



HAL
open science

Les médecins généralistes face au dépistage du VIH dans la région Auvergne-Rhône-Alpes : quelles pratiques en 2018 ?

Florian Zahnd

► To cite this version:

Florian Zahnd. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH dans la région Auvergne-Rhône-Alpes : quelles pratiques en 2018 ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02281486

HAL Id: dumas-02281486

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02281486>

Submitted on 9 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FACE AU DÉPISTAGE DU VIH
DANS LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES :
QUELLES PRATIQUES EN 2018 ?

Travail de recherche réalisé en binôme

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE,
DIPLÔME D'ÉTAT

Par ZAHND Florian
[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Par CHEMINAL Florent
[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 04/09/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. Le Professeur Patrice MORAND

Membres :

M. Le Professeur Olivier EPAULARD (directeur de thèse)

M. Le Docteur Yoann GABOREAU

M. Le Docteur Christophe JULIEN

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUTI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Patrice MORAND : Merci de faire l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements et mon profond respect.

À monsieur le Docteur Yoann GABOREAU et à monsieur le Docteur Christophe JULIEN : Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Je vous en suis très reconnaissant.

À monsieur le Professeur Olivier EPAULARD : Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de nous avoir soutenu dans la réalisation de cette étude. Merci pour vos encouragements, votre oreille attentive et vos conseils précieux.

Merci aux Médecins généralistes qui ont donné de leur temps pour participer à cette étude.

Merci à ma famille, mes parents pour leur soutien moral et logistique durant mes études de médecines. Merci à papa pour la relecture et les conseils avisés. Lucile, Eloïse, Paolo et Luna merci pour la joie ressentie en votre présence.

Merci à ma Claire d'avoir supporté mon stress, merci pour tes conseils et tes corrections. Merci d'être toi dans les bons et mauvais moments, la vie est douce à tes côtés.

Merci Florent pour ton implication dans ce travail, ton optimisme, je te souhaite beaucoup de réussite dans ton métier d'urgentiste.

Merci à Marie-Christine pour ta relecture attentive et le renouvellement des stocks de fleurs de Bach.

Aux copains d'en haut : Amis de longue date qui donnent l'agréable sentiment que l'on a quitté le lycée la veille : Sebou, Coco, Matth', Jb, Jess, Pauline, Anne laure, Alba, Nerimen.

Et à ceux venus renforcer l'équipe : Ange, Éric, Alissa. Poema, bienvenue dans la bande !

Aux amis du Kremlin Bicêtre, éparpillés aux quatre coins de la France et avec qui l'aventure médicale a commencé : Julien V, Anne Laure, Benji, Rim, Julien M, Loulou, Louis B, Jean, Aurore, Camille.

Aux copains d'en bas :

Flora, merci pour nos sorties en montagnes, escalade, ski, pour les multiples bières en terrasse et celles à venir

Merci aux copains de l'internat avec qui l'aventure Grenobloise a commencé, et ceux rencontrés en cours de route : Flo, Anne, Sophie, Béné, Louis, Marie, Aurélien et à tous ceux que j'aurais oubliés...

Merci aux colocs' du Bd Josphe Vallier, qui m'ont sortie de ma « bulle médicale » : Côme, Mathieu, Marie.

Merci au groupe « Locaux » : Cyril, Clem, zazou, Gusgus, Clem, Thibaud... pour les barbecues, soirées et autres bons moments.

Merci à la « Bande à Manouche » : Manon et Beubeu, Claire et toto, Gui, Guillaume et Typh, Mathilde et Romain... de m'avoir si bien accueilli dans l'équipe et fait de moi le joueur de volley que je suis.

Table des matières

Remerciements	5
Table des matières	7
Résumé	8
Acronymes et sigles	10
Introduction	11
I. La lutte contre le VIH en France	11
a. Epidémiologie	11
b. Populations à risque	14
c. Le VIH dans la région Auvergne Rhône Alpes	14
d. Dépister pour traiter	15
II. Le dépistage du VIH en France	16
a. Evolution des politiques de dépistages	16
b. Les moyens de dépistage mis en œuvre	18
Les moyens structurels :	18
Les outils de dépistage :	19
c. Les recommandations actuelles	20
III. Le rôle du médecin généraliste	21
IV. Objectif de la thèse	24
Matériel et méthode	25
I. Le projet	25
II. Le recueil de données	25
III. Critère d'inclusion et d'exclusion	26
IV. Composition du questionnaire	26
Résultats	28
I. Inclusion	28
II. Caractéristiques des médecins interrogés	28
III. Perception du dépistage de l'infection par le VIH par les médecins	30
IV. Pratique de prescription de sérologie	33
V. Dépistage suivant les recommandations	38
Discussion	42
Conclusions	48
Bibliographie	50
Annexes	53
Serment d'Hippocrate	59

Résumé

Florian ZAHND UFR MÉDECINE FILIERE : Médecine générale	
LES MEDECINS GENERALISTES FACE AU DEPISTAGE DU VIH DANS LA REGION AUVERGNE RHONE ALPES (Au-R-A) : QUELLES PRATIQUES EN 2018 ?	
<p>Introduction : Environ 30 000 personnes sont porteuses du VIH en France sans le savoir. Les dernières recommandations de l'HAS de 2017 préconisent un renforcement du dépistage ciblé des populations les plus à risque. Cette étude avait pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes de la région Au-R-A et leurs ressentis en matière de dépistage du VIH afin de vérifier leur adhésion aux recommandations.</p> <p>Méthode : Du 31 aout 2018 au 14 janvier 2019, un questionnaire a été envoyé par mail à un échantillon de médecins généralistes de la région. Ceux-ci ont pu être contacté de trois façons différentes, par téléphone, via le réseau social Twitter, par <i>mailing liste</i> de la CPAM de leur département. Les réponses aux questionnaires ont été recueillies via la plateforme Limequery.</p> <p>Résultats : 334 médecins généralistes de la région Au-R-A ont été inclus. 53% d'entre eux prescrivaient entre 1 et 4 sérologies par mois. La majorité (75%) se sentait tout à fait à l'aise avec la proposition du dépistage. La moitié d'entre eux (50%) prescrivait les sérologies aussi bien à leur initiative qu'à celle du patient. Les profils ou situations à risque pour lequel(le)s ils prescrivaient un dépistage étaient : usage de drogue IV (95%), changement de partenaire sexuel (91%), être un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes (86%), grossesse (81%), être originaire d'une zone d'endémie (78%), avoir un herpès génital récidivant (75%), précarité (45%), zona (44%), pneumonie (18%), dermite séborrhéique (12%). La majorité (87%) déclarait être prêt à utiliser les TROD s'ils en avaient au cabinet.</p> <p>Conclusion : Les recommandations Françaises préconisent un renforcement du dépistage ciblé. Bien que les médecins généralistes se sentent majoritairement concernés par le dépistage, les recommandations de l'HAS ne sont que partiellement suivies. Favoriser l'utilisation des TROD en médecine générale semble une option pour améliorer le dépistage du VIH.</p>	
<p>MOTS CLÉS : HIV, Dépistage Médecin généraliste Santé publique Auvergne Rhône Alpes</p>	

Introduction: About 30,000 people are HIV-positive in France without knowing it. The latest HAS 2017 recommendations advocates targeted screening of high-risk populations. The aim of this study was to assess general practitioners' practices of Au-R-A region and their feelings about HIV testing to verify their adhesion to the recommendations.

Method: Between 31 August 2018 and 14 January 2019 a questionnaire was sent by mail to a sample of general practitioners in the region. Those who could be contacted in three different ways, per call, via the social network Twitter, by mailing list of the CPAM of their department. All data was collected via the Limequery.

Results: 334 general practitioners were included. 53% of them prescribed 1 to 4 serologies per month. The majority (75%) felt comfortable with the screening proposal. Half of them (50%) prescribed the serologies both on their own initiative and on that of the patient. The situations for which they prescribed screening were: IDU (95%), change of partner (91%), MSM (86%), pregnancy (81%), origin endemic area (78%), recurrent HSV (75%), precariousness (45%) herpes zoster (44%), pneumonia (18%), seborrheic dermatitis (12%). The majority said they wanted to use the rapid tests if they had opportunity (87%).

Conclusion: The French recommendations advocate a strengthening of targeted screening. Although GPs feel mostly concerned about screening, the recommendations of the HAS are only partially followed. The use of rapid tests in general practice seems an option to improve HIV testing.

KEY-WORDS

HIV

General practitioner

Public health

HIV screening

France

Acronymes et sigles

ADVIH : Autotest de Dépistage du VIH

ARA : Région Auvergne Rhône Alpes

ARV : Anti-Rétro-Viral

BSMG : Baromètre Santé Médecin Généraliste. Etude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé de 2009.

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

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

CIDDIST : Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostique des Infections Sexuellement Transmissibles.

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNS : Conseil National du Sida

ELISA : *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*,

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec les Hommes

IDF : Région Ile De France

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome d'Immuno- Déficience Humaine

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usager de Drogue Injectable

URPS : Union régionale des professionnels de santé

VIH : Virus de l'Immuno Déficience Humaine.

Introduction

I. La lutte contre le VIH en France

Devant la gravité de l'épidémie d'infection par le VIH, la communauté scientifique et les autorités de santé ont tenté de s'organiser pour la contrôler. En 1987, l'organisation mondiale de la santé (OMS) élabore la première stratégie de lutte globale contre le VIH. Par la suite, afin de réduire l'incidence de l'infection, l'OMS a instauré différentes politiques de prévention. Ainsi se sont succédées et améliorées des campagnes internationales d'information, de dépistage, de promotion des moyens de protections, et des traitements.

a. Epidémiologie

Le dépistage du VIH en France fait l'objet d'une politique de santé nationale. La dernière recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) date de 2017. L'épidémie est surveillée par l'analyse des nouvelles découvertes d'infection qui font l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1999 (et non seulement le stade Sida comme c'était auparavant le cas).

Depuis le début des années 2000, l'incidence a diminué d'environ 25 %, puis s'est stabilisée autour de 6000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année (Figure 1).

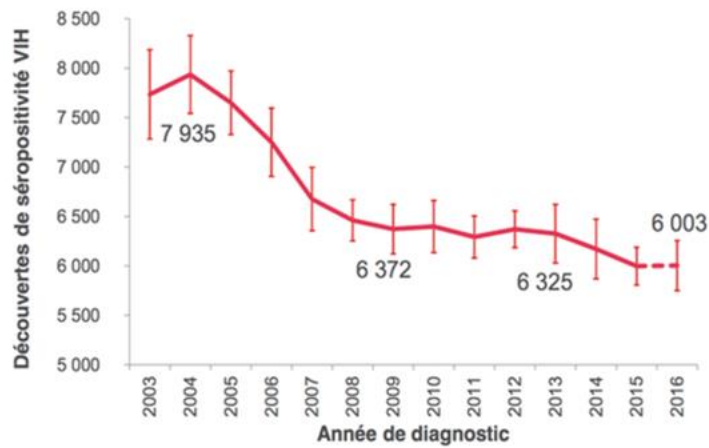


Figure 1 : Nombre estimé de découvertes de séropositivité VIH par année (données de Santé Publique France)

En 2017, selon Santé Publique France, le nombre de découvertes de séropositivité VIH était de 6400. Parmi ces individus, 56% étaient hétérosexuels (dont 42% nés à l'étranger), 41% étaient homosexuels et 2% étaient usagers de drogues injectables (UDI) (1).

Cette même année, le nombre de découvertes de séropositivité semble être à la hausse chez les hétérosexuel.le.s et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) nés à l'étranger (Figure 2).

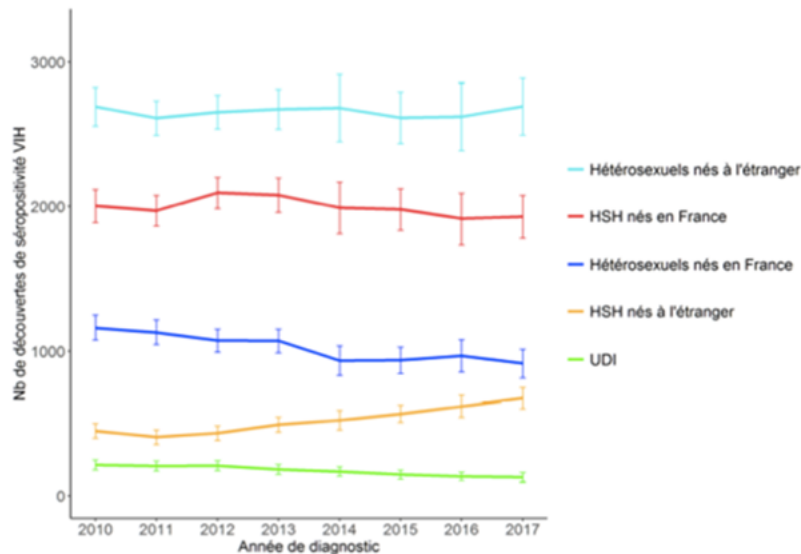


Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance (données Santé Publique France)

Les découvertes de séropositivité en France sont encore trop tardives. En effet, en 2017, près d'un tiers des personnes diagnostiquées présentait déjà un stade avancé de l'infection (stade clinique Sida ou nombre de lymphocytes CD4 < 200/mm³ hors primo infection). Par ailleurs, la moitié des découvertes de séropositivité (52%) a concerné des personnes déclarant n'avoir jamais été testées auparavant (1).

