



**HAL**  
open science

**L'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique  
en médecine générale modifie-t-elle les représentations  
et les pratiques des médecins autour du thème du VIH ?  
Une étude réunionnaise**

Benjamin Lescroart

► **To cite this version:**

Benjamin Lescroart. L'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique en médecine générale modifie-t-elle les représentations et les pratiques des médecins autour du thème du VIH ? Une étude réunionnaise. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01811547

**HAL Id: dumas-01811547**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01811547>**

Submitted on 9 Jun 2018

**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.

**Année 2017-2018, n°46**

**THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
Spécialité : Médecine générale**

**L'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique en  
médecine générale modifie-t-elle les représentations et les  
pratiques des médecins autour du thème du VIH ?  
Une étude réunionnaise.**

Présentée et soutenue publiquement :  
**le 19 avril 2018 à Saint Pierre (Réunion)**

**Par Benjamin LESCROART**

né le 07/11/1988 à Croix (59)

---

<b><u>Président du jury :</u></b>	Professeur FRANCO Jean-Marc
<b><u>Directeur de thèse :</u></b>	Docteur DOMERCQ Alain
<b><u>Rapporteur de thèse :</u></b>	Docteur SIMON Hector
<b><u>Membre du jury :</u></b>	Docteur LERUSTE Sébastien
<b><u>Membre du jury :</u></b>	Docteur DUHAMEL Sylvie

**Année 2017-2018, n°46**

**THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
Spécialité : Médecine générale**

**L'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique en  
médecine générale modifie-t-elle les représentations et les  
pratiques des médecins autour du thème du VIH ?  
Une étude réunionnaise.**

Présentée et soutenue publiquement :  
**le 19 avril 2018 à Saint Pierre (Réunion)**

**Par Benjamin LESCROART**

né le 07/11/1988 à Croix (59)

---

<b><u>Président du jury :</u></b>	Professeur FRANCO Jean-Marc
<b><u>Directeur de thèse :</u></b>	Docteur DOMERCQ Alain
<b><u>Rapporteur de thèse :</u></b>	Docteur SIMON Hector
<b><u>Membre du jury :</u></b>	Docteur LERUSTE Sébastien
<b><u>Membre du jury :</u></b>	Docteur DUHAMEL Sylvie



## REMERCIEMENTS

**Au Professeur Jean-Marc FRANCO** pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse.

**Au Dr Alain DOMERCQ**, directeur de thèse. Merci pour la confiance que tu m'as témoigné tout au long de ce travail fastidieux mais passionnant. Merci pour toutes ces riches discussions qui ont fait évoluer ma vision du VIH et de la médecine en général. Cette thèse aura été une belle aventure professionnelle mais également une belle aventure humaine.

**Au Dr Sébastien LERUSTE**, membre du jury. Merci pour toute l'aide que tu nous as apporté à travers ton précieux avis expert en recherche qualitative. Merci pour ta bienveillance envers mon travail et tes nombreux encouragements.

**Au Dr Hector SIMON**, rapporteur de thèse. Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse en tant que rapporteur, rôle particulièrement important, garant de la qualité du travail présenté ce jour.

**Au Dr Sylvie DUHAMEL**, membre du jury. Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse malgré l'éloignement géographique et les difficultés techniques auxquelles il nous expose.

**Aux médecins ayant accepté de participer à notre étude.** Merci d'avoir donné de votre temps et de votre énergie. C'était une étude longue nécessitant une implication importante de la part des participants, et vous avez su remplir votre rôle avec brio.

**Au Dr Michel CUNNIN.** Merci pour votre disponibilité et vos conseils précieux en recherche qualitative.

**A l'ARPS** (Association réunionnaise de prévention en santé sexuelle). Merci pour votre participation active à notre étude. Merci pour la mise à disposition des TROD, pour l'aide apportée par Fabien, pour la participation financière aux frais de l'étude et enfin pour l'aide financière lors de ma participation au congrès du CNGE 2017 à Montpellier.

**Au Collège des généralistes enseignants de l'Océan Indien (CGEOI)** pour leur participation financière à ma présentation de projet de thèse au congrès du CNGE de 2017 à Montpellier.

**A la clinique radiologique des Alizées.** Merci pour la mise à disposition gracieuse de votre salle de réunion, ayant permis une mise en place agréable des focus groups Nord-Est.

**A l'URML Océan Indien.** Merci pour la mise à disposition gracieuse de votre salle de réunion, ayant permis une mise en place agréable des focus groups Sud-Ouest.

**A mes parents.** Merci pour tout ce que vous êtes, pour votre amour qui dépasse les frontières, pour m'avoir donné le goût du travail et le goût des autres, pour avoir été là toutes ces années, pour m'avoir toujours soutenu dans mon projet professionnel et dans ma vie personnelle. Merci également pour votre relecture patiente et attentive.

## LISTE DES ABREVIATIONS

- **TROD** : Test rapide d'orientation diagnostique
- **TDR** : Test de détection rapide
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine
- **SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise
- **VHC** : Virus de l'hépatite C
- **VHB** : Virus de l'hépatite B
- **IST** : Infection sexuellement transmissible
- **INVS** : Institut de veille sanitaire
- **TASP** : treatment as prévention (« le traitement en tant que prévention »)
- **PREP** : traitement pré-exposition
- **TPE** : traitement post-exposition
- **IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- **CRP** : Protéine C-réactive
- **HSH** : homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
- **UDI** : usager de drogue intraveineuse
- **HAS** : haute autorité de santé
- **PMI** : Protection maternelle et infantile
- **CeGIDD** : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
- **URML** : Union régionale des médecins libéraux
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **ONUSIDA** : UNAIDS en anglais, programme de l'ONU destiné à coordonner les actions des différentes agences de l'ONU spécialisées dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA
- **ANRS** : Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament

# TABLE DES MATIERES

<b>CONTEXTE</b> .....	p.9
<b><u>I) L'infection au VIH, une pathologie au contexte particulier</u></b> .....	p.9
1) Caractéristiques principales du virus.....	p.9
2) Histoire d'une pandémie.....	p.9
<b><u>II) Le VIH en 2017</u></b> .....	p.11
1) Dans le monde, chiffres d'ONUSIDA.....	p.11
2) En France, chiffres de l'INVS.....	p.12
3) À la réunion.....	p.12
<b><u>III) Le dépistage du VIH en France</u></b> .....	p.13
1) la Sérologie VIH.....	p.13
2) Les Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).....	p.14
3) Les autotests VIH.....	p.19
<b><u>IV) Actualités dans la lutte contre le VIH en France</u></b> .....	p.19
1) Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de mars 2017.....	p.19
2) Concept du « TasP », treatment as prévention.....	p.20
3) Les cibles 90-90-90.....	p.20
4) Le traitement préexposition (PrEP).....	p.21
5) La stratégie de prévention combinée.....	p.21
<b>INTRODUCTION</b> .....	p.22
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	p.23
<b><u>I) Type d'étude</u></b> .....	p.23
<b><u>II) Population de l'étude</u></b> .....	p.23
<b><u>III) Recueil des données</u></b> .....	p.23
1) Phase exploratoire initiale.....	p.23
2) Phase de formation à l'outil TROD.....	p.24
3) Phase de réalisation des TROD au sein des cabinets.....	p.24
4) Nouvelle phase exploratoire suite à l'utilisation des TROD.....	p.25
5) Retranscription des entretiens.....	p.25
<b><u>IV) Analyse des données</u></b> .....	p.25
<b><u>V) Critères de validité</u></b> .....	p.25
1) Validité interne.....	p.25
2) Validité externe.....	p.26
<b><u>VI) Critères éthiques</u></b> .....	p.26

<b>RESULTATS</b> .....	p.27
<b>I) Analyse chiffrée</b> .....	p.27
1) Population de l'étude.....	p.27
2) Tests effectués.....	p.27
<b>II) Déroulement de l'étude</b> .....	p.28
1) Première série d'entretiens.....	p.28
2) Formation à l'utilisation des TROD.....	p.29
3) Période d'utilisation des TROD.....	p.29
4) Deuxième série d'entretiens.....	p.29
<b>III) Analyse qualitative de la première série d'entretien</b> .....	p.30
1) Les médecins et le VIH, une relation complexe.....	p.30
2) Impact de cette complexité sur les représentations et pratiques.....	p.33
3) Parallèle entre ces notions ; Le règne de l'ambivalence.....	p.40
4) Les TROD vus par les médecins de l'étude « a priori ».....	p.40
5) Résumé de cette première phase d'analyse.....	p.42
<b>IV) Analyse qualitative de la deuxième série d'entretiens</b> .....	p.42
1) Recherche de modifications des représentations et des pratiques.....	p.43
2) Retour d'expérience de l'outil TROD en cabinet de médecine générale.....	p.45
<b>DISCUSSION</b> .....	p.51
<b>I) Nos résultats</b> .....	p.51
1) Résultat principal.....	p.51
2) Résultats secondaires.....	p.52
3) Autres résultats.....	p.53
<b>II) Comparaison à la littérature</b> .....	p.55
1) Résultat principal.....	p.55
2) autres résultats.....	p.55
<b>III) Forces et faiblesses de notre étude</b> .....	p.58
1) Forces identifiées.....	p.58
2) Faiblesses identifiées.....	p.58
<b>IV) Perspectives en soins premiers</b> .....	p.59
1) Perspectives de soin.....	p.59
2) Perspectives de recherche.....	p.60
<b>CONCLUSION</b> .....	p.61
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p.62
<b>ANNEXES</b> .....	p.65
<b>RESUME</b> .....	p.76
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	p.77

# CONTEXTE

## 1) L'infection au VIH, une pathologie au contexte particulier

### 1) Caractéristiques principales du virus

Le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus à grande variabilité génomique. Il existe 2 types de VIH (1 et 2) subdivisés en différents groupes et sous types, dont la répartition varie en fonction de la région géographique considérée.

Sa pathogénie est liée essentiellement à la destruction progressive du système immunitaire par atteinte des lymphocytes T CD4. La perte de ces lymphocytes provoque une inflammation chronique délétère pour l'organisme, associée à une immunodépression d'aggravation progressive jusqu'à atteindre le Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La médiane d'évolution entre primo-infection et SIDA est de 10 ans (sans traitement spécifique) mais il existe une grande variabilité interpersonnelle (1).

Le virus du SIDA est transmissible lors des situations suivantes :

- lors d'une exposition au sang et ses dérivés (transfusion, transplantation, partage de seringue, accident d'exposition professionnel)
- lors d'une exposition sexuelle (a fortiori en cas de rapport anal, de lésion génitale, de saignement, d'infection sexuellement transmissible concomitante)
- lors d'une grossesse avec transmission de la mère à l'enfant, au cours du 3ème trimestre de grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

### 2) Histoire d'une pandémie

#### a) 5 juin 1981 : première publication médicale en rapport avec le VIH

A cette date, le CDC (Center for disease control) d'Atlanta fait paraître son MMWR (Mortality and morbidity weekly report) (2). Dans ce numéro, il fait état de cinq cas graves de pneumocystose, infection pulmonaire rare et habituellement peu sévère, atteignant préférentiellement des patients immunodéprimés. Les cinq patients sont homosexuels et présentent des pathologies opportunistes associées tels que des candidoses.

Par la suite, des cas similaires semblent apparaître de plus en plus fréquemment, aux États-Unis comme en Europe. Les patients présentent en outre des cancers cutanés rares appelés « sarcome de Kaposi » et sont majoritairement issus de la communauté homosexuelle. Des cas d'atteinte d'usagers de drogues intraveineuses (UDI) et d'hémophiles sont également rapportés.

#### b) 20 mai 1983 : identification du virus du SIDA

Les chercheurs français de l'institut Pasteur, en collaboration avec les cliniciens français publient le résultat de leurs recherches : ils sont parvenus à isoler et identifier le virus responsable du SIDA (3). Cette découverte sera récompensée par un prix Nobel 25 ans plus tard.

### c) De 1984 à 1986 : attentisme des pouvoirs publiques et stigmatisation

À partir de cette découverte, les avancées scientifiques s'enchaînent en terme de dépistage et de compréhension des mécanismes de transmission, mais ne sont pas suivies de décisions politiques majeures. La France compte alors plus de 300 malades connus, livrés à eux-mêmes tandis que les soignants se montrent de plus en plus réticents à les prendre en charge, de peur de contracter le virus.

On parle alors de la maladie des « quatre H » pour homosexuel, héroïnomane, hémophile, haïtien. Les malades sont victimes d'une stigmatisation majeure. Aux préjugés liés à leur appartenance à l'un des groupe « H », s'ajoute la peur de cette maladie mortelle mal connue. L'accès au soin, au travail et aux loisirs est de plus en plus difficile. Des associations voient alors le jour afin de soutenir les malades et de faire réagir les politiques en place.

Il faudra attendre 1986 et l'arrivée de Michèle Barzach en tant que Ministre de la Santé pour voir apparaître les premières mesures préventives nationales, tandis que la maladie progresse au sein des populations cibles. Le ministère de la santé se heurte à une partie de l'opinion mais finit par prendre deux mesures fondamentales : l'autorisation de la vente libre de seringues et de la publicité pour le préservatif.

### d) 1987 : une lueur d'espoir de courte durée

Cette année marque l'arrivée de l'azidothymidine (AZT), premier traitement découvert dans la lutte contre le VIH. Malheureusement, celui-ci déçoit malades et soignants. Son efficacité est limitée et les effets indésirables liés à son utilisation s'avèrent dévastateurs.

### e) 1987 à 1996 : La période noire

L'AZT, seule possibilité thérapeutique a déçu, les recherches sur un vaccin sont au point mort. Cette période va marquer une génération. L'épidémie touche de plein fouet la jeunesse occidentale à travers sa communauté gay. La lutte est inégale, les soignants ne disposent pas d'arme thérapeutique efficace et doivent se contenter de lutter contre les maladies opportunistes. Les décès se succèdent. Des patients, essentiellement jeunes, meurent à tour de rôle, laissant l'image de la souffrance et des corps décharnés. Les séropositifs vivent dans la stigmatisation et l'attente anxieuse de l'évolution de leur maladie. C'est à cette époque qu'éclate le scandale du sang contaminé avec les contaminations iatrogènes par transfusion, notamment de patients hémophiles. L'infection au VIH atteint alors les 30 000 morts en France et n'en finit plus de s'étendre.

Les associations (AIDES, Act up...) prennent de l'ampleur. Leurs actions sont multiples : favoriser l'accès aux soins, lutter contre les discriminations, organiser la lutte et délivrer un intense plaidoyer afin de soutenir la communauté des personnes infectées par le VIH.

### f) 1996 : avènement des anti protéases

L'année 1996 marque un tournant dans l'histoire de l'épidémie. Après 13 longues années de recherches, un traitement efficace vient changer radicalement la donne. C'est l'avènement des premières anti protéases hautement actives. Après quelques mois et non sans difficultés, les patients français accèdent au traitement, ce qui permet d'inverser progressivement le cours de l'épidémie avec une diminution des décès liés au SIDA. Les premières trithérapies sont agressives et entraînent des effets indésirables importants, mais redonnent espoir à des milliers de patients. Celles-ci s'améliorent progressivement.

### g) De 1996 à nos jours

La période noire du SIDA est derrière nous en Europe de l'Ouest, l'épidémie est globalement contrôlée même si elle continue à se développer parmi les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et les populations migrantes.

L'urgence est aujourd'hui pour les pays du Sud et de l'Est, notamment l'Afrique subsaharienne qui totalise plus de deux tiers des séropositifs connus, avec un accès difficile aux traitements spécifiques, qui continue à entretenir des drames individuels et une problématique de santé publique mondiale.

Ces années de découverte et de lutte sont importantes à relater car elles ont marqué la population médicale aujourd'hui installée et en activité. Avec un âge moyen de 55 ans, les médecins généralistes français ont vécu et mémorisé la tragédie de cette infection, notamment dans la période précédant l'arrivée des anti protéases hautement actives. Au contraire, les jeunes médecins et les étudiants sont susceptibles d'avoir un regard différent sur cette époque passée et méconnue.

Les représentations de la maladie au sein de la population médicale vont potentiellement varier de façon importante en fonction du vécu de chacun.

## II) Le VIH en 2017

### 1) Dans le monde, chiffres d'ONUSIDA (4)

- 35 millions de personnes sont décédées de pathologies liées au VIH dans le monde depuis les années 80.
- Le VIH a engendré 1 million de décès en 2016 (diminution de 48% depuis 2005).
- 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH, avec 1,8 millions de nouvelles contaminations sur l'année 2016.
- 20,9 millions de personnes avaient accès au traitement antirétroviral en juin 2017 (soit 15,8 millions de personnes non traitées).
- L'Afrique subsaharienne représente près de 70% de l'épidémie actuelle avec 25,5 millions de personnes infectées. La transmission y est majoritairement hétérosexuelle avec plus de la moitié des séropositifs étant des femmes (59% en Afrique de l'Est et du sud et 56% en Afrique de l'Ouest et centrale).

## 2) En France, chiffres de l'INVS (5)

- On évalue à environ 150 000 le nombre de personnes infectées par le VIH en France en 2015, soit une prévalence estimée à 0,22% en population générale.
- En 2017 en France, le dépistage a permis la découverte de 6003 nouveaux cas soit 5% de moins qu'en 2013, malgré une hausse de 4% du nombre de tests effectués.
- 43% des patients diagnostiqués n'avaient jamais été dépistés auparavant.
- 27% des séropositivités sont découvertes à un stade tardif en 2016 (chiffre stable depuis 2013), posant un problème de majoration de la morbi-mortalité et de diminution du contrôle global de l'épidémie.

### a) Répartition selon les modes de transmission

- Les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) représentaient 44% des découvertes de VIH en 2016, chiffre stable et dramatique. Ceux-ci présentent un taux d'incidence du VIH 200 fois supérieur à celui de la population générale.
- Les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les trois quart sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) représentaient 39% des découvertes en 2016.
- Les hétérosexuels nés en France représentaient, eux, 15% du chiffre total. La proportion globale de contamination suite à un rapport hétérosexuel était en baisse de 9%.
- 69% des découvertes de séropositivité concernaient des hommes (dont deux tiers d'HSH).
- Enfin, les UDI représentaient une proportion négligeable des nouvelles infections (1%)

### b) Répartition géographique

La répartition des patients séropositifs sur le territoire français montre des disparités importantes. Cinq régions avaient un taux de découverte de séropositivité supérieur à 100 par million d'habitant, représentant des zones d'actions prioritaires:

- La Guyane (907 par million d'habitants)
- L'Île de France (206 par million d'habitants)
- La Guadeloupe (238 par million d'habitants)
- Mayotte (183 par million d'habitants)
- La Martinique (172 par million d'habitants)

### c) Estimation du nombre de personnes séropositives qui s'ignorent

En 2010, on estimait la proportion de personnes infectées non dépistées autour de 50 000 en France. En 2012, un nouveau modèle statistique croisant les résultats de trois méthodes différentes permet d'établir une nouvelle estimation : 24 000 à 29 000 personnes ignoreraient leur séropositivité en France (6). Ce nouveau calcul a permis notamment la réévaluation de la politique de dépistage (voir chapitre recommandation HAS 2017)

## 3) À la réunion

La maladie fait son apparition tardivement dans le département, expliquant en partie la prévalence

plus faible qu'en métropole (autour de 0,1%). En 2015, 37 nouveaux cas ont été recensés, avec une file active qui s'élevait alors à 916 patients (7).

Selon les données de l'INVS (8), en 2016, l'incidence du VIH à la Réunion était de 43 par million d'habitants, soit moitié moins que la moyenne nationale (90 par million d'habitants).

L'activité de dépistage à la Réunion est très importante (105 tests pour 1000 habitants), supérieure à la moyenne nationale (81 tests pour 1000 habitants). La proportion de tests positifs est estimée à 0,7 pour 1000, inférieure cette fois à la moyenne nationale (environ 2 pour 1000).

L'étude de la population nouvellement diagnostiquée montre une majoration des diagnostics chez les HSH par rapport à 2015 (42% contre 32%) et une atteinte préférentiellement masculine, tout mode de contamination confondu. Les rapports hétérosexuels restent le mode de contamination le plus fréquent en 2016 à La Réunion même si leur part a diminué (58%), la plupart des ces contaminations concernant des ressortissants de la zone Océan Indien. Enfin, Il est intéressant de noter que 45% des diagnostics étaient fait à un stade avancé de la maladie (contre 27% au niveau national).

En résumé : les chiffres de l'année 2016 nous montrent que l'activité de dépistage est plus développée à la Réunion qu'en France métropolitaine. Pourtant, les découvertes de séropositivité sont plus rares avec une incidence moitié moins importante. Au vue des chiffres d'incidence, les HSH et les hommes en général devraient représenter des cibles privilégiées du dépistage et de la prévention. Enfin, malgré les efforts consentis, les découvertes de séropositivité au stade tardif de la maladie sont plus importantes à la Réunion avec une proportion de 45% contre 27% au niveau national.

## VI) Le dépistage du VIH en France

### 1) la Sérologie VIH

#### a) État des lieux des pratiques de dépistage par sérologie VIH

Les tests de dépistage du VIH sont en usage en France depuis 1985. La maladie est alors incurable. Un test positif signifie le décès inéluctable du patient à plus ou moins long terme. Pourtant, il permet la mise en place de mesures préventives, essentielles à la maîtrise de l'épidémie et la prise en charge en soins palliatifs.

