



HAL
open science

Évaluation du dépistage du VIH en médecine générale en Picardie

Marion Perrin

► **To cite this version:**

Marion Perrin. Évaluation du dépistage du VIH en médecine générale en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03565724

HAL Id: dumas-03565724

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03565724>

Submitted on 11 Feb 2022

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.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

ANNEE 2021

2021-212

**Évaluation du dépistage du VIH en médecine générale en
Picardie**

**THESE POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE
(DIPLOME D'ETAT)**

**Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2021
Par Marion Perrin**

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

**JUGES : Monsieur le Professeur Olivier GANRY
Monsieur le Docteur Manuel VINCENT
Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX**

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Youcef DOUADI

A mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean Schmidt,
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier Médecin interne

*Vous me faites l'honneur d'être mon président de jury,
Recevez mes sincères remerciements
et le témoignage de ma profonde considération.*

A mon Juge,

Monsieur le Professeur Olivier Ganry

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier (Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Préventions, Risques, Information médical et Epidémiologie"

*Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération*

A mon Juge,

Monsieur le Docteur Jean-Philippe Lanoix
Maître de Conférences des Universités
Praticien Hospitalier Maladies infectieuses et tropicales du C.H.U d'Amiens

*Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération*

A mon Juge,

Monsieur le docteur Vincent Manuel
Maître de Conférence Associé
Département de Médecine Générale

Merci pour votre pédagogie lors de nos cours de D.E.S.
Vous étiez mon tuteur lors de mon internat de médecine générale.
Vous avoir dans mon jury était pour moi la suite logique de cette fin de cursus.
Merci d'être présent pour ce jour qui a beaucoup d'importance pour moi.
Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Youcef Douadi

Chevalier de l'ordre national du Mérite

Chef de service de Pneumologie du centre hospitalier de Saint Quentin

*Dès le début, tu as été très enthousiaste par ce sujet de thèse,
Merci pour tes conseils, pour ton soutien dans mes moments de doute,
et pour avoir été présent tout au long de ce travail.*

REMERCIEMENTS

A mes parents, Isabelle et Christian, sans qui je n'aurais pas pu faire ces études et ce si beau métier, je vous remercie du fond du cœur, je ne vous le dis jamais mais je vous aime.

A ma sœur Margaux, merci de ton soutien infaillible dans ma vie, de ton soutien sur ce travail de thèse qui était indispensable pour moi, je suis heureuse du lien qui nous unit.

A mon petit frère Martin, qui j'espère saura trouver sa voie comme j'ai trouvé la mienne, tu pourras toujours compter sur moi.

A Dominique, Catherine, Camille et Tristan, ma belle-famille, merci de votre soutien pendant ce long parcours.

A Annabelle, on a vécu ce début d'aventure ensemble, et tu es là aujourd'hui pour cette fin de chapitre, merci d'être toujours là dans les moments importants passés, présents et ceux à venir.

A mes amis, d'enfance, du lycée, et d'après, à ceux qui m'ont soutenue depuis le début de ces longues études, ils se reconnaîtront, merci de tous ces bons moments partagés et vivement les prochains.

A mes copains de faculté : Joy, Chaïma, Guillaume, Jimmy, Sarah, Léa, que de souvenirs de nos folles révisions.

A mes collègues de stage devenus amis : Julie, Antoine, Typhaine, Myriam, Charlotte, l'internat n'est jamais simple mais on a pu s'entraider et pour cela je vous en remercie.

A Monsieur Henri Renaud, ce médecin formidable qui m'a appris beaucoup professionnellement et humainement lors de ce stage de médecine polyvalente.

A Madame Yves, vous êtes un modèle pour moi, j'espère devenir un aussi bon médecin que vous, merci d'avoir cru en moi et de me faire confiance.

A Fouad et Sylvain, et à l'équipe de MEDGER 3, merci pour ce stage qui m'a fait rencontrer des personnes extraordinaires.

A ceux qui ont cru en moi, et à ceux qui n'y ont pas cru, j'ai beaucoup travaillé pour en arriver là, le travail paye toujours, alors croyez en vous.

A Adrien, merci d'avoir rendu ces études plus faciles depuis que tu es rentré dans ma vie. Cette thèse marque la fin de mes études et le début de nos futurs projets, alors merci à toi pour ta patience, ton réconfort dans les moments difficiles et tout ce que tu fais au quotidien pour moi, je t'aime.

« Cela semble toujours impossible, jusqu'à ce qu'on le fasse »

Nelson Mandela

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION	12
I- L’histoire du VIH	12
II- La physiopathologie du VIH	13
III- La transmission du VIH	14
IV- Le cycle de réplication du VIH.....	15
V- Quelques chiffres dans le monde.....	17
VI- Le VIH en France	18
VII- Dépistage en France	20
MATERIEL ET METHODE	25
I- Choix de la méthode quantitative	25
II- Choix de l’échantillon	25
III- Composition du questionnaire	25
IV- Analyse des données	26
RESULTATS	27
Données démographiques	27
Formation sur le VIH.....	28
Activité préventive.....	28
Connaissances des recommandations de l’HAS 2017	29
Connaissance des fréquences de dépistage des populations cibles	30
Amélioration du dépistage.....	31
Tests de dépistage	31
Contexte de dépistage.....	32
Freins au dépistage.....	33
Dépistage > 50 ans	34
Dépistage par genre.....	34
Freins des patients	35
Formation.....	35
DISCUSSION	36
I- Discussion de la méthode	36
Forces et biais de l’étude.....	36
II- Discussion des résultats.....	37

Intérêt porté sur le dépistage du VIH.....	37
Connaissances de recommandations de l’HAS 2017.....	38
Échec des TROD auprès des médecins généralistes.....	39
Des freins toujours présents	40
Une peur du VIH qui recule	41
L’homme bien moins dépisté que la femme.....	43
Freins des patients	43
Intérêt de recevoir des informations sur le dépistage	44
Solutions d’amélioration.....	44
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES.....	53
Annexe n°1 : Questionnaire de Thèse.....	53
Annexe n°2 : Dernières recommandations du dépistage du VIH par l’HAS.	60
Annexe n°3 : Plaquette informative.....	61

LISTE DES ABREVIATIONS

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

LGBT : Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenre

CD4 : Cluster de Différenciation 4

CXCR4 : Récepteur de Chimiochine

CCR5 : Récepteur à C-C Chimiochine de type 5

ARN : Acide Ribonucléique

ADN : Acide Désoxyribonucléique

TME : Transmission mère-enfant

AZT : Azidothymidine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

COVID-19: Corona Virus Disease 2019

ELISA: Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay

TROD : Test de Dépistage Rapide à Orientation Diagnostique

ADVIH : Autotest de Dépistage de l'infection du VIH

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

UDI : Usagers de Drogues Intraveineuses

CDAG : Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit

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

TPE : Traitement Post-Exposition

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition du VIH

TASP : « Treatment as Prevention » le traitement comme prévention

ARS : Agence Régionale de la Santé

INTRODUCTION

I- L'histoire du VIH

Bien que 35 ans après, son origine reste encore incertaine, l'histoire du Virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) remonterait dans les années 20-30 en Afrique.

On suppose aujourd'hui que l'homme aurait été contaminé à plusieurs reprises par consommation de viande de chimpanzé ou de morsures de singes. [1]

Quoi qu'il en soit, il faudra attendre 1981 que le virus attire l'attention de médecins américains, devant plusieurs cas inhabituels de sarcome de Kaposi (tumeurs cutanées qui touchent habituellement les personnes âgées) chez des patients jeunes. [2]

C'est à cette date que le terme de Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) est utilisé pour la première fois, qui est la phase finale de l'infection.

Le VIH touche premièrement la communauté homosexuelle. C'est pour cela qu'il est associé à ce type de population et également à un seul mode de transmission connu à sa découverte, la voie sexuelle. [3]

Corollairement, cette maladie fait rapidement polémique, interprétée comme une sanction divine de la part d'une partie de la population mondiale, et associée à des « mœurs libertines » du fait de son mode de contamination.

Dans les années 90, être séropositif renvoie à une espérance de vie courte. De même, l'absence de traitement aboutit à des formes évoluées de la maladie (stade SIDA) montrant un corps abîmé, amaigri, ce qui renvoie à une image de « punition ». [4]

Actuellement, même si les mœurs ont beaucoup évolué, notamment avec le mouvement Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenre (LGBT) et la législation des droits des homosexuels, le VIH reste encore beaucoup trop associé à une faute morale et à des déviances sexuelles.

II- La physiopathologie du VIH

Découvert en 1983 par Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier, le VIH est un virus de la famille des rétrovirus, et il en existe principalement deux types :

VIH-1 (le plus répandu) et le VIH-2 (essentiellement Afrique de l'Ouest). [5]

Cette infection virale est chronique, elle évolue sur plusieurs années : au début de la contamination, la réplication du virus est très active (1 à 10 milliards par jour chez une personne sans traitement) et se propage dans l'organisme, envahissant les cellules cibles (lymphocytes T CD4, monocytes/macrophages, cellules dendritiques, cellules de Langerhans, cellules de la microglie cérébrale) créant alors des réservoirs viraux (ganglions, tissu lymphoïde du tube digestif, système nerveux central).

Premièrement, cela produit une réponse immunitaire entraînant une réponse adaptée en réduisant et contrôlant la production virale. Cette phase de primo-infection donne souvent un épisode fébrile pseudo-grippal ou bien reste asymptomatique.

Puis, progressivement, le virus diminue les défenses immunitaires infectant directement les lymphocytes T CD4 et provoquant une réponse immunitaire détruisant également une partie de ces lymphocytes T CD4.

Cliniquement, il peut exister différentes manifestations notamment cutanéomuqueuses avec une altération de l'état général et des troubles digestifs.

Le stade SIDA correspond à la survenue d'infections opportunistes en lien avec cette immunodépression, en général quand le taux de lymphocytes T CD4 est inférieur à 200/mm³ (taux normal : entre 500-1500/mm³).

Ce stade arrive en général 10 ans en moyenne après la primo-infection mais il existe des variabilités selon les patients.

III- La transmission du VIH

Il existe trois modes de transmissions :

- Transmission sexuelle : c'est la principale voie de transmission. Elle représente à elle seule 96% des contaminations dont 56% par des rapports hétérosexuels et 40% par des rapports homosexuels). [6] Transmise par le sperme et les sécrétions vaginales, un seul rapport suffit à transmettre la maladie, d'où l'importance de promouvoir l'utilisation du préservatif.
- Transmission par le sang et par les dérivés du sang (2% des contaminations, principalement des usagers de drogues intraveineuses) : depuis la mise en place des sérologies obligatoires et du dépistage lors de dons du sang et d'organes ainsi que la mise en place du matériel à usage unique pour les utilisateurs de drogues, le risque est proche de zéro.
- Transmission mère-enfant (1 à 2%) : elle a lieu principalement au moment de l'accouchement et par l'allaitement. Le risque de transmission passe de 25% en l'absence de traitement à 0,3% avec une charge indétectable avec la prise des antirétroviraux.

Les modes de transmissions sont importants à rappeler notamment aux jeunes patients, comme le montre un sondage réalisé par l'Institut Français de l'Opinion Publique (l'IFOP) en février 2021 sur les 15-24 ans montrant que « 24% de cette population pense que le virus peut se transmettre en embrassant une personne séropositive, de même 23% pense qu'il est possible de l'attraper en s'asseyant sur les toilettes publiques ». [7]

IV- Le cycle de réplication du VIH

Nous rappelons ici le cycle de réplication du virus qui reste important car sa connaissance a permis d'élaborer les traitements notamment la trithérapie.

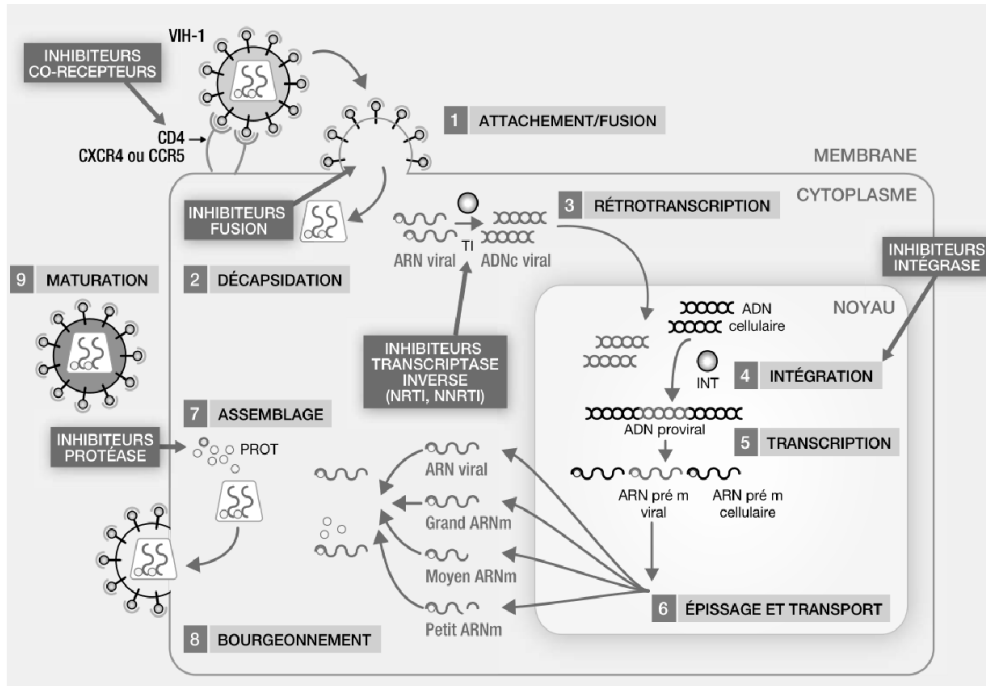


Figure 1. Cycle de réplication du VIH (Source : ECN-Pilly 2014)

Ce cycle se déroule en plusieurs étapes (Figure 1) : tout d'abord, il existe une reconnaissance de la protéine d'enveloppe virale (appelée gp120) par le récepteur primaire CD4 de la cellule hôte (Lymphocytes T majoritairement). Cette reconnaissance entraîne une modification conformationnelle de la protéine, ce qui lui permet alors de se fixer à des corécepteurs (CXCR4 ou CCR5) membranaires de la cellule hôte.

