

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 3, novembre, 2016 à Poitiers
par **Monsieur Nicolas Jary**

Titre

Lien entre proposition de dépistage du VIH et abord de la sexualité en médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur France Cazenave-Roblot

Membres :

Madame le Professeur Christine Silvain
Monsieur le professeur José Gomes Da Cunha

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume Conort

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 3, novembre, 2016 à Poitiers
par **Monsieur Nicolas Jary**

Titre

Lien entre proposition de dépistage du VIH et abord de la sexualité en médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur France Cazenave-Roblot

Membres :

Madame le Professeur Christine Silvain
Monsieur le professeur José Gomes Da Cunha

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume Conort

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens
Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECC-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Je remercie madame le professeur France Cazenave-Roblot. Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de porter un jugement sur ce travail.

Je remercie madame le professeur Christine Silvain. Vous me faites l'honneur de juger ce travail en faisant partie de ce jury.

Je remercie monsieur le professeur José Da Cunha Gomes. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vous avez dirigé l'enseignement de la médecine générale qui nous a été donné lors de ce troisième cycle et je vous en suis reconnaissant.

Je remercie le docteur Guillaume Conort. Vous avez dirigé ce travail avec rigueur, une grande disponibilité et beaucoup d'enthousiasme. Vous avez apporté la lumière quand il fallait et vous avez su me détourner des chemins hasardeux.

Je remercie les médecins qui ont donné de leur temps à ma formation : Pr Longy-Boursier, Dr Piketty, Dr Dupuis, Dr Boita notamment.

Je remercie les médecins qui m'ont accueilli dans le Lot-et-Garonne : Dr Breuil, Dr Viguier, Dr Luaces, Dr Lageyre Dr Larrieu, Dr Mangaron, Dr Peyrou, Dr Nammathao.

Je remercie Tsai-Yan, mon épouse, pour son soutien infaillible, ses encouragements, et son amour. Je remercie Alexis, notre fils, pour son énergie.

Je remercie mes parents, Bertrand et Brigitte, pour leur soutien constant depuis le début de mes études de médecine et même avant, pour leur regard bienveillant, et pour leur amour. Je remercie Corentin d'être à mes côtés pour partager les moments intenses.

Je remercie mes grands-parents Jean et Françoise, pour leur accueil, leur soutien à Aiguillon, et leur amour.

Je remercie mes cousins et cousines, oncles et tantes pour leur joie, les moments partagés pendant ces études et l'œuf au plat.

Je remercie mes camarades de l'université Pierre, Thi Men, Brett ; mes cointernes Johan, Marie, Pierre, et les autres. Merci pour tous ces moments partagés, du doute aux joies. Je remercie mes amis Cédric, Martin, Benjamin, Pierre, Damien, Jérôme, Marion, Christian, Vanessa, Quitterie, Anthony, Sébastien, Amandine, Anaïs. Merci pour les aventures.

Table des matières

Remerciements	1
Table des matières	3
Abréviations	7
Introduction :	8
Enjeu du dépistage du VIH	8
Le mode de contamination prévalent et les motifs de dépistage	8
La stratégie nationale de dépistage	9
Le dépistage systématique	9
Dépistage ciblé et régulier	10
Recours volontaire au dépistage	10
Guyane	10
La place de la médecine générale dans le dépistage	11
L'abord de la sexualité en médecine générale	12
Question de recherche	13
Objectif principal	13
Objectifs secondaires	13
Méthode	14
Type d'étude	14
Populations de l'étude	14
Investigateurs : internes	14
Maîtres de stage	14
Patients	14
Mode de recueil des données	15

Echantillonnage et calcul du nombre de sujets à inclure	15
Critères de jugement.....	16
Recueil des données.....	16
Google form.....	16
Questionnaire papier	17
Analyse statistique	17
Recherche complémentaire	18
Résultats.....	19
Diagramme de flux.....	19
Investigateurs	19
Maîtres de stage.....	21
Patients	22
Invalidité liée aux patients inclus dans le recueil de donnée	22
Description	23
Acceptation de la proposition de sérologie du VIH	23
Antériorité entre abord de la sexualité et proposition de sérologie du VIH, initiative, refus	24
L'abord de la sexualité semble à l'origine de la proposition de sérologie du VIH	25
La proposition de sérologie du VIH semble à l'origine de l'abord de la sexualité	25
Proposition de sérologie en l'absence d'abord de la sexualité	25
Situations fréquentes.....	26
Abord de la sexualité en l'absence de proposition de sérologie	26

Motifs.....	26
Critères de jugement principal	28
Critères de jugement secondaire	28
Abord de la sexualité	28
Proposition de sérologie du VIH	29
Recherche complémentaire	30
Discussion	32
Biais de sélection	32
Représentativité des maîtres de stage	32
Représentativité des investigateurs.....	32
Difficultés de recrutement.....	33
Puissance	34
Biais de classement	34
Biais de confusion.....	35
Qualités de l'étude	35
Originalité de l'étude.....	35
Qualité des données.....	36
Double codage	36
Utilisation CISP2.....	36
Analyse statistique.....	36
Discussion du résultat principal.....	37
Discussion des résultats secondaires	38
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	44

Annexe 1 : numéro CIL.....	46
Annexe 2 : questionnaire principal.....	47
Annexe 3 : questionnaire de fin de recueil de données	49
Annexe 4 : CISP2	50
Résumé	57
Introduction.....	57
Méthode	57
Résultats	57
Discussion	58
Conclusion.....	58
 Tableau 1 Nombre de sujets nécessaires.....	 15
Tableau 2 Etudiants abordés : université, accord	20
Tableau 3 Caractéristiques des investigateurs ayant inclus	20
Tableau 4 Caractéristiques des maîtres de stage	22
Tableau 5 Motifs de consultation	27
Tableau 6 Résultat principal : lien entre abord de la sexualité et proposition de sérologie du VIH	28
Tableau 7 Motifs de consultation déterminants l'abord de la sexualité	29
Tableau 8 Motifs de consultation déterminants de la sérologie du VIH	30
 Figure 1 Diagramme de flux des investigateurs.....	 19
Figure 2 Diagramme de flux des patients	23
Figure 3 Antériorité entre proposition de sérologie du VIH et abord de la sexualité en cas de proposition de sérologie du VIH	24

Abréviations

CDAG : centres de dépistage anonymes et gratuits

DU : diplôme universitaire

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

IC : intervalle de confiance

IST : infection sexuellement transmissible

RC : rapport de cote

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Introduction :

Enjeu du dépistage du VIH

Le dépistage des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a un intérêt individuel par l'amélioration de l'espérance de vie (1) et de la santé (1). Le traitement antirétroviral réduit également nettement le risque de transmission au niveau individuel (1). Le diagnostic est tardif (taux de CD4 < 350/mm³ au moment du diagnostic) chez 45% des personnes découvrant leur séropositivité (2). Or, un diagnostic tardif est une perte de chance (1) et le risque de transmission est plus élevé chez des personnes ignorant leur séropositivité (1). Le délai moyen entre l'infection et le diagnostic est long : de 37 mois pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) à 53 mois pour les hommes hétérosexuels (1). Une étude récente a étudié les opportunités manquées de proposition de sérologie du VIH dans un groupe à risque : 79% chez des HSH nouvellement diagnostiquées séropositifs (3) ; 82% chez des patients avec des signes cliniques liés au VIH (3). Le diagnostic est plus souvent tardif quand il y a eu une opportunité manquée (3).

Un diagnostic tardif du VIH est une perte de chance. Le délai moyen entre l'infection et le diagnostic est actuellement long : 37 à 53 mois.
--

Le mode de contamination prévalent et les motifs de dépistage

En France, en 2013, le mode de contamination probable du VIH est à 98% lié à un rapport sexuel : dans 55% des cas, il s'agit d'un rapport hétérosexuel et dans 43% des cas d'un rapport sexuel entre hommes (2). En cas de sérologie positive, les motifs de dépistage sont des signes cliniques liés au VIH dans 38% des cas. Les autres motifs

sont des bilans systématiques (23%), une exposition récente au VIH (21%), des dépistages orientés, c'est-à-dire chez des patients vus pour une pathologie autre que le VIH ou dans un contexte suggérant une contamination possible (14%)(2).

Un rapport sexuel est le mode de contamination probable du VIH dans 98% des cas en France. Les motifs de dépistage sont dans 23 % des cas des bilans systématiques.

La stratégie nationale de dépistage

Le dépistage systématique

En 2009, la haute autorité de santé (HAS) proposait une nouvelle stratégie pour faire face au retard diagnostique du VIH (4) : il était notamment recommandé un dépistage de l'ensemble de la population de 15 à 70 ans hors notion d'exposition à un risque ou caractéristique particulière. Les résultats et l'impact de cette stratégie sur la diminution du retard au diagnostic devaient être évalués à 5 ans. Ces recommandations sont à l'origine du plan national de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014. En 2012, deux travaux ont étudié un dépistage systématique dans des services d'urgence d'Île-de France (5,6) ; le seuil coût-efficacité de 0.1% était atteint dans les deux études mais l'impact semble limité. D'une part, beaucoup de patients nouvellement diagnostiqués appartenaient à un groupe à risque, ils relevaient donc du dépistage ciblé. D'autre part, les diagnostics tardifs étaient fréquents malgré le nombre de tests réalisés. Un impact mineur du dépistage systématisé en population générale est attendu. Cette même année, le Collège des généralistes enseignants a publié un communiqué de presse demandant une évolution de la recommandation HAS de 2009 en s'appuyant sur ces arguments notamment (7). Le rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes vivant

avec le VIH constate également les difficultés de mise en œuvre de la stratégie de dépistage systématique (1). Il revient sur la recommandation de 2009 de l'HAS et propose « d'accentuer l'attention sur les situations cliniques classiques devant amener au dépistage » et « de saisir les opportunités d'un dépistage large chez les personnes sans test récent »(1). En janvier 2014, le conseil national du SIDA (CNS) publie un avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du PNLIS. Il constate l'échec de la mise en œuvre de la stratégie de dépistage systématique. Il recommande l'ajustement de cette stratégie et le renforcement du dépistage ciblé (8). En avril 2015, la HAS publie une feuille de route pour évaluer les effets de la recommandation de 2009 : son application, son impact sur le dépistage tardif. Ceci dans le but de réévaluer la fréquence du dépistage ciblé et l'intérêt du dépistage systématique en population générale.(9) Dans ce cadre, une étude française a pu constater une augmentation du dépistage en France entre 2006 et 2013 (10) en particulier chez ceux qui consultent régulièrement leur médecin généraliste.

Dépistage ciblé et régulier

Il doit être proposé en fonction des populations, des circonstances et des données cliniques ou biologiques (1,4).

Recours volontaire au dépistage

Il doit être renforcé et facilité (1,4).

Guyane

La situation épidémiologique de la Guyane d'épidémie généralisée a conduit à des recommandations particulières : dépistage régulier (tous les ans), systématique de l'ensemble de la population (1,4).

En 2009, une stratégie de dépistage systématique en dehors de toute notion d'exposition à un risque ou caractéristique particulière a été recommandée par l'HAS avant que son bien-fondé ne soit remis en cause par de nouveaux travaux et par les difficultés de sa mise en œuvre. La stratégie repose sur un dépistage large chez les personnes sans test récent, un dépistage ciblé et régulier et le recours volontaire.

La place de la médecine générale dans le dépistage

Les laboratoires de ville font 76% des dépistages, majoritairement prescrits par des médecins généralistes. Ils sont à l'origine des prescriptions dans 38% des sérologies positives (11). Le diagnostic est plus souvent précoce en laboratoire de ville (2). Dans 2 cas sur 3, ce dépistage est à l'initiative du consultant (1). Pourtant, dans les cas de découverte de séropositivité, le dépistage est réalisé le plus souvent à l'initiative du médecin : 77% des diagnostics en 2012-2013 (2). Ces données suggèrent une place stratégique des médecins généralistes dans le dépistage du VIH, et notamment dans le dépistage précoce. Dans les faits, l'implication des médecins généralistes est variable : ainsi, si 72,9% des médecins généralistes déclarent proposer systématiquement une sérologie du VIH en cas d'IST, seulement 23,5% le font aux personnes qui connaissent un changement dans leur vie affective (12). Le baromètre Santé médecins généralistes de l'INPES (2009) identifie 4 profils de comportements vis-à-vis du dépistage du VIH : un groupe majoritaire de « modérément actifs en prévention » (45,4% de l'échantillon), un groupe de « réfractaires à la prévention en médecine générale » (22,9%), des « champions du dépistage » (18,0%), et un autre groupe de « méfiants vis-à-vis de l'utilisation des tests rapides » sans autre caractéristique les identifiant (13,7%) (12). L'augmentation du dépistage est plus prononcée si les patients consultent les médecins généralistes régulièrement (10).

