



HAL
open science

Les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale : une étude multicentrique auprès des internes en dernière année de DES de Médecine Générale, hors Ile-de-France

Marc Bellaigue

► **To cite this version:**

Marc Bellaigue. Les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale : une étude multicentrique auprès des internes en dernière année de DES de Médecine Générale, hors Ile-de-France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02569857

HAL Id: dumas-02569857

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02569857>

Submitted on 10 May 2021

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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2019



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Marc BELLAIGUE

Né le 13/02/1991 à Bordeaux

Les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale : une étude multicentrique auprès des internes en dernière année de DES de Médecine Générale, hors Ile-de-France.

**Thèse soutenue à Rennes
le 19/12/2019**
devant le jury composé de

Matthieu REVEST,
PU-PH – Maladies Infectieuses
et Tropicales / CHU Rennes
Président

Olivier DECAUX,
PU-PH – Médecine interne, gériatrie
et biologie du vieillissement,
addictologie / CHU Rennes
Examineur

Sidonie CHHOR-QUENIART,
MCU Associé – Médecine Générale
Examineur

Philippe HEMONO,
Médecine Générale
Directeur de Thèse



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
présentée par

Marc BELLAIGUE

Né le 13/02/1991 à Bordeaux

Les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale : une étude multicentrique auprès des internes en dernière année de DES de Médecine Générale, hors Ile-de-France.

**Thèse soutenue à Rennes
le 19/12/2019**
devant le jury composé de

Matthieu REVEST,
PU-PH – Maladies Infectieuses
et Tropicales / CHU Rennes
Président

Olivier DECAUX,
PU-PH – Médecine interne, gériatrie
et biologie du vieillissement,
addictologie / CHU Rennes
Examineur

Sidonie CHHOR-QUENIART,
MCU Associé – Médecine Générale
Examineur

Philippe HEMONO,
Médecine Générale
Directeur de Thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie

GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUINEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur REVEST,

Vous me faites l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Je vous remercie pour tous les enseignements que vous avez dispensés pendant mon externat de Médecine, chaque fois dans la bienveillance et la volonté de nous transmettre votre savoir. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur DECAUX,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie vous aussi pour tous vos enseignements, ainsi que pour notre collaboration lors de mon passage dans le service de Médecine Interne du CHU de Rennes, qui me laissera un souvenir impérissable. Vos qualités pédagogiques sont louées par de nombreux étudiants.

A Madame le Docteur CHHOR-QUENIART,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie du temps que vous consacrez à notre formation de futurs médecins généralistes, mais aussi de votre investissement auprès des mères et des enfants.

A Monsieur le Docteur HEMONO,

Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail, d'avoir toujours été prompt dans vos réponses, disponible et aidant. Je vous remercie pour votre rigueur, pour votre expérience, et de la confiance que vous m'avez accordée. J'espère avoir été à la hauteur de vos attentes, et je vous adresse mes plus sincères remerciements. Nos échanges concernant ce travail de Thèse resteront l'un des aspects les plus agréables et enrichissants de sa réalisation.

A tous ceux qui m'ont soutenu tout au long de ces années d'études :

A mes parents, Catherine et Jean-Pierre, aucun mot n'est assez fort pour décrire toute l'affection et toute la reconnaissance que j'ai pour vous. Merci pour votre amour, immense, et pour votre aide, incommensurable. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Merci de nous avoir, mes frères et moi, toujours fait passer avant tout le reste. Je suis tellement chanceux de vous avoir à mes côtés. Je vous aime de tout mon cœur.

A mes frères, Victor et Antoine, je vous aime tant et je suis si fier de vous. Notre lien est si fort et indéfectible. Je ne pouvais pas espérer mieux que cette enfance avec vous. Je vous souhaite une très belle vie. Encore une fois, je vous aime.

A mes grands-parents, Janine et Jacques, pour votre soutien durant toutes ces années de Médecine. Vous avez offert à vos petits-enfants des souvenirs inestimables et avez permis la création de liens forts entre eux. Papy, tu es parti un peu tôt. Je pense à toi et tu m'accompagnes aujourd'hui. Mamie, merci d'être là. Je t'aime.

A mes cousins et cousines, Arnaud, Elise et Jasna. A tous ces moments que nous avons passés ensemble, et à ceux à venir. Ils sont tellement importants à mes yeux. Merci d'être là en ce jour si particulier. Elise, même si tu es à l'autre bout du monde, je sais que tu es parmi nous par la pensée. Je vous aime tant.

A mon autre famille, celle choisie, celle du cœur. Blandine, Claire O., Juliette, Laura, Lucie, Margaux, Maxence, Olivier, Thomas G. et Yann. Vos amitiés sont inestimables et l'un des plus beaux cadeaux que la vie m'ait offert. Je suis extrêmement chanceux de vous avoir à mes côtés, pour toujours. Merci de m'accepter tel que je suis.

A mes amis des bancs de la faculté, quelle aventure tous ensemble. Adrien, Alice, Amaury, Arthur, Claire A., Claire H., Coline, Emeline, Ian, Jonathan, Lucille, Paul, Pauline et Thomas J.. Heureusement, nous avons traversé beaucoup plus de joies que de peines. Merci pour tous ces bons moments.

A mes amis rencontrés au cours des stages malouins, ces semestres resteront les plus beaux de ma vie.

A mes amis d'enfance : Andréa, Alix, Antoine, Aymeric, Lucas, Thibault et Thomas Z.. Que de souvenirs heureux avec vous.

Au Docteur WADOWIK. Annie, tu m'as appris la plus belle chose de ce métier : la bienveillance accordée à chaque personne que nous soignons. Tu es une personne exceptionnelle et un mentor. Il ne se passe pas un jour sans que je pense à toi et tes enseignements. Ce fut un honneur de partager ces six mois avec toi dans ton service de Cancérologie, à Vannes. Je te témoigne ici toute mon admiration et mon profond respect.

Au Docteur ZEMMOUCHE et à tout le service d'Accueil des Urgences de Saint-Malo, qu'il dirige avec conviction. Merci pour tous ces moments d'épanouissement au travail. Philippe, ton soutien professionnel et personnel sont de grandes chances pour moi, je t'en suis énormément reconnaissant. C'est un immense plaisir que de te côtoyer au travail.

Aux Docteurs BERTEL (gynécologie-obstétrique), DESCHAMPS (pédiatrie), GUIHUR (urgences, addictologie), HOUSSEL (hépatologie), MALOUINES (psychiatrie) et MAYEUR (hématologie) que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mon parcours. Vous forcez l'admiration.

Au Docteur LE BOUCHER (médecine générale), qui m'a donné l'envie de faire ce métier, alors que je le consultais lorsque j'étais enfant.

A mes enseignants, qui m'ont donné le goût d'apprendre et l'envie de réussir : Chantal PAUGAM (CP), Colette GROISARD (EPS, collège), Caroline LEROUX (mathématiques, lycée), Martine LELIEVRE (physique-chimie, lycée) et Stéphane GALERNE (EPS, lycée). Recevez ici toute ma sympathie et tout mon respect.

A Dina et Varvara, efkaristo poli.

A Georges, Louise et Sébastien.

A tous les membres du personnel des différents services dans lesquels je suis passé depuis ma première année de Médecine en 2009. Merci pour votre investissement pour les autres, et pour toutes les leçons apprises. Elles me serviront.

A mes co-internes, qui chaque jour font face à toutes les difficultés que je tairai en ce jour de festivités. La France vous doit tant.

Je terminerai par toi Benoît, je t'aime. Merci d'illuminer ma vie avec le plus doux et le plus chaud des soleils, celui de la Méditerranée.

TABLE DES MATIERES

Introduction (p. 12)

Première partie (p. 14)

- I) Epidémiologie de l'infection par le VIH (p. 14)
 - 1. Dans le monde (p. 14)
 - 2. En France (p. 18)
 - 3. En Ile-de-France (p.24)
 - 4. En Bretagne (P. 28)
- II) Organisation du combat contre le VIH (p. 31)
 - 1. La lutte contre le VIH dans le monde (p.31)
 - 2. La lutte contre le VIH en France (p. 36)
 - 3. L'impact des avancées thérapeutiques (p. 43)
 - 4. Les outils de prévention en France (p. 46)
- III) Le dépistage du VIH (p.51)
 - 1. La prévention en Médecine Générale (p. 51)
 - 2. Les données épidémiologiques (p. 54)
 - 3. Les freins au dépistage du VIH éprouvés par les patients (p. 60)
 - 4. Les freins à la proposition de dépistage du VIH éprouvés par les praticiens (p.65)

Deuxième partie (p. 68)

- I) Matériel et méthodes (p. 68)
- II) Résultats (p. 71)
 - 1. Caractéristiques de la population répondeuse (p. 71)
 - a) Le sexe (p. 71)
 - b) L'âge (p. 71)
 - c) Faculté de Médecine d'origine (p. 72)
 - d) Internes ayant déjà effectué un de leurs stages en région d'endémie du VIH (p. 72)
 - e) Internes ayant déjà effectué un de leurs stages dans un service ayant une partie de son activité consacrée au dépistage et à la prise en charge des PVVIH (p. 72)
 - 2. Intérêt des étudiants pour le VIH (p. 73)
 - 3. Fréquence de la proposition d'un test de dépistage estimée par l'interne en fonction de la situation clinique de la consultation (p. 75)
 - 4. Les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale identifiés par les internes (p. 82)
 - 5. Connaissances vis-à-vis de la prévention de la transmission du VIH (p. 87)
 - 6. Evaluation de la formation universitaire (p. 91)
 - 7. Pistes évoquées par les internes pour augmenter le nombre de prescriptions de tests de dépistage du VIH en Médecine Générale (p. 93)
- III) Discussion (p. 93)
 - 1. Introduction (p. 93)
 - 2. Les freins au dépistage du VIH (p. 96)
 - 3. De la théorie à la pratique (p. 105)
 - a) La formation de l'interne concernant le VIH et son dépistage (p. 105)
 - b) La connaissance et le suivi des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (p.108)
 - c) Une formation universitaire remise en cours (p. 110)
 - 4. Les pratiques du dépistage de l'infection par le VIH en consultation de Médecine Générale (p.113)
 - 5. Vers la création d'une consultation dédiée ? (p. 119)
 - 6. Intérêts et limites de l'étude (p. 123)

Conclusion (p. 126)

Références bibliographiques (p. 130)

Glossaire (p. 136)

Annexes (p. 138)

Illustrations

Figure 1 : Sexe des participants

Figure 2 : Age des participants

- Figure 3 : Pourcentages d'internes ayant réalisé ou non un de leurs stages d'internat en région d'endémie pour le VIH (Ile-de-France, PACA, Auvergne-Rhône-Alpes)
- Figure 4 : Pourcentages d'internes ayant déjà réalisé ou non un de leurs stages d'internat dans un service ayant une partie de son activité au dépistage du VIH et à la prise en charge des PVVIH
- Figure 5 : Pourcentage d'étudiants estimant que le VIH est un problème de santé publique en France
- Figure 6 : Fréquence de l'auto-formation sur le VIH (recommandations, articles, revues médicales, livres, cours, séminaires...)
- Figure 7 : Pourcentage des étudiants ayant entendu parler des dernières recommandations HAS 2017 sur le dépistage du VIH
- Figure 8 : Evaluation par les étudiants du niveau de maîtrise de ces recommandations HAS 2017 concernant le dépistage du VIH
- Figure 9 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarés par les internes chez les HSH
- Figure 10 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les UDI
- Figure 11 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les personnes originaires de zones à haute prévalence du VIH (Afrique Sub-Saharienne, DFA...)
- Figure 12 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les travailleurs du sexe
- Figure 13 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les personnes déclarant avoir des partenaires multiples
- Figure 14 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les personnes déclarant changer de partenaire
- Figure 15 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors de la stabilisation d'une relation
- Figure 16 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une prise de risque
- Figure 17 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez une personne partenaire de PVVIH
- Figure 18 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une consultation orientée « gynécologie »
- Figure 19 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez une femme enceinte
- Figure 20 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez une femme demandeuse d'IVG
- Figure 21 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors du diagnostic d'une IST
- Figure 22 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors du diagnostic d'une hépatite virale.
- Figure 23 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors du diagnostic d'une tuberculose
- Figure 24 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une situation de précarité
- Figure 25 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors du diagnostic d'un point d'appel clinique
- Figure 26 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une lymphopénie
- Figure 27 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'un bilan systématique
- Figure 28 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une consultation pour un certificat de sport
- Figure 29 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors de la prescription d'un vaccin vivant atténué
- Figure 30 : Nombre de tests prescrits sur 6 mois par les étudiants lors de leur stage ambulatoire de niveau, sur le mode déclaratif
- Figure 31 : Evaluation du frein « manque de temps en consultation »
- Figure 32 : Evaluation du frein « absence de lien avec la consultation »
- Figure 33 : Evaluation du frein « désintérêt du praticien pour le VIH »
- Figure 34 : Evaluation du frein « absence de risque perçu par le praticien »
- Figure 35 : Evaluation du frein « absence de risque perçu par le patient »

- Figure 36 : Evaluation du frein « statut « médecin de famille » »
- Figure 37 : Evaluation du frein « manque de compétences vis-à-vis du VIH »
- Figure 38 : Evaluation du frein « faible prévalence de l'infection »
- Figure 39 : Evaluation du frein « difficultés pour aborder la sexualité en consultation »
- Figure 40 : Evaluation du frein « réaction du patient »
- Figure 41 : Evaluation du frein « appréhension du résultat positif »
- Figure 42 : Evaluation du frein « présence d'un tiers lors de la consultation »
- Figure 43 : Evaluation du frein « saturation du praticien vis-à-vis du dépistage en général »
- Figure 44 : Evaluation du frein « coût du dépistage »
- Figure 45 : Evaluation du frein « barrière de la langue et culturelle »
- Figure 46 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne le Traitement Post-Exposition (TPE)
- Figure 47 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne la PrEP
- Figure 48 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne le traitement des IST associées
- Figure 49 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne la prise en charge des addictions (drogues, alcool...)
- Figure 50 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne les conseils d'éducation sexuelle
- Figure 51 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne les TRODs
- Figure 52 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne la nécessité de l'observance thérapeutique
- Figure 53 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne la réduction des risques liés aux échanges de seringues pour les UDI
- Figure 54 : Estimation du nombre d'heures de cours reçues par les internes lors de leur troisième cycle au sujet du VIH et de sa prévention
- Figure 55 : Pourcentages de satisfaction des internes vis-à-vis de leur formation théorique sur le VIH et sa prévention lors de leur DES de Médecine Générale
- Tableau 1 : classement des freins au dépistage du VIH en consultation de médecine générale identifiés par les internes de notre étude

INTRODUCTION

En France, l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) reste active malgré un dépistage important (l'un des plus élevés d'Europe) et l'existence de traitements efficaces. Ces thérapies permettent en effet de négativer la charge virale et ainsi d'empêcher le risque de transmission du virus par une personne vivant avec le VIH (PVVIH).

En 2019, ce sont environ 30 000 français qui ignoreraient leur séropositivité, et seraient à l'origine de 60% des 6400 nouveaux cas annuels d'infection par le VIH, ce nombre ne diminuant plus depuis douze ans [1]. On parle ainsi d'épidémie « cachée » du VIH.

Une partie de ces 30 000 personnes semble échapper au dépistage « classique » réalisé en Médecine Générale. Des solutions nouvelles sont adoptées par le gouvernement pour tenter de les identifier en multipliant les techniques, les lieux et les protagonistes du dépistage [2] .

Cependant, de récentes études montrent que, parmi les patients nouvellement diagnostiqués (40% d'entre eux le sont à un stade tardif (taux de lymphocytes CD4 < 350/mm³) [3]), la majorité d'entre eux, qu'ils appartiennent à un groupe à risque ou non, s'est vu manquer une voire plusieurs occasions de dépistage lors de précédentes consultations avec un médecin généraliste [4]. Ce dernier est pourtant considéré par les autorités comme l'un des acteurs principaux des soins primaires et doit occuper une place importante dans la stratégie de dépistage du VIH.

Plus que celui du traitement, c'est maintenant l'objectif de la prévention, dont le dépistage fait partie intégrante, qui est devenu le fer de lance du plan de lutte contre le VIH en France, mais aussi dans le monde. Il est donc demandé aux médecins généralistes d'accentuer leurs efforts afin d'améliorer le taux de dépistage ciblé des populations les plus à risque, mais aussi celui du dépistage élargi et systématique de la population générale.

Le dépistage doit être le plus efficient et le plus précoce possible afin :

- d'améliorer rapidement et efficacement l'état de santé des personnes infectées ;
- d'augmenter leur espérance et leur qualité de vie ;
- de diminuer le risque de transmission du virus en négativant la charge virale ;
- et à terme de mettre fin à l'épidémie mondiale du VIH.

Que ce soient la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations de 2009 et de 2017, les derniers rapports d'experts sur le VIH (dits « Morlat ») de 2013 et de 2018, la Société Française de Lutte Contre le Sida ou encore la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), tous insistent sur le fait que l'accentuation du dépistage en médecine générale est une nécessité et aura un impact significatif sur la régression de l'épidémie. Au contraire, un simple maintien du dépistage tel qu'il l'est actuellement pourrait bel et bien permettre à l'épidémie de progresser de nouveau [5] d'ici à 2030.

Malgré ces recommandations répétées, de récents travaux montrent une faible intégration du dépistage, et notamment du dépistage élargi, dans la pratique des médecins généralistes [6] [7]. Ce constat laisse supposer qu'il existe des facteurs limitant la prescription d'un test de dépistage du VIH par les médecins généralistes lors d'une consultation de médecine ambulatoire.

Un travail de thèse qualitatif réalisé en 2011 par Monsieur Alexandre ATTIAS [8] a identifié, auprès de médecins généralistes et au moyen d'entretiens semi-directifs, des freins au dépistage de l'infection par le VIH en Médecine Générale. Il a servi de base au travail de Madame Latufat BAFAKIH [9] qui, en 2017, a soumis un questionnaire testant de manière quantitative les freins identifiés par Monsieur ATTIAS à des étudiants en dernière année de DES de Médecine Générale de la région parisienne. Les trois principaux freins identifiés ont été : la présence d'une tierce personne, l'absence de lien avec la consultation et les barrières de la langue et culturelle.

De part ses caractéristiques socio-démographiques et son épidémiologie particulière de l'infection par le VIH, l'Ile-de-France diffère significativement de la province. Aussi, les freins identifiés par Madame BAFAKIH sont-ils extrapolables aux internes de province ? Il serait intéressant de compléter ces deux études par une analyse quantitative de ces mêmes freins, mais en province, afin de constater si ils sont similaires à ceux identifiés par Madame BAFAKIH ou, dans le cas contraire, de pouvoir proposer de nouvelles stratégies afin d'aider les professionnels de soins primaires à surmonter les principaux obstacles à la prescription d'un test de dépistage du VIH en consultation.

Notre objectif dans ce travail de Thèse est de réaliser une étude quantitative sur les freins au dépistage du VIH auprès des internes en fin de DES de Médecine Générale inscrits dans les facultés de Médecine de France métropolitaine, mais hors Ile-de-France. Une connaissance de ces principaux freins, accompagnée du développement de nouvelles stratégies afin d'y palier, permettrait d'optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients infectés par le VIH et par conséquent d'obtenir un meilleur contrôle de l'épidémie par la réduction du nombre de nouvelles contaminations.

PREMIERE PARTIE

l) Epidémiologie de l'infection par le VIH

1) Dans le monde [10] [11]

En 2017, dans le monde, 36,9 millions [31,1 millions - 43,9 millions] de personnes vivaient avec le VIH (**figure 1**), dont 1,8 million [1,4 million - 2,4 millions] de nouveaux cas diagnostiqués cette même année (**figure 2**). Parmi les PVVIH, 35,1 millions [29,6 millions - 41,7 millions] sont des adultes et 1,8 million [1,3 million - 2,4 millions] sont des enfants de moins de 15 ans. Il existe des disparités dans la répartition mondiale de l'épidémie avec une concentration des cas en Afrique Sub-Saharienne et en Asie du Sud Est (régions où le PIB est considéré comme « faible » ou « intermédiaire »).

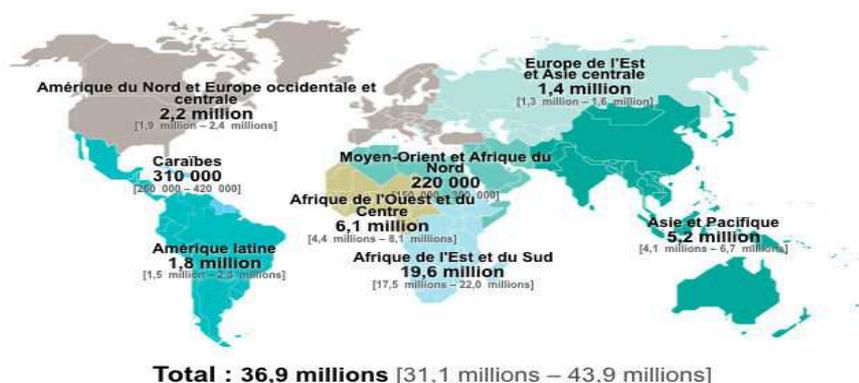
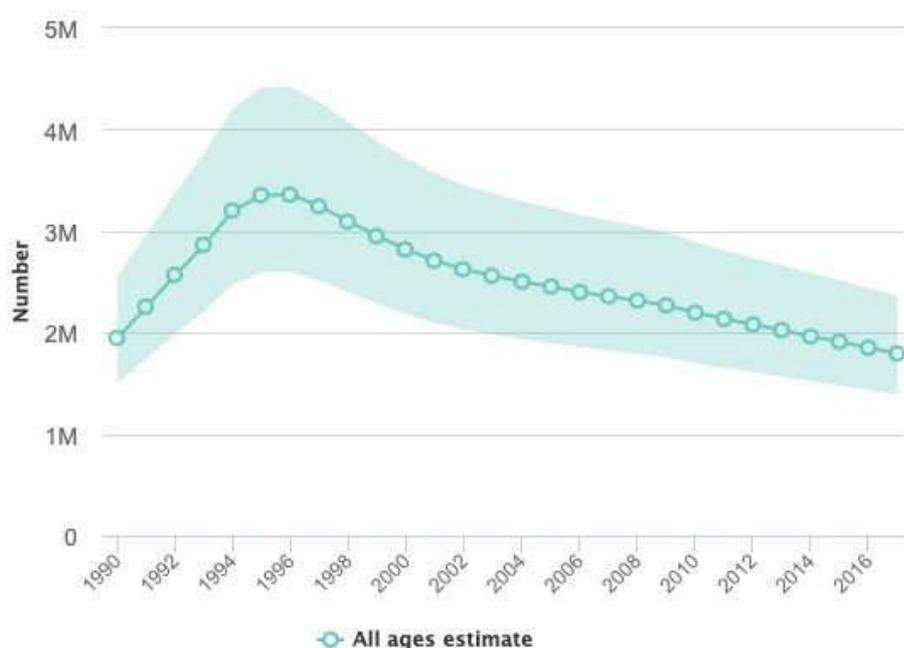


Figure 1 – Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2017. Source UNAIDS 2018 Estimates.



Figure 2 – Estimation du nombre d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2017. Source UNAIDS 2018 Estimates.

L'incidence du VIH a quasiment été réduite de moitié (47%) depuis le pic de 1996 (3,4 millions [2,6 millions - 4,4 millions] de nouveaux cas cette année-là). Cependant, depuis 2010, la diminution du nombre annuel de nouveaux cas semble ralentir. En effet, les nouvelles infections par le VIH chez les adultes ont diminué d'environ 16 % seulement de 2010 à 2017, passant de 1,9 million [1,5 million - 2,5 millions] en 2010 à 1,6 million [1,3 million - 2,1 millions] en 2017 (**figure 3**).



Source: UNAIDS 2018 estimates

Figure 3 – Evolution du nombre de nouvelles infections annuelles par le VIH depuis 1990.

Dans le monde, les populations les plus à risque de contracter le VIH, ainsi que leurs partenaires sexuels, représentent 47 % des nouvelles infections à VIH. Ainsi, le risque de contracter le VIH est 27 fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 23 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues (UDI), 13 fois plus élevé pour les professionnel(le)s du sexe et pour les femmes transgenres que dans la population générale. Ces chiffres nous rappellent cependant que ce sont tout de même 53% des nouvelles infections qui sont contractées par des personnes ayant des rapports hétérosexuels.

Une nouvelle tendance de l'épidémie mondiale est par ailleurs constatée, à savoir son « vieillissement » avec la hausse du nombre de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH [12]. On estime que 3,6 millions [3,2 - 3,9 millions] de personnes de 50 ans et plus sont séropositives à travers le monde. Pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le pourcentage des PVVIH âgées de 50 ans et plus a atteint le seuil de 10 % dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, soit 2,9 millions [2,6 - 3,1 millions] de personnes. Dans les pays à revenus élevés, ce sont près de 30 % du nombre total des adultes vivant avec le VIH qui sont âgés de 50 ans et plus (**figures 4 et 5**).

Ce « vieillissement » de l'épidémie du VIH serait dû à trois principaux facteurs :

- l'augmentation de l'espérance de vie des personnes séropositives grâce aux thérapies antirétrovirales ;
- la baisse de l'incidence du VIH chez les adultes plus jeunes ;
- l'augmentation des comportements à risque chez les adultes de plus de 50 ans.



Figure 4 - Pourcentage estimé de la population adulte (15 ans et plus) âgée de 50 ans et plus vivant avec le VIH, par région (2012).

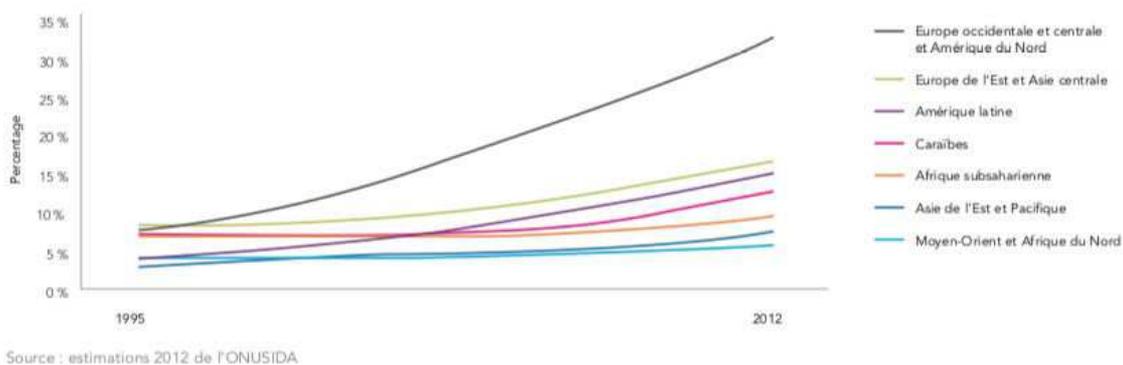
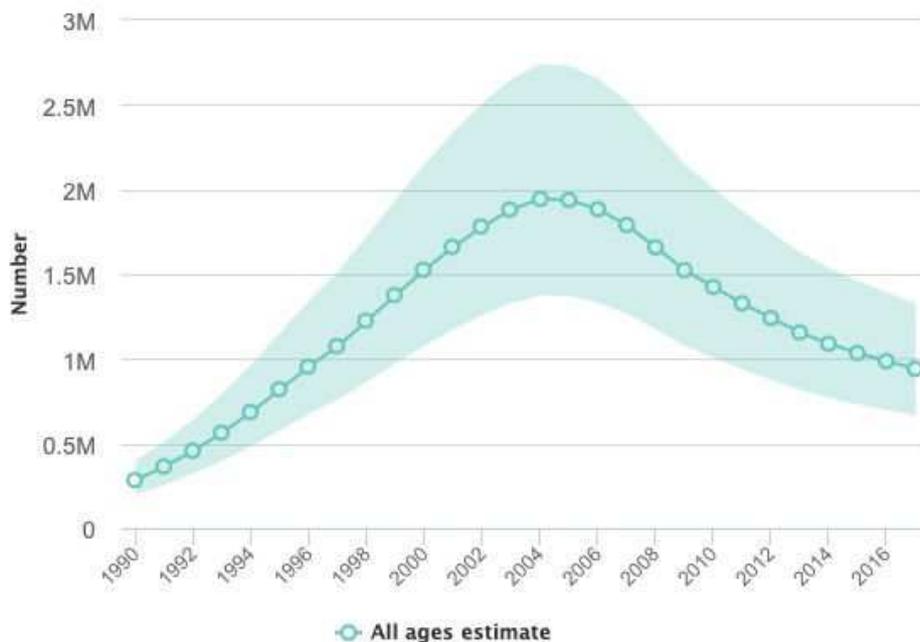


Figure 5 - Pourcentage des adultes de 50 ans et plus, par rapport au nombre total d'adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH par région (1995-2012).

Depuis le début de l'épidémie, ce sont 77,3 millions [59,9 millions - 100 millions] de personnes qui ont été infectées par le VIH et 35,4 millions [25,0 millions - 49,9 millions] qui en sont mortes. Les décès liés au sida ont eux été réduits de plus de 51 % depuis le pic de 2004. En 2017, 940 000 [670 000 - 1,3 million] personnes sont décédées de maladies liées au sida dans le monde, contre 1,9 million [1,4 million - 2,7 millions] en 2004 et 1,4 million [1 million - 2 millions] en 2010 (figure 6).

La tuberculose reste la principale cause de décès chez les PVVIH dans le monde, responsable environ d'un décès sur trois.



Source: UNAIDS 2018 estimates

Figure 6 - Evolution du nombre de décès annuels en lien avec le VIH depuis 1990.

Deux faits importants pour comprendre l'entretien actuel de l'épidémie :

- seulement 75 % [55 - 92 %] de toutes les PVVIH connaissaient leur statut VIH en 2017 soit environ 9,4 millions de personnes dans le monde qui ne savaient pas qu'elles vivaient avec le virus du SIDA ;
- en 2016, on estimait que sur les 36,7 millions [30,8 millions–42,9 millions] de PVVIH, seules 20,9 millions [18,4 millions–21,7 millions] avaient accès au traitement antirétroviral (soit environ 55%). Grâce aux programmes mondiaux de protection des droits et de la santé des femmes et des enfants, cette couverture est meilleure pour la population des femmes enceintes séropositives, avec 75% des patientes qui avaient accès à un traitement en 2015. Cette meilleure couverture thérapeutique par rapport à celle de la population générale a donc fait diminuer l'incidence de l'épidémie de manière plus marquée dans la population infantile que chez les adultes (35% Vs 16% entre 2010 et 2017), en prévenant la transmission materno-foetale du virus. Ceci est le témoin de l'importance de la prise en charge thérapeutique précoce des PVVIH pour diminuer le nombre de nouvelles transmissions du virus.

L'épidémie mondiale du VIH, très hétérogène et vieillissante, semble donc être « contrôlée » depuis plusieurs années, c'est-à-dire que le nombre de nouveaux cas annuels diminue depuis 1996 mais avec une cinétique de moins en moins élevée. Aujourd'hui, on constate encore et toujours qu'environ 25% des PVVIH dans le monde ignorent leur séropositivité et que seulement 45% des personnes identifiées séropositives ont accès à un traitement. Il semble donc que le dépistage de ces individus, mais aussi leur prise en charge rapide, soient deux grands enjeux de santé publique mondiale en 2019 et pour les années à venir.

2) En France [1] [3]

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH en France (LaboVIH) est réalisée grâce à la participation des laboratoires de biologie médicale, et ce depuis 2001. Ces laboratoires sont sollicités chaque semestre pour fournir le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives. La déclaration obligatoire de l'infection à VIH a été mise en place en 2003. Depuis avril 2016, Santé Publique France a modernisé la déclaration du VIH et du sida au moyen d'une application web « e-DO » (électronique-Déclaration Obligatoire).

En France, en 2018, plus de 170 000 personnes vivaient avec le VIH, dont environ 25 à 30 000 qui ignoreraient leur séropositivité et seraient à l'origine de 60% des nouvelles contaminations. La prévalence et l'incidence de la maladie sont considérées comme faibles en comparaison à d'autres régions du monde. La part de PVVIH identifiées et traitées en France était de l'ordre de 75% en 2016 (figure 7).

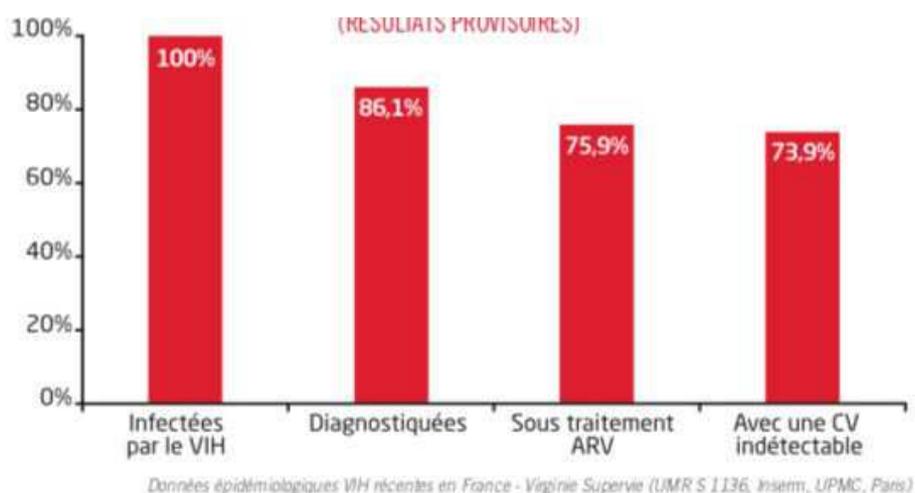


Figure 7 – Cascade de la prise en charge du VIH en France en 2016.

Parmi les personnes qui ignoraient leur séropositivité en 2013, 39 % auraient été des HSH, 22 % des femmes hétérosexuelles nées hors de France, 20 % des hommes hétérosexuels nés hors de France, 11 % des hommes hétérosexuels nés en France, 6 % des femmes hétérosexuelles nées en France et 2 % des UDI. Au total, 70 % des personnes qui ignoraient leur séropositivité pour le VIH auraient été des hommes. Plus de 50 % d'entre elles vivaient dans trois régions de France métropolitaine : Ile-de-France (42 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6 %) et Rhône-Alpes (6 %).

Après avoir diminué depuis 2004, le nombre de découvertes de séropositivité VIH est malheureusement stable depuis 2010, avec environ 6400 nouveaux cas annuels. Le taux de sérologies positives rapporté au nombre total de sérologies réalisées (5,6 millions par an) est lui aussi malheureusement stable depuis 2010 (environ 2,0 à 2,2 p. mille) (**figure 8**).

En 2017, parmi les nouveaux cas (**figure 9**) :

- 66% étaient des hommes (taux annuel stable depuis 2010) ;
- 56% ont été contaminés lors de rapports hétérosexuels ;
- 41% lors de rapports homosexuels entre hommes (en faisant le principal groupe à risque ; taux stable depuis 2010) ;
- 38% chez des personnes nées à l'étranger (principalement Afrique-Sub-Saharienne) ;
- et seulement 2% lors de l'usage de drogues injectables.

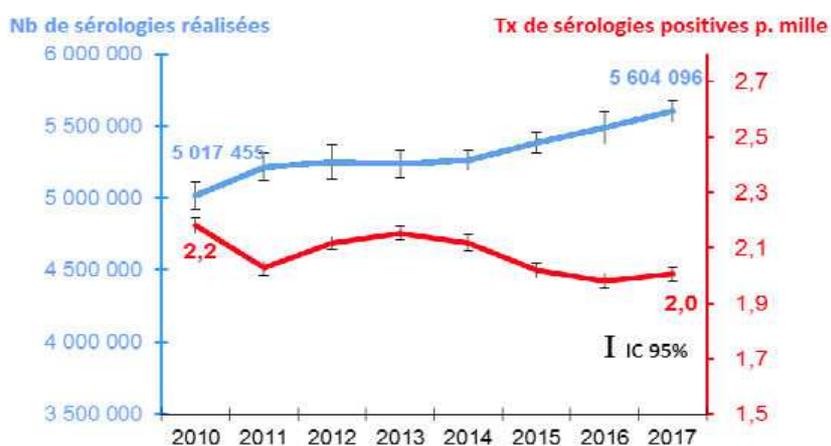
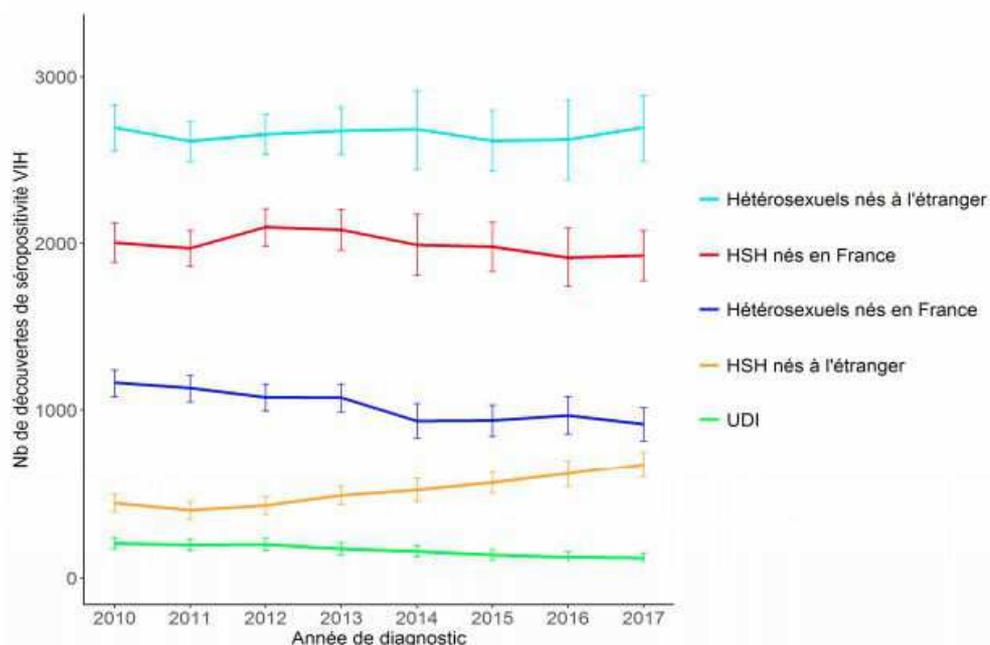


Figure 8 - Nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale et taux de sérologies positives pour mille, France, 2010-2017.



Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/09/2018, Santé publique France

Figure 9 - Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance, France, 2010-2017.

La répartition territoriale de l'incidence de l'infection par le VIH est hétérogène avec un taux beaucoup plus élevé de PVVIH en Ile-de-France, en région PACA, en région Auvergne-Rhône-Alpes et dans les Départements Français d'Amérique (DFA) (Guadeloupe, Guyane, Martinique) que dans les autres régions (figure 10).



Source : Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

Figure 10 – Taux de découverte par région en France en 2016.

L'âge médian lors du diagnostic est de 38 ans (39 ans pour les hommes et 36 ans pour les femmes).

Après avoir triplé jusqu'en 2012, le nombre de nouveaux diagnostics annuels chez les moins de 25 ans s'est stabilisé à environ 400 par an (soit 12% des découvertes), sans tendance à l'augmentation depuis 2015. En 2016, chez ces jeunes, la majorité des contaminations a eu lieu dans le groupe des HSH (80%) et près de la moitié (47%) d'entre eux étaient des jeunes nés à l'étranger [13] [14].

Comme au niveau mondial, la part des adultes de 50 ans et plus nouvellement diagnostiqués VIH continue d'augmenter (de 19% en 2010 à 22% en 2017). Les trois quarts d'entre eux sont des hommes, contaminés pour moitié lors de rapports sexuels avec des hommes et pour l'autre moitié lors de rapports hétérosexuels. Plus de la moitié des hommes et femmes hétérosexuels de plus de 50 ans nouvellement diagnostiqués sont nés à l'étranger, contre seulement 11% pour le groupe des HSH de plus de 50 ans (**figure 11**).

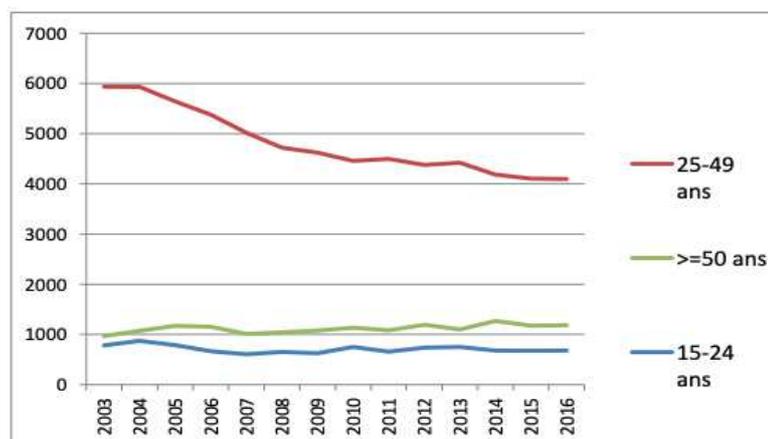


Figure 11 - Nombre de découvertes de séropositivité par classe d'âge, France, 2003-2016. Source : Santé Publique France.

En ce qui concerne les UDI, plus de 8 cas sur 10 sont masculins, dont 50% sont nés à l'étranger.

Lorsque l'on s'intéresse à la population hétérosexuelle, on constate que 75% des découvertes de séropositivité se font chez des personnes nées à l'étranger (taux annuel stable sur l'ensemble de la période 2010-2017). Notons que chez ces dernières, plus d'un tiers des contaminations se ferait après l'arrivée en France métropolitaine [15] (**figure 12**).