Ensuite, le virus fusionne avec la cellule hôte et pénètre dans celle-ci. Après la décapsidation, la rétrotranscription a lieu, c'est-à-dire que l'ARN viral est transformé en ADN viral bicaténaire grâce à une enzyme, la transcriptase inverse virale (erreurs fréquentes à l'origine de la variabilité génétique du VIH), puis intégration de l'ADN viral dans le génome de la cellule grâce à une enzyme « l'intégrase virale ».

Par la suite, l'ADN proviral subit un phénomène de transcription ; il est transformé en ARN messager viral. Les ARN messager sont synthétisés en protéines virales.

Ces protéines sont assemblées grâce à une enzyme « la protéase virale ». A cette étape se produit le bourgeonnement conduisant à la libération de nouveaux virus et faisant mourir ainsi la cellule hôte. [5]

C'est ainsi que ce sont développés les antirétroviraux agissant à différentes étapes afin d'empêcher la réplication du VIH. Le premier médicament était l'AZT (Azidothymidine), un inhibiteur de la transcriptase inverse, qui était initialement prévu comme anticancéreux et qui a montré rapidement une grande efficacité contre le virus.

A l'heure actuelle, les antirétroviraux sont regroupés en plusieurs classes, chacun agissant à différents stades dans le cycle de réplication du virus :

- Inhibiteurs de fusion
- Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques (INTI)
- Inhibiteurs non nucléosidiques (INNTI)
- Inhibiteurs de la protéase (IP)
- Inhibiteurs de l'intégrase (INI)
- Inhibiteurs du corécepteur CCR5

La trithérapie se définit comme la combinaison de trois antirétroviraux. L'arrivée de celle-ci a simplifié énormément la prise de traitement notamment par sa galénique (une prise par jour en un seul comprimé).

Actuellement, pour l'initiation d'un traitement antirétroviral, on initie une trithérapie généralement en privilégiant l'association de [8] :

- 2 INTI + 1 INNTI

Exemple : Descovy® + Edurant®

- 2 INTI + 1 INI

Exemple : Truvada® + Tivicay®

- 2 INTI + IP

Exemple : Truvada® + Prezista/Norvir®

V- Quelques chiffres dans le monde

Le VIH est une maladie mondiale touchant tous les continents. Les derniers chiffres de 2019 recensent 38 millions de personnes contaminées dont 1.7 millions d'enfants. Parmi eux, 26 millions sont traités par antirétroviraux.

En 2019, 19 % des patients VIH ne connaissaient pas leur statut.

Selon l'OMS, ces dix dernières années, les décès liés au virus ont diminué de 50% et les nouvelles infections de 39%. Les antirétroviraux ont permis de sauver 15 millions de vies. [9] Malgré cela, il n'y a pas eu moins de 770.000 décès en 2018 ainsi que 1.7 millions de nouvelles infections. [10]

La stratégie de l'OMS reposait sur un objectif de 90-90-90 pour l'année 2020 :

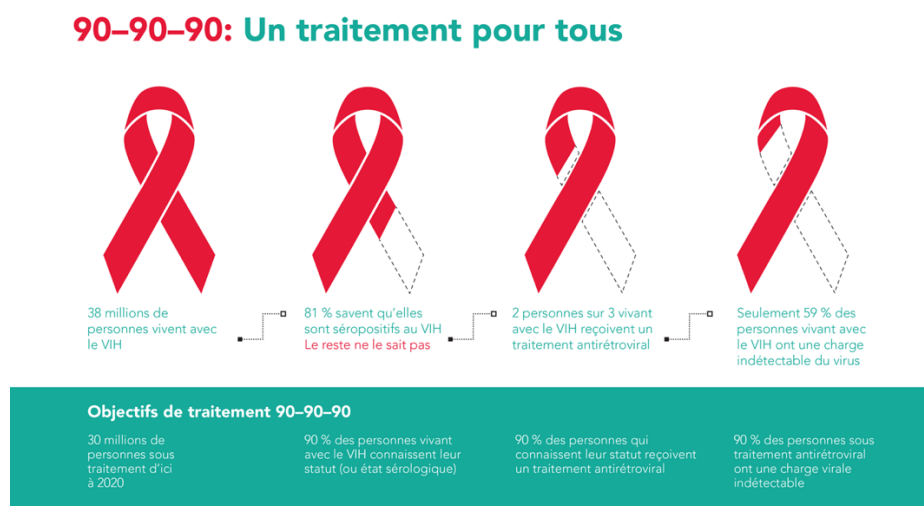


Figure 2. Objectif de l'OMS 2020 (Source : Onusida)

- 90% des personnes vivants avec le VIH doivent savoir qu'ils sont séropositifs.
- 90% des personnes vivants avec le VIH diagnostiquées doivent recevoir un traitement durable.
- 90% des personnes vivants avec le VIH sous traitement ont une charge virale indétectable.

Malheureusement, cet objectif n'a pas été atteint, l'épidémie de COVID-19 a émis un énorme frein contre la lutte du VIH...

L'objectif d'ici 2030 est d'avoir « zéro nouvelle infection, zéro décès lié au sida, zéro discrimination ».

VI- Le VIH en France

En France, le VIH est un problème de santé publique important par le coût qu'elle génère par an (en 2016, pas moins de 1,6 milliards d'euros sont des dépenses liées uniquement au VIH dont 1,5 milliards pour l'assurance maladie (à peu près 1% des dépenses totales).

86% de ce montant représente le coût des médicaments contre à peine 10% pour le dépistage, un chiffre faible au regard de l'importance du dépistage à l'heure actuelle. [11]

On recense 170.000 personnes séropositives en France. [12] et chaque année, environ 6000 personnes découvrent qu'ils sont séropositifs (6200 en 2018), ce qui correspond à une personne contaminée toutes les heures et demie. [13]

Parmi eux, 65% des découvertes étaient des hommes. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuel(les) né(és) à l'étranger restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 43% et 37% des découvertes de séropositivité déclarées entre janvier 2019 et septembre 2020.

En 2019-2020, 26% des découvertes étaient à un stade tardif c'est-à-dire au stade SIDA, un chiffre inquiétant et qui continue de progresser ces dernières années. Là aussi, ce sont les hétérosexuels qui représentent la plus grande part avec les usagers de drogues intraveineuses. La moitié des nouvelles personnes contaminées n'avait jamais été testée auparavant, ce qui montre que le dépistage du VIH peut être encore largement amélioré, et que nous avons le pouvoir d'améliorer le dépistage en étant des acteurs principaux dans la prévention en tant que médecin généraliste.

Dans les Hauts-de-France, la proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués était estimée à 1,0 en 2019. Celle-ci demeure similaire à celle retrouvée au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (le taux y est plus élevé) selon les données issues de LaboVIH. [14]

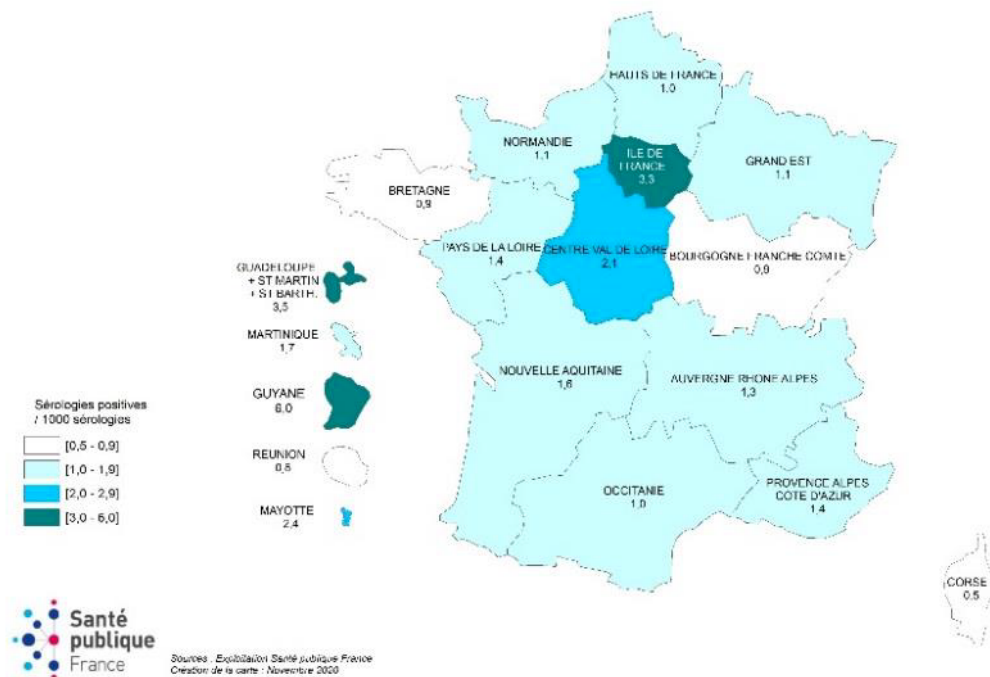


Figure 3. Proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués en France Métropolitaine. Source : LaboVIH, 2019, Santé publique France

Comme au niveau national (France métropolitaine), la majeure partie des séropositifs sont des hommes (75% dans les Hauts-de-France contre 66%). Cependant, on constate qu'au niveau des Hauts-de-France 68% des découvertes de séropositivité concernent des personnes nées en France. Cette proportion est supérieure à celle observée au niveau de la France métropolitaine hors Ile-de-France (46%).

Un autre chiffre qui est important dans ce rapport est le pourcentage des diagnostics tardifs dans la région qui était de 30% en 2018 contre 25% pour la même année au niveau national. Ce chiffre montre que l'on peut grandement s'améliorer sur le dépistage et pouvoir diagnostiquer à un stade précoce est primordial dans la région. Les derniers chiffres de 2019 montrent une baisse du pourcentage des diagnostics tardifs dans les Hauts-de-France mais il reste de l'ordre de 24%. [15]

En Picardie, la proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués était aussi égale à 1,0. On comptabilise 51 cas par million d'habitants, ce qui représente un taux deux fois moins que la moyenne nationale. 5 cas par million d'habitants sont au stade SIDA, c'est trois fois moins qu'au niveau national.

En 2018, 1459 personnes séropositives sont suivies dans le département. La majorité de ces personnes sont masculines ce qui suit la tendance nationale.

Les derniers chiffres de 2019 montrent qu'en Picardie sur la période de 2014 à 2019, le pourcentage de diagnostics tardifs sur les trois départements est de 31%, un chiffre plus élevé que celui des Hauts-de-France et plus élevé que sur le territoire national métropolitain.

Tous ces chiffres signifient que le département a une incidence et une prévalence faible de VIH.

VII- Dépistage en France

Aujourd'hui, on distingue plusieurs types de tests de dépistage (nous parlerons ici du dépistage de l'adulte et de l'enfant de plus de 18 mois). Le plus connu et le plus fiable est bien entendu le test ELISA (Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay), un test immunologique recherchant les anticorps anti-VIH 1 et 2 et l'antigène de virus (p24). Il est effectué par prélèvement sanguin.

Dans le cas d'une positivité au test ELISA, il faut un test de confirmation (appelé Western-blot) sur un second prélèvement sanguin. Ce test doit être effectué à 6 semaines du rapport à risque. Si ce n'est pas le cas, il doit être refait à 6 semaines. [5]

Depuis quelques années, deux nouveaux types de test sont disponibles en France afin de faciliter l'accès au dépistage. Il s'agit des TROD (Test de Dépistage Rapide à Orientation Diagnostique) et des Autotests du dépistage de l'infection du VIH (ADVHI). [16]

Les TROD sont des tests rapides avec un résultat donné dans les 30 minutes. Simples, ils peuvent être réalisés sur du sang, du sérum et du plasma en fonction du liquide biologique demandé selon le test.

Celui-ci est destiné à toucher une population qui ne se fait pas ou peu dépister et qui est éloignée du système de soin.

On peut effectuer un TROD dans plusieurs structures notamment les CeGIDD (Centres Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles), dans des structures associatives, dans les permanences d'accès aux soins ou plus rarement chez les médecins généralistes.

L'autotest du VIH est commercialisé depuis 2015. Comme son nom l'indique, le patient effectue lui-même le test avec un kit pour prélever une goutte de sang ou salive. On le trouve en vente libre à la pharmacie, dans les CeGIDD et dans les structures associatives qui luttent contre le VIH. Ces dernières le proposent gratuitement.

Les TROD et les autotests sont interprétables à 3 mois de la conduite à risque. S'il est positif, il faudra dans tous les cas effectuer un test ELISA.

