



HAL
open science

Critères de prescription du test de dépistage de l'infection VIH en médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes en Auvergne

Sabine Calmels

► **To cite this version:**

Sabine Calmels. Critères de prescription du test de dépistage de l'infection VIH en médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03472118

HAL Id: dumas-03472118

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03472118>

Submitted on 9 Dec 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°

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE D'EXERCICE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEURE EN MEDECINE

Par

CALMELS, Sabine

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de CLERMONT FERRAND le 7/12/2021

Critères de prescription du test de dépistage de l'infection VIH en médecine générale.

Enquête auprès des médecins généralistes en Auvergne

Directrice de thèse : Madame JACOMET Christine, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (Maladie infectieuses et tropicales)

Président du jury : Monsieur LESENS Olivier, Docteur, CHU de Clermont Ferrand (Maladies Infectieuses et Tropicales)

Membre du jury : Mr RUIVARD Marc, Professeur, CHU de Clermont Ferrand (Médecine interne)

Membre du jury : Mr GERBAUD Laurent, Professeur, CHU de Clermont Ferrand (Epidémiologie et Economie de la santé et Prévention)

Membre du jury : Madame BOTTET-MAULOUBRIER Anne, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand



N°

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE D'EXERCICE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

CALMELS, Sabine

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de CLERMONT FERRAND le 7/12/2021

Critères de prescription du test de dépistage de l'infection VIH en médecine générale.

Enquête auprès des médecins généralistes en Auvergne

Directrice de thèse : Madame JACOMET Christine, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (Maladie infectieuses et Tropicales)

Président du jury : Monsieur LESENS Olivier, Docteur, CHU de Clermont Ferrand (Maladies Infectieuses et Tropicales)

Membre du jury : Mr RUIVARD Marc, Professeur, CHU de Clermont Ferrand (Médecine interne)

Membre du jury : Mr GERBAUD Laurent, Professeur, CHU de Clermont Ferrand (Epidémiologie et Economie de la santé et Prévention)

Membre du jury : Madame BOTTET-MAULOUBRIER Anne, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **HAZAL** Jean

Secrétariat Doyen / Scolarité – Mise à jour septembre 2018

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRACTICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image

M. DURIF Franck	Neurologie		
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale		et Technologies
de Communication			
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique		
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique		
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique		
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques		
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale		
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique		
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine		
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie	M. DUBRAY	Claude
Pharmacologie Clinique			
M. GILAIN Laurent	O.R.L.		

2

M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie		
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire		
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie		
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes		
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive		
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale		
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie		
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale		
Mme DUCLOS Martine	Physiologie		
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique		

PROFESSEURS DE 1^{ère} CLASSE

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique		
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie		
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique		
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires		
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie	Mme JALENQUES	Isabelle
Psychiatrie d'Adultes			
Mlle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale		
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale	M. GERBAUD	
Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé		
	et Prévention		
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie		
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques		
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie		
M. RICHARD Ruddy	Physiologie		
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne		
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire		
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie		
M. BERGER Marc	Hématologie		
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation		
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques		
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire		
M. ABERGEL Armando	Hépatologie		
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales		

M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

3

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

4

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement	et	de	la
Reproduction				
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale			
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire			
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie	M. COLL	Guillaume	
Neurochirurgie				
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie			
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques			
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie			

5

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles
M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au président du jury : Pr LESENS : Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et d'en être le président.

A ma directrice de thèse : Dr JACOMET : Merci de m'avoir insufflé la passion pour ce sujet du VIH et des IST dans vos formations et en congrès. C'est un honneur pour moi de vous avoir dans mon jury et de m'avoir guidé dans ces recherches.

Aux autres membres du jury : Merci de votre présence et de votre soutien

A mes parents et à mon frère pour leur soutien indéfectible toutes ces années. J'ai grandi dans une bienveillance que je sais rare.

A ma grand-mère défunte à qui je dédie cette thèse, mon plus bel exemple d'altruisme de dévouement et d'humilité, merci pour tout.

A mes amis proches, Laetitia et Lara pour notre internat et tous ces moments partagés, pour votre soutien. Merci Laetitia pour ta collaboration si précieuse sur ce travail, et pour notre amitié indéfectible. A Marie pour sa bienveillance, ces schémas et graphiques tout en allaitant, une grande première. A Audrey ma meilleure voisine de confinement, un cocon dans l'hiver et sous les tropiques, à Béatrice pour son soutien et ses appels pendant les tournées, à Chloé pour sa présence, la coiffure et la Normandie. A Jean Michel pour son amitié tout au long de l'internat.

A toutes les secrétaires et infirmières de mes stages hospitaliers qui m'ont tant appris, ces forces de l'ombre dont le travail est si précieux. A tous les médecins que j'ai remplacés pour leurs conseils. A l'équipe du SSR de Chanat, l'équipe du SSR de l'UGECAM, au Dr Toque et au Dr Guignard pour leur bienveillance et leur travail avec les migrants.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	16
1. Contexte	16
2. Objectif	17
METHODE	17
1. Type d'étude.....	17
2. Définition de l'échantillon.....	18
a. Critères d'éligibilité.....	18
b. Critères de non inclusion	18.
c. Critères de diversité	18
3. Modalité de recrutement.....	18
4. Recueil de donnée.....	19
5. Analyse des données.....	20
6. Sécurité des données.....	21
RESULTATS	
1. Description de l'échantillonnage de médecins.....	21
a. Age des médecins.....	22
b. Répartition Homme Femme.....	22
c. Mode d'exercice en cabinet de médecine générale.....	22
d. Répartition géographique.....	23
e. Maître de stage universitaire.....	23
f. Patientèle VIH de chaque médecin.....	23
2. Analyse des résultats.....	24
a. Sur quels critères les médecins généralistes prescrivent ils une sérologie VIH?.....	24
i. Critères sociaux.....	24
ii. Critères biologiques et cliniques.....	27
iii. Critères de l'HAS.....	32
b. Parlez-vous de sexualité avec vos patients ?.....	33

c. Rencontrez-vous des freins quand vous proposez une sérologie VIH à vos patients ?.....	34
DISCUSSION.....	34
1. Concernant les recommandations HAS	34
a. Selon les populations	
b. Selon les circonstances	
2. Concernant les caractères des médecins respectant le plus les recommandations de l’HAS.....	36
3. L’abord de la sexualité en médecine générale.....	37
4. Justification des méthodes de travail.....	39
5. Forces, faiblesses et biais du travail.....	41
CONCLUSION.....	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	43
Annexe I : Questionnaire aux médecins généralistes.....	44
Annexe II : Classification 1993 du CDC Atlanta.....	45
Annexe III : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière au 1 ^{er} janvier 2018.....	46
Annexe IV Fiche récapitulative recommandations HAS 2017.....	47
Annexe V : Fiche récapitulative des recommandations de l’HAS du dépistage du VIH en médecine générale	48
Annexe VI : Répartition du genre des médecins en fonction de leur âge dans l’échantillon interrogé.....	49
Annexe VII: Diminution du nombre de sérologies VIH en laboratoires en 2020 — Données : Santé publique France.....	50
Annexe VIII: Découverte de séropositivité VIH par mode de contamination et lieu de naissance.....	51

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau I : Nombre moyen de critères cités par les médecins en fonction de leurs caractéristiques

Tableau II : Nombre moyen de critères clinico biologiques cités par les médecins de l'échantillon

FIGURES

Figure 1 : Répartition Homme femme de l'échantillon de médecins

Figure 2 : Répartition des lieux d'installation de l'échantillon de médecin

Figure 3 : Répartition MSU/non MSU des médecins de l'échantillon

Figure 4 : Distribution des critères de prescription cités par les médecins de l'échantillon

Figure 5 : Nombre de critères sociaux évoqués par les médecins selon leurs caractéristiques (genre, génération avant et après 1983 et lieu d'installation).

Figure 6 : Distribution des critères cliniques et biologiques cités par les médecins généralistes de l'échantillon

Figure 7: Nombre de critères cliniques et biologiques évoqués par les médecins selon leurs caractéristiques (genre, génération avant et après 1983 et lieu d'installation).

Figure 8 : Pourcentage de critères correspondant aux recommandations HAS sur le dépistage VIH (âge, ethnique, UDI) cités par les médecins de l'échantillon en fonction de leur genre, génération avant et après 1983 et lieu d'exercice

LISTE DES ABREVIATIONS :

CDAG : Consultations de dépistage anonyme et gratuit

COREVIH : Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine

DPC : Développement personnel continu

FMC : Formation médicale continue

HSH: Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

MG : Médecin généraliste

PPE : Prophylaxie post exposition

PrEP : Prophylaxie pré exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

UDI : utilisateur de drogue injectable

VIH : Virus d'Immuno Déficience Humaine

INTRODUCTION

Cette thèse vient d'un constat réalisé lors d'un remplacement en médecine générale en zone précaire. De nombreux patients n'avaient jamais eu de sérologies VIH bien que leurs conditions sociales ou cliniques aient pu le nécessiter.

J'ai désiré comprendre les critères de prescription de la sérologie VIH dans la pratique courante.

Contexte :

En France, depuis une dizaine d'années, environ 6000 nouvelles contaminations VIH sont estimées(1). Le délai médian entre infection et diagnostic est évalué à 3 ans, et plus de 30% des dépistages ont lieu au stade tardif de la maladie.