La prévalence du VIH, quant à elle, augmente régulièrement depuis le début de l'épidémie. Cela s'explique par le fait que le nombre annuel de nouvelles contaminations reste supérieur à celui des personnes séropositives qui décèdent chaque année. Selon Santé Publique France, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en France serait de 153 400 [IC 95% : 150 300 - 156 200] ; ce chiffre est souvent considéré comme sous-évalué, et le chiffre réel se situerait plutôt entre 155 000 et 205 000.

En France, le nombre de personnes infectées et ignorant leur statut séropositif est élevé, estimé à environ 30 000.

b. Populations à risque

De manière générale, le virus peut se transmettre lors de rapports sexuels (avec pénétration anale ou vaginale, et par la fellation en cas d'éjaculation en bouche), de transfusion de sang, de procédures médicales, ou de l'échange de seringues contaminées. Il existe également un risque de transmission materno-fœtale (*in utero* et au cours de l'accouchement), et de transmission par l'allaitement.

En France, l'épidémie du VIH est dite concentrée : elle touche de façon inégale certains groupes de la population. De ce fait, lors des dernières recommandations de 2017, la HAS a recommandé que certaines populations bénéficient d'un test de dépistage régulier (2) :

- les HSH ;
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ;
- les populations des départements français d'Amérique ;
- les UDI ;
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence (Afrique sub-saharienne et Caraïbes) ;
- les personnes en situation de prostitution ;
- les personnes dont le(s) partenaire(s) sexuel.le(s) sont infecté.e(s) par le VIH et non traité.e.s.

c. Le VIH dans la région Auvergne Rhône Alpes

Plus de 50% des infections VIH non diagnostiquées se situeraient dans trois régions : Ile-de-France (IdF), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) (3).

Dans la région ARA, on estime en 2016 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité à 488 (IC 95% : [443-533]), soit environ 61 nouveaux cas par million d'habitants. Ce nombre est en augmentation par rapport à 2015, où le nombre de nouveaux cas était de 55 par million d'habitants, et supérieur à celui observé en France métropolitaine (hors IdF), estimé à 55 nouveaux cas par million d'habitants) (4).

L'augmentation du taux de découverte de séropositivité peut être expliquée par une généralisation du dépistage (réduisant la population des PVVIH ignorant leur infection), ainsi que par une augmentation de l'incidence du VIH dans la région.

Cette même année 2016, on observe une augmentation du nombre de diagnostics à un stade précoce de l'infection et une diminution du nombre de diagnostics à un stade avancé. Cela témoigne d'une efficacité croissante des campagnes de dépistage.

d. Dépister pour traiter

L'objectif du dépistage précoce est double : individuel et collectif.

Sur le plan individuel, débuter un traitement précoce permet d'améliorer la qualité et la durée de vie des PVVIH. Ainsi selon l'étude START (5), publiée en 2013, débuter un traitement à un stade précoce de l'infection réduirait de 50% le risque d'événement grave lié au VIH, et par ailleurs empêche l'évolution vers le stade Sida.

Sur le plan collectif, la mise en route d'un traitement, en permettant d'obtenir une charge virale indétectable, supprime le risque de transmission. Ceci a été démontré dans l'étude PARTNER (6), qui a étudié le taux de transmission du VIH au sein de couples séro-différents avec une charge virale indétectable chez le partenaire infecté (888 couples). Aucune transmission de l'infection n'a été observée, y compris lors de rapports non protégés. De ce fait, depuis 2013 (rapport Morlat), en France, chaque personne diagnostiquée doit bénéficier d'un traitement quel que soit son taux de CD4 (concept de *Treatment as Prevention*, ou « TasP ») (7). L'objectif est double : atteindre une espérance de vie chez les PVVIH similaire au reste de la population, et réduire le nombre de nouvelles contaminations.

L'efficacité et l'évolution des traitements et des stratégies de prévention contre le VIH renforcent l'idée qu'il faut considérer l'épidémie du VIH comme les autres infections et réaliser un dépistage efficace et précoce afin d'avoir un impact sur la transmission du virus.

II. Le dépistage du VIH en France

Pour enrayer la transmission de la maladie, il faut réduire le nombre de PVVIH non diagnostiqués. Il semble essentiel de dépister les quelques 30 000 PVVIH qui s'ignorent et forment ainsi une « épidémie cachée ».

a. Evolution des politiques de dépistages

En 1985, lors de la mise au point du test de dépistage de l'infection par le VIH, il n'existait aucun traitement antirétroviral. L'intérêt du dépistage était alors essentiellement de sécuriser les dons du sang, d'organes et de gamètes et d'encourager la diminution des comportements à risque des personnes diagnostiquées. En dehors de ces situations, l'Assemblée nationale a voté contre le dépistage obligatoire ou systématique.

En 1988 un dispositif de dépistage anonyme et gratuit de l'infection à VIH a été mis en place au niveau de chaque département.

Au cours des années 1990, une approche spécifique de lutte contre le VIH s'est mise en place, bien distincte des autres IST et qualifiée par certains « d'exceptionnalisme » du VIH/Sida.

Le dépistage de l'infection était alors très protecteur des droits de l'individu, spécificité soutenue par le risque de stigmatisation des PVVIH, alors même que le bénéfice individuel du dépistage était limité par l'absence de traitement efficace. Fondé sur la base du volontariat, le dépistage nécessitait un consentement éclairé du patient.

A la fin des années 1990, la stratégie de dépistage a été modifiée devant l'arrivée des premières trithérapies et le constat du nombre trop important de diagnostics fait à un stade avancé de la maladie. En 1998, le Dr De Cock, membre du *Center for disease control and prevention* (CDC) des USA préconise de considérer l'infection par le VIH comme les autres maladies infectieuses et de réaliser un diagnostic précoce (8).

En France, la politique de dépistage suit cette tendance et en 2006 le conseil national du Sida (CNS) publie un rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage. Ce rapport recommande de généraliser la proposition de test de dépistage lors des recours aux soins

dans les régions à forte prévalence, tout en renforçant la surveillance au sein de certaines populations à risque, et en conservant le principe de consentement (9).

Une étude dirigée par le Pr Yazdanpanah a évalué l'impact d'un dépistage en routine et conclut que le dépistage de masse augmente la survie des PVVIH. Elle conclut qu'un dépistage VIH « de routine » réduit le délai entre infection et diagnostic, améliore l'espérance de vie et diminue les infections opportunistes à 10 ans (10).

Dans ce contexte, l'HAS publie en 2009 des recommandations visant à élargir le dépistage au plus grand nombre. Ces recommandations ont été reprises dans le plan national de lutte contre le VIH et IST 2010-2014 (11). Elles préconisent que soit réalisé un dépistage dans toute la population générale de 15 à 70 ans, quel que soit le risque d'exposition, tout en maintenant le dépistage régulier des populations cibles.

Malgré la volonté des autorités sanitaires d'élargir le dépistage, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) soulève la question de la faisabilité et de la pertinence des recommandations de l'HAS. Le CNGE s'appuie sur les résultats d'une étude transversale réalisée au sein des urgences des hôpitaux d'Île-de-France, qui avait pour but d'évaluer la proposition systématique d'un test de dépistage rapide, et conclut qu'une stratégie de dépistage systématique du VIH aurait un impact mineur en terme de santé publique (12). Le CNGE demande alors qu'une évaluation de la pertinence des recommandations de la HAS soit conduite en médecine générale. En attendant, il recommande de renforcer la stratégie de dépistage du VIH aux patients ayant été exposés à un risque, en saisissant toutes les occasions de proposer un test de dépistage (13). Ces recommandations rejoignent les observations du Baromètre santé des médecins généralistes (BSMG) de 2009, enquête menée par l'INPES auprès de 1025 médecins généralistes (MG) notamment sur leur pratique du dépistage du VIH, et qui observait que la proposition du test par les MG était principalement orientée par le profil de risque (14).

Devant les difficultés des MG à appliquer la recommandation de l'HAS, en 2013, le rapport

dirigé par le Pr Morlat opte pour une approche ciblée avec une identification des situations à risques.

En 2016, la lutte contre le VIH est intégrée à une prise en charge plus globale de la santé sexuelle. Ceci se traduit notamment par la création des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), puis en 2017, par la publication de la stratégie nationale de santé sexuelle, et en particulier son axe 2. Celui-ci reprend les objectifs de la lutte contre le VIH et autres IST, parmi lesquels « améliorer le dépistage en favorisant le dépistage répété des populations les plus exposées » (15).

En ce qui concerne le dépistage et la prise en charge des PVVIH, les objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle pour 2020-2030 sont les suivants :

- 95 % des PVVIH connaissent leur statut sérologique en 2020
- 95 % des PVVIH dépistées reçoivent un traitement ARV.
- 95 % des PVVIH recevant un traitement ARV ont une charge virale indétectable.

Pour les atteindre, la stratégie nationale de santé sexuelle prévoit d'améliorer le dépistage ainsi que la prise en charge médicale et l'accompagnement médico-social des PVVIH et des populations à risque.

b. Les moyens de dépistage mis en œuvre

Les moyens structurels :

Différentes structures ont été créées en France pour la lutte contre le VIH, en particulier pour des publics spécifiques :

- Une des plus importantes, créée en 1988 dans un souci de respect des libertés individuelles, et pour promouvoir le dépistage et l'information, est le réseau des Centres de diagnostic anonyme et gratuit. (CDAG). Comme leur nom l'indique, ces centres avaient notamment pour but de garantir la gratuité et l'anonymat du dépistage du VIH.

- Ces structures ont fusionné, le 1er janvier 2016, avec les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) pour devenir les CeGIDD. En 2016, 317 CeGIDD (167 sites principaux et 150 antennes) ont été habilités par les Agences régionales de santé (ARS). Ils sont constitués d'une équipe pluridisciplinaire formée à l'accueil, à l'éducation pour la santé, aux sujets liés à l'infection par le VIH et autres IST, mais aussi à la sexologie ou à l'usage de substances psychoactives ;
- A la fin des années 1980, les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) sont créés au sein des CHU pour coordonner les moyens médicaux de la lutte contre le Sida. Puis, en 2007, toutes les activités ayant trait à la lutte contre le VIH sont intégrées au sein des COmités RÉgionaux de coordination de la lutte contre le VIH/Sida (COREVIH). Les COREVIH sont des organisations territoriales de référence pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la lutte contre les infections à VIH et les autres IST et à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients infectés par le VIH ou les IST. Il existe 23 COREVIH en France.
- Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres de lutte anti-tuberculeuse et les permanences d'accès aux soins de santé participent également à la prévention du VIH.

Les outils de dépistage :

Il existe à ce jour trois types de tests de dépistage de l'infection par le VIH :

- *Test Elisa de 4ème génération*

Test considéré comme le *Gold standard* en matière de diagnostic de l'infection du VIH, il est réalisé en laboratoire. Il détecte simultanément les anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH 2 et l'antigène p24 du virus, et permet un dépistage des infections récentes. Le test possède une sensibilité de 100% à 6 semaines du contage éventuel.

- *Test de dépistage rapide à orientation diagnostique (TROD)*

Le TROD est un test à lecture visuelle subjective qui permet de rendre un résultat dans un

délai court (moins de 30 minutes généralement). Un résultat positif de TROD doit toujours être confirmé par un test ELISA de 4ème génération. A 3 mois post-exposition, sa sensibilité est comprise en 94% et 99%.

Les TROD sont utilisés en France par certains professionnels de santé dans certaines structures (PASS par exemple), mais aussi par certains bénévoles des associations de lutte contre le VIH. Le nombre de TROD réalisés en 2017 dans le cadre d'actions dites de « dépistage communautaire » est de 55 770, soit un nombre stable par rapport à l'année précédente (1).

- *Autotests de dépistage de l'infection à VIH (ADVIH)*

Les ADVIH sont des tests rapides, réalisés sur sang total, qui utilisent la même technologie que les TROD. Disponibles en vente libre (sans ordonnance) en pharmacie, ils sont destinés à être utilisés dans un environnement domestique par des utilisateurs profanes. Le prélèvement et l'interprétation sont effectués directement par l'intéressé.e. La délivrance de l'autotest, est dans l'idéal, précédée de conseils, accompagnement et informations sur les modalités d'utilisation et les conséquences ainsi que sur la prise en charge en cas de test positif. A 3 mois post-exposition, sa sensibilité est comprise entre 94% et 99%. Le résultat positif d'un ADVIH doit être confirmé par un test conventionnel de type Elisa de 4ème génération. Le nombre d'autotests VIH vendus en pharmacie au cours de l'année 2017, sans possibilité de mieux définir la population y ayant recours, est d'environ 73 000, soit un nombre comparable à celui de 2016 (1).

c. Les recommandations actuelles

En 2017, la HAS publie une réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH. Dans ces recommandations, l'HAS rappelle que le dépistage s'intègre dans une approche préventive globale de santé sexuelle. Il doit s'appuyer sur les outils de prévention, sur les différents outils de dépistages et sur les différents acteurs (2).

