

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2014

THESE

N°

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE**
Diplôme d'Etat

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR

Barthélémy LAFON-DESMURS

NE LE 12/06/1986 à Villecresnes

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 Octobre 2014

**Le dépistage de l'infection par le VIH : étude des pratiques
des médecins généralistes en Martinique**

DIRECTEUR DE THESE : CABIE André

PRESIDENT DE THESE : GIRARD Pierre-Marie

*« Le malade est plus reconnaissant à la médecine qui le guérit,
qu'au conseil qui le préserve »*

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu le Professeur Cabié pour son accueil dans le service de maladies infectieuses de Martinique ainsi que pour son aide lors de la direction de ce travail de thèse.

Je remercie le Pr Girard d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Merci au Pr Matheron et au Pr Yazdanpanah pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci aux chefs des services dans lesquels je suis passé lors de mon internat, notamment ceux des services de maladies infectieuses, pour tout ce que j'ai pu apprendre lors de ces stages.

Merci au Dr Foïs (ou Foie) pour ces six mois à « Delaf ».

Merci aux Dr Criquet-Hayot et M'Pay pour leurs conseils. Merci également à l'URPS pour m'avoir aidé à diffuser mon questionnaire, et surtout merci aux médecins généralistes de Martinique d'avoir pris le temps d'y répondre.

Merci aux équipes des laboratoires de microbiologie de Martinique, notamment le Dr Olive pour sa gentillesse et sa disponibilité.

Merci à mes co-internes, en particulier de Bichat. Aux urgences ou en maladies infectieuses les moments passés n'ont pas toujours été faciles mais m'ont permis de rencontrer de précieuses personnes.

Merci à mes co-internes de Martinique qui m'ont permis d'appréhender les joies de la vie aux Antilles et merci aux médecins du « OD » pour tout ce qu'ils m'ont appris.

Merci à Fabienne pour ses conseils.

Merci à mes parents pour leur soutien et leur aide.

Merci à Anne qui m'a (sup)porté pendant toute la période de préparation de la thèse, par sa patience et ses conseils. Y arriver sans elle n'aurait pas été envisageable.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Abréviations	8
Introduction	10
Première partie : Etat des lieux du VIH	12
A. Le VIH, définitions et complications	12
I. Généralités et définition	12
II. Complications et morbidité en France	13
a) Co-infection par les virus des hépatites B et C	13
b) Sida et infections opportunistes	14
c) Les complications néoplasiques.....	14
d) Les complications métaboliques	15
e) Les complications cardio-vasculaires	15
f) Les complications néphrologiques.....	16
g) Les complications neurologiques, cognitives et psychiatriques	16
h) Comorbités toxiques	17
B. Epidémiologie de l'infection à VIH	17
I. Dans le monde	17
II. L'infection par le VIH en France	18
a) La prévalence de l'infection par le VIH et du sida en France.....	18
b) L'incidence du VIH et du SIDA en France.....	20
c) Mortalité du VIH en France	24
d) Le nombre de sérologie VIH positives en France.....	25
III. Le VIH dans les DFA et en Martinique	26

a)	La prévalence du VIH et du sida dans les DFA.....	27
b)	L'incidence du VIH et du sida dans les DFA	28
c)	Mortalité associée à l'infection par le VIH et comorbidités dans les DOM	29
d)	Particularités de l'épidémie de VIH/sida dans les DOM	30
e)	Le nombre de sérologies VIH positives dans les DOM.....	31
C.	<i>Le dépistage de l'infection par le VIH</i>	33
I.	Les moyens de dépistage	34
a)	Sérologie ELISA et Western-Blot.....	34
b)	Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostic (TROD)	35
c)	Les Autotests.....	37
II.	Le nombre de tests VIH	38
a)	En France	38
b)	Dans les DOM.....	39
III.	Les bénéfices du dépistage du VIH	40
a)	Sur le plan individuel	40
b)	Collectif.....	42
IV.	Habitudes et pratiques des patients concernant le VIH et son dépistage	46
a)	Dans le monde.....	46
b)	En France	47
c)	Dans les DFA	50
V.	Habitudes et pratiques des médecins concernant le VIH et son dépistage	53
a)	Dans le monde.....	53
b)	En France	54
c)	En Martinique	59
VI.	Le dispositif du dépistage en Martinique	60
a)	Le dépistage anonyme.....	61
b)	Les médecins généralistes	62

c) Dépistage « hors les murs »	63
D. Epidémie cachée et lacunes du système de dépistage	65
I. Infection à VIH cachée	65
II. Délai et retard au diagnostic	66
E. Les recommandations concernant le dépistage du VIH	69
I. Recommandations 2006 du Conseil national du SIDA (CNS) (108)	70
II. Consensus formalisé de 2008 par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) concernant le rôle des médecins généralistes dans le dépistage du VIH (8)	71
III. Recommandations 2009 de la Haute Autorité de Santé (7)	73
a) Les populations à cibler	73
b) Les circonstances à cibler	74
c) Les acteurs de ces nouvelles stratégies de dépistage	74
IV. Recommandations 2010 Plan National de Lutte contre le SIDA (94)	76
V. Recommandations 2013 Rapport Morlat (1)	77
Deuxième partie : étude des pratiques de dépistage des généralistes en Martinique	79
A. Matériel et Méthodes	79
B. Résultats	82
I. Caractéristiques démographiques	82
a) Âge et sexe	82
b) Caractéristiques du cabinet d'exercice	82
c) Caractéristiques de l'exercice médical	83
d) Données sur la formation des médecins	84
II. Les pratiques générales de prévention	86
a) Opinion vis-à-vis de la vaccination anti-VHB	86
b) Attitudes concernant les questions de sexualité	86
III. Pratiques et attitudes à propos du VIH et de son dépistage	88
a) Constats	88

b)	Opinion globale à propos du dépistage du VIH	92
c)	Attitudes de dépistage selon les situations recommandées par le rapport Morlat.....	97
d)	Les obstacles à la prescription du dépistage	105
e)	Utilisation des TROD et formation VIH	106
C.	<i>Discussion</i>	108
I.	Constats démographiques et d'exercice	108
II.	Le dépistage du VIH selon les recommandations	109
a)	Grossesse et multipartenariat	109
b)	Les homosexuels masculins	110
c)	Changement de vie affective	110
d)	Les patients originaires d'un pays de forte endémie.....	110
e)	Les situations cliniques évocatrices	111
f)	La tuberculose.....	112
g)	La 1 ^{er} contraception.....	112
h)	La précarité	113
III.	Comparaison avec la métropole	113
a)	Rapport quotidien au VIH	113
b)	Le nombre de sérologies VIH prescrites.....	114
c)	Origine des sérologies	115
d)	L'annonce d'une séropositivité.....	116
e)	Situations amenant à la prescription	116
f)	Opinion globale concernant un dépistage élargi du VIH	117
D.	<i>Analyse critique de l'étude</i>	119
I.	Points forts	119
II.	Limites de l'étude	120
a)	Echantillon insuffisant	120
b)	Etablissement du questionnaire.....	120

c) Ancienneté de l'étude métropolitaine comparative.....	121
E. Pistes d'évolution	122
I. Continuer de renforcer le rôle des médecins généralistes.....	122
II. Insister sur la formation des praticiens	122
III. Préciser les freins et obstacles au dépistage dans certaines situations.....	123
Conclusion.....	124
Bibliographie et références	126
Annexe 1	134
Table des illustrations	140
Table des tableaux.....	143
Résumé	145
Abstract	146

Abréviations

ADN : Acide Désoxyribo Nucléique

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales

ARN : Acide Ribo Nucléique

CD4 : Lymphocyte T Cluster de Différenciation 4 positif

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDC : Center for Disease Control and prevention

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

CNS : Conseil National du SIDA

DFA : Départements Français d'Amérique

DOM : Départements d'Outre-Mer

FMC : Formation médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HIVAN : HIV Associated Nephropathy

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

KABP : Knowledge, Attitudes, Beliefs, Pratices

LEMP : Leuco-Encéphalopathie Multifocale Progressive

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usagers de Drogues Injectables

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé médecins libéraux.

USPSTF : United States Preventive Services Task Force

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Le dépistage de l'infection par le VIH est un cas à part parmi ceux des autres maladies transmissibles. Il était initialement basé, en France, sur le volontariat et la responsabilité individuelle, en héritage des débuts de l'épidémie, époque à laquelle les moyens thérapeutiques étaient limités voire inexistantes. Il est maintenant admis que ce système de dépistage est un échec (1). En effet, l'épidémie n'est pas contrôlée puisque plus de 6000 cas par an sont diagnostiqués en France. Parmi eux, une part importante (plus d'un tiers) est diagnostiquée tardivement (2-4), c'est-à-dire au stade sida ou avec un taux de $CD4 < 350/mm^3$ hors situation de primo-infection. De plus, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité pour le VIH est non négligeable : environ 20% des patients infectés (5). Ils représentent d'ailleurs un important réservoir de nouvelles contaminations sexuelles (1,6).

Devant le constat d'échec de cette politique de dépistage, les institutions de santé en sont venues à codifier les situations devant amener à un test ; dans un premier temps, en ciblant les populations à risque, puis en étendant progressivement les indications, pour finalement tenter de généraliser cette pratique aux adultes de 15 à 70 ans (7). Ces mêmes institutions affirment le rôle majeur que doivent jouer les médecins généralistes dans ces nouvelles politiques de dépistage (7,8).

Malgré cela, on constate encore de nombreuses opportunités manquées de diagnostic (4). En effet, la réalité des médecins généralistes n'est pas aussi simple. Tout d'abord, les modalités pratiques des cabinets de médecine générale font du temps le premier facteur limitant (9). De

plus, l'infection par le VIH étant une maladie encore fortement stigmatisée (10) et liée à la sexualité, il n'est pas toujours aisé pour les généralistes d'aborder la question en consultation (9).

L'étude Baromètre Santé Médecin Généraliste de 2009 (11) étudiait les pratiques de dépistage de l'infection par le VIH par les généralistes de métropole avant la diffusion des nouvelles recommandations de l'HAS en 2009. Les généralistes, même s'ils adhéraient peu à l'idée d'un dépistage généralisé, étaient d'importants prescripteurs de sérologie VIH. Toutefois l'initiative du test était majoritairement due aux patients.

A l'échelle des Antilles, la Martinique n'est pas l'île la plus touchée par l'épidémie mais à l'échelle de la France, elle fait partie des départements les plus affectés puisqu'elle présente une situation proche de celle de l'Ile-de-France (12,13). La politique de dépistage a ici aussi montré ses limites, car bien que les populations antillaises soient plus consommatrices de tests de dépistage que celles de métropole, l'infection à VIH y est diagnostiquée à un stade plus tardif (2) et le sida reste une cause plus fréquente de décès (1,14). Par ailleurs, le multi-partenariat, plus répandu, favorise la transmission du virus (10).

Des études ont été menées sur les croyances et les comportements des populations face au VIH/sida et à son dépistage (10) mais il existe peu de données concernant les médecins généralistes c'est pourquoi nous nous sommes intéressés à la problématique suivante:

→ Quelles sont les pratiques de dépistages de l'infection par le VIH par les médecins généralistes en Martinique ?

Première partie : Etat des lieux du VIH

A. Le VIH, définitions et complications

I. Généralités et définition

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine a été décrit pour la première fois en 1983 par une équipe de l'Institut Pasteur. Il fait partie de la famille des *Retroviridae*, c'est-à-dire qu'il possède un ARN de haut poids moléculaire et est caractérisé par la présence d'une enzyme, la transcriptase inverse, qui permet de transcrire l'ARN viral en ADN pro-viral. Cet ADN pro-viral peut ensuite s'intégrer dans le génome de la cellule hôte. Il existe deux espèces de VIH : le VIH-1 est le plus répandu et le VIH-2 est plus souvent rencontré en Afrique de l'Ouest. La contamination se fait par voie sexuelle, sanguine ou materno-fœtale. (15)

Le virus a pour cible principale les lymphocytes T auxiliaires dits lymphocytes CD4+. Leur destruction progressive va aboutir à un état d'immunodépression sévère dont le stade ultime est le sida. C'est à ce stade que peuvent se manifester des maladies opportunistes graves qui étaient la cause principale de mortalité avant la disponibilité des multithérapies antirétrovirales (14). Les options thérapeutiques reposent actuellement sur des combinaisons de plusieurs molécules, chacune agissant à un stade différent du cycle viral. On notera cependant que les schémas thérapeutiques et leur efficacité diffèrent entre le VIH-1 et le VIH-2 (16,17).

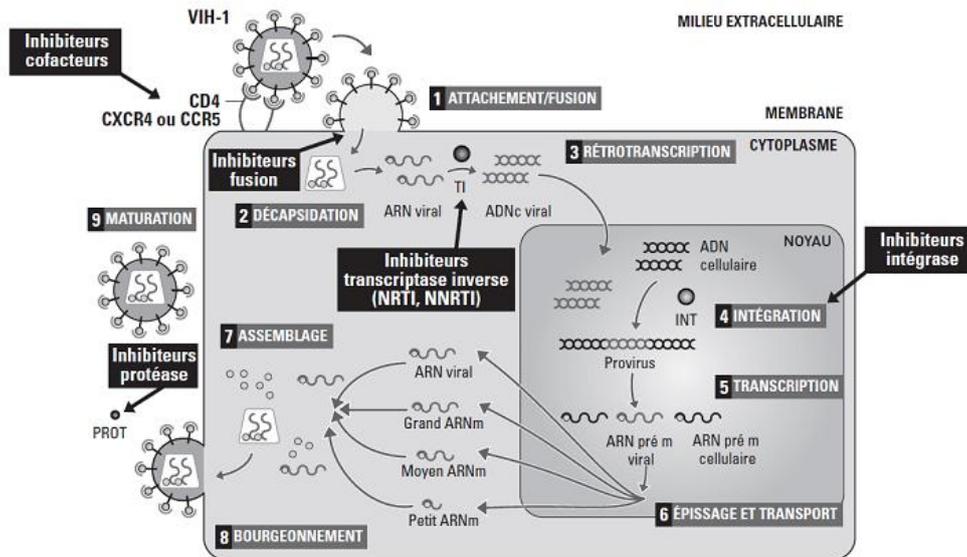


Figure 1. Cycle de répllication virale du VIH et sites d'action des traitements anti-rétroviraux (15)

II. Complications et morbidité en France

a) Co-infection par les virus des hépatites B et C

De part leurs modes de transmission, les co-infections par les virus des hépatites B et C sont plus fréquentes chez les patients infectés par le VIH.

En 2011, la prévalence de la **co-infection par le VHC était de 16,5 %**. Cinquante quatre à 63% d'entre eux sont des UDI (contre plus de 75 % avant 2006), et 13 à 23% des homosexuels masculins (contre moins de 7 % avant 2006). La prévalence de la **co-infection par le VHB a été estimée à 7 %** en France en 2004 (18,19).

b) Sida et infections opportunistes

Depuis le début de l'épidémie, le nombre total de personnes ayant développé un sida est estimé à environ 86 000. Parmi celles ci, on estime à 38 600 le nombre de personnes vivantes fin 2011(1,2). L'incidence du SIDA en 2011 était de 1276 cas soit 1,1% des patients séropositifs (2,19)

En dehors des pneumopathies bactériennes, **la pathologie opportuniste la plus fréquente reste la pneumocystose (31 % des cas de SIDA)** avec une incidence de 1,7/1000 patients par an (14). Viennent ensuite les infections à CMV (1,7/1 000 patients par an), la tuberculose (1,5/1 000 patients par an), la candidose œsophagienne (1,5/1 000 patients par an), la toxoplasmose (0,9/1 000 patients par an), la LEMP (0,6/1 000 patients par an), et les infections à mycobactéries atypiques (0,4/1 000 patients par an) (1,14).

c) Les complications néoplasiques

Les cancers sont une complication fréquente de l'infection à VIH d'autant plus que l'espérance de vie des patients infectés augmente. **L'incidence globale est de 14 pour 1 000 Personnes/année, dont 61 % de cancers non classant Sida.** Le taux standardisé de morbidité, a été estimé en 2006 à 3,5 (IC à 95 % : 3,3 - 3,8) chez les hommes et 3,6 (IC 95 % : 3,2 - 4,0) chez les femmes par rapport à la population générale (1,20).

Plusieurs mécanismes expliquent la survenue plus fréquente de cancers chez ces patients. L'état d'immunodépression en est un des facteurs favorisants. **Avoir un taux de CD4 bas est un facteur de risque important de développer un cancer,** qu'il soit classant sida

(Lymphome non Hodgkinien, sarcome de Kaposi, cancer du col de l'utérus) ou non. Par exemple les patients avec moins de 50 CD4/mm³ ont 14,8 fois plus de risque de développer un lymphome non Hodgkinien que les patients avec des CD4 supérieurs à 500/mm³. Ce risque relatif monte à 25 pour le sarcome de Kaposi. Concernant les cancers ne classant pas SIDA, on note par exemple un risque 8,5 fois plus élevé de développer un cancer du poumon chez un patient avec des CD4 inférieurs à 50/mm³ (21).

d) Les complications métaboliques

Les complications d'ordre métabolique sont elles aussi favorisées par le vieillissement de la population infectée par le VIH.

Selon les données de la cohorte d'Aquitaine de 2012 (22), les facteurs de risque vasculaires sont fréquents ; ainsi sur les 2 784 personnes suivies en 2012, 1 128 sujets (41 %) présentaient une lipodystrophie, 1 837 sujets (66 %) une dyslipidémie, 252 sujets (9 %) un diabète, 728 sujets (26 %) une hypertension artérielle.

Dans VESPA 2 Métropole (23), **l'obésité touche 9 % des sujets suivis.**

e) Les complications cardio-vasculaires

Les causes de morbidité vasculaire sont multiples : elles comprennent les myocardopathies ischémiques (32 %), les thromboses veineuses, les embolies pulmonaires et les hypertensions artérielles pulmonaires (27 %), les accidents ischémiques ou hémorragiques du système nerveux central (21 %), et enfin, d'autres causes : insuffisance cardiaque, mort subite, péricardite, myocardite, artériopathie (20 %).

Chez les patients infectés par le VIH, le risque de maladies cardiovasculaires, en particulier d'infarctus du myocarde est plus élevé que dans la population générale avec un risque relatif d'infarctus du myocarde de 1,4 chez les hommes et de 2,7 chez les femmes (24).

f) Les complications néphrologiques

L'insuffisance rénale est plus fréquente chez les patients infectés par le VIH, jusqu'à 35,4% dans la cohorte Aquitaine (22) du fait d'une prévalence plus élevée des facteurs de risque vasculaires « traditionnels » (diabète, dyslipidémie, HTA), ainsi que du fait de l'action du virus lui-même pouvant aboutir à des néphropathies liées au VIH (HIVAN), et du fait de l'exposition à certaines molécules anti-rétrovirales comme le ténofovir (18).

g) Les complications neurologiques, cognitives et psychiatriques

Les complications cognitives, et notamment neurocognitives sont souvent ignorées en raison des difficultés diagnostiques qui leurs sont inhérentes. Elles n'en sont pourtant pas moins fréquentes.

Selon certaines séries, 13% des patients ont été touchés par un épisode dépressif majeur (1) et entre 22 et 55% des patients présentent des troubles locomoteurs à des degrés variables (22) (1). **Les troubles cognitifs peuvent quant à eux atteindre 60% des patients infectés par le VIH**, les troubles dit « asymptomatiques » représentant 21%. Le fait d'avoir un antécédent neurologique classant SIDA (toxoplasmose cérébrale...) est associé à la présence de troubles cognitifs symptomatiques (1,22,25), de même que l'âge (26).

h) Comorbidités toxiques

De part de multiples facteurs, les patients infectés par le VIH sont de plus importants consommateurs de toxiques.

La prévalence du tabagisme actif chez les patients vivants avec le VIH est comprise entre 38 et 47 % selon les séries. L'alcoolisme concerne quant à lui 16% des personnes suivies, le cannabis 12% et les autres substances illicites 3% des patients (22).

Quant à la population générale, le tabagisme touche 34% des personnes (27) et l'alcoolisme 10% (28).

B. Epidémiologie de l'infection à VIH

I. Dans le monde

Selon les chiffres de l'OMS/ONUSIDA de 2012 (29) **le nombre de personnes infectées par le VIH dans le monde s'élève à 35,3 millions dont 3,3 millions d'enfants.** Malgré des efforts importants au niveau mondial et des progrès thérapeutiques majeurs, l'épidémie n'est pas contrôlée. En effet l'année 2012 a vu 2,3 millions de nouveaux cas et 1,6 millions de décès liés au VIH. Bien sûr toutes les régions du monde ne sont pas pareillement touchées. **La région Caraïbe a une prévalence de 250.000 individus soit 1% de la population adulte,** et un nombre de décès de 11.000 en 2012. **L'Europe de l'Ouest a quant à elle une prévalence de 860.000 individus ce qui équivaut à 0,2% des adultes,** et 7900 décès. Pour l'Amérique du Nord, la prévalence s'élève à 1,3 millions ce qui équivaut à 0,5% des adultes, et 20.000

décès. Ces chiffres équivalent à 6300 infections par jour dont 95% dans les pays en voie de développement.

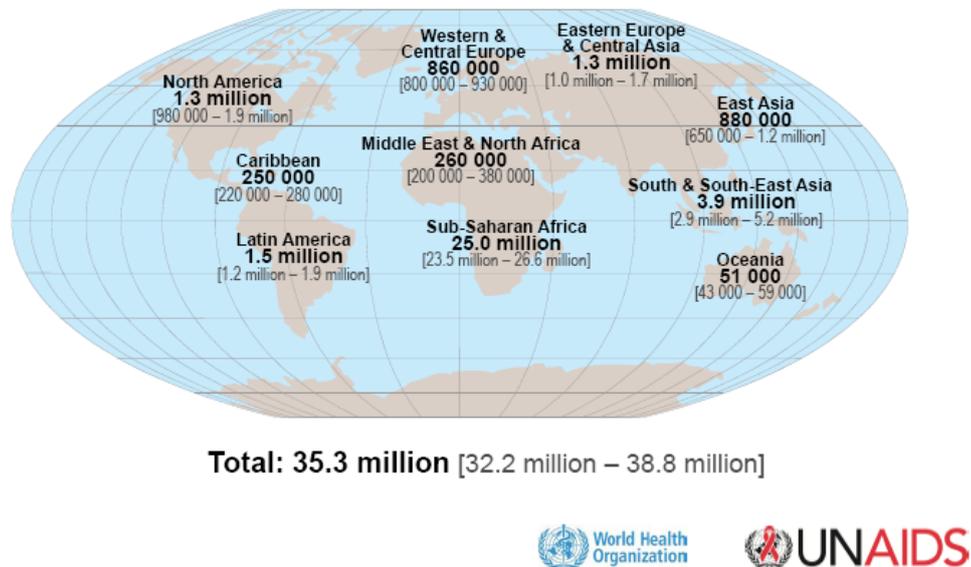


Figure 2. Prévalence du VIH dans le monde en 2012 par région (29)

II. L'infection par le VIH en France

a) La prévalence de l'infection par le VIH et du sida en France

L'estimation du nombre de personnes vivants avec le VIH en 2010 était comprise entre 111 500 à 149 900 personnes et se portait à 113 600 en 2011 (1). L'âge médian était de 48 ans et l'ancienneté du diagnostic de 12 ans. Le nombre médian de CD4 lors de l'initiation du traitement était de 345/mm³ en augmentation par rapport à 2007 où le nombre médian était de 258/mm³ (1,19).

Parmi les personnes vivant avec le VIH, 81 % étaient diagnostiquées, 74 % étaient dans le système de soins, 60 % recevaient des antirétroviraux depuis au moins 6 mois et 52 % avaient une charge virale contrôlée (30). Ces données suggèrent qu'une part importante de personnes n'est pas diagnostiquée et qu'un nombre conséquent de personnes ne sont pas sous traitement. Il est cependant à noter que ces chiffres sont antérieurs aux nouvelles recommandations thérapeutiques élargies définies dans le rapport Morlat (1).

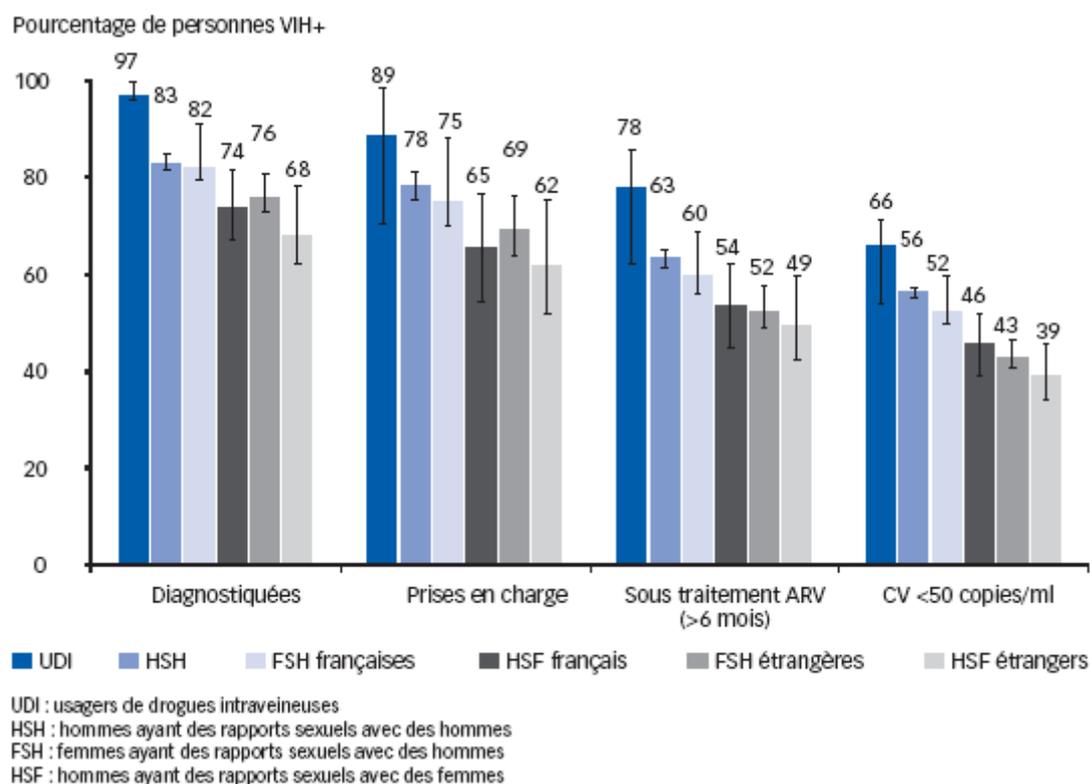


Figure 3. Taux de patients infectés par le VIH diagnostiqués, pris en charge, sous traitement depuis plus de 6 mois, avec une charge virale indétectable en 2010 selon plusieurs groupes de populations (1)

La population vivant avec le VIH en 2011 en métropole se répartit comme suit : 39 % d’HSH, 11 % d’UDI (7 % d’hommes et 4 % de femmes), 24 % de personnes immigrées originaires d’Afrique subsaharienne (8 % d’hommes et 16 % de femmes) et 26 % d’autres patients, cette catégorie étant constituée en grande majorité de personnes infectées par rapports hétérosexuels (1).

Le nombre de cas de sida notifiés depuis le début de l’épidémie était de 64 292 au 31 Décembre 2008 ce qui équivaut, en tenant compte des sous déclarations, à 81 200 personnes dont 34 600 étaient vivantes à cette date (31). Ces chiffres ont évolué en 2011 avec environ 86 000 personnes ayant développées un sida depuis le début de l’épidémie dont 38 600 encore en vie (2).

b) L’incidence du VIH et du SIDA en France

L’épidémie à VIH n’est pas une épidémie contrôlée. Le nombre de nouvelles infections en France sur l’année 2007 était estimé entre 5 382 et 7 851 (1,32). Ce chiffre a été estimé à 6 500 en 2008 ce qui représente un taux de 31 à 83 par million d’habitants selon les régions. Ce taux est plus élevé dans les DOM (31). Parmi ces nouvelles infections, 3550 ont eu lieu chez des hétérosexuels, 3320 chez des homosexuels et 70 chez des usagers de drogues intra-veineuses (33).

On note depuis 2005 une progressive et discrète diminution du nombre de nouveaux cas. 6088 nouveaux cas ont été recensés pour l’année 2011 (1,2).