Le médecin généraliste a un rôle prépondérant dans ce dépistage lors des consultations.

Dans le travail de K Champenois publié en 2013, dans les 3 ans précédant le diagnostic, 99% des patients ont eu un contact avec le système de soins et 89% ont consulté un généraliste au moins annuellement (2)

Parmi les 191 HSH asymptomatiques ayant consulté un médecin, 91 (48%) ont mentionné être HSH à un médecin et parmi ceux-ci, 50/91 (55%) n'ont pas reçu de proposition de test VIH au 1^{er} contact. Au total, 150 patients sur les 191 HSH asymptomatiques (79%) ont eu une opportunité manquée de dépistage.

De même, parmi les 364 patients qui ont consulté pour un symptôme relié au VIH, 299 (82%) n'ont pas reçu de proposition de test et parmi ceux-ci, 233 (78%) étaient probablement infectés à ce premier contact.

Le 24 03 2017, la HAS réévalue la stratégie de dépistage en France et émet de nouvelles recommandations comme celle de renforcer le dépistage chez les personnes les plus exposées. Les populations cibles s'affinent et le dépistage doit être plus fréquent chez les personnes les plus exposées au VIH Annexe III (Fiche récapitulative Recommandation HAS 2017).

Objectif :

Cette thèse a pour objectif d'interroger des généralistes afin de d'observer leurs critères de prescription et leurs habitudes de prescription.

Le but n'est pas de juger les pratiques mais de trouver des pistes potentielles d'amélioration des prescriptions et donc d'optimiser le dépistage du VIH en soins primaires.

Cette thèse vient d'un constat réalisé lors d'un remplacement en médecine générale en zone précaire. De nombreux patients n'avaient jamais eu de sérologies VIH bien que leurs conditions sociales ou cliniques aient pu le nécessiter.

J'ai désiré comprendre les critères de prescription de la sérologie VIH dans la pratique courante.

METHODE

1. Type d'étude

Ce travail a été mené sous la forme d'une enquête, étude quantitative descriptive auprès de médecins généralistes dans la zone géographique de l'ancienne région Auvergne (Puy de Dôme, Cantal, Haute Loire, Allier).

Elle a été menée par entretiens individuels administrés en face à face.

2. Définition de l'échantillon :

Les contraintes de ressources (temps limités, une enquêtrice et entretien en face à face) et du taux de réponses ne permettent pas d'enquêter un large échantillon.

Pour être représentatif de la population, l'échantillon est constitué par la méthode des quotas : les cliniciens sont choisis arbitrairement en respectant les proportions dans la population de la parité, de l'âge et de la localisation selon les données disponibles de l'Ordre des médecins.

L'étude est exploratoire, on ne connaît donc pas les différences que nous allons observer dans la littérature.

Avec les contraintes de l'étude, un échantillon de taille 30 a été ciblé.

a) Critère d'éligibilité

Médecins généralistes thésés, installés, en exercice.

b) Critère de non inclusion :

Médecin retraité

Médecin remplaçant

c) Critère de diversité :

- Homme/Femme

- âge varié

- différents lieux d'exercice : rural/ urbain/ semi-rural/

- zone rurale correspondant à ville de moins de 5000 habitants et densité de moins de 300 habitants au kilomètre carré,
- zone semi rurale qui abrite entre 5000 et 10000 habitants
- zone urbaine avec plus de 10000 habitants et densité supérieure à 1500 habitants au kilomètre carré

(4).

- exercice seul ou en groupe

- Maître de stage universitaire: oui/ non

3. Modalité de recrutement et durée de l'enquête

L'enquête a été lancée en janvier 2021, le recrutement a eu lieu entre Mars et Juillet 2021 et les entretiens ont eu lieu entre mai et juillet 2021.

Le recrutement des médecins thésés s'est fait par l'annuaire téléphonique professionnel Pages Jaunes rubrique « médecins généralistes » des 4 départements composant "l'ancienne région Auvergne". Pour chaque appel le sujet de la thèse était expliqué à la secrétaire ou au médecin (3 médecins ont répondu sans secrétariat).

Les dix derniers médecins choisis pour équilibrer la parité et l'âge de l'échantillon, ont été sélectionnés dans le Puy de Dôme, département de plus haute densité de population, et contactés avec l'appui de connaissance pour faciliter la prise de contact, par e- mail.

Concernant les refus les raisons évoquées ont été : manque de temps, peu d'intérêt du sujet, période de vacances, vaccination anti COVID en cours.

4. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés en face à face à leur cabinet de médecine générale par la même personne.

Après présentation du sujet les médecins ont été interrogés selon un canevas composé de 5 questions (annexe 1 questionnaire). Les entretiens ont duré entre 5 minutes et 1 heure environ, les médecins étant libres de s'exprimer autant qu'ils le désiraient.

Les 3 premières questions étaient fermées et concernaient (les caractéristiques des médecins eux-mêmes). Les deux dernières questions étaient ouvertes et concernaient les modalités de dépistage de ces médecins : « question 4 » « question 5 ». (Annexe I)

Concernant les caractéristiques sociales des patients auxquels une sérologie VIH est proposée, 22 réponses différentes ont été recueillies.

Concernant les caractéristiques clinico biologiques entraînant une prescription de sérologie VIH, 27 critères ont été recueillis. Ils ont été regroupés -selon la classification du CDC de 1993 (Annexe 2)

Concernant les populations clés, à partir des recommandations HAS de dépistage en médecine générale, 3 populations ont été identifiées : UDI, HSH, *ethnie (annexe 1)*

5. Analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un enregistreur vocal puis secondairement retranscrites sur questionnaire Google Form. Les réponses libres ont été regroupées et encodées en unités de sens thématiques (en un mot ou ensemble de mots) afin de faciliter la lisibilité et l'analyse statistique.

L'analyse statistique a été ensuite menée par la biostatisticienne à partir de l'extraction des données saisies dans le Google Form.

Les descriptions sont données en nombre (N) et pourcentage (%) pour les variables qualitatives, en moyenne et écart type (SD) pour les variables quantitatives.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R 4.0.3 (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche) sur les réponses de 30 cliniciens.

La dépendance entre deux variables qualitatives a été évaluée à l'aide du test du chi² ou du test exact de Fisher en cas de petits effectifs. Les variables quantitatives ont été comparées entre deux/trois groupes en utilisant le test t/test ANOVA, ou en utilisant des tests non paramétriques de Wilcoxon/Kruskal-Wallis en cas de distribution non gaussienne. Un test significatif comparant trois groupes signifie qu'il existe une différence entre au moins deux groupes. Le niveau de signification a été fixé à 0,05.

Les analyses ont porté sur :

1. détermination des critères les plus fréquemment évoqués par les médecins.
2. comparaison des critères spontanément évoqués par les médecins avec les 3 populations clés du dépistage VIH (UDI, *ethnie* et HSH).
3. analyse du nombre moyen de critères donnés par les médecins selon leurs caractéristiques

6. Sécurité des données

Le consentement libre et éclairé des répondants a été recueilli. Chacun a été informé du caractère anonyme de ses réponses. Aucune donnée nominative n'a été enregistrée dans la base de données constituée pour la base de recherche.

Conformément à la réglementation, une déclaration a été effectuée à la commission nationale de l'informatique et des libertés CNIL et du comité de protection des personnes CPP.

RESULTATS

1.Description échantillonnage de médecin

Au total 120 médecins ont été contactés et 30 médecins ont accepté de participer.

Le taux de réponse est donc de 25%, soit un quart des médecins ont été inclus dans l'étude.

Concernant les refus les raisons évoquées ont été : manque de temps, peu d'intérêt du sujet, période de vacances, vaccination anti COVID en cours.

a) Age des médecins

Les âges des médecins participants varient entre 29 et 71 ans) d'âge moyen à 43,7 ans (écart type 12,5): 8 médecins avaient moins de 35 ans , 13 étaient âgés de 35 à 50 ans et 9 avaient plus de 50 ans.

b) Répartition Homme Femme

Avec 14 femmes et 16 hommes.

SEXE

24 réponses

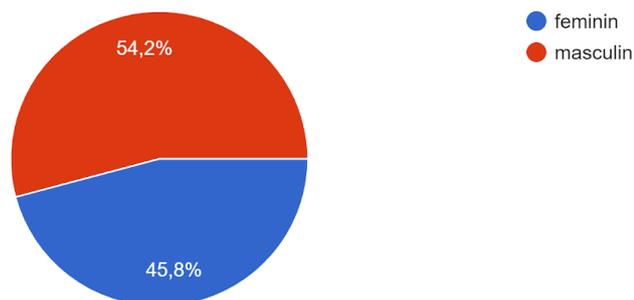


Figure 1 : Répartition Homme femme de l'échantillon de médecin

c) Mode d'exercice en cabinet de médecine générale

Tous étaient thésés et installés dans un cabinet isolé (N=5), regroupé en MSP (N=11 soit 36%) ou à plusieurs médecins généralistes (N=14 soit 46%,).

d) Répartition géographique

Quant à leur lieu d'installation, 9 sont installés en zone rurale, 11 en semi rural, 10 en zone urbaine.

lieu installation
30 réponses

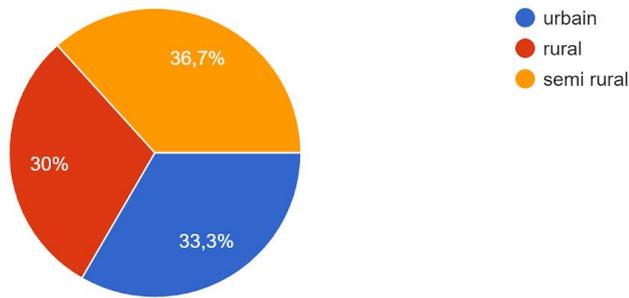


Figure 2 : Répartition des lieux d'installation de l'échantillon de médecin

e) Maîtres de stage universitaires

11 médecins étaient maîtres de stage universitaires soit 36,7%.

