

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 03, octobre, 2013 à Poitiers
par **Sébastien SAVIGNY**

Titre

Acceptabilité de la réalisation d'un Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD)
de l'infection par le VIH dans un cabinet de médecine générale des Deux-Sèvres

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Membres : Docteur Virginie Migeot Maître de conférence et Praticien hospitalier
Professeur Gérard Agius

Directeur de thèse : Docteur Gwenaël Le Moal Praticien hospitalier

Table des matières

Remerciements	5
1 INTRODUCTION – CONTEXTE	6
1.1 Epidémiologie de l'infection au VIH :	6
1.1.1 La place du VIH dans le monde	6
1.1.2 La place de la France dans l'infection :	8
1.1.2.1 Maladie à déclaration obligatoire	8
1.1.2.2 La surveillance virologique	8
1.1.2.3 Enquête LaboVIH : une surveillance de l'activité globale du dépistage :	9
1.1.3 La prévalence de l'infection par le VIH :	9
1.1.3.1 La méthode directe	10
1.1.3.2 Le rétrocalcul :	10
1.1.3.3 La prévalence :	10
1.1.4 L'incidence de l'infection par le VIH :	11
1.1.4.1 Epidémiologie des nouveaux séropositifs	12
1.1.4.2 Répartition géographique des découvertes de séropositivité ..	14
1.2 La place du dépistage en France	15
1.2.1 Organisation du dépistage	16
1.2.2 Les chiffres du dépistage en 2011	17
1.3 Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [18]...	18
1.3.1 Enjeux	19
1.3.2 Objectifs	19
1.3.3 Trois grands axes	20
1.4 La place de la médecine de ville	20

1.4.1 Le médecin généraliste et le dépistage	21
1.4.2 Initiative au dépistage	22
1.4.3 Freins au dépistage retrouvés en médecine de ville	22
1.5 Les Tests Rapide d'Orientation Diagnostique :	23
1.5.1 Définitions	23
1.5.2 Principes des tests d'orientation diagnostique rapide.....	23
1.5.3 Indications.....	24
1.5.4 Les différents TROD (Cf. Tableau 1).....	26
1.5.5 La place du TROD en médecine générale	28
2 MATERIEL ET METHODES :	29
2.1 Objectif principal de l'étude.....	29
2.2 Objectif secondaire de l'étude.....	29
2.3 Méthodes.....	29
2.4 Population.....	30
2.5 Critères d'inclusion	31
2.6 Analyses statistiques	31
2.6.1 Population d'analyse	31
2.6.2 Score de connaissance sur les modes de transmissions	31
2.6.3 Méthode d'analyse	32
3. RESULTATS	32
3.1 Inclusions.....	32
3.2 Age et sexe.....	33
3.3 Nationalité des patients de l'étude	34
3.4 Situation professionnelle des patients de l'enquête	35
3.5 Niveau d'étude des patients inclus.....	36

3.6	Connaissance sur les modes de transmission de l'infection par le VIH	37
3.6.1	Résultats des questionnaires	37
3.6.2	Les différents niveaux de connaissance.....	38
3.7	Dépistage VIH.....	39
3.7.1	Réalisation d'une sérologie antérieure	39
3.7.2	Facteurs de non réalisation d'un dépistage.....	39
3.8	Guérison et traitement du VIH	40
3.9	Le TROD au cabinet	41
3.9.1	Acceptabilité du Test Rapide d'Orientation Diagnostique.....	41
3.9.2	Critères d'acceptabilité de la réalisation du TROD.....	41
3.10	Acceptabilité de la réalisation du TROD.....	42
4.	DISCUSSION	46
5.	CONCLUSION.....	54
6.	BIBLIOGRAPHIE	56
7.	ANNEXE.....	62
7.1	Annexe 1 : Questionnaire de l'étude	63
7.2	Annexe 2 : Liste des Professeurs des Universités et des Maitres de Conférence Universitaire	63
7.3	Annexe 3 : Serment d'Hippocrate	63

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse.

Au Docteur Gwenaël LE MOAL pour avoir su me guider dans ce travail.

Aux membres du jury, de m'avoir honoré de faire partie du jury.

A mes parents pour leur soutien, leur présence et de m'avoir permis de réaliser mes rêves.

A ma sœur pour son soutien et ses encouragements.

A tous ceux qui m'ont supporté pendant cette période difficile qu'est l'écriture d'une thèse.

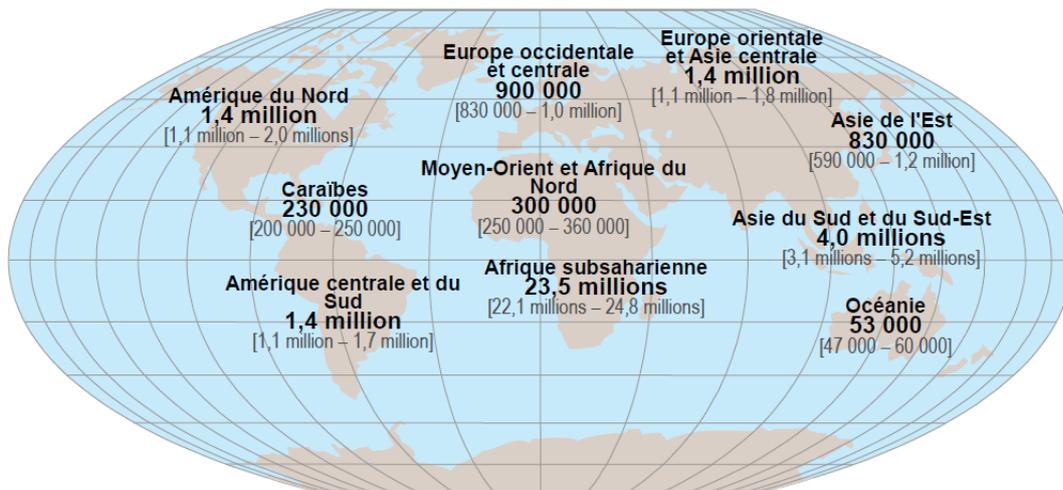
1 INTRODUCTION – CONTEXTE

1.1 Epidémiologie de l'infection au VIH :

1.1.1 La place du VIH dans le monde

En 2011, dans le monde, on estime à environ 34 millions (IC 95 % [31.6 - 35.2 millions]) de personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et une personne sur deux seulement connaît son statut sérologique.

La majorité des personnes infectées vivent en Afrique subsaharienne estimée à 22.9 millions (IC 95 % [21,6 - 24,1 millions]) en 2010, soit 67 % de la population mondiale infectée [1]. (Cf. figure 1).

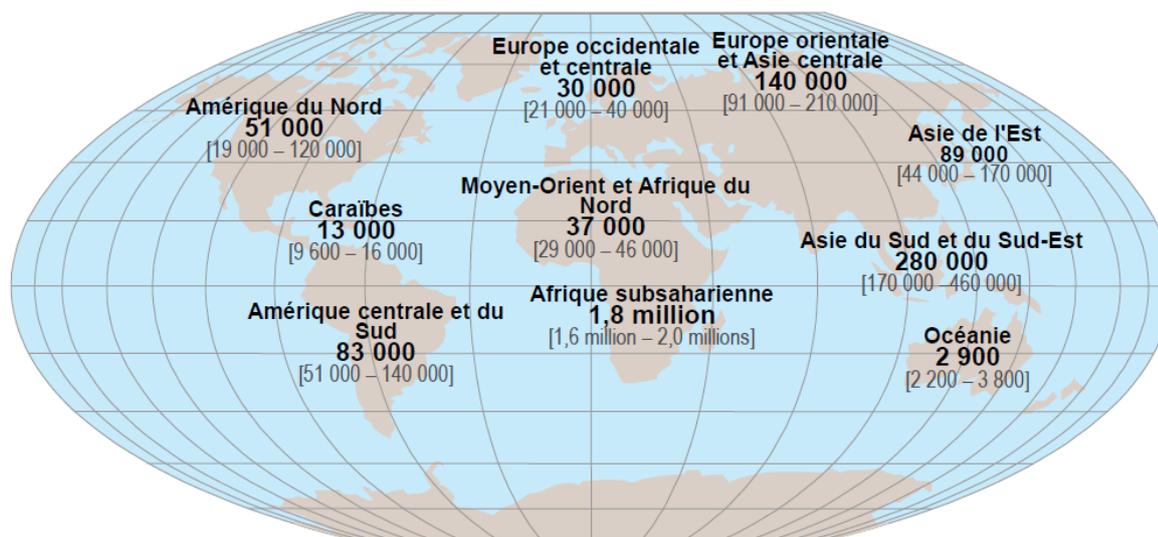


Total : 34,0 millions [31,4 millions – 35,9 millions]

Figure 1 : *Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2011* (Source : Rapport ONUSIDA 2011, Décembre 2012)

Durant l'année 2011, on estimait à 2,5 millions (IC 95 % [2,2 – 2,8 millions]) le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde, dont 390 000 enfants (IC 95 % [340 000 - 450 000]). C'est environ un sixième

de moins (14,8 %) qu'en 1999, année pendant laquelle on estimait que 3,1 millions de personnes (IC 95 % [2,9 – 3,4 millions]) s'étaient contaminées [1] (Cf. figure 2).



Total : 2,5 millions [2,2 millions – 2,8 millions]

Figure 2 : Estimation du nombre d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH 2011 (Source : Rapport ONUSIDA 2011, Décembre 2012)

Le nombre de décès annuels liés au sida diminue régulièrement à travers le monde depuis 2004 surtout grâce notamment à un accès plus large des traitements antirétroviraux et une prise en charge plus précoce : après avoir atteint un pic de 2,1 millions (IC 95 % [1,9 – 2,3 millions]) en 2004, on estimait le nombre de décès dans le monde à 1,7 millions (IC 95 % [1,5 – 1,9 millions]) en 2012.

D'après le rapport de l'ONUSIDA en 2012, 14,8 millions de personnes seraient éligibles à la trithérapie alors que seulement 8 millions de patients sont sous antirétroviraux. [1]

Grâce aux efforts fournis par les différentes autorités de santé, certains pays réalisent des progrès majeurs dans leur lutte contre l'épidémie d'infection par le VIH. Ainsi en 2011, on constate 700 000 nouvelles infections à VIH de moins qu'en 2001 dans le monde entier [1].

Les dernières données épidémiologiques montrent qu'entre 2001 et 2011, 25 pays à revenu faible et intermédiaire ont réduit de 50% leurs taux de nouvelle infection, la moitié de ces pays se situant en Afrique subsaharienne.

1.1.2 La place de la France dans l'infection :

1.1.2.1 Maladie à déclaration obligatoire

Sur la base d'une définition européenne, les diagnostics de SIDA, doivent être notifiés par les cliniciens depuis 1986 [2].

Depuis mars 2003, les diagnostics des nouvelles infections par le VIH font l'objet d'une notification obligatoire en France.

Cette déclaration est initiée par les biologistes qui créent un dossier avec un code d'anonymat, chez toute personne dont la sérologie VIH est confirmée positive pour la première fois dans leur laboratoire. La partie biologique du dossier est envoyée à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la partie clinique et épidémiologique au clinicien prescripteur qui complète les données avant de les retourner [3].

Les notifications (comportant les deux volets, biologique et médical) sont adressées aux médecins-inspecteurs des ARS, qui doivent les coupler et les transmettre à l'InVS [3].

L'intérêt principal de cette notification des nouvelles séropositivités à VIH est de mieux décrire la population des personnes séropositives et de pouvoir suivre la dynamique de l'infection en France.

1.1.2.2 La surveillance virologique

Elle est effectuée par le laboratoire de référence du CHU de Tours (Pr F. BARIN). Elle permet d'estimer la part des contaminations récentes (inférieure à 6 mois) parmi les « nouveaux » diagnostics d'infection à VIH et donc de

déterminer grâce à un modèle mathématique l'incidence annuelle de l'infection par le VIH.[4]

Elle permet également de suivre l'évolution de la part des sous-types du virus circulant actuellement en France, et de surveiller la progression des résistances aux antirétroviraux.

1.1.2.3 Enquête LaboVIH : une surveillance de l'activité globale du dépistage :

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) demande depuis 2001 deux fois par an à l'ensemble des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville et hospitaliers (soit environ 4300 laboratoires) de lui transmettre le nombre total de personnes testées pour le VIH, ainsi que le nombre de personnes confirmées positives pour la première fois, en dénombrant séparément les sérologies VIH effectuées de façon anonyme dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

Le but de cette surveillance est de suivre l'évolution du nombre de tests VIH effectués en France, d'aider à l'interprétation des données de la notification obligatoire [5].

1.1.3 La prévalence de l'infection par le VIH :

L'estimation de la prévalence de l'infection par le VIH est obtenue à partir d'extrapolation de valeurs de références acquises à partir de deux méthodes de calculs : la méthode directe et le rétrocalcul.

1.1.3.1 La méthode directe

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) la méthode directe consiste « à *analyser de façon conjointe les résultats d'enquêtes non représentatives dans des groupes spécifiques, (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, utilisateurs de dispositif Invasif, hommes hétérosexuels non toxicomanes, femmes non toxicomanes, hémophiles ou transfusés) à partir d'estimations de la taille de ces groupes* ». [6]

Plus simplement il suffit de diviser la population française en différents groupes dont on estime la taille et auxquels on applique la prévalence du VIH observée à partir des enquêtes disponibles dans la littérature.

La prévalence de l'ensemble de la population est ensuite obtenue en additionnant les estimations du nombre de personnes séropositives pour le VIH dans chaque groupe. [7], [8]

1.1.3.2 Le rétrocalcul :

La méthode de rétrocalcul repose sur le principe selon lequel, le nombre de nouveaux cas de Sida est lié au nombre de sujets infectés par le VIH après une durée d'incubation donnée.

Le modèle utilisé tient compte de l'effet des traitements et de l'âge sur la durée d'incubation du Sida, de l'effet de l'âge sur l'évolution de l'infection et de l'effet de la mortalité pré-Sida. [6]

1.1.3.3 La prévalence :

En Europe occidentale et centrale, le nombre de personnes vivant avec le VIH se situe autour de 840 000 (IC 95% [770 000 - 930 000]).

En France, il est estimé à 152 000 (IC 95 % [135 000 – 170 000]) en 2012.

[1]

Ce chiffre progresse de +4 % par an depuis 2006, à titre de comparaison, la prévalence était de 134 000 (IC 95 % [100 000 – 170 000]) fin 2005.