En 2019, plus de 6 millions de sérologies ont été effectués. L'activité du dépistage est en augmentation depuis 2014. On note également une augmentation des ventes d'autotests d'environ 80.000 pour la même année et 55.000 TROD effectués.

A noter que l'épidémie de la COVID 19 a eu un impact considérable sur le dépistage du VIH. On a constaté une chute du nombre de sérologie (-56%) en lien notamment avec la période de confinement ainsi qu'une chute de vente des autotests, ce qui pourrait entraîner une augmentation des diagnostics tardifs à la suite de la pandémie.

Ce constat se retrouve également dans les Infections Sexuellement transmissibles (IST). [13]

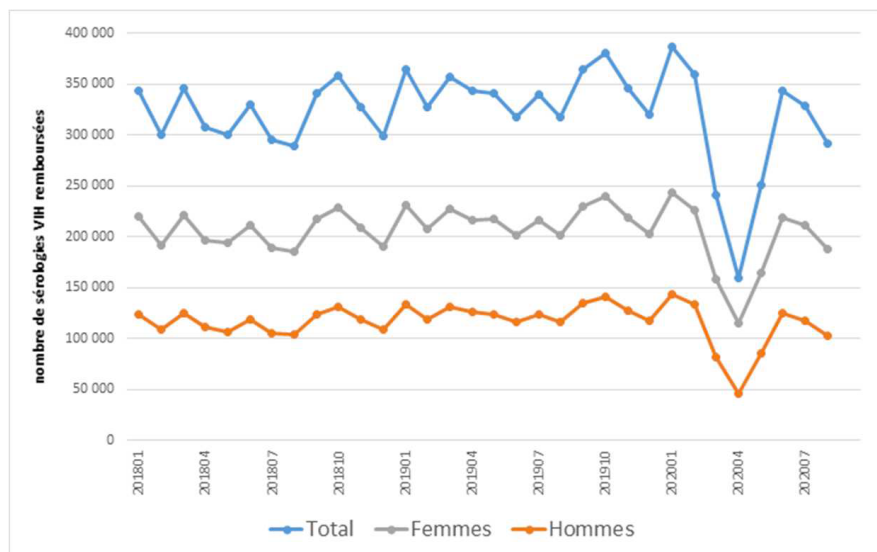


Figure 4. Nombre mensuel de sérologies VIH réalisées en secteur privé, France, janvier 2018-août 2020. Source : Assurance maladie, Système national des données de santé

Dans le cadre de l'amélioration du dépistage en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié plusieurs recommandations sur la stratégie de dépistage du VIH en France. Le renforcement du dépistage notamment auprès des médecins généralistes est un point important dans ces recommandations.

Les dernières recommandations en date sont celles de 2017 qui sont en réalité une réévaluation des recommandations de 2009 à la demande de la Direction Générale de la Santé, préconisant des fréquences de dépistage selon une population ciblée et même sur la population générale.

En effet, des nouvelles stratégies avaient été mise en place en 2009. On retrouvait principalement une proposition de test de dépistage à la population générale entre 15 et 70 ans « au moins une fois dans la vie », et un rythme de dépistage annuel pour les populations suivantes : les homosexuels avec de multiples partenaires, les usagers de drogues intraveineuses (UDI) et les personnes multipartenaires originaires d’Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Un test devait être proposé systématiquement dans les situations suivantes quelle que soit la population : projet de grossesse, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), première prescription d’une contraception, suspicion ou diagnostic d’IST ou hépatite B ou hépatite C, suspicion ou diagnostic de tuberculose, viol, ou en cas d’incarcération. [17]

Après une évaluation de 5 ans, l’HAS a décidé de redéfinir la stratégie de dépistage. Cette évaluation montre une épidémie concentrée, c’est-à-dire touchant de manière disproportionnée certains groupes de population, et également, montre une « épidémie cachée » - conséquence d’un retard diagnostic et donc une transmission plus active du virus.

L’un des messages clés de cette réévaluation, c’est la fréquence de dépistage plus rapprochée des populations à risque. [18]

Hormis la population générale, les fréquences de dépistage du VIH au sein des populations cibles ont été rapprochées. Elles sont mises sous forme de tableau ci-dessous :

Homosexuels	Tous les 3 mois
Usagers de drogues intraveineuses	Tous les ans
Personnes originaires de forte prévalence du VIH (Afrique subsaharienne, Caraïbes)	Tous les ans
Population générale de 15 et 70 ans	Une fois dans sa vie

Tableau 1. Fréquence de dépistage du VIH selon les populations cibles.

La demande de dépistage systématique selon les circonstances cliniques reste la même par rapport aux recommandations de 2009 remise sous forme de tableau comme ci-dessous :

Projet de grossesse
Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
Première prescription d'une contraception
Suspicion ou diagnostic d'IST ou hépatite B ou hépatite C
Suspicion ou diagnostic de tuberculose
Viol
Incarcération
Signes de primo-infection

Tableau 2. Recommandations de dépistage systématique selon les circonstances cliniques.

L'autre point important était le développement des TROD et des autotests dans les structures associatives qui permet d'atteindre un public différent qui a moins accès aux soins.

En 2016, sont même créés les CeGIDD, les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage, et de Diagnostic qui remplacent les CDAG (Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit) et CDDIST (Consultation d'Information, de Dépistage, et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) afin d'améliorer le dépistage, le rendre plus accessible hors du parcours de soins et de réaliser une meilleure prise en charge.

Toutes ces recommandations ont été réévaluées dans le but de faciliter le dépistage.

A noter que le médecin généraliste représente à lui seul plus de deux tiers des prescriptions de test réalisés en ville selon les données de l'Assurance Maladie.

L'actualisation de ces recommandations avait pour but de diagnostiquer à un stade précoce et de réduire le retard de prise en charge de la maladie afin de réduire la morbi-mortalité individuelle et diminuer la transmission du VIH.

Bien entendu, toutes ces directives pour améliorer le dépistage s'inscrivent dans le cadre de la prévention sur le dépistage auxquels s'ajoutent : le contrôle des IST et la promotion du (Un préservatif est remboursé par la sécurité sociale depuis fin 2018 sur prescription médicale). [19]

Il existe également le TPE, le Traitement Post-Exposition, qui sert en cas d'exposition à risque de contamination et qui doit être initié dans les 48h maximum.

Aussi, la PrEP (la Prophylaxie Pré-Exposition du VIH) est sur le marché depuis 2016 pour les personnes à haut risque de contamination principalement ciblés pour les homosexuels qui peuvent prendre un comprimé de TRUVADA® ou ses génériques (seul médicament ayant l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication) en prévention des expositions à risque.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} juin 2021, dans le cadre de l'urgence sanitaire liée à l'épidémie de COVID 19, responsable d'une chute de délivrance du traitement prophylactique, la PrEP peut être initiée par tout médecin en ville. [20]. Cela donne, une fois de plus, un rôle supplémentaire pour le médecin généraliste dans la prévention du VIH.

Le TASP, qui est la traduction de « Treatment as Prevention » le traitement comme prévention, concerne les personnes séropositives qui, sous traitement antirétroviral, ont une charge virale indétectable depuis 6 mois et que ne transmettent pas le virus, ce qui est un moyen efficace de prévention notamment pour les partenaires.

L'avis du groupe de travail de l'HAS relatait plusieurs problématiques notamment le dépistage des hommes de 20-50 ans. En effet, la part des hommes, comme déjà évoqué précédemment, représente environ plus des deux tiers des découvertes de séropositifs et pourtant, les femmes sont dépistées deux fois plus que les hommes.

Autre problématique soulevée : la part des plus de 50 ans continue d'augmenter progressivement ces dernières années atteignant 21% des diagnostics de VIH en 2018. Un chiffre inquiétant chez une population peu ou pas considérée à risque.

Le rapport montrait aussi, en lien avec les données de l'Assurance Maladie, que la proposition d'un test de dépistage en cabinet de médecine générale n'avait pas remporté l'adhésion attendue auprès des professionnels de santé.

C'est dans ce contexte, que nous avons voulu faire l'évaluation du dépistage du VIH chez les médecins généralistes pour en faire un état des lieux, dans le but de l'améliorer.

MATERIEL ET METHODE

L'objectif principal de notre étude est d'identifier les freins actuels à la proposition d'un test du dépistage du VIH en consultation de médecine générale en effectuant un état des lieux auprès des médecins généralistes picards.

L'objectif secondaire de notre étude est d'amener des pistes d'améliorations.

I- Choix de la méthode quantitative

Nous avons choisi d'utiliser la méthode quantitative pour ce travail de thèse car celle-ci paraissait la plus adaptée par rapport à notre étude descriptive.

En effet, le but de celle-ci était d'évaluer les pratiques professionnelles concernant le dépistage du VIH auprès des médecins généralistes picards, notamment sur la connaissance des dernières recommandations de dépistage du VIH de l'HAS de 2017 qui sont censées faciliter le dépistage en consultation de médecine générale. Tout ceci avait pour but de trouver des solutions si cela se révélait nécessaire.

II- Choix de l'échantillon

Nous avons donc interrogé des médecins généralistes installés en Picardie.

Les critères d'inclusions étaient d'exercer en Picardie ainsi que d'être docteur en médecine afin d'être le plus représentatif possible au niveau de la démographie médicale Picarde.

Le critère d'inclusion était de ne pas être Docteur en médecine (la non-obtention de la thèse).

III- Contenu du questionnaire

Les données de l'étude ont été recueillies par d'un questionnaire en ligne au format de « Google Doc » sans recueil d'adresse électronique, envoyé à environ 344 médecins généralistes avec le lien du questionnaire et le QRCODE pour y accéder. Il était possible au médecin de diffuser le questionnaire s'il le souhaitait à ses confrères. Nous avons effectué deux relances par médecin.

Le questionnaire, disponible en annexe, a été diffusé le 22 avril 2021 et sa diffusion s'est terminée le 30 juin 2021. Le questionnaire a été basé sur l'échelle de LIKERT afin d'aborder au mieux le degré de satisfaction et le sentiment d'accord et de désaccord des médecins à propos

du dépistage du VIH. Il comprenait 24 questions. Il était possible pour le médecin de rester anonyme s'il le désirait.

Le questionnaire se partageait en différentes parties :

- Données démographiques des médecins généralistes interrogés (sexe, âge, année d'exercice, mode d'activité)
- Abord du VIH en pratique (nombre de patients séropositifs suivis et/ou dépistés, dernière formation, prévention générale et du VIH)
- Connaissance des recommandations de 2017
- Diffusion des recommandations de 2017, utilité de cette diffusion, et respect des recommandations par les médecins généralistes picards
- Connaissances générales sur le dépistage du VIH (TROD/autotests, contexte de demande de test, freins au dépistage)
- Intérêt d'un envoi d'un rappel des recommandations par mail

A noter qu'il était impératif de répondre à la question pour accéder à la suivante.

IV- Analyse des données

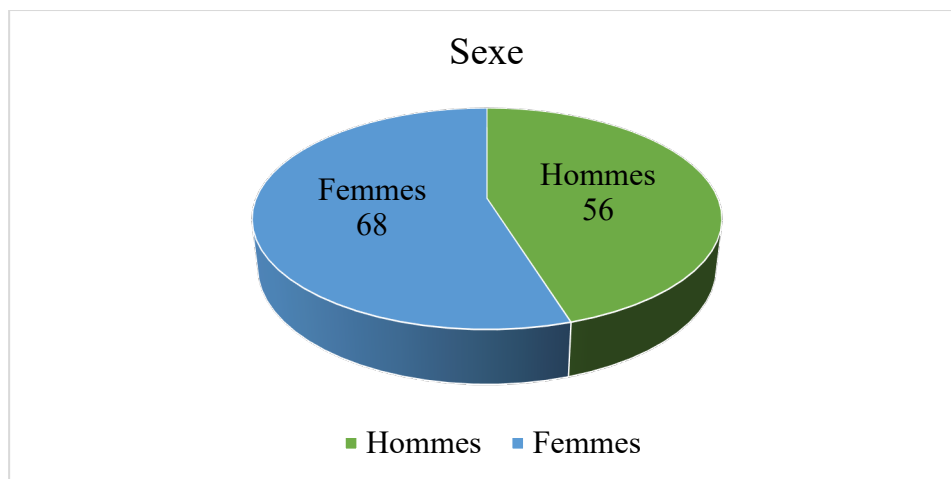
Les réponses de chacun des médecins généralistes ont été rentrées et analysées par le logiciel Excel. Les graphiques ont été obtenus à partir de ce même logiciel.

RESULTATS

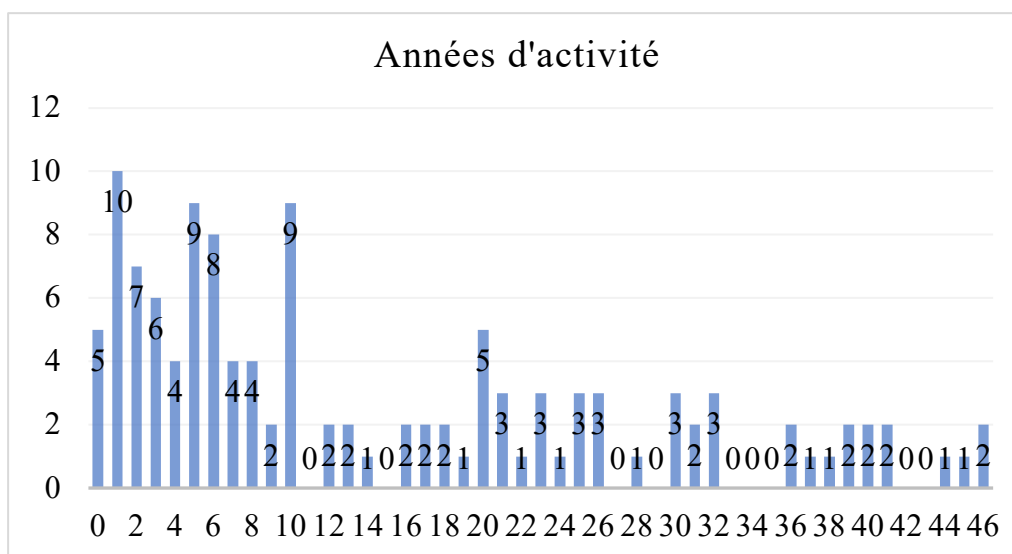
Nous avons reçu 125 réponses. Parmi elles, une réponse a été exclue car il s'agissait d'une double réponse d'un des médecins, donnant au total 124 réponses.