Dans ce contexte, le dépistage de l'infection au VIH a posé un problème éthique majeur : faut-il imposer le dépistage ? La santé publique peut-elle prévaloir sur l'intérêt individuel ?

Le conseil de l'Europe, dans sa recommandation R 87 (novembre 1987) et l'organisation mondiale de la santé (OMS) statuent : aucune considération de santé publique ne peut légitimer des mesures de lutte contre le SIDA attentatoires aux droits des individus et notamment des mesures tendant à l'instauration d'un dépistage obligatoire.

La France, à travers le haut conseil de santé publique, confirme en 1992 cette politique de dépistage et l'érige en une démarche volontaire, confidentielle, devant être librement consentie et gratuite (9). Seule dérogation à cette règle : le dépistage obligatoire dans le cadre du don du sang, d'organe, de gamètes, de cellules ou de tissus.

A partir de 1996 et de l'arrivée des trithérapies efficaces, la vision du dépistage évolue. L'intérêt d'un tel test au niveau individuel devient majeur et complète l'intérêt de santé publique. Le recours à celui-ci permet la mise sous traitement d'une partie de la population séropositive. On s'oriente alors vers une inversion du cours de l'épidémie.

Aujourd'hui, Le dépistage de l'infection au VIH en France fait intervenir les structures traditionnelles d'offre de soins hospitalières et ambulatoires (médecins généralistes, gynécologues, dermatologues...), des structures dédiées (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CÉGIDD), PMI, Centres de planification et d'éducation familiale) et le milieu associatif (au sein des associations ou lors d'actions « hors les murs »)

### b) Dépistage sérologique et médecine générale

Le dispositif LABOVIH assure la description de l'activité de dépistage en France depuis 2001 sous la direction de l'INVS (10).

- En 2015, 5,4 millions de sérologies VIH ont été effectuées en France.
- Parmi celles-ci, 76% faisaient suite à une prescription ambulatoire.
- Pourtant 68% des séropositivités étaient découvertes à l'hôpital.

Cette incohérence entre le nombre de sérologies réalisées et le nombre de sérologies positives en médecine ambulatoire pourrait refléter les difficultés des médecins généralistes à atteindre les populations les plus exposées au VIH.

## 2) Les Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

### a) État des lieux des pratiques de dépistage par TROD VIH

#### Les TROD, qu'est ce que c'est ?

Les TROD ne sont pas spécifiques au VIH. Ils existent dans d'autres indications bien connues telles que le TDR angine ou encore le test de grossesse. Ils sont définis comme l'ensemble des dispositifs médicaux utilisables de façon unitaire ou en petite série permettant de donner un résultat rapide et qui ne nécessite pas de procédure automatisée.

#### Les TROD VIH, comment ça marche ?

Un échantillon biologique appelé matrice (sérum, sang total, plasma, salive) est prélevé puis déposé sur un support. Il migre ensuite par capillarité ou est filtré dans un milieu contenant des antigènes du VIH. Si des anticorps anti VIH sont présents, ils se lient aux antigènes et forment un complexe anticorps-antigène, visible après migration/filtration sous forme d'une barre ou d'un point. Ces tests disposent toujours d'un contrôle de réaction (point ou bande apparaissant systématiquement, que la personne soit positive ou négative). Celui-ci est indispensable à la validation du résultat.

Un TROD VIH positif ou douteux impose une sérologie VIH au laboratoire afin de confirmer l'infection au VIH et diagnostiquer une éventuelle séropositivité

### Quelles sensibilité et spécificité attendre d'un tel outil ?

Une étude de 2009 menée à l'hôpital Saint-Louis de Paris par l'équipe du Pr Molina (11) a permis l'évaluation des performances de diagnostic de différents TROD disponibles en France.

Cinq dispositifs ont été évalués : ORAQUICK® (prélèvement salivaire), VIKIA®, DETERMINE®, DETERMINE COMBO® (détection combinée d'Ac anti VIH et de l'AgP24) et INSTI®. Cette étude montre une très bonne sensibilité des TROD sur sang total, notamment le TROD INSTI® avec une sensibilité à 99%. Le dispositif utilisant un prélèvement salivaire obtenait les moins bons résultats et n'était donc pas recommandé en pratique courante.

En 2011, une seconde étude est menée à l'hôpital St Antoine (12). C'est une revue rétrospective des performances du test DETERMINE HIV 1/2® s'étalant sur une période de 2002 à 2010 (1429 tests). Elle retrouve une très bonne performance de ce test avec une valeur prédictive négative à 99,93% (idéal pour un test de dépistage) et une valeur prédictive positive à 82,98%.

A noter, les TROD présentaient une moins bonne performance dans le cas de séroconversions récentes avec un délai de validité nécessaire d'au moins trois mois après la contamination. Les tests de dépistages sanguins conventionnels associent la recherche d'anticorps et d'antigène spécifiques du VIH, permettent un dépistage plus précoce, 6 semaines après contamination.

### Qui sont les acteurs autorisés à faire des TROD ?

Depuis l'ordonnance no 2010-49 du 13 janvier 2010 et en accord avec le Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST de 2010-2014, les TROD sont considérés comme pouvant être effectués par :

- Un médecin exerçant dans un cabinet libéral
- Un médecin, biologiste ou sage-femme exerçant dans un établissement de santé
- Un infirmier ou technicien de laboratoire exerçant dans un service de santé sous la responsabilité d'un médecin ou biologiste médical
- Un médecin, biologiste médical, sage-femme, infirmier exerçant dans une structure (associative) de prévention sous réserve d'habilitation
- Un salarié ou bénévole non professionnel de santé intervenant dans une structure (associative) de prévention sanitaire sous réserve d'avoir suivi une formation à l'utilisation des TROD.

### Quelle est la cible des TROD VIH ?

Selon l'arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif, les TROD VIH s'adressent aux :

- HSH
- Personnes transsexuelles
- UDI
- Personnes en situation de prostitution
- Personnes détenues

- Populations des départements français d'Amérique ou originaires d'une zone de forte prévalence (notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes)
- Personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois
- Personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH

Les TROD ne constituent pas un test « de population générale ».

### Dans quelles situations ont-ils été évalués ?

#### ➤ TROD et services d'urgence.

Plusieurs études pilotes ont été menées pour évaluer les TROD dans cette indication. Leurs résultats semblaient contradictoires. L'étude ANRS URDEP (13) menée aux urgences de l'hôpital Bichât et dans cinq autres services d'urgences de la région parisienne entre 2009 et 2011 a évalué le caractère coût-efficace du dépistage systématique par TROD. Sur les 9072 tests réalisés, 55 étaient positifs, soit une prévalence de 0,61%, bien supérieure à la prévalence estimée en population générale. Les auteurs concluaient donc à un rapport coût-efficace favorable à l'utilisation des TROD au sein des services d'urgences. Cependant, une étude multicentrique incluant 29 services d'urgence d'Île-de-France vient contredire ces chiffres en 2011 avec une prévalence évaluée cette fois à 0,14%, soit légèrement inférieure à la prévalence en population générale (14).

#### ➤ TROD et CÉGIDD (anciens CDAG).

Une étude pilote de 2010 au CDAG de l'hôpital St Antoine (15) montrait une très bonne acceptabilité et faisabilité des TROD. L'incidence de la découverte de séropositivité au cours de cette étude était de 0,5%, soit assez élevée, avec un taux médian de CD4 lors du diagnostic à 400/mm<sup>3</sup>, soit un stade précoce de la maladie.

#### ➤ TROD et dépistage communautaire.

Les études ARNS COM-TEST (16) et DRAG-TEST (17) montrent une très bonne acceptabilité du dépistage TROD par la communauté HSH. Il permet de toucher de façon spécifique un public n'ayant pas ou peu recours au dispositif classique de dépistage sérologique. Les TROD s'avèrent par ailleurs performants dans ce contexte en terme de découverte de séropositivité.

### Implications de ces données :

Suite à ces études, notamment concernant le dépistage communautaire, deux appels ont été lancés par la Direction générale de santé en 2011 et 2012 pour encourager la réalisation des TROD auprès des publics les plus vulnérables. Au total, plus de 70 projets ont été retenus et financés afin de réaliser près de 80 000 tests par an, opérés par 63 associations, ou antennes locales d'associations, réparties dans 24 régions.

En 2017, certains services d'urgences et CÉGIDD proposent des TROD en pratique courante mais la plupart restent réalisés en milieu communautaire, par les associations. Conçu pour compléter l'offre traditionnelle et faciliter l'accès au dépistage, ce nouvel outil n'a, à ce jour, pas d'indication en population générale. Il concerne uniquement les populations « clés » (HSH, migrants, UDI, patients habituellement non atteints par le dépistage sérologique).

Selon le rapport sur l'activité de dépistage du VIH piloté par l'INVS (10): 62 000 personnes ont été testées en 2015 par TROD en milieu associatif. Le taux de positivité de ces TROD communautaires, quatre fois plus élevé que celui des sérologies classiques, montre que ce dispositif cible des populations fortement exposées au VIH. Il semble cependant avoir atteint ses limites, avec un plafonnement du nombre de dépistage en 2014 et 2015.

### b) TROD et médecine générale

Les TROD ont fait l'objet de différentes études en soins premiers.

#### ➤ La plupart étaient des études évaluant l'acceptabilité et la faisabilité des TROD

L'étude DEPIVIH (Paris) est la première à évaluer l'outil TROD en médecine générale en France (18). Elle montre une très bonne acceptabilité (proche de 100%) et faisabilité du test. Les principaux freins identifiés par les auteurs étaient les difficultés techniques et l'aspect chronophage du test. D'un point de vue pratique, il est à noter que les TROD utilisés (VIKIA®) donnaient le résultat en trente minutes et que les médecins participants étaient rémunérés à hauteur de vingt euros par tests effectués.

En 2012, une vaste étude sur les TROD en médecine générale est mise en place en Guyane (19), le département français le plus touché par l'épidémie. Une quarantaine de médecins évaluent l'acceptabilité et la faisabilité des TROD. Cette étude permettait également l'étude des caractéristiques de la population testée par TROD. 613 TROD ont été effectués, dans des situations de dépistage assez semblables aux situations de dépistage sérologiques habituelles. Les médecins décrivaient cependant des occasions particulières : « personne sans suivi médical ; hésitante à réaliser un dépistage du VIH ou préférant réaliser le test en toute confidentialité au cabinet médical ; qui n'ira pas récupérer le résultat de dépistage au laboratoire ; ou en cas d'urgence ». L'acceptabilité par les patients était à nouveau très bonne, avec une faisabilité excellente (91% des praticiens considéraient cette pratique pertinente et faisable). Plus de 90% des médecins participants se sentaient à l'aise pour proposer le test, annoncer les résultats mais aussi pour aborder les questions liées à la sexualité de leurs patients. Encore une fois, une aide financière était prévue pour favoriser l'utilisation des TROD.

En 2013, la thèse du Dr Sébastien Savigny (20) confirme l'excellente acceptabilité du dépistage par TROD en population générale.

En 2014, la thèse du Dr Claire Poirier à Tours (21) étudiant l'acceptabilité et la faisabilité des TROD en soins premiers apporte un bémol à l'évaluation de ces tests. L'acceptabilité est encore une fois très bonne, 77% des médecins se montraient favorables aux TROD. Pourtant, sur les 112 médecins généralistes volontaires initialement, seuls 23 avaient suivi la formation TROD, réalisant 3 tests au total. La faisabilité et l'intérêt des TROD semblaient donc limités avec comme principales explications : « peu d'occasions et peu de demandes, manipulation du test complexe, difficultés à proposer le test, crainte d'avoir à annoncer une séropositivité sans préparation préalable, rallongement majeur de la durée de consultation ». Les TROD utilisés étaient les TROD INSTI VIH1/2®, donnant le résultat en 5 min maximum. Les TROD étaient fournis gratuitement mais aucune rémunération spécifique n'était prévue pour les médecins participants.

En 2015, devant ces données contradictoires, une nouvelle étude de faisabilité est mise en place (DEPITROD, Paris) (22). La faisabilité paraît cette fois très bonne, avec un taux de dépistage de 1,2 pour 100 consultants. Huit médecins sur dix se disent prêts à utiliser les TROD par la suite. Par ailleurs, les TROD avaient permis de proposer un premier dépistage à 25% des patients testés. Lors de cette étude, les TROD étaient mis à disposition gratuitement et les médecins n'étaient pas rémunérés pour faire les tests.

➤ Autres études

La thèse du Dr Antoine Bréfort-Martin (2014, Lille) visait à connaître les motivations des médecins lors d'une prescription de TROD. Les motifs principaux justifiant l'utilisation du TROD VIH au cabinet médical étaient : prise de risque supérieure à 3 mois, dans le cadre de dépistage ou des groupes à risque, à la demande majoritairement du médecin généraliste (23).

La thèse du Dr Fatoumata Becam en 2015 (Paris) avait pour but d'explorer l'opinion des médecins généralistes d'Île de France sur l'utilisation des TROD, à travers un questionnaire. Sur les 103 médecins, 73% estimaient les TROD comme réalisables en médecine générale. 55% considéraient qu'ils amélioreraient leur implication dans le dépistage du VIH et 66% considéraient que leur utilisation au sein des cabinets de ville augmenterait le nombre de patients dépistés. Cependant, seulement 59% des médecins avaient connaissance de l'existence de ces tests au moment du questionnaire (24)

Enfin, plus récente (2016), l'étude DEPIVIH 2 (25) évaluait l'attrait des médecins généralistes pour trois méthodes de dépistage du VIH. Les médecins participant choisissaient librement entre trois méthodes diagnostiques mises à leur disposition : la sérologie, le TROD INSTI® (lecture immédiate), et le TROD VIKIA® (lecture différée, en maximum 30 min). Selon leurs résultats, la méthode la plus pratique en médecine générale restait la sérologie au laboratoire, prescrite dans 78,2% des cas. Elle était suivie de loin par le TROD INSTI à réponse immédiate dans 18,4% des cas. Malgré cela 87,2% des médecins souhaitaient continuer à utiliser les TROD. Parmi ceux-ci, 8 sur 10 préféraient le TROD à réponse immédiate.

Selon la bibliographie disponible, les TROD VIH, peu connus des médecins généralistes montrent une très bonne acceptabilité. La faisabilité est moins évidente, avec des résultats discordants selon les essais. Les médecins semblent globalement leur préférer la sérologie au laboratoire mais certains se montrent plutôt ouverts à leur utilisation au sein de leur pratique.

➤ En pratique, quel accès les médecins généralistes ont-ils aux TROD aujourd'hui ?

En 2017, un médecin généraliste qui voudrait faire des TROD VIH dans son cabinet ne verrait pas d'opposition légale à son souhait. Il ne serait pas tenu d'effectuer la formation complète au dépistage et la demande d'autorisation d'utilisation des TROD à l'ARS ne le concernerait pas. Par ailleurs, pour se procurer les tests, il devrait contacter directement les industriels concernés (Biomerieux, Nephrotek...), les TROD ne faisant pas partie des catalogues habituels de matériel médical. D'un point de vue financier, l'achat des TROD serait totalement à la charge du médecin et leur utilisation ne correspondrait à aucune cotation spécifique. Le prix d'un TROD INSTI : 5,25 euros

HT, hors frais de port (prix métropole). Le délai de péremption des tests est estimé à 12 mois à compter de la réception de ceux-ci.

### 3) Les autotests VIH

Les autotests VIH sont des tests d'orientation diagnostique comme les TROD. La population ciblée par ces tests est la même que pour les TROD. Ils présentent la particularité de ne pas nécessiter l'intervention d'un tiers. Ils peuvent être réalisés directement par le patient sur lui-même.

Les autotests VIH sont disponibles en vente libre en pharmacie depuis septembre 2015. Près de 90 000 d'entre eux ont été vendus depuis leur mise sur le marché. Le prix moyen d'un autotest est de 25 euros. A noter, les associations de lutte contre le VIH en diffusent gratuitement, y compris à la Réunion.

## V) Actualités dans la lutte contre le VIH en France

### 1) Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de mars 2017

Cette recommandation vient compléter celle formulée en 2009 qui avait donné naissance au plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014.

En 2009, l'HAS préconisait la proposition d'un dépistage à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans « au moins une fois dans la vie » lors d'un recours aux soins, en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH (dépistage universel). À cette consigne s'ajoutait le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé et régulier pour les populations les plus exposées. Cela se traduisait par un dépistage annuel pour les HSH multi-partenaires, les UDI et les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Ces recommandations ont montré une efficacité modérée en terme de nouvelles infections au VIH. Le délai avant diagnostic restait également important. La proposition de dépistage de l'infection à VIH en population générale en cabinet de médecine générale n'a pas eu la dynamique attendue : malgré une augmentation globale du nombre de sérologies prescrites en médecine ambulatoire, une partie des médecins restait réticente au dépistage systématique (HAS).

En mars 2017, l'HAS publiait une nouvelle recommandation afin de compléter l'action initiée en 2009 (26). A travers celle-ci, elle précisait que :

- Le dépistage ciblé des populations clés devait être accentué avec un dépistage tous les trois mois chez les HSH et tous les ans chez les UDI et les personnes originaires de zones à forte prévalence.
- Le dépistage systématique selon les modalités définies en 2009 devait être maintenu, effectué avec une attention toute particulière envers les hommes et les zones de forte prévalence.
- Le dépistage communautaire et au sein des CÉGIDD devait être encouragé.
- Le rôle prépondérant des médecins libéraux (notamment généralistes) dans le dépistage du VIH était confirmé. Ils devaient être encouragés à saisir toute occasion de dépistage. Leur rôle préventif devait être d'avantage aidé par des messages de santé publique. Par ailleurs,

des pistes d'amélioration de l'abord de la sexualité en consultation devaient être recherchées, afin d'améliorer la connaissance des modes de vie et des prises de risques des patients.

- Concernant les TROD, leur utilisation en médecine générale devait, elle aussi, être encouragée. Elle était considérée comme freinée par l'argument financier (absence de cotation spécifique, allongement du temps de consultation, tests à la charge du médecin). L'HAS proposait donc la mise à disposition gratuite des TROD en médecine générale.
- L'importance de la diversité des types de tests proposés devait être prise en compte afin de permettre un accès individualisé et adapté au dépistage.
- La diversité des acteurs proposant le dépistage devait être maximisée afin d'atteindre au mieux les populations clés.
- La démarche volontaire de dépistage à l'initiative du patient devait être encouragée et facilitée.

## 2) Concept du « TasP », treatment as prévention.

Le TasP signifie littéralement en anglais « le traitement en tant que prévention ». Il correspond au concept selon lequel l'administration d'un traitement antirétroviral permet de prévenir la transmission du VIH à une personne non-infectée. Ce principe était déjà largement utilisé dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Suite aux travaux de Bernard Hirschel en 2008 (27), il est apparu comme un axe prometteur dans la lutte contre le VIH. Dans cette étude, il était mis en évidence que les personnes séropositives hétérosexuelles sous traitement antirétroviral efficace (charge virale indétectable depuis plus de six mois), sans autre infection sexuellement transmissible et suivies médicalement, ne transmettaient plus le VIH par voie sexuelle.

En 2011, ce concept est conforté par l'essai clinique HPTN 052 (28). L'étude retrouvait au sein de couples séro-différents en Afrique, une baisse de 96 % de la transmission du VIH au partenaire séronégatif dans le bras avec mise sous traitement immédiate.

Suite à ces résultats, le concept du TasP est devenu un nouvel axe de réflexion : la meilleure stratégie ne serait-elle pas de mettre systématiquement tous les patients dépistés sous traitement antirétroviral, quel que soit leur taux de CD4 au moment du diagnostic ?

Une telle stratégie (nommée « test and treat ») impliquerait la mise sous traitement de 35 millions de personnes dans le monde. D'autres modèles ont été proposés avec des adaptations de cette théorie selon les taux de CD4 et la zone géographique considérée.

Aujourd'hui, le TasP est un des axes majeurs de la lutte contre le VIH. Sa mise en pratique implique un rôle primordial du dépistage, première étape de la stratégie « test and treat ».

Le dépistage confirme ainsi son statut de « clé de voûte » dans l'organisation de la lutte contre le VIH.

## 3) Les cibles 90-90-90

Depuis la 20ème conférence internationale sur le SIDA à Melbourne en 2014, les objectifs 90–90–

90 sont devenus un pilier central de la quête mondiale pour mettre fin à l'épidémie. Selon ce principe, d'ici 2020 dans le monde, 90% des personnes infectées par le VIH devront être dépistées, 90% de ces personnes devront avoir accès à un traitement anti-rétroviral, 90% des personnes traitées devront avoir une charge virale négative. 73% des personnes infectés par le VIH dans le monde aurait alors une charge virale indétectable. Une modélisation suggère dans ces conditions la capacité de la communauté mondiale à mettre fin à l'épidémie d'ici 2030.

En 2017, le rapport d'ONUSIDA (29) montre :

- 70% de personnes infectées sont dépistées dans le monde
- 77% de personnes connaissant leur séropositivité sont sous traitement anti-rétroviral
- 82% des personnes traitées ont une charge virale durablement supprimée.

