



HAL
open science

Évaluation de la prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans par les médecins généralistes de Loire-Atlantique

Mélanie Steuer

► **To cite this version:**

Mélanie Steuer. Évaluation de la prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans par les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03905799

HAL Id: dumas-03905799

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03905799>

Submitted on 19 Dec 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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Mélanie, STEUER

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2022

**Evaluation de la prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans par les médecins
généralistes de Loire-Atlantique**

Président : Monsieur le Professeur RAFFI François

Directeur de thèse : Docteur BLANCO Patrick

Remerciements

A Monsieur le Professeur François RAFFI,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de l'honneur que vous me faites de présider ce jury

A Madame le Professeur Céline BOUTON,

A Madame le Professeur Pauline JEANMOUGIN,

A Madame Sophie LANIER,

A Monsieur le Docteur Brice LECLERE,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury

A Monsieur le Docteur Patrick BLANCO,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour ton aide et ton soutien !

A tous les médecins ayant accepté de participer à cette étude,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail

A tous les « Pierre » du CeGGID de Nantes,

Je vous remercie pour ce super stage de fin d'internat qui m'a confortée dans mon travail de thèse, les connaissances que vous m'avez apportées, votre bienveillance, et votre bonne humeur !

A tous les médecins que j'ai rencontré au cours de mes études,

Je vous remercie de m'avoir donné envie de poursuivre dans cette voie, et de m'avoir donné la possibilité d'exercer ce beau métier

A mes amis d'externat,

Et notamment, Valentin, Elie et Elvina,

Je vous remercie pour votre soutien durant les études, nos révisions de groupe, les moments de partage vécus et à venir. On se revoit vite !

A la Team Montaigu,

Je vous remercie les filles pour votre soutien, pour tous les beaux souvenirs qui remplissent déjà ma tête et mon cœur, et pour tous ceux à venir ! Love Love !

A Diane,

Ma plus belle amie, je te remercie pour toutes ces années de partage, ton soutien, ta bonne humeur, les discussions interminables en voiture... A tous les beaux moments à venir. Love !

A mes tantes et ma grand-mère,

Je vous remercie d'avoir cru en moi depuis toujours. Malgré la distance, vous avez une grande place dans mon cœur. Je vous aime.

A mon frère, Florent,

Presque 30 ans qu'on s'est rencontrés pour la première fois. Honnêtement, je ne m'en souviens plus très bien, la vision floue que j'avais les premiers mois n'aidant pas ! On s'est chamaillés, petits, ça c'est vrai. Malgré tout, tu as parfaitement rempli ton rôle de grand frère. Merci de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi. Merci d'être toujours présent. Je n'aurais peut-être pas osé enfant, mais maintenant je le dis, je t'aime !

Un petit clin d'œil et de gros bisous à **Ophélie...** et **la myrtille !**

A mes parents,

Je n'aurais jamais les mots suffisants pour vous remercier. Vous avez toujours été présents pour moi, m'avez toujours soutenue et encouragée à continuer dans cette voie, malgré les difficultés. Vous m'avez donné les moyens de réussir, et grâce à vous, je fais un métier que j'aime. Sans votre présence, votre bienveillance, vos encouragements et votre amour je n'aurais pu réussir. Je vous aime d'un amour incommensurable !

A Jérémy,

Merci de m'avoir soutenue depuis notre rencontre. Merci pour ta bienveillance et ton amour. Tu m'as donné la force de poursuivre, pour réaliser mon rêve et que l'on puisse construire le notre également. Merci pour tous les moments partagés et les nombreux autres à venir. Je t'aime tellement ! « *Can't stop the feeling* »

Sommaire

<u>Abréviations</u>	6
<u>Préambule</u>	8
<u>Introduction</u>	9
I L'épidémiologie du VIH	9
I – 1 Dans le monde	9
I – 1 – 1 Population générale	9
I – 1 – 2 Chez les plus de 50 ans	10
I – 2 En France	11
I – 2 – 1 Population générale	12
I – 2 – 2 Chez les plus de 50 ans	13
I – 3 En Pays de la Loire	14
I – 3 – 1 Population générale	14
I – 3 – 2 Chez les plus de 50 ans	16
II Le dépistage du VIH	16
II – 1 Les recommandations	16
II – 2 Les outils de dépistage	16
II – 2 – 1 La sérologie	16
II – 2 – 2 Les TROD ou Test Rapide d'Orientation Diagnostic	17
II – 2 – 3 Les autotests	17
III Les autres techniques de prévention	17
III – 1 Les préservatifs	17
III – 2 La PrEP ou Prophylaxie Pré-Exposition	18
III – 3 Le TasP ou Treatment as Prevention	19
III – 4 Le TPE ou Traitement Post Exposition	19
IV L'organisation du dépistage	19
IV – 1 En France	19
IV – 2 En Pays de la Loire	21
<u>Contexte</u>	22
<u>Objectif principal</u>	22

<u>Matériel et méthode</u> -----	23
I Type d'étude -----	23
II Population interrogée -----	23
III Le guide d'entretien -----	23
<u>Résultats</u> -----	25
I Population interrogée -----	25
II La prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans -----	26
III L'abord de la sexualité avec les plus de 50 ans -----	27
IV Les freins à la prévention des risques liés à la sexualité chez les plus de 50 ans ----	28
IV – 1 Freins liés aux pratiques des médecins généralistes -----	29
IV – 2 Freins liés aux perceptions sur la sexualité des plus de 50 ans -----	30
V Les différences avec les moins de 50 ans -----	31
VI Les connaissances générales sur la prévention du VIH -----	32
<u>Discussion</u> -----	34
I La population étudiée -----	34
II La prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans -----	34
III L'abord de la sexualité avec les plus de 50 ans -----	35
IV Les freins à la prévention du VIH et l'abord de la sexualité chez les plus de 50 ans -	36
IV – 1 Les freins liés aux pratiques -----	36
IV – 2 Les freins liés aux perceptions -----	37
V Les différences avec les plus jeunes -----	38
VI Les connaissances générales sur la prévention du VIH -----	38
<u>Biais et limites</u> -----	40
<u>Conclusion</u> -----	41
<u>Bibliographie</u> -----	42
<u>Annexes</u> -----	47

Abréviations

AES : Accident d'Exposition Sexuelle

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARV : Antirétroviraux

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CeRRISE : Centre de Réduction des Risques Infectieux liés à la Sexualité

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CIDDIST : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CPMIT : Centre de Prévention des Maladies Infectieuses et Transmissibles

HSH : Homosexuels hommes

IST : Infections Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

RPIB : Repérage Précoce Intervention Brève

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

SNSS : Stratégie Nationale de Santé Sexuelle

TaSP : Treatment As Prevention

TPE : Traitement Post Exposition

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usagers de Drogues Intraveineuses

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

Préambule

Ce sujet m'a toujours intriguée, depuis le début des études de médecine et notamment lors de la troisième année de médecine et les cours d'infectiologie ou de gynécologie principalement.

J'ai toujours eu l'impression que le VIH était associé à la notion de « jeunes ». En effet, c'est un sujet évoqué lors des consultations avec les adolescents, lors de la primo-prescription de pilule, lors des suivis de grossesse etc.

Mais alors, qu'en est-il des « moins jeunes » ?

L'épidémie de VIH ayant débutée en France au début des années 80, les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle à cette période, ont de nos jours 50 ans et plus.

Il semble donc logique de se dire que cette population ait pu être exposée à cette maladie dès cette période et tout au long de sa vie.

Pour autant, ce n'est pas aujourd'hui une population régulièrement visée par les messages de prévention contre le VIH.

Je trouvais intéressant de me pencher sur l'abord de la prévention du VIH en médecine générale. En effet, les médecins généralistes, pour la prévention en santé, sont souvent les premiers interlocuteurs auprès de ces patients, et pourraient donc avoir un rôle essentiel dans ce contexte.

Introduction

I L'épidémiologie du VIH

I – 1 Dans le monde

I – 1 – 1 Population générale

Dans le monde, en 2020, il y aurait environ 37,7 millions de personnes contaminées par le VIH, dont les 2/3 en Afrique¹. Environ 1,5 million de personnes ont découvert leur séropositivité en 2020¹. Cependant, il y aurait encore 6,1 millions de personnes qui ne connaîtraient pas leur statut².

Au sein des personnes séropositives, en 2020, 84% connaissent leur statut sérologique, parmi eux 87% avaient accès au traitement dont 90% avec une charge virale indétectable².

Les décès liés au VIH depuis le début de l'infection représentent 36,3 millions dans le monde, avec environ 680 000 décès en 2020¹.

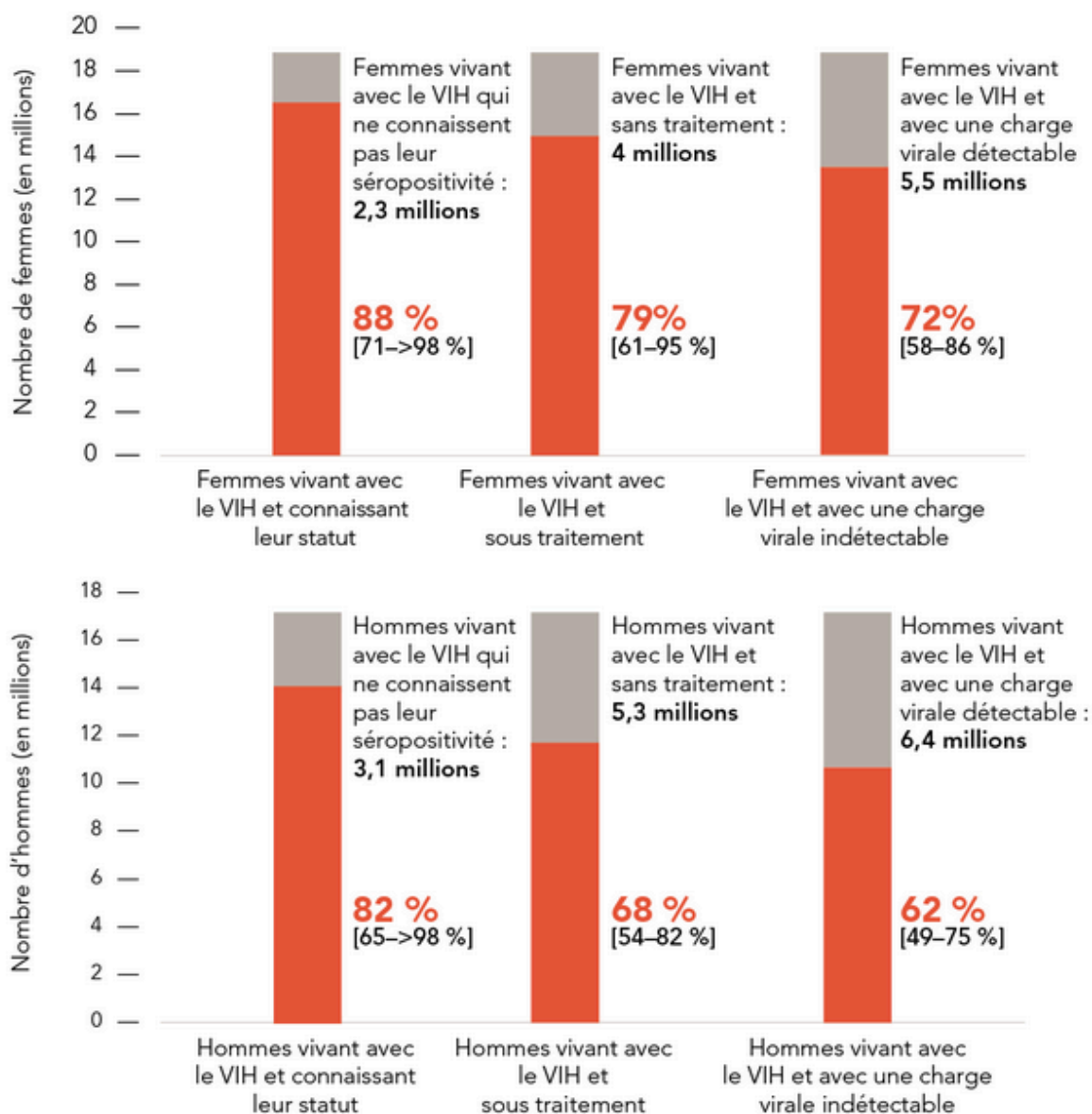
Ces différents éléments montrent que le VIH reste donc un problème de santé publique mondial¹.

Les objectifs de l'ONUSIDA 90-90-90 pour 2020, ont été modifiés pour d'ici 2030 à 95-95-95, c'est-à-dire que :

- 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut,
- 95% des personnes connaissant leur séropositivité ont accès au traitement,
- 95% des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable³.

La figure 1 ci-dessous montre qu'à l'échelle mondiale, ces objectifs sont encore loin d'être atteints, et qu'il existe une disparité homme/femme dans la « cascade » de prise en charge du VIH⁴.

Figure 1 : Diagramme du dépistage et de la prise en charge du VIH dans le monde en 2020, ONUSIDA⁴



Source : analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2021.

I – 1 – 2 Chez les plus de 50 ans

Entre 2004 et 2015, 54 102 nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH ont été recensés dans l'Union Européenne chez les patients de plus de 50 ans⁵. Beaucoup d'entre eux étaient contaminés lors de rapports hétérosexuels, à 42,4% contre 30,8% chez les moins de 50 ans. Au contraire les contaminations chez les HSH étaient moindres chez les plus de 50 ans avec 30,3% contre 45,1% chez les moins de 50 ans⁵.

On note cependant, qu'il existe une part plus importante de patients de plus de 50 ans ne

connaissant pas le mode de contamination, avec 24,6% des patients interrogés dans cette étude⁵.