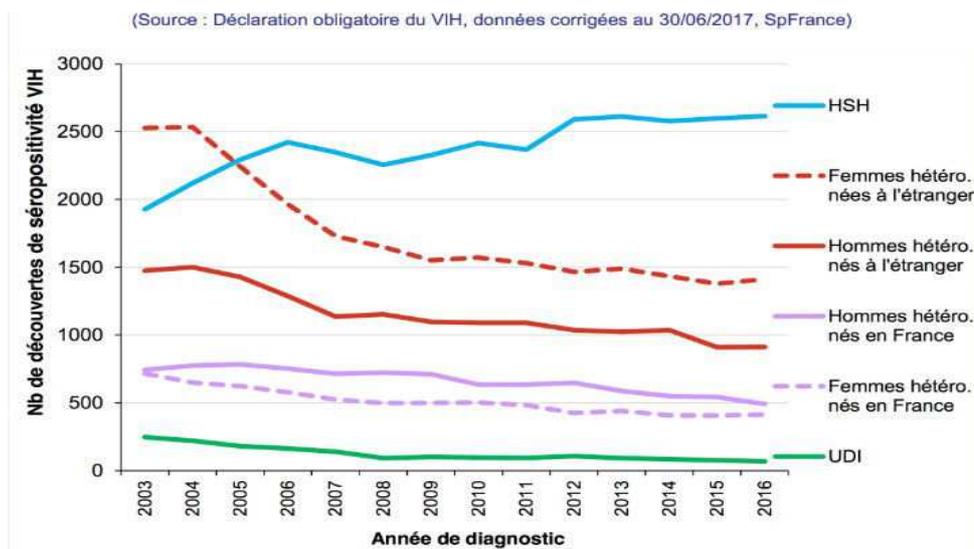
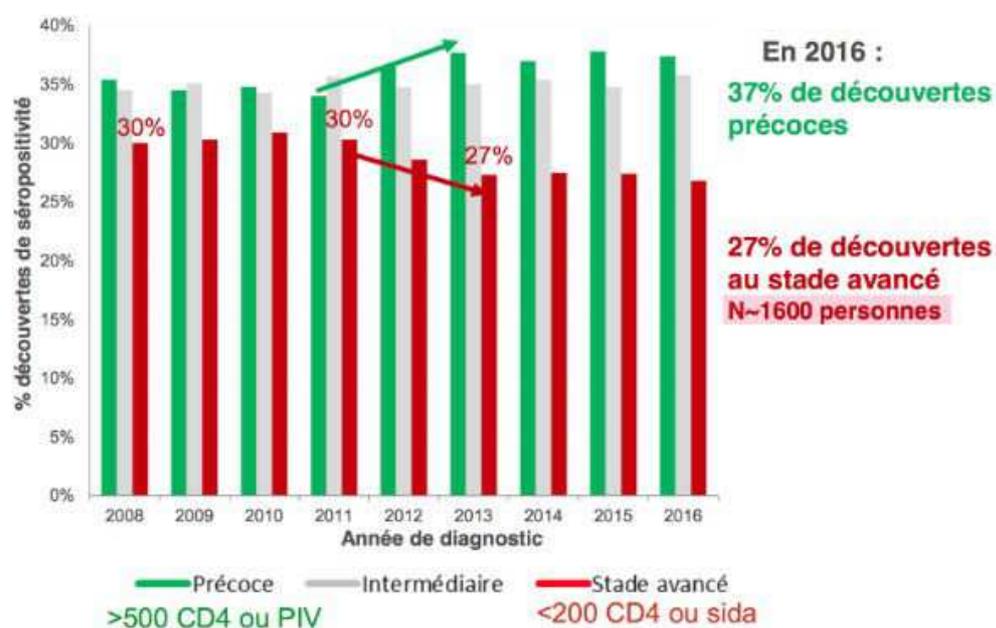


Figure 12 – Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance, France, 2003-2016.

En France, près d'un tiers des découvertes de séropositivité sont toujours trop tardives : en 2017, 30% des personnes ont été diagnostiquées à un stade avancé de l'infection à VIH (stade clinique de sida ou nombre de lymphocytes CD4 < 200/mm³) (**figure 13**). Ainsi, 900 nouveaux cas de sida ont été enregistrés en France en 2016. Ces chiffres sont malheureusement stables depuis 2013. Parmi les HSH ayant découvert leur séropositivité en 2017, 41% d'entre eux ont été contaminés dans les 6 mois précédents. Cette proportion est beaucoup plus faible dans les autres populations : 23% chez les hétérosexuels et 21% chez les UDI.

La proportion de diagnostics à un stade avancé est donc plus élevée chez les UDI (50%). Chez les hétérosexuels, il existe une différence selon le sexe et le lieu de naissance : hommes hétérosexuels nés à l'étranger (44%), hommes hétérosexuels nés en France (36%), femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (32%), femmes hétérosexuelles nées en France (25%). Parmi les HSH, cette proportion est également plus élevée chez ceux nés à l'étranger (26%) que chez ceux nés en France (20%). Le groupe des HSH est donc celui où la proportion de diagnostics à un stade est la plus faible. Par ailleurs, plus on avance en âge, moins il semble que le taux de diagnostics précoces soit élevé (environ 40% de diagnostics précoces avant 6 mois chez les 15-24 ans, un peu plus de 30% chez les 25-49 ans, pour tomber à un peu moins de 30% chez les 50 ans et plus [16]).



Source : Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

Figure 13 – Proportion de diagnostics précoces et tardifs, 2008-2016.

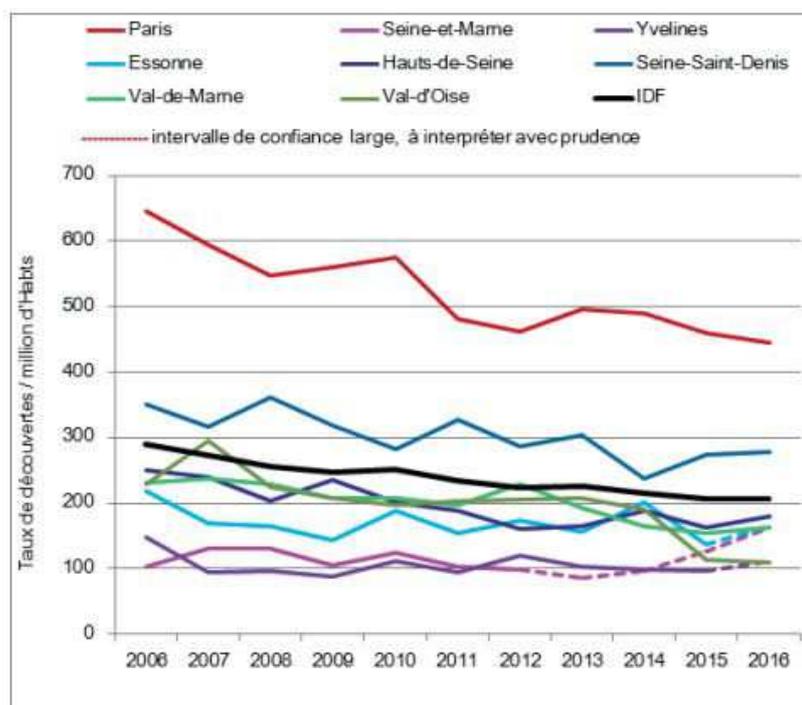
En France, depuis le début de l'épidémie, le VIH a fait environ 50 000 morts. En 2016, ce sont environ 200 personnes qui sont décédées d'une pathologie liée au sida.

La persistance de personnes ignorant leur statut vis-à-vis du VIH (environ 25-30 000) et de diagnostics trop tardifs en France (environ un tiers du nombre total de diagnostics) révèle qu'une part non négligeable de la population semble actuellement échapper au dépistage. L'analyse des cas de dépistages tardifs nous permet d'identifier les populations qui ne se dépistent pas ou peu et chez qui notre vigilance doit être accrue en matière de dépistage : les hétérosexuels, les hommes, les personnes nées à l'étranger, les usagers de drogues injectables ainsi que les adultes âgés de plus de 50 ans. Le fait que la majorité des contaminations ait lieu lors de rapports hétérosexuels nous incite à penser qu'en plus d'un dépistage ciblé des populations les plus à risque de contracter le VIH, il est nécessaire de maintenir un dépistage de la population générale.

3) En Ile de France [17]

L'Ile-de-France concentre la majeure partie de l'épidémie française : 42% des nouveaux cas y ont été enregistrés en 2016, soit quatre fois plus que pour le reste de la France métropolitaine [18]. Cette partie du territoire contient en effet 18% de la population française (soit 12 millions de personnes) et concentre les individus « à risque » vis-à-vis du VIH : HSH, populations migrantes, travailleurs du sexe, UDI... Environ 10 à 13 000 franciliens ignoraient leur séropositivité, soit près de la moitié du total français.

On observe néanmoins sur la période 2006-2016 une diminution de 30% du nombre de découvertes de séropositivité, avec respectivement pour ces années 289 p. million d'habitants (IC95% : [269-310]) et 206 p. million d'habitants (IC95% : [180-232]) (**figure 14**). Fait notable, depuis 2012, les diagnostics de séropositivité sont désormais plus nombreux hors Ile-de-France avec, en 2015, 2800 nouveaux cas en métropole hors Ile-de-France VS 2500 nouveaux cas franciliens [1].



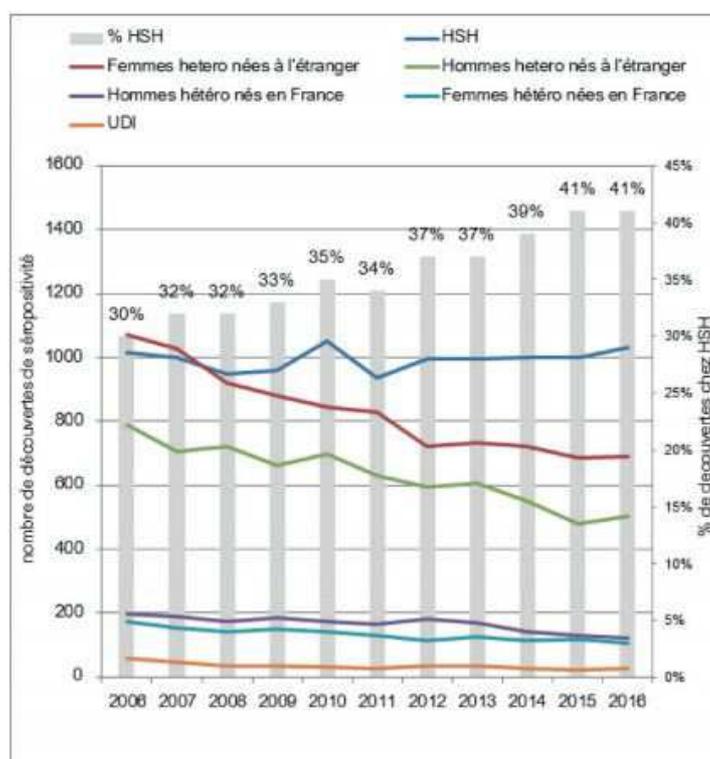
Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2017 corrigées pour les délais la sous déclaration et les valeurs manquantes

Figure 14 - Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH dans les départements d'Ile-de-France, de 2006 à 2016.

En analysant les sous-groupes de populations, nous constatons une diminution significative des découvertes de séropositivité parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (de 2 230 (IC95% : [2 055-2 405]) en 2006 à 1 425 (IC95% : [1 179-1 672]) en 2016) soit une baisse 36%. Chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, on a observé une diminution du nombre de découvertes qui est significative sur cette période avec une estimation de 1 071 (IC95% : [969-1 174]) nouveaux cas en 2006 contre 691 (IC95% : [563-819]) en 2016. Cette diminution significative a aussi pu être constatée chez les hommes hétérosexuels nés à l'étranger : en 2006, 788 (IC95% : [703-872]) ont découvert leur séropositivité contre 505 (IC95% : [405-605]) en 2016. Par contre, le nombre de découvertes n'a pas diminué chez les HSH franciliens de 2006 à 2016. Il est stable aux alentours de 1000 nouveaux cas chaque année (1 032 découvertes en 2016) (**figure 15**).

Le nombre de découvertes chez les hommes et femmes hétérosexuel(le)s franciliens né(e)s en France est lui aussi stable sur cette période, avec des chiffres cependant bien inférieurs aux précédents (moins de 200 découvertes de séropositivité VIH par an).

Les hommes restent les plus touchés avec 67% des découvertes de séropositivité. Les personnes nées en Afrique sub-saharienne représentent 45% des découvertes en Ile-de-France. Le groupe des HSH comptait lui 41% des nouvelles contaminations en 2016, chiffre en constante augmentation depuis 2006 (**figure 15**).



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2017 corrigées pour les délais de la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

Figure 15 - Evolution annuelle du nombre de découvertes de séropositivité en Ile-de-France par groupe et pourcentage de découvertes chez les HSH parmi l'ensemble, de 2006 à 2015.

L'âge médian de découverte de séropositivité VIH était de 37ans en Ile-de-France, comme dans les autres régions de métropole en 2016. 72% des nouveaux cas étaient âgés de 25 à 79 ans contre 66% hors Île-de-France. La part des adultes de plus de 50 ans est là aussi passée de 11% en 2003 à 16% en 2013, confirmant le caractère « vieillissant » de l'épidémie. Chez les jeunes de 15-24 ans, ce taux est stable depuis des années, à environ 11%.

Parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité VIH de 2016, plus d'un tiers (35%) des personnes étaient diagnostiquées au stade précoce, 37% au stade intermédiaire et 28% au stade avancé (stade sida ou $CD4 < 200/mm^3$). En 2016, comme pour les années précédentes, les HSH ont découvert beaucoup plus souvent leur séropositivité à un stade précoce (47%) que les autres populations. Parmi les hétérosexuels, le dépistage était plus précoce chez les personnes nées en France (40 et 35% respectivement chez les femmes et les hommes) comparé à celles nées à l'étranger (26 et 22% respectivement chez les femmes et les hommes) (**figure 16**) [19]. Là aussi il semblerait que le dépistage chez les hommes, les hétérosexuels et les personnes nées à l'étranger se fasse plus tardivement. En 2010, il a été constaté sur la population francilienne âgée de 18 à 70 ans, que 43% des hommes et 33% des femmes n'avaient jamais bénéficié d'une sérologie de dépistage du VIH [18].

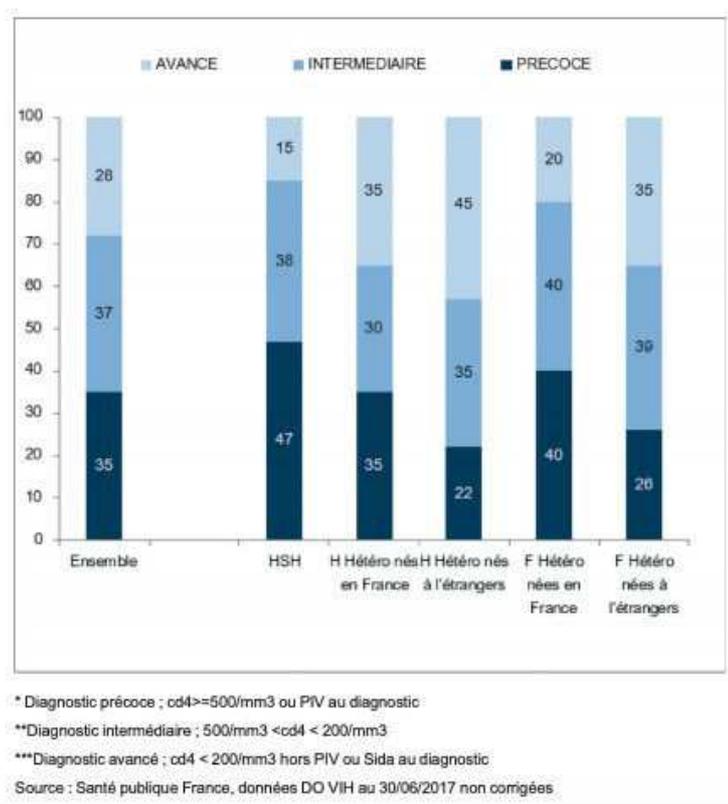


Figure 16 - Pourcentage de diagnostics précoces, intermédiaires ou au stade avancé de l'infection, par groupe, Ile-de-France, 2016.

Tout comme au niveau mondial et national, il existe une hétérogénéité de la répartition des nouveaux cas en Ile-de-France, avec en 2016 [19] :

- à Paris : 783 découvertes ;
- en Seine-Saint-Denis : 287 nouveaux cas ;
- dans le Val-de-Marne et dans les Hauts-de-Seine : 200 nouveaux cas chacun ;
- en Essonne : 132 découvertes ;
- dans le Val d'Oise, en Seine-et-Marne et dans les Yvelines : une centaine de nouveaux cas chacun.

L'Ile-de-France (et surtout la ville de Paris (figure 17)) concentre donc une grande partie des PVVIH, des individus appartenant à des groupes à risque et des nouveaux cas. Elle dicte ainsi les données épidémiologiques nationales et expose beaucoup plus les praticiens franciliens aux PVVIH que les médecins de province. La répartition des nouveaux cas parmi les groupes à risque et la population générale est-elle la même en province ?

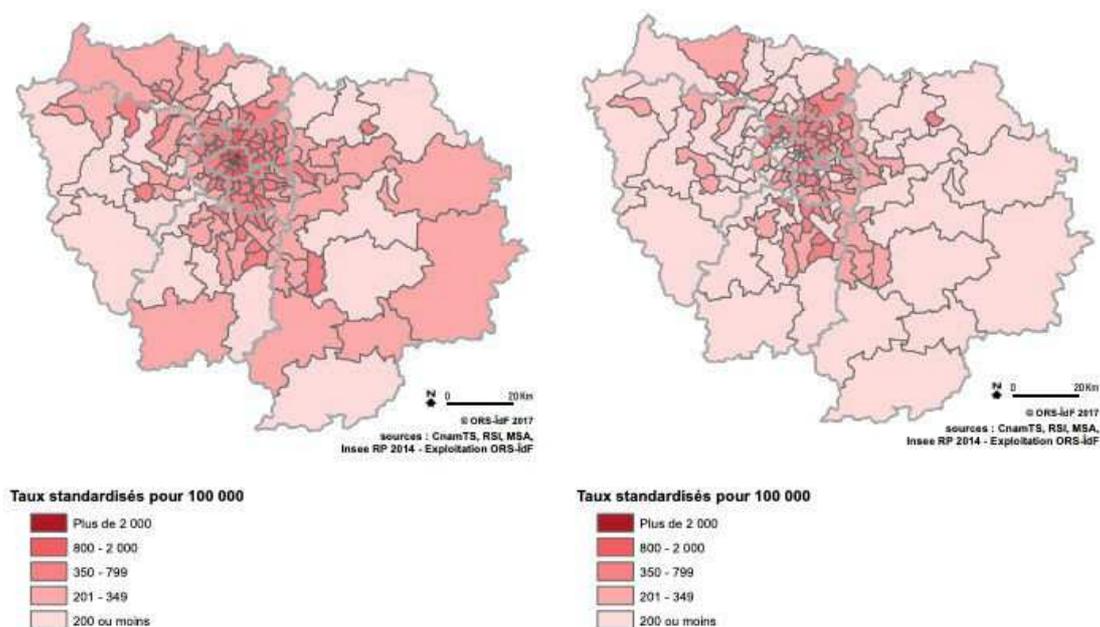


Figure 17 – Taux standardisé des bénéficiaires de l'ALD 7 (= infection par le VIH) en 2014 chez les hommes (à gauche) et chez les femmes (droite) en Ile-de-France.

4) En Bretagne [20] [21]

La Bretagne est la région de France où l'incidence du VIH est la plus basse de France. Les données issues de l'enquête laboVIH et de la base « Nadis » du COREVIH* Bretagne vont dans le sens d'une relative stabilité du nombre de découvertes de séropositivité en Bretagne (118 adultes en 2017, contre 83 en 2016 et 152 en 2015). Le taux de découverte corrigé est de 28 p. million d'habitants en 2016 (pour rappel, il est de 206 p. million d'habitants en Ile-de-France la même année) (**figure 18**).

* En France, les COREVIH (Coordinations REgionales de lutte contre le VIH) sont des instances de coordination de lutte contre le sida, globalement à l'échelle des régions, et existent depuis 2007. Les principales missions des COREVIH sont de « favoriser la coordination des soins (en termes de dépistage et de diagnostic, de prévention, d'éducation et d'information, de vie associative, d'action sociale et de prise en charge), de participer à l'amélioration continue de leur qualité et de la sécurité des patients mais aussi de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques des patients infectés par le VIH ».

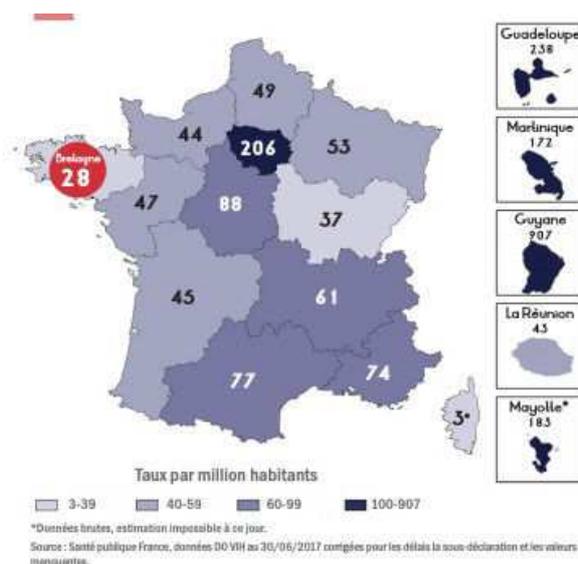


Figure 18 – Nombre de découvertes de séropositivité p. million d'habitants en 2016.

L'âge moyen de découverte est de 38 ans en 2017, donnée similaire aux chiffres nationaux et à ceux observés en l'Ile-de-France. La majorité des cas sont masculins (72 % pour 28 % de femmes en 2017, chiffres similaires sur la période 2012-2016). La classe d'âge des 25-49 ans représente 68 % des cas en 2017 contre 61 % sur la période 2012-2016. La part des jeunes de 15-24 ans a diminué et représente 13% des nouveaux cas (contre 16% sur la période 2012-2016). Notons que, contrairement à ce qu'il se passe au niveau national, la part des adultes âgés de plus de 50 ans semble diminuer et passe de 23 à 20% de 2012 à 2017.

On observe depuis 2011 une augmentation de la part des contaminations par rapport homosexuels masculins, avec un chiffre passé de 47 à 57% en 2016. En Bretagne, en 2016, les rapports hétérosexuels ont été responsables de seulement 41% des contaminations, données différentes des chiffres d'Ile-de-France, où les rapports hétérosexuels sont les plus contaminants.

Les usagers de drogues injectables (UDI) restent en marge des contaminations, comme au niveau national, avec un taux breton de 2% en 2017 (**figure 19**).

	Bretagne		France métropolitaine
	2012-2016 (%) n=541	2017 (%) n=102	2017 (%) n=4 329
ÂGE			
Moins de 25 ans	16	13	13
De 25 à 49 ans	61	68	66
50 ans et plus	23	20	21
SEXE			
Hommes	71	68	68
Femmes	29	32	33
PAYS DE NAISSANCE			
France	58	30	26
Afrique subsaharienne	20	28	21
Autres	7	6	9
Non renseigné	14	35	45
MODE DE CONTAMINATION			
Homosexuel masculin	40	27	24
Hétérosexuels	38	32	26
Injection de drogues	2	2	0
Autres	1	0	1
Non renseigné	19	38	49
CO-INFECTION HÉPATITE C			
Oui	3	1	2
Non	79	61	48
Non renseigné	18	38	50
CO-INFECTION HÉPATITE B			
Oui	3	4	3
Non	78	58	48
Non renseigné	19	38	49

Figure 19 - Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en Bretagne et en France métropolitaine (Pourcentages estimés sur les données brutes, incluant les données « inconnues »). Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 30/09/2018.

En 2017, parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité nées en France était similaire à celle de personnes nées en Afrique sub-saharienne. Sur la période 2012-2017, le principal mode de contamination chez les hommes nés en France était les rapports homosexuels (71 %), alors que les rapports hétérosexuels prédominaient (73 %) chez ceux nés en Afrique sub-saharienne.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2012 et 2017, 12 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 63 % à un stade asymptomatique, 13 % à un stade symptomatique non sida, et 11 % au stade sida. Ces chiffres sont globalement similaires aux données nationales et franciliennes. Là aussi les homosexuels masculins ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (17 % vs 8 %), et les personnes nées en France ont été plus fréquemment diagnostiquées à un stade précoce (45 %) que celles nées en Afrique subsaharienne (23 %) (**figure 20**).

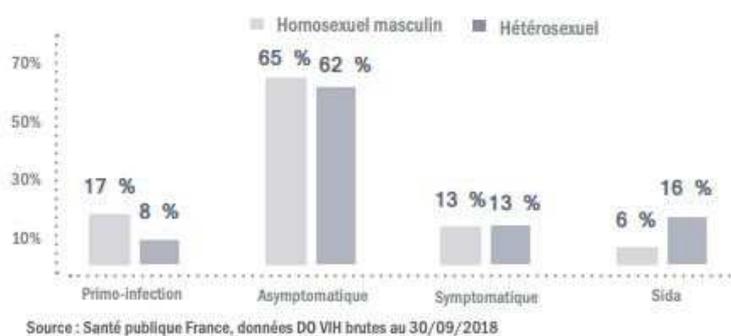


Figure 20 - Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination en Bretagne, 2012-2017.

Le taux de diagnostics de stades sida en Bretagne était estimé à 2 p. million d'habitants (IC95 % : [2-3]) en 2016, bien inférieur au taux de France métropolitaine (hors Ile-de-France) qui était de 9 p. million d'habitants. Il était en baisse de 2006 à 2016, comme au niveau national. Sur la période 2012-2017, les hommes représentaient les trois quarts des 103 cas de SIDA diagnostiqués. Les moins de 25 ans représentaient 3 % de ces cas, 56% pour les les 25-49 ans et 41% pour les adultes âgés de 50 ans et plus. Les individus étaient majoritairement nés en France (71 %). Les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination (60 %) (**figure 21**).

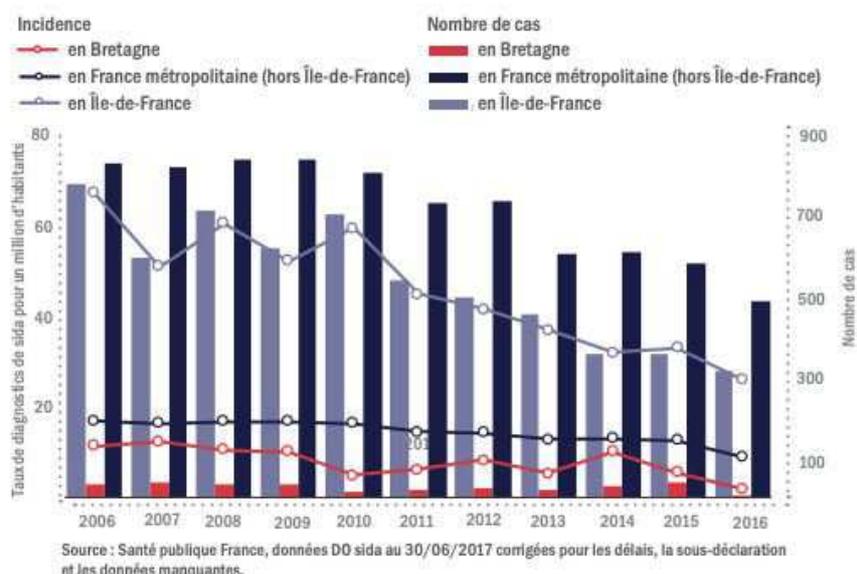


Figure 21 - Évolution annuelle du taux de diagnostics de sida et du nombre de cas en France métropolitaine hors Ile-de-France, Ile-de-France et Bretagne de 2006 à 2016.

Les données épidémiologiques bretonnes convergent donc quasiment toutes vers les données nationales et franciliennes.

Les principales différences notoires sont :

- une beaucoup plus faible incidence et prévalence de cas ;
- une plus grande proportion de rapports contaminants pour le groupe des HSH qui devance le groupe des rapports hétérosexuels ;
- l'absence de vieillissement de l'épidémie comme il est constaté au niveau national et international.

On remarque une nouvelle fois que les hommes, les hétérosexuels et les personnes nées en Afrique Sub-Saharienne se font dépister beaucoup plus tardivement que les HSH et semblent donc échapper aux moyens actuels de dépistage.

II) Organisation du combat contre le VIH

1) La lutte contre le VIH dans le monde [22] [23]

C'est actuellement l'ONUSIDA (entité des Nations Unies) qui, depuis 1996, mène une action à l'échelle mondiale pour mettre fin à l'épidémie de sida comme menace de santé publique d'ici à 2030 dans le cadre de ses « Objectifs de développement durable ». Ces objectifs sont au nombre de 17 et ont été adoptés par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en septembre 2015. L'ONUSIDA est aidée pour cela par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, l'UNICEF, le

Programme Alimentaire Mondial, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'ONU Femmes, l'Organisation internationale du Travail, l'UNESCO, l'OMS et la Banque Mondiale. Avec l'adoption des « Objectifs de développement durable », les états membres des Nations Unies se sont engagés à mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme d'ici à 2030. La stratégie établie pour les années 2016-2021 prévoit d'« accélérer la riposte pour mettre fin au sida », en ne se contentant pas du seul maintien des actions actuelles [24].

La principale cible pour 2020 est ainsi l'objectif des « 90-90-90 » : 90% des PVVIH connaissent leur statut, parmi elles 90% accèdent à un traitement efficace et 90% des personnes traitées ont une charge virale négative, avec l'espoir de passer sous la barre des 500 000 nouvelles contaminations et des 500 000 décès annuels liés au sida.

En 2018, six pays seulement ont atteint cet objectif des « 90-90-90 » : le Botswana, le Cambodge, le Danemark, l'Eswatini, la Namibie et les Pays-Bas, alors qu'en parallèle un autre objectif est d'ores et déjà prévu pour 2030 : l'objectif « triple zéro » : zéro nouvelle infection, zéro décès lié au sida, zéro discrimination. Selon l'ONUSIDA, ce nouvel objectif permettrait d'ici à 2030 d'éviter 28 millions de nouveaux cas, 21 millions de décès et 24 milliards de dollars de dépenses annuelles consacrées à la prise en charge des PVVIH.

Pour atteindre ces objectifs, dix engagements ont été pris par les Nations Unies dans le « plan d'accélération de la riposte contre le VIH » pour 2020 [25]. Ces derniers s'articulent autour de trois grands axes que sont la prévention et le dépistage ; le traitement et les soins ; les droits de l'Homme :

- 1) Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs « 90-90-90 » ;
- 2) Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants ;
- 3) Assurer l'accès aux options des mesures de prévention combinée à au moins 90% des personnes ;
- 4) Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les PVVIH et les « populations clés »* ;
- 5) S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive ;
- 6) S'assurer que 75 % des PVVIH ou à risque bénéficient de la protection sociale adéquate ;
- 7) Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis ;
- 8) Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de 26 milliards de dollars annuels ;

- 9) Responsabiliser les PVVIH ou à risque afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme ;
- 10) S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle.

** Les populations clés comportent : les HSH, les UDI, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes transgenres, les personnes migrantes et en situation de précarité.*

Les objectifs de lutte contre le VIH vont donc bien au-delà de l'anéantissement de l'épidémie, mais véhiculent la promotion de valeurs nobles telles que la bonne santé, le bien-être, l'égalité, la paix, la justice, la force des institutions, la solidarité... A l'instar du préambule de la Charte des Nations Unies : « [...] à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites et [...] à favoriser le progrès social et instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande [...] À pratiquer la tolérance, à vivre en paix avec l'autre dans un esprit de bon voisinage, et [...] à recourir aux institutions internationales pour la promotion de l'avancement économique et social de tous les peuples [...] ».

L'un des grands pans de ce colossal projet concerne donc l'optimisation du dépistage avec l'objectif que 90% des PVVIH connaissent leur statut d'ici 2020. Cette volonté de renforcer ce moyen de lutte contre l'épidémie a ainsi dicté le thème de la trentième Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA du 1er décembre 2018 : « Connais ton statut ».

Comme nous l'avons vu précédemment, un quart des PVVIH dans le monde ne connaissent pas leur statut vis-à-vis du VIH. Ceci peut s'expliquer par le fait que, dans de nombreux pays, il existe des lacunes considérables en ce qui concerne les services liés au VIH et notamment en terme de dépistage. De plus, les efforts produits n'atteignant souvent pas les personnes les plus exposées au risque de transmission. La stigmatisation et la discrimination continuent de dissuader les individus de faire un test de dépistage du VIH, et sa confidentialité reste à l'heure actuelle un sujet de préoccupation. Selon plusieurs enquêtes réalisées dans 19 pays, une personne séropositive sur cinq a déclaré s'être vue refuser des soins de santé à cause de son statut sérologique. De plus, une personne séropositive sur cinq a déclaré éviter de se rendre dans un établissement de santé par crainte de la stigmatisation ou de la discrimination liée à son statut sérologique.

L'OMS préconise que le dépistage du VIH soit dispensé en appliquant la règle des « 5 C » qui sont [26] : Consentement, Confidentialité, Conseil (avant et après le dépistage), résultats Corrects du test (contrôles qualité des laboratoires) et Connexion (liaison entre les services de prévention, de traitement et de soins).

Pour financer ce plan de vaste ampleur, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a lancé le 8 Février 2019, à New Delhi, sa sixième campagne de « reconstitution des ressources ». Ce jour-là, l'ONUSIDA a appelé les donateurs à assurer le financement intégral du Fonds mondial de lutte contre le sida. Les ressources disponibles pour la lutte contre le VIH se sont élevées en 2016 à 19,1 milliards de dollars, soit 7,2 milliards de dollars de moins que les besoins annuels théoriques nécessaires estimés d'ici à 2020. Ces ressources ont stagné ces dernières années, après avoir atteint un pic en 2013. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, à peu près 45% des besoins financiers pour la lutte contre le VIH sont couverts par ce Fonds mondial, traduisant une forte dépendance de ces états vis-à-vis des dons internationaux. La redistribution budgétaire de ces ressources mondiales tient compte des disparités entre les pays, mais aussi de l'efficacité sur le long terme des différentes stratégies de lutte contre le VIH adoptées par ces nations. C'est pourquoi, en 2016, l'ONUSIDA a proposé lors de la 28ème Journée Mondiale de Lutte contre le VIH, d'investir dans les mesures jugées efficaces de dépistage et de prévention, en leur attribuant un quart de toutes les ressources les mondiales collectées.

La sonnette d'alarme est tirée pour tenter d'enrayer l'épidémie, car, comme nous l'avons souligné précédemment, l'absence d'accélération de la riposte contre le VIH pourrait se traduire en 2021 par une augmentation du nombre de nouvelles infections et de décès liés à ce virus, en comparaison aux chiffres de 2015. La tendance n'est donc non plus à la poursuite des efforts actuels mais à leur accentuation. Ceci permettrait selon les prédictions de réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections par le VIH (**figure 22**) et de 80 % le nombre de personnes décédées de causes associées au sida en 2030, par rapport à l'année 2010 (**figure 23**).

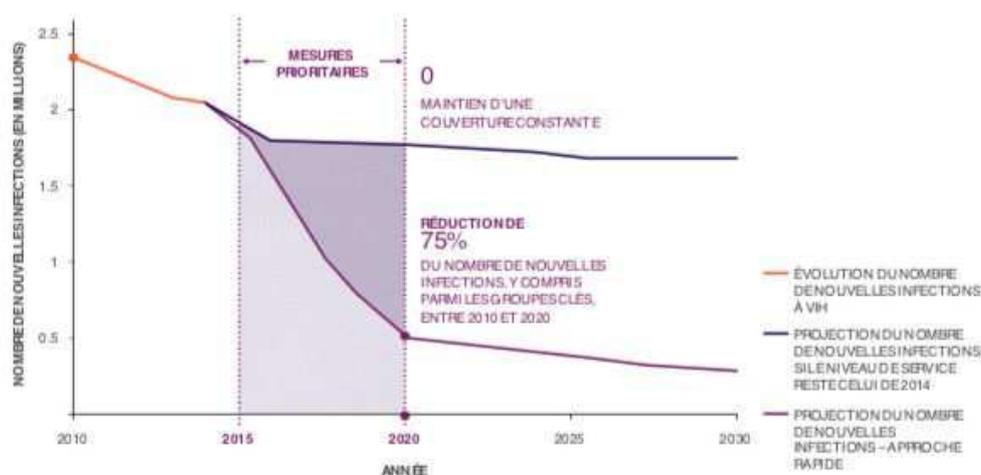


Figure 22 – Projection relative à la baisse du nombre de nouvelles infections à VIH.

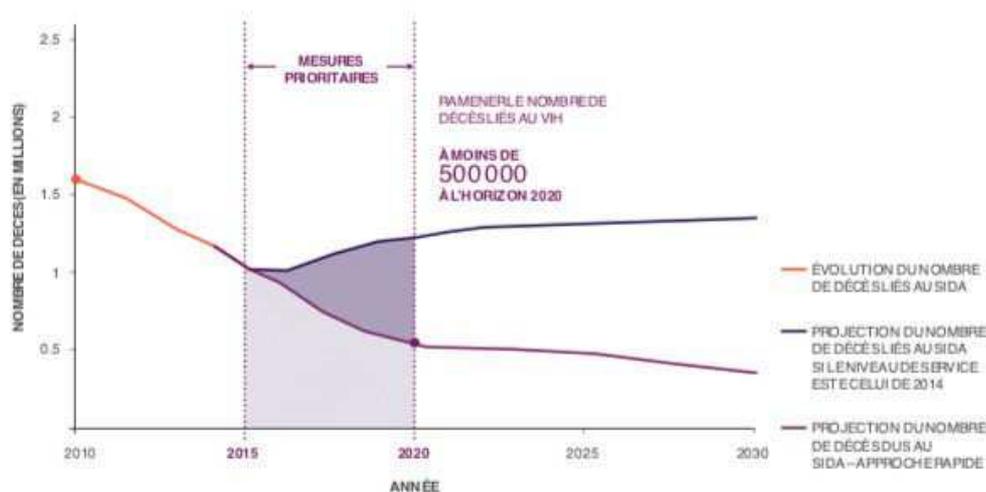


Figure 23 - Projection relative à la baisse du nombre de décès liés au VIH.

Les grandes métropoles mondiales (dont Paris), qui concentrent les populations à risque et les nouveaux cas de VIH [27], ont récemment décidé de se rallier à la cause de l'ONUSIDA. Lors de la déclaration de Paris du 1er Décembre 2014, les maires de ces mégapoles (dont Anne Hidalgo) ont signé des engagements pour mettre fin à l'épidémie en atteignant les objectifs « 90-90-90 » d'ici à 2020.

Ce sont donc un quart des PVVIH dans le monde qui ignorent leur statut et 22 millions de PVVIH qui n'ont pas accès à une thérapeutique efficace contre le virus (soit 54% des personnes infectées) avec le constat que, depuis 2010, le nombre annuel de nouvelles infections ne diminue plus chez les adultes (1,9 million par an, soit quatre fois les objectifs de 2020). Il est donc primordial de garantir à tous l'accès au dépistage et d'en finir avec les laissés pour compte, afin de diminuer l'incidence de l'infection, mais aussi d'améliorer la santé et la qualité de vie des PVVIH. Car on le sait le pronostic de l'infection est directement lié à la précocité du dépistage et à la mise en route rapide du traitement antirétroviral. La stratégie de lutte contre le VIH doit « muter » et s'adapter à chaque pays, chaque région, chaque communauté. Elle doit tenir compte de l'hétérogénéité de l'épidémie et des inégalités d'accès aux soins présentes dans chacun des territoires, cibler les personnes qui en ont le plus besoin et redistribuer les ressources le plus justement possible. Elle doit aussi pleinement intégrer la prévention et le dépistage dans son mode de fonctionnement et donc, en plus de cela, assurer la promotion des mesures de protection, d'éducation et de prise en charge optimale des PVVIH afin de réduire au maximum le nombre de transmissions. Cette riposte internationale semble pour le moment difficile devant le caractère très hétérogène de l'épidémie et les moyens de lutte très disparates et inégalitaires qui y sont consacrés.

2) La lutte contre le VIH en France

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination, ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés* ».

La France, état membre des Nations Unies, partage les mêmes objectifs que l'ONUSIDA afin d'en finir avec l'épidémie du sida d'ici à 2030, et c'est encore récemment que l'a rappelé Agnès Buzin, ministre des Solidarités et de la Santé, aux 23e Etats généraux des élus locaux contre le sida, le 22 novembre 2018. Pour y arriver, cette dernière a décidé de mettre l'accent sur la prévention. Une prévention d'abord globale au niveau de la population générale mais aussi ciblée chez les sujets les plus à risque de contracter l'infection par le VIH. L'ambition est de "*transformer notre système de santé pour passer du tout curatif à l'action préventive, en tenant compte des besoins spécifiques des Français, dans toute leur diversité*", a-t-elle déclaré. Selon elle toujours, le dépistage a un rôle primordial pour enrayer l'épidémie "cachée" du VIH.

Le VIH est toujours considéré comme un problème de santé publique majeur en France. Premièrement parce qu'il s'agit d'une pathologie grave en l'absence de traitement. Deuxièmement, parce qu'il a aussi un impact socio-économique important. En effet, sur les 140 milliards d'euros de dépenses de santé de l'Assurance maladie en 2017, 1,3 milliard a été consacré à la prise en charge des PVVIH, soit 9 678 euros en moyenne par patient et par an (85% des dépenses étant consacrées aux thérapies antirétrovirales) (**figure 24**).



Figure 24 – Affectation des dépenses de santé par pathologies, traitements, hospitalisations, 2017.

Source : Assurance Maladie.

Des avancées notables ont été réalisées ces dernières années en France en matière de promotion de la santé sexuelle et de la lutte contre le VIH et des autres IST :

- Introduction dans le code de la santé publique de la notion de « santé sexuelle et reproductive » (article 10 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) ;
- Création du « parcours éducatif de santé » pour tous les élèves [28] ;
- Création au 1er janvier 2016 des CeGIDD (fusion des anciens CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) et CIDDIST (Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles)) ;
- Élaboration de recommandations de prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C et de prise en charge médicale des PVVIH ;
- Avancées en matière de prévention du VIH (PrEP) (la France a été le premier pays européen à autoriser la PrEP et à la prendre en charge à 100%) ;
- Diversification des moyens de dépistage du VIH, du VHC et des autres IST (Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD), auto-tests...).

Malgré cela, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a fait le constat, lors de son rapport de 2016 sur l'évaluation du plan national 2010-2014 de lutte contre le VIH-sida et les IST [29], d'une prise en charge morcelée entre les nombreuses institutions existantes et d'un manque de continuum entre les différents plans et politiques de santé publique mis en oeuvre. Il a aussi remarqué que la recommandation de la HAS de 2009 concernant le dépistage généralisé de la population de 15 à 70 ans était peu suivie par les médecins libéraux, car peu acceptée, ces derniers semblant privilégier le

dépistage ciblé. Aussi, le HCSP recommande d'instaurer « une stratégie nationale de santé sexuelle, afin d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population ».

En réaction à ce rapport, les pouvoirs publics ont établi en 2017 une nouvelle « Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 », qui succède au cinquième plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST de 2010-2014. Elle trouve son essence dans des principes fondamentaux : une sexualité basée sur l'autonomie, la satisfaction et la sécurité. Elle s'est fixée des cibles à atteindre en 2023, qui révèlent l'ampleur de la tâche à accomplir et montrent la volonté du gouvernement français d'accélérer le processus de lutte contre l'épidémie. Parmi ces objectifs, on peut noter [2] :

- « La volonté que 100 % des jeunes aient reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) tout au long de leur cursus scolaire ;
- L'objectif « 95-95-95 » pour le VIH appliqué à chaque population clé, dépassant l'objectif « 90-90-90 » pour 2020 de l'ONUSIDA ;
- Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination ;
- Garantir à tous les mêmes droits dans le domaine de la santé sexuelle et répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux IST ;
- Les personnes vivant avec le VIH doivent vivre longtemps et en bonne santé ;
- Identifier les personnes ignorant leur séropositivité au VIH et éloignées de l'offre de dépistage pour réduire rapidement "l'épidémie cachée" ;
- Réduire le temps de latence entre l'infection et la mise sous traitement en favorisant l'accès rapide aux dépistages du VIH, des hépatites et des autres IST ;
- Garantir une prise en charge et un traitement de qualité des pathologies sus-citées ;
- Garantir un accès aux soins adapté pour les populations clés ».