Sur cette population de personnes atteintes par le VIH en France, on estime que seulement 100 000 personnes sont suivies dont 90 000 d'entre elles sous anti-rétroviraux (avec 90 % ayant une charge virale indétectable).

1.1.4 L'incidence de l'infection par le VIH :

Grâce à la déclaration obligatoire associée à la surveillance virologique, l'INVS peut établir le nombre de nouvelles contaminations par le VIH.

Les dernières estimations sur l'incidence de l'infection par le VIH ont été publiées en 2011 et concerne la période de 2003 à 2008.

On estimait en 2008 qu'il y avait 6940 (IC 95% [6200 – 7690]) nouvelles contaminations par an, avec une incidence en population générale évaluée à 16 à 17 contaminations pour 100 000 habitants par an.

En 2011, le nombre de nouvelles contaminations est estimé à 6088 (IC95% [5716- 6460]), 36 % de ces diagnostics étaient précoces (au stade de primo-infection ou avec plus de 500 CD4) et 29 % étaient tardifs (au stade sida ou avec moins de 200 CD4), proportions stables depuis 2008. [9]

L'incidence globale de l'infection par le VIH en France a diminué depuis 2004 (Cf. figure 3) et se stabilise depuis 2007. Mais il existe cependant des disparités selon le mode de contamination et les origines géographiques (Cf. figure 4).

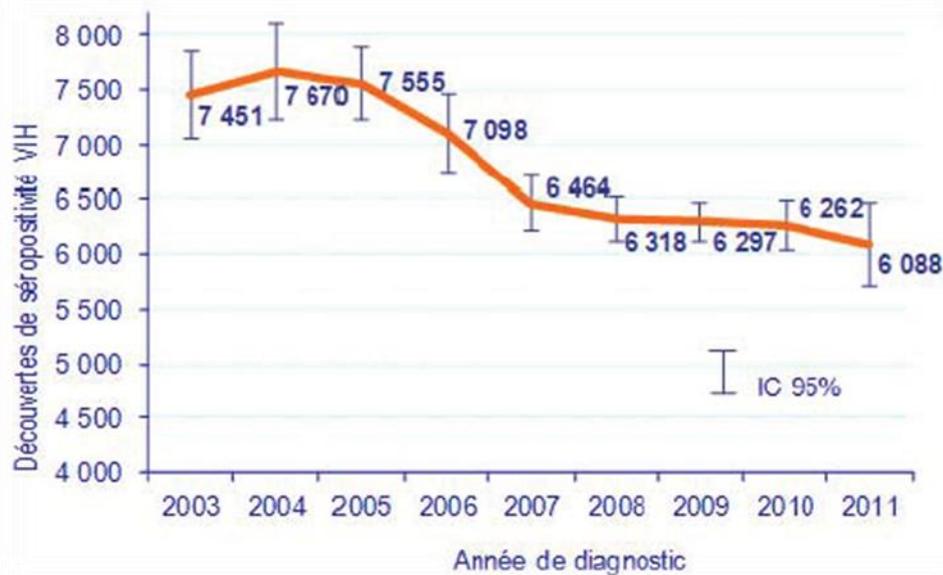


FIGURE 3 : Incidence de l'infection par le VIH de 2003 – 2008 en France

(Source : LaboVIH, données corrigées au 31/12/2011, InVS)

1.1.4.1 Epidémiologie des nouveaux séropositifs

Depuis 2003, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) constituent le seul groupe à risque dont la découverte de séropositivité a augmenté: +30 % en 2011. (Cf. figure 4).

En 2011, environ 2 400 [IC95% 2 220-2 589] HSH ont découvert leur séropositivité. Ils représentent à eux seuls 40 % de l'ensemble des découvertes. La majorité des découvertes concernent une population entre 25 et 49 ans. La catégorie des « moins de 25 ans » et celle des « 50 ans et plus » représentent chacune 12 %.

Ils sont très majoritairement (85 %) nés en France.

Cette augmentation de découverte de séropositivité peut être corrélée avec l'augmentation des comportements sexuels à risque. L'Enquête Presse Gay et Lesbiennes (EPGL) réalisée en 2011 auprès de 10 171 HSH et 3662 FSF retrouvait une augmentation des comportements sexuels à risque par rapport à 2004 : 38 % des HSH déclarant au moins une prise de risque dans les 12

derniers mois avec un partenaire masculin occasionnel de statut VIH inconnu ou différent, alors qu'ils étaient 33 % à le déclarer en 2004. [10]

Cette prise de risque étant déclarée plus fréquemment par les répondants séropositifs que par les séronégatifs.

En 2011, 3 529 [IC95% 3 284-3 774] personnes contaminées par rapports hétérosexuels ont découvert leur séropositivité, soit 58% de l'ensemble des découvertes, chiffre stable depuis 2007. [9]

Les 2 400 personnes hétérosexuelles nées à l'étranger représentent la majorité des découvertes dans cette catégorie (69 %). Il s'agit essentiellement de personnes nées en Afrique subsaharienne (77 %) et de femmes (58 %).

Près de 1 100 personnes nées en France ont également été contaminées par rapports hétérosexuels, dont 55 % sont des hommes.

Le nombre de consommateurs de drogues découvrant leur séropositivité est toujours très faible : 85 cas en 2011 (IC 95% [56-114]), soit 1 % de l'ensemble des diagnostics de 2011, en diminution depuis 2003.

La majorité des séropositifs sont des hommes (83 %) et sont nés à l'étranger (57 %), notamment en Europe et en Afrique du nord.

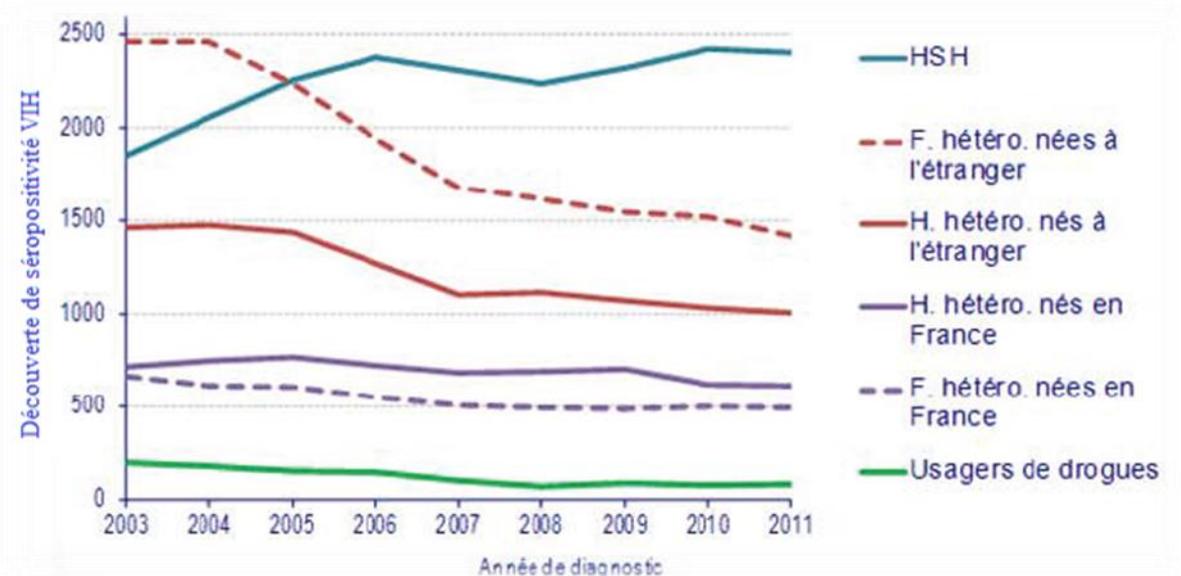


FIGURE 4 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, 2003-2011 (Source : LaboVIH, données corrigées au 31/12/2011, InVS)

1.1.4.2 Répartition géographique des découvertes de séropositivité

Rapporté à la population française, le nombre de découvertes de séropositivité en 2011 est de 93 cas par million d'habitants.

Les taux de découvertes sont supérieurs à la moyenne nationale en Guyane, Guadeloupe, Île-de-France, à Mayotte et en Martinique. (Cf. Figure 5)

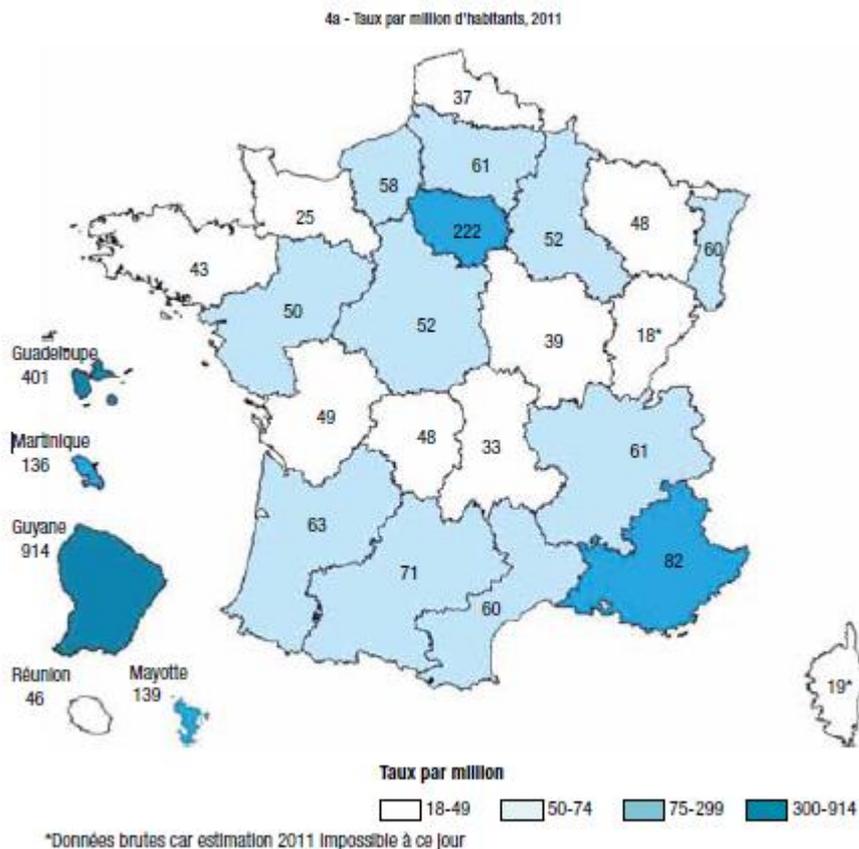


Figure 5 : Répartition des Découvertes de séropositivité VIH, par région, France, 2011

1.2 La place du dépistage en France

Le premier test de dépistage du VIH a été mis au point en 1984 ; les caractéristiques de l'infection par le VIH, son pronostic péjoratif, les possibilités thérapeutiques limitées et un bénéfice individuel trop faible ont contribué à mettre en place un dispositif de dépistage sur des principes spécifiques au VIH, indépendamment aux règles habituelles de la lutte contre les maladies transmissibles.

En France, il a été rendu obligatoire à partir du 1er août 1985 pour les dons de sang et à partir du 1er juin 1987 pour les dons d'organes [11], [12].

Dans toutes les autres circonstances, les autorités sanitaires se sont prononcées à l'époque contre toute pratique de dépistage obligatoire ou même systématique en dehors de l'examen prénuptial (n'existant plus de nos jours), et du suivi de grossesse.

1.2.1 Organisation du dépistage

Il existe quatre modes de dépistage :

Le dépistage obligatoire

Le dépistage du VIH a été rendu obligatoire pour les dons de sang à partir du 1^{er} août 1985 [13] et pour les dons d'organes à partir du 1^{er} juin 1987 [12] suite à l'affaire du « sang contaminé », afin d'assurer la protection des receveurs de produits sanguins, de tissus ou d'organes.

Il a été par la suite rendu obligatoire dans le cadre la procréation médicalement assistée et pour les militaires en mission hors de France.

Depuis 2003, dans les affaires de viol ou d'agression sexuelle, à la demande de la victime ou lorsque son intérêt le justifie, le Procureur de la République peut exiger la pratique d'un test de dépistage du VIH pour l'agresseur présumé sans obtenir forcément son consentement [14].

Le dépistage systématique

Il se distingue du dépistage obligatoire dans le sens où il est soumis au consentement préalable de la personne.

Il peut prendre deux formes distinctes : le dépistage en routine avec consentement préalable («opt-in») et le dépistage en routine avec consentement présumé («opt-out») où la personne est informée qu'elle sera testée automatiquement sauf refus clairement exprimé de sa part.

En France, le dépistage systématique de l'infection par le VIH est proposé, avec recueil préalable du consentement, aux femmes enceintes (loi n°93-121 du 27 janvier 1993) et en cas d'incarcération.

[15], [16].

Le dépistage volontaire

Dans ce cas l'initiative de la réalisation du test est laissée à la personne, après avoir recueillis éventuellement des conseils auprès des professionnels de santé.

C'est la situation la plus fréquente en France.

Le dépistage ciblé

A l'inverse, l'initiative vient du professionnel de santé qui dans certaines situations où le sujet présente un risque potentiel de contamination, proposera alors la réalisation d'un dépistage.

1.2.2 Les chiffres du dépistage en 2011

En 2011, près de 79 millions de dépistage a été réalisés au total en France, soit 79 sérologies pour 1000 habitants. Ce qui correspond à une augmentation de +4 % de dépistage entre 2010 et 2011.

Soixante-dix-sept pour cent des sérologies ont été réalisées en laboratoire de ville, contre 16 % dans le secteur hospitalier, et 7 % dans le dispositif spécifique des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit. [17]

En 2010, 4,98 millions (IC 95 % [4,91 - 5,05 millions]) de test VIH ont été réalisés. Ce chiffre était en augmentation de 2003 à 2005 pour atteindre un pic de 5,29 millions, puis il a diminué en 2006 et s'est stabilisé un peu au-dessous de 5 millions par an.