En France, les dernières estimations (2013) montrent que l'objectif relatif au dépistage reste à atteindre (il était alors estimé à 84%). Les deux objectifs suivants (mise sous traitement et charge virale indétectable) sont atteints. L'enjeu du dépistage en France reste très important

#### 4) Le traitement préexposition (PrEP)

La PrEP est une pratique qui a fait son apparition en France en janvier 2016 (elle existait déjà aux États-Unis depuis quelques années).

Elle s'adresse aux patients séronégatifs ayant des prises de risque sexuelles importantes et en échec vis-à-vis des stratégies de prévention habituelles. Elle concerne essentiellement les HSH. Le principe consistera en l'administration d'un traitement anti-rétroviral séquentiel ou continu, en prévision d'une prise de risque future. Ce traitement simple et bien toléré permet une forte diminution du risque de contamination.

Les médecins généralistes pourraient occuper une place importante au sein de cette stratégie. La prescription initiale de PrEP est hospitalière ou au sein des CEGIDD mais le renouvellement pourra être effectué en médecine générale. Le médecin de premier recours pourrait mobiliser les personnes éligibles à la PrEP afin de les orienter vers les CEGIDD ou les services spécialisés.

Les associations de lutte contre le sida sont également fortement investies dans l'orientation vers la PrEP, dans une stratégie communautaire.

D'après l'ANSM 5352 personnes ont bénéficié de ce traitement préventif depuis janvier 2016. Selon les chiffres de COREVIH Océan Indien, 12 personnes sont sous PrEP à la Réunion en 2017.

#### 5) La stratégie de prévention combinée

La pluralité et la diversité des moyens mis en œuvre dans la lutte contre le VIH répondent à la complexité de la maladie. Il est illusoire de croire qu'un seul outil, qu'une seule solution permettra l'éradication de la maladie. Seule une combinaison de différentes stratégies pourra prétendre à une réelle efficacité tant en matière de prévention qu'en thérapeutique.

Ainsi, le préservatif, le dépistage, le traitement post exposition (TPE), le TasP et la PrEP représentent une part importante de la « stratégie de prévention combinée du VIH » (5).

## INTRODUCTION

Avec trente-cinq millions de morts depuis son apparition dans les années 80, l'infection au VIH représente l'une des grandes pandémies de notre histoire.

Malgré une évolution notable de son diagnostic et de sa prise en charge, les 35 millions de séropositifs (4) font d'elle aujourd'hui une problématique mondiale et complexe.

En France, entre 2008 et 2013, l'incidence de la maladie stagnait. Depuis 2013, elle diminue à nouveau globalement, excepté dans certains groupes, notamment les HSH. En 2017, 27% des patients diagnostiqués séropositifs au VIH l'étaient à un stade tardif (CD4<200/mm<sup>3</sup> ou stade SIDA), avec une aggravation du pronostic en terme de morbi-mortalité et un impact négatif sur la dynamique de l'épidémie (5). Aujourd'hui, 24 000 à 29 000 personnes ignorent leur séropositivité (6). Ils constituent un réservoir de la maladie et entretiennent sa transmission.

Sur l'île de la Réunion, le taux d'incidence du VIH est moitié moins important que le taux d'incidence national. Selon COREVIH, en 2015, 37 nouveaux cas ont été dépistés, avec une file active de 916 patients (7). Cependant, les diagnostics à un stade tardif concernent environ 45% des découvertes de séropositivité, soit un taux bien plus important qu'en France métropolitaine (8).

La recommandation HAS de mars 2017 (25), permet de renforcer la stratégie mise en place en 2009 : Le dépistage large en population générale (un test au moins au cours de la vie pour les 15 à 70 ans) devra être complété par un renforcement du dépistage ciblé. Elle propose donc une sérologie tous les trois mois chez les HSH, tous les ans chez les UDI et les personnes originaires de zones de forte prévalence, ainsi qu'un renforcement du dépistage des hommes. Elle encourage également le recours spontané au dépistage (à la demande du patient) et appelle à diversifier les acteurs proposant le dépistage ainsi que les types de test permettant celui-ci.

Au sein de ces recommandations, le TROD a été confirmé comme un outil prometteur. Son utilisation est pourtant aujourd'hui limitée aux centres de dépistage et au milieu communautaire où il bénéficie de résultats encourageants. La mise à disposition de cet outil en médecine générale a été évaluée à travers différentes études de type acceptabilité / faisabilité (18-24) et a été clairement encouragée par l'HAS. Pourtant, les médecins généralistes n'ont pas un accès facilité aux TROD. Ils devraient se procurer ces tests par leur propres moyens et les financer eux-même, sans cotation spécifique permettant de valoriser leur utilisation.

Dans ce contexte, il nous semblait nécessaire de compléter les connaissances actuelles à propos de l'utilisation des TROD en médecine générale. Il nous paraissait intéressant d'explorer leur apport potentiel en consultation de médecine générale afin d'argumenter en faveur d'une mise à disposition facilitée.

### **Objectifs de notre étude :**

**Objectif principal : Explorer les changements de représentations et de pratiques des médecins généralistes suite à l'utilisation des TROD.**

**Objectif secondaire : Recueillir un retour d'expérience de l'utilisation des TROD en médecine générale à la Réunion.**

# MATERIEL ET METHODE

## I) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective interventionnelle de type qualitative, s'articulant en quatre phases :

- Une phase exploratoire initiale
- Une phase de formation des médecins à l'utilisation de l'outil TROD
- Une phase de réalisation des TROD au sein des cabinets de médecine générale
- Une nouvelle phase exploratoire à l'issue de la période d'utilisation des TROD

## II) Population de l'étude

Cette étude concernait un échantillon diversifié de médecins généralistes installés à la Réunion. Ils ont été recrutés par courriel selon la méthode « boule de neige ».

Dans le courriel de recrutement, le principe de l'entretien collectif était exposé, ainsi que le thème global de l'étude, tout en restant vague sur les objectifs afin d'éviter d'influencer les débats lors des entretiens.

Il n'existait pas de critère d'exclusion hormis la nécessité d'être installé en tant que médecin généraliste à la Réunion.

## III) Recueil des données

### 1) Phase exploratoire initiale

Le recueil de donnée était sous forme d'entretiens semi-dirigés en focus group, complétés d'éventuels entretiens semi dirigés individuels. Durant cette première phase exploratoire, deux focus groups étaient prévus afin d'interroger l'ensemble des médecins participants.

Le canevas d'entretien (annexe n°1) a été conçu par le doctorant sous la supervision du directeur de thèse à partir de la littérature existante. Les questions composant ce canevas visaient l'exploration des représentations et pratiques des médecins de l'étude selon quatre grands thèmes: l'infection au VIH, le dépistage, la prévention et la sexualité. Ce guide d'entretien a été testé sur deux médecins indépendants de l'étude.

A la fin des entretiens, une fiche d'information devait être remplie par les médecin afin de définir leurs caractéristiques (annexe n°3).

Les focus groups étaient modérés par le directeur de thèse ou par un médecin généraliste animateur. Le doctorant assurait le rôle d'observateur (logistique d'enregistrement et recueil des réactions non verbales des participants).

L'animation et l'enregistrement des entretiens individuels étaient assurés par le doctorant.

## 2) Phase de formation à l'outil TROD

À l'issue de ces premiers entretiens, les médecins participants recevaient une formation à l'utilisation des TROD avec une mise à jour sur le sujet du VIH par le directeur de thèse.

À cette occasion, un kit était remis à chaque participant contenant (annexes 4-9) :

- 11 TROD (dont un TROD « bonus » afin de se familiariser avec l'outil avant de l'utiliser en situation réelle),
- des pipettes de rechange,
- des flyers pour la salle d'attente,
- une affichette format A6 de couleur orange
- une notice explicative de la technique de prélèvement
- une feuille d'inclusion des patients
- des formulaires pré-remplis de résultat (positif, négatif et douteux)
- une liste de contacts en cas de questionnement par rapport au protocole ou de résultat positif.

Les TROD « INSTI HIV1/HIV2 », du laboratoire NEPHOTEK ont été utilisés. Ceux-ci étaient conditionnés en test unitaire, accessoires inclus. Le test diagnostique utilisait la recherche d'anticorps anti VIH 1 et 2 par immuno-filtration sur membrane. Ce test était effectué sur un prélèvement de sang total de 50µL. La lecture du résultat était possible quasiment instantanément (dans les cinq minutes).

Ces tests étaient fournis gracieusement par l'Association réunionnaise de prévention des risques liés à la sexualité (ARPS). Cette association de type loi 1901 est impliquée dans la lutte contre le VIH à la Réunion depuis 1989 et ne déclare pas de conflit d'intérêt.

## 3) Phase de réalisation des TROD au sein des cabinets

Les TROD ont été remis aux médecins avec les kits pour une durée de 4 mois. Ils avaient pour consigne de mettre les flyers à disposition des patients dans la salle d'attente de leur cabinet et de placer l'affichette de façon visible sur leur bureau.

L'inclusion des patients se faisait selon deux modalités : à la demande du patient lors de la lecture du flyer ou de l'affichette, ou sur proposition du médecin devant des facteurs de risque identifiés.

Les critères d'exclusion des TROD étaient : l'âge inférieur à 18 ans et un délai entre l'exposition et le test inférieur à 3 mois. En cas d'exposition inférieure à 48h, il était rappelé aux médecins la nécessité d'une prise en charge urgente avec potentielle trithérapie post-exposition justifiant le recours immédiat à un service d'urgence.

L'inclusion des patients était anonymisée grâce à un numéro inscrit sur la « feuille d'inclusion » (annexe n°5). En face de ce numéro, les médecins entraient les caractéristiques des patients inclus et les commentaires éventuels sur la situation de test. Le numéro d'anonymisation était ensuite reporté sur la « fiche résultat » (annexe n°7-9) remise au patient afin qu'il soit identifié. En cas de problème, notamment si des anomalies étaient relevées dans le cadre de la pharmacovigilance sur

les tests utilisés, il était prévu de contacter les patients par l'intermédiaire des médias populaires en utilisant pour les identifier le numéro d'anonymisation présent sur leur fiche de résultat.

#### 4) Nouvelle phase exploratoire suite à l'utilisation des TROD

Le recueil des données était fait selon les mêmes modalités que lors de la première phase exploratoire, sous forme d'entretiens semi-dirigés en focus groups complétés d'éventuels entretiens semi-dirigés individuels

Le canevas d'entretien initial (annexe n°1) a été adapté suite à l'analyse des focus groups de la première phase exploratoire par le doctorant sous la supervision du directeur de thèse. Le nouveau canevas obtenu (annexe n°2) a servi à guider les différents entretiens de cette nouvelle phase exploratoire.

Les modérateurs étaient les mêmes que lors de la première session de focus group. Le doctorant assurait le rôle d'observateur (logistique d'enregistrement et recueil des réactions non verbales des participants).

L'animation et l'enregistrement des éventuels entretiens individuels complémentaires étaient assurés par le doctorant.

#### 5) Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits par le doctorant mot-à-mot à partir de l'enregistrement, en consignant également les réactions non verbales des participants sur un logiciel de traitement de texte : Open office.

### IV) Analyse des données

L'analyse a utilisé le principe de la théorisation ancrée. Les verbatim ont été codés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative : Nvivo 11 version starter®

Selon le principe de la théorisation ancrée, le doctorant a codé l'ensemble des verbatim au sein d'un code ouvert qui s'est progressivement organisé en codage axial. Au fur et à mesure de cette analyse, des concepts ont émergé, permettant la mise en place d'une modélisation des représentations et pratiques des médecins de l'étude. La comparaison des résultats des deux phases d'analyse a permis de mettre en évidence les évolutions des représentations et des pratiques.

### V) Critères de validité

#### 1) Validité interne

L'analyse des données a été triangulée sur une partie des verbatim par une analyse indépendante de deux chercheurs (doctorant et directeur de thèse).

Le recueil des données a été effectué selon des modalités diversifiées (à la fois entretiens en focus group et entretiens semi-dirigés individuels).

## 2) Validité externe

La population de l'étude constitue un échantillon diversifié de médecins généralistes réunionnais, permettant l'obtention d'une variance importante des points de vue.

La saturation théorique des données a été recherchée au sein de notre population.

## VI) Critères éthiques

En début d'entretien, l'animateur assurait les participants de l'anonymisation des données recueillies. Par ailleurs, un engagement de confidentialité était pris auprès des participants afin de garantir l'anonymisation des échanges.

Le consentement à la participation à l'étude et à l'enregistrement audio-visuel des échanges était également recueilli par voie orale.

Les enregistrements audio-visuels ont été détruits à l'issue de la retranscription afin de garantir l'anonymat des participants. De même, toutes les informations de nature à permettre l'identification des participants ont été supprimées ou modifiées.

Les médecins de l'étude n'ont pas bénéficié de rémunération spécifique pour réaliser les TROD.

Conformément aux décrets en vigueur une demande d'autorisation a été formulée auprès du CPP et du CNIL. Le CPP nous a transmis son autorisation (annexe n°10) et le CNIL a également autorisé la tenue de l'étude avec déclaration simplifiée sur son site.

# RESULTATS

## I) Analyse chiffrée

### 1) Population de l'étude

Quinze médecins ont accepté de participer à l'étude. Les caractéristiques principales de ceux-ci sont exposées dans le tableau ci-dessous.

*Tableau n°1 : caractéristiques de la population*

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15
Tranche d'âge	50-55 ans	50-55 ans	30-35 ans	50-55 ans	50-55 ans	30-35 ans	55-60 ans	30-35 ans	55-60 ans	30-35 ans	30-35 ans	45-50 ans	55-60 ans	50-55 ans	55-60 ans
sexe	H	H	F	H	F	H	H	F	F	F	H	H	F	H	F
Lieu d'exercice	Est	Est	Nord	Est	Est	Ouest	Nord	Nord	Ouest	Ouest	Sud	Ouest	Ouest	Sud	Ouest
Mode d'exercice	Semi-rural	Urbain	Urbain	Semi-rural	Urbain	Urbain	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Rural	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain
Patient VIH dans la patientèle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Formation spécifique au VIH	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Dernier test VIH prescrit	Dans les 7 jours	Ce dernier mois	Dans les 7 jours	Ce dernier mois	Dans les 7 jours	Dans les 7 jours									

Les médecins interrogés avaient majoritairement une vocation universitaire puisque dix d'entre eux étaient au minimum maîtres de stage universitaire.

Nous avons interrogé sept hommes et huit femmes avant et après l'utilisation des TROD.

Les deux catégories d'âge représentées étaient entre 29 et 34 ans et entre 50 et 61 ans. Nous n'avons pas eu de médecin âgé de 35 à 48 ans.

### 2) Tests effectués

48 TROD ont été utilisés par les médecins de l'étude sur les 150 distribués. Ils étaient tous négatifs.

Les TROD étaient soit proposés par le médecin, soit demandés par le patient. 23 tests avaient été effectués suite à une proposition du médecin tandis que 25 tests l'avaient été à la demande du patient (cf tableau n°2).

La répartition au sein des cabinets était assez disparate avec des profils de médecin qui les

proposaient majoritairement et d'autres qui laissaient les patients faire la demande.

*Tableau n°2 : répartition des TROD effectués*

Médecin concerné	TROD effectués	Proposés par le médecin	À la demande du patient
M1	4	4	0
M2	10	2	8
M3	2	1	1
M4	8	6	2
M5	3	0	3
M6	0	0	0
M7	3	2	1
M8	0	0	0
M9	8	8	0
M10	0	0	0
M11	1	0	1
M12	2	0	2
M13	0	0	0
M14	4	0	4
M15	3	0	3
TOTAL	48	23	25

La répartition du nombre de TROD effectués selon le cabinet était très inégale, avec plus de la moitié des tests effectués par 3 médecins.

Les contextes favorisant le plus la proposition de dépistage par TROD étaient les antécédents d'IST et le fait pour un homme d'avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes.

## **II) Déroulement de l'étude**

### **1) Première série d'entretiens**

La population initiale a été divisée en deux groupes ( respectivement sept et huit médecins) selon la localisation des cabinets afin de former un groupe « Nord-Est » et un groupe « Sud-Ouest ». La constitution de groupes sur des caractéristiques géographiques visait à faciliter la tenue des focus group en maximisant la proximité entre le cabinet et le lieu d'entretien (dans le Nord pour le groupe Nord-Est et dans l'Ouest pour le groupe Sud-Ouest).

Chacun des deux groupes ainsi formés a pu participer au premier entretien en octobre 2016.

Le focus group se déroulait un soir de semaine avec un rendez-vous à 19h30 dans une salle « neutre » (salle de réunion de la clinique radiologique des Alizées à Saint Denis pour le groupe Nord-Est et salle de réunion de l'URML au Port pour le groupe Sud-Ouest). Ces salles étaient de taille adaptée, offrant un cadre confortable et un environnement calme autour d'une table, favorisant les discussions. À leur arrivée dans la salle et durant les discussions, les médecins avaient à disposition un buffet froid sommaire et des rafraîchissements.

L'objectif de la thèse n'était pas clairement exposé aux participants afin de ne pas orienter les débats durant les entretiens. Nous évoquions uniquement l'étude de l'intérêt des TROD en médecine générale.

Les médecins étaient considérés comme inclus dans l'étude une fois le questionnaire « caractéristiques des participants » (annexe n°3) rempli.

A l'issue du focus group Nord-Est, l'un des médecins s'étant peu exprimé, des précisions se sont avérées nécessaires concernant ses représentations et pratiques. Il a donc été réinterrogé sous forme d'entretien individuel téléphonique en utilisant le même canevas que pour le focus group. Cela n'a pas été nécessaire dans le cas du groupe Sud-Ouest.

## 2) Formation à l'utilisation des TROD

Cette formation, ainsi que la remise des TROD et des kits, a été effectuée par le directeur de thèse Dr Alain DOMERCQ. Elle a été dispensée le soir du focus group pour le groupe Sud-Ouest, et en individuel la semaine suivant l'entretien, pour le groupe Nord-Est.

Le contenu de la formation, outre l'aspect pratique de l'utilisation des TROD, concernait essentiellement les considérations épidémiologiques et les tendances actuelles dans la lutte contre le VIH.

## 3) Période d'utilisation des TROD

Durant notre période d'utilisation des tests, le laboratoire responsable des TROD utilisés nous a informé d'une suspicion d'anomalie concernant un lot incluant la totalité des TROD de l'étude. Il a été décidé une mise en quarantaine de ces lots en attendant l'analyse plus fine du dysfonctionnement (un cas litigieux à Montréal de plusieurs TROD faux négatifs). Une autre série de lots nous a été fournie en remplacement et a été redistribuée dans les plus brefs délais aux médecins de l'étude (moins d'une semaine). À l'issue de cet incident, les lots initiaux ont été mis hors d'état de cause et il n'a pas été nécessaire de rappeler les patients testés avec ceux-ci.

## 4) Deuxième série d'entretiens

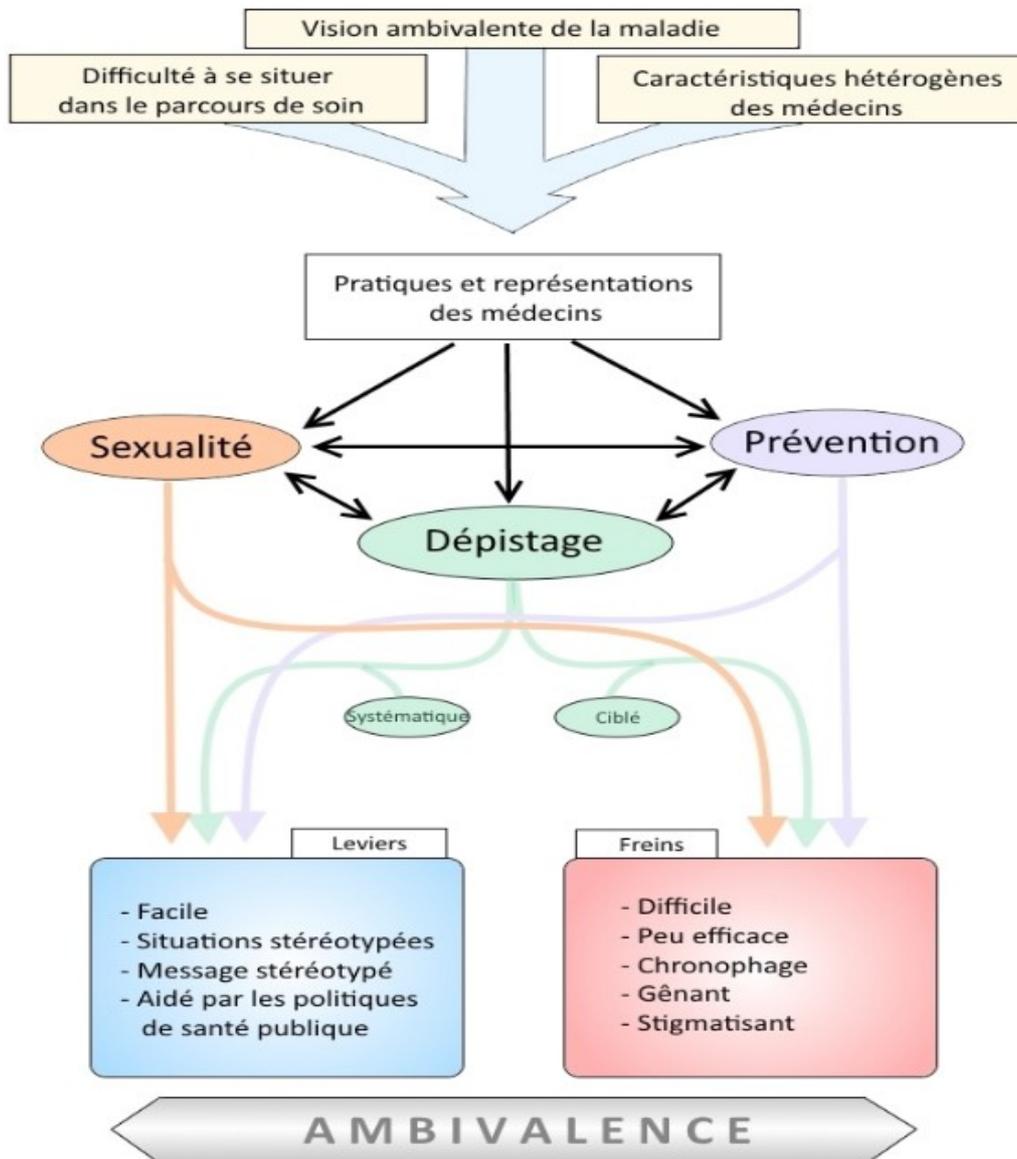
La deuxième série d'entretien s'est déroulée selon les mêmes modalités que la première, dans les mêmes salles et avec les mêmes accessoires techniques. Les participants du groupe Nord-Est étaient au nombre de six et ceux du groupe Sud-Ouest, au nombre de six également, soit un total de douze médecins sur les quinze initiaux.