Les notions de promotion des droits humains, d'éthique, de refus des discriminations, de lutte pour l'égalité entre les femmes et les hommes et d'approche centrée sur la personne sont là-aussi abordées. Il s'agit d'organiser le soin autour du patient et d'en garantir l'égal accès : c'est le principe de la « démocratie sanitaire ». L'action globale est là-aussi couplée avec des programmes d'interventions plus ciblés sur les populations les plus à risque afin d'assurer le déploiement de mesures adaptées à ces publics.

Le patient est inscrit au cœur du dispositif, et navigue à travers son « parcours santé » grâce à l'aide des professionnels et des établissements de santé. Des centres de « santé sexuelle » sont créés, les CeGIDD, issus de la restructuration des CDAG/CIDDIST. Le dépistage communautaire au moyen de TRODs est renforcé pour les populations qui ne veulent pas utiliser le dispositif classique et la coordination entre le dépistage et la prise en charge est optimisée. Des programmes spécifiques pour les groupes les plus à risques sont créés, tels que des actions de dépistage « hors les murs ».

En parallèle, les recommandations concernant les stratégies de dépistage du VIH ont été récemment réévaluées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017. La ligne de conduite se veut être la multiplication des opportunités, des acteurs et des lieux du dépistage. Le dépistage généralisé y est maintenu. En voici les messages-clés [30] :

- « La priorité doit être accordée au dépistage de l'infection à VIH au sein des populations clés. Il convient ainsi de renforcer la fréquence du dépistage dans ces populations ;
- La proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans doit être maintenue (comme en 2009) et représente une approche complémentaire au dépistage des populations clés ;
- La démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage de l'infection à VIH doit continuer d'être encouragée et facilitée ;
- Le médecin généraliste est au cœur du dispositif de dépistage du VIH ».

La HAS avait, en 2016, évalué l'impact de ses recommandations de 2009 en ce qui concerne le dépistage généralisé et avait fait les constats suivants [31] :

- le dépistage généralisé de l'infection à VIH ne semblait pas avoir été intégré dans la pratique quotidienne des médecins généralistes avec une faible acceptabilité de cette proposition (qui lui préféraient le renforcement du dépistage ciblé) ;
- l'augmentation du nombre de sérologies annuelles prescrites avait été néanmoins significative depuis l'adoption de ces recommandations, même si elle stagne depuis 2012 ;
- cependant, cette augmentation n'avait pas permis d'augmenter le nombre de dépistages précoces de l'infection avec toujours 40% des découvertes en 2013 à un stade tardif.

Peu d'essais ou d'études ont comparé l'impact d'un dépistage universel versus un dépistage ciblé, et ces derniers ne permettent pas de conclure à une supériorité d'un dépistage universel versus un dépistage ciblé en termes de nombre de dépistages positifs ou de précocité du dépistage. Malgré tout, la HAS a décidé de maintenir en 2017 ces recommandations et le justifie car plusieurs études économiques ont confirmé l'efficacité de la stratégie de dépistage de tous les adultes au moins une fois au cours de la vie.

En ce qui concerne le renforcement du dépistage ciblé, la HAS se base sur une étude américaine de type coût-efficacité qui a montré que, pour les HSH et sur une période d'un an, le dépistage de l'infection à VIH à une fréquence de tous les 3 mois comparativement à tous les 6 mois et de tous les 6 mois comparativement à un dépistage annuel était coût-efficace, et ce quel que soit le type de test utilisé. Cependant, d'après cette même étude, un dépistage plus fréquent qu'une fois par an n'était généralement pas coût-efficace chez les UDI.

En Avril 2018, L'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le sida) et le CNS (Conseil National du sida et des hépatites virales) ont confié une nouvelle fois au Professeur Philippe Morlat la responsabilité de l'actualisation des recommandations du groupe d'experts, la dernière datant de 2013. Les nouvelles recommandations rejoignent globalement celles de la HAS de 2017 concernant le dépistage ciblé et généralisé du VIH, confirmant que le premier doit être renforcé, et le second maintenu.

En plus du renforcement du dépistage, d'autres moyens de lutte contre le VIH sont testés en France depuis quelques années :

- depuis le 10 décembre 2018, une marque de préservatifs est remboursée par l'Assurance Maladie sur présentation d'une prescription médicale ;
- il est aussi prévu de tester un « parcours en santé sexuelle du jeune » en créant dans trois régions (Ile-de-France, Nouvelle Aquitaine et Guyane) et pour trois ans un « *espace d'échange sûr et confidentiel (...) avec des professionnels au contact des jeunes, qui pourront échanger, sensibiliser, informer et délivrer des préservatifs* ».
- Un autre projet est effectif depuis le 1er juillet 2019 : la possibilité de réaliser un test de dépistage du VIH sans ordonnance, pris en charge à 100 %, sans avance de frais, sur simple demande et sans rendez-vous, dans tous les laboratoires d'analyses médicales de Paris et des Alpes-Maritimes. Présenté fin 2018, ce nouveau dispositif a pour but de « simplifier le réflexe du dépistage du VIH dans la population ». Le programme « VIHTEST » se veut donc être un complément des autres offres existantes. Ce nouveau dispositif devrait permettre d'augmenter les opportunités de dépistage, avec un objectif de +15 % de tests réalisés sur l'année dans chaque département. En cas de résultat négatif, les personnes seront incitées à renouveler régulièrement le dépistage. Cette expérimentation doit durer un an et est portée par les projets territoriaux pilotes «Vers Paris sans sida» et «Objectif sida zéro : Nice et les Alpes-Maritimes s'engagent !» mais aussi l'Assurance Maladie, la Ville de Paris, la Ville de Nice, les Agences régionales de santé et les Biologistes médicaux d'Île-de-France et de Provence Alpes Côte d'Azur (**figure 25**).



Figure 25 – Affiche de campagne pour le lancement du dispositif « VIH TEST », Juillet 2019.

- Le ministère des Solidarités et de la Santé souhaite aussi expérimenter de nouveaux centres de santé communautaires. Déjà effectifs à San Francisco ou à Londres, ils ont permis des progrès notables dans la diminution de l'incidence du VIH dans ces grandes métropoles mondiales. Ce sont des établissements publics qui ont pour mission « d'intégrer les soins curatifs et préventifs, les services sociaux individuels et un programme d'actions communautaires ».

"A l'international, l'engagement de la France dans la lutte contre le Sida est historique", rappelle Agnès Buzyn. Avec 4,2 milliards d'euros investis depuis 2002, la France est le second contributeur au Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, permettant à plus de 15 millions de personnes d'accéder à des traitements contre le VIH dans le monde. La France est également le premier contributeur pour Unitaïd* avec plus d'1,5 milliard d'euros financés.

* Unitaïd est une organisation internationale d'achats de médicaments, chargée de centraliser les achats de traitements médicamenteux afin d'en obtenir les meilleurs prix et de les redistribuer, principalement aux pays en voie de développement. Elle est financée par une taxe de solidarité sur les billets d'avion, adoptée par certains pays. Cet impôt a été proposé en 2006 par les présidents Jacques Chirac (France) et Luis Inacio Lula Da Silva (Brésil).

Chaque année, en France, deux temps forts médiatiques font la promotion du dépistage auprès du grand public :

- une campagne estivale de prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST, permettant chaque année d'augmenter le nombre d'usagers du préservatif et de tests de dépistage effectués (les deux dernières campagnes ont abordé les notions de prévention combinée du VIH mais aussi de l'importance des thérapies antirétrovirales avec le slogan « Indétectable = Intransmissible ») ;
- une campagne hivernale pour la Journée mondiale de lutte contre le sida, qui sensibilise le grand public à la séropositivité et tente de lutter contre les discriminations.

Pour les professionnels de santé et les associatifs, des brochures informatives de L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) sont distribuées et des formations sont organisées, notamment par le CNGE et les COREVIH.

En ce qui concerne la notification aux partenaires des PVVIH nouvellement diagnostiquées, la France ne dispose ni du cadre législatif, ni des professionnels spécialisés, ni des dispositifs facilitant ce type d'intervention alors qu'il existe pour d'autres maladies transmissibles comme la tuberculose. La notification aux partenaires regroupe l'ensemble des actions visant à : a) informer les partenaires sexuels des personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH, toute autre IST ou une hépatite virale et les partenaires de partage de matériel d'injection ; b) conseiller ces partenaires ; c) leur proposer des services et en premier lieu le dépistage puis secondairement une prise en charge adaptée. Les Etats-Unis, le Canada, la Suède et le Royaume Uni pratiquent depuis longtemps cette notification. Le développement du dispositif en France est en cours, sous la direction de l'ANRS.

Les objectifs français de lutte contre le VIH sont donc superposables aux objectifs mondiaux et font du dépistage le fer de lance du dispositif de lutte contre l'épidémie. Les principaux axes de lutte font appel aux principes de prévention (dépistage, information, éducation) de prise en charge (thérapeutique et sociale), de lutte contre les discriminations, de recherche et d'observation épidémiologique.

Même si, actuellement, les objectifs ne semblent pas avoir été atteints, le HCSP salue les efforts menés par les différents acteurs du dispositif français de dépistage du VIH, et notamment par les médecins généralistes. Il note une augmentation du nombre de dépistages et un meilleur ciblage de ce dernier grâce à l'utilisation de nouveaux tests diagnostiques et la multiplication des acteurs et des lieux intervenants dans sa réalisation. Toutefois, les actions menées pour les populations particulièrement exposées semblent à l'heure actuelle toujours insuffisantes.

3) L'impact des avancées thérapeutiques [33] [34]

Depuis l'an 2000, la riposte mondiale au VIH a permis d'éviter 30 millions de nouvelles infections et près de 8 millions de décès.

Les trithérapies antirétrovirales sont disponibles depuis 1996 et ont transformé le pronostic ainsi que la qualité de vie des personnes touchées par le VIH dans les pays occidentaux. L'infection, qui fut synonyme par le passé de condamnation à mort, est en train d'obtenir le statut de « maladie chronique » aux yeux des spécialistes du monde entier, à l'instar du diabète.

Réalisée en 2011 auprès de 3 022 patients suivis dans 73 services d'hôpitaux français métropolitains, l'enquête « VESPA 2 » [35] apporte des informations sur l'état de santé des PVVIH médicalement suivies. Une comparaison est aussi possible avec les données de la première enquête « VESPA 1 » menée en 2003. L'enquête « VESPA 2 » montre une amélioration de la couverture thérapeutique et de l'état de santé des PVVIH. En effet, plus de 90 % des personnes suivies sont sous traitement antirétroviral, et on a pu constater une augmentation significative du nombre de PVVIH avec un taux de lymphocytes TCD4 supérieur à 500/mm³ ainsi que de ceux ayant une charge virale < à 50 copies/ml. L'enquête « Mortalité 2010 » a quant-à-elle montré une baisse de la mortalité par rapport à celle de l'an 2000, en lien avec la baisse de la part des causes de décès directement liées au VIH (652 décès en 2010 VS 692 en 2000) [36].

En 2019, on peut vivre longtemps et en bonne santé avec le VIH, lorsque l'accès aux soins est possible et si l'infection a été dépistée précocement. En France, le traitement est débuté dès que l'on découvre qu'une personne est séropositive. De ce fait le stade sida est de plus en plus rarement atteint et le virus disparaît du sang et des sécrétions génitales. Un traitement bien conduit peut aussi permettre la restauration du système immunitaire du patient, et d'autant mieux que celui-ci est débuté tôt. Ainsi, les maladies « opportunistes » liées à l'infection sont moins fréquentes.

La santé d'une PVVIH est en 2019, et depuis des années, comparable à celle d'une personne non infectée par le virus. L'espérance de vie pour les PVVIH est comparable (voire supérieure) à celle de la population générale. Selon certaines études, un homme jeune qui serait dépisté en 2018 juste après une contamination, correctement traité et suivi, ne présentant pas de co-infection VHB-VHC, aurait une espérance de vie de 89 ans, soit dix ans de plus que l'espérance de vie d'un homme en France la même année. Ce chiffre s'explique sans doute par un suivi médical beaucoup plus régulier que dans la population générale masculine, ainsi que par un dépistage et une prise en charge plus précoces des maladies associées (facteurs de risques cardiovasculaires, diabète, insuffisance rénale, hépatites, IST...). Les traitements actuels permettent aux personnes touchées de faire des projets de vie durables, qu'ils soient familiaux ou professionnels.

Néanmoins, sans doute à cause de la persistance du virus dans certaines cellules du système immunitaire, les pathologies liées au vieillissement semblent plus précoces et certains cancers plus fréquents chez les PVVIH (lymphomes non Hodgkiniens, maladie de Kaposi, cancer du col de l'utérus, cancer du canal anal, hépatocarcinome si co-infection avec le VHB-VHC...).

Les PVVIH ayant vécu pendant une longue période sans traitement peuvent aussi porter les séquelles de l'infection ou des maladies opportunistes contractées.

La notion de vieillissement accéléré est admise et due à plusieurs facteurs :

- inflammation et immunodépression chroniques induites par le virus lui-même ;
- effets indésirables des traitements ;
- résistances acquises aux traitements anti-rétroviraux ;
- interactions médicamenteuses, avec diminution de l'efficacité de certains traitements pris de manière concomitante ou potentialisation d'effets indésirables d'autres traitements ;
- isolement, syndromes dépressifs (une part importante des personnes ayant contracté tôt l'infection par le VIH n'a pas construit de vie de couple ou de projet parental).

En 2019, les traitements antirétroviraux sont beaucoup plus simples à prendre qu'il y a vingt ans, généralement en une seule prise par jour de 1 à 3 comprimés. Ils sont beaucoup mieux tolérés et s'accompagnent de moins d'effets indésirables, à court et à long termes. Le nombre de molécules disponibles permet d'adapter le traitement à chaque personne en cas de problèmes d'efficacité ou de tolérance. De nouvelles galéniques sont en cours de développement et seront prochainement disponibles en France : implants, injections mensuelles, injections trimestrielles ...

Il existe actuellement 5 grandes classes d'antirétroviraux contre le VIH :

- les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse, qui exposent principalement à des troubles digestifs et à des interactions médicamenteuses ;
- les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, qui exposent principalement à des rashes cutanés plus ou moins graves et à des interactions médicamenteuses ;
- les inhibiteurs de la protéase, qui exposent principalement à des troubles digestifs, des troubles métaboliques, des hépatites médicamenteuses et à des interactions médicamenteuses ;
- les inhibiteurs de l'intégrase, qui exposent principalement à des troubles digestifs et à des interactions médicamenteuses ; ces inhibiteurs de l'intégrase sont, à contrario des autres classes, beaucoup mieux tolérées sur le plan métabolique ;
- les inhibiteurs du co-récepteur CCR5.

Les effets indésirables communs à long terme des traitements antirétroviraux sont :

- la lipodystrophie (redistribution anormale des tissus adipeux du corps, notamment sur le visage) ;
- les cytopathies mitochondriales, entraînant une carence de production énergétique cellulaire et donc un défaut de fonctionnement des organes touchés ;
- les toxicités cardiovasculaires (HTA, athérome...)
- les toxicités rénales ;
- l'ostéoporose ;
- les toxicités métaboliques.

En 2019, il est admis qu'une personne traitée plus de six mois, avec une charge virale indétectable, ne transmet plus le virus du SIDA. Cela implique que les couples séro-discordants peuvent avoir des rapports sexuels réguliers non protégés et concevoir des enfants sans risque de transmission pour le partenaire ou l'enfant à naître.

En ce qui concerne l'impact socio-économique des thérapeutiques antirétrovirales, il reste beaucoup plus modéré que celui sur la morbi-mortalité. En effet, et toujours selon les enquêtes comparatives « VESPA 1 » et « VESPA 2 », le taux d'activité (actifs et chômeurs en recherche d'emploi) n'augmente que modestement depuis 2003, avec une progression de 3% des personnes en emploi, de 2% des personnes au chômage en recherche d'emploi et une baisse de 2% des personnes en invalidité. En ce qui concerne les conditions de vie, les difficultés financières ont tendance à augmenter entre les deux études avec une augmentation du nombre de personnes déclarant ne pas pouvoir – ou très difficilement – faire face à leurs besoins (29 % en 2003 et 32 % en 2011). Une PVVIH sur cinq déclare par ailleurs ne pas pouvoir se nourrir correctement par manque d'argent (taux stable par rapport à 2003, mais beaucoup plus élevé qu'en population générale). Les conditions de logement sont stables et la part de propriétaires progresse, mais reste moindre que celle de la population générale (32 % VS 58 %).

En terme de discrimination, l'enquête « VESPA 2 » révèle que 25% des personnes séropositives interrogées en ont subi, mais pas uniquement à cause de leur statut sérologique. En effet, la couleur de peau ou les origines géographiques, l'orientation sexuelle, la situation socio-économique et le genre sont aussi impliqués [37].

La prévalence de la dépression a été estimée à 28 % parmi les PVVIH (plus élevée que dans la population générale), et particulièrement dans le groupe des HSH. 6,3% des PVVIH présenteraient un risque suicidaire. Ces résultats sont confirmés par le travail de thèse de Madame Carolina CATUNDA (docteur en psychologie), portant sur les aspects psychosociaux de la qualité de vie des PVVIH, qui montre que les PVVIH ont une qualité de vie significativement plus détériorée avec plus d'anxiété et de dépression que les personnes séronégatives (enquête portant sur 407 personnes) [38].

L'impact des traitements antirétroviraux est donc considérable depuis leur création, en termes de santé individuelle et de santé publique :

- diminution de la morbidité et de la mortalité directement liées au VIH, ainsi que du nombre de cas de sida ;**
- disparition du risque de transmission de l'infection aux partenaires ou aux enfants si le traitement est bien suivi et la charge virale est indétectable ;**
- aspiration tout de même à une qualité de vie socio-professionnelle meilleure, notamment grâce à une meilleure efficacité et à une meilleure tolérance des traitements antirétroviraux, ainsi que par l'apparition de formes galéniques optimisées.**

De ces différents progrès thérapeutiques doit découler un renforcement du dépistage précoce du VIH, car il permet à chaque patient atteint de vivre mieux, en meilleure santé, plus longtemps et sans transmettre le virus.

4) Les outils de prévention en France

Selon le rapport d'experts Morlat 2018 concernant le VIH [32], la prévention est « l'ensemble des mesures pour lesquelles le bon niveau de preuve scientifique justifie de les appliquer pour aboutir à un effet maximum de réduction de la transmission du VIH à l'échelle des populations ». Dans ce dernier rapport, cette prévention est requalifiée de « diversifiée » en plus de « combinée », considérant que la diversification du dépistage en termes de techniques, de lieux et d'intervenants est nécessaire pour impacter la dynamique de l'infection. Cette prévention « diversifiée » doit « cibler l'utilisation des ressources sur une importante proportion des populations les plus exposées en offrant, avec ses multiples mesures d'efficacité démontrée, une réelle opportunité d'augmenter le niveau global de prévention et de faire régresser la pandémie à des niveaux très faibles dans un pays comme la France ».

En France, en 2019, plusieurs moyens sont validés et retenus pour prévenir la transmission du VIH, en plus du dépistage.

Le préservatif masculin reste aujourd'hui l'une des mesures clés dans la prévention diversifiée, recommandation confirmée par les études les plus récentes [39]. Non seulement il prévient la transmission du VIH, mais il protège aussi des autres IST. Son efficacité théorique est élevée (98 %), mais son efficacité réelle est variable selon les IST et les pratiques sexuelles. Dans les rapports hétérosexuels, la réduction du risque d'infection par le VIH est estimée à 80 %. Dans les rapports homosexuels masculins, la réduction du risque d'infection VIH est estimée, d'après une méta-analyse de cinq cohortes, à 64 % (population chez qui la rupture ou le glissement sont plus fréquents). En effet, dans l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » de 2006, 20 % des utilisateurs de préservatifs ont rapporté des accidents par rupture ou par glissement au cours des 12 derniers mois. Malgré ces défauts, il est nécessaire de maintenir auprès de la population générale la connaissance du préservatif masculin et d'informer le plus grand nombre sur ses qualités préventives. De par ses caractéristiques d'utilisation et d'acceptation, le préservatif masculin est un moyen de prévention

incontournable. Ses ventes augmentent de façon importante depuis les années 2000. Les grandes surfaces et les pharmacies en sont les deux principaux fournisseurs. Plus de 74 millions de préservatifs ont été vendus en l'an 2000 en France et 106 millions en 2016. Chaque année, l'état français met à disposition, et ce gratuitement, 5 à 6 millions de préservatifs masculins.

En Angleterre, Phillips a estimé que si l'usage du préservatif s'était arrêté en l'an 2000, l'incidence de l'infection à VIH aurait été multipliée par cinq entre 2001 et 2006 par rapport à ce qui a été observé réellement [40].

L'étude Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (KABP) de 2010 [41], qui fait état des connaissances, des attitudes, des croyances et des comportements de la population générale face au sida, montre que l'usage du préservatif reste variable en France. En effet, les jeunes franciliens sont seulement 80% à protéger leur premier rapport sexuel par un préservatif. Plus de 16% des hommes et des femmes d'Ile-de-France déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif alors qu'ils ont eu plusieurs partenaires dans l'année. De même, seules 16% des franciliennes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Les résultats de cette étude semblent aussi montrer que la population fait de moins en moins confiance au préservatif pour prévenir la transmission du VIH. En effet, depuis 1998, les franciliens sont de moins en moins nombreux à considérer le préservatif comme vraiment efficace contre la transmission du virus (59 % en 2010 contre 73 % en 1994) et 25% pensent que le VIH peut se transmettre lors de rapports avec usage de préservatifs.

Afin de toucher un maximum de personnes, une attention doit être portée aux demandes des utilisateurs pour un meilleur confort sexuel. De nouveaux produits existent et offrent une bonne diversité de tailles, de matières, de textures et d'épaisseurs. La promotion du préservatif doit donc présenter cette gamme de produits disponibles ainsi que leur coût. Malheureusement l'offre soutenue par les pouvoirs publics reste limitée en raison des restrictions budgétaires mais aussi des règles d'achats des établissements publics français. L'ajustement aux besoins individuels semble donc complexe dans cette situation. Le prix de départ d'un préservatif masculin est de 56 centimes d'euros en France.

Disponible depuis 1991 en Europe, le préservatif féminin ou « interne » reste peu utilisé. Importé et commercialisé par une seule société, il est vendu sur le marché au prix de 7 euros la boîte de trois et reste donc beaucoup plus cher que le dispositif masculin. Dans la pratique, il est encore peu disponible et peu visible dans les pharmacies et les commerces et est surtout distribué gratuitement par Santé publique France ou via les centres de planning familial ainsi que par les associations. Cette distribution tend à baisser ces dernières années, moins de 500 000 préservatifs internes ayant été donnés en 2017.

Un autre moyen de prévention efficace est le traitement anti-rétroviral lui-même. Son objectif est de réduire la quantité de virus dans l'organisme dans le but d'épargner ou de restaurer le système immunitaire, mais aussi de diminuer le risque de transmission du virus à autrui par diminution de l'inoculum viral. Ainsi, chez la plupart des patients, il permet de faire baisser la charge virale plasmatique à un niveau indétectable. C'est la notion de « Treatment as Prevention » ou TasP.

Cinq études observationnelles ont montré que le traitement antirétroviral permettait de réduire le taux de transmission du VIH (études « ANRS 12249 TasP », « SEARCH », « PopART », « BCPP » et « MaxART »). Ces résultats sont confirmés par l'essai clinique « HPTN 052 », multicentrique et international, de 2011 [42], conduit chez 1 763 couples hétérosexuels séro-discordants, suivis en médiane pendant 5,5 ans, qui a montré que le traitement antirétroviral réduisait le taux d'incidence du VIH de 93 % (IC95% : 78 - 98). Pour les couples homosexuels, trois études observationnelles européennes (« Partner 1 », « Partner 2 » et « Attract ») sont terminées ou en cours, et pour le moment, il n'y a eu aucune transmission du VIH observée entre la personne séropositive traitée et son partenaire séronégatif.

Publiée dans le Lancet en Mars 2019, l'étude « Partner 2 » [43] a enrôlé 972 couples homosexuels séro-discordants, dans 14 pays européens. Parmi ces couples, 783 étaient éligibles (relations sans préservatif, pas d'utilisation de PrEP par le partenaire séronégatif, charge virale inférieure à 200 copies pendant 12 mois, prise du traitement ARV depuis plus de quatre ans). Les résultats démontrent qu'après 75 000 actes sexuels sans préservatifs, aucun cas de transmission n'a été observé entre les partenaires (**figure 26**).

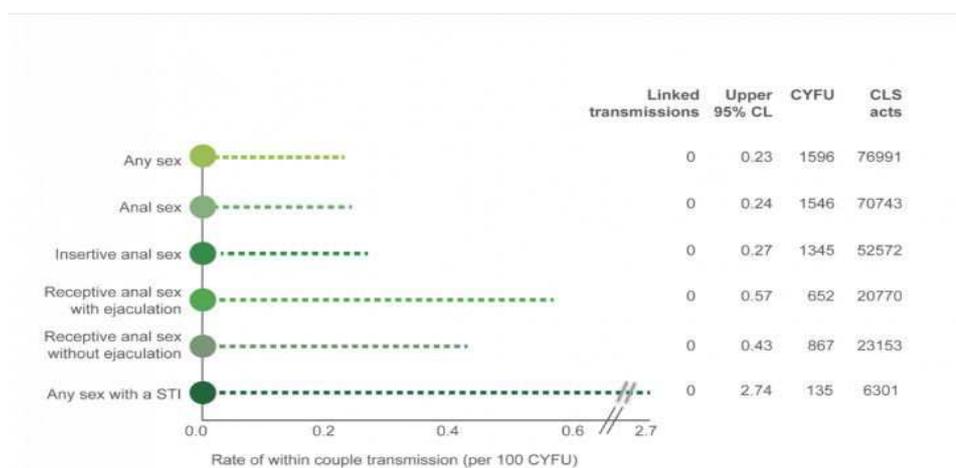


Figure 26 - Taux de transmission du VIH en fonction du comportement sexuel rapporté par le partenaire séronégatif. Source : Etude « Partner 2 », 2019. Any sex = n'importe quel rapport sexuel ; anal sex = rapport anal ; insertive anal sex = rapport anal actif ; receptive anal sex with ejaculation = rapport anal passif avec éjaculation ; receptive anal sex without ejaculation = rapport anal passif sans éjaculation ; any sex with a STI = n'importe quel rapport sexuel avec une IST ; Rate of within couple transmission = taux de transmission dans le couple ; linked transmission = nombre de transmission ; les intervalles de confiance à 95% sont tous compris entre 0 et la valeur de la colonne « upper 95% CL ».

Grâce à ces études, il a été possible d'estimer le risque de transmission du VIH par acte sexuel non protégé lorsque le partenaire séropositif est sous traitement antirétroviral (depuis plus de six mois et avec une charge virale indétectable). Pour les couples hétérosexuels, le risque est compris entre zéro et une transmission pour 38 500 actes sexuels non protégés. Pour les couples d'HSH, ce risque est compris entre zéro et au maximum une transmission pour 7 600 actes sexuels non protégés. Ainsi, il faudrait environ 419 ans pour un couple d'HSH ayant une fréquence normale de rapports sexuels sans préservatifs pour qu'il y ait transmission.

Stratégie voisine du « TasP », la PrEP est désormais une priorité dans la stratégie de prévention diversifiée, avec pour principale cible les HSH. La PrEP consiste en l'utilisation de médicaments antirétroviraux en prévention de l'acquisition du VIH chez les personnes non infectées, avec une réduction de 44 à 86% de l'incidence du VIH dans des populations à forte incidence, selon plusieurs études récentes. En mars 2017, l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de ce traitement « préventif » du VIH a été obtenue, avec un remboursement intégral du médicament. Les premières données de suivi de la cohorte « ANRS IPERGAY » lancée en 2015 confirment l'excellente efficacité de la PrEP chez les HSH, estimée à 97 % (une seule contamination sur les 362 participants de l'étude avec un suivi de 18 mois).

En juillet 2017 en France, on comptait 5352 hommes sous PrEP. Le nombre de nouvelles prescriptions reste pour le moment modéré. A ce stade, moins d'un HSH à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle sur six a donc initié une PrEP en France. Les résultats de l'étude médico-économique française associée à l'essai « ANRS IPERGAY » montrent que la PrEP chez les HSH à risque élevé d'infection présente un ratio coût-efficacité de 75 258 € par infection évitée.

La PrEP est recommandée pour les individus très exposés. Ainsi, le groupe d'experts Morlat 2018 recommande que toute personne HSH ou transgenre non infectée par le VIH soit potentiellement éligible à la PrEP [32], et particulièrement les sujets considérés à haut risque (**figure 27**).

Source : Brochure Prescripteur ATU / AMM*

<p>Les critères suivants peuvent aider à identifier les individus à haut risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ou personnes transgenres ET au moins l'un des critères ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> – Rapports sexuels anaux non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les six derniers mois ; – Episodes d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans les 12 derniers mois (syphilis, gonococcie, infection à <i>Chlamydia</i>, primo-infection hépatite B ou hépatite C) ; – Plusieurs recours à la prophylaxie post-exposition (PEP) dans les 12 derniers mois ; – Usage de drogues psycho-actives (cocaïne, GHB, MDMA, méphédronne) lors des rapports sexuels (Cf. autre section de ce même chapitre). • Autres personnes en situation à haut risque d'acquisition de l'infection par le VIH chez lesquelles une PrEP peut être envisagée au cas par cas : <ul style="list-style-type: none"> – Sujet en situation de prostitution soumis à des rapports sexuels non protégés ; – Sujet en situation de vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée : <ul style="list-style-type: none"> • Sujet originaire de région à forte prévalence pour le VIH • Sujet ayant des partenaires sexuels multiples • Sujet usager de drogues injectables – Sujet ayant des rapports non protégés avec des personnes ayant des facteurs physiques augmentant le risque de transmission de l'infection par le VIH chez la personne exposée : ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement ; – Autre situation jugée à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle.

Figure 27 - Facteurs permettant d'identifier les sujets à haut risque d'acquisition du VIH-1.

Deux schémas de prise sont actuellement validés en France :

- le schéma « continu » : prise quotidienne d'un comprimé par jour pendant 7 jours avant le rapport sexuel supposé à risque et jusqu'à 28 jours après (= schéma de l'essai « ANRS IPERGAY »).
- le schéma « discontinu » ou « à la demande », actuellement uniquement chez les HSH et hors AMM : prise d'un comprimé la veille, le jour-même et lendemain du rapport supposé à risque (= schéma de l'étude « ANRS Prévenir » de 2017 [44]).

La prescription de la PrEP se fait lors d'une première consultation dans un service dédié. Une deuxième consultation fait ensuite le bilan des quatre premières semaines d'utilisation. Le suivi est ensuite régulier et doit entre autres être l'occasion d'un véritable accompagnement en santé sexuelle. Un accompagnement communautaire est aussi proposé dans certains centres de prise en charge avec la contribution d'intervenants formés pour encourager l'observance du traitement, apportant un soutien complémentaire aux consultations médicales.

La PrEP est donc une approche préventive globale, et son développement doit être facilité dans les services hospitaliers, les CeGIDD et en médecine ambulatoire. En parallèle, la formation des professionnels de santé doit être conséquente, l'association AIDES a notamment déjà rédigé un guide pour accompagner les prescripteurs et les usagers de la PrEP.

Dernièrement, notons que la circoncision masculine médicalisée ne trouve pas sa place en France dans les stratégies de prévention du VIH, à contrario de l'Afrique par exemple.

En terme de prévention, la France fait donc des efforts conséquents afin d'inverser la courbe des nouvelles infections VIH et d'atteindre ses objectifs pour 2020 et 2030. Outre les méthodes citées ci-dessus (dépistage renforcé, usage du préservatif, TasP et PrEP), elle mise aussi sur les notions de sensibilisation, d'éducation et de responsabilisation de la population vis-à-vis de la santé sexuelle. Le corps médical tend à collaborer de plus en plus avec les écoles, les associations, les centres de dépistage et de « santé sexuelle », ainsi qu'avec les médias afin qu'un maximum de français soit conscient qu'une sexualité épanouie va de paire avec une sexualité responsable.

III) Le dépistage du VIH

1) La prévention en Médecine Générale [45]

La prévention fait partie de l'une des cinq grandes fonctions de la médecine générale, qui sont [46] :

- le premier recours : recueil des plaintes du patient, analyse du problème, évaluation de la gravité ; prise de décision concernant la conduite à tenir ;
- la prise en charge globale : analyse de la problématique dans trois champs « OPE » : Organe, Personne, Environnement ;
- la continuité des soins : assurer le suivi dans la durée imposée par la problématique de santé du patient et vérifier la bonne transmission interdisciplinaire des données le concernant ;
- la coordination des soins : mobiliser les ressources adaptées (médicales ou médico-sociales) et nécessaires à la résolution de la problématique de santé posée par le patient et en vérifier l'efficacité ;
- la santé publique : **prévenir**, informer, éduquer le patient et promouvoir la santé à l'échelon individuel mais aussi global, en relai des politiques nationales de santé.

En France, elle implique trois principaux acteurs :

- le gouvernement qui établit les politiques de santé publique ;
- les médias avec les campagnes publicitaires incitatives : « parlez-en à votre médecin » ;
- le médecin généraliste qui relaie les messages de santé publique.

Différents travaux de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

(IRDES) montrent que 45% des consultations de Médecine Générale sont dédiées à un problème nouveau exposé par le patient, 33% concernent des actes de contrôle, de surveillance et de réévaluation et que 15 à 20% des consultations constituent des actes de prévention et de dépistage.

La prévention est essentielle à la construction de la relation de soins avec le patient. Son concept est très ancien. Au Vème siècle avant JC, Hippocrate préconisait déjà : « *que ton alimentation soit ta première médecine* ». Les champs auxquels elle s'applique sont multiples : nutrition, comportements à risque, infectiologie, violence, troubles sensoriels et du développement psycho-moteur, promotion de l'activité physique et de l'observance thérapeutique...

Malgré l'importance de la prévention et du dépistage en terme de santé publique, ces champs de la Médecine Générale ne se voient offrir que très peu de temps de consultation dédié. En 2019, on estime qu'une consultation chez le médecin généraliste dure en moyenne 16 minutes (15 minutes au cabinet et 18 minutes en visite) en France, avec seulement 4,8% des consultations qui durent plus de 30 minutes. Concernant le temps nécessaire au bon déroulement de l'activité de prévention et de dépistage, une étude américaine publiée en 2003 a estimé le temps nécessaire à un médecin pour

délivrer l'ensemble des soins préventifs recommandés avec un grade A ou B par l'United States Preventive Services Task Force. Pour une patientèle de 2 500 patients représentatifs de la population américaine, il faudrait y consacrer 1 773 heures par an, soit 7,4 heures par journée de travail [47].

On rappelle qu'en 2019, les dépistages suivants sont recommandés lors d'une consultation de médecine générale, ce qui semble beaucoup vu le temps de consultation disponible :

- dépistage du VIH général et ciblé, ainsi que des hépatites et des IST associées ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus (FCU tous les 3 ans de 25 à 69 ans) ;
- dépistage du cancer du sein (mammographie tous les 2 à 3 ans de 50 à 74 ans) ;
- dépistage du cancer colo-rectal (tous les 2 ans de 50 à 74 ans) ;
- dépistage du cancer de la prostate (discussion du dosage du PSA sérique entre 55 et 69 ans associé à un toucher rectal) ;
- dépistage du cancer du poumon (scanner low-dose chez des patients jugés à risque (gros fumeurs)) ;
- dépistage de l'incontinence urinaire chez la personne âgée ;
- dépistage de l'infertilité ;
- dépistage de l'hypertension artérielle ;
- dépistage du diabète de type 2 ;
- dépistage de l'obésité ;
- dépistage de la pauvreté ;
- dépistage des violences conjugales (obligatoire lors de la grossesse).

Bien que la Médecine Générale soit au cœur des actions de prévention et de dépistage, elle n'en est cependant pas moins une exécutante aveugle des recommandations des sociétés savantes avec certaines remises en question des pratiques, et ce par le Collège de Médecine Générale (CMG) et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Cela concerne certains domaines tels que le dosage du PSA dans le dépistage du cancer de la prostate, la réalisation systématique d'un ECG lors de la rédaction d'un certificat de sport ou encore la réalisation du dépistage généralisé pour le VIH.

Afin d'atteindre les objectifs de santé publique fixés par la convention médicale de 2011 (et revus en 2016), l'Etat a créé la Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP). Elle récompense financièrement les bonnes pratiques des médecins généralistes en évaluant 29 indicateurs. Parmi ces 29 indicateurs, 12 sont consacrés à la prévention (contre 9 pour l'efficacité et 8 pour le suivi de pathologies chroniques). Sa création a permis, entre 2012 et 2015 de faire progresser de dix points les indicateurs du suivi des pathologies chroniques, de sept points ceux de la prévention et de vingt points ceux de l'efficacité des prescriptions. Ces objectifs évoluent en fonction des recommandations des sociétés savantes, des politiques de santé publique mais aussi de leur impact sur l'efficacité des soins et sur la qualité des pratiques. Actuellement, l'activité du dépistage du VIH ne fait pas partie des indicateurs pour la ROSP.

Par ailleurs, en 2017, une nouvelle cotation des consultations de Médecine Générale est entrée en vigueur, valorisant notamment l'activité de prévention et de dépistage avec une consultation dite « CCP » (Consultation de Contraception et de Prévention) au cours de laquelle le médecin informe la patiente âgée de 15 à 18 ans sur les méthodes contraceptives et les IST (46 euros en tiers payant intégral) ; ou encore une consultation dite « CSO » (Consultation Suivi de l'Obésité) pour les enfants de 3 à 12 ans (là-aussi 46 euros en tiers payant intégral).

Bien que la prévention et le dépistage soient destinés à tous, le constat est fait que, malgré les objectifs de lutte nationaux contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, ils ne bénéficient pas à toutes les catégories socio-professionnelles de la population française. En témoigne ce travail de 2012 réalisé par Monsieur Cyril DELPIERRE (de l'INSERM) sur les inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées [48]. La population étudiée comptait plus de 2 millions d'adultes bénéficiant des trois régimes principaux d'assurance maladie et évaluait leur recours aux soins et à la prévention, sur une période de douze mois (entre 2012 et 2013), au moyen de différents indicateurs tels que : le nombre de personnes ayant bénéficié d'une consultation chez le médecin généraliste, le nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'au moins une mammographie, le nombre de femmes de 25 à 64 ans ayant bénéficié d'au moins un frottis cervico-utérin, le nombre de patients diabétiques traités de 50 ans et plus ayant eu au moins trois dosages de l'hémoglobine glyquée. Les résultats étaient sans appel : de façon générale, dans l'ensemble de la population, plus les personnes vivaient dans une zone défavorisée, plus la consommation de soins (ajustée sur l'âge, le sexe et une éventuelle ALD) était faible (**figure 28**).

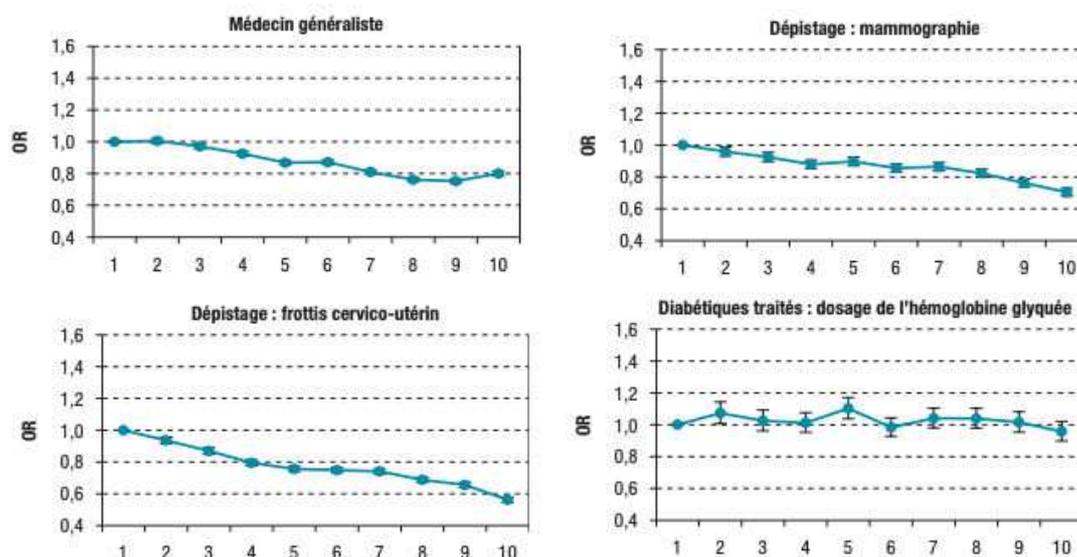


Figure 28 - Gradient social de recours aux soins pour chacun des indicateurs étudiés, Midi-Pyrénées (France), 2012. Odds ratios (en fonction de l'indice de défavorisation ajustés sur l'âge, le sexe et l'ALD). En abscisse : l'EDI (European Deprivation Index) en déciles (plus l'EDI est élevé, plus le milieu est défavorisé), en ordonnée : l'Odds Ratio. Source : INÉGALITÉS SOCIALES D'ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION EN MIDI-PYRÉNÉES, FRANCE, 2012.

En France, en 2018, on estime que 83% des français consultent leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année dont 11% qui le font de manière mensuelle et 55% de manière pluri-annuelle (sondage Opinion Way pour Medaviz, Juin 2018).

Chez le groupe des HSH, en moyenne 81,5% consulte son médecin généraliste au moins une fois dans l'année [49].

Environ près d'un tiers des médecins généralistes déclare ne voir aucun usager dépendant aux opiacés [50].

En ce qui concerne les personnes nées à l'étranger, en 2015, l'enquête « Parcours et Profil des Migrants » montre que 16% des nouveaux migrants ne consultent pas de médecin généraliste (22% parmi les hommes et 12% parmi les femmes), et ce même si ils considèrent que leur état de santé est moyen ou mauvais. Cette étude montre par ailleurs que les principaux déterminants de non recours aux soins sont : une faible aisance en français ainsi que le fait de déclarer ne pas avoir de limitation fonctionnelle [51].

En 2011, seulement 17% des travailleurs du sexe déclaraient avoir bénéficié d'une consultation de médecine générale au cours des douze derniers mois.

L'activité de prévention est l'un des rôles majeurs de la Médecine Générale en France. Néanmoins, force est de constater que le manque de temps disponible ainsi que les inégalités d'accès aux soins freinent son applicabilité. La part de ceux qui ne vont pas ou très peu consulter le médecin généraliste est faible (sauf pour le groupe des travailleurs du sexe), mais cependant loin d'être négligeable. Tout cela contribue au faible niveau d'efficacité du dépistage du VIH et à l'entretien de l'épidémie « cachée » du virus sur le territoire.

2) Les données épidémiologiques [1]

Aujourd'hui en France, l'épidémie du VIH est dite « concentrée », c'est-à-dire que le nombre de nouvelles contaminations annuelles n'augmente pas, mais qu'il ne régresse pas non plus, et ce depuis plusieurs années.