MSU
30 réponses

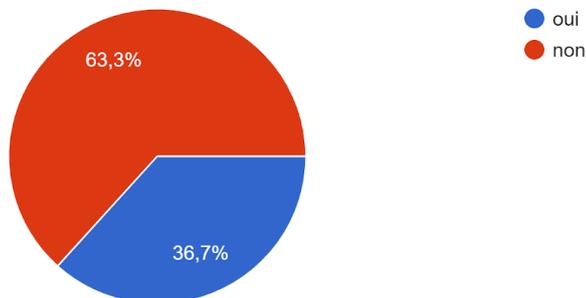


Figure3 : Répartition MSU/non MSU des médecins de l'échantillon

f) Patientèle VIH de chaque médecin

70% des médecins avaient au moins un patient VIH (N=21) et 30% aucun (N=9).

Parmi les 21 médecins interrogés qui ont des patients VIH, un tiers des médecins ont un seul patient VIH (N=7), un autre tiers en a deux (N=7) et le reste en a entre 3 et 20. Connaissant le nombre de patients que ces médecins suivent approximativement, les patients atteints du VIH représentent en moyenne 0,25% de leur patientèle.

71,4% des médecins déclarent avoir des patients VIH d'orientation sexuelle HSH (N=15), 19,0 % déclarent avoir des patients VIH avec une sexualité à multiples partenaires (N=4), 19,0% en post transfusion (N=4) et 19,0% UDI (N=4).

2. Analyse des questions sur les modalités de dépistage

a) Sur quels critères les MG prescrivent-ils une sérologie VIH ? réponses ouvertes.

i Critères sociaux

Les critères les plus fréquemment évoqués en ordre décroissants sont :

- l'âge jeune du patient (19/30)
- les multi partenaires (14/30)
- le bilan de grossesse (11/30)
- la réalisation des sérologies à la demande du patient (10/30)
- usagers de drogues intraveineuses UDI (7/30)
- lors d'une première contraception chez l'adolescent (7/30)
- HSH (4/30).

Q13 : Distribution des caractéristiques ressorties

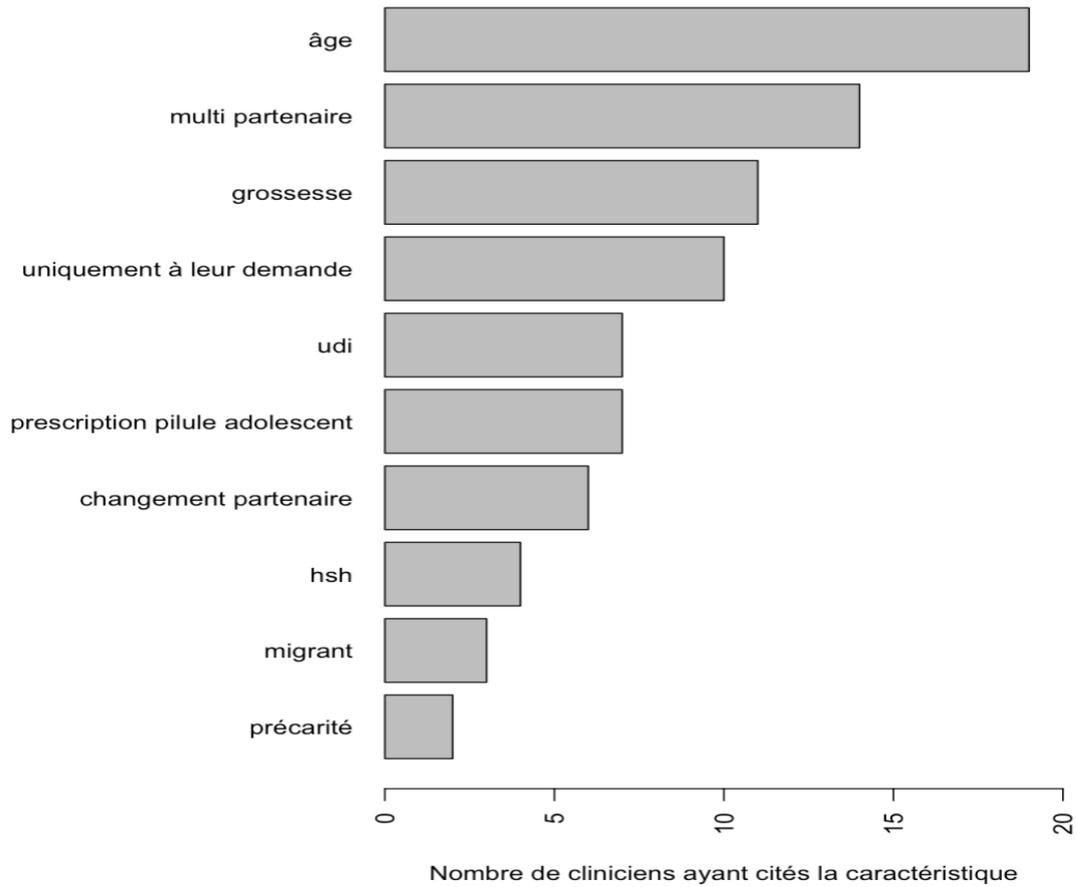


Figure 4 : Distribution des critères de prescription cités par les médecins de l'échantillon

Les médecins citent entre 2 et 7 critères, en moyenne 3,4 (1,3).

Caractéristiques des médecins	Effectif	Pourcentage	Nombre critère sociaux	Ecart type
Hommes	16	53	3,1	1,06
Femmes	14	46	3,8	1,42
Génération avant 1983	17	57	3,3	1,2
Génération après 1983	13	43	3,5	1,4
Rural	9	30	2,9	0,78
Semi rural	11	37	4,3	1,5
Urbain	10	33	2,8	0,6
MSU	19	63	3,3	1,1
NON MSU	11	37	3,5	1,4
MSP ou à plusieurs	25	83	3,5	1,4
Isolé	5	17	3	0,7
Médecin avec patients VIH	20	67	3,5	
Médecin sans patient VIH	10	33	3,5	

Tableau I : Nombre moyen de critères cités par les médecins en fonction de leurs caractéristiques.

Le nombre moyen de caractéristiques recueilli est plus élevé chez les femmes versus les hommes (3,75 versus 3,06), mais cette différence n'est pas significative ($p=0,13$).

Le nombre de critères n'est pas différent statistiquement selon que les médecins soient en MSP ou non (3,48 versus 3,0) ($p=0,27$).

Le nombre de critères est supérieur en milieu semi rural 4,2 critères, versus 2,8 en milieu rural et 2,9 en milieu urbain ($p=0,0035$).

Le nombre de critères n'est pas influencé par le fait d'être Maître de stage universitaire soit 3,3 critères versus 3,5 ($p=0,13$).

Le nombre de caractéristiques n'est pas différent statistiquement selon que le médecin ait une patientèle avec des patients VIH ou non (3,5 versus 3,5) ($p=1$), ou que le médecin ait commencé son exercice avant l'apparition du VIH (1983) ou après cette date (3,5 versus 3,5) ($p=0,83$).

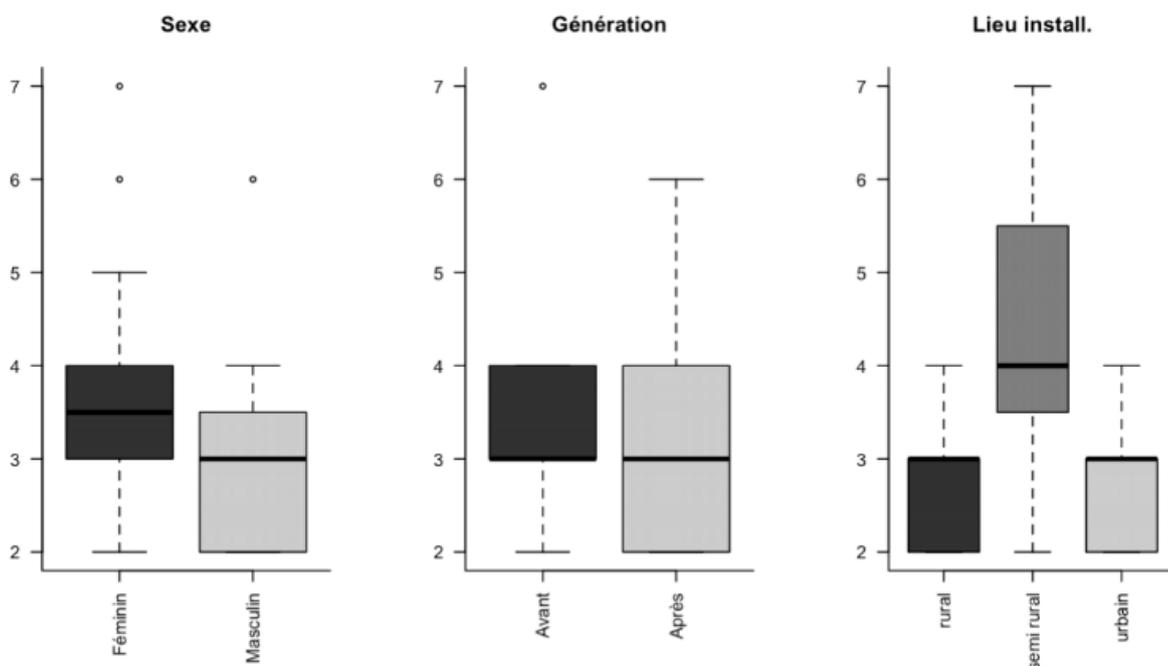


Figure 5 : Nombre de critères sociaux évoqués par les médecins selon leurs caractéristiques (genre, génération avant et après 1983 et lieu d'installation).