Par ailleurs, 27,4% des patients de plus de 50 ans étaient diagnostiqués à un stade tardif, c'est-à-dire avec des CD4 inférieurs à 200/uL, contre 15,2% chez les moins de 50 ans⁵. On sait que plus on avance en âge, plus le taux de CD4 a tendance à chuter rapidement après une séroconversion VIH, et ainsi d'évoluer vers un stade SIDA.

I – 2 En France

Le VIH est une maladie à déclaration obligatoire. Celle-ci a été simplifiée et se fait via E-DO depuis avril 2016, permettant une déclaration plus rapide⁶. Elle se fait par le biologiste qui diagnostique l'infection et le clinicien prescripteur⁷.

L'objectif « 95-95-95 » sus-cité, a été intégré dans la feuille de route de santé sexuelle 2021-2024 dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle de 2017-2030, le but étant de pouvoir contrôler l'épidémie de VIH en France, notamment en facilitant l'accès au dépistage⁸.

Toutefois, les différentes actions proposées dans ce cadre, comme par exemple la mise en place des téléconsultations en santé sexuelle dans les CeGIDD ou le développement de plateforme d'offre de dépistage, ne s'adressent pas forcément aux patients de plus de 50 ans ayant un médecin traitant⁸.

Les figures 2 et 3 montrent que pour la France, le premier objectif de l'ONUSIDA, qui est que 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, évolue peu au cours des 10 dernières années, tandis que le dernier objectif à savoir que 95% des personnes sous traitement aient une charge virale indétectable, semble atteint depuis plusieurs années.

Figure 2 : Comparaison de la cascade de prise en charge du VIH en France en 2010 et 2013, Rapport Morlat⁶

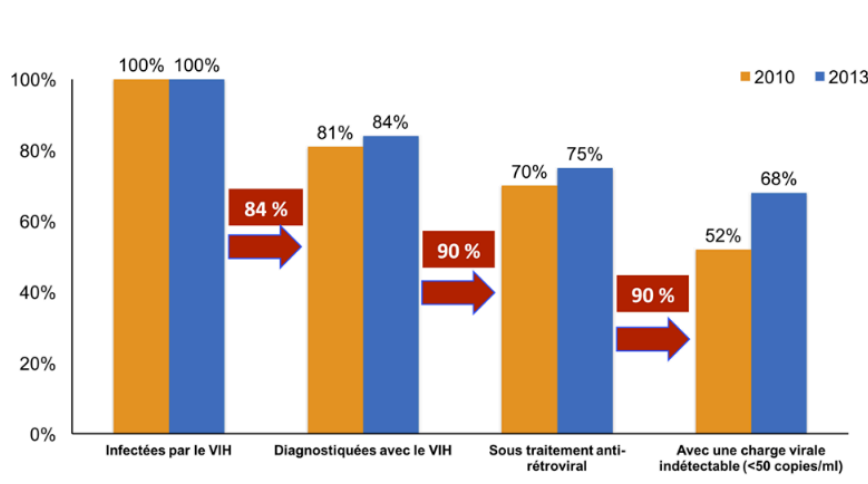
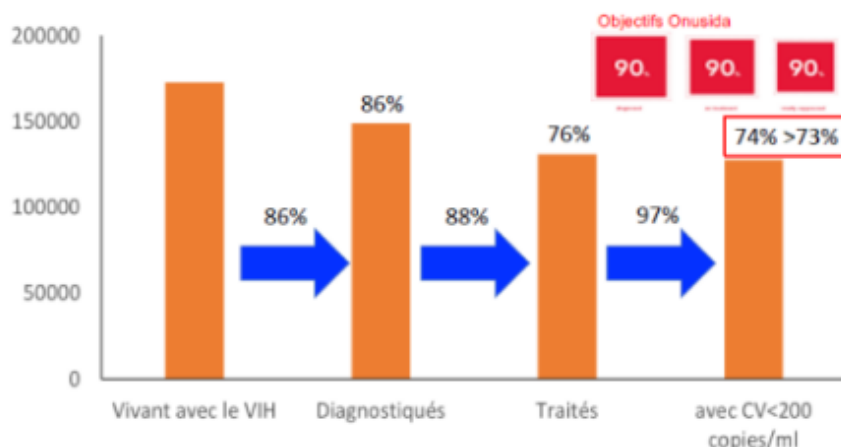


Figure 3 : Cascade de la prise en charge du VIH en France en 2016, Santé Publique France⁹



Source : Corevih BFC, données provisoires Octobre 2018.

Ces différents éléments mettent en évidence que le dépistage reste le « maillon faible » dans cette stratégie, c'est pourquoi de nouvelles offres (par exemple « au labo sans ordo ») ou de nouveaux outils (comme les TROD et les auto-tests) viennent régulièrement enrichir l'offre de dépistage.

I – 2 – 1 Population générale

Il y a environ 180 000 personnes qui vivent avec le VIH en France en 2020¹⁰.

L'incidence du VIH était de 6205 personnes en 2019, plutôt stable depuis plusieurs années¹¹, contrairement aux IST bactériennes.

Il y aurait 13% de personnes qui ignoreraient leur séropositivité au VIH⁸.

Entre 2019 et 2020, les HSH représentent une part importante des découvertes de séropositivité avec un taux de 43%, dont 29% de personnes nées en France¹². Ce taux reste stable depuis plusieurs années.

La part de découvertes de séropositivité est également importante chez les hétérosexuels, représentant un taux de 51% de l'ensemble des nouveaux diagnostics en 2019¹².

Sur l'ensemble des découvertes de séropositivité en France entre 2019 et 2020, 37% sont des hétérosexuels nés à l'étranger contre 14% d'hétérosexuels nés en France. Ce rapport s'inverse pour les HSH, avec 14% nés à l'étranger et 29% nés en France¹².

Les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger, et notamment en Afrique subsaharienne, sont particulièrement exposées au VIH.

On note que 65% des découvertes à cette période concernent les hommes¹², et reste relativement stable en 2020¹¹.

Par ailleurs, en 2019, les découvertes se font à un stade avancé de la maladie dans 26% des cas, concernant principalement les UDI et les hétérosexuels¹². Plus de la moitié des découvertes de séropositivité a été faite chez des personnes qui n'avaient jamais été testées par le passé¹². Cette proportion est plus élevée chez les hétérosexuels avec un taux de 60% et tend à augmenter, surtout pour ceux nés en France, contrairement aux HSH où elle est moindre à 30% et est plutôt stable¹².

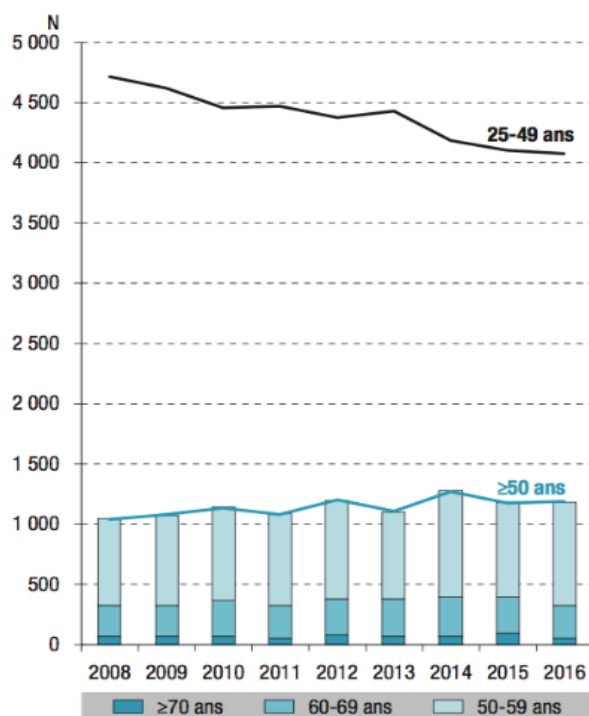
Le délai entre la contamination et le diagnostic est d'environ 3,6 ans entre 2014 et 2018¹³. Il semblerait qu'en 2020, 61% des personnes nouvellement diagnostiquées à un stade avancé SIDA, ne connaissaient pas leur statut sérologique¹¹ et n'ont pas pu bénéficier de ce fait de traitement antirétroviraux (ARV).

L'ignorance de la séropositivité avant le diagnostic au stade SIDA concernait 61% des HSH, 56% des hétérosexuels et 44% des UDI¹¹.

I – 2 – 2 Chez les plus de 50 ans

Une étude réalisée entre 2008 et 2016 a analysé les découvertes de séropositivité chez les personnes de plus de 50 ans¹⁴. Sur cette période, 20% de l'ensemble des découvertes de séropositivité concernent les plus de 50 ans, soit 1 184 personnes¹⁴. Cela succède à une période d'augmentation régulière, d'environ 2,1% entre 2004 et 2015, comme présenté sur la figure 4 ci-dessous¹⁴.

Figure 4 : Comparaison des découvertes de séropositivité VIH entre 2008 et 2016, entre les plus de 50 ans et les 25-49 ans¹⁴



Entre 2008 et 2016, 72% des plus de 50 ans ayant découvert leur séropositivité étaient des hommes, dont 51% contaminés par rapports hétérosexuels. Parmi eux, 53% étaient nés à l'étranger¹⁴.

Chez les femmes, les découvertes de séropositivité ont surtout concerné les hétérosexuelles nées à l'étranger dans 59% des cas¹⁴.

Toutefois, chez les hommes et les femmes hétérosexuelles, la proportion de personnes nées à l'étranger (et principalement l'Afrique Subsaharienne) est beaucoup plus importante chez les plus jeunes de 25-29 ans, avec 70% pour les hommes et 82% pour les femmes¹⁴.

Il est également mis en évidence que la proportion de personnes n'ayant jamais fait de dépistage et ayant découvert leur séropositivité est plus importante chez les plus de 50 ans, à hauteur de 48% en 2016, avec des découvertes faites à un stade tardif pour 38% des plus de 50 ans¹⁴.

En outre, 20% des plus de 50 ans ont découvert leur séropositivité à un stade SIDA contre 10% chez les plus jeunes¹⁴.

En 2019-2020, ces chiffres restent plutôt stables. Les hommes représentaient 65% des découvertes, dont 21% de patients de plus de 50 ans. Parmi ces hommes, on retrouve plus de personnes qui se déclarent hétérosexuels qu'homosexuels, avec 15% des découvertes chez les HSH et 22% chez les hétérosexuels de plus de 50 ans, contre 18% d'HSH et 11% d'hétérosexuels chez les plus jeunes¹².

Les découvertes de séropositivité VIH concernant surtout les moins de 50 ans tend à diminuer, alors que chez les plus de 50 ans l'incidence reste stable voire tend légèrement à augmenter. De plus, le mode de contamination déclaré chez les plus de 50 ans concerne le plus souvent les hétérosexuels nés en France, donc perçus comme moins à risque par les personnes susceptibles de proposer le dépistage.

I – 3 En Pays de la Loire

I – 3 – 1 Population générale

En 2019, 169 patients ont été nouvellement diagnostiqués en Pays de la Loire, dont 60% d'hommes¹⁵.

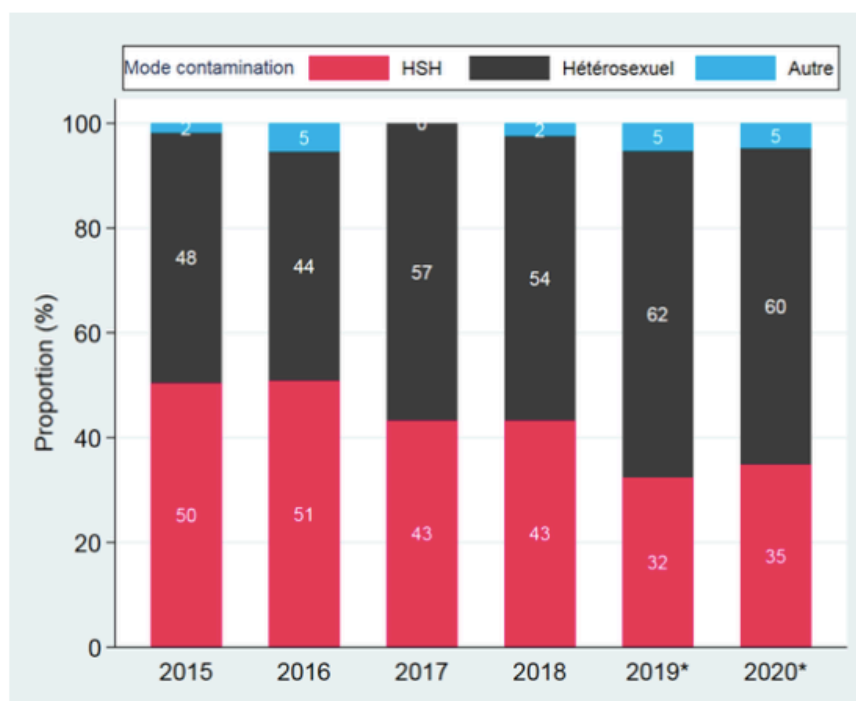
En 2019, les Pays de la Loire est une région où le nombre de découvertes de séropositivité au VIH était légèrement inférieur à la moyenne nationale, soit environ 50 par million d'habitants. Ce taux reste globalement stable depuis plusieurs années, contrairement à l'Ile de France par exemple, où ce taux ne cesse de baisser¹⁶.

En 2019, en Pays de la Loire, la part des hommes touchés par le virus, soit 55,2%, est moins importante par rapport au reste de la France métropolitaine, avec 65,9%¹⁶.

Par contre, la part des personnes nées à l'étranger, et notamment en Afrique Subsaharienne, était plus élevée en 2019 en Pays de la Loire avec 56% par rapport au reste de la France métropolitaine, avec 35,8%¹⁶.

Par ailleurs, les contaminations par voie hétérosexuelle continuent d'augmenter et représentent 63% en 2019 en Pays de la Loire, contre 52,8% entre 2014 et 2018¹⁶, comme représenté sur la figure ci-dessous⁷.