Le nombre de sérologies de dépistage réalisées en laboratoire (méthode ELISA) a augmenté de 6.4% par rapport à 2014, mais seulement d'1,04% comparé aux chiffres de 2005. Ce sont donc, en 2017, 5,6 millions de sérologies VIH qui ont été réalisées par les 4227 laboratoires de biologie médicale, nombre record depuis le début des années 2000, mais semblant toujours insuffisant (**figure 29**). Cette faible augmentation du nombre annuel de sérologies VIH réalisées semble confirmer qu'il existe un manque d'application des recommandations concernant le dépistage de l'infection préconisées par la HAS, soit par absence de connaissance de ces dernières, soit par désapprobation.

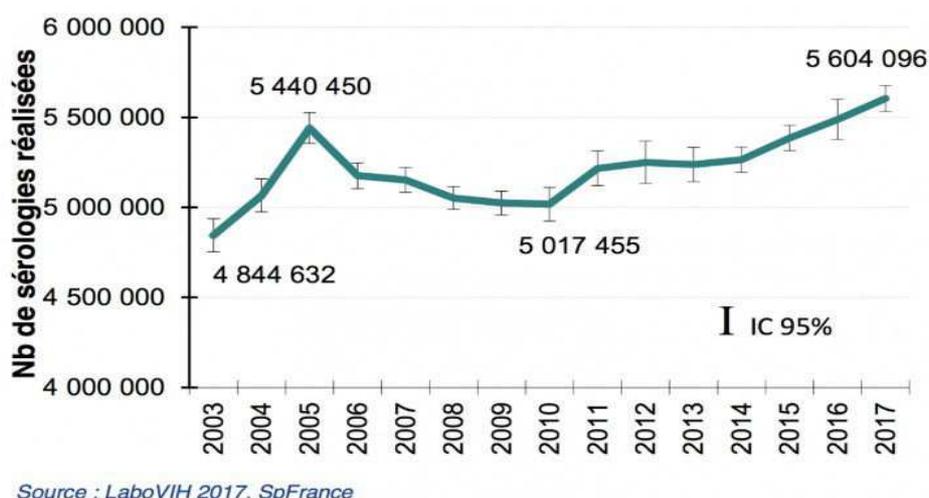


Figure 29 – Evolution du nombre annuel de sérologies VIH en France de 2003 à 2017.

En parallèle, on assiste à une stagnation du taux annuel de sérologies VIH positives (**figure 30**), alors que le nombre de personnes ignorant leur séropositivité ne diminue pas. Il semblerait donc que ces dernières échappent encore au dépistage. En 2008, 10 651 sérologies réalisées sont revenues positives, chiffre quasiment similaire à celui de 2016 (10 667), soit un taux de sérologies positives rapporté au nombre total de sérologies réalisées stagnant à environ 2,0-2,2 pour mille (**figure 31**). Le dépistage ne profite donc pas à ceux qui en ont le plus besoin, et la France reste championne dans le « dépistage des séronégatifs ».

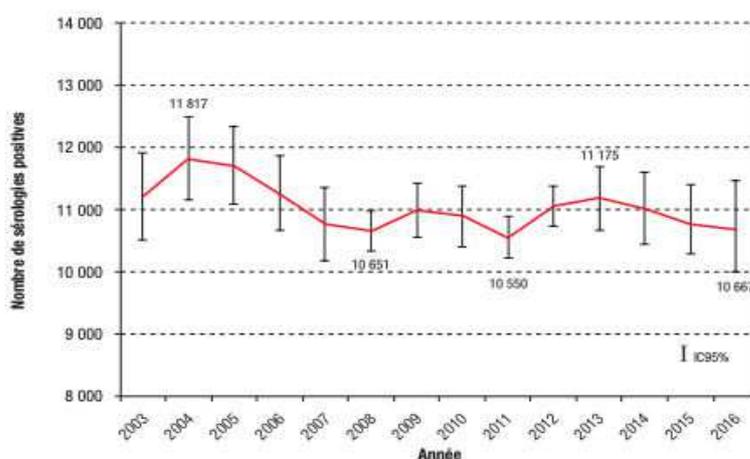


Figure 30 – Nombre de sérologies VIH positives annuelles de 2003 à 2017. Source : INVS.



Figure 31 : Nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale et taux de sérologies positives pour mille, France, 2010-2017.

Sur les 5,3 millions de sérologies prescrites par des médecins en 2017 (5,6 millions moins 300 000 sérologies hors prescription médicale dans les CeGIDD), 75% l'ont été en ambulatoire, soit environ 4 millions. Le reste a été prescrit à l'hôpital (1 million). Les laboratoires de ville sont à l'origine de 32% des découvertes annuelles de séropositivité. L'hôpital est donc le lieu où se fait la majorité des découvertes (58%).

Avec 1,36 million [IC95%: 1,30-1,42] de sérologies réalisées en 2017, l'Île-de-France représente 25% l'activité nationale métropolitaine de dépistage. Toujours en 2017, les régions où l'activité de dépistage du VIH est la plus importante sont la Guyane (231 sérologies/1 000 habitants), la Guadeloupe (170), la Martinique (150), Mayotte (130), l'Île-de-France (115), la Réunion (108) et la région PACA (104). Les autres régions ont des taux compris entre 58 et 81 sérologies réalisées pour 1 000 habitants [52].

Les données concernant le stade de la maladie au moment de sa découverte convergent vers cette idée que le dépistage ne cible toujours pas les bonnes populations avec une proportion de diagnostics à un stade avancé toujours plus élevée chez les UDI (46% de diagnostics à un stade avancé en 2017-2018), chez les hommes hétérosexuels nés à l'étranger (42%), chez les personnes vivant en Outre-Mer (36,6%), chez les hommes hétérosexuels nés en France (38%), chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (31%) et chez les HSH (18%). En analyse multivariée, les facteurs associés au dépistage tardif sont : une contamination hétérosexuelle ou par matériel d'injection de drogues, le sexe masculin, l'âge > 50 ans, une domiciliation hors Île-de-France, le fait d'être né à l'étranger, le fait d'exercer certaines professions (cadres supérieurs, commerçants, chefs d'entreprises) et l'absence d'antécédent de dépistage de l'infection VIH [53].

En 2018, la moitié des découvertes de séropositivité (49%) concernait des personnes qui déclaraient n'avoir jamais été testées auparavant, avec une augmentation de ce taux comparé à la période 2015-2016 (**figure 32**). Ces chiffres sont particulièrement vérifiés en Guyane et à la Réunion (58%), en Normandie (54%), en Bourgogne et Franche-Comté (51%), en Ile-de-France (38-51%) et en Guadeloupe (50%). 93% de ces personnes avaient consulté un médecin généraliste l'année précédent le diagnostic.

En 2016, 26% des HSH n'avaient jamais bénéficié d'un test de dépistage avant leur diagnostic alors que 94% d'entre eux avaient consulté un médecin généraliste l'année précédente. Pour les hétérosexuels nés en France, ils étaient 46% à n'avoir jamais bénéficié de sérologie avant leur diagnostic. Ce taux était de 58% pour les hétérosexuels nés à l'étranger et de 41% pour les personnes transgenre.

Une étude menée en 2018 auprès de 14 500 HSH par Annie VELTER, socio-démographe à Santé publique France, montrait qu'un tiers d'entre eux n'avaient pas réalisé de sérologie de dépistage depuis plus d'un an et que 17% n'avaient jamais réalisé de sérologie VIH au cours de leur vie. Seule la moitié d'entre eux se faisait dépister régulièrement (au moins une fois par an) [54].

Une autre étude de 2010 en Ile-de-France, portant sur des patients adultes (18-70 ans), montrait que 4 hommes sur 10 et 3 femmes sur 10 n'avaient jamais bénéficié d'un dépistage pour le VIH [55].

En 2015, Ophélie CHRETIEN s'est quant-à-elle penchée sur les opportunités manquées de dépistage du VIH en Médecine Générale, en réalisant une enquête auprès de patients diagnostiqués tardivement ($CD4 < 350/mm^3$ ou stade sida) entre 2010 et 2013 et suivis dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen. Résultat, dans les 5 ans précédant le diagnostic, 73.7% avaient consulté au moins une fois un médecin pour des symptômes possiblement liés au VIH, et parmi eux 78.6% n'avaient pas reçu de proposition de test de dépistage. 63% des patients de l'étude appartenaient à un groupe à risque et parmi eux, seulement un peu plus d'un sur deux (54,5%) s'était vu proposer un test de dépistage ces 5 dernières années [56].

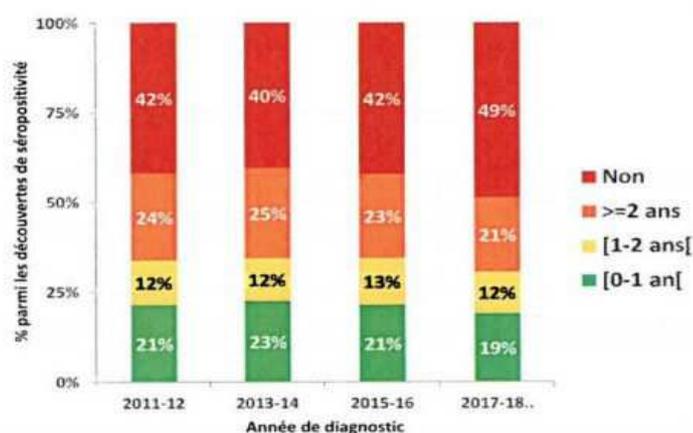


Figure 32 - Antécédents de sérologie VIH chez les personnes qui découvrent leur séropositivité et délai depuis la dernière. Source : Santé Publique France, DO VIH, données brutes au 30/09/2018.

Le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TRODs) réalisés en 2017 dans le cadre d'actions de « dépistage communautaire* » est de 55 770, chiffre stable par rapport à l'année 2016 (environ 56 300), mais en augmentation en comparaison à ceux de 2012 (31 700). La proportion de TRODs reste faible comparée aux sérologies ELISA classiques. Par contre, le nombre de TRODs positifs est plus élevé que celui des sérologies ELISA : 7,3 tests positifs pour 1 000 TRODs réalisés VS 2,0-2,2 sérologies positives pour 1000 réalisées en 2016 en France. Les plans d'action au cours desquels ils sont réalisés (par exemple les plans « hors les murs ») semblent plus toucher les populations les plus exposées au VIH. En effet en 2016, 31% des TRODs réalisés l'ont été chez des HSH et 34% chez des personnes nées à l'étranger. Parmi eux, plus d'un quart n'avaient jamais bénéficié d'une sérologie ELISA auparavant. Malheureusement, malgré un rendement plus élevé que la sérologie classique, le nombre de TRODs réalisés en France n'augmente plus depuis 2017 et reste toujours aussi faible par rapport au dépistage classique en médecine de ville. La principale cause de cette stagnation serait financière, avec des moyens gouvernementaux et associatifs limités.

** En 2018, une soixantaine de structures associatives ou de prévention ont été retenues dans le dispositif national de dépistage communautaire mis en place depuis huit ans en France et sont subventionnées par l'Etat. Ces structures font évoluer les méthodes de dépistage, avec des actions menées dans des locaux associatifs ou « hors les murs », entraînant une diversification des publics touchés.*

En ce qui concerne l'utilisation des TRODs en Médecine Générale, certains travaux ont été réalisés, dont la thèse de Madame Claire POIRIER en 2014 portant sur l'évaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité des TRODs en médecine générale [57]. Les questionnaires de 352 médecins généralistes ont été analysés et 77 % des médecins interrogés étaient favorables à l'utilisation des TRODs. Les trois principaux freins évoqués à leur utilisation étaient : les potentielles erreurs d'interprétation, le contrôle qualité fastidieux et le manque de formation. Les autres raisons évoquées étaient : la faible prévalence du VIH en médecine générale, une manipulation du test difficile, la crainte de proposer le test ou d'avoir à annoncer une séropositivité sans préparation préalable et le temps de consultation insuffisant à la réalisation du test.

Un autre travail de Thèse soutenu par Madame Fatoumata BECAM en 2015 interrogeait les freins à la réalisation des TRODs en Médecine Générale auprès de praticiens d'Ile-de-France. Sur les 103 répondants, 52% évoquaient la complexité du rendu d'un résultat positif, 37% le temps nécessaire à la réalisation du test trop long pour une consultation, 35% parlaient d'une fenêtre sérologique trop longue pour ce test et 25% évoquaient qu'il faille de toute manière effectuer une sérologie ELISA de confirmation. Les autres freins évoqués étaient la complexité de manipulation, le manque de fiabilité du test, le fait que la réalisation d'un test soit plus une activité de laboratoire que de Médecine Générale [58].

Une autre étude menée en 2012 par le réseau COREVIH Bretagne interrogeait les médecins généralistes de la région de Morlaix sur le dépistage du VIH. Sur les 19 médecins ayant répondu, 12 pensaient que les TRODs pouvaient améliorer le rendement du dépistage en Médecine Générale, et 7 seulement que leur réalisation était compatible avec leur activité libérale [59].

En ce qui concerne les autotests, 73 000 environ ont été vendus en pharmacie en 2017, soit un nombre stable comparé à celui de 2016 (74 650), et ce malgré l'arrivée sur le marché de tests moins chers. Rapporté à la population, le nombre d'autotests vendus en 2017 est de 11 pour 10 000 habitants. Ce taux est plus élevé en Ile-de-France (22 autotests vendus pour 10 000 habitants), en Auvergne-Rhône-Alpes (12), en Guyane (12) et en région PACA (11). Malgré le fait qu'ils soient encore moins utilisés que les TRODs, ces tests paraissent répondre aux attentes des personnes éloignées de l'offre de dépistage classique par leur simplicité de réalisation, leur rapidité diagnostique et leur discrétion. Le principal frein évoqué quant à sa réalisation est la crainte de se retrouver seul devant un résultat positif. Selon les données de l'enquête « Rapport Au Sexe » (février-mars 2017), les autotests ont permis de toucher des jeunes jamais dépistés auparavant, des hommes rapportant une activité sexuelle importante, et des HSH réticents de se rendre dans les centres de santé par crainte de manque de confidentialité [54]. Le manque de données observationnelles les concernant nous empêche à l'heure actuelle de connaître leur taux de positivité pour 1000 tests pratiqués.

Créés en 2016, les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)* ont bénéficié d'un premier bilan de leur activité qui est disponible dans le BEH de Novembre 2018 [60]. Dans les CeGIDD participant au recueil des données, 739 284 consultations ont été réalisées, dont 51% dédiées au dépistage/diagnostic du VIH. 85% des personnes consultant appartenaient à un groupe à risque. Malgré cela, le taux de positivité du dépistage reste assez bas, avec 4,1 dépistages positifs pour 1000 en 2016. En 2017, les CeGIDD ont été à l'origine de la prescription de seulement 300 000 sérologies VIH (soit 5% du total français) et de 10% des découvertes de séropositivité. Il semblerait que le manque de moyens soit là-aussi responsable de la stagnation du rendement du dépistage, avec un manque de personnel pour faire fonctionner ces structures, des horaires d'ouverture jugés insuffisants et des listes d'attente importantes, freinant considérablement l'accès aux consultations.

** Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ont été créés en 2016. Ces CeGIDD sont de nouvelles structures nées de la fusion des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Les CeGIDD ont des missions élargies par rapport à ces derniers, dans une approche globale de santé sexuelle. Leur objectif est d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage, notamment pour les populations les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre, et de garantir la simplification et la continuité de leur parcours de santé.*

Bien que la France soit l'un des plus grands prescripteurs de sérologies VIH d'Europe, plusieurs faits contribuent à l'entretien de l'épidémie « cachée » du VIH dans le pays :

- l'application modeste des recommandations de la HAS de 2017 par les médecins libéraux avec une quasi-stagnation du nombre annuel de sérologies réalisées depuis leur publication;
- l'échappement des personnes appartenant à des groupes à risque au dépistage classique ;

- le développement insuffisant des autres méthodes diagnostiques (TRODs, autotests) qui semblent mieux convenir aux populations les plus à risque ;
- le manque de moyens, empêchant le bon fonctionnement des CeGIDD ou le développement des d'actions « hors les murs ».

Le dépistage du VIH ne touche donc pas encore assez de personnes, et surtout ne touche pas les bonnes personnes. La part de dépistage classique en ville reste considérable par rapport au nombre de TRODs et d'autotests réalisés, alors que ces derniers peuvent être proposés loin des structures classiques qui semblent réfréner certaines populations. La création des CeGIDD a permis d'élargir le champ des compétences requises lors des consultations en adoptant une vision plus globale de « santé sexuelle », mais le manque de moyens accordés à ces derniers semble en ralentir l'efficience.

3) Les freins au dépistage du VIH éprouvés par les patient

« Notre société somme les gens de disposer de leur corps et de leurs organes après la mort, de se représenter leur agonie, de la mettre en scène. Or être libre, c'est aussi avoir le droit de ne pas savoir ». Pierre Le Coz, philosophe et vice-président du Conseil consultatif national d'éthique.

En France, comme nous l'avons constaté, une partie de la population semble encore échapper au dépistage du VIH.

De manière générale, la population française participe peu à l'activité de dépistage. En témoignent les taux assez faibles de participation au dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal. Environ un tiers des personnes concernées y échappent encore, alors que 97% des français interrogés en 2018 estiment que le dépistage du cancer est une « bonne chose » et qu'il « augmente les chances de guérison ».

Dans son baromètre 2010, l'Institut National du Cancer (INCa) identifie plusieurs freins à la participation au dépistage. Le vieillissement et le célibat sont des freins communs. D'autres facteurs sont aussi retrouvés : niveau d'étude inférieur à celui du baccalauréat, revenus inférieurs à 1100 euros mensuels nets, absence d'activité professionnelle, personnes sans enfant, état de santé perçu comme mauvais ou très mauvais, absence de suivi médical régulier, absence de cas de cancer chez un proche ou encore des recommandations de dépistage jugées trop récentes ou pas assez consensuelles par les patients.

La perception des facteurs de risque de cancer influe aussi sur la participation au dépistage.

Il existe en effet quatre grands profils de perception des causes de cancer établis par l'INCa :

- classe 1 : forte incrimination de l'environnement et des comportements à risque dans l'apparition d'un cancer ;
- classe 2 : forte incrimination de l'environnement et des comportements à risque ainsi que de facteurs psychologiques (stress, fragilisation par des expériences douloureuses ou le cumul de déceptions, difficultés à exprimer ses émotions...) dans l'apparition d'un cancer ;
- classe 3 : tous les risques cités précédemment sont perçus comme plus faibles et plus incertains ;
- classe 4 : tous les risques cités précédemment sont perçus comme très faibles et très incertains.

La classe 1 peut induire un certain niveau de fatalisme et/ou d'optimisme irrationnel, le patient confiant alors son avenir à sa « destinée », ce qui peut nuire au dépistage. De même, la classe 4 induit une absence de perception du risque pour soi et n'incite donc pas non plus à se faire dépister.

Certaines personnes considèrent aussi leur corps comme « imperméable », capable de s'adapter et de lutter contre toutes les agressions, tandis que d'autres se sentent beaucoup plus vulnérables quant à l'exposition aux pathogènes et à l'environnement, ce qui va là aussi influencer sur la volonté ou non du dépistage.

D'autres facteurs semblent aussi concernés, comme la manière dont le patient se représente une pathologie. En effet, la peur et la stigmatisation de certaines maladies n'incitent pas non plus les personnes à se faire dépister. Elles pourraient en effet avoir peur de contracter une pathologie grave ou encore d'être assimilées à des « mauvais comportements » (exemple : alcool et cancer du foie) ou à des individus appartenant à des groupes à risque (exemple : HSH, UDI, travailleurs du sexe et sida). Réciproquement, une pathologie méconnue ou non crainte par le patient peut là-aussi ne pas induire la volonté de se faire dépister.

En 2010, 69% des français décrivaient le dépistage du cancer comme « angoissant ». Parler de sa santé et du dépistage, c'est parler de maladie, ce qui peut être dissuasif. Les sociétés occidentales semblent ainsi plus enclin au traitement qu'au dépistage. « Le dépistage ramène à notre esprit le caractère éphémère de notre existence » note Christian FLECHE, psychothérapeute. La superstition participe aussi à cette peur du dépistage. « Parler de la maladie, c'est la faire venir ; se faire dépister, c'est devenir malade » constate Marie-Frédérique BACQUE, professeure de psychopathologie clinique.

Les polémiques récentes (sang contaminé, Mediator°, Lévothyrox°, Glyphosate, vaccins...) ont par ailleurs fragilisé la confiance qu'avaient les français en leurs autorités de santé. En 2018, seulement 13% des français disaient accorder pleinement leur confiance aux pouvoirs publics, et 55% pensaient qu'ils leur mentaient. Ces éléments n'encouragent donc pas la population à aller se faire dépister car elle ne croit pas en l'efficacité de ces programmes de dépistage.

De manière plus spécifique au VIH, le manque d'information vis-à-vis de cette pathologie et la stigmatisation des PVVIH continuent de constituer des freins importants à son dépistage.

Un sondage réalisé en octobre 2017 par l'institut CSA à la demande de l'association AIDES montre que les français ont encore beaucoup de préjugés sur la maladie, sa transmission, ainsi que sur les personnes séropositives (1000 personnes sondées) :

- 31 % des sondés pensent qu'une personne séropositive ne peut exercer certains métiers (policier, gendarme, pompier, militaire...) ;
- 21% des sondés se disent mal à l'aise à l'idée que l'un des enseignants de leur enfant puisse être séropositif ;
- 16% se disent mal à l'aise à l'idée d'avoir un collègue séropositif ;
- 10% se disent gênés à l'idée de fréquenter le même cabinet médical qu'une personne séropositive.

Le sentiment de malaise vis-à-vis des personnes séropositives persiste donc encore, la principale raison évoquée étant la peur de la contamination (49%). Cette stigmatisation des PVVIH nuit à la participation de la population au dépistage et est pourvoyeuse de peurs irrationnelles. 59% des français considèrent ainsi les personnes séropositives comme avant tout des personnes « malades », et 48% pensent à tort qu'elles ont une espérance de vie moins élevée que celle de la population générale. Ceci rejoint nos précédents propos, à savoir que les français semblent encore considérer le sida comme une pathologie grave et effrayante et ne veulent pas être assimilés aux personnes séropositives.

En ce qui concerne le manque d'informations vis-à-vis de l'infection, un article du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) de décembre 2012 s'intéressait à l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine, d'après les données issues de l'enquête dédiée « KABP » (Knowledge, Attitudes, Beliefs, Pratiques). Six vagues de cette grande enquête nationale ont en effet eu lieu depuis 1992, avec au total plus de 18 000 interrogés sur une période de 20 ans [41]. Il a été constaté globalement une moins bonne connaissance des modes de transmission et de protection vis-à-vis du VIH, et en particulier chez les plus jeunes (**figure 33**).



Figure 33 : Évolution du score moyen de connaissances des modes de transmission du VIH selon la classe d'âge et le niveau de diplôme. Source : études KABP.

Des freins au dépistage du VIH, éprouvés par les patients, avaient par ailleurs été identifiés dans cette étude : absence de risque perçu par le patient (80%), ne jamais avoir pensé au dépistage (32%), la peur qu'un proche ne l'apprenne (8%), une moindre visibilité des PVVIH et une maladie qui fait beaucoup moins peur que dans les années 90.

D'autres travaux ont tenté d'identifier les freins au dépistage du VIH ressentis par les patients :

- pour son travail de Thèse de 2013, Monsieur Ikram MASROUR a mené une étude quantitative sur les freins et les motivations des patients au dépistage systématique au VIH. Les principaux freins évoqués étaient : l'absence de perception par le patient du risque d'acquérir le VIH et la supposée protection par la fidélité au sein du couple [60] ;
- dans le Gard, en 2018, le travail quantitatif de Manon CALMELS retrouve aussi la supposée fidélité au sein du couple comme principal frein au dépistage [61] ;
- en 2017, en Ile-de-France, Laetitia AUDIFFRED montrait à travers son étude quantitative que le principal frein au dépistage du VIH en Médecine Générale chez les patients de plus de 50 ans était la difficulté de l'abord de la question de la sexualité avec le médecin généraliste [62] ;
- en 2016, Madame Liliane CHEN a étudié de manière qualitative les freins au dépistage du VIH auprès de 13 membres de la communauté chinoise d'Ile-de-France. Ces derniers abordaient eux-aussi avec beaucoup de pudeur ce sujet qui touche au tabou de la sexualité [63] ;
- une autre étude française évoque : le bas niveau d'études, l'absence de PVVIH dans l'entourage du patient, un nombre faible de relations de couple et l'absence d'IST [55] ;

- à l'échelle d'études européennes, on a pu noter comme freins : encore une fois le fait de ne pas se considérer à risque, la peur de la maladie et de la mort, la peur d'affronter la réponse du test, la crainte de la divulgation de son statut sérologique, la crainte du jugement par le personnel soignant et dernièrement, les difficultés d'accès aux services de dépistage [64][65].

Malgré l'existence de craintes vis-à-vis du dépistage du VIH, les français ne sont cependant pas opposés à l'instauration de sa réalisation systématique. En effet, une étude de grande échelle réalisée en 2010 et dirigée par Anne-Laure CREMIEUX, a été réalisée dans 27 services d'urgences d'Ile-de-France. Pendant six semaines, tous les patients se sont vus proposer gratuitement un dépistage par test rapide (TROD). Environ deux tiers des personnes à qui le dépistage a été proposé l'ont accepté. Celles-ci ont d'ailleurs plébiscité les informations de prévention reçues [66].

Ces résultats étaient aussi retrouvés dans la Thèse d'Elodie CHAPELET portant sur l'acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale. 83,3% de la population de l'étude se disait favorable à ce mode de dépistage [67].

L'étude KABP citée plus haut montrait aussi que 80% des interrogés se disaient prêts à accepter un test de dépistage VIH dans le cadre d'un programme de dépistage élargi chez le médecin généraliste, le dentiste ou lors d'un passage aux urgences. 55% se disaient même favorables à un dépistage obligatoire (contre 43% en 2004). 61% des interrogés évoquaient aussi le fait que le médecin généraliste soit l'interlocuteur privilégié en cas de demande de test de dépistage.

La perception que nous avons d'une pathologie dépend donc de facteurs acquis au cours de notre existence. Ces derniers vont moduler notre degré de savoir et de crainte vis-à-vis d'elle, et par extension notre volonté de se faire dépister.

En ce qui concerne le VIH, l'histoire de son épidémie a laissé derrière elle les concepts de peur et de stigmatisation, qui freinent encore aujourd'hui l'activité de dépistage. Actuellement, la faible prévalence de l'infection et son manque d'exposition médiatique y participent aussi.

Le manque d'information de la population conduit par ailleurs à l'absence de volonté de cette dernière de se faire dépister du VIH. Etant moins informés, les individus ne se considèrent pas à risque, ne savent pas comment le virus se transmet ni comment se faire dépister, ne savent pas non plus quelles seront les conséquences de cette démarche, et donc au final ne veulent pas connaître leur statut.

Tout ceci concourt à l'entretien de l'épidémie « cachée » du VIH, 30 000 PVVIH ignorant toujours leur séropositivité en 2019 en France.

4) Les freins à la proposition de dépistage du VIH éprouvés par les praticiens

Ces dernières années, plusieurs études ont interrogé les médecins généralistes afin d'évaluer leurs pratiques concernant le dépistage du VIH.

En région parisienne [68], 78% des 407 médecins interrogés en 2013 proposaient systématiquement une sérologie VIH en cas de découverte d'IST, 39% en cas de patient originaire de pays à forte prévalence du VIH, 32% en cas de changement de partenaire, 21% pour les jeunes patients sexuellement actifs et seulement 11% pour la population générale sans notion d'exposition à un risque particulier.

En province (Pays-de-la-Loire) [69], 73% des 871 médecins interrogés en 2012 proposaient une sérologie VIH aux femmes enceintes, 70% lors de conduites sexuelles à risque, 39% lors d'une consultation avec un HSH identifié, 20% lors d'un symptôme évocateur d'une infection à VIH, 13% lors d'une consultation avec un patient originaire d'Afrique Sub-Saharienne, et 12% pour la population générale sans notion de risque particulier.

Plusieurs travaux de Thèses qualitatifs ont identifié un certain nombre de freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale :

- en 2008, Bérangère GARRY recueillait, pour son travail de Thèse [70], auprès de 303 médecins généralistes de l'agglomération nantaise, les principales sources de difficultés à proposer le test de dépistage du VIH. La principale difficulté était la sensation d'intrusion dans la vie privée du patient. Venaient ensuite le statut de « médecin de famille », puis le manque de temps de consultation dédié au dépistage et dernièrement le manque d'informations sur la pathologie ;
- en 2010, en Guadeloupe, 40 médecins ont répondu à un questionnaire voulant identifier les freins à la prescription du dépistage du VIH. Les réponses retrouvaient principalement : l'absence de lien avec le motif de consultation, l'absence de symptôme en lien avec le VIH et dernièrement, la perception du patient par le praticien comme n'étant pas à risque [71] ;
- dans sa thèse de 2014 (étude SHIVA) [7], portant sur l'influence de la recommandation de la HAS de 2009 sur le dépistage du VIH en Médecine Générale, Céline DESCAMPS identifie comme principaux obstacles à la prescription d'un dépistage du VIH, auprès de 43 médecins généralistes d'Ile-de-France : le manque de temps, la présence d'un accompagnant lors de la consultation, l'absence de risque perçu par le patient ou le médecin et le nombre trop important des missions préventives qui incombent aux médecins généralistes ;
- là-aussi en 2014, dans le Cher, Aurélien CLAVIER retrouvait de nouveau le manque de temps, la difficulté à aborder la sexualité en consultation de Médecine Générale, un certain désintérêt pour le VIH qui est trop éloigné du quotidien du médecin généraliste, ainsi que certains a priori des soignants tels que le patient jugé non à risque ou l'appréhension de la réaction de ce dernier [72] ;

- En 2015, Thomas ARRIGHI a réalisé une étude qualitative en interrogeant 10 médecins généralistes à Marseille sur les freins au dépistage généralisé promu par le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 [73]. Ce dernier n'était d'ailleurs connu d'aucun des participants. Les freins perçus quant à son application étaient : le manque de temps disponible avec une prise en charge complexe et chronophage, le manque de compétences du praticien concernant le VIH, la faible prévalence du VIH en Médecine Générale, l'abord difficile de la sexualité, la crainte de la réaction du patient face à la proposition du test et l'habitude d'un dépistage plus ciblé ;
- En 2018, Florian DUMAS interrogeait à ce sujet 13 médecins généralistes de Saône-et-Loire et retrouvait comme principaux freins [74] : le statut de « médecin de famille », l'abord difficile de la sexualité, l'oubli, la faible prévalence du VIH en Médecine Générale, le manque de formation du praticien, le manque de temps, l'absence de lien avec la consultation et la barrière socio-culturelle.

En 2017, un travail quantitatif original de Madame Latufat BAFAKIH [9] proposait de tester sur les internes de Médecine Générale franciliens en dernière année d'internat le questionnaire établi à la fin du travail de Thèse qualitatif (2011) de monsieur Alexandre ATTIAS [8], qui, au terme de son analyse des entretiens effectués auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France, avait identifié à l'époque les freins suivants :

- **L'absence de lien avec le motif de consultation ;**
- **Le statut « médecin de famille » ;**
- **Les difficultés à aborder les questions de sexualité lors de la consultation de médecine générale ;**
- **La présence d'une tierce personne lors de la consultation ;**
- L'oubli ;
- **Le manque de temps ;**
- **L'âge du patient ;**
- **Le patient perçu comme non à risque par le médecin ;**
- Les patient qui ne se perçoit pas à risque ;
- **La peur de la réaction du patient face à la proposition d'un test ;**
- **Et la peur que le test se révèle positif pour le patient, et de le lui annoncer ;**
- Plus rarement, les participants ont évoqué : la saturation sur la prévention en Médecine Générale le coût non négligeable du dépistage, **la faible proportion de résultats positifs des tests de dépistage, la barrière de la langue et de la culture**, l'échappement du patient vers le milieu hospitalier une fois le résultat positif et la perte de confiance globale dans les autorités sanitaires.

**Seuls les freins en gras ont été repris dans le questionnaire quantitatif utilisé par Madame BAFAKIH en 2017.*

Les trois freins majeurs (% de « toujours » + « souvent » > 40%) identifiés dans son étude (83 questionnaires complets recueillis auprès des internes de Médecine Générale) étaient : la présence d'une tierce personne lors de la consultation (82%), l'absence de lien avec le motif de consultation (60%) ainsi que la barrière de la langue et de la culture (43%).

Bien qu'informatif sur la représentation des freins au dépistage de l'infection VIH par les internes de fin de cursus de la région parisienne, ce travail paraît peu extrapolable aux internes provinciaux qui ne sont pas confrontés à la même épidémiologie du VIH qu'en Ile-de-France. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, il y a une plus forte prévalence de l'infection et une plus grande concentration des populations dites « à risque » dans cette région, et donc logiquement une plus grande confrontation des internes au VIH au cours de leur formation. Les freins en lien avec la faible prévalence de l'infection peuvent donc être minimisés dans cette première étude.

D'autre part, il semble probable que deux des trois principaux freins identifiés ne soient pas en adéquation avec la pratique provinciale :

- en ce qui concerne la présence d'une tierce personne, il est probable que cette pratique se fasse moins en province qu'en région parisienne, cette dernière concentrant les populations non francophones qui font souvent appel à un tiers pour bénéficier d'une traduction ;
- il en va de même pour la barrière de la langue et culturelle, avec une part moins importante en province de personnes nées à l'étranger et/ou migrantes et/ou non francophones.

Un complément au travail de Madame BAFAKIH auprès des internes de Médecine Générale de fin de cursus de province serait donc intéressant pour constater si les résultats diffèrent (ou non) de ceux de son étude francilienne. Il pourrait là-aussi servir de base de réflexion pour identifier des stratégies afin de surmonter les freins au dépistage du VIH en médecine ambulatoire.

DEUXIEME PARTIE

I) Matériel et méthodes

Ce travail de Thèse présente les résultats d'une étude épidémiologique descriptive quantitative portant sur les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale identifiés par les internes en dernière année de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale (cinquième et sixième semestre, ayant déjà effectué ou effectuant leur stage dit « Praticien de niveau 1 »), hors Ile-de-France.

Son objectif principal est d'identifier et d'évaluer l'importance des freins au dépistage de l'infection par le VIH auprès de cette population si singulière de futurs praticiens en fin de cursus. En effet, ces étudiants forgent chaque jour leur pratique médicale, auprès des patients mais aussi grâce aux cours dispensés par leur Université de rattachement. Il semblait donc important, en 2019, époque où l'infection par le VIH n'est plus synonyme de condamnation à mort et est moins stigmatisée, d'évaluer les obstacles à son dépistage acquis précocement par ces internes, soit par mimétisme de leurs maîtres de stages, soit à cause d'une formation théorique inadaptée.

Pour être inclus dans l'étude et répondre au questionnaire, les internes devaient être en dernière année de DES de Médecine Générale et avoir effectué leur stage « Praticien niveau 1 », ou que ce dernier soit en cours. Ces critères d'inclusion permettaient d'obtenir une population ayant déjà acquis un certain degré d'expérience, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire, en ce qui concerne la prescription du dépistage de l'infection par le VIH.

Les freins en question ont été identifiés lors de travaux de Thèses qualitatifs français récents, précédemment cités dans cet exposé. Ils ont été testés pour la première fois de manière quantitative auprès des internes de Médecine Générale d'Ile-de-France en fin de cursus par le travail de Thèse de Madame Latufat BAFAKIH (2017). Cette dernière a recueilli 83 auto-questionnaires complets (questionnaire élaboré majoritairement à partir du travail qualitatif de Monsieur Alexandre ATTIAS) qui ont permis d'identifier trois freins « majeurs » : la présence d'une tierce personne lors de la consultation (82%), l'absence de lien avec le motif de consultation (60%) et la barrière de la langue et de la culture (43%).

L'Ile-de-France ayant des caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques si particulières en terme de VIH, il a donc semblé judicieux de tester ces mêmes freins sur une autre population d'internes, hors Ile-de-France, beaucoup moins confrontée à l'infection et aux personnes nées à l'étranger.

Les données ont été recueillies via un auto-questionnaire fermé élaboré à partir des données de la littérature et disponible en ligne sur le site internet <https://www.limesurvey.org>. Il s'agit d'un logiciel sécurisé de création d'enquêtes statistiques en ligne. Le Département de Médecine Générale de la Faculté de Rennes recommande son utilisation et le coût de l'accès à la version payante débloquant toutes les fonctionnalités du logiciel est entièrement pris en charge par l'Université de Rennes 1.

Avant de pouvoir être entamé, le projet de Thèse a dû être validé par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Rennes qui se réunit de manière mensuelle en commission. La « commission des Thèses » se base une fiche de Thèse rédigée par l'interne pour donner ou non son accord. Cette fiche de Thèse présente le projet de travail de Thèse, argumentée par une recherche bibliographique conséquente. Elle valide 20 heures de l'enseignement théorique obligatoire (200 heures) de l'interne.

Pour ce projet de Thèse, l'accord de la commission des Thèses a été obtenu en février 2019, permettant le lancement du questionnaire en ligne le 7 mars 2019.

La CNIL a été contactée et aucune démarche particulière n'était à effectuer pour diffuser le questionnaire.

Le questionnaire a été diffusé de plusieurs manières :

- mis en ligne sur les réseaux sociaux dans des groupes privés gérés par les associations d'internes de Médecine Générale des différentes villes universitaires concernées ;
- envoyés par courriel aux internes par les départements de Médecine Générale ayant accepté de le diffuser auprès des étudiants.

Des relances ont été effectuées de manière régulière afin de sensibiliser au maximum les étudiants et d'augmenter le nombre de réponses.

Les départements de Médecine Générale des universités de Médecine en France métropolitaine ont été contactées au préalable avec présentation du projet (mail explicatif, fiche de Thèse, copie du questionnaire en ligne) afin de leur demander l'autorisation de diffusion du questionnaire auprès de leurs étudiants.

Les facultés ou associations d'internes ayant accepté de diffuser le questionnaire ont été celles des villes de : Amiens, Angers, Besançon, Brest, Caen, Lille, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Strasbourg, et Toulouse.

Les facultés ou associations d'internes n'ayant pas accepté de diffuser le questionnaire ou n'ayant pas répondu à notre sollicitation ont été celles des villes de : Bordeaux, Dijon, Limoges, Nancy, Nantes et Tours.

Le lien du questionnaire était le suivant : <https://enquetes-partenaires-etudiants.univ-rennes1.fr/index.php/994175?lang=fr>.

Il était accompagné par un message explicatif disponible dans la partie Annexes.

Le questionnaire en ligne, disponible lui aussi dans la partie Annexes, comptait 18 questions :

- 7 questions décrivant les caractéristiques des répondeurs : âge, sexe, ancienneté dans l'internat, Faculté de Médecine d'appartenance, réalisation ou non du stage ambulatoire « Praticien de niveau 1 », réalisation ou non lors de l'internat d'un stage (hospitalier ou ambulatoire) dans une région endémique du VIH en France métropolitaine, réalisation ou non lors de l'internat d'un stage dans un service de maladies infectieuses ou dans un centre de dépistage du VIH ;
- 4 questions portant sur l'évaluation de l'auto-formation concernant le VIH : considération ou non de l'infection par le VIH comme un problème de santé publique, fréquence de la mise à jour des connaissances sur le VIH, lecture ou non des dernières recommandations HAS 2017 concernant le dépistage du VIH et intégration à la pratique ;
- 1 question évaluant les pratiques du dépistage du VIH dans différents cadres contextuels de consultations plus ou moins évocateurs;
- 1 question sur le critère de jugement principal visant à évaluer de manière quantitative les différents freins au dépistage de l'infection par le VIH en consultation de Médecine Générale retrouvés dans la littérature ;
- 1 question visant à quantifier de manière déclarative le nombre de sérologies de dépistage du VIH prescrites par l'interne sur six mois lors d'un stage ambulatoire précédemment réalisé (Praticien niveau 1 ou SASPAS) ;
- 1 question concernant les mesures de préventions de la transmission du VIH évoquées en consultation avec les patients ;
- 2 questions évaluant l'importance de la formation théorique dédiée au VIH et à son dépistage lors de l'internat de Médecine Générale : le nombre d'heures dédiées, la satisfaction concernant cette formation ;
- 1 question ouverte évoquant les éventuels outils qui permettraient à l'interne et au praticien de Médecine Générale d'augmenter son activité de dépistage du VIH.

Le questionnaire a été diffusé jusqu'au 31 octobre 2019.

Les réponses obtenues ont été analysées traitées à l'aide d'un tableur Open Office. Les graphiques ont été obtenus à partir du même logiciel. Il s'agissait d'une étude purement descriptive, aussi, aucune analyse statistique poussée n'a été nécessaire.

II) Résultats

L'auto-questionnaire en ligne a été ouvert aux internes sur une période de huit mois, de Mars à Octobre 2019 inclus. Après cette période, 148 questionnaires ont été collectés. Tous les étudiants de l'étude étaient en dernière année de DES de Médecine Générale et tous avaient réalisé ou étaient en train de réaliser leur stage praticien niveau 1. Il était obligatoire pour les internes de répondre à chacune des questions. Lorsqu'il leur était impossible de répondre, la réponse « sans avis » leur était proposée. Les pourcentages exposés sont donc intégralement calculés sur la base des 148 répondants.

1) Caractéristiques de la population répondante

a) Le sexe

Près de sept répondants sur dix étaient des internes de sexe féminin, avec 68% de répondants de sexe féminin et 32% de répondants de sexe masculin, ce qui est approximativement représentatif du ratio Hommes/Femmes des étudiants en Médecine en France.

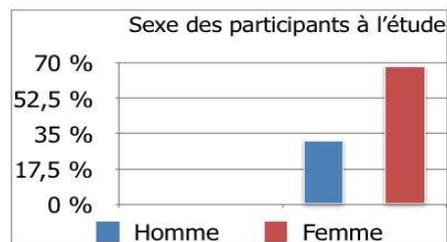


Figure 1 : Sexe des participants.

b) L'âge

70% des répondants de l'étude étaient âgés de 27 et 28 ans, chiffre qui correspond à l'âge moyen national des internes en troisième année de DES de Médecine Générale, avec une population interrogée là-aussi représentative.

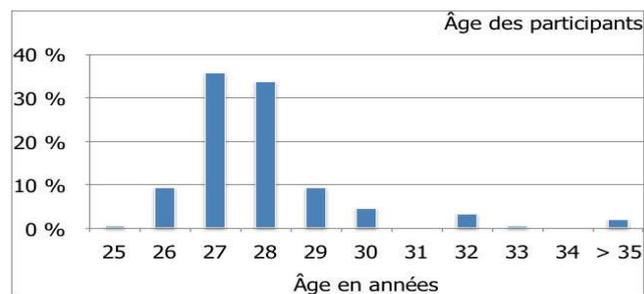


Figure 2 : Age des participants.

c) Faculté de Médecine d'origine

- 26% des internes répondeurs étaient inscrits à la faculté de Médecine de Caen ;
- 16% à la faculté de Toulouse et 16% à la faculté de Besançon ;
- 12% à la faculté de Rennes et 12% à la faculté d'Angers ;
- 7% à la faculté de Lille et 7% à la faculté de Brest ;
- 4% à la faculté de Rouen.