ii Critères biologiques et cliniques

Les principaux critères cliniques faisant prescrire une sérologie VIH aux médecins sont en ordre décroissant :

- symptômes urinaires et génitaux compatibles avec une IST (14/30)

- asthénie intense (12/30)
- éruption cutanée (12/30)
- pharyngite (8/30)
- les infections à répétitions (7/30)
- la fièvre prolongée (5/30)

Les principaux critères biologiques leur faisant prescrire un test sont :

- syndrome inflammatoire (7/30)
- lymphopénie (7/30)
- leucopénie (3/30).

Q15 : Distribution des manifestations cliniques

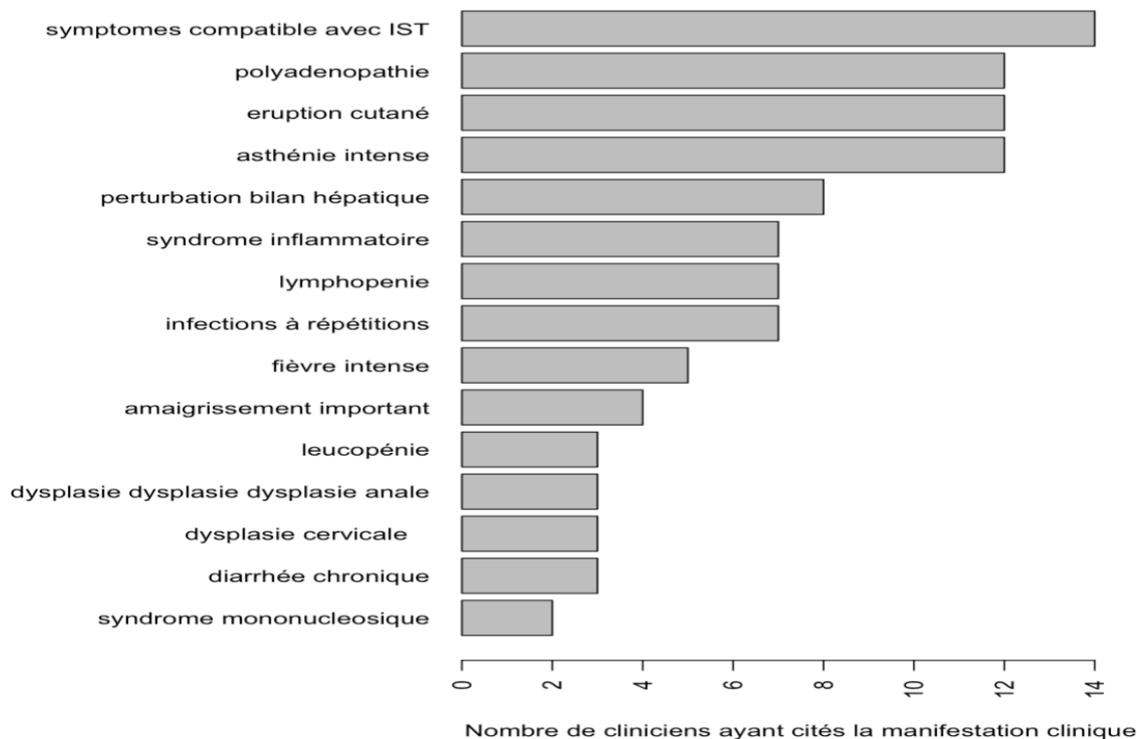


Figure 6 : Fréquence des critères cliniques et biologiques cités par les médecins généralistes de l'échantillon

Caractéristiques des médecins	Effectif	Pourcentage	Nombre de critères biologiques et cliniques	Ecart type
Hommes	16	53	2,7	1,35
Femmes	14	46	4,4	3,08
Génération avant 1983	17	57	2,8	1,6
Génération après 1983	13	43	4,3	3,1
Rural	9	30	2,7	1,5
Semi rural	11	37	2,8	2,2
Urbain	10	33	4,9	2,8
MSU	19	63	4,1	1,6
NON MSU	11	37	3,2	2,7
MSP ou à plusieurs	25	83	3,5	2,6
Isolé	5	17	3,4	0,9
Médecin avec patients VIH	20	67	3,7	
Médecin sans patient VIH	10	33	3,4	

Tableau II : Nombre moyen de critères clinico biologiques cités par les médecins de l'échantillon

L'analyse du nombre de ces critères selon les caractéristiques des médecins a été effectuée : aucune caractéristique ne ressort significativement. Cependant, les effectifs sont faibles et le manque de puissance peut être la cause de ce résultat car nous observons des tendances.

En effet,

1. les femmes ont eu tendance à donner plus de critères : 4,4 versus 2,6 sans être significatif ($p = 0,06$).
2. Les médecins travaillant en milieu urbain donnent plus de critères (4,9 versus 2,9 en rural et 2,8 en semi rural), mais ce n'est pas différent statistiquement ($p=0,071$).
3. Les médecins étant MSU ont eu tendance à donner plus de critères (4,1 versus 3,2) ($p=0,06$).
4. Les médecins ayant des patients VIH ne donnent pas plus de critère que ceux sans patient VIH ($p=0,76$).
5. Les médecins de la génération postérieure à 1983 ont donné plus de critère mais ce n'est pas différent statistiquement (4,3 versus 2,8) ($p=0,14$).
6. Les médecins travaillant à plusieurs ou en MSP ont donné le même nombre de critère (3,5 versus 3,4)($p=0,85$).

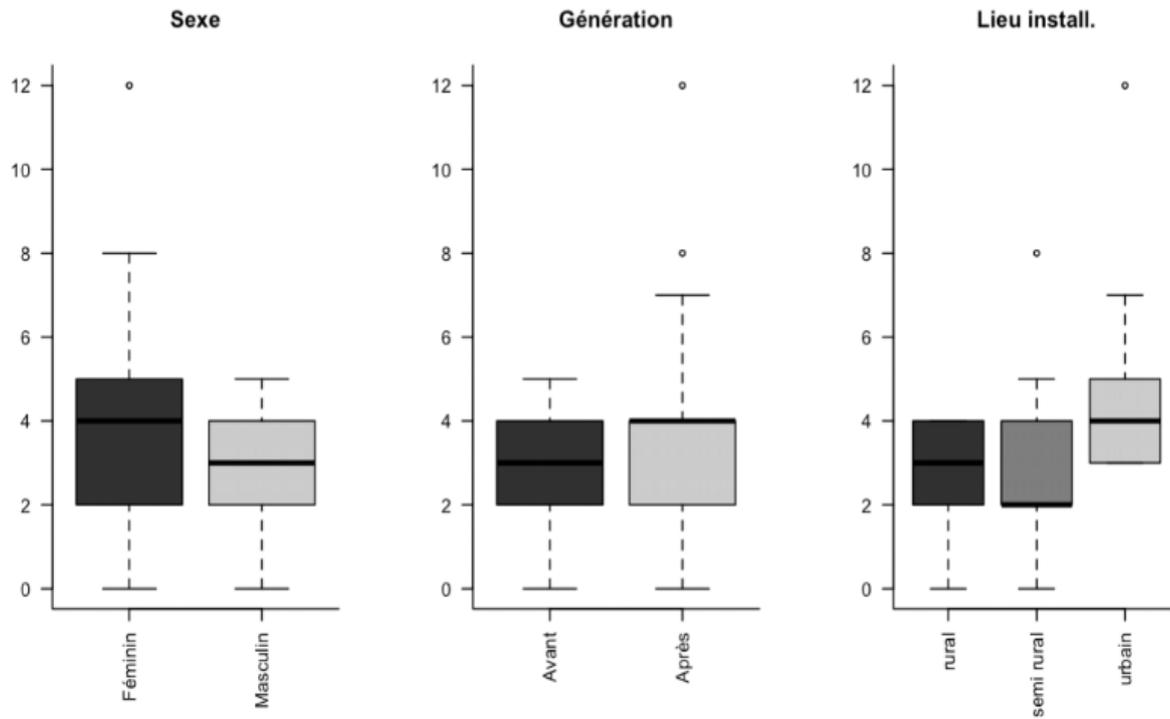
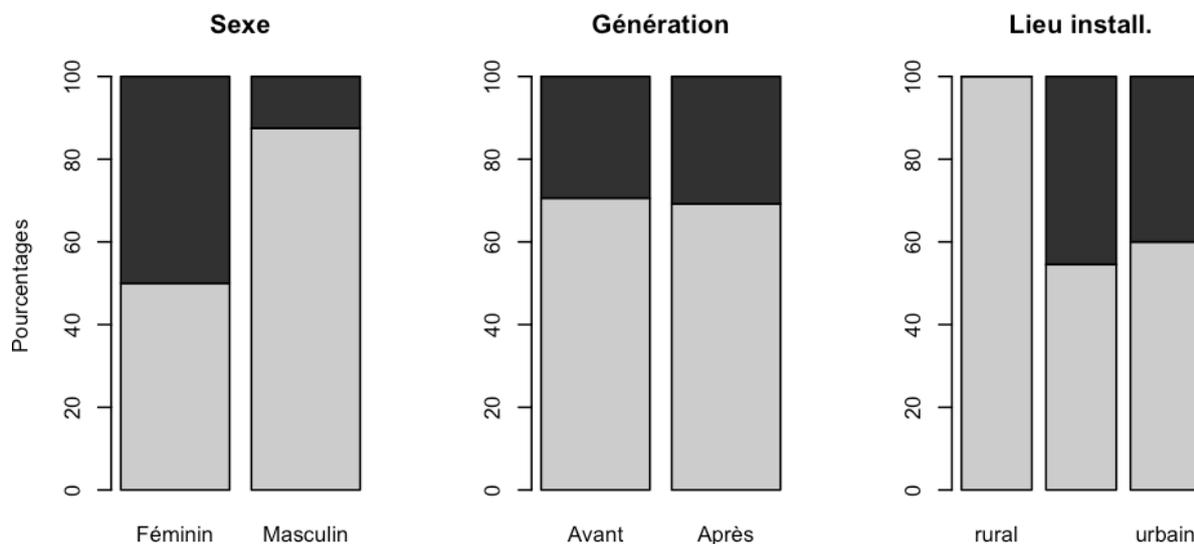