Les médecins généralistes ont une place stratégique dans le dépistage du VIH parce qu'ils permettent un dépistage plus précoce ; dans les faits, leur implication est variable.

L'abord de la sexualité en médecine générale

La prévalence des problèmes de santé sexuelle est élevée. Par exemple, 64.9% des hommes de plus de 40 ans sont concernés par des dysfonctions sexuelles (troubles de l'érection, éjaculation précoce, andropause) d'après une étude coréenne de 2016 (13).

Des recommandations concernant l'abord de la sexualité en consultation et l'interrogatoire de la sexualité sont émises par le « Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV » notamment, entre autre dans l'objectif d'optimiser le dépistage des IST, comme le VIH (14,15).

Dans une étude réalisée à Lausanne (Suisse) en soins primaires : 90,9% des hommes souhaitaient que leur médecin les interroge sur leur sexualité dans le but de recevoir des conseils de prévention. Pourtant, l'abord de la sexualité concernait seulement 61% tous motifs confondus dont 40,5% sur leur sexualité en général ; 26,6% sur l'antécédent d'infection sexuellement transmissible, 19,5% le nombre de partenaires, 18,4% l'orientation sexuelle (16). Cet abord insuffisant de la sexualité en soins primaires est retrouvé dans d'autres études (17–19).

L'abord de la sexualité et le dépistage des IST par le médecin généraliste sont recommandés. Si 91% des patients souhaitent être interrogés sur leur sexualité, seulement 40.5% ont déjà eu une discussion sur leur sexualité en général.

Question de recherche

L'enjeu du dépistage est de réduire le délai, actuellement long, entre contamination et diagnostic du VIH. La médecine de ville permet plus souvent des diagnostics précoces qu'à l'hôpital. Le VIH se transmet en France à 98% par des rapports sexuels. L'abord de la sexualité est insuffisant par rapport aux attentes des patients. Notre hypothèse est donc que l'abord de la sexualité en consultation pourrait permettre d'améliorer la proposition de dépistage du VIH. De là découle notre question de recherche :

Quand une proposition de dépistage du VIH est faite en consultation de médecine générale, y a-t-il plus souvent abord de la sexualité ?

Une recherche bibliographique n'a pas retrouvé de réponse à cette question. Ce travail se propose d'y répondre. Il sera aussi recherché si des motifs de consultations sont liés plus fréquemment à des dépistages du VIH.

Objectif principal

Au cours de consultations de médecine générale, comparer la proportion d'abord de la sexualité chez les patients à qui une sérologie du VIH est proposée par rapport à ceux à qui elle n'est pas proposée.

Objectifs secondaires

Au cours de consultations de médecine générale, rechercher les déterminants de la proposition de dépistage (motifs de consultation, caractéristiques du patient et du médecin).

Au cours de consultations de médecine générale, rechercher les déterminants de l'abord de la sexualité (motifs de consultation, caractéristiques du patient et du médecin).

Méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative. Cette étude est analytique de type cas-témoin appariés, 2 témoins pour un cas.

Populations de l'étude

Investigateurs : internes

Ce sont des internes de médecine générale des facultés de Bordeaux et de Poitiers, effectuant un stage chez le praticien de mai 2015 à novembre 2015. Ce stage peut être un niveau 1, un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) ou un stage ambulatoire validant gynéco-pédiatrie. Ils sont recrutés par volontariat à l'occasion de leur choix de stage en mars et avril 2015. Le thésard les a rencontré un par un au hasard parmi tous les internes choisissant un stage de médecine générale, en leur présentant un par un ce projet de recherche.

Maîtres de stage

Ce sont des médecins généralistes enseignant dans les régions Aquitaine et Poitou-Charentes. Les internes recrutés doivent leur demander leur accord pour participer au recueil de données.

Patients

Ce sont des patients vus par les internes au cours de leur stage. Aucune donnée personnelle n'étant recueillie, leur consentement n'est pas demandé.

Les populations de l'étude sont donc des patients, vus par des internes de médecine générale, supervisés par leur maître de stage.

Mode de recueil des données

Les investigateurs doivent renseigner un questionnaire à chaque fois qu'une proposition de sérologie du VIH est faite.

Ce questionnaire recueille des informations sur le patient à qui cette proposition est faite : le cas. Il recueille aussi des informations sur la consultation précédente et la consultation suivante : deux témoins. Deux modes de recueil sont proposés : en ligne (par le logiciel google forms) ; sous forme papier en imprimant le questionnaire à partir d'un courriel.

Echantillonnage et calcul du nombre de sujets à inclure

La taille de l'échantillon de consultations a été définie en fonction des résultats attendus.

Plusieurs proportions de témoins exposés ont été envisagées : 0.05 et 0,1 ; des estimations de l'échantillon nécessaire pour prouver des rapports de cote de 3, 5, 10 et 20 ont été faites et elles sont regroupées dans le tableau suivant.

Tableau 1 Nombre de sujets nécessaires

Rapport de cote	Proportion =0.1	Proportion =0.05
3	321	564
5	135	228
10	60	93
20	36	48

Un échantillon de 300 patients a été défini pour prouver un rapport de cote d'un peu plus de 3 avec une proportion de témoins exposés allant de 1/20 (0,05) à 1/10 (0,1).

La fréquence des sérologies a été estimée à partir des éléments suivants : nombre de dépistage annuel en France 5,27 millions en 2014 ; proportion de tests faits en laboratoire de ville 76% (11) ; nombre de médecins généralistes exerçant en France en 2015 : 58104 (20). On obtient 68,9 sérologies par médecin par an, soit 34 en un semestre. Cela est comparable aux déclarations des médecins généralistes : 5,9 [5,5 ; 6,3] sérologies par mois (70,8 par an, 35,4 par semestre) (12).

Un échantillon de 300 correspondrait à 100 recueils de données. Ceux-ci peuvent être faits par 50 investigateurs en faisant 2 chacun en moyenne en un semestre. Avec un taux d'attrition des investigateurs de 50%, il faut recruter 100 investigateurs.

L'objectif est le recrutement de 100 investigateurs (internes) pour inclure 300 patients.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le rapport de cote de l'abord de la sexualité chez les patients à qui une proposition de sérologie du VIH est faite par rapport à ceux à qui ce n'est pas proposé.
--

Les critères de jugement secondaires sont les déterminants des propositions de sérologie du VIH et de l'abord de la sexualité (motifs de consultation, caractéristiques du patient et du médecin).

Recueil des données

Initialement, les investigateurs avaient deux modes de réponse possibles :

Google form : questionnaire en ligne, via un lien communiqué par mail.

Questionnaire papier : à imprimer depuis fichier envoyé par courriel. Il était prévu de recueillir ces questionnaires par courrier dans un second temps. Ce mode de recueil n'a été choisi par aucun investigateur.

Les données du questionnaire étaient intégrées par défaut dans un tableur « Google sheets ». A la fin du recueil en novembre 2015, le tableau des résultats a été converti en tableur Excel 2013 pour produire une version exploitable par le logiciel de statistique. Les données « motifs de consultation » ont été codées par deux médecins (dont le thésard) avec la classification CISP2. En cas de discordance, un troisième codage a été fait avec un troisième médecin, le directeur de thèse. A partir des données « motifs d'abord de la sexualité », un code a été créé pour déterminer l'antériorité entre l'abord de la sexualité et la proposition du VIH, avec double codage. Un comité avec un troisième médecin (le directeur de thèse) et l'un des deux codeurs initiaux (le thésard) a permis de déterminer le code retenu en cas de divergence.

Les investigateurs pouvaient répondre à un questionnaire en ligne ou sur papier. Certaines données ont été codées par deux médecins, avec un troisième médecin en cas de discordance.

Analyse statistique

Description des variables, pourcentage, moyenne des effectifs : à travers le logiciel excel 2013.

Nous avons réalisé une régression logistique univariée puis multivariée conditionnelle pour données appariées en forçant le sexe et l'âge du patient dans le modèle à l'aide du logiciel de statistiques R. Dans l'analyse multivariée, nous avons introduit les motifs de consultation par regroupements des motifs codés par la CISP 2.

Nous avons choisi le seuil de 20% et nous avons forcé l'introduction de l'âge et du sexe du patient dans le modèle. Nous avons réalisé une sélection pas à pas descendante en vérifiant à chaque étape qu'il ne s'agissait pas d'un facteur de confusion ou d'un modificateur d'effet. Nous avons enfin vérifié l'ajustement du modèle.

L'analyse statistique s'est faite avec les logiciels Excel 2013 et R. Elle a comporté une régression logistique univariée et multivariée conditionnelle pour données appariées.

Recherche complémentaire

Un mois après la fin de l'investigation, un autre questionnaire en ligne (annexe 2) a eu pour but de rechercher des causes à des absences éventuelles de participation.

Il a été adressé à tous les investigateurs, y compris à ceux qui n'ont pas renseigné le questionnaire principal.

Résultats

Diagramme de flux

Cinquante-six recueils ont été réalisés au cours des 6 mois de recueil. Neuf recueils de données ont été exclus, considérés comme non valides :

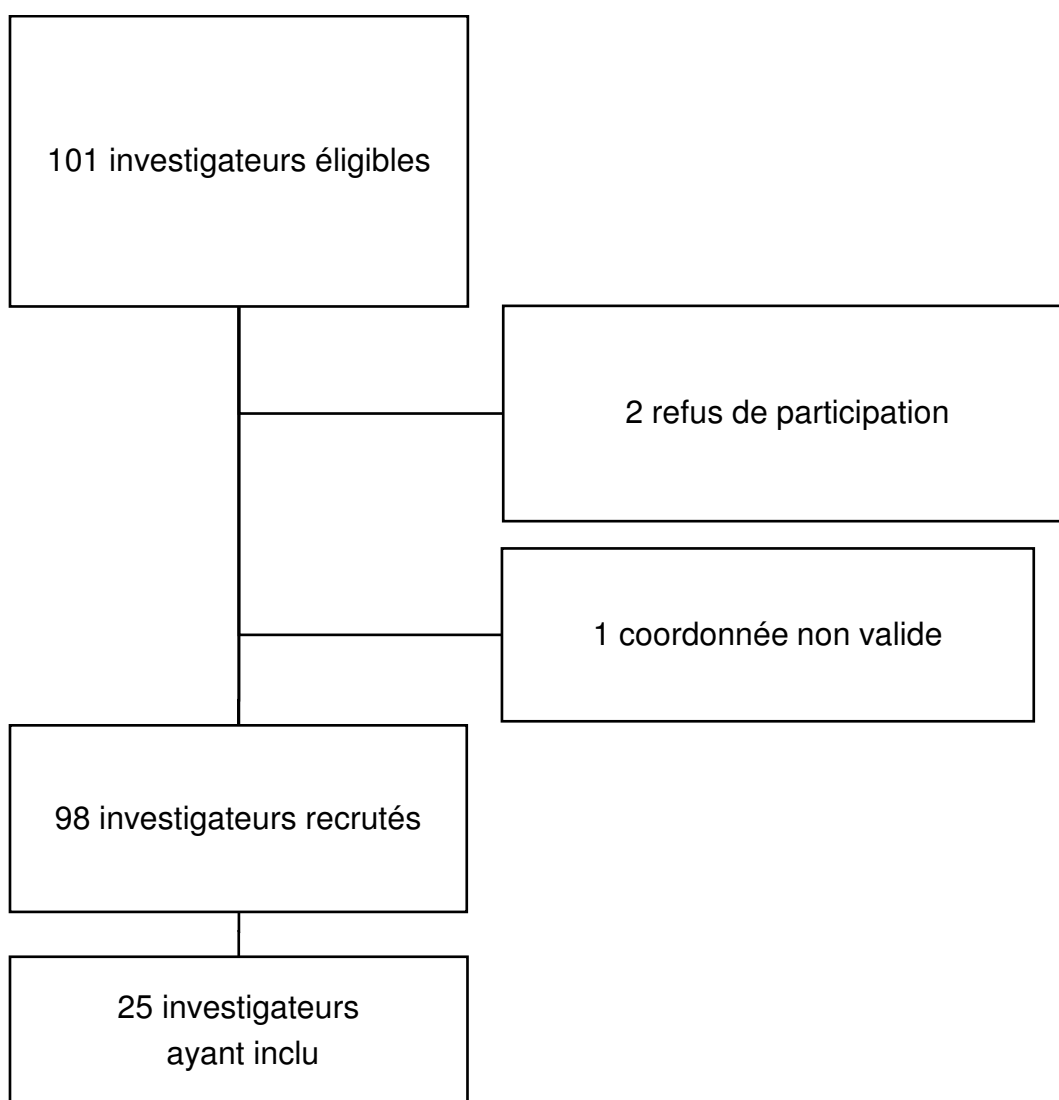


Figure 1 Diagramme de flux des investigateurs

Investigateurs

Cent un internes de médecine générale ont été abordés aux facultés de Bordeaux et de Poitiers lors des choix de stage de mars et avril 2015. Deux ont refusé de participer

au recueil de données ; 99 ont accepté et ils ont donné leur coordonnées (mail et téléphone).