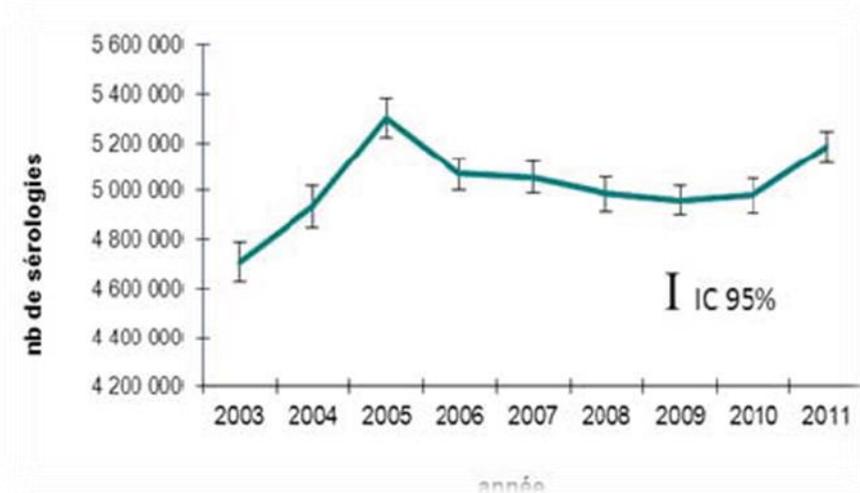


Figure 6 : Nombre de dépistage réalisé en France entre 2003 et 2011 (Source : LaboVIH, données corrigées au 31/12/2011, InVS)

On estime qu'il existe en France environ 50 000 personnes ignorant leur séropositivité et qu'elles peuvent donc transmettre l'infection par le VIH. Soixante-dix pour cent des contaminations sexuelles par le VIH sont provoquées par des personnes qui ignorent leur statut de séropositif.

1.3 Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [18]

Il constitue le cinquième plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Pendant cinq ans, il est le principal outil des pouvoirs publics et de leurs partenaires (professionnels de santé, acteurs économiques et milieux associatifs) dans la lutte contre ces infections.

Il s'appuie sur des recommandations d'experts et sur une « démarche participative » des différents partenaires.

1.3.1 Enjeux

Le plan de lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST 2010-2014 mis en place par l'Etat, a pour but de banaliser le dépistage en direction de la population générale, pour que chacun soit sensibilisé, diminuer le retard de dépistage et de prise en charge.

L'intérêt d'un dépistage précoce réside dans l'apparition de nouveaux moyens prophylactiques et thérapeutiques mise à disposition des patients lors de la découverte d'une séropositivité. Ces traitements permettent ainsi de diminuer la mortalité liée à l'infection par le VIH (le nombre de décès liés au SIDA est estimé à 358 en 2008 contre 878 en 2001).

1.3.2 Objectifs

Le but de cette sensibilisation est de connaître son statut sérologique (intérêt individuel) le plus tôt possible afin de diminuer le risque de transmission en adaptant son comportement (intérêt collectif).

Sur le plan collectif, le dépistage de l'infection par le VIH pourrait réduire sa transmission par :

- une diminution des pratiques à risque,
- l'identification des personnes infectées, avec instauration d'une thérapie antirétrovirale, entraînant de fait une diminution du risque de transmission. Le taux de transmission du VIH sous trithérapie est réduit de 92 % comparativement à l'absence de traitement.

1.3.3 Trois grands axes

Ce plan est basé sur une stratégie volontariste de promotion et de renforcement du dépistage du VIH à travers 3 grands axes [18]:

- Une proposition de dépistage élargie, indépendamment d'une notion de risque d'exposition au VIH, à l'ensemble de la population, par tous les professionnels de Santé, associée à une offre de dépistage ciblée et systématique pour les publics les plus exposés ou dans les situations identifiées d'exposition.
- Le développement d'une offre de dépistage communautaire, non médicalisée, en direction des populations les plus exposées et les plus vulnérables ne voulant ou ne pouvant pas recourir au dispositif « classique ».
- Le renforcement et la réorganisation du dispositif anonyme et gratuit, CDAG/CIDDIST (Centre d'information, de documentation et de dépistage des infections sexuellement transmissibles).

1.4 La place de la médecine de ville

On estime que plus de trois-quarts des sérologies sont réalisées dans les laboratoires de ville sur prescription médicale, ou directement réalisées au laboratoire ; proportion stable ces dernières années [19].

La proportion des sérologies réalisées en ville parmi celles retrouvées positives chaque année a augmenté depuis 2002 (32 %), pour atteindre 38 % en 2005 [19].

1.4.1 Le médecin généraliste et le dépistage

Habituellement quand on parle de dépistage en médecine de ville, on pense plus facilement au dépistage au Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour poser l'indication d'une antibiothérapie dans les angines à streptocoques, dépistage réalisé directement au cabinet du médecin.

On peut également évoquer l'Hémocult®, test de dépistage du cancer colorectal, que l'on peut récupérer auprès de son médecin généraliste.

On parle plus rarement du Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) pour le VIH, test qui devrait être de plus en plus souvent proposé aux personnes ayant des conduites à risque, et que très rarement à une population sans facteurs de risque.

L'étude baromètre santé 2009 [20] démontre que plus de neuf médecins sur 10 (93,9 %) déclarent avoir prescrit au moins un test VIH dans le mois qui précède l'enquête, chiffre stable depuis l'édition précédente en 2003 (93,4 %).

Un généraliste prescrit en moyenne 5,9 sérologies par mois, nombre différent cependant suivant les régions, le maximum revenant à l'Ile-de-France (8,5) et à la Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,2).

En moyenne, seuls 13,4 % de ces médecins ont eu à annoncer un résultat positif mais ceux qui exercent en Ile-de-France sont 29,0 % à avoir affronté cette situation.

Près de deux médecins généralistes sur trois déclarent en 2009 avoir un patient séropositif dans sa patientèle.

En 2009 est paru un consensus formalisé [21] sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville, dans lequel deux niveaux d'implications des médecins ont été définis :

- Les missions de santé de soins primaires relevant du médecin généraliste dans lesquelles « il propose le dépistage de l'infection par

le VIH et prescrit les tests adaptés au dépistage et au diagnostic d'infection par le VIH à un patient »

- Les missions « avancées » (lors qu'il prend part de façon active au suivi et à la prise en charge thérapeutique de patients infectés par le VIH.)

1.4.2 Initiative au dépistage

En médecine de ville, il existe deux grandes situations de propositions de test de dépistage : le test réalisé à la demande du patient et le test réalisé sur proposition du médecin.

Dans l'enquête baromètre de santé réalisée en 2009 [20], la prescription du test s'est faite principalement à la demande du patient (58,2 % des cas), alors qu'elle n'était que de 34 % à l'initiative du médecin ou de 7 % dans le cadre d'un protocole comme lors d'une grossesse.

On constate que les facteurs qui favorisent le dépistage initié par le médecin généraliste sont : avoir une opinion favorable vis-à-vis du dépistage généralisé et avoir 10 % ou plus de leurs patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

1.4.3 Freins au dépistage retrouvés en médecine de ville

Pour répondre au dépistage généralisé proposé par le gouvernement dans le projet de lutte contre VIH et IST 2010-2014, l'étude baromètre 2009[20] s'est intéressée à l'acceptabilité de cette pratique. Celle-ci démontre que 48,3 % des médecins généralistes ne sont « plutôt pas d'accord » avec la proposition de réalisation d'un test VIH aux personnes sans facteurs de risque n'ayant pas faits de test depuis longtemps, et que 14,7 % ne sont « pas du tout d'accord ».

Néanmoins 42,9 % et 43,9 % sont « plutôt d'accord » avec la proposition de réalisation d'un test respectivement aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs.

Dans son travail de thèse mené auprès des médecins généralistes de l'agglomération Nantaise, Bérangère Garry a recueilli les principales sources de difficultés pour proposer le test de dépistage [22]. La principale difficulté exprimée par les médecins généralistes était la sensation d'intrusion dans la vie privée des patients, suivie par la situation délicate liée au statut de médecin « de famille », le manque de temps en consultation pour mener complètement la démarche de dépistage et enfin le manque d'informations sur la pathologie à VIH.

1.5 Les Tests Rapide d'Orientation Diagnostique :

1.5.1 DEFINITIONS

Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) sont définis comme « l'ensemble des dispositifs diagnostiques médicaux utilisables de façon unitaire ou en petite série permettant de donner un résultat rapide et qui ne nécessite pas de procédure automatisée. »

1.5.2 Principes des tests d'orientation diagnostique rapide

Les TROD VIH ayant le marquage CE détectent les anticorps anti VIH-1 et VIH-2 à l'aide de protéines recombinantes ou de peptides de synthèse présents.

L'immuno-chromatographie avec flux latéral est la technique de choix : l'échantillon biologique (appelée matrice) déposé (sérum, plasma, sang total ou salive) sur le support va soit migrer par capillarité en entraînant avec lui des réactifs déjà présents sur le TROD soit rencontrer les antigènes déposés sur la membrane lorsque le sérum est filtré par cette membrane pour le principe de filtration sur membrane.

Lors de la migration ou lors de la filtration, les anticorps anti-VIH de la matrice (si présents) se lieront aux antigènes VIH spécifiques.

Le résultat est obtenu entre cinq et 35 minutes en fonction de la trousse utilisée.

Certains détectent l'antigénémie p24 (de manière simultanée, dans une deuxième fenêtre de lecture). Certaines trouses permettent également la discrimination entre une infection par le VIH-1 et le VIH-2.

Avant les premiers TROD étaient destinés à une utilisation sur sérum ou plasma, avec les contraintes inhérentes à ce mode opératoire car nécessitait une ponction de sang veineux et une centrifugation.

Les nouvelles trouses fonctionnent avec le sang total capillaire, la salive (fluide oral) ou les urines.

1.5.3 Indications

En France, depuis 1985, le diagnostic de l'infection par le VIH repose sur une stratégie en deux temps : en premier sur une analyse de dépistage puis secondairement suivi par une analyse de confirmation en cas de dépistage positif.

La positivité d'un dépistage devait comporter l'analyse des anticorps anti-VIH par deux techniques de dépistage mixte c'est à dire capable de détecter à la fois les anticorps anti-VIH 1 et anti-VIH 2, dont l'une des deux était obligatoirement un *Elisa* mixte (*enzyme-linked immunosorbent assay*).

Selon l'arrêté du 28 avril 2003 [23], l'infection par le VIH n'est établie que lorsque le résultat de l'analyse de confirmation est positif et que des résultats concordants sont obtenus sur deux prélèvements distincts.

En 2008 selon l'HAS et l'arrêté du 28 mai 2010[24], lors de la démarche diagnostique du VIH, un seul test Elisa est nécessaire, test permettant la

détection combinée des anticorps anti-VIH 1 et 2 mais aussi la détection de l'antigène p24.

L'article 2 de l'arrêté du 28 mai 2010, limite l'utilisation du TROD au niveau individuel lors de situations d'urgences, afin de pouvoir mettre en œuvre une prise en charge adaptée.

Les situations d'urgences sont les suivantes :

- accident professionnel d'exposition au sang,
- accident d'exposition sexuel,
- accouchement chez les femmes enceintes dont le statut sérologique par rapport au VIH n'est pas connu, ou chez les femmes enceintes ayant eu une exposition supposée au VIH depuis la réalisation du dernier test de dépistage au cours de la grossesse,
- urgence diagnostique devant la survenue d'une pathologie aiguë évocatrice du stade Sida.

Ce test de dépistage doit obligatoirement être confirmé par un test Elisa indépendamment qu'il soit positif ou négatif.

Le test peut alors être réalisé par :

- un médecin exerçant en cabinet,
- un médecin, un biologiste médical, une sage-femme exerçant dans un établissement ou un service de santé,
- un infirmier ou un technicien de laboratoire exerçant dans un établissement ou un service de santé, sous la responsabilité d'un médecin ou d'un biologiste médical.

L'arrêté du 9 novembre 2010 [25] reprend les indications de réalisation du TROD dans les situations d'urgences citées dans l'arrêté de mai 2010 mais élargit son utilisation à des situations ne nécessitant pas de dépistage en

urgence pour « « toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé ».

Il peut être réalisé en plus du personnel déjà nommé dans l'arrêté de mai 2010 par :

- du personnel médical (médecin, biologiste, sage-femme) ou paramédical (infirmier) intervenant dans une structure associative,
- ou un salarié bénévole, non professionnel de santé intervenant dans une structure de prévention ou associative.

1.5.4 Les différents TROD (Cf. Tableau 1)

Actuellement en France seuls les dispositifs utilisant le sérum, le plasma ou le sang total peuvent être utilisés, aucun test urinaire n'ayant reçu le marquage CE.

Il existe des différences importantes en termes de performances entre les différentes catégories de trousse d'une part, mais à l'intérieur d'une même catégorie également.

Tableau 1 : Caractéristiques des troussees rapides d'orientation diagnostique commercialisées en France. (Source : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé)

NOM (Fabricant / Distributeur)	Matrice	Technologie	Antigènes	Lecture (minutes)
Core HIV1/2 (Core Diagnostics / Ivagen) (R1)	Sérum	Flux latéral	p24 combinée à un peptide spécifique du groupe O, gp36, gp41	15-30
Determine HIV 1.2 (Unipath / Inverness) (R2)	Sérum, plasma, sang total (en utilisant un diluant complémentaire non commercialisé en France)	Flux latéral		15-60
DoubleCheck II HIV ½ (Organics LTD / Inverness) (R3)	Sérum, plasma	Immunofiltration	p24, gp36, gp41	Immédiate après réalisation du test
ImmunoComb II HIV 1+2 BiSpot (Organics LTD / Inverness) (R4)	Sérum, plasma	EIA phase solide Différentiation HIV-1 / HIV-2	gp36, gp41, gp120	Immédiate après réalisation du test
Immunoflow HIV1-HIV2 (Core Diagnostics / Fumouze) (R5)	Sérum	Flux latéral Différentiation HIV-1 / HIV-2	gp36, gp41, gp120 polypeptide de fusion groupe O	15-30
INSTI HIV 1 / 2 (Biolytical / Servibio) (R6)	Sérum, plasma, sang total	Immunofiltration	gp36, gp41	Immédiate après réalisation du test
Retroscreen HIV (Qualpro / All Diag) (R7)	Sérum	Flux latéral Différentiation HIV-1 / HIV-2	gp36, gp41, gp120 polypeptide de fusion groupe O	15-30
Vikia HIV 1 / 2 (Biomerieux) (R8)	Sérum, plasma, sang total	Flux latéral	gp36, gp41	30

Gautheret-Dejean et al. [26] ont publié en 2012, une étude dans laquelle ils ont analysé la sensibilité des troussees Determine anticorps et de deux méthodes Elisa combiné sur 1288 échantillons de juillet 2006 à avril 2008. Trente-huit sérums provenaient des sérums infectés (2,95 % des analysés) dont quatre en primo-infection (10,5 % des infectés, 0,3 % des analysés). Le test Détermine a détecté 37 des infections sur 38, soit une sensibilité de 97,37 %, par rapport aux tests Elisa combinés qui était tous eux positif. Le sérum trouvé négatif en Determine provenait d'une primo-infection VIH1.

