnée dans cette longue épopée semée d'embûches.

Merci au Professeur Gilles Grateau d'avoir bien voulu présider mon jury en cette journée si spéciale.

Merci au Docteur Sébastien Gallien de participer à mon jury de thèse.

Merci au Professeur Henri Partouche de m'avoir suivie au long de mes études de troisième cycle et d'être le digne représentant de la médecine générale au sein de mon jury.

Merci au Docteur Raphaëlle Abitbol pour son aide précieuse avec les statistiques.

Merci à ma mère de m'avoir soutenue dans cette épreuve comme dans les autres.

Merci à mon frère et mes sœurs d'être là malgré la distance.

Merci à mes amis de longue date Alban, Agathe, Cyrille, Guillaume, Hélène, Isabelle, et, Jean-Baptiste.

Merci à la compagnie des barres : Clémence et Marine.

Merci aux études médicales extrêmement longues, mais tellement enrichissantes, et aux personnes qu'elles m'ont permis rencontrer : Agathe, Anaïs, Constance, Emilie, François-Xavier, Hugo, Laura, Lionel, Morgane, Pauline, Pauline, Pauline, Pierre, Zazou.

ACRONYMES ET SIGLES

ARV : Antirétroviral

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit.

CDC : Center disease control.

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.

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

InVS : Institut de veille sanitaire.

IST : Infection sexuellement transmissible.

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PnP : Pneumopathie.

Population : Patients originaires des DOM TOM et d'Afrique Subsaharienne.

Prep : Traitement préexposition.

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH.

Sexactif : Plus d'un partenaire par an.

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise.

Switch partenaire : Changement de vie affective.

TROD : Test de dépistage rapide à orientation diagnostic du VIH.

UDI : Usagers de drogues intraveineuses.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

VIS : Virus de l'immunodéficience simienne.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
ACRONYMES ET SIGLES	3
TABLE DES MATIÈRES	4
TABLE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	6
INTRODUCTION	8
I- L'épidémie de l'infection VIH	8
I-1. Une pandémie	8
I-2. Évolution vers une « maladie chronique » dans les pays développés	9
II- L'infection par le VIH en France	10
II-1. Description de l'épidémie française	10
II-2. Populations à risque	12
II-3. Rôle des médecins généralistes	13
II-4. Dépister pour traiter	14
III- Le dépistage	14
III-1. Évolution des politiques de dépistage	15
III-2. Recommandations françaises actuelles (4)	16
III-3. Les nouveaux venus dans le dépistage.....	17
MATERIELS ET METHODES	19
I- Le projet	19
II- Sélection des médecins généralistes étudiés	20
II-1. L'échantillon	20
II-2. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	20
III- Le questionnaire	20
IV- L'analyse des résultats	21
IV-1. Descriptif des pratiques de dépistage.....	21
IV-2. Les codages utilisés	21
IV-3. Comparaison des dépisteurs.....	22
RESULTATS	23
I- Inclusions	23
II- Données sociodémographiques des médecins généralistes répondeurs	23
III- Prescriptions des sérologies VIH de dépistage	25
III-1. Nombre de tests de dépistage VIH estimés.....	25
III-2. Dépistages en fonction des médecins généralistes.....	27
<i>III-2.1. Dépistage selon le sexe et l'âge</i>	27
<i>III-2.2. Dépistage par département d'Île-de-France</i>	28
III-3 Dépistage en fonction des recommandations (Tableau 6)	29
<i>III-3.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)</i>	29

III-3.2. <i>Changement de vie affective et plus de 1 partenaire par an</i>	29
III-3.3. <i>Origine</i>	29
III-3.4. <i>Grossesse et contraception</i>	29
III-3.5. <i>Usagers de drogues intraveineuse, précarité</i>	29
III-3.6. <i>Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)</i>	30
III-3.7. <i>Pneumopathies, herpès et zona</i>	30
III-3.8. <i>Dermite séborrhéique</i>	31
III-3.9. <i>Synthèse des pratiques de dépistages dans les situations à risque</i>	32
IV- Recherche de facteurs associés au « bon » dépistage	33
IV-1. <i>Caractéristiques des « bons » dépisteurs</i>	33
IV-2. <i>Caractéristiques des « mauvais dépisteurs »</i>	34
IV-3. <i>Comparaison des « bons » et « mauvais » dépisteurs</i>	34
V- Évaluation de la rentabilité des tests de dépistage	37
V-1. <i>Nombre de patients séropositifs déclarés par les médecins généralistes sur 2015</i>	37
V-2. <i>Proportion de patients dépistés séropositifs sur le nombre de tests prescrits en 2015, selon l'âge et le sexe des médecins généralistes</i>	37
DISCUSSION	39
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	47
RÉSUMÉ	53

TABLE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Caractéristiques des 196 médecins généralistes interrogés	p 24
Tableau 2 : Répartition des 56 médecins généralistes installés à Paris selon leurs arrondissements.....	p 25
Tableau 3 : Nombre de tests prescrits au cours du dernier mois en fonction du genre.....	p 28
Tableau 4 : Nombre de tests prescrits en 2015 en fonction du genre	p 28
Tableau 5 : Autoévaluation de la fréquence de dépistage VIH dans les situations à risques définies par les recommandations des 196 médecins généralistes d’Île-de-France étudiés	p 33
Tableau 6 : Caractéristiques des médecins généralistes considérés comme « bons dépisteurs » (au moins 7/13 situations ou ils s’autoévaluent bien dépister) versus les « mauvais dépisteurs »	p 35
Tableau 7 : Etude des caractéristiques des « bons » et des « mauvais » dépisteurs en régression linéaire	p 36
Graphique 1 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2014	p 11
Graphique 2 : Estimation du nombre de nouvelles contaminations chez les HSH par classe d’âge, France, 2004-2012.....	p13
Graphique 3 : Nombre de prescriptions de tests de dépistage VIH sur l’année 2015, rapportés par les 196 médecins généralistes	p 26
Graphique 4 : Nombre de prescriptions de tests de dépistage VIH au cours du dernier mois, rapportées par les 196 médecins généralistes.....	p 26
Graphique 5 : Répartition des médecins selon le nombre de tests VIH de dépistage prescrits à la demande des patients	p 27
Graphique 6 : Moyenne de prescription de test VIH par département et par sexe au cours de l’année 2015	p 28
Graphique 7 : Fréquence du dépistage VIH devant un zona.....	p 30
Graphique 8 : Fréquence du dépistage VIH devant une pneumopathie	p 30
Graphique 9 : Fréquence du dépistage VIH devant un herpès récidivant.....	p 31
Graphique 10 : Fréquence du dépistage VIH devant une dermite séborrhéique.....	p 31
Graphique 11 : Tendance des habitudes de dépistage VIH dans chaque situation évoquée dans les recommandations par les 196 médecins généralistes d’Île-de-France	p 33
Graphique 12 : Nombre de bons dépisteurs par département et par sexe	p 34
Graphique 13 : Nombre de mauvais dépisteurs par département et par sexe.....	p 34

Graphique 14 :. Caractéristiques des « bons et des mauvais dépisteurs » **p 36**

Graphique 15 : Nombre de découvertes de séropositivités VIH, déclarées par les « bons dépisteurs » versus « mauvais dépisteurs » en 2015 (en moyenne)..... **p 37**

Graphique 16 : Nombre de sérologies VIH positives en fonction du nombre de dépistage systématique (“Oui à chaque fois”) pour les 13 recommandations d’experts **p 38**

INTRODUCTION

I- L'épidémie de l'infection VIH

En 2015, 36,5 millions de personnes vivaient avec le VIH (PVVIH) dans le monde (1). Or l'infection par le VIH est un facteur majeur de la « charge globale » des maladies dans le monde. En 2010, l'infection par le VIH était en tête des causes de diminution de l'espérance de vie chez les jeunes adultes (30-44ans) et la cinquième cause tous âge confondus (2).

I-1. Une pandémie

Apparue dans les années 1980, le VIH est le fruit d'une zoonose (2). Il dérive du virus de l'immunodéficience simienne (SIV) très largement répandu chez les primates d'Afrique centrale depuis les années 20. Le VIH 1 dérive du SIV des chimpanzés d'Afrique centrale. Il existe de nombreux variants provenant de différentes transmissions inter-espèces (M, N, O) (3). La forme VIH 1 M est la première à avoir été découverte et est responsable de la pandémie, elle a infecté des millions de personnes à travers le monde. Quant au VIH 2, il est le fruit de la transmission inter-espèce du sooty mangabey, singe commun en Afrique de l'Ouest. Sa dissémination est très largement corrélée à la présence des singes, aussi on le retrouve principalement en Afrique de l'Ouest. (2)

La théorie actuelle est celle des « chasseurs cueilleurs » : selon laquelle les chasseurs de viande de brousse se seraient contaminés au contact des singes, au début du vingtième siècle, avant de disséminer la maladie par voie sexuelle.

C'est au début des années 80 que le virus a fait parler de lui. Le Center Disease control (CDC) a été interpellé par l'épidémie de pneumocystose chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) de Los Angeles., puis par l'augmentation importante du nombre de cas d'immunodépression et de maladies opportunistes dans tout le pays.

Au cours des années 80, les cas se sont étendus aux hétérosexuels, aux usagers de drogues intraveineuses (UDI) et aux transfusés sanguins. La maladie est alors appelée syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

En 1983, une équipe française : F. Barré-Sinoussi, JC. Chermann, W. Rozenbaum et L. Montagnier a isolé le virus (le Prix Nobel de médecine leur sera décerné des années plus tard

en 2008). Puis en 1986, le premier test de détection a vu le jour.

En 1987, devant la gravité de l'épidémie, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré la première stratégie globale de lutte contre le VIH. Depuis sa mise en place, de nombreuses campagnes ont vu le jour (promotion des moyens de protection, politique de dépistage, politiques d'information).

Depuis sa découverte dans les années 80, 78 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 35 millions sont décédées de maladies liées au SIDA (1). Le VIH 1 a été identifié comme l'agent causal de l'infection la plus dévastatrice de l'histoire moderne. Son principal mode de contamination est la transmission sexuelle (3). Le VIH-1 se multiplie environ un million de fois plus vite que l'ADN cellulaire, à cela s'ajoute la capacité de la reverse-transcriptase à générer des erreurs et donc des mutations. La multiplication fulgurante et la propension à la mutation en font un virus idéal pour une dissémination planétaire.

I-2. Évolution vers une « maladie chronique » dans les pays développés

En 1987, est apparu le premier traitement antirétroviral (ARV) sous la forme de l'AZT. À la fin des années 90, le traitement ARV combiné (« trithérapie » efficace) a révolutionné le pronostic des malades, en supprimant la réplication virale et limitant l'émergence de résistances au long cours. Progressivement, l'infection par le VIH est-elle passée d'une maladie invariablement mortelle à une « maladie chronique » (2).

La trithérapie « classique » comprend deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, et un troisième agent qui peut être soit un inhibiteur non nucléosidique, soit un inhibiteur de protéase, soit un anti-intégrase. Après mise sous traitement, la charge virale doit être indétectable à 3 mois.

Depuis 2013, et la publication du Rapport Morlat sur la prise en charge médicale des PVVIH en France, toute personne nouvellement diagnostiquée pour le VIH doit bénéficier d'un traitement (4). En effet, cette stratégie a un bénéfice individuel même chez les patients avec des $CD4 > 500/mm^3$ puisque la suppression de la charge virale diminue les effets délétères du virus cardiovasculaires et neurocognitifs notamment, mais également un bénéfice collectif puisque cela diminue la contagiosité et donc l'extension de l'épidémie. Ainsi, si tous les patients séropositifs étaient sous traitement, pourrait-on envisager l'éradication du virus.

L'objectif de la prise en charge globale des PVVIH est d'avoir une espérance de vie proche de celle des personnes non infectées. Aujourd'hui la majorité des décès ne sont pas liés à l'infection en elle-même, mais à l'augmentation des comorbidités d'origine multifactorielle. Les enjeux du suivi sont devenus l'observance du traitement, les complications du traitement au long cours, et le dépistage et suivi des comorbidités.