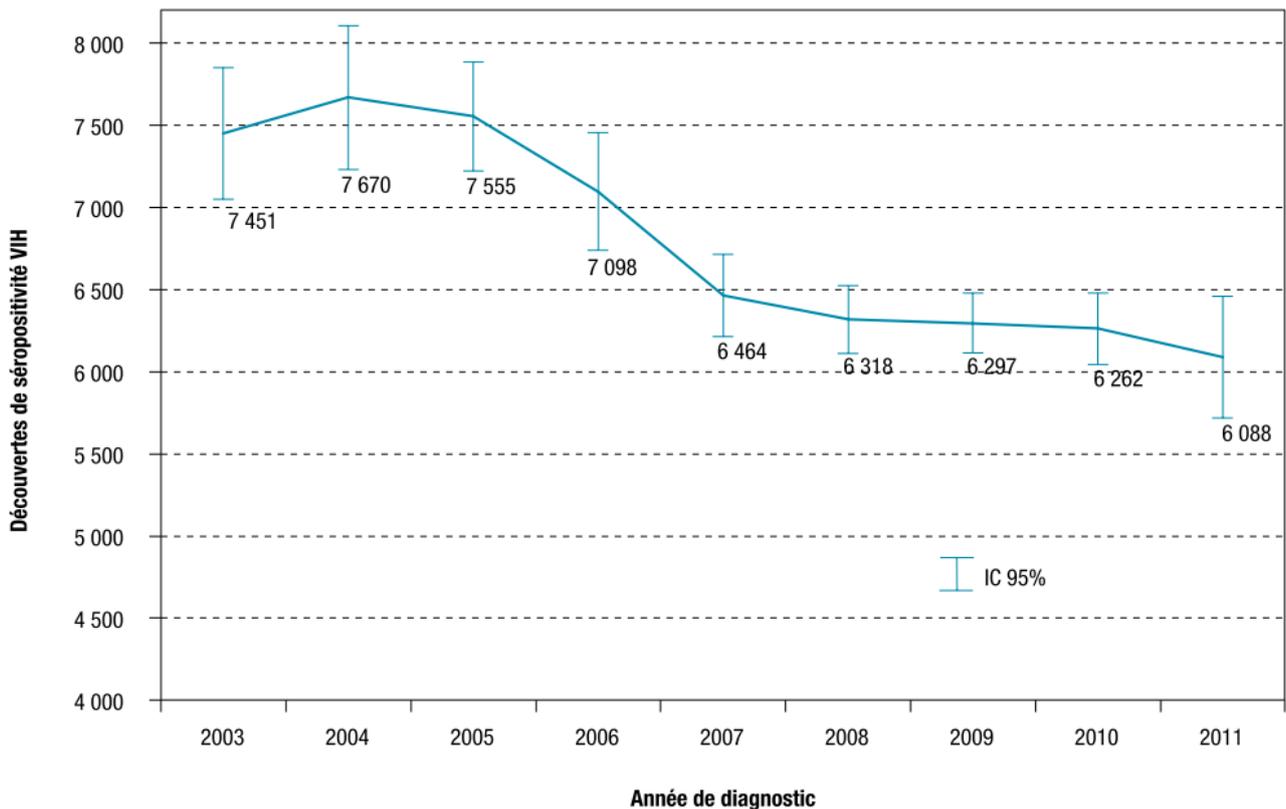


Figure 4. Nombre de découverte de séropositivité VIH en France entre 2003 et 2011 (2)

Comme illustré dans la figure 5, le contrôle de l'épidémie varie selon les groupes de population. **Ainsi si on observe une diminution globale de l'incidence dans tous les groupes**, en particulier parmi les femmes de nationalité étrangère, **on constate une augmentation importante dans le groupe des homosexuels masculins**. Ces données doivent permettre de renforcer et d'adapter les politiques de prévention en fonction des populations ciblées.

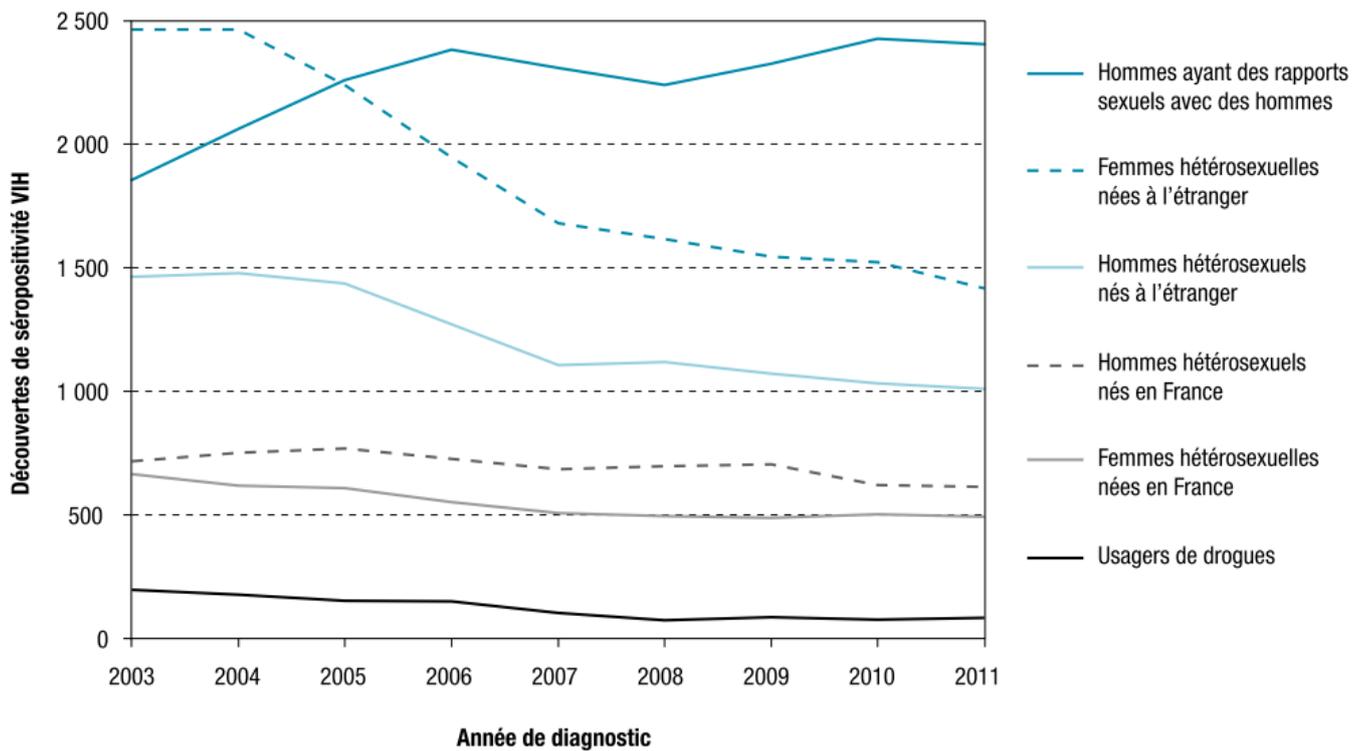
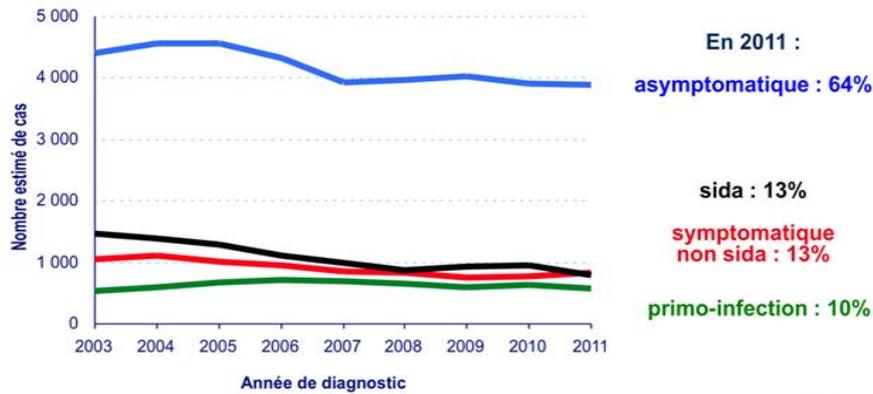


Figure 5. Découverte de séropositivité en France entre 2003 et 2011 par population(2)

Le diagnostic de séropositivité est posé à différents stades d'évolution de la maladie. Ainsi, parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2011, 10% sont au stade de primo-infection, 64% à un stade asymptomatique, 13% à un stade symptomatique non sida et 13% au stade sida (1,2).

Vingt-neuf pourcent des découvertes sont tardives c'est-à-dire que le diagnostic est posé au stade sida ou avec un taux de CD4 inférieur à 350/mm³ hors situation de primo-infection. Trente-cinq pourcent sont précoces, c'est-à-dire que le diagnostic est fait au stade de primo-infection ou avec un taux de CD4 supérieur ou égal à 500/mm³ hors pathologie sida (1,2).

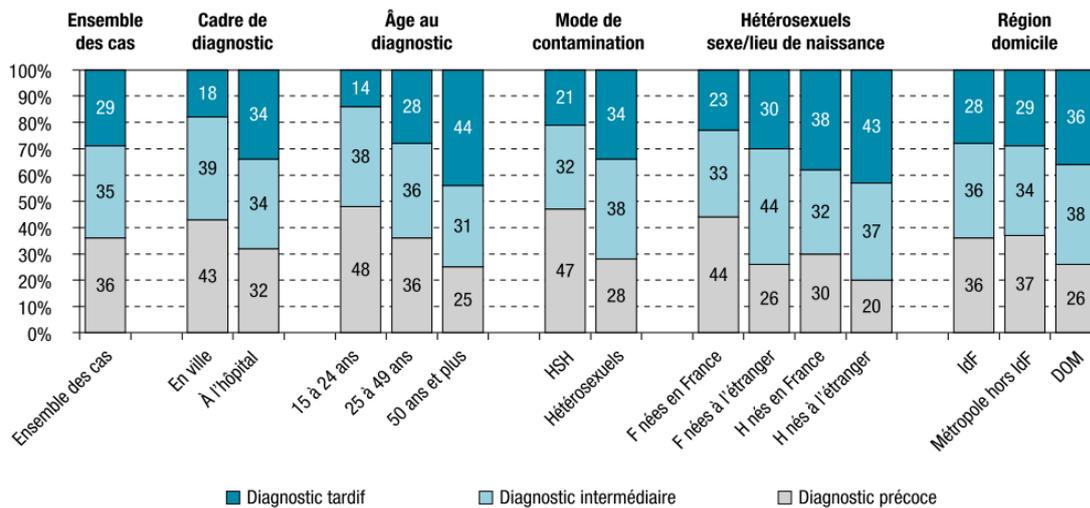


Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2011 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.



Figure 6. Stades cliniques lors du dépistage de l'infection à VIH chez les patients diagnostiqués en 2011 (2,34)

Le diagnostic précoce est plus fréquent en ville, chez les moins de 25 ans, les homosexuels masculins et les femmes hétérosexuelles nées en France. **Le diagnostic tardif concerne principalement les personnes de 50 ans et plus, les hommes hétérosexuels et la population des DOM (2).**



F : femmes ; H : hommes ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; IdF : Île-de-France ; DOM : Département d'Outre-mer.

Figure 7. Caractère précoce ou tardif de l'infection à VIH en 2011 selon plusieurs marqueurs (2)

Le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués est estimé à 1550 en 2008 (31), et environ **1400 en 2011** (2). Les pathologies inaugurales étaient variées avec cependant une prédominance de la pneumocystose qui représentait 31% des cas. Les autres pathologies inaugurales se répartissaient comme suit : 17% de tuberculoses, 15% de candidoses œsophagiennes, 12% de toxoplasmoses cérébrales et 10% de sarcomes de Kaposi (2).

c) Mortalité du VIH en France

En 2010, l'âge médian de décès était de 50 ans avec une médiane de CD4 à 243/mm³ (contre 161 et 94 en 2005 et 2000) (1,14).

Les causes de décès sont multiples et évoluent avec le temps, notamment avec les progrès des thérapeutiques antirétrovirales et l'augmentation de l'espérance de vie. **Malgré cela, les causes liées au sida restent les plus fréquentes** puisqu'elles représentent 25% des causes de décès. On observe cependant une diminution au fil du temps puisqu'en 2005 le SIDA était responsable de 36% des décès et 57% en 2000. Parmi ces causes on retrouve notamment le lymphome malin non hodgkinien (53%), la pneumocystose pulmonaire (29%), et la LEMP : leuco-encéphalopathie multifocale progressive (10%) (14).

En partie dus à l'espérance de vie en augmentation, **les cancers non classant sida et non liés aux hépatites occupent une part de plus en plus importante dans les causes de mortalité.** (22% en 2010 contre 17% en 2005 et 11% en 2000). Parmi eux les plus fréquents sont les cancers broncho-pulmonaires (38%), digestifs (14%), ORL (10%), du canal anal (9%) et urogénitaux (9%) (14).

Viennent ensuite les atteintes hépatiques (11% en 2010), **les atteintes cardiovasculaires, elles aussi en augmentation**, (10% en 2010), les infections non classant sida (9% en 2010) et les suicides (5% en 2010) (14).

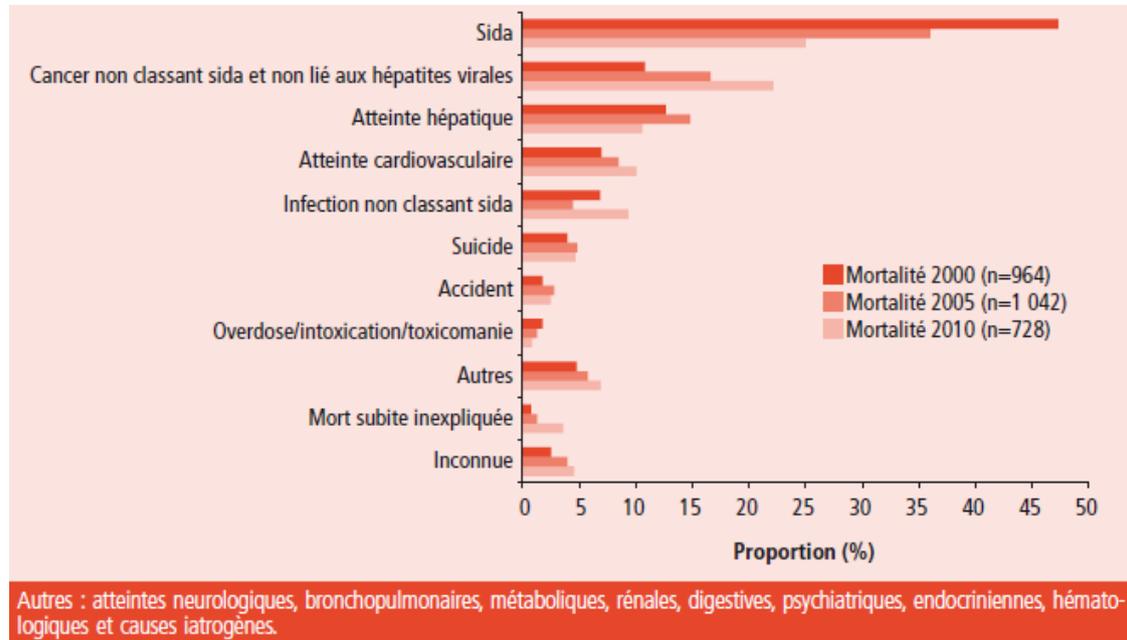


Figure 8. Evolutions des causes de décès chez les patients adultes VIH + en France en 2000, 2005 et 2010 (14)

d) Le nombre de sérologie VIH positives en France

Le nombre de sérologies positives est un indicateur qui est à différencier de celui de l'incidence. Il est estimé à 10 600 en 2008 (dont 11% dans un cadre anonyme) soit 165 cas par million d'habitants ce qui représente une proportion de 2,1 pour 1 000 tests. Cette proportion est moindre qu'en 2001 où elle atteignait 2,3 tests positifs pour 1000 tests pratiqués (31). **On note une légère ré-ascension pour l'année 2011 avec 11094 sérologies VIH positives soit 169 par millions d'habitants (12).** Elle varie selon les régions et est notamment plus élevée en Ile-de-France avec une proportion de 4,3 pour 1000 tests ainsi que dans les DOM (31).

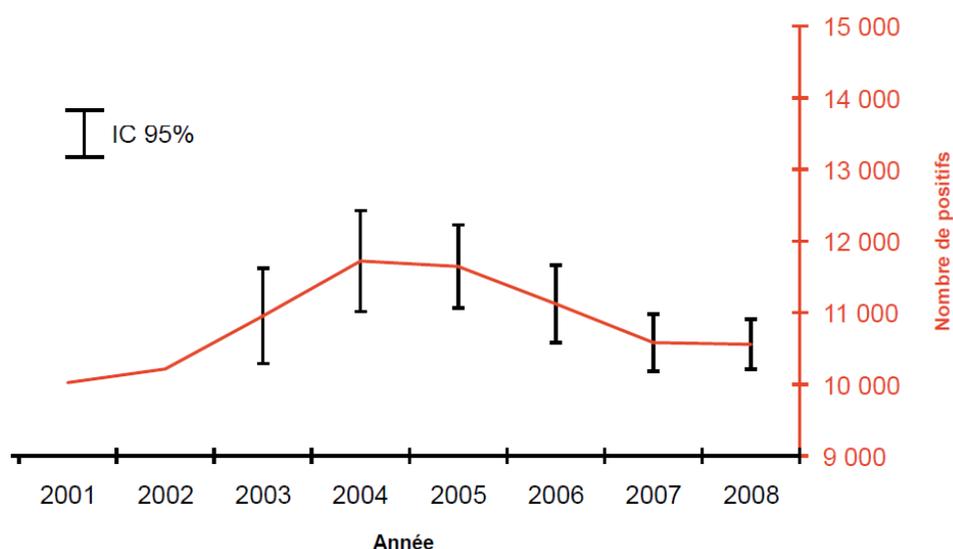


Figure 9. Nombre de sérologies VIH positives entre 2001 et 2008 (31)

III. Le VIH dans les DFA et en Martinique

La région Caraïbes est fortement touchée par le VIH même si la situation épidémique varie fortement d'une île à l'autre. **Selon l'OMS le nombre de patients infectés par le VIH y était estimé à 250 000 en 2012** avec une très forte prévalence en République Dominicaine et en Haïti (29).

Depuis plusieurs années, les trois Départements Français d'Amérique, comprenant la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane, ont été reconnus comme prioritaires dans la politique nationale du VIH/SIDA et font l'objet de la part de l'INPES de programmes distincts tenant compte de leurs caractéristiques singulières (35). Les situations restent différentes dans ces trois départements avec une situation proche de l'Ile-de-France en Martinique et plus préoccupante en Guyane.

a) La prévalence du VIH et du sida dans les DFA

-En Martinique

La prévalence du VIH en 2004 représentait environ 1% de la population (36). Les hommes sont majoritaires (59 %) avec une proportion d'HSH atteignant 26 %. L'âge médian est de 49 ans. Plus de la moitié (60 %) des personnes suivies ont entre 40 et 59 ans, et 21 % ont au moins 60 ans. Les immigrés, qui représentent une part relativement faible des personnes suivies (15 %), viennent en majorité d'Haïti (60 %) et d'autres pays des Caraïbes. Un tiers des personnes suivies ont été diagnostiquées depuis 2003. Un tiers des personnes suivies (34 %) a un antécédent de pathologie classant Sida (1,37). En 2012, 86% des personnes suivies étaient nées en France ou en Martinique (38).

-En Guadeloupe

Les hommes sont légèrement majoritaires (54 %) avec une proportion d'HSH atteignant 21 %. L'âge médian est de 49 ans. Plus de la moitié (57 %) des personnes suivies ont entre 40 et 59 ans, et 20 % ont au moins 60 ans. Plus d'une personne sur trois (35 %) est une personne immigrée, provenant très majoritairement d'Haïti (89 %). L'épidémie reste très active, avec 44 % de personnes diagnostiquées depuis 2003. Parmi les patients actuellement suivis, 26 % ont un antécédent de maladie opportuniste (1).

-En Guyane

Les femmes sont majoritaires (59 %) et les hommes contaminés par rapports homosexuels peu nombreux (4 %). La population des personnes vivant avec le VIH est la plus jeune des DOM avec un âge médian de 43 ans et plus d'un tiers (36 %) des personnes suivies âgées de moins de 40 ans. Les étrangers représentent plus de 70 % des personnes suivies. Parmi les immigrés, plus de la moitié viennent d'Haïti (54 %), 8 % des pays de la Caraïbe et 37 % des pays d'Amérique du Sud. L'épidémie en Guyane est très active, avec 70 % des cas diagnostiqués depuis 2003. Un tiers des patients (32 %) ont un antécédent de pathologie classant Sida (1).

b) L'incidence du VIH et du sida dans les DFA

L'incidence du VIH dans les DFA suit la même dynamique qu'au niveau national avec une diminution très progressive depuis 2005.

Les taux de découverte de nouvelles infections par le VIH varient selon les îles : deux cent vingt trois cas par million d'habitants par an en Martinique, 425 en Guadeloupe et 1 146 en Guyane (2). La nationalité des nouveaux cas est aussi variable : **96% sont diagnostiqués chez des patients de nationalité française en Martinique** alors qu'ils ne représentent que 46% des nouveaux cas en Guadeloupe et 29% en Guyane (36).

En 2010 en Martinique, en tenant compte de la sous-déclaration, on estime à 64 (IC [35-94]) le nombre de nouveaux cas (39). **En 2012, selon les déclarations obligatoires, 53 patients ont été diagnostiqués infectés par le VIH.** Parmi eux, 16 (30,2%) ont été diagnostiqués à un stade SIDA ou tardif (40). Les patients au stade sida étaient plus âgés qu'en métropole (22% avaient plus de 50 ans en Martinique contre 14% métropole) (36).

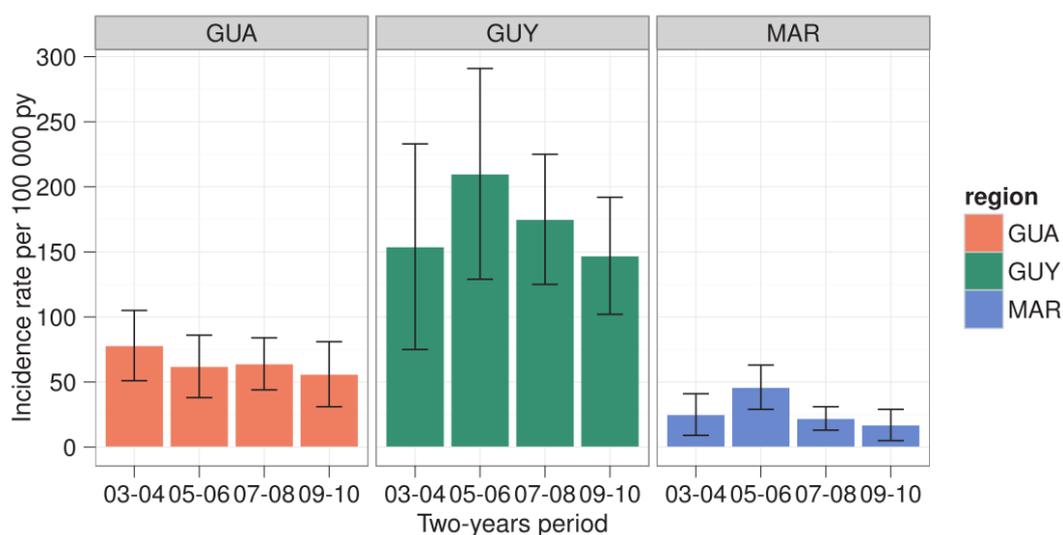


Figure 10. Evolution des taux d'incidence d'infection à VIH dans les Départements Français d'Amérique entre 2003 et 2010 par périodes de 2 ans (13)

c) Mortalité associée à l'infection par le VIH et comorbidités dans les DOM

L'épidémie de VIH/sida présente plusieurs particularités dans les DOM notamment en ce qui concerne la mortalité comme l'a montré l'étude de l'ANRS Mortalité 2010 (1,14). **On notait en effet une part plus importante du SIDA comme cause de décès avec 36% dans les DOM contre 25% en métropole.** Chez les patients suivis et décédés dans les DOM, l'infection était moins fréquemment traitée qu'en métropole (*71% dans les DOM contre 93% en métropole*) et moins bien contrôlée tant sur le plan immunologique (*28% de patients décédés avait des $CD4 < 50/mm^3$ contre 16% en métropole*) que sur le plan virologique (*28% avaient une charge virale < 50 copies/mL contre 56% en métropole*).

Deuxième cause de décès, les cancers non classant SIDA et non liés aux hépatites représentaient 15% des étiologies dans les DOM contre 9% en métropole. A l'inverse, les atteintes liées aux hépatites ne représentaient que 4% des causes de décès contre 11% en métropole. Cela peut être mis en rapport avec la faible prévalence d'hépatite B ou C dans les DOM (14).

Parmi les comorbidités vasculaires, l'HTA était surreprésentée (28% contre 15% en métropole) à l'inverse des dyslipidémies (4% contre 14% en métropole) (14).

On notait également des spécificités démographiques. La part de patients étrangers parmi les patients décédés était de 49% dans les DOM contre 25% en métropole. La précarité était aussi plus fréquente parmi eux avec 63% de patients en situation de précarité dans les DOM contre 42% en métropole (14).

d) Particularités de l'épidémie de VIH/sida dans les DOM

L'épidémie de VIH/sida dans les DOM n'a pas les mêmes caractéristiques qu'en métropole. Il existe des différences tant au niveau de l'épidémie elle-même qu'au niveau des populations.

Dans une large proportion, la transmission se fait sur un mode hétérosexuel (1,14,39,41).

En effet, 73% des patients en 2004 et 88% en 2010 déclaraient un mode de transmission hétérosexuel contre 39% en 2004 et 30% en 2010 en métropole. Les habitudes de sexualité divergent également : en 2004, parmi les hommes de 35 à 69 ans 19% se disaient multipartenaires contre 8% en métropole (41).

On note aussi un diagnostic plus fréquemment fait à un stade avancé de la maladie (Stade sida ou $CD4 < 200/mm^3$). Ainsi, parmi les personnes qui ont découvert leur

séropositivité entre 2004 et 2006, 37 % d'entre elles dans les DOM étaient-elles à un stade avancé de l'infection, (proportion atteignant 45 % en Guadeloupe), contre 29 % en métropole (41,42).

Concernant le dépistage, les populations des DFA ont plus souvent recours au dépistage que les populations de métropole. En 2004, 17% des hommes et 18% des femmes des DFA déclaraient avoir eu recours au dépistage dans les 12 derniers mois contre 7% des hommes et 10% des femmes en métropole (41).

e) Le nombre de sérologies VIH positives dans les DOM

Le nombre de sérologies VIH positives est estimé à 1000 pour l'année 2012 ce qui équivaut à une proportion plus élevée que la moyenne nationale. Elle était 9 fois plus élevée en Guyane, 5 fois plus élevée en Guadeloupe et 1,7 fois plus élevée en Martinique (12). La part des sérologies anonymes parmi les sérologies VIH confirmées positives était de 13%, soit environ 1 300 sérologies anonymes confirmées positives (12).

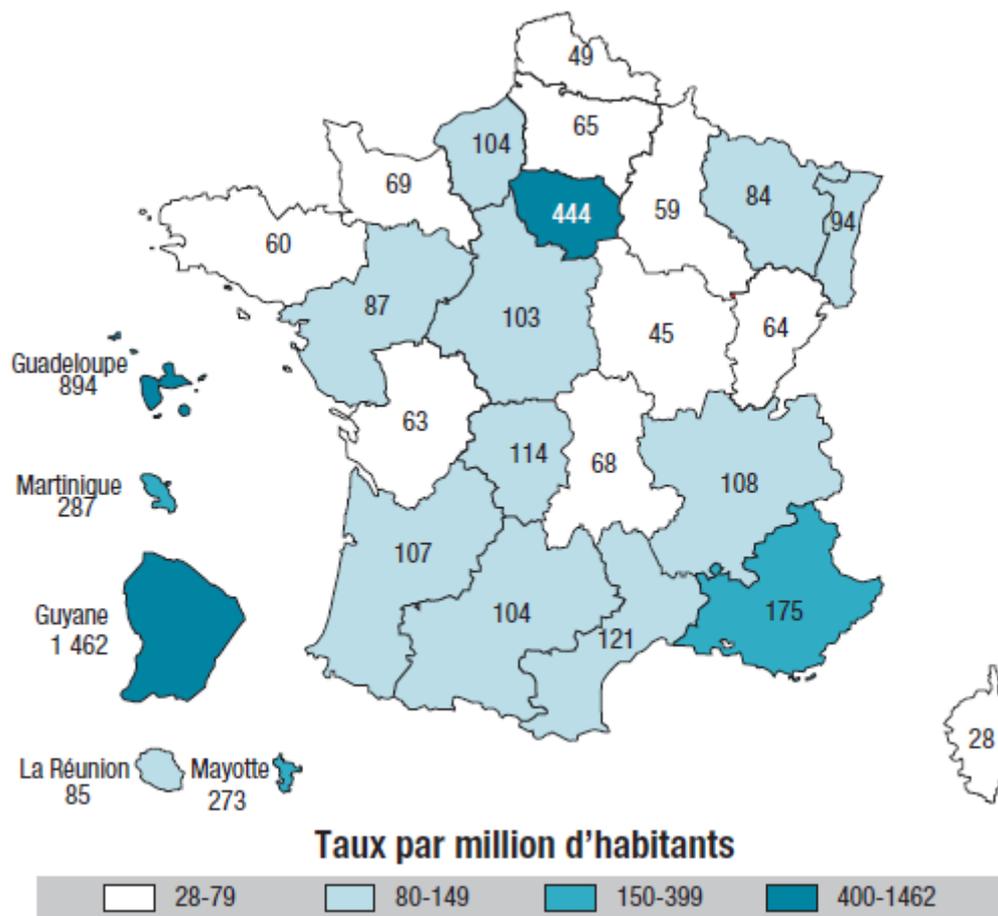


Figure 11. Nombre de sérologies VIH positives par millions d'habitants en 2012 (12)

C. Le dépistage de l'infection par le VIH

Le « dépistage » est la recherche d'une affection chez une personne en phase pré-clinique, c'est-à-dire qu'elle est à un stade asymptomatique de sa maladie. Cette notion est à différencier du « diagnostic » qui s'appuie sur un ou plusieurs symptômes cliniques ou paracliniques.

Le dépistage de l'infection par le VIH a été mis en place à une époque où les options thérapeutiques étaient très limitées. Ainsi les bénéfices individuels de se faire dépister étaient-ils quasi-inexistants. Les pratiques actuelles de dépistage sont un héritage de cette époque et c'est pourquoi elles sont basées en majorité sur le dépistage volontaire aussi appelé « opt-in », ce qui est un fait exceptionnel et isolé dans les dispositifs de luttres contre les maladies transmissibles.

