



HAL
open science

Raisons pour lesquelles les patients, ayant un médecin traitant, consultent au CDAG de Bordeaux pour le dépistage du VIH

Karine Nivard-Duguet

► **To cite this version:**

Karine Nivard-Duguet. Raisons pour lesquelles les patients, ayant un médecin traitant, consultent au CDAG de Bordeaux pour le dépistage du VIH. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01664443

HAL Id: dumas-01664443

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664443>

Submitted on 14 Dec 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 106

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 03/10/2017

Par **Karine NIVARD DUGUET**

Née le 28 octobre 1987 à Talence

**Raisons pour lesquelles les patients, ayant un médecin
traitant, consultent au CDAG de Bordeaux pour le
dépistage du VIH.**

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Jury :

Monsieur le Professeur BONNET Fabrice, Président du jury

Monsieur le Professeur CAZANAVE Charles, Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe, Directeur de thèse

Monsieur le Professeur CASTERA Philippe, Membre du jury

Madame le Docteur LEHEN Isabelle, Membre du jury

Remerciements

Au Professeur Bonnet Fabrice (Professeur des Universités, Praticien Hospitalier et Chef de service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses au CHU de Bordeaux), pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse.

Au Professeur Cazanave Charles (Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au service des Maladies Infectieuses du CHU de Bordeaux), pour l'honneur que vous m'avez fait d'être le rapporteur de ma thèse ainsi que d'être membre de mon jury.

Au Professeur Castera Philippe (Professeur associé, Enseignant du Département de Médecine Générale de Bordeaux), pour l'honneur que vous me faites d'être membre de mon jury.

Au Docteur Le Hen Isabelle (Médecin en charge de la coordination du CeGIDD de Bordeaux) pour l'honneur que tu me fais d'être membre de mon jury.

Au Professeur Joseph Jean-Philippe (Professeur, Directeur et Coordonnateur du DES de Médecine Générale à Bordeaux), d'avoir accepté de diriger ma thèse, et merci pour vos conseils pertinents, vos relectures multiples, votre investissement, votre motivation sans faille, et surtout votre grande disponibilité à toutes heures du jour et de la nuit ! Merci pour tout.

Aux Professeur Gin, Drs Neuffer Herman, Aguedo Mélanie, Montariol Yves, Gellie Patrick, Viaud Brigitte, Duboze Muriel, Marcotte Anne-Charlotte de m'avoir accueillie en tant qu'interne dans vos cabinets/services, et de m'avoir appris le métier de médecin généraliste.

A l'ensemble du DMG de Bordeaux pour leur soutien dans la préparation de cette thèse.

Aux Drs Le Hen Isabelle et Elia Sandrine, médecins du CDAG de Bordeaux, pour votre implication dans ma thèse, vos conseils, votre aide et pour le lien que vous avez fait avec vos équipes. Merci à l'ensemble de l'équipe du CDAG de Bordeaux.

A ma copine Emmanuelle : merci pour ton soutien et ta rigueur pendant toutes ces années d'études.

A ma copine Fédora pour son soutien durant l'internat.

A mes copains Bastien, JC, Xavier, Mathieu, Astrid, Mathilde, Marie, Anne, Clément, Nelson et Anne-Charlotte, Caroline, Maylis et Léa d'être présents au quotidien.

A mes frères adorés David et Thomas pour leur soutien et leur optimisme, et à Emmanuel et Charlotte.

A grand-père, grand-mère, papy Henri, mamy Flora, Michou et Claude-Jean.

A toute ma belle-famille qui a su m'accueillir à bras ouverts.

A mes parents Pascal et Fabienne pour tout ce qu'ils ont fait pour moi et la chance qu'ils m'ont donnée de faire ses longues études.

A mes enfants Arsène, Léon et Olympe pour l'amour qu'il m'apporte tous les jours.

A mon mari Thomas pour son aide dans la saisie des données de ma thèse, pour son soutien sans faille mais surtout pour tout le bonheur qu'il m'apporte au quotidien.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	3
Table des illustrations	5
Abréviations	6
I. Introduction	7
II. Matériels et Méthodes	17
1. Schéma d'étude	17
2. Objectif principal et objectifs secondaires	17
3. Critère de jugement principal	17
4. Population d'étude	17
5. Lieu et période de l'intervention	18
6. Auto-questionnaire anonyme	18
7. Recueil des données	20
8. Analyse des données	20
9. Ethique	21
III. Résultats	22
<u>1. Diagramme d'inclusion</u>	22
<u>2. Caractéristiques des patients ayant un médecin traitant</u>	22
a) Caractéristiques socio-démographiques	22
b) Couverture sociale	24
c) Orientation sexuelle et particularités du partenaire.....	25
d) Raisons de faire le test VIH	25
e) Connaissances du lieu du CDAG de Bordeaux	26
f) Concernant le médecin traitant	27
g) Sexualité et médecin traitant	28
h) Raisons de venue au CDAG	28
<u>3. Analyse des patients n'ayant pas de médecin traitant</u>	30
a) Caractéristiques socio-démographiques	30
b) Sexualité	31
c) Raisons de venue au CDAG	31
d) Comparaison avec la population d'étude ayant un médecin traitant	32
<u>4. Analyse des non-répondants</u>	33
<u>5. Analyse de la population homosexuelle ayant un médecin traitant</u>	34
<u>6. Question : « Avez-vous déjà abordé avec votre MT votre sexualité ? »</u>	36
<u>7. Question chez les patients dont la sexualité n'a pas été abordée avec le MT : « Aimeriez-vous que votre MT aborde la sexualité ? »</u>	38

8. Résultats du dépistage	39
IV. Discussion	40
1. Forces de notre étude.....	40
2. Limites de notre étude	40
3. Comparaison aux données épidémiologiques	41
4. Reprise des principaux résultats et comparaison aux données de la littérature	42
5. Ce qui a changé depuis 2015	45
a) CeGIDD	45
b) Dépistage	46
c) Prophylaxie Pré Exposition	47
6. Comment aborder la sexualité en médecine générale ?	48
V. Conclusion	52
Références	53
Annexes	57
Annexe 1. Questionnaire officiel du CDAG	57
Annexe 2. Auto-questionnaire de notre étude	60
Annexe 3. Note explicative pour le personnel du CDAG	61
Annexe 4. Poster pour les JNI 2017	62
Serment d'Hippocrate	63

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude

Tableau 2. Orientation sexuelle et particularités du partenaire.

Tableau 3. Connaissance CDAG

Tableau 4. Caractéristiques relation avec le MT

Tableau 5. Nombre de patients en fonction des réponses de 0 (pas du tout la raison) à 3 (tout à fait la venue) pour leur motif de venue au CDAG

Tableau 6. Comparaison des patients avec médecin traitant (OUI) et des patients sans médecin traitant (NON).

Tableau 7. Différences significatives des caractéristiques du médecin traitant entre les patients homosexuels et les patients hétérosexuels

Tableau 8. Caractéristiques du médecin traitant entre les patients ayant abordé la sexualité avec leur MT (OUI) et ceux ne l'ayant pas abordée (NON)

Tableau 9. Différences significatives entre les patients souhaitant que le médecin traitant aborde la sexualité et ceux ne le souhaitant pas

Liste des figures

Figure 1. Diagramme d'inclusion

Figure 2. Tranches d'âges des patients ayant un médecin traitant

Figure 3. Orientation sexuelle des patients ayant un médecin traitant

Figure 4. Nombre de patients en fonction du motif du test VIH.

Figure 5. Réponse à la question « Votre MT vous a-t-il déjà prescrit un test VIH ? »

Figure 6. Nombre de patients en fonction des raisons de venue au CDAG en regroupant les réponses « beaucoup » et « tout à fait »

Figure 7. Nombre de patients sans MT en fonction des raisons de venue au CDAG en regroupant les réponses « beaucoup » et « tout à fait »

ABREVIATIONS.

AME : Aide Médicale d'Etat

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

ARS : Agence Régionale de Santé

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic, de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usagers de Drogues par Injection

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION.

Le VIH, problème majeur de santé publique.

Le VIH, Virus de l'Immunodéficience Humaine, représente un problème de santé publique dans le monde, y compris en France. La France dispose actuellement d'un bon dispositif de collecte et d'interprétation des données épidémiologiques pour décrire les personnes vivant avec le VIH et la progression de leur maladie, avec un rôle complémentaire des données de la surveillance, des études transversales et de cohorte, telle que PREVACAR ou VESPA2 et des cohortes ANRS.

En 2009, dans le cadre de l'Action coordonnée 23 de l'ANRS, deux méthodes de calcul de l'incidence à partir de la déclaration obligatoire de séropositivité ont fourni des estimations en France. Sur la période 2004-2007, l'estimation du taux d'incidence est de 17 à 19 p. 100 000 par an (1).

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2010 en France était estimé à 149 900. Parmi elles, 111 500 étaient connues et prises en charge, 9 600 étaient diagnostiquées mais non prises en charge et 28 800 ignoraient leur statut. Le nombre de nouveaux diagnostics actuels est insuffisant à faire diminuer la taille de la population qui ignore son statut vis-à-vis de l'infection par le VIH (2).

En 2011, en Métropole, la population vivant avec le VIH se répartit en 39 % de HSH, 11 % d'UDI (7 % d'hommes et 4 % de femmes), 24 % de personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne (8 % d'hommes et 16 % de femmes) et 26 % d'autres patients (13 % d'hommes et 13 % de femmes), catégorie constituée en grande majorité de personnes infectées par rapports hétérosexuels (79 %). L'âge médian en 2011 est de 48 ans au niveau global (2).

Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH est estimé à près de 6 600 en 2014. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 42% et 39% des découvertes en 2014 (3).

Si les progrès thérapeutiques ont permis de contrôler la maladie, de la considérer comme une maladie chronique et d'améliorer l'espérance de vie, le VIH reste toujours actif en France (4). Plusieurs raisons expliquent le nombre élevé de nouvelles contaminations, et notamment des comportements de prévention loin d'être optimaux. La phase asymptomatique de la maladie étant très longue, de l'ordre de 10 ans, les personnes dont l'infection par le VIH n'est pas diagnostiquée seraient à l'origine de plus de la moitié de ces nouvelles contaminations (2). Or, malgré de nombreux efforts de prévention et de promotion du dépistage, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité ne se réduit pas.

Enjeu du dépistage précoce du VIH.

Bien que l'activité de dépistage soit particulièrement importante à l'échelle nationale, il persiste un retard au dépistage de l'infection par le VIH, qui concerne plus particulièrement certains groupes de populations ou individus (5). En France, 15 000 à 30 000 personnes seraient infectées par le VIH mais non diagnostiquées. De plus, la moitié des diagnostics d'infection par le VIH sont faits à un stade tardif, à moins de 350 CD4 par mm³ (6).

Alors que les bénéfices individuels du dépistage de l'infection par le VIH ont longtemps été limités en l'absence d'interventions efficaces, l'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques ou prophylactiques a renforcé l'intérêt d'un diagnostic précoce de l'infection par le VIH au niveau individuel comme au niveau collectif. Le dépistage peut ainsi permettre l'instauration précoce d'un traitement antirétroviral dont l'efficacité sur la réduction de la morbidité et de la mortalité a été démontrée. Le dépistage pourrait réduire les taux de transmission de l'infection par le VIH directement par une diminution des pratiques à risque et indirectement par l'identification de personnes infectées supplémentaires remplissant les critères de mise sous multithérapie antirétrovirale.

C'est dans ce contexte que le Plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 a recommandé de renforcer les stratégies de dépistage (4).

Stratégie de dépistage selon les recommandations de la HAS 2009 (5).

Dans l'objectif d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard au dépistage, la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. Parallèlement à cette stratégie de proposition du test de dépistage à l'ensemble de la population, une offre systématique de dépistage ciblé et régulier en fonction des populations et des circonstances doit être développée et inscrite dans la durée.

Certaines populations doivent se voir offrir selon une fréquence régulière un test de dépistage du VIH :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (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 usagers de drogues injectables (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.

Des rythmes de dépistage ont été définis à partir des résultats d'une modélisation ou de leur transposition pour les populations cibles suivantes : tous les ans chez les HSH multipartenaires ; tous les ans chez les UDI ; tous les ans chez les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. En dehors de ces trois cas, le groupe de travail ne peut formuler de recommandations plus précises sur les rythmes de dépistage

Selon les circonstances, un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières : suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C, suspicion ou diagnostic de tuberculose, projet de grossesse, interruption volontaire de grossesse (IVG), première prescription d'une contraception, viol, et en cours d'incarcération.

Le Plan national de lutte contre le VIH 2010-2014 (7) voulait faire évoluer le dispositif de dépistage anonyme et gratuit. Il souhaitait notamment réorganiser le dispositif CDAG/CIDDIST, expérimenter des centres de santé sexuelle, améliorer l'accueil des populations homo-bisexuelles dans les centres de dépistage, développer des propositions diversifiées de tests VIH et autres IST aux migrants.

Ce qui ressort de l'analyse de ce Plan national (4) est que le nombre de tests réalisés, même s'il a augmenté après la publication en 2011 des recommandations nationales de dépistage, est resté stable depuis cette date. Le nombre de tests positifs en 2013 est de 11 000, en augmentation de 7% depuis 2011, permettant de penser que les propositions de dépistage seraient mieux ciblées, notamment grâce aux actions communautaires par TROD.

Test de dépistage du VIH.

Le test sanguin de dépistage du VIH est disponible depuis 1985. Il n'existait pas alors de traitements antirétroviraux, son intérêt était essentiellement de sécuriser les dons du sang, d'organes, de tissus, de cellules, de gamètes. Avec l'apparition des traitements, l'intérêt du dépistage est devenu fondamental au niveau individuel (5). L'activité de dépistage est particulièrement importante à l'échelle nationale (en 2014, 5,3 millions de sérologies VIH ont été réalisées).

Le nombre de TROD réalisés par les associations de santé communautaire, depuis la fin de l'année 2011, reste marginal par rapport à l'activité globale de dépistage (61 600 en 2014). Néanmoins, cette offre de dépistage est un élément important permettant de disposer d'outils et de lieux de dépistage diversifiés (3).

Le diagnostic biologique de l'infection par le VIH repose sur une stratégie en deux temps : analyse de dépistage puis analyse de confirmation. Une analyse de dépistage positive doit toujours être complétée par une analyse de confirmation sur le même prélèvement. L'infection par le VIH n'est établie que lorsque le résultat de l'analyse de confirmation est positif et que des résultats concordants sont obtenus sur deux prélèvements distincts (5). Les principes du dépistage sont le respect de la confidentialité, le consentement éclairé, la gratuité du test.

Lieux de dépistage du VIH.

En France, on peut se faire dépister :

- à l'hôpital,
- en médecine de ville par le biais de son médecin traitant ou directement au laboratoire d'analyses médicales (avec ou sans prescription médicale, à condition que le patient soit reçu par le biologiste en cas de positivité du test et orienté vers son médecin traitant),
- en centre de dépistage anonyme et gratuit

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.