Aucun des internes sollicités des facultés de Médecine de Amiens, Poitiers, Reims, Strasbourg n'ont malheureusement participé à cette étude.

d) Internes ayant déjà effectué un de leurs stages en région d'endémie du VIH

Seulement un interne répondeur sur dix a déjà effectué un stage en région d'endémie pour le VIH en France métropolitaine, à savoir l'Ile-de-France, la région PACA et la région Auvergne-Rhône-Alpes.

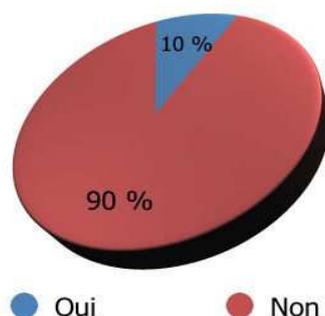


Figure 3 : Pourcentages d'internes ayant réalisé ou non un de leurs stages d'internat en région d'endémie pour le VIH (Ile-de-France, PACA, Auvergne-Rhône-Alpes).

e) Internes ayant déjà effectué un de leurs stages dans un service ayant une partie de son activité consacrée au dépistage et à la prise en charge des PVVIH

Seulement deux internes répondeurs sur dix ont réalisé au moins un de leurs stages dans un service ayant une partie de son activité consacrée au dépistage et à la prise en charge des PVVIH.

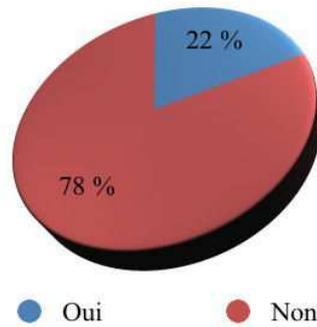


Figure 4 : Pourcentages d'internes ayant déjà réalisé ou non un de leurs stages d'internat dans un service ayant une partie de son activité consacrée au dépistage et à la prise en charge des PVVIH.

2) Intérêt des étudiants pour le VIH

Plus de 98% des étudiants interrogés dans notre étude sont « plutôt » voire « tout à fait » d'accord avec le fait que le VIH est un problème de santé publique nationale.

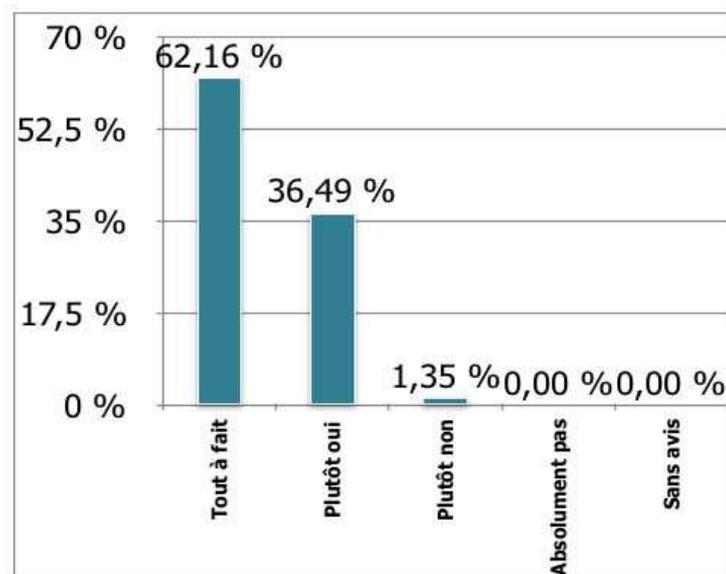


Figure 5 : Pourcentage d'étudiants estimant que le VIH est un problème de santé publique en France.

Ils ne sont que 0,68% à s'informer sur le VIH de manière hebdomadaire, et 4,05% à le faire de manière mensuelle. Ils sont cependant plus de la moitié à le faire de manière annuelle (54,05%). Un étudiant sur cinq ne s'informe jamais sur le sujet du VIH.

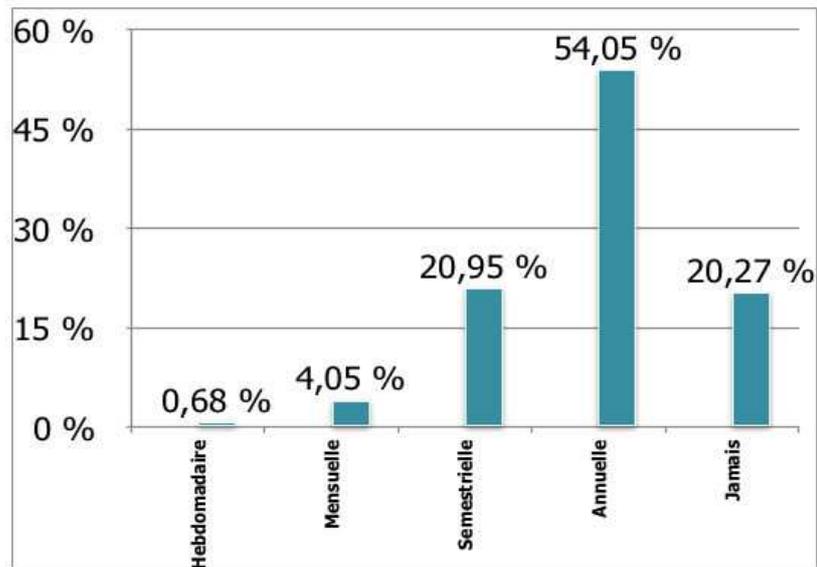
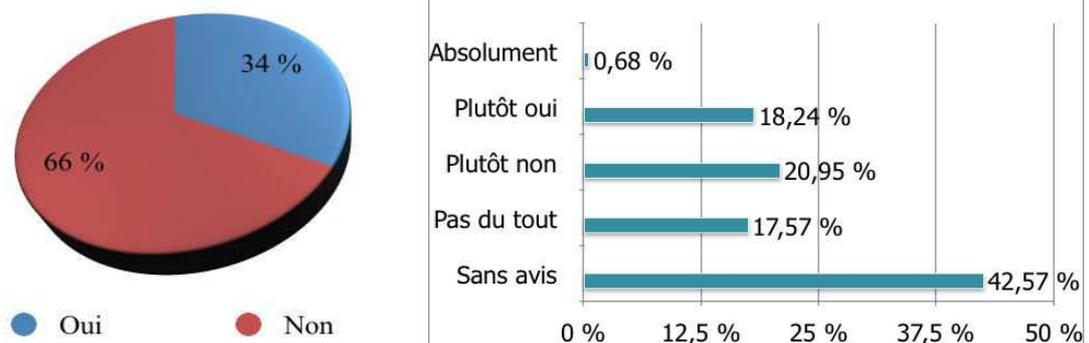


Figure 6 : Fréquence de l'auto-formation sur le VIH (recommandations, articles, revues médicales, livres, cours, séminaires...).

Seulement 34% des internes ayant répondu à notre étude ont connaissance de l'existence des dernières recommandations de la HAS 2017 en ce qui concerne le dépistage du VIH. Ils ne sont que moins de 20% à estimer « plutôt » voire « absolument » les maîtriser et plus d'un tiers à estimer ne pas les maîtriser (« pas du tout » + « plutôt non »).



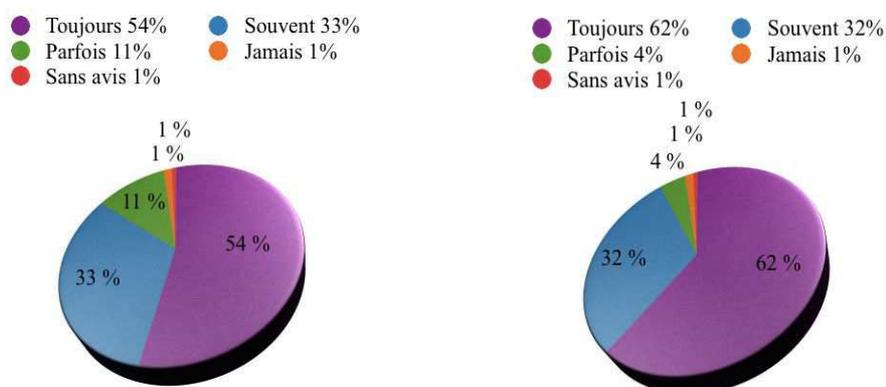
A gauche : Figure 7 : Pourcentage des étudiants ayant entendu parler des dernières recommandations HAS 2017 sur le dépistage du VIH.

A droite : Figure 8 : Evaluation par les étudiants de leur niveau de maîtrise de ces recommandations HAS 2017 concernant le dépistage du VIH.

3) Fréquence de la proposition d'un test de dépistage estimée par l'interne en fonction de la situation clinique de la consultation

Pour le principal groupe à risque vis-vis du VIH en France, à savoir celui des HSH (qui représente on le rappelle à lui seul 44% des nouvelles contaminations annuelles), 54% des étudiants proposeraient « toujours » et 33% « souvent » un dépistage du VIH. Un étudiant sur cent ne proposerait « jamais » de dépistage.

Le groupes des UDI, beaucoup moins représenté en France mais lui aussi connu pour faire parti des groupes à risque, se verrait proposer « toujours » un test de dépistage par 62% des internes et « souvent » par 32% des internes.

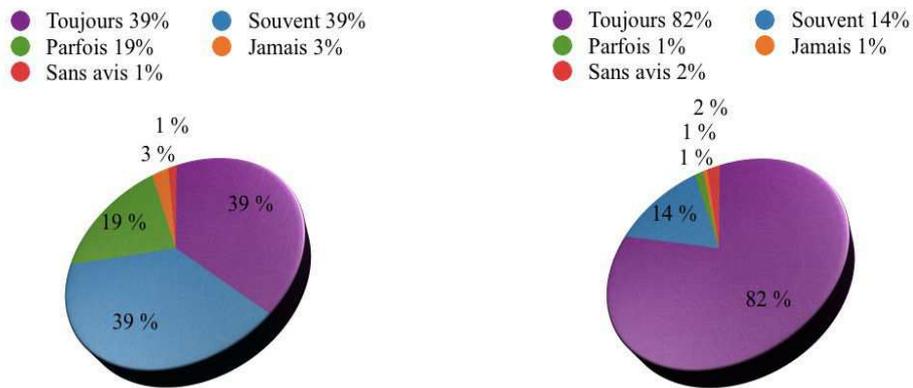


A gauche : Figure 9 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les HSH.

A droite : Figure 10 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les UDI.

Le troisième groupe à risque, celui des personnes originaires de zones à forte endémie du VIH (Afrique Sub-saharienne et DFA) se verrait « toujours » proposer un dépistage par 39% des internes et « souvent » par aussi 39% des étudiants. 3% des internes ne proposeraient « jamais » la sérologie à ce groupe à risque.

Plus de 96% des internes interrogés proposeraient au moins « souvent » voire « toujours » un test de dépistage à une personne travailleuse du sexe.



A gauche : Figure 11 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les personnes originaires de zones à haute prévalence du VIH (Afrique Sub-Saharienne, DFA...).

A droite : Figure 12 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les travailleurs du sexe.

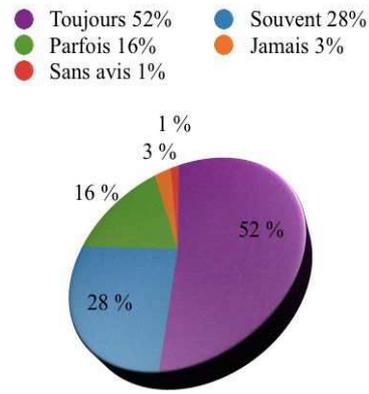
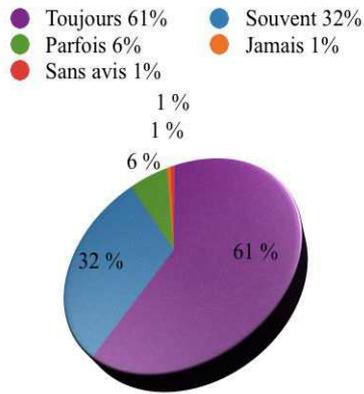
Plus de neuf étudiants sur dix proposeraient « souvent » voire « toujours » un dépistage du VIH à un patient qui déclarerait avoir des partenaires sexuels multiples, ce qui est dans les recommandations actuelles.

Ils sont moins nombreux à le faire lorsqu'il s'agit d'un simple changement de partenaire, avec un étudiant sur deux qui le ferait « toujours » et un étudiant sur trois qui le ferait « souvent ». Ils seraient tout de même 16% à ne le faire que « parfois » et 3% à ne « jamais » le proposer.

Les chiffres sont encore moins importants lorsqu'il s'agit de la stabilisation d'une relation avec un étudiant sur deux qui le ferait « souvent » voire « toujours » et un tiers qui le ferait seulement « parfois », tandis qu'un étudiant sur dix ne le proposerait « jamais ».

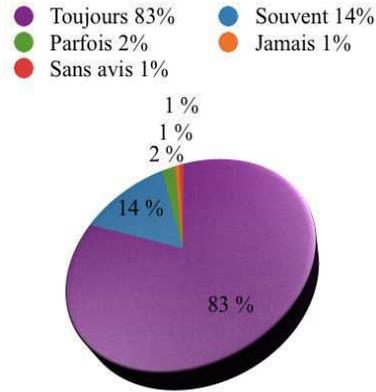
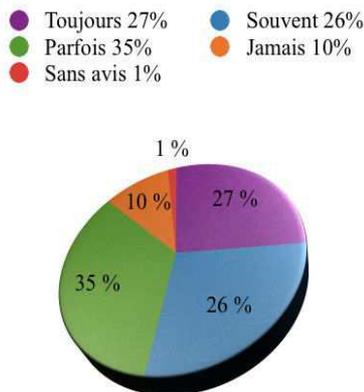
83% des internes prescriraient cependant « toujours » un dépistage lorsqu'une prise de risque serait avouée par le patient, et 14% le feraient « souvent ».

Plus de 9 internes sur dix proposeraient « souvent » voire « toujours » un dépistage au partenaire d'une PVVIH. 5% d'entre eux sont tout de même « sans avis » sur la question.



Ci-dessus à gauche : Figure 13 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les personnes déclarant avoir des partenaires multiples.

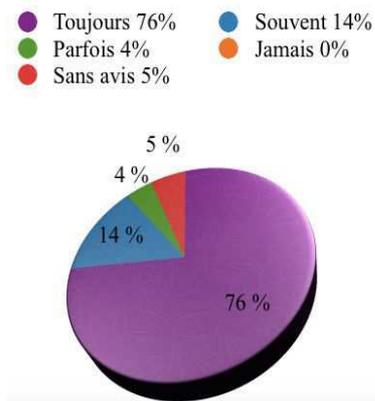
Ci-dessus à droite : Figure 14 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez les personnes déclarant changer de partenaire.



Ci-dessus à gauche : Figure 15 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors de la stabilisation d'une relation.

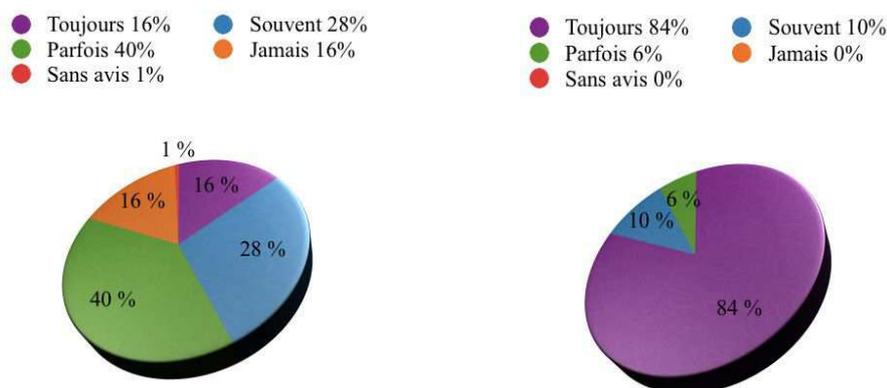
Ci-dessus à droite : Figure 16 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une prise de risque.

Ci-contre: Figure 17 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez une personne partenaire de PVVIH.



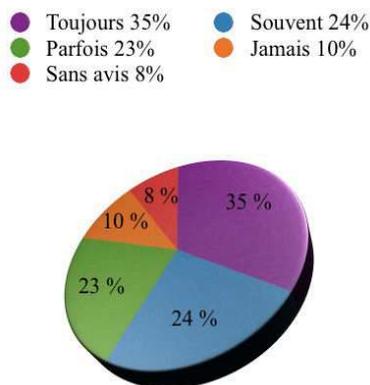
En ce qui concerne les femmes :

- lors d'une consultation orientée gynécologie (contraception, frottis...), seulement 16% des internes interrogés proposeraient « toujours » un dépistage VIH, et 28% « souvent ». Ils seraient un peu moins d'un étudiant sur six à ne « jamais » le proposer alors qu'il existe depuis novembre 2017 une consultation « complexe » de santé sexuelle globale : « première consultation contraception et prévention des IST pour la jeune fille âgée de 15 à 18 ans » ;
- 84% des internes proposeraient « toujours » un dépistage à une femme enceinte, ce qui est recommandé de manière systématique par la HAS et le groupe d'experts Morlat ; néanmoins 6% ne le proposeraient que « parfois », mais aucun d'entre eux n'a répondu « jamais » ;
- seulement un tiers des étudiants proposeraient « toujours » un dépistage lors d'une demande d'IVG, et un autre tiers ne le proposeraient que « parfois ». 16% ne le feraient « jamais » et tout de même 8% d'entre eux sont « sans avis ».



Ci-dessus à gauche : Figure 18 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une consultation orientée « gynécologie ».

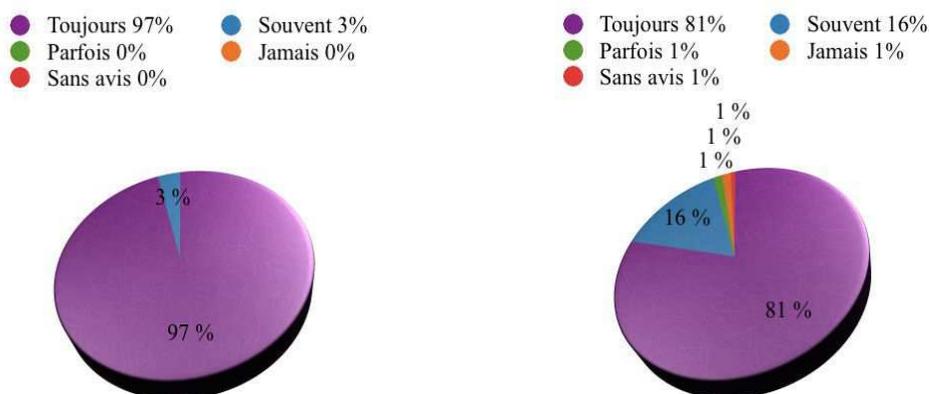
Ci-dessus à droite : Figure 19 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez une femme enceinte.



Ci-dessus à gauche : Figure 20 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes chez une femme demandeuse d'IVG.

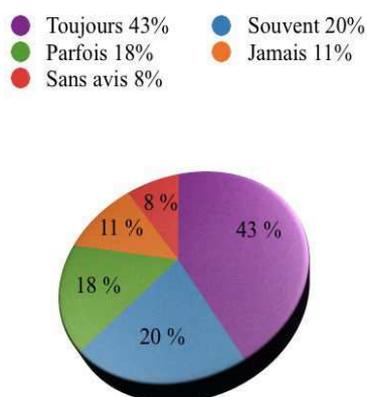
Pour les co-infections, les concepts semblent bien acquis, sauf en ce qui concerne la tuberculose :

- 97% des internes proposeraient « toujours » et 3% « souvent » un test de dépistage du VIH lors du diagnostic d'une IST (soit 100% des internes). Aucun d'entre eux n'est sans avis sur la question ;
- 81% d'entre eux proposeraient « toujours » et 16% « souvent » un dépistage lors du diagnostic d'une hépatite virale. Seulement 1% ne le ferait jamais ;
- Ils ne seraient que moins d'un interne sur deux à proposer « toujours » une sérologie VIH en cas de diagnostic de tuberculose, alors que cette prescription est recommandée de manière systématique au niveau national et international.



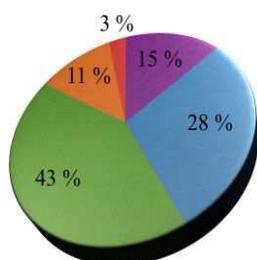
Ci-dessus à gauche : Figure 21 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors du diagnostic d'une IST.

Ci-dessus à droite : Figure 22 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors du diagnostic d'une hépatite virale.



Ci-dessus à gauche : Figure 23 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors du diagnostic d'une tuberculose.

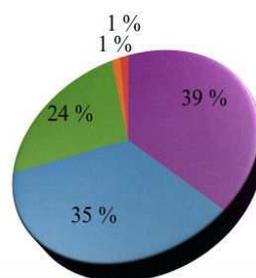
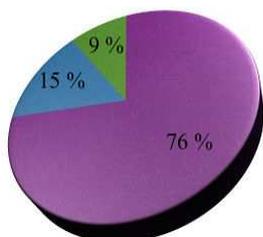
Les situations de précarité, pourtant décrites par le rapport Morlat 2018 comme devant motiver la prescription d'un test de dépistage du VIH, ne semblent pas bien en déclencher le réflexe de prescription chez les internes. En effet, ils ne seraient que 15% à le proposer « toujours » et 28% « souvent », alors qu'un étudiant sur dix ne le ferait « jamais ».



A gauche : Figure 24 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une situation de précarité.

Plus de neuf étudiants sur dix prescriraient au moins « souvent » voire « toujours » un test de dépistage du VIH en cas de point d'appel clinique, encore faut-il que ce dernier soit identifié. Ils seraient néanmoins 9% à ne le faire que parfois, alors que l'hypothèse diagnostique se serait formulée dans leur tête. Nous sommes rassurés par le fait qu'aucun étudiant ne le ferait « jamais » et ne soit « sans avis ».

La lymphopénie est quant-à-elle un point d'appel biologique majeur de l'infection par le VIH et trois quarts des étudiants prescriraient au moins « souvent » voire « toujours » une sérologie VIH en cas de présence de cette anomalie. Ils seraient 1% à ne jamais le faire.

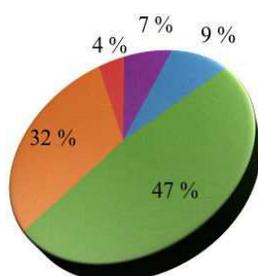
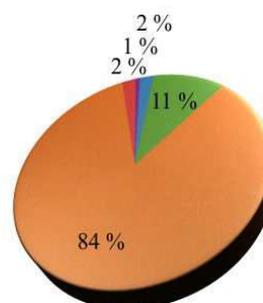
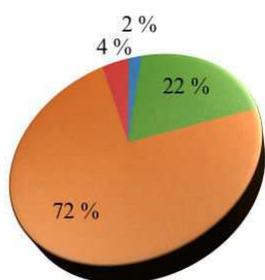


A gauche : Figure 25 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors du diagnostic d'un point d'appel clinique.

A droite : Figure 26 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une lymphopénie.

Changement radical de couleurs pour les trois derniers camemberts qui présentent des situations cliniques qui semblent moins évidentes pour les internes interrogés :

- lors d'un bilan systématique, un interne sur deux environ proposerait un dépistage VIH et un tiers des étudiants ne le feraient jamais ;
- lors de la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport, ils seraient 84% à ne jamais proposer de dépistage de VIH, alors que ce motif de consultation permet d'examiner les sujets masculins qui fréquentent moins le système de santé que les femmes et les enfants. Seul 1% le ferait toujours et 2% le feraient « souvent » ;
- lors de la prescription d'un vaccin vivant atténué, qui est pourtant contre-indiquée en cas d'immunodépression, ils sont seulement 2% à prescrire un dépistage du VIH « souvent » alors que 22% ne le font que « parfois » et les trois quarts ne le font « jamais ».



En haut à gauche : Figure 27 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'un bilan systématique.

En haut à droite : Figure 28 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors d'une consultation pour un certificat de sport.

En bas à gauche : Figure 29 : Fréquences de prescription d'un dépistage du VIH déclarées par les internes lors de la prescription d'un vaccin vivant atténué.

4) Les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale identifiés par les internes

Trois étudiants ont déclaré ne pas avoir prescrit de dépistage VIH lors de leur stage ambulatoire (2%). Un peu plus d'un tiers d'entre eux (34%) en a prescrit entre 1 et 5, un peu plus d'un quart d'entre eux entre 6 et 10, un peu moins d'un quart entre 11 et 20 (24%) et 14% en ont prescrits plus de 20 (soit 21 étudiants).

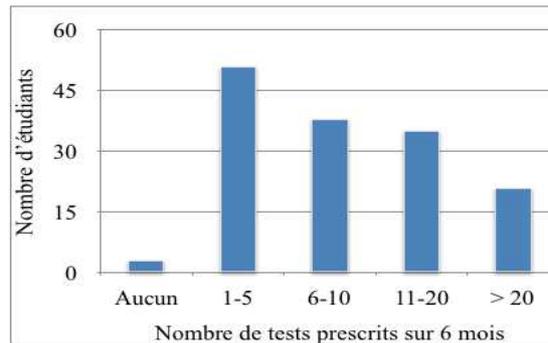
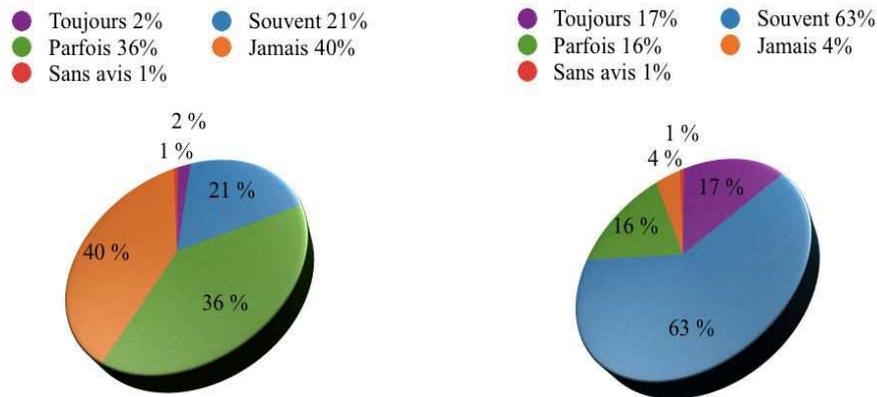


Figure 30 : Nombre de tests prescrits sur 6 mois par les étudiants lors de leur stage ambulatoire de niveau 1, sur le mode déclaratif.

Seulement 2% des étudiants interrogés pensent que le manque de temps en consultation est « toujours » un frein au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale. Ils sont 21% à penser qu'il l'est « souvent ». 36% et 40% des étudiants pensent qu'il l'est seulement « parfois » et « jamais », soit plus de trois quarts d'entre eux. Ce frein n'est donc pas identifié comme un frein majeur au dépistage du VIH en ambulatoire par les internes ayant répondu à notre étude.

Avec 80% des étudiants qui pensent que l'absence de lien avec la consultation est au moins « souvent » voire « toujours » un frein au dépistage du VIH en Médecine Générale (respectivement 17% et 63%), cette proposition est le principal frein identifié par les internes de notre étude. Ils sont uniquement 1% à être sans avis sur la question.

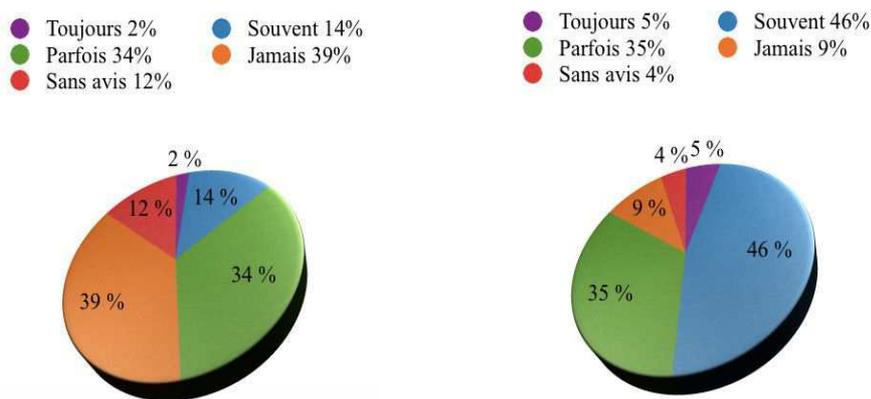


A gauche : Figure 31 : Evaluation du frein « manque de temps en consultation ».

A droite : Figure 32 : Evaluation du frein « absence de lien avec la consultation ».

Le désintérêt des praticiens pour le VIH ne semble pas être un frein majeur, ce qui est rassurant. 2% des internes pensent qu'il l'est « toujours » et 14% « souvent ». Plus de deux tiers des étudiants pensent que cette proposition est « parfois » voire « jamais » un frein au dépistage du VIH en médecine de ville.

Plus de la moitié des étudiants interrogés pensent que l'absence de risque perçu par le praticien est « souvent » voire toujours un frein au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale, et plus d'un tiers d'entre eux pensent qu'il ne l'est que « parfois ». Il ne sont que 9% à penser qu'il ne l'est « jamais » et 4% des étudiants interrogés sont sans avis sur la question.

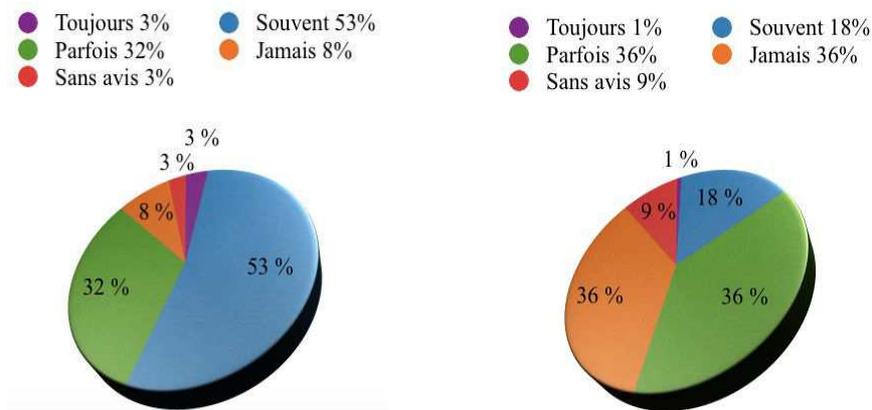


A gauche : Figure 33 : Evaluation du frein « désintérêt du praticien pour le VIH ».

A droite : Figure 34 : Evaluation du frein « absence de risque perçu par le praticien ».

Avec 56% des étudiants interrogés qui pensent que **l'absence de risque perçu par le patient** est « souvent » voire « toujours » un frein au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale, ce frein arrive en troisième position des freins testés dans notre étude. Ils sont tout de même environ un tiers à estimer qu'il ne l'est que « parfois » et 8% à penser qu'il ne l'est « jamais ». 3% des internes sont sans avis.

Le statut de « médecin de famille » n'est pas un frein majeur au dépistage du VIH selon nos internes, avec environ trois quarts d'entre eux qui pensent qu'il ne l'est que « parfois » ou « jamais ». 9% sont sans avis sur la question.

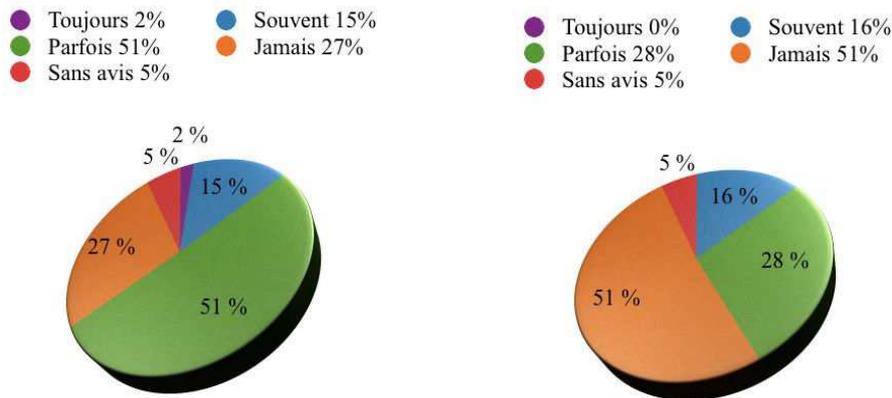


A gauche : Figure 35 : Evaluation du frein « absence de risque perçu par le patient ».

A droite : Figure 36 : Evaluation du frein « statut « médecin de famille » ».

Le **manque de compétences vis-à-vis du VIH** n'est pas non plus un frein majeur de notre étude, avec 2% des internes qui pensent que cette proposition est « toujours » un frein au dépistage du VIH en Médecine Générale, plus de la moitié qui pensent qu'il ne l'est que « parfois » et à peu près un quart qu'il ne l'est « jamais ». Ils sont 5% à être sans avis.

Aucun des internes interrogés ne pense que **la faible prévalence de l'infection** est un frein au dépistage du VIH en médecine ambulatoire. Ils sont plus de la moitié à penser qu'il ne l'est « jamais ». 16% des internes pensent qu'il l'est « souvent » et 28% qu'il l'est « parfois ». Ils sont là-aussi 5% à être sans avis sur la question.

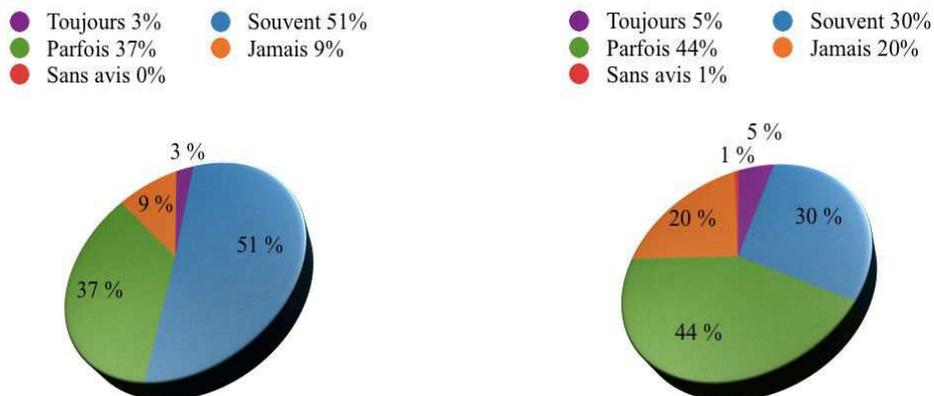


A gauche : Figure 37 : Evaluation du frein « manque de compétences vis-à-vis du VIH ».

A droite : Figure 38 : Evaluation du frein « faible prévalence de l'infection ».

Pour plus de la moitié des internes, les difficultés pour aborder la sexualité en consultation de Médecine Générale constituent « souvent » frein au dépistage du VIH, et « toujours » pour 3% d'entre eux. 37% estiment qu'ils ont « parfois » des difficultés à l'aborder en consultation et 9% n'ont « jamais » ce problème.

Ils sont un peu plus d'un tiers à appréhender « souvent » voire « toujours » la réaction du patient quant à une proposition de dépistage du VIH. 44% l'appréhendent « parfois » et 20% « jamais ».

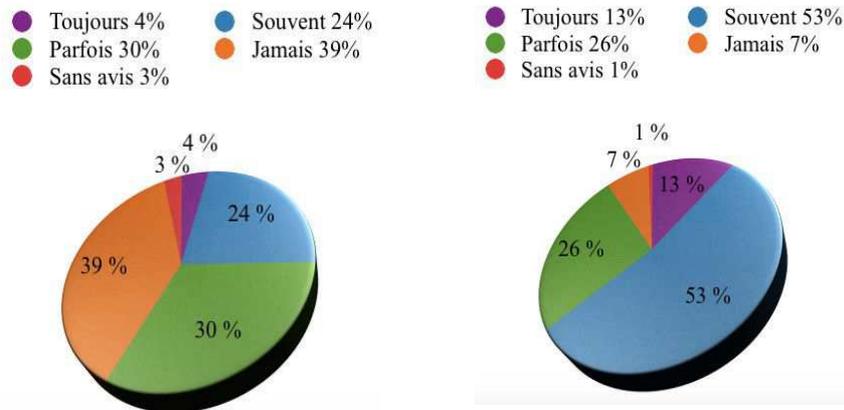


A gauche : Figure 39 : Evaluation du frein « difficultés pour aborder la sexualité en consultation ».

A droite : Figure 40 : Evaluation du frein « réaction du patient ».

L'appréhension du résultat positif n'est pas identifiée comme un frein majeur par les internes interrogés, avec un quart d'entre eux qui estiment que cette proposition est « souvent » un frein à la prescription d'un test de dépistage, 4% « toujours », 30% « parfois » et 39% « jamais ».

La présence d'un tiers lors de la consultation est le deuxième frein majeur identifié dans notre étude. En effet, ils sont 13% à penser qu'un tiers entrave « toujours » la prescription d'un dépistage du VIH, 53% « souvent » et seulement un tiers « parfois » voire « jamais ». Seul 1% des étudiants est sans avis.

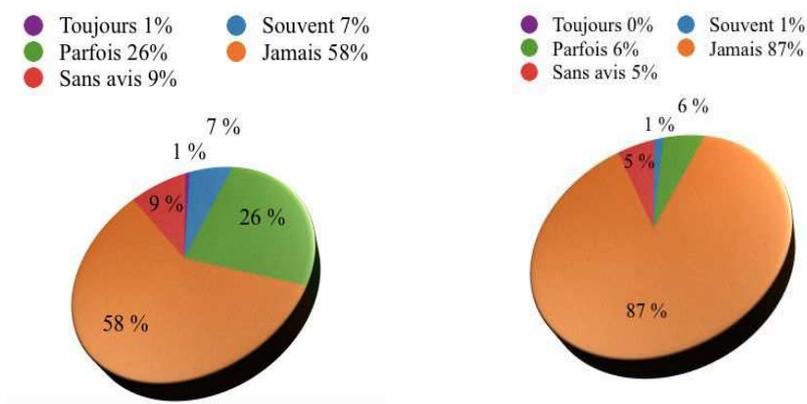


A gauche : Figure 41 : Evaluation du frein « appréhension du résultat positif ».

A droite : Figure 42 : Evaluation du frein « présence d'un tiers lors de la consultation ».

Plus de huit étudiants sur dix estiment que la saturation des praticiens vis-à-vis des dépistages ne freine la prescription d'un dépistage du VIH que « parfois » ou « jamais ». Ils sont seulement 1% à penser que c'est « toujours » le cas, et 7% que cela l'est « souvent ».

Le coût du dépistage n'est pas non plus un frein majeur à la prescription d'un test avec 87% des étudiants qui pensent que cette proposition n'est « jamais » un frein, 6% pensent que c'est « parfois » le cas. Seulement 1% des internes pense que cela l'est « souvent », et aucun n'a estimé que c'était « toujours » le cas. Ils sont 5% à être sans avis.

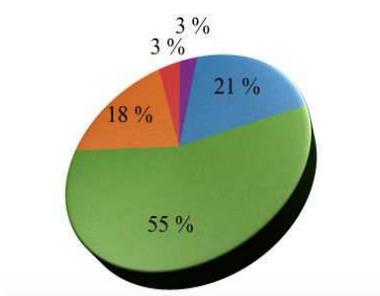


A gauche : Figure 43 : Evaluation du frein « saturation du praticien vis-à-vis du dépistage en général ».

A droite : Figure 44 : Evaluation du frein « coût du dépistage ».

La barrière de la langue et culturelle est « toujours » ou « souvent » un frein pour environ un quart des internes. Elle ne l'est que « parfois » pour la moitié des internes et jamais pour un interne sur cinq. 3% des internes sont sans avis sur la question.

● Toujours 3% ● Souvent 21%
● Parfois 55% ● Jamais 18%
● Sans avis 3%



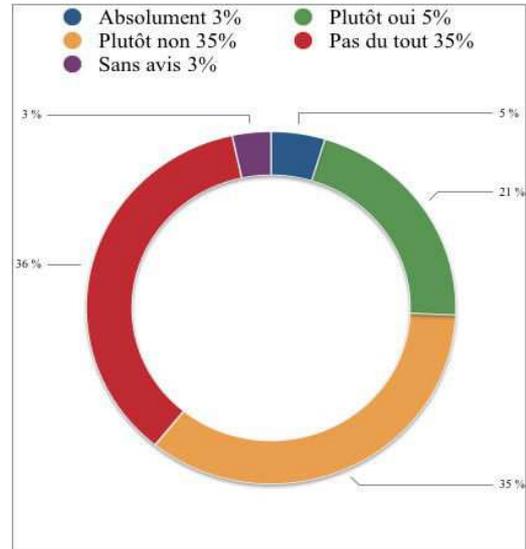
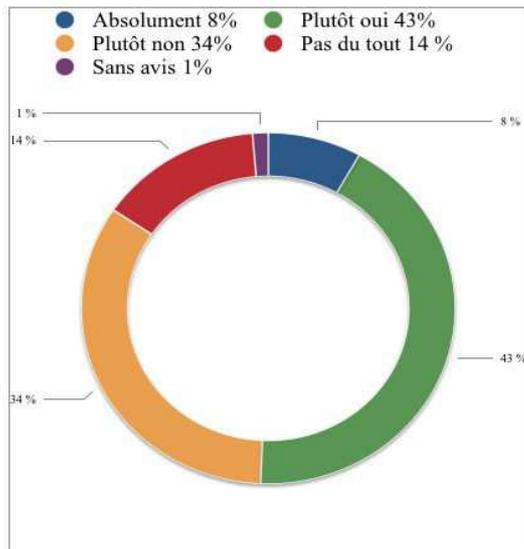
A gauche : Figure 45 : Evaluation du frein « barrière de la langue et culturelle ».

5) Connaissances vis-à-vis de la prévention de la transmission du VIH

La question posée pour cette partie était : « je juge mon argumentaire suffisamment solide vis-à-vis de *tel moyen* de prévention de transmission du VIH pour l'évoquer en consultation avec le patient ».

Seulement 8% des internes interrogés estiment « absolument » maîtriser leur argumentaire en ce qui concerne le Traitement Post-Exposition (TPE) pour l'évoquer avec leurs patients afin d'effectuer de la prévention. 43% ont répondu « plutôt oui » à cette question, un tiers « plutôt non » et un 14% « pas du tout ». 1% des internes étaient sans avis sur la question.

Les chiffres sont encore moins bons avec la PrEP, avec seulement 3% des internes qui jugent leur argumentaire « absolument » solide et 5% « plutôt » solide, pour l'évoquer avec les patients. Ils sont un tiers à juger que « plutôt non » et un autre tiers que « pas du tout ». 3% sont sans avis.