Données démographiques

L'âge moyen des médecins de cette étude était de 43,5 ans en moyenne : le plus jeune médecin ayant 26 ans et le plus âgé 74 ans avec une proportion supérieure pour les femmes de 55% contre 45% d'hommes.



Les médecins étaient en moyenne en activité depuis 15 ans avec un écart-type égal à 14,94 années ($\sigma = 14,94$ années).



L'activité était rurale pour 32% d'entre-deux, 32% avaient une activité urbaine et 36% une activité semi-urbaine, ce qui donnait une répartition assez équilibrée.

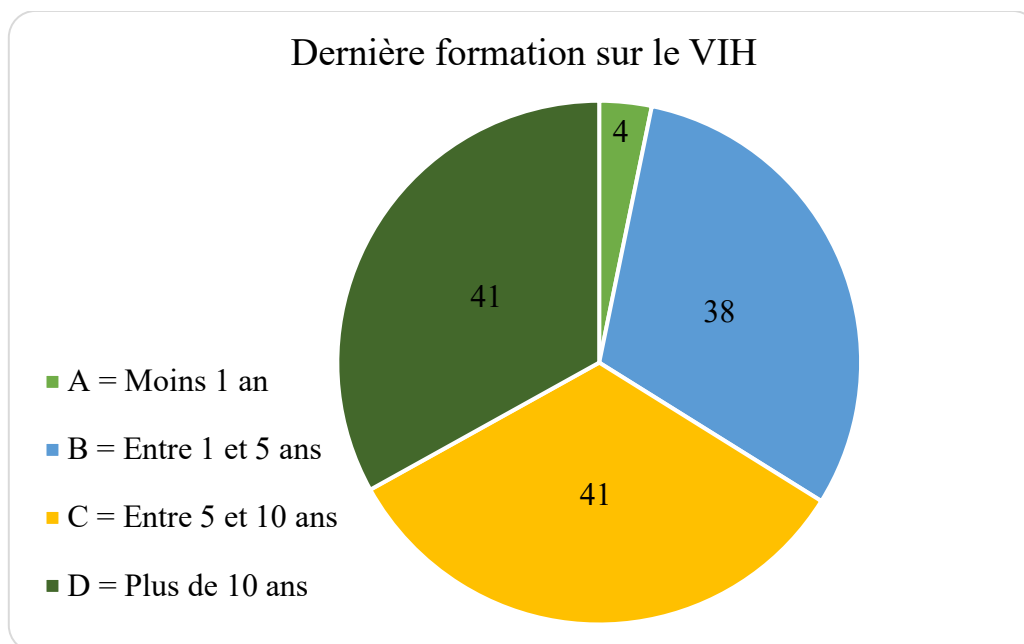
Parmi les médecins généralistes interrogés, plus de la moitié (56%) d'entre eux suivaient entre 1 à 4 patients séropositifs. 39% n'en suivaient aucun.

De même, 62% n'ont jamais fait de diagnostic de VIH auprès d'un patient.

Presque 20% avaient dépisté une personne séropositive dans sa carrière.

Formation sur le VIH

Nous avons demandé également la date de dernière formation sur le VIH. 1/3 des interrogés avaient reçus une formation datant de plus de 10 ans, 1/3 entre 5 et 10 ans, et quasiment l'autre tiers dans les 5 ans.

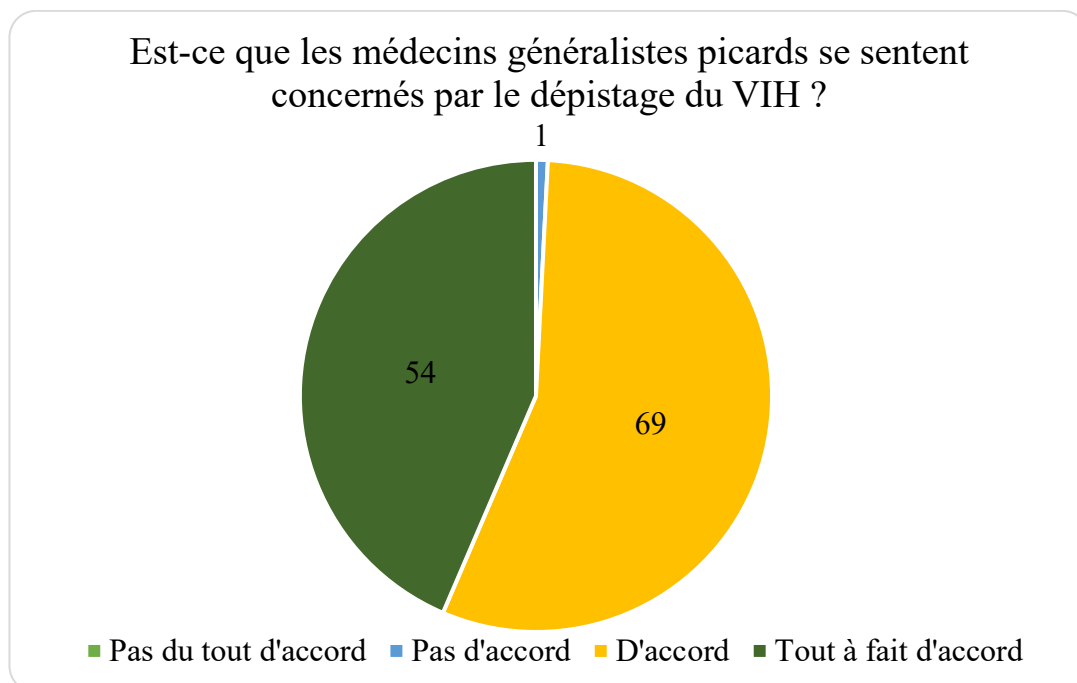


Activité préventive

Sur leur prévention générale, les médecins interrogés étaient plutôt satisfaits pour la majorité d'entre eux (52%). L'autre partie étant peu ou pas satisfaits (45%).

Concernant la satisfaction sur leur prévention sur le VIH, les chiffres montraient une satisfaction moins importante dans ce domaine avec 42% des médecins satisfaits et 57% peu ou pas satisfaits.

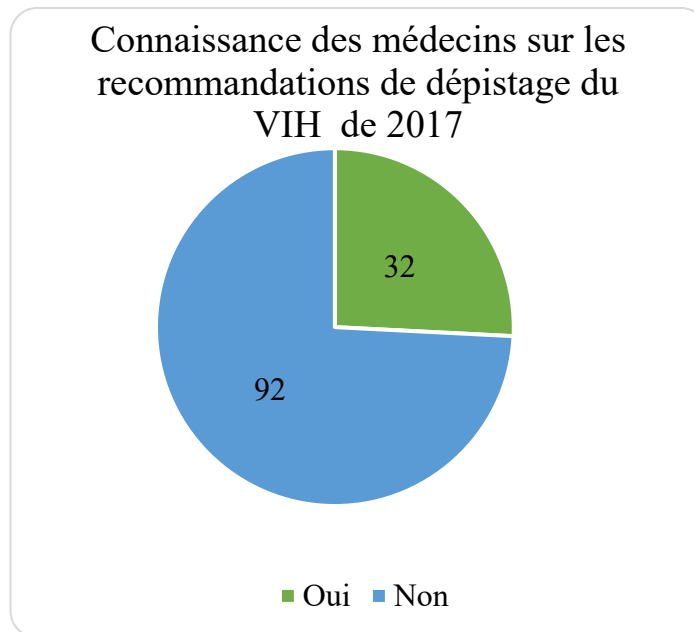
Nous avons demandé s'ils semblaient concernés par le dépistage du VIH. Un seul médecin a répondu « non » ; tous les autres répondants se sentaient concernés.



Connaissances des recommandations de l'HAS 2017

Concernant les recommandations du dépistage de l'HAS de 2017, elles étaient inconnues par 74% des interrogés.

Nous avons calculé la moyenne d'âge qui était respectivement de 49 et 42 ans.



Parmi ceux ayant connaissance de celles-ci, 84% pensaient que cela les aidait dans leur pratique à dépister les populations cibles.

79% des médecins n'ayant pas connaissances des recommandations étaient d'accord qu'il existe un manque de communication sur le dépistage.

Connaissance des fréquences du dépistage des populations cibles

Nous avons voulu les interroger sur la connaissance des fréquences de dépistages :

Concernant le dépistage de la population générale, plus de la moitié (55%) des médecins avaient répondu correctement au fait de les dépister une fois dans leur vie.

Concernant les homosexuels, les médecins généralistes avaient tendance à les dépister une fois par an pour 47% d'entre eux. Le même pourcentage dépistait de 3 à 6 mois.

Par ailleurs, ils proposaient un dépistage aux usagers de drogue intraveineuses : 72% tous les 3 et 72% à 6 mois alors que l'HAS recommande un test tous les ans.

Concernant la fréquence de dépistage des personnes originaires de forte prévalence du VIH, 47% des interrogés dépistaient tous les ans cette population, 40% tous les 3 à 6 mois.

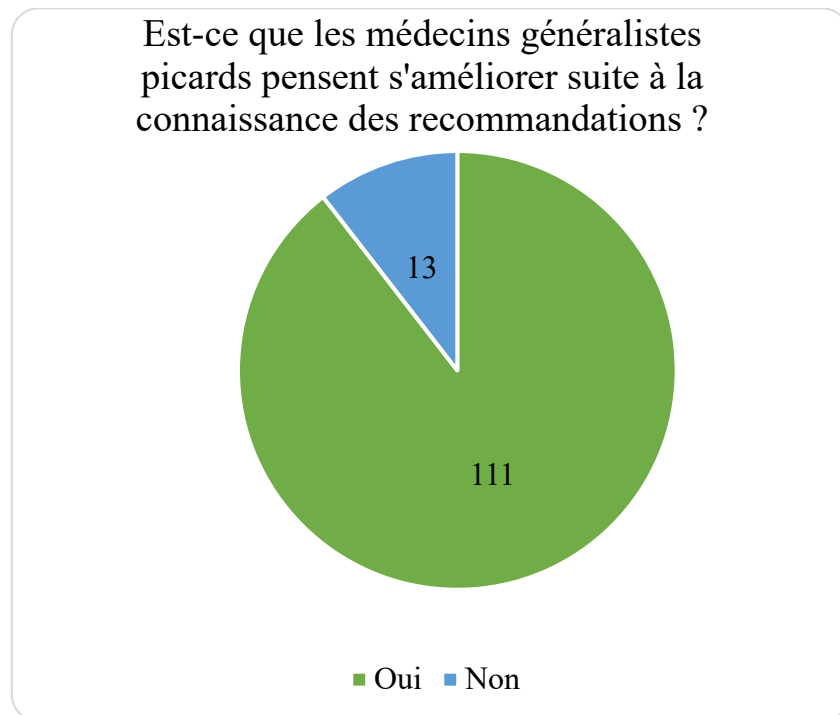
A la suite de leurs réponses, les médecins généralistes accédaient à une synthèse réalisée par l'HAS.

Après cette délivrance d'informations, nous avons demandé s'ils arrivaient à respecter le fait de dépister au moins une fois dans leur vie leur patientèle de 15 à 70 ans.

51% n'arrivaient pas à respecter cette fréquence.

Amélioration du dépistage

A la question est-ce que les médecins interrogés pensaient s'améliorer après avoir eu connaissance des recommandations, 90% ont répondu oui.

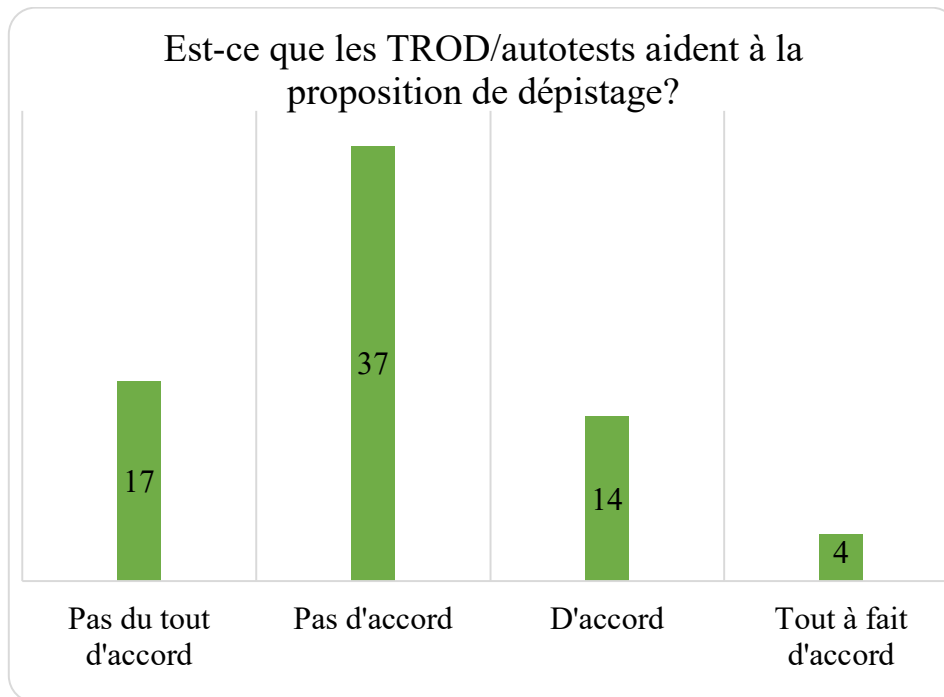


Tests de dépistage

32% des médecins demandaient en général un test ELISA à 6 semaines du rapport à risque, ce qui est recommandé actuellement, contre 33% à 21 jours.