Cependant les options thérapeutiques se sont considérablement développées et il est maintenant établi que le seul dépistage « opt-in » ne permet pas le contrôle de l'épidémie. C'est pourquoi le dépistage doit nécessairement évoluer afin que tous puissent bénéficier de ses avantages.

I. Les moyens de dépistage

a) Sérologie ELISA et Western-Blot

Les tests immuno-enzymatiques ELISA actuels sont dits de 4^{ème} génération ou combinés car ils détectent les anticorps anti-VIH et l'antigène p24 de manière simultanée. Le temps de réalisation du test varie de 20 minutes à 2 heures et son coût unitaire est d'environ 15 euros.

En cas de test ELISA positif, un test de confirmation par Western-Blot (ou Immuno-Blot) est réalisé sur le même prélèvement. S'il s'avère lui aussi positif, une 2^{ème} sérologie ELISA sera réalisée sur un nouveau prélèvement.

Ces tests ELISA combinés ont une sensibilité de 100% (en dehors de la période de séro-conversion) et une spécificité de 99,5%. **Le test est considéré comme fiable s'il est réalisé après une période de 6 semaines après la dernière exposition au virus (43).**

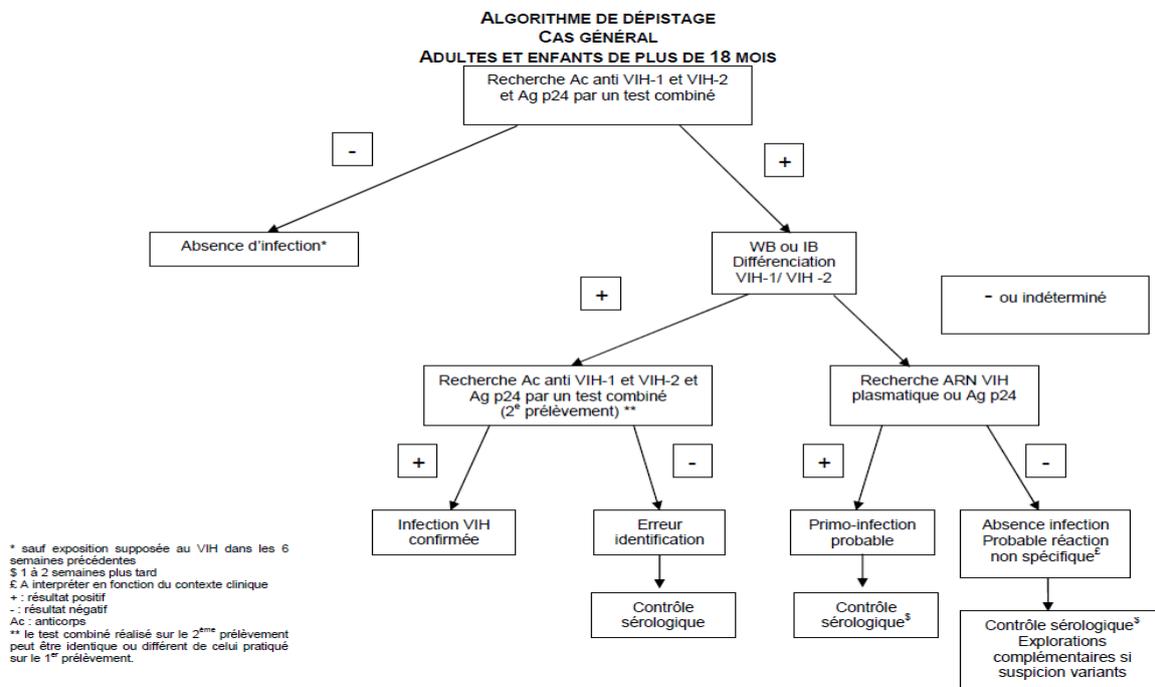


Figure 12. Algorithme de réalisation du dépistage du VIH selon l'HAS (7)

b) Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostic (TROD)

Le TROD, mis au point en 2002, est une technique immunochromatographique de diagnostic de l'infection par le VIH consistant à prendre une gouttelette de sang et la déposer sur une bandelette réactive. Cette technique permet de rendre un résultat en 2 minutes et son coût unitaire est moindre que celui d'une sérologie VIH classique (44).

→ On note de nombreux avantages à propos du TROD :

-Il présente une sensibilité et une spécificité élevées de l'ordre de 100% et 99,9% respectivement (45).

-Lors de son utilisation en CDAG, il permet de limiter le nombre de patients ne venant pas chercher leur résultat pour le VIH : 0% avec utilisation d'un TROD contre 7,3% avec une sérologie classique (44,46).

-La plupart des infections diagnostiquées lors de l'utilisation d'un TROD, le sont à un stade précoce (médiane de CD4 élevée : entre 400 et 550/mm³) (44,45,47).

-Le TROD peut-être utilisé dans le cadre d'associations, par des personnes n'étant pas des professionnels de santé. Il permet de dépister des patients qui n'avaient pas été touchés ou n'avaient pas accès aux moyens de dépistage usuels (47), notamment dans les communautés homosexuelles (Lorente et al.) (48). Cette utilisation restait cependant marginale en 2012 avec 32.000 tests réalisés (1).

-Ce mode de test rencontre une bonne acceptabilité parmi les patients, notamment grâce au fait d'avoir un résultat immédiat. Une majorité d'entre eux considère ce test comme fiable (45,47,49).

-La proposition d'un TROD de manière élargie peut avoir un intérêt dans les services d'urgences comme l'ont montré Casalino et al : l'acceptation par les patients était bonne (en moyenne 70%) et cette politique était coût-efficace, en effet la prévalence de VIH non diagnostiqué était de 0,55% et donc supérieure au seuil de 0,1% (50,51).

→Malgré tout, cette technique présente des inconvénients :

-Le TROD ne permet d'éliminer une infection qu'à la condition qu'elle soit acquise depuis plus de 3 mois ; alors que la sérologie classique ELISA raccourcit ce délai à 6 semaines (44). Les faux négatifs représentent donc un risque à prendre en compte, particulièrement en cas de suspicion d'infection récente : jusqu'à 50% de non détection en phase précoce (52).

-L'utilisation du TROD en CDAG entraîne une hausse de nombre de patients ne venant pas chercher leurs résultats pour les IST autres que le VIH : 19,8% à 22,3% lors de l'utilisation d'un TROD contre 13,2 à 15,2% lors de l'utilisation de la sérologie classique (44,45).

c) Les Autotests

En juillet 2012, un autotest salivaire (OraQuick In Home©) a été validé par les autorités sanitaires américaines. Les études avaient montré une excellente spécificité (99,8%) mais une sensibilité moindre (92,9% dans les études américaines, et 86,5% par une étude française). Ce test présentait une bonne acceptabilité par les patients, notamment auprès des homosexuels masculins et des jeunes, en rapport avec sa commodité et sa rapidité. A noter cependant un coût unitaire élevé (> 30 euros) (53).

Le conseil national du SIDA a émis en 2012 des recommandations au sujet des autotests. Il préconise leur vente libre dans les pharmacies, parapharmacies et sur Internet ; ainsi que leur distribution par différents opérateurs pertinents (associations, CDAG, médecins généralistes), notamment auprès des populations fortement exposées.

Cependant, les autotests doivent être considérés comme un dispositif additionnel et complémentaire aux moyens de dépistage déjà existants, et ce en raison du manque d'accompagnement individuel en cas de test positif, et du manque d'évaluation sur le long terme. Des conditions d'usage garantissant un accompagnement performant des usagers des autotests doivent être mises au point (53).

II. Le nombre de tests VIH

a) En France

La France fait partie des pays les plus actifs en terme de réalisation de sérologies VIH. Le nombre de sérologies VIH réalisées en 2008 est estimé à 4,96 millions, dont 8% étaient effectuées dans un cadre anonyme (31). **Ce chiffre a augmenté en 2012 passant à 5,24 millions de tests** soient 80 sérologies pour 1 000 habitants, ce qui représente une augmentation de 5% et place la France en 2^{ème} position derrière l’Autriche (12). Paris est le département où le taux de sérologies pour 1 000 habitants est le plus élevé (2,8 fois plus que la moyenne nationale). A noter qu’en plus des sérologies réalisées en laboratoire, 31 700 TROD ont été réalisés en 2012 par des associations, contre 4 000 en 2011 (12).

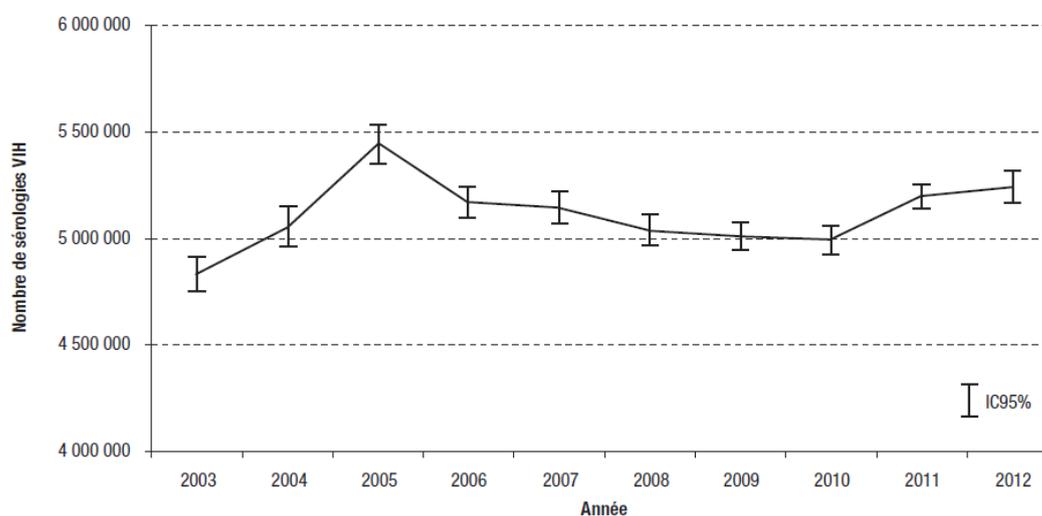


Figure 13. Nombre de sérologie VIH réalisées en France entre 2003 et 2012 (12)

b) Dans les DOM

Les DOM sont d'importants consommateurs de test de dépistage du VIH. **On y estime à 300.000 le nombre de sérologies VIH réalisées sur l'année 2012** ce qui représente, par rapport à la moyenne nationale de 80 sérologies pour 1 000 habitants, 2,5 fois plus de dépistage en Guadeloupe, 2,2 fois plus en Guyane et 1,6 fois plus en Martinique (12).

En 2011 en Martinique, le réseau LaboVIH a recueilli un nombre de 28694 sérologies VIH dont 23 étaient positives. Ces données émanaient de 17 laboratoires de ville. Huit laboratoires n'ont pas répondu aux sollicitations (54).

En 2012, 658 sérologies, dont 6 positives, ont été réalisées sur le site de l'hôpital de la Trinité. Sur le site de l'hôpital Mangot-Vulcin au Lamentin, 2012 sérologies ont été faites dont 6 sont revenues positives (55).

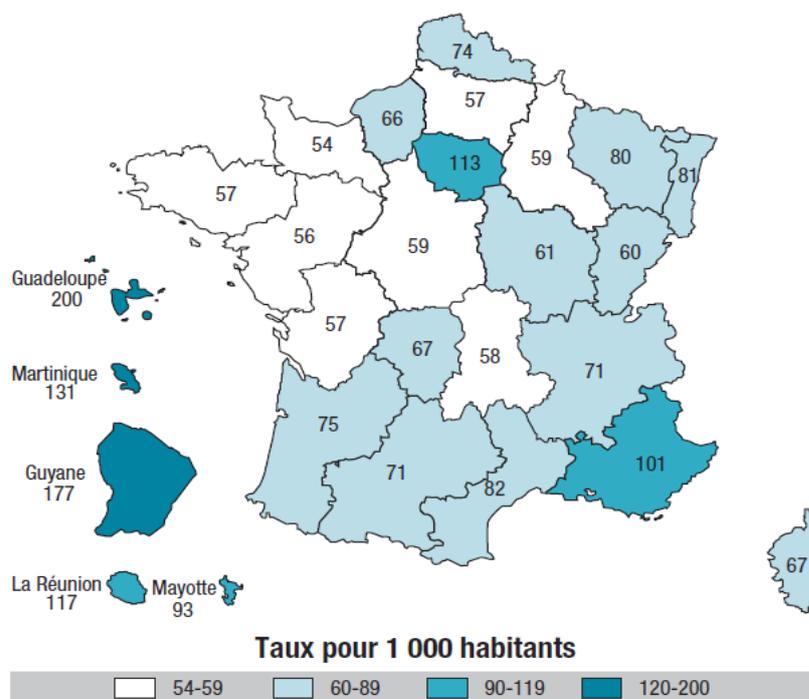


Figure 14. Nombre de sérologies VIH réalisées pour 1000 habitants en 2012 (12)

III. Les bénéfices du dépistage du VIH

Au vu des progrès thérapeutiques actuels, le dépistage du VIH est devenu d'une importance capitale. En effet, le fait d'être averti de son statut sérologique doit mener à la mise en place d'un traitement ce qui apporte de nombreux bénéfices. De plus, les patients ignorant leur séropositivité étant vecteurs de plus de la moitié des nouvelles infections, il est essentiel que tous puissent profiter des offres de dépistage.

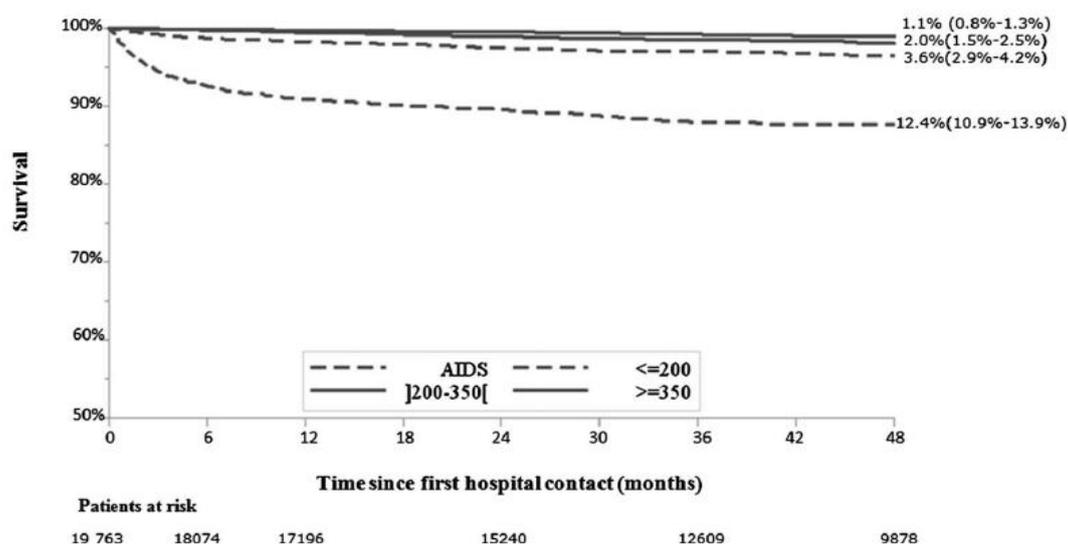
a) Sur le plan individuel

Se faire dépister pour le VIH c'est pouvoir être au courant de son infection, ce qui est une étape obligatoire pour être pris en charge et bénéficier des trithérapies antirétrovirales. **Selon les nouvelles recommandations, être dépisté positif pour le VIH c'est être mis sous traitement et donc bénéficier des impacts positifs de ces thérapeutiques, notamment en terme de mortalité (1).**

Un début de traitement tardif est associé à une sur-mortalité. En effet, les données de la FHDH pour les patients inclus entre 1997 et 2005 ont montré que le risque relatif de décès associé à une prise en charge tardive était de 13,2 pendant les 6 premiers mois après l'inclusion dans la base de données, et restait significativement supérieur à un pendant les quatre premières années après la prise en charge, en comparaison avec les sujets pris en charge moins tardivement. **Cet impact sur la mortalité résulte principalement de la diminution des infections opportunistes (7).** Montlahuc et al. trouvaient des résultats concordants : le taux de mortalité à 4 ans était de 4,8 % chez les patients diagnostiqués tardivement contre 1,1% chez ceux diagnostiqués précocement. Là aussi, la principale cause

de décès était le sida (43,8%). (42). A noter également qu'un traitement efficace précoce est associé à l'apparition d'un plus grand nombre « d'elite-controler », c'est à dire de patients maintenant des taux de charge virale VIH inférieurs à 50 copies/ml en l'absence de thérapeutiques (56). Cependant, pour que les effets des thérapeutiques soient maximaux sur la mortalité, les traitements doivent être continus et non interrompus par des « vacances thérapeutiques » comme l'a montré l'étude SMART (57). On notera que la surveillance du taux de CD4 peut, quant à elle, être allégée dans certaines situations (58).

Dilernia et al. (59) estimaient, par modélisation mathématique, **que l'espérance de vie d'un patient infecté par le VIH était équivalente à celle d'une personne non infectée si le diagnostic était posé dans les huit premières années post contamination.** De même, selon certains auteurs, la mortalité à 6 ans des patients avec plus de 500 CD4 était équivalente à celle d'une personne non infectée (60).



© 2013 Lippincott Williams & Wilkins

Figure 15. Taux de survie sur 4 ans chez des patients diagnostiqués VIH + à différents stades de la maladie (42)

Ces données sur la mortalité et l'espérance de vie suggèrent que plus l'infection est prise en charge précocement, plus les effets bénéfiques sont importants. La condition *sine qua non* étant un dépistage régulier et pertinent.

Aux Etats-Unis, Gras et al. (61) trouvaient une incidence de décès plus élevée (1,33/100 personnes-années) chez les patients n'ayant jamais été testés par rapport à ceux s'étant déjà testés et ayant eu un test négatif antérieur (0,54 à 0,58/100 personnes-années). Ces résultats sont en rapport avec le fait que se dépister régulièrement permet de diagnostiquer l'infection à VIH à un stade plus précoce, et donc, de pouvoir limiter l'immunodépression et l'apparition des complications (62). En effet, l'incidence d'un stade SIDA était plus élevée chez les patients ne s'étant jamais testés (16% de SIDA) par rapport à ceux ayant un test antérieur négatif (1,5 à 3% de SIDA) (61).

De plus, des données indiquaient un pourcentage plus élevé de suivi médical régulier chez les patients antérieurement dépistés, ce facteur participant également à une espérance de vie plus élevée (30,61).

b) Collectif

Le premier argument en faveur du dépistage élargi du VIH sur le plan de la communauté est économique. En effet, il a été démontré par Yazdanpanah et al. (50,63) qu'un seul dépistage du VIH en population générale était coût-efficace si la prévalence d'infections par le VIH non diagnostiquées était supérieure au seuil de 0,1% ce qui était le cas en France au moment de l'étude. Ces dépistages peuvent être répétés et seront toujours coût-efficace dans les sous-populations à risque (homosexuels masculins, usagers de drogues intraveineuses...).

Cependant, selon Supervie et al. (5,64) la prévalence d'infections par le VIH non diagnostiquées ne s'élève qu'à 0,07% en 2010 ce qui rend le dépistage élargi non coût-efficace. Les auteurs pondèrent cette information par le fait que l'évaluation de coût-efficacité avait été faite en 2010 tout comme leur propre étude, les coûts de dépistage et la taille de l'épidémie cachée ont donc pu évoluer entre 2010 et 2014. Malgré cela, la politique de dépistage « en une fois pour tous » n'a pas été validée par les institutions pour des raisons de budget (65).

L'autre argument majeur en faveur du dépistage concerne la transmission du virus et la propagation de l'épidémie. Les patients ignorant leur séropositivité seraient à l'origine de 60% des nouvelles contaminations sexuelles en France (1). Des résultats similaires ont été trouvés aux Etats-Unis et des modélisations mathématiques ont même estimé que si tous les patients séropositifs étaient dépistés l'incidence diminuerait théoriquement de 31% (6).

Le dépistage permet l'accès au traitement qui entraîne la réduction de la charge virale et donc la réduction de la contagiosité, ainsi que la diminution de la transmission horizontale et verticale du virus (7,66). En effet, plusieurs études sur des couples sérodifférents, notamment celles menées dans le district de Rakai dans le sud de l'Ouganda (67,68), ont démontré que plus la charge virale était faible, plus le risque de transmission diminuait (69). Des études sur des cohortes de patients à risque ont même montré une diminution de l'incidence de l'infection par le VIH concomitante d'une diminution de la charge virale moyenne de la population (70).

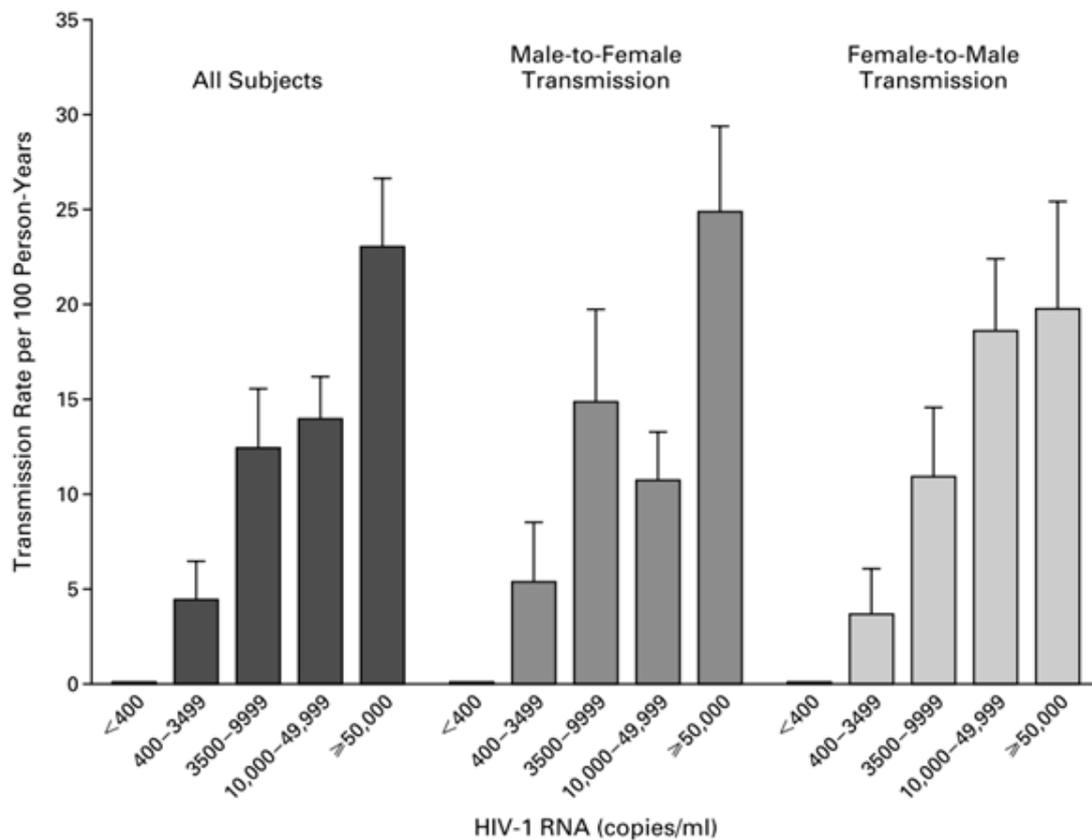


Figure 16. Taux de transmission parmi 415 couples sérodiscordants en fonction de la charge virale plasmatique du partenaire infecté par le VIH (67)

Donnel et al. retrouvaient une diminution du risque de transmission de 92% en comparant des couples sérodiférents avec ou sans traitement, soit un risque de transmission de 0,5% par an chez les patients traités (66). Cohen et al. avançaient le chiffre de 96% de réduction du risque (71). **La Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida va même jusqu'à affirmer que « Une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre IST et suivant un traitement antirétroviral avec une virémie entièrement supprimée ne transmet pas le VIH par voie sexuelle » (72).**

Comme nous l'avons dit, une des explications à ces informations est la diminution, grâce aux traitements antirétroviraux, de la charge virale dans le sperme et les sécrétions cervico-vaginales (66,72).

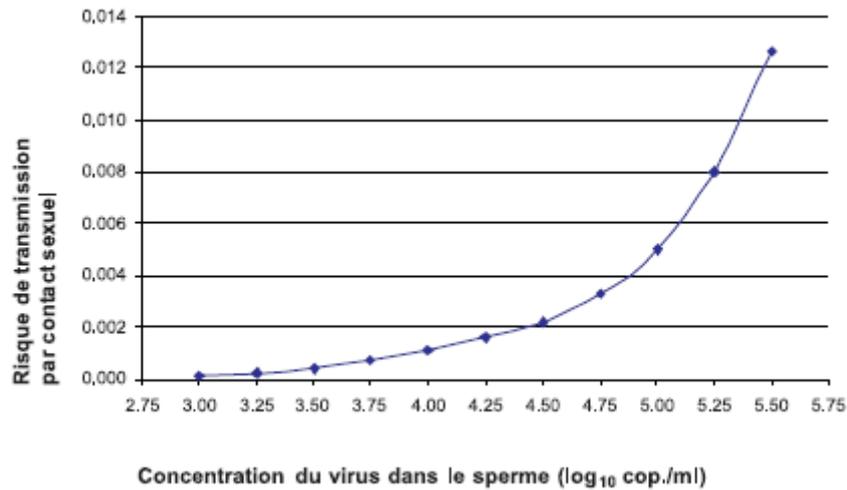


Figure 17. Risque de transmission du VIH par contact sexuel en fonction de la charge virale dans le sperme (72)

Un autre aspect expliquant la diminution de la transmission virale est la diminution des pratiques sexuelles à risque (6,7,73). Par exemple, Marks et al. estimaient entre 53 et 68% le taux de réduction des rapports sexuels non protégés chez les patients informés de leur infection comparé à ceux qui l'ignoraient (74).

IV. Habitudes et pratiques des patients concernant le VIH et son dépistage

a) Dans le monde

Au niveau européen, des études ont été menées afin de déterminer quels obstacles les patients pouvaient rencontrer pour la réalisation du test de dépistage du VIH (9).

-Une mauvaise perception du risque : La plupart des patients ne se considèrent pas comme exposés alors qu'ils ont objectivement des pratiques ou font partie d'une population à risque.

-La peur de la maladie et la peur de connaître le résultat du test.

-La peur du non respect de la confidentialité et de la divulgation de leur éventuelle infection, ce qui indique une stigmatisation encore forte de cette maladie.

-L'ignorance de la possibilité de bénéficier d'un test et des lieux où le réaliser.

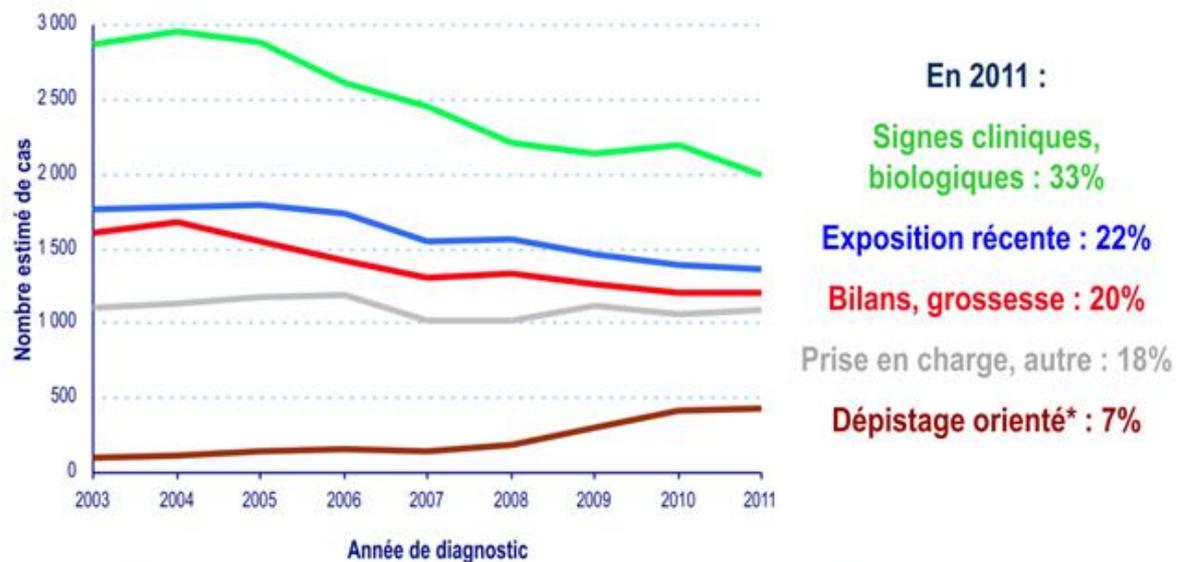
Les lieux de réalisation des tests sont variés et connus des patients. En Grande-Bretagne, les services de consultations spécialisés dans le dépistage des IST sont les lieux de premiers recours pour 44% des femmes et 34% des hommes. **Le médecin généraliste représente une part non négligeable puisqu'il était défini comme un recours préférentiel pour 28,5% des hommes et 20% des femmes.** (75) Il est souvent décrit comme interlocuteur privilégié concernant les problèmes en rapport avec la sexualité ; et les patients attendent même de lui qu'il aborde le sujet et délivre des conseils de prévention. (76) A noter que, selon Evans et al., 50,7% des patients infectés par le VIH au Royaume-Uni en ont informé leur médecin généraliste. (77)

Les patients sont, pour la majorité, prêts à accepter des propositions élargies de dépistage du VIH, en accord avec les dernières recommandations. En effet, certaines études ont testé l'acceptabilité d'un dépistage élargi dans les services d'urgence, comme Sitlinger et al. aux Etats-Unis (78) ou Casalino et al. (51) et d'Ailmeida et al. (79) en France. Dans leur grande majorité, les patients acceptaient le test et trouvaient les informations de prévention données pertinentes. Une étude effectuée auprès de vétérans de l'armée américaine mettait en évidence une demande de la part des patients que le VIH soit dépisté en routine, au même titre que d'autres maladies chroniques comme le diabète ou les dyslipidémies. Selon eux, cette mesure permettrait de dé-stigmatiser l'infection à VIH et de permettre un dépistage et donc une prévention plus large et efficace (80).

b) En France

Les Français font partie des plus importants consommateurs de tests VIH en Europe (12). Ils se montrent d'ailleurs favorables à un dépistage du VIH systématique, comme l'ont montré plusieurs études (51,81). De plus, ils considèrent leur médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié dans ce domaine (81).