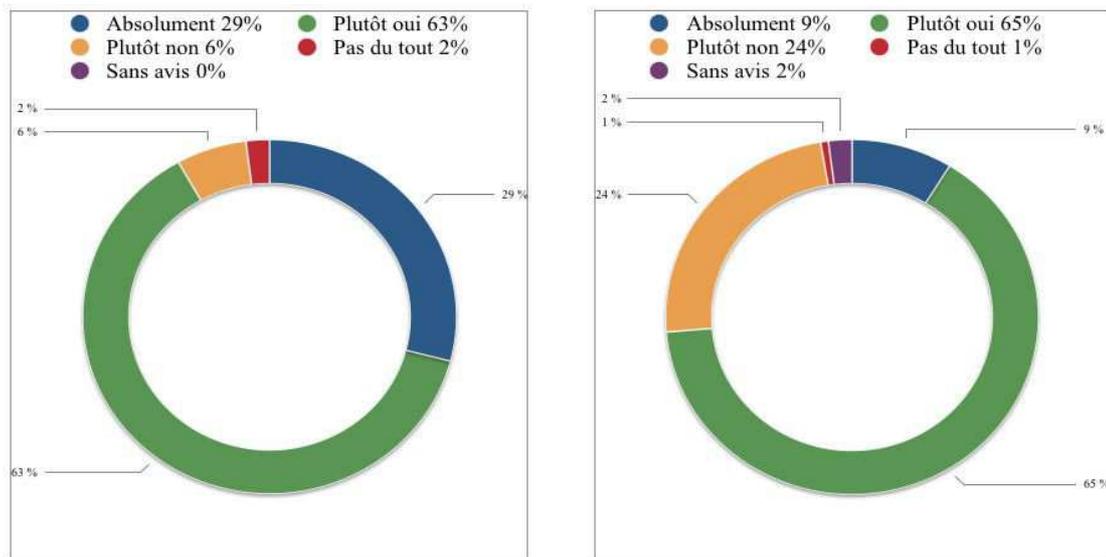


A gauche : Figure 46 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne le Traitement Post-Exposition (TPE).

A droite : Figure 47 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne la PrEP.

Les chiffres sont cependant meilleurs en ce qui concerne le traitement des IST associées. 29% des internes estiment « absolument » pouvoir les prendre en charge et les évoquer avec le patient, et 63% « plutôt oui ». Ils sont 6% à déclarer « plutôt non » et 2% « pas du tout ». Il n'y a pas d'internes qui sont sans avis sur la question.

Il en va de même pour la question de la prise en charge des co-addictions (alcool, drogues...) : 9% des internes estiment « absolument » maîtriser leur argumentaire sur la question pour l'évoquer en consultation avec les patients, 65% « plutôt oui », un quart « plutôt non » et seulement 1% « pas du tout ». 2% sont sans avis sur la question.

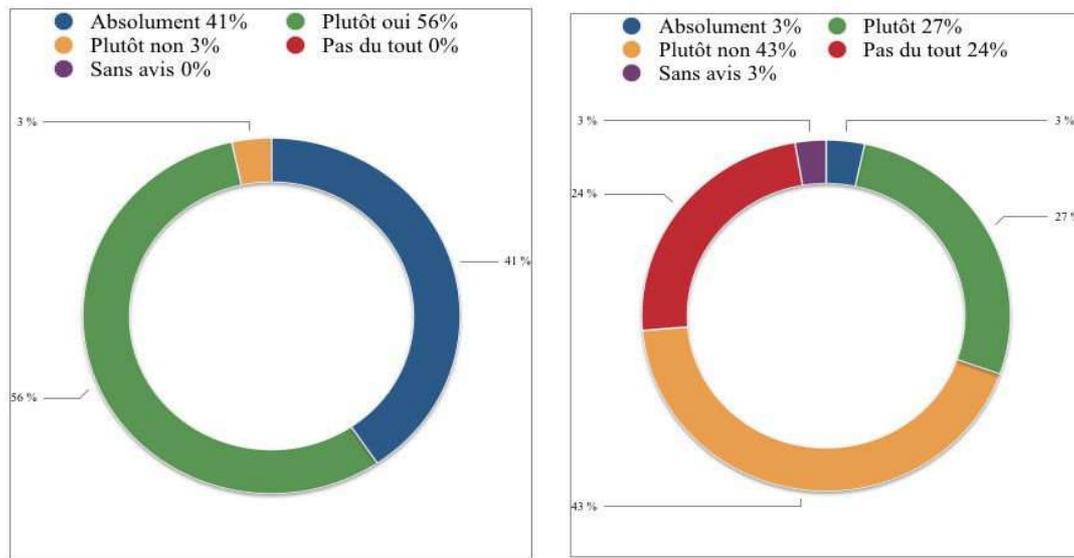


A gauche : Figure 48 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne le traitement des IST associées.

A droite : Figure 49 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne la prise en charge des addictions (drogues, alcool...).

En ce qui concerne les conseils d'éducation sexuelle (préservatifs, comportements à risque de transmission du VIH...), les internes semblent aussi à l'aise. 97% des internes estiment « absolument » ou « plutôt » maîtriser le sujet pour l'évoquer en consultation. Seulement 3% des internes estiment que « pas du tout » et aucun n'est sans avis. Ces chiffres sont en contradiction avec les difficultés évoquées à aborder la sexualité en consultation dans la partie du questionnaire dédiée aux freins relatifs à la prescription d'un dépistage VIH en consultation de ville.

Le sujet des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TRODs) semble lui beaucoup moins bien maîtrisé par les étudiants interrogés : 3% des internes seulement déclarent « absolument » maîtriser le sujet, un quart « plutôt oui », 43% « plutôt non », et tout de même un quart estiment que « pas du tout ». 3% sont sans avis.

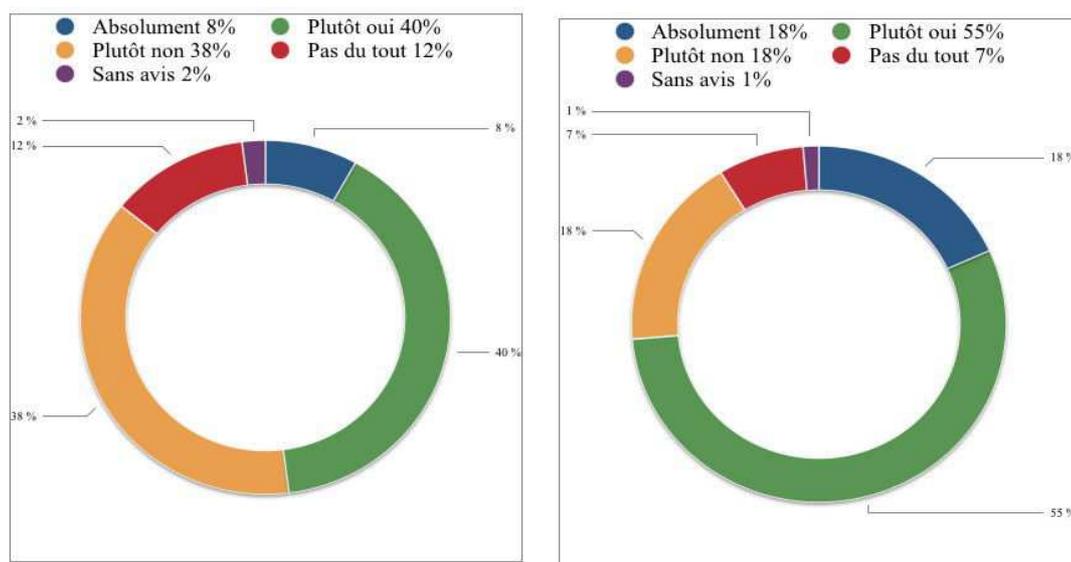


A gauche : Figure 50 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne les conseils d'éducation sexuelle.

A droite : Figure 51 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne les TRODs.

La maîtrise des connaissances sur la nécessité d'observance de la trithérapie (= le concept de Treatment As Prevention « TASP ») est elle-aussi médiocre. 8% semblent « absolument » maîtriser le sujet, 40% « plutôt oui », 38% « plutôt non » et plus d'un sur dix « pas du tout ». 2% sont sans avis.

Les réductions des risques liés aux échanges de seringues pour les UDI (« salles de shoot ») sont des notions qui semblent assez bien connues des internes. 18% estiment « absolument » maîtriser le sujet, plus de la moitié a répondu « plutôt oui » et moins d'un sur dix « pas du tout ». 1% est sans avis sur le sujet.



A gauche : Figure 52 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne la nécessité de l'observance thérapeutique.

A droite : Figure 53 : Evaluation des connaissances en prévention en ce qui concerne la réduction des risques liés aux échanges de seringues pour les UDI.

6) Evaluation de la formation universitaire

Plus d'un tiers (35,8%) des internes interrogés lors de notre étude ont déclaré n'avoir jamais eu d'heure de cours dédiée au VIH et à sa prévention lors de sa formation universitaire pendant le troisième cycle.

Environ un autre tiers (32,4%) déclare avoir bénéficié d'une ou deux heures de cours sur le sujet.

Un quart (27,7%) déclare avoir bénéficié de trois à cinq heures de cours. Seulement 4,1% ont bénéficié de plus de cinq heures de cours sur le sujet.

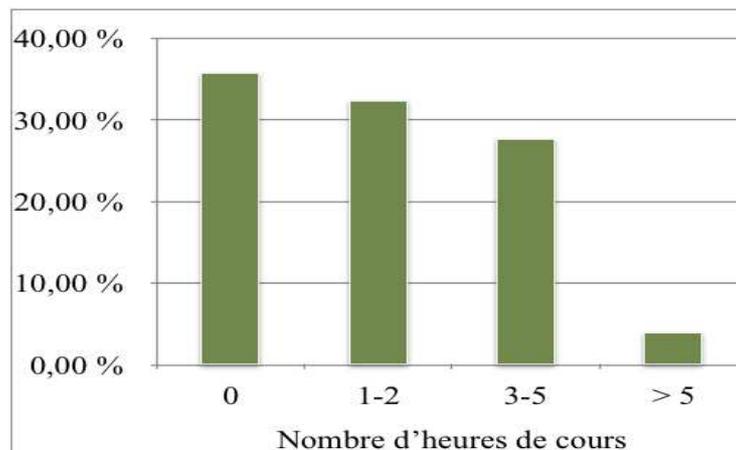


Figure 54 : Estimation du nombre d'heures de cours reçues par les internes lors de leur troisième cycle au sujet du VIH et de sa prévention.

En ce qui concerne la satisfaction des internes concernant cette formation théorique, seulement 4% ont répondu être « absolument » satisfaits de cette dernière et moins d'un sur cinq « plutôt oui ». Ils sont plus de la moitié à avoir répondu « plutôt non » et un sur cinq n'est « pas du tout » satisfait de cette formation théorique sur le VIH. Aucun des internes n'était sans avis.

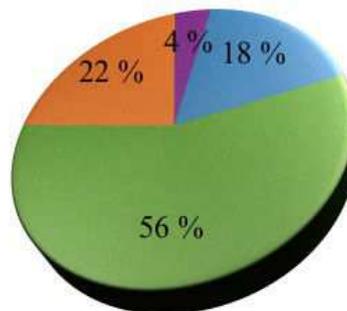


Figure 55 : Pourcentages de satisfaction des internes vis-à-vis de leur formation théorique sur le VIH et sa prévention lors de leur DES de Médecine Générale.

7) Pistes évoquées par les internes pour augmenter le nombre de prescriptions de tests de dépistage du VIH en Médecine Générale

En ce qui concerne les pistes évoquées par les internes pour optimiser le dépistage :

- 68% ont évoqué la mise à disposition de kits d'auto-dépistages gratuits à disposition des praticiens libéraux ;
- 60% la création d'un cours ou d'un séminaire dédié lors de leur cursus ;
- 50% un rappel sur les modalités du dépistage de l'infection par le VIH disponible dans le guide de stage praticien de niveau 1 / SASPAS ;
- 49% la réalisation d'un stage de sensibilisation d'une semaine dans un CDAG ;
- 48% la discussion de la problématique lors des groupes d'échanges de pratiques ;
- 36% sont en faveur de l'intégration aux ROSP du dépistage du VIH ;
- 30% ont évoqué l'intégration d'une alarme sur le logiciel de gestion du cabinet de Médecine Générale ;
- 9% l'abonnement à une newsletter ;
- 2% soit 3 internes ont évoqué d'autres propositions :
 - le renforcement de la connaissance de « l'après-dépistage » (« savoir où adresser si dépistage positif en libéral ») ;
 - la création d'une consultation dédiée à la santé sexuelle (« consultation dédiée à la santé sexuelle avec cotation spécifique (prévu dans la feuille de route « ma santé 2022 ») ») ;
 - le renforcement des moyens de communication au sujet du dépistage (« affiches en salle d'attente pour inciter les patients à évoquer le sujet »).

III) Discussion

1) Introduction

La nécessité de renforcement et d'amélioration du dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale en France se comprend à travers les faits suivants [1] [2] [3] :

- l'épidémie est seulement « contrôlée » : l'incidence n'augmente pas, mais ne diminue pas non plus depuis plusieurs années (6400 nouveaux cas annuels depuis 2010) ;
- l'épidémie « cachée » du VIH (30 000 personnes ignorant leur séropositivité sur le territoire, chiffre stable lui-aussi depuis 2010) est responsable de la majorité (60%) des nouvelles contaminations ;
- la prévalence et l'incidence du VIH sont faibles en France, ce qui ne lui offre pas beaucoup de visibilité auprès de la population et des professionnels de santé ;

- le nombre de sérologies annuelles réalisées est l'un des plus importants d'Europe (5,6 millions/an), mais leur taux de positivité reste faible et ne s'améliore pas (2,0 à 2,2 p. mille). Ce sont donc surtout les séronégatifs qui se font dépister via le système « classique » des sérologies ELISA prescrites par un médecin ;
- le nombre important d'occasions manquées au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale chez les individus à risque témoigne de son actuel manque d'efficacité et nécessite le renforcement du dépistage répété de ces populations [4] ;
- en 2017, environ 16% des nouvelles contaminations ont eu lieu chez des personnes qui n'appartenaient pas à des groupes à risque, c'est-à-dire nées en France et ayant été contaminées lors de rapports hétérosexuels, chiffre incitant au maintien du dépistage généralisé du VIH en population générale.

Un noyau de 30 000 personnes semble toujours échapper au dépistage en 2019, et entretient l'épidémie. Plusieurs freins y contribuent :

- les freins liés aux praticiens ;
- les freins liés aux patients ;
- les freins liés aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire ;
- les freins liés aux tests de dépistage ;
- les freins liés aux politiques de santé publique en place.

Pour atteindre ce « noyau dur », il est indispensable de lutter contre chacun de ces freins, et cela doit notamment passer par l'identification de ceux éprouvés par les professionnels de santé quant à la prescription d'un test de dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale.

En 2019, en France, les sociétés savantes insistent sur la nécessité d'accentuer les efforts déjà fournis en terme de dépistage afin de faire reculer l'épidémie (recommandations de la HAS 2017 et du rapport d'experts Morlat 2018) :

- multiplication des acteurs, des lieux, des méthodes et des occasions du dépistage (notion de dépistage « combiné » et « diversifié ») ;
- maintien du médecin généraliste au cœur du dispositif en tant qu'acteur principal des soins primaires ;
- renforcement du nombre de sérologies proposées aux personnes appartenant à des groupes à risque, mais aussi maintien de la proposition de dépistage systématique en population générale (au moins une sérologie au cours de la vie chez une personne âgée de 15 à 70 ans).

Cependant, dans son travail de Thèse de 2019 portant sur l'évaluation des pratiques des médecins généralistes face au dépistage du VIH en région Auvergne-Rhône-Alpes, Florian ZAHND montre que ces recommandations HAS 2017 ne sont que très peu suivies, avec moins du quart des 324 médecins interrogés qui estimaient pratiquer un dépistage plutôt « non ciblé », et plus de la moitié de

l'échantillon qui ne réalisait qu'entre une et quatre sérologies de dépistage par mois [75]. Même constat dans le Baromètre Santé des médecins généralistes de 2009, avec 63% des répondants qui n'étaient pas d'accord avec la proposition de dépistage généralisé [65].

Ces recommandations semblent pourtant justifiées lorsque l'on se fie aux travaux qui se sont penchés sur les occasions « manquées » de dépistage du VIH en Médecine Générale, c'est-à-dire lorsque le contexte clinique devait normalement faire évoquer au praticien une situation à risque, mais qu'aucune sérologie n'a été proposée au patient. La première étude est l'étude « Opportunités » de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS) en 2009-2010, qui a recueilli ses données auprès de 1008 patients nouvellement diagnostiqués VIH et appartenant à un groupe à risque (HSH, hétérosexuels nés à l'étranger et UDI). Parmi eux, un tiers n'avait jamais été testé auparavant. Parmi ces derniers, 93% avaient consulté un médecin généraliste l'année précédent le diagnostic, et 89% lui rendaient visite au moins une fois par an. Seule la moitié des 191 HSH de l'étude avaient mentionné leur orientation sexuelle à leur médecin traitant et parmi eux seulement 45% avaient reçu une proposition de sérologie VIH. Sur les 588 patients ayant présenté un symptôme évocateur d'une infection à VIH*, 62% avaient alors consulté un médecin généraliste, et seulement 18% d'entre eux s'étaient vus proposer une sérologie [4].

**Fièvre >1mois, diarrhées >1mois, perte de poids >10%, adénopathie, dermatite séborrhéique, prurigo, onychomycose, herpès buccal, leucoplasie chevelue, candidose buccale, zona, pneumopathie communautaire, tuberculose pulmonaire, infections bactériennes récidivantes, IST, hépatites virales.*

Une étude plus modeste d'Ophélie CHRETIEN montrait des résultats similaires. Elle avait recueilli 38 questionnaires, entre 2010 et 2013, de patients diagnostiqués tardivement et suivis dans le service de maladies infectieuses du CHU de Rouen. Parmi l'échantillon, neuf patients étaient nés à l'étranger, 19 s'étaient contaminés par voie sexuelle homosexuelle, 7 par voie sexuelle hétérosexuelle, 1 par accident d'exposition au sang et 11 n'en savaient rien. 32/38 patients avaient un suivi régulier avec leur médecin traitant, dont un quart depuis plus de quinze ans. 31/38 patients consultaient leur médecin traitant au moins une fois par an. 19 patients (50%) n'avaient jamais réalisé de sérologie VIH avant la découverte. Aucun des patients n'avait auparavant refusé un test qui lui avait été proposé [56].

A la vue de tous ces éléments, nous sommes donc actuellement face à une importante problématique, celle de l'existence de freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale aboutissant à : a) un nombre important d'occasions manquées au dépistage répété des groupes à risque ; b) un défaut d'application des recommandations de la HAS concernant le dépistage systématique de la population générale.

Il semblerait donc intéressant d'identifier ces freins afin de les contourner et d'optimiser le dépistage du VIH en Médecine Générale, pas seulement en augmentant le nombre annuel de sérologies prescrites, mais aussi en ciblant les bonnes personnes à dépister.

2) Les freins au dépistage du VIH

En 2017, l'étude quantitative de Madame BAFAKIH, réalisée auprès des internes de Médecine Générale d'Ile-de-France en dernière année d'internat, mettait en évidence trois freins « majeurs » concernant le dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale (sur 83 questionnaires analysés) : **la présence d'une tierce personne** (82% de « toujours » + « souvent »), **l'absence de lien avec la consultation** (60% de « toujours » + « souvent ») ainsi que **la barrière de la langue et de la culture** (43% de « toujours » + « souvent »). Venaient ensuite des freins considérés comme « moyens » (pourcentages de « toujours » + « souvent » < 40%) : manque de temps, patient non jugé comme à risque par le praticien, âge du patient, appréhension de la réaction du patient face à la proposition d'un test et abord de la sexualité difficile en consultation. En dernier, les freins identifiés comme « faibles » (pourcentages de « parfois » + « jamais » > 70%) étaient la crainte de l'annonce d'un résultat positif, la faible prévalence du VIH en Médecine Générale et la notion de rôle de « médecin de famille ».

En reprenant la classification de Madame BAFAKIH en freins « majeurs » / « moyens » / « faibles », nous avons obtenu, pour notre étude hors Ile-de-France, les résultats suivants :

Freins majeurs (% « toujours » + % « souvent » > 40%)	Absence de lien avec la consultation (80%) Présence d'un tiers lors de la consultation (68%) Absence de risque perçu par le patient (56%) Difficultés à aborder la sexualité (54%) Absence de risque perçu par le praticien (51%)
Freins moyens (% « toujours » + % « souvent » < 40%)	Appréhension de la réaction du patient (35%) Appréhension du résultat positif (28%)
Freins faibles (% « parfois » + % « jamais » > 70%)	Coût du dépistage (93%) Saturation vis-à-vis du dépistage en général (84%) Faible prévalence de l'infection (79%) Manque de compétences sur le VIH (78%) Manque de temps (76%) Désintérêt pour le VIH (73%) Barrière de la langue et de la culture (73%) Statut « médecin de famille » (72%)

Tableau 1 : classement des freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale identifiés par les internes de notre étude.

Nous avons donc identifié dans notre étude cinq principaux freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale :

- l'absence de lien avec la consultation ;
- la présence d'un tiers lors de la consultation ;
- l'absence de risque perçu par le patient lui-même ;
- les difficultés à aborder la sexualité en consultation ;
- l'absence de risque perçu par le praticien vis-à-vis du patient.

Ils sont, pour deux d'entre eux, similaires aux freins « majeurs » identifiés par Madame BAFAKIH lors de son travail de Thèse : l'absence de lien avec la consultation et la présence d'un tiers. Le fait que ces deux freins aient été retrouvés par nos deux études souligne leur importance auprès des internes de Médecine Générale français.

L'absence de lien avec la consultation est le premier frein identifié dans notre étude, avec 80% d'internes ayant répondu « toujours » ou « souvent » à la question. Ce frein semble être important puisque déjà mis en évidence lors de précédentes études qualitatives réalisées auprès de médecins généralistes français. Une autre étude quantitative réalisée auprès de médecins guadeloupéens en 2010 a montré que ce frein était aussi le plus important parmi les choix proposés, avec 41 % [25,8 ; 56,2] des 40 médecins répondeurs l'ayant identifié comme tel [71].

Ce premier frein semble tout d'abord souffrir de la faible prévalence du VIH en France. En effet, la réflexion médicale est élaborée de telle manière à ce que les diagnostics graves et fréquents soient ceux évoqués en premier, ce qui est loin d'être le cas pour le VIH. Les avancées thérapeutiques ont par ailleurs relégué cette infection au rang de « maladie chronique », faisant ainsi diminuer son niveau d'urgence diagnostique.

Cependant, dans notre étude et dans celle de Madame BAFAKIH, le frein « faible prévalence de l'infection » a été identifié comme un frein « faible ». Peut-être que les internes ont interprété la question de la manière suivante : « Est-il envisageable éthiquement qu'une pathologie ne soit pas dépistée parce qu'elle a une faible prévalence dans la population ? », ce qui a pu biaiser les réponses. Le manque d'expérience des internes a aussi pu favoriser l'émergence du frein « manque de lien avec la consultation ». En effet, les premières consultations réalisées lors de l'internat sont souvent guidées par la volonté de ne pas commettre d'erreur et d'en venir à un diagnostic qui aura écarté le grave et l'urgent, afin d'assurer la sécurité « immédiate » du patient. Les principes de prévention et de dépistage peuvent alors être mis de côté lors de la consultation.

L'expérience apporte aussi une vision plus globale du patient et permet d'établir plus rapidement les liens entre les symptômes et les diagnostics, ce qui n'est pas forcément toujours à la portée du praticien novice. L'absence totale de spécificité des symptômes de l'infection contribue aussi à brouiller les pistes menant à son diagnostic.

Le fait que l'absence de lien avec la consultation soit identifié comme principal frein de cette étude peut aussi traduire la volonté des internes de garder une certaine cohérence dans leur consultation.

En effet, il n'est pas si difficile d'admettre que la proposition d'une sérologie VIH à un homosexuel masculin consultant pour une entorse de cheville puisse paraître incongrue.

Avec ce frein, le lien fort qui existe entre prévention, dépistage et consultation de Médecine Générale ne semble pas être évident pour les internes de notre étude. Pour la HAS, chaque consultation de Médecine Générale doit être l'occasion d'un dépistage. Un homme qui consulte pour un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport est une occasion de dépistage, car le sujet masculin n'utilise que très peu le système de santé. L'absence de proposition réflexe d'une sérologie VIH lors de n'importe quelle consultation ambulatoire veut donc dire que les recommandations HAS 2017 concernant le dépistage du VIH ne sont pas bien connues des internes, et que, si elles le sont, ne sont pas appliquées, volontairement ou involontairement. Une étude réalisée dans les Pays-de-la-Loire en 2011-2012 [6] montrait que seuls 12% des médecins généralistes pratiquaient le dépistage systématique généralisé, et que seulement 11% d'entre eux avaient entendu parler des dernières recommandations HAS de l'époque (2009) le concernant. On rappelle aussi que dans le Baromètre santé des médecins généralistes de 2009, seulement moins de la moitié (48%) des médecins interrogés était en faveur de la pratique du dépistage systématique en population générale [65].

Il semblerait malgré tout que, dans notre étude, le fait d'appartenir à l'un des principaux groupes à risque de contracter le VIH (UDI, HSH et personne originaire d'une zone d'endémie) entraîne plus fréquemment une proposition de dépistage de la part des internes, et ce de manière indépendante vis-à-vis du motif de consultation. En effet, ils seraient 94% à proposer au moins « souvent » une sérologie aux UDI, 87% aux HSH et 78% aux personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne et des DFA. L'appartenance à un groupe à risque semble bel et bien primer sur le motif réel de consultation, ce qui est bénéfique pour le dépistage, et en particulier celui des groupes à risque. On constate cependant que le groupe des HSH et des personnes originaires de zones de forte endémie font moins l'unanimité auprès des internes, en comparaison à celui des UDI.

On peut aussi souligner que le frein « désintérêt des praticiens pour le VIH » a été identifié comme frein « faible » par les internes ayant répondu à notre étude, internes qui d'ailleurs considèrent à plus de 98% que le VIH est un problème de santé publique. Les consciences ne sont donc pas absentes mais ne sont pas non plus éveillées. Le propos peut cependant être nuancé par le fait qu'il existe un probable biais de sélection, les étudiants ayant répondu à ce questionnaire sur la base du volontariat. On peut aussi remettre en cause l'intérêt que les internes portent au VIH lorsque l'on regarde la fréquence à laquelle ils s'auto-forment sur le sujet: un étudiant sur cinq tout de même ne le fait jamais, et plus de la moitié ne le fait qu'une fois par an.

Ce faible niveau de formation théorique des étudiants concernant le VIH et son dépistage peut aussi participer au fait que l'absence de lien avec la consultation soit le principal frein identifié dans cette étude. En effet, plus d'un tiers des internes interrogés ont déclaré n'avoir bénéficié d'aucune heure de cours sur le sujet lors de leur troisième cycle des études médicales.

Plusieurs solutions pourraient permettre de dépasser ce frein majeur et ont été évoquées par les internes de cette étude :

- la création d'une consultation de Médecine Générale prise en charge par l'Assurance Maladie, entièrement dédiée aux thèmes de la prévention, du dépistage et de l'éducation, adaptée à l'âge du patient, d'une durée et d'une tarification conséquentes, comme c'est déjà le cas pour certaines consultations dites « complexes ». Cette consultation pourrait être l'occasion d'un dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires, des IST, du VIH, des hépatites, des cancers, des violences... ;
- le renforcement de la formation des internes et des médecins généralistes en ce qui concerne l'identification des signes évocateurs d'une infection par le VIH ;
- l'intégration aux ROSP du dépistage du VIH (36% des internes répondants), solution qui est déjà proposée dans les dernières recommandations de la HAS, mais qui, à l'heure actuelle, n'est toujours pas effective ;
- et l'intégration d'une alarme au logiciel de gestion du cabinet pour rappeler au praticien de proposer une sérologie au patient (une fois de temps en temps lorsque la personne n'appartient à aucun groupe à risque, et régulièrement lorsque c'est le cas) (30% des internes répondants).

Le deuxième frein principal mis en avant par les internes dans cette étude est la présence d'un tiers lors de la consultation (68% de « toujours » + « souvent »). Il avait lui-aussi été identifié comme tel dans le travail de Madame BAFAKIH en 2017.

Lors d'une consultation de Médecine Générale, le tiers peut être représenté par :

- un membre de la famille du patient : en général le conjoint, le parent, l'enfant, la fratrie ou encore un autre membre plus éloigné de la famille (notamment avec certaines communautés telle que celle des gens du voyage) ;
- une connaissance du patient qui vient faire la traduction de la consultation : un ami, un voisin... ;
- un traducteur professionnel ;
- un travailleur social ;
- le représentant légal d'un mineur ;
- et même un maître de stage ou un étudiant...

L'accompagnement par un tiers est une situation fréquente en Médecine Générale, et concernerait une consultation sur trois au cabinet et deux consultations sur trois au domicile.

Le thème de la consultation « conjointe », c'est-à-dire de la consultation simultanée d'un couple, a été exploré par l'étude qualitative de Madame Charlotte SEIGLE en 2011 [76]. Cinq médecins généralistes ont été interrogés sur leur ressenti quant à cet exercice si particulier. Bien que la trouvant « banale », « fréquente » (« *Existe-t-il des cabinets avec un seul siège face au bureau du médecin ?*

») et la considérant comme « deux consultations individuelles l'une à la suite de l'autre (...) réalisées à la demande du couple », ils éprouvent cependant des difficultés lors de « l'annonce diagnostique d'une maladie grave ou d'une maladie intime ».

Ce deuxième frein principal a lui aussi été mis en avant par des médecins généralistes lors de précédents travaux de Thèses qualitatifs [8] [73] [74] [75].

A travers ce frein évoqué par la majorité des internes de l'étude, on peut voir transparaître une importante volonté de discrétion de la part des étudiants, ce qui se justifie de plusieurs manières :

- la volonté du respect du secret médical, grand principe déontologique de la profession ;
- la « gravité » du diagnostic porté, encore malgré tout synonyme d'irréversibilité, de chronicité, de traitement à vie mais aussi de vie sexuelle possiblement compliquée ;
- le caractère « tabou » et « stigmatisant » de l'affection pour une partie de la population ;
- les modes de contamination particuliers avec l'abord en consultation de la sexualité, de l'homosexualité, de l'usage de drogues... ;
- la volonté de préserver le consentement libre du patient concernant l'acceptation ou non de la réalisation du dépistage, son refus étant un droit.

Le fondement de ce frein « majeur » se respecte donc puisqu'il vise à préserver le secret médical dû au patient. Cependant, cela peut aussi témoigner des difficultés qu'ont les jeunes professionnels de santé à mener leurs consultations comme ils l'entendent, et à prendre les décisions nécessaires à leur bon déroulement. Un cadre intime de consultation leur semble indispensable pour pouvoir aborder en toute quiétude des sujets « sensibles » tels que celui du VIH et de la sexualité. La décision de faire sortir le tiers lors de la consultation devrait être prise aussi souvent que nécessaire, ce qui semble loin d'être acquis. L'apprentissage de la gestion de ces situations pourrait se discuter en Groupes d'Echanges de Pratiques, entre étudiants et médecins généralistes installés. Cette solution a été approuvée par quasiment la moitié des internes de notre étude (47,9%). L'intégration lors des Groupes d'Echanges de Pratiques de représentants de patients, comme c'est nouvellement le cas pour les stages de S.A.S.P.A.S., semble être un bon outil d'apprentissage. Des formations universitaires pourraient aussi être instaurées afin d'enseigner aux étudiants et aux médecins installés les techniques de communication adaptées à la gestion de ces consultations.

Par ailleurs, les praticiens peuvent faire appel à des traducteurs professionnels, comme c'est le cas avec le Centre Louis GUILLOUX à Rennes. Ce centre de santé, destiné aux patients en situations irrégulières, dispense en effet des consultations avec des traducteurs professionnels neutres, garantissant le secret médical et l'objectivité de la consultation. Les coordonnées de ce centre sont disponibles facilement et les praticiens peuvent rapidement obtenir un rendez-vous pour leurs patients.

Une autre solution, qui a déjà été évoquée précédemment, pourrait être la création d'une consultation programmée, dédiée à la prévention, remboursée par l'Assurance Maladie, qui pourrait permettre de ne pas inclure le tiers si tel était le choix du patient. Le patient et le tiers seraient ainsi informés au préalable du déroulement de la consultation, mais aussi des thèmes qui risqueraient d'y être abordés (sexualité, drogue, cancer, hygiène de vie...). En fournissant des explications complètes sur le déroulement de cette consultation particulière, le tiers pourrait alors comprendre que sa présence n'est ni souhaitée, ni nécessaire à son bon déroulement.

Le troisième frein « majeur » identifié lors de notre étude est l'absence de risque perçu par le patient (vis-à-vis de lui-même) (56% de « toujours » + « souvent »), que l'on peut mettre en lien avec un autre frein « majeur » identifié lors de ce travail, l'absence de risque perçu par le praticien (vis-à-vis du patient) (54% de « toujours » + « souvent »).

Bien qu'il existe des groupes à risque vis-à-vis du VIH, les données épidémiologiques nous rappellent qu'environ 16% des découvertes de séropositivité surviennent en dehors de tout contexte particulier. Ces résultats sont ainsi en faveur de la nécessité de poursuivre le dépistage en population générale, comme il est actuellement recommandé par la HAS.

Laisser le choix au patient qui ne se perçoit pas à risque de refuser de se faire dépister revient à supposer qu'il a bien acquis toutes les notions en matière de prévention et de transmission du virus, mais aussi qu'il les applique rigoureusement. L'OMS rappelle que le dépistage du VIH doit être « volontaire » et que le droit au refus doit être « reconnu ».

L'identification du frein « absence de risque perçu par le patient » comme frein « majeur » va dans le sens d'autres données issues de la littérature, qui montrent notamment que le patient reste son principal prescripteur du dépistage du VIH. En effet, en 2009, plus de la moitié des sérologies ont été prescrites à la demande du patient, selon le Baromètre santé des médecins généralistes [65].

L'étude KABP 2010 [41], déjà citée dans ce travail, a montré que l'une des principales raisons de ne s'être jamais fait dépister était de ne pas se considérer comme étant à risque d'avoir contracté le virus (75,2% des femmes et 75,5% des hommes).

L'étude KABP 2010 montrait aussi l'existence de grandes carences en matière d'information de la population générale, et en particulier des jeunes, en ce qui concerne les moyens de transmission du virus. Aussi, entre 1992 et 2010, on assistait à une diminution de l'utilisation du préservatif et du nombre de personnes qui lui accordaient leur confiance. Aujourd'hui encore, et ce plus que dans les années 1990, les individus pensent que le VIH peut se transmettre lors d'un contact avec la lunette de WC souillés ou par une piqûre de moustique, ce qui on le sait est totalement faux.

Un travail quantitatif de Madame Manon CALMELS de 2017 montrait par ailleurs que la principale raison justifiant le fait de ne pas se sentir à risque de contracter le VIH évoquée par 173 des 425 interrogés était la confiance en la fidélité au sein du couple [61].

Ces précédents travaux confirment donc que :

- les patients ont de mauvaises connaissances en ce qui concerne les modes de transmission et de protection vis-à-vis du VIH ;
- les patients fondent leur perception de l'absence de risque en ce qui concerne le VIH sur des concepts très « fragiles » (comme celui de la fidélité au sein d'un couple) ;
- les patients qui se pensent les plus à risque et qui demandent une sérologie de dépistage le sont possiblement moins que ceux qui n'ont jamais évoqué le dépistage avec leur médecin généraliste, vu que environ 50% des sérologies sont réalisées à l'initiative du patient et que seules très peu d'entre elles reviennent positives (2,0 à 2,2 p. mille).

Devant ces faits, le praticien peut-il vraiment faire confiance au patient qui ne se perçoit pas à risque ? Son rôle n'est-il pas au contraire d'essayer de convaincre le patient de l'intérêt de se faire dépister et de prendre le temps d'identifier les situations à risque auxquelles il a été exposé ?

L'absence de risque perçu par le praticien, autre frein « majeur » identifié lors de cette étude, rejoint le précédent frein évoqué dans le sens où le professionnel de santé est « endormi » par la confiance qu'il accorde au patient qui se dit ne pas être à risque.

La faible prévalence de l'infection y participe aussi, chaque médecin généraliste ne suivant que très peu de PVVIH. En effet, la patientèle moyenne d'un médecin généraliste en France comporte 864 personnes. Avec environ 104 000 médecins généralistes en France en 2018 et 140 000 PVVIH qui connaissent leur statut, chaque praticien suivrait donc théoriquement seulement 1,35 PVVIH.

Une longue relation entre le médecin généraliste et le patient peut aussi favoriser ce frein. Selon le travail de Thèse qualitatif de 2014 de Monsieur Johan TETART [77] portant sur l'évolution de la relation médecin-patient lors du suivi au long cours, les médecins généralistes interrogés ont souligné l'installation d'une certaine « routine », elle-même source d'« inattention » et de « risque d'erreur », lorsque la relation médecin-patient était ancienne.

Comme nous allons le voir, les difficultés à évoquer la sexualité en consultation, autre frein « majeur » de notre étude, ont pour conséquence l'absence d'identification par le praticien des risques réels pris par le patient sur le plan sexuel, alors qu'il s'agit pourtant du principal mode de transmission du virus. En n'abordant pas cette vaste question qu'est la sexualité, le praticien se prive d'informations essentielles en ce qui concerne l'estimation du niveau de risque du patient vis-à-vis du VIH. On rappelle que seule la moitié des 191 HSH de l'étude « Opportunités » avait mentionné son orientation sexuelle auprès de leur médecin [4].

Le fait que l'absence de risque perçu par le praticien soit identifié comme l'un des principaux freins dans cette étude traduit aussi le manque de connaissance et d'application des recommandations de la HAS sur le dépistage en population générale, qui estime que tout patient est potentiellement à risque, au moins une fois dans sa vie, de contracter le VIH. Selon ces recommandations, tout patient doit être considéré comme suspect vis-à-vis de l'infection.

L'acceptabilité de ce dépistage généralisé recommandé par la HAS et le rapport d'experts Morlat est pourtant plutôt bonne du côté des patients : plus de 70% des 221 patients interrogés en Ile-de-France en 2011 [7] et plus 85% des 150 patients interrogés en Loire-Atlantique la même année [6] sont en faveur de cette proposition. Une étude de plus grande échelle réalisée en 2010 et dirigée par Anne-Laure CREMIEUX, de l'hôpital Raymond-Poincaré à Garches (AP-HP), a été réalisée dans 27 services d'urgences d'établissements hospitaliers publics et privés d'Ile-de-France. Pendant six semaines, tous les patients se sont vus proposer gratuitement un dépistage par test rapide (TROD) par le personnel de chacun de ces services d'urgences. Environ deux tiers des personnes à qui le dépistage a été proposé l'ont accepté : 12.111 sur 19.361, soit 62,5% [66].

Pour lutter contre les deux freins précédemment cités, à savoir l'absence de risque perçu par le patient et par le praticien, il semble donc toujours aussi nécessaire de multiplier les opérations d'information, de sensibilisation et de formation du grand public et des professionnels de santé en ce qui concerne le VIH, sa prévention et son dépistage. La création d'une consultation dédiée permettrait d'aborder ces sujets avec plus de temps et de quiétude et ainsi d'évaluer pleinement le risque que chaque patient encourt vis-à-vis du VIH.

L'abord de la sexualité en consultation est le cinquième et dernier frein « majeur » identifié par notre étude, avec 54% de « toujours » + « souvent ». Ce résultat est différent de celui de l'étude quantitative de Madame BAFAKIH en 2017, avec seulement 19% des internes franciliens qui avaient répondu « toujours » ou « souvent » à la question. Ils sont néanmoins corroborés par l'étude de Madame AUDDIFRED Laeticia-Marie de 2016 [62] portant sur l'étude des freins au dépistage du VIH chez les personnes de plus de 50 ans en médecine de ville, en Ile-de-France. La moitié des médecins interrogés déclaraient ne jamais parler de sexualité avec leurs patients, en évoquant « la personnalité du patient » et la « peur de choquer » comme principaux obstacles à l'abord de cette thématique. Côté patients, seulement 20% d'entre eux avaient déjà parlé de sexualité avec leur médecin généraliste, et ce malgré le fait que 73% le considéraient comme un interlocuteur privilégié pour ce sujet. Ces réponses montrent à quel point la perception que nous avons de notre rôle est en décalage avec ce que le patient peut attendre de nous. Une autre étude portant sur le ressenti des patients en ce qui concerne l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale a été réalisée et la majorité des patients interrogés (93%) ne considéraient pas cet abord comme intrusif, et ce même si le thème initial de la consultation était différent [78]. La sexualité semble donc être un sujet plus sensible aux yeux des professionnels de santé qu'aux yeux des patients.

Outre la peur de « choquer », ces résultats peuvent être le reflet de carences au niveau de l'enseignement théorique fait aux internes en ce qui concerne l'abord en consultation de sujets considérés comme « délicats » par les étudiants. Peu de cours sont en effet dédiés à l'abord de la sexualité en consultation de Médecine Générale, au profit d'autres comme « l'annonce d'une mauvaise nouvelle » ou « l'annonce d'une maladie grave ».

A Rennes, un cours dédié à l'« adolescent » enseigne certains principes pour mener à bien une consultation à cet âge si particulier où la sexualité tient une place importante, mais il est le seul à traiter de ce sujet. Là-aussi un renforcement de la formation des internes au cours d'enseignements magistraux ou de Groupes d'Echanges de Pratiques permettrait aux étudiants de se sentir plus à l'aise avec ces sujets qu'ils considèrent comme « délicats ».

La création depuis 2018 du « service sanitaire des étudiants en santé » devrait permettre à ces derniers d'aborder ces notions durant leur formation.

Comme nous l'avions prédit avant de débiter cette étude, le frein « barrière de la langue et culturelle » n'a pas été retrouvé comme frein « majeur » dans notre étude, alors qu'il l'était dans l'étude de Madame BAFAKIH en 2017. Il a été ici identifié comme frein « faible ». En effet, la proportion de la population à qui ce frein s'applique semble beaucoup moins importante en dehors de l'Ile-de-France. On peut cependant aussi supposer que les internes de notre étude ont identifié à juste titre cette population comme étant plus à risque de contracter l'infection par le VIH, et se voient donc plus enclin à leur proposer une sérologie de dépistage, même si barrière de la langue ou culturelle il y a.

Il est aussi rassurant de constater que le « coût de ce dépistage » et la « saturation du praticien vis-à-vis du dépistage en général » ont été identifiés comme des freins « faibles », les internes répondant faisant passer la bonne santé de leur patientèle avant des notions économiques et des pertes de motivations personnelles. On relèvera cependant un biais : les internes ayant répondu ne sont pas encore tellement touchés par ces principes économiques à ce stade de leur carrière.

Le « manque de compétences » est lui aussi identifié comme un frein « faible ». Il semble témoigner de la conscience de l'interne qu'il existe un continuum et une complémentarité solides entre la Médecine Générale et les professionnels du VIH, qui vont prendre en charge ultérieurement le patient. Ces internes semblent ainsi connaître leurs propres limites, et acceptent de laisser le patient être pris en charge par un autre praticien. Cela avait pourtant été perçu comme un « échec personnel » par certains médecins qui avaient participé à des études qualitatives qui exploraient les freins au dépistage du VIH chez les médecins généralistes [8] [74].