A propos des TROD et des autotests, ils étaient connus pour 58% des répondants. Il n'y avait pas de corrélation avec la moyenne d'âge qui était respectivement de 44 ans et 43 ans.

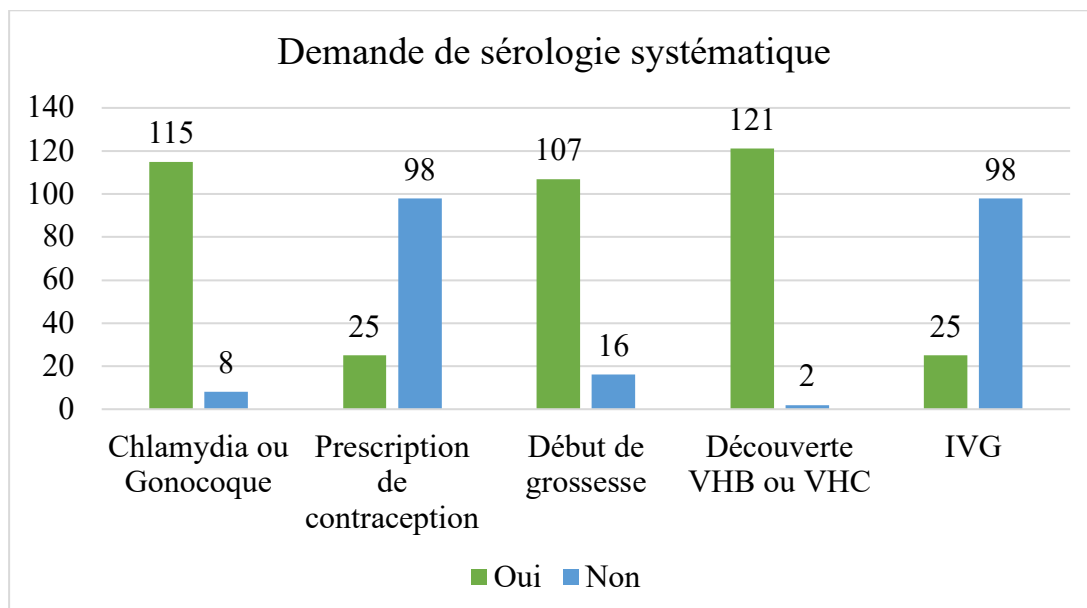
Les médecins qui ne connaissaient pas les TROD et autotests relaient pour les $\frac{3}{4}$ un manque d'informations pour ces nouveaux tests.



Pour les médecins interrogés, les TROD ne les aidaient pas à la proposition du dépistage. 83% des médecins connaissant les TROD ne savaient pas les utiliser et les prescrire.

Contexte de dépistage

Nous avons demandé aux médecins s'ils demandaient systématiquement un test de VIH dans certaines situations :

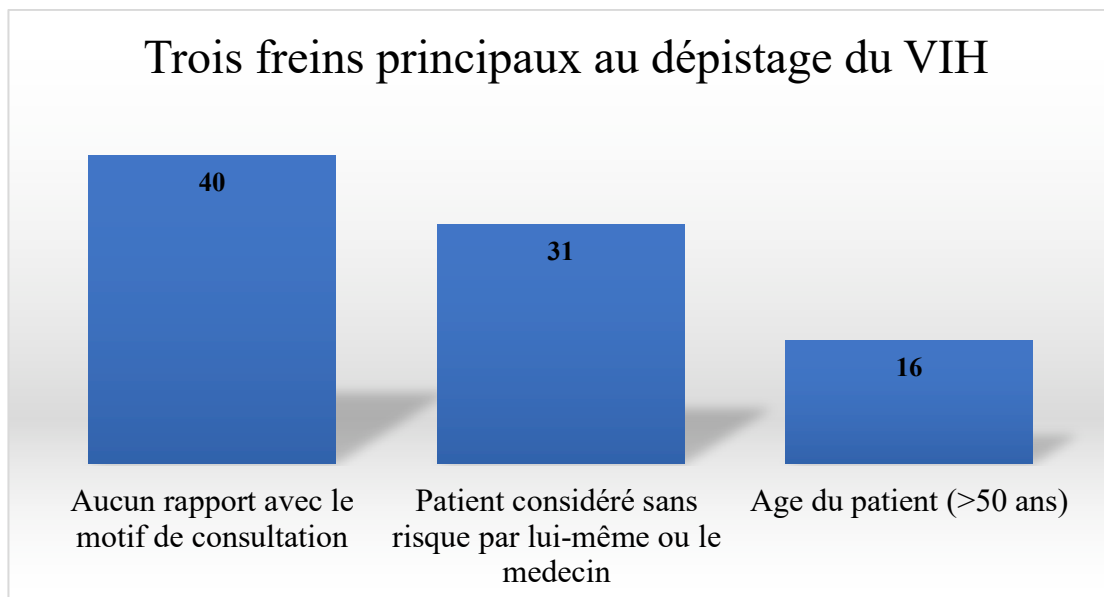


6% des médecins généralistes ne demandaient pas de test ELISA de façon systématique après une infection à Chlamydia ou Gonocoque et 2% ne le faisaient pas non plus après la découverte d'une hépatite B ou C.

Pour le début de grossesse, 13% ne demandaient pas le test en début de grossesses à leurs patientes et 79% avaient tendance à ne pas le demander non plus à la prescription d'une contraception au même titre que l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Freins au dépistage

Quasiment 13% des répondants ont déjà omis de proposer un test par gène quand la situation clinique l'exigeait.



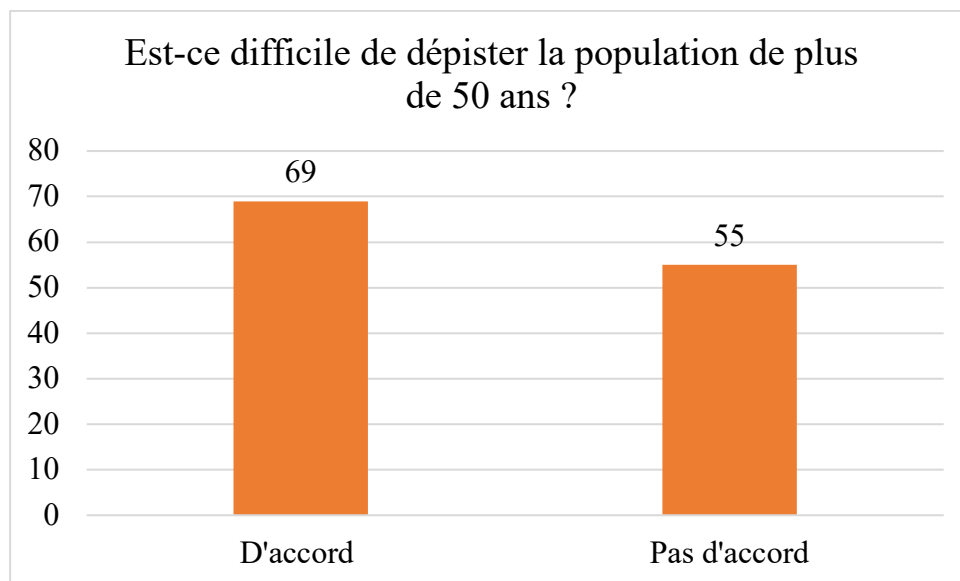
Sur 123 réponses (une réponse était ininterprétable), 4 médecins ont répondu n'avoir aucun frein à la proposition d'un test de dépistage du VIH.

Pour les autres, le frein principal était le fait d'avoir aucun rapport avec le motif de consultation (32%). Venait ensuite le frein du patient considéré sans risque par lui-même ou par le médecin (25%), et le troisième frein principal était l'âge du patient supérieur à 50 ans (13%).

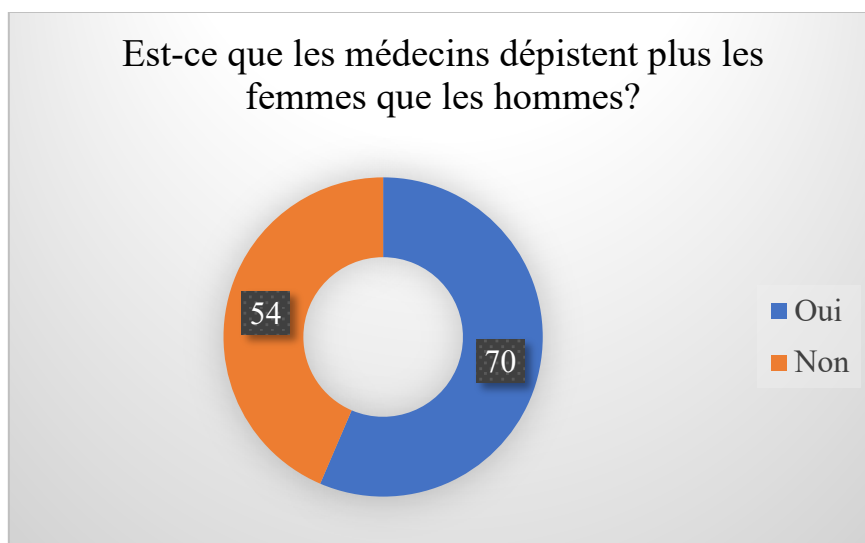
Dépistage des patients de plus de 50 ans

Dans le panel de médecins, 55% estimaient qu'il est plus difficile de dépister après 50 ans.

Trois raisons revenaient régulièrement : la première était que les patients de plus de 50 ans ne se sentaient pas concernés par le VIH. Une autre raison était la difficulté à poser la question dans cette tranche d'âge où il y a une relation stable donc une probable remise en cause de fidélité. Dernièrement, on retrouvait, l'intrusion dans la vie privée de ces personnes.



Dépistage par genre



Ils étaient 43% à penser qu'ils ne dépistent pas plus les femmes que les hommes alors que leur parcours de soins facilite le dépistage.

Freins des patients

Selon les médecins de cette étude, le frein principal du patient pour le dépistage du VIH était pour 55% la confiance en la fidélité du couple.

Formation

62% des médecins trouvaient qu'ils n'étaient pas assez informés sur le VIH. Nous leur avons demandé s'ils pensaient qu'il y avait un intérêt dans leur pratique de recevoir les recommandations par mail. 80% des répondants étaient d'accord et souhaitaient les recevoir « à chaque nouvelle recommandation » pour 54%.

Pour finir, les médecins intéressés pouvaient s'ils le souhaitaient laisser leur adresse mail. Nous en avons récolté 83 sur les 124 réponses.

Cinq personnes ont laissé des suggestions dans le fait de pouvoir améliorer le dépistage : trois réponses parlaient d'une affiche ou d'une publicité pour le patient en salle d'attente.

Deux autres demandaient des recommandations simples et claires, l'un deux ayant suggéré par le biais de papiers informatifs ou prospectus.

DISCUSSION

I- Discussion de la méthode

Forces et biais de l'étude

Nous avons obtenu un nombre conséquent de réponses : 124 au total avec 123 réponses en ligne et 1 version papier. Après avoir effectué plusieurs relances, nous avons diffusé le questionnaire auprès de médecins généralistes que nous connaissons, auprès des centres de vaccinations qui ont mobilisé beaucoup de médecins généralistes, auprès de cabinets médicaux après appel téléphonique et envoi par mail du questionnaire.

344 mails ont été envoyés, donnant un taux de participant de l'ordre de 36% mais ce taux n'est pas totalement exact car il existe un biais de recrutement en lien avec le fait que les médecins pouvaient diffuser le questionnaire s'ils le souhaitaient et donc le nombre de mails envoyés est sûrement supérieur à celui retrouvé.

Afin de représenter au mieux les médecins généralistes picards, nous nous sommes appuyés sur les chiffres démographiques de l'atlas de la démographie médicale de Picardie. [21]

En effet, la moyenne d'âge en Picardie des médecins généralistes était de 52 ans en 2015.

Afin de s'en rapprocher le plus, nous avons décidé d'interroger uniquement les médecins généralistes thésés pour ne pas baisser la moyenne d'âge de notre étude. Nous sommes arrivés à une moyenne d'âge de 43,5 ans.

La part des femmes dans notre étude est plus élevée que la moyenne picarde, 55% contre 40%, mais ces chiffres datent de 2015. On suppose que la part actuelle est plus importante car il existe une féminisation de la profession au niveau national selon les derniers chiffres de l'atlas de la démographie de 2020 estimant 50,4% de femmes dans les effectifs de médecins généralistes. [22]

Nous avons interrogé à part égale des médecins généralistes issus de milieu rural, urbain et semi-urbain, ce qui équilibre l'étude.