L'HAS maintient, par ailleurs, sa recommandation sur le dépistage de l'ensemble de la population de 15 à 70 ans au cours de la vie lors d'un recours au système de soins, en

absence de risques identifiés. Cette proposition doit principalement être orientée en fonction de l'incidence de l'infection et de la prévalence des infections non diagnostiquées, plus importantes dans certaines régions.

De plus, la fréquence du dépistage des populations à risques doit être renforcée :

- Tous les 3 mois chez les HSH ;
- Tous les ans chez les UDI ;
- Tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes.

Un dépistage de l'infection à VIH doit par ailleurs être systématiquement proposé dans différentes circonstances : diagnostic d'une autre IST, d'une hépatite B ou C, de tuberculose, grossesse ou projet de grossesse, viol, prescription d'une contraception ou IVG, incarcération.

L'HAS et le conseil national du sida prévoient également qu'un test soit systématiquement demandé devant un certain nombre de signes, symptômes et pathologie évocatrice d'une primo-infection ou d'une infection à un stade avancé (Cf. annexe) :

- Zona
- Dermite séborrhéique
- Lymphome
- Dysplasie/cancer anal ou cervical
- Syndrome mononucléosique
- Leucocytopénie ou thrombopénie de plus de 4 semaines non expliquée

III. Le rôle du médecin généraliste

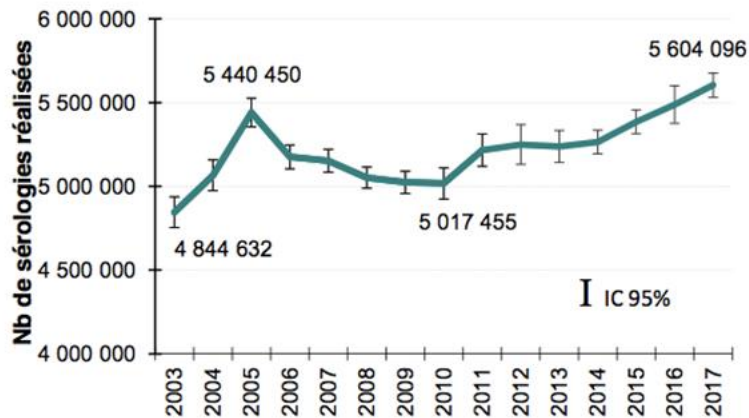
Le rôle du MG dans la prévention et le dépistage a donné lieu à un consensus formalisé par la Société de pathologie infectieuse de la langue française (SPILF) associée à la Société française de lutte contre le sida (SFLS) (16). Dans ce texte, paru en 2009, deux niveaux d'implication des médecins ont été définis :

- Les missions de santé de soins primaires, parmi lesquelles on retrouve les missions de dépistage, de prévention, d'éducation, d'annonce de diagnostic, et d'orientation d'un patient exposé à un risque d'infection par le VIH.

- Les missions « avancées », sur la base du volontariat et d'un engagement personnel du médecin libéral qui prend alors part, de façon active, au suivi et à la prise en charge thérapeutique de patients infectés par le VIH.

L'organisation du système de soin en France place le médecin généraliste au premier rang pour détecter des situations à risque, car il est le professionnel de santé de premier recours pour une grande partie de la population. L'ensemble des MG forme ainsi un véritable réseau de veille sanitaire et une source d'information sur l'épidémie à l'échelle départementale indispensable. Les sociétés savantes recommandent en effet, par le biais du rapport Morlat 2017, « d'aller vers une connaissance plus fine de l'épidémie au niveau départemental et infra-départemental pour servir de base à la construction des stratégies de prévention diversifiée et mieux ciblée » (17).

Les médecins Français font partie des plus gros prescripteurs de sérologie de dépistage contre le VIH parmi les pays industrialisés, notamment les pays européens. En 2017, 5,6 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale; les 3/4 de ces sérologies ont été réalisées par les laboratoires de villes, un nombre qui n'avait jamais été atteint depuis le début des années 2000 (1) (Figure 3).



Source : LaboVIH 2017, SpFrance

Figure 3 : Nombre de sérologies réalisées en laboratoire en France de 2003 à 2017 (données Santé Publique France).

Cependant, les laboratoires de villes ne réalisent qu'un tiers des sérologies VIH positives. La découverte de séropositivité reste en majorité faite à l'hôpital (18). Cette observation est à expliquer en partie par un recrutement différent entre la ville et l'hôpital.

Entre 2010 et 2017, l'augmentation de l'activité de dépistage ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du nombre de sérologies positives. Cette observation laisse supposer que l'augmentation du dépistage a, sans doute, peu bénéficié aux populations les plus exposées au VIH (1).

Ces deux constats questionnent la difficulté du médecin généraliste à identifier les situations à risques.

IV. Objectif de la thèse

A ce jour, encore 30 000 personnes ignorent leur séropositivité en France et 27% des diagnostics sont fait à un stade avancé de la maladie. Dans la région ARA, la part de diagnostics à un stade avancé est similaire au reste de la France. (4).

Les MG apparaissent comme des acteurs clefs dans le dépistage de l'épidémie cachée.

Bien que des études évaluant leurs pratiques de dépistage aient été réalisées sur le plan national ou dans d'autres régions, aucune étude n'a évalué les pratiques de dépistages du VIH des MG de la région ARA.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le ressenti et les pratiques des MG concernant le dépistage de l'infection par le VIH, en particulier devant une situation à risque selon les recommandations de 2017 de l'HAS.

Matériel et méthode

I. Le projet

Nous avons réalisé une étude descriptive et quantitative à l'aide d'un questionnaire anonyme à questions fermées, à l'intention de médecins généralistes de la région ARA en 2018. Au vu de la taille de la région ARA, il s'agissait de la méthode la plus adaptée pour recueillir les pratiques courantes de dépistage d'un grand nombre de médecins généralistes.

Au préalable une déclaration simplifiée a été réalisée à la CNIL avec engagement de respecter la méthodologie de référence.

II. Le recueil de données

Nous avons décidé d'interroger au moins 200 médecins, sélectionnés de façon aléatoire afin de nous rapprocher au plus près de la population de médecin généraliste de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les médecins généralistes ont été inclus de trois façons, sur la base du volontariat.

Nous avons sollicité les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) des différents départements de notre région pour la diffusion du questionnaire via leur *mailing-list*. Seuls les départements de l'Ain et de la haute Savoie ont accepté de diffuser le questionnaire. Il a été considéré que tous les MG de ces deux départements avaient reçu le questionnaire et ne les avons pas sollicités d'une autre manière.

Afin de solliciter les MG des autres départements, nous les avons contactés par téléphone, entre le 31 août 2018 et le 14 janvier 2019, à partir des listes disponibles sur *améli.fr* et *pages jaunes.fr*. Pour choisir les MG aléatoirement, nous avons procédé à un tirage au sort.

Quatorze lettres de l'alphabet ont été tirées à l'aveugle. Les médecins généralistes dont le nom commençait par une des quatorze lettres tirées au sort étaient contactés par téléphone, jusqu'à ce que l'ensemble des médecins en question soit appelé au sein du département. Le projet leur était présenté par téléphone, à l'aide d'un texte standardisé et neutre, afin de

rechercher leur consentement. Avec leur accord, le questionnaire leur était ensuite envoyé par email dans la journée. En cas de non-réponse au premier appel, un second était réalisé quelques jours plus tard.

Pour finir le questionnaire a été diffusé à l'aide du réseau social Twitter afin d'augmenter le nombre de médecins généralistes inclus.

III. Critère d'inclusion et d'exclusion

La population étudiée ciblait les médecins généralistes titulaires et thésés de la région ARA. Les médecins généralistes urgentistes, les angiologues, les retraités, les médecins exerçant hors de la région ARA ont été exclus de l'étude.

IV. Composition du questionnaire

Le questionnaire (Cf. annexe) a été élaboré en s'inspirant de l'enquête du BSMG, ainsi que des recommandations de l'HAS et du conseil national du Sida.

Il a été hébergé par le site sécurisé Limequery. Les données obtenues étaient anonymes et sécurisées. Une seule participation au questionnaire par médecin généraliste pouvait être réalisée. En préambule, une note adressée au médecin donnait des explications sur l'intérêt de l'étude.

Le questionnaire était composé de 21 questions réparties en trois parties :

- La première partie décrivait les caractéristiques socio-démographiques du médecin généraliste (âge, département et lieu d'exercice, potentiel lien avec la lutte contre le VIH).
- La seconde partie portait sur l'activité de dépistage du médecin interrogé. Nous nous sommes intéressés à leur ressenti sur leur pratique de dépistage. Puis nous avons cherché à évaluer dans quelle mesure leurs pratiques étaient ciblées aux populations, situations cliniques et événements de vie à risques d'infections décrites dans les recommandations.

- La troisième partie, plus courte, portait sur l'activité liée au VIH dans la patientèle du médecin interrogé (annonce de sérologie positive, nombre de PVVIH dans leur patientèle).

Le temps estimé de réponse au questionnaire était d'environ 4 min, volontairement court pour favoriser l'adhésion du médecin interrogé. La plupart des questions étaient formulées sous forme de choix multiples. Une échelle d'intensité allant de 0 à 10 a été utilisée pour quantifier certaines données qualitatives (être concerné par le dépistage, être à l'aise avec le dépistage, perception du fait que les patient.e.s soient à l'aise de se voir proposer un test). Le médecin interrogé avait le choix de répondre ou non à certaines questions tout en allant au bout du questionnaire. Les questionnaires pour lesquels les participants n'étaient pas allés au bout n'ont pas été étudiés.

Les résultats ont été recueillis grâce à la plateforme Limequery, à partir du questionnaire envoyé par mail. Les données ont ensuite été traitées grâce au logiciel StatView.

L'association entre deux variables qualitatives était étudiée par un test de Chi². L'association entre deux variables quantitatives était étudiée par un test de Spearman. La différence entre deux groupes pour une même variable quantitative était étudiée par un test de Student.

Résultats

I. Inclusion

Entre le 31 août 2018 et le 14 janvier 2019, 1178 appels ont été émis, 784 appels ont abouti à une réponse téléphonique. Parmi eux, 425 médecins ont accepté de recevoir le questionnaire, qui leur a été envoyé par mail.

Le nombre de médecins inclus ayant été contactés par les CPAM ou par Twitter ne peut pas être connu.

Au total 528 participants ont au moins commencé à remplir le questionnaire. 194 ont été exclus secondairement : 134 questionnaires partiellement remplis, et 60 remplis par des médecins hors de la région ARA.

Au total 334 questionnaires ont été analysés.

II. Caractéristiques des médecins interrogés.

135 étaient des hommes, 197 étaient des femmes soit un *sex ratio* de 0,68.

L'âge médian de la population interrogée était de 38 ans, avec une répartition biphasique (un pic à 35 ans l'autre à 60 ans) (Figure 4).

Ils exerçaient, pour le plus grand nombre, dans un secteur d'activité semi-rural (37%).

La majorité d'entre eux (85 %) ne possédaient aucune formation spécifique concernant le VIH ou les maladies infectieuses.

La moitié des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir une patientèle de 500 à 1 000 patients ; la majorité d'entre eux ne suivait aucune ou moins de 5 PVVIH.

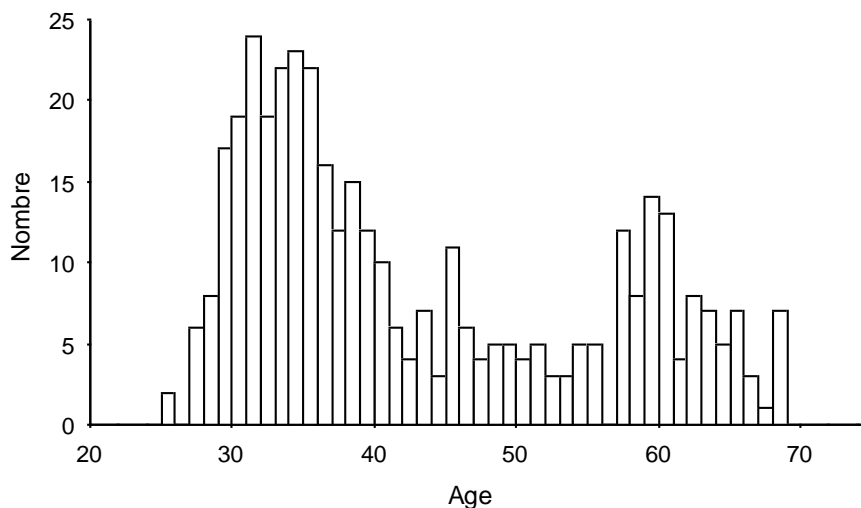


Figure 4 : Age des médecins interrogés.