Tableau 2 Etudiants abordés : université, accord

Promotion	étudiants éligibles	refus	recrutés
Bordeaux	52	1	51
Poitiers	49	1	48
Total	101	2	99

A Bordeaux, un interne a refusé car il n'avait pas le temps d'écouter la proposition du doctorant. A Poitiers, une interne a refusé car elle avait décidé de repasser l'examen classant national et elle considérait qu'elle n'aurait pas le temps.

Tableau 3 Caractéristiques des investigateurs ayant inclus

Caractéristiques	Pourcentage	Moyenne	Ecart-type
âge		26,4	1,45
sexe			
homme	24%		
femme	76%		
Type de stage			
Niveau 1	60%		
SASPAS	40%		
Validant gynéco-pédiatrie	20%		

Parmi ces 99 investigateurs, 98 avaient des coordonnées valides. Vingt-cinq investigateurs ont finalement participé en réalisant au moins un recueil de données, soit 25.5% de participation.

Caractéristiques des participants : 76% étaient des femmes ; l'âge moyen était de 26,4 ans (de 24 à 30 ans) ; 60% de niveau 1 et 40 % de SASPAS ; 20% de ces stages validaient « gynéco-pédiatrie » dans la maquette. Des relances mensuelles ont été faites, six en tout.

Sur 101 investigateurs éligibles, 98 sont recrutés ; parmi eux 25 ont inclus des patients, avec une majorité de femmes (76%) ; l'âge moyen était 26.4 ans.
--

Maîtres de stage

Les maîtres de stage étaient 41 ; 18 étaient des femmes (44%) ; l'âge moyen était 48,5 ans ; la distribution territoriale était la suivante : 41% d'exercice en lieu urbain, 39% d'exercice en territoire rural 20% en semi-urbain. 40% étaient titulaires d'un diplôme universitaire (DU) complémentaire, VIH ou d'infectiologie. La moyenne déclarée de patients vivant avec le VIH suivi était de 3.24 (de 1 à 5) mais la donnée était bien souvent manquante.

Tableau 4 Caractéristiques des maîtres de stage

Caractéristiques	Pourcentage	Moyenne	Ecart-type
âge		48,5	8,9
Nombre de patients vivants avec le VIH		3,24	1,63
Sexe			
Hommes	56%		
Femmes	44%		
Exercice			
Urbain	38%		
Semi-urbain	19%		
Rural	40%		
Titulaires d'un DU infectiologie ou VIH	36%		

Les maîtres de stage étaient 41, en majorité des hommes (56%), âgés de 48,5 ans en moyenne ; ils suivaient en moyenne 3,24 patients porteurs du VIH.

Patients

Suite au recueil de données, 141 patients ont été inclus. L'âge moyen était 40,7 ans (écart-type, de 2 à 85 ans), 55% étaient des femmes.

Invalidité liée aux patients inclus dans le recueil de donnée

Doublon entre le cas et un des deux témoins ou les deux témoins (consigne mal comprise) : 2 triplets exclus.

Absence d'un cas (cas = premier ou dernier patient de la journée) : 4 triplets exclus.

Le témoin est aussi un cas, une sérologie du VIH ayant été proposée à un témoin : 3 triplets exclus.

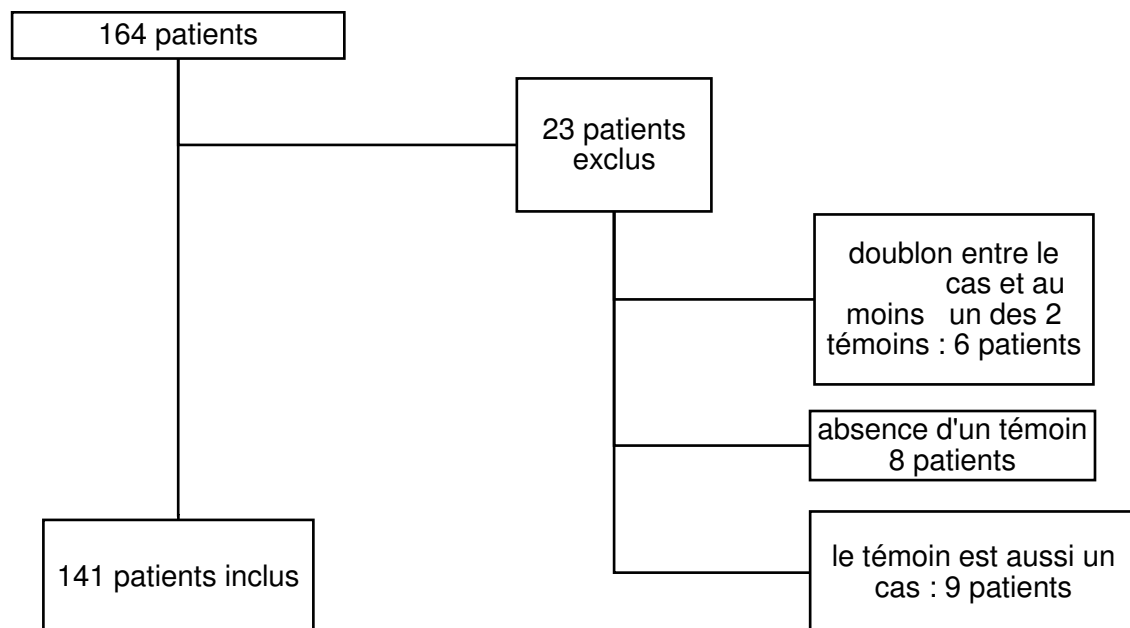


Figure 2 Diagramme de flux des patients

Neuf recueils de données sont exclus à cause d'une invalidité liée au patient. Au total, 141 patients sont inclus.

Description

Acceptation de la proposition de sérologie du VIH

Quand la sérologie du VIH est à l'initiative du médecin, elle a été refusée 3 fois sur 26, soit un taux d'acceptation de 88,5%. Lors de ces 3 refus, la sexualité avait été abordée soit par le médecin soit par le patient. Par exemple, une patiente de 42 ans venait consulter pour une infection urinaire. Elle a demandé si les infections urinaires étaient sexuellement transmissibles. Le médecin a fait une proposition de sérologie du VIH qu'elle a refusée.

Le taux d'acceptation était de 88,5% lorsque la proposition de sérologie était à l'origine du médecin.

Antériorité entre abord de la sexualité et proposition de sérologie du VIH, initiative, refus

Sur les 47 consultations avec proposition de sérologie du VIH, l'abord de la sexualité a été fait 31 fois ; la fréquence est de 66,0%.

L'antériorité a été déterminée par 6 codes différents à partir des données recueillies par les investigateurs. Il est intéressant de distinguer les initiatives de proposition de sérologie et d'abord de la sexualité en fonction de cette antériorité.

La proposition de sérologie du VIH était à l'initiative du médecin 55% des cas et à celle du patient 45% des cas.

L'abord de la sexualité était à l'initiative du médecin 61% des cas et à celle du patient 39% des cas.

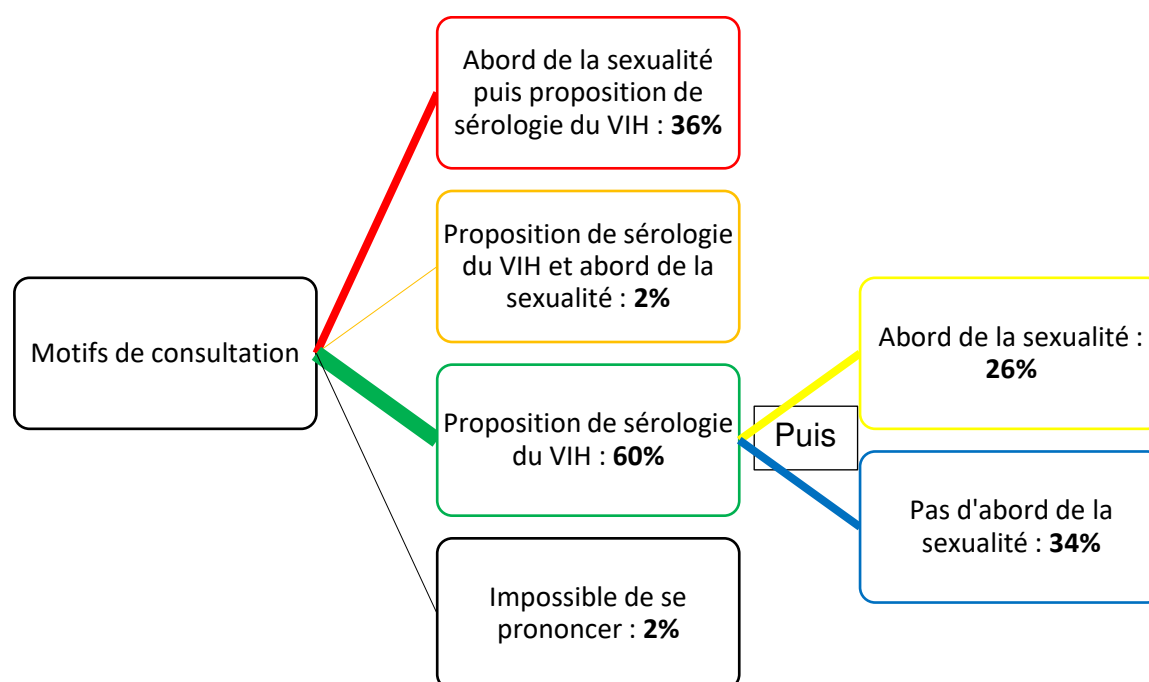


Figure 3 Antériorité entre proposition de sérologie du VIH et abord de la sexualité en cas de proposition de sérologie du VIH

L'abord de la sexualité semble à l'origine de la proposition de sérologie du VIH

Cela représente 55% des consultations avec abord de la sexualité.

Le patient est dans ce cas à l'origine de l'abord de la sexualité dans 53% des cas et à l'origine de la proposition de la sérologie dans 76% des cas.

Par exemple, pendant une consultation d'un homme de 32 ans consultant pour des brûlures éjaculatoires, le médecin lui a proposé une sérologie du VIH : le patient était à l'origine de l'abord de la sexualité ; le médecin à l'origine de la proposition de sérologie du VIH.

La proposition de sérologie du VIH semble à l'origine de l'abord de la sexualité

Cela représente 39% des consultations avec abord de la sexualité.

Le patient est dans ce cas à l'origine de la proposition de sérologie du VIH dans 67% des cas et le médecin est à l'origine de l'abord de la sexualité dans 75% des cas.

Par exemple, lors d'une consultation où le patient, un homme de 26 ans demande une sérologie du VIH, le médecin l'interroge sur le contexte et ainsi il aborde la sexualité.

Proposition de sérologie en l'absence d'abord de la sexualité

Cela représente un tiers des consultations avec proposition de sérologie du VIH. Dans ce cas, le patient est à l'origine de la proposition du VIH dans 56% des cas. Par exemple, pour une femme de 25 ans qui consultait pour rechercher un moyen de contraception, le médecin a proposé une sérologie du VIH sans abord de la sexualité. La consultation de suivi d'un homme de 53 ans faisant une demande de sérologie du VIH s'est faite sans abord de la sexualité.

Situations fréquentes

Dans les 31 consultations où l'abord de la sexualité était lié à une proposition de sérologie du VIH, les situations les plus fréquentes étaient les suivantes :

- abord de la sexualité à l'initiative du médecin ayant donné lieu à une proposition de sérologie VIH à l'initiative du patient (8 cas) ou du médecin (5 cas).
- Proposition de sérologie du VIH à l'initiative du patient ayant donné lieu à un abord de la sexualité à l'initiative du médecin (6 cas).
- Dans 16 consultations, la sérologie du VIH était proposée à l'initiative du patient (9 cas) ou du médecin (7 cas).

Abord de la sexualité en l'absence de proposition de sérologie

La sexualité était abordée dans 5,3% des consultations sans proposition de sérologie du VIH.

Par exemple, un homme de 65 ans consultant pour un pied diabétique aborde le sujet des troubles de l'érection avec le diabète.