De même, il existait un équilibre sur la dernière formation de VIH, ce qui aurait pu influencer les résultats de cette étude.

II- Discussion des résultats

Intérêt porté sur le dépistage du VIH

Dans la région picarde, comme dit précédemment, le taux d'incidence et de prévalence est plus faible qu'au niveau national.

Dans notre étude, on retrouve donc de façon logique que plus de la moitié des médecins n'ont jamais fait de découvertes de VIH dans leur patientèle. 19% avaient fait un seul diagnostic de VIH.

4 médecins sur 10 ne suivent aucun patient séropositif. Malgré cela, les médecins généralistes interrogés se sentaient quasi tous concernés par le dépistage du VIH (un seul ne sentait pas concerné), ce qui prouve un intérêt concernant le dépistage du VIH.

Un intérêt qui semble similaire dans les autres régions de la métropole comme le montre la thèse de Mr Zahnd Florian évaluant les pratiques des médecins généralistes en région Auvergne-Rhône-Alpes. [23] et qui se retrouve également sur le territoire national dans la constatation de l'augmentation du nombre de sérologies faites au laboratoire (+10% depuis 2014) [13].

Du fait de cette faible présence sur le territoire, le retard du diagnostic du VIH est important dans la région : un peu plus de 29% en Picardie - un chiffre similaire sur l'ensemble territoire des Hauts-de-France. Ce qui signifie que, paradoxalement, il faut dépister davantage pour une prise en charge plus rapide des personnes ignorants être séropositives, afin de les traiter au plus vite, même si ce nombre est faible.

Malgré cet intérêt pour le dépistage, pour plus d'un médecin sur deux interrogés, ils n'étaient pas satisfaits de leur prévention en rapport avec le dépistage.

Connaissances des recommandations de l'HAS 2017

L'objectif de l'HAS était de réévaluer les recommandations afin d'aider en majorité les médecins généralistes à mieux dépister les personnes à risques et donc à les diagnostiquer plus précocement.

Or, au regard de cette étude, presque $\frac{3}{4}$ des interrogés n'avaient pas connaissance de ces recommandations, ce qui prouve le manque de communication qu'il peut y avoir envers les médecins généralistes. D'ailleurs, c'est ce qui ressort de l'étude : il existe un manque d'informations pour 79% d'entre-deux, un chiffre qui parle de lui-même.

C'était déjà une problématique qui ressortait de la thèse réalisée par Mme SON Olivia [24] dans le département il y a 10 ans, montrant déjà une méconnaissance à 60% du Plan National VIH/SIDA/IST 2010-2014, plan en vigueur qui relatait notamment les recommandations de 2009 de l'HAS sur le dépistage du VIH.

On peut donc supposer que les recommandations n'ont pas eu la dynamique attendue auprès des médecins généralistes, selon le groupe d'expert de l'HAS, par manque de communication.

Ce qui est regrettable car pour les médecins qui connaissaient ces recommandations, ils y trouvaient une aide (84% d'entre-eux) notamment pour dépister une population cible.

Avoir interrogé les médecins sur leur pratique de dépistage actuelle selon les populations cibles a révélé dans notre étude que les médecins interrogés avaient tendance à dépister plus fréquemment les usagers de drogues intraveineuses (tous les 3 mois) que les homosexuels (une fois par an) considérant probablement ces premiers plus à risque alors qu'ils représentent aujourd'hui moins de 2% des contaminations du VIH.

Il nous a paru important de diffuser les recommandations pour donner aux médecins de l'étude les réponses aux questions posées.

Ces recommandations ont été jugées utiles au regard des interrogés, puisque 90% des médecins pensaient s'améliorer sur le dépistage grâce à celles-ci, un chiffre qui appuie l'importance de diffuser ces recommandations.

L'analyse montrait que les médecins ne pratiquaient pas de manière systématique une demande de tests selon la situation clinique, notamment dans la prescription d'une contraception et dans l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

Plus étonnant encore, 16 médecins ne demandaient pas de sérologie VIH en début de grossesse et 8 médecins ne le demandaient pas non plus dans le cadre d'une infection sexuellement transmissibles à chlamydia et/ou gonocoque.

Deux médecins ne demandaient pas non plus à la suite de la découverte d'une hépatite B ou hépatite C.

Le manque de formation et d'informations est une résultante non négligeable sur le dépistage du VIH, une problématique déjà soulevée par la thèse de Mr Edouard Sabbagh [25] il y a 5 ans avant la réévaluation de 2017.

Échec des TROD auprès des médecins généralistes

L'HAS a essayé de développer la pratique des TROD notamment en médecine générale. Nous constatons son échec pour plusieurs raisons. D'une part, malgré le fait que ces tests rapides soient commercialisés depuis 2015, ils ne sont pas connus de tous les médecins généralistes. Notre étude le montre, 42% soit 4 médecins sur 10 n'en avaient pas connaissance. Il n'y avait pas de biais d'âge car la moyenne d'âge selon la réponse était de 43 ans.

On retrouve également un manque d'informations quant aux raisons pour lesquelles ils n'en avaient pas connaissance.

Si elles étaient connues pour 6 médecins sur 10 ; pour 83%, ils ne savaient ni les prescrire, ni les utiliser, ce qui laissait croire qu'ils ne sont pas ou très peu utilisés en consultation.

Une étude a évalué la faisabilité des TROD en consultation de médecine générale en 2014 par Mme Poirier Claire [26]. Celle-ci a démontré que les TROD étaient des outils peu adaptés, premièrement par son aspect chronophage, par des difficultés de manipulation ainsi que par la crainte d'une erreur d'interprétation.

Les médecins éprouvaient une réticence aussi à effectuer un diagnostic positif qu'il faudrait annoncer aux patients.

L'HAS relate elle-même dans sa réévaluation que l'utilisation est freinée par l'absence de cotation et admet que cela est difficilement compatible en consultation de médecine générale, un sentiment partagé par les médecins généralistes.

Le TROD a effectivement une utilité mais dans les CeGIDD ou les structures associatives « hors du cabinet » mais, les médecins de villes, eux, peuvent promouvoir ce test auprès des patients.

Des freins toujours présents

Les mœurs ont beaucoup évolué ces dernières années. Parler du VIH en 2021 est plus abordable qu'il y a quelques années, et pourtant l'abord en consultation de médecine générale de la sexualité et du VIH reste un frein pour la majorité des médecins généralistes.

Dans notre étude, 16 médecins avouaient avoir déjà omis de demander un test par gêne auprès d'un patient alors que la situation l'exigeait. Ce chiffre devrait normalement être proche de zéro.

Dans son étude qualitative de 2011, Alexandre Attias a montré que la prescription d'un test n'était pas en majorité à l'initiative des médecins généralistes mais à la demande du patient. L'étude a établi, grâce aux entretiens réalisés, les freins au dépistage en consultation. [27]

Nous avons donc repris les principaux freins de cette étude et nous avons demandé aux médecins quels étaient selon eux les 3 principaux freins à la proposition d'un test au cours de leur consultation. Ils avaient la possibilité de répondre par « aucun frein ».

3% des interrogés ne présentaient aucun frein à la proposition d'un test. Ces médecins ne correspondaient pas tous à des médecins âgés avec de l'expérience (avec une moyenne d'âge de 47,5 ans).

Pour les autres, le frein qui revenait le plus souvent était qu'il n'existait aucun rapport avec le motif de consultation, ne rendant pas le contexte approprié pour demander un test de dépistage du VIH.

On peut imaginer qu'au cours d'une consultation pour une pathologie aiguë ou pour un motif très éloigné de la sexualité, la proposition d'un test peut être mal interprétée par le patient, ou peut sembler sortie de son contexte.

Le deuxième frein retrouvé correspondait au fait que le patient ne soit pas considéré à risque par lui-même ou par le médecin.

Par le médecin, d'une part, car, ne sachant pas tout de la vie personnelle de ses patients et notamment sa vie sexuelle, il peut ne pas identifier facilement un patient à risque.

Par le patient, d'autre part, car malgré les campagnes d'actions nationale, la journée mondiale de lutte contre le SIDA (1^{er} décembre), les campagnes de Sidaction etc... le patient ne se considère souvent pas à risque et donc ne se dépiste pas. Comme dit précédemment, cela peut être expliqué par une méconnaissance du virus et pire encore, une maladie qui fait moins peur qu'avant.

Le troisième frein retrouvé était la difficulté de dépister les plus de 50 ans. Nous allons y revenir juste après.

On retrouvait moins fréquemment le fait d'avoir une tierce-personne pendant la consultation.

Proposer un test systématique dans la population générale et des populations à risques permettrait de lutter contre ces freins.

Une autre étude réalisée par Mme Bafakih Latufat sur les internes de fin de cursus montrait des similitudes dans les freins notamment l'absence de lien avec la consultation et également la présence d'une tierce personne [28] montrant une absence de lien avec l'âge. Ils sont présents chez les jeunes médecins comme les médecins expérimentés.

Une peur du VIH qui recule

Autre élément qui a un impact sur le dépistage du VIH : la peur du VIH recule du fait de sa baisse de mortalité importante depuis l'arrivée de la trithérapie et de sa méconnaissance auprès des jeunes qui ne se sentent pas à risque.

Les médecins perçoivent un recul de cette peur en consultation. Ce sentiment est partagé par les médecins du département comme le montre l'étude qualitative de Mme Marie Cécile Beaudoin. [29].

Selon le sondage de l'IFOP sur les jeunes de 15-24 ans datant de 2021, on constate chez les jeunes de 15 à 24 ans, que 63% exprimaient une peur du VIH/SIDA - c'est 11% de moins que l'année précédente. Ce taux n'a jamais été aussi bas. [7]

Les plus de 50 ans, les oubliés du dépistage

Ils représentent à l'heure actuelle 20 % des diagnostics du VIH - une part grandissante ces dernières années et ce, souvent à des stades tardifs, expliquée notamment par le manque de dépistage de cette population. Nous avons donc voulu savoir s'il existait des difficultés à dépister les patients de plus de 50 ans.

Effectivement, plus de la moitié des interrogés éprouvaient des difficultés après 50 ans de dépister les patients. Nous leurs avons demandé pourquoi.

Il paraît évident que l'abord de la sexualité dans cette tranche d'âge est plus complexe.

Les mœurs de cette génération ont beaucoup évolué. Il y a 20 ans, la plupart des plus de 50 ans avaient eu une seule relation stable. Aujourd'hui, la tendance s'inverse avec en moyenne deux relations pour cette génération. On constate une augmentation des divorces en lien avec une diminution de la désapprobation sociale des séparations et des divorces. [30]

Tout cela donne une autre dimension de la sexualité des plus de 50 ans. A cela s'ajoute le fait que ces patients ne se sentent pas concernés par le dépistage du point de vue du médecin.

Pourtant, dans son étude, Mme Lachaux Florence a étudié l'acceptation d'un test de dépistage par sérologie et par TROD à des patients de 50 à 70 ans en médecine générale, et le dépistage était très bien accepté par l'ensemble des patients (84%). [31]

Il faut sensibiliser les médecins pour davantage dépister cette tranche d'âge et défaire les idées reçues.

L'homme bien moins dépisté que la femme

Selon les études, les hommes prennent beaucoup moins soin de leur santé que les femmes : ils consultent moins, sont moins attentifs à leur état de santé, et consultent peu pour leur prévention d'autant plus lorsqu'ils sont jeunes. [32]

Le rapport de l'HAS est clair : dépister les hommes de 20 à 50 ans reste problématique [18]. Leur parcours de soins est différent du celui des femmes qui sont plus amenées à consulter pour notamment la contraception, le suivi gynécologique et obstétrique.

Dans notre analyse, 4 médecins sur 10 n'avaient pas l'impression de dépister plus les femmes que les hommes, pourtant les chiffres parlent d'eux même : « L'incidence de l'infection à VIH est près de deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et, paradoxalement, l'activité de dépistage est près de deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (en 2013, le taux de recours au dépistage en France était de 4,1 % pour les hommes et de 8,8 % pour les femmes). »

Il faut donc profiter des rares motifs de consultation de l'homme « jeune » pour proposer un dépistage de façon systématique.

Freins des patients

Identifier les freins des patients permet au médecin de mieux se préparer en consultation et d'adapter la proposition de dépistage face à son patient.

C'est dans cet objectif que Mme CAMELS Manon a identifié les freins des patients au dépistage dans son étude quantitative en interrogeant les patients. Les principaux freins révélés étaient par ordre d'importance : « la confiance en la fidélité au sein du couple », « ne pas se sentir malade », « le manque de connaissance sur l'efficacité/tolérance du traitement actuel », « la peur de la maladie du SIDA ». [33]

Plus de la moitié des patients de cette étude rapportaient que la proposition de dépistage était de leur propre initiative et non demandée par le médecin.

Ces freins sont bien identifiés par les médecins de notre étude puisqu'ils pensaient que ce qui freinait les patients au test de dépistage était la remise en cause de leur couple et/ou de la fidélité du couple plus que la maladie en elle-même.

Intérêt de recevoir des informations sur le dépistage

Une autre étude plus récente concernant les freins des médecins réalisée en 2018 en Saône-et-Loire [34] émettait l'hypothèse de réaliser « un aide-mémoire » pour les médecins généralistes afin de les tenir informer et à jour dans le dépistage du VIH.