Les départements les plus représentés dans les réponses sont : l'Isère (17%), de la Haute-Savoie (15%), de l'Ain (9%), et du Rhône (8%), pour un total de 49% des réponses. (Figure 5)

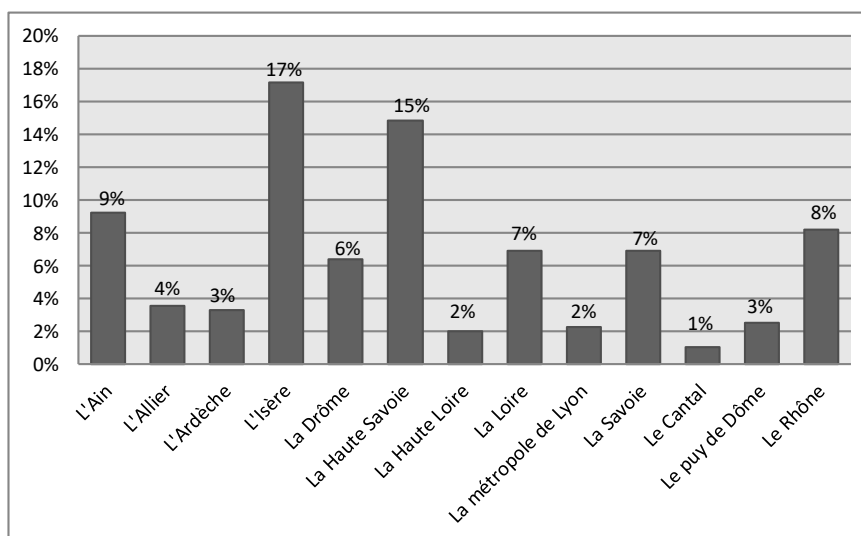


Figure 5 : Département d'exercice des médecins interrogés

Les données socio démographiques sont résumées dans le tableau 1.

Caractéristiques socio-démographiques	Effectifs	Pourcentage
Age		
Médiane = 39 ans		
Sexe (N = 332)		
Homme	135	41%
Femme	197	59%
Secteur d'activité (N = 319)		
Rural	57	18%
Semi-rural	118	37%
Ville < 30000 habitants	53	17%
Grande agglomération	91	28%
Taille de la patientèle (N = 268)		
500-1000	135	50%
1000-2000	109	41%
≥ 2000	24	9%
PVVIH dans patientèle (N = 323)		
Aucune	110	34%
< 5	193	60%
Entre 5 et 10	16	5%
> 10	4	1%
Formation en maladie infectieuse (N = 334)		
Oui	51	15%
Non	283	85%

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

III. Perception du dépistage de l'infection par le VIH par les médecins

Les participants étaient interrogés sur leur ressenti vis à vis du dépistage. A la question « sur un score de 0 à 10, de façon générale, comment vous sentez-vous concerné.e par le dépistage de l'infection par le VIH ? », la médiane du score était de 8 [IQT 25-75, 7-10]. (Figure 6).

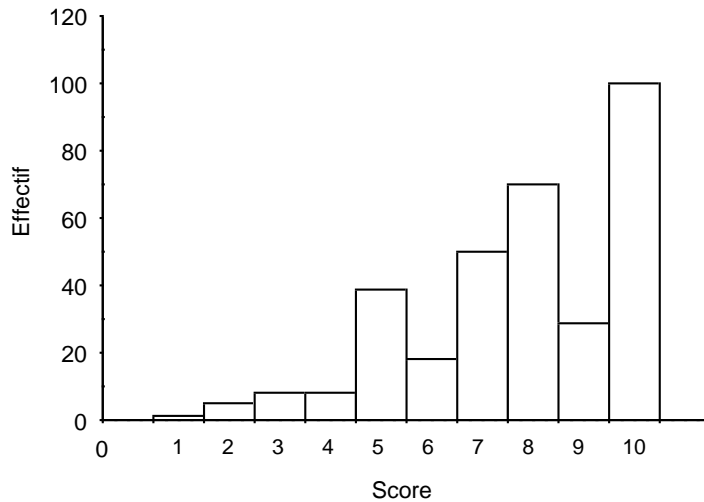


Figure 6 : Evaluation par les médecins (sur un score de 0 à 10) du fait de se sentir concernés par le dépistage.

Pour les catégories d'âge de 25 à 40 ans et de 41 à 55 ans, la médiane du score « être concerné.e » était à 8 [IQT 25-75, 7-10].; au-delà de 56 ans elle était à 7 [IQT 25-75, 5-8].; ($p=0,0009$) (Figure 7).

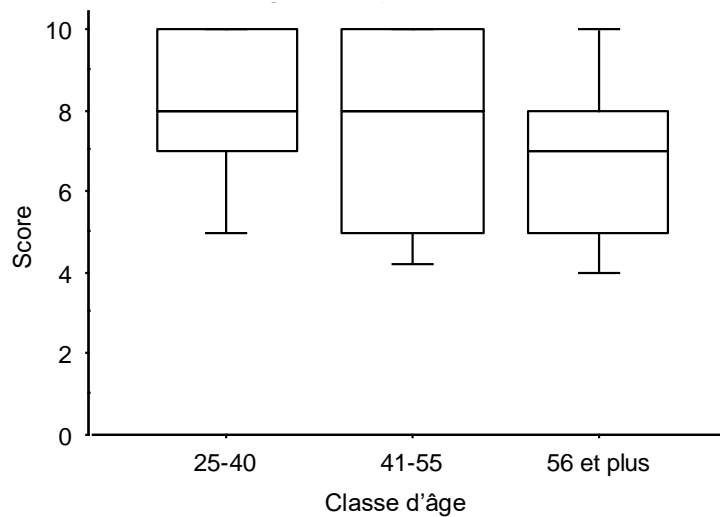


Figure 7 : Score évaluant le fait d'être concerné.e par le dépistage du VIH en fonction de l'âge.

Plus les médecins avaient dans leur patientèle un nombre élevé de PVVIH, plus le score médian « être concerné.e » était élevé (Figure 8).

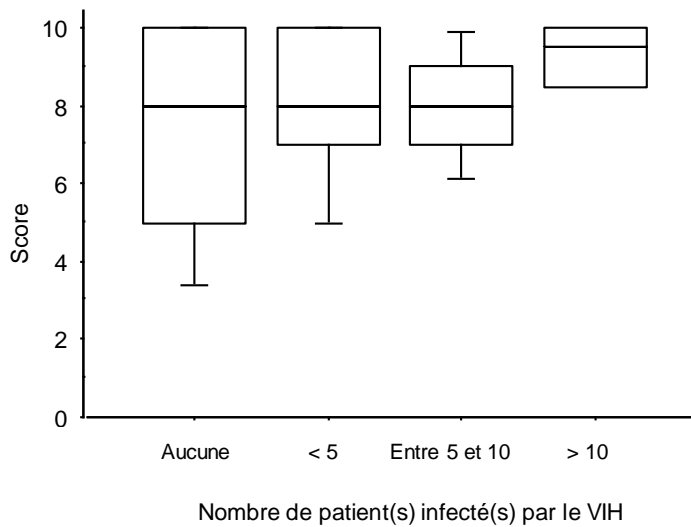


Figure 8 : Score évaluant le fait d'être concerné.e par le dépistage de l'infection par le VIH en fonction du nombre de PVVIH dans la patientèle.

Il était ensuite demandé aux participants dans quelle mesure ils/elles étaient à l'aise ou non à proposer un test de dépistage de l'infection par le VIH, par un score de 0 à 10. La médiane du score était de 9 [IQT, 7-10] (Figure 9). Les résultats ont été regroupés en trois catégories : le groupe « peu à l'aise » composé des réponses allant de 0 à 4 (représentants 2,5 % des MG interrogés), le groupe « moyennement à l'aise » comptant les réponses allant de 5 à 7 (22 %) et le groupe « tout à fait à l'aise » (8 à 10). 247 médecins (soit 75%) étaient classés dans le 3^{ème} groupe.

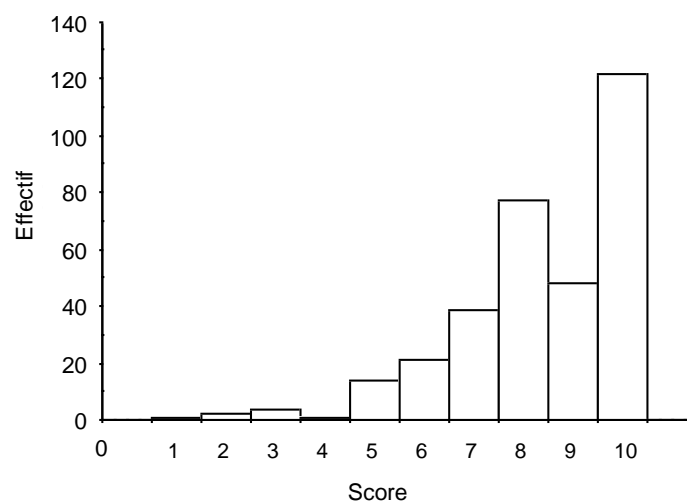


Figure 9 : Score évaluant le fait de se sentir à l'aise avec la proposition d'un test de dépistage de l'infection par le VIH

Il était par ailleurs demandé aux participants d'évaluer sur un score de 0 à 10 dans quelle mesure leurs patients étaient à l'aise avec le fait de se voir proposer un test de dépistage ; la médiane était de 7 [IQT 25-75, 5-8] (Figure 10).

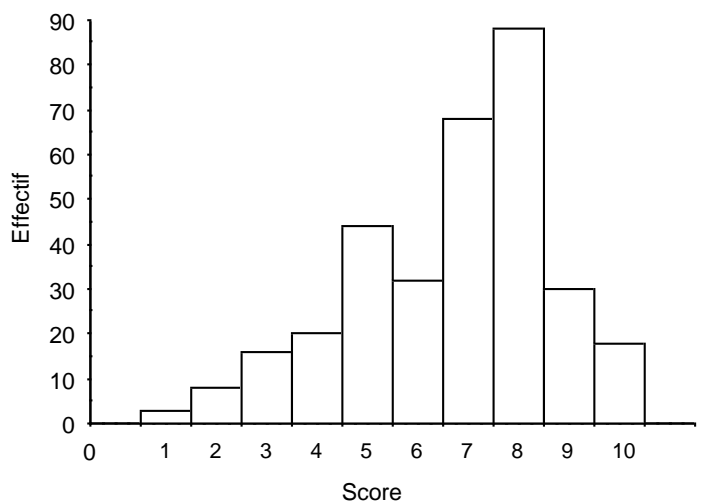


Figure 10 : Score évaluant par les médecins dans quelle mesure leurs patients se sentent à l'aise avec la proposition d'un test de dépistage.

IV. Pratique de prescription de sérologie

Une très faible proportion de MG déclarait ne jamais prescrire de sérologie (n= 9, 2%) ; de même, les « très importants » prescripteurs de sérologie de dépistage (>20 par mois) représentaient également une minorité (n= 12 ; 3%). 183 médecins généralistes (55%) prescrivaient entre 1 et 4 sérologie(s) par mois (Figure 11).

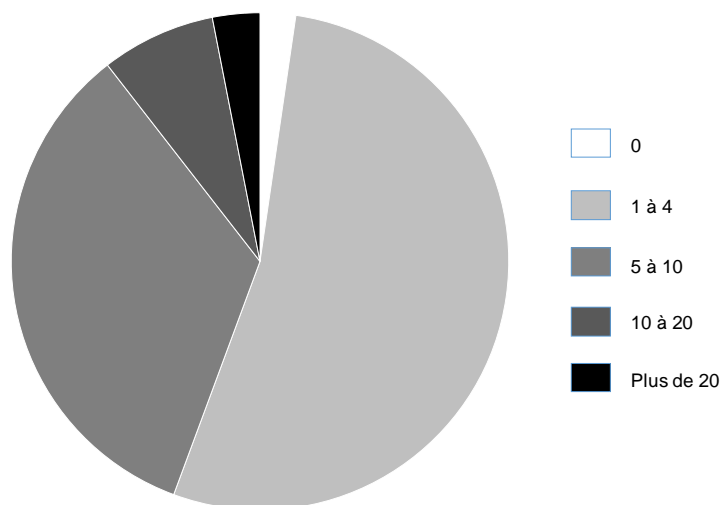


Figure 11 : Nombre de sérologies pratiquées par mois (N=330)

A la question « Pensez-vous avoir une activité de dépistage de l'infection par le VIH ciblée ? », la majorité (69%) ont répondu « plutôt ciblée » (Figure 12).

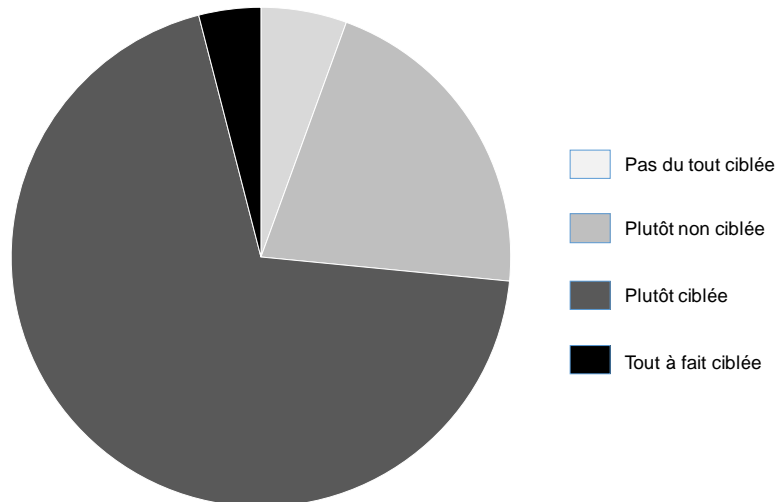


Figure 12: Répartition des médecins selon leur pratique ciblée ou non de dépistage (N=324)

La moitié (49%) des MG déclarait faire un dépistage VIH aussi souvent la demande du patient qu'à leur propre initiative. Un peu moins du tiers (n=96 ; 29%) des médecins réalisait un test « le plus souvent à leur initiative » et 20% « le plus souvent à l'initiative du patient » (Figure 13).