Figure 5 : Evaluation des modes de contamination VIH entre 2017-2020 en Pays de La Loire, Santé Publique France⁷



Données non consolidées pour 2019 et 2020.
Source : DO VIH, données brutes au 02/11/2021, Santé publique France.

Ces chiffres étaient plus élevés que le reste de la France métropolitaine, où les contaminations par voie hétérosexuelle représentent 50,6% en 2019¹⁶.

Par ailleurs, les diagnostics avaient lieu à des stades plus avancés en 2020 par rapport au reste de la France avec 35% des personnes diagnostiquées avec un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200/mm³⁷. Cette tendance était déjà mise en évidence en 2019¹⁶. Ainsi, le nombre de découvertes à des stades SIDA est stable, et se rapproche du taux national⁷.

Comme pour le reste de la France, la majorité des diagnostics faits à un stade avancé concerne des hommes¹⁶.

I – 3 – 2 Chez les plus de 50 ans

Le taux de nouvelles découvertes de séropositivité chez les plus de 50 ans en Pays de la Loire est de 20% en 2020, se rapprochant des chiffres nationaux^{7, 16}. Il est stable comparativement aux chiffres de 2019¹⁶.

48% des découvertes tardives concernaient des patients de plus de 50 ans en 2019¹⁵.

Sur les 169 découvertes de séropositivité VIH en 2019 en Pays de la Loire, 33 patients avaient plus de 50 ans, dont 36,3% (12 patients sur 33) de diagnostics à un stade tardif, contre 9,5% (13 patients sur 136) chez les moins de 50 ans¹⁵.

II Le dépistage du VIH

II – 1 Les recommandations

Déjà en 2009, la HAS préconisait un dépistage en population générale entre 15 et 70 ans¹⁷.

Ces recommandations ont été réévaluées en 2017 et proposent :

- Le dépistage au minimum une fois par an chez les HSH, jusqu'à tous les 3 mois si haute exposition à des risques,
- Le dépistage tous les ans pour les UDI et les personnes en provenance de pays de forte prévalence,
- **Le dépistage en population générale au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans en dehors de toute exposition au risque de contamination**^{18, 19}, reste quant à lui une recommandation maintenue.

II – 2 Les outils de dépistage

II – 2 – 1 La sérologie

Il s'agit à ce jour du test Elisa de 4ème génération. Il consiste en la recherche combinée de l'Antigène P-24 et des Anticorps anti VIH 1 et 2¹⁸.

On ne pourra confirmer l'absence d'infection qu'après un délai de 6 semaines entre la prise de risque et le bilan sérologique.

Si le test s'avère positif, il est impératif de contrôler le résultat par un deuxième test Elisa en association à un Western Blot, permettant d'éviter des erreurs (notamment d'identité).

Par ailleurs, il est préconisé de faire une recherche de charge virale d'emblée devant des signes de primo-infection, en association au test Elisa 4ème génération, permettant

l'instauration rapide de la trithérapie antirétrovirale. Il n'y a par contre, plus d'intérêt à faire une recherche isolée de l'Ag P24²⁰.

II – 2 – 2 Les TROD ou Test Rapide d'Orientation Diagnostique

Depuis l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, certains TROD ne sont plus considérés comme de la biologie médicale²¹. C'est le cas des TROD VIH, qui sont des tests à visée de dépistage et d'orientation diagnostique, depuis le 9 novembre 2010. Cela a pour principale conséquence une utilisation possible de ces dispositifs par des personnels non médicaux ayant obtenu l'agrément.

Il s'agit d'un test à usage unique, dont le résultat est obtenu en une minute quand il est négatif. Ce test permet la détection des anticorps anti VIH-1 et VIH-2, dirigés contre les protéines gp41 et gp36.

Si le résultat est positif, il faudra impérativement le contrôler par un test sérologique.

On ne pourra pas confirmer un résultat négatif, si le risque date de moins de 3 mois.¹⁸

Les TROD VIH sont majoritairement utilisés par des associations et des centres spécialisés comme les CeGGID, lors d'actions hors des murs.

II – 2 – 3 Les autotests

Il s'agit d'un test à usage unique, réalisé par le patient lui-même, dont le résultat est obtenu en quelques minutes. Ce test, comme pour les TROD, permet la détection des anticorps anti VIH-1 et VIH-2.

Si le résultat est positif, il devra impérativement être contrôlé par un test sérologique.

On ne pourra pas confirmer un résultat négatif, si le risque date de moins de 3 mois¹⁸.

Ils sont autorisés depuis septembre 2015²⁰. Ils sont en vente en pharmacie et peuvent être délivrés dans certains centres, de manière gratuite¹⁸ et sans ordonnance¹⁶.

III Les autres techniques de prévention

III – 1 Les préservatifs

Depuis fin 2018, les préservatifs masculins de marque *Eden et Eden XL*²² peuvent faire l'objet d'une prescription médicale par un médecin ou une sage-femme, et sont remboursés en partie par l'assurance maladie⁸.

L'efficacité théorique du préservatif masculin est de 98%, mais cela varie en fonction des

pratiques sexuelles. Elle est estimée à environ 80% lors des rapports hétérosexuels¹⁸.
Il s'agit du moyen le plus efficace pour prévenir les IST²³.

III – 2 La PrEP ou Prophylaxie Pré-Exposition

Il s'agit d'une mesure de prévention basée sur la prise d'une bithérapie antirétrovirale à base *Ténofovir Disporoxil Fumarate* et *Emtricitabine (TRUVADA®)* chez des personnes séronégatives exposées à des risques de contracter le VIH¹⁸.

Il existe 2 types de prises :

- Continue : Prise d'un comprimé par jour tous les jours
- Discontinue : Prise de deux comprimés dans les 2 à 24 heures avant la prise de risque, et à poursuivre à hauteur d'un comprimé par jour jusqu'à 48 heures après le dernier risque²⁴.
Ce schéma de prise n'est valable que pour les HSH²³.

Elle peut-être proposée aux hommes et femmes de plus de 15 ans, exposés au VIH²³ ayant une sérologie VIH initiale négative²⁵ :

- HSH ou les personnes transgenres ayant :
 - des rapports anaux sans préservatif avec > 2 partenaires dans les 6 derniers mois,
 - une notion d'IST dans les 12 derniers mois,
 - eu recours au TPE dans les 12 derniers mois,
 - usagers de drogues lors des rapports (chem-sex),
- pour les usagers de drogues avec échanges de seringue,
- pour les travailleurs du sexe avec rapports non protégés,
- dans toute situation de vulnérabilité avec risque de rapports non protégés.

Depuis 2015, suite à la réalisation de plusieurs études, et notamment « IPERGAY »²⁶ menée en France dans les communautés HSH qui a démontré une véritable efficacité de la PrEP, cela a permis son Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) en janvier 2016 puis l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en mars 2017¹⁸.

Depuis, plusieurs études ont confirmé cette efficacité en vie réelle, pour les deux types de schémas de prise. Elles montrent également que la majorité des échecs sont dus à une mauvaise observance de ce traitement prophylactique²⁷.

Par ailleurs, plusieurs études réalisées ou en cours, analysent les opportunités manquées à la PrEP chez des patients nouvellement diagnostiqués séropositifs. Entre avril 2019 et novembre 2020, 85% des patients ayant une infection VIH récente avaient consulté un médecin généraliste dans le 12 derniers mois, 44% avaient plus de 35 ans, majoritairement HSH (80,5%) vivant en milieu urbain (82%)²⁸.

Dès son instauration, la PrEP était prise en charge à 100%. Et depuis le 1er juin 2021, les médecins généralistes ont eu l'autorisation d'instaurer ce traitement⁸.

III – 3 Le TasP ou Treatment as Prevention

Il s'agit pour les personnes séropositives sous traitement d'avoir une charge virale indétectable (soit un seuil de copies < 50/mL), permettant de prévenir la transmission au(x) partenaire(s) séronégatif(s)¹⁸.

III – 4 Le TPE ou Traitement Post Exposition

Il s'agit d'une trithérapie antirétrovirale. Elle associe systématiquement *Ténofovir et Emtricitabine*. S'y rajoute une troisième molécule comme le *Rilpivirine* (par exemple dans *ODEFSEY®*), ou en l'absence de contre-indication, peuvent-être utilisés le *Darunavir* ou le *Raltégravir* par exemple²⁹.

Elle doit être administrée dans les 48 heures après une prise de risque, un AES, et dans l'idéal le plus tôt possible dans les 4 heures, et sera poursuivi pendant 4 semaines à hauteur d'un comprimé par jour²⁴.

La prescription du TPE est uniquement hospitalière dans les CeGGID et aux Urgences, en dehors des heures ouvrables ou si absence de CeGGID²⁹. Une réévaluation est faite ensuite dans un CeGGID.

Ce traitement n'est actuellement pas prescriptible par les médecins généralistes.

IV L'organisation du dépistage

IV – 1 En France

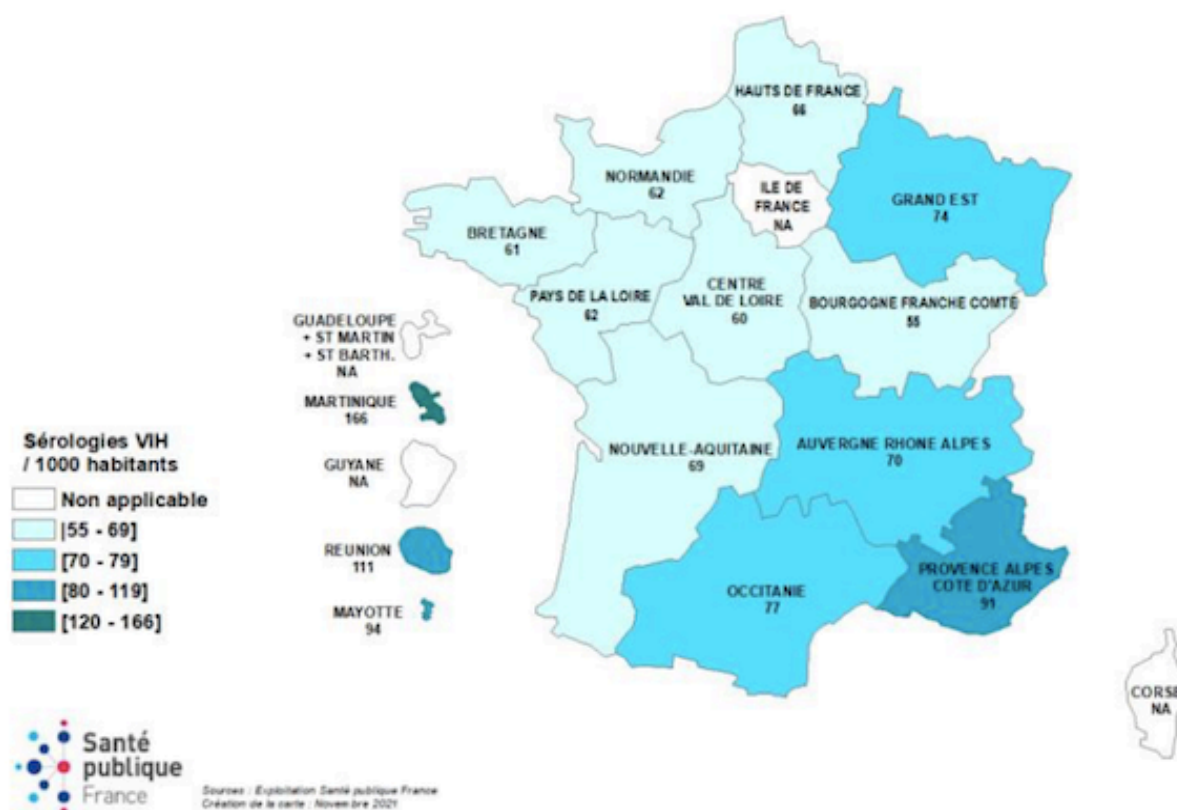
En France, le dépistage se fait dans différentes structures. Presque 80% des sérologies sont faites en laboratoire de ville, et représentent 36% des sérologies positives, et 6-7% sont faites dans les CeGIDD et représentent 1°% des sérologies positives¹³.

Les CeGIDD ont été créés en 2016, par la fusion des CDAG créés en 1988 permettant le dépistage du VIH des populations précaires et des CIDDIST¹³.

En 2019, 6,2 millions de sérologies VIH ont été réalisées en France, soit une augmentation de 6% par rapport à 2018¹². Le taux de positivité est 1,9 pour 1000 sérologies, et est stable depuis 2018¹².

La figure 6 ci-dessous montre la répartition des sérologies en France en 2020⁷.

Figure 6 : Sérologies VIH réalisées pour 1000 habitants en France en 2020, Santé Publique France⁷



Source : LaboVIH 2020, Santé publique France.

Entre 2019 et 2020, environ 1 personne sur 2 récemment diagnostiquée séropositive, déclare n'avoir jamais été dépistée par le passé, avec 60% d'hétérosexuels contre 30% d'HS¹².

Entre juillet 2019 et juin 2020, une expérimentation « Au labo sans ordo » a été mise en place dans la ville de Paris et dans les Alpes-Maritimes, le but étant d'identifier si la proposition d'un dépistage sérologique en laboratoire sans prescription préalable permettrait d'augmenter la couverture de dépistage en France. Les résultats montrent en effet une augmentation significative de l'accès au dépistage par rapport à 2018 dans ces régions, avec un taux de sérologies positives supérieur par rapport au dépistage conventionnel sérologique. Il a également été montré que la population ayant eu recours à ce dispositif est différente de la population habituellement retrouvée dans les structures de dépistage¹³.

65 000 TROD ont été réalisés hors des murs en 2018⁸. Ils représentent 1% de l'ensemble des tests de dépistage du VIH en France¹³ avec un taux de positivité de 8,4 pour 1000.

Le taux de positivité des TROD est en général plus élevé que celui des sérologies. Cette différence est plus marquée lors du dépistage communautaire qu'en CeGGID³⁰.