Motifs

Les motifs de consultation étaient répartis ainsi :

Tableau 5 Motifs de consultation

Motifs de consultation	Total	Cas	témoins	
peur du VIH ou peur du SIDA	4%(5)	11%(5)	0%(0)	°
motifs concernant l'appareil génital	6%(9)	15%(7)	2%(2)	***
motifs concernant l'appareil urinaire	4%(5)	9%(4)	1%(1)	**
motifs concernant la peau	8%(11)	9%(4)	7%(7)	°
prise de contact, changement de médecin traitant	3%(4)	6%(3)	1%(1)	°
consultation de prévention, demande de certificat	9%(13)	11%(5)	9%(8)	°
suivi ou renouvellement sans précision	22%(31)	19%(9)	23%(22)	°
autre motifs	64%(90)	57%(27)	67%(63)	*

* $p=0.22$; ** $p=0.06$; *** $p=0.01$; ° $p>0.25$; SIDA :
syndrome d'immunodéficience acquise

Les motifs de consultation liés à l'appareil génital ayant donné lieu à une proposition de sérologie étaient : leucorrhées, dyspareunies, IST (non précisée), demande de test de grossesse, douleur abdominale diffuse avec traitement pour Chlamydiae trachomatis à adapter par le médecin traitant. Ceux qui n'ont pas donné lieu à sérologie étaient : douleurs pelviennes anciennes ayant donné lieu à des explorations avec angine et aménorrhée chez une femme de 55 ans.

Les motifs liés à l'appareil urinaire ayant donné lieu à proposition de sérologie du VIH étaient : brûlure et prurit de l'urètre (homme de 32 ans), infections urinaires chez des femmes, des signes fonctionnels urinaires (homme). Une infection urinaire chez un homme de 83 n'avait pas donné lieu à une proposition de sérologie du VIH.

Les motifs liés à la peau ayant donné lieu à proposition de sérologie du VIH étaient : prurit, éruption cutanée vésiculeuse au niveau du pubis. Les motifs sans proposition

de sérologie du VIH étaient : réévaluation d'un érysipèle, un eczéma du conduit auditif externe, une verrue, une gale, une urticaire et une dermabrasion.

Critères de jugement principal

En consultation de médecine générale, quand une proposition de sérologie est faite, la sexualité est abordée plus fréquemment que quand elle n'est pas faite avec un rapport de cote de 56,05 [7,63-411,57].

En forçant l'ajustement sur le sexe et l'âge du patient, le modèle ne convergeait pas du fait de l'appariement des cas et des témoins. Si on ne tient pas compte de l'appariement des cas et des témoins, l'ajustement sur le sexe et l'âge ne changeait pas le rapport de cote (RC).

Tableau 6 Résultat principal : lien entre abord de la sexualité et proposition de sérologie du VIH

	RC	IC	p
abord de la sexualité	56,05	7,63-411,57	p<0,001

IC : intervalle de confiance

Critères de jugement secondaire

Abord de la sexualité

Il n'y a pas d'association retrouvée entre le nombre de patients porteurs du VIH suivis par le maître de stage et l'abord de la sexualité. Il est à noter que la donnée était manquante pour de nombreux recueils de données (84/141=59,5%).

Les âges des patients, des médecins, les lieux de stage, les sexes des patients et des médecins, le type de stage : il n'est pas retrouvé d'association entre ces paramètres et l'abord de la sexualité.

En classant les motifs de consultation en 8 catégories, seuls sont associés à l'abord de la sexualité, les motifs liés à l'appareil génital (RC=10,57 ; p=0,03 ; IC=[1,25-89,00]).

Tableau 7 Motifs de consultation déterminants l'abord de la sexualité

Motif de consultation	RC	IC 95%	p
Consultation de prévention, demande de certificat	1,00	0,22-4,34	1
Suivi ou renouvellement sans précision	0,56	0,19-1,68	0,31
Prise de contact, changement de médecin traitant	*	*	0,99
Peur du SIDA/du VIH	*	*	0,99
Motifs en lien avec l'appareil génital	10,57	1,25-89,00	0,03
Motifs en lien avec l'appareil urinaire	6,00	0,62-57,68	0,12
Motifs en lien avec la peau	1,53	0,31-7,45	0,59
Autre motif	0,47	0,17-1,28	0,14

**Rapport de côte non calculable*

Proposition de sérologie du VIH

Les âges des patients, des médecins, les lieux de stage, les sexes des patients et des médecins, le type de stage : il n'est pas retrouvé d'association entre ces paramètres et la proposition de sérologie du VIH en analyse univariée.

En analyse multivariée avec ajustement sur le sexe et l'âge du patient, seuls sont associés à la proposition de sérologie du VIH, les motifs liés à l'appareil génital (RC=7.00 ; p=0,01 ; IC= [1.45-33,7]).

Les motifs liés à l'appareil urinaire semble également liés (RC=7,99 ; p=0,06 ; IC= [0,89-71,58]), mais l'analyse manque de puissance pour l'affirmer.

Tableau 8 Motifs de consultation déterminants de la sérologie du VIH

Motifs de consultation	RC	IC95%	p
Consultation de prévention, demande de certificat	1,25	0,41-3,82	0,69
Suivi ou renouvellement sans précision	0,78	0,33-1,84	0,57
Prise de contact, changement de médecin traitant	-*	-*	0,99
Peur du SIDA/du VIH	-*	-*	0,99
Motifs en lien avec l'appareil génital	7,00	1,45-33,70	0,01
Motifs en lien avec l'appareil urinaire	7,99	0,89-71,58	0,06
Motifs en lien avec la peau	1,18	0,30-4,63	0,81
Autre motif	0,60	0,27-1,36	0,22

**Rapport de cote non calculable*

Recherche complémentaire

Un questionnaire complémentaire a été envoyé aux investigateurs, recherchant des motifs d'absence de réponse. Il a été envoyé une seule fois à tous les investigateurs recrutés, y compris à ceux qui n'ont rempli aucun questionnaire ; 9 ont répondu. Ils avaient tous rempli au moins un questionnaire. Parmi eux, seuls 3 l'avaient rempli à chaque fois. Ceux qui ne l'ont pas fait ont pointé le manque de temps. L'un d'eux a parlé d'oubli. Trois ont évoqué la difficulté à se souvenir des patients avant et après le cas.

Le manque de temps, l'oubli et la difficulté à se souvenir des patients ont été des freins au recueil de données.

Discussion

Biais de sélection

Représentativité des maîtres de stage

Les enseignants de médecine générale ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes ; il existe des spécificités sociodémographiques : femmes surreprésentées, temps de travail hebdomadaire inférieur, exercice plus fréquent en cabinet de groupe (21).

Représentativité des investigateurs

L'étude est réalisée dans des consultations d'apprentissage avec un interne accompagnant un maître de stage (niveau 1) ou en autonomie (SASPAS), le maître de stage étant disponible en cas de question urgente. Les conditions d'apprentissage de cette consultation sont ainsi différentes de celles, habituelles, d'une consultation avec un médecin généraliste seul en consultation. L'abord de la sexualité ou la proposition d'une sérologie du VIH se font peut-être plus ou moins facilement devant un ou plusieurs médecins, selon leur sexe, leur âge. Même si cette étude ne peut pas donner de résultat représentatif des consultations de médecine générale, elle donne une indication sur les pratiques au cours de l'apprentissage des jeunes médecins généralistes.

Ici, 55% de propositions de sérologies du VIH sont à l'initiative du médecin. Le baromètre santé médecins généralistes 2009 apporte des informations sur la pratique de proposition de sérologie du VIH (12) : 58.2% déclaraient que c'était à la demande du patient, 34% à l'initiative du médecin et 7% dans le cadre de dépistage organisé

(exemple : grossesse) (12). Les médecins se répartissaient en 4 classes de profils de comportements et d'attitude face au dépistage du VIH. Parmi ces groupes, le groupe « champions en prévention » (18% des médecins interrogés) avait été à l'origine de la dernière proposition de sérologie du VIH dans 56% des cas(12). Sur ce critère, le groupe des investigateurs participants à notre étude se rapproche donc plus du profil « champions en prévention » du baromètre de santé et il n'est pas représentatif des pratiques des médecins généralistes. Ainsi le lien entre abord de la sexualité et proposition de sérologie du VIH en consultation est-il peut-être surévalué par rapport à la population générale des médecins, ou même des internes. Dans ce travail, ce n'est pas un problème d'avoir recruté les champions en prévention car on s'intéresse aux dépistages effectués.

Difficultés de recrutement

Les internes rencontrés le jour du choix de stage se sont montrés prêts à participer à mon travail. Ils ont accepté de fournir leurs coordonnées pour la plupart. Seuls deux refus ont été constatés. Certaines coordonnées étaient illisibles ou invalides mais le plus souvent, il a été possible de les retrouver avec le numéro de téléphone. Au total, 98 investigateurs ont été recrutés. Seulement 25 d'entre eux ont finalement inclus des patients au cours des 6 mois de ce semestre, soit un quart de participation. Cela constitue un biais d'attrition, même si il était attendu. Celui-ci porte sur les investigateurs et non sur les patients. Ce biais d'attrition a pu probablement entraîner une surévaluation du lien entre abord de la sexualité et sérologie du VIH : les investigateurs les plus motivés ont pu inclure davantage. Parmi les consultations incluses, il est possible que l'abord de la sexualité soit plus fréquent. Cependant, ce biais est probablement limité pour les investigateurs en observation directe (ils sont

60% en niveau 1 parmi ceux ayant inclus), c'est le maître de stage qui était alors observé.

Si au début du stage, les recueils se faisaient à un rythme encourageant, rapidement ils se sont espacés. Les messages de rappel ont permis quelques recueils de plus à chaque fois.

Puissance

Le faible nombre d'investigateurs participants, 25, n'a pas permis d'atteindre l'objectif de 300 sujets à inclure. Il y a eu au final 47 recueils de données valides, soit 141 sujets inclus. Malgré la faible puissance, le résultat a été significatif avec un rapport de cote bien plus élevé qu'estimé.

Biais de classement

Pour le résultat principal, le classement est de bonne qualité car ce sont directement les investigateurs ayant assisté à la consultation qui renseignent l'abond de la sexualité. Il peut toutefois y avoir des divergences d'appréciation entre deux investigateurs sur une même situation clinique. Par exemple, un cas concernait une femme de 27 ans demandant une sérologie du VIH car « elle avait été trompée par son copain » ; l'investigateur a noté « pas d'abond de la sexualité » ; la seule notion de « tromper » aurait pu donner un résultat différent pour un autre investigateur.

Concernant les motifs, le biais de classement est limité par le double codage.

Il peut exister un biais de classement sur l'antériorité puisqu'elle est déduite des données de consultations et non saisie par l'investigateur car ce sont des données parcellaires de la consultation qui nous ont aidés à déterminer une antériorité. Pour

une autre étude, la saisie de cette donnée directement dans le questionnaire améliorerait la qualité des données.

L'étude complémentaire recherchant les motifs de non-réponse montrait que c'était le manque de temps qui était le facteur principal de non-réponse. L'oubli et la difficulté à se souvenir des patients témoins en sont d'autres, les investigateurs ayant souvent rempli le questionnaire une fois la journée ou la demi-journée de travail terminée.

Aucun des investigateurs n'a souhaité faire le recueil de données sous forme papier. Tous les recueils ont été faits par questionnaire en ligne. Un questionnaire papier présente l'avantage, s'il est sous la main, d'éviter l'oubli des patients en faisant un recueil juste après avoir rencontré un cas. Ici le recueil informatique à distance a pu entraîner un biais de mémorisation.

Biais de confusion

Dans ce travail, l'âge et le sexe n'apparaissent pas comme ayant une influence sur l'abord de la sexualité ou la proposition de sérologie du VIH. Nous avons cependant forcé l'ajustement des modèles sur l'âge et le sexe des patients car ces facteurs sont retrouvés dans la littérature comme facteurs de confusion du dépistage du VIH (22).

L'analyse statistique n'a pas trouvé d'autre facteur de confusion, parmi ceux recueillis ayant une influence sur l'abord de la sexualité ou la proposition de sérologie du VIH.

Qualités de l'étude

Originalité de l'étude

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude observant le lien entre abord de la sexualité en consultation et dépistage du VIH. Les motifs de sérologie du VIH ont déjà

été étudiés dans des programmes de dépistage mais pas en condition de consultations de médecine générale tout venant. Les motifs de dépistage ont été étudiés dans les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) mais les motifs de consultation sont différents de ceux rencontrés en médecine générale (23).

