

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Mademoiselle Cécile PITOIS

née le 25 juin 1985 à Fontaine-lès-Dijon (21)

Présentée et soutenue publiquement le 10 mars 2016

**Adhésion des médecins généralistes à un nouveau dispositif
d'information concernant le dépistage du VIH**

Etude de faisabilité au sein des Pays de la Loire

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Éric BILLAUD

Composition du jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Membres du jury : Monsieur le Professeur François RAFFI

Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Éric BILLAUD

Serment médical

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Liste des Abréviations :

ADVIH : Autotest de dépistage de l'infection par le VIH

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

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

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

ARV : Antirétroviraux

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CCI : Commision on Chronic Illness

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDC : Center for Disease Control

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

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

CISIH : Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine

CNAM-TS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie - Travailleurs Salariés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNS : Conseil National du Sida

COREVIH : Coordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CV : Charge Virale

DAM : Délégué de l'Assurance Maladie

DPC : Développement Professionnel Continu

EBM : Evidence-Based Medicine

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires

HPV : Human Papilloma Virus (Virus du Papillome humain)

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITG : Institut du Temps Géré

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LEEM : LEs Entreprises du Médicaments

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LGV : LymphoGranulomatose Vénérienne

MEP : Médecine à Exercice Particulier

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PrEP : Prophylaxie Pré Exposition

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

TasP : Treatment as Prevention (traitement comme prévention)

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usager de Drogue Injectable

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZAU : Zonage en Aire Urbaine

Table des matières

Remerciements	
Serment Médical.....	
Liste des abréviations :	1
Tables des matières :	4
Table des illustrations :	10
Table des tableaux :	11
Introduction	13
I Epidémiologie :	15
I.1 Epidémiologie mondiale :	15
I.1.1. Nouvelles infections par le VIH :	16
I.1.2. Mode de transmission :	16
I.1.3. Décès liés au SIDA :	16
I.1.4. Thérapie antirétrovirale :	16
I.2 Epidémiologie en France :	17
I.2.1. Activité de dépistage :	17
I.2.2. Nouveaux diagnostics d'infection à VIH :	17
I.2.3. Incidence :	19
I.2.4. Stades au moment du diagnostic :	19
I.2.5. SIDA :	20
I.2.6. Comorbidités et mortalité :	20
I.2.7. Couverture thérapeutique :	20
I.2.8. La cascade de la prise en charge en France :	20
I.3 Epidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST) en France (autre que VIH) :	21
I.4 Epidémiologie en Pays de la Loire :	23
I.4.1. Activité de dépistage :	23
I.4.2. Nouveaux diagnostics :	24
I.4.3. Stade SIDA et Mortalité :	25
I.4.4. Traitement :	25
I.4.5. Comportements à risque :	25
I.4.6. Cascade de la prise en charge :	25
I.5 Synthèse :	27

II. Le dépistage du VIH :	28
II.1 Le dépistage, définition :	28
II.2. Les bénéfices du dépistage du VIH :	29
II.2.1. A l'échelle individuelle :	29
II.2.2. A l'échelle de la population :	30
II.3. Le dépistage du VIH, un long chemin vers la normalisation :	30
II.3.1. De 1980 à 1985, le déni et l'indifférence :	30
II.3.2. A partir de 1985, la mobilisation :	31
II.3.3. A partir de 1986, les réponses exceptionnelles :	31
II.3.4. A partir de 1996, la normalisation :	32
II.4. Et aujourd'hui ?	32
II.4.1. Les premières évolutions :	33
II.4.2. Les recommandations de la HAS de 2009 :	33
II.4.3. Le plan National VIH/SIDA IST 2010-2014 :	34
II.4.4. En pratique, des recommandations peu suivies :	34
II.4.5. Un concept récent, la notion d'opportunité manquée :	35
II.4.5.1 Population d'étude :	35
II.4.5.2 Objectif :	35
II.4.5.3 Recueil des données :	35
II.4.5.4 Résultats :	36
II.4.5.5. Conclusion :	37
II.4.6. Le « Rapport Morlat » de 2013 :	37
II.5. Le dispositif de dépistage en France :	39
II.5.1. Les professionnels de santé :	39
II.5.2. Les associations de lutte contre le SIDA :	39
II.5.3. Les CDAG et les CIDDIST fusionnent :	40
II.5.4. Les Coordinations Régionales de lutte contre le VIH (COREVIH) :	40
II.5.5. Le réseau laboVIH :	40
II.6. Les techniques de dépistage :	41
II.6.1. Le test Elisa de 4ème génération :	41
II.6.2. Le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) :	41
II.6.3. L'autotest de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH) :	41
II.6.4. Le test par auto-prélèvement, le « Home Test » :	42
III L'information médicale et la visite médicale :	43
III.1. Le devoir de formation et d'information :	43
III.2. La visite médicale par l'industrie pharmaceutique :	44
III.2.1. Le visiteur médical :	44
III.2.1.1. Les missions du visiteur médical :	44