Cependant, ce dispositif est peu utilisé par les médecins généralistes, pouvant être expliqué en partie par une étude française réalisée en 2010 par le manque de temps. Pourtant, ce dispositif présentait une acceptabilité par les patientes de 99,7%³¹.

79 000 autotests ont été vendus en 2019 en pharmacie en France, soit 6% de plus qu'en 2018¹². Ce taux a baissé de 22% entre 2019 et 2020, dans le contexte du Covid-19³².

Si contrairement aux TROD, il est plus difficile d'évaluer le taux de positivité des autotests, les différentes enquêtes montrent que leur acceptabilité est excellente, et ce notamment auprès des populations qui n'ont pas recouru à d'autre moyen de dépistage³³.

IV – 2 En Pays de la Loire

En Pays de la Loire, le taux de dépistage a diminué de 69 à 62 pour 1000 habitants en 2020 (probablement en lien avec la vague de Covid-19)⁸ alors qu'on observait une augmentation entre 2010 et 2019¹⁶.

En 2019, 260 000 sérologies ont été réalisées en Pays de la Loire soit 69 sérologies pour 1000 habitants avec 1,4 sérologies positives pour 1000 prélèvements¹⁶.

Le taux de dépistage reste cependant faible par rapport au reste de la France.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, le dispositif « Au labo sans ordo » a été étendu à toute la France, pour augmenter le dépistage de la population (notamment du fait de la crise du Covid-19)³⁴.

1825 TROD ont été réalisés en 2019 avec un taux de positivité de 3,8 pour 1000 tests réalisés¹⁶.

3 344 autotests ont été vendus en 2019, soit une hausse de 16,8% par rapport à 2018.

En Pays de La Loire on observe une hausse des ventes d'autotests en pharmacie d'environ 16,8% entre 2018 et 2019¹⁶.

En Pays de La Loire, on retrouve une large utilisation de la PrEP avec une augmentation de 73% en 2019¹⁶

A Nantes, suite à l'étude IPERGAY à laquelle le SMIT avait participé, une consultation dédiée à la PrEP a été ouverte dès juillet 2016 puis en janvier 2017 avec l'unité spécifique CeRRISE (Centre de Réduction des Risques Infectieux liés à la Sexualité) au CPMIT.

Jusqu'à ce jour, 938 personnes ont été vues au sein de ces consultations (Bonnet B, 2022 : Centre de Réduction des Risques Infectieux liés à la Sexualité. Bilan à 5 ans).

Contexte

La population française ne cesse de vieillir.

Les personnes de plus de 50 ans ne se considèrent pas à risque, et ne sont pas vues comme « à risque » par les professionnels de santé non plus.

Les moyens de prévention comme le préservatif sont des techniques peu utilisées par cette tranche de la population.

De plus, les plans d'action gouvernementaux valorisant la prévention des risques liés à la sexualité, s'adressent principalement aux populations « à risque » et aux plus jeunes, comme les consultations IST prises en charge à 100% pour les 18-25 ans⁸.

De ce fait, le nombre de séroconversions VIH chez les personnes de plus de 50 ans augmente légèrement mais régulièrement depuis plusieurs années. Elle concerne des personnes qui ne rentrent pas dans un dépistage ciblé, notamment par le fait que les contaminations soient majoritairement par voie hétérosexuelle et pour des personnes nées en France.

Pour autant, l'accès à la prévention sexuelle est de plus en plus facilité pour les médecins généralistes, notamment avec le remboursement des préservatifs et l'autorisation de prescription de la PrEP.

Néanmoins, pour les patients de plus de 50 ans, la prévention sexuelle semble encore difficile pour les médecins généralistes, alors qu'ils sont des intervenants essentiels à la prévention.

Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer l'abord de la prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans par les médecins généralistes en Loire-Atlantique.

Les objectifs secondaires sont l'abord de la sexualité avec le patient de plus de 50 ans, les freins à la prévention des risques liés à la sexualité, les différences pour aborder le VIH et la sexualité par rapport aux patients plus jeunes et les connaissances en général sur la prévention du VIH.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

L'étude est qualitative, et s'est déroulée entre avril 2021 et avril 2022.

Les médecins ont été contactés en premier abord par mail, via l'URML (Union des Médecins Libéraux des Pays de la Loire). Ils devaient remplir un Google Doc avec leur nom, prénom et un moyen de les contacter. Trois médecins généralistes ont répondu à ce sondage, et seulement deux ont été retenus, le troisième a été exclu car n'exerçait pas en Loire-Atlantique. Le taux de recrutement étant faible, du fait du manque de disponibilité des médecins à cause de l'épidémie de Covid-19, il a été décidé de tirer au sort des médecins généralistes trouvés via Google et d'utiliser le bouche-à-oreille.

Les entretiens étaient semi dirigés, aidés par un guide d'entretien préalablement constitué (Annexe n°1). Les entretiens ont été réalisés en face à face pour la plupart. Néanmoins, du fait du contexte Covid-19 notamment, certains médecins ont préféré le faire à distance (soit via un logiciel de téléconférence type Zoom ou WhatsApp soit via téléphone uniquement).

Tous les entretiens ont été enregistrés, avec accord du médecin, par microphone. Aucun logiciel de retranscription n'a été utilisé.

L'entretien le plus court était de 13,49 minutes et le plus long de 44,52 minutes, avec une moyenne de 21,8 minutes.

II. Population interrogée

La population cible concerne les médecins généralistes thésés, remplaçants ou installés, exerçant en Loire-Atlantique, en libéral. Les critères d'exclusion concernaient les médecins généralistes non thésés, et/ou exerçant dans un autre département et/ou en hospitalier.

III. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien contient 7 grandes questions. Il a été élaboré entre autre à l'aide d'une étude réalisée aux Etats-Unis en 2016³⁵.

Les deux premières questions avaient pour but d'obtenir les caractéristiques propres aux différents médecins interrogés ainsi que de leur patientèle.

La troisième question, très ouverte, avait comme objectif de voir quels axes de prévention pouvaient être prioritaires pour les médecins généralistes chez les patients de plus de 50 ans.

La quatrième question avait pour but de questionner sur la réalisation ou non de dépistage du VIH chez les plus de 50 ans, avec une demande de situation pour étayer les propos.

La cinquième question permettait d'élargir le questionnement, et de répondre à un des objectifs secondaires concernant l'abord de la sexualité avec les plus de 50 ans.

La sixième question, ouverte, avait pour but d'identifier les limites ou les facilités de chaque médecin à parler de sexualité et de VIH avec les patients de plus de 50 ans. Cette question avait 3 types de relances possibles en fonction de la réponse du médecin, avec notamment pour but d'évaluer les différences avec les patients plus jeunes, les moyens d'abord de la sexualité notamment et le *distinguo* éventuel en fonction de l'âge et de l'expérience du médecin.

Enfin la dernière question permettait d'évaluer les connaissances générales en terme de prévention du VIH, avec, pour les médecins dont les réponses étaient plutôt évasives, une relance possible pour essayer d'obtenir plus d'éléments. Par ailleurs, les entretiens ayant débuté avant l'autorisation de prescription de la PrEP par les médecins généralistes et poursuivi après, il a été demandé aux médecins parlant de la PrEP de savoir s'ils en étaient prescripteurs ou désireux de se former.

Résultats

I Population interrogée

Cela a permis d'inclure **14** médecins généralistes au total.

Huit médecins femmes, dont la moitié exerce en milieu urbain, et six médecins hommes, dont un seul exerce en milieu urbain, ont été inclus.

Sur les huit médecins femmes, une seule avait une patientèle avec plus de 50% de patients de plus de 50 ans, alors que pour les six médecins hommes, aucun n'avait moins de 50% de patients de plus de 50 ans dans leur patientèle. Cette estimation semblait indépendante de l'âge du médecin.

Un seul médecin exerçait en tant que remplaçant.

La répartition des âges des médecins était la suivante : 5 médecins avaient entre 30 et 40 ans, 5 médecins avaient entre 40 et 50 ans et 4 médecins avaient plus de 50 ans.

Trois médecins avaient des affinités particulières sur le sujet du VIH. Deux médecins (entretiens 1 et 9) avaient rédigé ou encadré des thèses sur le thème du VIH. Deux médecins étaient formés pour la prescription de la PrEP (entretiens 3 et 9).

Ces trois médecins étaient des femmes exerçant en milieu urbain avec une patientèle jeune.

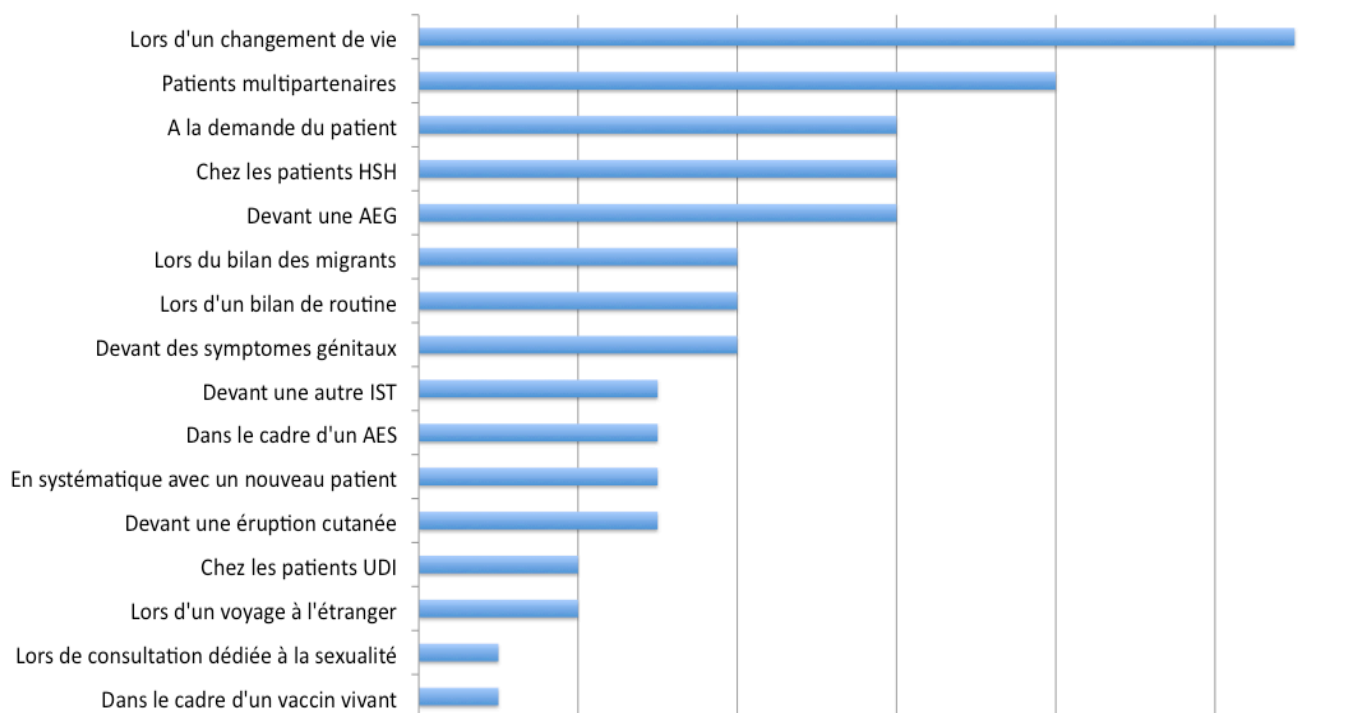
Tableau 1 : Caractéristiques de la population interrogée

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Patientèle > 50 ans	Formations complémentaires/travaux
Entretien 1	Femme	30 – 40 ans	Urbain	< 50 %	Thèse sur le VIH
Entretien 2	Femme	30 – 40 ans	Rural	= 50 %	Aucune
Entretien 3	Femme	30 – 40 ans	Urbain	< 50 %	Formation PrEP
Entretien 4	Homme	30 – 40 ans	Rural	(Remplaçant)	Hypnose
Entretien 5	Homme	> 50 ans	Rural	= 50 %	Douleurs, soins palliatifs, biologie, médecine du sport
Entretien 6	Homme	40 – 50 ans	Rural	> 50 %	Professeur à la faculté de médecine
Entretien 7	Femme	> 50 ans	Rural	< 50 %	Nutrition thérapeutique et vieillissement, mésothérapie, homéopathie, médecine du sport, acupuncture, hypnose
Entretien 8	Femme	> 50 ans	Urbain	= 50 %	Hypnose, médecine préventive de l'enfant, acupuncture
Entretien 9	Femme	40 – 50 ans	Urbain	< 50 %	Formation PrEP, encadrement thèse TROD VIH
Entretien 10	Homme	30 – 40 ans	Urbain	> 50 %	Aucune
Entretien 11	Femme	40 – 50 ans	Rural	< 50 %	Gynécologie
Entretien 12	Homme	> 50 ans	Rural	= 50 %	Aucune
Entretien 13	Homme	40 – 50 ans	Rural	= 50 %	Création site internet d'aide à la prescription
Entretien 14	Femme	40 – 50 ans	Rural	> 50 %	Médecine préventive de l'enfant

II La prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans

A la question « quand proposez-vous un dépistage de VIH chez les patients de plus de 50 ans », les réponses apportées par les médecins par ordre de fréquence :

Diagramme 1 : Situations de proposition d'un dépistage de VIH chez les plus de 50 ans



Ce diagramme met en évidence que la majeure partie des médecins interrogés semble évoquer le VIH et son dépistage chez les plus de 50 ans dans le cadre d'un changement de vie (divorce, séparation, nouvelle relation).

La présence de relations sexuelles avec plusieurs partenaires est également une situation d'abord du VIH chez ces patients.

En troisième position, on retrouve que la proposition d'un dépistage VIH est faite sur demande explicite du patient, ex-æquo avec le fait d'être face à un patient HSH et/ou dans le cadre d'une altération de l'état général.