Figure 7: Nombre de critère clinique et biologiques évoqués par les médecins selon leurs caractéristiques (genre, génération avant et après 1983 et lieu d'installation)

iii Critères de l'HAS selon les populations les plus concernées (HSH, Migrants, UDI)



Légende Q13

- 0 reco citée
- 1/2 reco citées

Figure 8 : Pourcentage de critères correspondant aux recommandations HAS sur le dépistage VIH (âge, ethnie, UDI) cités par les médecins de l'échantillon en fonction de leur genre, génération avant et après 1983 et lieu d'exercice

L'analyse des critères cités par les médecins et promus par l'HAS du fait de l'appartenance à une population à risque selon les caractéristiques des médecins a été effectuée:

Parmi les médecins retrouvant au moins un des critères HAS, il ressort de manière significative que les femmes ($p=0.045$) ont un meilleur taux de réponse que les hommes : 50% des femmes interrogées ($N=7$) retrouvent au moins un de ces critères versus 12,5% des hommes ($N=2$).

Les médecins n'ayant pas cité de critère ont en moyenne 46.8 ans (13), tandis que les médecins ayant cité au moins un des critères reconnus par l'HAS ont 36.4 ans (5). La moyenne d'âge entre ceux qui ont ou qui n'ont pas cité de critères HAS est statistiquement différente ($p=0.004$).

De même concernant la localisation d'exercice des médecins qui semble avoir un effet sur le fait de citer des critères reconnus par l'HAS. En effet, aucun médecin en milieu rural n'a cité de critère de la HAS, les médecins travaillant dans le semi rural ont pour 45 % évoqué un des critères de la HAS ($N=5$) et les médecins travaillant en milieu urbain sont 40% à l'avoir évoqué ($N=4$). Le lieu d'installation semble avoir un effet sur le fait de citer des critères reconnus par l'HAS, l'association entre les deux variables n'est pas significative ($p=0,054$) mais cela peut être dû à notre petit échantillon.

b) parlez-vous de sexualité à votre patientèle ?

Aucun des médecins interrogés ne parle spontanément de sexualité avec les patients mais 15 soit 50% approfondissent la question si le patient aborde le sujet.

Il ressort en effet de manière significative que les femmes évoquent plus facilement ce sujet en consultation. Parmi les médecins abordant la sexualité avec leurs patients (15 médecins sur 30) 2/3 sont des femmes ($n=10$) et 1/3 sont des hommes ($n=5$).

De même, la localisation d'exercice des médecins semble avoir un impact dans l'abord de la sexualité en consultation. Parmi les 15 médecins (/30) abordant le sujet de la sexualité en consultation, 2 exercent en rural, 5 en semi rural et 8 en urbain.

Parmi ceux qui n'en parlent jamais, la gêne est évoquée comme cause chez 8 médecins, 1 des médecins évoque qu'il ne souhaite pas aborder le sujet, 1 n'a pas le temps et 1 ne sait pas me donner de réponse.

c Rencontrez des freins quand vous proposez une sérologie VIH à votre patient ?

Au total 26 médecins sur 30 ne retrouvent aucun refus ni frein quand ils le proposent.

DISCUSSION

1. Cette étude a été difficile à réaliser. Est-ce que parce que le sujet est difficile pour les MG ? Sont-ils vraiment à l'aise avec l'infection VIH ? Ont-ils suffisamment de connaissances ou s'agit-il d'un autre problème : celui de l'abord de la sexualité en médecine générale ?

2. Notre échantillon est de faible taille. La population des médecins généralistes en activité en France a un âge moyen estimé à 50ans (3). Notre échantillon a des critères légèrement différents. L'âge moyen des médecins interrogés est de 43,7 ans donc plus jeune que la population des médecins généralistes en France, cependant la moyenne d'âge des médecins généralistes dans le Puy De Dôme est de 47,1 ans. De plus les femmes interrogées ont en moyenne 35 ans et les hommes 51 ans (annexe V). Cette tendance est confirmée par la pyramide des âges des médecins généralistes en 2020 (annexe IV): les médecins de 30 à 34 ans sont à 63% des femmes (6619) et à 37% des hommes (3842). Cela traduit la féminisation de la profession.

Mais cependant des leçons peuvent être tirées :

1. Concernant les connaissances des recommandations de l'HAS.

Les critères évoqués par les médecins généralistes interrogés sont pertinents mais insuffisants.

Les recommandations HAS (4) évoquent le dépistage :

Selon les populations

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

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ;
- Les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ;

- Les populations des départements français d'Amérique ;
- Les usagers de drogues injectables (UDI) ;
- Les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes ;
- Les personnes en situation de prostitution ;
- Les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH.

Selon les circonstances

Un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières :

- Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ;
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose ;
- Projet de grossesse ;
- Interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Première prescription d'une contraception ;
- Viol ;
- En cours d'incarcération.

Les critères retrouvés dans cette étude sont majoritairement des situations pratiques de consultations en soins primaires (suivi de grossesse, bilan de première contraception...) et non des profils de patient. La crainte de faire des stéréotypes ou amalgames joue certainement un rôle dans cette évocation spontanée.

Ainsi dans la pratique courante quotidienne, les médecins se sont emparés de l'aide au dépistage selon les circonstances qui sont des motifs de consultation plus fréquents que l'évocation de relations HSH ou de pratiques de prise de produit injectable.

La non évocation de l'orientation sexuelle des patients est certainement corrélée au manque de prescription pour motif d'appartenance à une population donnée pour prescrire une sérologie VIH(5). Les craintes

d'évoquer les pratiques sexuelles du patient lors de l'anamnèse sont possiblement celles d'être considéré comme intrusif et de risquer de fragiliser la relation de confiance médecin-patient.

Concernant les patients d'origine ethnique à forte prévalence, les chiffres pourraient s'expliquer par une méconnaissance de la forte prévalence du VIH dans ces zones géographiques et/ ou par une gêne lors de l'anamnèse de discriminer le patient.

2. Concernant les caractéristiques de médecins respectant le plus les recommandations de l'HAS

- Les femmes seraient-elles plus scrupuleuses que les hommes dans le respect du dépistage selon les recommandations de l'HAS ? ou bien les médecins femmes abordent-elles d'avantage le sujet de la sexualité avec leurs patients ?
- Il est possible que l'évolution de la formation à la faculté de médecine soit en cause dans la meilleure disposition des médecins les plus jeunes à prescrire une sérologie VIH. Cela montre une amélioration de la formation mais cela peut encore évoluer.
- Notons que parmi les médecins en milieu rural les critères évoqués sont pertinents mais ils ne font pas partie des 3 critères qui nous semblent principaux de la HAS. Peut-être est-ce dû au profil de leur patientèle ? Mais cette question demeure en suspend car leur degré de connaissance de la santé sexuelle de leur patients semble fiable puisque rares sont ceux qui évoquent spontanément la sexualité en consultation.

Afin de tirer de cette thèse un intérêt pratique, nous avons mis en annexe VIII une fiche récapitulative des red flags devant faire prescrire au médecin généraliste une sérologie VIH, fiche qui a été envoyée aux médecins ayant accepté de participer à cette thèse.

3.L'abord de la sexualité en médecine générale.

Si la formation actuelle à la faculté de médecine est plus ouverte à l'abord de la sexualité, des améliorations sont nécessaires tant sur les connaissances pures que sur l'ouverture du dialogue sur ce sujet encore bien trop souvent tabou dans nos cabinets (6).

Concernant l'abord de la sexualité en consultation, une interne en médecine générale a recueilli 300 questionnaires de patients sur les freins au dépistage du VIH (7). Les résultats révèlent que 67 % des patients n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin, 40% pensent que c'est au médecin d'aborder le sujet en premier, et 79% accepterait un test systématique VIH si on le leur proposait. Ce qui va dans le sens d'une nécessité d'aborder davantage le sujet en consultation.