Nous constatons par ailleurs que le manque de temps a lui aussi été identifié comme un frein « faible » par les internes de notre étude. C'était aussi le cas pour l'étude guadeloupéenne précédemment citée [71] qui montrait que seulement 5,3% [0,0 ; 12,2] des médecins interrogés le considéraient comme un frein au dépistage du VIH. En 2017, l'étude de Madame BAFAKIH l'identifiait comme un frein « moyen ». Les internes et les médecins interrogés semblent donc considérer qu'il est rapide de

prescrire un test de dépistage du VIH. Il aurait été intéressant de voir quelles auraient été les réponses en ce qui concerne l'abord de la prévention et de l'éducation du patient vis-à-vis de la transmission du VIH en consultation. Par contre, le manque de temps était considéré comme l'un des principaux freins évoqués dans les travaux concernant la faisabilité du dépistage par Tests Rapides d'Orientation et de Diagnostic (TRODs) en Médecine Générale [57] [59].

Les principaux freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale identifiés par les internes de notre étude ont donc pour origine commune :

- le manque de visibilité du VIH en France : que ce soit en termes de prévalence, d'exposition médiatique, ou de qualité de formation des professionnels de santé à ce sujet ;
- la mauvaise gestion de la consultation par le praticien : absence d'identification des situations à risque par le médecin ou par le patient, « pollution » de la consultation par une tierce personne ;
- et la difficulté à aborder les thématiques jugées « sensibles » par le praticien : notamment en ce qui concerne la sexualité.

L'optimisation de la formation des internes et la création d'une consultation dédiée à la prévention semblent être les clés qui permettront de dépasser ces freins.

3) De la théorie à la pratique

a) La formation de l'interne concernant le VIH et son dépistage

Parmi les 148 internes ayant répondu à notre étude, 22% ont réalisé un stage ayant une partie de son activité consacrée au dépistage ou à la prise en charge de PVVIH, pourcentage qui peut paraître relativement faible. Néanmoins, ce résultat n'est pas si mauvais lorsque l'on tient compte de la courte durée de l'internat de Médecine Générale (six semestres) et de la composition actuelle de la maquette de stages, avec l'obligation pour les internes de réaliser quatre des six stages prévus dans les services d'accueil des urgences, de gynécologie-obstétrique et pédiatrie, mais aussi deux stages ambulatoires (stage praticien de niveau 1 et S.A.S.P.A.S.), leur laissant uniquement deux choix « libres » parmi une grande variété de terrains de stages disponibles.

Les internes semblent bien au clair avec le fait que le VIH est un problème de santé publique. En effet, 98% des internes de cette étude ont répondu « plutôt oui » ou « absolument » à la question « pensez-vous que le VIH soit un problème de santé publique ? ». Un chiffre similaire avait été obtenu avec le travail quantitatif de Madame BAFAKIH en 2017 [9] réalisé auprès des internes de Médecine Générale d'Ile-de-France, qui avaient répondu à 92% « oui » à cette question. Il semblerait donc qu'à travers leur formation, les internes perçoivent que les enjeux du dépistage de cette infection sont aussi bien

représentés à l'échelle individuelle que collective, et touchent plusieurs domaines de notre société : la santé, l'économie, le social, le bien-être... Cette notion de « santé publique » revient aussi souvent dans les études qualitatives précédemment réalisées auprès des médecins généralistes, notamment dans le travail de Monsieur DUMAS Florian en 2018 [74], qui la considère comme l'un des principaux arguments lorsqu'il s'agit de justifier le renforcement du dépistage de l'infection par le VIH.

Alors que l'infection par le VIH est considérée comme un réel problème de santé publique, le nombre d'heures de cours consacrées à ce sujet semble bien faible durant l'internat de Médecine Générale. Plus d'un tiers des internes de notre étude déclarent en effet n'avoir jamais bénéficié d'heure de cours à ce sujet lors de leur troisième cycle.

Bien que les enseignements généraux et spécifiques dispensés lors du troisième cycle des études médicales doivent s'articuler autour de la « santé publique », de l'« économie de la santé », des « stratégies diagnostiques et thérapeutiques et de leur évaluation », de la « place des médecins généralistes dans le système de santé » et de la « prévention, l'éducation à la santé », aucun texte de loi n'impose actuellement que le thème du dépistage de l'infection par le VIH soit abordé lors de la formation théorique des internes. Par exemple, et ce pour l'année scolaire 2018-2019, aucun enseignement théorique de DES de Médecine Générale à Rennes n'est consacré entièrement au dépistage et à la prise en charge des PVVIH.

Lorsqu'ils sont interrogés à ce sujet dans notre étude, ce sont tout de même près de 8 internes sur 10 qui estiment que leur formation théorique à propos du VIH n'est pas suffisante au cours de leur internat de Médecine Générale.

Ils ont d'ailleurs répondu en majorité (60%) que la création d'un cours ou d'un séminaire dédié au VIH serait une bonne solution pour augmenter leur nombre de prescriptions de tests de dépistage du VIH en médecine ambulatoire. Près d'un interne sur deux (49%) estimait aussi qu'il serait nécessaire de créer, pendant leur internat, un stage de sensibilisation d'une semaine dans un CeGIDD.

Les carences de l'enseignement dédié au VIH, son dépistage et sa prévention sont aussi constatées lorsque l'on se réfère aux réponses apportées à la question de notre étude « Je juge mon argumentaire suffisamment solide en ce qui concerne ces moyens de prévention de la transmission du VIH pour les évoquer en consultation avec mon patient... ».

Les sujets sur lesquels les internes semblaient les moins à l'aise étaient ceux qui se réfèrent aux « nouveautés » en matière de thérapeutiques, de prévention et de dépistage de cette infection. On peut citer :

- le traitement par PrEP (70% de « plutôt non » / « pas du tout ») ;
- le dépistage par TRODs (67% de « plutôt non » / « pas du tout ») ;
- l'observance de la tri-thérapie (TASP) (50% de « plutôt non » / « pas du tout ») ;
- et le traitement post-exposition (TPE) (48% de « plutôt non » / « pas du tout »).

Les notions de traitement des IST associées, de sécurisation des échanges de seringues, d'éducation sexuelle (préservatif, comportements à risque...) et de prise en charge des co-addictions (drogues, alcool...) semblent quant-à-elles beaucoup mieux maîtrisées par les internes :

- éducation sexuelle (97% de « absolument » / « plutôt oui ») ;
- traitement des IST associées (92% de « absolument » / « plutôt oui ») ;
- sevrage des co-addictions (74% de « absolument » / « plutôt oui ») ;
- réduction des risques liés aux échanges de seringues (salles de « shoot ») (73% de « absolument » / « plutôt oui »).

Ces dernières sont en effet abordées de manière plus importante lors de la formation de l'interne et ne sont pas sujettes à autant d'évolutions et de nouveautés que les notions associées au VIH lui-même (TPE, PrEP, TASP et TRODs).

Des résultats similaires auprès d'une population de médecins généralistes de Seine-Saint-Denis ont été rapportés par le travail de Thèse de Monsieur FOKA TICHOUÉ Hervé réalisé en 2018 [79] et qui montrait que, parmi les 96 médecins interrogés, 35% d'entre eux n'avaient jamais entendu parler de la PrEP, que près de la moitié d'entre eux (46%) ne savaient pas si ils pouvaient la conseiller à leurs patients, et que seulement 19% d'entre eux savaient qu'ils pouvaient la prescrire. A la fin de son travail, Monsieur FOKA TICHOUÉ préconisait d'ailleurs un renforcement de la communication concernant ce moyen de prévention du VIH vis-à-vis des professionnels de santé.

Concernant les TRODs, un des trois principaux freins liés à leur utilisation en consultation de Médecine Générale mis en évidence par le travail de Thèse de Madame POIRIER Claire en 2014 auprès des médecins généralistes de la région Centre était le manque de formation [57].

Il semblerait donc que la formation des internes et des médecins généralistes ait un rôle prépondérant en matière de dépistage du VIH. Mais qui parle de formation soulève aussi la question de l'auto-formation. Bien que, comme nous l'avons vu précédemment, la majorité (98%) des internes de notre étude pense que le VIH est un problème de santé publique, ils ne sont que peu à s'auto-former de manière régulière sur le sujet. Dans notre étude, un interne sur cinq (20%) ne s'informe jamais sur le VIH, plus d'un interne sur deux le fait de manière annuelle (54%), un interne sur cinq (21%) le fait tous les six mois et ils ne sont que 4% à le faire de manière mensuelle. Le prochain chapitre de cet exposé aborde aussi d'ailleurs la connaissance et l'application des recommandations de la HAS 2017 concernant le dépistage du VIH en Médecine Générale, sujet qui, on le verra, est aussi le témoin d'un manque relatif d'auto-formation des internes à ce sujet.

La formation théorique de l'interne fait partie intégrante de l'apprentissage de son futur métier de médecin généraliste et doit donc aborder les sujets importants en termes de soins primaires tels que les enjeux de santé publique, l'importance de la médecine préventive et l'éducation du patient. Légiférer en matière d'organisation de la formation théorique de l'interne de Médecine Générale, en rendant par exemple obligatoire un cours, un séminaire ou un stage dédié à l'infection par le VIH, permettrait très probablement d'augmenter le nombre de sérologies prescrites, et ce à bon escient.

b) La connaissance et le suivi des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

En Mars 2017, la HAS, sur la base des nouvelles données épidémiologiques disponibles sur l'infection par le VIH en France, a réévalué la stratégie de dépistage de cette infection.

Ces nouvelles recommandations :

- donnent des informations sur les populations visées par le dépistage du VIH ;
- rappellent les divers outils et acteurs à disposition sur le territoire ;
- ont la volonté de promouvoir une approche « préventive globale de santé sexuelle » ;
- et transmettent les messages clés afin de donner une nouvelle impulsion au dépistage du VIH (figure 34).

Messages clés

- La priorité doit être accordée au dépistage de l'infection à VIH au sein des populations clés. Il convient ainsi de renforcer la fréquence du dépistage dans ces populations :
 - 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 d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.
- Afin de permettre le diagnostic des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée, la proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans doit être maintenue et représente une approche complémentaire au dépistage au sein des populations clés.
- Cette proposition de dépistage doit être principalement orientée en fonction de l'incidence de l'infection à VIH et de la prévalence de l'infection non diagnostiquée plus élevées dans certaines régions (IDF, PACA, DFA), ainsi que chez les hommes, qui ont un moindre recours au système de soins que les femmes.
- Un test de dépistage de l'infection à VIH doit par ailleurs être systématiquement proposé dans différentes circonstances : diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, diagnostic de tuberculose, grossesse ou projet de grossesse, viol, prescription d'une contraception ou IVG, incarcération.
- La démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage de l'infection à VIH doit continuer d'être encouragée et facilitée.
- La HAS considère par ailleurs que la recherche de l'infection à VIH peut être facilitée par la proposition conjointe de tests de dépistage de l'infection à VHB et VHC en fonction des facteurs de risque, inscrivant cette démarche dans une approche plus globale de santé sexuelle.

Figure 1 – Messages clés concernant les nouvelles recommandations du dépistage de l'infection à VIH établies par la HAS en Mars 2017 ; source : HAS.

Les deux propositions phares de ces dernières recommandations restent donc le renforcement du dépistage ciblé chez les populations à risque, et le maintien du dépistage systématique au moins une fois dans la vie pour la population générale.

En octobre 2018, la HAS a aussi publié un guide à l'intention des médecins généralistes concernant la prise en charge des PVVIH. Elle justifie la mise en place de ce guide par le fait que le VIH est devenu une « maladie chronique » grâce aux avancées thérapeutiques, avec maintenant la possibilité de suivre cette pathologie en Médecine Générale, suivi qui doit être « partagé et coordonné avec l'hôpital ». La HAS a donc condensé les informations nécessaires au suivi de ces patients : points d'attention spécifiques et outils de prévention, de dépistage et de prise en charge des comorbidités les plus fréquentes, qu'elles soient liées aux traitements, au VIH lui-même, ou aux co-infections associées. L'objectif étant surtout de diminuer le temps passé en consultation hospitalière afin d'optimiser la qualité de vie des patients concernés.

Dans notre étude, seulement 34 % des internes ont déclaré avoir entendu parler de ces recommandations HAS 2017, et seulement moins de 20 % déclarent les maîtriser. Ces chiffres rejoignent globalement ceux de l'étude de Madame BAFAKIH de 2017 [9]. En effet, dans cette étude, seulement 29% des étudiants interrogés déclaraient avoir été informés des anciennes recommandations HAS 2009 concernant de dépistage de l'infection à VIH. Les chiffres semblent même être un peu meilleurs dans notre étude, et ce malgré le fait que la prévalence de l'infection soit beaucoup plus faible en province qu'en Ile-de-France.

Les autres données de la littérature montrent que les médecins thésés semblent un peu mieux informés que les internes, même si les chiffres obtenus restent assez faibles pour des zones où l'infection par le VIH est à forte prévalence (Ile-de-France, DFA) :

- 55% des médecins avaient connaissance de ces recommandations HAS 2009 en Guadeloupe dans une étude de 2010 [71] ;
- et c'était le cas de seulement 45% des médecins généralistes franciliens dans une étude de 2015 [80].

La faible proportion d'étudiants et de professionnels informés des recommandations de la HAS soulève plusieurs questions :

- L'enseignement dispensé en faculté est-il approprié vis-à-vis de ce problème de santé publique ?
- La formation continue est-elle assez promue et appliquée par les internes et les praticiens ?
- Les modalités de transmission des informations par la HAS aux professionnels de santé sont-elles adaptées et efficaces ?
- L'intérêt des internes de Médecine Générale pour l'infection à VIH est-il aussi fort que celui pressenti dans notre étude ?

La stratégie de diffusion des messages clés aux médecins généralistes par les pouvoirs publics devrait donc être révisée afin que les recommandations de santé publique touchent un maximum de professionnels et d'étudiants en santé.

Tout comme pour le dépistage du VIH, la diffusion de l'information devrait être :

- réitérée aux « populations clés » : les médecins généralistes ou spécialistes ;
- étendue à la « population générale » : que l'on soit professionnel de santé ou non ;
- effectuée de manière « combinée » et « diversifiée » : en multipliant les moyens, les intervenants ainsi que les lieux de diffusion de l'information ;
- et parfois effectuée « hors les murs », en allant directement à la rencontre des professionnels de santé.

Le fait d'être informé des recommandations de santé publique établies par la HAS ne signifie pas forcément être en accord avec elles. En témoigne le désaccord persistant entre le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la HAS concernant le dépistage du VIH en population générale. Le CNGE prône plutôt un renforcement du dépistage des personnes appartenant à des groupes à risque de contracter le virus mais n'appuie pas la recommandation de la HAS qui concerne le dépistage généralisé. On peut constater à travers la littérature que :

- 63% des généralistes interrogés dans le cadre du Baromètre santé médecins généralistes de 2009 n'étaient pas d'accord avec la proposition du dépistage généralisé lorsqu'une sérologie n'avait pas été pratiquée depuis longtemps [65] ;
- plus de 50% des médecins généralistes d'Ile-de-France interrogés dans une étude de 2013 [80] déclaraient ne pas avoir modifié leur pratique du dépistage après avoir pris connaissance des anciennes recommandations HAS 2009 ;
- le travail de Thèse de Madame DESCAMPS Céline (2010) [7] avait retrouvé que, sur les 43 médecins généralistes interrogés, seulement 42% avaient augmenté leur taux de prescription de sérologies après avoir pris connaissance des recommandations HAS 2009.

Il reste encore donc un certain chemin à parcourir avant d'uniformiser la pratique du dépistage de l'infection par le VIH, et en particulier celui de la population générale. La HAS devrait revoir ses techniques de communication afin de rendre l'information de la nécessité du maintien du dépistage systématique du VIH plus percutante auprès de ceux qui y restent pour le moment réfractaires ou qui n'ont pas encore modifié leurs pratiques.

c) Une formation universitaire remise en cause

Alors que dans notre étude, 98% des internes interrogés étaient « plutôt » voire « tout à fait » d'accord avec le fait que le VIH est un problème de santé publique, on constate que la majorité d'entre eux ne sont pas satisfaits de la formation universitaire reçue.

A la question « Estimez-vous que l'enseignement sur le VIH et la sensibilisation à son dépistage sont suffisants au cours de votre internat ? » :

- seulement 1% ont répondu « absolument » et 14% « plutôt » oui ;
- 54 % ont répondu « plutôt non » et 27% « pas du tout » ;
- 1% étaient « sans avis » sur la question.

Pour expliquer cette insatisfaction, on peut supposer que le nombre d'heures de cours dédiées n'est pas suffisant. 41% des internes de notre étude prétendent n'avoir reçu aucune heure de formation dédiée au VIH et à son dépistage. 29% disaient avoir bénéficié seulement d'une à deux heures de cours, et 23% deux à cinq heures. Ils n'étaient que 4% à avoir reçu plus de cinq heures de cours à ce sujet durant leur DES de Médecine Générale.

Les faibles pourcentages d'étudiants qui s'estiment assez à l'aise avec les nouveaux concepts liés au VIH (TPE, PrEP, TASP et TRODs) pour les aborder en consultation avec les patients confirment qu'il existe des carences au niveau de leur formation. Par ailleurs, 20% des étudiants interrogés jugeaient que leur manque de compétences vis-à-vis du VIH était un frein à la prescription de son dépistage. Ils étaient aussi 46% à évoquer les difficultés de l'abord de la sexualité en consultation de Médecine Générale.

Ces chiffres sont concordants avec le précédent travail de Thèse de Madame BAFAKIH de 2017 [9], qui avait retrouvé pour la population d'internes d'Ile-de-France que :

- seulement 54% des étudiants proposeraient « souvent » voire « toujours » un traitement post-exposition (TPE) après une prise de risque élevée ; seuls 18% des internes évoqueraient la PrEP « souvent » voire « toujours » en cas de conduites à risque chez une personne séronégative ;
- et seulement 38% des étudiants interrogés n'auraient jamais de difficultés pour aborder la sexualité avec leurs patients.

A l'heure où la HAS souhaite faire des médecins généralistes des acteurs centraux dans la bataille contre le VIH, la réalité du faible nombre d'heures d'enseignements théoriques dédiées à ce problème de santé publique contraste avec la complexité du rôle à endosser par ces praticiens. Ils doivent en effet s'approprier des thèmes forts tels que ceux de la prévention, de l'éducation, de la sexualité, des drogues, de la discrimination... et bien d'autres afin de mener à bien le projet de « Santé sexuelle globale » promu par la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.

Il semble donc nécessaire que le nombre d'heures de formation théorique concernant l'infection par le VIH et la sexualité soit augmenté afin de préparer au mieux ces futurs professionnels à la tâche qui leur incombe.

Cette proposition semble être la plus plébiscitée par les étudiants de notre étude, avec 68% des internes interrogés qui pensent que la création d'un cours ou d'un séminaire dédié au VIH et à son dépistage serait un bon outil pour augmenter leur nombre de prescriptions de sérologies. 44% des internes de l'étude pensent par ailleurs que la création d'un stage de sensibilisation d'une semaine dans un CeGIDD leur serait bénéfique.

Les recommandations HAS 2017 concernant le dépistage du VIH semblent avoir intégré ces notions et proposent différentes solutions afin de les faire évoluer :

- élaboration d'un cahier des charges national précisant notamment les compétences à acquérir par les acteurs du dépistage ;
- accompagnement des médecins avec une communication et une information spécifiques ;
- et création de formations à la santé sexuelle et son approche, destinées aux médecins.

Il n'y a cependant actuellement pas de recommandations claires établies par la HAS ni par le rapport du groupe d'experts Morlat en ce qui concerne la formation des internes de Médecine Générale. La réforme du troisième cycle des études médicales de 2017 n'a pas non plus statué sur l'obligation de dispenser tel ou tel enseignement aux internes.

Outre la nécessité de renforcer la formation théorique de l'interne en ce qui concerne le VIH et son dépistage, d'autres cours pourraient être développés afin de lutter contre les freins majeurs identifiés dans notre étude, à savoir :

- un cours sur la médecine préventive au sens large, afin d'intégrer le dépistage et la prévention à toute consultation de Médecine Générale (frein « absence de lien avec la consultation ») ;
- un cours sur la gestion de la consultation en Médecine Générale, afin de pouvoir demander au tiers de sortir lorsque cela est nécessaire (frein « présence d'un tiers lors de la consultation ») ;
- un cours sur l'abord de sujets « sensibles » en Médecine Générale, tels que ceux de la sexualité, de l'homosexualité, des drogues... (frein « abord difficile de la sexualité ») ;
- un renforcement des cours sur l'entretien motivationnel et le « counseling* », afin donner les clés à l'interne pour faire comprendre au patient l'intérêt du dépistage, même si ce dernier ne se sent pas à risque vis-à-vis du VIH, ou qu'il craint de se faire dépister (freins « absence de risque perçu par le patient/praticien vis-à-vis du VIH »).

**Le counseling est défini comme une « information-conseil » personnalisée visant à aider une personne à prendre une décision, résoudre des problèmes, faire face à une crise nécessitant de sa part une série de changements auxquels elle ne se sent pas forcément préparée.*

Le travail éducatif afin d'augmenter l'efficacité du dépistage de l'infection par le VIH doit donc se faire tout aussi bien chez les patients que chez les professionnels de santé.

4) Les pratiques du dépistage de l'infection par le VIH en consultation de Médecine Générale

Avec 190 millions de consultations réalisées en 2018, soit environ 22 par jour et 5000 par an et par médecin (données IQVIA), le médecin généraliste est l'un des fers de lance du dispositif de dépistage du VIH, car il rencontre chaque année une grande partie de la population française. Ce nombre important de consultations annuelles permet théoriquement de contrebalancer la faible prévalence de l'infection à VIH en Médecine Générale et devrait, si le renforcement de l'activité de dépistage se poursuit, conduire à l'identification d'un certain nombre de PVVIH ignorant leur statut sérologique, en complément des autres stratégies disponibles.

En France, de 2003 à 2012, les données de surveillance de l'infection à VIH et du sida ont montré que les circonstances de réalisation de la sérologie VIH lors d'un diagnostic de séropositivité étaient [1] :

- dans 31% des cas, la présence de signes cliniques liés au VIH (25% des signes de primo-infection et 75% des signes d'infection plus avancée), surtout chez les hétérosexuels et les personnes nées à l'étranger ;
- dans 22% des cas, la notion de prise de risque récente, surtout chez les HSH ;
- dans 21% des cas, la réalisation d'un bilan systématique, surtout chez les femmes lors du bilan prénatal ;
- dans 11% des cas, un dépistage orienté (lié à une prise de risque ancienne ou à un signe faisant évoquer une autre pathologie), surtout chez les UDI.

Actuellement, le site internet Ameli.fr de l'Assurance Maladie, consulté par l'ensemble des médecins généralistes, propose une liste de situations pour lesquelles le dépistage du VIH est recommandé, en se basant sur les recommandations de la HAS et des sociétés savantes :

- régulièrement : HSH (tous les 3 mois), UDI (tous les ans) et personnes originaires de zones endémiques (tous les ans).
- ponctuellement : projet d'enfant, grossesse, prescription d'une contraception, projet d'arrêt du préservatif, demande d'IVG, après un viol, en cours d'incarcération, après une prise de risque, lors du diagnostic d'une IST, d'une hépatite ou d'une tuberculose, en cas de tableau évocateur de d'infection (la liste de ces signes est disponible sur le site internet), devant tout patient souhaitant se faire dépister et au moins une fois dans la vie pour toute personne de 15 à 70 ans.
- obligatoirement : don de sang, d'organe, de sperme et de lait.

Notons que les situations suivantes n'y sont pas citées mais sont néanmoins recommandées par le groupe d'experts Morlat 2018 : les personnes en situation de précarité*, les travailleurs du sexe et les personnes de l'entourage d'une PVVIH.

**La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives [81].*

Les hommes consultant en règle générale assez peu le système de santé, la HAS recommande aussi que chaque consultation masculine soit une occasion de dépistage, mais cette information n'est pas reprise par le site Ameli.fr.

Les anomalies biologiques elles non plus ne sont pas citées par le site internet : lymphopénie, thrombopénie, cytolysé hépatique...

On constate par ailleurs que la quasi-totalité de ces recommandations est reprise dans le manuel d'apprentissage des pathologies infectieuses pour les étudiants de deuxième cycle des études médicales : le Pilly°, utilisé par un très grand nombre d'étudiants lors de leur formation universitaire. Néanmoins, deux recommandations de la HAS ne sont pas reprises dans ce manuel : la recommandation du dépistage au moins une fois dans la vie de la population générale âgée de 15 à 70 ans, et celle concernant le fait de saisir chaque opportunité de dépistage des sujets masculins qui utilisent moins le système de santé que les femmes ou les enfants.

Dans notre étude, un tiers des étudiants estiment avoir prescrit entre une et cinq sérologies en stage ambulatoire sur une période de six mois (34%), et seulement 14% ont déclaré avoir prescrit plus de vingt sérologies sur la même période. 98% des internes de notre étude ont au moins prescrit une sérologie de dépistage durant leur stage ambulatoire.

Pour information, 93,9% des médecins généralistes interrogés lors de l'étude Baromètre santé médecins généralistes de 2009 déclaraient avoir prescrit une sérologie VIH dans le mois précédent l'enquête. Par contre les médecins généralistes semblaient prescrire plus de tests que les internes ayant répondu à notre étude avec en moyenne 5,9 [5,5 ; 6,3] sérologies par mois [65]. On peut nuancer ces données avec le fait qu'il est probablement plus délicat pour l'interne de proposer une sérologie de dépistage si jamais la consultation a lieu en supervision directe et que le maître de stage n'en a pas évoqué l'idée.

Une autre étude parisienne de 2013 montrait que les trois quarts des médecins généralistes interrogés avaient prescrit jusqu'à dix sérologies le mois précédent l'étude, dont environ la moitié de leur propre initiative [80].

Les 43 médecins généralistes (exerçant en Ile-de-France et autour de Gien (45)) ayant participé à l'étude de Céline DESCAMPS en 2013 ont quant-à-eux déclaré avoir prescrit sur une année entre zéro et 94 sérologies soit une moyenne de 17,1 sérologies par médecin et par an, résultat similaire à celui de notre étude [7].

Les situations à risque de transmission du VIH énoncées par la HAS et le groupe d'experts Morlat sont globalement bien identifiées par les étudiants ayant répondu à notre étude. En témoignent les chiffres recueillis concernant la pratique du dépistage du VIH pour certaines d'entre elles :

Nb : Le pourcentage cité entre parenthèses en gras est le pourcentage cumulé d'étudiants qui prescriraient au moins « souvent » voire « toujours » une sérologie VIH en cas de confrontation à la situation clinique donnée obtenu lors de notre étude. Le pourcentage cité ensuite en italique est le même pourcentage cumulé (« souvent » + « toujours ») obtenu pour le précédent travail de Thèse de Madame BAFAKIH en 2017, qui interrogeait les internes de fin de cursus de Médecine Générale en Ile-de-France.

- Diagnostic d'une IST (**99%** ; 99%) ;
- Diagnostic d'une hépatite (**95%** ; 97%) ;
- Travailleurs du sexe (**95%** ; 99%) ;
- Prise de risque (**94%** ; 99%) ;
- Grossesse (**92%** ; 93%) ;
- Partenaire de PVVIH (**91%** ; 98%) ;
- UDI (**90%** ; 99%) ;
- Point d'appel clinique (**89%** ; 95%) ;
- Partenaires multiples (**89%** ; 99%) ;
- HSH (**82%** ; 93%) ;
- Changement de partenaire sexuel (**77%** ; 87%) ;
- Patient originaire d'une zone d'endémie (**74%** ; 86%)

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus avec d'autres études réalisées auprès de médecins généralistes français. Par exemple, en 2018, 334 médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont répondu au questionnaire du travail de Thèse de Monsieur ZAHND Florian qui voulait caractériser les pratiques du dépistage de l'infection à VIH dans cette région. Les situations cliniques à risque pour lesquelles les médecins prescrivaient le plus le dépistage étaient : UDI (95%), changement de partenaire sexuel (91%), HSH (86%), grossesse (81%) et être originaire d'une zone d'endémie (78%) [75]. Aussi, 73% des médecins généralistes de l'étude Baromètre santé médecins généralistes de 2009 prescrivaient « toujours » une sérologie VIH en cas de diagnostic d'IST [65], ce qui était aussi le cas pour 78% des médecins généralistes parisiens ayant répondu à une étude de 2013 [80].

Quatre grands groupes de situations cliniques sont donc bien identifiés par les internes de notre étude et semblent déclencher plus fréquemment le réflexe de la prescription d'un dépistage du VIH :

- celui des **groupes les plus à risques vis-à-vis du VIH** : UDI, HSH et personnes originaires des zones à forte prévalence du VIH ;
- celui des **conduites à risque**, probablement grâce aux programmes de prévention et d'éducation à la santé sexuelle auxquels ils ont été confrontés tout au long de leur parcours scolaire, du collège/lycée à la fin de leur cursus médical ;

- celui des **infections associées** (IST et hépatites), devant la volonté de plus en plus marquée de nos sociétés savantes d'inciter les professionnels de santé à dépister ces co-infections qui aggravent le pronostic et la transmissibilité de l'infection à VIH et partagent les mêmes modes de contamination ;
- celui de la **mère et de son enfant**, avec historiquement a) la proposition systématique d'un dépistage du VIH au sixième mois de grossesse afin de prévenir la transmission materno-foetale du virus et b) l'existence de l'ancien certificat pré-nuptial.

La prescription d'une sérologie VIH est certainement aussi plus aisée dans ces quatre groupes car :

- pour celui des **conduites à risque**, les probabilités de contracter le VIH sont en lien avec un comportement « irresponsable » de l'individu. La prescription d'un dépistage aurait alors pour objectifs de sensibiliser et de responsabiliser l'individu vis-à-vis de sa santé, ce qui pourrait ajouter des arguments motivationnels en faveur du dépistage ;
- pour celui des **co-infections**, l'identification du VIH a des vertus pronostiques, améliorant la morbi-mortalité du patient ainsi que sa qualité de vie, avec une vision alors plus positive du dépistage qui est ici réalisé avec la volonté de traiter au mieux l'ensemble des pathologies du sujet ;
- de même pour celui des **femmes enceintes**, pour qui l'un des grands objectifs du dépistage est d'éviter la transmission materno-foetale, et donc « d'épargner » l'enfant à naître d'une maladie chronique « grave ».

Par ailleurs, 89% des internes de notre étude semblent porter une attention particulière aux signes physiques faisant évoquer une infection à VIH et proposeraient au moins « souvent » voire « toujours » un dépistage si ils y étaient confrontés. Le chiffre semble généreux et il aurait peut-être fallu détailler un peu plus cette question en proposant aux étudiants diverses situations cliniques telles que : une fièvre prolongée, une pharyngite, une perte de poids, une diarrhée chronique, une éruption cutanée... Et ce d'autant plus que l'un des principaux freins au dépistage du VIH identifié par ces mêmes internes est « l'absence de lien avec la consultation ». Ce résultat semble donc bien paradoxal compte tenu de l'absence totale de spécificité des signes cliniques faisant évoquer une infection à VIH. Par ailleurs, on remarque que seulement 68% des étudiants de notre étude prescriraient au moins « souvent » voire « toujours » une sérologie VIH en cas de découverte d'une lymphopénie, qui est pourtant LE signe biologique majeur de l'infection, puisque conditionnant son pronostic. Les réponses à la question des « signes cliniques évocateurs » sont donc à prendre avec précautions et un regard plutôt critique.

On remarque que les groupes à risque des HSH et des patients originaires des zones de haute prévalence de l'infection (Afrique Sub-Saharienne et DFA) semblent un peu moins bien identifiés par les étudiants que celui des UDI, alors qu'ils représentent pourtant les deux principales populations concernées par l'infection. On constate en effet que près d'un étudiant sur cinq de notre étude ne prescrirait pas au moins « souvent » une sérologie VIH aux HSH. De même, un étudiant sur quatre ne le ferait pas au moins « souvent » pour le groupe des patients originaires d'Afrique Sub-Saharienne et

des DFA. En détaillant les réponses de notre étude, la part de ceux qui ne prescriraient « jamais » la sérologie à ces deux groupes reste très faible (2% pour chaque groupe), mais celle de ceux qui le feraient « toujours » est loin d'être optimale (respectivement 50 et 38,1%), tout en sachant qu'il est recommandé d'effectuer cette sérologie tous les 3 mois pour les HSH et tous les ans pour les personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne et des DFA. On peut cependant se demander si les réponses n'étaient pas plus nuancées par les internes, avec peut-être la volonté de ne pas trop « stigmatiser » leur prescription de dépistage du VIH.

Ces données sont retrouvées dans d'autres études précédemment citées dans cet exposé :

- En ce qui concerne les HSH :
 - Pays de la Loire (2012) : 38,6% des médecins généralistes seulement déclaraient leur prescrire « systématiquement » une sérologie VIH [6] ;
 - Ile-de-France (2014) : 76,7% des médecins généralistes interrogés dans le travail de thèse de Céline DESCAMPS déclaraient « toujours » prescrire une sérologie VIH pour ce groupe [7] ;
 - Ile-de-France (2017) : 69% des internes en fin de cursus de Médecine Générale déclaraient « toujours » prescrire une sérologie VIH aux HSH (travail de Thèse de Madame BAFAKIH [9]) ;
 - Auvergne-Rhône-Alpes (2018) : 86% des médecins interrogés déclaraient prescrire une sérologie à ce groupe à risque, mais on ne connaît pas ici la fréquence de la prescription [75].
- Les résultats semblent là-aussi moins bons ce qui concerne les personnes originaires de zone à forte prévalence :
 - Etude Baromètre santé médecins généralistes (2009) : 34,8% [65] ;
 - Pays de la Loire (2012 ; médecins généralistes) : 12,5%[6] ;
 - Thèse de Madame Bafakih Latufat (2017 ; internes de fin de cursus) : 47% des internes d'Ile-de-France interrogés prescriraient « toujours » la sérologie [9] ;
 - Auvergne-Rhône-Alpes (2018 ; médecins généralistes) : 78% [75].

Bien que probablement inhomogènes à cause des différences épidémiologiques existant entre ces régions et des inégalités de tailles des échantillons, ces données concernant le dépistage de l'infection par le VIH convergent vers l'idée que, même pour les deux groupes les plus à risque de contracter la maladie, celui-ci n'est pas réalisé de manière optimale ni uniforme.

En mettant en parallèle les principaux freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale identifiés lors de notre étude, on peut ainsi être amené à penser que :

- le lien entre VIH et HSH / personne originaire de zone à forte prévalence du VIH n'est peut-être pas aussi évident pour le professionnel de santé lorsque l'on se met dans le contexte de la consultation, avec possiblement la volonté du médecin de ne pas stigmatiser sa prescription ;

- les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont probablement plus accompagnées par des tiers lors des consultations afin de profiter d'un soutien de traduction ;
- le risque (vis-à-vis du VIH) ressenti par les HSH et les patients originaires de zones d'endémie est peut-être sous-estimé par ces derniers, car ils appartiennent de manière involontaire à ces deux principaux groupes à risque.

A travers notre étude, on peut aussi remarquer que certaines situations qui appellent au dépistage du VIH, comme recommandé par la HAS et le groupe d'experts Morlat, mais qui cependant ne figurent pas sur le site Ameli.fr, déclenchent moins le réflexe de la prescription d'un test :

- la réalisation d'un certificat de sport : 91% des étudiants interrogés ont répondu « jamais » alors que la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive est l'occasion de rencontrer la population masculine qui, comme nous l'avons vu, consulte peu le système de santé. Le sujet du sport est d'autant plus un tremplin pour parler d'autres sujets de santé globale et préventive. On confirme ici que l'absence de lien avec la consultation est clairement un frein majeur au dépistage du VIH en médecine ambulatoire ;
- la prescription d'un vaccin vivant atténué (ROR, fièvre jaune, Polio Oral, BCG) : 73% des étudiants interrogés ont répondu « jamais » alors que la réalisation de ce type de vaccin est pourtant contre-indiquée chez le sujet immunodéprimé ;
- la réalisation d'un bilan systématique : avec un tiers de « jamais » et 52% de « parfois », l'inclusion du VIH dans la réalisation d'un bilan systématique de santé semble loin d'être adoptée par la population de futurs médecins généralistes, et ce malgré le fait que les sociétés savantes insistent sur l'intérêt du maintien de la proposition du dépistage en population générale. Des résultats similaires étaient retrouvés dans l'étude de 2017 de Madame BAFAKIH avec 15% de « jamais » et 36% de « parfois » ;
- la précarité : 11% de « jamais » et 40% de « parfois ». Bien que recommandée par le rapport Morlat 2018, cette proposition ne semble pas associée à un risque de VIH par les internes de province. Les internes d'Ile-de-France interrogés par Madame BAFAKIH semblaient plus sensibilisés par cette population avec un tiers des internes qui prescrivaient « toujours » et un autre tiers qui prescrivaient « souvent » une sérologie VIH lorsqu'ils y étaient confrontés. On peut penser que les populations « précaires » d'Ile-de-France sont beaucoup plus représentées par les populations migrantes qu'en province et que les internes franciliens y associent donc beaucoup plus le risque du VIH ;
- la santé gynécologique de la femme : seulement 33% des internes interrogés lors de notre étude proposeraient « toujours » une sérologie VIH en cas d'IVG et 15% en cas de prescription d'une contraception ou de la réalisation d'un frottis. Pourtant la réalisation d'une consultation orientée gynécologie pourrait être l'occasion idéale pour promouvoir une bonne santé sexuelle et ainsi proposer un dépistage du VIH et des IST associées. C'est d'ailleurs pour cela qu'en 2017, une consultation de « contraception et prévention chez la fille de 15-18 ans » a été revalorisée sur le plan tarifaire afin de permettre au praticien de consacrer plus de temps à l'abord de ces notions de « santé sexuelle globale ». Un travail de Thèse de 2019

réalisé par Madame Marion GUERBER sur « l'abord de la sexualité en consultation de Médecine Générale » montrait que la quasi-totalité des 500 patients interrogés dans le Bas-Rhin estimaient que le cabinet de Médecine Générale était adapté pour parler de sexualité [82] ;

- la tuberculose : moins d'un interne sur deux prescrirait une sérologie VIH en cas de découverte de tuberculose alors que l'OMS évalue à 11-13% le nombre de co-infections avec le VIH chez les patients atteints par cette bactérie. Cependant, on peut estimer que la prise en charge d'une tuberculose maladie est très souvent spécialisée et hospitalière, avec une sérologie VIH qui sera prescrite de manière systématique ultérieurement. L'enjeu concerne donc sur ce point beaucoup plus le dépistage de la tuberculose que celui du VIH. Néanmoins les photocopiés officiels des enseignements du deuxième cycle des études médicales recommandent la réalisation d'une sérologie VIH en cas de diagnostic de tuberculose, principe qui a visiblement été oublié par un certain nombre d'internes. La co-infection VIH/tuberculose pose en effet de nombreux problèmes en terme de thérapeutiques, avec à la phase initiale un nombre important de comprimés à prendre, un risque d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables augmenté et une probabilité accrue de survenue du syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS). Il est donc impératif que les deux pathologies soient identifiées pour qu'elles soient prises en charge de manière optimale.

Les situations pour lesquelles a) le lien avec le VIH est le moins évident et/ou b) qui n'ont pas été enseignées de manière importante à l'université et/ou c) pour lesquelles les modalités de dépistage ont été récemment redéfinies par la HAS (2017) et le rapport d'experts Morlat (2018) et/ou d) qui ne sont pas répertoriées sur le site officiel de l'Assurance Maladie (Ameli.fr) sont visiblement celles qui déclenchent le moins de propositions de sérologies de dépistage.

Il semble aussi que pour le dépistage des groupes des HSH et des personnes originaires d'une zone d'endémie, pourtant étant les plus à risque vis-à-vis du VIH, les réponses soient moins unanimes, peut-être par crainte de « stigmatisation » de ces populations par les internes interrogés.

Un renforcement de la formation des professionnels de santé, une meilleure diffusion des recommandations actuelles en matière de dépistage du VIH et une mise à jour du site Ameli.fr semblent nécessaires à l'augmentation de l'efficacité du dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale en France.

5) Vers la création d'une consultation dédiée ?

En Novembre 2017, un décret publié au Journal Officiel donnait naissance à trois nouvelles revalorisations de consultations médicales : les consultations « complexes », « très complexes » et les « visites longues », revalorisées financièrement car nécessitant de ce fait plus de temps de au praticien.

En Médecine Générale, les consultations « complexes » sont (46 euros) :

- les consultations de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans obèses ou en risque avéré d'obésité ;
- les consultations de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles auprès des jeunes filles de 15 à 18 ans ;
- les consultations des 3 examens obligatoires du nourrisson donnant lieu à certification ;
- les consultations annuelles de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste (nouveau 2019)...

Les consultations « très complexes » sont (60 euros) :

- les consultations initiales d'information et d'organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH ;
- les consultations visant à informer les patients et à définir un traitement face à une maladie neurodégénérative (Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques) ou à un cancer ;
- les consultations de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme (nouveau 2019) ;
- les « consultations très complexes réalisées au domicile » (70 euros) d'un patient atteint par une maladie neuro-dégénérative, ou en soins palliatifs (nouveau 2019), ou la première visite d'un patient « qui est en incapacité de se déplacer et qui est atteint d'une affection de longue durée ou âgé de plus de 80 ans et n'ayant pas de médecin traitant ou devant en changer et souhaitant déclarer le médecin sollicité comme médecin traitant » (nouveau 2019)...

Deux de ces nouvelles consultations établies par la Convention médicale concernent directement ou indirectement l'infection par le VIH : les consultations initiales d'information et d'organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH et les consultations de contraception et de prévention des IST auprès des jeunes filles de 15 à 18 ans. Mais seule cette dernière aborde le thème de la prévention. Elle concorde cependant bien avec le principe de « santé sexuelle globale » prôné par la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030, car elle touche aux thèmes de la sexualité, de la prévention et de la contraception. Elle est néanmoins restreinte à une partie de la population générale : les femmes âgées de 15 à 18 ans. Les hommes ne sont donc pas concernés par cette consultation, ce qui est dommageable vu que ces derniers consultent peu le système de santé.

Dans ses dernières recommandations concernant le dépistage du VIH de 2017, la HAS trouvait la démarche de cette consultation « intéressante ». Mais elle préconisait surtout la création d'une consultation « spécifique orientée autour de la prévention » se voulant être un « réel espace d'échanges avec le patient » et devant concerner tous les patients. Elle n'apportait cependant pas plus de précisions quant aux modalités de mise en place de cette consultation, ni de sa rémunération.

En septembre 2018, le Ministère des Solidarités et de la Santé publiait une liste de 54 mesures afin de « transformer en profondeur le système de santé français ».