Par ailleurs, pour réduire l'incidence de l'infection VIH, les politiques de prévention mises en place par l'OMS dès 1987, et reprises en France (5) se sont poursuivies et améliorées au cours du temps :

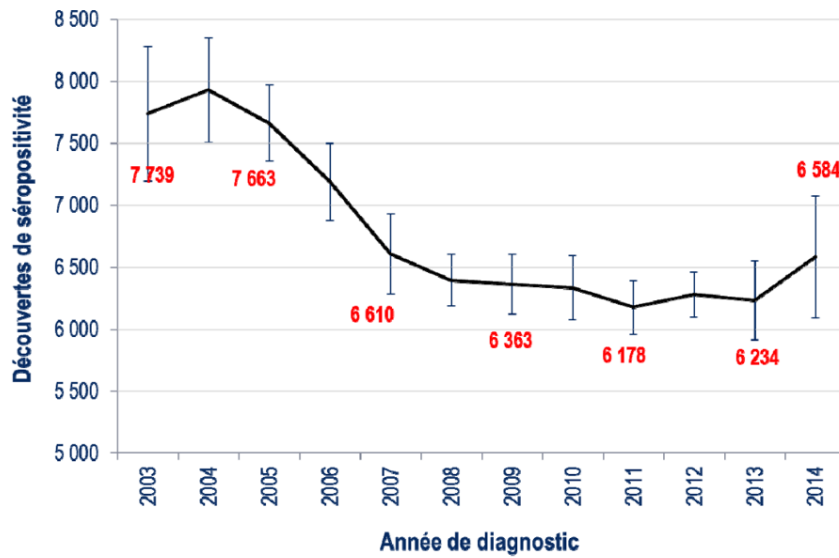
- Campagnes d'information,
- Promotion des moyens de protection (préservatifs, mise en place de kits d'injection à usage unique pour les UDI, contrôle des produits sanguins labiles),
- Politiques de dépistage avec apparition de centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG),
- Traitement des PVVIH quel que soit leur taux de CD4,
- Mise en place d'un traitement post-exposition,
- Prescription d'un traitement préexposition pour les personnes à risque.

II- L'infection par le VIH en France

II-1. Description de l'épidémie française

En France, l'infection par le VIH est une maladie à déclaration obligatoire ce qui permet une surveillance de l'incidence de la maladie. Selon le rapport de l'institut de veille sanitaire (InVS) du premier avril 2016 (7), le nombre de découvertes de séropositivité VIH est estimé à près de 6.600 en 2014. Ce nombre est stable depuis 2007. Il y a donc toujours autant de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives dans notre pays chaque année.

Graphique 1 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2014
 (source : déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2014).(8)



En 2014, 31% des personnes ayant découvert leur séropositivité étaient des femmes. L'âge médian de découverte au diagnostic était de 38ans. Les personnes de moins de 25 ans représentaient 11% des découvertes de séropositivité, alors que celles de 50 ans et plus sont en augmentation progressive depuis 2003 avec 20%. La région Île-de-France concentre 44% des personnes ayant découvert leur séropositivité et les DOM 8%.

Près de la moitié (52%) des personnes ayant découvert leur séropositivité étaient nées en France, environ un tiers en Afrique subsaharienne, et 7% sur le continent Américain.

La quasi-totalité de ces contaminations sont dues à un contact sexuel. Les rapports hétérosexuels sont le mode de contamination majoritaire avec 56% des personnes diagnostiquées. Les HSH représentent 42% de la contamination, et les UDI 1%.

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels étaient nées majoritairement en Afrique subsaharienne (54%) et en France (30%). Les pays les plus représentés en dehors de la France étaient la Côte d'Ivoire et le Cameroun.

L'incidence annuelle globale est estimée à 17 cas pour 100.000 personnes.

Une stabilité des découvertes de séropositivité VIH est observée dans tous les groupes sur les dernières années sauf chez les HSH où le nombre augmente de manière significative entre 2011 et 2014. Ceci est dû à un relâchement de la prévention par préservatifs dans la communauté gay, où l'infection fait moins peur, d'où l'apparition de nouvelles mesures comme la PreP (traitement préexposition).

La tendance à une plus grande précocité des diagnostics sur les années récentes ne se poursuit pas en 2014, d'où l'importance de poursuivre les efforts des politiques de dépistages.

En 2010, le nombre de personnes vivant avec le VIH en France était estimé à 149.900. Parmi elles, 111.500 étaient connues et prises en charge, 9.600 étaient diagnostiquées mais non prise en charge, et environ 30.000 ignoraient leur statut. Parmi elles plus de la moitié étaient à un stade SIDA (4).

II-2. Populations à risque

Les populations à risque sont définies, par la haute autorité de santé (HAS) en 2009 (9) comme étant :

Selon les personnes :

- Les HSH,
- Les personnes hétérosexuelles ayant plus d'un partenaire par an,
- Les populations des départements Français d'Amérique,
- Les UDI,
- Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

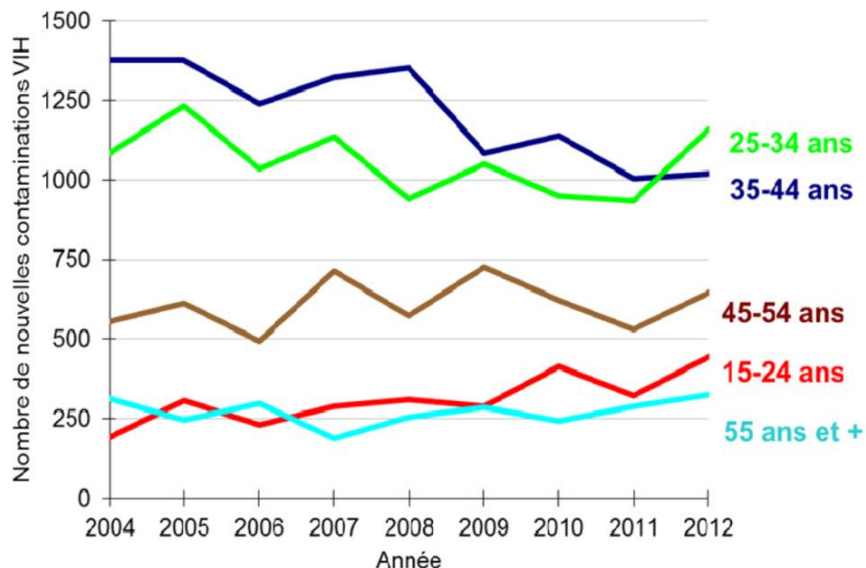
Selon l'exposition :

- Situation de prostitution,
- Partenaire sexuel est infecté par le VIH,
- Suspicion ou diagnostic d'IST,
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose,
- Projet de grossesse,
- Interruption volontaire de grossesse (IVG),
- Première prescription de contraception,
- Viol,
- Milieu carcéral.

L'InVS donne un état des lieux de l'infection chez les patients à risques (7). Les HSH, les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les trois quarts sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) sont les deux groupes les plus touchés avec respectivement 42% et 39% des découvertes en 2014. Les hétérosexuels nés en France représentent 17% et les UDI 1% (8).

Parmi les HSH, 82% étaient nés en France. L'âge médian était de 35 ans. La part des jeunes de moins de 25 ans est stable depuis 2012, en revanche la part des 50 ans augmente.

Graphique 2 : Estimation du nombre de nouvelles contaminations chez les HSH par classe d'âge, France, 2004-2012. (8)



Depuis 2011, le nombre de nouvelles séropositivités VIH chez les HSH continue de progresser. Ceci est dû à une augmentation des conduites à risque. Parallèlement les autres IST progressent au sein de ce groupe.

Dans l'étude Prevagay (10) réalisée en 2009 auprès d'HSH fréquentant les lieux de convivialité gays parisiens, la prévalence de l'infection VIH était de 17,7%. Parmi les hommes interrogés, un sur cinq ne connaissait pas son statut. Cette population doit donc être au cœur des politiques de dépistage et de d'information.

Les personnes usagers de drogues intraveineux (UDI) étaient majoritairement des hommes (85%). En 2014, 63% d'entre eux été nés en France, alors qu'en 2010 et 2013 la majorité était née à l'étranger. Leur âge médian était de 41 ans en 2014(7). A noter que cette population est désormais très minoritaire (1%) car elle a bien bénéficié des campagnes de prévention d'échanges de seringues.

II-3. Rôle des médecins généralistes

En 2013, les laboratoires de villes ont réalisé près des trois quarts des sérologies VIH. Ce nombre est resté stable entre 2011 et 2013 (11). Parmi ces tests, deux sur trois sont à l'initiative du patient.

Le médecin généraliste a plusieurs rôles : les principaux en matière de VIH sont la prévention, le dépistage et l'éducation.

En matière de prévention, les médecins généralistes reconnaissent volontiers qu'aborder les questions de la vie sexuelle et affective est délicat. Seul 58,7% déclarent aborder facilement ces questions (12). Pour mieux remplir leurs missions, plus de neuf médecins sur dix (91,4%) souhaiteraient disposer de plus de temps. Pour faciliter leur tâche, les médecins généralistes souhaiteraient que leur rôle de prévention et de dépistage soit mieux reconnu, disposer de campagnes grands publics et de supports d'information écrits adaptés. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a publié un aide à la prescription de sérologie VIH de dépistage à l'usage des professionnels de santé (13) (Annexe 1).

Plus de deux tiers de ces diagnostics ont été effectués à l'hôpital et moins d'un tiers en médecine de ville, alors qu'un quart seulement des sérologies sont réalisées à l'hôpital (11).

Cette observation est la conséquence d'un recrutement différent en médecine de ville et à l'hôpital, mais cela interroge également sur la difficulté du médecin généraliste à identifier les situations à risque.

II-4. Dépister pour traiter

Depuis 2013, et la parution du rapport Morlat (4), il est recommandé en France de traiter toute personne atteinte du VIH, quel que soit son taux de CD4. Cette nouvelle prise en charge a modifié les pratiques, puisque maintenant l'objectif du dépistage est de proposer un traitement. : « screen to treat ».

L'initiation précoce d'un traitement ARV est associée à des bénéfices cliniques (diminution des comorbidités) et immunologiques (diminution des risques de transmission).

III- Le dépistage

Le dépistage semble être la pierre angulaire pour enrayer l'épidémie de l'infection VIH. Cette pandémie mondiale, ayant touché 78 millions de personnes depuis sa découverte, est à un tournant de sa prise en charge.

Malheureusement, en France, environ 30.000 personnes sont porteuses du virus sans le savoir. Outre l'impact sur leur santé, elles constituent le réservoir de l'épidémie. Chez les

nouveaux diagnostiqués près d'un tiers le sont à un stade avancé de la maladie (15).

Une étude menée en 2011 par May and all (14) montre bien que l'espérance de vie des PVVIH a augmentée mais n'est pas encore égale à la population générale. La précocité d'un traitement permettrait de rattraper ce décalage. Par ailleurs, avec la politique de dépister pour traiter (« screen to treat »), l'objectif est non seulement d'offrir une meilleure prise en charge à toutes les PVVIH, mais également de diminuer la transmission, voire d'éradiquer le virus.

Les médecins généralistes sont au cœur de cette politique de dépistage et doivent en comprendre les enjeux, malgré les freins de leur pratique, que sont le manque de temps et la difficulté d'aborder la question de la sexualité en consultation.

Depuis 2009 les pouvoirs publics français ont élaboré plusieurs campagnes de dépistage dans ce sens.

III-1. Évolution des politiques de dépistage

Devant l'importance du dépistage du VIH dans le contrôle de l'épidémie, l'HAS a publié en 2009 des recommandations de dépistage du plus grand nombre (9). Ces recommandations ont été suivies lors de la mise en œuvre du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 (5). Elles préconisent une proposition de dépistage à l'ensemble de la population générale, de 15 à 70 ans, au moins une fois indépendamment de l'évaluation du risque d'exposition, ou de contamination par le VIH. L'idée étant d'améliorer le dépistage précoce. Ces politiques font suite à plusieurs publications en France.

En 2007, Delpierre et all suggèrent qu'un test de dépistage doit être largement proposé à la population hétérosexuelle, tel un acte de routine de la pratique médicale courante (16). Les questions de sexualité doivent être abordées de manière fréquente en consultation.

En 2010, *Yazdanpanah et all* considèrent que le dépistage de masse augmente la survie des PVVIH (17). Proposer un dépistage de routine permet selon cette étude de diminuer le délai entre l'infection et le diagnostic, d'augmenter l'espérance de vie des PVVIH et de diminuer leur comorbidité à dix ans, en respectant la balance coût/efficacité.

En Europe, des politiques similaires ont été mises en place (18).