En 2013, l'activité de dépistage VIH est essentiellement réalisée par les laboratoires d'analyses médicales en ville ; 5,2 millions de tests y ont été effectués. Les CDAG en ont fait 344 000 et le recours aux TROD est estimé à 56 500 tests (4).

La proportion de tests positifs est plus élevée en CDAG que dans les autres lieux de dépistage, respectivement de 3,6 pour 1 000 et de 2,1 pour 1 000 (4). Par rapport à l'ensemble du dispositif de dépistage, les CDAG ont la particularité de dépister un public plus jeune et plus à risque (8).

Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Les CDAG ont été créés en 1988 pour favoriser le dépistage du VIH sans risque de stigmatisation. Financés par l'Assurance maladie et habilités par les ARS, ils avaient pour mission initiale le dépistage du VIH, secondairement élargi au VHB et au VHC. Leurs fonctions comprennent en outre : accueil, information, évaluation des facteurs d'exposition, conseil personnalisé, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale en cas de besoin (9).

Les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) ont succédé, en 2004, aux dispensaires antivénéériens (DAV). Ils sont chargés de réaliser le diagnostic et le dépistage anonyme de toutes les IST.

En 2011, on dénombrait 368 sites CDAG et/ou CIDDIST, soit :

- 249 sites CDAG/ CIDDIST pratiquant à la fois l'activité CDAG et CIDDIST sur le même lieu dont 144 en milieu hospitalier
- 95 sites CDAG uniquement dont 76 en milieu hospitalier
- 24 sites uniquement CIDDIST dont 17 en milieu hospitalier

La HAS considère que les CDAG et CIDDIST doivent continuer à occuper une place importante dans le cadre de la démarche volontaire de dépistage. La nécessaire rénovation du rôle de ces structures passe par leur fusion sur le plan organisationnel, le respect de leur cahier des charges et le renforcement de leurs moyens (5).

Concernant le CDAG de Bordeaux, au premier trimestre 2015 (janvier-mars), le nombre de personnes venues pour information ou dépistage est de 2320 : parmi elles, 1984 ont été testées pour le VIH, dont 4 ont été positives (3 patients connus, 1 patient nouvellement diagnostiqué, et 0 nouvellement infecté) (10).

Médecins généralistes, relais principaux dans le dépistage du VIH.

Les médecins généralistes doivent être les relais principaux de la stratégie de proposition du test de dépistage VIH à l'ensemble de la population, et du dépistage ciblé des autres IST (5).

Selon l'OMS, le médecin généraliste doit promouvoir et préserver la santé sexuelle et reproductive de ses patients. La santé sexuelle, telle que définie par l'OMS en 2002, est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou de handicap. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence (11). Aborder la sexualité lors d'une consultation fait partie intégrante de la compétence de prise en charge du MG.

Le nombre moyen de sérologies VIH par médecin généraliste et par mois est de 6 : depuis de nombreuses années, les MG privilégient les tests à la demande des patients plutôt qu'en fonction des risques (12).

Pour pallier les difficultés ressenties par les médecins, des stratégies de communication fondées sur des questions standardisées ont été développées, mais la santé sexuelle reste insuffisamment prise en charge en soins primaires.

Les MG se sentent souvent en difficulté lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité lors d'une consultation. Les principaux freins sont le manque de temps, de formation et la gêne. Les médecins considèrent certains thèmes plus faciles à aborder que d'autres ; il s'agit des risques cardio-vasculaires (96,1%) et des dépistages des cancers (95,5%). Par contre les thèmes jugés les moins faciles à évoquer sont la consommation d'alcool (60,4%), la vie affective et sexuelle (58,7%) et l'usage de drogues (57,0%) (12).

Plusieurs pistes d'évolution ont été envisagées afin de renforcer encore le rôle des médecins généralistes notamment le développement de l'utilisation des TROD en cabinets de médecine générale, afin de faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque et d'améliorer l'accès aux résultats du dépistage.

Une étude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012 (13) montre que des médecins généralistes motivés peuvent proposer plus souvent un dépistage conjoint VIH/VHB/VHC que dans leur pratique courante s'ils ont été sensibilisés à cette pratique et si celle-ci se déroule sur une courte période.

D'après une étude sur les médecins généralistes face au dépistage du VIH réalisée en 2009, sur un sous-échantillon de 1025 médecins (14), plus de neuf médecins sur dix (93,9 %) ont déclaré avoir prescrit au moins un test de dépistage du VIH dans le mois qui a précédé l'enquête. À la question « *La dernière fois que vous avez prescrit un test de dépistage VIH, cela s'est fait à la demande du patient, sur votre initiative ou dans le cadre d'un protocole de dépistage ?* », 58,2 % des médecins interrogés déclarent que c'était à la demande du patient, 34,0 % à leur initiative et 7,0 % dans le cadre d'un protocole de dépistage (grossesse par exemple).

Les médecins généralistes interrogés se répartissent en quatre classes dont l'ensemble des caractéristiques permettent de définir, tout d'abord, le groupe majoritaire des « *modérément actifs en prévention* » (45,4 % de l'échantillon), un groupe de « *réfractaires à la prévention en médecine générale* » (22,9 %), ces derniers s'opposant aux « *“champions” de la prévention* » (18,0 %), tandis qu'une petite minorité d'entre eux peuvent être qualifiés de « *méfiant vis-à-vis de l'utilisation du test rapide* » (13,7 %).

Du côté des patients.

Les adultes et les adolescents considèrent les prestataires de soins de santé comme une source fiable d'informations sanitaires et sont souvent disposés à discuter des questions de sexualité avec eux. Néanmoins, les professionnels n'abordent généralement pas de leur propre initiative les problèmes de santé et de bien-être sexuels. Ce sont souvent les patients eux-mêmes qui doivent le faire, même lorsque cela les gêne (15). Seulement 10 à 20 % des hommes souffrant de dysfonction érectile évoquent leur problème sexuel avec un médecin (12). Une étude suisse de 2011 a montré que 90 % des hommes interrogés souhaitaient que leur MG les interroge davantage sur leur sexualité (16).

Chaque Français consulte en moyenne près de 4 fois par an un médecin généraliste. En 2010, 84 % de la population française vit dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste libéral (17). Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, chaque consultation chez son médecin traitant bénéficie d'un taux de remboursement de 70 % du tarif conventionnel. Dans certaines situations (par exemple : affection de longue durée, grossesse de plus de six mois, ou bénéficiaire de la CMU complémentaire), la consultation peut être prise en charge à 100 % (18). Pour une consultation chez un médecin généraliste en secteur 1 à 23 euros, le remboursement est de 15.10 euros : si le patient a une mutuelle, il est entièrement remboursé.

Question de recherche.

Du côté des médecins traitants comme des patients, il semble que le sujet de la sexualité soit peu abordé en consultation. Nous évoquons plusieurs hypothèses pour justifier les consultations en CDAG aux dépens de celles réalisées en ville chez le médecin généraliste. En premier lieu, l'inquiétude face à la confidentialité et l'impossibilité d'avance des frais avantagent les CDAG. Mais aussi, nous avançons l'idée d'une compétence plus spécifique en CDAG, de la proximité, du fonctionnement sans rendez-vous, du regroupement des lieux de consultation et de prélèvement, de l'ignorance de la possibilité de réaliser un dépistage via son médecin traitant et de la crainte d'aborder ce sujet avec lui. Enfin, la population consultant en CDAG est éventuellement différente et certains patients n'ont peut-être pas de médecin traitant.

L'objectif principal de cette étude est donc d'explorer les motivations de consultation au CDAG pour le dépistage du VIH chez des patients ayant un médecin traitant, et de voir si l'anonymat et la gratuité sont les principales motivations des patients.

En résumé :

Aujourd'hui, le VIH reste très actif en France. Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH en France est estimé à près de 6 600 en 2014. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 42% et 39% des découvertes en 2014. Le Plan de lutte national contre le VIH 2010-2014 a recommandé de renforcer les stratégies de dépistage.

Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été créés en 1988 pour favoriser le dépistage du VIH sans risque de stigmatisation. La proportion de tests positifs est plus élevée en CDAG que dans les autres lieux de dépistage, respectivement de 3,6 pour 1 000 et de 2,1 pour 1 000. Par rapport à l'ensemble du dispositif de dépistage, les CDAG ont la particularité de dépister un public plus jeune et plus à risque.

Les médecins généralistes doivent être les relais principaux de la stratégie de proposition du test de dépistage VIH à l'ensemble de la population, et du dépistage ciblé des autres IST, selon les recommandations HAS 2009.

Un certain nombre de patients consultent en CDAG pour un dépistage du VIH alors qu'ils ont un médecin traitant. Plusieurs hypothèses sont rapportées pour justifier les consultations au CDAG aux dépens du dépistage gratuit réalisé par le médecin traitant, avec en premier lieu l'inquiétude face à la confidentialité, l'impossibilité d'avance des frais, la proximité, l'idée d'une compétence plus spécifique de la part du CDAG, l'ignorance de la possibilité de réaliser un dépistage via son médecin traitant, le refus d'en parler à son médecin traitant ou encore des spécificités de la population consultant au CDAG (population sans médecin traitant).

Il existe peu d'études ayant interrogé les patients sur les raisons les amenant à se faire dépister au CDAG.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les motivations de consultation au CDAG pour le dépistage du VIH chez des patients ayant un médecin traitant, et de voir si l'anonymat et la gratuité sont les principales motivations des patients.

II. MATERIELS ET METHODES.

1. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

2. Objectif principal et secondaire

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les motivations de consultation au CDAG pour le dépistage du VIH chez des patients ayant un médecin traitant, et de voir si l'anonymat et la gratuité sont les principales motivations des patients.

Les objectifs secondaires sont de décrire la population du CDAG de Bordeaux, et d'analyser l'abord de la sexualité avec le MT.

3. Critère de jugement principal.

Le critère de jugement principal est l'importance de la raison de venue au CDAG pour le dépistage du VIH, de 0 (pas du tout la raison) à 3 (tout à fait la raison), pour toutes les hypothèses testées.

4. Population d'étude

Nous avons inclus tous les patients consultant au CDAG de Bordeaux pour le dépistage du VIH.

Les critères d'exclusion étaient donc les patients venant chercher les résultats et ceux qui présentaient des symptômes puisqu'ils étaient pris en charge dans la filière CIDDIST.

5. Lieu et période de l'intervention

Nous avons réalisé une étude monocentrique au CDAG de Bordeaux, du 30 mars 2015 au 5 juin 2015. Nous avons choisi cette période en calculant le nombre de jours nécessaires pour obtenir 1000 questionnaires. Les données du CDAG de Bordeaux montraient qu'en moyenne il y a 50 patients par jour, dont la moitié consulte pour un dépistage, soit 25 patients par jour potentiellement à inclure ; et pour obtenir 1000 questionnaires, il faudrait donc une quarantaine de jours.

6. Auto-questionnaire anonyme.

Elaboration du questionnaire.

Les auto-questionnaires ont été élaborés en collaboration avec le médecin coordonnateur du CDAG de Bordeaux et un médecin épidémiologiste du CDAG de Bordeaux (annexe 2).

Il est composé de :

- dix questions fermées avec choix unique ou multiple, permettant de recueillir des données socio-démographiques, les caractéristiques du médecin traitant, et les éléments sur l'abord de la sexualité avec le médecin traitant
- un tableau détaillant les différentes raisons de venue au CDAG avec un choix entre 0 (pas du tout la raison de la venue) et 3 (tout à fait la raison de la venue). Nous avons choisi de pondérer les réponses de 0 à 3 pour essayer de hiérarchiser les raisons de venue, plutôt qu'une réponse binaire en 0 ou 1.

La sélection de l'échantillon d'intérêt s'est faite par l'intermédiaire de la question « avez-vous un médecin de famille ? ».

Nous avons finalisé les questionnaires après une phase test : les auto-questionnaires ont été distribués au CDAG de Bordeaux pendant une semaine du 12 au 16 janvier 2015. Cette période test a permis de vérifier la bonne compréhension du questionnaire par les patients.

Durant cette phase, une case « autres », où les patients pouvaient mettre d'autres raisons que celles proposées, avait été mise à la fin du questionnaire pour permettre de repérer éventuellement d'autres motivations de venue non citées.

Explication du fonctionnement habituel du CDAG de Bordeaux.

Les patients à leur arrivée au CDAG prennent un ticket « dépistage » ou « résultat ». Dans le cas du dépistage, ils rencontrent d'abord la conseillère conjugale qui leur remet le questionnaire du CDAG.

Les patients retournent en salle d'attente où ils remplissent le questionnaire (annexe 1), puis sont appelés par le médecin qui prescrit les examens nécessaires. Ils retournent de nouveau en salle d'attente avant d'être vus par l'infirmière pour la prise de sang, qui leur remet un numéro d'anonymat.

Une semaine plus tard, ils reviennent voir le médecin (ticket « résultat ») pour la remise des résultats, avec le numéro d'anonymat qui permet de ressortir le dossier papier.

Puis les dossiers papier (questionnaire, ordonnance et résultat) sont donnés aux secrétaires pour la saisie informatique de certaines données, à visée statistique interne au CDAG de Bordeaux.

Quand les dossiers ont été traités dans un délai de 2 mois environ, ils sont rangés aux archives.

Distribution définitive des auto-questionnaires fermés anonymes.

L'auto-questionnaire a été donné, par la conseillère conjugale lors de l'entretien initial, en complément du questionnaire anonyme habituellement rempli.

Puis lors de leur passage en salle d'attente, les patients ont rempli le questionnaire simultanément au questionnaire officiel.

Ils voyaient ensuite le médecin, selon le parcours classique, qui intégrait l'auto-questionnaire dans le dossier, puis les patients allaient en zone de prélèvement sanguin.

Les auto-questionnaires ont été triés par l'infirmière en zone de prélèvement et mis dans une chemise en plastique dédiée.

L'ensemble des informations a été chaîné grâce à un numéro d'anonymat. En effet, une étiquette d'anonymat correspondant au dossier a été collée sur l'auto-questionnaire, en zone de prélèvement, afin que nous puissions retrouver le dossier officiel du CDAG de chaque patient.

Informations complémentaires.

La coordinatrice du CDAG a fait passer, en amont, par email une note d'information à l'ensemble des professionnels du CDAG pour les avertir de ce projet, et leur indiquer les modalités de remise et de recueil du questionnaire.

Sur la pochette destinée au recueil des tous les auto-questionnaires, nous avons rajouté une note explicative (annexe 3) : il était indiqué que tous les questionnaires devaient être récupérés, qu'ils soient remplis ou non.

S'ils n'avaient pas été remplis, l'infirmière devait préciser sur le questionnaire « Refus » ou « Impossibilité de répondre » (troubles cognitifs, barrière de la langue, patients ayant des difficultés pour lire ou écrire). Cela permettrait d'analyser le profil des patients qui n'ont pas souhaité répondre aux questionnaires.

Les patients ayant déjà répondu aux questionnaires ne le remplissent pas de nouveau (information qui passait par la conseillère conjugale), mais on le récupère quand même en marquant la raison.