Les trois médecins (M3, M11, M15) n'ayant pas pu participer au deuxième focus groups ont été interrogés au cours d'entretiens individuels semi-dirigés suivant le canevas d'entretien prévu pour le focus group.

Ces entretiens ont été menés au cours du mois de juin 2017.

### III) Analyse qualitative de la première série d'entretien :

schéma 1 : Modélisation de l'analyse qualitative en pré-test



#### 1) Les médecins et le VIH, une relation complexe

##### a) Une vision ambivalente de la maladie

Au cours des entretiens, nous avons rapidement remarqué que les médecins interrogés montraient une vision contrastée de l'infection au VIH.

➤ D'une part, celle-ci était dépeinte comme une maladie à relativiser.  
En effet, le VIH restait, selon eux, une pathologie rare, surtout à la Réunion.

« (M3) c'est une maladie qui n'est pas fréquente à la Réunion »  
« (M13) j'ai... Oublié que le SIDA existait »

Le pronostic avait évolué, de maladie terrible elle serait devenue presque banale, induisant une baisse de vigilance.

« (M8) ce n'est plus toute l'histoire qu'on s'en faisait avant »  
« (M12) on pourrait même imaginer dire « on ne meurt plus du SIDA aujourd'hui » »  
« (M12) on a baissé un peu notre garde vis à vis du dépistage »

Cette infection finissait par rentrer dans la catégorie des maladies chroniques au même titre que le diabète.

« (M3) le patient VIH est sensé être un patient chronique comme les autres. »  
« (M5) voilà c'est comme le diabète »

Les médecins portaient à ce titre un regard positif sur la découverte de cette séropositivité, qui apparaissait comme une occasion d'entrer dans le suivi.

« (M4) c'est une bonne mauvaise nouvelle »

➤ D'autre part, l'infection au VIH était également évoquée de manière cette fois très différente, comme une pathologie redoutable, source d'angoisse.

Elle était décrite comme difficile à appréhender. Son diagnostic était compliqué par les multiples présentations cliniques et le profil parfois inattendu des patients dépistés.

« (M6) une maladie qui est un peu... Impalpable, un peu insaisissable »  
« (M6) c'est une dame de 60 ans, et je n'aurais pas du tout misé sur ce type de profil là... »

La maladie faisait peur à certains médecins de l'étude, et les patients semblaient aussi concernés par cette peur. Comparée au diabète dans un premier temps, elle était cette fois apparentée à des pathologies cancéreuses.

« (M6) Moi je sais que j'ai la peur du VIH »  
« (M15) c'était un peu comme l'annonce d'un cancer »

L'éventuelle découverte d'une séropositivité au VIH, en plus d'être une situation vue comme difficile, exposait à une problématique d'annonce. Pour certains, le souvenir ou la projection dans une telle consultation restait anxiogène.

« (M11) c'est quelque chose de compliqué, ça ne donne pas envie d'y être confronté »  
« (M9) Tu es aussi choquée que lui... »

Pour bon nombre d'entre eux, les médecins de l'étude envisageaient une telle consultation dans des conditions « optimales », afin de faciliter les choses : une consultation dédiée, préparée, en fin de planning, après avis auprès du centre de référence VIH.

« (M10) prévoir le moment opportun donc plutôt en fin de consultation »  
« (M14) je voudrais avoir le temps de temporiser pour pouvoir demander conseil »

L'infection au VIH était par ailleurs entourée d'un certain mystère. Les règles spécifiques de confidentialité et de consentement en faisaient une maladie à part.

« (M6) Elle ne voulait pas le dire aux autres médecins du cabinet »  
« (M3) Il est suivi en immuno et on ne le voit pas sur l'ordi, parce qu'il y a un code secret... »  
« (M9) Le mari ne voulait pas que sa femme soit au courant et nous là-dedans... »

En conclusion, une partie des médecins s'accordaient à dire que le VIH n'était pas une pathologie comme les autres.

« (M3) Ça reste un tabou parce qu'il y a tout ce truc autour... »  
« (M11) Il y a une connotation sociale qui est un peu différente »

Les médecins avaient donc une vision contrastée de l'infection au VIH. Cette dernière était vue d'une part comme une maladie de faible prévalence, d'assez bon pronostic, une maladie chronique comme une autre. D'autre part, elle induisait une certaine angoisse, notamment autour de l'annonce diagnostique. Elle conservait un statut de maladie à part.

#### b) Difficulté à se situer dans le parcours de soins

Une deuxième notion nous est apparue au fur et à mesure de l'analyse des entretiens. Les médecins interrogés semblaient éprouver des difficultés à définir leur rôle dans l'infection au VIH.

En tant que médecin généraliste, le rôle de premier recours en matière de dépistage et de prévention semblait assez évident.

« (M8) En fait, on est en première ligne de tout ce qui concerne la prévention et le dépistage »

Par opposition, la prise en charge des patients connus séropositifs donnait lieu à un certain nombre de réflexions.

Le rôle traditionnel du médecin généraliste était alors remis en question.

« (M1) Je ne maîtrise pas du tout sa prise en charge »  
« (M10) En fait je ne sais plus qui je suis face à ces patients »

Cette pathologie complexe nécessitait une certaine expertise, globalement considérée comme non détenue par les médecins généralistes.

« (M7) Moi je ne peux pas gérer ça, je n'en ai ni la compétence, ni les capacités, je ne connais pas les effets indésirables »

Le suivi de ces patients était assuré par les services spécialisés. Le travail de ceux-ci jouissait d'une bonne réputation, mais les médecins de l'étude semblaient regretter une mise à l'écart qui les « dépossédait » de leur patient.

« (M12) ils sont extrêmement bien suivis, bien cadrés à l'hôpital »  
« (M7) Ils les captent, ils les gèrent... »  
« (M1) En fait le suivi... Il m'échappe quoi »

Le rôle du médecin traitant se limite alors à la gestion des affections intercurrentes et à la vigilance quant à la compliance du patient envers le suivi spécialisé.

« (M12) Quand ils viennent me voir, je parle plus d'autre chose que de leur VIH,  
en fait je gère les problèmes un petit peu courants »  
« (M15) La seule chose qui compte c'est de m'assurer qu'il n'y a pas de rupture dans le suivi »

Les médecins interrogés peinaient à se situer dans le parcours de soins des patients séropositifs au VIH. Leur rôle habituel de médecin traitant était remis en cause avec un suivi majoritairement spécialisé dont ils se sentaient mis à l'écart.

### c) Caractéristiques hétérogènes des médecins vis-à-vis de la maladie

L'appréhension d'une pathologie aussi complexe que le VIH ne pouvait s'inscrire que dans l'histoire de vie du médecin et était obligatoirement impactée par ses propres représentations. L'âge, le sexe, l'expérience, les formations complémentaires (sexologie, éducation thérapeutique...), étaient autant de caractéristiques qui modifiaient leur vision de la maladie.

De plus, comme dans de nombreux domaines en médecine générale, l'expertise de chacun était susceptible de varier de façon importante.

Dans notre échantillon de médecins, certains faisaient partie d'un réseau VIH tandis que d'autres n'avaient que très peu côtoyé la maladie.

Les médecins présentaient des caractéristiques hétérogènes (âge, sexe, formation, histoire de vie) susceptibles de modifier leur rapport à l'infection au VIH.

## 2) Impact de cette complexité sur les représentations et pratiques

Cette relation complexe qu'entretiennent les médecins avec l'infection au VIH venait impacter leurs représentations et pratiques. Nous avons pu dégager trois grands axes dans celles-ci : le dépistage, la prévention et les discussions autour de la sexualité.

### a) En matière de dépistage du VIH

#### ➤ Pratiques déclarées en terme de dépistage

Le dépistage du VIH était un acte fréquent dans la pratique des médecins de notre étude, certains arrivaient même à se demander s'il n'était pas fait en excès.

« (M13) Des tests de dépistage j'en fais tout le temps »  
« (M3) Par rapport au risque... est ce qu'on en fait pas trop ? »

Deux options étaient possibles pour rentrer dans le dépistage : À la demande du patient ou suite à la proposition du médecin. Au cours des entretiens, les médecins évoquaient plus fréquemment des tests effectués suite à une proposition de leur part plutôt qu'à une demande du patient.

Outre les populations cibles habituelles (notamment HSH, multi-partenaires, antécédents d'IST, séjour en zone d'endémie), bien connues des médecins de l'étude, nous avons pu déterminer une tendance dans la proposition de dépistage. En effet, une différence selon le sexe et l'âge semblait apparaître. Il semblait que le fait d'être jeune et d'être une femme augmentait la probabilité d'être dépisté.

➤ Le dépistage bénéficiait d'un certain nombre de leviers facilitateurs

Les médecins l'évoquaient comme quelque chose d'important et d'utile. Une telle perception du dépistage facilitait sa proposition.

« (M5) C'est important de se faire dépister maintenant et de se faire dépister le plus tôt possible »  
« (M7) Et puis c'est l'opportunité de se faire soigner... »

Il était également considéré comme faisant partie des missions du médecin généraliste.

« (M13) Bah notre rôle, c'est le dépistage »

Le dépistage du VIH était ensuite perçu comme quelque chose qui pouvait être simple, surtout lorsqu'il s'inscrivait dans des situations stéréotypées où il était admis comme légitime.

« (M1) On le fait aux femmes enceintes sans trop de difficultés »  
« (M8) Son copain l'a quittée au moment où il a appris qu'elle était enceinte et il lui a avoué qu'il l'avait trompée, bah là voilà, on le fait »  
« (M6) Par exemple un homme qui va souvent à Mada, (...) je le suspecterais, je le chercherais, j'aurais pas peur de le demander »

Les messages de santé publique, notamment à travers les recommandations de dépistage systématique permettaient une banalisation du dépistage, rendant sa mise en pratique plus facile.

« (M4) Cette recommandation, elle nous a simplifié la vie quand même quoi... »

➤ Pourtant il était aussi victime de freins

Le dépistage de l'infection au VIH pouvait, selon les médecins interrogés, être vécu comme difficile.

« (M12) Parfois ça peut être problématique quand même de demander un bilan HIV... »

Cette difficulté résidait notamment dans la gêne que pouvaient éprouver les médecins lors d'une proposition de dépistage. Dans notre étude, deux situations particulièrement peu propices au dépistage du VIH étaient décrites : La consultation d'un patient considéré comme étant dans une

relation dite « stable » (considération subjective du médecin), et la consultation multiple, en couple ou en famille.

*« (M6) J'ai du mal à proposer le test à des gens qui SEMBLENT (rires du groupe)  
avoir une vie de famille équilibrée, stable »*

*« (M11) Je vais aborder le VIH, et là il y a madame, et bah je ne peux pas aller jusqu'au bout... »*

De plus, certains médecins craignaient que la proposition de dépistage puisse être vécue comme stigmatisante.

*« (M6) Pas facile de prescrire sans que les gens aient l'impression qu'il y ait  
un jugement derrière l'ordonnance de dépistage »*

*« (M12) J'aurais l'impression de lui demander une sérologie HIV simplement parce qu'il est  
homosexuel... »*

En plus de son côté gênant et stigmatisant, le dépistage semblait peu efficace au vue de la rareté de la maladie.

*« (M7) Le dépistage ? Il faut le faire... On ne repêche plus grand chose »*

*« (M3) Quand je le fais je ne me dis pas que ça va être positif »*

Enfin, le dépistage (dans sa globalité, pas seulement pour le VIH) prenait du temps. Il semblait difficile à intégrer dans des consultations déjà surchargées

*« (M3) Il y a des consult où je ne me vois pas faire du dépistage  
tellement la consult est déjà conséquente »*

#### ➤ Comment les médecins contournaient-ils ces freins ?

Les freins identifiés au dépistage du VIH concernaient essentiellement le dépistage dit « ciblé » ; soit le fait de proposer le dépistage à un patient en particulier. Celui-ci pouvait alors le vivre comme l'insinuation d'une appartenance à un groupe « à risque », ce qui aurait pu induire un certain malaise lors de la consultation.

Pour se prémunir de ce malaise, les médecins invoquaient facilement le dépistage dit « systématique » afin de banaliser leur demande.

*« (M11) Moi je le fais mais je leur dit : « Je le demande à tout le monde » »*

Le dépistage du VIH semblait être un acte fréquent, surtout pour les patients féminins et jeunes.

Il était vu comme important, utile, faisant partie des missions du médecin généraliste. Il semblait facile à mettre en place dans des situations stéréotypées, aidé notamment par les messages de santé publique. Pourtant, il était décrit comme parfois difficile, pourvoyeur de situations gênantes, stigmatisant. Les médecins évoquaient leurs doutes sur son efficacité et lui reprochaient son côté chronophage.

Le dépistage ciblé semblait plus concerné par ces freins que le dépistage dit « systématique ».

## b) En matière de discussion autour de la sexualité

### ➤ Pratiques déclarées en matière d'abord de la sexualité

La sexualité semblait être un sujet que les médecins abordaient relativement difficilement et donc assez rarement.

*« (M14) Je vais rarement aborder le sujet »*

Il pouvait parfois être abordé par le patient. Dans ce cas, les patients concernés semblaient être plus facilement des femmes. Globalement, quelque soit le sexe, il existait des inégalités dans la capacité des patients à évoquer leur propre sexualité.

*« (M2) On voit que les femmes en parlent beaucoup plus facilement que les mecs... »*

*« (M4) Soit tu sens que c'est fermé et ils en parlent pas, soit ils ont pas trop de problème et ils en parlent »*

S'il était abordé par le médecin, le sujet de la sexualité s'intégrait généralement dans une consultation « orientée », incluant une plainte ou un contexte spécifique qui en légitimait l'abord.

*« (M12) il faut un sujet quand même un peu propice... »*

Majoritairement, les mentions d'abord de la sexualité par les médecins de l'étude concernaient des patients jeunes, voire des adolescents. En outre c'est le sexe féminin qui semblait être le plus concerné. Ceci était d'autant plus vrai que les médecins interrogés étaient des femmes.

*« (M9) Les petites jeunes, c'est assez facile »*

Les médecins, de par leurs caractéristiques personnelles (age, sexe, formation, aptitudes innées...) ne semblaient pas égaux devant l'abord de la sexualité avec le patient. Certains étaient à l'aise et semblaient mettre les patients assez à l'aise pour aborder le sujet tandis que d'autres semblaient avoir plus de mal à l'aborder ou à donner l'occasion au patient de l'aborder.

Les participants s'accordaient enfin à dire que le sujet de la sexualité était spécifique. C'était un sujet sensible, à propos duquel il était difficile de rester neutre.

*« (M5) On a eu un regard un peu... Autre que professionnel, voilà »*

*« (M3) Il y a cette part de subjectivité... »*

### ➤ L'abord de la sexualité bénéficiait d'un certain nombre de leviers facilitateurs

Pour certains médecins de l'étude, malgré la spécificité du sujet, parler de sexualité ne semblait pas poser de problème. Il était d'ailleurs plus facile d'aborder le sujet lorsque les patients étaient jeunes.

*« (M13) j'ai aucun soucis au niveau sexualité »*

C'était un sujet qui s'avérait par ailleurs important pour certains médecins.

*« (M3) c'est quand même important d'évaluer ça dans l'état de santé d'une personne »*

Il était le plus souvent abordé lors de situations stéréotypées, ce qui pouvait faciliter les choses. Parmi les situations « types » évoquées par les médecins, la prescription de pilule semblait récurrente. Pourtant, elle ne permettait de toucher qu'une partie de la population déjà bien concernée par le dépistage : celles qu'ils catégorisaient comme les jeunes femmes.

*« (M4) c'est plus facile quand les filles viennent pour la contraception, ça c'est clair... Et pour les garçons c'est plus compliqué »*

Le message qui accompagnait ces discussions semblait lui aussi assez stéréotypé, ce qui facilitait les choses pour les médecins.

*« (M8) j'en parle un petit peu : « est-ce que tu as déjà eu des rapports, protégés, pas protégés... »  
Après je parle des sérologies, du frottis si c'est une fille... »*

➤ Pourtant, l'abord de la sexualité était également victime de freins

L'abord de la sexualité en consultation de médecine générale était décrit par certains médecins comme un exercice difficile.

*« (M3) je ne sais pas exactement par où il faut aller, comment il faut aborder la chose »*

Notamment lorsque ces problématiques se posaient dans des situations jugées inadaptées, ne permettant pas une discussion franche. Les situations évoquées s'avéraient être sensiblement les mêmes que celles évoquées dans le cadre de la proposition de dépistage du VIH.

*« (M14) pour les couples établis, qui ont un certain nombre d'années de vie... »  
« (M10) Quand je vois des mineurs avec leurs parents... »  
« (M11) Le plus compliqué je pense que c'est d'aborder ça lorsqu'ils sont en couple »*

La sexualité était un sujet qui pouvait être considéré comme gênant, que ce soit de la part du médecin ou du patient.

*« (M11) il y a une honte à parler de la sexualité »*

En outre, il pouvait être difficile de rester neutre et de ne pas tomber dans le jugement, la stigmatisation.

*« (M5) ce regard qu'on a aussi, pas de « jugement » mais un peu de... voilà »*

Enfin, parler de sexualité prenait du temps. Cela pouvait constituer un frein à l'abord de ce sujet par le praticien.

*« (M11) le problème de parler de la sexualité, c'est que déjà il faut un petit peu de temps »*

➤ Cas particulier de l'abord de l'orientation sexuelle.

Les médecins, lorsqu'il s'agissait d'aborder l'orientation sexuelle des patients, étaient partagés. Certains jugeaient cet abord utile et nécessaire.

*« (M3) ils ont un risque augmenté de transmission du VIH »*

« (M5) La sexualité peut être pour lui, une certaine souffrance »

D'autres le jugeaient inutilement stigmatisant.

« (M6) connaître l'orientation sexuelle, est-ce que ça va changer ma prise en charge, les messages que je vais utiliser ? »

Pour faciliter l'abord et ne pas braquer les patients, la plupart des médecins interrogés utilisaient des expressions neutres afin d'évoquer le couple.

« (M4) j'essaie soit rester neutre, soit de dire « peut être quand tu auras un copain ou une copine »

Parler de sexualité en consultation de médecine générale nécessitait pour certains l'abord du sujet par le patient sous couvert d'une situation « appropriée ». Ce sujet semblait être abordé majoritairement avec les jeunes femmes.

Certains abordaient facilement ce thème jugé important, essentiellement lors de situations stéréotypées (demande de contraception notamment) et à l'aide d'un discours bien rodé.

D'autres le décrivait comme quelque chose de difficile, chronophage, parfois gênant, potentiellement stigmatisant.

La vision de l'abord de l'orientation sexuelle était, elle aussi contrastée.

### c) En matière de prévention du VIH

#### ➤ Pratiques déclarées en matière de prévention

La prévention était présentée comme une préoccupation majeure de la médecine moderne, elle semblait d'ailleurs pour certain une affaire de « jeunes médecins ».

« (M13) Vous les jeunes, vous êtes dans une politique de prévention... »

La mise en place d'une politique préventive au sein du cabinet impliquait un certain investissement et semblait s'inscrire dans la répétition.

« (M1) la prévention, c'est que c'est une pérennité, ça ne se fait pas en une consultation... »

« (M7) On répète inlassablement mécaniquement le même message... »

#### ➤ La prévention de l'infection au VIH bénéficiait de certains leviers facilitateurs

Pour certains, il était facile de discuter de l'infection au VIH avec les patients, surtout depuis que le pronostic de celle-ci avait changé. C'était encore plus facile si la situation s'y prêtait, comme nous l'avons vu pour le dépistage et l'abord de la sexualité.