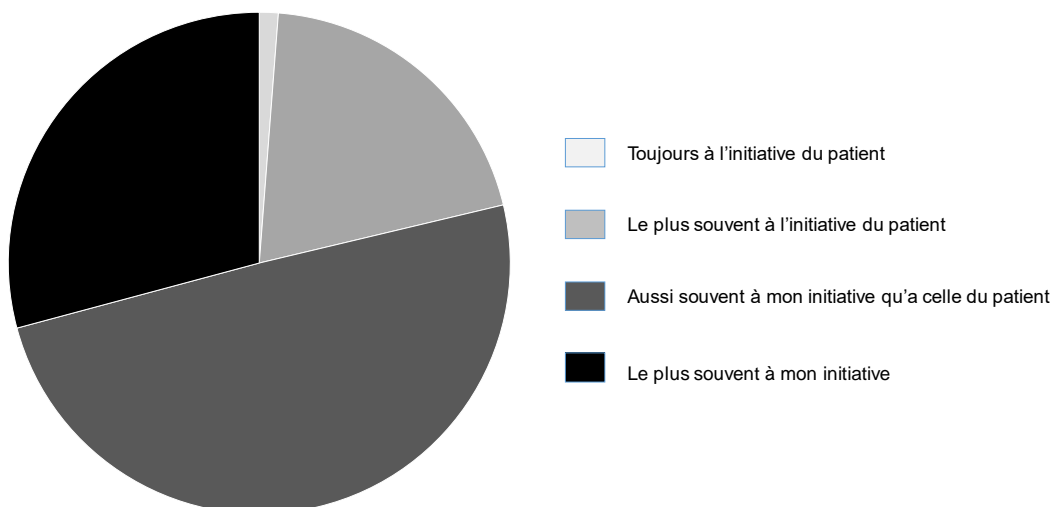


Figure 13 : Répartition des médecins en fonction de la prise d'initiative du dépistage (N=329)

L'âge médian des MG déclarant proposer un test « le plus souvent à mon initiative » était de 36 ans, et celui des autres MG était de 40 ans [IQT 25-75, 32-45]. ; ($p= 0,0085$) (Figure 14).

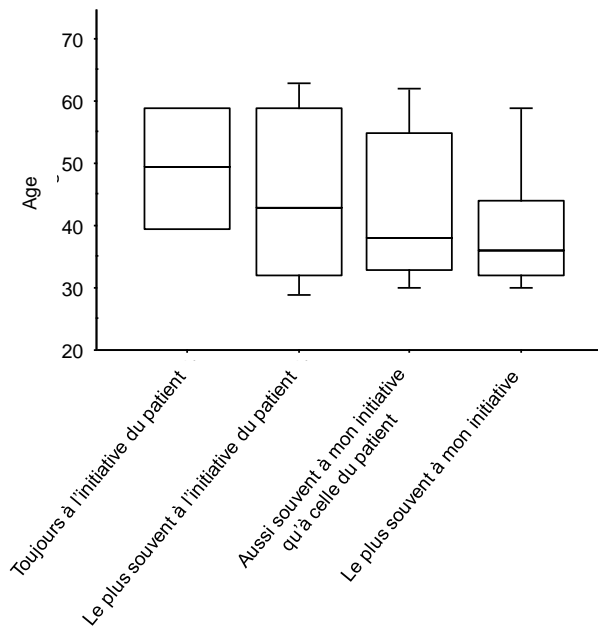


Figure 14 : Age du médecin selon que le dépistage est réalisé à l'initiative du médecin et/ou du patient

Dans la majorité des cas (66%), les médecins déclaraient n'avoir jamais eu à annoncer un résultat positif de sérologie du VIH au cours de leur carrière (Figure 15).

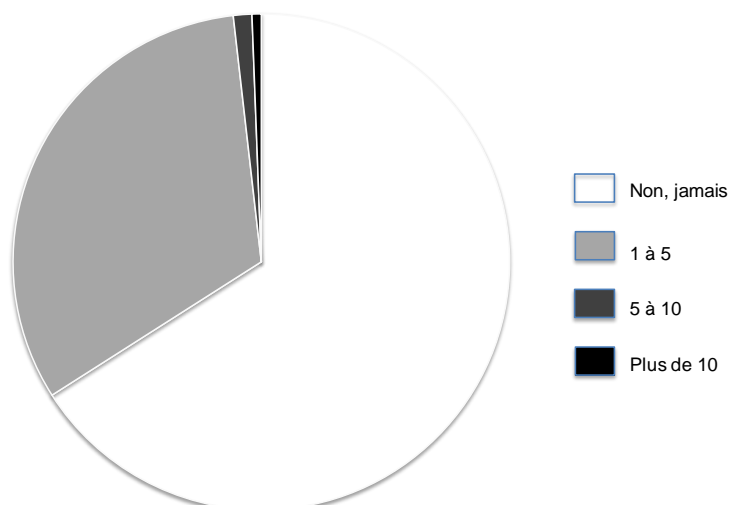


Figure 15 : Expérience quant à l'annonce d'une sérologie positive pour le VIH (N=332)

La majorité des MG estimait avoir de bonnes connaissances (plutôt oui 71% et tout à fait 7%) des différents moyens de dépistage du VIH en France (Figure 16).

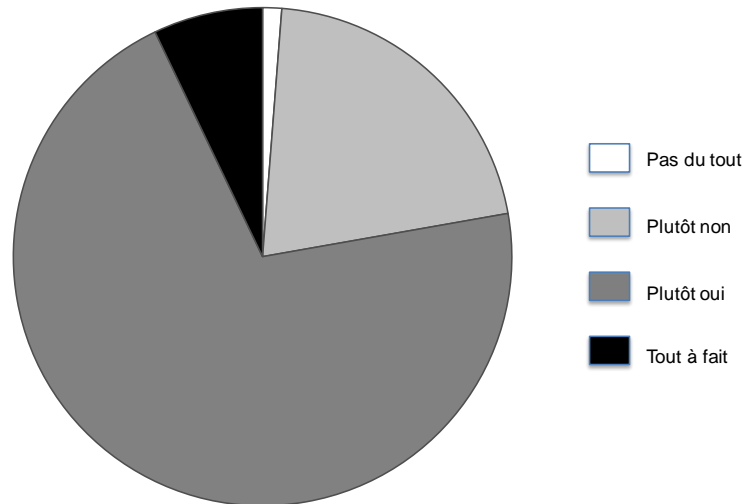


Figure 16 : Perception des MG quant à leur bonne connaissance ou non des différents moyens de dépistage (N=324)

Les MG ont été interrogés sur l'utilisation des TROD au cabinet de médecine générale. Quatre-vingt-sept pourcents étaient potentiellement intéressés pour les utiliser (« oui », « peut-être », « de temps en temps », ou « fréquemment »). Seule une minorité de médecins (13%) était réfractaire à cette idée (Figure 17).

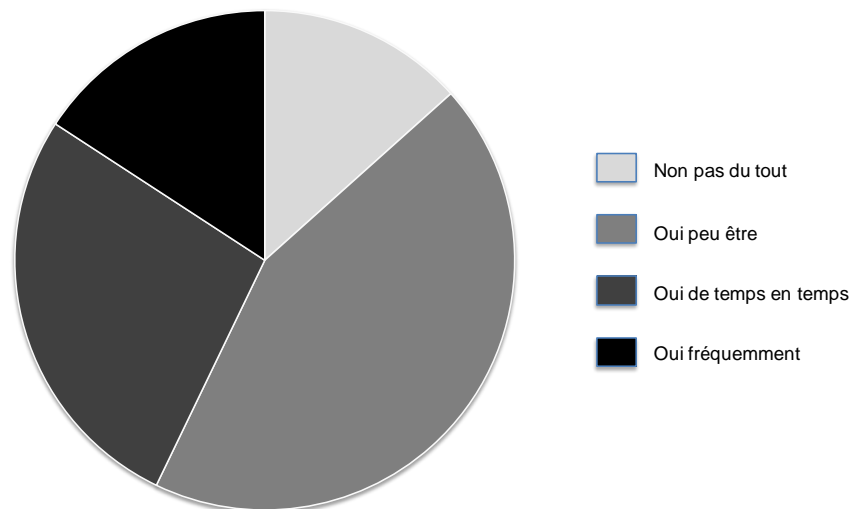


Figure 17 : Réponses des participants à la question « Si vous pouviez disposer au cabinet médical de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour l'infection par le VIH, en feriez-vous usage au cabinet médical ? » (N=329)

L'âge médian des MG qui déclaraient qu'ils utiliseraient « fréquemment » les TROD s'ils en avaient au cabinet était de 50 ans [IQT 25-75, 38,5-61,5]. ; L'âge médian des MG déclarant qu'ils utiliseraient « de temps en temps », « peut-être » ou « pas du tout » les TROD s'ils en avaient au cabinet était de 37 ans ($p < 0,0001$) (Figure 18).

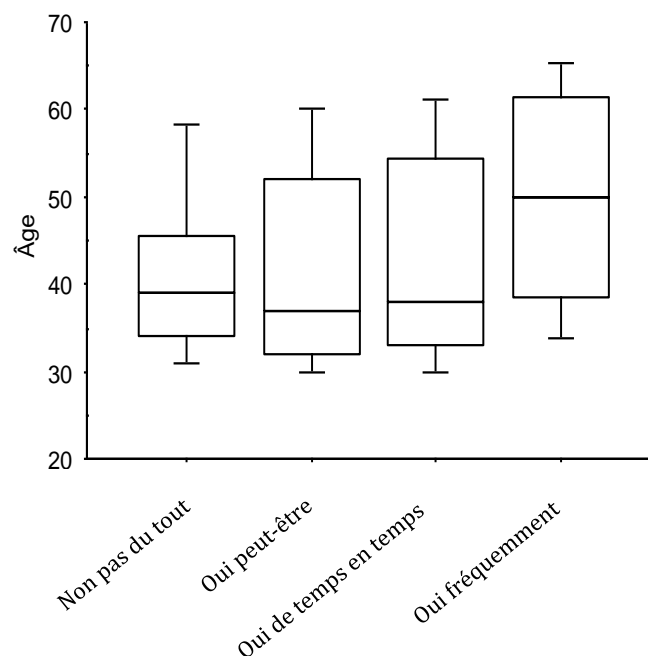


Figure 18: Age des participants en fonction de la réponse à la question « Si vous pouviez disposer au cabinet médical de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour l'infection par le VIH, en feriez-vous usage au cabinet médical »

V. Dépistage suivant les recommandations

Les participants ont été questionnés pour savoir s'ils interrogeaient leurs patients sur leurs pratiques sexuelles. Moins d'un tiers des médecins généralistes (29%) interrogeait souvent ou toujours leurs patients sur leurs pratiques sexuelles (Figure 19).

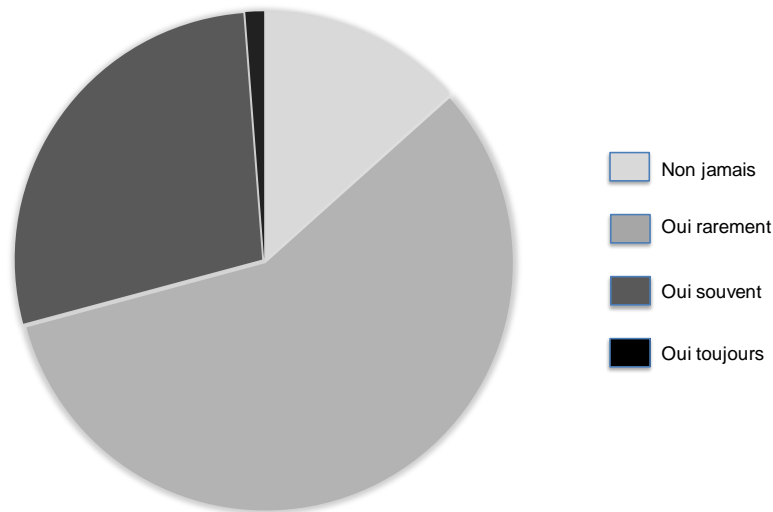


Figure 19 : réponses à la question « Interrogez-vous généralement vos patients sur leurs pratiques sexuelles ? ». (N=329)

Plus de la moitié des MG (57%) déclaraient dépister les IST toujours et 38% souvent en cas de sérologie VIH. A l'inverse, seuls 5% des MG ne les recherchait que « rarement » ou « jamais » à cette occasion (Figure 20).