Une étude publiée par Laforgie et al. [27] a comparé la sensibilité de 8 TROD anticorps sur des plasmas commerciaux de séroconversion et sur des

échantillons sériques de 94 sujets infectés par le VIH au stade chronique de l'infection ; un résultat négatif ayant été obtenu avec de nombreuses trousses.

Attou et al. [28] ont réalisé une étude rétrospectives sur 1429 TROD réalisés à partir d'échantillon sérique, démontrant que le test Determine HIV-1/2 a montré une très bonne valeur prédictive négative (VPN = 99,93 %) et une moins bonne valeur prédictive positive (VPP = 82,98 %). Mais la sensibilité des TROD reste inférieure par rapport aux tests combinés de dépistage lors de la primo-infection VIH, ainsi que l'existence de faux positif dans 8 cas (0,56 %).

Tous ces résultats indiquent les limites de la performance de la détection d'une primo-infection par le VIH par les TROD. Or la capacité des trousses de dépistage à détecter une séroconversion récente est primordiale car à ce stade de l'infection un patient à vingt-six fois plus de risque de contaminer un partenaire que s'il est au stade chronique de l'infection. [29]

1.5.5 La place du TROD en médecine générale

La place du TROD dans la médecine générale est définie dans le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 [18] comme moyen de faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque et d'améliorer l'accès aux résultats du dépistage. L'encadrement de l'usage des TROD (conditions de réalisation des tests et personnes habilitées à le faire) est limité.

2 MATERIEL ET METHODES :

2.1 Objectif principal de l'étude

Notre objectif principal est d'étudier l'acceptabilité de la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) par le médecin généraliste et le patient au cours d'une consultation de médecine générale pour un quelconque motif.

2.2 Objectif secondaire de l'étude

Vérifier les connaissances de la population consultant en médecine de ville sur les modes de transmission de l'infection par le VIH et sur ces traitements.

2.3 Méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective qui s'est déroulée du 1er janvier au 31 avril 2012, dans un cabinet de médecine générale se situant dans la région des Deux-Sèvres.

Il s'agit d'un cabinet de groupe de médecine générale localisé à Ménigoute, où exerce en secteur un le Dr N..

Les consultations ont lieu toutes les vingt minutes de neuf heures à midi et de quatorze heures à dix-neuf heures, soit vingt-quatre consultations par jour, avec un total de 408 consultations possibles sur la période d'étude.

Nous avons mis à disposition le questionnaire de l'étude, en libre accès dans la salle d'attente un jour dans la semaine (le mercredi).

La participation à l'étude s'est faite sur la démarche volontaire des patients venant consulter leur médecin généraliste.

Les données recueillies par le questionnaire étaient : (Cf. Annexe 1)

- En premier lieu l'accord de la participation à l'enquête
- Caractéristiques épidémiologiques du patient : âge, sexe, nationalité, situation professionnelle, niveau d'études et le code postal du domicile.
Connaissances sur le VIH : sur les modes de transmission de l'infection par le VIH : elles étaient recherchées à l'aide de questions courtes à réponses fermées (oui, non et ne sait pas).

Les questions posées regroupaient des items sur les risques de transmission selon différentes situations : rapports sexuels non protégés, rapports sexuels oro-génitaux, contact avec du sang, piqure de moustique, allaitement maternel, injection de drogues par voie intraveineuse, réalisation de tatouages ou de piercings, et utilisation de la même brosse à dents qu'une personne séropositive. De même des questions sur le traitement et l'évolution de la maladie étaient posées.

- Dépistage : la réalisation antérieure d'une sérologie VIH était demandée et les principaux obstacles à sa réalisation.
- Appréciation de l'acceptabilité du TROD : après une brève description de son fonctionnement, sa réalisation éventuelle et les critères d'acceptabilité en médecine de ville étaient évalués.

Le questionnaire rempli était par la suite remis au médecin lors de la consultation.

2.4 Population

La population de l'étude est composée de patients issus d'une patientèle de médecine générale située dans une zone rurale venant consulter leur médecin de famille.

2.5 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Patient, homme ou femme,
- Agé entre quinze ans et soixante-dix ans,
- Venant consulter en médecine de ville.

Il n'existait pas de critères d'exclusion.

2.6 Analyses statistiques

2.6.1 Population d'analyse

L'analyse statistique a porté sur la totalité des patients inclus.

Des analyses en sous-groupe ont également été réalisées.

2.6.2 Score de connaissance sur les modes de transmissions

Les patients ont été répartis en fonction de leur score aux questions concernant les modes de transmission du VIH et concernant le traitement de l'infection par le VIH en différents sous-groupes :

- taux de connaissance « élevé » pour un nombre de réponse juste ≥ 7 points,
- taux de connaissance « bon » pour un nombre de réponse juste comprise entre 4 et 6 points, et
- un taux de connaissance « mauvais » pour un score ≤ 3 points.

2.6.3 Méthode d'analyse

Analyse descriptive :

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et la fréquence de chaque modalité (sur le total des réponses).

Les variables quantitatives ont été décrites par le nombre de réponses, la moyenne, le minimum, le maximum, la médiane sur l'ensemble des données renseignées.

Analyses comparatives :

Variabes qualitatives : le test de Chi² de Pearson a été appliqué, sauf pour les effectifs inférieurs à 5 où le test exact de Fisher a été utilisé.

Excel a été utilisé pour les relevés de données, et le site de statistique en ligne *Biostatgv* pour la réalisation des tests statistiques.

3. RESULTATS

3.1 Inclusions

Sur la durée d'étude, 125 questionnaires ont été récupérés, soit 30.63 % de participation bénévole. Cent quatre (83,2 %) personnes ont donné leur consentement pour la participation à l'étude et 21(16,2 %) ont refusé d'y participer.

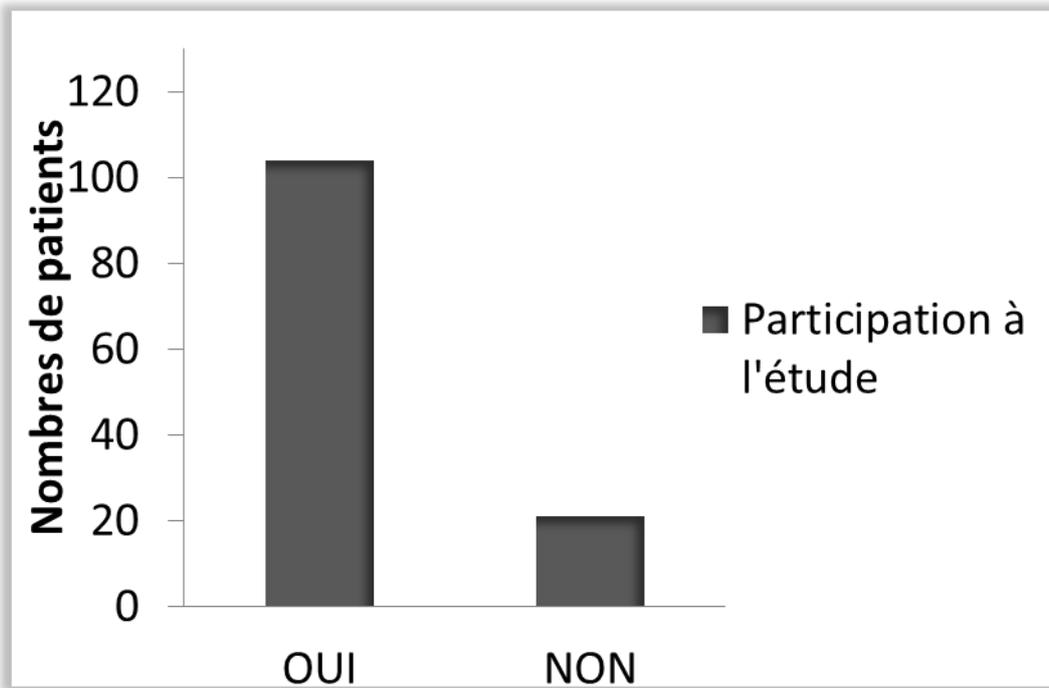


Figure 7 : *Nombre de patients ayant participé à l'étude.*

3.2 Age et sexe

Parmi les 104 patients ayant participé à l'étude, 64 (64,4 %) étaient des femmes et 37 (35,6 %) des hommes.

La moyenne d'âge était de 39,4 ans [17 – 66]. La répartition des âges est représentée dans la figure 8 :

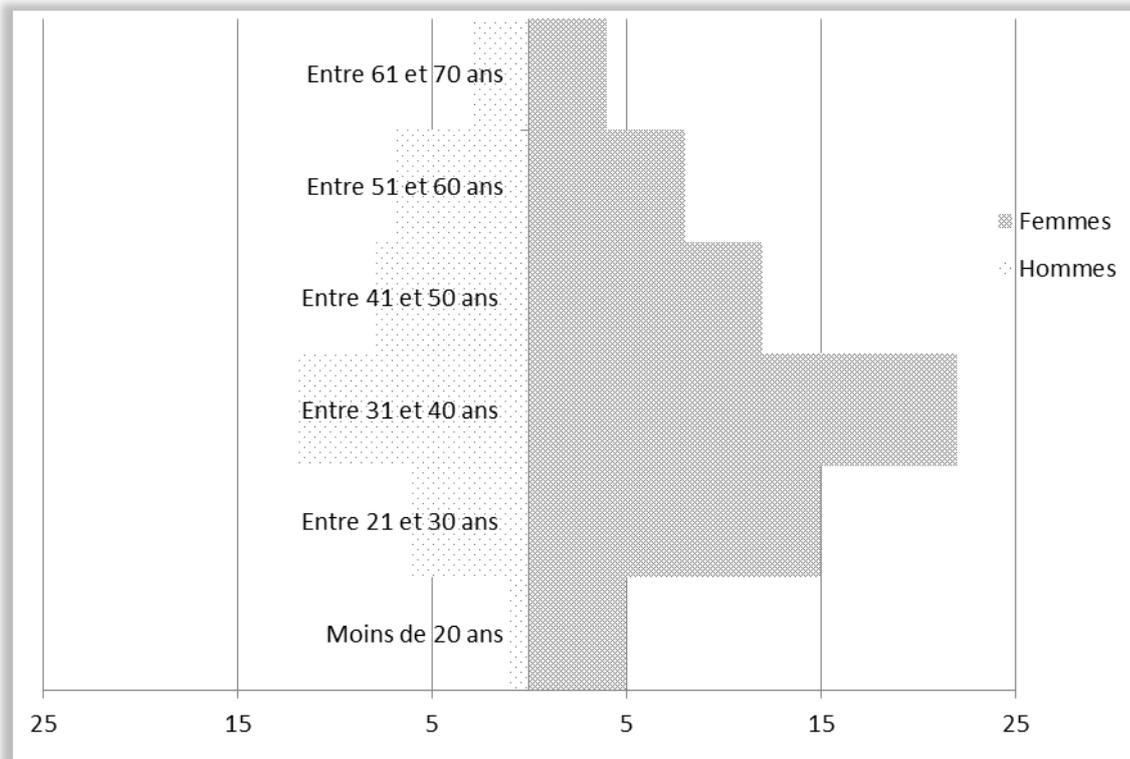


Figure 8 : *Pyramide des âges des patientes ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale.*

3.3 Nationalité des patients de l'étude

Parmi les 104 personnes incluses, 84 (80,7 %) sont nées en France, 8 (7,7 %) dans un autre pays d'Europe, 8 (7,7 %) en Afrique subsaharienne, et 4 (3,9 %) en Afrique du nord.

La répartition est représentée sur la figure 9 ci-dessous :

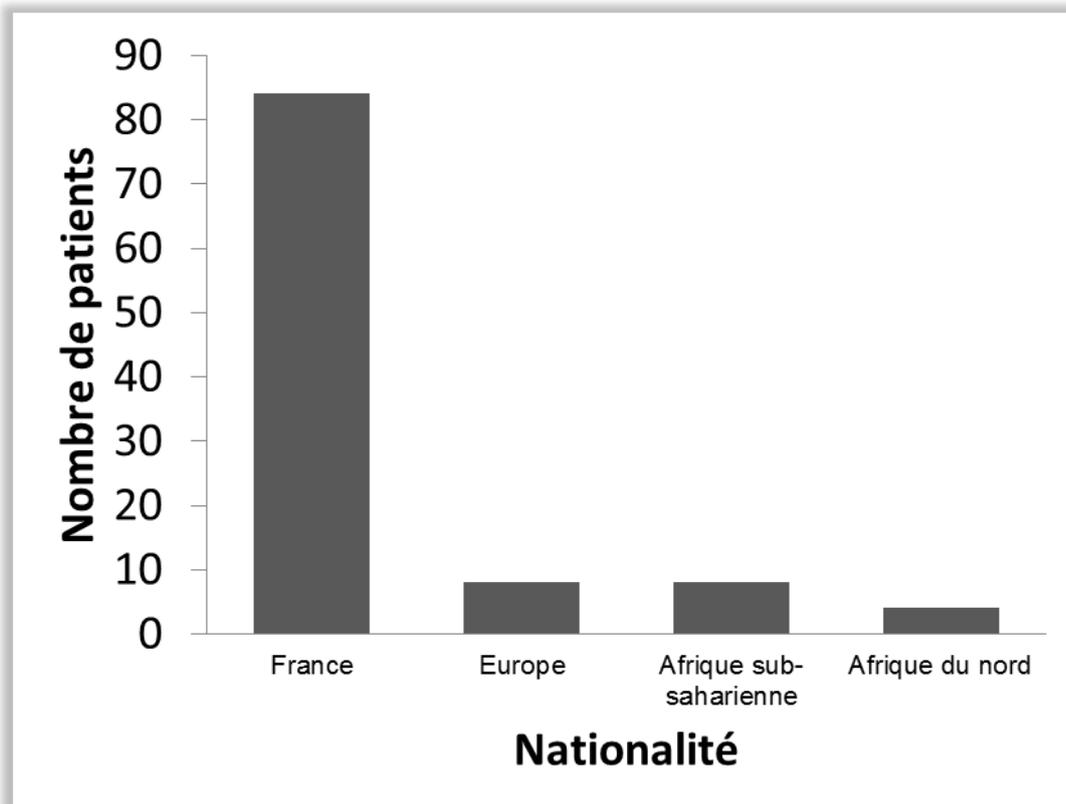


Figure 9 : Répartition des patients en fonction de la nationalité des patients ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale.