Les raisons principales de recours au dépistage sont l'exposition récente au VIH, un bilan de santé de routine, et des symptômes cliniques (2,4,32). D'autres circonstances évoquées sont le don du sang et la grossesse (75).



La catégorie « Dépistage orienté » regroupe les personnes vues en consultation pour une pathologie autre que le VIH (ex hépatites) ou dans un contexte suggérant une contamination possible (prise de risque ancienne, arrivée d'un pays où l'épidémie est généralisée, etc)



Figure 18. Motif de recours au dépistage chez les patients nouvellement diagnostiqués VIH en 2011 (34)

Il existe également un lien étroit entre multi partenariat et recours au dépistage : les sujets multipartenaires ont en effet une probabilité trois fois supérieure d'avoir eu recours à un test comparé aux abstinents (41).

En 2010 a été menée l'étude KABP, (*Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices*) afin de déterminer les comportements, les habitudes et les croyances de la population française métropolitaine vis-à-vis du VIH et de comparer ces informations avec l'étude KABP métropole de 2004 (63,82). On peut noter plusieurs choses :

→ **Une bonne connaissance de la maladie, mais la persistance de croyances erronées** : plus de 99% des personnes interrogées savent que le VIH peut être transmis “*lors de rapports sexuels sans préservatif*” et “*lors d’une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée*”.

Toutefois, ils sont en 2010 toujours aussi nombreux qu’en 2004 à penser à tort que le virus peut se transmettre “*par une piqûre de moustique*” (21%), “*dans les toilettes publiques*” (13%) ou encore “*en buvant dans le verre d’une personne contaminée*” (6%).

→ **Augmentation du recours au dépistage** : plus de 60% de la population comprise entre 18 et 69 ans déclarait avoir réalisé un dépistage au moins une fois dans leur vie contre 51,8% en 2004. Ceux n’ayant jamais été testés citent comme raison principale « l’absence de risque de contamination ». Cette raison était similaire à celle retrouvée par Champenois et al. (4) ce qui peut être assimilé à une mauvaise perception individuelle du risque.

→ **Bonne acceptabilité d’une proposition élargie du test VIH** : 80% des sujets disaient être prêts à accepter un test lors d’une visite chez leur médecin généraliste, lors d’un passage aux urgences ou lors d’une visite chez le dentiste. Des études menées dans les services d’urgences retrouvaient également une bonne acceptabilité (entre 63 et 69,6%) (51,79).

→ **Une hausse de l’adhésion au dépistage obligatoire pour toute la population** : l’adhésion à cette pratique est passée de 43% en 2004 à 55% en 2010.

→ **Les tests réalisés dans un laboratoire d’analyses médicales sont les plus fréquents** : ils représentent 43% des tests, ceux faits en CDAG sont stables autour de 10%.

c) Dans les DFA

L'étude KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs, Pratiques*) Antilles-Guyane de 2004 évaluait les différentes croyances, connaissances et comportements vis-à-vis du VIH en les comparant à ceux de métropole. Une nouvelle étude de ce type a été menée en 2011-2012 afin d'actualiser certaines données (10). On note ainsi plusieurs spécificités propres aux DFA (41,83).

→ Les modes de transmission du VIH sont bien connus mais il existe des croyances erronées :

98 à 99% savent que le VIH peut se transmettre par rapport sexuel non protégé mais environ une personne sur cinq pense que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique (10).

→ Le recours au dépistage est en forte hausse entre 2004 et 2011 et est plus important qu'en métropole :

La proportion de personnes n'ayant jamais été testées dans les DFA a nettement reculé passant, en moyenne, de 44% en 2004 à 28% en 2011. Le taux de dépistage déclaré sur la vie en 2004 varie de 68,7 % en Martinique à 78,1 % en Guyane, contre 51,8% en métropole (10,83).

→ Les circonstances et motifs de recours au test sont différents :

Une part importante des tests réalisés dans les DFA en 2004 le sont à l'occasion de bilans sanguins. De plus, une proportion élevée de personnes indique avoir fait leur dernier test « parce qu'elles font régulièrement des tests » (chez les hommes, 11 % vs 4 % en métropole, $p=0,03$, chez les femmes, 9% vs 2 %, $p=0,005$) (41,83).

→ Les croyances erronées à propos du dépistage sont plus fréquentes dans les DFA :

18 % de la population des DFA déclare que le test de dépistage peut se faire par une analyse d'urine contre 15 % de celle de métropole. De plus, 50% de la population des DFA pense que le test est obligatoire lors de l'entrée à l'hôpital contre 24% en métropole. Un point notable est le fait que 50% de la population des DFA pense que le test est réalisé automatiquement lors de n'importe quelle prise de sang (10,83).

→ Les raisons citées comme justifiant de ne pas recourir au dépistage sont :

- Ne pas se considérer à risque (80% des habitants des DFA et de métropole).
- « Ne jamais y avoir pensé » (40% dans les DFA et 32% en métropole).
- La peur de connaître le résultat (8% dans les DFA et en métropole).
- La peur que quelqu'un de l'entourage l'apprenne (83).

→ Rendre le test VIH obligatoire est mieux accepté dans les DFA qu'en métropole :

En 2004, 53% de la population des DFA en 2004 s'y déclarent « *tout à fait favorable pour toute la population* » contre 22% en métropole. Ces chiffres ont évolué en 2011 puisque près de 80% de la population des DFA ont indiqué partager l'idée que « *le test de dépistage du VIH devrait être fait tous les ans, pour tout le monde* » et 97% de la population interrogée a répondu qu'elle accepterait de faire un test de dépistage si son médecin lui proposait (10,83).

→ Le médecin traitant serait le recours préférentiel afin de réaliser un test :

Pour 51% de la population des DFA (et 61% en métropole) le médecin traitant est la personne à qui les sujets s'adresseraient afin de pouvoir bénéficier d'un test de dépistage. Le dépistage anonyme est également un moyen fréquent de dépistage, il représente 10% dans les DFA (10,83).

→ Les lieux de réalisation du dépistage diffèrent légèrement de ceux de la métropole :

Le laboratoire d'analyse avec prescription médicale a été utilisé par 69% de la population des DFA pour le dernier test contre 56% en métropole. Le laboratoire d'analyse sans prescription médicale est nettement moins utilisé (6% dans les DFA, 7% en métropole). L'hôpital est le second lieu le plus cité : 15 % de la population dans les DFA y a effectué son dernier test (contre 22 % en métropole) (10,83).

→ La stigmatisation à l'égard des personnes séropositives a diminué depuis 2004 mais reste à un niveau élevé :

En Guyane, 84% de la population accepterait de travailler avec une personne séropositive (contre 90% en Guadeloupe et 91% en Martinique) et 53% de la population accepterait de laisser ses enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne séropositive (contre 56% en Guadeloupe et 59% en Martinique). Comparées à 2004, ces proportions sont en nette augmentation dans les trois départements. Elles restent néanmoins en retrait par rapport à celles observées en métropole où 94% de la population accepterait de travailler avec une personne séropositive et 70% de lui laisser ses enfants ou petits-enfants (10,83).

→ **Persistance d'un multipartenariat masculin plus fréquent qu'en métropole :**

26% chez les hommes des DFA ont plusieurs partenaires contre 12% chez ceux de métropole, dans des proportions comparables à celles de 2004 (10).

V. Habitudes et pratiques des médecins concernant le VIH et son dépistage

a) Dans le monde

La prescription de dépistage VIH est par essence très variable d'une région du monde à une autre en raison des différences inhérentes aux conditions locales : épidémiologie locale, structures de soins et système de santé, recommandations différentes selon les pays.

En Europe, **les médecins généralistes évoquent comme principales limitations à la prescription du test de dépistage : « le manque de temps », « le manque de formation » et « l'anxiété d'aborder la question »** (9). Ces obstacles expliquent par exemple qu'au Royaume-Uni la proportion des sérologies VIH prescrites dans un contexte de soins primaires reste faible : 6% à Londres et 13% en dehors de la capitale (77). Des raisons similaires ont été mises en évidence en Belgique auxquelles se rajoutent la peur d'embarrasser le patient avec des questions en rapport avec la sexualité et les IST ; en particulier, quand celui-ci consulte pour un motif totalement distinct d'un problème d'ordre sexuel. Ainsi, seulement la moitié des généralistes interrogés abordaient des questions de prévention des IST lors de la 1^{er} prescription d'une contraception (84).

Aux Etats-Unis, il a été montré une part importante d'opportunités manquées de diagnostic du VIH dans différents services d'urgences **puisque une sérologie VIH n'était proposée qu'à 10 à 20% des patients venus pour une autre IST** (85). Les médecins généralistes ont cité différentes barrières à la proposition de dépistage : **le manque de temps est la raison la plus souvent citée**, en particulier, à cause du nombre d'informations à donner concernant le VIH (« pré-counseling »). D'autres obstacles sont évoqués comme le manque de formation, l'obligation de recueillir le consentement écrit et l'incapacité à assurer le suivi (80,86,87).

Au Canada, une ancienne étude de 1996 avait listé les différentes situations dans lesquelles les généralistes proposaient une sérologie VIH. 97,3% d'entre eux la proposait aux homosexuels masculins mais seulement 22,2% aux usagers de drogues intra-veineuses et 5,6% lors du diagnostic d'une autre IST (88).

b) En France

L'étude Baromètre Santé Médecin Généraliste de 2009 étudiait différentes pratiques en médecine générale notamment concernant le dépistage du VIH (11). Les médecins étaient interrogés via questionnaire téléphonique et recrutés dans différentes régions de métropole. Cette enquête avait lieu avant la diffusion des nouvelles recommandations de l'HAS de 2009.

Les médecins généralistes prescrivait fréquemment des sérologies VIH. Dans cette étude, 93,9% des généralistes déclaraient avoir prescrit au moins un test dans le mois précédent. (Taux équivalent à l'enquête de 2003). Ils n'étaient cependant que peu confrontés à un diagnostic positif : 13,4% au cours des 12 derniers mois. Près de deux médecins sur trois (65,7 %) avaient des patients séropositifs dans leur clientèle mais à peine 30 % d'entre eux

assuraient le renouvellement des antirétroviraux initiés en milieu hospitalier alors que cette prescription est envisagée et même encouragée par les textes en vigueur. Une très forte majorité de médecins (86,1 %) connaissaient un médecin spécialiste dans le champ du VIH.

Héritage de la politique de dépistage lors des débuts de l'épidémie, **le dépistage ne se fait pas à l'initiative du médecin mais à l'initiative du patient dans la majorité des cas.** En effet, à la question « *La dernière fois que vous avez prescrit un test de dépistage VIH, cela s'est fait à la demande du patient, sur votre initiative ou dans le cadre d'un protocole de dépistage ?* », 58,2 % des médecins interrogés déclaraient que c'était à la demande du patient, 34,0 % à leur initiative et 7,0 % dans le cadre d'un protocole de dépistage. **Les facteurs les plus associés au fait que le médecin soit à l'initiative du dépistage étaient le fait d'avoir une opinion favorable vis-à-vis du dépistage généralisé et d'avoir une part importante de sa clientèle titulaire de la CMU.** Ainsi, les médecins en faveur d'une proposition élargie du dépistage VIH avaient une probabilité presque trois fois plus importante d'être à l'origine du test que ceux qui n'y étaient pas favorables. Quant aux médecins qui avaient une importante clientèle bénéficiaire de la CMU (10 % ou plus des patients), ils étaient significativement plus souvent à l'origine du test que ceux qui avaient une clientèle précarisée moins importante (46,2 % vs 33,3 % ; $p < 0,001$) (11).

Facteurs associés au fait d'être à l'origine du dernier test prescrit (n = 878)			
	n	OR	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (réf.)	620	1	
Femmes	258	0,8	0,6; 1,1
Âge			
40 ans ou moins (réf.)	134	1	
41 à 50 ans	276	0,7	0,5; 1,1
51 ans et plus	468	0,9	0,6; 1,3
Région d'exercice			
Île-de-France	125	0,7	0,5; 1,1
Provence - Alpes - Côte d'Azur	100	0,5*	0,3; 0,9
Autres (réf.)	653	1	
Nombre d'actes par jour			
1 à 20 (réf.)	350	1	
21 à 30	379	1,2	0,9; 1,7
Plus de 30	149	1,5*	1,0; 2,3
	n	OR	IC à 95 %
Part de la clientèle bénéficiant de la CMU			
Moins de 5 %	433	0,6**	0,4; 0,8
De 5 à 9 %	228	0,4***	0,3; 0,6
10 % et plus (réf.)	217	1	
Connait un confrère spécialiste du VIH			
Oui (réf.)	800	1	
Non	133	0,8	0,5; 1,2
La prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle fait partie de son rôle			
D'accord (réf.)	705	1	
Pas d'accord	173	0,9	0,6; 1,3
Opinion vis-à-vis du dépistage généralisé			
Pas favorable (réf.)	165	1	
Plutôt favorable	476	1,6*	1,1; 2,5
Favorable	237	2,6***	1,6; 4,1

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001

Tableau 1. Facteurs associés au fait que le test VIH soit de l'initiative du médecin (11)

La recherche de VIH en présence d'une IST était systématique pour près de trois médecins sur quatre (72,9 %). À l'inverse, donner le conseil de réaliser un test VIH en cas de changement dans la vie affective était une pratique systématique pour moins d'un médecin sur quatre (23,5 %). La proposition du test aux personnes originaires des pays de forte endémie était une pratique rapportée comme systématique par 34,8 % des médecins et fréquente par 30,7 %, tandis que 9,7 % se déclaraient non concernés par cette population (11).

La proposition d'un dépistage régulier aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs recueillait un accord plutôt modéré : 43,9 % des médecins étant « *plutôt d'accord* ». En revanche, la proposition visant à offrir un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps était majoritairement rejetée par 63% des généralistes : 48,3 % sont « *plutôt pas d'accord* » et 14,7 % « *pas du tout d'accord* » avec cette proposition (11).

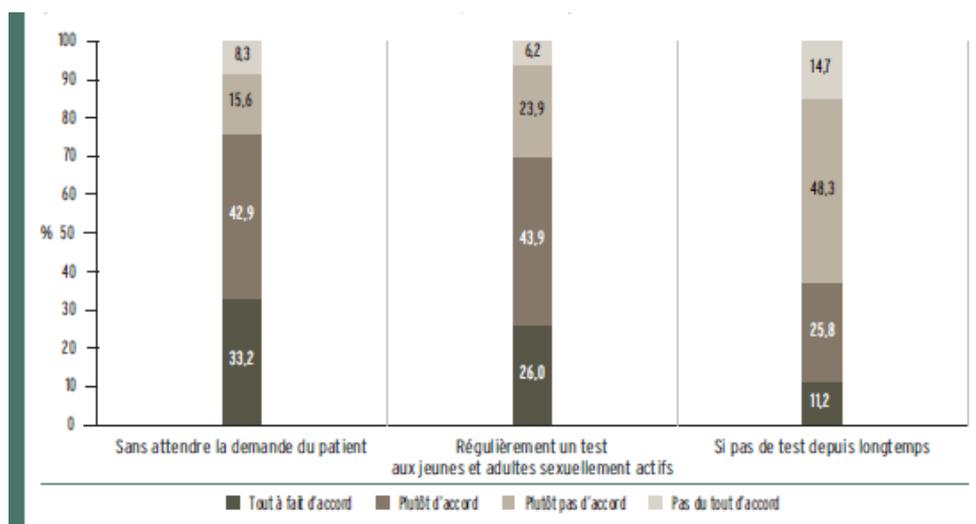


Figure 19. Opinion vis-à-vis de la proposition de dépistage VIH en population élargie selon différentes modalités (11)

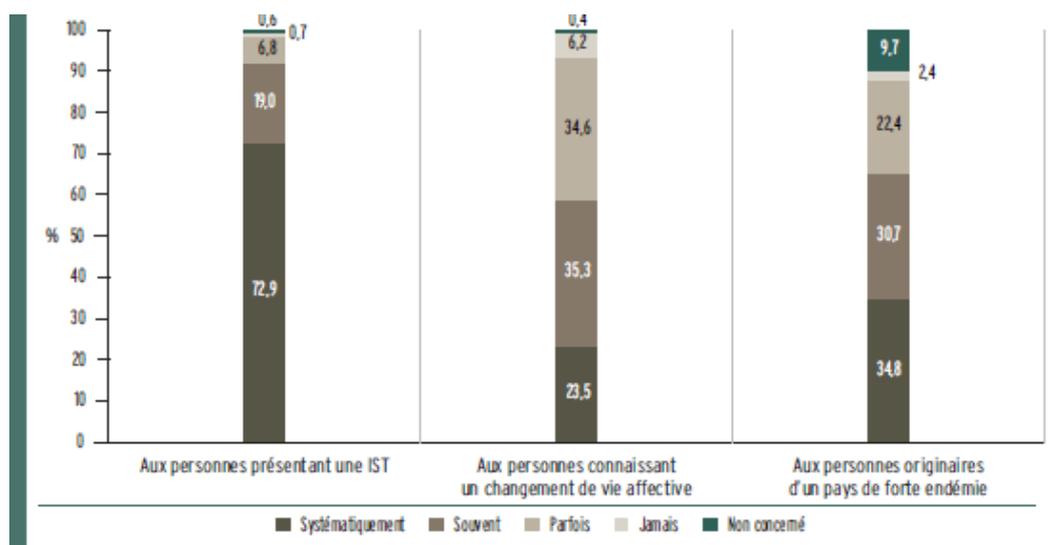


Figure 20. Fréquence de la proposition de dépistage VIH en fonction de différentes situations (11)

Suite aux recommandations de l'HAS préconisant un dépistage élargi en population générale, **le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) a pris position pour un dépistage ciblé et contre le dépistage en population générale pour les patients de 15 à 70 ans sans notion d'exposition.** Ce conseil s'appuie sur le fait qu'il n'existe pas d'études pragmatiques sur l'impact et le bénéfice d'une telle pratique en médecine générale ainsi que sur l'étude de d'Almeida et al. (79) montrant une faible prévalence d'infection à VIH lors de la réalisation d'un dépistage large dans les services d'urgence (63,89,90).

L'utilisation des TROD en médecine de ville est actuellement conseillée dans différentes recommandations (1,7). Il existe cependant des freins à l'utilisation de ces tests rapides par les généralistes. Le plus fréquemment cité est « le manque de temps », c'est-à-dire le temps supplémentaire demandé par le geste technique de réalisation du test ; mais surtout le temps supplémentaire nécessaire à la délivrance des informations sur le VIH, sa transmission, son dépistage. Le risque d'erreur est cité comme barrière à l'usage des TROD par 56,9% des généralistes tandis que la difficulté d'annonce d'un résultat positif n'est citée que par 29,5% d'entre eux (49).

c) En Martinique

Il existe peu de données concernant les pratiques professionnelles des généralistes martiniquais sur le dépistage du VIH, la plupart des études se concentrant sur les patients (KABP par exemple). Plusieurs informations peuvent toutefois être tirées d'une étude qualitative menée en 1996 par le Dr Halfen auprès de plusieurs médecins généralistes (91).

→ Les patients sont peu demandeurs et ce sont les médecins qui sembleraient le plus souvent à l'origine du test VIH.

→ La pratique la plus répandue serait le « dépistage extensif » : soit un dépistage très large qui n'est pas forcément guidé par un point d'appel clinique ou des pratiques à risque. Ce mode de dépistage est en accord avec les dernières recommandations (HAS (7), rapport Morlat (1)) mais n'était pas consensuel à l'époque au vu de l'absence d'option thérapeutique. Cette pratique présentait l'avantage de toucher toute la population mais participait à banaliser la maladie et son dépistage. Cela pouvait dé-responsabiliser les patients mais aussi dé-stigmatiser la maladie. Cependant, ce dépistage « à l'aveugle » n'était que peu accompagné de conseils de prévention et de discussion sur le thème de la sexualité. Le travail de « counseling » qui présente une importance majeure dans le changement des comportements des populations n'était pas effectué.

→ Le dépistage à visée diagnostique semblait aussi très répandu, c'est-à-dire un dépistage des patients présentant des signes cliniques évocateurs du Sida.

→ **Le dépistage orienté à partir de "points d'appel"** : le médecin s'appuie sur un élément de discussion ou une question du patient pour amener le sujet du VIH alors qu'il n'était pas du tout le sujet initial de la consultation. Parmi ces « points d'appel », on notait les questions de contraception, de vaccination, les problèmes gynécologiques ou uro-génitaux.

→ **L'importance du discours de prévention ou « counseling » est connu par la plupart des médecins généralistes** mais le contenu de ce discours est mal connu ou maîtrisé en raison d'un manque de formation efficace.

→ **Aborder les questions de sexualité est difficile.** Les généralistes évoquent leur crainte de choquer ou sembler indiscret vis-à-vis de leur patient.

→ **L'anxiété de devoir annoncer un résultat positif limite la prescription de test.**

→ **Le manque de confidentialité freine l'accès au dépistage.** En effet, ces médecins sont souvent des médecins de famille et connaissent leurs patients en dehors de la sphère du cabinet médical.

VI. Le dispositif du dépistage en Martinique

Le dispositif de dépistage en Martinique repose sur plusieurs acteurs et structures, chacun ayant des cibles différentes. Cela permet d'offrir un panel d'offre de dépistage large afin de toucher tous les types de population.

a) Le dépistage anonyme

Son principe a pour base la responsabilité individuelle et le dépistage volontaire. Il est assuré par les CDAG. En Martinique, ils sont présents sur deux sites (Dispensaire Vernes et CHU de Martinique), et délivrent une offre de dépistage anonyme et gratuite. Ces centres peuvent proposer en plus du test VIH, des dépistages des hépatites B ou C ou d'autres IST (syphilis, gonocoque...) ce qui les rapproche des CIDDIST. **La fusion CDAG/CIDDIST est un projet important qui créerait, comme dans d'autres pays européens, des « centres de santé sexuelle ».**

En 2013, au niveau du CDAG du CHU, 940 personnes (407 femmes, 533 hommes) ont bénéficié d'un dépistage du VIH par la technique de sérologie combinée. 18 tests sont revenus positifs ce qui représente une prévalence de 1,9%. Parmi les personnes testées, 128 (13,6%) ne sont pas revenues chercher leurs résultats ; chez aucune d'entre elles n'a été retrouvée de sérologie positive. En plus de ces tests VIH, des tests pour l'hépatite B et C ont été réalisés chez respectivement 707 et 802 personnes (92).

Au niveau du CDAG-CIDDIST du dispensaire Vernes, situé à Fort-de-France, 3109 personnes ont été testées pour le VIH en 2013. Dix tests (0,3%) sont revenus positifs. 6894 tests ont été réalisés pour la recherche d'autres IST (Syphilis, Herpès, Chlamydiae...) (93).

Les CDAG présentent l'avantage de l'anonymat total. Cet aspect est attrayant pour une part importante de patients du fait de la stigmatisation liée à cette maladie. Un autre avantage des CDAG est la gratuité, qui peut permettre l'accès au dépistage à des personnes en situation de précarité.

Cependant, il n'existe pas que des avantages à ce dispositif. En effet, il existe une part importante de patients ne venant pas chercher leurs résultats. Cette part est comprise entre 16,2 et 20,7% des patients selon les sites et les périodes étudiés (44,45). Une des méthodes pour réduire cette proportion est la proposition de tests rapides dans les CDAG (44,46).

b) Les médecins généralistes

Depuis 2008, les sociétés savantes insistent sur l'importance des médecins généralistes dans le dispositif de dépistage du VIH (7,8,94). De part leur place prépondérante dans le système de soins primaires, ils sont parmi les plus aptes à proposer le dépistage aux populations à risque ou devant des situations évocatrices.

Au 1^{er} Janvier 2014, la Martinique comptait au total 450 médecins généralistes dont 63%, soit 285, pratiquaient un exercice libéral (exclusif ou mixte). La moyenne d'âge était de 53 ans et le sex-ratio Hommes/Femmes était de 1,24. Ces caractéristiques sont comparables à celles de métropole (95).

Les généralistes des Antilles sont d'importants prescripteurs de sérologies VIH (12). Cependant, peu de données existent concernant les pratiques de prescription des généralistes installés en Martinique. Ils sembleraient pratiquer plus largement un dépistage systématique, et ce sans attendre la demande du patient (91). Ils étaient également cités par les patients comme des interlocuteurs de référence concernant les problèmes de sexualité et le dépistage du VIH (81).

→Plusieurs opérations ponctuelles de dépistage ont été menées sur le campus de l'université Antilles-Guyane à Schoelcher. L'objectif était d'atteindre des populations jeunes. Un dépistage de l'infection par le VIH était proposé, mais aussi des recherches d'autres IST. Ces interventions étaient également l'occasion de délivrer des messages de prévention et d'informations sur les risques sexuels. En 2013, 277 dépistages ont été réalisés dont 73 pour le VIH. Aucun n'est revenu positif (97).

→Les opérations « Caravane Santé » sont des opérations ponctuelles, se déroulant sur un site différent à chaque édition. Plusieurs stands d'information sont présents, afin d'informer les populations sur plusieurs sujets de santé : alcool, cancers, tabac etc... Des stands de dépistage sont également présents afin de déceler plusieurs maladies chroniques : HTA, diabète, maladies respiratoires et VIH. En 2012-2013, quatre éditions se sont réparties sur différentes communes : au Lamentin, aux Anses d'Arlet, à Gros-Morne et à Ducos. Au total, environ 270 personnes ont visité le stand dédié au VIH ; il était le 2^{ème} stand le plus visité de l'opération. 94 TROD ont été réalisés, dont aucun n'est revenu positif (98).

→Dès leur entrée, une proposition systématique de dépistage des IST a lieu auprès des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Ducos. Sur l'année 2013, 664 sérologies VIH ont été réalisées, dont 1 (0,15%) est revenue positive (99).

D. Epidémie cachée et lacunes du système de dépistage

I. Infection à VIH cachée

Malgré des moyens de dépistage de plus en plus accessibles et précis, beaucoup de patients infectés par le VIH ignorent leur infection. Cela a des conséquences tant au niveau individuel (absence de traitement et apparition de complications), qu'au niveau collectif (augmentation de la transmission).

En 2013 la proportion de personnes infectées par le VIH ignorant leur infection était relativement similaire dans les pays d'Europe occidentale soit entre 20 à 30% des patients (4). On note une amélioration car ce taux était estimé à 35% en 2006 (100). Il était de 31% au Royaume-Uni en 2002 (49 500 patients) (75) mais a diminué à 24% en 2011 (101). Les Etats-Unis quant à eux estimaient cette part entre 21 et 25% en 2006 (101,102).

En France, la HAS a proposé le chiffre de 40 000 personnes ignorant leur séropositivité en 2005 (7). **Ce chiffre a été revu à la baisse en 2010 avec une estimation de 29.000 personnes soit 0,07% de la population générale** (et 25% des patients vivants avec le VIH) (5,101). Cette population est composée de 31,7% d'HSH, 34,5% d'hétérosexuels de nationalité française, 32,1% d'hétérosexuels étrangers et 1,7% d'UDI. Parmi ces patients non diagnostiqués, plus de 70% sont infectés depuis plus d'un an (5).

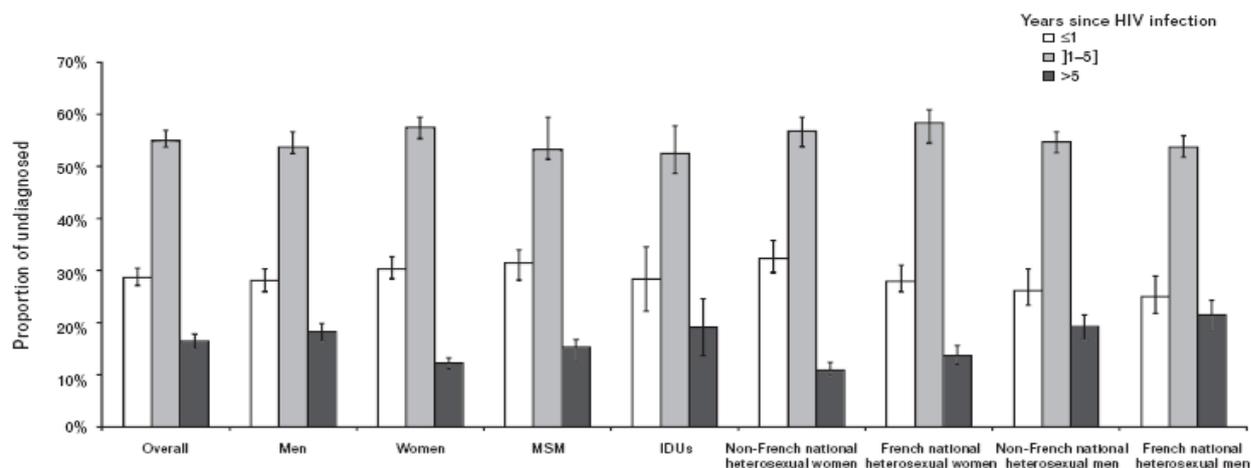


Figure 22. Temps estimé de la durée de l'infection à VIH chez des patients non diagnostiqués parmi plusieurs groupes de population (5)

Ce groupe de patients est un objectif majeur au niveau mondial car on estime selon des modélisations mathématiques, **qu'ils seraient à l'origine de 60% des nouvelles contaminations sexuelles** (1).