« (M14) on en parle plus facilement, on l'évoque plus facilement, ça fait moins peur »

La prévention du VIH semblait être un des rôles typiques du médecin généraliste.

« (M4) c'est vrai que je trouve que la prévention, ça devrait être quand même notre rôle principal, c'est à dire d'agir en amont des pathologies plutôt que d'agir une fois que les pathologies sont là. »

Le message délivré en matière de prévention du VIH par les médecins de l'étude semblait encore une fois très stéréotypé : le préservatif était la seule protection efficace contre les IST.

« (M4) je leur rappelle que c'est important de mettre les préservatifs »  
« (M6) (a propos de la pilule) j'explique que ça ne protège pas des IST »

➤ Pourtant, elle était également victime de freins

Que ce soit la prévention spécifique du VIH ou la prévention dans sa globalité, les médecins ne la considéraient pas tous comme quelque chose de simple.

« (M11) c'est vrai que la prévention au cabinet ce n'est pas simple... »

En plus de son caractère parfois difficile, certains se posaient la question de l'efficacité de celle-ci. Passer un message, d'accord, mais pour quel résultat ?

« (M6) c'est facile à faire, donner un message, mais après est-ce que le message est vraiment bien adapté, est-ce que le message donc est pertinent, efficace ? »  
« (M1) c'est difficile d'en parler régulièrement, d'atteindre une part importante de la patientèle »

Comme pour le dépistage et l'abord de la sexualité, l'aspect chronophage de la prévention revenait à plusieurs reprises dans les entretiens.

« (M4) On ne fait pas tout à la fois, parce que sinon il faudrait des consultations super longues »

Les médecins évoquaient ensuite l'apport qu'ont pu représenter les messages de santé publique à l'époque où le SIDA était un sujet prioritaire. Ils regrettaient une certaine baisse de la prévention à ce sujet, entraînant un sentiment d'isolement face à cette problématique.

« (M12) j'ai l'impression qu'on communique moins sur le côté encore très dangereux du SIDA »  
« (M6) ça ne paraît plus être une priorité... »

Enfin, certains médecins ont soulevé une problématique particulière. Il leur paraissait difficile de faire passer un message « positif » en matière de VIH et de sexualité en général, sans tomber dans un discours angoissant, axé sur les interdits.

« (M5) ce que je trouve difficile dans la sexualité, c'est que... on parle un peu des risques, des interdits... J'ai un peu de mal à parler de sexualité en « positif » quoi »

La prévention du VIH était vue comme légitime au sein la consultation de médecine générale. Parfois facile, elle impliquait la délivrance d'un message stéréotypé. Elle pouvait aussi s'avérer difficile par son aspect chronophage, peu efficace et de moins en moins aidée par les messages de santé publique. Malgré leurs efforts, il semblait difficile à certains médecins de l'accompagner d'un message positif.

### 3) Parallèle entre ces notions ; le règne de l'ambivalence

Lorsqu'on regarde le schéma de modélisation de notre analyse (p.30), on remarque que l'on peut faire un parallèle entre les trois grands thèmes abordés ci-dessus. En effet, le dépistage, la prévention et la sexualité présentaient à quelques subtilités près, les mêmes leviers et les mêmes freins.

Ce qui frappe secondairement, c'est que pour ces trois thèmes, des freins s'opposaient à des leviers facilitateurs, ce qui traduit une certaine ambivalence dans les représentations et pratiques des médecins interrogés.

Il est probable que cette ambivalence aboutissait à une diminution de leur efficacité en terme de dépistage et de prévention de l'infection du VIH : les freins identifiés étaient autant d'obstacles lors des tentatives d'atteinte des populations cibles.

### 4) Les TROD vus par les médecins de l'étude « a priori »

#### a) Avantages présumés des TROD

Le TROD étant un test d'orientation, il ne posait pas formellement le diagnostic d'infection au VIH. Il fallait confirmer la séropositivité au laboratoire. Cette considération permettait d'une certaine manière, de « détendre » les médecins lors du test. Les TROD auraient même pu être une première étape vers la découverte d'une séropositivité, permettant d'amener le diagnostic plus en douceur.

*« (M6) on peut se réfugier derrière le fait qu'il faut confirmer le diagnostic. »  
« (M6) le fait de passer par un TROD ça peut préparer un peu la personne... Et nous aussi éventuellement... »*

Les TROD pourraient également permettre de récupérer quelques patients non touchés par le dépistage sérologique classique.

*« (M6) je pense qu'il y a des gens à qui on peut faire un TROD et qui n'iront pas forcément faire une prise sang »  
« (M9) Il y a une barrière en moins... »*

Le résultat « en direct » présentait en outre l'avantage de rassurer rapidement le patient dans un contexte de prise de risque semi-récente.

*« (M9) les personnes ont peur, elles sont dans l'anxiété, « il faut que je sache », donc tout de suite il y a une orientation et ils se disent « ah, bon d'accord, là je suis négatif » »*

Enfin, pour certains, cet outil présentait un côté ludique qui pouvait plaire aux patients.

*« (M9) on leur fait un petit truc, une petite chose pour les dépister... Ça c'est sur ça marche, ils adorent ça les patients »*

Les TROD permettrait une orientation diagnostique rapide et « ludique » considérée comme efficace dans le dépistage des populations exclues ou non atteintes par l'offre de dépistage habituelle au laboratoire.

### b) Inconvénients présumés des TROD

Utiliser les TROD au cabinet imposait d'aborder des sujets sensibles comme la sexualité.

*« (M5) finalement ce qu'on a le plus de mal c'est d'aborder la sexualité, et finalement là, dans la prise de risque, il va bien falloir qu'on aborde le sujet »*

De plus, un tel test posait pour certains médecins le problème d'une découverte de séropositivité « en direct », sans temps de préparation. La perspective d'une annonce de séropositivité VIH « sans filet » et en direct pouvait être une source d'angoisse.

*« (M4) Il faut se préparer à une séropositivité quand même...et le TROD, c'est de l'instantané »*

Faire des TROD prenait potentiellement du temps. Il fallait être capable de le prévoir.

*« (M6) est-ce qu'on aura vraiment ce temps là par rapport à la personne qu'on cible particulièrement ? »  
« (M4) Ça ne sera pas une consultation courte, ça c'est sûr... »*

De plus, il semblait difficile de refuser un TROD à un patient qui l'aurait demandé, de risque de le décourager et de passer à côté d'une séropositivité potentielle. Pourtant, il était évident que ces demandes ne seraient pas systématiquement formulées à un moment adapté.

*« (M7) tu laisserais passer le mec qui se jette à l'eau, qui se dit « allez, j'y vais » ? »  
« (M10) c'est débile de faire le test un samedi matin à neuf heures quand tu n'as pas le temps de discuter avec lui si jamais c'est positif... »*

Pour certains, les TROD ne présentaient pas d'apport significatif vis-à-vis de la sérologie classique.

*« (M14) Moi franchement, je ne vois pas ce que ça va m'apporter de plus de l'avoir dans mon cabinet »*

Enfin, l'utilisation d'un tel test nécessitait pour certains une formation spécifique.

*« (M14) je vais demander à avoir une formation pour savoir quels mots, quelles choses dire »*

Faire des TROD imposait d'aborder les prises de risque et exposait à une annonce de séropositivité ressentie comme insuffisamment préparée. L'aspect chronophage du geste imposait son inscription dans une consultation adaptée. Faire des TROD en cabinet de médecine générale n'était envisageable qu'après une formation spécifique.

## 5) Résumé de cette première phase d'analyse

Au cours des entretiens, nous avons donc pu mettre en évidence plusieurs points.

Les médecins entretenaient une relation complexe avec l'infection au VIH.

Nous avons pu constater une certaine ambivalence dans leur vision de cette maladie.

La difficulté que les médecins éprouvaient à se positionner dans le parcours de soin et l'hétérogénéité des médecins participants nourrissaient la complexité de leur relation avec cette maladie.

Une telle relation impactait les représentations et les pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage du VIH, de prévention du VIH et de discussion autour de la sexualité.

À propos de ces trois grands thèmes, les médecins généralistes interrogés manifestaient également une forte ambivalence. Le dépistage du VIH, la prévention du VIH et l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale présentaient d'un côté des leviers facilitateurs, contre-balançés par des freins importants.

La vision des TROD avant leur utilisation était également ambivalente, avec des arguments positifs et négatifs mis en balance.

## IV) Analyse qualitative de la deuxième série d'entretiens

La première phase d'analyse nous avait permis d'explorer les représentations et pratiques des médecins généralistes en matière d'infection au VIH. Suite à celle-ci, nous avons formé les médecins de l'étude à l'utilisation des TROD, puis nous les avons mis en contact avec ce nouvel outil au sein de leurs cabinets durant une période de quatre mois.

La deuxième phase d'analyse, effectuée au décours de ces quatre mois avait pour but de rechercher des modifications des représentations et pratiques des médecins au contact de notre protocole de recherche.

Nous nous intéresserons en premier lieu à l'objectif principal de l'étude (pour mémoire : recherche de modifications des représentations et pratiques au contact des TROD), puis à l'objectif secondaire (retour d'expérience de l'utilisation des TROD en cabinet de médecine générale)

### 1) Recherche de modifications des représentations et des pratiques

#### a) Modifications identifiées et évoquées spontanément par les médecins

Un certain nombre de modifications nous ont été rapportées spontanément par les médecins de l'étude lors de la deuxième série d'entretiens.

Ces modifications étaient potentiellement le résultat de la mise en contact avec notre protocole de recherche, qui incluait l'utilisation des TROD. Cependant, il était évident que les discussions lors du premier focus group et la mise à jour des connaissances lors de la formation avaient, elles aussi, une responsabilité dans les éventuels changements de représentation.

Ainsi, nous parlerons de « l'impact du protocole de recherche » et non de « l'impact des TROD » en particulier, difficilement individualisable.

➤ Mobilisation des praticiens vis-à-vis de l'infection au VIH

Posséder un outil tel que le TROD et avoir eu des discussions concernant l'infection au VIH avait permis de remettre la problématique au sein de leur pratique.

*« (M14) ça a fait venir, ça a fait poser des questions »  
« (M6) Je pense que j'en parle peut-être plus facilement »*

L'occasion avait été donnée d'améliorer leurs connaissances en matière de VIH. Pour certains, cela avait permis une diminution du caractère angoissant de la maladie.

*« (M3) Depuis qu'on a travaillé sur ta thèse, ça a permis déjà de revoir quelques notions autour du VIH (...) et oui ça a permis d'en parler plus facilement sans avoir cette crainte... »*

Pour certains, cela avait même été l'occasion de remettre en question certains freins personnels

*« (M6) ça a libéré ma parole sur l'abord de la sexualité en consultation, l'abord du dépistage... »*

Enfin, l'un des médecins nous a fait part de son changement de vision vis-à-vis de la problématique de découverte de séropositivité.

*« (M1) avant le focus group, je ne m'étais pas forcément posé la question parce que depuis le temps que je fais des dépistages sérologiques, je n'ai jamais eu de positif (...) et de devoir faire des TROD je me suis dit « mince, si jamais il y en a un qui est positif.. Alors du coup ça m'a vraiment permis d'évoluer et de dédramatiser la chose »*

➤ Renforcement du dépistage

Outre le dépistage par test rapide dans le cadre de l'étude, certains médecins évoquaient un changement de leurs habitudes de dépistage « classique » (sérologie VIH au laboratoire).

*« (M14) je suis peut-être plus sensibilisé encore à proposer des test »*

Pour certains, leur participation à l'étude avait permis de proposer moins de dépistages, mais de le faire de façon plus ciblée, plus adaptée.

*« (M11) Avant le focus group je le faisais plus systématiquement qu'après... Là je cible beaucoup plus... »*

➤ Reconsidération des habitudes sexuelles de la patientèle

Cette étude avait été l'occasion pour certains médecins (au moins deux) de découvrir des habitudes sexuelles dites « à risque » au sein de leur patientèle, inconnues jusqu'alors.

*« (M14) une dizaine de personne sont venues me voir dont trois ou quatre m'expliquant leur comportement sexuel soit homosexuel soit libertin... »*

➤ Impact spécifique du focus group dans les modifications de représentations et pratiques

Pour certains médecins, une partie au moins des modifications constatées dans leurs représentations et pratiques étaient à mettre en relation avec le focus group plus que les TROD.

*« (M6) C'est clairement le focus group qui m'a fait évoluer sur ma pratique, sur mes préconçus, la population à cibler, comment considérer la maladie... »*

Tout en admettant qu'il était difficile de définir l'origine d'un tel changement.

*« (M6) Le focus group plus que la TROD, après l'un ou l'autre, en même temps, c'est difficile de faire la part des choses. »*

Au total, sept médecins sur les quinze interrogés ont évoqué une modification d'au moins un aspect de leurs représentations et pratiques suite à la mise en contact avec notre protocole.

Celui-ci avait permis de remobiliser certains médecins à propos de l'infection au VIH. Le dépistage du VIH, qu'il soit par sérologie ou par TROD semblait être renforcé. Enfin, certains médecins avaient pu aborder les habitudes sexuelles de leur patientèle.

Parmi les médecins concernés par les changements de représentations, une seule tendance semblait apparaître : les médecins masculins rapportaient plus facilement un changement que les femmes (cinq hommes contre 2 femmes).

Les autres critères (âge, lieu d'exercice, formation...) ne semblaient pas avoir d'influence sur ces changements.

#### b) Modifications recherchées au sein du discours des médecins

Lors de l'analyse des échanges, nous avons également recherché des modifications inconscientes au sein du discours des participants.

##### ➤ La vision de l'infection au VIH

Celle-ci semblait être sensiblement la même en dehors des modifications évoquées spontanément. La maladie souffrait toujours d'une vision globalement ambivalente, les médecins oscillaient entre l'image d'une maladie chronique banale et au contraire l'image angoissante d'une maladie à part.

##### ➤ La problématique de la place du généraliste dans le parcours de soin du patient séropositif

Le ressenti des médecins à ce sujet ne semblait pas avoir été modifiée par notre protocole. Les médecins déploraient toujours leur mise à l'écart du suivi et évoquaient à nouveau leur manque de compétence spécifique lié notamment à la rareté de la maladie.

##### ➤ Le dépistage du VIH

Il représentait comme dans les premiers entretiens un acte fréquent. La principale difficulté de celui-ci résidait dans le ciblage des patients, potentiellement stigmatisant. L'invocation du « dépistage systématique » pour justifier la recherche de VIH semblait toujours faciliter la prescription.

De façon générale, les médecins ont eu tendance à moins évoquer leurs freins au dépistage en

période d'analyse « post TROD » (suite à leur utilisation de ceux-ci).

➤ Le sujet de la sexualité

Cela restait un sujet épineux pour certains, abordé plus facilement avec les jeunes femmes et nécessitant une certaine prudence afin de s'adapter au mieux au patient et d'éviter la stigmatisation.

Comme lors de la première série d'entretien, une partie des médecins ne semblaient pas montrer les mêmes réticences face à un tel sujet et évoquaient leur facilité d'abord de la sexualité en consultation.

➤ La problématique de la prévention du VIH

Durant cette deuxième phase d'analyse, cette problématique a été relativement peu abordée. Le peu d'éléments recueillis n'a pas permis la recherche d'une modification des représentations ou des pratiques à ce sujet.

## 2) Retour d'expérience de l'outil TROD

### a) Apports des TROD en médecine générale

➤ Les TROD semblaient favoriser les discussions

Le dépistage par TROD était vu comme un moment particulier, intimiste.

*« (M9) le fait de le faire, ça nous donne une proximité avec le patient »  
« (M5) ça a été un moment où on était entre nous... »*

Il pouvait représenter une occasion d'initier des discussions autour de la sexualité.

*« (M3) je trouve que c'était une occasion de parler des facteurs de risque... »  
« (M12) la TROD c'est bien pour ça, ça permet à des gens de venir et on peut parler de la sexualité à ce moment là, chez des gens qui n'auraient peut-être rien fait par eux même »*

Pour certains médecins, le dépistage par TROD avait été l'occasion de découvrir des prises de risque inconnues au sein de leur patientèle.

*« (M14) Il y en a un, c'était rencontres libertines, il ne m'en avait jamais parlé avant... »  
« (M14) un rapport sexuel sans préservatif qui datait de quinze jours chez une femme de 27 ans »  
« (M12) C'est 10 personnes que je n'aurais pas vu autrement »*

Même si la consultation TROD ne se terminait pas nécessairement par un test, elle permettait de parler du VIH et de délivrer un message préventif.

*« (M6) je me disais, si je fais le test il faut d'abord expliquer un peu le VIH... »  
« (M14) ça n'a abouti que 4 fois à la réalisation du test, les autres fois ça a été juste une information »*

➤ Ils semblaient favoriser également le dépistage

Les TROD auraient pu permettre, sous la forme d'une nouvelle offre de dépistage, de tester des patients habituellement non accessibles à l'offre de dépistage classique.

« (M11) c'est un outil qui est là surtout pour les gens qui ne vont pas faire les biologies »  
« (M15) les personnes qui effectivement aimeraient bien se tester mais qui sont un peu réticents,  
qui ont un peu peur »

De plus, au delà des dépistages effectués par tests rapide, les consultations TROD avaient été parfois l'occasion d'un dépistage sérologique.

« (M8) Et là le fait d'avoir proposé, ils n'ont pas voulu faire le TROD mais par contre  
« ah bah oui, faites moi la prise de sang »

➤ Les TROD permettaient de rassurer simplement et rapidement les patients

Pour certains médecins de l'étude, les TROD n'avaient pas posé de problèmes techniques et étaient jugés faciles et rapides d'utilisation.

« (M3) c'est relativement simple d'utilisation et pratique »

Ils représentaient ainsi une bonne occasion de rassurer instantanément le patient dans le cadre d'une prise de risque semi-récente.

« (M8) Pour certains patients c'est une opportunité de faire un test tout de suite maintenant »  
« (M7) ça a pu en soulager quelques-uns de manière immédiate »

➤ Ils étaient bien accueilli par les patients

Dans certains cabinets, les demandes spontanées des patients à la lecture des flyers étaient nombreuses et avaient permis aux médecins de ne pas avoir à proposer les TROD.

« (M14) Je me rappelle de deux ou trois fois où les patients ont vu l'affichette et ont dit  
« ah, vous faites le test ici ? Justement, je voulais vous parler de ça »

➤ Un bon outil complémentaire

À la lumière de ces apports en médecine générale, le TROD était vécu par certains comme un outil complémentaire intéressant.

« (M12) c'est un plus en terme de dépistage, c'est clair et net ça fait avancer... »

Les TROD étaient vécus comme des outils favorisant les discussions, notamment en terme de sexualité et de prise de risque. Leur présence au cabinet avait tendance à renforcer le dépistage du VIH. Globalement, les patients semblaient bien accueillir ce nouvel outil pratique et « ludique » capable de les rassurer rapidement sur des prises de risque semi-récentes.

## b) Limites des TROD en médecine générale

### ➤ La problématique de l'annonce

L'idée de se retrouver face à un résultat positif « en direct » continuait à angoisser une majorité des médecins participants.

*« (M6) j'avais quand même assez peur d'avoir un résultat positif.. »  
« (M10) et de ne pas avoir les quelques instants dont j'ai besoin pour me poser,  
réfléchir et être moins en stress... »*

La découverte d'un test positif impliquait une consultation d'annonce improvisée posant un problème organisationnel. Impossible de la différer en faisant revenir le patient, elle devrait être faite quelque soit le moment de la journée et la charge de travail.

*« (M10) un TROD positif si tu as trente personnes derrière qui attendent, comment tu gères ça ? »  
« (M4) tu ne peux pas dire « bon écoutez c'est positif, il faut revenir me voir » »*

Pour le patient, cette situation pouvait être également une source d'angoisse. De plus, les médecins craignaient un manque de préparation à une éventuelle positivité du test.

*« (M15) il n'a pas eu le temps de se préparer à « et si c'était positif » »  
« (M13) l'immédiateté là c'est hyper angoissant pour le patient... »*

### ➤ Les TROD étaient jugés moins utiles que la sérologie classique

L'utilité des TROD en cabinet de médecine générale était mise en doute.

*« (M11) qu'on ait le résultat tout de suite ou différé avec la prise de sang au laboratoire  
ça ne change pas grand chose au final »*

L'unicité du test par rapport à l'infection au VIH semblait poser problème aux médecins de l'étude. Tester le VIH sans se préoccuper des autres infections sexuellement transmissibles posait un problème de logique.

*« (M12) on est obligé de poser d'autres questions, on élargit la problématique »  
« (M10) ça ne teste que le VIH, donc tant qu'à faire je préfère faire une prise de sang globale »*

### ➤ Limites pratiques de l'outil TROD

Les médecins semblaient s'être heurtés à des difficultés techniques liées au recueil de sang lors de leur utilisation des TROD. C'était une plainte récurrente au sein des entretiens.

*(M15) Je trouvais que pour avoir une grosse goutte, il fallait s'accrocher quand même*

Les TROD représentaient un acte « complémentaire », non prévu initialement. Ils entraînaient donc inévitablement une augmentation du temps de consultation, en plus du caractère chronophage intrinsèque au test.