Nous avons demandé si les médecins interrogés dans notre étude trouvaient un intérêt de recevoir des recommandations par mail, et 80% y étaient favorables, montrant un vrai intérêt des médecins généralistes pour le dépistage du VIH. 67% ont laissé leur mail pour recevoir ces recommandations.

Les idées suggérées par les médecins dans le cadre d'une amélioration du dépistage n'étaient pas nombreuses mais les réponses données étaient des recommandations claires et simples, l'un d'eux demandant « un prospectus ou un papier informatif ».

Solutions d'amélioration

L'amélioration doit également venir de la part des patients. Malgré les campagnes actuelles nationales contre le VIH, la plupart des patients ne sentent ni concernés, ni vulnérables face au virus du VIH.

Mettre le patient au cœur de sa prévention est un point important à développer, en le rendant acteur de sa propre santé. Il faut promouvoir le dépistage du VIH au même titre que la surveillance d'un bilan lipidique, surtout que les études faites auprès des patients montraient une bonne acceptabilité du patient. Il faut donc rebondir dessus pour dépister de façon plus systématique.

Ainsi, il faut sensibiliser le patient en lui délivrant toutes les informations possibles sur le VIH. Ces informations peuvent être délivrées par les campagnes d'affichages en salle d'attente du cabinet médical comme le laissait entendre trois des médecins interrogés.

Une campagne d'incitation de dépistage a été effectuée sur le plan national fin 2019 en ayant pour objectif « d'augmenter le recours au dépistage grâce à un stratégie de banalisation » [14].

Cette campagne paraît plus que nécessaire, d'autant plus depuis la pandémie mondiale de COVID 19 qui a fait chuter le nombre de dépistage et ce qui laisse craindre des découvertes tardives de séropositivité.

Une autre campagne a été réalisé fin 2020 sur la sexualité des séropositifs dans le cadre de la prévention par le TasP afin « d'accroître le niveau de connaissance du TasP pour faire changer le regard sur les séropositifs ». [13]

Une brochure d'information à destination des patients a été créé en 2017 s'intitulant « Êtes-vous sûrs de tout savoir sur le VIH et le Sida ? » [35]. Il pourrait être intéressant de les laisser à disposition dans les cabinets médicaux.

Beaucoup de sites internet ont été développés par Santé publique France afin de donner accès facilement aux informations à destination des patients :

- « On sexprime » - site internet interactif dédié à la sexualité des jeunes [36]
- « Les IST » - site internet sur chaque IST (signes cliniques, diagnostic, complications, traitement) [37]
- « Sexosafe » - un site internet à destination des homosexuels [38]

La promotion de ces sites internet pourrait permettre aux patients d'acquérir une meilleure connaissance du VIH.

Sur le plan régional, des plans d'actions se sont mis en place avant la pandémie de la COVID 19 devant l'augmentation des diagnostics tardifs organisant la semaine régionale « VIH/IST », afin de promouvoir le dépistage notamment chez les jeunes. [14]

L'ARS (Agence régionale de la santé) des Hauts-de-France a développé plus récemment [39] une application mobile à destination des jeunes de la région car ils se dépistent très peu. 50% des étudiants n'ont jamais fait de test de dépistage.

Afin d'améliorer l'accès au dépistage, l'assurance maladie a mis en place en 2019 dans les laboratoires de Paris et des Alpes Maritimes une expérimentation appelée « Au labo sans ordo », permettant de réaliser gratuitement sans ordonnance ni rendez-vous, un dépistage du VIH. [40]

Les premiers résultats après six mois étaient encourageants montrant une augmentation du dépistage dans la ville et région test, ce qui pourrait être en faveur d'une extension de cette expérimentation sur le territoire national.

Nous devons également améliorer le dépistage par le médecin généraliste. Il doit avoir accès à des informations simples, claires et rapides. Une amélioration des connaissances des recommandations paraît évidente. L'étude a montré que malgré l'intérêt porté pour le dépistage, il existait clairement un manque de formation et de diffusion d'informations des médecins généralistes. Ce point paraît nécessaire à retravailler.

Notre étude montrait un intérêt général des médecins (80%) à recevoir les recommandations par mail. C'est dans ce cadre que nous avons voulu élaborer une plaquette informative à l'attention des médecins sur le dépistage, afin de diffuser les informations adaptées à leur pratique quotidienne en médecine générale.

Cette plaquette se trouve en annexe 3. Elle reprend les fréquences de dépistages selon les populations cibles et insiste sur le dépistage chez l'homme et chez les plus de 50 ans, car ce sont les problématiques actuelles majoritaires sur le dépistage du VIH en France.

Nous allons envoyer à tous ceux qui ont laissé leur mail dans notre étude cette plaquette informative par mail afin qu'ils aient accès aux informations nécessaires du dépistage du VIH.

Nous allons aussi envoyer par mail à l'Ordre Départemental des Médecins cette même plaquette pour lui demander la possibilité de diffuser auprès de tous ses inscrits, ce qui touchera plus de monde.

Il pourrait être intéressant de diffuser cette plaquette aux médecins généralistes et d'évaluer celle-ci.

CONCLUSION

Les médecins généralistes se sentent concernés par le dépistage du VIH malgré la faible prévalence dans notre région mais, ils n'étaient pas satisfaits de leur prévention sur le VIH dans leur pratique. A l'heure actuelle, des freins sont toujours présents en consultation.

Notre étude quantitative a révélé que, malgré la réévaluation des recommandations du dépistage du VIH de l'HAS datant de 2017, il existe une réelle méconnaissance des médecins généralistes alors qu'elles sont censées leur apporter un aide supplémentaire expliquant le manque d'adhésion retrouvé par le groupe de travail de l'HAS.

Une méconnaissance qui peut se résoudre facilement par une diffusion des recommandations, et qui se justifie car la plupart des médecins interrogés pensaient s'améliorer sur le dépistage après avoir eu connaissance des recommandations dans notre questionnaire de l'étude.

Une attention particulière doit être faite par les médecins sur le dépistage concernant les hommes moins dépistés que les femmes notamment grâce à leur parcours de soins, d'autant plus que les hommes ne prennent pas aussi bien de leur santé que leur homologue féminin.

Les médecins généralistes doivent aussi dépister de façon plus systématique les plus de 50 ans car leur sexualité et leur vie ont évolué depuis ces deux dernières décennies.

Il faut sensibiliser également les patients au dépistage du VIH. Cette sensibilisation peut passer par des affiches ou des campagnes publicitaires dans la salle d'attente s'ajoutant ainsi aux campagnes nationales actuelles et aux informations délivrées par le médecin généraliste pour que le patient soit au cœur de sa santé et sa prévention.

L'accès sans ordonnance au laboratoire pour effectuer un test pourrait favoriser le dépistage du patient par sa propre initiative. Donner accès aux sites internet développés par Santé publique France pour l'accès aux informations sur le VIH et autres IST paraît aussi nécessaire, notamment chez les jeunes patients qui ont de fausses connaissances sur le sujet.

Afin d'améliorer les informations du dépistage auprès des médecins généralistes, nous avons élaboré une plaquette informative, un « guide » pour le médecin généraliste, qui lui permettra d'être à jour sur les points clés du dépistage. Il pourrait être intéressant d'évaluer l'utilité de cette plaquette informative et de pouvoir la diffuser à plus grande échelle.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Inserm - Dossiers informations SIDA et VIH - [Internet]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sida-et-vih>
- [2] Inserm - Les grandes avancées VIH et sida tremblent mais résistent - [Internet]. Disponible sur : https://histoire.inserm.fr/site_histoire/accueil/de-l-inh-a-l-inserm/50-ans-de-l-inserm/les-grandes-avancees/vih-et-sida-tremblent-mais-resistent
- [3] Institut Pasteur - Sida-vih - Institut Pasteur - [Internet]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sida-vih>
- [4] Breme V, Chevalier S, Cheyroux P, Lakloufi S, et Romain E. « D'une trace transmissible à l'entre-soi, regard anthropologique sur le Sida ». Spécificités 5, n° 1 (2012)275. Cairn.info
Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spec.005.0275>
- [5] CMIT. ECN PILLY : maladies infectieuses et tropicales. N° 165 Infection à VIH - MEDLINE EDITIONS - EDUC, 2017. Disponible en document PDF téléchargeable sur : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-165-nb.pdf>
- [6] VIH.org - Chiffres du VIH en France - [Internet]. Disponible sur : <https://vih.org/dossier/chiffres-du-vih-en-france-limpact-de-la-prep/>
- [7] Article sur seronet - VIH et méconnaissance : le péril des jeunes - [Internet].
Disponible sur : <https://seronet.info/article/vih-et-meconnaissance-le-peril-jeune-90095>
- [8] Prise en charge médicale des personnes vivants avec le VIH - Recommandations du groupe d'experts - Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS Initiation d'un premier traitement antirétroviral - avril 2018 - Disponible en document PDF téléchargeable sur : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/01/experts-vih_initiation.pdf

[9] OMS - VIH/SIDA - [Internet].

Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

[10] OMS - VIH/SIDA - journée mondiale du sida 2019 - [Internet]. Disponible sur :

<https://www.who.int/fr/campaigns/world-aids-day/2019>

[11] Cours des comptes - LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU VIH - Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat - Juin 2019 - [Internet].

Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-07/20190703-rapport-prevention-prise-en-charge-VIH.pdf>

[12] vih.org - Le VIH en 2019 - les clés pour comprendre - Brochure - [Internet]. Disponible

sur : <https://vih.org/20181121/le-vih-en-2019-les-clefs-pour-comprendre/>

[13] Santé publique France - Bulletin de santé publique - Décembre 2020 - Surveillance du VIH et des IST bactériennes - Document PDF téléchargeable sur :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>

[14] Bulletin de santé publique - Hauts-de-France - Novembre 2019 - Surveillance et prévention des infections à VIH et autres IST - Santé publique France.

[15] Bulletin de santé publique - Hauts-de-France – Juin 2021 - Surveillance et prévention des infections à VIH et autres IST - Santé publique France.

[16] HAS - Autotests de dépistage de l'infection par le VIH - mars 2015 - Document PDF téléchargeable sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1768844/fr/autotests-de-depistage-du-vih

[17] HAS - Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégies et dispositif de dépistage - SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION - Octobre 2009 - Document PDF téléchargeable sur

:

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/200910/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf

[18] HAS - Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France - Synthèse, conclusions et recommandations - mars 2017 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

[19] Communiqué de presse de Mme Agnès Buzyn sur le remboursement du premier préservatif par la sécurité sociale : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/181127-cp_prise_en_charge_preservatif.pdf

[20] HAS - SYNTHÈSE Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire - Avril 2021 - Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3262060/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-de-la-covid-19-prophylaxie-prep-du-vih-par-tenofovir-disoproxil/-emtricitabine-dans-le-cadre-de-l-urgence-sanitaire

[21] Conseil national de l'ordre des médecins - Atlas de la démographie médicale en Région Picarde par Dr RAULT et Mme LEBRETON-LEROUVILLOIS – 2015 – Document PDF téléchargeable Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>

[22] Conseil national de l'ordre des médecins - Atlas de la démographie médicale en France – Situation du 1^{er} janvier 2020 - 2020 – Disponible en format PDF sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

[23] Florian Zahnd - « Les médecins généralistes face au dépistage du VIH dans la région Auvergne-Rhône-Alpes : quelles pratiques en 2018 ? » - UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE 2019

[24] Olivia Son « Plan national VIH/SIDA/IST 2010-2014 et dépistage généralisé du VIH par le médecin généraliste : quelles perspectives en Picardie ? » – UNIVERSITE PICARDIE JULES VERNE 2011

- [25] Edouard Sabbagh - « Étude qualitative sur les représentations et les pratiques concernant le VIH en Picardie par les médecins généralistes. » UNIVERSITE PICARDIE JULES VERNE 2015
- [26] Claire POIRIER - « Évaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité des TROD (Tests rapides d'orientation diagnostique pour le VIH) en médecine générale » - Université François-Rabelais FACULTE DE MEDECINE DE TOURS - 2014
- [27] Alexandre Attias - « Freins du dépistage du VIH par le médecin généraliste » université de Paris DIDEROT 7 – 2011
- [28] Bafakih Latufat - « Les freins au dépistage du VIH : étude quantitative auprès des étudiants en fin de DES de médecine générale. » Thèse de Docteur en médecine, université Pierre marie-curie Paris VI - 2017
- [29] Marie-Cécile Beaudoin - « Les stratégies mises en place par les médecins généralistes de la somme pour le dépistage et la prévention des IST - Étude qualitative menée auprès de dix médecins généralistes de la Somme » – UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS – 2020
- [30] Anne Solaz - « La hausse des ruptures et des remises en couple chez les cinquante ans et plus » – Population et Sociétés » 2021/2 N°586 - Cairn.info – Disponible en format PDF sur : <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2021-2-page-1.htm>
- [31] Florence Lachaux - « Acceptabilité du dépistage du VIH par sérologie et par TROD chez les patients de 50 à 70 ans en cabinet de médecine générale » - Thèse de docteur en médecine générale, Université Toulouse 3 Paul sabatier – 2013
- [32] Alexis MONTAUT - Santé et recours aux soins des femmes et des hommes – Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 – N° 717 – Février 2010 – Disponible en format PDF sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er717-2.pdf>
- [33] Manon CAMELS - « Les freins des patients face à la proposition de dépistage systématique du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) par le médecin généraliste : étude quantitative dans le département du Gard. » UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRETEIL - 2018

[34] Florian DUMAS - « Étude qualitative déterminant les freins au dépistage de l'infection par le VIH par les médecins généralistes en Saône-et-Loire » l'UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription Médecine - 2018

[35] Santé publique France - « Êtes-vous sûrs de tout savoir sur le VIH et le Sida ? » - Édition 2017 - Disponible en format PDF sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/etes-vous-surs-de-tout-savoir-sur-le-vih-et-le-sida-edition-2017>

[36] Santé Publique France - « On sexprime » - Disponible sur : <https://www.onsexprime.fr>

[37] Santé Publique France - « Les IST » - Disponible sur : <http://www.info-ist.fr/tout-savoir-sur-les-ist/vih-sida.html>

[38] Santé Publique France - « sexosafe » - Disponible sur : <https://www.sexosafe.fr>

[39] ARS des Hauts-de-France - Application mobile : <https://biendansmasexualite.fr>

[40] Santé publique France - « au labo sans ordo : une expérimentation pour étendre l'offre de dépistage du VIH à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Intermédiaires à 6 mois juillet-Décembre » - Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/au-labo-sans-ordo-une-experimentation-pour-etendre-l-offre-de-depistage-du-vih-a-paris-et-dans-les-alpes-maritimes.-resultats-intermediaires-a>

ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire de Thèse

Q1) Êtes-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Une femme
- Un homme

Q2) Quel âge avez-vous ? *

Q3) Depuis combien de temps exercez-vous ? (Année de thèse) *

Q4) Quel est votre mode d'activité ? *

Une seule réponse possible.