Malgré des recommandations de dépistage larges, la faisabilité et la rentabilité de telles mesures en consultation ont été remises en cause par le collège national des généralistes enseignants (CNGE), qui recommande aux médecins généralistes « d'évaluer le risque

encouru de chaque patient si les conditions de la consultation le permettent ». Ils considèrent en effet qu'il est possible de « renforcer la stratégie de dépistage du VIH en saisissant les occasions de proposer aux patients ayant été exposés à un risque un test de dépistage du VIH et des autres IST » (19). Le baromètre santé des médecins généralistes (20), estime difficile de proposer un test en dehors du contexte clinique.

Par ailleurs, les professionnels de santé ne semblent pas toujours identifier les situations à risque. *Elmahdi et all* notent une adhésion faible des médecins généralistes dans l'application des recommandations, avec comme hypothèse que les professionnels de santé n'évaluent pas toujours le risque de la même manière (21). Or, identifier les situations à risque est la clef du diagnostic précoce.

En 2013, *Champenois et all* soulignent le nombre d'opportunités manquées avec près de 99% des patients ayant consulté un médecin dans les trois ans précédant le diagnostic, dont 82% présentaient une clinique évocatrice de primo-infection VIH (15).

En Italie, *Scognamiglio et all*, en 2013 (22) montre que le dépistage basé sur les situations à risque permet un diagnostic du VIH à un stade plus précoce, résultats corroborés par *Joore et All* en 2015 aux Pays Bas (23).

Ainsi en 2013, les recommandations d'experts, publiées dans le rapport dirigé par le Pr Morlat (4) optent-elles pour une approche plus ciblée avec une identifications des situations à risque.

III-2. Recommandations françaises actuelles (4)

Nous sommes donc passés du dépistage de masse au dépistage ciblé. Le groupe d'expert conserve l'importance du dépistage volontaire, mais met en exergue les éléments qui doivent amener à prescrire une sérologie VIH de dépistage :

Selon les populations :

- Les HSH,
- Les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois,
- Les populations des départements français d'Amérique et des autres Caraïbes,
- Les UDI,
- Les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne,

- Les personnes en situation de prostitution,
- Les personnes dont le partenaire sexuel est infecté par le VIH,
- Les populations en situation de précarité,
- L'entourage familial de PVVIH (conjoint, enfant de femme enceintes).

Selon les circonstances :

- Suspicion ou diagnostic d'IST ou hépatite B ou C,
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose,
- Projet de grossesse et grossesse. Ainsi qu'à tous les pères à l'examen du quatrième mois,
- IVG,
- Première prescription d'une contraception,
- Viol,
- À l'entrée en détention ou en cours d'incarcération.

Sur la base des données cliniques ou biologiques :

- Cancer,
- Zona,
- Pneumopathie,
- Infections herpétiques récidivantes,
- Dermite séborrhéique,
- Asthénie chronique,
- Syndrome pseudogrippal prolongé ou atypique,
- Lymphopénie,
- Thrombopénie.

III-3. Les nouveaux venus dans le dépistage

Les TROD (Test Rapides d'Orientation Diagnostiques) permettent de dépister l'infection VIH par un simple prélèvement capillaire au bout du doigt, et peuvent donc être réalisés en dehors d'un laboratoire médical. Depuis fin 2011, leur utilisation a augmenté progressivement (7).

En 2013, 56.500 TROD ont été réalisés par des structures associatives ou de prévention, dont 8,6 pour 1.000 se sont révélées positives (11). En 2014, c'est un peu plus de tests 61.600 réalisés, initialement instaurés pour « le dépistage communautaire », son utilisation

s'élargit aux personnes n'appartenant pas aux populations les plus exposées (36% des tests en 2014) (7).

Depuis janvier 2016, les TROD pour le VIH sont disponibles en pharmacie en vente libre, d'où le concept d'« auto-test ». Nul doute que sa mise en circulation est un nouvel axe d'amélioration du dépistage du VIH. Une étude menée par *Freer et all* en 2015 montre la faisabilité des TROD et leur intérêt dans le dépistage de l'infection par le VIH à condition de bien éduquer les patients (24).

MATERIELS ET METHODES

I- Le projet

En France, environ 6.000 personnes sont diagnostiquées séropositives pour le VIH chaque année, dont encore 27% à un stade avancé de la maladie (stade SIDA ou CD4 < 200/mm³), alors qu'environ 30.000 personnes vivent avec le VIH sans le savoir constituant le réservoir de l'épidémie, l'île de France étant la région métropolitaine la plus touchée par l'épidémie (6).

Notre projet de thèse s'inscrit dans une période de transition entre une politique de dépistage ancienne favorisant le caractère volontaire de dépistage VIH, puis une politique de dépistage large non rentable, et actuellement une politique de dépistage orientée vers les populations à risque (depuis 2013).

Le médecin généraliste est au cœur de cette stratégie pour identifier les populations à risque. Lors de mon stage en Seine Saint-Denis, il nous semblait que les médecins généralistes du département étaient très sensibilisés au dépistage de l'infection. Aussi avons-nous cherché à évaluer leurs pratiques et leur capacité d'identification des situations à risque soulignées par les recommandations, afin d'analyser les occasions ratées de dépistage qui mériteraient une meilleure information des médecins généralistes.

Par ailleurs, l'objectif secondaire était de comparer les pratiques des médecins généralistes des différents départements d'Île-de-France, l'hypothèse étant que les médecins des autres départements où l'immigration est moins marquée, penseraient peut-être moins au virus VIH.

Nous avons donc réalisé une étude descriptive qualitative, par auto-évaluation à l'aide d'un questionnaire à questions fermées à choix unique, auprès d'une population de médecins généralistes installés ou remplaçants réguliers en Île-de-France en 2015.

II- Sélection des médecins généralistes étudiés

II-1. L'échantillon

Les médecins ont été recrutés de 2 façons sur la base du volontariat :

D'une part, entre le 2 janvier 2016 et le 1er avril 2016, des médecins généralistes d'Ile-de-France ont été contactés par téléphone afin de présenter le projet et d'obtenir leur consentement, à partir du listing d'ameli.fr et des pages jaunes. Si accord, le questionnaire était envoyé par mail dans la soirée avec une lettre explicative. Trois relances ont ensuite été effectuées.

Parmi les 41.583 médecins généralistes installés en Ile-de-France au 1^{er} janvier 2016, certains choisis par ordre alphabétique à partir d'une lettre, ont été contactés jusqu'à l'obtention de 10 accords par jour. Chaque jour, le département et la lettre alphabétique étaient changés.

D'autre part, le questionnaire a été distribué au congrès national de médecine générale de Paris des 29, 30 mars et 1er avril 2016, en spécifiant de ne pas répondre s'ils avaient déjà reçu le questionnaire.

II-2. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Était inclus tous les médecins généralistes installés en cabinet ou remplaçants réguliers exerçant en Île-de-France en 2016.

Étaient exclus les médecins généralistes exerçant en dehors de l'Île-de-France, les nouveaux retraités.

Les données étaient anonymes. Chaque praticien ne pouvait participer qu'une seule fois.

III- Le questionnaire

Le questionnaire, présenté en annexe 1, est inspiré du baromètre santé des médecins généralistes, et a été réalisé avec le logiciel Google Doc.

Le questionnaire est strictement anonyme, un préambule explicatif informe sur l'utilité de la participation à cette étude, ainsi que les modalités de réponse.

Il comporte 23 questions à caractère qualitatif à choix unique, réparties en trois parties :

- La première pour les caractéristiques sociodémographiques (âge, années d'installation, lieux d'exercice),
- La seconde étudiant leur fréquence de confrontation avec le VIH et leur prescription générale de tests (nombre de patients séropositifs pour le VIH, nombre de tests prescrits),
- La troisième visant à connaître leur attitude de dépistage face aux nouvelles recommandations de 2013.

Les réponses possibles sont formulées sous forme qualitative, avec quatre niveaux de participation : « Oui à chaque fois », « plutôt oui », « plutôt non » et « jamais ».

IV- L'analyse des résultats

Les résultats ont été recueillis grâce au logiciel Google Doc à partir du questionnaire envoyé par mail. Ils ont ensuite été convertis en fichier Excel. En ce qui concerne les questionnaires papiers, ils ont été rapportés manuellement sur la même base de données.

IV-1. Descriptif des pratiques de dépistage

L'objectif principal de l'étude était de faire un descriptif des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes par rapport aux recommandations d'experts. La première partie de l'analyse est purement descriptive avec des calculs de pourcentage, réalisés à partir d'Excel. Les groupes ont été comparés via le test de Student.

Ensuite il a été défini deux groupes les « bons » et les « mauvais » dépisteurs. Le cut-off entre les deux groupes a été positionné à 7 des 13 situations à risque dépistées de manière systématique ou quasiment (« oui tout à fait » ou « plutôt oui »). Ces deux groupes ont été comparés par une régression linéaire via Python.

IV-2. Les codages utilisés

Ensuite, pour essayer d'aller plus loin, dans la limite d'une auto-évaluation puis d'estimations, certaines données ont été encodées avec l'aide d'une statisticienne afin de faire des comparaisons.

Certaines données qualitatives ont été converties en données quantitatives :

- Aucun correspond au chiffre zéro,
- Moins de cinq au chiffre trois,
- Entre cinq et dix au chiffre sept,
- Entre dix et quinze au chiffre treize,
- Entre quinze et vingt au chiffre 17 et,
- Supérieur à vingt au chiffre vingt-cinq.

Ensuite deux groupes ont été comparés :

- Les « bons » dépisteurs étant les médecins généralistes ayant répondu « oui tout à fait » ou « plutôt oui » sur au moins sept des treize items des recommandations,
- Les « mauvais » étant les autres.

Pour les analyses complémentaires les femmes ont été codées avec le chiffre 0 et les hommes avec le chiffre 1.

IV-3. Comparaison des dépisteurs

Toujours pour étudier l'adhérence aux recommandations de dépistage dans les situations à risque, deux groupes « bons » et « mauvais » dépisteurs ont été comparés :

- Les bons dépisteurs étant définis arbitrairement comme les médecins généralistes ayant répondu « oui tout à fait » ou « plutôt oui » sur au moins sept des treize items des recommandations,
- Les mauvais étant les autres.

Ces deux groupes ont été comparés via le logiciel PYTHON. L'analyse a été réalisée par le Dr Abitbol (Data Scientist), avec réalisation d'une régression linéaire pour étudier les variables binaires : « bons » et « mauvais » dépisteurs, en fonction des données sociodémographiques (âge, lieu, sexe) recueillies.

RESULTATS

I- Inclusions

Entre le 3 janvier et le 2 avril 2016, 237 médecins généralistes ont été interrogés par mail. Sur ces 237 médecins généralistes contactés, 100 ont répondu au questionnaire en ligne, soit 42,1% de participation. Il n'y a pas eu d'exclusion à l'issue de cette phase.

Entre le 31 mars et le 2 avril 2016, 110 questionnaires ont été distribués au congrès national de médecine générale, 96 ont répondu, soit un taux de participation de 87,2%. Quatorze ont été exclus de l'étude, tous pour des raisons de localisation géographique.

Au total, 196 médecins généralistes ont pu être étudiés.

II- Données sociodémographiques des médecins généralistes répondeurs

Les données concernant les 196 médecins généralistes interrogés sont données dans le tableau 1.

69 étaient des hommes, 127 des femmes (soit un sexe ratio de 0.5). La majorité des femmes avaient moins de 40 ans (n=46 de moins de 30 ans et n=58 entre 30 et 40 ans), alors que la population d'hommes était plus hétérogène.

La majorité des répondants était de jeunes médecins généralistes, récemment installés, surtout chez les femmes où 79% des réponses était obtenues avec des médecins généralistes installées depuis moins de 5 ans. Chez les hommes, on distinguait deux groupes majoritaires représentant 77% des participants : les jeunes médecins généralistes et ceux installés depuis plus de 20 ans.

En ce qui concernait la localité d'exercice (tableaux 1 et 2), il s'agissait principalement de médecins généralistes installés en banlieue parisienne (72%) dont 22% en Seine-Saint-Denis et 19% dans le Val-de-Marne.