7. Recueil des données

Une fois que les secrétaires du CDAG ont eu fini de saisir les données du questionnaire habituel, nous avons pu les consulter aux archives du CDAG, et rentrer les données sur informatique.

8. Analyse des données

Nous avons réalisé un masque de saisie ainsi que le codage des données à l'aide d'Excel 2013. Une fois le recueil effectué, les données des auto-questionnaires manuscrits ont été rentrées sur le logiciel, puis celles du CDAG. Nous avons fait concorder les 2 fichiers par les numéros d'anonymat.

Les statistiques ont été effectués avec le programme "R". Les tests ont été faits via Fisher et χ^2 sur tableau de contingence et via test de Wilcoxon Mann Witney, respectivement pour comparer deux variables qualitatives et deux échantillons d'une variable quantitative.

La différence entre deux groupes était considérée comme significative si $p < 0,05$.

9. Ethique

Les questionnaires officiels ainsi que les auto-questionnaires étaient sous couvert d'anonymat. Nous n'avons pas fait de demande à la CNIL.

La structure du CDAG n'a pas non plus fait de déclaration à la CNIL car les données restent internes et anonymes.

En résumé :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

Nous avons élaboré, après une phase de test, un auto-questionnaire anonyme composé de dix questions fermées avec différentes propositions, et d'un tableau détaillant les différentes raisons de venue au CDAG avec un choix entre 0 (pas du tout la raison de la venue) et 3 (tout à fait la raison de la venue). Nous avons choisi de pondérer les réponses de 0 à 3 pour essayer de hiérarchiser les raisons de venue. La sélection de l'échantillon se faisait par la question « Avez-vous un médecin traitant ? ».

Ces auto-questionnaires ont été distribués au CDAG de Bordeaux du 30 mars au 5 juin 2015, dans le but d'en recueillir 1000. Nous avons inclus tous les patients consultant pour un dépistage du VIH.

Les auto-questionnaires ont été donnés par la conseillère conjugale lors de l'entretien initial, et étaient remplis simultanément au questionnaire officiel en salle d'attente.

Tous les questionnaires ont été récupérés par l'infirmière en zone de prélèvement même s'ils n'étaient pas remplis.

L'ensemble des informations a été chaîné grâce à un numéro d'anonymat.

Nous avons réalisé la saisie des données à l'aide de Excel 2013, et les statistiques avec le programme « R ».

III. RESULTATS.

1. Diagramme d'inclusion (figure1).

Durant la période d'inclusion, soit du 30 mars au 5 juin 2015, 1006 questionnaires ont été distribués à l'ensemble des personnes venant consulter pour un dépistage du VIH au CDAG de Bordeaux.

Le taux de retour de questionnaires exploitables était de 88%.

Un problème avec les étiquettes d'anonymat non collées sur les questionnaires a rendu 102 questionnaires inutilisables.

Seulement neuf patients n'ont pas répondu aux questionnaires.

Nous avons donc pu analyser 890 questionnaires.

Parmi ceux-là, 788 patients (88%) ont déclaré un médecin traitant.

A noter que 95% des patients n'étaient pas venus au CDAG au cours des deux derniers mois.

2. Caractéristiques des patients ayant un médecin traitant.

a) Caractéristiques socio-démographiques (tableau 1) :

Sur les 788 patients, 468 sont des hommes (59,4%) et 320 sont des femmes (40,6%). La moyenne d'âge est de 28 ans.

Au niveau des tranches d'âge, 455 patients ont entre 20 et 30 ans, 134 entre 30 et 40 ans, et 98 ont moins de 20 ans (figure 2).

La majorité des patients viennent de France métropolitaine (86,9%) puis d'Afrique sub-saharienne (3,6%).

521 patients (66,1%) ont un niveau supérieur au BAC et 136 (17,3%) ont un niveau BEPC, BAC ou secondaire.

Concernant la situation professionnelle, 41,6% poursuivent leurs études, sont en formation ou en alternance ; 35,8% ont un travail stable ; et 9,3% sont au chômage, en stage d'insertion ou en recherche d'emploi.

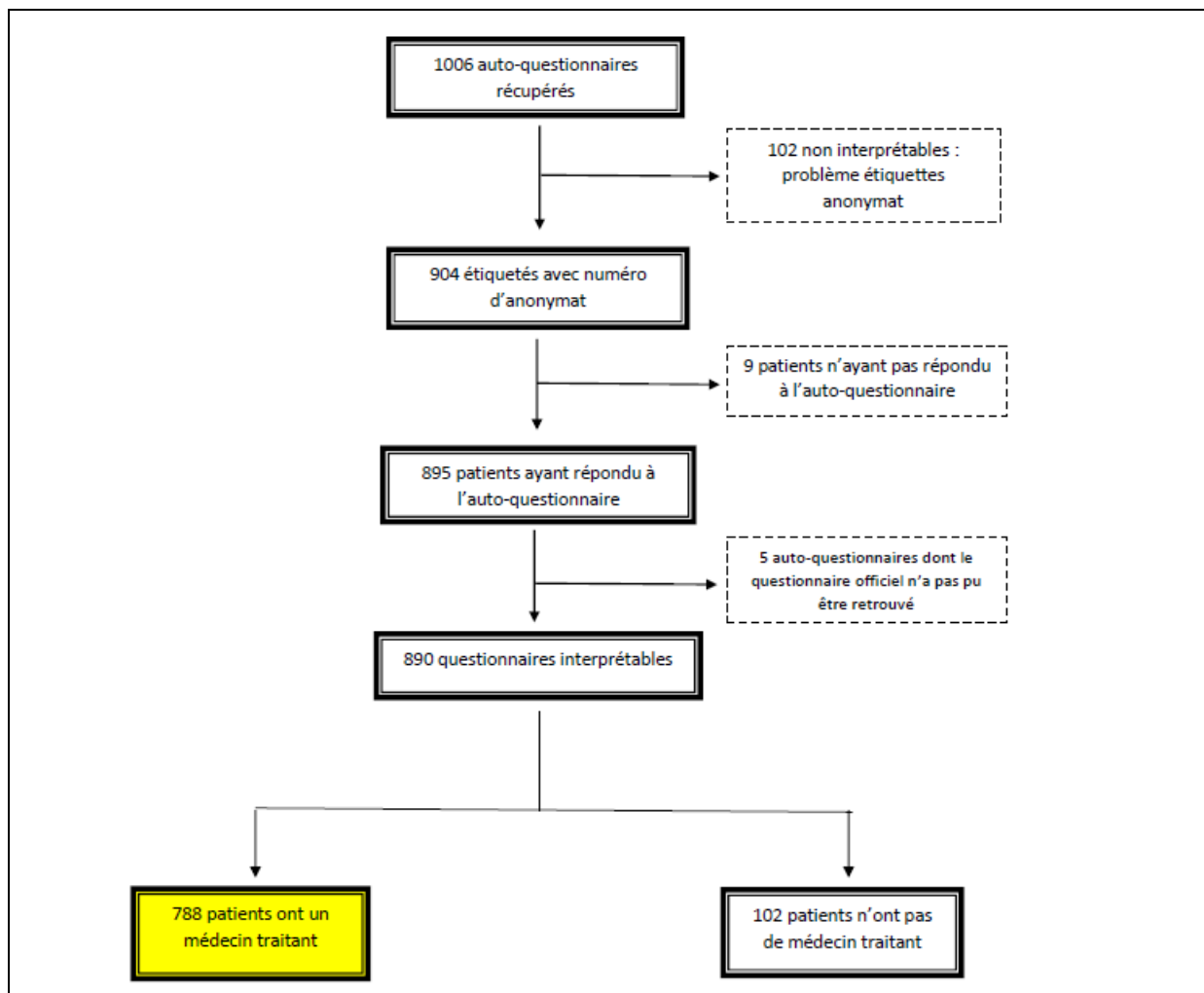


Figure 1 : Diagramme d'inclusion

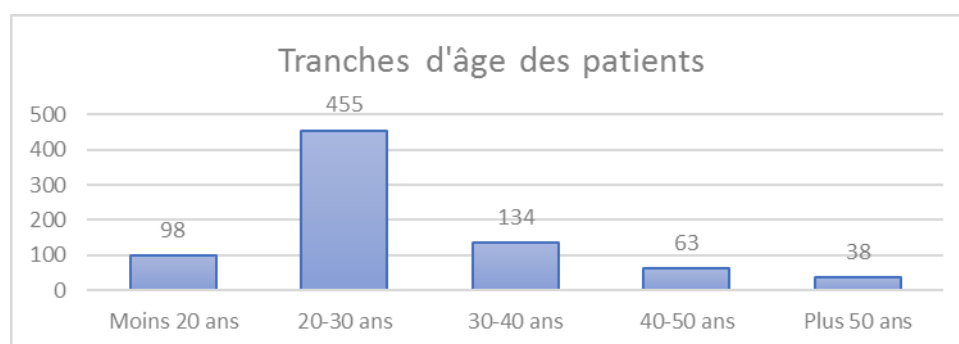


Figure 2 : Tranches d'âges des patients ayant un médecin traitant.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude (N=788)

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
		N = 788	%
Sexe			
	Homme	468	59,4
	Femme	320	40,6
Indicateurs âge			
	Médiane		24
	Moyenne		28
	Min/Max		16/69
Origine géographique			
	France métro	685	86,9
	DOM TOM	17	2,1
	Afrique du Nord (Maghreb)	7	0,9
	Afrique subsaharienne	28	3,6
	Europe orientale	23	2,9
	Europe de l'Est	7	0,9
	Amérique et Haïti	6	0,8
	Asie et Océanie	6	0,8
	Autres	9	1,1
Niveau études			
	Ecole primaire, CAP, BEP	51	6,5
	Secondaire, BEPC, BAC	136	17,3
	Supérieur au BAC	521	66,1
	NP	80	10,1
Situation professionnelle			
	Travail stable	282	35,8
	Stage insertion, chômage, rech emploi	73	9,3
	Poursuite études, formation, alternance	328	41,6
	Pas de recherche emploi (au foyer)	0	0
	Autre (inactivité pour maladie, retraite)	21	2,7
	NP	84	10,6

b) Couverture sociale.

630 patients (79,9%) ont une sécurité sociale avec mutuelle.

72 (9,1%) ont une sécurité sociale sans mutuelle.

40 (5,1%) ont la CMU, 3 (0,4%) ont l'AME, 7 (0,9%) n'en ont pas et 36 patients (4,6%) ne savent pas.

c) Orientation sexuelle et particularités du partenaire.

Concernant l'orientation sexuelle, 83,9% sont hétérosexuels, 9,3% homosexuels et 4,8% bisexuels (figure 3).

La majorité des patients ont un partenaire hétérosexuel (74,7%).

2,1% des partenaires sont atteints d'une IST et 0,8% ont le VIH (tableau 2).

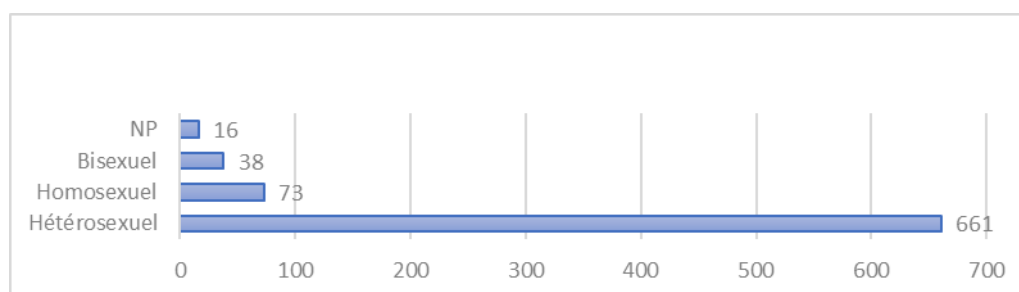


Figure 3 : Orientation sexuelle des patients ayant un médecin traitant.

Tableau 2 : Orientation sexuelle et particularités du partenaire (N = 788).

Variables	Modalités	Effectifs N = 788	Pourcentages %
Particularités du partenaire			
	Hétérosexuel	589	74,7
	Homo-bi sexuel	102	13,0
	Ayant IST	17	2,1
	VIH +	6	0,8
	Originaire pays forte endémie	18	2,3
	Toxicomane (IV, sniff)	10	1,3
	Prostituée	7	0,9
	NP	39	4,9

d) Raisons de faire le test VIH (figure 4)

25% des patients veulent réaliser un test de dépistage VIH par peur d'une contamination après un rapport ; 22,7% avant d'arrêter le préservatif avec le partenaire ; 17,9% suite à un incident de préservatif ; 14,8% suite à un changement de partenaire.

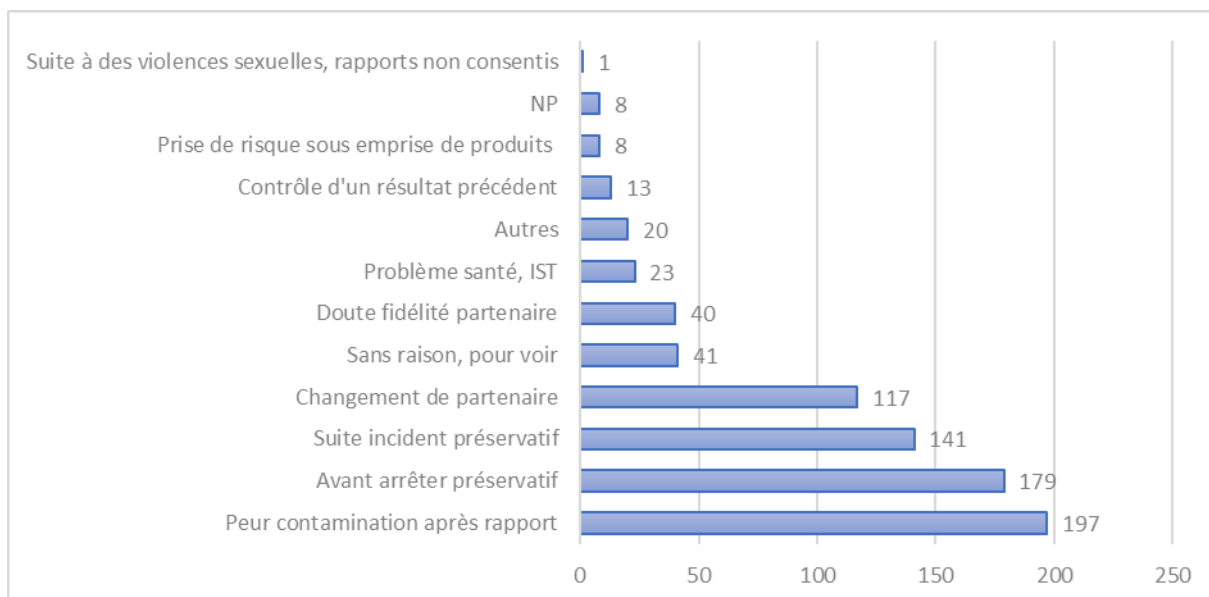


Figure 4 : Nombre de patients en fonction du motif du test VIH (N = 788)

e) Connaissances du lieu du CDAG Bordeaux.