Pour une autre thèse, un interne a interrogé 18 médecins généralistes en Ile de France concernant l'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale (8). De ces entretiens en face à face plusieurs constats ressortent sur les freins en consultation :

- « Le Vécu personnel du médecin. Contrairement à la majorité des thèmes médicaux abordés en consultation, la sexualité est un domaine où le médecin est, comme tout être humain, concerné avec ses propres difficultés qui influent sur sa manière de l'aborder en consultation.
- « La gêne reste souvent difficile à verbaliser pour le médecin. Il va donc développer plus ou moins consciemment des techniques d'évitement du sujet qui lui pose des difficultés. Il peut justifier le fait que l'abord de la sexualité n'est pas le problème en soi mais plutôt que soit sa patientèle n'est pas concernée soit le patient doit être le principal acteur de sa santé ». Ces deux éléments ont été aussi verbalisés lors des entretiens de cette thèse.
- « Les conditions de travail du médecin généraliste. Il ressort de ces 18 entretiens certaines difficultés liées au cadre de l'exercice de la médecine générale. Une certaine solitude, le médecin est dans « sa

bulle ». L'impression de courir après le temps en consultation, de n'avoir pas assez de moment de disponibilité pour aborder des thèmes plus généraux avec ses patients, notamment la prévention et le dépistage ».

La stratégie nationale de Santé sexuelle 2020-2030 arrive à temps (9) Nous souhaitons en finir avec l'épidémie du Sida d'ici 2030, et faire en sorte que 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès au traitement et que 95% des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée d'ici 2030. Il s'agit également d'éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles en tant que problèmes majeurs de santé publique.

Les objectifs concernant les médecins généralistes sont :

- L'amélioration des pratiques et un renforcement de la formation en santé sexuelle des professionnels de santé (première porte d'entrée des usagers dans le système de santé). L'objectif est autant de permettre à ces professionnels de disposer d'un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques, que d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité.
- Intégrer la thématique de la santé sexuelle dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études des professionnels de santé
- Conforter la place des professionnels de premier recours et notamment les médecins généralistes dans la lutte contre les IST en particulier chez les jeunes, en mobilisant les outils conventionnels (rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), consultations longues)
- Renforcer la prévention, l'offre de dépistage et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH, VHB, VHC et aux IST en garantissant une consultation aux migrants dans les 4 mois suivant leur arrivée
- Amélioration de l'accueil, avec la promotion et l'adoption de postures non jugeantes des différents parcours de vie et pratiques sexuelles ou pratiques associées à la sexualité, comme la consommation de produits psychoactifs

- Accompagner et sécuriser l'accès à la PrEP pour les publics clés, dans le cadre de l'ouverture aux médecins généralistes du renouvellement de la prescription de la PrEP au 1er mars 2017
- Favoriser l'accès à la PrEP des personnes exposées originaires d'Afrique Sub saharienne en particulier des femmes en situation de précarité ayant recours à des échanges économiques sexuels pour survivre

De toutes ces recommandations, pour le médecin généraliste l'enjeu majeur reste d'améliorer ces connaissances en santé sexuelle, que ce soit en communication, en prévention et en utilisation de la PrEP en attendant la possibilité d'utiliser les TROD en cabinet.

4. Justification des méthodes de travail :

La méthode quantitative a été choisie car les réponses sont quantifiables après regroupement en unité de thème. Les résultats obtenus, chiffrés, sont ainsi plus facilement compréhensibles.

5. Forces, faiblesses et biais du travail :

4.1. Forces

Le VIH reste un sujet d'actualité de santé publique : l'incidence du VIH ne diminue pas ces dernières années (10) malgré l'offre très large de dépistage (autotests, TROD, dépistage au laboratoire, et bientôt au laboratoire sans ordonnance) et malgré l'offre très large de prévention (PASP, PPE, PrEP) les taux de positivité des tests ne s'améliorent pas. Et pourtant en 2019 6,2 millions de sérologies VIH ont été réalisées dans les laboratoires privés, avec une augmentation du nombre de ces sérologies de 10% entre 2014 et 2018 et d'encre 6% entre 2018 et 2019, pourtant le taux de sérologie positives restaient stables en 2019 soit 1,9 pour 1000 sérologies (10). Le nombre de TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) réalisés en 2018 dans le cadre d'actions de « dépistage communautaire » était de 64 500, nombre qui a augmenté par rapport à 2017 (environ 56 000). Donc les efforts sont constants mais l'évolution de l'épidémie cachée est difficile à appréhender. En effet les hétérosexuels et les HSH nés à l'étranger représentent une part de plus en plus importante des nouvelles infections VIH(12). Le

travail des associations hors des murs reste essentiel pour approcher ces populations souvent hors des systèmes de soins. Annexe VII

- La pandémie de la COVID a accentué les inégalités dans l'accès au soin (13). Ainsi la diminution des sérologies réalisées concerne davantage les personnes nées à l'étranger, avec une baisse de -29 % du nombre de diagnostics chez les femmes entre 2019 et 2020 et de -23% chez les HSH nés à l'étranger. (annexe VII)
- Les données du Système national des données de santé (SNDS), qui couvre l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, indiquent une baisse très importante du nombre de dépistages dans le secteur privé, avec une baisse de -55% entre février et avril 2020, durant le premier confinement, avec un rattrapage par la suite mais qui ne suffit pas, sur l'année 2020 une baisse des sérologies de 22 % est constatée. Annexe VI. En première conséquence un diagnostic qui se fait plus tardivement : en 2020, on voit une diminution de la découverte des infections précoces, avec seulement 25% des cas de découverte et 30 % en stade avancé (versus 26% en 2019), ce qui représente une perte de chance individuelle pour ces personnes non diagnostiquées et favorise la diffusion du VIH avant leur mise sous traitement. (11)
- Le coût du VIH par an en France représentait 1,4 milliard d'euros en 2016, soit 1% des dépenses totales de l'assurance maladie. (12)

L'enjeu du dépistage est majeur

- Il nous semble que c'est un sujet abordé de manière très théorique lors des enseignements universitaires. On y traite de manière rigoureuse le dépistage, la clinique, la biologie, le traitement... Or en pratique courante, malgré ces connaissances, le frein majeur semble être la manière d'aborder sans gêne avec les patients leurs habitudes sexuelles, de consommations de produits et leur ethnie. Cette mise en pratique, bien éloignée de la théorie formelle, nécessiterait certainement d'être approfondie. Des mises en situation par jeu d'acteurs, des analyses de pratiques... pourraient peut-être diminuer le tabou de la sexualité.

4.2. Faiblesses

Notre échantillon est de faible taille, on l'a vu, mais le fait que les questions soient ouvertes et les réponses très variées sont très informatives et nous permettent dès à présent de proposer aux médecins une fiche récapitulative et aux enseignants de mieux aborder la santé sexuelle.

4.3. Biais

Outre les biais d'échantillonnage que nous avons déjà discutés, d'autres biais sont possibles.

- Biais de déclaration: Lors des interrogatoires en face à face, les réponses des médecins sont descriptives. Il peut y avoir une différence avec leur pratique réelles (par sur, sous ou mes- estimation de sa pratique).
- Biais de désirabilité sociale
- Biais d'investigation : l'enquêtrice n'étant pas formée à la méthode d'interrogation, le choix du vocabulaire employé n'est pas forcément optimal. De même concernant les expressions non verbales.
- Biais d'information : le sujet étant présenté lors des prises de rendez-vous des entretiens, les médecins ont pu réfléchir, consciemment ou non, à leurs pratiques et connaissances sur le sujet, modifiant de cette manière leurs déclarations.

Cependant ces biais n'empêchent pas notre conclusion qui est que les offres de dépistage du VIH par les médecins inclus dans cette étude sont tout à fait insuffisantes en rapport à celles recommandées actuellement.

CONCLUSION

La lutte contre le VIH/Sida est une des priorités nationales en matière de prévention et de promotion de la santé. L'année 2020 a été marquée par une baisse de 18% du nombre de sérologies réalisées dans un contexte sanitaire difficile avec un accès aux soins limité (CEGIDD, urgences...). Or le médecin généraliste a un rôle décisif dans le dépistage du VIH.

Cette thèse auprès de 30 médecins généralistes en Auvergne a permis de mettre en évidence quels étaient leurs critères de prescription de sérologie VIH :

Les critères cliniques et biologiques tels l'asthénie et fièvre intense, l'éruption cutanée, les infections à répétitions, la poly adénopathie, les symptômes urinaires et génitaux compatibles avec une IST, un syndrome inflammatoire ou encore une leucopénie ou lymphopénie sont les plus fréquemment évoqués, ainsi que l'âge jeune, une sexualité avec de multiples partenaires, un bilan de grossesse et à la demande du patient.

Ces éléments ne permettent pas de dépister la population cible décrite par l'HAS qui est caractérisée par une origine ethnique (Afrique noire et les DOM TOM), une sexualité de type HSH et les utilisateurs de drogues injectables mais sont pertinents sur des situations de soins courants.

Un frein au dépistage semble être l'abord de la sexualité non systématique en consultation. Évoquer ce sujet semble plus aisé pour les médecins femmes, et les MG les plus jeunes. La gêne représente la majorité des raisons invoquées pour ne pas en parler en consultation.