3.4 Situation professionnelle des patients de l'enquête

Parmi les 104 patients inclus dans l'étude, 47 (45,2 %) personnes exerçaient une activité rémunérée et 23 (22,1 %) étaient chômeurs.

La répartition des catégories professionnelles est représentée dans la figure 10.

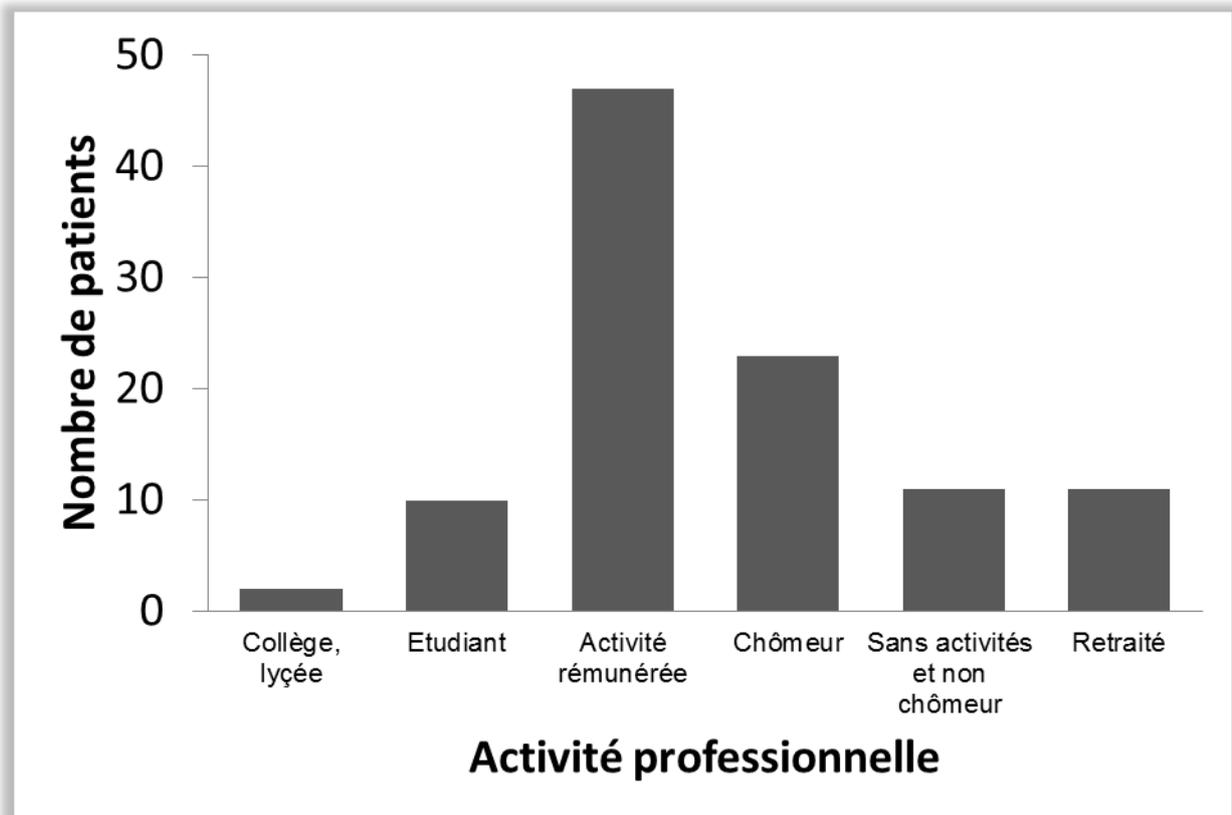


Figure 10 : Répartition des patients ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale en fonction de leur activité professionnelle.

3.5 Niveau d'étude des patients inclus

Les niveaux d'études étaient répartis en : 38 (36,6 %) patients pour un niveau d'étude lycée et 38 (36,6%) patients pour un niveau universitaire, puis 27(25,9 %) patients ayant un niveau de collège, CAP ou certificat d'études et 1(0,9 %) patient ayant un niveau primaire.

3.6 Connaissance sur les modes de transmission de l'infection par le VIH

3.6.1 Résultats des questionnaires

Parmi les 104 patients participant à l'étude, les réponses au test de connaissance montrent une majorité de réponse exacte pour les questions sur la transmission de l'infection par le VIH, notamment lors des rapports sexuels non protégés (104 patients, (100 %)), lors d'une exposition au sang (103 patients, (99 %)) et lors de l'injection de drogues par voie intraveineuse (99 patients, (95,1 %)).

Pour les autres modes de transmission le taux de bonnes réponses est variable. (Cf. figure 11)

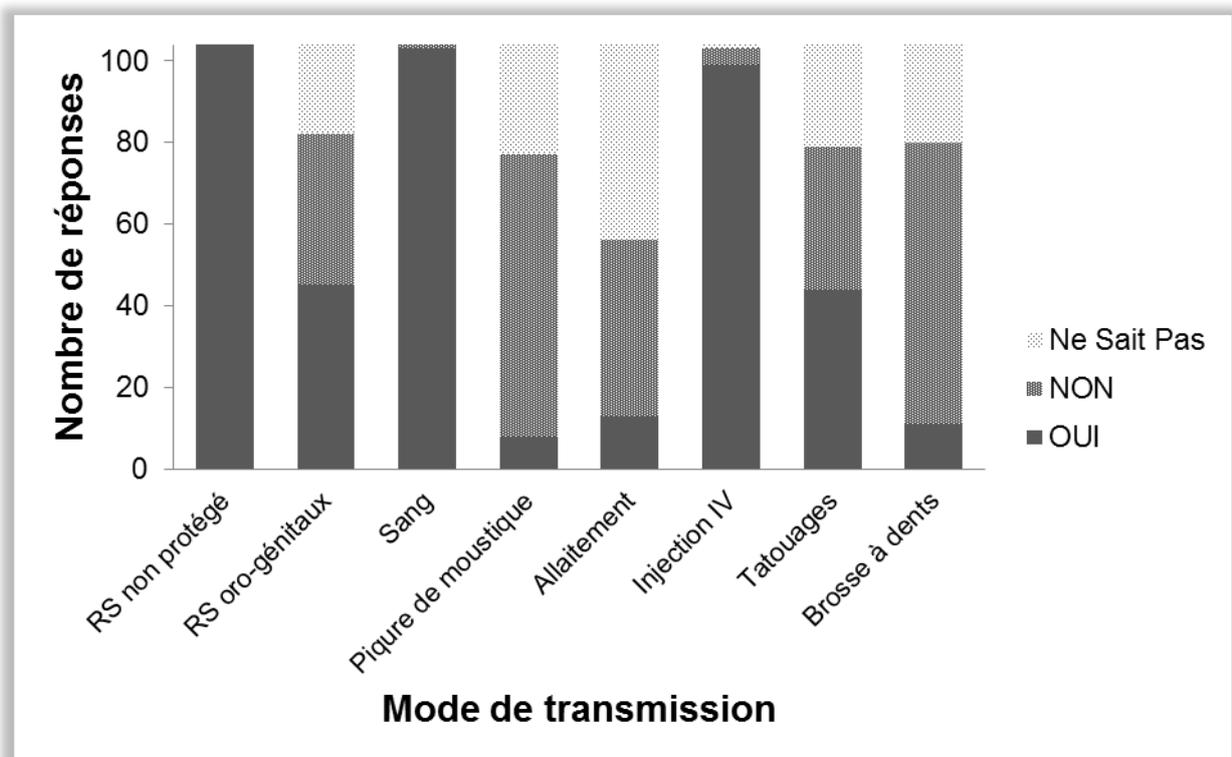


Figure 11 : Répartition des réponses concernant les modes de transmissions

de l'infection par le VIH chez les patients ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale.

3.6.2 Les différents niveaux de connaissance

Les réponses aux tests de connaissance ont été majoritairement répartis en deux catégories : niveau « élevé » (≥ 7 points) et niveau « bon » (4 à 6 points). Seuls 3 patients ont eu un niveau « mauvais » (< 3 points). (Cf. figure 12)

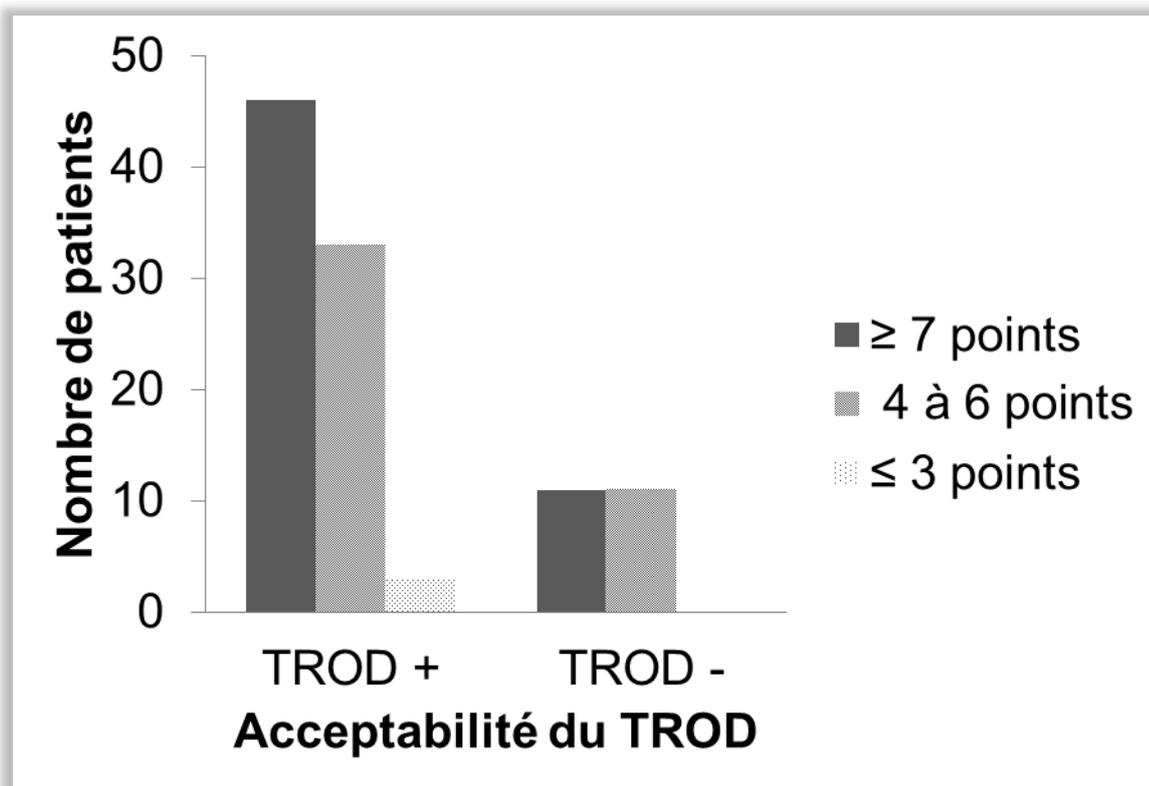


Figure 12 : Répartition des niveaux de connaissance sur les modes de transmission de l'infection par le VIH en fonction de l'acceptabilité du TROD des patients ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale.

3.7 Dépistage VIH

3.7.1 Réalisation d'une sérologie antérieure

Parmi les 104 patients inclus dans l'étude, 48 (46,1 %) patients avaient déjà effectué une sérologie VIH antérieure et 56 (53,1 %) patients ne l'avaient jamais faits.

3.7.2 Facteurs de non réalisation d'un dépistage

La raison principale pour ne pas vouloir réaliser le test de dépistage était le fait de ne pas avoir de conduites à risque dans 41,5 %. Les autres causes de refus à la réalisation d'un test de dépistage sont représentées dans la figure 13.

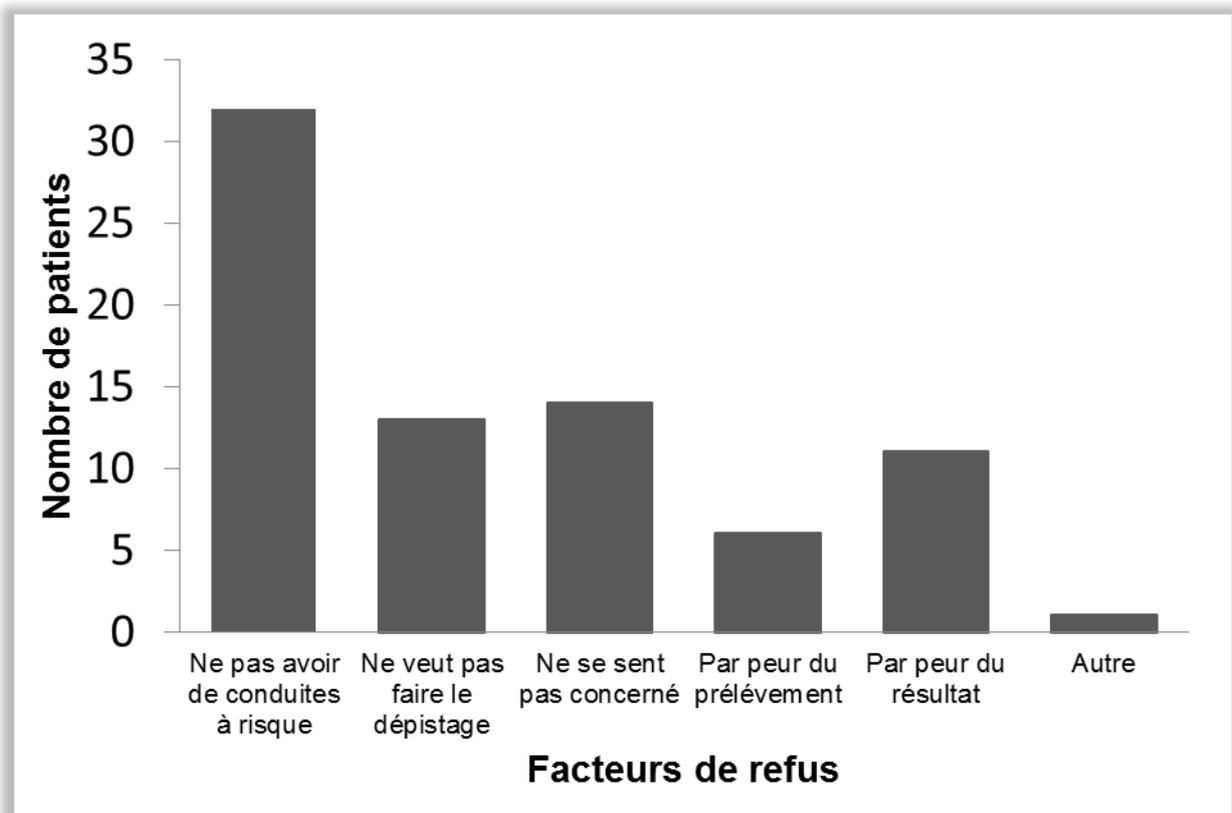


Figure 13 : Répartition des facteurs de refus du dépistage VIH des patients ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale

Sur les patients n'ayant jamais réalisé de sérologie antérieure, 7 d'entre eux (12,5 %) associaient comme facteurs de refus les items « jugent ne pas avoir de conduites à risque » et « ne se sentent pas concerné », 4 patients (7,1 %) la « peur du résultat » et « ne jugent pas avoir de conduites à risque » et 3 patients (5,3 %) les facteurs « peur du résultat » et le refus du dépistage.