III.2.1.2. La formation du visiteur médical :	45
III.2.2. La communication au service de la visite médicale :	45
III.2.2.1. Les règles de communication en visite médicale :	45
III.2.2.2. Les techniques de vente :	46
III.2.2.3. Les aides à la communication :	47
III.2.3. La visite médicale, la controverse :	48
III.2.4. La charte de la visite médicale :	49
III.3. La visite du Délégué de l'Assurance Maladie (DAM):	50
III.3.1. Le Délégué de l'Assurance Maladie :	51
III.3.1.1. Les missions du DAM :	51
III.3.1.2. La formation du DAM :	51
III.3.2. La visite médicale des DAM, un bilan mitigé :	51
III.4. La visite académique :	53
III.5. Notre dispositif :	55
IV. Matériel et méthode :	56
IV.1. Objectifs et critères de jugement :	56
IV.1.1. Objectif principal :	56
IV.1.2. Objectifs secondaires :	56
IV.1.3. Critère de jugement principal :	56
IV.1.4. Critères de jugement secondaires :	56
IV.2. Méthode :	57
IV.2.1. Population :	57
IV.2.1.1. Population cible :	57
IV.2.1.2. Critères d'inclusion :	57
IV.2.1.3. Critères d'exclusion :	57
IV.2.2. Echantillonnage :	57
IV.2.2.1. La méthode des quotas, définition :	58
IV.2.2.2. Les variables de quotas :	58
IV.2.2.2.1. Données sociodémographiques :	58
IV.2.2.2.2. Catégorie des zones d'activité :	58
IV.2.2.3. Mise en application de la méthode :	60
IV.3. Déroulement de l'intervention :	61
IV.3.1. Protocole d'appel :	61
IV.3.1.1. Prise de rendez-vous :	61
IV.3.1.2. Procédure de rappel :	62
IV.3.2. L'entretien :	62
IV.3.2.1. La note d'information et le consentement :	62
IV.3.2.2. Cadre contractuel de l'entretien :	62
IV.3.2.3. Déroulement de l'entretien :	63
IV.3.2.3.1. Apport de l'information :	63
IV.3.2.3.2. Discussion sur les pratiques :	63

IV.3.2.3.3. Evaluation de l'entretien:.....	63
IV.3.3. Le rappel téléphonique :.....	64
IV.4. Recueil et analyse des données :.....	64
IV.4.1. Méthode de recueil :	64
IV.4.2. Analyse :.....	64
IV.4.2.1. Données quantitatives :.....	64
IV.4.2.2. Données qualitatives :.....	65
V Résultats :	66
V.1. Population cible et variables de quotas :.....	66
V.1.1. Population cible :.....	66
V.1.2. Les variables de quotas :.....	66
V.1.2.1. Données sociodémographiques des médecins :.....	66
V.1.2.1.1 Le Sexe :.....	66
V.1.2.1.2 L'âge :.....	66
V.1.2.2. Les catégories des zones d'activité :.....	66
V.1.3. Population cible et variable de quotas, synthèse :.....	67
V.2. Échantillonnage :.....	67
V.2.1. L'organigramme d'échantillonnage :.....	68
V.2.2. Répartition par mode d'exercice :	69
V.2.3. Répartition géographique :	69
V.3. L'intervention :.....	70
V.3.1. La prise de rendez-vous :	70
V.3.1.1. Nombre d'appels nécessaire :.....	70
V.3.1.2. Taux de réponses positives à la proposition d'un rendez-vous :.....	72
V.3.1.3. Taux de refus de participation à l'étude :	72
V.3.2. L'entretien :.....	72
V.3.2.1. La note d'information et le consentement :	72
V.3.2.2. Cadre contractuel de l'entretien :	73
V.3.2.2.1 Horaires des entretiens :.....	73
V.3.2.2.2 Jours des entretiens :.....	73
V.3.2.2.3 Durée des entretiens :.....	73
V.3.2.3. Déroulement de l'entretien :	75
V.3.2.3.1 Apport de l'information et discussion sur les pratiques :.....	75
V.3.2.3.1.1 La notion d'opportunité manquée :.....	75
V.3.2.3.1.2 L'étude « Opportunités » :.....	76
V.3.2.3.2 Discussion sur les pratiques :.....	78
V.3.2.3.2.1 Les freins au dépistage :.....	78
V.3.2.3.2.2 La prescription de sérologies de dépistage du VIH :.....	79
V.3.2.3.2.3 Les recommandations issues du « Rapport Morlat » :.....	81
V.3.2.3.2.4 La plaquette récapitulative :.....	82