Qualité des données

Le recueil informatique a permis une bonne qualité des données. Ce traitement a permis de limiter les risques de perte ou d'altération des données. Parmi les données recueillies, un doublon a été repéré et corrigé. Il n'y a pas eu de donnée incomplète ou endommagée.

Double codage

Les codages des motifs de consultations et de l'antériorité ont été faits par deux médecins différents (dont le thésard) et en cas de désaccord, un troisième médecin permettait de trancher. Cette méthode a permis d'améliorer la qualité du codage et de renforcer la fiabilité des résultats.

Utilisation CISP2

Le codage des motifs de consultation a été réalisé avec la classification CISP-2 (annexe 3). Cette classification est internationale. Les résultats peuvent être reproduits.

Analyse statistique

L'analyse statistique des résultats comporte une analyse multivariée, avec recherche de facteurs de confusion. Les données d'appariements ont aussi été prises en compte.

Discussion du résultat principal

Quand une proposition de sérologie du VIH est faite, la sexualité est abordée plus fréquemment en consultation de médecine générale que quand elle n'est pas faite avec un rapport de cote de 56,05 [IC 7,63-411,57]. Même si l'échantillon des investigateurs a plutôt un profil de « champions en prévention », cela montre que l'abord de la sexualité est fortement lié avec le dépistage du VIH. L'importance du rapport de cote montre que l'abord de la sexualité est fortement lié à la proposition de sérologie du VIH. Le profil de champion en prévention a pu entraîner une surévaluation du rapport de cote mais n'explique probablement pas entièrement ce lien.

Si dans 60% des cas c'est la proposition de sérologie du VIH qui vient en premier dans la consultation, dans 36% des cas, un abord de la sexualité a précédé la sérologie du VIH, en étant peut-être à l'origine. Dans ce type de consultation, la démarche de prévention ne se réduit pas au VIH mais s'étend aux autres infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, à la santé sexuelle de façon plus large avec sa dimension psychologique et sociale. Il peut être question des violences sexuelles.

Dans 34% des cas, la proposition de sérologie est faite sans abord de la sexualité. Ce chiffre paraît élevé : dans ces cas, le médecin ne sait pas si la personne a des conduites à risque, les données cliniques sont probablement plus limitées. Il ne s'agit pourtant pas que de médecins répondant seulement à la demande du patient : si 56% des demandes de sérologie sont dans ce cas à l'initiative du patient, 44% des propositions de sérologie sont faites par le médecin. Il s'agirait d'une consultation durant laquelle le médecin va vouloir faire un dépistage sans évaluation du risque, sans pouvoir cibler d'autres dépistages. Les causes de cette absence sont peut-être un problème de gestion du temps, des médecins pas à l'aise avec l'abord de la sexualité, la peur de l'embarras du patient, ou le sentiment de n'être pas assez

compétent dans ce domaine, comme il a été retrouvé dans une étude australienne pour les freins à l'interrogatoire sexuel des HSH (18).

Dans 26% des cas, la proposition de sérologie précède l'abord de la sexualité. Si la proposition du VIH est souvent à l'initiative du patient (67% des cas), c'est le médecin qui se saisit de cette opportunité pour aborder la sexualité (75% des cas). C'est utile pour préciser l'étendue, l'intérêt du dépistage et aussi pour élargir le champ de la consultation et trouver un motif de consultation secondaire.

Discussion des résultats secondaires

Les motifs de consultation liés à la fois à l'abord de la sexualité et à la proposition de sérologie du VIH sont les motifs concernant l'appareil génital.

L'abord de la sexualité est plus fréquent lors des motifs de consultation qui concernent l'appareil génital avec un rapport de cote de 10,57 ($p=0,03$). Il s'agissait notamment de dyspareunies, de leucorrhées.

Pour les autres motifs, on manque de puissance.

Les consultations concernant l'appareil urinaire pourraient entrainer un abord plus fréquent de la sexualité : le rapport de cote est à 6.00 avec $p=0.12$. Les rapports sexuels sont souvent évoqués comme cause d'infection urinaire (24), ce qui peut expliquer ce lien.

Les effectifs réduits ne permettent pas de retrouver d'association avec les consultations de prévention, de changement de médecin traitant, les motifs liés à la peau ou quand il y a peur du VIH ou du SIDA. Cependant, pour ce dernier cas, il y a eu proposition de la sérologie du VIH pour les 5 cas et abord de la sexualité dans 3 cas sur 5.

Les consultations de suivi ou de renouvellement sont peut-être liées à l'absence d'abord de la sexualité mais la puissance est aussi insuffisante : $RC=0.56$ [0,19-1,68]. Il y a eu des abords de la sexualité lors de consultation de suivi, ce qui fait penser que cette situation peut être propice : par exemple, lors de renouvellement de pilule, changement de partenaire noté à l'occasion de cette consultation, bilan biologique annuel.

Les autres motifs de consultation, $RC=0.47$ [0,17-1,28] semblent également liés à l'absence de proposition de sérologie du VIH.

Si on compare ces motifs avec les motifs de sérologie lors des découvertes du VIH en 2013, la première cause de découverte du VIH était la présence de signes liés au VIH avec 38% des cas (2). De façon évidente les signes liés au VIH sont plus rares dans notre étude ; ils peuvent être notés dans la catégorie « autres motifs » mais la relecture des données ne montre qu'une suspicion de primo-infection du VIH : il s'agissait d'un syndrome grippal chez un homme de 20 ans. La primo-infection du VIH est une situation rare en médecine générale tandis que les signes pouvant la faire évoquer sont fréquents.

Les bilans systématiques représentent 23% des nouvelles découvertes de séropositivité (2) ; dans notre étude, la catégorie « consultation de prévention » représente 5 cas sur 47, soit 11% des cas.

Une exposition récente au VIH est à l'origine de 21% des dépistages positifs de VIH (2). Dans notre étude 5 propositions de sérologie (11% des cas) étaient faites en cas de « peur du VIH ou du SIDA ».

Les dépistages orientés (contexte suggérant une contamination possible ou patients vus pour une autre pathologie que le VIH) étaient en progression avec 14% des cas de découverte de séropositivité (2). Ici, plusieurs catégories peuvent être considérées

comme dépistage orienté : motifs en lien avec l'appareil génital, urinaire, la peau, les autres motifs. On peut relever : une éruption suspecte d'herpès génital, des dyspareunies. Cette catégorie est difficile à quantifier dans notre étude.

Les différences avec notre étude s'expliquent : ce ne sont pas les mêmes contextes qui amènent un dépistage avec découverte de séropositivité et un dépistage en consultation de médecine générale.

De même, rapprocher les motifs de consultations avec sérologie du VIH et les motifs de dépistage dans les CDAG montre une spécificité du contexte de la consultation de médecine générale. Dans cette étude de 2006 (23), le dépistage était à l'initiative du patient dans 87% des cas, contre 45% des cas dans notre étude.

Parmi les demandes de dépistage au CDAG, 24% étaient faites « pour arrêter le préservatif avec le partenaire » ; cela peut correspondre dans ce travail aux motifs CISP2 « peur du VIH ou du SIDA » (11%) ou « consultation de prévention » (11%). La relecture du recueil de données permet d'identifier ce motif à 4 reprises (soit 9% des demandes) mais il est souvent seulement noté « souhait de sérologie du VIH » par exemple. On ne peut pas exclure dans ces cas que ce soit pour arrêter le préservatif, ce qui peut sous-estimer ce pourcentage.

Au CDAG, 23% des dépistages étaient faits par peur d'une contamination après un rapport sexuel ; le recueil de données permet d'identifier 4 situations pouvant correspondre comme « tourisme sexuel » ou bien « rapport sexuel non protégé avec un nouveau partenaire » ; cela correspond à 9% des cas mais c'est là encore probablement sous-estimé, les recueils n'étant pas assez précis.

Au CDAG, un incident ou une rupture de préservatif étaient à l'origine du dépistage dans 17% des cas. Ici, cela n'a pas été retrouvé à la relecture du recueil des données, ce qui n'exclut pas cette cause.

Au CDAG, 14% des demandes étaient faites suite à un changement de partenaire ; ici, la situation a été identifiée à 4 reprises (9%) mais c'est là aussi peut-être sous-estimé.

Au CDAG, 8% des dépistages étaient faits « sans raison particulière, pour voir ». Il n'est pas possible d'identifier ces situations dans le recueil de données. N'ont pas non plus été identifiées les causes : « après un contact accidentel au sang » (6% au CDAG), « suite à une campagne d'information ou d'incitation » (2%), « parce que le partenaire est séropositif » (1%), « parce que le partenaire refuse de faire le test » (1%), « à la suite de violences sexuelles, de rapports non consentis » (1%) ou « après usage de drogues par voie injectable » (0%).

Même si le mode de recueil dans notre étude ne permet pas une comparaison précise, il y a des différences qui s'expliquent par le contexte : les patients viennent au CDAG pour le dépistage des IST alors que la plupart des patients en médecine générale venaient pour un motif éloigné du VIH. On relèvera par exemple : vertige, douleur de pied, certificat de sport ...

Une étude française de 2009 de Champenois et al. a recherché les opportunités manquées de tester le VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués (3). Chez des HSH asymptomatiques, un groupe à haut risque de VIH, seuls 21% ont eu un test de dépistage du VIH dans les 3 ans précédant leur diagnostic du VIH lors d'une prise en charge médicale. Dans notre travail, l'appartenance à un groupe à haut risque de contamination par le VIH n'apparaît pas. Si dans le travail du Dr Champenois, les HSH n'étaient identifiés comme tels que dans 48% des cas, il est possible que la sexualité n'ait pas été abordée dans les autres cas. Si elle l'avait été, une proposition de sérologie du VIH aurait pu en découler. Dans notre travail 36% des cas de proposition de sérologie dans notre travail sont faites après abord de la sexualité. Dans le travail

de Dr Champenois, parmi les patients ayant des signes pouvant être en lien avec une infection au VIH, seuls 18% ont eu un test. Dans notre travail, seul un cas de dépistage a été fait sur ce motif (syndrome grippal). Le syndrome grippal a une forte prévalence en consultation de médecine générale et ce n'est généralement pas le moment le plus facile pour aborder la santé sexuelle. Il faudrait idéalement que les personnes à risque de contracter le VIH soient identifiées afin de revenir sur l'épisode grippal à la prochaine consultation et proposer si besoin une sérologie du VIH.

Conclusion

Un dépistage précoce du VIH améliore le pronostic individuel et diminue le risque de transmission. En 2013, 39% des découvertes étaient précoces, 76% des sérologies étaient faites en ville ; dont 46% précoces (2). Le mode de transmission en France est la sexualité dans 98% des cas. L'étude des opportunités manquées (3) a cependant montré que les facteurs de risque du VIH n'étaient pas toujours identifiés. La stratégie nationale de dépistage est l'association du recours volontaire au dépistage, le dépistage ciblé et régulier et le dépistage systématique. Celui-ci a donné lieu à des difficultés et l'évaluation des effets de sa mise en œuvre est en cours. La médecine générale a une place importante dans cette stratégie de dépistage mais l'implication des médecins est variable.

Notre étude montre qu'en consultation de médecine générale, quand une proposition de sérologie est faite, la sexualité est abordée plus fréquemment que quand elle n'est pas faite. Certains motifs, en particulier ceux concernant l'appareil génital, semblent plus propices à la proposition de sérologie du VIH et à l'abord de la sexualité. D'autres motifs pourraient l'être aussi même si cette étude manque de puissance pour le démontrer. Les motifs de consultation retrouvés dans cette étude semblent différents de ceux retrouvés dans d'autres contextes. La sexualité n'a pas été abordée dans 34% des consultations avec proposition de sérologie.

L'incidence des découvertes de VIH en consultation de médecine générale étant faible, un abord de la sexualité plus systématique pourrait être un bon moyen d'augmenter le dépistage et de le cibler davantage. Des outils, comme la communication brève, adaptés à la médecine générale pourraient être développés pour augmenter le dépistage du VIH. Ils pourraient permettre également de proposer une démarche de réduction des risques et ainsi améliorer la prévention.