De ces résultats peuvent émaner plusieurs pistes d'amélioration :

Un renforcement de la formation des MG notamment lors de FMC, peut être en augmentant la proposition de DPC concernant l'éducation à la sexualité et les IST, comme le stipule la récente stratégie nationale de santé sexuelle.

Une revalorisation financière de la cotation des consultations d'éducation à la sexualité voire les rémunérations sur objectif de santé publique pour la réalisation d'un nombre de sérologies VIH minimum par an par médecin généraliste seraient des pistes à proposer aussi.

L'information de la population générale des situations nécessitant un suivi de sérologie VIH via des posters en salle d'attente/spot tv/pub pour ré informer sur la nécessité de réaliser des sérologies VIH régulièrement est certainement un axe à améliorer.

Renforcer les cours d'éducation sexuelle en milieu scolaire (de l'école élémentaire à l'université) avec des formations régulières est proposé par la SNSS e doit être mis en œuvre.

Serait-il possible d'envisager un score de graduation du risque comme il existe un aux Etats Unis à Denver afin de caractériser de manière objective le risque individuel du patient, à l'instar des scores cardio-vasculaire ?

Enfin toute stratégie de dépistage doit s'associer à une stratégie de prévention et, depuis juin 2021, le médecin généraliste est le pilier de la prévention du VIH avec possibilité de prescription initiale de PrEP. Pourrait-il réaliser un TROD au cabinet aux patients réfractaires à réaliser une prise de sang et proposer la PrEP chez ceux dont les risques sont fréquents ?

Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Pierre Clavelou



Le président du jury ,

Olivier Lesens

Bibliographie

(1) Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales . Epidémiologie de l'infection VIH en France 2013-2018. Paris ; Juillet 2020

(2) Champenois K., Cousien K, Cusin L., Opportunités manquées du dépistage du VIH en France: les médecins identifient mal les groupes à risque et les symptômes associés au VIH, [en ligne]. [cité le 2 mai 2013]. Disponible sur : <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-13-200>

(3) Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2020. Disponiblesur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

(4) HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Paris : HAS ; 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

Agence régionale de santé. VIH/SIDA. 22 novembre 2019. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/vihsida>

(5) Gouin.J, Attitude de prescription de sérologie VIH en soins premiers, selon les maladies indicatrices hors Sida. Thèse de doctorat. Toulouse, 2020 .Disponible sur <http://thesesante.ups-tlse.fr/3094/1/2020TOU31082.pdf>

(6) Charpentier.C, L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin. Thèse de doctorat de médecine. Faculté de Paris Descartes, 2012.

(7) Donguy.E, Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale? Représentations des patients. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01471577/document>

(8) Les opportunités manquées de dépistage du VIH en médecine générale. Thèse de doctorat. Université de Rouen, 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228815/document> représentation des médecins abord sex

(9) Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle, Agenda 2017-2030. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

(10) Santé Publique France. VIH/SIDA. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/donnees/#tabs>

(11) Santé Publique France. Découverte de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA - FRANCE, 2018 . Disponible sur : http://BSP_Nat_Surveillance_VIH2018.pdf

(12) Cour des comptes. La prévention et la prise en charge du VIH. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-et-la-prise-en-charge-du-vih>. Juillet 2019

(13) RONCIER, C. Le VIH/SIDA en France en 2018. Disponible sur : <https://vih.org/20210930/baisse-inquietante-du-nombre-de-diagnostics-vih-en-2020/>.

ANNEXE I

GRILLE ENTRETIEN

QUESTIONNAIRE Numéro

Administratif

Rappel du thème de l'étude

Présentation de l'enquêteur

Recueil du consentement écrit concernant la participation à l'entretien

Profil du médecin généraliste :

Numéro anonymat

Date de naissance, âge Sexe

travail isolé , MSP

lieu d'exercice : urbain/semi rural/rural MSU ou non :

Congrès, formation :

Contexte :

1) Parlez-vous de sexualité à vos patients

OUI

NON :

pourquoi :

2) Avez-vous des patients VIH si oui combien/ nombre de patients du cabinet dépisté précocement ou stade SIDA? par vous?

3) Selon quels critères sociaux proposez-vous un test VIH à vos patients?

réponse libre

4) Quels freins de la part des patients rencontrez-vous?

réponse libre

5) Devant quelle manifestation clinique ou perturbation biologique avez-vous l'habitude de prescrire une sérologie VIH ?

réponse libre :

CLASSIFICATION DES MANIFESTATIONS CLINIQUES ET ANOMALIES BIOLOGIQUES

A partir de 1993, les **Centers for disease control(CDC)** ont proposé une classification de l'infection VIH, en 3 stades de sévérité croissante, sans possibilité pour un même patient d'appartenir simultanément à 2 stades, ni de revenir à un stade classant antérieur. Cette classification est fondée à la fois sur des paramètres cliniques et sur la numération des lymphocytes T CD4+. Elle est devenue la référence internationale lorsque la mesure du taux de lymphocytes CD4 est disponible en routine.

En 2000, l'OMS a proposé une autre classification selon 4 groupes, n'intégrant pas le taux de lymphocytes CD4, est devenue la plus utilisée, notamment dans les pays à faible ressource.

1. Classification 1993 du CDC d'Atlanta

➤ Selon le nombre de lymphocytes CD4

Le résultat le plus bas (nadir), qui n'est pas nécessairement le dernier, doit être retenu.

Nombre de CD4	A: Asymptomatique ou primo- infection ou polyadénopathies	B : Symptomatique, sans critères A ou C	C: SIDA
>500/mm ³ : > 29%	A1	B1	C1
200 à 499/ mm ³ : 14-28%	A2	B2	C2
<200 /mm ³ : < 14%	A3	B3	C3

➤ 3. Définition des catégories cliniques

Catégorie A

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères de la catégorie B ou C:

- Infection VIH asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante généralisée
- Primo infection VIH symptomatique

Catégorie B

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38.5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Neuropathie périphérique

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- Candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Coccidiodomycose disséminée ou extrapulmonaire
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- Rétinite à CMV
- Encéphalopathie due au VIH



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France

Mars 2017

La stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France a fait l'objet de recommandations publiées par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2009. Celles-ci mettaient l'accent sur la proposition d'un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans « au moins une fois dans la vie » lors d'un recours aux soins, en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH. Elles préconisaient aussi le renforcement d'un dépistage ciblé et régulier pour les populations les plus exposées, soit les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) multipartenaires, les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Au regard des nouvelles données épidémiologiques et de celles portant sur le recours au dépistage de l'infection à VIH depuis 2009, et à la demande de la Direction générale de la santé, la HAS réévalue cette stratégie de dépistage.

POPULATIONS VISÉES PAR LE DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

Les populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH sont les HSH, les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, et les UDI.

La fréquence du dépistage auprès de ces populations clés doit être augmentée et inscrite dans la durée. Les résultats de la modélisation économique menée, réévaluant l'efficacité des différentes stratégies de dépistage de l'infection à VIH en France, confortent l'importance de l'augmentation de cette fréquence de dépistage, dans l'objectif notamment d'améliorer l'espérance de vie des patients vivant avec le VIH.

L'infection à VIH : une épidémie concentrée

L'infection à VIH touche de manière disproportionnée certains groupes de la population française.

■ **Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) :**

- en 2013, 45 % des nouvelles infections ont été mises en évidence dans cette population ;
- l'incidence y est particulièrement élevée avec un taux 200 fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle née en France métropolitaine.

■ **Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) :**

- en 2013, le nombre de nouvelles infections reste relativement faible chez les UDI (environ 100 nouvelles infections par an) ;
- mais le taux d'incidence est 20 fois plus élevé que celui de la population hétérosexuelle née en France métropolitaine.

■ **Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes :**

- en 2013, 23 % des nouvelles infections ont été mises en évidence chez les femmes hétérosexuelles nées hors de France et 16 % chez les hommes hétérosexuels nés hors de France (et principalement dans un pays d'Afrique subsaharienne) ;
- le taux d'incidence est 70 fois plus élevé chez les femmes et 30 fois plus élevé chez les hommes hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne que dans la population hétérosexuelle née en France métropolitaine.