Tableau 1 : Caractéristiques des 196 médecins généralistes interrogés

	<u>Femmes</u> <u>n=127</u> (65%)	<u>Hommes</u> <u>n=69</u> (35%)	<u>Total</u> <u>n=196</u> (100%)
<u>Age :</u>			
Moins de 30 ans	46 (36%)	12 (18%)	58 (30%)
Entre 30 et 40 ans	59 (46%)	14 (20%)	73 (37%)
Entre 40 et 50 ans	6 (5 %)	7 (10%)	13 (7%)
Entre 50 et 60 ans	9 (7%)	21(30%)	30 (15%)
Plus de 60 ans	7 (6%)	15 (22%)	22 (11%)
<u>Années d'installations :</u>			
Moins de 5 ans	101 (79%)	23 (33%)	124 (62%)
Entre 5 et 10 ans	8 (6%)	6 (9%)	14 (7%)
Entre 10 et 15 ans	2 (2%)	7 (10%)	9 (5%)
Entre 15 et 20 ans	0 (0%)	3 (4%)	3 (4%)
Plus de 20 ans	16 (13%)	30 (44%)	46 (22%)
<u>Localisation :</u>			
75	31 (24%)	16 (37%)	47 (24%)
77	10 (8%)	1 (1%)	11 (6%)
78	9 (7%)	7 (10%)	16 (8%)
91	8 (6%)	5 (8%)	13 (7%)
92	11 (9%)	5 (8%)	16 (8%)
93	27 (21%)	25 (23%)	52 (26%)
94	28 (23%)	9 (13%)	37 (19%)
95	3 (2%)	1 (1%)	4 (2%)

* Dans Paris, la répartition était homogène avec prédominance des arrondissements Nord Est et centre (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des 47 médecins généralistes installés à Paris selon leurs arrondissements d'exercice.

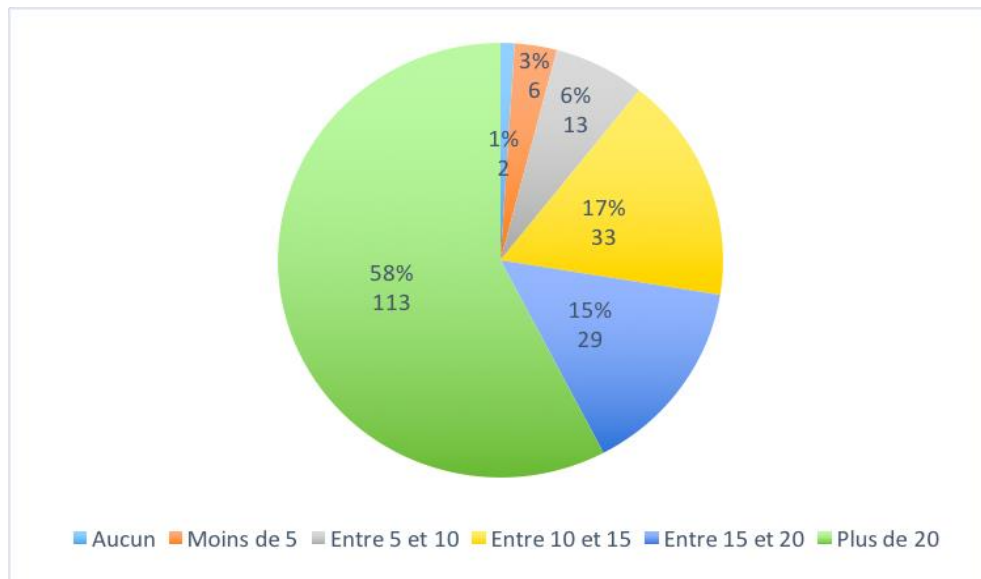
Arrondissements	Femmes	Hommes	Total
75 non précisé	1	0	1
75001, 75002, 75003, 75004	4	3	7
75005, 75006	3	3	6
75007	0	0	0
75008	0	0	0
75009, 75010	1	1	2
75011	2	2	4
75012	3	1	4
75013	4	1	5
75014	4	1	5
75015	2	1	3
75016, 75017	0	1	1
75018, 75019, 75020	7	2	9
TOTAL	31	16	47

III- Prescriptions des sérologies VIH de dépistage

III-1. Nombre de tests de dépistage VIH estimés

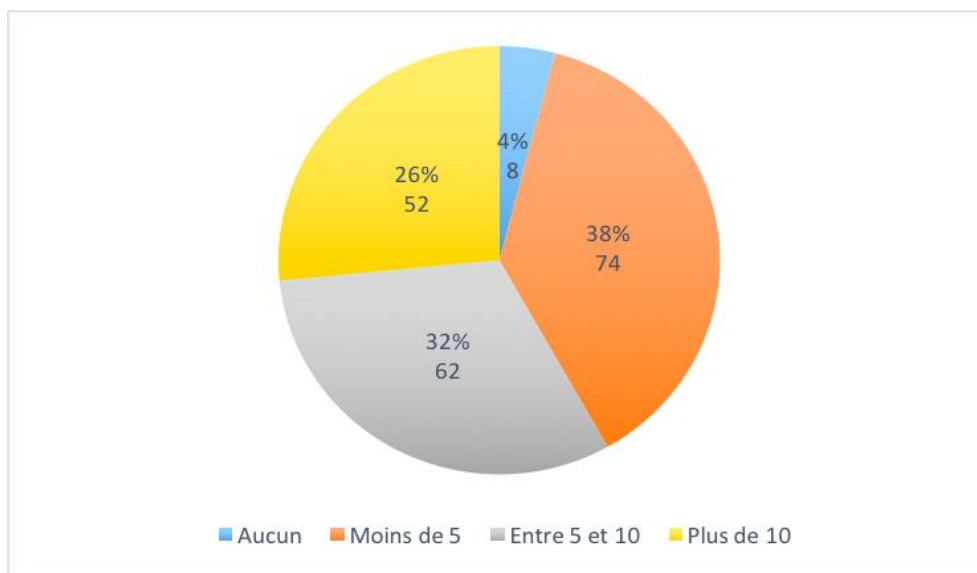
Cent treize médecins généralistes (soit 58%) ont rapporté avoir prescrit au moins 20 tests VIH sur l'année 2015 (Graphique 3), alors que deux médecins ne disaient en avoir prescrit aucun, et 20 médecins (soit 10%) qui en avaient prescrit moins de 10 sur l'année.

Graphique 3: Nombre de prescriptions de tests de dépistage VIH sur l'année 2015, rapportés par les 196 médecins généralistes.



82 médecins (soit 42%) ont rapporté avoir prescrit « moins de 5 » sérologies au cours du mois précédent, alors que 52 médecins (26%) en avaient prescrit « plus de 10 » au cours du dernier mois. (Graphique 4).

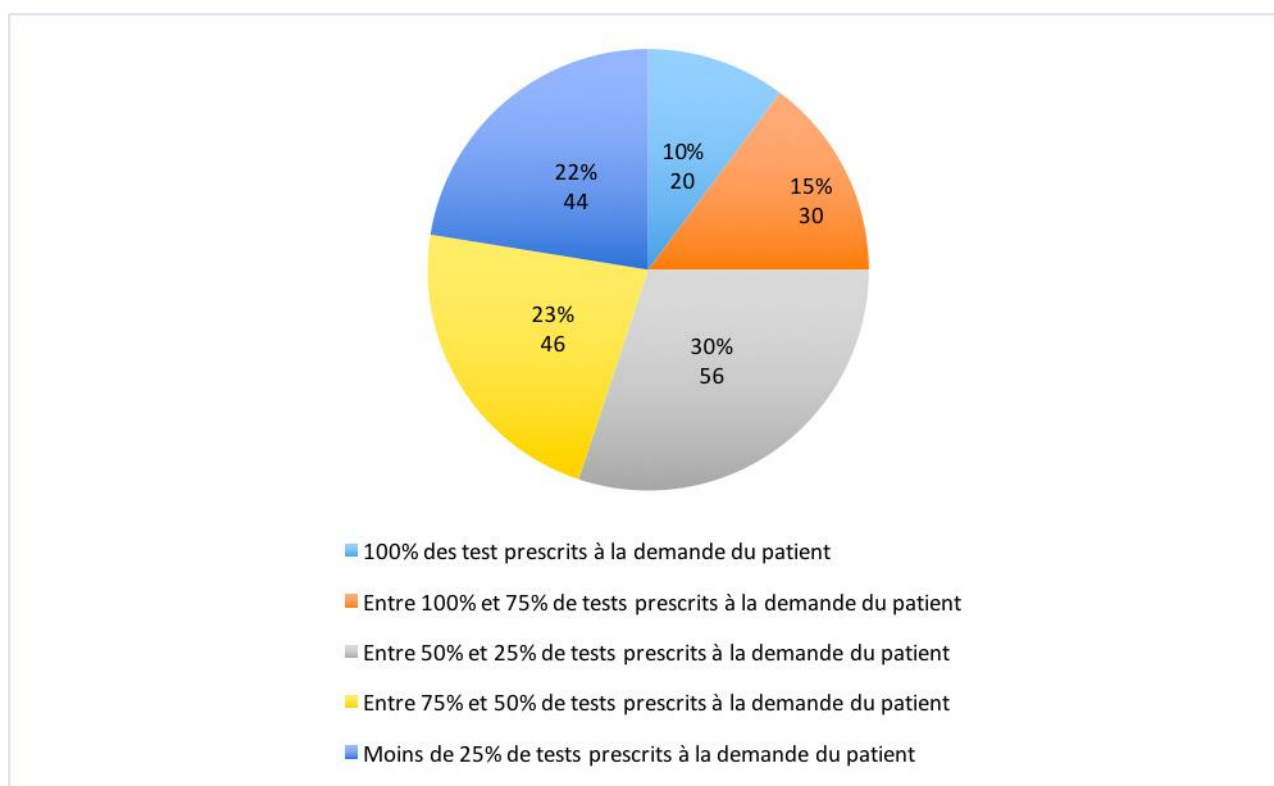
Graphique 4: Nombre de prescriptions de tests de dépistage VIH au cours du dernier mois, rapportées par les 196 médecins généralistes.



Pour plus de la moitié des médecins (n=102 soit 53%), plus de 50% des tests étaient réalisés à la demande du praticien (Graphique 5).

Mais 20 médecins (10%) reconnaissaient que l'intégralité de leurs prescriptions de sérologie VIH était issue d'une demande du patient.

Graphique 5: Répartition des médecins selon le nombre de tests VIH de dépistage prescrits à la demande des patients.



III-2. Dépistages en fonction des médecins généralistes

III-2.1. Dépistage selon le sexe et l'âge

Les femmes étaient plus actives que les hommes dans le dépistage avec un nombre de tests prescrits supérieur au cours du dernier mois (Tableau 3) : la moyenne étant de 8 tests par mois pour les femmes contre 5 tests pour les hommes ($p = 0,00003$ et $T = 4,22$),

Tableau 3 : Nombre de tests prescrits au cours du dernier mois en fonction du genre.

Nombre de tests par mois	Aucun	Moins de 5	Entre 5 et 10	Plus de 10	Total
Femme	5 (3%)	37 (19%)	40 (20%)	45 (23%)	127 (65%)
Homme	3 (1%)	37 (19%)	22 (11%)	7 (4%)	69 (35%)
Total	8 (4%)	74 (38%)	62 (31%)	52 (27%)	196

et au cours de la dernière année : une moyenne de 20 tests pour les femmes contre 18 pour les hommes ($p = 0,04$ et $T = 2,01$) (Tableau 4).

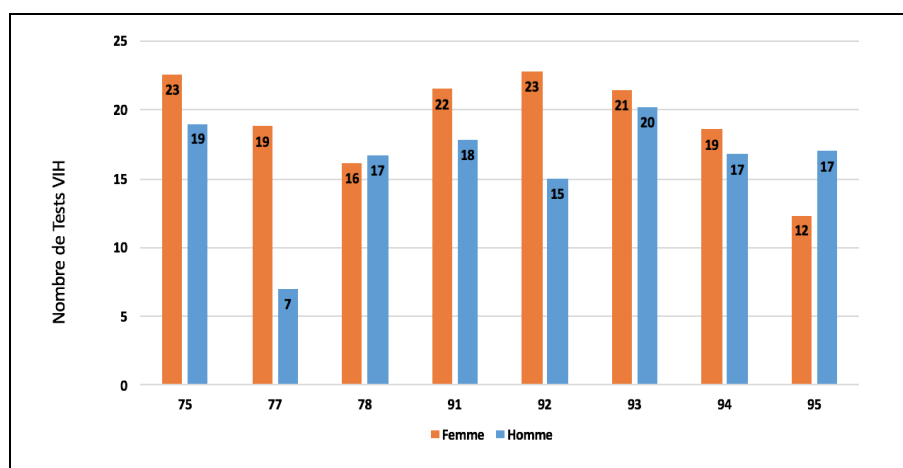
Tableau 4 : Nombre de tests prescrits en 2015 en fonction du genre.