Bibliographie

1. Morlat P. Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr.
2. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2015;2015((9-10)):152-61.
3. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2013;13:200.
4. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. St-Denis Plaine HAS. 2009;
5. Casalino E, Bernot B, Bouchaud O, Alloui C, Choquet C, Bouvet E, 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.
6. d'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, et al. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med.* 9 janv 2012;172(1):12-20.
7. Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté - Janvier 2012 [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_vih_en_medecine_generale_multiplier_l/
8. Conseil National du SIDA. Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. Cons Natl Sida Hépat Virales [Internet]. 24 janv 2014 [cité 4 oct 2016]; Disponible sur: <http://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-suivi-de-recommandations-sur-le-bilan-a-mi-parcours-du-plan-national-de-lutte-contre-le-vihsida-et-les-ist-2010-2014/>
9. Haute Autorité de Santé - Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH en France : dépistage en population générale et dépistage ciblé - Feuille de route [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-depistage-en-population-generale-et-depistage-cible
10. Sicsic J, Saint-Lary O, Rouveix E, Pelletier-Fleury N. Impact of a primary care national policy on HIV screening in France: a longitudinal analysis between 2006 and 2013. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 26 sept 2016;
11. Cazein F, Le Strat Y, Ramus C, Pillonel J, Lot F. Dépistage de l'infection par le VIH dans les laboratoires d'analyses médicales, 2003-2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;2015((40-41)):769-71.
12. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. St-Denis Inpes. 2011;266.
13. Kang SY, Lee JA, Sunwoo S, Yu B-Y, Lee JH, Cho CH, et al. Prevalence of Sexual Dysfunction and Associated Risk Factors in Middle-Aged and Elderly Korean Men in Primary Care. *J Sex Res.* 23 mai 2016;1-14.

14. Brook G, Bacon L, Evans C, McClean H, Roberts C, Tipple C, et al. 2013 UK national guideline for consultations requiring sexual history taking. *Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. Int J STD AIDS.* mai 2014;25(6):391-404.
15. Graham A. Sexual health. *Br J Gen Pract.* 1 mai 2004;54(502):382-7.
16. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
17. Markham WA, Bullock AD, Matthews P, Firmstone VR, Kelly S, Field SJ. Sexual health care training needs of general practitioner trainers: a regional survey. *J Fam Plan Reprod Health Care Fac Fam Plan Reprod Health Care R Coll Obstet Gynaecol.* juill 2005;31(3):213-8.
18. Barber B, Hellard M, Jenkinson R, Spelman T, Stooze M. Sexual history taking and sexually transmissible infection screening practices among men who have sex with men: a survey of Victorian general practitioners. *Sex Health.* sept 2011;8(3):349-54.
19. Estcourt C, Theobald N, Evans D, Lomax N, Copas A, David L, et al. How do UK medical graduates rate their knowledge and skills in sexual health and HIV medicine? A national survey. *Int J STD AIDS.* mai 2009;20(5):324-9.
20. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 4 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
21. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique.* 24 mars 2015;27(1):59-67.
22. Massari V, Lapostolle A, Grupposo M-C, Dray-Spira R, Costagliola D, Chauvin P. Which adults in the Paris metropolitan area have never been tested for HIV? A 2010 multilevel, cross-sectional, population-based study. *BMC Infect Dis.* 2015;15:278.
23. Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale. *Inst Veille Sanit Dép Mal Infect* [Internet]. [cité 1 oct 2016]; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/
24. Leydon GM, Turner S, Smith H, Little P, UTIS team. Women's views about management and cause of urinary tract infection: qualitative interview study. *BMJ.* 2010;340:c279.

Annexe 1 : numéro CIL

L'enquête a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements Informatique et liberté de l'Université de Poitiers, sous le numéro 201610.

Annexe 2 : questionnaire principal

Patient zéro : celui à qui on vient de faire une proposition de sérologie du VIH.

Qui est à l'initiative de la sérologie ? le médecin / le patient

Est-elle acceptée ? oui / non

Y a-t-il eu un abord de la sexualité pendant la consultation ? oui / non

Qui est à l'initiative de l'abord de la sexualité ? le médecin / le patient

Motif(s) d'abord de la sexualité :

Sexe du patient : homme / femme

Age du patient :

Motif(s) de consultation :

C'est fini pour ce patient, on passe maintenant au patient précédent : le patient -1

On passe au patient précédent : patient -1

C'est la consultation précédant immédiatement le patient zéro, quel que soit le motif de consultation.

Y a-t-il eu proposition de sérologie du VIH ? oui / non

Qui est à l'initiative de la sérologie ? le médecin / le patient

Est-elle acceptée ? oui / non

Y a-t-il eu un abord de la sexualité pendant la consultation ? oui / non

Qui est à l'initiative de l'abord de la sexualité ? le médecin / le patient

Motif(s) d'abord de la sexualité :

Sexe du patient : homme / femme

Age du patient :

Motif(s) de consultation :

C'est fini pour ce patient, on passe à la consultation suivant celle du patient zéro : le patient

+1 !

On passe maintenant au patient suivant : +1

C'est la consultation suivant immédiatement celle du patient zéro quel que soit le motif de consultation.

Y a-t-il eu proposition de sérologie du VIH ? oui / non

Qui est à l'initiative de la sérologie ? le médecin / le patient

Est-elle acceptée ? oui/non

Y a-t-il eu un abord de la sexualité pendant la consultation ? oui / non

Qui est à l'initiative de l'abord de la sexualité ? le médecin / le patient

Motif(s) d'abord de la sexualité :

Sexe du patient : homme / femme

Age du patient :

Motif(s) de consultation :

Enfin : vous et votre maître de stage

Vous : homme/femme

Votre âge :

Votre adresse mail :

Votre stage : niveau 1 / SASPAS

Validant gynéco/pédia : oui / non

Votre maître de stage : homme / femme

L'âge de votre maître de stage :

Lieu d'exercice : urbain / semi-urbain / rural

Votre maître de stage a un DU ou DIU de gynécologie, de sexologie ou de VIH : oui / non

Nombre de patients vivant avec le VIH suivis par votre maître de stage :

Annexe 3 : questionnaire de fin de recueil de données

Avez-vous rempli le questionnaire au moins une fois ? oui / non

Avez-vous rempli le questionnaire pour toutes les propositions de sérologie du VIH ?
oui / non

Y a-t-il eu pendant votre stage au moins une proposition de sérologie du VIH ? oui /
non

Si vous n'avez pas répondu au questionnaire après une proposition de sérologie du
VIH, quelle était la raison ?

Avez-vous un autre commentaire à faire, en particulier concernant les freins au
remplissage du questionnaire ?

Votre mail :

Annexe 4 : CISP2

ICPC-2 – French

**International Classification of
Primary Care – 2nd Edition
Wonca International
Classification Committee
(WICC)**

Procédures

- 30 Ex médical/bilan santé détaillé
- 31 Ex médical/bilan santé partiel
- 32 Test de sensibilité
- 33 Ex microbiologique/immunologique
- 34 Autre analyse de sang
- 35 Autre analyse d'urine
- 36 Autre analyse de selles
- 37 Cytologie/histologie
- 38 Autre analyse de laboratoire
- 39 Epreuve fonctionnelle
- 40 Endoscopie
- 41 Radiologie diagnostique/imagerie
- 42 Tracé électrique
- 43 Autre procédure diagnostique
- 44 Vaccination/médication préventive
- 45 Recom./éducation santé/avis/régime
- 46 Discussion entre dispensateurs SSP
- 47 Discussion dispensateur spécialiste
- 48 Clarification de la demande du patient
- 49 Autre procédure préventive
- 50 Médication/prescription/injection
- 51 Incision/drainage/aspiration
- 52 Excision/biopsie/cautér/débridation
- 53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage
- 54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse
- 55 Traitement local/infiltration
- 56 Pansement/compression/bandage
- 57 Thérapie manuelle/médecine physique
- 58 Conseil therap/écoute/examens
- 59 Autres procédures thérapeutiques
- 60 Résultats analyses/examens
- 61 Résultats ex/procéd autre dispensateur
- 62 Contact administratif
- 63 Rencontre de suivi
- 64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.
- 65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers
- 66 Référence à dispens. SSP non médecin
- 67 Référence à médecin
- 68 Autre référence
- 69 Autres procédures

Général et non spécifié A

- A01 Douleur générale/de sites multiples
- A02 Frissons
- A03 Fièvre
- A04 Fatigue/faiblesse générale
- A05 Sensation d'être malade
- A06 Evanouissement/syncope
- A07 Coma
- A08 Gonflement
- A09 P. de transpiration
- A10 Saignement/hémorragie NCA
- A11 Douleur thoracique NCA
- A13 Préoc. par/peur traitement médical

- A16 Nourrisson irritable
- A18 Préoc. par son aspect extérieur
- A20 Demande/discussion sur l'euthanasie
- A21 Facteur de risque de cancer
- A23 Facteur de risque NCA
- A25 Peur de la mort, de mourir
- A26 Peur du cancer NCA
- A27 Peur d'une autre maladie NCA
- A28 Limitation de la fonction/incap. NCA
- A29 Autre S/P général
- A70 Tuberculose
- A71 Rougeole
- A72 Varicelle
- A73 Paludisme
- A74 Rubéole
- A75 Mononucléose infectieuse
- A76 Autre exanthème viral
- A77 autre maladie virale NCA
- A78 Autre maladie infectieuse NCA
- A79 Cancer NCA
- A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA
- A81 Polytraumatisme/lésions multiples
- A82 Effet tardif d'un traumatisme
- A84 Intoxication par subst. médicinale
- A85 Effet sec. subst. médicinale
- A86 Effet toxique subst. non médicinale
- A87 Complication de traitement médical
- A88 Effet sec. de facteur physique
- A89 Effet sec. de matériel prothétique
- A90 Anom. congénitale NCA/multiple
- A91 Résultat d'investigat. anormale NCA
- A92 Allergie/réaction allergique NCA
- A93 Nouveau-né prématuré
- A94 Autre morbidité périnatale
- A95 Mortalité périnatale
- A96 Mort
- A97 Pas de maladie
- A98 Gestion santé/médecine préventive
- A99 Maladie de nature/site non précisé

Sang, syst. hématop/ immunol. B

- B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux
- B04 S/P du sang
- B25 Peur du SIDA/du VIH
- B26 Peur du cancer du sang/lymph.
- B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate
- B28 Limitation de la fonction/incap. (B)
- B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.
- B70 Adénite aiguë
- B71 Adénite chronique/non-spécifique
- B72 Maladie de Hodgkin/lymphome
- B73 Leucémie
- B74 Autre cancer du sang
- B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.
- B76 Rupture traumat. de la rate
- B77 Autre traumat. sang/lymph/rate
- B78 Anémie hémolytique héréditaire
- B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate
- B80 Anémie par déficience en fer
- B81 Anémie carence vit B12/ac. folique
- B82 Autre anémie/indét.
- B83 Purpura/défaut de coagulation

B84 Globules blancs anormaux
 B87 Splénomégalie
 B90 Infection par le virus HIV, SIDA
 B99 Autre maladie sang/lymph/rate
Syst. Digestif D
 D01 Douleur/crampes abdominales gén.
 D02 Douleur abdominale/épigastrique
 D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac
 D04 Douleur rectale/anale
 D05 Démangeaisons périanales
 D06 Autre douleur abdominale loc.
 D07 Dyspepsie/indigestion
 D08 Flatulence/gaz/renvoi
 D09 Nausée
 D10 Vomissement
 D11 Diarrhée
 D12 Constipation
 D13 Jaunisse
 D14 Hématémèse/vomissement de sang
 D15 Méléna
 D16 Saignement rectal
 D17 Incontinence rectale
 D18 Modification selles/mouvem. intestin
 D19 S/P dents/gencives
 D20 S/P bouche/langue/lèvres
 D21 P. de déglutition
 D23 Hépatomégalie
 D24 Masse abdominale NCA
 D25 Distension abdominale
 D26 Peur du cancer du syst. digestif
 D27 Peur d'une autre maladie digestive
 D28 Limitation de la fonction/incap. (D)
 D29 Autre S/P du syst. digestif
 D70 Infection gastro-intestinale
 D71 Oreillons
 D72 Hépatite virale
 D73 Gastro-entérite présumée infectieuse
 D74 Cancer de l'estomac
 D75 Cancer du colon/du rectum
 D76 Cancer du pancréas
 D77 Autre cancer digestif/NCA
 D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.
 D79 CE du syst. digestif
 D80 Autre traumat. du syst. digestif
 D81 Anom. congénitale du syst. digestif
 D82 Maladie des dents/des gencives
 D83 Maladie bouche/langue/lèvres
 D84 Maladie de l'oesophage
 D85 Ulcère duodéal
 D86 Autre ulcère peptique
 D87 Trouble de la fonction gastrique
 D88 Appendicite
 D89 Hernie inguinale
 D90 Hernie hiatale
 D91 Autre hernie abdominale
 D92 Maladie diverticulaire
 D93 Syndrome du colon irritable
 D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse
 D95 Fissure anale/abcès périanal
 D96 Vers/autre parasite
 D97 Maladie du foie NCA
 D98 Cholécytite/cholélithiase
 D99 Autre maladie du syst. Digestif
CODES PROCÉDURE
SYMPTÔMES ET PLAINTES
INFECTIONS
NÉOPLASMES