267 patients connaissent le CDAG par l'annuaire ou internet, 265 patients connaissent car ils sont déjà venus.

Aucun patient ne connaît le CDAG par le biais de son médecin traitant.

Modalités	Effectifs	Pourcentages
	N = 788	%
Par des amis, bouches à oreille	140	17,8
Par le médecin traitant	0	0
A l'hôpital, centre de santé	13	1,7
Par campagne info	9	1,1
Appel à sida-info-service	3	0,4
Par annuaire, internet	267	33,9
Déjà venu	265	33,6
Autrement	9	1,1
NP	82	10,4

Tableau 3 : Connaissance CDAG.
N = 788

f) Concernant le médecin traitant.

534 patients (67,8%) ont un MT masculin, 252 (32%) un MT féminin et 2 (0,2%) n'ont pas répondu à cette question.

Concernant les tranches d'âge :

- 12,3% des patients ont un MT de moins 40 ans
- 65,6% ont un MT entre 40 et 55 ans
- 22% ont un MT de plus de 55 ans
- 0.1% n'ont pas répondu à cette question

Le MT est médecin d'autres membres de la famille dans 65,5% des cas, ne l'est pas dans 34,4% et 0.1% des patients n'ont pas répondu.

45,4% des patients voient leur MT entre 2 et 5 fois par an, 30,2% une seule fois.

41,5% des patients connaissent leur MT depuis moins de 5 ans et 36,7% depuis plus de 10 ans. (Tableau 4)

Tableau 4. Caractéristiques relation avec le MT. N = 788 patients.

Variables	Modalités	n (%) N = 788
<i>Nombre consultations dans l'année</i>		
	0	104 (13,2)
	1	238 (30,2)
	2-5	358 (45,4)
	Plus de 5 fois	87 (11,1)
	NP	1 (0,1)
<i>Années de connaissance médecin</i>		
	Moins 5 ans	327 (41,5)
	Entre 5-10 ans	170 (21,6)
	Plus de 10 ans	289 (36,7)
	NP	2 (0,2)

g) Sexualité et médecin traitant.

231 (29,3%) patients ont déjà abordé la sexualité avec leur MT, 556 (70,6%) jamais et un patient n'a pas répondu à cette question.

Sur les 556 patients n'ayant pas abordé la question de sexualité avec le MT, 392 (70,5%) ne souhaitent pas que le médecin aborde le sujet et 164 (29,5%) aimeraient que le MT l'aborde.

La majorité des patients n'ont jamais fait de dépistage VIH prescrit par leur MT (figure 5).

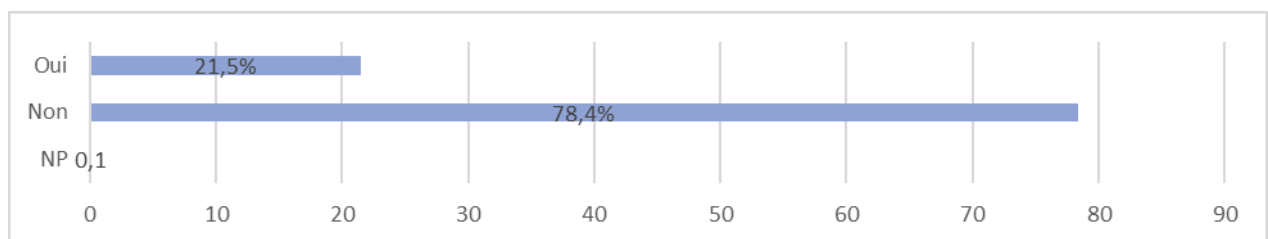


Figure 5. Réponse à la question « Votre MT vous a-t-il déjà prescrit un test VIH ? »

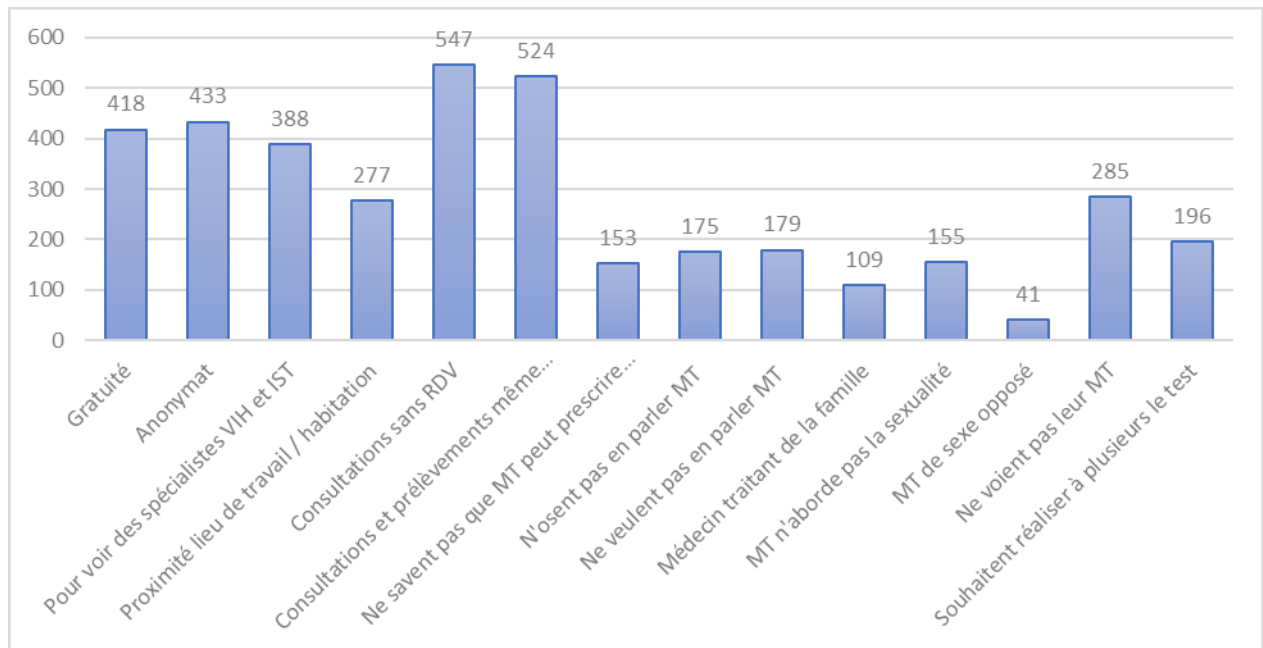
h) Raisons de venue au CDAG.

Nous avons d'abord regroupé les modalités « beaucoup » et « tout à fait » pour l'analyse des raisons de venue au CDAG (figure 6) :

- 69,4% des patients viennent pour les consultations sans rendez-vous
- 66,5% pour le fonctionnement pratique où la consultation et le prélèvement sont dans un même endroit
- 54,9% pour l'anonymat de la prise en charge
- 53,0% pour la gratuité des soins
- 49,2% pour rencontrer des spécialistes du VIH et des IST
- 36,2% car ils ne voient pas leur MT
- 35,2% pour la proximité du lieu d'habitation ou du travail
- 24,9% pour réaliser le test à plusieurs
- 22,7% car ils ne veulent pas en parler à leur MT
- 22,2% car ils n'osent pas en parler à leur MT
- 19,7% car leur MT n'aborde pas la sexualité

- 19,4% car ils ne savent pas que leur MT peut prescrire le test du VIH
- 13,8% car leur MT est le médecin de membre de leur famille
- 5,0% car leur MT est de sexe opposé

Figure 6. Nombre de patients en fonction des raisons de venue au CDAG en regroupant les réponses « beaucoup » et « tout à fait ».



Pour hiérarchiser les principales raisons, nous avons détaillé le nombre de patients en fonction de chaque modalité dans le tableau 5 :

- 42,5% des patients viennent « tout à fait » pour les consultations sans rendez-vous,
- 38,7% pour les consultations et prélèvements dans un même lieu,
- 38,0% pour l'anonymat
- 35,2% pour la gratuité.

Tableau 5. Nombre de patients en fonction des réponses de 0 (pas du tout la raison) à 3 (tout à fait la venue) pour leur motif de venue au CDAG. N = 788 patients.

	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	NP n (%)
<i>Gratuité</i>	184 (23,4)	186 (23,6)	140 (17,8)	278 (35,2)	0
<i>Anonymat</i>	186 (23,6)	169 (21,4)	134 (17,0)	299 (38,0)	0
<i>Pour voir des spécialistes VIH et IST</i>	209 (26,5)	191 (14,2)	198 (25,1)	190 (24,2)	0
<i>Proximité lieu de travail / habitation</i>	365 (46,3)	146 (18,5)	126 (16)	151 (19,2)	0
<i>Consultations sans RDV</i>	116 (14,7)	125 (15,8)	212 (27)	335 (42,5)	0
<i>Consultations et prélèvements même lieu</i>	137 (17,4)	127 (16,1)	219 (27,8)	305 (38,7)	0
<i>Ne savent pas que MT peut prescrire test</i>	544 (69,0)	87 (11,0)	54 (6,9)	99 (12,6)	4 (0,5)
<i>N'osent pas en parler MT</i>	443 (56,2)	166 (21,1)	96 (12,2)	79 (10,0)	4 (0,5)
<i>Ne veulent pas en parler MT</i>	451 (57,2)	154 (19,5)	99 (12,6)	80 (10,2)	4 (0,5)
<i>Médecin traitant de la famille</i>	589 (74,7)	86 (10,9)	49 (6,3)	60 (7,6)	4 (0,5)
<i>MT n'aborde pas la sexualité</i>	484 (61,4)	145 (18,4)	74 (9,4)	81 (10,3)	4 (0,5)
<i>MT de sexe opposé</i>	693 (87,9)	49 (6,3)	21 (2,7)	20 (2,5)	5 (0,6)
<i>Ne voient pas leur MT</i>	339 (43,0)	158 (20,1)	133 (16,9)	152 (19,2)	6 (0,8)
<i>Souhaitent réaliser à plusieurs le test</i>	524 (66,5)	62 (7,8)	78 (9,9)	118 (15,0)	6 (0,8)

N par ligne = 788 ; NP non précisé ; 0 pas du tout la raison ; 1 un peu la raison ; 2 beaucoup la raison ; 3 tout à fait la raison. N

3. Analyse des patients n'ayant pas de médecin traitant.

a) Caractéristiques socio-démographiques.

Sur les 102 patients n'ayant pas de MT, 74 (72,6%) sont des hommes et 28 (27,4%) des femmes. La moyenne d'âge est de 27,5 ans, avec un minimum de 17 ans et un maximum 65 ans. La répartition par tranches d'âge retrouve : 6,9% ont moins de 20 ans, 68,6% entre 20 et 30 ans, 15,7% entre 30 et 40 ans, 4,9% entre 40 et 50 ans, et 3,9% ont plus de 50 ans.

Concernant l'origine géographique : 76 patients (74,5%) viennent de France métropolitaine, 8 patients (7,8%) d'Afrique sub-saharienne, 6 patients (5,9%) d'Europe Orientale, 6 patients (5,9%) des DOM TOM, et les 6 autres patients viennent du Maghreb, d'Amérique ou de l'Europe de l'Est.

Concernant le niveau d'études, 61,7% ont un niveau supérieur au BAC, 20,6% ont un niveau BAC/BEPC, et 5,9% un niveau CAP/BEP/école primaire.

Sur le plan professionnel, 39,2% ont un travail stable et 30,4% poursuivent leurs études ou sont en formation.

Concernant la couverture sociale :

- 55 patients (53,9%) ont une sécurité sociale avec mutuelle
- 19 patients (18,6%) ont une sécurité sociale sans mutuelle
- 10 patients (9,8%) n'ont pas de couverture sociale
- 4 patients (3,9%) ont la CMU
- 2 patients (2,0%) ont l'AME
- 12 patients (11,8%) ne savent pas ou n'ont pas répondu

b) Sexualité.

Sur les 102 patients, 88 (86,3%) sont hétérosexuels, 9 (8,8%) sont homosexuels, 4 (3,9%) bisexuels et 1 n'a pas répondu à la question.

Pour 75,5% des patients, le partenaire est hétérosexuel, contre 8,8% de partenaires homosexuels.

c) Raisons de venue au CDAG.

Nous avons d'abord regroupé les modalités « beaucoup » et « tout à fait » pour analyser les raisons de venue au CDAG (Figure 7). 71,6% viennent pour les consultations sans RDV, 61,8% pour le regroupement des lieux de consultation et de prélèvement, 50% pour la gratuité, 41,2% pour l'anonymat et 30,4% pour la proximité.

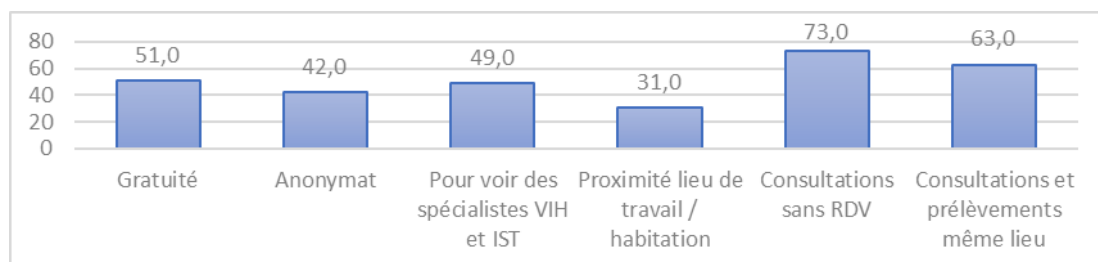


Figure 7. Nombre de patients sans MT en fonction des raisons de venue au CDAG en regroupant les réponses « beaucoup » et « tout à fait ».

Pour hiérarchiser les raisons en regardant la modalité « tout à fait », 43,2% viennent pour les consultations sans RDV, 40,2% pour le regroupement de la consultation et du prélèvement dans un même lieu, 34,3% pour la gratuité, et 26,5% pour l'anonymat.

d) Comparaison avec la population d'étude ayant un médecin traitant.

La comparaison des patients ayant un MT versus ceux n'ayant pas de MT retrouve des différences significatives (Tableau 6).

Concernant le sexe, il y a significativement plus d'hommes dans le groupe n'ayant pas déclaré de MT, 72,6% versus 59,4% ($p = 0.01$).

Au niveau professionnel, dans le groupe n'ayant pas de MT, il y a significativement moins de patients en poursuite d'études, formation ou alternance (30,4% vs 40,6%) et plus de patients en stage d'insertion, chômage ou recherche d'emploi (15,7% vs 9,3%).

Pour la couverture sociale, les patients sans MT, ont significativement plus souvent une absence de couverture sociale ou une sécurité sociale sans mutuelle.

Au niveau des raisons de venue au CDAG, le groupe sans MT recherche significativement moins souvent l'anonymat que le groupe avec MT : 26,5% viennent tout à fait pour cette raison contre 38% dans le groupe MT ($p = 0.02$).