*« (M3) le problème c'est que ça se fond dans une autre consultation, c'est ça qui prend du temps »  
« (M4) Bon techniquement tu perds pas de temps mais c'est tout ce qu'il y a autour quoi... »*

➤ Les patients ne sont pas tous ouverts au dépistage TROD

Dans certains cabinets, les TROD n'avaient pas reçu un accueil très positif. Les patients ne semblaient pas très intéressés par l'éventualité de faire un tel test.

*« (M8) ça leur est passé par dessus la tête, ils n'ont même pas lu le truc »  
« (M8) même à ceux à qui j'en ai parlé, ça ne les motivait pas plus que ça d'essayer... »*

Parfois même, une réaction de rejet franc de ce test par les patients était rapportée par les médecins.

*« (M10) Il y avait un énervement et un agacement des patients en face qui me mettait très mal-à-l'aise, j'avais vraiment l'impression de leur proposer quelque chose... Qu'il ne fallait pas proposer... »*

Un des médecins soulevait une problématique intéressante. Certains des patients les plus à risque refusaient le dépistage par peur de ce qu'ils découvrirait. Ces patients ne seraient potentiellement pas plus motivés par les TROD que par la sérologie.

*« (M7) Ceux qui ont pris des risques sont souvent beaucoup plus réticents, ils ne veulent pas savoir... »  
« (M9) si ils ne veulent pas, que ça soit TROD ou pas, ils ne feront pas... »*

Les TROD posaient le problème de l'annonce « en direct », sans temps de préparation. Leur spécificité VIH non couplée à d'autres IST en faisait un test jugé restrictif, et donc rarement adapté en pratique. Les difficultés techniques et l'aspect chronophage des TROD semblaient poser problème. Certains patients avaient montré des réticences personnelles à effectuer un tel test.

c) Projection des médecins dans la « post étude »

Les médecins ont évoqué la potentielle utilisation future des TROD dans leur cabinets, suite à notre étude.

➤ Modalités pratiques d'une telle utilisation.

Le problème du délai de péremption semblait inquiéter les médecins. Ils disaient envisager difficilement l'utilisation de TROD dans la mesure où ils devraient les changer régulièrement.

*« (M7) j'y verrais une place dans ma pratique si ça ne se périmait pas aussi rapidement »  
« (M1) il y a un risque qu'à la fin du mois je les jette parce que je ne les ai pas utilisés... »*

Ils craignaient par ailleurs qu'il soit difficile de penser à réaliser ces tests. Si la condition de réalisation était une proposition de leur part, ils risquaient de ne pas en faire beaucoup.

*« (M1) je savais dès le départ que ça n'allait pas être très très simple d'y penser »  
« (M9) je vais oublier... »*

Les tests étaient fournis gratuitement durant l'étude, ce qui ne correspondait pas à la pratique actuelle en France. Les médecins qui voudraient faire des TROD dans leur cabinet devraient se les fournir eux même, les payer et ne seraient pas rémunérés pour un tel geste. Dans ces conditions, peu de médecins envisageaient encore de faire des TROD.

*« (M15) Bah c'est clair que si le test est payant, qu'on doit se le fournir, c'est non... »*

Ils proposaient des solutions pour palier ce problème.

*(M9) Il faut qu'on ait un acte coté pour ça...*

*(M14) il faut que ça soit remboursé...*

Les TROD nécessitaient du temps. Un médecin évoquait la possibilité d'un créneau aménagé permettant de ne pas se retrouver dans l'urgence et d'éviter la pression de la salle d'attente.

*(M15) je pense qu'il faut un temps dédié*

Enfin, faire des TROD au cabinet paraissait possible, mais ne pouvait être dissocié de la formation en rapport.

*« (M1) quand tu disposes de TROD au cabinet, il faut que ça soit assorti à une petite formation quoi...*

*Avoir des TROD au cabinet, ça veut dire « j'y ai réfléchi, je me suis formé un minimum » »*

➤ La généralisation des TROD semblait difficile.

Le principe des TROD ne séduirait pas tous les médecins. Que ce soit pour le caractère chronophage, pour la problématique de l'annonce en direct ou pour les discussions occasionnées, certains se montreraient réticents.

*« (M14) J'en ai parlé avec mes collègues, eux ne sont absolument pas intéressés par les TROD »*

*« (M14) ils ne veulent absolument pas en entendre parler pour ne pas avoir à aborder certains sujets »*

De plus, les médecins ayant participé à l'étude n'étaient pas représentatifs de la population des médecins généralistes : ils avaient été recrutés par affinité avec la problématique. Il était à prévoir qu'une partie des autres médecins n'aurait potentiellement pas le même avis sur la question.

*(M14) nous on était là parce qu'on était sensibilisés, on avait envie de le faire*

➤ Au final, se voyaient-ils avec des TROD dans leur cabinet ?

La réponse était mitigée. Certains envisageaient sereinement une utilisation dans leur pratique quotidienne tandis que d'autres ne voyaient pas l'intérêt ou même rejetaient les TROD.

*« (M2) moi je serais très volontaire pour en avoir un peu »*

*« (M11) ce n'est pas un outil que je retiendrais pour ma pratique à moi en tout cas »*

Pour presque tous les médecins interrogés, l'utilisation des TROD dans les conditions actuelles (approvisionnement et financement par le médecin et absence de cotation spécifique) était peu envisageable.

Utiliser les TROD dans la pratique quotidienne était envisageable pour une partie des médecins interrogés.

Cependant, cette utilisation potentielle exposait à des problèmes pratiques tels que le suivi de péremption des tests et le risque d'oublis de proposition des tests en pratique courante.

L'aspect financier semblait être un facteur limitant essentiel : l'achat des TROD est à la charge du médecin et le temps passé à effectuer le test n'est pas spécifiquement rémunéré. Dans ces conditions, impossible pour la plupart d'utiliser les TROD tant qu'une solution financière adaptée n'était pas mise en place.

# DISCUSSION

## I) Nos résultats

### 1) Résultat principal

Notre protocole de recherche impliquant l'utilisation de TROD VIH en cabinet de médecine générale semble entraîner une modification des représentations et des pratiques d'une partie des médecins interrogés.

#### a) Comment expliquer ces changements ?

La présence des TROD au cabinet permet de matérialiser la maladie. Ils rappellent au médecin l'existence du VIH et l'interrogent potentiellement sur les problématiques qui l'accompagnent. Pour les médecins, offrir la possibilité de faire des TROD au cabinet les remobilise et nécessite une actualisation des connaissances autour d'une pathologie laissée de côté ou prise en charge par d'autres intervenants. Les TROD représentent un test d'orientation pour le VIH dont le résultat pourrait être positif « en direct ». Cette immédiateté impose au médecin une évolution de son ambivalence vis-à-vis de la maladie.

#### b) Réserves à apporter à ce résultat

Notre résultat est à considérer avec précaution. Le protocole de recherche mis en place impliquait l'utilisation des TROD, mais également des discussions lors des focus groups et une formation à l'outil TROD (interventions impossibles à supprimer du protocole).

Dans ce contexte, il est très difficile de faire la part des choses entre l'apport des TROD, l'apport du focus group et celui de la formation.

Lorsqu'ils envisagent une utilisation des TROD dans leurs cabinets, les médecins revendiquent une formation spécifique, notamment axée sur la problématique de l'annonce de positivité. En cas de généralisation de cet outil en médecine générale, accompagnée de la formation à son utilisation, l'utilisation des tests s'approcherait d'un point de vue pratique de notre protocole de recherche et l'impact sur les médecins serait ainsi plus extrapolable.

On pourrait s'interroger sur l'impact d'une simple formation autour du thème du VIH, axée notamment sur les freins mis en évidence dans les différentes études disponibles. Des études pourraient également être mises en place, étudiant l'impact spécifique de groupes d'échange sur du thème du VIH/SIDA.

Dans notre étude, il existe une très grande disparité dans les modifications de représentations et de pratique rapportées par les médecins. Certains rapportent un apport conséquent tandis que d'autres n'ont constaté aucun changement dans leur représentations et pratiques. Ce constat est à mettre en relation avec la diversité de rapports qu'entretiennent les médecins généralistes avec l'infection au VIH. En cas d'utilisation de cet outil en médecine générale, il est à prévoir qu'une partie des médecins s'empare de l'outil tandis que d'autres l'ignorent ou le rejettent. Au sein de

notre échantillon, nous n'avons pas été capable de dégager des profils « types » de médecins susceptibles de tirer profit de l'utilisation des TROD. Le faible effectif en rapport avec la nature qualitative de notre étude explique en partie ce résultat. Par ailleurs, les items choisis pour caractériser notre population restent très pragmatiques (age, sexe, lieu de profession...). Ils ne permettent probablement pas de prendre en compte la diversité dans les représentations des médecins vis-à-vis du VIH. Il est peu probable que ces variables « mesurables » suffisent à apprécier les facteurs d'influence intervenant dans une problématique aussi complexe. Il aurait peut-être été intéressant de classer également les participants selon des questions plus personnelles, en rapport direct avec la problématique (histoire personnelle liée au VIH, aisance dans les discussions sur le thème de la sexualité, appartenance religieuse, pratiques sexuelles personnelles...) mais de telles questions auraient été déplacées voire stigmatisantes.

## 2) Résultats secondaires

Le retour d'expérience de l'utilisation des TROD en médecine générale est mitigé. Une partie des médecins semble favorable à une utilisation au sein de leur cabinet suite à notre étude tandis que d'autres disent ne pas voir d'intérêt à ce nouvel outil et rejettent l'éventualité de l'utiliser.

### a) Avantages potentiels des TROD en médecine générale

Certains des avantages potentiels des TROD sont à prendre en considération dans le contexte actuel de la lutte contre le VIH.

- Les TROD ont favorisé les discussions en terme de sexualité et de prise de risque. Cette notion est intéressante dans la mesure où les médecins participants évoquent pour certains leurs difficultés à aborder un tel sujet. Les TROD agissent comme un support, permettant d'initier la discussion de façon « légitime » et d'ainsi inhiber le caractère ressenti comme gênant de cet abord. Ce résultat ne concernait cependant qu'une partie des médecins interrogés.
- Les TROD pourraient permettre d'atteindre des patients habituellement non concernés par le dépistage sérologique classique. Environ 30 000 personnes ignorent leur séropositivité, il est important d'atteindre ces populations. Pour envisager une efficacité des TROD dans cette indication, il faudrait prouver que ces populations sont bien concernées par les consultations de médecine générale.
- Les TROD favorisent globalement le dépistage. Ils offrent une nouvelle occasion de dépistage, rapide et pratique. Les patients l'accueillent favorablement pour la plupart. La présence de ces tests au cabinet pourraient favoriser également le recours au dépistage sérologique classique. Dans un contexte où l'HAS encourage les médecins à « saisir toutes les occasions de dépistage », l'augmentation du nombre de celles-ci du fait des TROD paraît intéressante.

### b) Difficultés liées à l'utilisation des TROD en médecine générale

- La problématique de l'annonce « en direct » inquiète les médecins. Ils craignent un effet de surprise angoissant ne leur laissant pas le temps nécessaire pour préparer une « bonne » annonce. Certains disent avoir besoin de prendre contact avec le centre de référence pour savoir quoi dire et comment le faire. Afin de les rassurer dans l'éventualité d'une telle

situation, il paraît intéressant de mettre en place une formation adaptée à l'utilisation des TROD, incluant une partie concernant la découverte de séropositivité et la marche à suivre. Au sein de cette formation, un travail sur les représentations des médecins vis-à-vis de l'infection au VIH permettrait d'améliorer l'abord d'une telle consultation.

- L'unicité du test pour le VIH freine l'utilisation des TROD. Dans un contexte de prise de risque, les médecins s'interrogent sur l'utilité du TROD VIH dans la mesure où il ne permet pas de tester les autres IST (chlamydiae, gonocoque, syphilis et hépatites). Cela pourrait limiter les indications d'utilisation des TROD VIH. Actuellement, une nouvelle génération de TROD voit le jour, permettant le dépistage d'autres pathologies, notamment l'hépatite C et syphilis. Il serait particulièrement intéressant de posséder un test rapide capable de tester conjointement le VIH, les hépatites et la syphilis.
- Les médecins rapportent des difficultés techniques lors des TROD. Obtenir une goutte de sang satisfaisante semble poser problème et nécessite une certaine habitude. Les TROD ont tendance à s'améliorer en terme de difficultés techniques avec une quantité de sang qui est passée de 75 µl à 50 µl pour le TROD INSTI®. Une amélioration progressive des conditions de réalisation est donc envisageable. De plus, l'expérience dans la manipulation des kits TROD semble diminuer les difficultés techniques des TROD, on peut donc prévoir que les médecins utilisant régulièrement les tests éprouveront de moins en moins de difficultés.
- Les TROD périment en 11 à 13 mois après achat. Étant donné la rareté des occasions d'utilisation des TROD, les médecins semblent appréhender le risque de ne pas réussir à les utiliser à temps et de devoir les jeter.
- L'aspect chronophage de la consultation de dépistage TROD inquiète les médecins. L'acte technique en lui-même est perçu comme assez rapide mais il nécessite une consultation longue afin de mettre en place un discours préventif et de préparer le patient à un éventuel test positif. En outre, en cas de positivité du test, la consultation se trouve encore allongée. Une question primordiale se pose alors : comment être rémunéré pour cet acte de dépistage et de prévention qui s'ajoute à la consultation de base ? Une rémunération spécifique de cet acte permettrait de régler en partie le problème.
- Les médecins refusent majoritairement de payer les TROD. La sérologie VIH étant un acte remboursé, il est difficile d'encourager l'utilisation des TROD, payants (5,35 euros HT l'unité, hors livraison).

Nos résultats montrent qu'il est difficile d'envisager l'utilisation de TROD en médecine générale sans formation spécifique et solution financière adaptée.

### 3) Autres résultats

les médecins ont une vision ambivalente du VIH. À première vue, le dépister et en assurer la prévention semble relativement simple. Pourtant, lorsqu'on va plus loin dans l'analyse de leurs représentations, on se rend compte que le VIH véhicule des peurs et des tabous et reste une infection à part et stigmatisante.

Les médecins ayant exercé dans les années 80-90 ont été témoins de tragédies qui les ont marqués. Ils ont fait face à des situations difficiles, que ce soit dans le cadre professionnel, personnel, relationnel ou encore dans le cadre de leur propre sexualité. L'histoire individuelle et collective a participé à forger les représentations du VIH au sein de la population, dont les médecins font partie. Pour les médecins les plus jeunes, ils n'ont que très peu côtoyé la maladie

même si elle leur est apparue comme l'un des combats majeurs de leur époque. Ils ont grandi avec une certaine appréhension de cette maladie qu'ils ne connaissaient pas mais qu'on leur avait appris à craindre à travers les cours d'éducation sexuelle et les messages de santé publique.

L'infection au VIH est une maladie peu fréquente dans l'exercice de la médecine générale libérale. Dépister un patient séropositif ou assurer son suivi fait appel à une expérience faible chez la plupart des médecins généralistes, cette pathologie restant ainsi assez mal connue. Dans un contexte de surcharge d'activité, les médecins généralistes ont tendance à moins s'investir dans la prise en charge de cette infection, en particulier dans les régions de faible endémie. Cet effet est accentué par une relative complexité de la maladie, qui nécessite une expertise thérapeutique impliquant une formation régulière.

L'infection au VIH tend à devenir une maladie chronique. Elle nécessite moins d'expertise dans le suivi des patients qu'au début de l'épidémie. Ces caractéristiques la font entrer dans les champs de compétence de la médecine générale et justifient à nos yeux d'encourager le suivi ambulatoire.

La santé sexuelle doit être la porte d'entrée pour la prise en charge de la sexualité, de l'infection au VIH et des autres IST en recrudescence forte.

Au delà de l'image morbide et complexe de l'infection au VIH, d'autres représentations peuvent accentuer les difficultés dans son abord par les médecins. La vision de l'infection au VIH est en partie sous-tendue par la vision de ses modes de transmissions. L'image du VIH est associée au sang, au sperme, aux rapports sexuels non protégés (et donc non « maîtrisés »), à l'homosexualité, à l'infidélité... Ces sujets peuvent s'avérer difficiles d'abord voire tabous pour nombre de médecins et de patients. La vision des modes de transmissions du VIH et l'image morbide qui s'y attache font de l'infection au VIH une pathologie encore aujourd'hui très stigmatisante.

Proposer un dépistage « ciblé » du VIH, revient pour certains à émettre l'hypothèse d'une séropositivité en fonction de la sexualité et des prises de risque du patient, acte pouvant être considéré comme stigmatisant. Proposer une sérologie VIH « ciblée » pourrait également impliquer aux yeux du patient une certaine interrogation du médecin quant à son appartenance à une population cible. Certains patients pourraient alors se sentir offensés d'avoir été considérés comme potentiellement infidèles, usagers de drogue, homosexuels... etc.. Dans ce contexte, c'est bien l'image de l'infection au VIH, véhiculée par les médecins et par la population générale qui devient un frein à son dépistage. Un des médecins de notre étude résumait bien cette situation lorsqu'il disait « en fait, ce qui t'embête avec le VIH, c'est que ce n'est pas une maladie honorable... » (M7).

La vision du VIH varie de manière importante selon les médecins. Cette disparité de représentation s'explique notamment par des histoires de vie différentes. Les rapports de chacun à sa propre sexualité est aussi susceptible d'impacter la vision de cette maladie. La formation médicale concernant l'infection au VIH est plutôt axée sur le côté technique, thérapeutique. Les problématiques de représentation de cette maladie ne sont pas soulevées au sein de la formation initiale. Ainsi, la vision de cette maladie au sein de la population médicale dépendra essentiellement de formations complémentaires, par définition variables d'un médecin à l'autre. La sensibilité de chacun aux problématiques de santé sexuelle et leur motivation pour s'y investir vont également participer à la variété des représentations du VIH.

Afin d'améliorer les pratiques des médecins en matière de dépistage et de prévention du VIH, il

paraît important de faire évoluer leur image de la maladie ainsi que l'image de la maladie au sein de la population générale. Le but étant que l'image que les médecins ont du VIH et celle qu'ils suspectent chez leurs patients deviennent compatibles avec une mise en place sereine du dépistage et de la prévention.

## II) Comparaison à la littérature

### 1) Résultat principal

Notre étude est la première à ce jour à évaluer l'impact des TROD sur les représentations et pratiques des médecins généralistes. Nous n'avons pas trouvé de comparaison possible dans la littérature.

### 2) Autres résultats

#### a) Littérature autour des TROD en médecine générale

En ce qui concerne l'acceptabilité des TROD, notre étude confirmait majoritairement le bon accueil des TROD par les patients, comme l'avaient évoqué les études sur ce thème (18-21).

##### ➤ La faisabilité des TROD

Elle était plus controversée dans la littérature disponible, comme évoqué dans le chapitre « contexte ». Trois études (18, 19, 22) concluaient à une bonne, voire très bonne acceptabilité des TROD, tandis que l'étude de C Poirier à Tours (21) montrait une réticence aux TROD avec des freins majeurs mis en évidence.

Pour notre étude, l'objectif principal n'était pas d'évaluer la faisabilité des TROD. Nos résultats évoquent pourtant une faisabilité intermédiaire (48 TROD avaient été effectués et 8 des 15 participants semblaient ouverts à une utilisation dans leur cabinet sous certaines conditions).

Il faut, pour interpréter ces résultats, prendre en compte les lieux dans lesquels étaient effectuées ces études. Les trois études concluant à une bonne faisabilité des TROD concernaient des zones de forte prévalence (Île de France et Guyane). Au contraire, la thèse de C Poirier était mise en place dans la région de Tours, zone de moyenne prévalence, comme l'île de la Réunion (INVS).

Nous pourrions donc imaginer que la faisabilité des TROD évolue avec la prévalence de la maladie. Cette information serait à confirmer par d'autres travaux, de type quantitatifs.

La faisabilité des TROD était meilleure dans notre étude que dans celle de Tours. Cela pourrait être mis en relation avec la tendance des médecins réunionnais à faire plus de tests VIH que la moyenne des médecins français (source INVS) (8).

##### ➤ Les limites des TROD en médecine générale

Dans les études déjà citées (18, 19, 21), l'utilisation des TROD en médecine générale souffrait de différents freins. Les principaux freins identifiés correspondent bien à ceux mis en évidence dans notre étude, à savoir les difficultés techniques et le manque de temps.

Dans la thèse de C Poirier (21), l'éventualité d'une annonce de positivité du TROD sans préparation suffisante était vécue comme angoissante, comme pour certains médecins de notre étude.

La vaste étude « Baromètre santé 2009 » (29) sur les pratiques des médecins généralistes montrait que les médecins rejetaient majoritairement cette vision angoissante de l'annonce : 42,8 % ne la

considèrent « *pas du tout* » comme un frein et 27,7 % « *plutôt pas* ».

Dans l'étude de 2012 menée en Guyane (19), Plus de 90% des médecins se sentaient à l'aise pour proposer le test et annoncer les résultats.

Les autres freins évoqués par C Poirier (21) ont également été soulevés dans notre étude : le manque d'occasions de dépistage TROD, le peu de demandes de la part des patients et la difficulté à proposer le test.