Cependant, aucune de ces mesures ne mentionne la création d'une telle consultation dédiée à la prévention. L'objectif de développer des « actions de prévention » est juste mentionné, sans plus de précision. Nous avons, pour ce travail de Thèse, contacté par mail le Ministère des Solidarités et de la Santé, qui nous a confirmé qu' « au niveau ministériel, il n'y a pas de projet de création d'une consultation pour le [dépistage du] VIH chez le généraliste ».

Cette consultation serait pourtant intéressante à mettre en œuvre car elle permettrait de lutter contre les principaux freins à la prescription d'un test de dépistage du VIH en Médecine Générale identifiés par les internes de notre étude :

Freins « majeurs » de notre étude	Solution(s) apportée par cette consultation
Absence de lien avec la consultation	Consultation dédiée au dépistage et à la prévention
Présence d'un tiers lors de la consultation	Possibilité de programmer la consultation sans le tiers
Absence de risque perçu par le patient	Consultation longue avec évaluation plus en profondeur du risque vis-à-vis du VIH et possibilité d'éducation du patient, +/- proposition systématique d'un test de dépistage
Abord difficile de la sexualité	Contexte de la consultation favorisant plus facilement l'abord de la sexualité
Absence de risque perçu par le praticien	Consultation longue avec évaluation plus en profondeur du risque vis-à-vis du VIH, +/- proposition systématique d'un test de dépistage

Plusieurs pré-requis seraient nécessaires à la mise en place d'une telle consultation :

- encore et toujours le renforcement de la formation et de l'information des étudiants et des professionnels de santé : sur le VIH (son épidémiologie, sa prévention, son dépistage, son traitement, son suivi), mais aussi sur les techniques de communication et de gestion de la consultation lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets « sensibles » tels que le VIH lui-même ou encore la sexualité, l'homosexualité, l'usage de drogues, la nécessité de faire sortir un tiers de la consultation... La HAS, dans son rapport de 2017, préconisait d'ailleurs la réalisation de « formations à la santé sexuelle et à son approche » destinées aux professionnels de santé pour « parer aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes en ce qui concerne l'abord de la sexualité en consultation » ;
- côté patient, des campagnes de communication adaptées et répétées permettraient de sensibiliser un maximum de personnes sur les bénéfices attendus d'une telle consultation. Son déroulement et ses objectifs devraient être bien connus du patient avant sa réalisation, afin qu'elle soit la plus efficace possible. Le patient serait informé par avance que des sujets délicats tel que celui de la sexualité y seront abordés et que la consultation aboutira sans doute à la prescription d'un test de dépistage du VIH et des autres IST/hépatites. Cette campagne de communication s'intégrerait à un programme de santé publique d'envergure nationale et serait étalée sur le long terme, avec une communication répétée et prolongée

grâce à différents médias (presse écrite, audiovisuel, internet, réseaux sociaux...). Des semaines de sensibilisation pourraient être instaurées et des invitations envoyées aux patients afin qu'ils participent à cette consultation.

Côté acceptabilité, le travail de Thèse de 2016 de Madame BOUZIANE-RAHMANI Yasmina, étudiant la démarche de prévention des médecins généralistes au cabinet médical en région PACA, a montré qu'une consultation annuelle dédiée à la prévention et prise en charge par la sécurité sociale est globalement admise par la majorité des médecins interrogés [83].

Côté patients, à notre connaissance, aucune étude n'a encore évalué l'acceptabilité d'une telle consultation de « prévention » auprès de la population générale. Une telle étude serait pourtant intéressante, car il ne faudrait pas que cette consultation ne concerne encore une fois que les patients les moins à risque vis-à-vis du VIH.

Une telle consultation se justifierait d'autant plus que seule une faible proportion de consultations de Médecine Générale en France sont dédiées à la prévention. Le travail de Monsieur GELLY Julien datant de 2014 a montré que, sur 19 003 consultations de Médecine Générale, seulement 14,9% étaient dédiées à la prévention, chiffre encore plus faible lorsqu'il s'agit d'une population de patients âgés de moins de 18 ans [84]. Ces résultats confirmaient ceux de l'étude ECOGEN (Elements de la Consultation de médecine GENérale) menée en 2011-2012, qui retrouvait de très grandes variabilités dans les pratiques médicales en matière de prévention dans le contexte d'une médecine libérale rémunérée à l'acte [85].

Cette consultation pourrait aborder divers éléments de prévention et d'éducation :

- hygiène de vie, facteurs de risque cardiovasculaires, toxiques (alcool, tabac, drogues...), activité physique, dépistage des cancers... ;
- bonne santé au travail ou à l'école... ;
- facteurs favorisant et/ou diminuant l'épanouissement personnel ;
- prévention vaccinale ;
- dépistage et prévention des IST/VIH/hépatites, bonne santé sexuelle ;
- explication de l'intérêt de la santé publique ;
- dépistage des violences et des situations de précarité...

La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 de Marisol Touraine a pour objectif d' « améliorer la prise en charge médicale des IST et du VIH » ainsi que le « parcours de santé sexuelle » et souhaite « conforter la place des... médecins généralistes dans la lutte contre les IST... en mobilisant les outils conventionnels (Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP), consultations longues) » sans pour autant apporter plus de précisions quant à une éventuelle date de mise en place de tels dispositifs [2].

Cela ne semble pas non plus être la priorité des objectifs de « Ma santé 2022 » du gouvernement actuel. Il serait tout de même souhaitable de faire bénéficier au plus grand nombre d'une consultation « complexe » dédiée à la prévention du VIH des IST ainsi qu'à la « santé sexuelle globale », afin de banaliser et d'augmenter la prescription de tests de dépistage du virus du sida.

6) Intérêts et limites de l'étude

Il s'agit, à notre connaissance, de la deuxième étude quantitative française portant sur les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale éprouvés par les internes de fin de cursus. La première avait été réalisée en 2017 par Madame BAFAKIH Latufat, qui avait alors testé un auto-questionnaire sur les internes d'Ile-de-France. Ce qui fait toute l'originalité de notre étude est qu'il s'agit de la première à s'intéresser aux freins ressentis par les internes en dehors de l'Ile-de-France, là où l'épidémie du VIH est la plus faible.

Un logiciel en ligne sécurisé et approuvé par l'Université de Rennes 1 a été utilisé pour diffuser l'auto-questionnaire, ceci permettant un faible coût de diffusion. Devant la multiplication des questionnaires de Thèses diffusés aux internes et le manque de temps personnel de ces derniers, il est nécessaire de rédiger des questionnaires plutôt courts, ce qui fait diminuer la quantité d'informations recueillies et ainsi la qualité de l'étude. Le choix de l'auto-questionnaire entraîne par ailleurs inéluctablement un biais de sélection, avec uniquement des internes répondants intéressés par le sujet.

Afin de limiter le biais de réponses en limitant l'ambiguïté des questions et en favorisant leur bonne compréhension, le questionnaire a été testé sur des médecins généralistes ainsi que sur des internes avant d'être mis en ligne. 36 questionnaires ont ainsi été complétés et ont permis de cibler les questions qui posaient le plus de difficultés de compréhension, notamment celle traitant de l'identification des freins au dépistage du VIH en Médecine Générale, mais aussi celle évaluant les pratiques de prévention des internes vis-à-vis de la transmission du virus.

L'attention a été portée sur les internes de fin de cursus du DES de Médecine Générale et non sur les médecins généralistes installés. Ce choix a été réfléchi et confirmé par la volonté d'identifier les freins qui pouvaient naître précocement dans la formation de ces étudiants, afin d'élaborer des stratégies pour les dépasser qui pourraient être enseignées dès leur formation initiale. Ces internes sont par ailleurs à un tournant particulier de leur cursus : ils mettent en pratique depuis au moins deux ans les acquis de leur formation théorique, tout en la poursuivant. Les freins identifiés ont donc possiblement un lien plus étroit avec cet enseignement initial que ceux éprouvés par les médecins généralistes installés, qui sont certainement plus influencés par des concepts de logistique, de gestion de cabinet et de formation médicale continue que ne le sont les internes. D'autre part, le choix de se restreindre à

cette population permet d'établir un « instantané » de ce que sont ces freins, car les internes interrogés ont tous été formés à la même période, celle des thérapeutiques efficaces et bien tolérées, avec une infection qui n'est maintenant plus synonyme de condamnation à mort mais plutôt de « maladie chronique », modifiant ainsi la perception qu'ils ont de la pathologie.

Outre le critère principal qui visait à identifier les principaux freins relatifs à la prescription d'un test de dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale par les internes de fin de cursus, hors Ile-de-France, cette étude a eu aussi pour objectifs secondaires :

- d'avoir un aperçu de l'état des connaissances des internes vis-à-vis des recommandations actuelles en matière de dépistage du VIH, et donc indirectement d'évaluer leur capacité à s'auto-former ;
- d'appréhender leurs pratiques en ce qui concerne le dépistage du VIH en fonction des situations cliniques auxquelles ils sont exposés ;
- d'estimer à quel point ils maîtrisent certains concepts en matière de prévention ;
- d'évaluer leur formation universitaire mais aussi leur degré de satisfaction vis-à-vis de cette dernière ;
- d'identifier les pistes évoquées par les internes pour dépasser les freins au dépistage du VIH en médecine de ville.

Il aurait été intéressant de tester les internes sur des cas cliniques plutôt que sur des questions à choix multiples, car les réponses ont pu être influencées par le fait que les internes voulaient « bien faire ». Nous avons craint que le temps de réponse au questionnaire ne soit trop long, décourageant ainsi les futurs répondants.

Le nombre de réponses obtenues est plutôt faible si l'on considère le nombre d'étudiants qui ont pu avoir accès au questionnaire, ce qui n'a pas permis d'effectuer d'analyses statistiques plus poussées. La période de diffusion avait néanmoins été longue (8 mois) et les relances répétées. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer : absence d'intérêt pour la thématique du questionnaire, manque de temps personnel des internes, multiplicité des questionnaires de Thèses envoyés aux internes. De nombreuses universités sollicitées pour notre travail ont ainsi répondu par la négative (ou n'ont pas répondu) quant à la possibilité de diffusion de notre questionnaire, afin de prioriser les travaux de leurs étudiants.

La population d'internes interrogée n'est pas entièrement représentative de la totalité des internes français, car seules 8 facultés ont participé à l'étude. Elle l'est tout de même dans une certaine mesure car l'objectif principal de cette étude était d'identifier les principaux freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale dans les régions où l'épidémie est la plus faible, donc hors Ile-de-France, région PACA et l'ancienne région Rhône-Alpes, ce qui est bien le cas des 8 universités testées. Par ailleurs, comme cité plus haut, l'extrapolation de ces résultats aux médecins généralistes est peu réalisable, d'autres enjeux (financiers, logistiques, organisationnels, humains...) pouvant

modifier les freins ressentis par les praticiens installés. Mais ce n'était pas l'objectif principal strict de cette étude, qui visait à identifier les freins naissant précocement dans la formation de l'interne.

On remarque qu'aucun des internes interrogés n'a évoqué l'idée de rendre le dépistage obligatoire afin de le rendre efficient. Il avait été fait exprès de ne pas soumettre cette idée aux internes, afin de voir à quel point ces derniers avaient la volonté de laisser le choix au patient de se faire dépister librement, comme il l'est admis actuellement par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ainsi, la proposition de rendre la sérologie VIH obligatoire n'a pas été citée une seule fois par les internes.

On pourrait cependant s'interroger sur l'efficacité d'un tel programme : proposer par exemple un dépistage généralisé et obligatoire de l'intégralité de la population française, répété à 6 semaines (afin d'éviter les faux négatifs).

Il aurait pu aussi être proposé de rendre obligatoire l'hypothétique consultation dédiée à la « prévention », et de la soumettre à certification, dans un intérêt de santé publique.

On a cependant pu constater récemment l'accueil très mitigé des programmes de santé publique obligatoires, avec pour exemple la vaccination systématique et obligatoire des enfants nés à partir du 1er janvier 2018.

Une autre alternative consisterait en la proposition organisée et régulière d'un dépistage du VIH, avec « invitations », comme c'est actuellement le cas pour le dépistage du cancer colorectal ou du cancer du sein en France. Là-encore, aucun interne n'a soumis cette proposition.

CONCLUSION

La Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 élaborée par l'ex-Ministre des Affaires Sociales et de la Santé voit l'un de ses principaux axes de son plan d'action porter sur « l'amélioration du parcours de santé en matières d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dont le VIH et les hépatites virales » au niveau de leur prévention, de leur dépistage et de leur prise en charge. Elle se fixe plusieurs objectifs pour y parvenir : « renforcer et diversifier la prévention des IST et du VIH », « améliorer le dépistage des IST et du VIH dans une approche globale de santé sexuelle », « améliorer la prise en charge médicale des IST et du VIH » et « améliorer l'accompagnement médico-social, favoriser l'accès aux droits et lutter contre les discriminations subies par les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et les populations vulnérables » [2].

Cette stratégie trouve ses fondements dans les Objectifs de l'accélération de la riposte contre le VIH établis par l'ONUSIDA à savoir, d'ici à 2030 : 95% des PVVIH connaissent leur statut, 95% de ces dernières ont accès à un traitement et 95% des personnes traitées ont une charge virale négative, avec pour finalité : zéro nouvelle contamination, zéro décès lié au sida et zéro discrimination.

En l'absence de participation active de chaque pays à cette riposte contre le VIH, son incidence pourrait bien augmenter d'ici à 2030.

Afin de réaliser ces objectifs en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a, en 2017, mis à jour ses recommandations en matière de dépistage du VIH, se basant sur plusieurs faits épidémiologiques marquants :

- en France, environ 170 000 personnes vivent avec le VIH (prévalence faible), dont parmi elles 30 000 qui ne le savent pas, soit environ 18% des PVVIH. Elles seraient à l'origine de 60% des nouvelles contaminations ;
- chaque année, environ 6000 personnes découvrent leur séropositivité, nombre qui ne diminue pas depuis plusieurs années ;
- l'épidémie est « concentrée » sur certains groupes à risque :
 - celui des HSH (44% des découvertes en 2016) ;
 - celui des personnes nées à l'étranger (Afrique Sub-Saharienne et DFA principalement) (40% des découvertes en 2016) ;

- l'épidémie est aussi « concentrée » sur certaines régions : plus de 50% des nouveaux cas de 2013 ont été diagnostiqués en Ile-de-France, en région PACA, et en région Auvergne-Rhône-Alpes ; et plus de 50% des PVVIH non diagnostiqués vivaient dans ces trois régions ;
- 16% des nouvelles contaminations ont lieu pour des individus qui ne sont pas considérés « à risque » ;
- l'incidence de l'infection augmente principalement chez les jeunes de 15-24 ans et les personnes âgées de plus de 50 ans ;
- 40 % des individus découvrent leur séropositivité à un stade tardif (sida ou CD4 \leq 200/mm³), pourcentage qui ne diminue pas non plus depuis des années ;
- 70 % des nouveaux cas en 2013 étaient des hommes ; 73% des PVVIH ignorant leur séropositivité seraient des hommes.

La HAS, en 2017, recommande donc :

- que la priorité soit accordée au dépistage ciblé du VIH dans les groupes à risque : tous les trois mois chez les HSH, tous les ans chez les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI) et chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection ;
- mais que le dépistage complémentaire soit maintenu au moins une fois dans la vie pour la population générale ;
- que ces recommandations soient surtout appliquées dans les régions où vivent le plus de PVVIH ignorant leur statut : Ile-de-France, PACA et Auvergne-Rhône-Alpes et chez les hommes qui utilisent moins le système de santé que les femmes ;
- que le dépistage soit systématiquement proposé dans les situations suivantes : diagnostic d'une IST, d'une hépatite, de tuberculose, de grossesse (ou projet de grossesse), situation de viol, prescription d'une contraception, réalisation ou demande d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), avant-pendant-après une incarcération ;
- que la démarche volontaire de dépistage soit « encouragée et facilitée », en adaptant « l'offre aux populations à cibler de façon prioritaire » et en favorisant « toutes les occasions de proposition de dépistage ».

Devant ces faits épidémiologiques marquants, il nous a paru intéressant d'identifier les freins relatifs à la prescription d'un dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale éprouvés par les internes, afin de comprendre pourquoi un noyau de la population semble encore échapper au dépistage, alors qu'il utilise le système de santé français.

Les cinq principaux freins identifiés dans notre étude hors Ile-de-France sont : l'absence de lien avec la consultation, la présence d'un tiers lors de la consultation, l'absence de risque perçu par le patient, les difficultés à aborder la sexualité en consultation et l'absence de risque perçu par le praticien. Deux de ces cinq freins (« absence de lien avec la consultation » et « présence d'un tiers ») rejoignent les freins identifiés par Madame BAFAKIH dans son travail de Thèse de 2017 interrogeant aussi les internes de fin de cursus, mais en Ile-de-France, région si particulière en terme d'épidémiologie de l'infection par le VIH. Comme anticipé, le frein « barrière de la langue et culturelle » n'a pas été retrouvé dans notre étude, les populations originaires de l'étranger représentant une part plus faible de la patientèle d'un médecin généraliste de province.

L'identification de ces freins par les internes a permis d'en comprendre les origines :

- faibles prévalence et exposition médiatique du VIH en France ;
- part mince dédiée à la prévention et au dépistage de l'infection en consultation de Médecine Générale ;
- difficultés de gestion de la consultation par les étudiants ;
- difficulté de l'abord de sujets « sensibles » en consultation par les étudiants ;
- carences au niveau de la formation universitaire.

Alors qu'une revue de la littérature française montre que les patients et les médecins généralistes sont plutôt favorables au dépistage du VIH en population générale, la question de la mise en place d'une consultation dédiée à la prévention apparaît alors être une évidence. La proposition de dépistage de l'infection par le VIH pourrait y être alors faite de manière systématique.

La mise en place de cette consultation permettrait de lutter contre les principaux freins « majeurs » identifiés lors de cette étude :

- l'orientation du thème de la consultation autour de la prévention et du dépistage permettrait d'éviter « l'absence de lien avec la consultation » ;
- le tiers pourrait être évincé de cette consultation qui serait programmée à l'avance ; les modalités de son déroulement seraient exposées au préalable au patient ;
- les freins « absence de risque perçu par le patient et le praticien » ainsi que celui de l'« abord difficile de la sexualité » pourraient être contournés, car l'un des objectifs de la consultation serait d'évaluer de manière optimale le risque qu'encourt le patient vis-à-vis du VIH, en abordant inéluctablement le sujet de la sexualité ; là-aussi le patient serait préalablement informé des modalités de déroulement de la consultation.

Cette idée de consultation dédiée à la prévention est évoquée par la HAS dans ses recommandations de 2017, mais cette dernière apporte très peu de précisions quant à sa mise en place. Par ailleurs, les réflexions quant à l'intégration du dépistage du VIH à la ROSP et l'ajout de cet acte à la nomenclature des « actes complexes » sont toujours en cours.

Notre travail a aussi montré l'importance de la formation théorique des internes de Médecine Générale. En effet, certains freins « majeurs » identifiés par les étudiants de notre étude sont en lien avec des carences en terme d'enseignement universitaire. Les messages importants de santé publique semblent aussi avoir du mal à toucher les étudiants.

Le dépistage du VIH ainsi que sa prévention sont bel et bien les fers de lance de la lutte contre l'épidémie, et le médecin généraliste semble tenir un rôle prépondérant dans leur réalisation. L'augmentation de son efficience doit passer non seulement par l'information du patient quant à son intérêt, mais aussi par la formation des professionnels de santé en matière de « santé sexuelle globale ». Il serait aussi nécessaire de dégager plus de temps de consultation de Médecine Générale au grand thème de la prévention. C'est en passant par cela que nous finirons par atteindre les objectifs fixés par l'ONUSIDA des « 95-95-95 » et des « zéro-zéro-zéro » d'ici à 2030, afin de mettre définitivement fin à cette épidémie mondiale.

Cette étude ouvre donc la voie à d'autres travaux qui pourraient être réalisés dans le futur afin d'optimiser notre dépistage de l'infection par le VIH : nouvelle étude quantitative multicentrique interrogeant cette fois-ci les médecins généralistes installés sur les freins au dépistage du VIH, étude qualitative identifiant d'éventuelles solutions pour optimiser le dépistage du VIH (auprès des internes ou des professionnels installés), étude qualitative recueillant l'opinion de médecins généralistes et d'internes en ce qui concerne la mise en place d'une consultation de Médecine Générale dédiée à la prévention, étude quantitative faisant l'état des lieux de la formation des internes en ce qui concerne le VIH au niveau national...

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Institut de Veille Sanitaire (InVS). Nouvelles données de surveillance du VIH en France. Point épidémiologique. Mars 2019.
- [2] Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie Nationale de Santé Sexuelle. Agenda 2017-2030. 2017.
- [3] Santé publique France. Bulletin de santé publique infection à VIH. Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017. Mars 2019.
- [4] Champenois et Al. Etude ANRS Opportunités : opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France. 2010.
- [5] ONUSIDA. Comprendre l'accélération. Passer à la vitesse supérieure pour mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici 2030. 2015.
- [6] Chapelet É. Acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
- [7] Descamps C. Étude SHIVA: influence de la recommandation de la HAS de 2009 sur le dépistage du VIH en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
- [8] Attias A. Freins au dépistage du VIH par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
- [9] Bafakih L. Les freins au dépistage du VIH : étude quantitative auprès des étudiants en fin de DES de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie - Paris 6. UFR de médecine; 2017.
- [10] ONUSIDA. Fiche d'information, 2018. Statistiques mondiales [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>.
- [11] UNAIDS. DATA 2018, 2018. World DATA [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaid-data-2018>.
- [12] Negin J, Nemser B, Cumming R, Lelera E, Ben Amor Y, Pronyk P (2012). HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa. *AIDS Behav.*, 16(1):63-8.
- [13] Santé publique France. Les découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes et les seniors. 2018.
- [14] Lot F, Smati J, Montlahuc C, Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Dollfus C. Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes – France 2003-2013. *BEH* 2015; 40-41 : 744-51.

- [15] Mangin F, Sulli L, Matra R, Nicoulet I, Deslandes A, Marmier M. Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au Caso de Médecins du Monde de Saint-Denis, de 2012 à 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(40-41):805-12.http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_3.html.
- [16] Centre National de Référence du VIH. Dépistage du VIH. 2017.
- [17] Lecrips Ile de France. Les chiffres de l'épidémie de VIH en Ile-de-France [Internet]. 2018 [cité 18 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/vih-sida-bases-france/dossier-bases-chiffre-VIH-IDF.html>.
- [18] Massari V, Lapostolle A, Grupposo M-C, Dray-Spira R, Costagliola D, Chauvin P. Which adults in the Paris metropolitan area have never been tested for HIV? A 2010 multilevel, cross-sectional, population-based study. BMC Infectious Diseases. Juin 2015;15(1):278-90.
- [19] ORS-Ile-de-France. Surveillance des infections à VIH en Ile-de-France. Le VIH/sida en Ile-de-France : l'enjeu du dépistage précoce. Bulletin de santé n°1. 2017.
- [20] COREVIH. Surveillance VIH-sida IST en Bretagne. 2018.
- [21] LaboVIH . Enquête de surveillance de l'activité de dépistage du VIH. 2018.
- [22] ONUSIDA. Un long chemin reste à parcourir. Comblent les écarts, rompent les barrières, réparent les injustices. Mise à jour des données mondiales du sida. Genève, 2018.
- [23] ONUSIDA. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida. Indicateurs de suivi de la Déclaration politique sur la fin du sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016. 2019.
- [24] OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021. Vers l'élimination du sida. Genève, Juin 2016 .
- [25] ONUSIDA. Accélérer la riposte - Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Genève, 2014 [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf.
- [26] OMS. Services de dépistage du VIH [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/hiv/topics/vct/about/fr/>.
- [27] ONUSISA. Le rapport sur les villes. Genève, 2014.
- [28] Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 -Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves [Internet]. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990.
- [29] HCSP. Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014 [Internet]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; 2016 janv [cité 26 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=547>.
- [30] HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Mars 2017.

- [31] Sicsic J, Saint-Lary O, Rouveix E, Pelletier-Fleury N. Impact of a primary care national policy on HIV screening in France: a longitudinal analysis between 2006 and 2013. *Br J Gen Pract* 2016;66(53).
- [32] France, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Rapport 2018: recommandations du groupe d'experts [Internet]. Paris: DILA - Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2018. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>.
- [33] ECN PILLY. (page consultée le 18/07/2019). UE6 N°165. Infection à VIH, [En ligne]. <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-165-nb.pdf>.
- [34] Le CRIPS. Le VIH en 2019, les clefs pour comprendre. Etat des connaissances : Novembre 2018. 2018.
- [35] Lert F, Annequin M, Tron L, Aubriere C, Hamelin C, Spire B, et al. Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;26-27:293-9.
- [36] R.Ouissa, K.Schepers, S.Pierre-François, L.Adriouch, C.Gaud, P.Poubeau, I.Lamaury, A.Cabié, B.Hoen. Étude des causes de décès des adultes vivant avec le VIH dans les territoires ultramarins en 2010. 2010.
- [37] Marsicano E, Lert F, Hamelin C, Dray Spira R. Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine. *Population et Sociétés.* 2014;516:1-4.
- [38] Carolina Rodrigues Catunda. Aspects psychosociaux de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH : une étude transculturelle entre la France et le Brésil. *Psychologie.* Université de Lorraine, 2016.
- [39] Smith D et al. Condom efficacy by consistency of use among MSM: US. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, abstract 32, 2013.
- [40] Phillips AN, et al., Increased HIV Incidence in Men Who Have Sex with Men Despite High Levels of ART-Induced Viral Suppression: Analysis of an Extensively Documented Epidemic, England, 2013.
- [41] Saboni L, Beltzer N, KABP. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. 2012;(46-47):525- 9.
- [42] Cohen M et al., Antiretroviral treatment to prevent the sexual transmission of HIV-1: results from the HPTN 052 multinational randomized controlled trial, MOAX0102, IAS, 2011.
- [43] Alison J Rodger et al., Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER) : final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet* 2019; 393: 2428–38.
- [44] M. Molina et al., Incidence of HIV-infection in the ANRS Prevenir Study in Paris region with Daily or On-Demand PrEP with TDF/FTCJ. 2017.
- [45] Gelly J, Mentré F, Nougairède M, Duval X. Preventive services recommendations for adults in primary care settings: Agreement between Canada, France and the USA — A systematic review. *Prev Med* 2013;57(1):3-11.

- [46] Olivier Kandel, Marie-Alice Bousquet, Julie Chouilly. Manuel Théorique de Médecine Générale. Paris: Gmsanté ; 2015.
- [47] Pouchelon A. Déterminants et impact de la durée de la consultation en médecine générale une revue de la littérature [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Lyon 1 ; 2008.
- [48] Cyrille Delpierre et al. Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, 2012. Juillet 2012.
- [49] 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 (étude HomoGen). Bull Epidémiol Hebd. 2019 ; (12):204-10.
- [50] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Paris : Mildt, La Documentation française, 2008 : 111 p. [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2008-2011/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf.
- [51] Marilyne Bèque, « L'enquête Parcours et Profils des migrants », Revue européenne des migrations internationales [En ligne], vol. 25 - n°1 | 2009, mis en ligne le 01 juin 2012, consulté le 14 août 2019. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/remi/4894>.
- [52] Santé publique France. Infection par le VIH et IST bactériennes. Point épidémiologique du 28 novembre 2017. Saint-Maurice: Santé publique France: 2017.
- [53] Cazein F, Le Strat F, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Combaroure JC, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(29-30):601-8.
- [54] Lydié N, Duchesne L, Velter A. Qui sont les utilisateurs de l'autotest VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France ? Résultats de l'Enquête Rapport au sexe 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2018;(40-41):799-804.
- [55] Massari V, Lapostolle A, Grupposo M-C, Dray-Spira R, Costagliola D, Chauvin P. Which adults in the Paris metropolitan area have never been tested for HIV? A 2010 multilevel, cross-sectional, population-based study. BMC Infectious Diseases. Juin 2015;15(1):278- 90.
- [56] Chrétien O. Les opportunités manquées de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en médecine générale : enquête auprès de patients diagnostiqués tardivement (CD4<350/mm³ ou stade SIDA) entre 2010 et 2013 et suivis dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie. UFR de médecine; 2015.
- [57] Poirier C, Aymeric S, Grammatico-Guillon L, Lebeau JP, Bernard L, Le Bret P, et al. Rapid HIV test in family practice. Médecine et Maladies Infectieuses. juin 2015;45(6):207- 14.
- [58] Fatoumata Becam. Opinion des médecins généralistes d'Ile-de-France sur l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH en consultation. Médecine humaine et pathologie. 2015.
- [59] Duthe J. COREVIH : Dépistage du VIH : Enquête auprès des médecins généralistes du secteur de Morlaix. Déc 2012.

- [60] Lailier G, Comboroure JC, Florence S, Troussier T, Pilorgé F, Sarr A. Premier bilan sur l'activité des CeGIDD, France, 2016. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2018;(40-41):818-26.
- [61] Calmels M. Les freins des patients face à la proposition de dépistage_systématique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil - Paris. UFR de médecine; 2018.
- [62] Audiffred L. Etude des freins_au dépistage du VIH_chez les patients âgés de plus de 50 ans en médecine de ville [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie - Paris. UFR de médecine; 2017.
- [63] Chen L. Analyse des freins au dépistage a partir des représentations sociales du vih/sida dans la communauté chinoise d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie - Paris. UFR de médecine; 2016.
- [64] Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, et al. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. Eur J Public Health 2010,20:422-432.
- [65] Lert F, Lydié N, Richard J. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH: nouveaux enjeux, nouvelles pratiques? In: Baromètre santé médecins généralistes 2009. Edited by Inpes. Saint-Denis; 2011. pp. 136-155.
- [66] Crémieux A. Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'Île-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-août 2010. France ; 2010.
- [67] Chapelet E. Acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Nantes ; 2013.
- [68] France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2012- ...), Dhumeaux D, Agence nationale de recherches sur le SIDA (France), Association française pour l'étude du foie. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C Rapport de recommandations 2014. Paris: EDP sciences; 2014.
- [69] Hall N, Crochette N, Blanchi S, Lavoix A, Billaud E, Baron C, et al. Family physicians and HIV infection. Médecine et Maladies Infectieuses. nov 2015;45(11-12):456- 62.
- [70] Garry B. État des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.
- [71] Beyssac L. Identification des freins à la prescription du test de dépistage de l'infection au VIH par les sages-femmes et médecins en Guadeloupe. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) 41, 657—663.
- [72] Clavier A. Prévention et dépistage de l'infection par le VIH : représentations et pratiques de médecins généralistes du Cher [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Tours; 2014.
- [73] Arrighi T. Plan National de lutte contre le VIH 2010-2014: les freins au dépistage généralisé par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Aix- Marseille Université. Faculté de Médecine; 2015.

- [74] Dumas F. Etude qualitative déterminant les freins au dépistage de l'infection par le VIH par les médecins généralistes en Saône-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne. Faculté de médecine de Dijon ; 2018.
- [75] 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.
- [76] Seigle C. La consultation conjointe en Médecine Générale : perception et ressenti des patients et des médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Nancy ; 2011.
- [77] Johann Tétart. Évolution de la relation médecin patient lors d'un suivi au long cours : points de vue de médecins généralistes installés depuis plus de 30 ans dans les Alpes-Maritimes recueillis lors d'entretiens individuels. Médecine humaine et pathologie. 2014.
- [78] Zeler A. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Montpellier ; 2017.
- [79] Foka Tichoue H. Etude des freins à l'appropriation de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) en soins premiers: enquête auprès des médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Paris ; 2018.
- [80] Rocchetti V, Viard JP. Family practitioners screening for HIV infection. Médecine et Maladies Infectieuses. Mai 2015;45(5):157- 64.
- [81] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, p 14.
- [82] Guerber M. Abord de la sexualité en Médecine Générale, qu'en pensent les patients considérés comme « à risque » ? Etude quantitative auprès de 500 patients d'un cabinet de Médecine Générale du Bas-Rhin [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Strasbourg ; 2019.
- [83] Yasmina Bouziane-Rahmani. La démarche de prévention des médecins généralistes au cabinet médical : enquête qualitative par entretiens semi dirigés de 13 médecins généralistes de la région Provence-AlpesCôte d'Azur. Médecine humaine et pathologie. 2015.
- [84] Gelly J. Optimisation des stratégies préventives en médecine générale [Thèse de Santé Publique]. [France]: Faculté de médecine de Paris 7 ; 2014.
- [85] Letrilliard L. ECOGEN : Etude des éléments de la consultation de Médecine Générale. France; Jan 2014.

GLOSSAIRE

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida
 BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
 CDAG : Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit
 CSA : Consumer Science and Analytics
 CeGIDD : Centres Gratuits d'information, de Dépistage et de Diagnostic
 CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
 CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
 CNS : Conseil National du Sida et des hépatites virales
 COREVIH : COordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine
 DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
 DFA : Départements Français d'Amérique
 ELISA : Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
 HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
 IMG : Interne de Médecine Générale
 INCa : Institut National du Cancer
 IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
 IST : Infections Sexuellement Transmissibles
 IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
 ONU : Organisation des Nations Unies
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
 PIB : Produit Intérieur Brut
 PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis
 PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
 ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique
 SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
 TasP : Treatment as Prevention
 TFA : Territoires Français d'Amérique
 TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
 UDI : Usagers de Drogues Injectables
 UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
 UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXES

Annexe 1 : Auto-questionnaire envoyé aux étudiants

2. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

3. Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- 25 et moins
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35 et plus

4. Etes-vous en dernière année d'internat ? (OUI obligatoire) *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

5. Avez-vous effectué votre stage praticien de niveau 1 ? (OUI obligatoire) *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. **De quelle faculté de médecine dépendez-vous actuellement ? ***

Une seule réponse possible.

- Angers
- Brest
- Nantes
- Rennes
- Tours

7. **Avez-vous réalisé votre externat ou au moins une partie de votre internat en Ile-de-France, en ex région Rhône-Alpes ou en PACA ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. **Au cours de votre internat, avez-vous réalisé un stage ayant une partie de son activité consacrée au dépistage ou à la prise en charge de patients atteints par le VIH ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. **Avez-vous une histoire personnelle d'accident d'exposition au sang (AES) lors de votre parcours ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

10. **Avez-vous un proche qui est concerné par l'infection par le VIH ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

11. **Pensez-vous que l'infection par le VIH soit un problème de santé publique ? (Une seule réponse) ***

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Absolument pas d'accord
- Sans avis

12. **A quelle fréquence informez-vous au sujet du VIH ? (Une seule réponse) ***

Une seule réponse possible.

- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Semestrielle
- Annuelle
- Jamais

13. **Vous sentez-vous au clair avec les dernières recommandations HAS 2017 concernant le dépistage de l'infection par le VIH ? (Une seule réponse) ***

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Absolument pas d'accord / je ne les ai pas lues

14. Dans les situations suivantes, proposeriez-vous un test du dépistage du VIH ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Sans avis
Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes	<input type="radio"/>				
Toxicomanes	<input type="radio"/>				
Personne originaire d'une zone de forte endémie	<input type="radio"/>				
Travailleurs du sexe	<input type="radio"/>				
Partenaires multiples	<input type="radio"/>				
Changement de partenaire	<input type="radio"/>				
Stabilisation d'une relation	<input type="radio"/>				
Contraception, frottis	<input type="radio"/>				
Grossesse	<input type="radio"/>				
IVG	<input type="radio"/>				
Diagnostic d'une IST	<input type="radio"/>				
Diagnostic d'une hépatite	<input type="radio"/>				
Découverte de tuberculose	<input type="radio"/>				
Prise de risque	<input type="radio"/>				
Précarité	<input type="radio"/>				
Partenaire de personne vivant avec le VIH	<input type="radio"/>				
Point d'appel clinique	<input type="radio"/>				
Lymphopénie	<input type="radio"/>				
Bilan systématique, certificat de sport	<input type="radio"/>				
Prescription de vaccin vivant atténué	<input type="radio"/>				

15. **Quels sont, selon-vous, des freins au dépistage de l'infection par le VIH parmi les situations suivantes ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Sans avis
Manque de temps	<input type="radio"/>				
Absence de lien avec la consultation	<input type="radio"/>				
Désintérêt pour le VIH	<input type="radio"/>				
Absence de risque perçu par le praticien	<input type="radio"/>				
Absence de risque perçu par le patient	<input type="radio"/>				
Statut de "médecin de famille"	<input type="radio"/>				
Manque de compétences	<input type="radio"/>				
Faible prévalence de l'infection	<input type="radio"/>				
Sexualité difficile à aborder	<input type="radio"/>				
Appréhension de la réaction du patient	<input type="radio"/>				
Appréhension du test positif	<input type="radio"/>				
Présence d'un accompagnant	<input type="radio"/>				
Saturation vis-à-vis du dépistage	<input type="radio"/>				
Coût de ce dépistage	<input type="radio"/>				
Barrière de la langue ou culturelle	<input type="radio"/>				

16. **Sur 6 mois, environ combien de dépistages VIH avez-vous proposés lors de votre stage praticien niveau 1 ou SASPAS ? (Une seule réponse) ***

Une seule réponse possible.

- Aucun
- 1 - 5
- 5 - 10
- 11 - 20
- 20 et plus

17. **Vous sentez-vous assez à l'aise personnellement avec ces moyens de prévention pour les évoquer en consultation avec votre patient ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Absolument pas d'accord	Sans avis
Préservatif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement post-exposition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement par PrEP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement des IST associées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sevrage d'une addiction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Education sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tests d'auto-diagnostic TROD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observance de la tri-thérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réduction des risques liés aux échanges de seringues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. **A combien estimez-vous, lors de votre internat, le nombre d'heures de formation dédiées à l'infection par le VIH et à son dépistage ? (Une seule réponse)**

Une seule réponse possible.

- Aucune
- 1 à 2 heures
- 2 à 5 heures
- 5 heures et plus

19. **Estimez-vous que l'enseignement sur le VIH et la sensibilisation à son dépistage sont suffisants, au cours de votre internat ? (Une seule réponse) ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

20. **Quelles seraient vos idées pour améliorer votre sensibilisation au dépistage de l'infection par le VIH ? (Plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Création d'un cours ou d'un séminaire dédié
- Stage de sensibilisation d'une semaine dans un CDAG
- Rappel sur les modalités du dépistage de l'infection par le VIH dans le guide de stage praticien de niveau 1
- Discussions lors de groupes d'échanges de pratiques
- Intégration d'une alarme sur le logiciel du cabinet de médecine générale
- Newsletter
- Autre : _____

Fourni par
 Google Forms

Annexe 2 : Mot d'accompagnement du questionnaire

Les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale : une étude multicentrique auprès des internes en dernière année de DES de Médecine Générale, hors Ile-de-France.

Chers internes, bonjour.

Je suis Marc Bellaigue, interne de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Rennes.

L'infection par le VIH et sa prévention sont des sujets qui me tiennent particulièrement à coeur. Merci de bien vouloir m'accorder quelques minutes de votre temps (5 grand maximum !) afin de répondre aux questions suivantes, qui ont pour objectif d'identifier quels sont les freins au dépistage du VIH par les internes de Médecine Générale de province. Ceci est le sujet de mon travail de Thèse en vue de l'obtention de mon diplôme de Docteur en Médecine.

Plusieurs freins ont été identifiés lors de précédentes études qualitatives auprès de médecins généralistes français. Ce sont ces mêmes freins que je vais tester sur votre population de jeunes prescripteurs, afin d'en repérer les principaux.

Ce travail quantitatif et multicentrique ne sera pertinent que si vous y participez activement. Par avance donc, je vous remercie vivement de votre participation.

Le questionnaire est anonyme. Je rappelle que pour y participer, il faut être en 5ème ou 6ème semestre d'internat, et avoir obligatoirement effectué son stage praticien de niveau 1.

Bien à vous chers collègues.

Marc Bellaigue.

BELLAIGUE Marc**Les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale : une étude multicentrique auprès des internes en dernière année de DES de Médecine Générale, hors Ile-de-France.**

144 pages, 55 figures, 1 tableau, 30 cm. Thèse de Médecine ; Rennes 1 ; 2019 ; N°

Résumé Français

Introduction : En France, 170 000 personnes vivent avec le VIH, dont 30 000 qui ignorent leur séropositivité et seraient à l'origine de 60% des contaminations. Ce chiffre ne diminue pas, et ce malgré les 5,6 millions de sérologies réalisées chaque année. Il existe donc un « noyau dur » de la population qui semble échapper au dépistage, alors que les données épidémiologiques récentes montrent que les personnes diagnostiquées VIH + utilisent le système de santé et sont bien souvent victimes d' « occasions manquées » de dépistage. Plusieurs travaux de thèses qualitatives ont identifié les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale ressentis par les médecins généralistes, et un travail quantitatif récent de 2017 a testé ces freins sur les internes en dernière année de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, en Ile-de-France.

Objectif : Etudier les freins au dépistage du VIH en consultation de Médecine Générale ressentis par les internes en dernière année de DES de Médecine Générale, mais hors Ile-de-France, là où la prévalence du VIH est plus faible, afin de comprendre pourquoi il existe tant d' « occasions manquées » au dépistage et d'élaborer des stratégies pour contourner ces freins.

Méthodes : Etude épidémiologique descriptive quantitative multicentrique par auto-questionnaire en ligne diffusé de Mars à Octobre 2019 auprès des étudiants en dernière année de DES de Médecine Générale de 8 facultés de médecine de France métropolitaine (Caen, Toulouse, Besançon, Rennes, Angers, Lille, Brest et Rouen), ayant obligatoirement effectué leur stage praticien de niveau 1 (ou en cours).

Résultats : 148 questionnaires complets ont été retournés et cinq freins « majeurs » ont été identifiés par les internes répondants : l'absence de lien avec la consultation (80% de « toujours » + « souvent »), la présence d'un tiers lors de la consultation (68%), l'absence de risque perçu par le patient (56%), les difficultés à aborder la sexualité en consultation (54%) et l'absence de risque perçu par le praticien (51%). Les freins moyens de notre étude (% de « toujours » + « souvent » < 40%) étaient l'appréhension de la réaction du patient (35%) et la peur du résultat positif (28%).

Conclusion : Les principaux freins au dépistage du VIH en Médecine Générale éprouvés par les internes montrent donc un manque d'intégration de la prévention dans leur pratique quotidienne, un défaut d'application des recommandations en vigueur en matière de dépistage, des difficultés dans l'identification des sujets à risque et dans l'abord de certains sujets « sensibles » et dans la gestion de leur consultation ainsi que des carences dans leur formation universitaire. Pour dépasser ces freins, la création d'une consultation de Médecine Générale dédiée à la prévention et intégrant une proposition systématique de dépistage du VIH, mais aussi le renforcement de la formation universitaire de l'interne semblent être de bonnes pistes de travail.

Rubrique de classement : Etude observationnelle ; EPIDEMIOLOGIE

Mots clés : VIH, dépistage, freins, consultation, Médecine Générale, internes

Président : Monsieur REVEST Matthieu, PU-PH, CHU de Rennes, Pontchaillou

JURY :

Asseseurs : Monsieur HEMONO Philippe (directeur de Thèse)
Monsieur DECAUX Olivier,
Madame CHHOR-QUENIART Sidonie