Tableau 6 : Comparaison des patients avec médecin traitant (OUI) et des patients sans médecin traitant (NON).

Variables	Modalités	NON Effectifs n (%) N = 102	OUI Effectifs n (%) N = 788	Comparaison p	OR avec IC si p < 0,05
Sexe					
	Homme	74 (72,6)	468 (59,4)	0,01	OR 0,6 avec IC [0,3-0,9]
	Femme	28 (27,4)	320 (40,6)		
Sit. professionnelle					
	Travail stable	40 (39,2)	282 (35,8)	0,5	
	Stage insertion, chômage, rech emploi	16 (15,7)	73 (9,3)	0,04	OR 0,6 avec IC [0,3-0,9]
	Poursuite études, formation, altern.	31 (30,4)	328 (41,6)	0,02	OR 2,5 avec IC [1,5-4,2]
	Pas de recherche emploi (au foyer)	0 (0)	0 (0)		
	Autre (inactivité pour maladie, retraite)	4 (3,9)	21 (2,7)	0,52	
	NP	11 (10,8)	84 (10,6)		
Couverture sociale					
	Aucune	10 (9,8)	7 (0,9)	< 0,01	OR 0,06 avec IC [0,02-0,16]
	Sécurité sociale sans mutuelle	19 (18,6)	72 (9,1)	< 0,01	OR 0,4 avec IC [0,2-0,7]
	Sécurité sociale avec mutuelle	55 (53,9)	630 (79,9)	< 0,01	OR 3,3 avec IC [2,1-5,3]
	CMU	4 (3,9)	40 (5,1)	1,00	
	AME	2 (2,0)	3 (0,4)	0,09	
	NP	12 (11,8)	36 (4,6)		
Anonymat					
	Pas du tout	47 (46,1)	186 (23,6)	< 0,01	OR 0,4 avec IC [0,2-0,6]
	Un peu	13 (12,7)	169 (21,4)	0,04	OR 1,9 avec IC [1,0-3,5]
	Beaucoup	15 (14,7)	134 (17,0)	0,56	
	Tout à fait	27 (26,5)	299 (38,0)	0,02	OR 1,7 avec IC [1,1-2,7]

p < 0,05 : différence significative entre les 2 populations. OR : odd ratio. IC : intervalle de confiance à 95%. NON : pas de MT. OUI : MT déclaré

4. Analyse des non-répondants.

Neuf patients n'ont pas pu ou souhaité répondre, mais la raison n'a jamais été précisée comme indiqué sur le protocole (refus, déjà venu, problème de compréhension...). Donc nous n'avons pas pu étudier cette population.

5. Analyse de la population homosexuelle ayant un médecin traitant.

Concernant la population homosexuelle, 73 ont un MT (89.0%) et 9 (11%) n'en ont pas.

Nous nous intéressons à la population homosexuelle ayant un MT.

Sur les 73 patients, 71 (97,3%) sont des hommes et 2 (2,7%) des femmes. La moyenne d'âge est de 29,9 ans.

89,0% viennent de France métropolitaine.

74,0% ont un niveau supérieur au BAC et 49,3% ont un travail stable.

87,7% ont une sécurité sociale avec mutuelle.

En comparant les homosexuels ayant un MT avec les hétérosexuels ayant un MT, on retrouve des différences significatives ($p < 0.05$).

Au niveau du sexe, il y a significativement plus d'hommes dans le groupe homosexuel que dans le groupe hétérosexuel, respectivement 97,3% et 53,7% ($p < 0,01$).

Le nombre de partenaires séropositifs au VIH est significativement plus élevé chez les patients homosexuels, 4,1% vs 0,5% chez les hétérosexuels ($p < 0,01$).

Concernant les raisons de venue au CDAG, les patients homosexuels viennent de façon significative plus pour le regroupement des lieux de consultation et de prélèvement que les hétérosexuels, respectivement 38,4% vs 26,8% pour la modalité « beaucoup » ($p = 0,03$).

Concernant les caractéristiques des MT entre les deux groupes, les différences sont résumées dans le tableau 7.

Dans le groupe homosexuel, le MT est significativement moins souvent le médecin traitant d'autres membres de la famille (45,2% vs 67,3% chez les hétérosexuels avec $p < 0,01$).

Les MT des patients homosexuels prescrivent de façon significative plus de test VIH, 35,6% vs 19,6% chez les hétérosexuels ($p < 0,01$), et abordent plus le sujet de la sexualité.

Les patients homosexuels avec lesquels le MT n'a pas abordé la sexualité sont plus nombreux à souhaiter que le MT aborde le sujet que le même groupe hétérosexuel (50% vs 27,5% avec $p < 0,01$).

Tableau 7. Différences significatives des caractéristiques du médecin traitant entre les patients homosexuels et les patients hétérosexuels.

Variables	Modalités	HOMO	HETERO	Comparaison	
		n (%) N = 73	n (%) N = 661	p	OR avec IC si $p < 0,05$
Médecin d'autres membres de la famille					
	Non	40 (54,8)	215 (32,5)	< 0,01	OR 0,4 avec IC [0,3-0,7]
	Oui	33 (45,2)	445 (67,3)		
	NP		1 (0,2)		
Test VIH déjà effectué par MT					
	Non	47 (64,4)	530 (80,2)	< 0,01	OR 2,3 avec IC [1,4-3,7]
	Oui	26 (35,6)	130 (19,6)		
	NP		1 (0,2)		
Sexualité déjà abordée avec MT					
	Non	44 (60,3)	476 (72,0)	< 0,01	OR 1,7 avec IC [1,0-2,8]
	Oui	29 (39,7)	184 (27,8)		
	NP		1 (0,2)		
Si non, patient aimerait MT aborde le sujet					
		n= 44	n= 476	< 0,01	OR 2,6 avec IC [1,4-4,8]
	Oui	22 (50,0)	131 (27,5)		
	Non	22 (50,0)	345 (72,5)		

$p < 0,05$: différence significative entre les 2 populations. OR : odd ratio. IC : intervalle de confiance à 95%. HOMO : patients homosexuels. HETERO : patients hétérosexuels.

6. Question : « Avez-vous déjà abordé avec votre MT votre sexualité ? »

Dans la population ayant un MT, 231 patients ont déjà abordé la sexualité avec leur MT (29,3%), 556 jamais (70,6%) et un patient n'a pas répondu à cette question.

Sur les 467 hommes, 122 (26,1%) ont déjà abordé la sexualité avec leur MT. Sur les 320 femmes, 109 (34%) ont abordé le sujet. Les femmes ont déjà abordé la sexualité avec le MT plus souvent que les hommes, de façon significative ($p = 0,02$).

27,8% des hétérosexuels (184 sur 660 patients) ont déjà abordé la sexualité avec leur MT, versus 39,7% des homosexuels (29 sur 73 patients).

Le groupe ayant abordé la sexualité vient significativement moins souvent pour l'anonymat que le groupe n'ayant pas abordé le sujet, respectivement 31,6% vs 40,6% (modalité « tout à fait », $p = 0,01$).

Les patients n'ayant pas abordé la sexualité viennent significativement plus souvent que les patients ayant abordé le sujet car :

- ils n'osent pas en parler au MT, 12,2% versus 4,8% avec $p < 0,01$ (modalité « tout à fait »)
- ils ne veulent pas en parler au MT, 12,9% vs 3,5% avec $p < 0,01$ (modalité « tout à fait »)
- le MT est médecin d'autres membres de la famille, 9,4% vs 3,5% avec $p < 0,01$ (modalité « tout à fait »)
- le MT n'aborde pas la sexualité, 13,3% vs 3,0% avec $p < 0,01$ (modalité « tout à fait »)
- le MT est de sexe opposé, 3,1% vs 1,3% avec $p < 0,01$ (modalité « tout à fait »)
- ils ne voient pas leur MT, 21,9% vs 13,0% avec $p < 0,01$ (modalité « tout à fait »)

Concernant le MT, les différences significatives entre les deux groupes sont détaillées dans le tableau 8.

Les patients ayant déjà abordé la sexualité ont significativement plus souvent un MT de sexe féminin que ceux n'ayant pas abordé le sujet, 42,0% vs 27,9% ($p < 0,01$).

Le fait d'avoir un MT de sexe masculin réduit significativement les chances de vouloir qu'il aborde la sexualité ($p < 0,01$, OR = 0.5).

Les patients n'ayant pas abordé la sexualité connaissent plus souvent leur MT depuis moins de 5 ans ($p < 0,01$) que les patients ayant abordé le sujet, et ont eu moins souvent de test de dépistage VIH prescrit par le MT respectivement 11,9% vs 44,6% ($p < 0,01$).

Tableau 8. Caractéristiques du médecin traitant entre les patients ayant abordé la sexualité avec leur MT(OUI) et ceux ne l'ayant pas abordée (NON).

Variables	Modalités	OUI	NON	Comparaison p	OR avec IC si $p < 0,05$
		n (%) N = 231	n (%) N = 556		
Sexe du MT					
	Homme	134 (58,0)	400 (71,9)	< 0,01	OR 0,5 avec IC [0,4-0,7]
	Femme	97 (42,0)	155 (27,9)		
	NP		1 (0,2)		
Tranches d'âge du médecin					
	Moins 40 ans	32 (13,9)	65 (11,7)	0,66	
	40-55 ans	151 (65,4)	366 (65,8)		
	Plus de 55 ans	48 (20,7)	125 (22,5)		
Nb consultations dans l'année					
	0 fois	22 (9,5)	82 (14,7)	< 0,01	OR 1,6 avec IC [1,0-2,7]
	1 fois	57 (24,7)	181 (32,6)		OR 6,7 avec IC [4,8-9,1]
	2-5 fois	118 (51,1)	240 (43,2)		OR 0,7 avec IC [0,5-1,0]
	Plus de 5 fois	34 (14,7)	53 (9,5)		OR 0,6 avec IC [0,4-1,0]
Années de connaissance médecin					
	Moins 5 ans	80 (34,6)	247 (44,4)	0,01	OR 1,5 avec IC [1,1-2,1]
	Entre 5-10 ans	59 (25,6)	111 (20,0)	0,08	
	Plus de 10 ans	92 (39,8)	197 (35,4)	0,25	
	NP		1 (0,2)		
Test VIH déjà effectué par MT					
	Non	128 (55,4)	490 (88,1)	< 0,01	OR 0,2 avec IC [0,1-0,3]
	Oui	103 (44,6)	66 (11,9)		

$p < 0,05$: différence significative entre les 2 populations. OR : odd ratio. IC : intervalle de confiance à 95%.

7. Question chez les patients dont la sexualité n'a pas été abordée avec le MT : « Aimeriez-vous que votre MT aborde la sexualité ? »

Sur les 556 patients n'ayant pas abordé la question de sexualité avec le MT, 392 ne souhaitent pas que le médecin aborde le sujet (70,5%) et 164 (29,5%) aimeraient que le MT l'aborde.

Parmi les 345 hommes, 32,8% souhaitent que le MT aborde la sexualité et sur les 211 femmes, 24,2% de femmes le souhaitent.

Les différences significatives entre le groupe de patients souhaitant que le MT aborde la sexualité et ceux ne le souhaitant pas sont détaillées dans le tableau 9.

Le fait d'être une femme, plutôt qu'un homme, réduit de façon significative le fait de vouloir que le MT aborde la sexualité (autres caractéristiques contrôlées, $p = 0,03$, OR = 0,2).

Les patients homosexuels ont 2,6 fois plus de chance que les autres de souhaiter que le MT aborde la sexualité ($p = 0,02$, OR = 2,6).

Concernant les raisons de venue au CDAG, les patients n'ayant pas abordé la sexualité et ne souhaitant pas l'aborder avec leur MT viennent de façon significative plus souvent pour les raisons « beaucoup » et « tout à fait » car ils ne veulent pas en parler au MT ($p < 0,01$).

Tableau 9. Différences significatives entre les patients souhaitant que le médecin traitant aborde la sexualité et ceux ne le souhaitant pas.

Variables	Modalités	OUI	NON	Comparaison	OR avec IC si $p < 0,05$
		Effectifs n(%) N = 164	Effectifs n(%) N = 392		
Sexe					
	Homme	113 (68,9)	232 (59,2)	0,03	OR 0,2 avec IC [0,1-0,3]
	Femme	51 (31,1)	160 (40,8)		
Orientation sexuelle					
	Hétérosexuel	131 (79,9)	345 (88,0)	0,02	OR 0,3 avec IC [0,2-0,4]
	Homosexuel	22 (13,4)	22 (5,6)	0,02	OR 2,6 avec IC [1,4-5,0]
	Bisexuel	7 (4,3)	20 (5,1)	0,69	
	NP	4 (2,4)	5 (1,3)		
Ne veulent pas en parler MT					
	Pas du tout	103 (62,8)	176 (44,9)	< 0,01	OR 2,1 avec IC [1,4-3,1]
	Un peu	40 (24,4)	78 (19,9)	0,23	
	Beaucoup	12 (7,3)	72 (18,4)	< 0,01	OR 0,4 avec IC [0,2-0,7]
	Tout à fait	8 (4,9)	64 (16,3)	< 0,01	OR 0,3 avec IC [0,1-0,6]
	NP	1 (0,6)	2 (0,5)		

$p < 0,05$: différence significative entre les 2 populations. OR : odd ratio. IC : intervalle de confiance à 95%.

8. Résultats du dépistage.

Pour information, sur la période du 01 avril au 30 juin 2015 :

- 2 patients ont été nouvellement diagnostiqués séropositif au VIH (infection non récente) : un homme de 24 ans et une femme de 33 ans
- 6 patients ont été dépistés positifs au VHB (AgHbs+), aucun au VHC ni à la syphilis
- 43 patients ont été dépistés positif au Chlamydiae : 23 femmes (moyenne d'âge 20,8 ans) et 20 hommes (moyenne d'âge 22,4 ans)
- 4 patients ont été dépistés positifs au gonocoque (2 en localisation pharyngée, 1 en rectal et 1 en vaginale) : 3 hommes et une femme.

IV. DISCUSSION.

1. Forces de notre étude.

Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, ce qui fait son originalité. Nous avons recueilli un grand nombre de questionnaires, sans aucune perte, vu que tous les questionnaires ont été recueillis. Le taux de réponse de 88% est satisfaisant pour pouvoir tirer des conclusions sur nos résultats.

2. Limites de notre étude.

L'étude présente un biais de sélection : notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des CDAG, vu que nous avons réalisé cette étude dans un CDAG urbain. Nous avons réalisé une étude monocentrique pour des raisons de faisabilité : en effet, le parcours des dossiers papier du CDAG étant déjà assez complexe avant d'être archivé, il aurait fallu uniformiser les pratiques dans les différents centres, et déléguer une personne référente dans chaque centre pour le recueil des données.

Nous n'avons pas calculé le nombre de sujets nécessaires à inclure, mais nous avons choisi d'avoir pour objectif 1000 questionnaires remplis, soit une période d'environ 2 mois, pour ne pas trop solliciter l'équipe du CDAG.