Cela montre que le fait d'être HSH est toujours perçu comme un facteur de risque de séroconversion, même chez les patients plus âgés. Néanmoins, la question de l'orientation sexuelle est peu abordée, et serait annoncée par le patient lui-même.

Entretien 5 « Euh, chez des gens qui ont des habitudes homosexuelles, effectivement quand on en parle »

Seuls 3 médecins interrogés proposent spontanément et/ou de manière systématique le dépistage du VIH dans cette tranche de la population. Pour les médecins qui le font, aucun n'évoque la technique de « Counseling pré test », mais ils utilisent une phrase d'accroche.

Entretien 11 « auriez-vous besoin de refaire des sérologies des IST ? »

Sans que cela soit cité de manière explicite, cela renvoie au concept de communication brève relative à la sexualité (CBS) préconisé par l'OMS³⁶.

A la question sur un exemple d'expérience de dépistage du VIH chez les patients de plus de 50 ans, les médecins rapportent par ordre de fréquence :

- Un contexte de séparation
- Un doute sur la fidélité du/de la partenaire
- Un patient HSH
- Un bilan d'asthénie
- Un patient sous traitement de substitution aux opioïdes

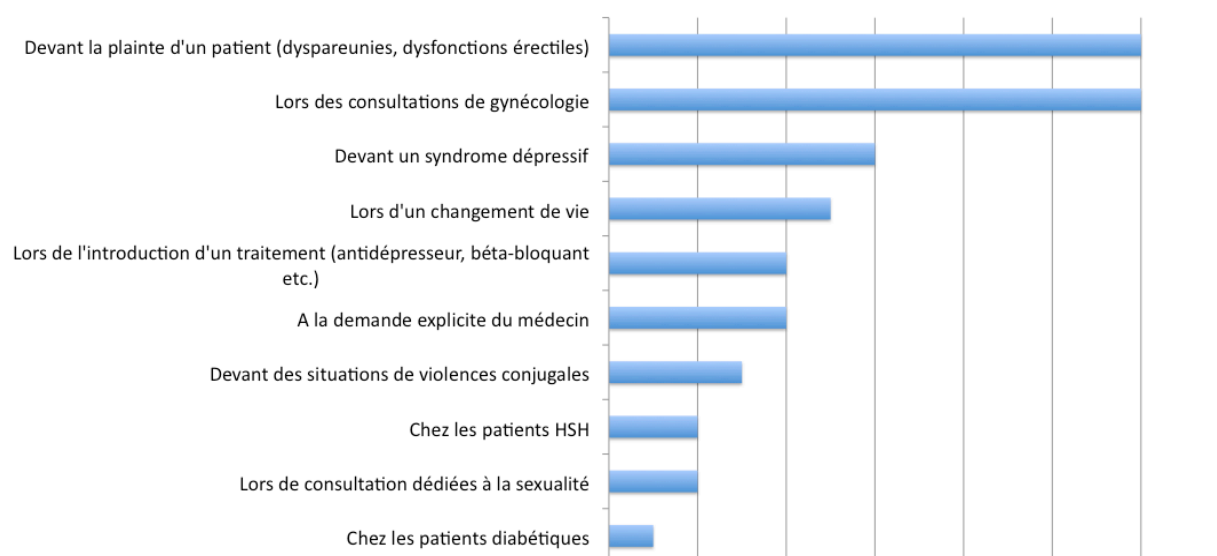
Ces éléments se rapprochent des situations habituelles, citées dans le diagramme 1 où pourraient être proposés des dépistages VIH à la demande du médecin.

Par ailleurs, certains médecins n'ont pas pu citer de situation concrète.

III L'abord de la sexualité avec les plus de 50 ans

A la question sur l'abord de la sexualité avec le patient de plus de 50 ans, les réponses des médecins sont par ordre de fréquence, représentées ci-dessous :

Diagramme 2 : Situations d'abord de la sexualité avec les plus de 50 ans



Ce diagramme met en évidence que l'abord de la sexualité avec les patients de plus de 50 ans est principalement réalisé sur demande explicite du patient, notamment dans le cadre de dysfonctions sexuelles (comme la dysfonction érectile ou les dyspareunies)

Entretien 3 « Je parle peu de sexualité avec les plus de 50 ans, si on ne m'en parle pas »

L'examen gynécologique semble être une situation favorisant l'abord de la sexualité avec les patientes de plus de 50 ans, et ce d'autant plus par les médecins femmes.

Entretien 9 « L'examen gynéco chez une femme, ça va me permettre plutôt d'aborder la sécheresse vaginale, euh la fréquence des rapports ou enfin tu vois la bonne santé sexuelle ou le bon vécu sexuel »

La présence d'un syndrome dépressif est également une porte d'entrée d'abord de la sexualité, notamment via la perte de libido, qui se retrouve dans certains questionnaires de dépression.

L'abord spontané par le médecin, sans signes particuliers, n'arrive qu'en 6^{ème} position.

Néanmoins, une fois abordé, il semble être facile pour la plupart des médecins interrogés d'en discuter.

Entretien 3 « Si on tend la perche je n'ai pas de difficultés à rebondir »

La présence de signes cliniques dans la sphère génitale et/ou de syndrome dépressif restent, en dehors de la demande expressive du patient, les situations les plus fréquentes permettant d'aborder la sexualité chez le patient de plus de 50 ans.

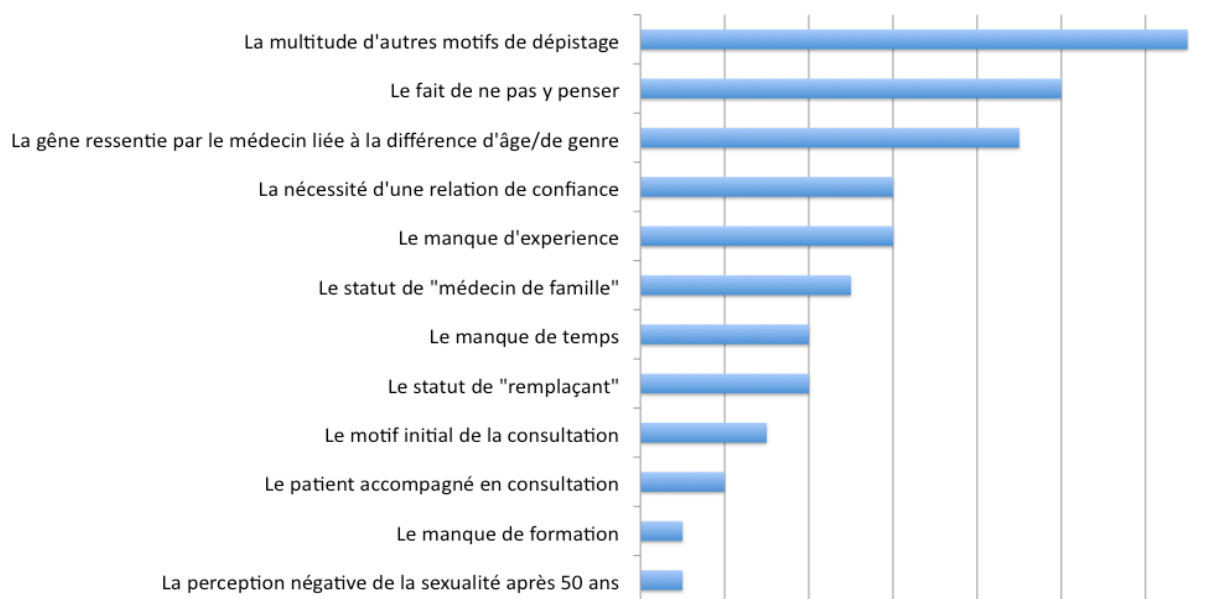
IV Les freins à la prévention des risques liés à la sexualité chez les plus de 50 ans

Concernant les freins exposés lors des entretiens, on retrouve deux grands types de réponses pouvant être regroupées en deux catégories : liés aux pratiques des médecins généralistes et leur position dans la consultation, et liés aux perceptions des médecins sur la sexualité des plus de 50 ans.

Les freins entre le dépistage du VIH et l'abord de la sexualité dans cette tranche de la population se rejoignent.

IV – 1 Freins liés aux pratiques des médecins généralistes

Diagramme 3 : Freins à la prévention des risques sexuels liés aux pratiques des médecins généralistes



Le principal frein à l'abord du VIH et de la sexualité avec les patients de plus de 50 ans exprimé par les médecins est la présence des autres dépistages « habituels », comme le dépistage du cancer colorectal, la mammographie ou le frottis et la prévention cardiovasculaire notamment. Ces dépistages sont rentrés dans la pratique quotidienne des médecins généralistes dans cette tranche de la population, et semble limiter la prévention sexuelle.

De ce constat, découle le fait de ne pas penser au dépistage du VIH et à la sexualité en règle générale.

Entretien 8 « franchement je n'y pense pas »

Enfin, en troisième position, ressort la gêne potentielle ressentie par le médecin à l'abord de cette thématique.

Entretien 10 « C'est moi qui suis gêné d'en parler aux plus âgés »

Cette gêne est surtout marquée par la différence d'âge et de genre entre le médecin et le patient. Les freins liés au genre concernent surtout des femmes médecins, en début de carrière, donc plutôt jeunes. Aucun médecin homme n'a mentionné avoir de difficultés en lien avec la différence de genre.

Le manque d'expérience est également limitant à l'abord de cette thématique avec les plus de 50 ans.

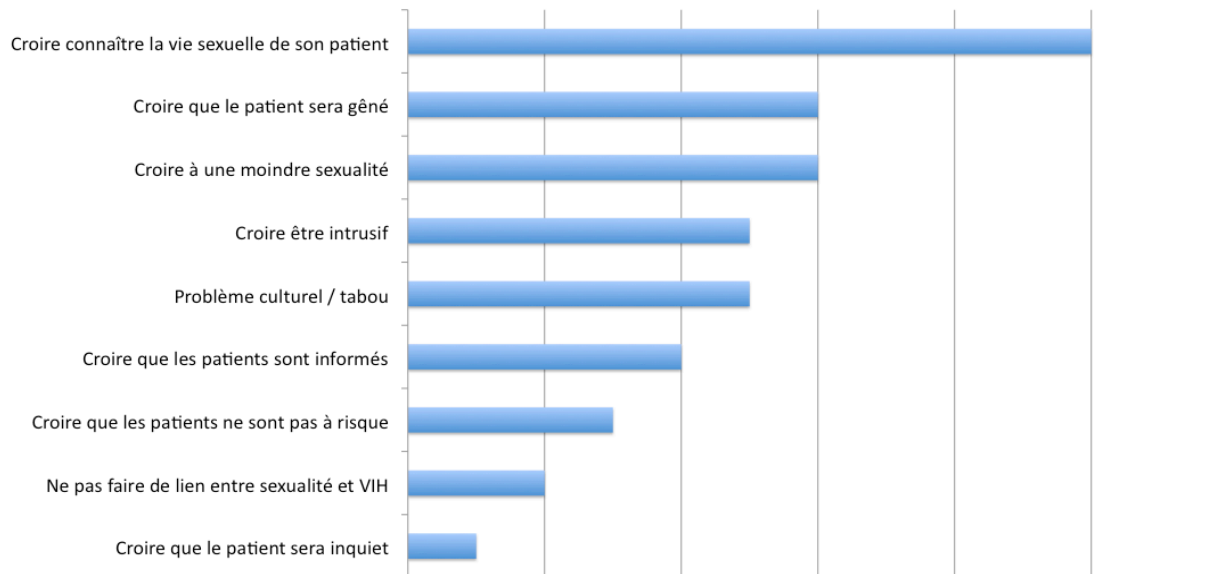
A cela, certains médecins rajoutent que la relation de confiance est indispensable pour pouvoir en discuter.

Entretien 14 « je connais mieux les gens (...) je me sens moins gênée et je me sens moins intrusive ou déplacée »

Mais que le statut de « médecin de famille » peut également être limitant, du fait de la proximité vis-à-vis du patient mais également de son conjoint et/ou de ses enfants.

IV – 2 Freins liés aux perceptions sur la sexualité des plus de 50 ans

Diagramme 4 : Les freins liés aux perceptions sur la sexualité des plus de 50 ans



Le principal facteur limitant l’abord de la sexualité et du dépistage du VIH dans cette tranche de la population est, pour le médecin, le fait de croire connaître la vie sexuelle de son patient, ses pratiques, son orientation etc. sans pour autant avoir posé la question.

Entretien 8 « Les plus vieux bah ils ont déjà une vie de couple stable »

Entretien 10 « La plupart ont des vies assez rangées et calmes »

Cela illustre bien que cette tranche de la population n’est pas considérée comme à risque de contracter le VIH par le médecin généraliste.

Par ailleurs, en deuxième position, la perception d’une sexualité moins active chez les patients de plus de 50 ans, et donc un moindre risque de contamination au VIH, est un frein à la prévention des risques liés à la sexualité. Par exemple, lors de l’entretien 2, la médecin de 36 ans dit « *Je pense qu’on ignore la sexualité à plus de 50 ans* », mais pour autant rajoute plus loin que sa vision des choses change avec son âge « *vue que j’ai bientôt 40 ans (rires) ça change de vue au fur et à mesure* ».