Figure 12 : Pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2018

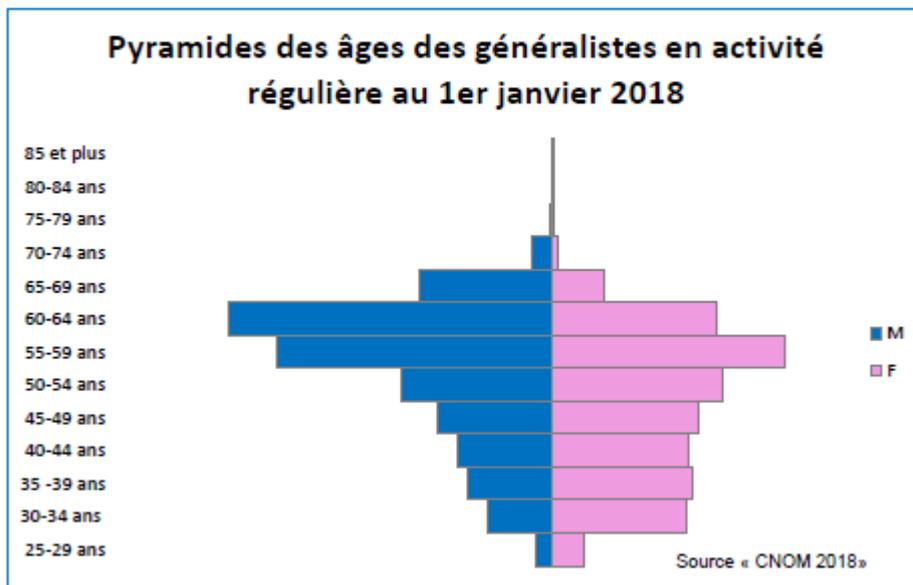
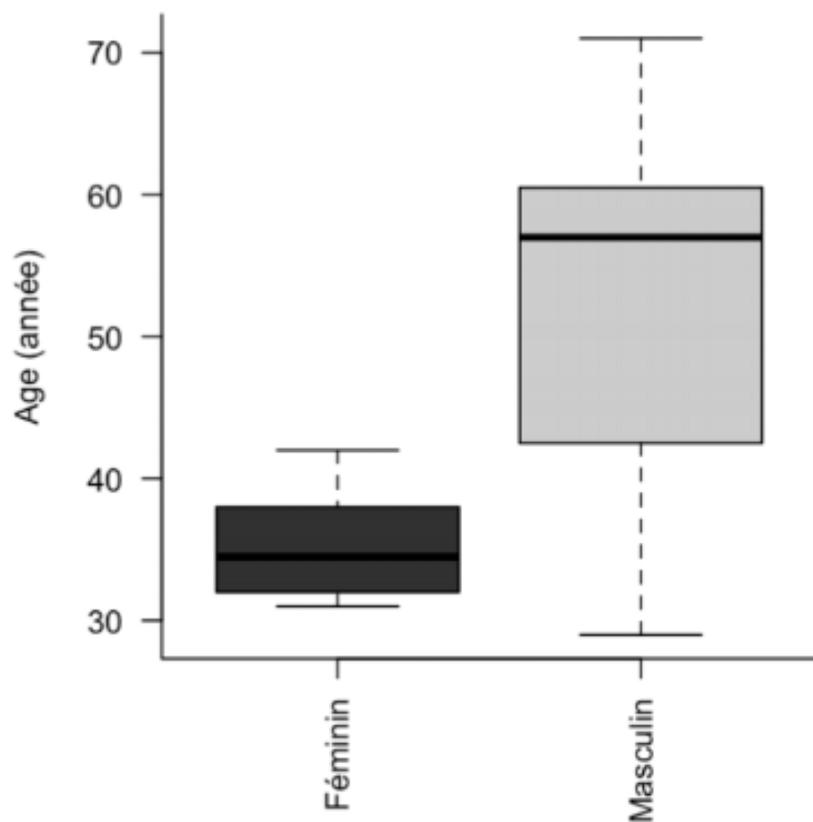


Figure 12 : Pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1er janvier 2018 La pyramide des âges des généralistes en activité régulière confirme un vieillissement connu mais qui ne se majore plus guère.

ANNEXE V : Répartition du genre des médecins en fonction de leur âge dans l'échantillon interrogé

Âge selon le sexe





Diminution du nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires en 2020



Source : LaboVIH : Estimation du nombre total de sérologies, remboursées ou non, anonymes ou non, quel que soit le lieu de prélèvement (laboratoire de ville, hôpital, clinique, CeGIDD...)

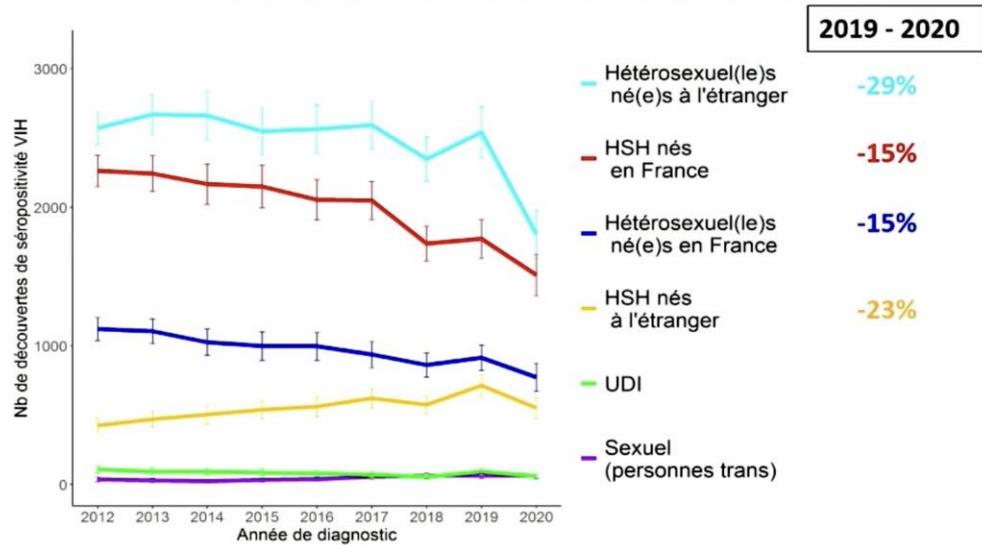
ANNEXE VII :



22^{ème} CONGRÈS DE LA SFLS
PRÉSENTIEL + VIRTUEL

Inégalités en santé et VIH

Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et lieu de naissance



Source : Santé publique France, déclaration obligatoire du VIH
Données au 30/06/2021 corrigées pour la sous-déclaration, les délais et les valeurs manquantes



POPULATIONS A RISQUE : au moins une sérologie VIH annuelle

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Hétérosexuels avec plus d'un partenaire par an

Ethnie origine (Afrique sub saharienne, Caraïbes, Guadeloupe, Guyane et Martinique)

Circonstances en consultations : proposer une sérologie VIH systématiquement

Suspicion ou diagnostic IST ou Hépatite B ou C

Suspicion ou diagnostic de Tuberculose

Projet de grossesse

Interruption volontaire de grossesse

Première prescription d'une contraception

Viol

Personnes incarcérées actuellement ou précédemment

Critères biologiques liés à la primo infection :

Syndrome mononucléosique (hyperlymphocytose absolue >4G/L et absolue >50%)

Lymphopénie et/ou Thrombocytopénie inexpliquée persistant plus de 4 semaines

Maladies indicatrices du VIH souvent retrouvées en médecine générale :

Herpes, zona

Neuropathie périphérique

Candidose buccale inexpliquée

Diarrhée chronique inexpliquée

Dysplasie/cancer zone anale ou col de l'utérus

Dermite séborrhéique

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Critères de prescription du test de dépistage de l'infection VIH en médecine générale.

Enquête auprès des médecins généralistes en Auvergne

Résumé :

Critères de prescription du test de dépistage de l'infection VIH en médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes en Auvergne.

CONTEXTE

La lutte contre le VIH est une priorité de santé publique en France. En 2017, dans ses dernières recommandations, l'HAS préconise de cibler les populations clés que sont entre autres : les personnes provenant de pays à haute prévalence du VIH (Afrique sub saharienne, DOM) et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) qui représentent les populations les plus touchées, respectivement 43% et 37% des nouvelles contaminations en 2019, et les usagers de drogues intraveineuses (UDI).

OBJECTIF

Nous avons voulu identifier les critères de prescription d'une sérologie VIH par les médecins généralistes (MG) en pratique courante en 2020.

METHODE

Il s'agit d'une enquête descriptive auprès de MG en Auvergne sélectionnés sur critères de parité, d'âge et de lieu d'exercice sur l'annuaire et contactés par téléphone pour une proposition de questionnaires en face à face avec questions ouvertes.

RESULTATS

Parmi 120 médecins contactés, 30 ont répondu favorablement, d'âge moyen 43 ans dont 20 avaient un patient VIH dans leur patientèle. Les critères les plus fréquemment évoqués pour la proposition d'une sérologie VIH sont l'âge jeune (19/30), les multiples partenaires (14/30), la grossesse (11/30), la demande du patient (10/30), l'asthénie intense (12/30), une éruption cutanée (12/30), une IST (12/30), une pharyngite (8/30), les infections à répétitions (7/30), un syndrome inflammatoire (7/30), une lymphopénie (7/30). Les médecins femmes et plus jeunes ont significativement plus tendance à respecter les recommandations de l'HAS que les autres. Aucun médecin cependant ne parle spontanément de sexualité, mais 15/30 approfondissent le sujet si le patient l'évoque.

CONCLUSION

Le sujet du dépistage du VIH n'est pas une thématique avec laquelle les MG semblent à l'aise, et qui a pu être considéré comme secondaire en tant que COVID. Les recommandations de l'HAS semblent difficiles à respecter car les MG qui s'appuient plus souvent sur des situations pratiques de consultations que sur des profils de patients et l'abord de la sexualité est difficile. La crainte de discriminer négativement les patients en est certainement le principal frein. De ce fait, il semble nécessaire d'améliorer la formation des médecins à l'éducation à la sexualité. Cela leur permettrait d'aborder le sujet de la sexualité avec moins de gêne, et d'avoir une meilleure connaissance des profils de patients à haut risque afin de leur proposer le dépistage répété de l'infection VIH.

Dès à présent, pour ouvrir la discussion avec les patients à risque et promouvoir une meilleure santé sexuelle pour chacun, un score de risque concernant la sexualité en médecine pourrait être proposé.

Mots clés : Dépistage, Soins primaires, sérologie VIH, Médecine Générale, Populations clés