Notre questionnaire a été élaboré sans étude qualitative préalable par entretiens semi-structurés. Cela n'était pas envisageable car les patients voient une conseillère conjugale, puis un médecin puis une infirmière pour le prélèvement, ce qui est déjà très contraignant. Nous avons cependant réalisé une phase test avec un questionnaire comprenant une case « autres » pour que les patients puissent éventuellement rajouter d'autres raisons que celles énoncées.

Nous avons récupéré 102 questionnaires non interprétables à cause d'un problème d'étiquetage malgré la procédure bien définie : ces questionnaires étaient la première semaine de l'étude, avant que les équipes ne soient bien habituées à la procédure.

3. Comparaison aux données épidémiologiques.

Nous avons comparé notre échantillon avec la population générale régionale.

En 2015 en Nouvelle Aquitaine, il y avait 48,3% d'hommes et 51,7% de femmes, pour respectivement 59,4% et 40,6% dans notre étude (19). La population du CDAG de Bordeaux est plus masculine que la population de la Nouvelle Aquitaine. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes peuvent aborder plus facilement la sexualité lors de leur suivi gynécologique.

Concernant l'âge, en 2015, en Nouvelle Aquitaine, la répartition était la suivante (20) :

- 5,6% de la population a entre 15 et 20 ans (versus 12,4% dans notre étude),
- 10,3% entre 20 et 30 ans (vs 57,7%)
- 11,3% entre 30 et 40 ans (vs 17,0%)
- 13,6% entre 40 et 50 ans (vs 8,0%)
- 35,3% entre 50-80 ans (vs 4,8%)

La population consultant au CDAG est plus jeune que la population de la Nouvelle Aquitaine, avec une forte représentation de la tranche des 20-30 ans, ce qui a déjà été retrouvé dans les précédentes études (8).

Concernant la couverture sociale, en 2015, d'après la CPAM de la Gironde, 90,7% des patients avaient déclaré un MT, contre 88% dans notre étude, ce qui est sensiblement identique (21).

Pour l'orientation sexuelle, il est difficile de se procurer des données fiables sur l'homosexualité, et les chiffres varient selon les études.

Dans l'étude KABP 2004, 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 (22).

Selon le Contexte de la Sexualité en France en 2007, 4,0% des femmes et 4,1% des hommes de 18 à 69 ans déclarent avoir déjà eu des pratiques sexuelles avec un partenaire du même sexe (23).

Dans un sondage IFOP pour une revue homosexuelle, en 2011, 3,0% des personnes interrogées se déclarent bisexuelles et 3,5% homosexuelles (24).

La population du CDAG de Bordeaux retrouve 9,3% d'homosexuels, ce qui représente une proportion plus élevée que dans la population générale.

4. Reprise des principaux résultats et comparaison aux données de la littérature.

Sur les 890 patients, 88% ont déclaré un MT. La population d'étude du CDAG de Bordeaux est majoritairement masculine, avec 59,4% d'hommes et 40,6% de femmes, et c'est une population jeune avec une moyenne d'âge de 28 ans. La tranche d'âge des 20-30 ans est surreprésentée. La majorité des patients vient de France métropolitaine (86,9%), a un niveau supérieur au BAC (66,1%), et a une couverture sociale avec mutuelle (79,9%). Quant à leur orientation sexuelle, 83,9% des patients se déclarent hétérosexuels, 9,3% homosexuels et 4,8% bisexuels.

Dans une enquête IFOP de 2007 (24), la tranche d'âge des jeunes entre 18 et 30 ans se dit la plus concernée par le VIH, ce qui peut expliquer la population jeune des CDAG. Dans cette même étude, 39 % des jeunes interrogés se considèrent mal informés sur les lieux où aller se faire dépister, dont 44 % dans la tranche d'âge de 15 à 18 ans. En France, les moins de 30 ans représentent la population qui a le plus souvent réalisé un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.

Les patients ont choisi un MT majoritairement masculin (67,8% vs 32% de MT féminin), entre 40 et 55 ans (65,6%), qui est aussi médecin d'autres membres de la famille (65,5%). La plupart des patients voient leur MT entre 2 et 5 fois par an (45,4%). 41,5% des patients connaissent leur MT depuis moins de 5 ans et 36,7% depuis plus de 10 ans.

Concernant les raisons de venue au CDAG, les patients viennent davantage pour la facilité d'accès au dépistage avec les consultations sans rendez-vous et le regroupement des lieux de consultation et de prélèvement, que pour l'anonymat et la gratuité des soins. En effet, 42,5% des patients viennent « tout à fait » pour les consultations sans rendez-vous, 38,7% pour les consultations et prélèvements dans un même lieu, 38,0% pour l'anonymat et 35,2% pour la gratuité. Les caractéristiques

liées au MT ne semblent pas être les raisons majeures : 10,0% des patients viennent « tout à fait » car ils n'osent pas en parler au MT, 10,2% car ils ne veulent pas en parler au MT, 7,6% car le MT est médecin d'autres membres de la famille, et 10,3% car le MT n'aborde pas le sujet.

Il semble donc que l'anonymat et la gratuité des soins ne soient pas les principales motivations des patients, qui recherchent d'abord la facilité d'accès aux soins du CDAG.

Une étude, menée dans les CDAG de la région Pays de la Loire, en 2013, a conclu que l'anonymat n'était plus une priorité pour le patient, et qu'il souhaitait avant tout une prise en charge confidentielle (26). L'objectif était de questionner tous les patients sur la place de l'anonymat. 1141 questionnaires ont été recueillis : 59% des patients ont répondu venir pour la gratuité, 44% pour l'anonymat, 41% pour la proximité du lieu d'habitation ou du travail, 16% pour ne pas en parler à leur médecin traitant. De plus, 55% des patients acceptaient de donner leur identité, 6% de donner uniquement leur numéro de téléphone et 39% voulaient rester anonyme.

Cependant, nous ne pouvons pas totalement comparer ces résultats à ceux de notre étude car le fonctionnement des CDAG de Loire-Atlantique est différent. En effet, nous avons eu plus d'informations en contactant le Dr Patoureau en charge de ce travail : il s'agissait d'une étude multicentrique dans des centres tous urbains. Les centres ont des consultations sur rendez-vous uniquement (délai d'une semaine), et si le délai est trop long pour les patients, ils sont orientés vers leur MT. Les patients doivent amener leur carnet de santé (ce qui a permis une diminution des sérologies VHB). Les questionnaires ont été diffusés à l'ensemble des centres à l'aide du réseau Région Santé Sexuelle 44, plusieurs réponses étaient possibles. Chaque centre avait un référent chargé des statistiques. Les questionnaires étaient donnés par la secrétaire à l'arrivée. A la suite de l'étude, il a été décidé de renforcer le lien avec le MT, notamment en proposant aux patients ayant une IST que le CDAG envoie un courrier au MT.

Dans notre étude, peu de patients ont déjà abordé la sexualité avec leur MT (21,5%) et la majorité n'ont jamais fait de dépistage VIH prescrit par leur MT (78,4%). Les patients semblent avoir des freins à parler de sexualité avec leur MT.

Ces résultats sont similaires à une étude réalisée dans le cadre d'une thèse « Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale ? » en 2012. Les deux tiers des patients interrogés n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin traitant, dont un tiers préférerait en parler à des spécialistes, 20% 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 (27).

Les femmes abordent plus souvent la sexualité avec le MT que les hommes (34% vs 26,1%), ce qui peut s'expliquer par le suivi gynécologique. Les homosexuels parlent plus facilement de sexualité avec leur MT que les hétérosexuels (39,7% vs 27,8%), peut-être parce qu'ils sont plus sensibilisés par les campagnes de prévention ciblées, et peut-être aussi parce que MT est moins souvent médecin d'autres membres de la famille.

Les patients n'ayant jamais abordé la sexualité ont plus souvent un MT de sexe masculin et plus souvent un MT qu'ils connaissent depuis moins de 5 ans. Ils viennent significativement plus souvent au CDAG car ils n'osent pas en parler au MT, et ceci d'autant plus que le MT est médecin d'autres membres de la famille, qu'il n'aborde pas spontanément la sexualité, ou qu'il est de sexe opposé.

Les patients semblent être moins prêts à aborder la sexualité avec un MT qu'ils connaissent depuis moins de 5 ans, ce qui laisse penser qu'ils recherchent une relation de confiance avec leur MT. Pour autant, la différence entre les patients ayant abordé la sexualité avec le MT et ceux ne l'ayant pas fait ne se retrouve pas avec les MT que les patients connaissent depuis plus de 5 ou 10 ans. Il n'y a pas non plus de différence sur le fait que le MT soit médecin d'autres membres de la famille.

Parmi les patients n'ayant pas abordé la sexualité avec le MT, la majorité ne souhaite pas que le médecin aborde le sujet (70,5%). Les hommes sont plus ouverts à ce que leur MT aborde le sujet que les femmes (32,8% vs 24,2%), ainsi que les homosexuels. Ces patients viennent plus souvent au CDAG car ils ne veulent pas en parler au MT.

Ces résultats vont dans le sens de l'étude réalisée dans le cadre de la thèse de Donguy E. : 80,3% des patients n'ayant jamais parlé de sexualité ne souhaiteraient

pas en parler avec leur médecin et, les femmes semblent moins vouloir aborder le sujet de la sexualité que les hommes (27).

Concernant la population homosexuelle, il y a plus d'hommes que dans le groupe hétérosexuel (97,3% vs 53,7%). Le nombre de partenaire séropositif au VIH est plus élevé (4,1% vs 0,5% chez les hétérosexuels). Les MT des patients homosexuels prescrivent plus souvent des test VIH, abordent plus le sujet de la sexualité et sont moins souvent médecin d'autres membres de la famille.

Cependant, les auteurs d'une étude française, réalisée entre 2009 et 2010, ont analysé les caractéristiques des patients HSH nouvellement diagnostiqués VIH positif : 55% de ceux qui ont parlé de leur orientation sexuelle à leur MG ne se sont pas vus proposer de test de dépistage du VIH (28).

Dans notre étude, les patients homosexuels avec lesquels le MT n'a pas abordé la sexualité sont plus nombreux à souhaiter que le MT aborde le sujet que le même groupe hétérosexuel (50% vs 27,5%).

Dans une thèse de 2016 « Sexualité et bien-être sexuel : en parler pour améliorer la santé de nos patients. Exemple de la vaccination contre l'hépatite A chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes » (29), les conclusions sont les mêmes sur ce sujet : 70,4% des patients n'ont jamais discuté de sexualité avec un MG. Et pourtant, 77,1% seraient d'accord pour en parler pour bénéficier d'une prévention adaptée.

D'après une enquête Gay Presse France en 2004, les homosexuels sont 27% à avoir peur de déclarer leur homosexualité (30).

5. Ce qui a changé depuis 2015 :

a) CeGIDD

Au 1er janvier 2016, les CDAG et les CIDDIST ont cédé leur place à un nouveau type de structure : le CeGIDD (Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles). Ceux-ci ont pour mission de contribuer à la prévention, au dépistage et au diagnostic des infections

par les virus VIH et des hépatites ainsi que des IST en général, et à l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés et la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception. La création des CeGIDD doit permettre à terme de faire évoluer ces structures vers des centres de santé sexuelle (31).

Le personnel minimum d'un Cegidd doit comprendre un médecin, généraliste ou spécialiste, ayant une expérience dans la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST; un(e) infirmier(e); un(e) secrétaire chargé(e) de l'accueil du public et d'assister les autres membres du personnel dans la saisie et le traitement des données ; un(e) assistant(e) social(e) dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures; un(e) psychologue ayant compétence dans la sexualité (sexualité humaine ou santé sexuelle), dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures (31).

b) Dépistage

D'après le rapport du HCSP de 2016, la montée en charge progressive du nombre de dépistages par TROD depuis 2012 s'est accompagnée d'une évolution des types d'actions menées dans les locaux des associations ou hors les murs et d'une diversification des publics touchés par le dépistage (31).

Depuis le 15 septembre 2015, la vente d'autotest du VIH (ADVIH) en pharmacie d'officine ou sur le site internet d'une pharmacie d'officine a été autorisée. Les autotests permettent de donner une orientation diagnostique rapide pour l'infection par le VIH avec une période d'incertitude plus longue que le test ELISA lié à une moins bonne sensibilité. Cette nouvelle réglementation et cette mise à disposition vise à étoffer l'offre de dépistage en direction des personnes qui n'auraient pas recours à l'offre conventionnelle pour des raisons de confidentialité ou qui souhaiteraient avoir des tests régulièrement du fait de prises de risques fréquentes. Ces tests ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie. Le bilan de cette mise à disposition ne pourra être fait qu'après quelques mois d'utilisation (31).

c) Prophylaxie Pré-Exposition.

Les Cegidd dans leurs nouvelles missions sont au centre de la politique de lutte contre les IST, dont le VIH, et doivent à ce titre bénéficier de l'accompagnement nécessaire à la mise en œuvre de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) dans un contexte de promotion de la santé sexuelle (31).

La PrEP est un traitement préventif qui consiste en la prise de Truvada® pour empêcher la contamination par le virus. Elle est disponible depuis décembre 2015, et remboursée à 100 % depuis janvier 2016, ceci dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation. Elle vient renforcer et non remplacer l'arsenal de la prévention combinée qui associe le préservatif, le dépistage répété, le diagnostic rapide après la contamination et l'effet préventif du traitement des personnes séropositives (32).

Selon le rapport Morlat réactualisé en 2015 (33), le groupe d'experts recommande que la PrEP soit considérée comme une modalité de prévention s'inscrivant dans une démarche de santé sexuelle globale, soit réalisée avec un accompagnement (counseling), et qu'elle s'accompagne d'une réévaluation du statut vaccinal des personnes.

Le groupe d'experts recommande que la PrEP puisse être prescrite (33) :

- aux HSH non infectés par le VIH rapportant des relations anales non protégées avec au moins deux partenaires sur une période de six mois ou ayant présenté plusieurs épisodes d'IST dans l'année ou ayant eu plusieurs recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition dans l'année ou ayant l'habitude de consommer des substances psychoactives lors des rapports sexuels actifs lors des rapports sexuels.
- aux personnes transgenres ayant des relations sexuelles non protégées (selon les mêmes indications que chez les HSH)
- aux personnes en situation à haut risque d'acquisition de l'infection VIH, au cas par cas

Sous réserve d'adaptations réglementaires, trois lieux en France sont en mesure de proposer des consultations pour la prescription de la PrEP : les services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, les CeGIDD, les autres structures labellisées par les agences régionales de santé (centres de santé sexuelle, associations médicalisées, etc.).

6. Comment aborder la sexualité en médecine générale ?

D'après le rapport HSCP de 2016 (31), plusieurs études ont démontré qu'une sexualité épanouie était associée à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à une meilleure santé et une plus grande longévité. Il a même été suggéré que la reprise d'une fonction sexuelle pouvait avoir un effet psychologique favorable dans la prise en charge des pathologies chroniques chez la personne âgée. Le développement et l'amélioration de la santé sexuelle comportent la prévention des risques que constituent les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles, la prévention et la lutte contre les violences et les discriminations, la prise en charge des dysfonctionnements sexuels ainsi qu'une démarche plus large de promotion de la santé et du bien-être sexuel.