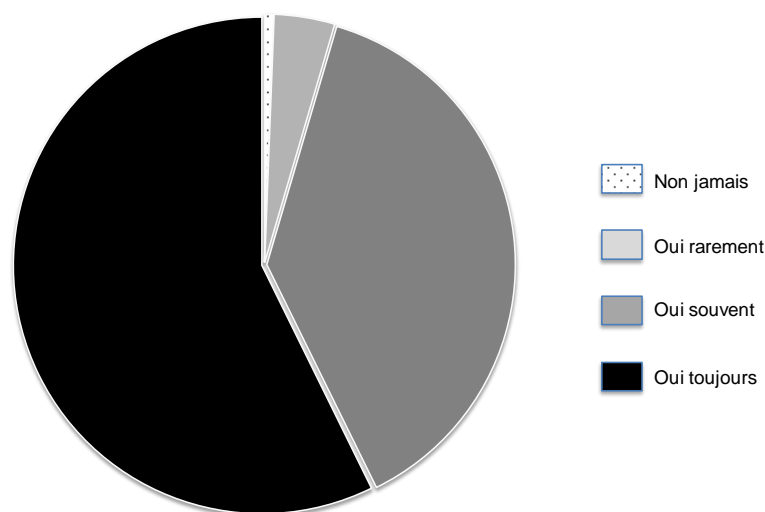


Figure 20 : Recherche d'autres IST lors de la prescription d'un test de dépistage VIH. (N=334)

Il existait une association entre l'âge et le fait de réaliser un dépistage simultané du VIH et des autres IST : les généralistes qui ne prescrivait pas systématiquement cette recherche combinée étaient plus âgés ($p < 0,001$) (Figure 21).

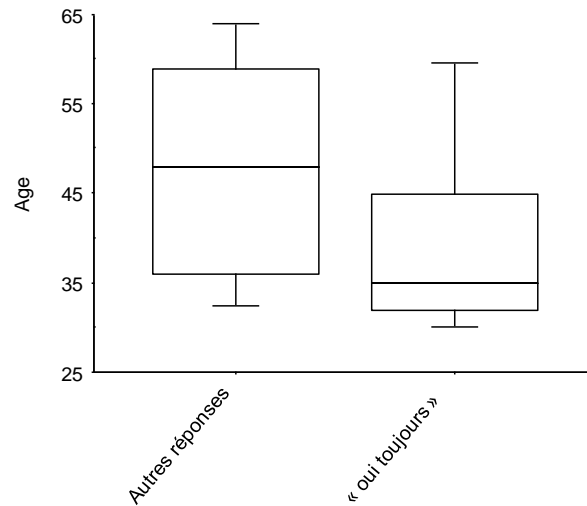


Figure 21 : Âge selon que les participants réalisent toujours ou non un dépistage concomitant du VIH et des autres IST

Les participants ont été interrogés quant au fait de proposer un dépistage pour six situations cliniques ; quatre d'entre elles (pneumonie, herpes récidivant, dermite séborrhéique et zona) correspondent à des situations cliniques pour lesquelles un dépistage est préconisé. Les autres n'étaient pas de cette nature (maladie de Lyme, grippe). La proposition d'une sérologie de dépistage du VIH n'est réalisée que dans 12% des cas devant une dermite séborrhéique et 18% pour une pneumonie. En présence d'un zona, moins de la moitié des MG (44%) a déclaré réaliser une sérologie VIH. En revanche l'herpès récidivant est une situation clinique pour laquelle la prescription de sérologie de dépistage est plus fréquente (74%) (Figure 22).

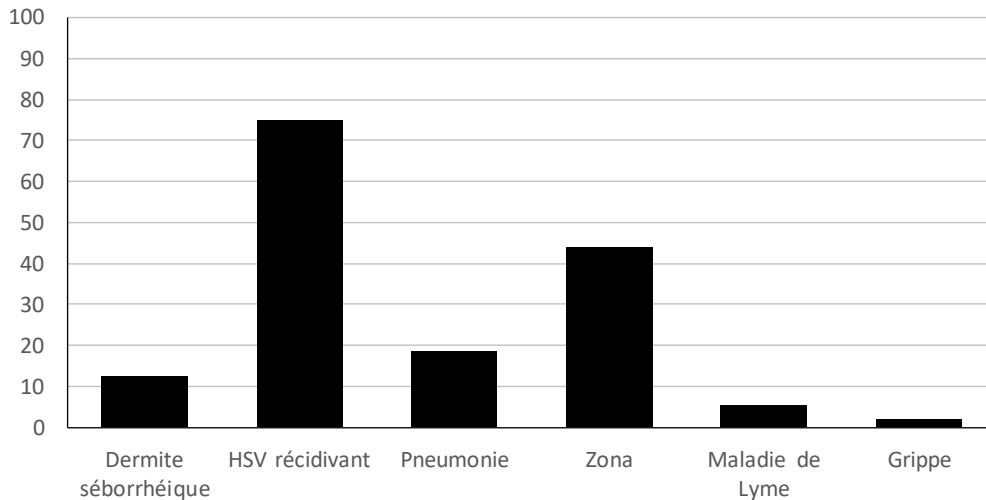


Figure 22 : Proportion des participants réalisant un dépistage du VIH en fonction de la situation clinique (N=334)

Les MG ont été interrogés sur le fait de réaliser ou non une sérologie dans certaines populations à risque. Quatre-vingt-quinze pour cent des participants déclaraient réaliser une sérologie VIH aux UDI, 86% aux HSH, et 78 % aux patients originaires d'une zone d'endémie (Figure 23).

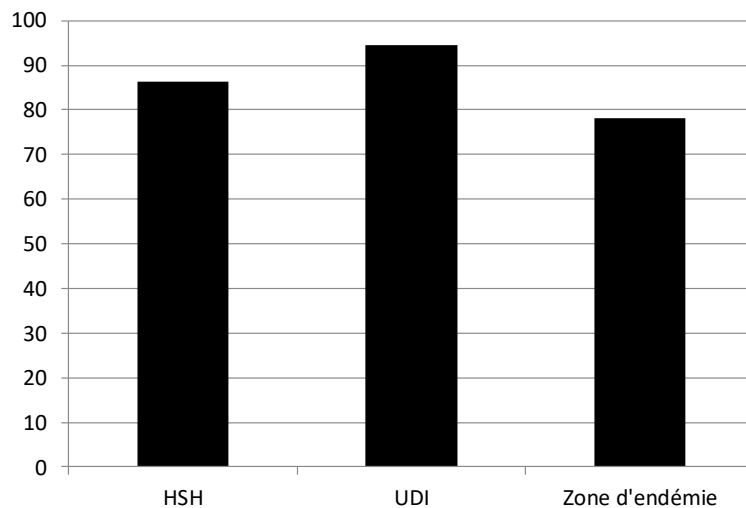


Figure 23 : Proportion de participants réalisant un dépistage du VIH dans plusieurs populations à risques (N=334)

De la même façon, ils ont été interrogés sur leur prescription de sérologie devant certains événements de vie reconnus par l'HAS comme à risque.

Quatre-vingt-onze pour cent des MG déclaraient prescrire un test lors d'un changement de partenaire sexuel, 81% lors le projet de grossesse, 60% lors d'une consultation d'une première contraception et 46% devant une situation de précarité 46% (Figure 24).

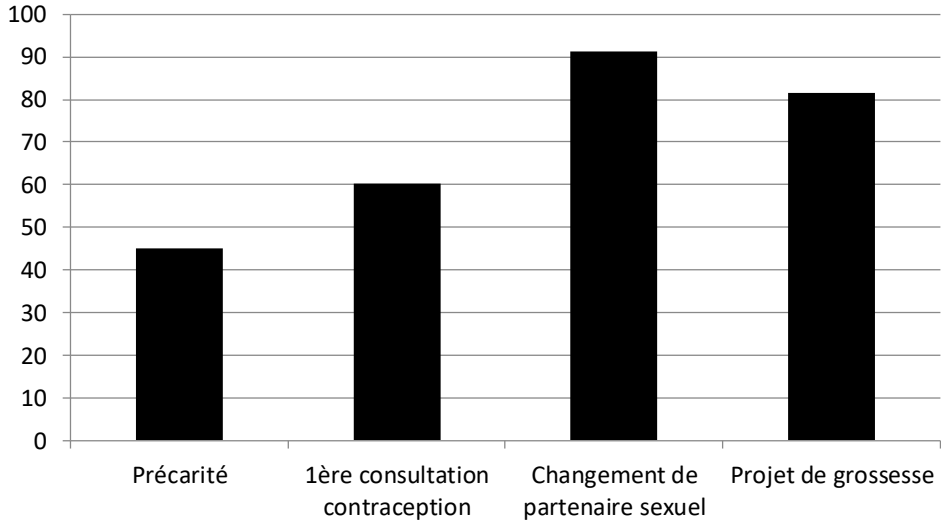


Figure 24 : Proportion de participants réalisant d'un dépistage du VIH selon différentes situations de vie (N=334)

Discussion

Si l'objectif final est le même pour tous (diagnostiquer et traiter le plus de PVVIH possible), les politiques de dépistages concernant le VIH diffèrent d'un pays industrialisé à l'autre. A titre d'exemple, les Etats-Unis d'Amérique prévoient un dépistage dit en *opt out* de la population générale de 15 à 65 ans, c'est à dire que le test sera réalisé sauf si le patient s'y oppose. Cette hétérogénéité des recommandations reflète une difficulté de la communauté scientifique et des autorités de santé publique à trouver le bon compromis entre éthique, législation et santé publique. Il n'existe aucune étude à ce jour comparant l'impact de ces différents systèmes dans différents pays.

Dans notre étude nous nous sommes intéressés à la pratique de dépistage des médecins généraliste de la région ARA.

Du fait de l'augmentation du nombre de sérologies VIH à l'année depuis deux ans en région ARA, il n'est pas surprenant de retrouver une bonne adhésion des MG interrogés au dépistage. En effet, à la question « vous sentez vous concernés par le dépistage du VIH ? » mesuré par une échelle d'intensité allant de 0 à 10, 60 % des MG ont répondu entre 8 et 10 et la majorité estime avoir de bonnes connaissances (plutôt oui 71% et tout à fait 7%) des différents moyens de dépistage du VIH en France. Comme on pouvait s'y attendre, les médecins ayant des PVVIH dans leur patientèle ou ayant une formation concernant les maladies infectieuses sont ceux qui se sentent le plus concerné.e.s par la pratique du dépistage du VIH. Ces données confirment que les MG semblent donc toujours impliqués dans la lutte contre le VIH. Une bonne adhésion des MG au dépistage peut en partie expliquer l'augmentation de l'activité de dépistage en ARA (augmentation du nombre de sérologies par an depuis 2 années, recul des diagnostics tardifs) (4).

Bien que l'étude ait montré que les médecins généralistes se sentaient globalement à l'aise avec le fait de proposer un test de dépistage la moitié des tests étaient réalisé aussi souvent

à la demande du patient qu'à leur propre initiative. Un quart des MG ne proposait un dépistage que lorsque le patient leur demandait. Ces résultats peuvent être surprenants : du fait des recommandations et de leur aisance à proposer un test, il aurait été possible que la proposition de dépistage vienne en majorité des MG. L'âge apparaît comme un facteur influençant la prise d'initiative du dépistage : notre étude montre en effet que plus le MG est âgé, plus la demande émane du patient. Le fait que la proposition de dépistage du VIH ne soit pas majoritairement à l'initiative du médecin peut aussi être expliqué par l'appréhension que le MG peu avoir à proposer un dépistage par peur de mettre mal à l'aise son patient. Bien que plusieurs travaux aient démontré la bonne acceptation par les patients d'un test de dépistage en systématique en médecine générale (19) (20), dans notre travail la perception par le MG du ressenti du patient face à la proposition du dépistage n'était pas aussi bonne que leur propre ressenti. La plupart des MG percevaient une acceptation plutôt modérée (score médian de 7 sur une échelle d'intensité de 0 à 10) du test de dépistage par les patients.

Le fait que le dépistage ne soit pas majoritairement réalisé à l'initiative du médecin peut apporter un début de réponse quant au sous-dépistage de certaines catégories de patients. En effet certains patients, ne se sentant pas concerné par le dépistage, ne solliciteront pas leur MG pour en bénéficier. Ainsi en France, les groupes considérés à faible risque d'infection (les hétérosexuel.le.s né.e.s en France, les « seniors », les personnes mariées avec enfants) présentent les plus fortes probabilités de diagnostic tardif car ils se sentent moins concernés par le dépistage (21).

L'adhérence des médecins généraliste au dépistage s'illustre dans notre étude également par le nombre de sérologies prescrites. Dans notre étude, les médecins généralistes étaient 53 % à prescrire entre 1 à 4 sérologies par mois et 34 % entre 5 et 10 par mois.

Ces chiffres sont comparables aux données de la littérature ; ainsi, dans le BSMG, les MG déclaraient prescrire en moyenne 5,9 tests par mois. Ces données montrent que bien que le dépistage soit une pratique courante en médecine générale, celui-ci n'est pas quotidien.