- Semi-urbain
- Urbain
- Rural

Q5) A propos du VIH, Combien de patients séropositifs suivez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- 0
- 1-4
- 5-10
- > 10

Q6) Combien de patients VIH avez-vous déjà dépisté ? *

Une seule réponse possible.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- > 5

Q7) De quand date votre dernière formation sur le VIH ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

Q8) A. Comment qualifieriez-vous la prévention dans votre exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Pas satisfaisant
- Peu Satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Q8) B. Plus précisément, concernant la pathologie du VIH, pensez-vous que votre prévention est suffisante ? *

Une seule réponse possible.

- Pas satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Q9) Pensez-vous être concerné par le dépistage du VIH ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Q10) Avez-vous entendu parler de la réévaluation en 2017 de la stratégie du dépistage du VIH ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non



Oui

=>Est-ce que les recommandations dans cette réévaluation vous aident à proposer un test à une population cible ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord



Non

=>Pensez-vous qu'il existe un manque de communication sur le dépistage du VIH ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Q11) Connaissez-vous la fréquence recommandée de dépistage pour chacune des populations cibles ci-dessous ? *

A) Population de 15 à 70 ans

Une seule réponse possible.

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Une fois dans sa vie

Q11) Connaissez-vous la fréquence recommandée de dépistage pour chacune des populations cibles ci-dessous ? *

B) Chez les homosexuels

Une seule réponse possible.

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Une fois dans sa vie

Q11) Connaissez-vous la fréquence recommandée de dépistage pour chacune des populations cibles ci-dessous ? *

C) Chez les utilisateurs de drogues intraveineuses

Une seule réponse possible.

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Une fois dans sa vie

Q11) Connaissez-vous la fréquence recommandée de dépistage pour chacune des populations cibles ci-dessous ? *

D) Personnes originaires de zones de forte prévalence du VIH (notamment Afrique subsaharienne et Caraïbes)

Une seule réponse possible.

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Une fois dans sa vie

Recommandation réévaluation du dépistage 2017

- 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.

Q12) Selon vous, arrivez-vous actuellement à respecter la recommandation d'au moins un test à réaliser sur la tranche d'âge 15-70 ans ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Q13) Maintenant que vous avez connaissance des dernières recommandations, Pensez-vous pouvoir vous améliorer sur le dépistage ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Q14) A combien de temps du rapport à risque demandez-vous au patient de faire le test ELISA ? *

Une seule réponse possible.

- 7 jours
- 14 jours
- 21 jours
- 6 semaines
- 12 semaines

Q15) Avez-vous connaissance des nouveaux tests (TROD / autotests) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

 Oui

=> Savez-vous les prescrire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

=> Est-ce que l'arrivée de ces nouveaux tests vous a aidé / vous aide à proposer le dépistage du VIH ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

 Non

=> Pourquoi selon vous ? *

Q16) Parmi les situations suivantes, est-ce que vous demandez systématiquement un test de dépistage du VIH ? *

Plusieurs réponses possibles.

Diagnostic d'une infection à Chlamydia ou gonocoque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prescription d'une contraception	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Début de Grossesse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Découverte hépatite B ou C	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Interruption volontaire de grossesse (IVG)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Q17) Avez-vous déjà, par embarras, omis volontairement de proposer un test VIH à un de vos patients alors que la situation l'exigeait ? *

Une seule réponse possible.

Oui
 Non

Q18) Parmi les freins suivants au dépistage du VIH : Quels sont les 3 principaux selon vous ? Classez-les par ordre d'importance (1 = plus important) *

1) Présence d'une tierce personne
2) Grand nombre de conduites préventives
3) Oubli de proposer un test
4) Manque de temps
5) Patient considéré sans risque par lui-même ou le médecin
6) Aucun rapport avec le motif de consultation
7) Age du patient
8) Intrusion dans la vie privée
9) Peur du réaction du patient
10) Problèmes culturels et de compréhension

Choix numéro 1

Présence d'une tierce personne
 Oubli de proposer un test
 Manque de temps en consultation
 Patient considéré sans risque par lui-même ou le médecin
 Aucun rapport avec le motif de consultation
 Age du patient (>50 ans)
 Intrusion dans la vie privée
 Peur de la réaction du patient
 Problèmes culturels et de compréhension. (Langue, religion, etc....)
 Aucun frein

Choix numéro 2

- Présence d'une tierce personne
- Oubli de proposer un test
- Manque de temps en consultation
- Patient considéré sans risque par lui-même ou le médecin
- Aucun rapport avec le motif de consultation
- Age du patient (>50 ans)
- Intrusion dans la vie privée
- Peur de la réaction du patient
- Problèmes culturels et de compréhension. (Langue, religion, etc....)
- Aucun frein

Choix numéro 3

- Présence d'une tierce personne
- Oubli de proposer un test
- Manque de temps en consultation
- Patient considéré sans risque par lui-même ou le médecin
- Aucun rapport avec le motif de consultation
- Age du patient (>50 ans)
- Intrusion dans la vie privée
- Peur de la réaction du patient
- Problèmes culturels et de compréhension. (Langue, religion, etc....)
- Aucun frein

Q19.1 Selon vous, est-il plus difficile de dépister une personne de plus 50 ans ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Q19.2 Si vous êtes d'accord, pourquoi selon vous ? *

Q20) Est-ce que vous avez l'impression de dépister plus de femmes que d'hommes notamment à cause de leurs parcours de soins (contraception, IVG, suivi gynécologique, grossesse etc.) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Q21) Quel est, selon vous, le frein principal chez les patients à la proposition d'un test de dépistage ? *

Une seule réponse possible.

- La confiance en la fidélité au sein du couple
- Ne pas se sentir malade
- Le manque de connaissance sur l'efficacité/tolérance du traitement actuel
- La peur de la maladie du SIDA
- Le sujet tabou

Q22) Pensez-vous être suffisamment "informé(e)" sur le dépistage du VIH en 2021 ? *

Une seule réponse possible.

Tout à fait d'accord

D'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

Q23) Seriez-vous intéressé(e) de recevoir par mail, un rappel des recommandations du dépistage du VIH ? *

Une seule réponse possible.

Tout à fait d'accord

D'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

Q24) A quelle fréquence ? *

Une seule réponse possible.

Tous les ans ?

Tous les deux ans ?

A chaque nouvelle recommandation ?

Je ne suis pas intéressé(e)

Si vous êtes intéressé(e), veuillez laisser votre adresse mail ci-dessous :

Si vous avez des suggestions pour améliorer le dépistage du VIH et/ou prioriser un point non abordé dans ce questionnaire :

Questionnaire disponible sur Google Doc avec le QRCODE :



Annexe n°2 : Dernières recommandations du dépistage du VIH par l'HAS.

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.

Annexe n°3 : Plaquette informative

GUIDE DU DÉPISTAGE DU VIH

Fréquence de dépistage selon les populations cibles :

- Tous les 3 mois pour les Homosexuels
- Tous les ans chez les Usagers de Drogues intraveineuses
- Tous les ans chez les personnes originaires de zones à forte prévalence VIH (Afrique Subsaharienne et Caraïbes)

Modes de transmissions du VIH en France

- Transmission sexuelle : 96% des contaminations
- Transmission par sang et des dérivés du sang 2% (Usagers de drogues intraveineuses)
- Transmission mère-enfant 2%



Dépistage systématique de la population générale de 15 à 70 ans : au moins une fois au cours de sa vie

Messages clés:

**Il faut penser à dépister les hommes
POURQUOI ?**

65% des nouveaux séropositifs sont des hommes
mais 2x moins de dépistage chez les hommes



Il faut dépister les plus de 50 ans
20% des diagnostics sont chez des patients de + 50 ans
Ce chiffre augmente chaque année et n'a jamais été aussi haut

Demande de dépistage systématique selon circonstances cliniques :

- PROJET DE GROSSESSE
- INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
- PREMIÈRE PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION
- SUSPICION OU DIAGNOSTIC D'IST OU HÉPATITE B OU C
- SUSPICION OU DIAGNOSTIC DE TUBERCULOSE
- VIOL
- INCARCÉRATION
- SIGNES DE PRIMO-INFECTIION



**PLUS D'INFO SUR L'HAS :
RÉÉVALUATION DE LA STRATÉGIE DE DÉPISTAGE
DE L'INFECTION DU VIH EN FRANCE**

Titre : Évaluation du dépistage du VIH en médecine générale en Picardie.

Introduction : L'objectif de l'étude était d'identifier les freins actuels à la proposition d'un test du dépistage du VIH en consultation de médecine générale en effectuant un état des lieux auprès des médecins généralistes picards.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative réalisée grâce à un questionnaire en ligne diffusé du 22 avril 2021 au 30 juin 2021 et basé sur l'échelle de LIKERT.

Résultats : L'étude a montré que la majorité des médecins étaient concernés par le dépistage du VIH mais les dernières recommandations étaient inconnues pour 74% des interrogés. Les trois principaux freins retrouvés étaient, premièrement, le fait qu'il n'y ait aucun rapport avec le motif de consultation, deuxièmement, que le patient était considéré sans risque par lui-même ou par le médecin. Le 3^{ème} frein était l'âge du patient, supérieur à 50 ans. Le parcours de soins des femmes facilite le dépistage pourtant, 43% pensaient qu'ils ne dépistaient pas plus les femmes que les hommes.

Discussion : Les médecins interrogés étaient concernés par le dépistage, et ce, malgré un taux d'incidence et de prévalence faible dans la région. L'HAS avait pour but d'améliorer le dépistage grâce aux nouvelles recommandations mais presque 3/4 des interrogés n'en avaient pas connaissance révélant un manque de communication. Pourtant, 90% des médecins de notre étude pensaient s'améliorer sur le dépistage grâce à ces dernières. Dépister de manière systématique permettrait de lutter contre les freins retrouvés dans l'étude par les médecins. Parmi ces freins, les médecins éprouvaient des difficultés à dépister les plus de 50 ans, alors que le taux de diagnostic du VIH dans cette population a augmenté ces dernières années. L'autre problématique se trouvait être le manque de dépistage chez les hommes de 20 à 50 ans qui consultent peu.

Conclusion : Il existait un réel intérêt porté sur le dépistage du VIH, mais également une réelle méconnaissance des dernières recommandations. Nous avons élaboré une plaquette informative afin de donner les ressources nécessaires aux médecins généralistes pour améliorer le dépistage du VIH en consultation de médecine générale.

Mots clés : VIH, dépistage, recommandations, médecins généralistes, pratiques.

Title: HIV testing method evaluation in general medical practice in Picardie region.

Introduction: The study aim to identify the current obstacles to the test for general practitioners from Picardie by study the professional practice.

Patients and methods: A qualitative study was carried out through an online survey from April 22 to June 30 based on the LIKERT scale.

Results: The survey shows that most of the respondents are concerned by the VIH testing during consultations but 74% did not know well the latest issued recommendations. 3 main obstacles were revealed. Firstly, there is no correlation with the cause for medical consultation. Secondly, the patient is considered safe by himself and/or by the practitioner. Finally, the third brake is the age of the patient especially over 50. Women medical care is making it easier for practitioners to offer the test whereas 43% of the interviewees do not think they test more women than men.

Discussion: The respondents were concerned about the VIH testing despite the incidence and prevalence rate in our Picardie region. The aim of the French Medical Authority called *HAS* is to improve the HIV testing rate thanks to new recommendations they are publishing. 90% of the interviewees think they can improve their method after reading the recommendations. However, 3/4 do not know them well revealing a communication gap. Thus, testing systematically could fight for the obstacles. Among others, the GP struggle with testing patients over 50 whereas the VIH testing rate for this age has increased in the last few years. Another problem is the lack of tests on men from 20 to 50 who take few appointments.

Conclusion: There is a real interest in the VIH testing method but also a real lack of knowledge of the latest recommendations. We have developed a flyer giving the needed information in order to improve the VIH testing rate during medical consultation.

Key words: HIV, testing, recommendations, general practitioners, medical practice.