II. Délai et retard au diagnostic

Pour les personnes infectées en 2007 en France, le temps moyen entre le début de l'infection et le diagnostic était de 37 mois pour les homosexuels masculins, de 41,2 mois pour les femmes étrangères hétérosexuelles, de 44,6 mois pour les UDI, de 50,5 mois pour les femmes françaises hétérosexuelles, de 53 mois pour les hommes français hétérosexuels et de 53,5 mois pour les hommes étrangers hétérosexuels (32).

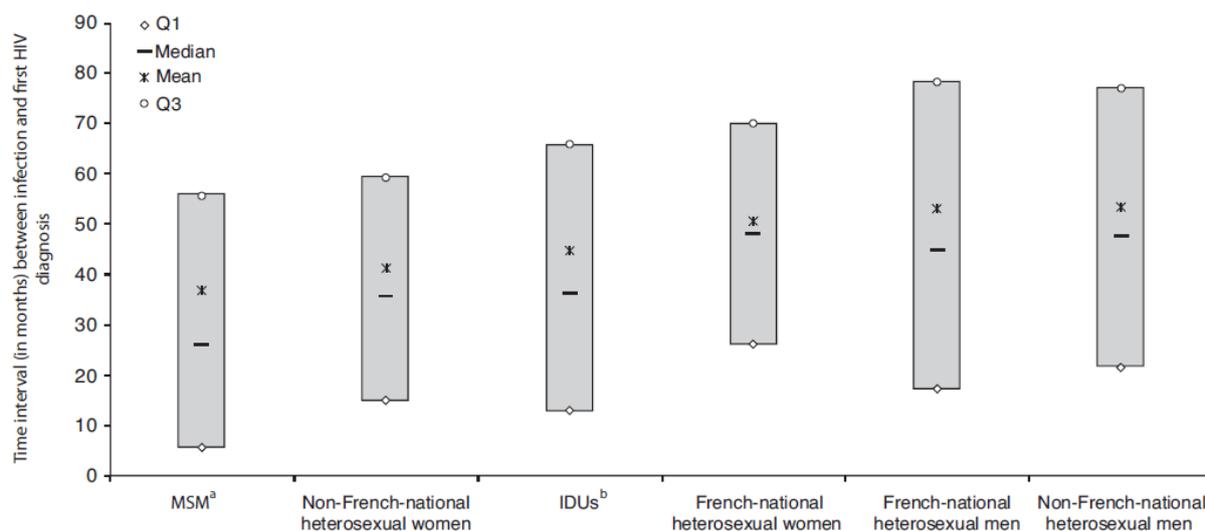


Figure 23. Délai en mois entre infection et diagnostic du VIH selon différents groupes de populations, pour les personnes infectées en 2007 (32)

En 2008 en France, la proportion de patients diagnostiqués à un stade avancé de la maladie (*stade SIDA et/ou $CD4 < 200/mm^3$*) était estimée entre 24 et 39% des patients infectés par le VIH (2–4,32). Cette proportion est similaire au Royaume-Uni soit 26% (103). En 2011 on estime à 13% la proportion de patients diagnostiqués au stade SIDA (2). **Entre 1997 et 2005 en France, 47% des patients pour lesquels un diagnostic de SIDA a été posé présentaient un retard au diagnostic.** Pour l'année 2005, le taux était similaire puisqu'il était estimé à 48% des cas de SIDA diagnostiqués et 16% du nombre de découvertes de séropositivité (7).

En raison des pratiques des populations et des cibles des campagnes de dépistage, **plusieurs facteurs prédictifs de diagnostic tardif (*stade sida ou $CD4 < 350/mm^3$*) ont été mis en évidence : être un homme, être un homme hétérosexuel en particulier si en couple et avec des enfants, être en situation de précarité, ne pas être demandeur du test (3,104).** Par ailleurs, Le fait que les hétérosexuels masculins soient diagnostiqués plus tardivement

peut s'expliquer par le fait qu'ils ne sont pas la cible privilégiée des campagnes de dépistage et de prévention et qu'eux mêmes ne se considèrent pas à risque de contamination (104).

D'après Champenois et al. il y a eu des opportunités de diagnostic manquées pour 82% des nouvelles découvertes de séropositivités VIH en 2009-2010 (4). Une proportion d'ordre similaire avait été retrouvée au Royaume-Uni (105) et au Etats-Unis (85). Ces chiffres suggèrent que le dépistage uniquement basé sur les situations à risque n'est pas suffisant. Les patients ayant une mauvaise évaluation de leur propre risque, ils ne donnent pas toujours les informations adéquates aux médecins, et parallèlement à cela, les médecins n'arrivent pas toujours à identifier les situations à risque devant amener à un dépistage du VIH (106). **Ainsi, dans l'immense majorité des cas, (90% selon Champenois et al. (4)) les patients nouvellement diagnostiqués avaient vu leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année précédant le diagnostic (4).**

Ces informations suggèrent des lacunes dans les systèmes de dépistage et en premier lieu le fait que les cibles visées ne soient pas atteintes. Ainsi, comme le montre Coates et al., seulement 40% des homosexuels masculins ont été atteints par un programme de prévention du VIH (73).

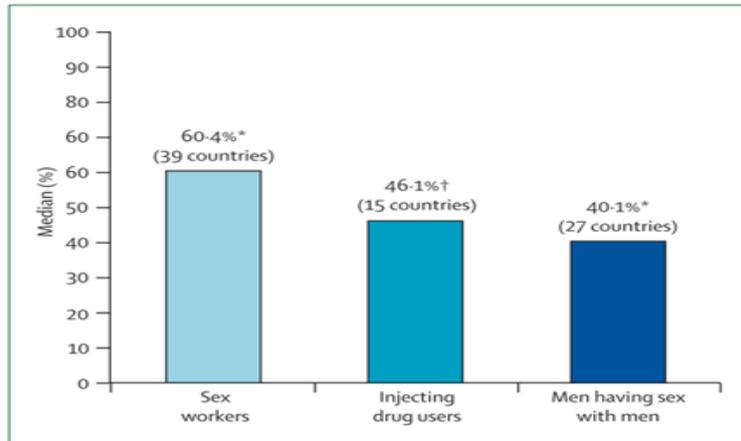


Figure 24. Pourcentage de travailleurs du sexe, de toxicomanes et d’homosexuels masculins touchés par une campagne de prévention du VIH en 2008 (73)

E. Les recommandations concernant le dépistage du VIH

L’OMS a émis en 2004 des recommandations concernant les situations devant amener à réaliser un dépistage du VIH : symptômes évocateurs, suspicion de tuberculose, contexte d’IST ou de grossesse (107). Ces situations ont ensuite été reprises et élargies par les recommandations françaises (108). Il est intéressant de noter que déjà à l’époque, l’OMS préconisait la réalisation d’une sérologie chez les personnes asymptomatiques.

Les recommandations américaines du CDC en 2006 préconisaient quant à elles un dépistage régulier et élargi car elles faisaient le constat de l’échec du seul dépistage ciblé (109,110). L’USPSTF a émis des recommandations en 2012 prônant un dépistage de tous les adultes de 15 à 65 ans indépendamment de la prise de risque (111).

I. Recommandations 2006 du Conseil national du SIDA (CNS) (108)

Le conseil national du SIDA a émis des recommandations à propos du dépistage du VIH en 2006. Il prônait un élargissement du dépistage étant donné que le seul dépistage « opt-out » n'a pas suffi à enrayer la progression de l'épidémie.

Le CNS recommandait donc de généraliser le dépistage parmi certaines populations à risques :

- Dans les régions de forte prévalence.
- Chez les homosexuels masculins.
- Chez les personnes en situations de précarité.
- Chez les migrants.
- Chez les usagers de drogues.
- Chez la population carcérale.

Le CNS insistait sur le rôle de plusieurs acteurs majeurs :

-Les CDAG intra et extra-hospitaliers devaient voir leurs capacités d'accueil renforcées afin de pouvoir cibler particulièrement les populations à fort risque d'exposition ou avec des difficultés d'accès aux soins. Un autre de leurs rôles mis en avant était la prise en charge post-exposition.

-Les médecins généralistes devaient proposer de manière élargie le dépistage et pouvoir réaliser et rendre les résultats de TROD.

-Les associations d'accompagnements devaient orienter les patients vers les structures de dépistage et de soins.

Concernant les DOM, on note que le CNS insistait particulièrement sur les mesures permettant d'assurer l'anonymat en cas de dépistage. (En intégrant les CDAG dans des structures de soins généralistes par exemple)

A propos des TROD, le CNS recommandait une évaluation précise afin que ceux-ci puissent être utilisés de manière courante (108).

II. Consensus formalisé de 2008 par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) concernant le rôle des médecins généralistes dans le dépistage du VIH (8)

La SPILF et la SFLS ont émis en 2008 des recommandations destinées aux médecins généralistes concernant le dépistage de l'infection par le VIH. Elles définissaient, dans la continuité du CNS, les missions des généralistes ainsi que les situations rencontrées en cabinet devant faire proposer un dépistage du VIH. **La SPILF et la SFLS réaffirmaient que les généralistes étaient des acteurs centraux du dépistage de l'infection par le VIH.**

Il est capital que les généralistes soient formés afin de pouvoir prendre en charge et orienter initialement un patient victime d'exposition au VIH, de pouvoir annoncer une séropositivité pour le VIH, de pouvoir informer sur les risques et modes de transmission du virus, de savoir gérer les traitements antirétroviraux (surveillance, effets secondaires...) en collaboration avec les infectiologues.

Il est important qu'ils sachent reconnaître les situations devant faire proposer un dépistage du VIH qui sont, pour la SPILF, encore plus nombreuses que celles définies par le CNS en 2006 :

- Grossesse ; découverte d'IST, d'hépatite B ou C.
- Exposition sanguine ou sexuelle.
- Une patiente se présentant pour des questions d'ordre gynécologique ou sexuelle :
contraception, grossesse, FCV, IVG...
- En cas de relation se stabilisant et de souhait d'arrêt du préservatif.
- Nouvelle relation ou rupture / divorce.
- Populations à risques : prison, partenariat multiple, toxicomanes, prostituées,
homosexuels masculins, patients originaires de zone de forte endémie.
- Signes de primo-infection VIH.
- Situations cliniques classant stade B de l'infection à VIH : candidose oro-pharyngée,
zona, leucoplasie chevelue de la langue, mono-névrite ou polynévrite (type paralysie faciale
périphérique), dysplasie du col utérin.
- Manifestations dermatologiques : prurigo, dermite séborrhéique, prurit.
- Manifestations biologiques : thrombopénie, lymphopénie, syndrome mono -
nucléosique avec hyper-lymphocytose.
- Situations classant stade C de l'infection à VIH (8).

Ces recommandations ont été reprises par le réseau VIH Martinique en 2008 (112).

III. Recommandations 2009 de la Haute Autorité de Santé (7)

La Haute Autorité de Santé avait poursuivi sur les bases instaurées par le CNS. Elle avait précisé les différentes populations qui devaient bénéficier d'un dépistage ciblé et régulier car particulièrement exposées au risque de contamination et de non-accès aux soins.

Par ailleurs, la HAS recommandait la proposition d'un dépistage élargi à la population générale de 15 à 70 ans hors notion d'exposition ou appartenance à un groupe à risque (7).

a) Les populations à cibler

Sont listées ci-dessous les populations qui devaient bénéficier d'un dépistage ciblé et régulier.

Pour certaines d'entre elles, la HAS avait défini des rythmes de dépistage. (7)

-Les homosexuels masculins (proposer le dépistage tous les ans en cas de multipartenariat).

-Les personnes hétérosexuelles multipartenaires (plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois).

-Les populations des Antilles et de la Guyane.

-Les usagers de drogues injectables (proposer le dépistage tous les ans).

-Les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, (proposer le dépistage tous les ans en cas de multipartenariat).

-Les personnes en situation de prostitution.

-Les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH (7).

b) Les circonstances à cibler

Certaines circonstances devaient systématiquement faire proposer un test de dépistage quelque soit la population dont est issu le patient (7).

- Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C.
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose.
- Projet de grossesse, (1^{er} consultation pré-natale, au cours du 3^{ème} trimestre aux femmes séronégatives exposées à un risque, aux conjoints et futurs pères).
- Interruption volontaire de grossesse (IVG).
- Première prescription d'une contraception.
- Viol.
- Patient en cours d'incarcération (7).

c) Les acteurs de ces nouvelles stratégies de dépistage

La HAS insistait en premier lieu sur l'importance majeure des médecins généralistes comme relais de ces propositions de dépistage, qu'elles concernent la population générale ou les sous-populations à risque. Elle recommandait l'usage en cabinet de médecine générale des TROD afin d'impliquer d'avantage les généralistes et de faciliter l'accès au dépistage de certaines populations (7).

La HAS réaffirmait l'importance des CDAG dans le dispositif de dépistage et recommandait la fusion des CDAG et des CDDIST.

Tout comme le CNS, la HAS reconnaissait un rôle important aux milieux associatifs, mais allait plus loin en préconisant que les bénévoles des associations puissent réaliser des TROD.

Il était également préconisé que les laboratoires d'analyse de ville puissent réaliser des sérologies VIH à la demande des patients sans qu'une prescription médicale soit nécessaire, à condition que la confidentialité soit respectée.

La HAS avait émis des recommandations sur l'usage des TROD reconnaissant leur indiscutable utilité dans certaines situations d'urgence sachant que tout TROD doit être complété par une sérologie ELISA combinée.

- Accident professionnel d'exposition au sang (pour le patient source).

- Accident d'exposition sexuelle (pour les 2 partenaires).

- Accouchement chez les femmes enceintes dont le statut VIH n'est pas connu ou chez les femmes enceintes ayant eu une exposition supposée au VIH depuis la réalisation du dernier test de dépistage au cours de la grossesse.

- Urgence diagnostique devant la survenue d'une pathologie aiguë évocatrice du stade SIDA (7).

IV. Recommandations 2010 Plan National de Lutte contre le SIDA (94)

Le Plan National de Lutte contre le SIDA (PNLS) 2010-2014 se fixait plusieurs objectifs sur la période de 2010 à 2014 :

- Réduire de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH.
- Réduire de 50 % l'incidence du SIDA.
- Réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade SIDA.
- Réduire de 20 % la mortalité liée au SIDA (94).

Ce plan réaffirmait que le système du dépistage du VIH repose sur 3 points forts, sur un « trépied » :

-Tout comme l'HAS en 2009 (7), le PLNS réaffirmait le rôle majeur du dépistage par les médecins généralistes indépendamment d'une notion d'exposition chez les patients de 15 à 70 ans. Le PLNS insistait sur l'importance et le bénéfice attendu de l'utilisation des TROD en médecine générale. Le dépistage ciblé et régulier était également mis en avant parmi les populations à risque.

Ces attentes ne pourront être réalisées sans une formation adéquate et approfondie des professionnels de santé (94).

-Le dépistage par les milieux associatifs, dit dépistage « par les pairs », était aussi mis en avant notamment parmi les populations à forte incidence. Ce modèle s'applique particulièrement aux milieux homosexuels masculins où le dépistage « par les pairs » a

montré son efficacité et sa forte adhésion aussi bien auprès des personnes recevant le test qu'auprès des personnes le pratiquant. Ce modèle est à élargir parmi d'autres populations à risque : toxicomanes, migrants (94).

-Le dépistage anonyme et gratuit et la réorganisation des CDAG et CIDDIST étaient recommandés par le PNLS afin de tester la mise en place de centres de santé sexuelle. Ces centres seraient dédiés au dépistage du VIH et des autres IST, ainsi qu'au traitement de ces dernières, et à la promotion de la prévention sexuelle (94).

V. Recommandations 2013 Rapport Morlat (1)

En 2013 le rapport d'expert dit « Rapport Morlat » a actualisé les conduites à tenir vis-à-vis du VIH notamment concernant les indications de traitement. Ainsi est-il actuellement recommandé que tous les patients infectés par le VIH bénéficient d'un traitement anti-rétroviral (en dehors de très rares situations d'exceptions). Ce rapport préconise également un dépistage du VIH large en mettant l'accent sur les situations à risque et sur les opportunités manquées.

Éléments devant amener à prescrire un test de dépistage du VIH

Selon les populations

Certaines populations devraient se voir offrir, à une fréquence régulière, un test de dépistage du VIH :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH);
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois;
- les populations des départements français d'Amérique et des autres Caraïbes;
- les usagers de drogues injectables (UDI);
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne;
- les personnes en situation de prostitution;
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH;
- les populations en situation de précarité qui consultent par exemple dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS);
- l'entourage familial de PVVIH (conjoint et enfant(s) de femmes enceintes).

Selon les circonstances

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

- suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C;
- suspicion ou diagnostic de tuberculose;
- projet de grossesse et grossesse (la proposition systématique de dépistage doit être proposée lors de la première consultation prénatale et être réitérée au 6^e mois de grossesse aux femmes négatives exposées à un risque viral ainsi qu'à tous les pères à l'examen du 4^e mois);
- interruption volontaire de grossesse (IVG);
- première prescription d'une contraception;
- viol;
- à l'entrée en détention ou en cours d'incarcération.

Sur la base de données cliniques ou biologiques particulières

Cancers, tuberculose, zona, pneumopathie, infections herpétiques récidivantes, dermite séborrhéique, asthénie chronique, syndrome pseudogrippal prolongé ou atypique, lymphopénie, thrombopénie, amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexpliquée, etc.

Figure 25. Situations devant amener à un dépistage de l'infection par le VIH (1)

Le rapport émet l'avis que les autotests devraient être mis sur le marché afin d'améliorer l'offre de dépistage mais pointe du doigt leur coût unitaire élevé qui exclut donc certaines populations à risque (patients en situation de précarité par exemple) (1).

Deuxième partie : étude des pratiques de dépistage des généralistes en Martinique

A. Matériel et Méthodes

L'objectif de notre travail était de déterminer quelles étaient les pratiques de dépistage du VIH par les généralistes en Martinique. Il s'agissait d'une étude descriptive réalisée par auto-questionnaire auprès des médecins généralistes installés en Martinique.

Le questionnaire (*annexe 1*) était anonyme et à remplir en ligne via Google Drive©. Il était composé de 40 questions et a été établi sur le modèle d'une étude menée en métropole en 2009 (11). Il présentait trois axes principaux :

-Caractéristiques de la population : âge, sexe, année d'installation, cabinet de groupe, participation à un réseau de soins, participation à des journées de FMC.

-L'activité en rapport avec le VIH : nombre de patients VIH+ suivis dans le cabinet, implication dans la gestion de la tri-thérapie, nombre de prescription de sérologie sur le dernier mois.

-Les pratiques de dépistage : définir les situations qui amènent les médecins à proposer le test, sont-elles en accord avec les recommandations, quels peuvent être les obstacles à ce test, leur opinion sur les TROD.

La période de recueil s'est étalée pendant 8 semaines, de Juillet à Août 2014. La diffusion du questionnaire s'est faite via la mailing-liste de l'URPS de Martinique qui comprenait 280 médecins généralistes sur les 285 recensés sur l'île. Cinq relances ont été diffusées par Internet et un rappel téléphonique à tous les généralistes a été réalisé à partir du 11 Août, soit 1 mois après le début du recueil. Un descriptif des objectifs de l'étude accompagnait le mail initial et chaque relance.

Un médecin généraliste installé est dans une démarche de soins sur le long terme à la différence d'un médecin remplaçant. Or la littérature montre les défenses psychologiques des généralistes à l'endroit des questions de sexualité et d'annonce de maladies graves (9). Nous avons donc décidé d'exclure de l'étude les internes et médecins remplaçants afin d'avoir la population la plus homogène possible. La mailing-liste utilisée étant nominative, cet écueil a pu être évité.

Dans l'étude des données, nous avons différencié les médecins généralistes exerçant dans l'agglomération foyalaïse (comprenant les communes de Fort-de-France, du Lamentin et de Schoelcher) et les autres. Ces communes rassemblent 37,4% de la population de la Martinique (113) et environ 40% des médecins généralistes installés (95).

L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel Stata version 12 (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et

fréquence, et comparées en utilisant le test exact de Fisher. Les variables quantitatives ont été exprimées en médiane, premier quartile, troisième quartile, et comparées en utilisant des tests non paramétriques (test Mann-Whitney test ou de Kruskal-Wallis selon le nombre de modalités).

Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative.

B. Résultats

Durant la période de recueil, nous avons obtenu 107 réponses, ce qui représente 37,5% des médecins généralistes pratiquant un exercice libéral.

I. Caractéristiques démographiques

a) Âge et sexe

L'échantillon étudié comprenait une majorité de femmes : 58 femmes (52,4%) et 49 hommes (45,8%), soit un sex-ratio hommes/femmes à 0,84. La médiane d'âge était de 53 ans (Q1=46 ; Q3=61).

b) Caractéristiques du cabinet d'exercice

En moyenne, les médecins généralistes de l'échantillon étudié étaient installés en cabinet libéral depuis 20 ans. (Médiane 20. Q1=9 ; Q3=29).

Plus d'un tiers des médecins étaient installés dans l'agglomération foyalaise. Ils étaient 43 (41,3%) dans cette situation. Le reste de l'échantillon était réparti sur le reste de l'île et s'élevait à 61 médecins soit 58,7%. On notait que 3 médecins n'avaient pas souhaité donner leur commune d'exercice par souci de confidentialité.

L'exercice médical avait en majorité lieu dans un cabinet médical de type individuel. En effet, 68 médecins (63,6%) exerçaient en cabinet individuel alors que 39 (36,4%) exerçaient en cabinet de groupe.

c) Caractéristiques de l'exercice médical

La médiane du nombre d'actes médicaux quotidiens était de 25 (Q1=20 ; Q3=30). **Une très large majorité des médecins interrogés exerçait une activité en secteur 1** : 99 médecins ce qui représente une proportion de 93,4%. Le dossier médical informatisé était également un outil très répandu puisque 96 généralistes (90,6%) l'utilisaient. La participation à un réseau de santé était quant à elle minoritaire, puisque seulement 11 médecins (10,5%) y prenaient part.

Plus de la moitié des médecins de l'échantillon exerçaient auprès d'une patientèle en grande partie précarisée, en effet 57 praticiens (53,3%) ont plus de 25% de leurs patients titulaires de la CMU.

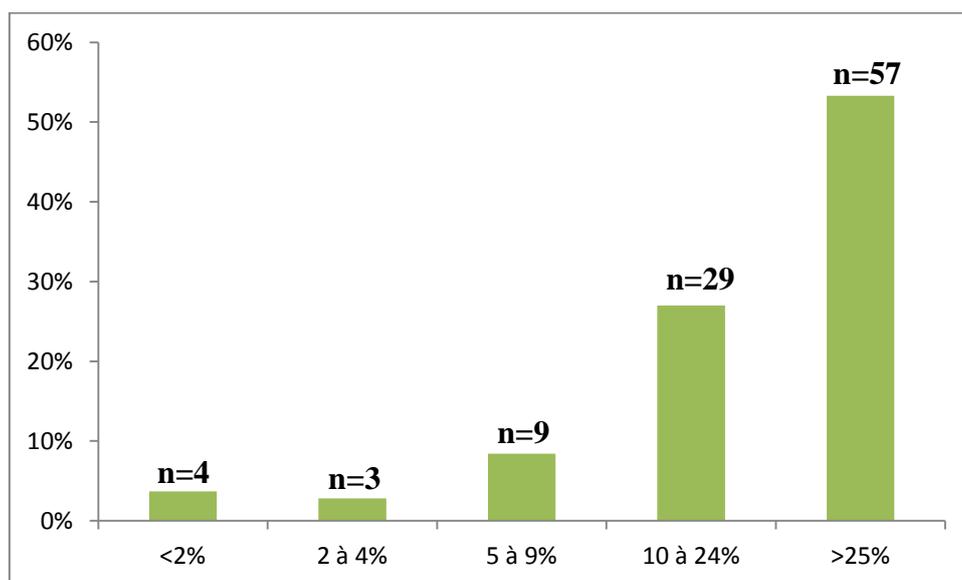


Figure 26. Proportion des patients titulaires de la CMU

Plus de la moitié des médecins généralistes pratiquaient des activités particulières en plus de leur exercice médical conventionnel. **En effet, 52 d'entre eux (53,6%) exerçaient une de ces activités.** Parmi elles, on notait l'acupuncture (7 médecins), l'homéopathie (29 médecins), la mésothérapie (16 médecins) et pour 18 médecins une activité dite « Autre » (nutrition, ostéopathie, médecine du sport).

Acupuncture	Homéopathie	Mésothérapie	Autre
7	29	16	18

Tableau 2. Type d'activités particulières exercées en parallèle de l'exercice libéral conventionnel

d) Données sur la formation des médecins

La médiane de demi-journées de Formation Médicale Continue (FMC) suivie par la population de l'échantillon était de 4 (Q1=2 ; Q3=6). Les deux tiers des praticiens interrogés avaient participé à une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans les 12 derniers mois.

	Effectif	Fréquence %	Données manquantes
<u>Données démographiques</u>			
Ratio Hommes/Femmes	0,84		0
Praticiens installés dans L'agglomération foyalaise	43	41,3%	3
Cabinet individuel	68	63,6%	0
<u>Caractéristiques de l'exercice médical</u>			
Praticiens en secteur 1	99	93,4%	1
Participation à un réseau de santé	11	10,5%	2
Praticiens ayant plus de 25% de patients titulaires de la CMU	57	53,3%	5
Praticiens pratiquant une activité non conventionnelle	52	53,6%	
Praticiens ayant suivis une EPP Dans les 12 derniers mois	70	66,7%	2

**Tableau 3. Résumé des principales caractéristiques démographiques et de l'exercice
médical des praticiens de l'échantillon**

II. Les pratiques générales de prévention

a) Opinion vis-à-vis de la vaccination anti-VHB

Une large majorité des médecins y étaient favorables. En effet 95 médecins (88,7%) exprimaient une opinion « Favorable » ou « Plutôt Favorable » à propos de la vaccination contre le VHB. L'analyse de sous-groupe n'était pas pertinente étant donné le faible effectif de médecins défavorables à la vaccination (9 soit 8,4%).

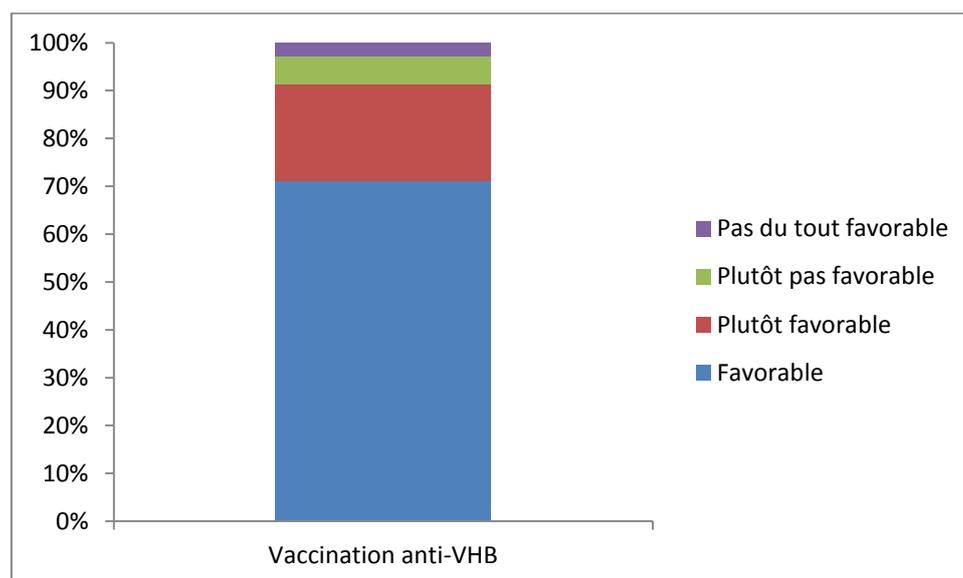


Figure 27. Opinion vis-à-vis de la vaccination anti-VHB

b) Attitudes concernant les questions de sexualité

Les praticiens interrogés semblaient à l'aise avec les questions de sexualité. A la proposition « Vous êtes à l'aise pour parler avec vos patients de leur vie affective et sexuelle. » On constatait que 98 d'entre eux (92,5%) répondaient par l'affirmative (55 « Tout à fait » et 43 « Plutôt oui »).

Du côté des patients, on constatait que le médecin généraliste semblait être un référent en terme de sexualité. En effet une majorité de praticiens (85 soit 79,4%) estimaient que leurs patients leur donnaient des informations sur leur sexualité. A la proposition « *Dans l'ensemble, vos patients vous donnent des informations concernant leur vie affective et sexuelle (sexualité, rupture, rencontre, reprise ou problème d'activité sexuelle...)* », 33 médecins (30,8%) répondaient « Tout à fait » et 52 (48,6%) « Plutôt Oui ».