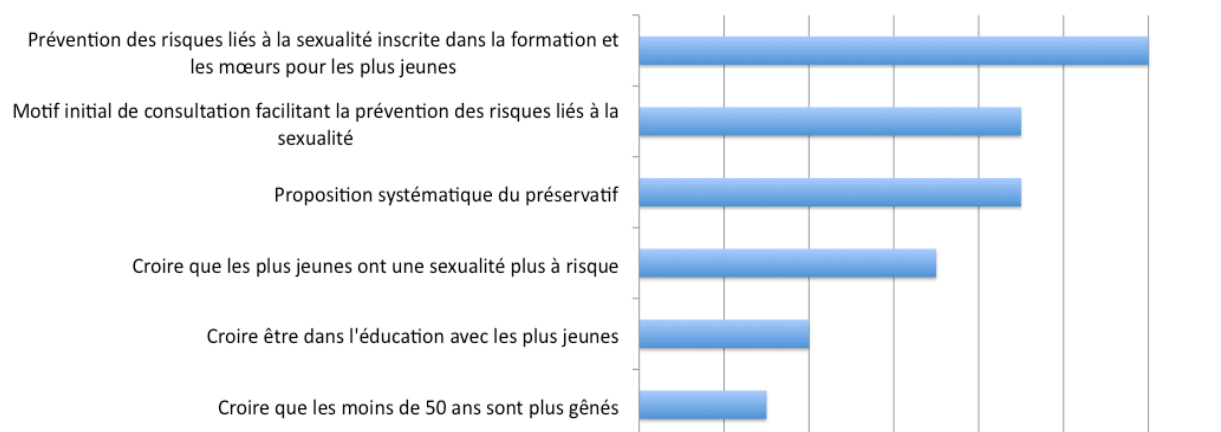
A cela s’ajoute, en deuxième position ex-æquo, que l’abord de la sexualité chez les plus de 50 ans, pourrait gêner le patient.

Entretien 12 « je sais que ça peut les gêner »

V Les différences avec les moins de 50 ans

Il était demandé aux différents médecins s'ils ressentaient des différences à l'abord du VIH et de la sexualité avec les patients plus jeunes. A cette question, il existait une unanimité chez les médecins interrogés pour dire que l'abord de la sexualité chez les plus jeunes semble plus facile, les raisons évoquées par ordre croissant sont :

Diagramme 5 : Différences d'abord de la sexualité et du VIH avec les moins de 50 ans



Pour les médecins généralistes, la principale raison pour laquelle l'abord de la sexualité est plus fréquente avec les plus jeunes, réside dans le fait que, le thème de la prévention des risques liés à la sexualité (grossesse non désirée, IST bactériennes etc.) était plus souvent abordé dans cette population pendant les études de médecine.

Il semble donc plus aisé de parler de cela avec les patients plus jeunes.

Entretien 3 « les jeunes c'est acquis qu'ils ont une sexualité et à 50 ans (rires) c'est peut être moins présent »

Entretien 8 « Les jeunes j'y pense en systématique »

Le motif de consultation serait également plus pourvoyeur pour aborder la prévention des risques liés à la sexualité, avec notamment les sujets de contraception et de grossesse.

Entretien 2 « je dis « bah oui la contraception ça protège du risque de grossesse mais pas des maladies sexuellement transmissibles. Et donc est-ce qu'il y a besoin qu'on fasse des sérologies »

Ces éléments permettent également une proposition plus facile du préservatif.

Il semble ainsi plus simple d'associer les sujets du VIH et de la sexualité par les médecins pour les patients de moins de 50 ans, contrairement aux plus âgés.

Ces éléments semblent mettre en évidence qu'avec les patients de plus de 50 ans, c'est le médecin qui se sent gêné d'aborder la sexualité, du fait de son ressenti personnel, alors

qu'avec les patients plus jeunes, le médecin pense que c'est le patient lui-même qui risque d'être gêné pour parler de sexualité ou de VIH avec le médecin.

Entretien 10 « Finalement ça doit être plus dur presque avec les jeunes, ils seront plus gênés que les plus âgés (...) ils s'en foutent un peu ».

Une seule médecin de moins de 50 ans, a évoqué une difficulté à l'abord de cette thématique avec les plus jeunes, mais nuance son propos en ajoutant que ce ressenti aurait pu être différent quand elle était plus jeune

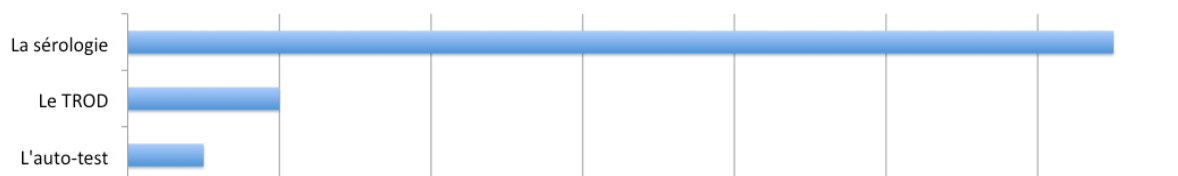
Entretien 14 « je suis plus à l'aise pour en parler avec des gens de plus de 50 ans (...) j'aurais peut-être pas dit ça il y a 10 ans »

Pour autant, ce frein ne semble pas limiter l'abord de la prévention des risques sexuels avec les plus jeunes contrairement aux plus de 50 ans.

VI Les connaissances générales sur la prévention du VIH

Concernant le dépistage du VIH, les techniques abordées par les médecins par ordre de fréquence sont :

Diagramme 6 : Les moyens de dépistage du VIH par les médecins généralistes interrogés

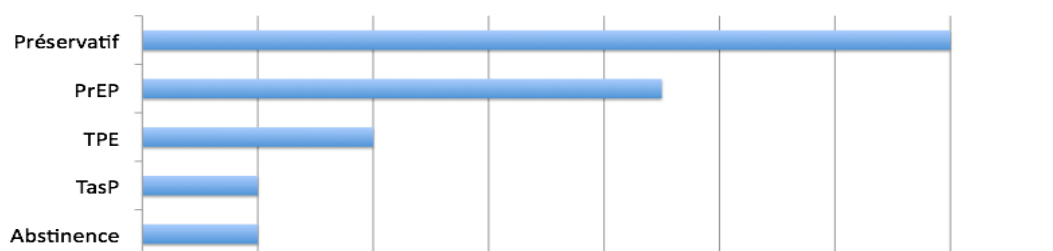


La sérologie semble être la méthode de dépistage la plus utilisée par les médecins généralistes.

Le TROD et l'autotest sont abordés par 3 médecins au total lors des entretiens, et semblent donc peu connus et, de ce fait, peu proposés aux patients, tous âges confondus.

Concernant la prévention globale du VIH, les propositions sont par ordre de fréquence :

Diagramme 7 : Les connaissances sur les techniques de prévention du VIH



Le préservatif reste la méthode de prévention du VIH la plus connue par les médecins généralistes.

Pour autant, il existe pour un certain nombre de médecins une moindre proposition du préservatif chez les patients de plus de 50 ans.

Entretien 2 « J'ai jamais proposé [de préservatif chez un patient de plus de 50 ans] »

Et de fait, pour certains médecins ce moyen de prévention est surtout proposé dans un but de contraception, n'étant plus nécessaire après un certain âge du fait de la ménopause.

Entretien 8 « il n'y a plus besoin de contraception (...) et du coup je ne parle pas de préservatif [avec un patient de plus de 50 ans] »

La PrEP est également une technique connue, au moins de nom, par les médecins interrogés, mais parfois de façon très lointaine.

Entretien 7 « je crois qu'il y a un nouveau traitement (...) pour les gens qui ont des partenaires à risque »

Elle est néanmoins, pour le moment, peu prescrite par ces médecins, avec seulement deux médecins sur quatorze qui ont fait la formation.

Bien que, ne pouvant pas encore être instauré par les médecins généralistes, le TPE est cité comme troisième moyen de prévention. Néanmoins, certains avouent ne jamais en parler,

Entretien 3 « j'en parle pas mais oui je sais que ça existe », d'autres semblent confondre PrEP et TPE, ainsi au sujet de la PrEP lors de l'entretien 2, le médecin dit « Je crois que c'est dans les 24-48h ».

La notion de TasP arrive en quatrième position. Le terme précis n'est donné par aucun médecin interrogé, mais ceux l'évoquant, soit 3 au total, parlent de « charge virale indétectable » comme bon moyen de prévention pour que les patients séropositifs VIH ne le transmettent pas.

Enfin, certains médecins interrogés citent des éléments, qui ne sont pas à proprement parler des dispositifs de prévention, comme l'abstinence, le fait d'informer sur le sur-risque des rapports anaux réceptifs, et un cite la circoncision.

Discussion

I La population étudiée

La population de notre étude regroupait environ 55% de femmes et 45% d'hommes. La majorité des médecins, tous sexes confondus, avaient moins de 50 ans. Pour le ratio homme-femme, cela est représentatif de la population des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2021³⁷, où les médecins généralistes femmes représentent un petit peu plus de la moitié des médecins généralistes.

Concernant la répartition des classes d'âges, il y aurait 21% de médecins qui seraient âgés de moins de 35 ans et 27% de plus de 60 ans en Pays de la Loire³⁷. Notre étude a permis d'interroger 5 médecins sur 14 ayant entre 30 et 40 ans, soit environ 35% des médecins interrogés et 28% pour les plus de 50 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par les conditions de recrutement de notre échantillon, rendues plus difficiles du fait du contexte du Covid-19, et nécessitant l'utilisation des plateformes informatiques, majoritairement utilisées par les plus jeunes. De plus, les tranches d'âges utilisées dans notre étude ne sont pas semblables à celles utilisées par l'ORS, pouvant rendre l'interprétation légèrement différente. Par ailleurs, la majorité des médecins généralistes femmes ont moins de 50 ans, voire moins de 35 ans³⁷, ce qui se rapproche de notre population interrogée. Par contre, il y aurait plutôt une majorité de médecins hommes âgés de plus de 55 ans³⁷, ce qui est moins visible dans notre échantillon du fait d'une moindre proportion de médecins de plus de 50 ans recrutés.

La moyenne d'âge des médecins généralistes en 2021 en Pays de la Loire est de 53,3 ans pour les hommes et de 43,3 ans pour les femmes³⁷.

Par ailleurs, au sein de la population étudiée, il était recherché la présence de formations complémentaires. Dans le cadre des formations liées à la prévention du VIH, 2 médecins femmes âgées de moins de 50 ans et exerçant en milieu urbain précisaient avoir suivi la formation à la prescription de la PrEP. Ces données rejoignent en partie les résultats d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes français en 2021³⁸, qui retrouvait plutôt une tendance des médecins jeunes (de moins de 40 ans) à prescrire la PrEP ou en faire le suivi, et plutôt en milieu urbain.

II La prévention du VIH chez les plus de 50 ans

Les médecins interrogés semblent identifier les publics à risque sans distinction d'âge, notamment les migrants d'Afrique subsaharienne, les HSH et les patients multipartenaires. Ces différentes situations amènent généralement au dépistage du VIH par le médecins généralistes. Une étude française interrogeant les médecins généralistes³⁹ montrait que 71% d'entre eux estiment avoir de bonnes connaissances en terme de dépistage du VIH. Néanmoins, l'évaluation des facteurs de risques chez les patients de plus de 50 ans semble

moins évidente qu'avec les plus jeunes, du fait que la plupart se contamine par voie hétérosexuelle et que comme cité plus haut, les contaminations sont majoritairement pour des patients nés en France.

En dehors d'une situation clinique particulière, les médecins interrogés semblaient peu parler de prévention ou de dépistage du VIH avec les plus de 50 ans. Pourtant, les patients sembleraient demandeurs au dépistage du VIH au moins une fois dans la vie. Ainsi, l'étude Baromètre Santé de 2016⁴⁰, montre que 83% des 55-75 ans accepteraient un dépistage du VIH. La grande majorité soit 81% des personnes interrogées, semblent favorables à un dépistage sur proposition du médecin. Cette information avait déjà été retrouvée lors d'une étude de 2013, où 84% des personnes interrogées pensaient que le médecin généraliste était le meilleur intervenant pour proposer un dépistage du VIH⁴¹. Pourtant, 27% des personnes interrogées évoquent l'absence de dépistage du fait d'un manque de proposition de la part de leur médecin généraliste⁴⁰.

Par ailleurs, déjà en 1999⁴² une publication américaine qui s'intéressait au VIH chez les 50-64 ans, montrait qu'il y avait déjà 10% de découvertes de séropositivité chez les plus de 50 ans. De nos jours, le taux a doublé et atteint 20%, avec, on le sait, un taux de CD4 qui a tendance à plus rapidement diminuer plus on avance en âge lors de la contamination, et avec une progression de la maladie vers un stade SIDA plus rapide. De plus, la présence de comorbidités préalables chez les patients plus âgés, est un facteur de risque de mortalité, à un taux de CD4 identique par rapport aux plus jeunes⁴³.

Par ailleurs, la contamination par le VIH, entre autre, semble plus importante chez les femmes âgées, du fait de l'atrophie de la muqueuse vaginale⁴⁴.

Contrairement aux plus jeunes, la majorité des contaminations des plus de 50 ans a lieu par voie hétérosexuelle, et donc est perçue moins à risque par les soignants et les patients eux-mêmes, entraînant un retard diagnostic⁴³.

III L'abord de la sexualité chez les plus de 50 ans

L'OMS définit la santé sexuelle comme « *un état de bien-être psychique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s'agit pas simplement d'une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de tout coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés* »³⁶.

Une étude suisse de 2011 montrait que 71% des hommes et 51% de femmes de plus de 60 ans avaient des rapports sexuels réguliers⁴⁵. Ces informations ont été retrouvées également dans une étude américaine avec 73% des patients de 57-64 ans interrogés qui avaient des rapports sexuels, ce chiffre déclinant avec l'âge pour atteindre 26% après 75 ans⁴⁶.

Parmi les hommes interrogés, 40% utilisaient des traitements pour des problèmes de

dysfonction érectile⁴⁶. La dysfonction érectile toucherait 20 à 40% des hommes de 60 à 70 ans, et jusqu'à 70% après 70 ans⁴⁷. Les femmes peuvent présenter des troubles du désir sexuel, jusqu'à 50% chez les femmes ménopausées, et/ou des dyspareunies pouvant être secondaires à un trouble de lubrification. Cette problématique était un des motifs d'abord de la sexualité par le médecin, dans notre étude.