Tests prescrits en 2015	Aucun	Moins de 5	Entre 5 et 10	Entre 10 et 15	Entre 15 et 20	Plus de 20	Total
Femme	2 (1%)	4 (2%)	7 (4%)	18 (9%)	13 (7%)	83 (42%)	127 (65%)
Homme	0	2 (1%)	6 (3%)	15 (8%)	16 (8%)	30 (15%)	69 (35%)
Total	2 (1%)	6 (3%)	13 (7%)	33 (17%)	29 (15%)	113 (57%)	196

III-2.2. Dépistage par département d'Île-de-France

Comme le montre le graphique 4, les prescriptions de tests VIH rapportées étaient globalement homogènes par département.

Graphique 6: Moyenne du nombre de prescriptions de test VIH par département et par sexe au cours de l'année 2015.



III-3 Dépistage en fonction des recommandations (Tableau 6)

III-3.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Sur les 196 médecins généralistes interrogés, 179 (92%) déclaraient dépister les personnes consultant pour une IST « à chaque fois » pour le VIH, et 17 médecins « plutôt oui ». Aucun n'a déclaré ne « jamais » ou « plutôt non » dépister dans cette situation.

L'adhésion au dépistage du VIH lors d'une infection sexuellement transmissible était donc totale auprès de notre population de médecins généralistes d'Île-de-France.

III-3.2. Changement de vie affective et plus de 1 partenaire par an

En ce qui concerne les changements de vie affective, les conduites de dépistage étaient plus hétérogènes. Seulement 35 médecins généralistes sur 196 (18%) dépistaient « à chaque fois », et 92 dépistaient « plutôt oui » soit 47% ; alors que 31% déclaraient ne « plutôt pas » dépister et 4% avouaient ne jamais le faire.

Pour les patients ayant plus d'un partenaire par an, le dépistage était suivi. 72 médecins généralistes déclaraient dépister « à chaque fois » (37%) et 97 « plutôt oui » (50%).

III-3.3. Origine

Selon les experts, les patients originaires des DOM TOM et d'Afrique Subsaharienne sont définis comme à risque d'infection par le VIH.

Ces patients semblaient plutôt bien dépistés par nos médecins généralistes :

- 27 généralistes sur 196 (soit 14%) dépistaient « à chaque fois »,
- 105 généralistes (soit 54%) dépistaient « plutôt oui »,
- alors que 50 généralistes (soit 25%) ne dépistaient « plutôt pas »,
- et 14 généralistes (7%) reconnaissaient « ne jamais dépister ».

III-3.4. Grossesse et contraception

Au moment d'une grossesse, 80% des médecins généralistes déclaraient bien dépister (50% « à chaque fois » et 30% « plutôt oui »).

Au moment d'une prescription de contraception, 73% des répondants se situaient dans la zone « plutôt oui »/ « plutôt non », répartis de manière équivalente.

III-3.5. Usagers de drogues intraveineuse, précarité

Les UDI étaient relativement bien dépistés par les médecins généralistes avec près de 66% dépistés de manière systématique (« à chaque fois »), et 27% dépistés de manière

fréquente (« plutôt oui »).

Les patients en situation de précarité avaient un dépistage similaire avec un rapport inverse : 61% dépistés de manière fréquente, et 21% dépistés de manière systématique.

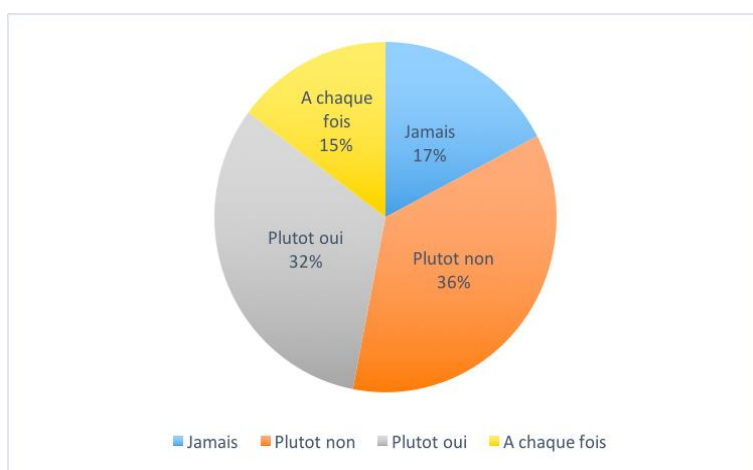
III-3.6. Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)

Pour les HSH, le dépistage semblait largement répandu, avec 88% des médecins généralistes dépistant de manière systématique ou fréquente.

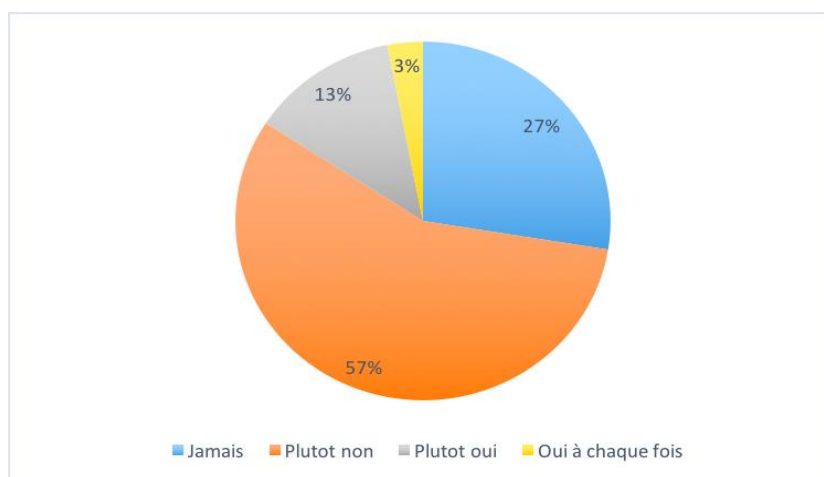
III-3.7. Pneumopathies, herpès et zona

Pour les pneumopathies du jeune, l'herpès et le zona, le dépistage semblait beaucoup moins intégré. Très peu de médecins (respectivement 3%, 6% et 15%) déclaraient dépister à chaque fois pour le VIH devant une pneumopathie, une poussée d'herpès ou un zona : une majorité de médecins généralistes répondant « plutôt non » ou « jamais » (Graphiques 7, 8, 9).

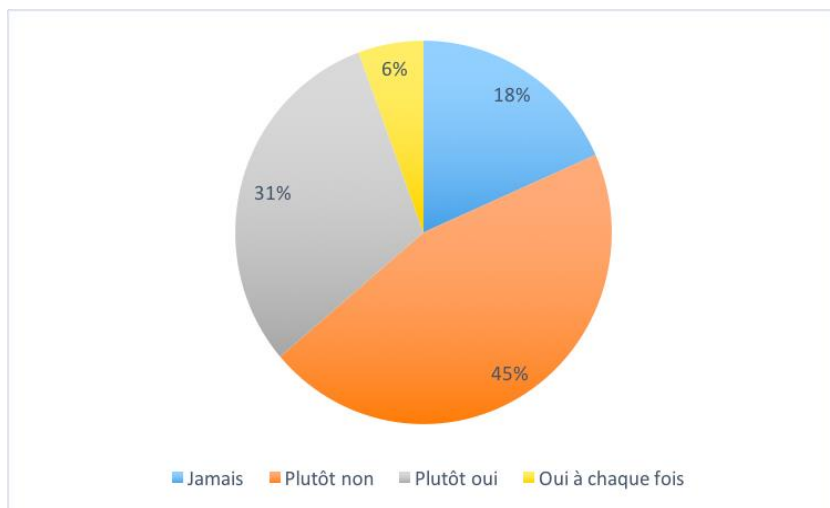
Graphique 7 : Fréquence du dépistage VIH devant un zona.



Graphique 8 : Fréquence du dépistage VIH devant une pneumopathie.



Graphique 9 : Fréquence du dépistage VIH devant un herpès récidivant.

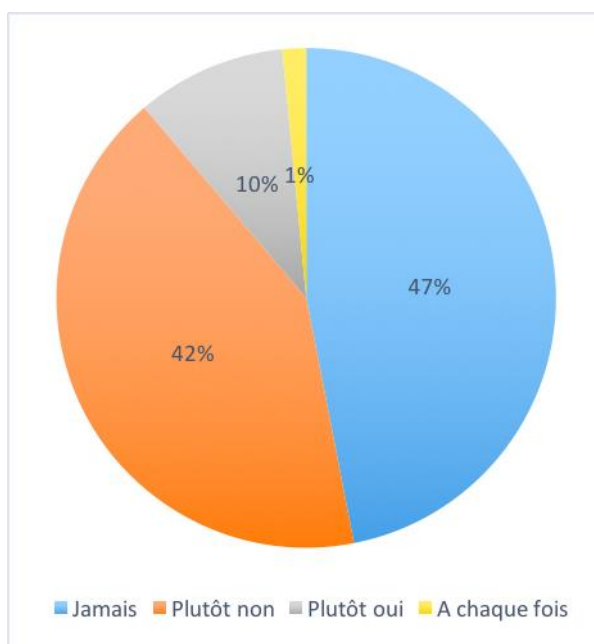


III-3.8. Dermite séborrhéique

Les patients atteints d'une dermatite séborrhéique étaient très rarement dépistés pour le VIH. En effet seul 1% des médecins généralistes (n=3) proposaient systématiquement un test de dépistage dans cette situation (Graphique 7).

La dermatite séborrhéique était l'élément clinique conduisant au plus d'occasions manquées de dépistage.

Graphique 10: Fréquence du dépistage VIH devant une dermatite séborrhéique, selon auto-évaluation des 196 médecins généralistes.



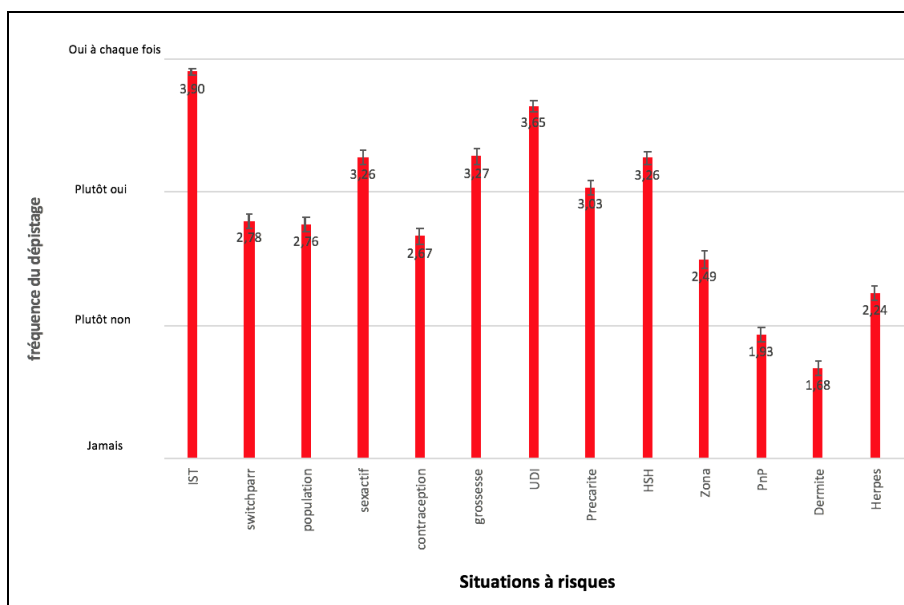
III-3.9. Synthèse des pratiques de dépistages dans les situations à risque

Le tableau 5 fait la synthèse de la fréquence de dépistage rapportée par les 196 médecins généralistes de l'étude lors des situations à risques évoquées dans les recommandations, et le graphique 11 en fait une représentation plus visuelle.