3.8 Guérison et traitement du VIH

Parmi les patients de l'étude, 34 patients (32,7 %) pensaient que l'on guérit de l'infection par le VIH, 91 patients (87,5 %) qu'il existe un traitement et seulement 43 patients (41,3 %) que celui-ci est efficace. (Cf. figure 14)

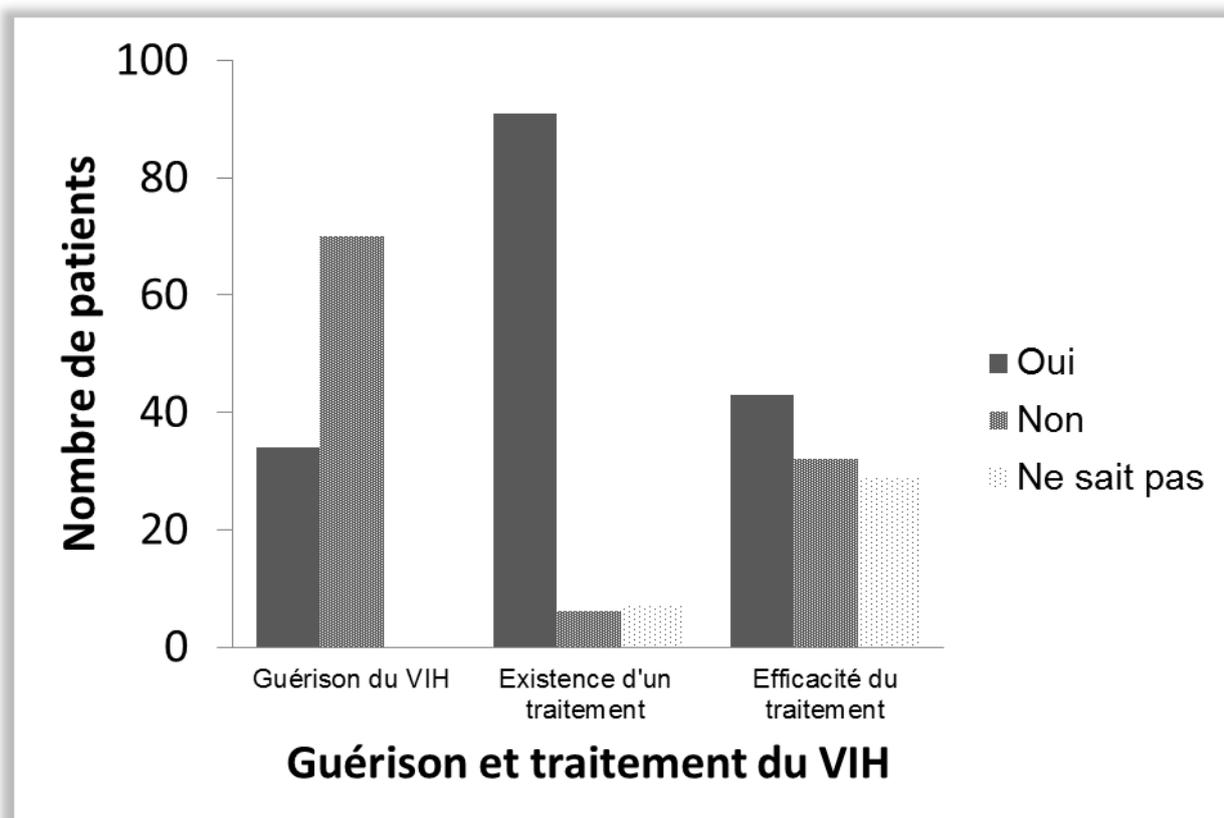


Figure 14 : Répartition des patients ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale par rapport à leur connaissance sur la guérison et le traitement du VIH.

3.9 Le TROD au cabinet

3.9.1 Acceptabilité du Test Rapide d'Orientation Diagnostique

Parmi les 104 patients inclus dans l'étude, 82 patients (78,8 %) ont accepté l'idée de la réalisation d'un TROD au cabinet du médecin généraliste et 22 ont refusé.

3.9.2 Critères d'acceptabilité de la réalisation du TROD

Le critère principal d'acceptabilité du test de dépistage était la possibilité de sa réalisation au cabinet du médecin généraliste (66 patients (51,56%)). La répartition en fonction des autres critères est représentée dans la figure 15.

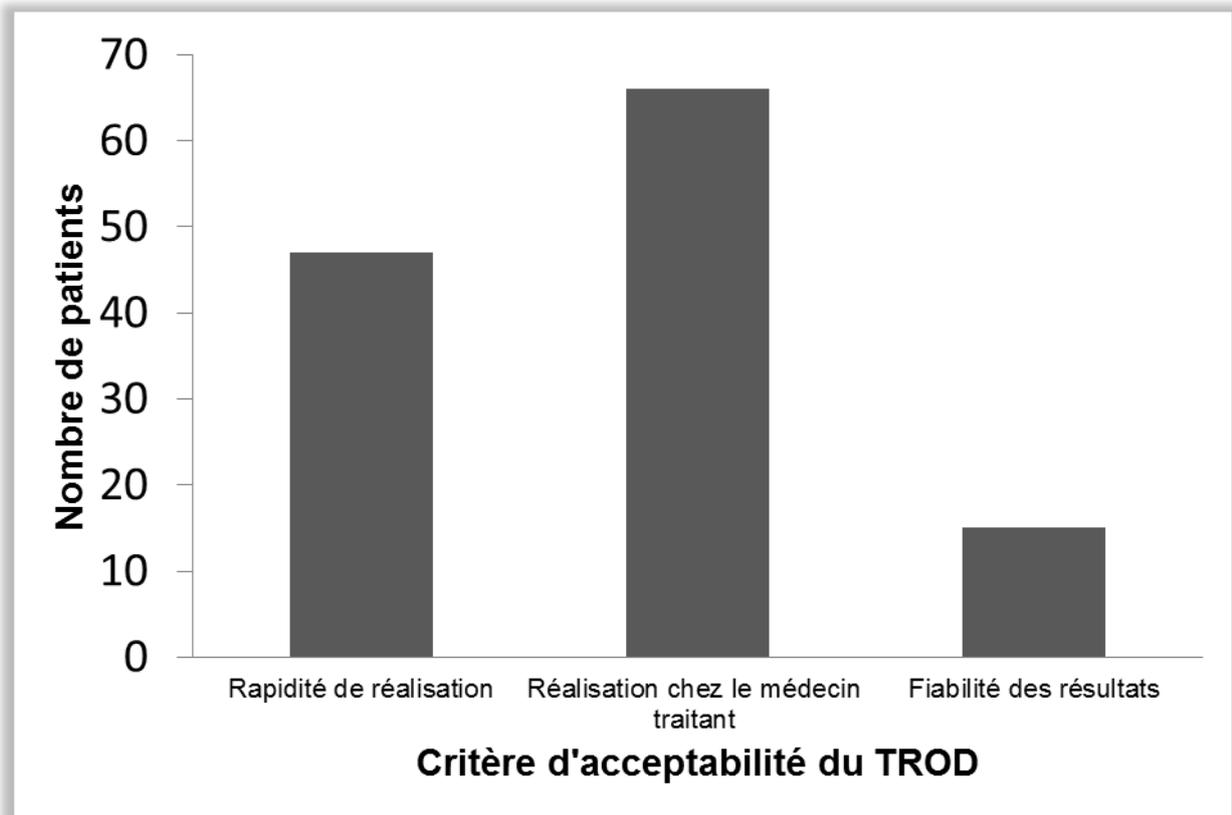


Figure 15 : Répartition des patients ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale en fonction des critères d'acceptabilité du TROD.

3.10 Acceptabilité de la réalisation du TROD (Cf. tableau 2)

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes pour l'âge (respectivement 37,9 ans et 40 ans d'âge médian) et le sexe (respectivement 41 femmes et 41 hommes groupe accepte le TROD, contre 7 hommes et 15 femmes groupe refuse TROD) (Cf. figure 16).

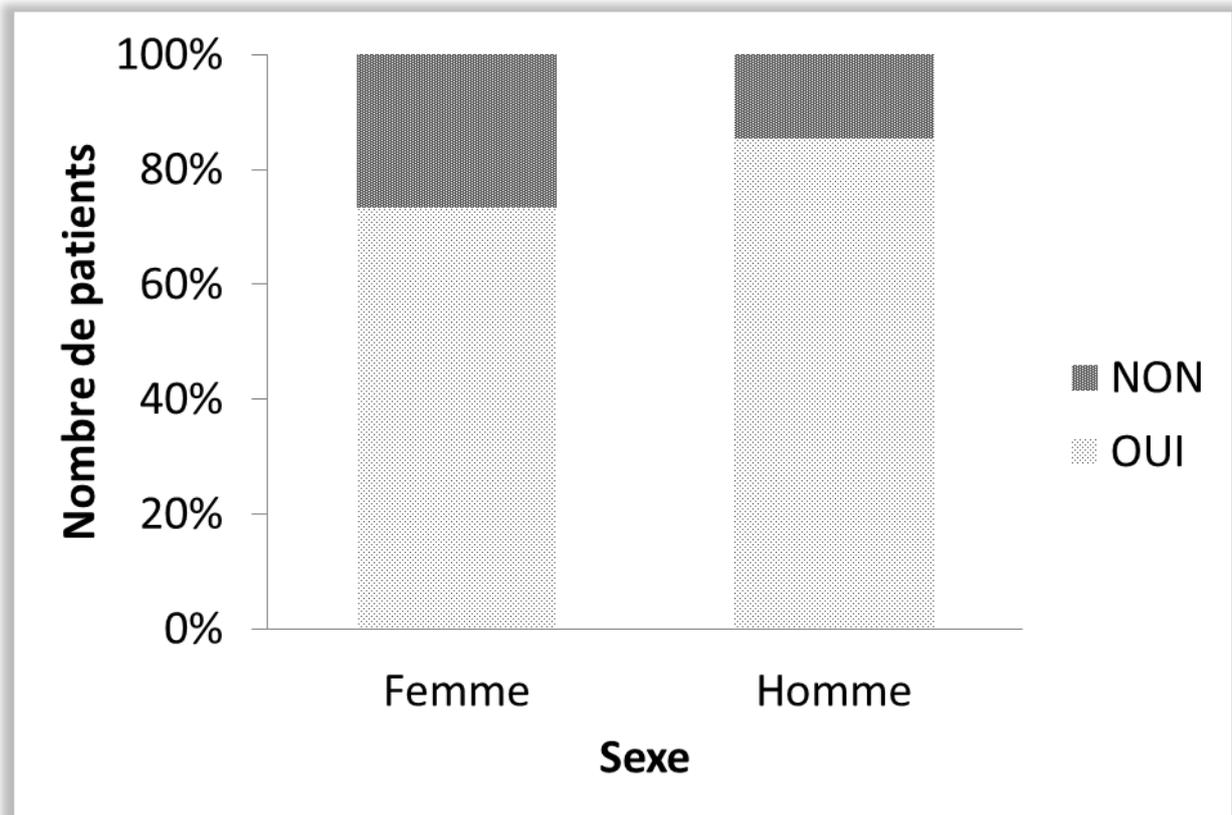


Figure 16 : *taux d'acceptation de réalisation d'un TROD en fonction du sexe des patients ayant accepté de participer aux questionnaires sur l'acceptabilité du TROD en médecine générale.*

Dans notre étude, 41 femmes (50 %) auraient accepté la réalisation du TROD au cabinet du médecin généraliste. Elle représentait 68 % dans le groupe ayant refusé la TROD. Le sexe n'est pas un facteur influençant l'acceptabilité du dépistage rapide au cabinet ($p > 0,05$).

La population ayant plus de quarante ans correspondait à 36 personnes (44 %) dans le groupe acceptant un éventuel dépistage par le TROD. Cette même catégorie représentait 59 % (13 personnes) dans le groupe refus. L'âge n'apparaît pas dans notre étude comme facteur influençant l'acceptabilité de la réalisation du TROD ($p > 0,05$).

La nationalité majoritaire dans les deux groupes était la nationalité française avec respectivement 83 % (68 personnes) et 73 % (16 personnes) ($p > 0,05$).

Les niveaux d'études étaient comparables dans nos deux groupes : les patients ayant un niveau collège/lycée sont 51 personnes (%) dans le groupe favorable à la réalisation du TROD et 16 (%) dans le groupe refus ($p > 0,05$).

Les patients ayant accepté le TROD avaient pour une majorité une activité rémunérée (39 personnes soit 47,5 %) contre 7 personnes (32%) pour ceux ayant refusé (p NS).

La moitié des patients (41 patients) ayant accepté la réalisation d'un TROD, avait déjà réalisé une sérologie antérieure de dépistage alors qu'ils étaient 7 (31,8 %) dans le groupe refusant le TROD (p NS).