Par ailleurs, l'abord de la sexualité était surtout secondaire à la demande du patient, selon les médecins interrogés. Seuls 38% d'hommes et 22% de femmes de plus de 50 ans avaient parlé de sexualité avec leur médecin généraliste⁴⁶.

En Pays de la Loire, on note une augmentation de divorces avec un vieillissement de la population⁴⁸, ces éléments semblent appuyer l'importance de parler du mode de vie et notamment de sexualité avec ses patients en consultation.

Pour favoriser l'abord de la sexualité, dans le cadre de la SNSS de 2017-2030, un guide RPIB⁴⁹ a été proposé aux médecins généralistes, qui renvoie à la notion de Communication Brève en Sexualité.

IV Les freins à la prévention du VIH et l'abord de la sexualité chez les plus de 50 ans

IV – 1 Les freins liés aux pratiques

La présence de multiples motifs de consultations et de consultations elles aussi à motifs multiples, étaient, pour la population interrogée, un frein majeur à la prévention des risques liés à la sexualité. En 2004⁵⁰, il avait été montré que 60% des consultations de médecine générale intéressaient les plus de 45 ans et que 3 principaux motifs concernaient les troubles cardiovasculaires, psychologiques et rhumatologiques. Les actes de prévention représentaient 30% des consultations chez les plus de 45 ans contre 70% chez les moins de 45 ans. Dans notre étude, les médecins interrogés, pour la plupart, eux aussi évoquaient majoritairement en terme de dépistage, la prévention des cancers (colo-rectal, mammaire et du col de l'utérus) et en deuxième lieu, entre autre, les bilans biologiques, l'activité physique, l'alimentation et la recherche d'une hypertension artérielle, qui rentrent dans le champ de la prévention cardiovasculaire.

Par ailleurs, comme dans notre étude, le Baromètre Santé de 2016⁴⁰ évoque un sous-dépistage, plus fréquent chez les hommes de 55-75 ans, lié à l'absence de situation propice comparativement aux femmes (lors des consultations de gynécologie par exemple). Il semblait plus facile pour les médecins interrogés dans notre étude, d'aborder la sexualité avec les femmes. Cette donnée est contradictoire avec un travail réalisé en Ile-de-France⁵¹, qui retrouvait un abord plus simple avec les hommes.

La gêne ressentie par le médecin, à parler de sexualité, évoquée par les médecins de notre échantillon, est un élément également retrouvé dans une étude française de 2019, dans la région Ile-de-France⁵¹. Une autre étude rajoute que 90% des patients interrogés présentant une dysfonction érectile seraient intéressés par un traitement, mais que seuls 10% des médecins

ont interrogé leurs patients à ce sujet⁴⁷. En effet, il semblait peu aisé pour les médecins interrogés dans notre étude, et notamment les femmes, d'aborder la dysfonction érectile avec leurs patients, du fait d'une gêne ressentie mais également d'un manque de formation sur les thérapeutiques à proposer.

La relation de confiance entre le médecin et le patient était dans notre étude un élément important pour aborder ce thème. Mais le manque de temps et le manque de formation sont quant à eux des facteurs limitant les propositions de dépistage du VIH et l'abord de la sexualité avec les plus de 50 ans.

Ces éléments, retrouvés dans d'autres études^{35,52}, peuvent expliquer en partie le retard diagnostique dans cette tranche de la population.

IV – 2 Les freins liés aux perceptions

Une étude américaine³⁵ évoquait également l'inconfort à parler de sexualité avec les patients de plus de 50 ans, du fait de problèmes culturels et des stéréotypes, qui est une donnée retrouvée auprès des médecins interrogés dans notre étude.

Plus récemment, une étude réalisée en Ile-de-France⁵¹ étudiait la prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans rejoint nos résultats avec la notion de « croyances erronées », avec notamment une moindre perception des risques chez ces patients de plus de 50 ans, par le fait de ne pas les imaginer avec une sexualité notamment multipartenaire, de croire qu'ils sont suffisamment informés ou qu'il s'agit de la pathologie du plus jeune.

Notre étude montre que les médecins interrogés avaient eux-mêmes cette perception d'absence de risque chez leurs patients de plus de 50 ans. Cette donnée était retrouvée dans une étude américaine récente, qui étudiait les freins et facilitateurs de dépistage du VIH⁵². Une des principales raisons n'amenant pas le médecin généraliste à proposer un dépistage, était le fait de croire que les personnes plus âgées ne sont pas à risque de contamination⁵². C'est également une croyance qui semble être partagée par le patient lui-même, ainsi le Baromètre Santé de 2016⁴⁰ montrait que 67% des personnes interrogées croyaient ne pas avoir de risques d'avoir été exposé au VIH.

Les personnes plus âgées auraient ainsi moins de proposition de dépistage de la part des médecins, pourtant 90% des personnes interrogées seraient enclin à un dépistage⁵².

Une étude italienne s'est intéressée aux perceptions sur la sexualité après 50 ans et pour les patients en institution⁴⁷, du côté des soignants et des patients, et retrouve notamment des croyances comme « la sexualité n'existe pas dans la vieillesse » ou « la sexualité chez les personnes âgées est ridicule », rejoignant les données de notre étude. Avec le vieillissement du corps, la sexualité peut être perçue comme dégoûtante voir perverse par les patients eux-mêmes, limitant pour ces patients, l'abord de ce sujet. De plus, cette étude rajoute la notion de « présumé hétérosexuel » et « d'homosexualité cachée », qui rejoint une information retrouvée auprès des médecins généralistes de notre étude, qui était de penser connaître l'orientation sexuelle de son patient, sans pour autant en poser la question. En outre, il

semblerait que l'homosexualité soit moins assumée par les plus vieux⁴³ et qu'ainsi le mode de contamination serait plus souvent inconnu chez les plus âgés.

V Les différences avec les plus jeunes

Déjà en 1999⁴², la prévention chez les plus de 50 ans ne semblait pas être une priorité, cela étant vu comme la maladie du « jeune ». De plus, les symptômes de primo-infection pourraient être attribués uniquement au vieillissement et de ce fait n'amenant pas à proposer un dépistage du VIH, avec par exemple une altération de l'état général ou une fièvre qui amèneraient à rechercher des pathologies somatiques autres. Ils précisent qu'à cette époque déjà, les campagnes d'informations étaient adressées majoritairement aux jeunes.

Par ailleurs, il existait déjà une moindre utilisation du préservatif chez les plus de 50 ans, du fait principalement d'un manque d'information, car seuls 28% des plus de 50 ans considéraient le préservatif comme efficace contre le VIH contre plus d'un tiers des moins de 50 ans. Il est de ce fait de nos jours, beaucoup plus utilisé par les jeunes à 48,9%⁵³. Il semblerait que les pratiques n'aient pas beaucoup changé à ce propos depuis plus de 20 ans.

Enfin, en 1999⁴², il prédominait un moindre dépistage chez les plus de 50 ans, avec seulement 26,6% des plus de 50 ans qui avaient déjà été testés contre 46,8% chez les moins de 50 ans, qui reste une tendance identique de nos jours, et également retrouvée dans notre étude.

Les médecins interrogés exprimaient pour la majorité, l'abord de la prévention des risques liés à la sexualité plus simple chez les plus jeunes, du fait de situations propices. Ces données, et notamment pour les consultations de contraception et de grossesse⁵⁴ sont retrouvées dans notre enquête.

Les médecins de notre étude semblaient avoir des difficultés pour établir un lien entre sexualité et prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans, contrairement aux plus jeunes. En effet, l'abord de la sexualité par les dysfonctions érectiles par exemple, n'amenait pas systématiquement au fait de parler du VIH chez les plus âgés. Une étude de 2016⁵⁵ semble aller dans ce sens, car elle retrouve que 34% des consultations abordant une sérologie du VIH n'ont pas permis de parler de sexualité.

D'autre part, le gouvernement a mis en place la feuille de route de la stratégie en Santé Sexuelle 2021-2024⁸, instaurant la consultation longue de santé sexuelle permettant l'abord de la sexualité et des IST. Néanmoins, elle ne s'adresse qu'aux patients mineurs, en remplacement notamment de la consultation de contraception.

VI Les connaissances générales sur la prévention du VIH

Le moyen de dépistage le plus abordé dans notre étude est la sérologie. Aucun médecin de notre étude n'a cité le dispositif « Au labo sans ordo », qui est un dispositif ne nécessitant pas le passage par le médecin généraliste, et qui n'était, lors de notre étude, réalisé qu'à Paris et dans les Alpes-Maritimes, et qui n'a été étendu qu'à toute la France début 2022.

Par ailleurs, il semble exister cependant une moindre connaissance et de ce fait une moindre information des patients, sur les autres techniques de dépistage comme le TROD ou l'autotest, car il s'agit de deux dispositifs pouvant être réalisés par d'autres dépisteurs (les associations comme les CeGiDD ou les patients eux-mêmes) qui s'adressent à des personnes ne souhaitant pas forcément se rendre chez leur médecin.

Concernant les autotests, la réévaluation de la stratégie de dépistage du VIH par la HAS en 2017¹⁶ encourage l'utilisation de ce dispositif, notamment pour permettre à des populations plus éloignées des centres de soins de pouvoir avoir accès au dépistage. De plus, l'étude Barotest de 2016⁴⁰, a montré une acceptabilité des autotests de 73,4% par les participants. Mais comme pour les TROD, ce dispositif n'est pas proposé par les médecins généralistes, du fait qu'il n'y ait pas de prescription médicale nécessaire. 59,4% des médecins d'une étude se disaient en accord avec le fait de proposer le TROD lors de leurs consultations³¹, mais cela semblait néanmoins difficile dans la pratique quotidienne du fait du manque de temps notamment. Cette notion de temps rejoint un des freins cité par les médecins de notre étude.

Concernant la prévention globale, le préservatif est le moyen le plus utilisé et proposé par les médecins généralistes. Il reste néanmoins sous-proposé par les médecins aux patients de plus de 50 ans, avec seulement 14,3% des patients de plus de 50 ans qui utilisaient cette méthode⁵³. Cela peut s'expliquer en partie du fait de l'absence de risque de grossesse associé⁵² et également que le préservatif pourrait aggraver le problème de dysfonction érectile. Ainsi, selon deux études américaines 20-30% des personnes interrogées de plus de 50 ans avaient des rapports sexuels, sans pour autant se protéger avec des préservatifs⁵⁶ et 10 à 20% des participants déclaraient avoir une dysfonction érectile avec le préservatif⁵⁷.

La PrEP était le deuxième moyen de prévention cité dans notre étude, mais semblait peu proposé aux patients, voire pas du tout évoqué.

En 2021, une étude française a interrogé les médecins généralistes sur leurs connaissances concernant la PrEP³⁸, et retrouve que la majorité était favorable à la PrEP, mais que seuls 6,3% d'entre eux étaient prescripteurs. Parmi les médecins ne prescrivant pas la PrEP, 97% estimaient avoir une connaissance faible concernant ce moyen de prévention. Une autre étude, du CoreVIH de Normandie⁵⁸, montrait que 73% d'entre eux connaissent la PrEP et que 56% souhaitaient être formés à ce sujet. En effet, l'absence de formation semble être le premier frein à la prescription de la PrEP par les médecins généralistes pour 90,6% des médecins interrogés³⁸, et ce notamment par le fait de croire que très peu de leurs patients seraient éligibles à cette prophylaxie³⁸. De fait, une étude récente réalisée entre avril 2019 et octobre 2020 montre que 90,5% des patients potentiellement éligibles à la PrEP auraient consulté leur médecin généraliste dans l'année précédent le diagnostic de séropositivité²⁸.

Depuis 2021, la HAS⁵⁹ a mis à disposition une fiche permettant de répondre aux interrogations des médecins généralistes à propos de ce traitement et pour les accompagner dans la prescription du renouvellement. De plus, les médecins généralistes sont maintenant

autorisés depuis juin 2021 à la prescrire. Ils peuvent se former à distance via la plateforme Formaprep ou lors de formations organisées par les CeGIDD.

Par ailleurs, le TPE semble être une méthode de prévention peu commune pour les médecins généralistes, peut-être aussi du fait qu'ils ne sont pas autorisés à la prescrire et reste accessible uniquement en CeGGID sur les heures ouvrables ou aux urgences des centres hospitaliers. Les délais d'attente et la surcharge des services pourraient être un frein à la prise de ce traitement. Le gouvernement a inscrit dans la feuille de route de SNSS 2021-2024⁶ le souhait d'élargir la délivrance du TPE par les médecins de premier recours, permettant un plus large accès.

Le TasP a été peu évoqué dans notre étude, pour autant il semble que ce moyen de prévention soit connu par 58% des médecins généralistes en France, et que ces derniers sembleraient intéressés par une formation à ce sujet⁵⁸.

Biais et limites

Notre étude présente plusieurs biais.

Il existe un biais de sélection, du fait que les médecins recrutés étaient pour la plupart intéressés par le sujet. De fait, les refus étaient liés au fait que les médecins ne se sentaient pas à l'aise avec le sujet et préféraient ne pas répondre au questionnaire.

Cela a rendu plus compliqué le nombre de médecins à intégrer dans l'étude.

Il existe un biais d'information, du fait notamment du manque de temps de certains médecins, dans le contexte de Covid-19 principalement. Certains entretiens ont du être réalisés entre deux consultations, avec un temps restreint de discussion. A cela, pouvait se rajouter des limites de restitution des informations, du fait du temps limité.

Conclusion

Le dépistage du VIH et la santé sexuelle restent des sujets sous-abordés en médecine générale, et d'autant plus chez les patients de plus de 50 ans. Cela expliqué en partie, par une moindre perception du risque, des perceptions pouvant être erronées quant à la sexualité et les connaissances de cette population, le manque de formation dans ce domaine et une problématique toujours considérée comme tabou.