Les connaissances sur la sexualité et les questions de santé sexuelle parmi la population et les professionnels concernés (santé, éducation, action sociale notamment) semblent aujourd'hui insuffisantes pour permettre l'adoption de comportements et de pratiques nécessaires à la réduction de certains risques et à l'amélioration de la qualité de la santé sexuelle. L'information et l'éducation à la santé sexuelle visent à améliorer le niveau de connaissance et faire évoluer les attitudes et les comportements (31).

Selon une thèse « L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du VIH en cabinet de médecine générale » réalisée en 2012 (34), 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. Les médecins adhèrent beaucoup moins au dépistage systématique que les patients et prônent plutôt un renforcement des dépistages ciblés et en parallèle, un développement des campagnes de prévention par les autorités médicales.

Dans une étude française (35), où des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'hommes majeurs et volontaires concernant la sexualité, il en ressort que les hommes interrogés souhaitent que le MG ait une attitude active, entreprenante pour questionner le patient. La sexualité est considérée comme quelque chose d'important dans la vie des participants. Les réponses des participants laissent apparaître des différences dans les relations que chacun entretient avec son MG. Certains ont affirmé pouvoir parler de tout avec leur MG du fait d'une relation de confiance établie et d'une ambiance détendue. Tandis que, pour d'autres, parler de leur sexualité au MG porterait atteinte à leur estime de soi.

Les participants ont cité trois éléments facilitant l'abord de la sexualité : la confiance, le cadre professionnel et l'attitude bienveillante du MG. Trois compétences médicales étaient requises pour aborder la sexualité : savoir communiquer, savoir saisir l'opportunité et savoir se donner du temps. Ils ont proposé des outils de communication possibles pour faciliter l'abord du sujet : les affiches en salle d'attente et 3 exemples de questions ouvertes. Les représentations de la sexualité et du rôle du MG se sont avérées très diversifiées.

Deux thèses ont été écrites concernant l'abord de la sexualité en médecine générale (36,37). Elles ont montré que la question concernant le sexe du partenaire était acceptable, qu'elle ne gênait pas les patients mais le médecin (97%), ce qui recoupe les résultats de la thèse de Broc A. (29) où 70,8% des répondants sont enclins à révéler le sexe de leur partenaire au MG. Leur proposition était d'intégrer les questions sur la sexualité dans la « checklist ».

Même si dans notre étude, la majorité des patients ne souhaitent pas aborder la sexualité avec leur MT, le médecin devrait se montrer disponible et proposer une ouverture sur le sujet de la sexualité afin de remplir ses missions de prévention notamment dans les IST.

Le « counselling » désigne les « consultations systématiques organisées dans le cadre des soins de santé primaires en vue de traiter les problèmes émotionnels, psychologiques et sociaux qui influencent la santé et le bien-être des personnes ». Il se caractérise par sa continuité (38). Dans le champ de la santé et du dépistage de l'infection par le VIH, le counseling ou information-conseil personnalisé se pratique en individuel ou en groupe. Il doit être réalisé par des professionnels ou des pairs ayant bénéficié d'une formation minimale à la conduite d'entretien et à la thématique de santé nécessitant l'acquisition par un usager ou un patient de savoirs et de compétences spécifiques (8).

La Communication Brève relative à la Sexualité (38), CBS, tient compte des dimensions psychologiques et sociales de la santé et du bien-être sexuels ainsi que des aspects biologiques. Elle vise à aider les clients à reformuler leurs émotions, leur pensée et leur compréhension et à modifier de cette façon leur comportement ; ainsi, en améliorant leurs capacités d'autorégulation, les clients pourront vivre leur sexualité de manière autonome et satisfaisante, sans prendre de risques. La plupart des approches incluent les quatre composantes suivantes :

- se rendre disponible pour le client : « Avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ? »
- intervenir, poser des questions pour lancer la conversation sur la santé sexuelle et la sexualité: « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? », « Votre vie sexuelle répond-elle à vos attentes ? » ou « Comment vivez-vous vos relations sexuelles ? »
- personnaliser l'approche, mettre en évidence les problèmes : « Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'utilisation des préservatifs ? »
- proposer des solutions, donner des informations

Des études ont décrit les effets de ces améliorations sur différentes populations, y compris les groupes particulièrement vulnérables. Elles ont montré que la CBS diminue les comportements sexuels à risque, augmente l'utilisation rapportée du préservatif masculin, en particulier chez les populations à risque et diminue l'incidence des IST (38).

V. CONCLUSION.

Les patients du CDAG de Bordeaux représentent une population jeune, concernée par la sexualité et sensibilisée au dépistage du VIH et des IST. Ils viennent au CDAG essentiellement pour des raisons pratiques à savoir les consultations sans rendez-vous et le regroupement dans un même lieu de la consultation et du prélèvement, avant même de venir pour l'anonymat et la gratuité des soins.

Cependant, même si l'anonymat ne semble pas être la priorité, les patients recherchent tout de même une confidentialité car la majorité n'a pas parlé de sexualité avec son médecin traitant. Les patients n'ayant pas abordé la sexualité viennent plus souvent au CDAG car ils n'osent pas en parler au MT, ils ne veulent pas en parler au MT, surtout si celui-ci est médecin d'autres membres de la famille, n'aborde pas spontanément la sexualité, ou est de sexe opposé.

Il semble y avoir plusieurs freins, venant des patients mais aussi des MT, à parler de sexualité et qui mériteraient d'être davantage explorés.

Au vu des recommandations de l'HAS et du rapport du HCSP, le médecin généraliste doit avoir une place centrale dans le dépistage et la prévention des IST et du VIH. Parler de sexualité avec un patient, c'est amorcer la prévention et le dépistage du VIH et des IST mais c'est aussi s'intéresser à sa santé sexuelle : une sexualité épanouie est associée à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à une meilleure santé.

Le counselling et la Communication Brève relative à la Sexualité donnent des pistes aux médecins pour aborder la sexualité avec des questions ouvertes, sachant qu'un grand nombre de patients est prêt à révéler le sexe de son partenaire à son MT.

Avec l'arrivée des autotests VIH, le dépistage individuel risque de s'intensifier mais ce n'est pas pour autant que la prévention par le médecin traitant doit être écartée.

REFERENCES.

- (1) Ministère de la Santé et des Sports, Yéni P dir. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010 - Recommandations du groupe d'experts. La Documentation Française ; 2010 Sept. Disponible en ligne. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf
- (2) Ministère de la Santé et des Sports, Morlat P dir. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. La Documentation Française. Disponible en ligne. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
- (3) Bourdillon F. Point épidémiologique-Infection par le VIH/SIDA et les IST. 2015. Institut National de Veille Sanitaire. Disponible en ligne. <http://invs.santepubliquefrance.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>
- (4) Bourdillon F. Dépistage du VIH : une augmentation du nombre de tests positifs dans une activité de dépistage importante et stable. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(32-33):532-4. Disponible en ligne. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_0.html
- (5) Haute Autorité de Santé. Recommandations en Santé Publique. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositifs de dépistage. Octobre 2009. Disponible en ligne. 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
- (6) Cazein F, Le Strat Y, Le Vu S et al. InVS. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2011. Numéro thématique. VIH/sida en France : données de surveillance et études. BEH 46-47-déc 2012. p 529-533. Disponible en ligne. [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_11145](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB_11145)
- (7) Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. 2010. Disponible en ligne. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- (8) CAZEIN F, LE VU S, PILLONEL J et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009. Bull Epidemiol Hebd 45-46-nov 2010. p 451-454. Disponible en ligne. http://invs.santepubliquefrance.fr//display/?doc=beh/2010/45_46/index.htm

(9) Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/RI2 n° 2012-222 du 1er juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH BO. Santé – Protection sociale – Solidarité no 2012/7 du 15 août 2012. p 339-344. Disponible en ligne.

http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-07/ste_20120007_0100_0093.pdf

(10) Agence Régionale de Santé. Aquitaine. Communication personnelle. Rapport d'activité du CDAG de Bordeaux du premier trimestre 2015.

(11) Delatour F, Daniault K, Troussier T. Inpes. La santé en action. N° 423. Dossier santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ? De la prévention des maladies sexuellement transmissibles à la santé sexuelle. Mars 2013. p 12-14. Disponible en ligne.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-423.pdf>

(12) Gautier A. Inpes. Baromètre santé médecins généralistes. 2009. Disponible en ligne.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>

(13) Fagard C, Champenois K, Joseph JP, Riff B, Messaadi N, Lacoste D, et al. Dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes : étude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(21-22):395-400. Disponible en ligne. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/21-22/2014_21-22_4.html

(14) Lert. F, Lydié. N, Richard. J. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques. Inpes. 2009.

(15) OMS. Communication brève relative à la sexualité. Recommandations pour une approche de santé publique. 2015. Disponible en ligne.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf?ua=1

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

(17) Barlet.M, Collin.C, Dress et al. Insee Première n° 1418. Offre de soins de premiers recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. Octobre 2012. Disponible en ligne. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1418

(18) Assurance maladie. Les consultations en métropole. Soins et remboursements. 2014. Disponible en ligne. <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php>

(19) Insee. Population par sexe et âge au 1er janvier 2015 : comparaisons régionales et départementales.

Disponible en ligne. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#titre-bloc-1>

- (20) Insee. Estimation de population. Pyramides des âges : 2015. Disponible en ligne. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418110?p1=r75&p2=r97&annee=2015>
- (21) Lettre de la CPAM de la Gironde concernant le nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant en 2015. Communication personnelle.
- (22) Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2004. Inpes. Enquêtes KABP. Disponible en ligne. <http://www.anrs.fr/Ressources-et-publications/Grandes-enquetes/Les-enquetes-KABP-Knowledge-attitudes-beliefs-and-practices>
- (23) Bajos N, Bozon M. ANRS. Contexte Sexualité en France 2007 : Premiers résultats de l'enquête CSF.
- (24) Enquête IFOP pour Têtu. Le profil de la population gay et lesbienne en 2011. «Qui sont les homos français ?». 24 juin 2011. Disponible en ligne. http://www.ifop.com/media/poll/1546-1-study_file.pdf
- (25) Les jeunes face au SIDA : représentations et comportements face à l'épidémie. Paris : IFOP ; 12 Nov 2007. 40 p. Disponible en ligne. http://www.ifop.com/media/poll/jeunes_sida.pdf
- (26) Patoureau M, Poirier Y, Michau C et al. Médecine et maladies infectieuses. Vol 44. P04. Place de l'anonymat dans les centres de dépistage anonyme et gratuit. Juin 2014. Disponible en ligne. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X14702938>
- (27) Donguy E. Quels sont les obstacles au dépistage du VIH et à l'abord de la sexualité en cabinet de MG ? Représentations des patients. Th D Med ; 2012.
- (28) 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 Infectious Disease 2013; 13:200.
- (29) Broc A. Sexualité et bien-être sexuel : En parler pour améliorer la santé de nos patients. Exemple de la vaccination contre l'hépatite A chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Th D Med ; 2016.
- (30) Institut National de Veille Sanitaire. Enquête Presse Gay France 2004. 2007. Disponible en ligne. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf
- (31) HSCP. Santé sexuelle et reproductive. Mars 2016. Disponible en ligne. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
- (32) La Prophylaxie Pré Exposition. Ressources numériques. Disponible en ligne. <http://vih.org/dossier/prep-prophylaxie-pre-exposition>

(33) CNS et ANRS, dir Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Actualisation 2015 du rapport 2013. Oct 2015. Disponible en ligne. http://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/10/dias_experts-vih_2015.pdf

(34) Charpentier C. 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. Th D Med ; 2012.

(35) Bartoli S, Grandcolin S. Aborder la sexualité masculine en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. Exercer. Vol 27, n° 124. 2016. P 52-59.

(36) Aim A. Etude REPEVHI-1. L'identification des facteurs de risques de virose chronique (VHI, VHB, VHC) est-elle possible en consultation de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. Paris : Faculté UFR de médecine Paris 7 Diderot ; 2014.

(37) Prothon E. Etude REPEVHI-2. L'identification des facteurs de risques de virose chronique (VHI, VHB, VHC) est-elle possible en consultation de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. Paris : Faculté UFR de médecine Paris 7 Diderot ; 2015.

(38) OMS. Communication brève relative à la sexualité. Recommandations pour une approche de santé publique. 2015.

ANNEXES.

Annexe 1. Questionnaire officiel du CDAG



Numéro d'anonymat :



Direction générale adjointe chargée de la solidarité
Pôle solidarité vie sociale
Direction de la promotion de la santé
Maison départementale de la santé

Date 1 :	Code horaire 1 :
Date 2 :	Code horaire 2 :
Date 3 :	Code horaire 3 :
Date 4 :	Code horaire 4 :

Maison Départementale de la Santé

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

SIDA

Hépatites

IST

MAISON DEPARTEMENTALE DE LA SANTE

Consultation de dépistage anonyme et gratuit de

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire *absolument anonyme*, les réponses seront précieuses au médecin pour apprécier votre situation et prescrire les tests adaptés.

Date :

.....