Tableau 5 : Autoévaluation de la fréquence de dépistage VIH dans les situations à risques définies par les recommandations des 196 médecins généralistes d'Île-de-France étudiés

	Oui à Chaque fois	Plutôt oui	Oui + Plutôt oui	Plutôt Non	Jamais	Plutôt non + jamais
IST	179 (92%)	17 (8%)	196 (100%)	0	0	0
Changement de vie affective	35 (18%)	92 (47%)	127 (65%)	61 (31%)	8 (4%)	69 (35%)
Plus d'un partenaire par an	72 (37%)	97 (50%)	169 (87%)	25 (12%)	2 (1%)	27 (13%)
Origine	27 (14%)	105 (54%)	132 (68%)	50 (25%)	14 (7%)	64 (32%)
Contraception	36 (18%)	70 (36%)	106 (54%)	74 (37%)	16 (9%)	90 (46%)
Grossesse	98 (50%)	60 (30%)	158 (80%)	36 (19%)	2 (1%)	38 (20%)
UDI	129 (66%)	63 (32%)	192 (98%)	3 (1%)	1 (1%)	4 (2%)
Precairite	42 (21%)	120 (61%)	162 (82%)	29 (15%)	5 (3%)	34 (18%)
HSH	73 (37%)	99 (51%)	172 (88%)	22 (11%)	2 (1%)	24 (12%)
Zona	29 (15%)	63 (32%)	92 (47%)	70 (36%)	34 (17%)	104 (53%)
PnP	6 (3%)	25 (13%)	31 (16%)	111 (56%)	54 (28%)	165 (84%)
Herpes	11 (6%)	60 (31%)	71 (37%)	89 (45%)	36 (18%)	125 (63%)
Dermite séborrhéique	3 (1%)	19 (10%)	22 (11%)	82 (42%)	92 (47%)	174 (89%)

Graphique 11 : Tendence des habitudes de dépistage VIH dans chaque situation évoquée dans les recommandations par les 196 médecins généralistes d'Île-de-France



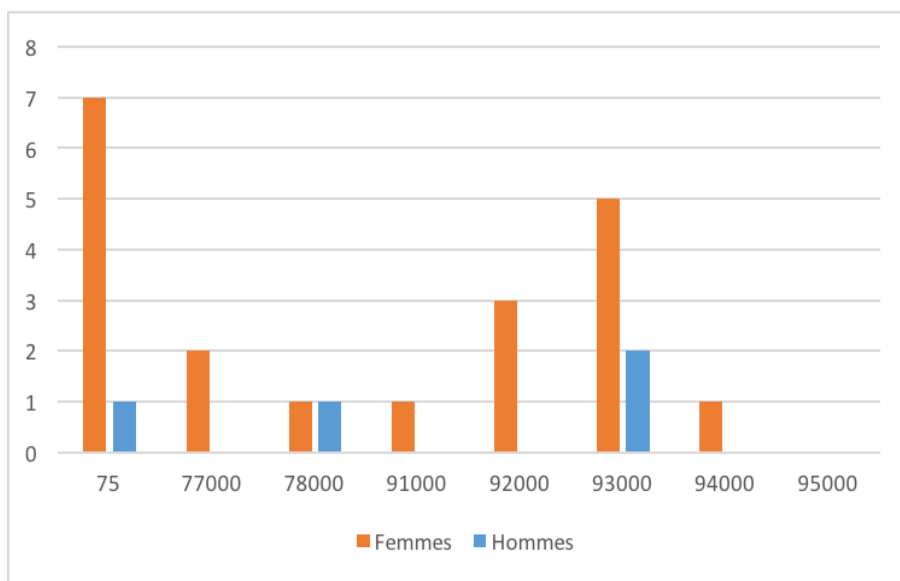
IV- Recherche de facteurs associés au « bon » dépistage

IV-1. Caractéristiques des « bons » dépisteurs

Les médecins considérés arbitrairement comme « bon » dépisteurs étaient ceux ayant répondu « oui tout à fait » ou « plutôt oui » dans au moins 7 des 13 items des recommandations. Ils représentaient 24 médecins généralistes, soit 12%.

En s'intéressant aux « bons » dépisteurs, la population semblait homogène par département. Il n'y avait pas de « bon » dépisteur dans le 95. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes (Graphique 12).

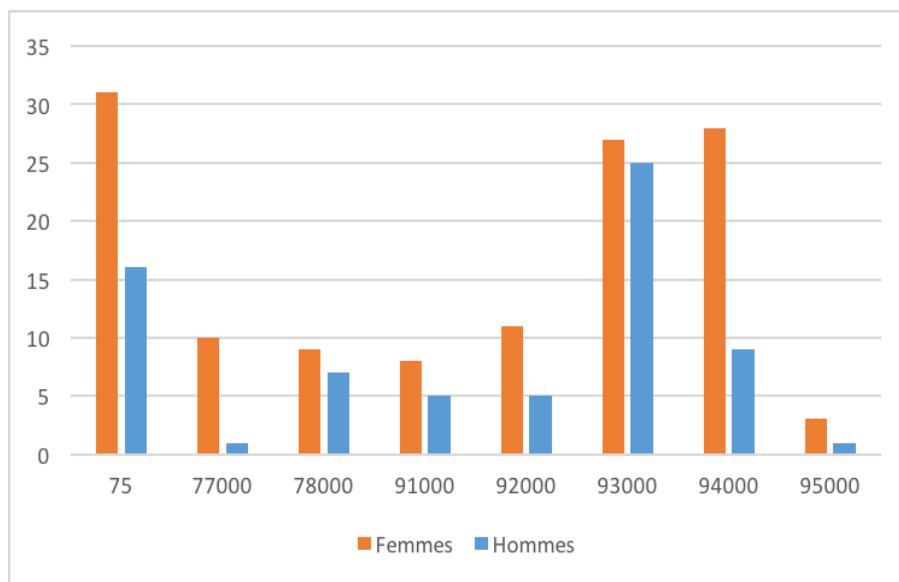
Graphique 12 : Nombre de « bons » dépisteurs par département et par sexe.



IV-2. Caractéristiques des « mauvais dépisteurs »

Les « mauvais » dépisteurs, c'est à dire les médecins généralistes ayant répondu dans moins de 7 situations sur 13 « oui à chaque fois » ou « plutôt oui », étaient majoritaires. La répartition semblait plus homogène entre les « mauvais dépisteurs » (Graphique 13).

Graphique 13 : Nombre de « mauvais » dépisteurs par département et par sexe.



IV-3. Comparaison des « bons » et « mauvais » dépisteurs.

Le tableau 6 compare les 24 médecins « bons dépisteurs » aux 172 médecins « mauvais dépisteurs », c'est-à-dire ayant répondu dépister (oui à chaque fois, ou plutôt oui) dans moins de 7 des 13 situations à risque évoquées par les recommandations.

Tableau 6 : Caractéristiques des médecins généralistes considérés comme « bons » dépisteurs (au moins 7/13 situations où ils s'autoévaluent bien dépister) versus les « mauvais » dépisteurs

	Bons dépisteurs	Mauvais dépisteurs
Nb total (%)	24 (12%)	172 (88%)
Hommes/ femmes	4/20	65/107
Nombre d'items avec « plutôt oui » ou « oui tout à fait »	13/13 : n=2 12/13 : n=0 11/13 : n=2 10/13 : n=5 9/13 : n=5 8/13 : n=1 7/13 : n=9	6/13 : n=11 5/13 : n=27 4/13 : n=33 3/13 : n=35 2/13 : n= 25 1/13 : n=33 0/13 : n = 8
Tranches d'Age :		
Moins de 30 ans	7	51
Entre 30 et 40ans	10	63
Entre 40 et 50ans	1	12
Entre 50 et 60ans	2	28
Plus de 60ans	4	18
Département d'Île-de-France :		
75	8	38
77	2	9
78	2	14
91	1	12
92	3	13
93	7	45
94	1	36
95	0	4
Date d'installation		
Moins de 5ans	17	107
Entre 5 et 10ans	1	13
Entre 10 et 15ans	0	9
Entre 10 et 15ans	0	3
Plus de 20ans	6	40

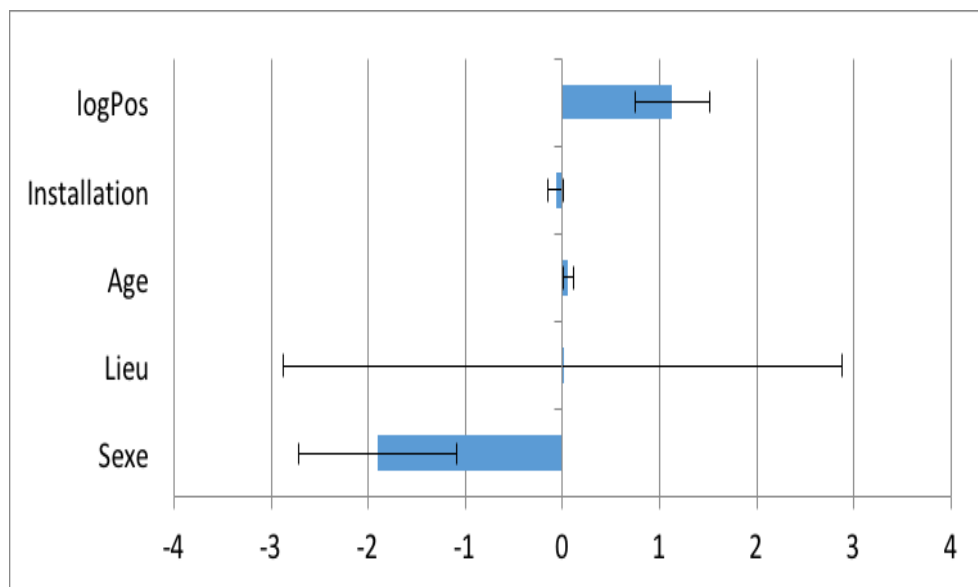
Il est à noter que seuls 2 médecins généralistes sur les 196 dépistaient « à chaque fois » dans toutes les situations recommandées.

Avec le Dr Abitbol, nous avons réalisé une régression linéaire, sur la variable binaire « bons » ou « mauvais » dépisteurs pour rechercher des différences significatives. Dans cette étude, est ressorti que les bons dépisteurs étaient plutôt des femmes (n=20, p= 0,02). En revanche, il n'existait pas de de variabilité selon la localité d'exercice, l'ancienneté d'exercice ou l'âge, quel que soit la performance de dépistage (Tableau 7, Graphique 14).

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques des « bons » et des « mauvais » dépisteurs en régression linéaire.

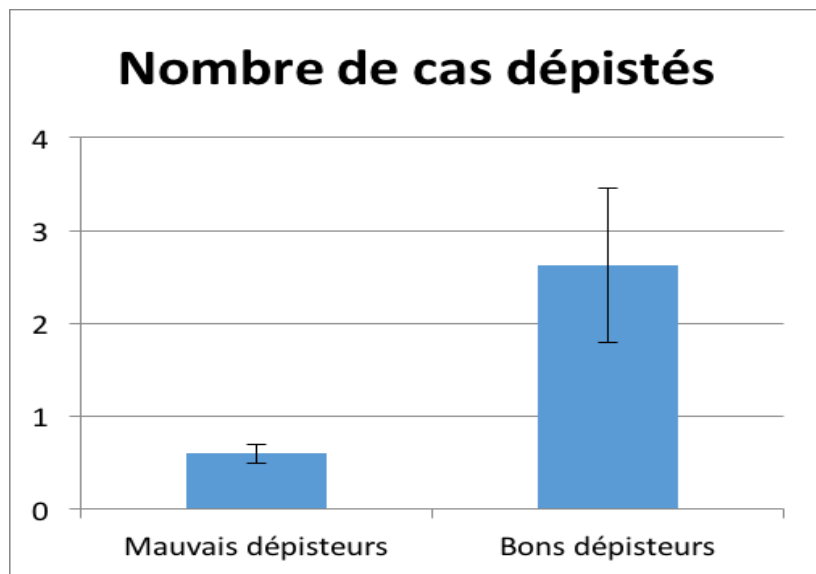
	coef	p	[95.0% Conf. Int.]	
Sexe	-1,90	0,02	-3,49	-0,31
Lieu	0,00	1,00	-5,64	5,64
Age	0,06	0,27	-0,04	0,16
Installation	-0,07	0,38	-0,23	0,09
logPos	1,13	0,00	0,38	1,88

Graphique 14 : Caractéristiques des « bons et des mauvais dépisteurs ».



Si on s'intéresse aux sérologies revenues positives dans cette étude, les bons dépisteurs avaient une moyenne de 2,6 personnes dépistées séropositives sur 2015, alors que les mauvais seulement 0,59 personnes (p = 1.10-6 et T= 5,05), soit cinq fois plus de découverte de sérologies positives (Graphique 15).