Les personnes avec un niveau de connaissance « élevée » étaient au nombre de 47 personnes (56 %) pour le groupe favorable au dépistage par le TROD contre 10 personnes (45 %) dans le groupe refus (p NS).

Il n'y a eu que 3 patientes ayant un niveau de connaissance « mauvais » sur les modes de transmission de l'infection par le VIH. Tous ont accepté la réalisation du TROD au cabinet.

Tableau 2: Caractéristiques des patients en fonction de leur acceptabilité de la réalisation du TROD en médecine générale.

Facteurs	Accepte le TROD (n = 82)	Refus du TROD (n= 22)	Résultats
SEXE : Homme Femme	41 (50%) 41 (50%)	7 (32%) 15 (68%)	NS NS
AGE : âge médian (ans) < 40 ans ≥ 40 ans	37,9 ans 46 (56%) 36 (44%)	40 ans 9 (41%) 13 (59%)	NS NS NS
NATIONALITE : Française Afrique Europe (Hors Française)	68 (83%) 11 (13%) 3 (4%)	16 (73%) 1 (4,5%) 5 (22,5%)	NS NS NS
NIVEAU D'ETUDES : Collège / Lycée Etude supérieure	51 (62%) 31 (38%)	16 (69,5%) 6 (30,5%)	NS NS
CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLE : Activité rémunérée Chômeur, sans activité professionnelle Etudiant Retraité	39 (47,5%) 25 (30,5%) 11 (13%) 7 (9%)	7 (32%) 10 (45%) 1 (4,5%) 4 (18,5%)	NS NS NS NS
SCORE AUX QUESTIONNAIRES : ≥ 7 points < 7points	46 (56%) 36 (44%)	10 (45%) 12 (55%)	NS NS
REALISATION D'UNE SEROLOGIE ANTERIEURE : Sérologie réalisée Jamais de sérologie réalisée	41 (50%) 41 (50%)	7 (32%) 15 (68%)	NS NS

(Légende : NS : Non Significatif)

4. DISCUSSION

La situation épidémiologique du VIH en France est caractérisée par une incidence de 7000 à 8000 nouvelles contaminations par an, avec une prévalence estimée entre 135 000 et 170 000 personnes vivant avec le VIH [29]. Il existe des dynamiques particulières de l'infection par le VIH au sein des différents sous-groupes de population. Ainsi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les migrants d'origine subsaharienne ont des taux d'incidence supérieurs à la moyenne.

Malgré un nombre total de nouvelles contaminations stable en France depuis 2007 [30], on ne peut en aucun cas conclure à une stabilisation de l'épidémie. En effet, un niveau élevé de transmission de l'infection, associé à un allongement de l'espérance de vie des personnes infectées grâce aux traitements efficaces conduit à une augmentation constante de la prévalence du VIH dans notre pays [31].

L'un des facteurs essentiels de l'évolution de l'épidémie est la proportion des personnes infectées non dépistées. Cette catégorie de personnes était estimée en 2008 environ à 50 000 personnes (IC 95 % [32 000 – 68 000]) soit entre 30 et 40 % des personnes infectées. [29]

Les personnes contaminées par le VIH qui s'ignorent, souffrent généralement d'une prise en charge tardive, souvent à un stade avancé de l'immunodépression. Ainsi 55 % des découvertes se font à moins de 350 CD4/mm³ et plus d'un tiers à moins de 200 CD4 [31]. Ce retard diagnostique repousse l'instauration d'une trithérapie efficace, augmentant de ce fait la mortalité et la morbidité, et bien entendu la transmission du virus comme l'a bien démontré le concept de « *treatment as prevention* ».

Si ce retard de prise en charge n'affecte pas les groupes ayant des conduites à risques du fait d'une surveillance accrue, il est majoritaire dans les groupes de population ne se considérant pas comme exposés au risque VIH. Par conséquent, le dépistage de cette population est devenu une

priorité absolue de l'action publique : « *dépister plus et mieux pour traiter plus et plus tôt* ». [31]

Améliorer le dépistage en proposant d'autres méthodes, devrait permettre une précocité du diagnostic, avec un accès au traitement facilité devant conduire à une réduction de la mortalité, une amélioration de l'espérance et la qualité de vie des personnes infectées.

Si le dépistage volontaire, fondement de la politique de dépistage actuelle, est encouragé et renforcé, celui-ci a depuis longtemps montré ses limites tant en terme d'offres que de pourcentage de dépistage. C'est pourquoi, le Conseil National du Sida et la Haute Autorité de Santé, à travers le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014, a fixé à l'action publique trois axes d'interventions principales :

- L'élargissement de l'offre de dépistage volontaire à travers le développement de dispositifs innovants de dépistage communautaire, portés par des structures associatives en direction des populations à forte incidence et fondés sur l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).
- La rénovation du dispositif dédié de dépistage anonyme et gratuit, par la réorganisation du réseau des CDAG et des CIDDIST, et le développement de « centres de santé sexuelle ».
- Et le renforcement du dépistage dans le système de soin à l'initiative des soignants, par le développement des opportunités de proposition d'un test par les professionnels de santé, dans différentes circonstances de recours aux soins.

C'est dans le cadre de cette dernière proposition que l'HAS a proposé une nouvelle stratégie, ajoutant au dépistage volontaire gratuit anonyme, le dépistage initié par le médecin généraliste à l'attention de toutes personnes âgées de 15 - 70 ans au moins une fois dans leur vie, indépendamment des facteurs de risque [32].

Notre étude s'est donc intéressée à évaluer la faisabilité d'une telle stratégie. Si les données concernant l'acceptabilité des médecins généralistes d'une telle pratique ont déjà été largement publiées [20], peu de données sont connues sur l'acceptabilité du patient. Ainsi nous avons évalué l'acceptabilité de la proposition de réalisation d'un TROD au cabinet du médecin généraliste dans le cadre d'un dépistage systématique d'une infection par le VIH. Celle-ci s'est avérée élevée puisque près de 80 % des patients venant consulter dans le cabinet de médecine générale des Deux-Sèvres ont accepté l'idée d'un dépistage systématique par TROD.

On trouve quelques résultats similaires aux nôtres notamment dans l'étude de Crémieux et al. Il s'agissait là d'une proposition systématique de dépistage du VIH par TROD chez des patients adultes consultant cette fois dans des services d'urgences d'Ile de France. Une acceptabilité de 62,5 % (42,5 % à 83,6 % selon les sites) a été notée. [33]

Une autre étude similaire, réalisée en 2008 par Mortier et al., avec la réalisation d'un dépistage rapide par le TROD dans un service d'urgence hospitalier d'ile de France, lors d'une consultation qui nécessitait la réalisation d'une prise de sang retrouvait un taux d'acceptabilité de 88%. [34]

Plus récemment (2011), R.Gautier dans son étude DEPIVIH[35], pour une méthodologie et une population semblable à la nôtre (dépistage par TROD de patients consultants en médecine générale), a même trouvé une acceptabilité de ce test dans 99,7 % des patients inclus. Il est vrai que dans leur étude, le dépistage résultait d'une démarche volontaire des patients de réaliser un dépistage par un TROD au cabinet grâce aux affiches et aux dépliants en salle d'attente, expliquant probablement en partie l'excellence de ces résultats. En effet, la situation la plus fréquente a été la demande spontanée du patient après prise de connaissance de la possibilité de réaliser un TROD (64,7 % des cas) grâce à l'information présente sur place.

Le cabinet de médecine générale où notre enquête a été réalisée est situé dans une zone rurale. Les caractéristiques de nos patients sont donc particulières à cette population et peuvent expliquer en partie ainsi les différences avec les autres études. Ainsi les patients de l'échantillon étudié ont une moyenne d'âge légèrement plus élevée que les autres études (39,6 ans contre 36,2 ans pour Gautier et 35 ans pour Crémieux).

Par ailleurs, il reflète les caractéristiques habituelles de la région Poitou-Charentes, à savoir un taux proche de 100 % de nationalité française, et une activité rémunérée pour près de 50 % des patients, bien loin de celles observées en région parisienne (plus de 60 % de patients avec une activité rémunérée) [36].

Cet échantillon ne reflète donc pas la population française en générale et surtout n'est pas le reflet de la population des grandes villes ou des régions dans lesquelles le pourcentage de découverte de séropositivité est élevé.

Il n'est pas apparu dans notre étude de facteurs influençant l'acceptabilité de la réalisation du TROD au cabinet de médecine générale.

Le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le niveau de connaissance et l'existence d'une sérologie antérieure n'apparaissent ici pas comme facteur significatif influençant l'acceptabilité du TROD. Il est possible que la faiblesse de notre effectif (notamment des différentes catégories de personnes) ne nous ait pas permis de voir une différence significative.

En effet dans son travail de thèse, M. SEGHOUANI a trouvé que les personnes ayant un niveau de connaissance « bas » ou « moyen » acceptaient plus volontiers de réaliser le test de dépistage du VIH avec respectivement 75 % et 88 [37].

Des résultats contraires ont été trouvés dans d'autres stratégies de dépistage, notamment celui du cancer du col de l'utérus, qui montrait que la méconnaissance aussi bien de l'organe que la pathologie elle-même était un facteur limitant à la réalisation du test de dépistage [38].

La principale raison du refus retrouvée dans notre enquête est l'absence de conduite à risque ressentie par les patients. Cela pourrait paraître logique de la part des patients de ne pas se sentir concerner en l'absence de risque. Mais malheureusement les données montrent que cette notion est mal jugée de la part des patients puisque près de 50 000 personnes vivent avec le VIH sans le savoir. La notion de «prise de risque » n'a malheureusement pas été explorée par notre étude, et il est donc difficile de savoir si le refus de réaliser le TROD était justifié par le fait de penser n'avoir pas de « conduite à risque ».

Dans une enquête réalisée par Sida Info Service en 2010 sur «les usages du dépistage du VIH et des IST en 2010 ? » [39] les principaux freins à la réalisation d'un dépistage sont similaires à ceux retrouvés dans notre étude : absence de risque (36,3 %), peur du résultat (20,5 %), ne se sent pas concerné (6 %). La question est donc de savoir si ces freins au dépistage de masse notamment en cabinet de médecine générale sont liés au type de la maladie ou communs à tous les types de dépistage. En effet, la peur concernant la représentation de l'infection par le VIH dans le grand public est encore présente pour la génération avancée et pourrait expliquer qu'un peu plus de 20 % des refus soient liés à la peur du résultat.

Une partie de la réponse semble être apportée avec l'étude de Keighley et al. de 2003 qui s'est intéressée au dépistage du cancer colorectal par les tests hémocults en Europe [40]. Il apparaît ici que les raisons du refus soient également liées à cette sensation d'absence de risque (31%) mais aussi à la technique de dépistage et non à la peur du résultat. Le public souhaite en

effet majoritairement des méthodes non invasives et performantes comme méthode de dépistage. La peur du résultat n'intervient par contre que dans une faible proportion (5 %). Cette même enquête fut réalisée en France en 2005, par Clappier et al. [41], auprès de 156 personnes. Les principaux motifs de refus de réalisation étaient liés à l'opinion ou à la perception du dépistage par les patients (40 %), des contraintes de réalisation (28 %), du manque d'informations sur la campagne de dépistage (24 %). Ainsi on peut raisonnablement penser que lors d'un dépistage de masse, l'information du patient doit porter sur la technique qui doit être au maximum non invasive et sur les perspectives de prise en charge de la maladie en cas de positivité. Ainsi, la peur du résultat semble donc être une particularité du test de dépistage du VIH et doit donc être pris en compte par son réalisateur pour faire accepter au mieux cet examen.

Le TROD en médecine générale semble donc apporter quelques éléments pour la réussite du dépistage de l'infection par le VIH. Sa simplicité de réalisation en fait un premier atout, puisque non invasive. Elle est déjà proposée dans ce sens dans certains CDAG à la place de la prise de sang classique pour les personnes phobiques aux gestes de pique intraveineuse. Le deuxième atout est celui de la lecture immédiate qui permet d'aborder tout de suite avant le test la question du résultat et donc de la maladie et de sa prise en charge. Le médecin généraliste par sa capacité à être au plus près du patient, notamment dans une population rurale comme celle de notre étude explique probablement ce fort taux d'acceptation.

Un prérequis s'impose donc pour la réussite de ce dépistage : l'acceptabilité du médecin généraliste. La proposition d'un dépistage est ainsi souvent médecin-dépendant. Si ce dernier est en accord avec la stratégie de « *dépistage pour tous* » indépendamment de l'existence de facteurs de risque, sa patientèle sera plus sensibilisée sur ce problème de santé publique et inversement.

L'enquête « Baromètre santé médecins généralistes » menée du 6 novembre 2008 au 31 janvier 2009 par l'INPES auprès des médecins généralistes libéraux français montre que le principe de dépistage à la population générale à l'initiative du médecin suscite un bon niveau d'adhésion puisque plus de 70 % des médecins interrogés étaient d'accord avec l'idée que « le médecin devrait proposer un test VIH sans attendre la demande du patient » [20]. Néanmoins les résultats sur le terrain montrent le contraire.

Si dans notre étude, le patient est majoritairement prêt à accepter la réalisation du TROD, sa réalisation n'en demeure pas moins un acte réalisé par le médecin généraliste. Ainsi les principaux freins retrouvés à sa réalisation en cabinet de médecine générale restent : le caractère chronophage du test, le manque de formation pour sa réalisation et le risque d'erreur, qui constitue pour plus de la moitié des médecins interrogés un obstacle à son utilisation [20].

Pour plus de 70% des médecins interrogés, le fait d'avoir à annoncer un résultat positif ne constituerait par contre «en aucun cas » un frein à sa réalisation en cabinet de médecine de ville. [20]

Enfin récemment un nouveau frein a été mis en évidence dans ce dépistage de masse : l'épuisement du corps médical. Celui-ci survient devant la réalisation de multiples TROD négatifs pour l'éventualité d'un TROD positif dans la population générale n'ayant pas de facteurs de risque. Cette difficulté a été mise en relief par Casalino et al. lors de la réalisation d'un dépistage systématique pendant un an dans les services d'urgences de la région parisienne malgré un dépistage qui est coût efficace. [42]

Malgré ces écueils, l'intérêt de la proposition du TROD comme moyen de dépistage au cabinet se situe dans la possibilité de « capter » des populations différentes de celles qui se rendent dans les centres de dépistage.