La majorité (66%) des médecins interrogés déclare n'avoir jamais été confronté à l'annonce d'une sérologie positive, alors que le nombre de sérologies prescrites VIH est en augmentation en ARA. L'annonce d'une séropositivité reste un événement plutôt rare dans les cabinets de médecine générale de la région. Ce constat peut être le reflet d'une proposition de dépistage au plus grand nombre dans un contexte d'épidémie concentrée. On peut également se demander si l'activité de dépistage croissante bénéficie aux populations les plus exposées.

Nous avons demandé aux participants s'ils pensaient que leur pratique de dépistage était ciblée ou non. La majorité des MG (69%) déclaraient avoir une activité « plutôt ciblée » en matière de dépistage. Ces résultats témoignent d'une pratique s'alignant sur les directives du CNGE. En 2012 celui-ci recommandait aux MG de saisir toutes occasions de proposer un dépistage aux patients ayant été exposés à un risque.

Dans notre étude les MG identifiaient largement les HSH comme une population à risque car la majorité d'entre eux leur proposait une sérologie de dépistage. Néanmoins la majorité de ces mêmes MG déclaraient poser seulement « rarement ou jamais » la question des pratiques sexuelle à leurs patients. Ce faible abord de la sexualité est probablement un frein au dépistage. En effet, certains patients ne sont pas considérés comme à risque par leur MG par ignorance de leur orientation sexuelle. Ces observations sont faites dans d'autres études (22)(23). Il est d'autant plus difficile d'aborder les questions de sexualité avec son patient lorsque le dépistage du VIH n'est pas le motif de consultation.

En 2017, l'étude HomoGen explorait dans quelle mesure les HSH mentionnaient leur orientation sexuelle auprès de leur MG (24). Elle montrait que dans les cas où le MG connaît l'orientation sexuelle de son patient, elle a été mentionnée majoritairement à l'initiative de ce dernier. Dans le BSMG en 2009, seulement 58,7% des MG interrogés déclaraient aborder facilement avec leur patient les questions de la vie sexuelle ; les MG restant trouvaient cet exercice délicat (14). La question de l'orientation sexuelle est pourtant centrale dans la stratégie de dépistage du VIH. En effet en 2017, 52% des découvertes de séropositivité au

VIH dans la région ARA concernaient des patients ayant eu des rapports sexuels entre hommes (25).

Depuis le rapport Morlat de 2013, la France a fait le choix de renforcer le dépistage auprès des populations à risques.

Nous nous étions donc intéressés dans un premier temps à la prescription de sérologie VIH par les MG chez les populations considérées comme à risques dans les recommandations de l'HAS. Les participants à notre étude proposaient fréquemment un test de dépistage aux populations cibles : HSH (86%), UDI (95%), patients originaires d'une zone d'endémie (78%). Ces résultats sont meilleurs que ceux observés par le BSMG en 2009 concernant les patients originaires d'une zone d'endémie. En revanche nous ne pouvons pas comparer les chiffres concernant les HSH et UDI, ces derniers n'ayant pas été étudiés par le BSMG.

Dans un second temps nous avons regardé les prescriptions de sérologies VIH dans des situations cliniques considérées comme à risques par les recommandations de l'HAS 2017. Seul l'herpès récidivant était associé à un dépistage fréquent (74%). En présence d'un zona, moins de la moitié des médecins généralistes déclaraient proposer un test. De même une dermite séborrhéique conduisait peu à la prescription d'un dépistage (12%).

Le fait que ces situations cliniques conduisent rarement à un dépistage du VIH était aussi observé par le Dr Aknin en 2016 dans sa thèse d'exercice chez des MG de la région parisienne (26) : 47% des MG réalisaient un dépistage lors d'un diagnostic de Zona, 11% lors d'une dermite séborrhéique.

Dans un troisième temps, nous nous sommes intéressés à la prescription des sérologies lors d'événement de vie pour lesquels un dépistage est recommandé. Nos résultats montrent que les MG ne réalisent pas toujours un dépistage face à certains évènements de vie comme cela est préconisé. En effet si la majorité des MG interrogés déclaraient prescrire un test lors d'un changement de partenaire sexuels (91 %), ou d'un projet de grossesses (81%) seulement 60% déclaraient le faire lors d'une consultation de première contraception et 45% chez un patient en situation de précarité.

En ce qui concerne l'association VIH et IST, la prescription d'une sérologie VIH conduit au dépistage des autres IST (95% des MG déclaraient prescrire « souvent » ou « toujours » une recherche d'IST lors de d'une prescription de sérologie VIH). A l'inverse, le dépistage des autres IST conduit aussi à la prescription d'une sérologie VIH. Plusieurs études mesurant les pratiques du dépistage du VIH par les MG montrent que les IST sont largement identifiées comme des situations à risque, conduisant à la prescription de sérologie VIH (72,9% dans le BSMG en 2009, 78% par Rochetti en 2013 (27) ; 92% par Aknin en 2017). Dans notre étude, les médecins les plus âgés associaient moins souvent la recherche des autres IST à celle du VIH.

Nous avons également cherché à connaître l'intérêt des médecins généralistes de la région pour les TROD : en effet, leur utilisation au cabinet pourrait améliorer l'accessibilité du dépistage, en limitant le délai entre la décision du patient de se faire dépister et le dépistage. L'étude (DEPIVIH) de 2010 avait analysé la faisabilité et l'acceptabilité des TROD en médecine de ville. 61 % des MG se disaient satisfait ou très satisfait après utilisation du TROD et plus de la moitié (59%) étaient prêts à continuer à les utiliser dans leur pratique (28). Notre étude a montré des résultats similaires avec 87 % des MG déclarant utiliser les TROD s'ils en avaient la possibilité contre seulement 13 % déclarant ne pas vouloir en faire usage. Cela montre que le TROD peut devenir un véritable outil de 1^{ère} ligne au cabinet médical, permettant de réaliser sans délai et avec l'accompagnement adapté un dépistage dès qu'il est évoqué par le médecin ou son patient. L'âge du praticien ne semble pas être un frein à l'utilisation de cette nouvelle technologie, puisque contrairement à certaines idées simplistes, la médiane de l'âge des médecins généralistes prêts à utiliser fréquemment les TROD est de 50 ans. Les TROD semblent cependant à ce jour encore peu utilisés en cabinet de médecine générale. En 2017 le nombre de TROD réalisés en médecine communautaires n'augmente plus, cette pratique de dépistage reste marginale par rapport aux sérologies réalisées en laboratoire (1). Certains freins ont été étudiés dans le BSMG : la durée du test et le manque de formation semblent être ce qui pose le plus problème aux médecins généralistes.

Notre étude comporte différentes limites. Le principal biais se situe au niveau du recrutement. En effet, il est possible que les médecins ayant accepté de répondre au questionnaire en ligne aient un attrait particulier pour le sujet du dépistage du VIH. Le fait d'avoir utilisé les réseaux sociaux peut également recruter malgré nous des médecins plus « sensibles » à la problématique du dépistage du VIH. De plus, la population des médecins généralistes que nous avons étudiée est plus jeune, et n'est donc pas représentative de l'ensemble des médecins généralistes de la région. En effet l'âge médian de notre échantillon est de 39 ans. En 2018 selon l'union régionale des professionnels de santé (URPS) l'âge médian des médecins généralistes dans la région est de 55 ans (29).

Notre étude comporte par ailleurs différentes forces. Un nombre important de médecins généralistes (n=334) de la région ARA ont été interrogés, ce qui permet d'avoir une certaine représentation des pratiques de dépistage, ainsi que leur vécu. Toutes les tranches d'âge de cette profession ont participé, avec deux pics, l'un autour de 35 ans et l'autre autour de 60 ans. De plus, nous avons utilisé un questionnaire standardisé comportant des questions à choix multiples, limitant ainsi le biais de mesure à différentes interprétations des questions par les MG.

Conclusions

THÈSE SOUTENUE PAR : ZAHND FLORIAN

TITRE : LES MEDECINS GENERALISTES FACE AU DEPISTAGE DU VIH DANS LA REGION AUVERGNE RHONE ALPES : QUELLES PRATIQUES EN 2018 ?

Les différentes autorités de santé s'accordent sur le fait que le médecin généraliste tient une place privilégiée dans le dépistage du VIH. Le mode de dépistage actuel, centré sur l'identification des situations et populations à risques est le résultat de plusieurs années d'évolution des politiques de santé publiques. Depuis les recommandations du conseil national du sida de 2013 le dépistage ciblé semble faire consensus auprès des médecins généralistes et des experts. Un renforcement de la vigilance est de mise pour permettre de dépister les personnes séropositives qui s'ignorent, estimés à 30 000.

Cette étude descriptive par auto-questionnaire auprès de 334 médecins généralistes de la région ARA a montré que les MG se sentent à ce jour concernés par le dépistage du VIH. Ils avaient une attitude plutôt proactive quand il s'agissait de proposer une sérologie VIH même si le dépistage à l'initiative du patient reste encore très présent. Les populations à risques se voyaient proposer un dépistage par la majorité des MG. Certaines situations cliniques et événements de vie étaient insuffisamment associés à une proposition de dépistage. Les raisons restent à étudier.

Poser la question de l'orientation et des pratiques sexuelles à son patient demeure un frein au dépistage ciblé. Depuis 2017, les autorités sanitaires ont intégré la lutte contre le VIH à la stratégie nationale de santé sexuelle. Cela implique d'amener la question de la sexualité au sein des cabinets de médecine générale. Communiquer auprès des médecins libéraux pour les accompagner dans la réalisation de consultations de santé sexuelle semble nécessaire.

Une autre piste d'amélioration du dépistage concerne l'utilisation des TROD. Dans notre étude les médecins semblaient favorables à l'utilisation de cet outil de dépistage. Il serait intéressant de mener des études pilotes d'utilisation des TROD en médecine générale.

Il n'y a pas de bon et mauvais « dépisteur » : pour continuer à stimuler l'intérêt des MG au dépistage du VIH leur implication dans cette stratégie de soin doit être soutenue, que ce soit par l'intégration du dépistage du VIH à la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) des médecins, ou en créant des consultations de dépistage et de prévention dédiées avec un forfait spécifique au vu du temps nécessaire prévisible. D'autres pistes ont été évoquées par l'HAS pour améliorer le dépistage (Notifications des partenaires, *opt out*, campagnes itératives d'informations auprès du grand public) et peuvent également nourrir la réflexion dans le domaine.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 8/07/19

**LE DOYEN
DE L'UFR DE MÉDECINE**



Pr. Patrice MORAND

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JURY DE MÉDECINE**



Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Bibliographie

1. Surveillance de l'infection à VIH. Bulletin de Santé Publique. Mars 2019. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Bulletin-de-sante-publique-infection-a-VIH.-Mars-2019>
2. Haute Autorité de Santé - Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. 2017. https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
3. Morlat P. (sous la direction de) : Actualisations 2018 des recommandations du groupe d'experts - Prise en charge du VIH. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
4. Bulletin de Veille Sanitaire de la région Auvergne-Rhône-Alpes: infection par le VIH. 2018. https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/BVS_ARA_IST_VIH_Sida_donnees_2016_vf.pdf
5. INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med.* 2015 Aug 27;373(9):795–807.
6. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* 2016 Jul 12;316(2):171–81.
7. Morlat P. (sous la direction de). recommandations du groupe d'experts - Prise en charge du VIH. 2013. La documentation française. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
8. De Cock KM, Johnson AM. From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *BMJ.* 1998 Jan 24;316(7127):290–3.
9. L'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France - Conseil national du sida et des hépatites virales. 2006. <https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/levolution-du-dispositif-de-depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france/>
10. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. *PloS One.* 2010 Oct 1;5(10):e13132.
11. Ministère de la Santé. Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

12. d'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, et al. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med.* 2012 Jan 9;172(1):12–20.
13. Collège National des Généralistes enseignants. Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté - Janvier 2012.
https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_vih_en_medecine_generale_multiplier_1/
14. Baromètre santé médecins généralistes 2009.<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
15. Ministère de la Santé. Stratégie nationale de sante sexuelle. 2017.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
16. Document de consensus SPILF-SFLS. 2009. Pris en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville et et en médecine générale. Available from:
http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/VIH_ville-court-2009.pdf
17. Groupe d'experts VIH du CNS. Épidémiologie de l'infection à VIH en France (juillet 2017) https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_epidemiopdf
18. Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. *Bull Epidémiol Hebd.* 2014;(32-33):534-40.
19. Demorat H, Lopes A, Chopin D, Delcey V, Clevenbergh P, Simoneau G, et al. Acceptability and feasibility of HIV testing in general medicine by ELISA or rapid test from finger-stick whole blood. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2018 Feb;47(2):e15–23.
20. Seghouani M. Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage systématique du VIH en Médecine générale. Thèse soutenue en 2012 (Paris 6). <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/seghouani-these.pdf>
21. Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *Int J STD AIDS.* 2007 May;18(5):312–7.
22. Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin. Thèse soutenue en 2017.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01470224/document>
23. 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 soutenue en 2017. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01471577/document>

24. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(12) :204-10.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/12/2019_12_2.html
25. Bulletin de santé publique Auvergne-Rhône-Alpes. Décembre 2018.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Auvergne-Rhone-Alpes/Bulletin-de-sante-publique-Auvergne-Rhone-Alpes.-Decembre-2018>
26. Akin S. Évaluation des pratiques de dépistage de l'infection par le VIH des médecins généralistes d'Île-de-France par rapport aux recommandations d'experts - Thèse soutenue en 2016.
<https://pdfs.semanticscholar.org/e974/5039e725e739ad1d4a9e99aab7c49e6397a4.pdf>
27. Rocchetti V, Viard JP. Family practitioners screening for HIV infection. Med Mal Infect. 2015 May;45(5):157–64.
28. 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.
29. URPS. Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes, Région Auvergne-Rhône-Alpes, 2018. http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/organisation_offre_soins/demographie/URPS_ML_AuRa_MG_rapport_2018.pdf

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de l'étude

Bonjour, qui sommes-nous ? Nous sommes deux internes de médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble. Dans le cadre de notre thèse et mémoire (encadrés par le Pr O. Epaulard, en Infectiologie au CHU de Grenoble), nous réalisons une étude visant à mieux connaître vos pratiques de dépistage de l'infection par le VIH dans votre patientèle. Dans quel but ? En France, les recommandations concernant le dépistage de l'infection par le VIH ont évolué à plusieurs reprises ces dernières années ; par ailleurs, les recommandations de dépistage varient d'un pays industrialisé à l'autre. De ce fait, les pratiques de dépistage des praticiens peuvent être différentes ; c'est pourquoi nous souhaitons faire un état des lieux des pratiques de dépistage de cette infection en médecine générale. Comment ? Cette enquête est basée sur un questionnaire anonyme et sécurisé évaluant des pratiques et non des connaissances. Nous savons que votre temps est précieux, c'est pourquoi ce questionnaire est court et ne vous prendra qu'entre 4 et 6 min en moyenne.