Pourtant, les chiffres montrent que les séroconversions VIH dans cette tranche de la population ne sont pas négligeables et sont faites à des stades plus tardifs que les populations plus jeunes.

Il semble important de promouvoir la prévention du VIH, et la santé sexuelle chez les patients de plus de 50 ans. Il pourrait être intéressant d'intégrer au « bilan de santé » proposé par une majorité de médecins généralistes à 50 ans, un dépistage du VIH.

Pour permettre l'abord de la sexualité plusieurs pistes pourraient être mises en place, comme créer une consultation dédiée à la prévention sexuelle des plus de 50 ans, à l'instar des consultations de primo prescription de la contraception chez les plus jeunes, ouvrant les possibilités de discussion autour de la santé sexuelle, dont le dépistage du VIH. Egalement, la mise en place de flyers ou d'affiche abordant ces deux thèmes en salle d'attente seraient également un moyen d'ouvrir la conversation.

Enfin, depuis l'autorisation de juin 2021 concernant la primo-prescription de la PrEP par les médecins généralistes, et ouvrant ainsi la possibilité de formation et de discussion autour du sujet du VIH, il serait également intéressant de pouvoir proposer la prescription du TPE-VIH aux médecins généralistes, facilitant l'accès aux soins et la prévention du VIH.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères : VIH et sida [Internet]. 2020 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. ONUSIDA. Fiche d'information - Journée mondiale du SIDA 2021 [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
3. ONUSIDA. Comprendre l'accélération, passer à la vitesse supérieure pour mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici 2030 [Internet]. 2015 [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_fr.pdf
4. ONUSIDA. Beaucoup d'hommes séropositifs non identifiés et sans traitement [Internet]. ONUSIDA. 2022 [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/story-type/update>
5. Tavoschi L, Dias JG, Pharris A, Schmid D, Sasse A, Beckhoven DV, et al. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. *The Lancet HIV*. 1 nov 2017;4(11):e514-21.
6. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;26.
7. Santé publique France, COREVIH Pays de la Loire. Bulletin de santé publique, Pays de la Loire. déc 2021;
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 [Internet]. 2021 [cité 8 déc 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_2021-2024.pdf
9. Santé publique France. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Bulletin de Santé publique, Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. nov 2019 [cité 1 juin 2022]; Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/209820/document_file/bsp_vih-ist_bfc_novembre_2019.pdf
10. Santé publique France. VIH/sida: la maladie [Internet]. 2020 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/donnees/#tabs>
11. Santé publique France. Bulletin de Santé Publique, édition nationale [Internet]. 2021 [cité 20 avr 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/393745/document_file/BSP_National_VIH_IST_2021_v2.pdf
12. Santé publique France. Bulletin de Santé Publique, édition nationale. 2020.

13. Lert F, Bouvet de la Maisonneuve P, Ngoh P, Touitou I, Valbousquet J, Le Hô E, et al. « Au labo sans ordo » : une expérimentation pour étendre l'offre de dépistage du VIH à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Résultats intermédiaires à 6 mois, juillet-décembre 2019. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 15 juill 2020;
14. Tran TC, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 24 sept 2018 [cité 4 janv 2021]; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_1.html
15. Secher S, Boldron C, Jovelin T, COREVIH Pays de la Loire. Rapport d'activité épidémiologique VIH 2019 [Internet]. 2019 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1aNyq-h4ZMnuY2xvLUYYnTfPAL5kQqUQL/view?usp=embed_facebook
16. Santé publique France. Bulletin de Santé Publique, Pays de la Loire [Internet]. 2020 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/385169/document_file/bsp_vih_ist_pays_de_la_loire_novembre_2020.pdf
17. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_866949/fr/depistage-de-l-infection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage
18. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe des experts «Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH». 2018;46.
19. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
20. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2016;16.
21. Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence - Légifrance [Internet]. [cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022320859/>
22. HAS. Avis de la CNEDiMTS: EDEN, préservatif masculin lubrifié [Internet]. 2018 juin [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5519_EDEN_12_juin_2018_\(5519\)_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5519_EDEN_12_juin_2018_(5519)_avis.pdf)
23. HAS. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir/emtricitabine (TRUVADA et ses génériques) [Internet]. 2019 [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-05/bum_truvada_maj_avril2019.pdf

24. Bonnet N, Hochet M, et al. Guide pratique : repérage précoce et intervention brève en santé sexuelle en contexte addictologique [Internet]. 2021 [cité 8 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/03/Guide-RPIB-sante-sexuelle-BAT4.pdf>
25. Société Européenne de Recherche Clinique du Sida. Recommandations version 10.0. 2019.
26. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 3 déc 2015;373(23):2237-46
27. Molina JM, Ghosn J, Delaugerre C, Pialoux G, Katlama C, Slama L, et al. Incidence of HIV infection with daily or on-demand oral prep with TDF/FTC in France. *Topics in Antiviral Medicine* 2021 ;29(1):43-44
28. Poizot-Martin I, Lions C, Laroche H, Cotte L, Cua E, Pialoux G, et al. Opportunités manquées de PrEP en France en 2019:Enquête ANRS 95 041 OMaPrEP [Internet]. Disponible sur : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jni/2021/com/col7-02-piroth.pdf>
29. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;32.
30. Cazein F, Costagliola D, Lot F, Lydié N, Velter A, Marty L, et al. Que sait-on aujourd'hui de la situation du VIH en France? La crise sanitaire a-t-elle fragilisé la prévention, le dépistage et la prise en charge des PVVIH? [Internet]. ANRS, INSERM; 2021 août [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: https://www.anrs.fr/sites/default/files/2021-09/Rapport_situationVIH_sept21_def.pdf
31. Gauthier R, Livrozet JM, PrevotEAU du Clary F, Taulera O, Bouée S, Aubert JP, et al. Feasibility and acceptability of rapid HIV test screening (DEPIVIH) by French family physicians. *Elsevier* [Internet]. nov 2012 [cité 4 mai 2022];42(11). Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0399077X12002077?token=5B91F3ADF2FA1C25F26F6AF812AB0E2A0EEC5DD047791CC770ECFC1147B916D126C8D2B804D497616DE8E029BDEEAEC1&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220504101937>
32. Santé publique France. VIH/sida : notre action [Internet]. 2020 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida>
33. Conseil National du SIDA. Rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH [Internet]. 2012 déc [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/2012-20-12_rap_fr_depistage.pdf
34. «Au Labo Sans Ordo», le dépistage sans ordonnance dans les laboratoires, élargi à toute la France [Internet]. vih.org. [cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://vih.org/2021/1001/au-labo-sans-ordo-le-depistage-sans-ordonnance-dans-les-laboratoires-elargit-a-toute-la-france/>

35. Davis T, Teaster PB, Thornton A, Watkins JF, Alexander L, Zanjani F. Primary Care Providers' HIV Prevention Practices Among Older Adults. *J Appl Gerontol.* déc 2016;35(12):1325-42.
36. World Health Organization. Communication brève relative à la sexualité : recommandations pour une approche de santé publique. World Health Organization; 2016.
37. ORS Pays de la Loire. Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire [Internet]. 2021 [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_31_MED_SP_E_generalistes_v3.pdf
38. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t-il des freins ? *Sante Publique.* 2 juill 2021;33(1):101-12.
39. Zahnd F. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH dans la région Auvergne-Rhône-Alpes: quelles pratiques en 2018? [Thèse d'exercice] Grenoble Alpes; 2019.
40. Bruyand M, Rahib D, Gautier A, Cazein F, Brouard C, Lydié N, et al. Opinions et pratiques des personnes âgées de 18 à 75 ans en France métropolitaine vis-à-vis du dépistage du VIH en 2016. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet]. 11 sept 2019 [cité 4 janv 2021];(31-32). Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_6.html
41. Chapelet E. Acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale. [Thèse d'exercice] Nantes; 2013.
42. Mack KA, Bland SD. HIV Testing Behaviors and Attitudes Regarding HIV/AIDS of Adults Aged 50–64. *The Gerontologist.* 1 déc 1999;39(6):687-94.
43. Allavena C, Hanf M, Rey D, Duvivier C, BaniSadr F, Poizot-Martin I, et al. Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population: The challenge of geriatric patients. *PLOS ONE.* 21 sept 2018;13(9):e0203895.
44. Karpiak SE, Luniewicz JL. Age Is Not a Condom: HIV and Sexual Health for Older Adults. *Curr Sex Health Rep.* 1 sept 2017;9(3):109-15.
45. Netgen. Infection VIH et personnes âgées [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-316/Infection-VIH-et-personnes-agees>
46. Lindau ST, Schumm LP, Levison W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *New England Journal of Medicine.* 23 aout 2007 ;357(8) :762-74
47. L.J Dominguez, M.Barbagallo *European Geriatric Medicine* Volume 7 Issue 6 Décembre 2016 Pages 512-518 sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S18787649163000675?via%3Dihub>
48. Blanchet M., Artaud E. Vieillesse de la région Pays de la Loire. Etat des lieux et perspectives démographiques [Internet]. 2019 oct [cité 4 janv 2021]. Disponible sur:

https://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/sites/default/files/inline-files/etude-perspectives-demographiques_0.pdf

49. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
50. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. juin 2004 [cité 22 juill 2022];(315). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er315.pdf>
51. Sagot J. L'abord du dépistage du VIH chez les patients de plus de 50 ans par les médecins généralistes: une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne université (Paris). Faculté de médecine; 2019.
52. Youssef E, Cooper V, Delpech V, Davies K, Wright J. Barriers and facilitators to HIV testing in people age 50 and above: a systematic review. *Clinical Medicine*. 1 déc 2017;17(6):508-20.
53. Libaud H. Évaluation des connaissances, de la perception du risque et des comportements de prévention vis-à-vis du VIH/Sida chez les sujets de plus de 50 ans [Mémoire]. Paris Descartes; 2018.
54. Terrier A. Situations d'abord de la sexualité et de proposition de dépistage du VIH en Médecine Générale. [Thèse d'exercice] Bordeaux; 2017.
55. Jary N. Lien entre proposition de dépistage du VIH et abord de la sexualité en médecine générale [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2016.
56. Schick V, Herbenick D, Reece M, Sanders SA, Dodge B, Middlestadt SE, et al. Sexual Behaviors, Condom Use, and Sexual Health of Americans Over 50: Implications for Sexual Health Promotion for Older Adults. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(s5):315-29. (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1743-6109.2010.02013.x>)
57. Li DH, Newcomb M, Macapagal K, Remble T, Mustanski B. Condom-associated erectile function, but not other domains of sexual functioning, predicts condomless insertive anal sex among young men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*. janv 2020;49(1):161.
58. Vautrin D. Analyse des modalités et de l'offre de dépistage du VIH et des IST en médecine générale et en CeGIDD en Seine Maritime. :32.
59. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 mai 2022]. 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

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

1/ Parlez-moi de vous (*âge, sexe, lieu d'exercice, formations complémentaires etc...*)

2/ Quel type de patientèle suivez-vous ? Quelle proportion de patients de plus de 50 ans ?

3/ Quels axes de prévention en règle générale abordez-vous avec vos patients de plus de 50 ans ?

4/ Quand proposez-vous un dépistage du VIH, notamment chez vos patients les plus de 50 ans ?

Avez vous en tête une consultation où vous avez proposé un dépistage du VIH chez un patient de plus de 50 ans dans votre carrière ?

5/ Parlez-vous de sexualité avec vos patients, et notamment les plus de 50 ans ?

- Comment et dans quelles situations ?

6/ Quels sont selon vous les intérêts et les freins à parler de sexualité et de VIH avec les plus de 50 ans ?

- Différences entre les plus et moins de 50 ans en terme de prévention des risques liés à la sexualité ?

- Si ne l'aborde pas, comment vous sentez vous quand le patient l'aborde ?

- Pour les médecins plus âgés : Différence début de carrière / fin de carrière ?

7/ Quels moyens de prévention globale du VIH connaissez-vous ? Lesquels utilisez-vous dans votre pratique ? (*Sérologie, TROD, auto-test, TasP, PreP, TPE, préservatif*) avec une relance si besoin si peu d'éléments ou mauvaise compréhension de la question

- pour les médecins connaissant la PrEP : FormaPrEP ? Prescription ?

Vu, le Président du Jury
Professeur RAFFI François

Vu, le Directeur de Thèse
Docteur BLANCO Patrick

Vu, le Doyen de la Faculté

Titre de Thèse : Evaluation de la prévention du VIH chez les patients de plus de 50 ans par les médecins généralistes de Loire Atlantique

RESUME

Introduction

Le dépistage du VIH reste le maillon faible de la prise en charge de cette maladie, et ce d'autant plus chez les patients de plus de 50 ans en France et en Loire-Atlantique.

Matériel et méthode

14 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique

Résultats

- Dépistage du VIH dans certaines situations (changement de vie, HSH, à la demande du patient)
- Moindre prévention chez les plus de 50 ans (moindre perception du risque, manque de formation, fausses croyances)
- Difficultés d'abord de sexualité (abord par le patient ou point d'appel)
- Facilités d'abord avec les moins de 50 ans et d'établissement d'un lien entre sexualité et VIH
- Connaissances des principaux moyens de prévention (préservatif, sérologie)
- Moindre connaissance ou confusion des nouveaux moyens (PrEP, TPE, TasP)

Conclusion

Il existe un sous-dépistage du VIH chez les patients de plus de 50 ans en médecine générale, notamment du fait de fausses croyances, de manque de formation et de difficultés d'abord de la sexualité. Il est nécessaire d'inclure aux mesures de prévention du VIH cette catégorie de la population, qui du fait d'un moindre repérage est moins traitée. D'autant que la PrEP est désormais prescriptible par les médecins généralistes.

Il serait intéressant d'intégrer le dépistage et la prévention sexuelle dans des consultations dédiées.

MOTS-CLES

Prévention, dépistage du VIH, patients de 50 ans et plus, médecins généralistes, Loire-Atlantique, sexualité