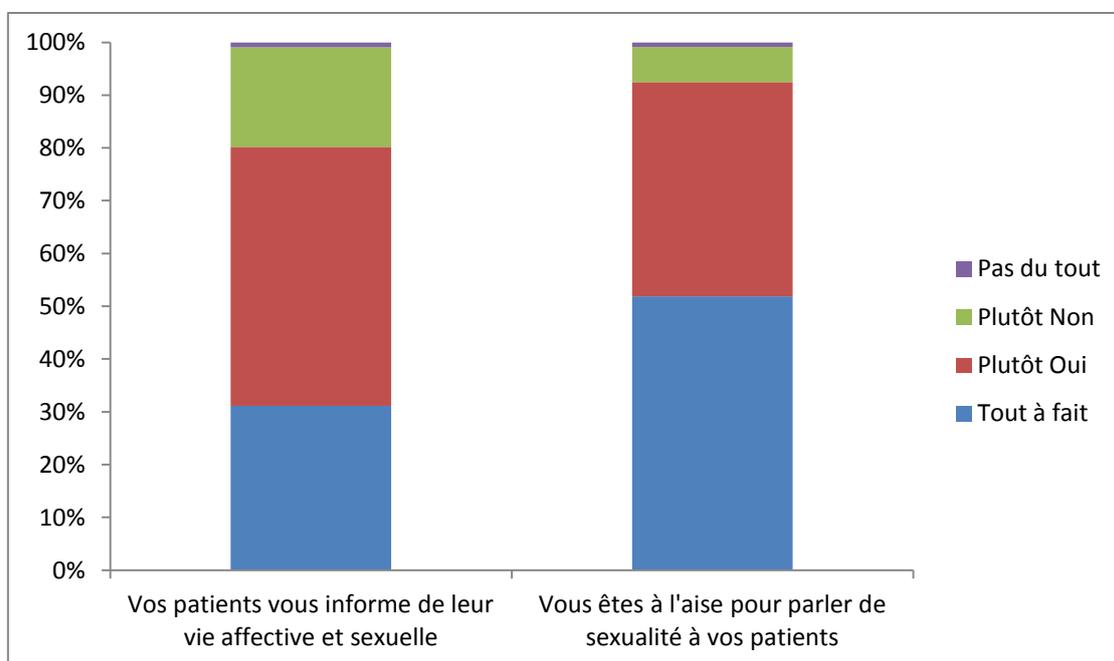


Figure 28. Rapport des généralistes vis-à-vis des questions de sexualité

III. Pratiques et attitudes à propos du VIH et de son dépistage

a) Constats

Les médecins généralistes étaient d'importants prescripteurs de sérologie VIH. **En effet, la quasi-totalité des médecins (96 soit 94,1%) avait prescrit au moins un test depuis le mois précédent. La médiane du nombre de sérologies prescrites sur le dernier mois était de 10 (Q1=5 ; Q3=15).** Les praticiens ayant prescrit un nombre important de test (>10) sur le dernier mois, étaient ceux qui réalisaient le plus d'actes médicaux quotidiens (30 vs 26 p=0,0232) ; et ceux ayant plus de patients infectés par le VIH dans leur patientèle (8 vs 4 p=0,0289).

Malgré cette importante prescription, le cas d'une sérologie positive se présentait rarement, puisque sur les 12 derniers mois **seul 24 médecins (22,4%) ont eu un retour de test positif.** Parmi eux, 13 en ont eu un, 8 en ont eu deux, 2 en ont eu trois et 1 en a eu plus de 3.

Sérologies positives au cours des 12 derniers mois	0	1	2	3	>3
n	83	13	8	2	1
%	77,6	12,1	7,5	2,8	0,9

Tableau 4. Proportion des résultats de sérologies VIH prescrites sur les 12 derniers mois

Pour 66 des médecins interrogés (63,5%), la prescription d'une sérologie VIH était en général de leur propre initiative ; alors que pour 24 des généralistes interrogés (23,1%) la prescription d'un test émanait plutôt d'une demande spécifique des patients. 14 médecins (13,5%) considéraient que la prescription reposait sur le suivi d'un protocole de soins (Grossesse, IVG...). Les médecins à l'initiative du test, avaient prescrit un nombre total de sérologies plus élevé sur le dernier mois. (16 vs 12 p=0,0201). Les médecins ayant suivi une FMC étaient moins souvent à l'origine de la sérologie que ceux n'en ayant pas suivi (57,8% vs 90,9% p=0,047).

Lors de ces prescriptions, 99,1% des praticiens recherchaient d'autres IST. Certaines sont recherchées quasiment systématiquement : Hépatite B à 91,5%, Hépatite C à 90,6%, Syphilis à 93,4%, Chlamydiae à 68,9%. D'autres sont recherchées de manière plus exceptionnelle : Mycoplasme à 39,6%, Trichomonas à 23,6%, Gonocoque à 26,4%, Herpès à 15,1%, Candida à 12,3%. **On notait que 11 médecins (10,4%) recherchaient une infection à HTLV-1.**

.	Effectif	%
VHB	97	91,5
VHC	96	90,6
Syphilis	99	93,4
Chlamydiae	73	68,9
Mycoplasme	42	39,6
Trichomonas	25	23,6
Gonocoque	28	26,4
Herpès	16	15,1
Candida	13	12,3
HTLV-1	11	10,4

Tableau 5. IST dépistées de manière concomitante à la prescription de sérologie VIH

Une grande majorité des praticiens (100 soit 95,2%) avait dans sa patientèle au moins un patient séropositif pour le VIH (médiane à 3. Q1=2 ; Q3 = 6). Cependant, ils étaient peu nombreux à prescrire les traitements antirétroviraux. En effet, seul 14 d'entre eux (13,2%) prescrivait ces thérapeutiques. Ces derniers, avaient plus de patients infectés par le VIH dans leur patientèle que leurs confrères (11 vs 4 p=0,0310).

On notait que la majorité des généralistes (73,8%), avaient connaissance d'un confrère spécialisé dans le VIH auquel ils pouvaient adresser un patient ou demander un avis.

	Effectif	Fréquence %	Données manquantes
<u>Pratiques de prévention</u>			
Praticiens favorables à la vaccination VHB	95	88,7%	0
Praticiens déclarant être à l'aise avec la sexualité	98	92,5%	1
<u>Pratiques de dépistage du VIH</u>			
Prescription d'au moins une sérologie dans le dernier mois	96	94,1%	5
Annonce de séropositivité sur les 12 derniers mois	24	22,4%	0
Praticiens prescrivant les sérologies de leur propre initiative	66	63,5%	3
Praticiens recherchant d'autres IST à la faveur d'un dépistage VIH	105	99,1%	1
Praticiens prescrivant les ARV de leurs patients	14	13,2%	1
Praticiens ne citant AUCUN obstacle au dépistage du VIH	36	34%	1
Praticiens prêts à utiliser les TROD au cabinet	70	66%	1

Tableau 6. Résumé des principales pratiques de prévention et de dépistage du VIH des praticiens de l'échantillon

b) Opinion globale à propos du dépistage du VIH

Les généralistes avaient une opinion majoritairement positive du dépistage du VIH. A la proposition « *Le médecin devrait proposer le test sans attendre la demande du patient* », 90 médecins (84,9%) exprimaient leur accord. Ceci est cohérent avec le fait que les deux tiers des prescriptions de sérologie VIH étaient à l'initiative du praticien. La proposition « *le médecin devrait proposer le test régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs* » recueillait également un accord majoritaire avec 96 médecins (90,6%) « *Tout à fait d'accord* » ou « *Plutôt d'accord* » (cf Figure 29).

La proposition « *le médecin devrait proposer le test aux patients sans facteurs de risque n'ayant pas été testés depuis longtemps* » semblait avoir été plus polémique, puisqu'elle recueillait aussi un accord majoritaire mais nettement moindre que les deux précédentes. En effet 56 médecins (53,8%) y manifestaient leur adhésion, tandis que 36 médecins 33,9% exprimaient leur désaccord. Il était intéressant de noter que plus de 10% (12,3%) des médecins ne se sont pas prononcés sur cette question (cf Figure 29).

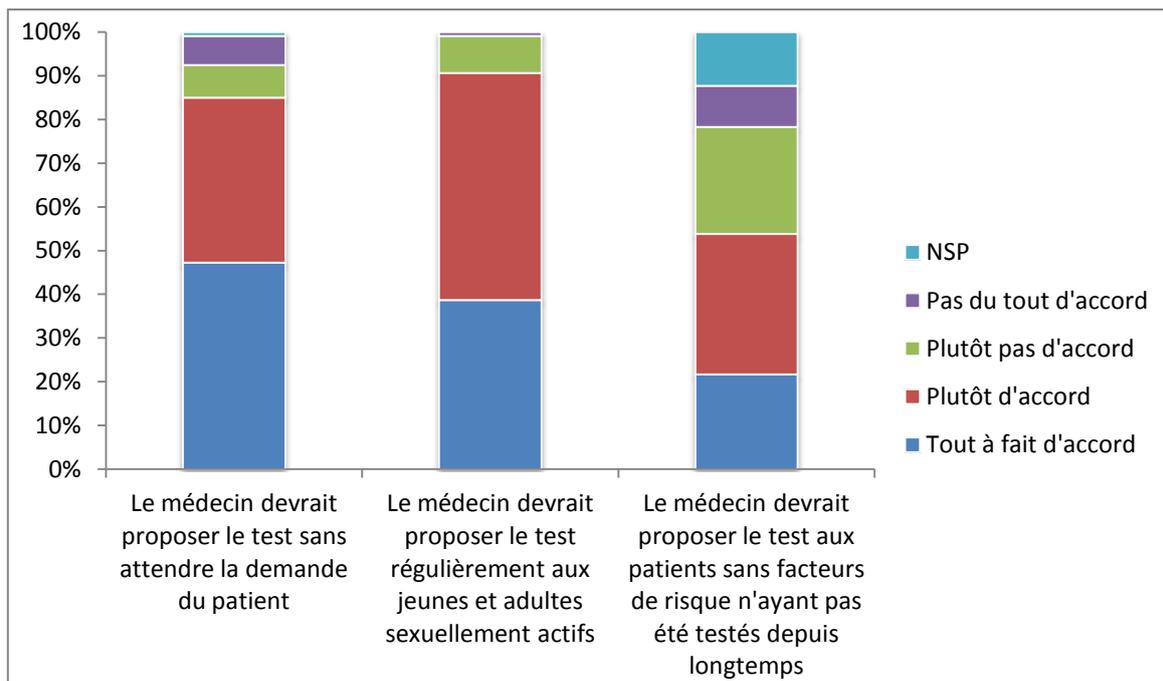


Figure 29. Proportion d'adhésion des praticiens à propos de plusieurs concepts généraux de dépistage du VIH

Les médecins exprimant leur accord étaient plus jeunes, installés depuis moins longtemps, et exerçaient en dehors de l'agglomération de Fort-de-France. Ces données sont résumées dans les tableaux 7, 8 et 9.

Proposition : « Le médecin devrait proposer le test sans attendre la demande du patient »				
	Accord	Désaccord	Effectif	p
Âge	Moyenne d'âge 52 ans. Médiane 53 (Q1=46 ; Q3=61)	Moyenne d'âge 54 ans. Médiane 54 (Q1=47 ; Q3=62)	106	non significatif
Durée d'installation	Moyenne de 19 ans Médiane 20 (Q1=9 ; Q3=29)	Moyenne de 23 ans. Médiane 22 (Q1=16; Q3=34)	106	non significatif
Installés dans l'agglomération foyale	35 (81,4%)	8 18,6%)	43	non significatif
Installés hors agglomération foyale	53 (88,3%)	7 (16,3%)	60	

Tableau 7. Opinion des médecins généralistes à l'affirmation « Le médecin devrait proposer le test sans attendre la demande du patient »

Proposition : « le médecin devrait proposer le test régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs »				
	Accord	Désaccord	Effectif	p
Âge	Moyenne d'âge 52 ans. Médiane 53 (Q1=46 ; Q3=61)	Moyenne d'âge 59 ans. Médiane 60 (Q1=53 ; Q3=63)	106	0,0285
Durée d'installation	Moyenne de 19 ans Médiane 19 (Q1=9 ; Q3=29)	Moyenne de 28 ans. Médiane 28 (Q1=22 ; Q3=35)	106	0,0209
Installés dans l'agglomération foyalaise	36 (83,7%)	7 (16,3%)	43	0,032
Installés hors agglomération foyalaise	58 (96,7%)	2 (3,3%)	60	
>25% des patients titulaires de la CMU	54 (96,4%)	2 (3,6%)	56	0,044
<25% des patients titulaires de la CMU	42 (84%)	8 (16%)	50	

Tableau 8. Opinion des médecins généralistes à l'affirmation « le médecin devrait proposer le test régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs »

Proposition : « le médecin devrait proposer le test aux patients sans facteurs de risque n'ayant pas été testés depuis longtemps »				
	Accord	Désaccord	Effectif	p
Âge	Moyenne d'âge 50 ans. Médiane 49 (Q1=45 ; Q3=57)	Moyenne d'âge 55 ans. Médiane 57 (Q1=51 ; Q3=62)	106	0,0035
Durée d'installation	Moyenne de 17 ans Médiane 14 (Q1=7 ; Q3=26)	Moyenne de 24 ans. Médiane 25 (Q1=19 ; Q3=32)	106	0,003
Installés dans l'agglomération foyale	20 (46,5%)	23 (53,5%)	43	non significatif
Installés hors agglomération foyale	37 (61,7%)	23 (38,3%)	60	
>25% des patients titulaires de la CMU	34 (60,7%)	22 (39,3%)	56	non significatif
<25% des patients titulaires de la CMU	23 (46%)	27 (54%)	50	
Dossier médical informatisé	55 (57,9%)	40 (42,1%)	95	0,006
Absence de dossier informatisé	1 (10%)	9 (90%)	10	

Tableau 9. Opinion des médecins généralistes à l'affirmation « le médecin devrait proposer le test aux patients sans facteurs de risque n'ayant pas été testés depuis longtemps »

c) Attitudes de dépistage selon les situations recommandées par le rapport Morlat

Il était demandé aux généralistes d'apprécier leurs prescriptions de sérologies VIH, « *systématiquement, souvent, parfois ou jamais* », en fonction de différentes situations médico-sociales. Ces situations étaient listées dans le rapport Morlat comme devant théoriquement amener à la réalisation d'un test VIH (1).

- Certaines situations engendraient majoritairement la recherche « *systématique* » d'une infection par le VIH. (cf Figure 30).

→ En cas de diagnostic d'IST, cette prescription était systématique pour 71,7% des médecins. Ces derniers étaient installés depuis moins longtemps que leurs confrères ne réalisant pas systématiquement le test (19ans vs 24ans $p=0,0346$). De plus, les médecins réalisant le test « *systématiquement ou souvent* », pratiquaient moins d'actes médicaux que leurs confrères prescrivant le test « *parfois ou jamais* » (27 vs 36 $p=0,0134$).

→ La prescription était systématique pour 72,2% des médecins en cas de situation de prostitution ; et également en cas de toxicomanie pour 80,8% des praticiens. Devant une situation de prostitution, les médecins ayant suivi une EPP dans les 12 derniers mois, avaient tendance à prescrire de manière plus systématique (97% vs 82,3% ; $p=0,052$ non significatif).

→ D'un projet ou début de grossesse, découlait aussi une prescription de sérologie VIH pour une large majorité de médecins : 76,6% le faisaient systématiquement. Parmi ces derniers, les médecins dont plus de 25% des patients étaient titulaires de la CMU, prescrivaient plus volontiers le dépistage de manière « *systématique* » (86% vs 66% $p=0,021$).

→ Résultat moins tranché que les précédents, le multipartenariat amenait 56,9% des généralistes à prescrire un test systématiquement. Dans cette dernière situation, les praticiens ayant plus de 25% de leurs patients titulaires de la CMU, prescrivait plus fréquemment la sérologie systématiquement (65,4% vs 46,8% p=0,045).

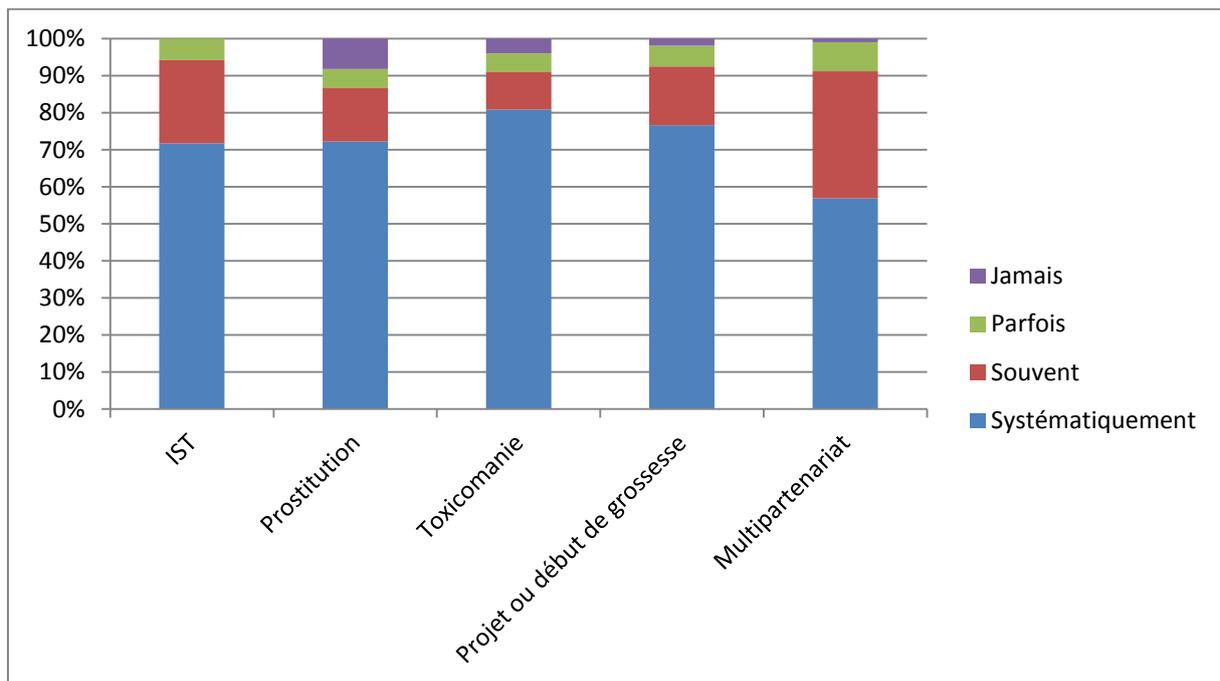


Figure 30. Fréquence de prescription de sérologies VIH selon plusieurs situations, recueillant une forte adhésion

- Certaines propositions obtenaient des réponses moins tranchées. (cf Figure 31). Dans ces situations, les généralistes prescrivait « *systématiquement* » ou « *souvent* » un test VIH pour une large majorité d'entre eux, mais le caractère « *systématique* » était moins affirmé que dans les propositions précédentes.

→ En cas de changement de vie affective 37,1% des médecins prescrivait une sérologie « *systématiquement* » et 39% le faisait « *souvent* ». Dans cette situation, les médecins possédant un dossier médical informatisé prescrivait plus de tests de manière « *systématique* » que les autres ($p=0,025$) ; les médecins réalisant de nombreuses sérologies prescrivait également plus souvent un test de manière « *systématique* » ($p=0,042$).

Proposition d'un test de dépistage du VIH en cas de changement de vie affective				
	Systématique	Non-systématique	Effectif	<i>p</i>
Présence d'un dossier médical informatisé	38 (40%)	57 (60%)	95	0,025
Absence d'un dossier médicale informatisé	0 (0%)	9 (100%)	9	
Nombre de sérologies prescrites sur le dernier mois	Moyenne de 17 sérologies sur le dernier mois. Médiane 10 (Q1=10 ; Q3=20)	Moyenne de 14 sérologies sur le dernier mois. Médiane 10 (Q1=5 ; Q3=15)	105	0,042

Tableau 10. Facteurs associés à la prescription systématique d'un test VIH en cas de changement de vie affective

→ En cas de patient originaire d'un pays de forte endémie, 29,4% des praticiens disaient prescrire un test « *systématiquement* » et 34,3% « *souvent* ». Les praticiens prescrivant le test « *systématiquement ou souvent* » pratiquaient moins d'actes médicaux que leurs confrères réalisant le test « *parfois ou jamais* » (27 actes/jour vs 30 actes/jour $p=0,0451$). Les médecins ayant un nombre plus important de patients infectés par le VIH dans leur patientèle prescrivaient plus souvent un test « *systématiquement ou souvent* » ($p=0,0109$).

Proposition d'un test de dépistage du VIH en cas de patient originaire d'un pays de forte endémie				
	« Systématiquement ou Souvent »	« Parfois ou Jamais »	Effectif	<i>p</i>
Nombre d'actes médicaux quotidiens	Moyenne de 27 actes/jour. Médiane 25 (Q1=20 ; Q3=30)	Moyenne de 30 actes/jour. Médiane 30 (Q1=25 ; Q3=35)	102	0,0451
Nombre de patients infectés par le VIH dans la patientèle	Moyenne de 6 patients infectés par le VIH. Médiane 4 (Q1=2 ; Q3=6)	Moyenne de 3 patients infectés par le VIH. Médiane 3 (Q1=2 ; Q3=4)	102	0,0109

Tableau 11. Facteurs associés à la prescription systématique d'un test VIH en cas de patient originaire d'un pays de forte endémie

→ Dans le cas d'un patient homosexuel masculin, 45,5% des généralistes disaient faire un test VIH « *systématiquement* » et 32,7% « *souvent* ».

→ Devant une situation cliniquement évocatrice (cancers, dermite séborrhéique, fièvre prolongée, pneumopathie, herpès récidivant, asthénie chronique), 27,4% des médecins généralistes prescrivait une sérologie « *systématiquement* » et 44,3% « *souvent* ». Les hommes prescrivait plus volontiers un test « *systématiquement ou souvent* » que les femmes (87,5% des hommes vs 58,6% des femmes $p=0,001$). Les médecins utilisant un dossier médical informatisé prescrivait également plus volontiers un test « *systématiquement ou souvent* » (74,7%), que les praticiens sans système informatique (40% ; $p=0,03$).

Proposition d'un test de dépistage du VIH devant une situation cliniquement évocatrice				
	« Systématique ou Souvent »	« Parfois ou Jamais »	Effectif	<i>p</i>
Femmes	34 (58,6%)	24 (41,2%)	58	0,001
Hommes	42 (87,5%)	6 (12,5%)	48	
Présence d'un dossier médical informatisé	71 (74,7%)	24 (25,3%)	95	0,03
Absence d'un dossier médicale informatisé	4 (40%)	6 (60%)	10	

Tableau 12. Facteurs associés à la prescription systématique d'un test VIH devant une situation cliniquement évocatrice

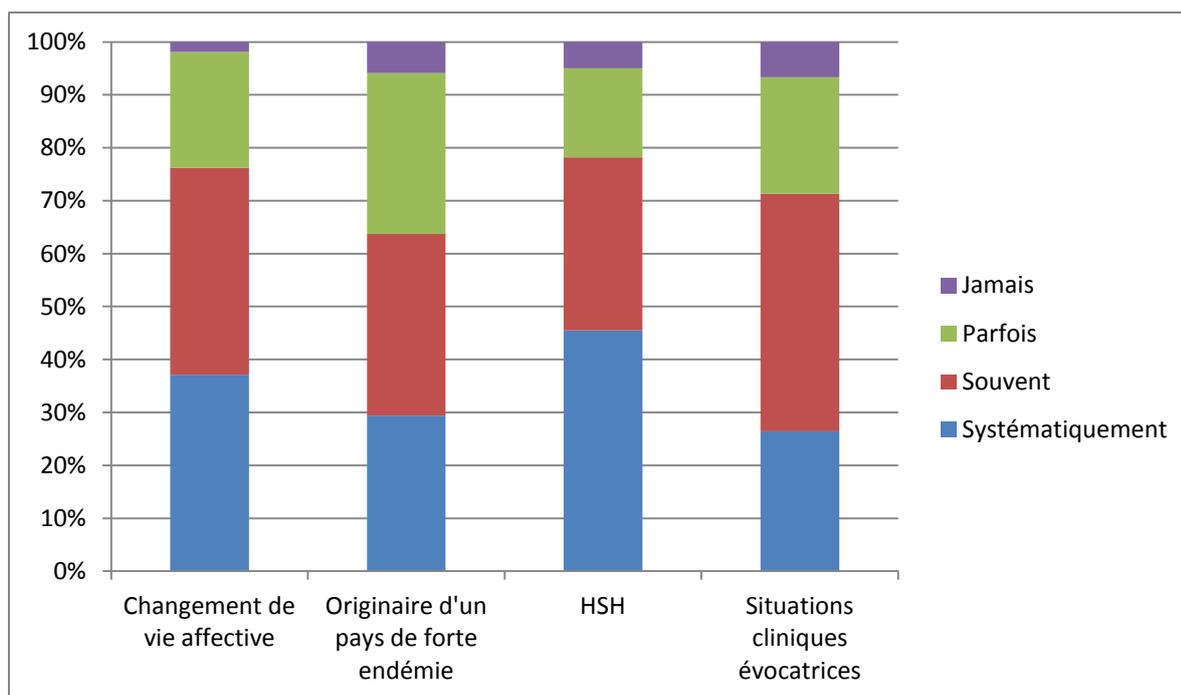


Figure 31. Fréquence de prescription de sérologies VIH selon plusieurs situations, recueillant une adhésion moins tranchée

- D'autres situations recueillaient des réponses beaucoup plus mitigées. (cf Figure 32).

→ La consultation pour une 1^{ère} contraception amenait 38,2% des médecins à ne prescrire une sérologie que « *parfois* » et 14,7% « *jamais* ». Les médecins réalisant de nombreuses sérologies dans leur pratique prescrivaient plus souvent un test « *systématiquement ou souvent* » ($p=0,0327$). Les médecins ayant un nombre plus important de patients infectés par le VIH dans leur patientèle prescrivaient plus souvent un test « *systématiquement ou souvent* » ($p=0,0391$). Une tendance au fait que les femmes dépistaient plus fréquemment « *systématiquement* » que les hommes avait été retrouvé mais l'analyse statistique n'a pas montré de significativité. (33,3% pour les femmes vs 15,6% pour les hommes ; $p=0,066$).

Proposition d'un test de dépistage du VIH en cas de consultation pour une 1^{ère} contraception				
	« Systématiquement ou Souvent »	« Parfois ou Jamais »	Effectif	<i>p</i>
Nombre de sérologies prescrites sur le dernier mois	Moyenne de 20 tests prescrits sur le dernier mois. Médiane 10 (Q1=10 ; Q3=20)	Moyenne de 11 tests prescrits sur le dernier mois. Médiane 10 (Q1=5 ; Q3=15)	102	0,0327
Nombre de patients infectés par le VIH dans la patientèle	Moyenne de 7 patients infectés par le VIH. Médiane 4 (Q1=2 ; Q3=7)	Moyenne de 4 patients infectés par le VIH. Médiane 3 (Q1=2 ; Q3=4)	102	0,0391

Tableau 13. Facteurs associés à la prescription systématique d'un test VIH en cas de consultation pour une 1^{ère} contraception

→ Une situation biologique évocatrice n'engendrait une prescription de test que « *parfois* » dans 31,4% des cas et « *jamais* » dans 11,4% des cas. Les femmes prescrivaient moins volontiers que les hommes puisque 54,6% d'entre elles prescrivaient le test « *parfois ou jamais* » contre 29,8% des hommes ($p=0,010$).

→ 27,5% des praticiens ne prescrivait que « *parfois* » et 13,7% « *jamais* » en cas de suspicion ou diagnostic de tuberculose. Dans cette situation, les femmes prescrivait moins souvent que les hommes : 66,7% d'entre elles ne prescrivait pas systématiquement le test, contre 47,9% des hommes (p=0,043).

→ Un patient en situation de précarité amenait une *prescription* « *parfois* » dans 38,5% des cas et « *jamais* » dans 10,6%.