TRAUMATISMES
ANOMALIES CONGÉNITALES
AUTRES DIAGNOSTICS
Oeil F
 F01 Oeil douloureux
 F02 Oeil rouge
 F03 Ecoulement de l'oeil
 F04 Taches visuelles/flottantes
 F05 Autre perturbation de la vision
 F13 Sensation oculaire anormale
 F14 Mouvements oculaires anormaux
 F15 Apparence anormale de l'oeil
 F16 S/P de la paupière
 F17 S/P lunettes
 F18 S/P lentilles de contact
 F27 Peur d'une maladie de l'oeil
 F28 Limitation de la fonction/incap. (F)
 F29 Autre S/P de l'oeil
 F70 Conjonctivite infectieuse
 F71 Conjonctivite allergique
 F72 Blépharite, orgelet, chalazion
 F73 Autre infection/inflammation de l'oeil
 F74 Tumeur de l'oeil et des annexes
 F75 Contusion/hémorragie de l'oeil
 F76 CE dans l'oeil
 F79 Autre lésion traumat. de l'oeil
 F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant
 F81 Autre anom. congénitale de l'oeil
 F82 Décollement de la rétine
 F83 Rétinopathie
 F84 Dégénérescence maculaire
 F85 Ulcère de la cornée
 F86 Trachome
 F91 Défaut de réfraction
 F92 Cataracte
 F93 Glaucome
 F94 Cécité
 F95 Strabisme
 F99 Autre maladie de l'oeil/annexes
Oreille H
 H01 Douleur d'oreille/otalgie
 H02 P. d'audition
 H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille
 H04 Ecoulement de l'oreille
 H05 Saignement de l'oreille
 H13 Sensation d'oreille bouchée
 H15 Préoc. par l'aspect des oreilles
 H27 Peur d'une maladie de l'oreille
 H28 Limitation de la fonction/incap. (H)
 H29 Autre S/P de l'oreille
 H70 Otite externe
 H71 Otite moyenne aiguë/myringite
 H72 Otite moyenne séreuse
 H73 Salpingite d'eustache
 H74 Otite moyenne chronique
 H75 Tumeur de l'oreille
 H76 CE dans l'oreille
 H77 Perforation du tympan
 H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille
 H79 Autre lésion traumat. de l'oreille
 H80 Anom. congénitale de l'oreille
 H81 Excès de cérumen
 H82 Syndrome vertigineux
 H83 Otosclérose
 H84 Presbycusie
 H85 Traumatisme sonore

H86 Surdité
H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde

Cardio-vasculaire K

K01 Douleur cardiaque
K02 Oppression/constriction cardiaque
K03 Douleur cardiovasculaire NCA
K04 Palpitat./perception battements card.
K05 Autre battement cardiaque irrégulier
K06 Veines proéminentes
K07 O d me, gonflement des chevilles
K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire
K24 Peur d'une maladie de coeur
K25 Peur d' de l'hypertension
K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire
K28 Limitation de la fonction/incap. (K)
K29 Autre S/P cardiovasculaire
K70 Infection du syst. cardio-vasculaire
K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale
K72 Tumeur cardio-vasculaire
K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire
K74 Cardiopathie ischémique avec angor
K75 Infarctus myocardique aigu
K76 Cardiopathie ischémique sans angor
K77 Décompensation cardiaque
K78 Fibrillation auriculaire/flutter
K79 Tachycardie paroxystique
K80 Arythmie cardiaque NCA
K81 Souffle cardiaque/artériel NCA
K82 Coeur pulmonaire
K83 Valvulopathie NCA
K84 Autre maladie cardiaque
K85 Pression sanguine élevée
K86 Hypertension non compliquée
K87 Hypertension avec complication
K88 Hypotension orthostatique
K89 Ischémie cérébrale transitoire
K90 Accident vasculaire cérébral
K91 Maladie cérébrovasculaire
K92 Ath roscl./mal. vasculaire p riph r.
K93 Embolie pulmonaire
K94 Phlébite et thrombophlébite
K95 Varices des jambes
K96 H morro ides
K99 Autre maladie cardio-vasculaire

Ostéo-articulaire L

L01 S/P du cou
L02 S/P du dos
L03 S/P des lombes
L04 S/P du thorax
L05 S/P du flanc et du creux axillaire
L07 S/P de la mâchoire
L08 S/P de l'épaule
L09 S/P du bras
L10 S/P du coude
L11 S/P du poignet
L12 S/P de la main et du doigt
L13 S/P de la hanche
L14 S/P de la jambe et de la cuisse
L15 S/P du genou
L16 S/P de la cheville
L17 S/P du pied et de l'orteil
L18 Douleur musculaire
L19 S/P musculaire NCA
L20 S/P d'une articulation NCA
L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul.

L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
L29 Autre S/P ostéo-articulaire
L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
L72 Fracture du radius/du cubitus
L73 Fracture du tibia/du péroné
L74 Fracture de la main/du pied
L75 Fracture du fémur
L76 Autre fracture
L77 Entorse de la cheville
L78 Entorse du genou
L79 Entorse articulaire NCA
L80 Luxation et subluxation
L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
L83 Syndrome cervical
L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
L85 Déformation acquise de la colonne
L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
L87 Bursite, tendinite, synovite NCA
L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
L89 Coxarthrose
L90 Gonarthrose
L91 Autre arthrose
L92 Syndrome de l'épaule
L93 Coude du joueur de tennis
L94 Ost ochondrose
L95 Ostéoporose
L96 Lésion aiguë interne du genou
L97 Autre tumeur b n./indét. ostéo-artic.
L98 Déformation acquise membres inf.
L99 Autre maladie ostéo-articulaire

Neurologique N

N01 Mal de tête
N03 Douleur de la face
N04 Jambes sans repos
N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
N06 Autre perturbation de la sensibilité
N07 Convulsion/crise comitiale
N08 Mouvements involontaires anormaux
N16 Perturbation du goût/de l'odorat
N17 Vertige/ tourdissement
N18 Paralysie/faiblesse
N19 Trouble de la parole
N26 Peur d'un cancer neurologique
N27 Peur d'une autre maladie neurologique
N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
N29 Autre S/P neurologique
N70 Poliomyélite
N71 Méningite/encéphalite NCA
N72 Tétanos
N73 Autre infection neurologique
N74 Cancer du syst. neurologique
N75 Tumeur bénigne neurologique
N76 Autre tumeur indét. neurologique
N79 Commotion
N80 Autre lésion traumat. de la tête
N81 Autre lésion traumat. neurologique
N85 Anom. congénitale neurologique
N86 Sclérose en plaque
N87 Syndrome parkinsonien
N88 Epilepsie
N89 Migraine
N90 Algie vasculaire de la face
N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell
N92 Névralgie du trijumeau
N93 Syndrome du canal carpien

N94 Névrite/neuropathie périphérique
N95 Céphalée de tension
N99 Autre maladie neurologique

Psychologique P

P01 Sensation anxiété/nervosité/tension
P02 Réaction de stress aiguë
P03 Sensation de dépression
P04 Sentiment/comport. irritable/colère
P05 Sensation vieux, comportement sénile
P06 Perturbation du sommeil
P07 Diminution du désir sexuel
P08 Diminution accomplissement sexuel
P09 Préoccupation sur identité sexuelle
P10 Bégalement, bredouillement, tic
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant
P12 Enurésie
P13 Encoprésie
P15 Alcoolisme chronique
P16 Alcoolisation aiguë
P17 Usage abusif du tabac
P18 Usage abusif de médicament
P19 Usage abusif de drogue
P20 Perturbation de la mémoire
P22 S/P du comportement de l'enfant
P23 S/P du comportement de l'adolescent
P24 P. spécifique de l'apprentissage
P25 Problèmes de phase de vie adulte
P27 Peur d'un trouble mental
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)
P29 Autre S/P psychologique
P70 Démence
P71 Autre psychose organique
P72 Schizophrénie
P73 Psychose affective
P74 Trouble anxieux/état anxieux
P75 Trouble somatoforme
P76 Dépression
P77 Suicide/tentative de suicide
P78 Neurasthénie, surmenage
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif
P80 Trouble de la personnalité
P81 Trouble hyperkinétique
P82 Syndrome de stress post-traumatique
P85 Retard mental
P86 Anorexie mentale, boulimie
P98 Autre psychose NCA
P99 Autre trouble psychologique

Respiratoire R

R01 Douleur du syst. respiratoire
R02 Souffle court, dyspnée
R03 Sibillance
R04 Autre P. respiratoire
R05 Toux
R06 Saignement de nez, épistaxis
R07 Congestion nasale, éternuement
R08 Autre S/P du nez
R09 S/P des sinus
R21 S/P de la gorge
R23 S/P de la voix
R24 Hémoptysie
R25 Expectoration/glaire anormale
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire
R28 Limitation de la fonction/incap. (R)
R29 Autre S/P respiratoire
R71 Coqueluche

R72 Streptococcie pharyngée
R73 Furoncle/abcès du nez
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.
R75 Sinusite aiguë/chronique
R76 Angine aiguë
R77 Laryngite, trachéite aiguë
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite
R79 Bronchite chronique
R80 Grippe
R81 Pneumonie
R82 Pleurésie, épanchement pleural
R83 Autre infection respiratoire
R84 Cancer des bronches, du poumon
R85 Autre cancer respiratoire
R86 Tumeur respiratoire bénigne
R87 CE du nez, du larynx, des bronches
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.
R89 Anom. congénitale du syst. resp.
R90 Hypertrophie amygdales/végétations
R92 Autre tumeur indét. du syst. resp.
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive
R96 Asthme
R97 Rhinite allergique
R98 Syndrome d'hyperventilation
R99 Autre maladie respiratoire
CODES PROCÉDURE
SYMPTÔMES ET PLAINTES
INFECTIONS
NÉOPLASMES
TRAUMATISMES
ANOMALIES CONGÉNITALES
AUTRES DIAGNOSTICS

Peau S

S01 Douleur/hypersensibilité de la peau
S02 Prurit
S03 Verrue
S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau
S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau
S06 Eruption localisée
S07 Eruption généralisée
S08 Modification de la couleur de la peau
S09 Doigt/orteil infecté
S10 Furoncle/anthrax
S11 Infection post-traumat. de la peau
S12 Piqûre d'insecte
S13 Morsure animale/humaine
S14 Brûlure cutanée
S15 CE dans la peau
S16 Ecchymose/contusion
S17 Erafure, égratignure, ampoule
S18 Coupure/lacération
S19 Autre lésion traumat. de la peau
S20 Cor/callosité
S21 S/P au sujet de la texture de la peau
S22 S/P de l'ongle
S23 Calvitie/perte de cheveux
S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu
S26 Peur du cancer de la peau
S27 Peur d'une autre maladie de la peau
S28 Limitation de la fonction/incap. (S)
S29 Autre S/P de la peau
S70 Zona
S71 Herpes simplex
S72 Gale/autre acariose
S73 Pédiculose/autre infestation peau
S74 Dermatophytose
S75 Moniliase/candidose de la peau

S76 Autre maladie infectieuse de la peau
 S77 Cancer de la peau
 S78 Lipome
 S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau
 S80 Kératose actinique/coup de soleil
 S81 Hémangiome/lymphangiome
 S82 Naevus/naevus pigmentaire
 S83 Autre anom. congénitale de la peau
 S84 Impétigo
 S85 Kyste/fistule pilonidal
 S86 Dermatitis séborrhéique
 S87 Dermatitis atopique/eczéma
 S88 Dermatitis et allergie de contact
 S89 Erythème fessier
 S90 Pytriasis rosé
 S91 Psoriasis
 S92 Maladie des glandes sudoripares
 S93 Kyste sébacé
 S94 Ongle incarné
 S95 Molluscum contagiosum
 S96 Acné
 S97 Ulcère chronique de la peau
 S98 Urticaire
 S99 Autre maladie de la peau

Métabol., nutrit.,

endocrinien T

T01 Soif excessive
 T02 Appétit excessif
 T03 Perte d'appétit
 T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant
 T05 P. d'alimentation de l'adulte
 T07 Gain de poids
 T08 Perte de poids
 T10 Retard de croissance
 T11 Déshydratation
 T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien
 T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit.
 T28 Limitation de la fonction/incap. (T)
 T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit.,
 T70 Infection du syst. endocrinien
 T71 Cancer de la thyroïde
 T72 Tumeur bénigne de la thyroïde
 T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien
 T78 Canal/kyste thyroïdienne
 T80 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit.
 T81 Goitre
 T82 Obésité
 T83 Excès pondéral
 T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxique
 T86 Hypothyroïdie/myxoedème
 T87 Hypoglycémie
 T89 Diabète insulino-dépendant
 T90 Diabète non insulino-dépendant
 T91 Carence vitaminique/nutritionnelle
 T92 Goutte
 T93 Trouble du métabolisme des lipides
 T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit

Système Urinaire U

U01 Dysurie/miction douloureuse
 U02 Miction fréquente/impérieuse
 U04 Incontinence urinaire
 U05 Autre P. de miction
 U06 Hématurie
 U07 Autre S/P au sujet de l'urine
 U08 Rétention d'urine
 U13 Autre S/P de la vessie

U14 S/P du rein
 U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire
 U27 Peur d'une autre maladie urinaire
 U28 Limitation de la fonction/incap. (U)
 U29 Autre S/P urinaire
 U70 Pyélonéphrite/pyélie
 U71 Cystite/autre infection urinaire
 U72 Urétrite
 U75 Cancer du rein
 U76 Cancer de la vessie
 U77 Autre cancer urinaire
 U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire
 U79 Autre tumeur indét. urinaire
 U80 Lésion traumat. du tractus urinaire
 U85 Anom. congénitale du tractus urinaire
 U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique
 U90 Protéinurie orthostatique
 U95 Lithiase urinaire
 U98 Analyse urinaire anormale NCA
 U99 Autre maladie urinaire

Grossesse, accouchement

et PF W

W01 Question de grossesse
 W02 Peur d'être enceinte
 W03 Saignement pendant la grossesse
 W05 Nausée/vomissement de grossesse
 W10 Contraception post-coïtale
 W11 Contraception orale
 W12 Contraception intra-utérine
 W13 Stérilisation chez la femme
 W14 Autre contraception chez la femme
 W15 Stérilité - hypofertilité de la femme
 W17 Saignement du post-partum
 W18 Autre S/P du post-partum
 W19 S/P du sein/lactation post-partum
 W21 Préoc. par modific. image et grossesse
 W27 Peur complications de la grossesse
 W28 Limitation de la fonction/incap. (W)
 W29 Autre S/P de la grossesse
 W70 Infection puerpérale, sepsis
 W71 Infection compliquant la grossesse
 W72 Tumeur maligne avec grossesse
 W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse
 W75 Lésion traumat. et grossesse
 W76 Anom. congénitale et grossesse
 W78 Grossesse
 W79 Grossesse non désirée
 W80 Grossesse ectopique
 W81 Toxémie gravidique
 W82 Avortement spontané
 W83 Avortement provoqué
 W84 Grossesse à haut risque
 W85 Diabète gravidique
 W90 Acc. non compliqué, enfant vivant
 W91 Acc. non compliqué, enfant mort
 W92 Acc. compliqué, enfant vivant
 W93 Acc. compliqué, enfant mort
 W94 Mastite puerpérale
 W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation
 W96 Autre complication puerpérale
 W99 Autre maladie de la grossesse/acc.

Syst.génital féminin et sein X

X01 Douleur génitale chez la femme
 X02 Douleur menstruelle
 X03 Douleur intermenstruelle
 X04 Rapport sexuel douloureux femme

X05 Menstruation absente/rare
 X06 Menstruation excessive
 X07 Menstruation irrégulière/fréquente
 X08 Saignement intermenstruel
 X09 S/P prémenstruel
 X10 Ajournement des menstruations
 X11 S/P liés à la ménopause
 X12 Saignement de la post-ménopause
 X13 Saignement post-coïtal femme
 X14 Écoulement vaginal
 X15 S/P du vagin
 X16 S/P de la vulve
 X17 S/P du petit bassin chez la femme
 X18 Douleur du sein chez la femme
 X19 Tuméfaction/masse du sein femme
 X20 S/P du mamelon chez la femme
 X21 Autre S/P du sein chez la femme
 X22 Préoc. par l'apparence des seins
 X23 Peur d'une MST chez la femme
 X24 Peur dysfonction sexuelle femme
 X25 Peur d'un cancer génital femme
 X26 Peur d'un cancer du sein femme
 X27 Peur autre mal. génitale/sein femme
 X28 Limitation de la fonction/incap. (X)
 X29 Autre S/P génital chez la femme
 X70 Syphilis chez la femme
 X71 Gonococcie chez la femme
 X72 Candidose génitale chez la femme
 X73 Trichomonase génitale femme
 X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme
 X75 Cancer du col de l'utérus
 X76 Cancer du sein chez la femme
 X77 Autre cancer génital chez la femme
 X78 Fibrome utérin
 X79 Tumeur bénigne du sein femme
 X80 Tumeur bénigne génitale femme
 X81 Autre tumeur génitale indéf. femme
 X82 Lésion traumat. génitale femme
 X83 Anom. génitale congénitale femme
 X84 Vaginite/vulvite NCA
 X85 Maladie du col de l'utérus NCA
 X86 Frottis de col anormal
 X87 Prolapsus utero-vaginal
 X88 Maladie fibrokystique du sein
 X89 Syndrome de tension prémenstruelle
 X90 Herpes génital chez la femme
 X91 Condylome acuminé chez la femme
 X92 Infection génitale chlamydia femme
 X99 Autre maladie génitale de la femme

Syst. génital masculin et sein Y

Y01 Douleur du pénis
 Y02 Douleur des testicules, du scrotum
 Y03 Écoulement urétral chez l'homme
 Y04 Autre S/P du pénis
 Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum
 Y06 S/P de la prostate
 Y07 Impuissance sexuelle NCA
 Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme
 Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme
 Y13 Stérilisation de l'homme
 Y14 Autre PF chez l'homme
 Y16 S/P du sein chez l'homme
 Y24 Peur dysfonction sexuelle homme
 Y25 Peur d'une MST chez l'homme
 Y26 Peur d'un cancer génital homme

Y27 Peur autre maladie génitale homme
 Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)
 Y29 Autre S/P génitale chez l'homme
 Y70 Syphilis chez l'homme
 Y71 Gonococcie chez l'homme
 Y72 Herpes génital chez l'homme
 Y73 Prostatite/vésiculite séminale
 Y74 Orchite/épididymite
 Y75 Balanite
 Y76 Condylome acuminé chez l'homme
 Y77 Cancer de la prostate
 Y78 Autre cancer génital chez l'homme
 Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme
 Y80 Lésion traumat. génitale homme
 Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce
 Y82 Hypospadias
 Y83 Ectopie testiculaire
 Y84 Autre anom. congénitale homme
 Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate
 Y86 Hydrocèle
 Y99 Autre maladie génitale chez l'homme

Social Z

Z01 Pauvreté/P. économique
 Z02 P. d'eau/de nourriture
 Z03 P. d'habitat/de voisinage
 Z04 P. socioculturel
 Z05 P. de travail
 Z06 P. de non emploi
 Z07 P. d'éducation
 Z08 P. de protection sociale
 Z09 P. légal
 Z10 P. relatif au syst. de soins de santé
 Z11 P. du fait d'être malade/compliance
 Z12 P. de relation entre partenaires
 Z13 P. de comportement du partenaire
 Z14 P. du à la maladie du partenaire
 Z15 Perte/décès du partenaire
 Z16 P. de relation avec un enfant
 Z18 P. du à la maladie d'un enfant
 Z19 Perte/décès d'un enfant
 Z20 P. relation autre parent/famille
 Z21 P. comportem. autre parent/famille
 Z22 P. du à la mal. autre parent/famille
 Z23 Perte/décès autre parent/famille
 Z24 P. de relation avec un ami
 Z25 Agression/événement nocif NCA
 Z27 Peur d'un P. social
 Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)
 Z29 P. social NCA

Abréviations

/ ou
 Acc. Accouchement
 Anom Anomalie
 Bén. Bénin (igne)
 CE Corps étranger
 Gén Généralisé(e)
 Incap Incapacité
 Indét Indéterminé(e)
 Loc. Localisé(e)
 Mal. Maladie
 MST Maladie sexuellement transmissible
 NCA Non classé ailleurs
 P. Problème
 Préoc Préoccupé(e)
 RAA Rhumatisme articulaire aigu
 S/P Symptôme ou plainte

Sec. Secondaire
Subs Substance
Syndr Syndrome
Tum. Tumeur

Marc Jamouille

Traducteurs:
Michel Roland et

Résumé

Introduction

Un diagnostic tardif du VIH, retrouvé dans 45% des cas, est une perte de chance. Les médecins généralistes ont une place stratégique dans le dépistage du VIH mais leur implication est variable. Un rapport sexuel est le mode de contamination probable du VIH dans 98% des cas en France. Quand une proposition de dépistage du VIH est faite en consultation de médecine générale, y a-t-il plus souvent abord de la sexualité ?

Méthode

Il s'agit d'une étude quantitative, de type cas-témoin appariés, 2 témoins pour un cas. Les investigateurs sont des internes en stage de médecine générale au cours de leur semestre. Ils répondent à un questionnaire en ligne sur trois consultations consécutives dont une avec proposition de sérologie du VIH. Le critère de jugement principal est le rapport de cote de l'abord de la sexualité chez les patients à qui une proposition de sérologie du VIH est faite par rapport à ceux à qui ce n'est pas proposé. L'analyse statistique s'est faite avec les logiciels Excel 2013 et R ; elle a comporté une régression logistique univariée et multivariée conditionnelle pour données appariées.

Résultats

Sur 101 internes éligibles, 98 sont recrutés ; parmi eux 25 ont inclus des patients, avec une majorité de femmes (76%) ; l'âge moyen était 26.4 ans. Au total, 141 patients ont été inclus. Quand une proposition de sérologie est faite, la sexualité est abordée plus fréquemment en consultation de médecine générale que quand elle n'est pas faite

avec un rapport de cote de 56,05 [7,63-411,57], mais dans 34% des cas la proposition est faite sans abord de la sexualité.

Discussion

Ce travail a permis de discuter du lien entre proposition de sérologie et abord de la sexualité et des motifs pouvant y donner lieu, malgré un recrutement plus faible qu'attendu et un défaut de représentativité.

Conclusion

En consultation de médecine générale, quand une proposition de sérologie est faite, la sexualité est abordée plus fréquemment que quand elle n'est pas faite.

Des outils, comme la communication brève, adaptés à la médecine générale pourraient être développés pour augmenter le dépistage du VIH.

Mots-clés : médecine générale, dépistage, VIH, abord de la sexualité.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie

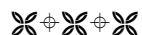


SERMENT



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 !



Résumé et mots-clés

Introduction : Un diagnostic tardif du VIH, retrouvé dans 45% des cas, est une perte de chance. Les médecins généralistes ont une place stratégique dans le dépistage du VIH mais leur implication est variable. Un rapport sexuel est le mode de contamination probable du VIH dans 98% des cas en France. Quand une proposition de dépistage du VIH est faite en consultation de médecine générale, y a-t-il plus souvent abord de la sexualité ?

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, de type cas-témoin appariés, 2 témoins pour un cas. Les investigateurs sont des internes en stage de médecine générale au cours de leur semestre. Ils répondent à un questionnaire en ligne sur trois consultations consécutives dont une avec proposition de sérologie du VIH. Le critère de jugement principal est le rapport de cote de l'abord de la sexualité chez les patients à qui une proposition de sérologie du VIH est faite par rapport à ceux à qui ce n'est pas proposé. L'analyse statistique s'est faite avec les logiciels Excel 2013 et R ; elle a comporté une régression logistique univariée et multivariée conditionnelle pour données appariées.

Résultats : Sur 101 internes éligibles, 98 sont recrutés ; parmi eux 25 ont inclus des patients, avec une majorité de femmes (76%) ; l'âge moyen était 26.4 ans. Au total, 141 patients ont été inclus. Quand une proposition de sérologie est faite, la sexualité est abordée plus fréquemment en consultation de médecine générale que quand elle n'est pas faite avec un rapport de cote de 56,05 [7,63-411,57], mais dans 34% des cas la proposition est faite sans abord de la sexualité.

Discussion : Ce travail a permis de discuter du lien entre proposition de sérologie et abord de la sexualité et des motifs pouvant y donner lieu, malgré un recrutement plus faible qu'attendu et un défaut de représentativité.

Conclusion : En consultation de médecine générale, quand une proposition de sérologie est faite, la sexualité est abordée plus fréquemment que quand elle n'est pas faite. Des outils, comme la communication brève, adaptés à la médecine générale pourraient être développés pour augmenter le dépistage du VIH.

Mots-clés : médecine générale, dépistage, VIH, abord de la sexualité.