Dans son travail de thèse mené en 2011 sur les perspectives d'un dépistage généralisé du VIH, O. SON a envoyé un questionnaire à 600 médecins généralistes installés dans la région Picardie. Sur les 168 réponses exploitables, 44,6 % des médecins généralistes estimaient que l'utilisation du TROD faciliterait ce dépistage. [43]

Le dépistage volontaire dans la population générale (comme dans les groupes de population à fortes endémies) est encore largement associé à la perception d'avoir eu une conduite à risque. [44]

Ainsi en France, les groupes à faibles risques d'infection que sont les français hétérosexuels, les « seniors », les personnes mariées avec enfants, sans pratique du multipartenariat, présentent les plus fortes probabilités d'être prise en charge tardivement [45]. Toutes ces populations ne se sentent pas concernées par le dépistage de l'infection par le VIH, et de ce fait reste à l'écart des dépistages ciblés, et en l'absence de proposition de dépistage par un professionnel de santé sont souvent diagnostiquées au stade de SIDA. Par contre se sont eux qui consultent le plus leur médecin généraliste et de ce fait seraient susceptibles de se voir offrir une opportunité au dépistage au moins une fois dans leur vie comme le recommande l'HAS.

La médecine générale a déjà l'expérience avec le « TDR angine », d'un test rapide, peu invasif, et d'intérêt épidémiologique communautaire certain à travers l'épargne d'antibiotique. Le succès de son utilisation (67% des 204 médecins généralistes de l'Hérault interrogés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie en 2011 [46]) dix ans après son instauration renforce l'idée de la réussite de test rapide en médecine de ville. Même si pour le TROD VIH la détection ne porte que sur des anticorps et ne permet donc pas un dépistage de l'infection par le VIH aussi précoce que le test *Elisa* de 4^{ème} génération, son utilisation en population générale, en particulier dans une population avec une faible incidence devrait pouvoir s'intégrer facilement dans une pratique courante et répondre à l'objectif de départ de santé publique.

5. CONCLUSION

Depuis des années le rôle du médecin généraliste était de répondre à une démarche volontaire pour la réalisation d'un dépistage, sans avoir à le promouvoir activement (hormis lors du test prénatal).

Le changement de paradigme intervient dans ce contexte où il faut faire évoluer les pratiques avec une banalisation du dépistage de l'infection par le VIH grâce à un argumentaire fort auprès des médecins généralistes et une sensibilisation accrue de la population générale.

La réalisation du TROD au cabinet est une méthode de dépistage qui s'inscrit dans cette politique et aura de l'importance dans les années à venir avec un rôle majeur du médecin généraliste, ainsi qu'une information plus large dispensée au public. Notre étude montre que la population rurale d'un cabinet de médecine générale des Deux-Sèvres est prête à accepter ce type de pratique. Reste à renforcer la formation des médecins généralistes pour que ce projet soit un succès et participe ainsi à l'objectif de dépister tous les séropositif pour le VIH s'ignorant.

L'avenir devra par contre intégrer une autre nouvelle méthode : l'autotest. Il s'agit de test unitaire permettant la détection des anticorps anti-VIH 1 et anti-VIH 2, réalisé directement par l'intéressé sans prescription médicale soit sur salive ou sur sang total, avec une réponse en moins de trente minutes.

Le Conseil National du Sida a rendu un avis sur la place de ces autotests en décembre 2012 [17], comme dispositif additionnel et complémentaire de l'offre existante pour le dépistage du VIH. Avec une vente libre du dispositif en pharmacie, parapharmacie et sur internet pour la population générale et à disposition des populations à risque, par exemple dans les milieux associatifs, CDAG ou cabinet de médecine générale.

Il pourrait être intéressant de réaliser une enquête pour voir l'acceptabilité de cette nouvelle technique dans la population générale notamment pour se rendre compte si elle répond aux besoins des populations ciblées.

Cette nouvelle méthode pourrait peut-être alors intervenir sur ce frein que serait « l'essoufflement du corps médical » dans un dépistage de masse voulu par l'Etat.

« Il reste encore du chemin à parcourir avant que le dépistage s'impose comme une évidence dans l'esprit des gens. » Homme, 37 ans, homosexuel.

[38]

6. BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA. *Le point sur l'épidémie du Sida*. 2012, Genève : ONUSIDA. ISBN978-92-9253-010-5.
2. Ancelle-Park R, Klein JP, Stroobant A, et al. *Expanded European AIDS case definition*. Lancet. 1993 Feb 13 ; 41(8842):441.
3. Institut de veille sanitaire. *Maladies à déclaration obligatoire. Infection à VIH et sida. Comment notifier l'infection à VIH et le sida ?* Disponible à l'adresse suivante : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/index.htm>.
4. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, et al. *Population-based HIV-1 incidence in France, 2003–08: a modelling analysis*. Lancet Infect Dis. 2010 Oct; 10(10):682- 687.
5. Cazein F, Le Vu S, Pillonel J, et al. *Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009*. Bull Epidémiol Hebd. 2010;(45-46):451-54.
6. Haute Autorité de Santé (HAS). *Recommandations en santé publique : dépistage de l'infection par le VIH en France, stratégies et dispositifs de dépistage*. Argumentaire. Saint-Denis : HAS, 2009 : 225 p.
7. Institut de veille sanitaire. *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996-2005*, mars 2007.
8. Desenclos JC, Costagliola D, Commenges D, et al. *La prévalence de la séropositivité à VIH en France*. Bull Epidémiol Hebd. 2005;11:41-4.

9. Cazein F, Pinget R, Lot F, et al. *Découverte de séropositivité VIH et SIDA - France, 2003-2011*. Bull Epidémiol Hebd. 2013 ;(28-29) : 333-40.
10. InVS. Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EGPL) 2011. Disponible sur: <http://www.enquetegayslesbiennes.fr/>
11. Arrêté du 23 juillet 1985 modifiant l'arrêté du 17 mai 1976, relatif aux prélèvements de sang paru au Journal Officiel du 24 juillet 1985.
12. Circulaire DGS/3B/498 du 1er juin 1987, relative au dépistage systématique des anticorps anti-VIH chez les donneurs d'organes.
13. République Française. Arrêté du 23/07/1985 modifiant l'arrêté du 17 mai 1976 relatif aux prélèvements de sang. Journal officiel 24/07/1985.
14. Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.
15. Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.
16. Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996, relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

17. Conseil National du Sida. *Rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH*. Mars 2013. Disponible sur : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article466>
18. Ministère de la Santé et des Sports. *Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014*. Paris : 2010.
19. Cazein F. Activité de dépistage du VIH. Institut de veille sanitaire. *Lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire. 2007 ; p.44-48.
20. Lert F., Lydie N., Richard J.B. *Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ?* Institut National de Prévention et d'Education en Santé. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé. 2011; p.137-155. ISBN : 978-2-9161-9224-6.
21. Société de pathologie infectieuse de langue française. Société française de lutte contre le SIDA. *Consensus formalisé : prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville*. Paris : Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf) et Société française de lutte contre le SIDA (SFLS). 2009.
22. Garry B. *Etat des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes métropole*. Thèse d'exercice de médecine. Université de Nantes - Nantes, UFR de médecine et des techniques médicales, 2010.

23. Arrêté du 28 avril 2003 fixant les conditions particulières d'évaluation et d'utilisation des réactifs de dépistage et de confirmation des anticorps anti-VIH 1 et 2 et des anticorps anti-HTLV I et II, paru au JORF no 110 du 13 mai 2003.

24. 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, paru au JORF no 31 du 9 juin 2010.

25. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine, (VIH 1 et 2), paru au JORF no 19 du 17 novembre 2010.

26. Gautheret-Dejean A. *Actualités sur les tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH : législation, performances, avantages et inconvénients*. Immuno-analyse & Biologie Spécialisée. 2013 Févr ; 28(1):8- 17.

27. Laforgerie E, Boucher B, Ly TD, et al. *Sensitivity of 8 CE (European Community)-approved rapid disposable tests for anti-HIV antibody detection during and after seroconversion*. J Virol Methods. 2010 Avr ; 165(1):105- 107.

28. Attou M-A, Morand-Joubert L. *Fiabilité du test rapide d'orientation diagnostique de l'infection à VIH: expérience au laboratoire de virologie de l'hôpital Saint-Antoine (Paris)*. *Immuno-analyse & Biologie Spécialisée*. 2011 Févr ; 26(1):23- 26.
29. Yéni P. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Rapport 2010*. 2010 : La Documentation Française. ISBN 978-2-11-008271-8.
30. InVS. *Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST*. Décembre 2012. Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Donnees/Donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST/\(pdf\)/1](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Donnees/Donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST/(pdf)/1)
31. Conseil National du Sida. *Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida - IST 2010-2014*. 2010 Juin. Disponible sur : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article331>.
32. Haute Autorité de Santé (HAS). *Recommandations en santé publique : dépistage de l'infection par le VIH en France, modalités de réalisation de tests de dépistage*. Argumentaire. Saint-Denis : HAS, 2008 : 198 p.
33. Cremieux A, Wilson d'Almeida K, Kierzek G, et al. *Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'Île-de-France, mai 2009-août 2010*. *Bull Epidémiol Hebd*. 2010 Nov ; (45-46) :460-464

34. Mortier E, Ichou H, Nikpay F, et al. *Acceptabilité du dépistage rapide du VIH dans un service d'urgence hospitalier d'Ile-de-France, janvier-avril 2008*. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(45-46):457-60.
35. Gauthier R. *Etude DEPIVIH : Faisabilité et acceptabilité de la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique du VIH par les médecins de ville en France*. Thèse d'exercice de Médecine. Université Paris Diderot - Paris 7, Faculté de Médecine, 2011.
36. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Evolution et la structure de la population en 2010. Disponible sur le site : <http://www.insee.fr/>
37. Seghouani M. *Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage systématique du VIH en Médecine générale*. Thèse d'exercice de Médecine. Université Pierre et Marie Curie – Paris 6, faculté de médecine, 2012.
38. Eve 1989, 1994, 1997. Etudes SOFRES
39. Sida Info Service. *Quels usages du dépistage du VIH et des IST en 2010 ?*. 2010 Nov. Disponible sur : <http://www.sida-info-service.org/?Quels-usages-du-depistage-du-VIH>
40. Keighley MRB, O'Morain C, Giacosa A, et al. *Public awareness of risk factors and screening for colorectal cancer in Europe*. Eur J Cancer Prev. 2004 Aug ; 13(4):257- 262.

41. Clappier P, Mallard G, Bretagne JF, et al. *Étude des motifs de non participation à la campagne de dépistage du cancer colorectal*. Gastroenterol Clin Biol. 2006; 30: A141
42. Casalino E, Bernot B, Bouchaud O, et al. *Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area: results from the ANRS URDEP study*. PLoS ONE. 2012; 7(10):e46437.
43. Son O. *Plan national VIH/SIDA/IST et dépistage généralisé du VIH par le médecin généraliste : quelles perspectives en Picardie*. Thèse d'exercice de Médecine. Université de Picardie – Amiens, Faculté de médecine, 2011.
44. Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X. et al. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en France : évolutions 1992-1994-1998-2001-2004*. Paris : Observatoire régional de sante d'Ile-de-France. 2005 : 176 p. Disponible sur : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
45. Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, et al. *Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy*. Int J STD AIDS. 2007 May; 18(5):312- 317.
46. Le Grand D. *Intérêt du TDR dans la prise en charge de l'angine en médecine générale*. Thèse d'exercice de Médecine. Université Henri Poincaré – Nancy 1, Faculté de médecine, 2011.

7. ANNEXE

7.1 Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

7.2 Annexe 2 : Liste des Professeurs des Universités et des
Maitres de Conférence Universitaire

7.3 Annexe 3 : Serment d'Hippocrate

Questionnaire concernant le VIH et son dépistage : évaluation des connaissances, et acceptabilité d'un test de dépistage rapide

Le but de ce questionnaire est d'évaluer les connaissances et les idées reçues sur ce qu'est le virus du SIDA, la maladie et l'acceptabilité de son dépistage dans la population générale. Il s'adresse aux patients de 15 à 70 ans.

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire ANONYME en salle d'attente et de le remettre au médecin lors de la consultation.

Ne souhaite pas répondre au questionnaire

1. Quel âge avez-vous ?

Ans

2. Vous êtes :

un homme :

une femme :

3. Quelle est votre nationalité ?

Française :

Europe (hors France) :

Afrique subsaharienne :

Afrique du nord :

Autres : , précisez :

4. Quelle est votre situation professionnelle ?

Collégien, lycéen :

Etudiant :

Activité rémunérée :

Chômeur :

Sans activités et non chômeur :

Retraité :

5. Quelle est votre niveau d'études ?

Ecole primaire :

Collège, CAP, BEP, certificat d'étude :

Lycée, bac :

Etudes supérieures, facultés, IUT, etc. :

6. Code postale de votre domicile :

7. Selon vous le VIH se transmet par :

	OUI	NON	NSP
Les rapports sexuels non protégés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les rapports sexuels oro-génitaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sang :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les piqûres de moustiques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de l'allaitement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par l'injection de drogues par voie intraveineuse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les tatouages, et les piercings :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En se brossant les dents avec la même brosse à dent qu'une personne séropositive :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Avez-vous déjà effectué une sérologie du VIH : Oui : Non :

9. Si non, pourquoi :

Ne juge pas avoir de conduites à risques : Ne veut pas faire le dépistage : Ne se sent pas concerné

Peur du prélèvement : Peur du résultat : Autres : , précisez

Il existe actuellement des tests de dépistage rapide pour le VIH, réalisable au cabinet du médecin traitant, ayant une grande fiabilité, et simple d'utilisation qui se déroule en 3 étapes :

1) Réalisation d'une piqûre au bout du doigt

2) Dépose de la goutte de sang sur une languette de lecture

3) Résultat en lecture directe au bout de 5 minutes

10. Seriez-vous d'accord pour effectuer un test de diagnostic rapide au cabinet de votre médecin traitant s'il était disponible :

Oui : Non :

11. Si oui, pour quelles raisons préférez-vous cette méthode de dépistage :

La rapidité du test : Sa réalisation chez son médecin traitant La fiabilité des résultats

Autres : , précisez :

12. Si non, préférez-vous effectuer une sérologie dans un laboratoire de ville : Oui : Non :

13. Ou dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG) : Oui : Non :

14. Pensez-vous que l'on guérit du VIH : Oui : Non :

15. En ce qui concerne le traitement du VIH :

	OUI	NON	NSP
Existe-t-il ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est 'il efficace ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