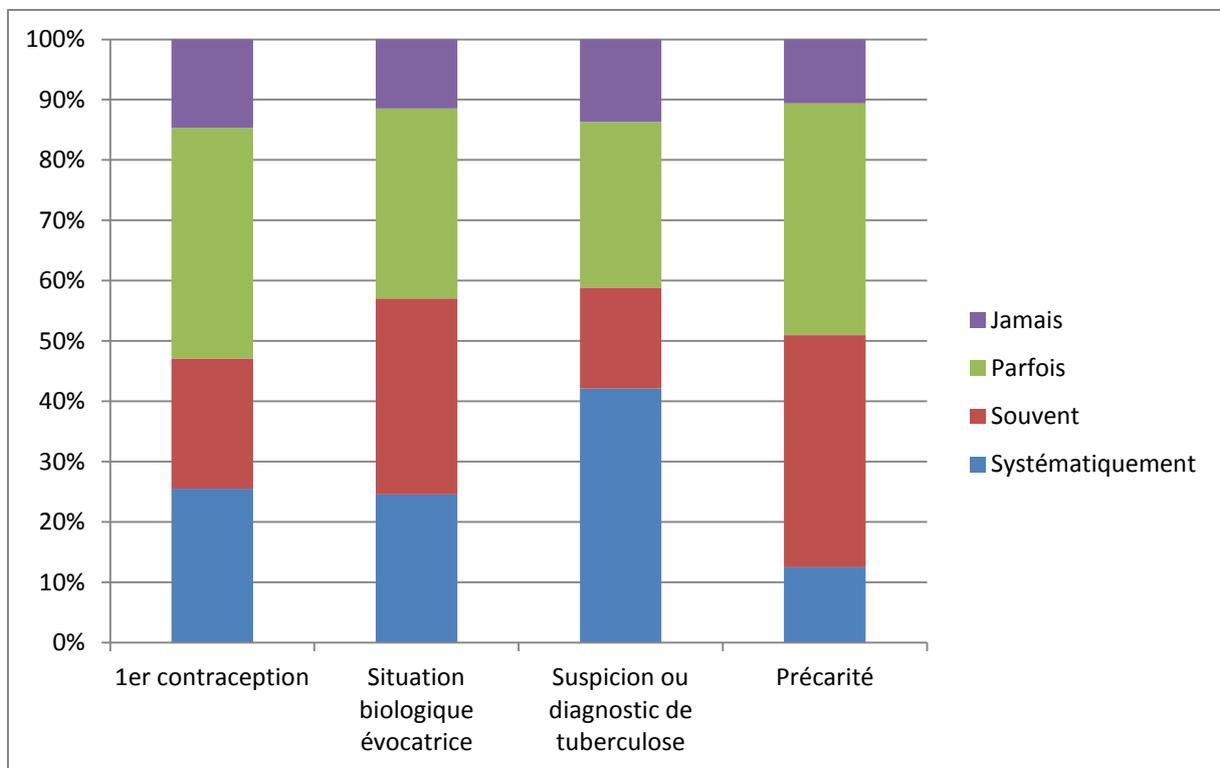


Figure 32. Fréquence de prescription de sérologies VIH selon plusieurs situations, recueillant une adhésion plus faible

d) Les obstacles à la prescription du dépistage

Un tiers des médecins généralistes (36 médecins soit 34%) ne voyaient aucun obstacle à une prescription élargie du dépistage VIH. Cependant, 70 médecins (66%) en notaient : 18 médecins citaient « *l'absence de bénéfices pour le patient* » ; 15 « *l'anxiété d'annoncer un résultat positif* » ; 20 mettaient en avant « *le manque de formation sur la prise en charge du VIH* » ; 11 praticiens évoquaient « *le manque de réseau de référence accessible en maladies infectieuses* » et 15 médecins citaient des raisons « *Autres* » (notamment le refus du patient).

	Absence de bénéfice pour le patient	Anxiété d'annoncer un résultat positif	Manque de formation	Manque de réseau de maladies infectieuses	Autre
n	18	15	20	11	15

Tableau 14. Obstacles au dépistage élargi du VIH selon les médecins généralistes

Les médecins ne voyant aucun frein au dépistage prescrivait plus de tests que les autres, et avaient plus de patients infectés par le VIH dans leur patientèle.

	Obstacle à une proposition élargie du dépistage VIH			
	Aucun	Au moins un	Effectif	<i>p</i>
Nombre de sérologies prescrites sur le dernier mois	Moyenne de 21 Médiane 10 (Q1=10 ; Q3=20)	Moyenne de 12 Médiane 10 (Q1=5 ; Q3=15)	106	0,0425
Nombre de patients infectés par le VIH dans la patientèle	Moyenne de 8 Médiane 5 (Q1=3 ; Q3=10)	Moyenne de 4 Médiane 3 (Q1=2 ; Q3=4)	106	0,0001

Tableau 15. Facteurs associés au fait de ne pas citer d'obstacle à un dépistage élargi du VIH

e) Utilisation des TROD et formation VIH

Les médecins généralistes interrogés étaient en majorité prêts à bénéficier de compléments de formations à propos du VIH et de son dépistage. En effet, 57,1% se disaient intéressés. Les médecins exerçant en cabinet de groupe étaient plus intéressés que leurs confrères exerçant en cabinet individuel (71% vs 49,2% $p=0,024$).

Actuellement, les TROD ne sont pas utilisés en cabinet de médecine générale en Martinique. Cependant, 70 médecins (66%) se disent prêt à s'en servir dans leur cabinet.

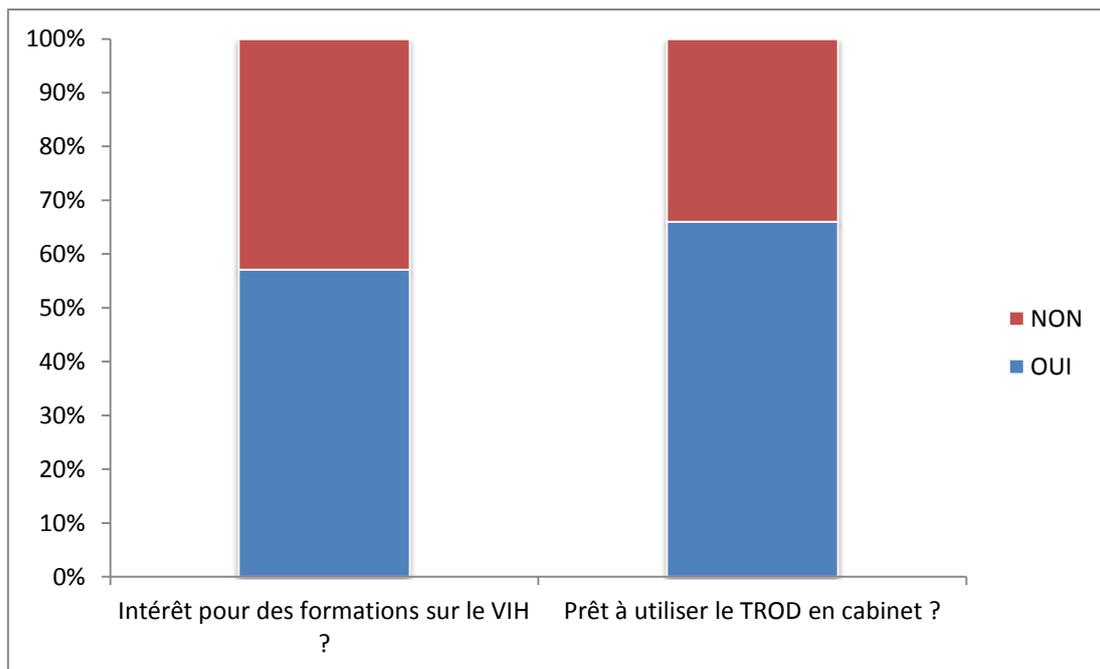


Figure 33. Intérêt porté par les généralistes à une formation sur le VIH et à l'utilisation de TROD en cabinet

C. Discussion

Malgré l'élargissement progressif des politiques de dépistage, un nombre important de personnes sont infectées par le VIH sans le savoir, pérennisant le cycle de propagation virale (1,6,72). La persistance de cette épidémie cachée s'explique par le fait qu'un dépistage basé uniquement sur la présence de facteurs de risque n'est pas efficace (106). En effet, les patients ne détectent pas forcément leurs propres comportements exposants, et les médecins ne prescrivent pas toujours le test VIH dans les situations l'exigeant. Ce dernier élément a plusieurs explications comme le manque de temps, le manque de formation, la difficulté d'aborder le sujet en consultation ou encore la peur de devoir annoncer un résultat positif (9,84).

L'étude Baromètre Santé Médecin Généraliste de 2009 avait étudié les pratiques des médecins généralistes sur de nombreux domaines, notamment en matière de dépistage du VIH. Il n'existait cependant pas d'étude qualitative sur les pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes en Martinique, alors qu'il s'agit d'un département fort touché par l'épidémie (12,13). C'est pourquoi nous avons voulu faire un premier état des lieux des habitudes de prescriptions et des opinions concernant le dépistage du VIH.

I. Constats démographiques et d'exercice

La moyenne d'âge de notre échantillon était concordante avec les données démographiques médicales au 1^{er} Janvier 2014 (95). Nous avons cependant une part plus importante de femmes : 54,2% dans notre échantillon contre 44,7% selon l'Ordre des Médecins (95).

L'exercice libéral de la médecine générale en Martinique se faisait majoritairement en secteur 1 et en cabinet individuel. On notait une part plus importante de médecins pratiquant une « médecine à exercice particulier » par rapport à la moyenne nationale (46,4% en Martinique contre 25,4% au niveau métropolitain).

II. Le dépistage du VIH selon les recommandations

Les prescriptions de sérologies VIH variaient fortement selon les situations rencontrées. Tous les cas proposés dans le questionnaire devraient amener à un dépistage systématique du VIH. Ce n'était cependant pas le cas. On constate en effet que, si certaines situations entraînaient une forte proportion de dépistage « *systématique* », (IST, prostitution, toxicomanie, grossesse, multipartenariat) d'autres engendraient des attitudes plus variées

a) Grossesse et multipartenariat

Dans ces situations, les médecins ayant une part importante de patients titulaires de la CMU prescrivaient le dépistage plus volontiers que leurs confrères. Ce « facteur CMU » était déjà retrouvé comme associé à une prescription plus volontaire dans l'étude Baromètre Santé Médecins Généralistes de 2009 (11). Être en contact avec une patientèle plus précarisée, et donc plus exposée au risque d'infection par le VIH, (1,94) pouvait expliquer ce phénomène.

b) Les homosexuels masculins

Devant un patient homosexuel, les médecins généralistes ne sont que 45,5% à prescrire « *systématiquement* » un test VIH. En premier lieu, l'homosexualité était encore fortement stigmatisée dans les DFA. Il était donc tout à fait possible que les praticiens ne soient pas informés de la sexualité de leur patient. **De plus, la transmission homosexuelle du VIH, bien que fréquente, était moins présente en Martinique qu'en France métropolitaine (26% vs 39%) (1,14,37,41)**

c) Changement de vie affective

De manière cohérente, plus les médecins prescrivaient de sérologies, plus la recherche du VIH était « *systématique* » en cas de changement de vie affective. Le fait d'avoir un dossier médical informatisé était également associé une prescription plus « *systématique* ». L'informatique peut éviter une perte de données sur le long terme, concernant le mode de vie des patients. Le praticien pouvait donc cerner plus aisément une situation à risque, devant amener à la recherche d'une contamination par le VIH.

d) Les patients originaires d'un pays de forte endémie

Dans cette situation, seul 29,4% des praticiens interrogés avait une prescription « *systématique* » d'une sérologie VIH. Cette situation est biaisée car la Martinique est une zone à risque et cela impliquerait que toute la population devrait être dépistée. De plus « pays de forte endémie » est un terme vague impliquant que le médecin soit au courant de manière

précise de l'épidémiologie mondiale. Les praticiens pratiquant moins d'actes médicaux quotidiens étaient de plus importants prescripteurs ; tout comme ceux ayant une part plus importante de patients infectés par le VIH dans leur patientèle. Ces derniers étaient plus sensibilisés à la question du VIH et pouvaient l'aborder de manière plus systématique.

Réaliser moins d'actes médicaux au quotidien pouvait impliquer une prise de temps supplémentaire avec les patients. Cet espace temporel pouvait être dédié à cerner les facteurs de risques de contamination, ou être consacré à des messages de prévention et de dépistage. En effet, dans plusieurs études, le temps (notamment à dédier au « pré-counseling ») était cité comme facteur limitant par de nombreux praticiens (9,80,86).

e) Les situations cliniques évocatrices

Il est surprenant de constater que seulement 26,1% des médecins prescrivait un test VIH devant une situation clinique évocatrice telle qu'un cancer, une dermatite séborrhéique, une fièvre prolongée, une pneumopathie, un herpès récidivant ou une asthénie chronique. Dans la majorité de l'activité quotidienne des praticiens, ces affections ne sont pas associées au VIH, ce qui pourrait expliquer la faible prescription du test de dépistage. Par ailleurs, la question était trop vague, ne faisant pas un listing exhaustif de toutes les situations évocatrices. Là aussi, le dossier informatique était associé à une prescription plus fréquente, probablement en évitant une perte d'information. De plus, certains logiciels de gestion médicale possèdent un système d'alerte, suggérant des examens au praticien en fonction de certaines situations.

f) La tuberculose

La tuberculose amenait peu de dépistage du VIH en Martinique. En effet, une part importante de médecins, 27,5 et 13,7% prescrivait respectivement « *parfois* » et « *jamais* » une sérologie VIH. **Les généralistes martiniquais sont peu confrontés à la tuberculose, ce qui peut expliquer que la recherche du VIH ne soit pas un réflexe dans cette situation.** En effet, le taux de cas déclarés en 2012 était de 3,3 pour 100.000 habitants en Martinique contre 7,6 au niveau national et 14,6 en Ile-de-France (114).

g) La 1^{er} contraception

Dans le cas d'une consultation pour une première contraception, les généralistes étaient peu enclins à réaliser une sérologie VIH. Trente huit pourcent d'entre eux la prescrivait « *parfois* » et 14,7% « *jamais* ». Cependant, notre étude a montré une tendance (non statistiquement significative) à une prescription plus « *systématique* » pour les médecins femmes que pour les médecins hommes. Les femmes médecins pouvaient se sentir plus concernées par la question de la contraception et pouvaient être plus à l'aise pour aborder ces questions avec les patientes.

Ces résultats sont concordants avec une étude belge où seule la moitié des médecins généralistes abordait la question de la prévention des IST lors de ce type de consultation (84).

Bien que cette consultation portait sur un domaine touchant à la sexualité, et devrait donc amener la question du dépistage du VIH, il peut être difficile pour les praticiens d'aborder cette thématique. **En effet, la présence des parents ou du partenaire du patient était un obstacle rapporté par 94% des médecins dans l'étude de Verhoeven et al. (84).**

h) La précarité

Les patients en situation de précarité engendraient peu de dépistage VIH par les médecins généralistes. Seuls 12,5% d'entre eux disaient prescrire un test « *systématiquement* ». Ceci peut s'expliquer par le fait que la situation économique de la Martinique est plus précaire que celle d'autres départements. Par exemple le taux de chômage y était de 21% en 2012 contre 10% en métropole (115). La précarité y est donc un facteur moins discriminant qu'ailleurs.

III. Comparaison avec la métropole

a) Rapport quotidien au VIH

Par rapport à la métropole, une proportion plus importante de médecins martiniquais avait au moins un patient VIH+ dans sa patientèle. Ils étaient 95,2% en Martinique contre 65,7% en métropole. Cette différence s'expliquait probablement par la différence de démographie médicale. En effet, la densité de médecins généralistes au niveau national était de 132 pour 100 000 habitants alors qu'elle n'est que de 71,25 pour 100 000 habitants en Martinique. Ceci impliquait une plus grande concentration des patients chez moins de médecins (95).

En revanche, les praticiens prescrivaient moins fréquemment les traitements anti-rétroviraux en Martinique (13,2%) qu'en métropole (30%). Ceci pouvait s'expliquer par le fait que la Martinique est une petite île. Le centre de référence hospitalier du VIH, situé dans le service des maladies infectieuses du CHU était donc facilement accessible et disponible pour tous les patients infectés.

En Martinique comme en métropole, les généralistes connaissent pour une majorité d'entre eux, un confrère spécialisé dans le VIH (respectivement 73,8% et 86,1%).

b) Le nombre de sérologies VIH prescrites

La quasi-totalité des médecins généralistes (94,1%) avait prescrit au moins une sérologie VIH dans le mois précédent. Ce taux est similaire à celui retrouvé en métropole par l'étude Baromètre Santé Médecins Généralistes de 2009 où il était de 93,9% (11).

Cependant le nombre de sérologie différait notablement. En effet, dans notre étude le nombre moyen de tests VIH prescrits était de 15 sur le dernier mois, alors qu'il s'élevait à 5,9 en métropole (11). Toutefois, on notait la présence de deux réponses extrêmes à cette question. Deux médecins avaient répondu qu'ils avaient pratiqués 100 et 125 sérologies sur le dernier mois. Cela peut-être dû à une erreur de saisie informatique ou s'expliquer par le fait que ces médecins dépistaient systématiquement tous leurs patients. Quoiqu'il en soit, même si l'on occulte ces 2 données, la moyenne du nombre de sérologies est de 13, soit nettement plus élevée qu'en métropole. Ces données sont concordantes avec l'étude de Cazein et al. montrant que le taux de sérologies prescrites est environ 1,6 fois plus élevé en Martinique qu'en métropole (12).

Notre étude mettait en évidence que les médecins prescrivant le plus de sérologies étaient aussi ceux réalisant le plus d'actes médicaux quotidiens. Les médecins réalisant le plus d'actes médicaux quotidiens pouvaient être dans une démarche de dépistage « extensif ». En effet, ce mode de dépistage avait déjà été mis en évidence par le Dr Halfen en 2000 (91). Il présentait l'avantage d'une prescription large et importante de tests, mais de par son côté

« automatique », il ne permettait pas la délivrance des messages de prévention et d'information nécessaires à l'évolution du comportement des populations.

Par ailleurs, les praticiens ayant le plus de patients infectés par le VIH dans leur patientèle étaient de plus importants prescripteurs de sérologies. Ce point s'expliquait probablement par une plus grande sensibilisation des médecins, en raison d'un contact plus fréquent avec cette maladie.

c) Origine des sérologies

Les sérologies prescrites par les médecins généralistes étaient en majorité de leur propre initiative. **En effet, dans notre étude, les sérologies étaient prescrites de la propre initiative du praticien dans environ deux-tiers (63,5%) des cas.** Cette proportion était nettement plus élevée qu'en métropole où elle ne représentait qu'un tiers (34%) des cas (11). Le travail de thèse du docteur Halfen (91) trouvait déjà des éléments en ce sens, puisque les médecins interrogés déclaraient que les patients étaient spontanément peu demandeurs de tests VIH, l'initiative de l'examen revenant donc aux généralistes.

Nous avons mis en évidence que les médecins ayant suivi une Formation Médicale Continue dans les 12 derniers mois, étaient moins souvent à l'origine du test. Cet élément pourrait être expliqué par le contenu de ces FMC. En effet, le CNGE s'étant opposé au dépistage généralisé (89), ces formations pourraient insister sur un dépistage purement ciblé.

d) L'annonce d'une séropositivité

Dans notre étude, peu de médecins généralistes ont été confrontés à l'annonce d'un résultat positif. En effet, sur les 12 derniers mois, seuls 22,4% des praticiens ont eu un retour de test positif. **Cette proportion était tout de même plus importante qu'en métropole où elle était de 13,4%** (11). Le fait que les médecins martiniquais prescrivaient plus de sérologies expliquait, probablement, la part plus importante de séropositivités retrouvées (12).

e) Situations amenant à la prescription

Le diagnostic d'une IST amenait une large majorité des généralistes à réaliser un dépistage du VIH. **En effet, dans notre étude ils étaient 71,7% à le prescrire « systématiquement ».** Une proportion du même ordre avait été retrouvée en métropole, où cette prescription était systématique pour 72,9% des praticiens (11).

A l'inverse, le conseil de réaliser un test VIH en cas de changement dans la vie affective n'était une pratique systématique que pour 37,1% des médecins. Malgré cela, ce taux était plus élevé qu'en métropole où il était de 23,5% en 2009 (11).

Selon notre étude, seul 29,4% des praticiens interrogés réalisaient « systématiquement » un test VIH devant un patient originaire d'un pays de forte endémie. Cette pratique était rapportée comme « systématique » par 34,9% des médecins métropolitains. Ceci peut s'expliquer par le fait que les flux migratoires ne sont pas les mêmes en Martinique qu'en métropole ou que dans le reste des Caraïbes. A l'inverse d'autres Départements Français d'Amérique comme la Guadeloupe ou la Guyane, les patients infectés par le VIH n'étaient

que peu d'origine étrangère (1,37). De plus, les Antilles étant elles-mêmes une région de forte endémie (13), la question était fortement biaisée.

f) Opinion globale concernant un dépistage élargi du VIH

Dans notre étude, les médecins avaient une opinion plus positive du dépistage élargi du VIH que leurs confrères métropolitains. En effet, les médecins installés en Martinique étaient 90,6% à exprimer leur accord envers un « *dépistage régulier aux jeunes et adultes sexuellement actifs* » ; alors que les médecins installés en France métropolitaine n'étaient que 69,9% à exprimer un avis similaire. Concernant la proposition d'un dépistage « *sans attendre la demande du patient* », 84,9% des médecins martiniquais exprimaient leur accord contre 76,1% de leurs confrères installés en métropole.

En revanche la proposition « *le médecin devrait proposer le test aux patients sans facteurs de risque n'ayant pas été testés depuis longtemps* » a engendré des réponses plus mitigées. Si l'adhésion restait majoritaire, elle était cependant bien moindre puisque seul 53,8% des médecins se disaient « *d'accord* » ou « *plutôt d'accord* ». Ce taux était cependant plus élevé qu'en métropole où 37% des médecins exprimaient leur accord à cette pratique.

On constate donc que l'absence de facteur de risque semblait être un facteur limitant pour la prescription d'une sérologie VIH. Le CNGE avait d'ailleurs émis un avis défavorable au dépistage généralisé, préconisant plutôt un dépistage ciblé ; ceci impliquant donc la recherche de facteurs de risque (89,90). Ceci malgré le constat d'échec du système de dépistage uniquement basé sur un ciblage des facteurs de risque (4,85,105,106).

	En Martinique	En Métropole
Part de praticiens ayant au moins un patient VIH + dans leur patientèle	95,2%	65,7%
Part de praticiens prescrivant les ARV	13,2%	30%
Nombre moyen de sérologies VIH prescrites sur le dernier mois	15	5,9
Part de sérologies prescrites à l'initiative du praticien	63,5%	34%
Part de praticiens ayant du annoncer une séropositivité sur les 12 derniers mois	22,4%	13,4%

Tableau 16. Principales différences de pratiques entre la Métropole et la Martinique

Dans notre étude, les médecins étant plus favorables à un dépistage généralisé étaient plutôt plus jeunes, installés depuis moins longtemps, et exerçaient en dehors de l'agglomération de Fort-de-France.

L'âge relativement plus jeune et l'installation plus récente pourraient être associés à une connaissance plus précise des recommandations et des bénéfices réels du dépistage du VIH. Cela expliquerait leur opinion plus favorable vis-à-vis d'un dépistage élargi.

Les médecins installés en dehors de l'agglomération foyale, de part leur exercice rural ou semi-rural, pourraient être dans une démarche plus « dirigiste » en terme de dépistage. Leur

contact avec une patientèle plus précarisée et donc plus exposée pourrait également expliquer ce phénomène.

D. Analyse critique de l'étude

I. Points forts

La Martinique est un département très touché par le VIH (13). Les caractéristiques de l'épidémie et les comportements des populations ne sont pas les mêmes qu'en métropole (10,83). De plus, le dispositif de dépistage s'appuie en grande partie sur les médecins généralistes. C'est pourquoi il était important de faire un état des lieux des pratiques de dépistage des praticiens de l'île. Ceci permettait de déceler les points forts et les faiblesses de ces pratiques, et donc de pouvoir, à l'avenir, travailler sur des points ciblés afin d'améliorer l'offre de dépistage.

Cette étude a permis de mettre en lumière certaines situations qui amènent peu les praticiens à prescrire un test VIH. Il faudra à l'avenir explorer les raisons de ces prescriptions trop rares.

II. Limites de l'étude

a) Echantillon insuffisant

Notre étude a recueilli les réponses de 107 médecins, ce qui représentait 37,5% des généralistes pratiquant un exercice libéral en Martinique. De part la période de grandes vacances, le recueil des données a été plus difficile que prévu. Les praticiens étaient absents ou débordés par les consultations, notamment en raison de l'épidémie de Chikungunya, et les seules sollicitations par Internet n'avaient permis de recueillir que 42 questionnaires. Il a donc fallu joindre les médecins généralistes au téléphone afin d'obtenir plus de résultats. Une fois sensibilisés par appel téléphonique, ces derniers se montraient plus enclins à répondre au questionnaire en ligne ; questionnaire qui restait strictement anonyme.

L'étude a porté sur de petits effectifs et il aurait été plus satisfaisant d'atteindre au moins les 50% de réponses afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible.

b) Etablissement du questionnaire

Le questionnaire a été établi en partie selon l'étude Baromètre Santé Médecins Généralistes de 2009 (11). Cela présentait malheureusement plusieurs limites.

En premier lieu, le recueil de données de cette étude avait été fait par téléphone et à grande échelle. **Certaines questions n'étaient donc pas adaptées au format Internet.** De plus le questionnaire comportait 44 questions ce qui est trop long. Certaines questions étaient imprécises (question 22) ou biaisées par rapport au contexte de la Martinique.

De part la nature des informations demandées, il pouvait exister **un biais de mémorisation** (Par exemple, nombre de sérologies prescrites sur le dernier mois). Il pouvait également exister **un biais de désirabilité sociale**, le sujet pouvant orienter ses réponses afin de les faire correspondre aux « réponses attendues ». Le caractère anonyme et par Internet du questionnaire visait à limiter ces biais, mais ne pouvait les supprimer totalement.

c) Ancienneté de l'étude métropolitaine comparative

L'étude que nous avons utilisée, afin de discuter nos résultats et de pouvoir confronter les pratiques des généralistes de Martinique à celles des généralistes de métropole, date de 2009 (11). Les données ont donc pu évoluer depuis. De plus, cette étude avait été réalisée **avant la diffusion des nouvelles recommandations de l'HAS**, qui élargissaient notablement les cibles du dépistage du VIH.

E. Pistes d'évolution

I. Continuer de renforcer le rôle des médecins généralistes

Malgré l'élargissement de l'offre de dépistage (autotest, TROD associatifs, centres de santé sexuelle), le médecin généraliste doit garder un rôle majeur. C'est ce qu'ont affirmé à plusieurs reprises les sociétés savantes (1,7,8,94). De part sa relation avec les patients et son implication sur le long terme, il est un des mieux placés pour aborder les questions de sexualité, de prévention et donc de dépistage du VIH. Les patients le voient d'ailleurs comme un interlocuteur de référence dans ce domaine.

De part la taille et la situation insulaire de la Martinique, le médecin généraliste est d'autant plus en première ligne afin de proposer le dépistage. Les deux tiers des médecins généralistes se disaient prêts à utiliser les TROD au cabinet. Cet outil, pourrait permettre d'atteindre des patients qui jusque là n'avaient pas été touchés par le système de dépistage classique. Cela pourrait également contribuer à renforcer le rôle majeur des généralistes dans le système de dépistage du VIH.

II. Insister sur la formation des praticiens

Bien que les médecins généralistes de l'île pratiquent un dépistage large, il persiste encore des croyances erronées. Notamment le fait que certains médecins voient comme frein au dépistage « l'absence de bénéfice pour le patient ». Il est donc important de proposer des formations et

des informations pertinentes et adaptées à la pratique des généralistes. D'ailleurs, plus de la moitié des médecins de l'étude se disaient intéressés par des formations sur le VIH.

III. Préciser les freins et obstacles au dépistage dans certaines situations.

Dans notre étude, 66% des médecins interrogés voyaient des obstacles au dépistage élargi, dans leur pratique. De plus, il serait intéressant de comprendre pourquoi telles situations amènent des prescriptions systématiques de tests VIH, et pourquoi d'autres nettement moins. Il peut y avoir des raisons matérielles (manque de temps), psychologiques (représentation du sujet)...

Nous ne pouvons espérer améliorer et affiner les pratiques déjà existantes sans définir clairement quelles sont les barrières rencontrées au quotidien. C'est pourquoi d'autres études, élaborées spécifiquement dans ces buts, devraient être menées.

Conclusion

Le dépistage de l'infection par le VIH a fortement évolué depuis sa création. Initialement sans sanction thérapeutique, il est maintenant devenu la condition *sine qua non* pour bénéficier d'un traitement et des effets bénéfiques associés. Malgré l'élargissement des populations visées et les innovations techniques (autotests, TROD), l'épidémie à VIH continue de progresser. Il persiste de nombreux cas de patients ignorant leur infection et constituant un important réservoir de transmission virale.

Les différentes sociétés savantes ont affirmé, avec de plus en plus de force au cours des années, le rôle majeur que devait jouer les médecins généralistes dans la lutte contre cette épidémie. Afin de pouvoir combler les lacunes du système de dépistage, les pratiques des généralistes ont déjà été étudiées en métropole. Cependant, les données manquent en Martinique alors que le département fait partie des plus touchés au niveau national. Notre étude a donc voulu faire un état des lieux des pratiques de dépistage du VIH par les généralistes de l'île.

Nos résultats suggèrent que les praticiens installés en Martinique ont une forte conscience du problème de santé publique posé par le VIH, et qu'ils luttent activement contre. En effet, ils sont plus nombreux qu'en métropole à être favorables à un dépistage généralisé. Cela se traduit dans leur pratique quotidienne, puisqu'ils prescrivent plus de dépistages, et dans des situations plus diverses que leurs confrères de France métropolitaine.

Malgré cela, persistent des croyances erronées, ainsi que des désaccords quant à la prescription d'un test VIH dans certaines situations. Ces points devront être travaillés (formation, établissement d'un consensus reconnu par les sociétés de médecine générale...) afin de lutter au mieux contre l'épidémie. Il serait fort intéressant de mener de nouvelles

études afin de mieux comprendre l'absence de prescription de dépistage dans certaines situations pourtant consensuelles. En effet, nous ne pouvons espérer améliorer l'offre de dépistage, sans en comprendre pleinement les freins et les obstacles rencontrés quotidiennement par les praticiens.

De plus, certaines pistes doivent être discutées, comme la proposition de TROD au cabinet, dispositif théoriquement accepté par les deux tiers des praticiens. D'autres études doivent être entreprises afin de déterminer si la généralisation de ce moyen de dépistage, permettrait de toucher des personnes actuellement non atteintes par les politiques de prévention. En effet, il n'est envisageable d'implanter ce dispositif que s'il apporte un réel bénéfice au système de dépistage déjà existant. L'augmentation de l'implication des médecins dans les thérapeutiques antirétrovirales devrait également être encouragée, ceci afin de renforcer encore le rôle les généralistes dans la prise en charge de l'infection par le VIH.