Graphique 15 : Nombre de découvertes de séropositivités VIH, déclarées par les « bons dépisteurs » versus « mauvais dépisteurs » en 2015 (en moyenne).



V- Évaluation de la rentabilité des tests de dépistage

V-1. Nombre de patients séropositifs déclarés par les médecins généralistes sur 2015

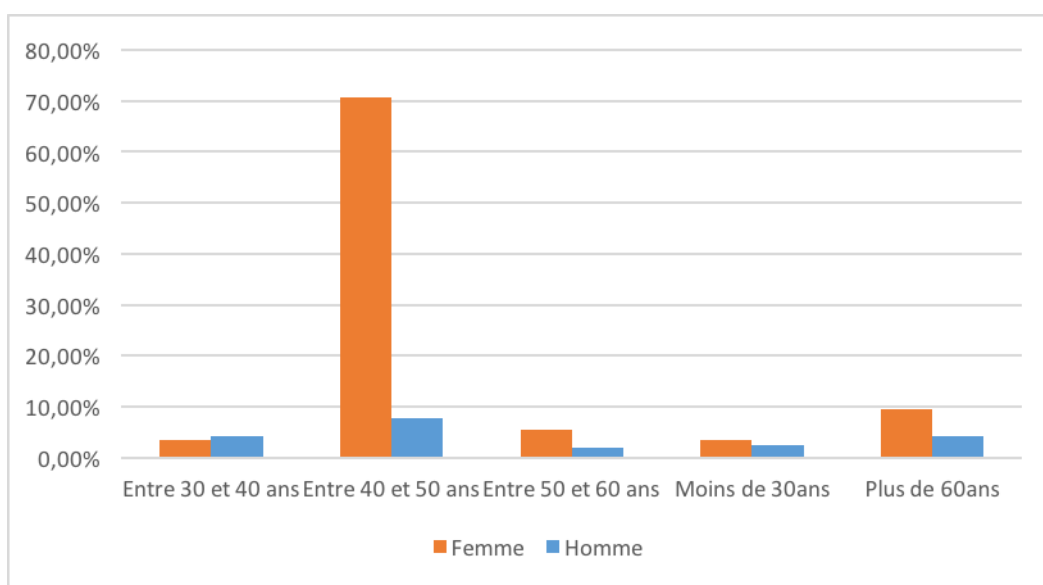
Selon le questionnaire, 150 médecins généralistes ont déclaré n'avoir trouvé aucun positif, 43 ont eu moins de 5 sérologies positives, 1 médecin généraliste entre 5 et 10 sérologies positives, et 2 médecins généralistes plus de 10 sérologies revenues positives. Ainsi seuls 3 médecins généralistes ont découvert plus de 5 séropositivités VIH.

V-2. Proportion de patients dépistés séropositifs sur le nombre de tests prescrits en 2015, selon l'âge et le sexe des médecins généralistes

Par approximation, étant donné les réponses semi-quantitatives, on estime à environ 166 le nombre de sérologies revenues positives sur environ 3.856 sérologies prescrites : soit 4% de sérologies VIH positives pour les 196 médecins généralistes de cette étude, avec une supériorité chez les médecins femmes.

De plus en regardant la proportion de découverte VIH sur le nombre de prescription, il en ressort que les femmes entre 40 et 50 ans (au faible nombre de 6) sont celles qui ont la meilleure proportion de positifs.

Graphique 17 : Proportion de patients dépistés séropositifs sur le nombre de tests prescrits en 2015 selon l'âge et le sexe des médecins généralistes



DISCUSSION

Cette étude descriptive par auto-évaluation de 196 médecins généralistes d'Île-de-France a permis de montrer que si le dépistage pour l'infection VIH était majoritairement à l'initiative du médecin généraliste (53%), peu de sérologies VIH étaient prescrites avec 42% des médecins qui en prescrivaient moins de 20 par an (dont 2 médecins qui n'en avaient prescrit aucune). Les situations à risque définies dans les recommandations d'experts n'étaient que partiellement identifiées. Ainsi le dépistage était-il bien proposé (« oui à chaque fois » et « plutôt oui ») pour les infections sexuellement transmissibles dans 100% des cas et 98% en cas d'usage de drogue intraveineuse, mais de façon insuffisante pour les autres situations : les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (88%), plus d'un partenaire par an (87%), précarité (82%), la grossesse (80%), origine géographique (68%), changement de vie affective (65%), contraception (54%); et de façon très insuffisante devant les infections évocatrices : zona (47%), herpès (37%), pneumopathie (16%) et la dermite séborrhéique (11%).

En définissant arbitrairement un groupe de médecins dépisteurs qui disaient bien dépister dans au moins 7 des situations à risque, on ne retrouvait que 12% de médecins « bons » dépisteurs (n=24). Sachant que la situation idéale est d'adhérer pleinement aux recommandations, et donc de proposer un dépistage dans chacune des 13 situations, notre estimation des « bons » dépisteurs était surévaluée.

Contrairement à ce que nous avons supposé, seul le « fait d'être une femme » prédisposait au fait d'être « bon » dépisteur, de manière statistiquement significative. Aucun autre facteur épidémiologique (âge, ancienneté d'installation, lieu d'exercice) n'a été mis en évidence comme influençant la bonne adhésion aux recommandations de dépistage dans cette étude, avec néanmoins une tendance à plus de « bons » dépisteurs (15 médecins généralistes sur les 24) à Paris et en Seine-Saint-Denis (75 et 93)

Par ailleurs, le nombre de tests prescrits influait le nombre de sérologies positives. À noter également que 150 médecins (76%) n'ont eu aucune sérologie positive.

Ce travail montre donc que si le dépistage pour l'infection par le VIH devant une infection sexuellement transmissible est largement accepté par les médecins généralistes d'Île-de-France, le dépistage reste insuffisant dans les autres situations, sans différence

évidente selon les types de prescripteurs pour l'âge et la localisation d'exercice (paris/banlieue), mais de meilleurs résultats pour les femmes. Il convient donc de renforcer les politiques de santé publique en matière de dépistage VIH, en diffusant régulièrement les recommandations d'experts pour le dépistage et rappelant les situations à risque aux médecins exerçant en cabinet.

Notre étude présente cependant plusieurs limites :

- La première est un biais de sélection. En effet, il est probable que les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire en ligne présentent une affinité pour le VIH et sa prise en charge. Le fait de baser l'étude sur un questionnaire expose à ce biais. De plus 96 médecins généralistes ont été recrutés lors d'un congrès de médecine générale, ce sont donc des médecins sensibilisés à la formation continue.

- Il existe plusieurs biais de mesure. Notre population cible est une population jeune (67% de moins de 40 ans) ce qui n'est pas représentatif de la population de médecins généralistes d'Île-de-France (14% de médecins généralistes D'Île-de-France avaient moins de 40ans en 2013) (25).

- L'ordre des questions est également un biais. Toutes les questions en rapport avec les recommandations d'experts sont sur le même modèle, et peuvent entraîner un excès de faux « bon dépisteurs ». Mais malgré cette surestimation artificielle, il en ressort que le dépistage devant les situations décrites comme à risque par les recommandations d'experts reste insuffisant.

- Il existe également des biais d'analyse. L'encodage réalisé, avec approximation des résultats (« plus de 10 » ou « plus de 20 »), entraîne un biais de mesure important, et ne permet que des estimations. Il est en effet probable que les médecins généralistes ont prescrit plus de 25 tests VIH au cours de l'année 2015. De même, la différence entre « bons » et « mauvais » dépisteurs a été faite arbitrairement à partir du seuil de 7 bonnes réponses sur les 13 items. Dans l'absolu, les bons dépisteurs devraient avoir répondu « oui » sur 13 des 13 items.

Malgré ces limites, notre étude descriptive, portant sur un nombre important de médecins généralistes (n=196), permet d'avoir une bonne image de l'adéquation des pratiques de dépistage par rapport aux recommandations en 2015.

En comparant les résultats de notre étude à celle du baromètre santé 2009 (20), étude menée par l'INPES sur 1.025 médecins généralistes de France métropolitaine, les résultats sont similaires, malgré le changement des politiques de santé (du dépistage de masse au dépistage ciblé). Dans cette étude, 90% des médecins généralistes déclaraient avoir prescrit un test VIH au cours du dernier mois (96% dans notre étude). Concernant les modalités de prescription, il existe une amélioration : avec 34% des médecins déclarant à l'époque être à l'origine de la prescription contre 53% dans notre étude.

Pour les dépistages ciblés, le dépistage systématique dans le cadre d'une IST était de 72,9% contre 92% dans notre étude. Le changement de vie affective était systématiquement dépisté dans 23,5% contre 18%. Et le fait d'avoir plus d'un partenaire par an était systématique dans 42,9% contre 37% dans notre étude. L'ensemble de ces résultats est similaire. En revanche pour ce qui est du dépistage des populations à risque, 34,8% des médecins généralistes, déclaraient, dans le baromètre santé, dépister systématiquement contre 14% dans notre étude. En revanche 35,3% déclaraient dépister souvent dans cette situation contre 54% dans notre étude.

Malgré les différences géographiques, et temporelles entre nos deux études, les résultats sont similaires en matière de dépistage. On note depuis la mise en place du dépistage ciblé une augmentation des sérologies à la demande du médecin.

L'InVS a publié, en 2014, un bilan du dépistage de l'infection VIH en France (11). Celui-ci montre qu'après une augmentation de la prescription des dépistages entre 2010 et 2011, le nombre de sérologies s'est stabilisé. En revanche à partir de 2011, le nombre de sérologies positives a augmenté, ce qui pourrait correspondre au dépistage plus ciblé de la population.

En comparant nos résultats avec une étude menée en 2013 par V. Rocchetti (26) à l'époque du dépistage de masse, il en ressort que les pratiques du dépistage dans les situations à risque chez les médecins généralistes s'améliorent. À l'époque 78% des médecins généralistes déclaraient prescrire une sérologie de dépistage lors d'une consultation pour IST, contre 92% dans notre étude. De même la prescription pour des jeunes sexuellement actifs la prescription est passée de 21% à 37%.

Le dépistage de l'infection VIH reste insuffisant malgré une amélioration durant les dernières années avec le passage à une politique ciblée identifiant les situations à risque. Les freins à la prescription d'une sérologie ne sont que peu étudiés. Ils sont évoqués dans le

rapport Morlat (4) avec la difficulté de proposer une sérologie de dépistage hors d'un contexte clinique bien défini, la faible rentabilité des tests (beaucoup de tests revenus négatifs), la faible proportion de PVVIH suivie en médecine générale, et le fait que la proposition d'un dépistage ne fait pas l'objet d'une consultation dédiée.

En 2007, *Bruke et all* (27) mettent l'accent sur le manque de temps, le processus de consentement vécu comme pénible, le manque d'habileté, de connaissance, et, la présence d'autres tâches prioritaires en consultation.

En 2015, *Woodbridge* (28) dans son étude confirme que l'abord des questions de sexualité n'est jamais aisé, et que cela nécessite des consultations dédiées.

Dans le baromètre santé (20), les médecins réfractaires au dépistage VIH déclarent « la prévention dans le champ de la sexualité n'est pas du tout du ressort des médecins généralistes. »

Il semble nécessaire pour améliorer le dépistage du VIH de mieux comprendre ses limites, par une étude qualitative en médecine générale.

Du point de vue des patients, les limites au dépistage sont le questionnement de leur sexualité (fidélité, mariage, pratiques), le coût du dépistage pour la société, la peur d'un résultat positif, le sentiment d'immunité par rapport à l'infection, et le portage asymptomatique (29). Néanmoins les patients préfèrent que le dépistage leur soit proposé par leur médecin généraliste lors d'une consultation dédiée (30) .

Ces freins sont à bien connaître pour mieux les appréhender en consultation de médecine générale.

Depuis janvier 2016 les tests de dépistage rapide à orientation diagnostic du VIH (TROD) sont autorisés en France en vente libre. Avant leur commercialisation, leur utilisation auprès des communautés à risque était en augmentation (11) en raison de la possibilité d'utilisation hors les murs. Les patients peuvent être acteurs de leur dépistage, cet élément est également à prendre en compte dans la prise en charge future. Il est à prévoir que les médecins généralistes seront confrontés à des patients ayant découvert seul leur séropositivité, et un accompagnement de qualité sera primordial.