L'aspect financier représentait une problématique très présente dans les études évaluant les TROD en médecine générale. Dans l'étude DEPITROD (22), 81 % des médecins mis en contact avec les TROD étaient prêts à poursuivre leur utilisation. Seuls 19% d'entre eux soutenaient cette position dans le cadre de l'autofinancement des tests.

Dans l'étude guyanaise de 2102 (19), il avait été décidé en cours d'étude de rémunérer les médecins par TROD effectué devant le faible engouement, ce qui avait été un élément déterminant de la réussite du projet. Les auteurs concluaient à un rôle essentiel de la rémunération des médecins pour soutenir l'utilisation durable des TROD.

Enfin, dans la recommandation HAS de mars 2017 (26), l'aspect financier est clairement identifié comme un frein au développement des TROD en médecine générale.

Dans l'étude Baromètre de santé 2009 (29), un frein majeur était également évoqué, retrouvé dans notre étude : la peur du manque de formation pour l'utilisation des TROD et la délivrance du résultat.

#### ➤ les apports des TROD en médecine générale

Les études évaluant les apports potentiels de l'utilisation des TROD en médecine générale sont rares. L'aspect le plus souvent étudié concerne les limites rencontrées.

Dans le travail de F Becam (23), les TROD semblaient améliorer l'implication des médecins dans le dépistage du VIH. Cette notion est également mise en évidence dans nos travaux.

Le fait que Les TROD puissent être un outil facilitateur pour certains médecins dans l'abord de la sexualité était un résultat nouveau. Nous n'avons pas retrouvé d'autre étude évoquant cet apport.

La capacité des TROD (en médecine générale) à atteindre des populations qui échappent habituellement au dispositif classique de dépistage avait été évoqué au sein de l'étude baromètre de santé de 2009. L'étude guyanaise de 2012 l'évoquait aussi.

### b) Représentations autour du VIH et de son dépistage

#### ➤ Le rôle des généralistes dans le parcours de soins du patient séropositif

Selon l'étude baromètre de santé 2009 : deux tiers des médecins généralistes ont un patient VIH mais 30% seulement renouvellent les traitements antirétroviraux. Le parcours de soin du patient infecté par le VIH n'a pas été centré sur le premier recours. Pourtant les politiques successives ont cherché à encourager le suivi des patients infectés par le VIH en ville, en lien avec les services hospitaliers spécialisés.

Dans notre étude, la place du médecin généraliste dans ce parcours de soins est évoquée par certains comme énigmatique.

➤ Le VIH, un sujet difficile à aborder

Dans la thèse du Dr C. Pigache (30), les médecins éprouvaient des difficultés à aborder les thèmes de la prévention et du dépistage du VIH du fait des représentations qu'ils en avaient. Certaines de ces difficultés étaient en rapport avec le contexte des consultations, la relation médecin-patient, les patients ou leurs réactions. D'autres étaient liées aux médecins eux-mêmes (regard sur le VIH et l'abord de la sexualité, expérience et formation). Cette complexité des représentations de l'infection au VIH chez les médecins généralistes et son influence sur les pratiques est à nouveau bien mise en évidence dans notre étude.

➤ L'ambivalence dans le dépistage

L'étude baromètre santé 2009 mettait en évidence la diversité des pratiques des médecins généralistes dans la prévention et le dépistage du VIH. Les chercheurs avaient pu séparer les médecins en quatre catégories, allant du « champion de la prévention » au « réfractaire à la prévention en médecine générale ». Cette diversité de profil dans le rapport au dépistage était confirmée dans notre étude.

Dans son travail de thèse mené auprès des médecins généralistes de l'agglomération Nantaise, B. Garry a recueilli les principales sources de difficultés pour proposer le test de dépistage (31) : la sensation d'intrusion dans la vie privée et la place délicate en tant que médecin traitant. Dans notre étude, l'aspect gênant (car intrusif) est également évoqué comme un frein important au dépistage.

Enfin, l'INVS en association avec l'ANRS et l'INSERM a publié un rapport sur les opportunités manquées de dépistage du VIH (32). Au sein de cette étude, ils évoquent les freins au dépistage du VIH. Les principaux freins avancés étaient, pour les soignants : la difficulté à aborder les thèmes du VIH et de la sexualité (voire l'évitement manifeste du sujet) et le manque de formation pour proposer et rendre le résultat du test. Cette vision du dépistage correspond bien à l'ambivalence mise en évidence dans notre étude.

c) Abord de la santé sexuelle en médecine générale

La sexualité est un sujet complexe, difficile à aborder pour certains médecins. Dans sa thèse en 2012, Dr C. Charpentier mettait en évidence les mêmes difficultés (33).

La sexualité restait un sujet très peu abordé en pratique dans un cabinet de médecine générale, même si les médecins le reconnaissaient comme faisant partie de leur domaine de compétence.

L'abord de la sexualité dépendait des caractéristiques du médecin (sexe, âge, expérience, vécu personnel et origines socio-culturelles). Les médecins s'interrogeaient sur la manière la plus appropriée d'aborder la sexualité, partagés entre l'attente d'une demande du patient et la nécessité d'initier la discussion sans être intrusif. Ces résultats concordent avec le ressenti des médecins de notre étude et montrent bien toute la complexité de ce champ de la santé.

Dans la thèse du Dr S. Bartoli (34) évaluant le point de vue des patients sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, les patients semblaient souhaiter que le médecin adopte une attitude proactive et amorce le dialogue de façon simple et directe lors de situations cliniques appropriées. L'abord de la sexualité était légitimé lorsque celle-ci relevait du domaine médical et non lorsqu'elle était jugée intime ou taboue. Pour les hommes, interroger sur la sexualité et sur

l'identité sexuelle en médecine générale requérait une justification médicale. Dans notre étude, certains médecins attendent l'abord du sujet par les patients. Chacun attendant l'autre, le sujet n'est que peu abordé.

Le Dr E. Donguy a également étudié les obstacles à l'abord de la sexualité en consultation, du point de vue des patients (35). Les patients souhaitant parler plus souvent de sexualité avec leur médecin sont essentiellement les jeunes (26-40 ans), hommes, dont le médecin ne soigne pas d'autre membre de la famille et dont il est le médecin depuis moins de 10 ans. Par ailleurs, les patients préféreraient majoritairement aborder le sujet eux-mêmes sauf chez les 18-25 ans et les personnes ne vivant pas en couple.

Enfin, dans une thèse évaluant l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale (36), Dr H. Ceglarec mettait en cause la complexité de la relation de confiance, pré-requis pour aborder la sexualité, et la nécessité qu'avaient les médecins de s'adapter à chaque situation. Les médecins montraient des freins importants (notamment la présence du parent, le poids du tabou et la différence de genre). Ces freins aboutissaient à une prise en charge insuffisante, essentiellement au détriment du garçon. Ces notions sont confirmées dans notre étude. Une autre notion concordait avec le discours des médecins de notre étude : ils déploraient un discours préventif axé sur une sexualité "médicalisée", envisagée par ses risques, l'épanouissement de l'individu restant secondaire.

### **III) Forces et faiblesses de notre étude**

#### **1) Forces identifiées**

Nous avons mis en place une étude prospective en soins premiers. Elle s'inscrit dans une logique de recherche en médecine générale, contribuant au dynamisme de notre filière.

Elle constitue en outre un premier travail sur les modifications induites par les TROD en médecine générale.

La méthode mise en place pour répondre à notre question de recherche est originale et adaptée à l'objectif de recherche. L'aspect qualitatif interventionnel, bien qu'intéressant, est peu utilisé, relativement lourd à mettre en place. Nous avons mené à bien notre étude, avec des critères de validité satisfaisants (pas de perdus de vue, triangulation des données, saturation théorique des données au sein de notre échantillon).

Bien que non représentatif de la population des médecins réunionnais, notre échantillon de médecins présente une variance satisfaisante permettant de maximiser le nombre de points de vue lors des échanges. Ces médecins ont été recrutés par méthode boule de neige, ils sont donc susceptibles d'être sensibilisés à la problématique du VIH. Ils correspondent en pratique à une population de médecins susceptibles d'utiliser des TROD en médecine générale, et se rapprochent donc de la population de médecins visés par notre étude.

## 2) Faiblesses identifiées

La méthode de recrutement par effet boule de neige implique intrinsèquement un biais de recrutement, entraînant une non représentativité de notre échantillon de médecins.

Durant notre étude, le nombre de tests réalisés est resté modeste, avec certains médecins qui n'ont effectué aucun test. Dans ces conditions, il est difficile de conclure avec exactitude à un impact spécifique des TROD sur les représentations et les pratiques des médecins interrogés.

Notre étude est de type qualitative, même si elle permet l'émergence de nouvelles notions, elle reste une étude préliminaire. D'autres travaux seront nécessaires afin de compléter son apport.

L'analyse qualitative par théorisation ancrée reste une méthode d'analyse entraînant un inéluctable biais d'interprétation.

## IV) Perspectives en soins premiers

### 1) perspectives de soins

À la lumière de notre étude, qui s'ajoute aux différentes études ayant évalué les TROD en médecine générale et à la recommandation HAS récente, il nous paraît justifié d'œuvrer pour une mise à disposition des TROD en médecine générale. Celle-ci devra être facilitée par une gratuité des tests et/ou une cotation spécifique pour la réalisation de ceux-ci. Une formation spécifique adaptée incluant une mise à niveau sur les problématiques actuelles du VIH, un travail sur les représentations de la maladie et une formation aux TROD paraît nécessaires avant l'utilisation des TROD par les médecins intéressés. En pratique, la mise à disposition des TROD et la formation associée pourrait être assurées par les CEGIDD. Il pourrait être intéressant d'imaginer un système d'agrément des médecins effectuant des TROD par les CEGIDD, sur le modèle de l'IVG médicamenteuse ambulatoire. Une implication renforcée des CEGIDD dans le dépistage du VIH en médecine générale pourrait permettre l'amélioration de l'investissement des médecins généralistes en terme d'infection au VIH et de santé sexuelle.

La communication autour de l'outil TROD devra être large afin de donner l'occasion aux médecins intéressés de s'en emparer. Il est à prévoir que l'accueil de cet outil ne sera pas unanime et qu'une partie des médecins s'y intéressera peu voire le rejettera. Une utilisation de ces tests sur la base du volontariat paraît la plus appropriée. Une généralisation des TROD en médecine générale comme cela a été fait pour le TDR angine ne paraît pas adapté étant donné la faible incidence de la maladie et l'inégalité dans l'accueil des TROD par les médecins.

L'ambivalence des médecins généralistes envers l'infection au VIH, son dépistage et sa prévention représente un certain handicap. Il est important de travailler à une diminution de cette ambivalence. Améliorer la communication autour du VIH et de l'actualité de la lutte contre celui-ci et valoriser le médecin généraliste dans cette communication serait intéressant afin de d'améliorer les pratiques de dépistage et de prévention.

La place de la médecine ambulatoire doit être renforcée en terme de développement de la prise en charge de la santé sexuelle, mais l'abord de ce sujet souffre de freins importants. Un travail sur l'ambivalence des médecins sur ce thème serait intéressant afin d'améliorer la diffusion des

connaissances et de faciliter cet abord. La formation professionnelle initiale et continue doit développer cette thématique. Les réseaux et partenariat entre l'ambulatoire et l'hospitalier doivent se développer autour de cette prise en charge, que ce soit sous la forme de formations, de réseaux ou d'accréditations dans un premier temps, pour ensuite faire effet boule de neige. Une facilitation de l'abord de la santé sexuelle permettrait aussi une meilleure connaissance des modes de vie et des prises de risques au sein des patientèles. L'enjeu étant le renforcement du dépistage ciblé en médecine générale pour permettre une mise en pratique facilitée de la politique du TasP et de la PrEP.

La prise en charge de la sexualité en ambulatoire, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ou des transgenres particulièrement touchés par l'infection nécessite des enseignements spécifiques et des actualisations partagées.

La vision des médecins généralistes de leur propre rôle dans le parcours de soins du patient séropositif au VIH reste flou. L'infection au VIH étant devenue une maladie chronique presque « comme les autres », il est nécessaire et recommandé que la place des médecins généralistes dans sa prise en charge soit de plus en plus importante (HAS). L'implication des médecins généralistes semble à améliorer, peut-être à nouveau à l'aide de formations spécifiques ou de groupes de parole.

Les nouveaux outils de la prévention combinée restent inconnus des médecins généralistes et ils ne se sont pas appropriés de rôle dans la Prep et le Tasp. Les questions de TPE bien que connues sont peu évoquées. Une communication ciblée pour les médecins généralistes doit s'engager avec les hospitaliers et les CEGIDD sur ces nouveaux axes de prise en charge tout en valorisant le rôle de chacun.

Les TROD, tout comme le TDR angine, le test de CRP capillaire ou le test de grossesse posent la question de l'utilité de kits diagnostics au sein des cabinets de médecine générale. Ils pourraient permettre d'élargir le champ de compétence des médecins généralistes et d'enrichir la pratique médicale. Les kits diagnostics et les prises en charges spécifiques représentent un enjeu de recherche dans le contexte de la raréfaction des médecins spécialistes en ville.

## 2) perspectives de recherches

Notre travail consistait en une étude qualitative. En tant que tel, il a permis l'émergence de nouveaux concepts concernant l'utilisation des TROD VIH en médecine générale, mais nécessitera des travaux complémentaires sur le même thème. Ceux-ci, notamment les travaux quantitatifs, pourraient permettre de confirmer et d'affiner notre analyse.

L'évolution des représentations des médecins généralistes vis-à-vis de l'infection au VIH est importante. Des études devraient être menées afin de comprendre comment travailler sur ces représentations afin de les faire évoluer. Dans ce contexte, il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact d'une formation autour du thème du VIH et de la santé sexuelle ou de groupes de parole sur ce thème.

Des recherches sur l'abord de la santé sexuelle sont menées en médecine générale. Celles-ci doivent persévérer afin de mieux comprendre les freins des soignants et des patients.

## CONCLUSION

Malgré les recommandations HAS récentes concernant la prise en charge des TROD VIH en médecine générale, aucune mesure n'a été mise en place et aucun dispositif n'est formalisé. Notre étude montre l'intérêt du dépistage par orientation diagnostique en médecine générale à la Réunion. Elle évoque une nouvelle facette des TROD VIH : leur rôle pourrait aller au delà du simple dépistage. L'utilisation de TROD en cabinet de médecine générale modifie les représentations et les pratiques de certains médecins. Les TROD ont montré un statut d'outil « pédagogique » au service de la santé sexuelle, ils peuvent permettre un abord facilité de la sexualité et de prise de risques des patients. La mise à disposition de cet outil a eu, au sein de notre échantillon, un effet mobilisant ou redynamisant vis à vis de l'infection au VIH et de la santé sexuelle. Leur utilisation pourrait renforcer le dépistage de l'infection au VIH au sein des cabinets de médecine générale, ou sa mise en place ne semble pas rencontrer d'obstacle majeur.

Ces nouvelles données confirment l'intérêt d'une utilisation plus large des TROD en médecine générale. Leur utilisation impliquerait une évolution de la politique de santé. Elle nécessiterait la mise en place d'un système de financement de l'outil et de la consultation chronophage en rapport afin de faciliter l'accès à cet outil. L'utilisation des TROD en cabinet de médecine générale devrait s'accompagner d'une formation adaptée incluant notamment (en dehors de l'aspect technique des TROD) une mise au point sur l'infection au VIH et les stratégies combinées actuelles. Cette formation devrait également s'appuyer sur les freins mis en évidence dans les différentes études afin de permettre aux médecins d'envisager plus sereinement l'utilisation des TROD.

Au delà de leur utilisation propre, les TROD posent la question de l'arrivée des kits diagnostics en médecine générale. Ceux-ci pourraient représenter un outil important dans la pratique de la médecine générale dans les années à venir, qu'il convient d'accompagner et de valoriser.

Un renforcement des messages de santé publique et une meilleure formation seront nécessaires afin de tendre vers une diminution de l'ambivalence des médecins sur les thématiques du VIH et de la sexualité. L'enjeu plus large d'une telle stratégie consistera en un meilleur ancrage de la médecine générale dans la prise en charge du VIH et plus largement de la santé sexuelle.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Launey O, Piroth L, Yazdanpanah Y. Infection à VIH, item n°85. In: ECNPILLY. Paris: Vivacitis plus; 2012. p. 63–77.
2. Gottlieb M, Schanker HM, Fan PT, Saxon A, Wiesman JD. Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. Mortality and morbidity weekly report, CDC. 1981 Jun 5;30(21):1–3.
3. Barre-Sinoussi F, al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science. 1983 May 20;220(4599):868–71.
4. ONUSIDA. fiche d'information - journée mondiale de lutte contre le SIDA 2017 [Internet]. 2017. Available from: [http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/UNAIDS\\_FactSheet](http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/UNAIDS_FactSheet)
5. INVS. Point épidémiologique - infection par le VIH et les IST bactériennes en France [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 9]. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>
6. Supervie V, Ndawinz JD, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. HIV in Europe conference, Copenhague. 2012.
7. COREVIH Réunion. Rapport médico-épidémiologique de 2015, Île de la Réunion. 2015.
8. INVS. VIH / sida à La Réunion : surveillance, dépistage et diagnostic. Point épidémiologique n°64 [Internet]. 2017. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ocean-Indien/2017/Surveillance-du-VIH-Sida-a-la-Reunion.-Point-epidemiologique-au-1er-decembre-2017>
9. haut comité de la santé publique. Avis et rapport sur le dépistage de l'infection par le VIH. Ministère de la santé et de l'action humanitaire. 1992.
10. Casein F, Le Strat Y, Sarr A, al. HIV testing in France, 2003-2015. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. (41–42):745–8.
11. Pavie J, Rachline A, Loze B, Niedbalski L, Delaugerre C, Laforgerie E, et al. Sensitivity of five rapid HIV tests on oral fluid or finger-stick whole blood: a real-time comparison in a healthcare setting. PLOS ONE. 2010;7(5).
12. Attou M.A, Morand-joubert L. Fiabilité du test rapide d'orientation diagnostique de l'infection à VIH : expérience au laboratoire de virologie de l'hôpital Saint-Antoine. IBS. 26(1):23–6.
13. Casalino E, Bernot B, Bouchaud O. Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area: results from the ANRS URDEP study. PLOS ONE. 2012;7(10):8.
14. D'Almedia K, Kierzek G, De Truchis P. Modest public health impact of non targeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. Archives of Internal Medicine; 2011.
15. Picard O, Girard P-M, Morand-joubert L. Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010-janvier 2011). BEH. 2011;(42):438–41.
16. Champenois K, Le Gall J-M, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, et al. ANRS-COM'TEST : description

of a community-based HIV testing intervention in nonmedical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*. 2012;2(e000693).

17. Lorente N, Preau M, Vernay-Vaisse C, al. Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men: an urgent HIV prevention intervention (the ANRS-DRAG study). *PLOS ONE*. 2013;8(4):7.
18. Gauthier R, Livrozet J-M, PrevotEAU du Clary F, Taulera O, Bouée S, Aubert J-P, et al. Feasibility and acceptability of rapid HIV test screening (DEPIVIH) by French family physicians. *Med Mal Infect*. 2012 Nov;42(11):553–60.
19. Jolivet A, Sangare I, Dimanche S, al. Les tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) du VIH par les médecins libéraux : Bilan d'un an d'expérimentation en Guyane. *Bulletin de veille sanitaire Antilles Guyane*. 2012 Nov;(10):18–20.
20. Savigny S. Acceptabilité de la réalisation d'un Test Rapide d'Orientation Diagnostique, TROD, de l'infection par le VIH dans un cabinet de médecine générale des Deux-Sèvres [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
21. Poirier C, Aymeric S, Grammatico-Guillon L, Lebeau JP, Bernard L, Le Bret P, et al. Rapid HIV test in family practice. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2015 Jun;45(6):207–14.
22. Lopes S. DEPITROD: étude de faisabilité d'un test rapide d'orientation diagnostique du VIH en médecine ambulatoire [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
23. Brefort-Martin A. Connaitre les motifs qui amènent le médecin généraliste à proposer un TROD VIH au cabinet médical [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
24. Becam F. Opinion des médecins généralistes d'Ile-de-France sur l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique du VIH en consultation. Paris Descartes; 2015.
25. PAPADIMA A, Université Louis Pasteur Strasbourg 1. Strasbourg. FRA / com. Etude DEPIVIH 2 : étude comparative en situation réelle de trois méthodes de dépistages du VIH en médecine générale en France. 2016.
26. Collège de l'HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. 2017. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation\\_de\\_la\\_strategie\\_depistage\\_vih\\_-\\_synthese\\_conclusions\\_reco.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf)
27. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*. 2008;89(5).
28. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*. 2011 Aug 11;365(6):493–505.
29. ONUSIDA. En finir avec le sida - Progresser vers les cibles 90-90-90 - Synthèse [Internet]. 2017. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_en-finir-avec-le-sida\\_synthese.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_en-finir-avec-le-sida_synthese.pdf)
30. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.