Bibliographie et références

1. Morlat P, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Rapport 2013: recommandations du groupe d'experts. Paris: DILA - Direction de l'information légale et administrative: La documentation française; 2013.
2. Cazein F, Semaille C. Découvertes de séropositivité VIH et sida en France , 2003-2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(28-29):333-40.
3. Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *Int J STD AIDS.* 2007 May 1;18(5):312-7.
4. Champenois K, Le Vu S, Semaille C, Yazdanpanah Y. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2013;13(200).
5. Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies: *AIDS.* 2014 Jul;28(12):1797-804.
6. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *Aids.* 2006;20(10):1447-50.
7. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France Stratégies et dispositif de dépistage. *Bio Trib Mag.* 2009;34(1):33-53.
8. Consensus Formalisé : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine et ville. SPILF SFLS. 2009.
9. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2010 Aug 1;20(4):422-32.
10. Equipe KABP. Les populations des Départements Français d'Amérique face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Etude KABP 2011-2012.
11. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) G, Arnaud. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
12. Cazein F, Semaille C. Dépistage de l'infection par le VIH en France , 2003-2012. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(33-34).
13. Le Vu S, Cazein F, Semaille C. Estimations d'incidence de l'infection par le VIH pour les départements français d'Amérique. *INVS.* 2012.
14. Roussillon C, Morlat P. Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(46-47).

15. Pilly. Infection à VIH. 2014;60–74.
16. Damond F, Lariven S, Roquebert B, Males S, Matheron S. Virological and immunological response to HAART regimen containing integrase inhibitors in HIV-2-infected patients. *Aids*. 2008;22(5):665–6.
17. Matheron S, Damond F, Benard A, Taieb A, Campa P, Peytavin G, et al. CD4 cell recovery in treated HIV-2 infected adults is lower than expected: results from the French ANRS CO5 HIV-2 cohort. *Aids*. 2006;20(3):459–62.
18. Morlat P, Vivot A, Vandenhende M-A, Dauchy F-A, Asselineau J, Déti E, et al. Role of Traditional Risk Factors and Antiretroviral Drugs in the Incidence of Chronic Kidney Disease, ANRS CO3 Aquitaine Cohort, France, 2004–2012. Speck RF, editor. *PLoS ONE*. 2013 Jun 12;8(6):e66223.
19. Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH ANRS CO4). 2013.
20. Costagliola D, Katlama PC, Spano J-P. ONCOVIH 2006.
21. Guiguet M, Boué F, Cadranel J, Lang J-M, Rosenthal E, Costagliola D. Effect of immunodeficiency, HIV viral load, and antiretroviral therapy on the risk of individual malignancies (FHDH-ANRS CO4): a prospective cohort study. *Lancet Oncol*. 2009;10(12):1152–9.
22. Morlat P. ANRS CO3 Cohorte Aquitaine VIH.
23. Yeni P. INVS Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique//Special issue N 26-27| 2 juillet 2013. nouvelles. 2013;26(27):284.
24. Lang S, Costagliola D. Increased risk of myocardial infarction in HIVinfected patients in France, relative to the general population. *AIDS*. 2010;24(8):1228–30.
25. Bonnet F, Amieva H, Marquant F, Bernard C, Bruyand M, Dauchy F-A, et al. Cognitive disorders in HIV-infected patients: are they HIV-related? *AIDS*. 2013 Jan;27(3):391–400.
26. Becker JT, Lopez OL, Dew MA, Aizenstein HJ. Prevalence of cognitive disorders differs as a function of age in HIV virus infection. *Aids*. 2004;18:11–8.
27. INPES. Baromètre Santé 2010. Prévalence du tabagisme en France. 2010.
28. Saint-Maurice F, Møller L. Numéro thématique–L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France Special issue–Alcohol remains a major risk factor for health in France. [cited 2014 Aug 11]; Available from: http://www.automesure.com/library/pdf/BEH-alcool_2013.pdf
29. OMS/ONUSIDA. Epidémiologie mondiale du VIH en 2012. 2013.
30. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2011 Mar 15;52(6):793–800.

31. Cazein F. Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. *Bull Epidemiol Hebd Web*. 2009;(2).
32. Ndawinz JDA, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. *AIDS*. 2011 Sep;25(15):1905–13.
33. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003–08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010;10(10):682–7.
34. INVS. Dépistage du VIH en 2011. Unité VIHsida-IST-Hépat B C Inst Veille Sanit. 2011.
35. Lert F, Pialoux G. Rapport MISSION RDRs Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. 2010.
36. Cronard F, Cornély V. L'infection à VIH en Martinique. *Bull Obs Régionale Santé Martin*. 2004;(34).
37. Cabié A. Infection VIH-sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique. *Bull Epidemiol Hebd*. 2005;(46-47):238–9.
38. Cerland C. Coordination des actions de dépistage en Martinique par le COREVIH. 2012.
39. INVS/ARS. Bulletin de Veille Sanitaire. Cire Antilles-Guyane. Spécial infection à VIH. *Bull Veille Sanit*. 2012;(10).
40. COREVIH Martinique. Rapport d'activité 2012 du COREVIH de la Martinique. :2012.
41. Halfen S. Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(7-8):55–8.
42. Montlahuc C, Guiguet M, Abgrall S, Daneluzzi V, de Salvador F, Launay O, et al. Impact of late presentation on the risk of death among HIV-infected people in France (2003–2009). *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;64(2):197–203.
43. Fafi-Kremer S. Diagnostic Virologique du VIH. Société Fr Lutte Contre Sida SFLS. :2013.
44. Prazuck T, Hocqueloux L. Tests rapides d'orientation et de diagnostic du VIH en CDAG : Impact sur le rendu des autres sérologies et intérêt de la mise en place de mesures de rappels des consultants perdus de vue. *Bull Epidemiol Hebd*. 2013;30:369–76.
45. Picard O, Valin N, Fonquernie L, Girard P-M. Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011;42:438–41.
46. Cabié A, Bissuel F, Abel S, Huc P, Paturel L, Pierre-François S. Tests de dépistage rapides du VIH dans des consultations de dépistage anonyme et gratuit aux Antilles. *Médecine Mal Infect*. 2009 Jun;39(6):370–4.

47. Champenois K, Le Gall J-M, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, et al. ANRS–COM’TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open* [Internet]. 2012 [cited 2014 May 28];2(2). Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000693.short>
48. Lorente N, Preau M, Vernay-Vaisse C, Mora M, Blanche J, Otis J, et al. Expanding Access to Non-Medicalized Community-Based Rapid Testing to Men Who Have Sex with Men: An Urgent HIV Prevention Intervention (The ANRS-DRAG Study). Braitstein P, editor. *PLoS ONE*. 2013 Apr 16;8(4):e61225.
49. Gennotte A-F, Semaille P, Ellis C, Necsoi C, Abdulatif M, Chellum N, et al. Feasibility and acceptability of HIV screening through the use of rapid tests by general practitioners in a Brussels area with a substantial African community: HIV screening by GPs in Brussels. *HIV Med*. 2013 Oct;14:57–60.
50. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV Screening in France: Clinical Impact and Cost-Effectiveness. Braga EM, editor. *PLoS ONE*. 2010 Oct 1;5(10):e13132.
51. 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. Landay A, editor. *PLoS ONE*. 2012 Oct 2;7(10):e46437.
52. Patel P, Bennett B, Sullivan T, Parker MM, Heffelfinger JD, Sullivan PS. Rapid HIV screening: Missed opportunities for HIV diagnosis and prevention. *J Clin Virol*. 2012 May;54(1):42–7.
53. Yeni P, Bourdillon F, Coueron J-P. Avis sur les autotests de dépistage de l’infection à VIH. *Cons Natl Sida* [Internet]. 2012; Available from: www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2012-12-20_avi_fr_depistage.pdf
54. COREVIH Martinique. Données LaboVIH 2011. 2011.
55. COREVIH Martinique. Rapport d’activité des laboratoires des hopitaux de Martinique. 2012.
56. Saag M, Deeks SG. How Do HIV Elite Controllers Do What They Do? *Clin Infect Dis*. 2010 Jul 15;51(2):239–41.
57. The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. Antiretroviral Treatment Interruption Strategy in the SMART Study: Role of CD4 Cell Counts and HIV RNA Levels during Follow-up. *J Infect Dis*. 2008 Apr 15;197(8):1145–55.
58. Girard P-M, Nelson M, Mohammed P, Hill A, van Delft Y, Moecklinghoff C. Can we stop CD4+ testing in patients with HIV-1 RNA suppression on antiretroviral treatment?: *AIDS*. 2013 Nov;27(17):2759–63.
59. Dilernia DA, Monaco DC, Cesar C, Krolewiecki AJ, Friedman SR, Cahn P, et al. Estimation of HIV-Testing Rates to Maximize Early Diagnosis-Derived Benefits at the Individual and Population Level. Cameron DW, editor. *PLoS ONE*. 2013 Jan 7;8(1):e53193.

60. Lewden C, Chêne G, Morlat P, Raffi F, Dabis F, Leport C. Mortalité des adultes infectés par le VIH comparée à la population générale: Données à long terme et selon les lymphocytes CD4. *médecine/sciences*. 2008 Oct;24(10):804–6.
61. Gras L, van Sighem A, Bezemer D, Smit C, Wit F, de Wolf F. Lower mortality and earlier start of combination antiretroviral therapy in patients tested repeatedly for HIV than in those with a positive first test: *AIDS*. 2011 Mar;25(6):813–8.
62. Smith MK, Rutstein SE, Powers KA, Fidler S, Miller WC, Eron Jr JJ, et al. The Detection and Management of Early HIV Infection: A Clinical and Public Health Emergency. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63:S187–99.
63. Lert F, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (France). Dépistage de l'infection VIH en France, 2009-2011: synthèse des études et recherches. Paris: Éd. EDK : ANRS; 2013.
64. Yazdanpanah Y, Champenois K. Assessing characteristics of hidden epidemics to design the most efficient HIV testing strategies: *AIDS*. 2014 Jul;28(12):1831–3.
65. Cour des comptes. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale. La prévention sanitaire. 2011.
66. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, Thomas KK, Stevens W, Cohen CR, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *The Lancet*. 2010;375(9731):2092–8.
67. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med*. 2000;342(13):921–9.
68. Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK, Serwadda D, Li X, Laeyendecker O, et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J Infect Dis*. 2005;191(9):1403–9.
69. Wilson DP, Law MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *The Lancet*. 2008;372(9635):314–20.
70. Das M, Chu PL, Santos G-M, Scheer S, Vittinghoff E, McFarland W, et al. Decreases in Community Viral Load Are Accompanied by Reductions in New HIV Infections in San Francisco. Carr JK, editor. *PLoS ONE*. 2010 Jun 10;5(6):e11068.
71. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493–505.
72. Vernazzaa P, Hirschelb B, Bernasconic E, Fleppd M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bull Médecins Suisses Schweiz Ärztztg Boll Dei Medici Svizzeri*. 2008;89:5.
73. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet*. 2008;372(9639):669–84.

74. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;39(4):446–53.
75. McGarrigle CA, Mercer CH, Fenton KA, Copas AJ, Wellings K, Erens B, et al. Investigating the relationship between HIV testing and risk behaviour in Britain: National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles 2000. *Aids*. 2005;19(1):77–84.
76. 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* [Internet]. 2011 Mar 8 [cited 2014 Jul 31]; Available from: <http://doi.emh.ch/smw.2011.13178>
77. Evans HE, Mercer CH, Rait G, Hamill M, Delpéch V, Hughes G, et al. Trends in HIV testing and recording of HIV status in the UK primary care setting: a retrospective cohort study 1995–2005. *Sex Transm Infect*. 2009;85(7):520–6.
78. Sitlinger AP, Lindsell CJ, Ruffner AH, Wayne DB, Hart KW, Trott AT, et al. Preliminary Program Evaluation of Emergency Department HIV Prevention Counseling. *Ann Emerg Med*. 2011 Jul;58(1):S120–5.e3.
79. 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*. 2012 Jan 9;172(1):12.
80. Bokhour BG, Solomon JL, Knapp H, Asch SM, Gifford AL. Barriers and Facilitators to Routine HIV Testing in VA Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2009 Oct;24(10):1109–14.
81. Chapelet E. Acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale. Thèse Univ Nantes. 2013.
82. Equipe KABP, Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida France en 2010. ANRS ORS. 2010.
83. Equipe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Etude ANRS-EN16-KABP-DFA. ANRS ORS. 2006.
84. Verhoeven V, Bovijn K, Denekens J, Avonts D. Discussing STIs : Doctors are from Mars, patients from Venus. *Fam Pract*. 2003;20(1).
85. Klein PW, Martin IB, Quinlivan EB, Gay CL, Leone PA. Missed Opportunities for Concurrent HIV-STD Testing in an Academic Emergency Department. *Public Health Rep*. 2014;129.
86. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *Aids*. 2007;21(12):1617–24.
87. Chaudhry AA, Berkenblit G, Gifford AL, Cofrancesco J, Sosman J, Sullivan LE. Update in HIV Medicine for the Generalist. *J Gen Intern Med*. 2011 May;26(5):538–42.

88. HIV Testing Practices of Primary Care Physicians: An Ontario Survey. *Can J Public Health*. 1996;87(3):172–5.
89. Conseil scientifique du CNGE. Communiqué du Conseil National des Généralistes Enseignants concernant le dépistage du VIH. 2012.
90. Partouche H, Renard V. Dépistage de l'infection par le VIH en médecine générale. ANRS. 2010.
91. Halfen S. Le dépistage du VIH en Martinique : des pratiques médicales au comportement des populations. Thèse pour le doctorat de sociologie. Nanterres. 2000.
92. Cabié A. Bilan épidémiologique annuel de l'activité des CDAG. Site CHU Martinique. INVS. 2013.
93. COREVIH Martinique. Rapport d'activité CDAG dispensaire Vernes. 2013.
94. Ministère de la Santé. Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST. 2010-2014. 2010.
95. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2014. 2014.
96. AIDES ta Martinique. Rapport d'activité 2013-2014.
97. COREVIH Martinique. Rapport d'activité SUMPPS. Dépistage Campus. 2013.
98. COREVIH Martinique. Rapport d'activité opération Caravane Santé. Stand VIH. 2013.
99. COREVIH Martinique. Rapport d'activité dépistage UCSA. 2013.
100. Hamers F, Phillips A. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Med*. 2008 Jul;9(s2):6–12.
101. Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Le Vu S, Lot F, et al. Prevalence and characteristics of individuals with undiagnosed HIV infection in France: evidence from a survey on hepatitis B and C seroprevalence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2012 Aug 1;60(4):e114–7.
102. Campsmith ML, Rhodes PH, Hall HI, Green TA. Undiagnosed HIV prevalence among adults and adolescents in the United States at the end of 2006. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;53(5):619–24.
103. Health Protection Agency. HIV in the United Kingdom. 2012.
104. Mukolo A, Villegas R, Aliyu M, Wallston KA. Predictors of Late Presentation for HIV Diagnosis: A Literature Review and Suggested Way Forward. *AIDS Behav*. 2013 Jan;17(1):5–30.
105. Burns FM, Johnson AM, Nazroo J, Ainsworth J, Anderson J, Fakoya A, et al. Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK. *Aids*. 2008;22(1):115–22.

106. Jenkins TC, Gardner EM, Thrun MW, Cohn DL, Burman WJ. Risk-Based Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Fails to Detect the Majority of HIV-Infected Persons in Medical Care Settings: *Sex Transm Dis*. 2006 May;33(5):329–33.
107. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing. 2004.
108. Rozenbaum W, Brun-Vézinet F, Mathiot P, Saout C, Bourdillon F, Quantinet D, et al. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. *Rapp Cons Natl Sida* [Internet]. 2006 [cited 2014 May 16]; Available from: http://www.lecrips-idf.net/IMG/pdf/rapport_depistage_cns.pdf
109. Gallant JE. HIV counseling, testing, and referral. *Am Fam Physician* [Internet]. 2004 [cited 2014 May 16];70(2). Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=0002838X&AN=13948921&h=YGO1MJ89XOR%2BdMM87gPbdbMO%2FhqaPVcuypWoRDd1qL23oWqmiiowKxyxL5ETPeYzNITvs%2BSoVjCRtwj0dFD3Bg%3D%3D&crl=c>
110. Campos-Outcalt D. Time to revise your HIV testing routine: the CDC now recommends more aggressive screening than does the USPSTF. So, what's best for your practice? *Jounal Fam Pract* [Internet]. 2007 [cited 2014 May 28]; Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_4_56/ai_n27209978/
111. Moyer VA. Screening for HIV: US preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013;159(1):51–60.
112. La prise en charge du VIH en cabinet de ville en Martinique. COREVIH Serv Mal Infect Trop CHU Fort Fr. 2008.
113. INSEE. Recensement de la population française en 2011. 2011.
114. INVS/INSEE. Déclaration obligatoire de tuberculose. 2012.
115. INSEE / Antiane. Bilan économique 2012 en Martinique. 2012.

-Q14. EPP (évaluation de vos pratiques professionnelles) au cours des douze derniers mois ?

OUI

NON

-Q15. Connaissez-vous un confrère spécialisé dans la prise en charge du VIH à qui vous pouvez adresser un patient ?

OUI

NON

→ Attitudes de dépistage et prévention :

-Q16. Combien avez-vous prescrit de sérologies VIH dans le dernier mois ?

-Q17. Combien de sérologies VIH sont revenues positives dans les 12 derniers mois ?

-Q18. Combien de patients infectés par le VIH avez-vous dans votre patientèle ?

-Q19. Prescrivez-vous les traitements anti-rétroviraux de ces patients ? **OUI** **NON**

-Q20. En général les sérologies VIH que vous avez prescrites étaient :

- De votre propre initiative
- A la demande du patient
- Dans le cadre d'un protocole de dépistage (grossesse, IVG...)

-Q21. Lors de ces tests, y-a-t-il une recherche d'autres IST ? **OUI** **NON**

- Q22. Si oui la ou lesquelles :

-Hépatite B
-Hépatite C
-Syphilis
-Chlamydiae
-Mycoplasme
-Trichomonas
-Gonocoque
-Herpès
-Candida
-Autre

- Proposez-vous un test de dépistage du VIH :

- Q23. Aux personnes atteintes d'une IST : systématiquement souvent
parfois jamais

- Q24. Lors d'un changement de vie affective (nouveau partenaire, reprise d'une activité sexuelle...) : systématiquement souvent parfois jamais

- Q25. Aux patient(e)s Ayant des partenaires sexuels multiples : systématiquement
souvent parfois jamais

- Q26. Aux patients originaires d'un pays de forte endémie : systématiquement
souvent parfois jamais

- Q27. Aux patients en situation de précarité : systématiquement
souvent parfois jamais

- Q28. Aux patients en situation de prostitution : systématiquement souvent
parfois jamais

- Q29. Aux patient en situation de toxicomanie intraveineuse : systématiquement
souvent parfois jamais

- Q30. Aux patient homosexuels masculins : systématiquement souvent
parfois jamais

- Q31. Aux patientes lors de la prescription d'une 1ère contraception :
systématiquement souvent parfois jamais

- Q32. Aux patientes lors d'un projet ou début de grossesse : systématiquement
souvent parfois jamais

- Q33. En cas de situations cliniques particulières (*cancers, dermite séborrhéique, fièvre prolongée, pneumopathie, herpès récidivant, asthénie chronique...*) :
systématiquement souvent parfois jamais

- Q34. En cas de situations biologiques particulières (*thrombopénie, lymphopénie*) :
systématiquement souvent parfois jamais
- Q35. En cas de suspicion ou diagnostic de tuberculose : systématiquement
souvent parfois jamais

Q36. Le médecin devrait proposer le test VIH sans attendre la demande du patient :

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord NSP

Q37. Le médecin devrait proposer régulièrement un test VIH aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs suivis dans son cabinet :

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord NSP

Q38. Le médecin devrait proposer un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps :

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord NSP

Q39. Dans l'ensemble, vos patients vous donnent des informations concernant leur vie affective et sexuelle (sexualité, rupture, rencontre, reprise ou problème d'activité sexuelle...)

Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout NSP

Q40. Vous êtes à l'aise pour parler avec vos patients de leur vie affective et sexuelle.

Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout NSP

Q41. Concernant la vaccination anti VHB, y êtes-vous :

*Favorable Plutôt favorable Plutôt pas favorable Pas du tout favorable
NSP*

Q42. Quels peuvent-être, dans votre pratique, les freins à un dépistage élargi du VIH ?

L'absence de bénéfice pour le patient

L'anxiété de devoir annoncer un résultat positif

Le manque de formation sur la prise en charge du VIH

Le manque de réseau de référence accessible en maladies infectieuses

Q43. Seriez-vous intéressé par des formations sur la prise en charge et le dépistage du VIH ?

OUI

NON

Q44. Seriez-vous intéressé par le fait d'avoir au cabinet un TROD ? **OUI** **NON**

Table des illustrations

Figure 1. Cycle de réplication virale du VIH et sites d'action des traitements anti-rétroviraux	13
Figure 2. Prévalence du VIH dans le monde en 2012 par région.....	18
Figure 3. Taux de patients infectés par le VIH diagnostiqués, pris en charge, sous traitement depuis plus de 6 mois, avec une charge virale indétectable en 2010 selon plusieurs groupes de populations	19
Figure 4. Nombre de découverte de séropositivité VIH en France entre 2003 et 2011	21
Figure 5. Découverte de séropositivité en France entre 2003 et 2011 par population.....	22
Figure 6. Stades cliniques lors du dépistage de l'infection à VIH chez les patients diagnostiqués en 2011	23
Figure 7. Caractère précoce ou tardif de l'infection à VIH en 2011 selon plusieurs marqueurs (.....	23
Figure 8. Evolutions des causes de décès chez les patients adultes VIH + en France en 2000, 2005 et 2010.....	25
Figure 9. Nombre de sérologies VIH positives entre 2001 et 2008	26
Figure 10. Evolution des taux d'incidence d'infection à VIH dans les Départements Français d'Amérique entre 2003 et 2010 par périodes de 2 ans.....	29
Figure 11. Nombre de sérologies VIH positives par millions d'habitants en 2012	32
Figure 12. Algorithme de réalisation du dépistage du VIH selon l'HAS	34
Figure 13. Nombre de sérologie VIH réalisées en France entre 2003 et 2012	38
Figure 14. Nombre de sérologies VIH réalisées pour 1000 habitants en 2012.....	39

Figure 15. Taux de survie sur 4 ans chez des patients diagnostiqués VIH + à différents stades de la maladie.....	41
Figure 16. Taux de transmission parmi 415 couples sérodiscordants en fonction de la charge virale plasmatique du partenaire infecté par le VIH	44
Figure 17. Risque de transmission du VIH par contact sexuel en fonction de la charge virale dans le sperme	45
Figure 18. Motif de recours au dépistage chez les patients nouvellement diagnostiqués VIH en 2011	48
Figure 19. Opinion vis-à-vis de la proposition de dépistage VIH en population élargie selon différentes modalités	57
Figure 20. Fréquence de la proposition de dépistage VIH en fonction de différentes situations	57
Figure 21. Cartographie des actions de prévention et de délivrance de TROD réalisées sur la Martinique en 2013 par l'association AIDES ta Martinique.....	63
Figure 22. Temps estimé de la durée de l'infection à VIH chez des patients non diagnostiqués parmi plusieurs groupes de population.....	66
Figure 23. Délai en mois entre infection et diagnostic du VIH selon différents groupes de populations, pour les personnes infectées en 2007	67
Figure 24. Pourcentage de travailleurs du sexe, de toxicomanes et d'homosexuels masculins touchés par une campagne de prévention du VIH en 2008.....	69
Figure 25. Situations devant amener à un dépistage de l'infection par le VIH.....	78
Figure 26. Proportion des patients titulaires de la CMU	83
Figure 27. Opinion vis-à-vis de la vaccination anti-VHB.....	86
Figure 28. Rapport des généralistes vis-à-vis des questions de sexualité	87

Figure 29. Proportion d'adhésion des praticiens à propos de plusieurs concepts généraux de dépistage du VIH.....	93
Figure 30. Fréquence de prescription de sérologies VIH selon plusieurs situations, recueillant une forte adhésion	98
Figure 31. Fréquence de prescription de sérologies VIH selon plusieurs situations, recueillant une adhésion moins tranchée.....	102
Figure 32. Fréquence de prescription de sérologies VIH selon plusieurs situations, recueillant une adhésion plus faible	104
Figure 33. Intérêt porté par les généralistes à une formation sur le VIH et à l'utilisation de TROD en cabinet.....	107

Table des tableaux

Tableau 1. Facteurs associés au fait que le test VIH soit de l'initiative du médecin	56
Tableau 2. Type d'activités particulières exercées en parallèle de l'exercice libéral conventionnel	84
Tableau 3. Résumé des principales caractéristiques démographiques et de l'exercice médical des praticiens de l'échantillon	85
Tableau 4. Proportion des résultats de sérologies VIH prescrites sur les 12 derniers mois	88
Tableau 5. IST dépistées de manière concomitante à la prescription de sérologie VIH	89
Tableau 6. Résumé des principales pratiques de prévention et de dépistage du VIH des praticiens de l'échantillon	91
Tableau 7. Opinion des médecins généralistes à l'affirmation « Le médecin devrait proposer le test sans attendre la demande du patient »	94
Tableau 8. Opinion des médecins généralistes à l'affirmation « le médecin devrait proposer le test régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs »	95
Tableau 9. Opinion des médecins généralistes à l'affirmation « le médecin devrait proposer le test aux patients sans facteurs de risque n'ayant pas été testés depuis longtemps »	96
Tableau 10. Facteurs associés à la prescription systématique d'un test VIH en cas de changement de vie affective	99
Tableau 11. Facteurs associés à la prescription systématique d'un test VIH en cas de patient originaire d'un pays de forte endémie	100
Tableau 12. Facteurs associés à la prescription systématique d'un test VIH devant une situation cliniquement évocatrice	101
Tableau 13. Facteurs associés à la prescription systématique d'un test VIH en cas de consultation pour une 1ère contraception	103

Tableau 14. Obstacles au dépistage élargi du VIH selon les médecins généralistes.....	105
Tableau 15. Facteurs associés au fait de ne pas citer d'obstacle à un dépistage élargi du VIH	106
Tableau 16. Principales différences de pratiques entre la Métropole et la Martinique	118

Résumé

L'épidémie à VIH n'est pas contrôlée malgré les politiques de dépistage actuelles. Les institutions élargissent les indications au test VIH, allant même jusqu'à le conseiller pour tout adulte de 15 à 70 ans. Cependant, les pratiques de dépistage en médecine générale ne sont pas en adéquation avec ces recommandations. La Martinique est un département très touché par l'épidémie au niveau national. Nous avons voulu faire un état des lieux des pratiques de dépistage de l'infection par le VIH par les généralistes en Martinique.

Il s'agissait d'une étude descriptive réalisée par auto-questionnaire en ligne diffusé via la mailing-liste de l'URPS à 280 médecins généralistes sur les 285 recensés sur l'île. La durée de recueil était de 8 semaines. Cinq relances ont été faites par mail et un rappel téléphonique a été réalisé à 1 mois du début du recueil. Les médecins et internes remplaçants étaient exclus de l'étude.

Les médecins généralistes étaient d'importants prescripteurs avec une médiane de 10 tests VIH prescrits sur le dernier mois (Q1=5 ; Q3=15). Ils avaient une opinion favorable du dépistage généralisé (entre 53,8% et 90,6%). Près des deux tiers des praticiens (63,5%) étaient à l'initiative de la prescription. Des pratiques erronées étaient notées, comme une prescription peu systématique du test en cas de tuberculose ou de 1^{ère} contraception. 66% des médecins notaient au moins un obstacle à la proposition du dépistage.

Les généralistes installés en Martinique sont d'importants prescripteurs de dépistage. Cependant, il persiste des pratiques erronées. Il serait judicieux de mener d'autres études afin d'explorer les freins au dépistage et de pouvoir en améliorer l'offre.

MOTS-CLEFS : VIH, Dépistage, Médecin généraliste, Etude de pratiques

Abstract

French HIV outbreak isn't controlled yet despite all the ways of testing. Recommendations of the French sanitary authorities have been widened since 2009 and commend to test all the adults between 15 and 70 years old. Despite this, the general practice isn't always in agreement with these recommendations. Compared with main land France, Martinique is very hitten by the outbreak So, we wanted to study the practice in HIV testing of the primary care physicians in Martinique.

This was a descriptive survey realized by online questionnaire, sent by using the URPS mailing-list to 280 general practitioners on the 285 recorded on the island. Data collection has lasted for 8 weeks. 5 reminders have been sent by the Internet and phone call was performed at 1 month of the beginning of data collection. Locums and resident physicians were excluded of the study.

General practitioners prescribed a lot of HIV test during the last month (median 10 ; Q1=5 ; Q3=15). They had good opinion of mass screening for HIV (between 53,8% and 90,6%). Most of the time, two thirds of general practitioners (63,5%) taken the initiative of prescribe the test without waiting for patient's request. Wrong practices were noted, as the not systematic prescription of HIV test in tuberculosis suspicion or diagnosis, or in case of first contraception consultation. Sixty-six percent of general practitioners noted at least one difficulty about HIV mass screening.

General practitioners of Martinique are important prescriber of HIV test. However, there is still wrong practice. To improve testing policy, it should be relevant to do others studies to fully understand difficulties encountered by general practitioners.

KEY-WORDS : HIV, Screening, General Practitioner, Analysis of professional practice