1/ Caractéristiques du médecin Généraliste

Etes-vous ?

- Un Homme
- Une femme
- Ne se prononce pas

Quel âge avez-vous ?

- Menu déroulant de 25 ans à 68 ans
- Ne se prononce pas

Quel est votre département d'exercice ?

- L'Ain
- L'Allier
- L'Ardèche
- Le Cantal
- La Drôme
- L'Isère
- La Loire
- La Haute Loire
- Le Puy de Dôme
- Le Rhône
- La Métropole de Lyon
- La Savoie

- La haute Savoie
- Autre
- Ne se prononce pas

Dans quel lieu exercez-vous votre profession ?

- Grande agglomération
- Ville de moins de 30 000 habitants
- Semi Rural
- Rural
- Ne se prononce pas

Quelle est la taille approximative de votre patientèle ?

- < 500
- 500-1000
- 1000-2000
- 2000
- Ne se prononce pas

Avez-vous une formation particulière concernant les maladies infectieuses ?

- Oui, laquelle ?
- Non
- Ne se prononce pas

2/ Activité de dépistage du médecin généraliste :

Sur un score de 0 à 10, de façon générale, comment vous sentez-vous concerné.e par le dépistage de l'infection par le VIH ?

- Menu déroulant de 0 à 10

(0= Pas du tout, 10= totalement)

Pensez-vous avoir une bonne connaissance des différents moyens de dépistage de l'infection par le VIH en France ?

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Tout à fait
- Ne se prononce pas

De manière générale, diriez-vous que votre pratique de dépistage est ciblée (sur les comportements, des populations, des tableaux cliniques) ou qu'elle n'est pas ciblée ?

- Pas du tout ciblée
- Plutôt non ciblée
- Plutôt ciblée
- Tout à fait ciblée
- Autre
- Ne se prononce pas

Combien de sérologies VIH faites-vous chaque mois approximativement ?

- 0
- 1 à 4
- 5 à 10
- 10 à 20
- Plus de 20
- Ne se prononce pas

Lorsque vous prescrivez un dépistage de l'infection par le VIH, votre ordonnance comprend-elle en général la recherche d'autres IST ?

- Non jamais
- Oui rarement
- Oui, souvent
- Oui toujours
- Ne se prononce pas

De façon générale, lorsque vous faite un dépistage du VIH, le faite-vous de votre initiative ou à la demande du patient ?

- Toujours à l'initiative du patient
- Le plus souvent à l'initiative du patient
- Aussi souvent à mon initiative qu'à celle du patient
- Le plus souvent à mon initiative
- Toujours à mon initiative
- Ne se prononce pas

De façon générale, entre 0 et 10, estimez-vous que les patients sont à l'aise avec le fait de se voir proposer un test de dépistage pour l'infection par le VIH ?

- Menu déroulant de 0 à 10

(0= Pas du tout à l'aise ; 10= très à l'aise)

De façon générale, entre 0 et 10, êtes-vous personnellement à l'aise avec le fait de proposer cet examen ?

- Menu déroulant de 0 à 10

(0= Pas du tout à l'aise ; 10= très à l'aise)

Si vous pouviez disposer au cabinet médical de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour l'infection par le VIH, en feriez-vous usage au cabinet médical ?

- Non pas du tout
- Oui peut être
- Oui de temps en temps
- Oui fréquemment
- Ne se prononce pas

Quel rôle pensez-vous que le médecin généraliste joue dans le dépistage de l'infection par le VIH ?

- Pas important du tout
- Plutôt peu important
- Plutôt important
- Tout à fait important
- Ne se prononce pas

B) Recherche de situations opportunes-

Interrogez-vous généralement vos patients sur leurs pratiques sexuelles ?

- Non jamais
- Oui mais rarement
- Oui souvent
- Oui toujours
- Ne se prononce pas

Dans laquelle des situations cliniques suivantes, proposez-vous un dépistage du VIH (plusieurs réponses possibles) :

- Pneumopathie
- Dermite séborrhéique
- Herpès récidivant
- Zona
- Maladie de Lyme
- Grippe

Y a-t-il dans la liste suivante une ou des situation(s) lors de laquelle ou lesquelles vous proposez un dépistage du VIH ? (Plusieurs réponses possibles)

- Hommes ayant des relations sexuelles avec les Hommes
- Situation de précarité
- Personnes originaires de zone d'endémie de l'infection par le VIH (Afrique subsaharienne, Russie, Caraïbes) ?
- Consultation de première contraception
- Changement de partenaire sexuel récent
- drogue(s) IV

3/ Activités liées au VIH dans la patientèle du médecin généraliste :

Avez-vous déjà annoncé un résultat positif de dépistage pour l'infection par le VIH ?

- Non jamais
- 1 à 5 fois
- 5 à 10 fois
- Plus de 10 fois
- Ne se prononce pas

Avez-vous des personnes vivant avec le VIH dans votre patientèle ?

- Non aucune
- Oui moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10
- Ne se prononce pas

Annexe 2 : Réévaluation des stratégies de dépistage de l'HAS (2)

ANNEXE 10. INFECTIONS OPPORTUNISTES OU MALADIES « INDICATRICES » DU VIH, PRIMO-INFECTION SYMPTOMATIQUE

Pour rappel, les symptômes ou pathologies pour lesquelles un test en vue du diagnostic de l'infection par le VIH doit être systématiquement demandé :

- Signes compatibles avec une primo-infection¹ : **signes cliniques compatibles avec un syndrome viral aigu persistant** (fièvre, arthralgie, pharyngite, myalgie, asthénie) plus ou moins associé à une polyadénopathie, à des manifestations cutanéomuqueuses (éruption cutanée maculo-papuleuse, ulcérations buccales et/ou génitales) et/ou neurologiques (céphalées, mononévrite etc.) et/ou troubles digestifs (diarrhées, amaigrissement, etc.). **Ou des anomalies biologiques** : hématologiques (thrombopénie, neutropénie, hyperlymphocytose dans le cadre d'un syndrome mononucléosique ou lymphopénie précoce) plus ou moins associées à une cytolysé hépatique.
- Découverte de pathologies opportunistes telles que décrites dans la classification CDC² (tableau 1, pathologies définissant un stade Sida = stade C de la classification CDC) ou dans le cadre d'autres maladies indicatrices^{3,4} (étude européenne HIDES, pathologies associées à une prévalence d'infection à VIH non diagnostiquée > 0,1%). Pour rappel, les huit pathologies indicatrices de HIDES (les * sont les pathologies pouvant correspondre selon leur type ou extension à des infections opportunistes classant Sida - stade C classification CDC) :
 - Infections sexuellement transmissibles (IST) ;
 - Lymphomes malins quel que soit le type* ;
 - Dysplasie / cancer anal ou cervical* ;
 - Zona ;
 - Infection par le virus de l'hépatite B ou C, aiguë ou chronique, quel que soit la date du diagnostic ;
 - Syndrome mono-nucléosique ;
 - Leucocytopénie ou thrombopénie de plus de quatre semaines non expliquée ;
 - Dermite séborrhéique / exanthème.

Le tableau suivant résume les recommandations de dépistage européennes 2014 au-delà de l'étude HIDES.

Tableau 1 : Définitions des maladies indicatrices et recommandations de dépistage du VIH

1. Maladies indicatrices du SIDA chez les personnes séropositives*

Fortement recommander un dépistage :	<p>Néoplasmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer du col de l'utérus • Lymphome non hodgkinien • Sarcome de Kaposi <p>Infections bactériennes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mycobacterium Tuberculosis, pulmonaire ou extrapulmonaire • Complexe Mycobacterium avium (MAC) ou Mycobacterium kansasii, disséminé ou extra-pulmonaire • Mycobacterium, autres espèces ou espèces non identifiées, disséminées ou extra-pulmonaires • Pneumopathie récidivante (2 occurrences ou plus en 12 mois) • Pneumonie à Pneumocystis carinii • Septicémie à Salmonella récidivante <p>Infections virales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétinite à cytomégalovirus • Cytomégalovirus, autre (à l'exception du foie, de la rate et des glandes) • Herpès simplex, ulcère(s) > 1 mois/bronchite/pneumopathie • Leucoencéphalopathie multifocale progressive <p>Infections parasitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose cérébrale • Diarrhée associée à la cryptosporidiose, > 1 mois • Isosporidiose, > 1 mois • Leishmaniose disséminée atypique • Réactivation de la maladie de Chagas (méningo-encéphalite ou myocardite) <p>Mycoses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie à pneumocystis carinii • Candidose de l'œsophage • Candidose des bronches / de la trachée / des poumons • Cryptococcose extra-pulmonaire • Histoplasmosse disséminée / extra-pulmonaire • Coccidioidomycose disséminée / extra-pulmonaire • Pénicilliose, disséminée
--------------------------------------	--

3. Maladies pour lesquelles la présence non diagnostiquée du virus du VIH peut avoir des conséquences graves sur la prise en charge clinique du patient

Proposer un dépistage :	<ul style="list-style-type: none"> • Maladies nécessitant un traitement immunosuppresseur agressif : <ul style="list-style-type: none"> • Cancer • Greffe • Maladie auto-immune traitée par des immunosuppresseurs • Lésion du cerveau • Purpura thrombocytopénique idiopathique / thrombotique
-------------------------	--

2a. Maladies / contexte médical associés à une prévalence du VIH non diagnostiqué $\geq 0,1$

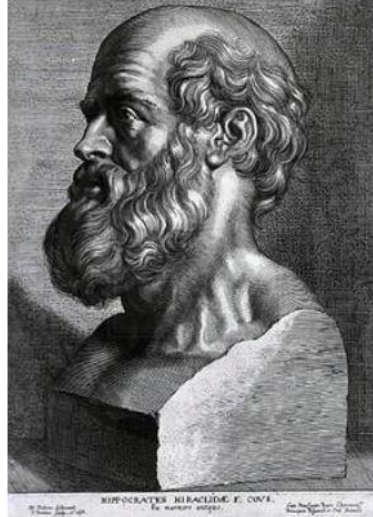
Fortement recommander un dépistage :	<ul style="list-style-type: none"> • Infections sexuellement transmissibles • Lymphome malin • Cancer anal / dysplasie • Dysplasie du col de l'utérus • Herpès zoster • Hépatite B ou C (aiguë ou chronique) • Syndrome mononucléotique • Leucopénie / thrombocytopénie inexpliquée durant plus de 4 semaines • Dermatite séborrhéique / exanthème • Maladie pneumococcique invasive • Fièvre inexpliquée • Candidémie • Leishmaniose viscérale • Grossesse (Implications pour le fœtus)
--------------------------------------	--

2b. Autres maladies susceptibles d'être associées à une prévalence du VIH non diagnostiqué > 0,1 %

Proposer un dépistage :	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer du poumon primaire • Méningite lymphocytaire • Leucoplasie orale chevelue de la langue • Psoriasis grave ou atypique • Syndrome de Guillain-Barré • Mononévrite • Démence sous-corticale • Maladie de type sclérose multiple, sclérose en plaque • Neuropathie périphérique • Perte de poids inexpliquée • Lymphadénopathie inexpliquée • Candidose buccale inexpliquée • Diarrhée chronique inexpliquée • Atteinte rénale chronique inexpliquée • Hépatite A • Pneumonie extra-hospitalière • Candidose
-------------------------	---

* Basé sur le système de classification du CDC et de l'OMS

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.