CONCLUSION

Le dépistage ciblé est le mode de dépistage qui fait consensus en France auprès des médecins généralistes et des experts depuis 2013, basé sur l'identification de situations à risque. Ce mode de dépistage est le fruit d'une longue réflexion pour améliorer le repérage des personnes vivant avec le VIH sans le savoir, estimés à 30.000 en France, qui sont le réservoir de l'épidémie.

Cette étude descriptive par auto-questionnaire auprès de 196 médecins généralistes d'Île-de-France montre que les situations à risque incitant au dépistage VIH (en dehors des infections sexuellement transmissibles) sont encore insuffisamment identifiées par les médecins généralistes. En particulier, les infections évocatrices : zona (47%), herpès (37%), pneumopathie (16%) et la dermite séborrhéique (11%) sont les moins bien identifiées.

Améliorer la diffusion des recommandations d'experts et sensibiliser régulièrement les médecins généralistes au dépistage de l'infection VIH est indispensable pour améliorer les pratiques.

Dans l'avenir, l'analyse des freins à la prescription d'une sérologie de dépistage sera indispensable pour continuer à améliorer les pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fiche d'information 2016 | ONUSIDA [Internet]. [cité 6 août 2016]. Disponible sur: <http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
2. Maartens G, Celum C, Lewin SR. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. *The Lancet*. juill 2014;384(9939):258-71.
3. Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med* [Internet]. sept 2011 [cité 6 août 2016];1(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234451/>
4. Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
5. plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf [Internet]. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
6. team EC for DP and C (ECDC)-HCU-E editorial. Principles and uses of HIV incidence estimation from recent infection testing - a review [Internet]. 2008 [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18969>
7. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique du 1er avril 2016. / Actualités / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 6 août 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-1er-avril-2016>
8. Infection par le VIH/SIDA et les IST. Point épidémiologique du 23 novembre 2015. / Actualités / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 6 août 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>
9. Dépistage de l'infection VIH en France [Internet]. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf
10. PREVAGAY .pdf [Internet]. [cité 6 août 2016]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/presse/2009/communiques/resultats_enquete_prevagay_171109/resultats_prevagay.pdf
11. Dépistage de l'infection VIH en France, 2003-2013 [Internet]. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/pdf/2014_32-33.pdf
12. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en

matière de prévention. adsp. déc 2011;

13. DÉPISTAGE DU VIH ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) - 1323.pdf [Internet]. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
14. May M, Gompels M, Delpech V, Porter K, Post F, Johnson M, et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ*. 11 oct 2011;343(oct11 2):d6016-d6016.
15. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis*. 2013;13(1):200.
16. Delpierre C, Cuzin L, Lert F. Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. *BMJ*. 30 juin 2007;334(7608):1354-6.
17. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV Screening in France: Clinical Impact and Cost-Effectiveness. Braga EM, éditeur. *PLoS ONE*. 1 oct 2010;5(10):e13132.
18. Rayment M, Asboe D, Sullivan AK. HIV testing and management of newly diagnosed HIV. *BMJ*. 8 juill 2014;349(jul08 11):g4275-g4275.
19. Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté - Janvier 2012 [Internet]. [cité 7 août 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_vih_en_medecine_generale_multiplier_l/
20. Gautier A, Baclou-Debussche M, Baudier F, Beck F, Bourgueil Y, Buttet P, et al. Baromètre santé des médecins généralistes 2009. *Baromètre santé*. inpes. 2009;
21. Elmahdi R, Gerver SM, Gomez Guillen G, Fidler S, Cooke G, Ward H. Low levels of HIV test coverage in clinical settings in the UK: a systematic review of adherence to 2008 guidelines. *Sex Transm Infect*. mars 2014;90(2):119-24.
22. For the SENDIH Study Group, Scognamiglio P, Chiaradia G, De Carli G, Giuliani M, Mastroianni CM, et al. The potential impact of routine testing of individuals with HIV indicator diseases in order to prevent late HIV diagnosis. *BMC Infect Dis* [Internet]. déc 2013 [cité 27 juill 2016];13(1). Disponible sur: <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-13-473>
23. Joore IK, Arts DL, Kruijer MJ, Moll van Charante EP, Geerlings SE, Prins JM, et al. HIV indicator condition-guided testing to reduce the number of undiagnosed patients and prevent late presentation in a high-prevalence area: a case-control study in primary care. *Sex Transm Infect*. nov 2015;91(7):467-72.
24. Lascar M, Freer J, Phiri E. Tailoring HIV testing in a setting of late HIV diagnosis: is the tide turning? *Br J Hosp Med*. 2 oct 2015;76(10):592-5.
25. idf_2013.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf_2013.pdf

26. Rocchetti V, Viard JP. Family practitioners screening for HIV infection. *Médecine Mal Infect.* mai 2015;45(5):157-64.
27. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature: *AIDS.* juill 2007;21(12):1617-24.
28. Woodbridge MR, Dowell AC, Gray L. « He said he had been out doing the traffic »: general practitioner perceptions of sexually transmitted infection and HIV testing strategies for men. *J Prim Health Care.* mars 2015;7(1):50-6.
29. Fernandez-Gerlinger MP, Bernard E, Saint-Lary O. What do patients think about HIV mass screening in France? A qualitative study. *BMC Public Health [Internet].* déc 2013 [cité 24 juill 2016];13(1). Disponible sur: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-526>
30. Glew S, Pollard A, Hughes L, Llewellyn C. Public attitudes towards opt-out testing for HIV in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 1 févr 2014;64(619):e60-6.

Annexes

Annexe 1. Aide à la prescription de sérologie VIH de dépistage à l'usage de professionnel de santé, publié par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)



Annexe 2. Le Questionnaire

Dépistage du virus de l'immunodéficience humaine

Ce questionnaire est en rapport avec les modalités de dépistage de l'infection par le VIH en médecine générale.

Ce questionnaire est à choix unique merci de ne cocher qu'une seule réponse.

Les 4 premières questions vous concernent.

La 5^{ème} question concerne votre patientèle.

Les questions 6 à 23 concernent votre prescription de test VIH.

Question 1

Êtes-vous ?

- Un Homme
- Une femme

Question 2

Quel âge avez-vous ?

- Moins de 30ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- Plus de 60ans

Question 3

Où exercez-vous ?

- 75001 75002 75003 75004
- 75005 75006
- 75007
- 75008
- 75009 75010
- 75011
- 75012
- 75013
- 75014
- 75015
- 75016 75017
- 75018 75019 75020

- 92
- 93
- 94
- 95
- 91
- 77
- 78

Question 4

Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

- Moins de 5ans
- Entre 5 et 10ans
- Entre 10 et 15ans
- Entre 15 et 20ans
- Plus de 20ans

La question qui suit concerne votre patientèle :

Question 5

Combien de patients VIH prenez-vous en charge ?

- Aucun
- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20

Les questions qui vont suivre concernent votre prescription de Test VIH :

Question 6

Au cours du dernier mois combien de test VIH avez-vous prescrit ?

- Aucun
- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

Question 7

Sur l'année 2014 combien de test VIH avez-vous prescrit ?

- Aucun
- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 15

- Entre 15 et 20
- Plus de 20

Question 8

En 2014 les tests VIH que vous avez prescrits concernent t ils majoritairement ?

- Des patients de moins de 20 ans
- Entre 20 et 30ans
- Entre 30 et 40ans
- Entre 40 et 50ans
- Plus de 50ans

Question 9

Sur l'année 2014 combien de test VIH sont revenus positifs ?

- Aucun
- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

Question 10

Proposez-vous un test VIH en cas de consultation pour une autre infection sexuellement transmissible ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 11

Proposez-vous un test VIH en cas de changement de vie affective de vos patients (divorce, séparation) ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 12

Proposez-vous un test VIH à vos patients originaires des DOM TOM ou d'Afrique subsaharienne et du Maghreb ?

- Oui à chaque nouveau patient
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 13

Proposez-vous un test de dépistage VIH aux jeunes et aux adultes sexuellement actif (plus

de 1 partenaire par an) ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 14

Proposez-vous un test VIH aux jeunes filles consultant pour une première prescription de contraception ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 15

Proposez-vous un test VIH aux patientes ayant un projet de grossesse ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 16

Proposez-vous un test VIH aux patients usagers de drogues par intraveineuse ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 17

Pensez-vous qu'il faut proposer un test VIH à des personnes vivant en situation de précarité ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Certainement pas

Question 18

Proposez-vous un test VIH à vos patients homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 19

Proposez un test VIH aux patients consultant pour un zona ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 20

Proposez-vous un test VIH aux patients jeunes consultant pour une pneumopathie (hors mucoviscidose, BPCO, Asthme) ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 21

Proposez-vous un test VIH aux patients consultant pour une dermite séborrhéique ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 22

Proposez-vous un test VIH aux patients consultants pour un herpès récidivant ?

- Oui à chaque fois
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Jamais

Question 23

Lors de la dernière année quelle est le pourcentage de tests que vous avez prescrit suite à la demande du patient par rapport à votre demande ?

(Sur la dernière année combien de test ont été effectués à la suite d'une demande de patient, par rapport aux tests que vous avez jugés bon de prescrire sur des arguments cliniques ?)

- 100% des tests prescrits à la demande du patient
- Entre 100% et 75% de tests prescrits à la demande du patient
- Entre 75% et 50% de tests prescrits à la demande du patient
- Entre 50% et 25% de tests prescrits à la demande du patient
- Moins de 25% de tests prescrits à la demande du patient

RÉSUMÉ

Introduction : Environ 30.000 personnes vivent avec le VIH en France sans le savoir. Après une politique de dépistage de masse, les recommandations d'experts et le CNGE préconisent un dépistage ciblé sur les populations à risque. Cette étude a pour objectif d'évaluer les pratiques de dépistage des médecins généralistes afin de vérifier leur adhésion à ces recommandations.

Matériels et Méthodes : Entre le 3 janvier et le 2 avril 2016, des questionnaires ont été distribués par mail à un échantillon de médecins généralistes installés en Île-de-France après accord téléphonique. Parallèlement, d'autres questionnaires ont été distribués lors d'un congrès de médecine générale. L'ensemble des données a été saisi dans Excel puis une analyse statistique a été effectuée via Python.

Résultats : Ont été inclus 196 médecins généralistes, dont 42% prescrivaient moins de 20 sérologies VIH par an. Les sérologies étaient majoritairement prescrites à leur initiative (53%). Les situations à risques identifiées par les recommandations n'étaient que partiellement identifiées : IST (100%), UDI (98%), HSH (88%), partenaires multiples (87%), précarité (82%), grossesse (80%), origine (68%), changement de vie affective (65%), contraception (54%), zona (47%), herpès (37%), pneumopathie (16%) et dermite séborrhéique (11%). Seulement 12% des médecins (n=24) s'évaluaient dépister dans plus de 7 situations. Seul le sexe féminin était associé aux « bons dépisteurs ».

Conclusion : La France a opté pour une politique de dépistage VIH ciblé, mais les médecins généralistes identifient encore trop peu les situations à risque. Il est important de mieux diffuser les recommandations.

Mots Clefs : dépistage, VIH, Médecine générale, Île-de-France, recommandations

Evaluation of General Practitioner screening for HIV in Île-de-France, according to the recommendations of French experts.

Introduction: About 30,000 people live with HIV in France without knowing it. After a mass screening policy, the recommendations of experts and the CNGE advocates targeted screening of high-risk populations. This study aims to assess the screening practices of GPs in order to verify their adhesion to the recommendations.

Materials and Methods: Between January 3rd and April 2nd 2016, questionnaires were distributed by mail to a sample of GPs practicing in Île-de-France after telephonic agreement thereto. Meanwhile, other questionnaires were distributed to GPs during a general medical congress. All data were entered into Excel and statistical analysis was performed via Python.

Result: Were included in the study 196 general practitioners, 42% of the GPs prescribed less than 20 HIV tests per year. Serological tests were mainly prescribed pursuant to the initiative of GPs (53%). Only part of the risk situations identified by the recommendations resulted in testing: STI (100%), IDU (98%), MSM (88%), multiple partners (87%), insecurity (82%), pregnancy (80%), origin (68%), change of emotional life (65%), contraception (54%), herpes zoster (47%), herpes (37%), pneumonia (16%) and seborrheic dermatitis (11%). Only 12% of physicians (n=24) performed screening in more than 7 risk situations. Only the female sex was associated with "good" screener.

Conclusion: France has chosen targeted HIV testing policy, but GPs still identify too little risk situations. We must improve the implementation of the recommendations.

Keys words: screening, HIV, general practitioner, France, recommendations.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06