31. Pigache C. Influence des représentations des médecins généralistes sur la prévention et le dépistage du VIH en pratique quotidienne [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
32. Garry B. Etat des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes métropole [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2010. Champenois K, Burban S, Semaille C, Le Vu S, Yazdanpanah Y.
33. Champenois K, Burban S, Semaille C, Le Vu S, Yazdanpanah Y. Etude ANRS OPORTUNITE - Opportunités manquées de dépistage et de diagnostic du VIH. 2009.
34. Charpentier C. Abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du VIH en cabinet de médecine générale, Point de vue du médecin. [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2012.
35. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale: Attentes, opinions et représentations des hommes : enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
36. Donguy E. Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale ? Représentations des patients [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2012.
37. Ceglarec H. L'abord de la sexualité des adolescents en médecine générale: étude qualitative des pratiques et représentations de médecins généralistes hommes et femmes [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2010.

# ANNEXES

## Annexe n°1 : canevas d'entretien de la première série de focus groupe

### Canevas d'entretien

: racontez votre dernière expérience de dépistage du VIH

- *VIH*
- Quel regard portez-vous sur l'infection au VIH aujourd'hui ?
- Quel rôle pensez-vous avoir par rapport à l'infection au VIH en tant que médecins généralistes ?
  - *Sexualité*
  - Comment faites-vous pour aborder la question de la sexualité avec vos patients en médecine générale ?
  - Quels obstacles identifiez-vous dans l'abord de la sexualité avec les patients ?
    - Relances : Liés à la situation ? Liés au patient ? Liés à vous-même ?
  - Comment abordez vous l'orientation sexuelle avec vos patients ?
- *Prévention*
- Quelle est la place de la prévention en général dans votre pratique ?
  - Relances : En quoi est-ce facile ? En quoi est-ce difficile ?
- Et pour le cas particulier de l'infection au VIH ?
- En pratique, comment faites-vous pour adopter un discours préventif vis à vis du VIH ? A quelle occasion ?
  - *Dépistage*
  - Quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage en général selon vous ?
  - Et en particulier pour l'infection au VIH ?
  - Que pensez vous du dépistage de l'infection au VIH en population générale ?
  - Quelles sont les circonstances favorables que vous pouvez rencontrer dans la proposition de dépistage du VIH ?
    - Relances : Liées à la situation ? Liées au patient ? Liées à vous même?
  - Quelles sont au contraire les difficultés que vous pouvez rencontrer dans l'abord du dépistage du VIH ?
    - Relances ; Liées à la situation ? Liées au patient ? Liées à vous même?
  - Avez-vous déjà été confronté à la découverte d'une séropositivité, si oui, racontez comment cela s'est déroulé.
    - Relances : Si vous l'avez annoncé, comment l'avez-vous fait ?/ Si vous étiez confronté à cette situation, le feriez-vous ? Comment ?/ Comment le vivriez vous?
- *TROD*
- Parlez-nous des différents tests possibles pour dépister le VIH ?
- De ce que vous en connaissez, que pensez-vous des TROD ?

*Explication brève sur ce que sont les TROD, au mieux par un participant au focus group, sinon par l'animateur ou l'organisateur.*

- Comment pensez-vous pouvoir les utiliser en médecine générale ?
  - Relances : quels points positifs/négatifs voyez vous dans l'utilisation de cet outil ?
  - Pensez-vous qu'ils pourraient changer votre façon d'appréhender le VIH?
  - Comment percevez vous la problématique de l'annonce dans ce contexte ?

## Annexe n°2 : Canevas d'entretien de la deuxième série de focus groups

### **Canevas d'entretien FOCUS GROUP n°2**

Intro : lors de ces derniers mois, vous avez été en contact avec un nouvel outil, les TROD. Que vous l'ayez utilisé ou non, votre retour d'expérience servira à alimenter notre étude. Nous allons donc vous poser à nouveau des questions sur le thème de l'infection à VIH. Elle peuvent vous paraître redondantes pour certaines par rapport au premier focus group, mais c'est une volonté de notre part. Je rappelle que, comme pour le premier focus group, toutes les paroles dites ce soir seront retranscrites mais anonymisées. Il me faut maintenant recueillir votre consentement en vue de débiter le focus group.

#### **Racontez comment vous avez vécu l'utilisation des TROD (+++)**

(relances : dans quelles situations avez-vous proposé ce test ou vous l'a-t-on demandé ? comment avez-vous abordé cette utilisation avec le patient ? De quoi avez vous parlé pendant le test ?)

- Quelle image avez-vous des TROD ?
- Quelles choses vous ont étonné lors de l'utilisation des tests ?
- Lors du premier focus group, vous craigniez de devoir cibler les patients, et donc de parler des facteurs de risques et notamment de sexualité, qu'en pensez vous aujourd'hui ?
- Quels seraient pour vous les arguments en faveur ou en défaveur de leur utilisation plus large en médecine générale ?
- Sachant que ces tests vous ont été fournis gratuitement et qu'il ne font pas l'objet d'une cotation spécifique, que pensez vous de leur utilisation en pratique courante dans vos cabinets d'un point de vue financier ?
  
- quel regard portez-vous sur l'infection au VIH aujourd'hui ?
- Il a été décrit comme une maladie chronique, comparé au diabète, qu'est ce que cela vous inspire aujourd'hui ? (relance : pourtant, le dépistage du VIH engendre un stress face à la possible positivité, qu'est ce qui le rend si différent ?)
- racontez comment vous abordez maintenant la sexualité du patient, que pensez-vous de parler de sexualité avec le patient ?  
(relance : Lors du 1er focus group, il est ressorti que l'abord de la sexualité restait difficile en dehors de situations précises (prescriptions de pilule, ménopause, IST, demande explicite du patient...), qu'en pensez vous aujourd'hui ?)
- Les médecins de l'étude montraient des difficultés dans l'abord de l'orientation sexuelle, et pour certains, l'aborder paraissait peu voire pas utile. Que cela vous inspire-t-il ?
  
- Comment abordez vous maintenant la prévention de l'infection au VIH ?
- En quoi la TROD a modifié ou non votre approche de la prévention et du dépistage des IST ?
- Certains médecins de l'étude percevaient la proposition de dépistage comme une sanction, un jugement, une forme de stigmatisation. Qu'en pensez-vous ?
- il avait été évoqué le côté positif de la découverte du VIH, représentant une chance d'entrer dans le parcours de soins. Comment voyez vous cela aujourd'hui ?
- Vous évoquiez votre appréhension du résultat, ne sachant que faire en cas de positivité. Qu'en pensez vous aujourd'hui ?
- Avez vous été confronté lors de l'étude à la découverte d'une séropositivité ?

Annexe n°3 : questionnaire participants

**Questionnaire d'identification participant**

*Ces quelques questions nous permettront d'établir des tendances de réponses selon les caractéristiques des médecins participants.  
Les données seront bien évidemment anonymisées.*

Dr .....

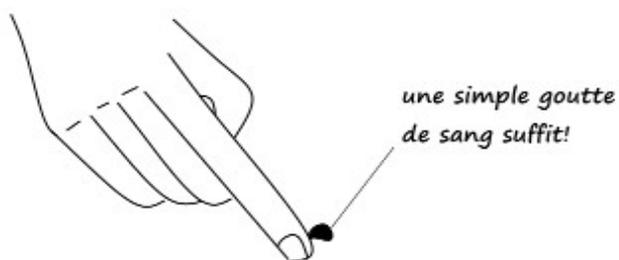
Tel : .....

Mail : .....

- **Sexe** F / M
  
- **Age** : .....
  
- **Ville d'exercice** : .....
  
- **Années d'expérience en médecine générale** : .....
  
- **Diplôme complémentaire** : .....
  
- **Présence de patient séropositif VIH dans la patientèle** : Oui / Non
  
- **Participation à des formations sur le VIH** : Oui / Non
  
- **Dernier test VIH proposé** :
  - dans les 7 derniers jours
  - ce dernier mois
  - dans les 6 derniers mois,
  - il y a moins d'un an
  - il y a plus d'un an.
  
- **Participation à un réseau VIH** : Oui / Non
  
- **Maître de stage universitaire** : Oui / Non

**VOUS AVEZ PRIS UN RISQUE?**

Le **VIH** , ça se traite,  
mais pour cela il faut le  
**DEPISTER !**



Durant les mois de Novembre à Février, votre médecin vous propose, dans un cadre expérimental, un dépistage rapide et simple au cabinet, à partir d'une simple goutte de sang, résultats immédiats! Vous vous sentez concerné?

*N'hésitez pas à lui demander ce test!*

**Feuille de traçabilité des résultats TROD**

Cachet du médecin

Date	N° d'anon- nymat	Sexe (H/F)	1er dépistage ? OUI/NON	À quand remontre votre dernier dépistage ? (entourez la réponse)	déjà eu 1 TROD dans sa vie ? OUI/NON	Résultat du test P : positif N : Négatif I : indéterminé	Code population clef HSH.....H Prost.....P Migrant.....M Toxicomane.....T Antécédent IST.....AI Autre.....A	Commentaires
	1386-16			-de 1an / +de 1an				
	1193-15			-de 1an / +de 1an				
	1260-16			-de 1an / +de 1an				
	1032-16			-de 1an / +de 1an				
	1812-16			-de 1an / +de 1an				

Annexe n°6 : Notice explicative de la technique TROD



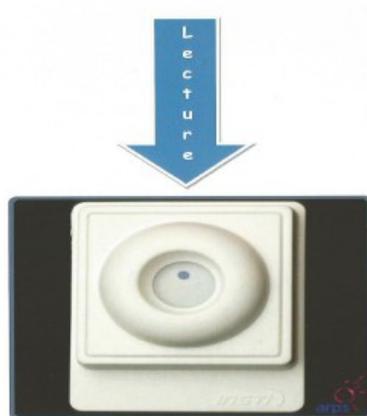
Piquer le doigt propre du patient en formant une grosse goutte de sang suspendue



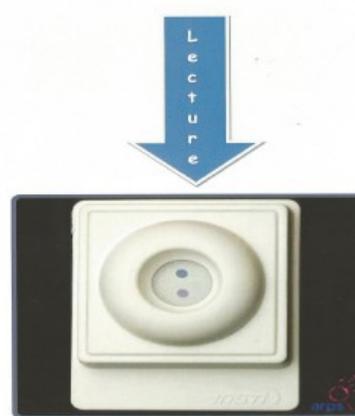
Recueillir la goutte de sang avec la pipette sans pressé la poire, renouveler l'opération jusqu'à atteindre le trait noir.



Presser la poire, pour vider le sang dans le flacon 1 et homogénéiser par 2 inversions.



Test NEGATIF



Test POSITIF

## Annexe n°7 : rendu d'un résultat négatif

### **TEST RAPIDE D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEPISTAGE VIH/SIDA 1 ET 2**

**Date :**

**N° d'anonymat :**

**N° de lot du test :** 1512BA033

Madame/Monsieur

Vous venez de réaliser un test de dépistage rapide du VIH 1-2 (test INSTI©HIV 1 et 2- laboratoire Biolytical) pratiqué sur sang total.

#### ***Le résultat de ce test est négatif***

Cela veut dire que le test n'a pas dépisté d'anticorps dirigés contre le VIH dans votre sang.

Si votre dernière prise de risque (rapport sexuel vaginal ou anal sans préservatif, fellation sans préservatif, rupture de préservatif, échange de seringue...) date de plus de 3 mois, ce test signifie que vous n'êtes pas infecté par le VIH/sida.

Si votre dernière prise de risque date de moins de trois mois, il n'est pas possible de conclure pour la période récente. Il vous est recommandé d'effectuer un test de confirmation par prise de sang 6 semaines après la dernière prise de risque. Ce test pourra être prescrit par votre médecin traitant ou réalisé dans un centre de dépistage anonyme et gratuit

Votre médecin se tient à votre disposition pour répondre aux éventuelles questions sur le dépistage des autres infections sexuellement transmissibles.

Cachet et signature du médecin :

Le résultat du test, la date du test et le numéro du test seront conservés dans un fichier informatique afin d'assurer la traçabilité des résultats. Ce fichier anonyme a été déclaré à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

**TEST RAPIDE A ORIENTATION DIAGNOSTIQUE  
DEPISTAGE VIH/SIDA 1 ET 2**

Date :

N° d'anonymat :

N° de lot du test : 1512BA033

Madame/Monsieur

Vous venez de réaliser un test de dépistage rapide du VIH 1 et 2 (test INSTI©HIV 1 et 2-  
laboratoire Biolytical\*) pratiqué par prélèvement d'une goutte de sang total.

**Le test est douteux après contrôle**

Le test ne permet donc pas de dire si vous êtes infecté(e) par le VIH/sida ou non.

Ce type de réponse nécessite de faire un test conventionnel par prise de sang : sérologie  
VIH 1 et 2 par test Elisa puis, éventuellement, Western Blott. Ce test doit être fait six semaines  
après votre dernière prise de risque (rapport sexuel vaginal ou anal sans préservatif, fellation  
sans préservatif, rupture de préservatif, échange de seringue...).

La positivité de ces tests conventionnels permettra de dire avec certitude si vous êtes  
infecté(e) par le virus du VIH/sida.

Ce test de confirmation peut vous être prescrit par votre médecin traitant et réalisé dans  
un laboratoire de ville.

Cachet du médecin et signature :

Le résultat du test, la date du test et le numéro du test seront conservés dans un fichier informatique afin d'assurer la traçabilité des résultats. Ce  
fichier anonyme a été déclaré à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

Annexe n°9 : rendu d'un résultat positif

**TEST RAPIDE D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE  
DEPISTAGE VIH/SIDA 1 ET 2**

Date :

N° d'anonymat :

N° de lot du test : 1512BA033

Madame/Monsieur

Vous venez de réaliser un test de dépistage rapide du VIH 1 et 2 (test INSTI©HIV 1 et 2- laboratoire Biolytical\*) pratiqué par prélèvement d'une goutte de sang total.

**Le résultat de ce test est positif**

Ce résultat est compatible avec la présence de virus du VIH/sida dans votre organisme.

Le test rapide est un test d'orientation. Il permet un premier tri. **Il nécessite impérativement une confirmation** par prise de sang (tests Elisa et Western Blott). Seuls ces tests conventionnels permettront d'affirmer avec certitude que vous êtes réellement infecté(e) par le VIH/sida ou d'éliminer cette hypothèse.

Ces tests de confirmation peuvent être prescrit par votre médecin traitant et réalisé dans un laboratoire de ville.

Dans tous les cas présentez cette lettre au médecin qui vous accueillera.

Votre médecin reste à votre entière disposition pour répondre à vos questions.

Cachet et signature du médecin :

\* : test INSTI©HIV 1 et 2 : Spécificité 99,3 %

Le résultat du test, la date du test et le numéro du test seront conservés dans un fichier informatique afin d'assurer la traçabilité des résultats. Ce fichier anonyme a été déclaré à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

Annexe n°10 : Accord du CPP pour la tenue de l'étude

COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES  
SUD-OUEST ET OUTRE MER III

---

Président : Docteur Driss BERDAÏ

Monsieur Benjamin LESCROART

Bordeaux, le 4 novembre 2016.

Réf. CPP : DC 2016/158  
Vos réf. : demande d'avis cadre réglementaire.

En date du 26 OCTOBRE 2016, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, le CPP Sud-Ouest et Outre Mer III a examiné **la demande de cadre réglementaire** d'une recherche dont l'objectif est l'utilisation de TROD (test de détection rapide du VIH) en médecine générale.

Ce projet, évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de TROD, est hors du champ des dispositions régissant la recherche biomédicale et les soins courants.

Pour le Comité et le Président  
Le Secrétaire général



Dr Roland-Igor GALPERINE

1/2

---

Service de Pharmacologie clinique – Groupe Hospitalier Pellegrin – Bât. 1A  
Place Amélie Raba Léon – 33076 BORDEAUX CEDEX  
TÉL/FAX : 33-(0)5.57.81.76.07 – E-mail : cpp.soom3@u-bordeaux2.fr

## COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE MER III

---

### DOCUMENT EXAMINE PAR LE COMITE

---

➤ Courriel de Monsieur LESCROART en date du 14 septembre 2016.

---

### MEMBRES PRESENTS

---

*Catégorie médecins ou personnes qualifiées dans la recherche biomédicale :*

- ✦ Professeur Nicholas MOORE (titulaire)
- ✦ Docteur Driss BERDAÏ (titulaire)
- ✦ Professeur Didier LACOMBE - pédiatre (titulaire)
- ✦ Docteur Antoine BENARD - compétent en matière biostatistique ou d'épidémiologie (titulaire)
- ✦ Docteur Igor GALPERINE – pédiatre (suppléant)

*Catégorie médecins généralistes*

- ✦ Docteur Stéphane FRAIZE (titulaire)
- ✦ Docteur Shérazade KINOUBANI (suppléante)

*Catégorie pharmaciens hospitaliers :*

- ✦ Mademoiselle Marie-Claude SAUX (titulaire)

*Catégorie personnes qualifiées dans le domaine de l'éthique :*

- ✦ Monsieur André CALAS (titulaire)

*Catégorie psychologues :*

- ✦ Professeur Pascal-Henri KELLER (titulaire)
- ✦ Madame Eva TOUSSAINT (suppléante)

*Catégorie travailleurs sociaux :*

- ✦ Madame Christiane GABORIAU (titulaire)

*Catégorie juridique :*

- ✦ Maître Philippe ROGER (titulaire)
- ✦ Professeur Jean-Pierre DUPRAT (titulaire)

*Catégorie Représentants des associations agréées de malades et d'usagers du système de santé :*

- ✦ Monsieur Michel PERDRISSET (titulaire)
- ✦ Madame Françoise TISSOT (titulaire)
- ✦ Monsieur Serge ARNOULET (suppléant)

2/2

## RESUME

### **L'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique en médecine générale modifie-t-elle les représentations et les pratiques des médecins autour du thème du VIH ? Une étude réunionnaise.**

**INTRODUCTION :** Avec 27% de diagnostics tardifs et 30 000 personnes ignorant leur séropositivité en France, le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un enjeu de santé publique. Le TROD VIH est un outil novateur non accessible en médecine générale. Notre étude visait à explorer les changements de représentations et de pratiques des médecins généralistes suite à l'utilisation de ces tests, ainsi qu'à recueillir un retour d'expérience de leur utilisation.

**METHODE :** Notre étude était de type qualitative, prospective, interventionnelle, incluant 15 médecins généralistes réunionnais. Le recueil des données était effectué sous forme d'entretiens semi-dirigés en focus group ou individuels selon deux phases exploratoires (avant et après l'utilisation des TROD VIH). Les données étaient analysées selon le principe de la théorisation ancrée.

**RESULTATS :** 48 TROD ont été utilisés au cours des quatre mois, tous négatifs. Certains médecins de l'étude rapportaient un changement dans leurs représentations et/ou leurs pratiques au contact de notre protocole. Les TROD avaient permis une mobilisation à propos de l'infection au VIH et renforcé son dépistage. Ils avaient facilité l'abord de sujets difficiles tels que la santé sexuelle et les prises de risque. Leur utilisation exposait à des problèmes pratiques et des difficultés techniques ainsi qu'à une annonce « en direct » angoissante. L'aspect financier était un facteur limitant essentiel.

**DISCUSSION :** Les TROD, associés à une formation spécifique pourraient être des outils utiles afin d'améliorer les représentations et les pratiques des médecins généralistes sur le thème du VIH. Ces données orientent vers une mise à disposition facilitée de ces tests en soin premiers, accompagnée d'une solution financière viable. Les TROD pourraient faciliter la réappropriation nécessaire de l'infection au VIH par les médecins généralistes comme tout autre maladie chronique, avec des enjeux forts de prévention primaire et secondaire.

### **Does the using of Rapid HIV tests change the general practitioners' représentations and practices about HIV infection ? A Reunion Island's study.**

**INTRODUCTION :** In France, 27% of diagnoses turn out to be done too late and 30 000 people ignore their seropositivity in France. Therefore, the Human immunodeficiency virus (HIV) screening is a public health issue. Rapid HIV tests are innovative tools that are not accessible to general practitioners. On the one hand, our study's goals consisted in exploring the changes in representations and practices of general practitioners, after using those tests. On the second hand, we aimed to collect a feedback of their using.

**METHODE :** Our study was a qualitative, prospective and interventional trial which included 15 practitioners of Reunion Island. The data collection consisted in individual and collective (focus groups) semistructured interviews, divided in two different analysis phases (before and after using the HIV rapid tests). The data analyse was based on the grounded theory methode.

**RESULTS :** 48 Rapid HIV tests were used within four months. They were all negativ. Some of the study attendees noticed changes in their representations and/or practices related toour research protocol. Rapid HIV tests provided a better mobilisation about HIV infection and had strengthened HIV screening. They made the raise of difficult subjects like sexuality and risk taking, easier. Using Rapide HIV tests exposed to practical problems, technical difficulties and frightening live-announcement. Financial aspect was a main limiting factor.

**DISCUSSION :** Rapid HIV tests associated to a specific training could be usefull tools in order to improve representations and practices of general practitioners. Those reflections should result in making rapid HIV tests more disposable in primary health care, minding a viable financial solution. Rapid HIV tests could facilitate necessary reappropriation of HIV infection by general practitioners like any other chronic disease, with strong issues of primary and secondary prevention.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront  
confiés. Reçu(e) 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 et méprisé si j'y manque.