SEXE : 1 <input type="checkbox"/> Homme 2 <input type="checkbox"/> Femme ANNEE DE NAISSANCE : ----	
---	--

NIVEAU D'ETUDES 1 <input type="checkbox"/> Ecole primaire, CAP, BEP 2 <input type="checkbox"/> Secondaire, BEPC, BAC 3 <input type="checkbox"/> Diplôme supérieur au Bac (DUT, DEUG, BTS, universités, Grandes Ecoles...)	SITUATION VIS A VIS DU TRAVAIL <i>Une seule réponse si possible, celle qui résume le mieux votre situation</i> 1 <input type="checkbox"/> Travail stable (salarié, indépendant y compris intérim, temps partiel...) 2 <input type="checkbox"/> Stage insertion, petits travaux, jobs, chômage, recherche d'emploi... 3 <input type="checkbox"/> Poursuite d'études, formation, formation en alternance 4 <input type="checkbox"/> Pas de recherche d'emploi (« au foyer ») 5 <input type="checkbox"/> Autre (inactivité totale ou partielle pour maladie, retraite, ...)
---	---

ORIGINE GEOGRAPHIQUE (Continent) 0 <input type="checkbox"/> France métropolitaine 1 <input type="checkbox"/> DOM-TOM 2 <input type="checkbox"/> Afrique du Nord (Maghreb) 3 <input type="checkbox"/> Afrique subsaharienne 4 <input type="checkbox"/> Europe occidentale 5 <input type="checkbox"/> Europe de l'Est 6 <input type="checkbox"/> Amérique et Haïti 7 <input type="checkbox"/> Asie et Océanie 8 <input type="checkbox"/> Autres :		
SI ORIGINE HORS FRANCE : Depuis combien de temps en France : 1 <input type="checkbox"/> Moins d'1 an 2 <input type="checkbox"/> 1 à 5 ans 3 <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans		
NATIONALITE ACTUELLE : ----- 1 <input type="checkbox"/> Française 2 <input type="checkbox"/> Etrangère		

TESTS ANTERIEURS VIH <i>Avez-vous déjà été testé pour le virus du sida ? (ne pas compter les tests faits lors des dons de sang)</i> 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 8 <input type="checkbox"/> Ne sait pas Combien de fois au total ?fois Année du premier test : ----	ANNEE DU DERNIER TEST VIH : ----
---	--

CONNAISSANCE DU LIEU <i>Comment avez-vous connu ce lieu ? (une seule réponse si possible)</i>	
1 <input type="checkbox"/> Par des amis, des proches, le bouche à oreille 2 <input type="checkbox"/> Par votre médecin traitant 3 <input type="checkbox"/> A l'hôpital, au dispensaire, au centre de santé 4 <input type="checkbox"/> Par campagne d'information (tract, affiche, presse, Télévision)	5 <input type="checkbox"/> Appel à Sida-Info-Service 6 <input type="checkbox"/> Par un annuaire, Internet, etc 7 <input type="checkbox"/> Vous êtes déjà venu, vous connaissez 8 <input type="checkbox"/> Autrement

DEMANDE DE TEST VIH *Vous souhaitez :*

Faire un dépistage pour le VIH Faire un test des hépatites Autres :

PRISE DE RISQUE *Pensez-vous avoir pris un risque vis-à-vis du VIH ?*

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

RAISON DE FAIRE UN TEST VIH	PARTICULARITES DE VOS PARTENAIRES
<i>Si possible une seule réponse, celle qui correspond le mieux à votre situation</i>	
1 <input type="checkbox"/> Vous avez une Infection Sexuellement Transmissible (IST)	1 <input type="checkbox"/> Hétérosexuel(s)
2 <input type="checkbox"/> A la suite d'un incident de préservatif	2 <input type="checkbox"/> Homo-Bisexuel(s)
3 <input type="checkbox"/> Avant d'arrêter les préservatifs avec votre partenaire	3 <input type="checkbox"/> Partenaire(s) ayant une IST
4 <input type="checkbox"/> Changement de partenaire	4 <input type="checkbox"/> Partenaire(s) VIH Positif
5 <input type="checkbox"/> Vous avez un doute sur la fidélité du partenaire	5 <input type="checkbox"/> Partenaire(s) originaire d'un pays à forte prévalence (Asie, Afrique Sub-saharienne...)
6 <input type="checkbox"/> Peur d'une contamination après un rapport sexuel	6 <input type="checkbox"/> Toxicomane(s) (IV, Sniff)
7 <input type="checkbox"/> Vous pensez avoir pris des risques sous l'emprise de produits (alcool, ecstasy...)	7 <input type="checkbox"/> Prostitué(e)(s)
10 <input type="checkbox"/> A la suite de violences sexuelles, de rapports non consentis	
16 <input type="checkbox"/> Sans raison particulière, pour voir	
17 <input type="checkbox"/> Vous voulez contrôler un résultat précédent	
18 <input type="checkbox"/> Autre :	

VOUS AVEZ DES RAPPORTS :	NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LES 12 DERNIERS MOIS
2 <input type="checkbox"/> Avec des personnes du sexe opposé	Nombre total de partenaires femmes au cours des 12 derniers mois
3 <input type="checkbox"/> Avec des personnes du même sexe	Nombre total de partenaires hommes au cours des 12 derniers mois
4 <input type="checkbox"/> Avec des personnes des deux sexes	

ETES-VOUS VACCINNE(E) CONTRE L'HEPATITE B ?

Oui Non Ne sait pas Vaccin incomplet Je suis immunisé(e) car je l'ai eue

AVEZ-VOUS ETE TRANSFUSE(E) AVANT 1992 ?	AVEZ-VOUS EU UNE CHIRURGIE LOURDE AVANT 1992?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AVEZ-VOUS EU UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG ?	
<input type="checkbox"/> Oui Date : <input type="checkbox"/> Non	
AVEZ-VOUS EU UN TATOUAGE ?	UN PIERCING ?
<input type="checkbox"/> Oui date ? : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui date ?..... <input type="checkbox"/> Non
	FAIT DE L'ACUPUNCTURE ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AVEZ-VOUS DEJA PRIS DE LA DROGUE (même une seule fois) par voie veineuse ou nasale (SNIFF)?	
<input type="checkbox"/> Oui date ?..... <input type="checkbox"/> Non	
AVEZ-VOUS FAIT UN SEJOUR EN PRISON ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
HEPATITE DANS L'ENTOURAGE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ne sait pas	

Annexe 2. Auto-questionnaire de notre étude.

QUESTIONNAIRE ANONYME A REMPLIR DANS LE CADRE D'UNE THESE.

Actuellement médecin remplaçant en médecine générale, je réalise ma thèse sur les « Raisons pour lesquelles les patients, ayant un médecin traitant, consultent au Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, pour le dépistage du VIH et des Infections sexuellement transmissibles (IST). » Je vous serais très reconnaissante de bien vouloir répondre à ce questionnaire anonyme. Si vous souhaitez avoir les résultats de la thèse, vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante : karine.nivard@u-bordeaux.fr.
Karine NIVARD

Concernant votre couverture sociale, vous avez :

sécurité sociale sans mutuelle sécurité sociale avec mutuelle CMU aide médicale d'état aucune je ne sais pas

Avez-vous un médecin traitant ou un médecin de famille ?

oui non. → Si non, allez directement au tableau, et remplissez les 6 premières lignes.

Combien de fois l'avez-vous vu dans les 12 derniers mois ?

0 fois 1 fois entre 2 et 5 fois plus de 5 fois

Depuis combien de temps connaissez-vous votre médecin traitant ? moins de 5 ans entre 5-10 ans plus de 10 ans

Votre médecin traitant est : un homme une femme

Quel âge a approximativement votre médecin ? moins de 40 ans entre 40-55 ans plus de 55 ans

Votre médecin traitant est-il aussi médecin d'autres membres de votre famille ? oui non

Avez-vous déjà abordé avec lui votre sexualité ? oui non

→ Si non, aimeriez-vous que ce soit votre médecin traitant qui aborde le sujet de la sexualité ? oui non

Votre médecin vous a-t-il déjà prescrit un test de dépistage (test sang, urines) des IST-VIH ? oui non

Etes-vous déjà venu au CDAG dans les 2 derniers mois pour faire un test de dépistage des IST ? oui non

Pourquoi venez-vous au CDAG plutôt que chez votre médecin traitant pour le dépistage du VIH et des IST ? Mettez une croix par item entre 0 (Je ne viens pas du tout pour cette raison) et 3 (c'est tout à fait pour cette raison que je viens).

	0 : Je ne viens pas du tout pour cette raison	1 : je viens un peu pour cette raison	2 : Je viens beaucoup pour cette raison	3 : c'est tout à fait pour cette raison que je viens
Consultation gratuite				
Anonymat				
Souhait de rencontrer des spécialistes des IST et du VIH				
Proximité du lieu d'habitation et/ou de travail				
Consultations sans RDV				
Consultations et test de dépistage dans un même lieu				
Vous ne saviez pas que votre médecin pouvait prescrire le dépistage				
Vous n'OSEZ pas aborder la sexualité avec votre médecin (peur d'être jugé par le médecin)				
Vous ne VOULEZ pas aborder la sexualité avec votre médecin				
Votre médecin est le médecin de famille, vous avez peur qu'il en parle				
Votre médecin n'aborde pas le sujet				
Votre médecin est du sexe opposé				
Vous ne voyez que rarement votre médecin				
Vous souhaitez faire le dépistage à plusieurs (partenaire, proche...)				

En vous remerciant pour votre participation.

Annexe 3. Note explicative pour le personnel du CDAG.

THESE MEDECINE GENERALE KARINE NIVARD

Titre : Raisons pour lesquelles les patients, ayant un médecin traitant, consultent au CDAG pour le dépistage du VIH et des IST.

DISTRIBUTION DES AUTOQUESTIONNAIRES du lundi 30/03 au vendredi 05/06/2015.

- Lors de l'entretien par la conseillère, donner les autoquestionnaires anonymes (en même temps que le questionnaire officiel) A TOUS LES PATIENTS QUI VIENNENT POUR LE **DEPISTAGE CDAG ET PAS LES CIDDIST**.

- Dans la salle d'attente : les patients remplissent le questionnaire.

- Lors du prélèvement :
 - l'infirmière récupère les questionnaires : **RECUPERER TOUS LES QUESTIONNAIRES MEME CEUX QUI NE SONT PAS REMPLIS**
 - elle **colle l'étiquette d'anonymat** en haut du questionnaire
 - elle range le questionnaire dans une chemise cartonnée

- En cas de questionnaire non rempli : INDIQUER LE MOTIF (refus, difficultés pour lire et écrire, problème de langue...).

Merci à tous pour votre aide !

En cas de questions, vous pouvez me joindre au 06 84 15 65 26.

Karine NIVARD, médecin remplaçant

Annexe 4. Poster pour les JNI 2017.

VIH-27

Pour quelles raisons les patients ayant un médecin traitant consultent au CDAG pour le dépistage du VIH.

K. Nivard-Duguet¹, I. Le Hen², E. Prothon¹, J-P. Joseph¹

1. Département de médecine générale, Université de Bordeaux

2. CeGIDD 33, Département de la Gironde, Direction de la promotion de la Santé

Introduction

De nombreux patients consultaient en 2014 en Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) pour un dépistage du VIH alors qu'ils avaient déclaré un médecin traitant (MT). L'objectif de notre étude était d'en comprendre les raisons.

Méthodes

Nous avons élaboré un **auto-questionnaire anonyme** composé de dix questions fermées, et d'un tableau détaillant les différentes raisons de venue au CDAG avec un choix entre 0 (pas du tout la raison de la venue) et 3 (tout à fait la raison de la venue). Il a été **distribué au CDAG de Bordeaux du 30 mars au 5 juin 2015** à toutes les personnes consultant pour un dépistage du VIH.

Résultats

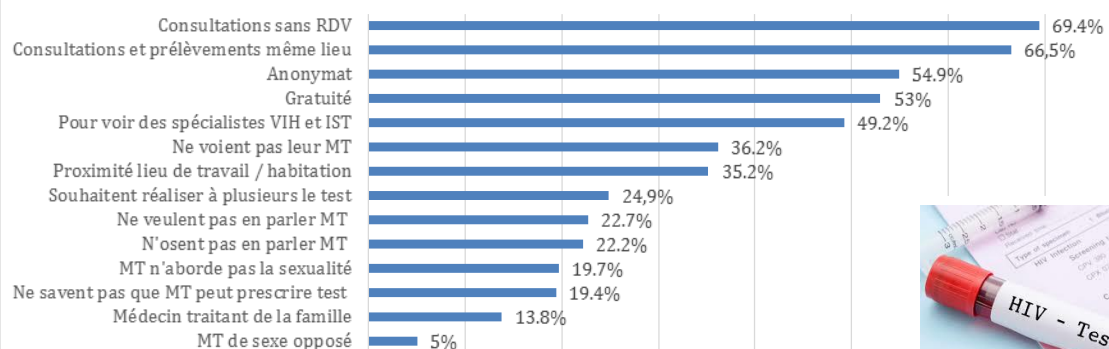
Généralités :

- 1006 questionnaires distribués, 890 exploitables
- **788 patients (88,5%) ont un MT** et ont une moyenne d'âge **28 ans** [16-69 ans]
- 80 % ont une sécurité sociale avec mutuelle, 87% viennent de France métropolitaine
- 83,9% sont hétérosexuels, 9,3% homosexuels et 4,3% bisexuels
- 66,1% ont un niveau supérieur au BAC
- **78,4% n'ont jamais eu de test VIH prescrit par leur MT.**

Relation avec MT :

- **70,6% des patients n'ont jamais abordé la sexualité avec leur MT**, plus souvent si le médecin assurait le suivi depuis moins de 5 ans ou était un homme ($p < 0,01$).
- parmi ceux-là, 70,5% ne souhaitaient pas que leur MT aborde ce sujet : ils étaient plus significativement hétérosexuels (OR 0,3 ; $p = 0,02$) ou de sexe féminin (OR 0,2 ; $p = 0,03$).
- les **homosexuels (97,3% d'hommes) souhaiteraient que le MT aborde la sexualité s'il ne l'a pas fait à 50% vs 27,5%** pour les hétérosexuels ($p < 0,01$).

Fig. Répartition des raisons de venue au CDAG (modalités « beaucoup » et « tout à fait ») n=788.



Conclusion

Les patients consultent **davantage au CDAG pour des raisons pratiques** que pour l'anonymat et la gratuité, mais ils cherchent aussi une **certaine confidentialité** car la majorité n'a jamais parlé de sexualité avec son médecin traitant.

Contact : Karine NIVARD-DUGUET

université
de BORDEAUX

Département

SERMENT D'HIPPOCRATE.

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME en français :

Introduction. De nombreux patients consultaient en 2014 en Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) pour un dépistage du VIH alors qu'ils avaient déclaré un médecin traitant (MT). L'objectif de notre étude était d'en comprendre les raisons.

Matériels et Méthodes. Un auto-questionnaire anonyme a été distribué à toute personne consultant au CDAG de Bordeaux du 30 mars au 5 juin 2015 pour un dépistage du VIH. Les patients présentant des symptômes d'infection sexuellement transmissible ou venant chercher des résultats étaient exclus de l'étude.

Résultats. Sur les 1006 questionnaires distribués, 890 étaient exploitables. 788 patients (88,5%) avaient un médecin traitant. Parmi ces personnes, d'âge moyen 28 ans, 83,9% étaient hétérosexuels, 9,3% homosexuels et 4,3% bisexuels. Par ordre de fréquence, 69,4% venaient pour les consultations sans rendez-vous, 66,5% pour le fonctionnement pratique d'une consultation et du prélèvement au même endroit, 54,9% pour l'anonymat, 53% pour la gratuité des soins, 49,2% pour rencontrer un spécialiste des IST, 35,2% pour la proximité du lieu d'habitation ou du travail, 22,7% car ils ne voulaient pas en parler à leur MT. Plus de 70% des consultants déclaraient n'avoir jamais abordé la sexualité avec leur MT, plus souvent si le médecin assurait le suivi depuis moins de 5 ans ou était un homme ($p < 0,01$). Parmi ces patients, 70,5% ne souhaitaient pas que leur MT aborde ce sujet, surtout s'ils étaient hétérosexuels (OR 0,3 ; $p = 0,02$) ou de sexe féminin (OR 0,2 ; $p = 0,03$).

Conclusion. Les patients consultent davantage au CDAG pour des raisons pratiques que pour l'anonymat et la gratuité, mais ils cherchent une certaine confidentialité car la majorité n'a jamais parlé de sexualité avec son médecin traitant.

TITRE en anglais :

Reasons why patients, who have general doctors, come to the Anonymous and Free Screening Center of Bordeaux to do VIH screening.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : VIH, dépistage, CDAG, sexualité, médecin généraliste

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE :

Université Bordeaux, DMG Bordeaux