V.3.2.3.3	Evaluation de l'entretien par les médecins :.....	83
V.3.2.3.3.1	Satisfaction globale :.....	83
V.3.2.3.3.2	Contenu de l'intervention :.....	84
V.3.2.3.3.3	L'intérêt du face-à-face :.....	84
V.3.2.3.3.4	Nouvelles visites :.....	85
V.3.2.3.3.5	Autres remarques :.....	86
V.3.2.3.4	Evaluation de l'entretien par l'intervenant :.....	86
V.3.2.3.5	Analyse des entretiens grâce aux nuages de mots :.....	88
V.3.2.4	Le premier rappel téléphonique :	88
V.3.2.4.1	Modification des pratiques :.....	89
V.3.2.4.2	La plaquette :.....	89
V.3.2.4.3	Prescription de sérologie :.....	89
V.3.2.5	Le deuxième rappel téléphonique :.....	91
V.4.	Synthèse :.....	94
VI	Discussion :	95
VI.1.	Choix de la méthode : la méthode des quotas :	95
VI.2.	Choix de la population cible :	96
VI.2.1.	Les critères d'inclusion :	96
VI.2.2.	Les critères d'exclusion :	96
VI.2.3.	La répartition en zones d'activité urbaine ou rurale :.....	96
VI.3.	La représentativité de l'échantillon :	98
VI.4.	L'objectif principal, évaluer le niveau d'adhésion des médecins généralistes à notre dispositif :	99
VI.4.1.	La satisfaction globale :.....	99
VI.4.2.	L'intérêt de ce mode d'intervention selon les médecins interrogés :	100
VI.4.3.	Le nombre d'accords pour de nouvelles visites :	101
VI.5.	Les objectifs secondaires :.....	101
VI.5.1.	Concevoir une intervention adaptée :.....	102
VI.5.1.1.	La visite :	102
VI.5.1.2.	Les messages :.....	103
VI.5.1.3.	Les échanges :	103
VI.5.1.4.	La mesure d'impact :	104
VI.5.2.	Faisabilité d'une telle étude :	105
VI.5.2.1.	Le nombre d'appels nécessaires :	105
VI.5.2.2.	La disponibilité des médecins :	105
VI.5.2.3.	Le taux de refus :	106
VI.5.2.4.	Le taux de réponses positives :.....	106
VI.5.2.5.	La fiabilité des données obtenues :	106
VI.5.3.	Evaluer la modification des pratiques des médecins suite à l'intervention :.....	109
VI.5.3.1.	L'apport de l'information :.....	109
VI.5.3.2.	Les freins au dépistage :.....	110

VI.5.3.3. La prescription de sérologies de dépistage du VIH :....	112
VI.5.3.4. Evaluation de l'entretien par l'intervenant :	114
VI.6. Extrapolation :	115
Conclusion	116
Annexes :	117
Annexe 1 : L'appel téléphonique.....	117
Annexe 2 : La note d'information et le consentement	118
Annexe 3 : Le script de l'entretien.....	119
Annexe 4 : La plaquette récapitulative	122
Annexe 5 : Grille d'analyse	123
Annexe 6 : Liste des entretiens	124
Annexe 7 : Les nuages de mots	125
Annexe 8 : Cartes des densités de population et des densités de médecins généralistes en Pays de la Loire.....	127
Bibliographie :	128

Table des illustrations

Figure 1 : Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2014, en millions.....	15
Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH en France, 2003-2014.....	18
Figure 3 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic, France, 2003-2014.....	18
Figure 4 : Cascade de la prise en charge en France en 2010.....	21
Figure 5 : Nombre de cas de syphilis récente et de gonococcies selon l'orientation sexuelle, France.....	22
Figure 6 : Sérologies VIH réalisées pour 1000 habitants et sérologies positives par million d'habitants, en France, en 2013.....	24
Figure 7 : Cascade de la prise en charge des patients atteints du VIH dans les Pays de la Loire en 2013.....	26
Figure 8 : Algorithme de dépistage parmi les HSH.....	36
Figure 9 : Algorithme de dépistage parmi les patients présentant un symptôme évocateur.....	37
Figure 10 : Principes constitutifs de la visite académique rappelés par la HAS.....	54
Figure 11 : ZAU de la région Pays de la Loire en 2010.....	59
Figure 12 : ZAU des Pays de la Loire en 2010 en prenant en compte les communes rurales.....	60
Figure 13 : Répartition des communes des Pays de la Loire selon les zones définies dans notre étude.....	67
Figure 14 : Organigramme d'échantillonnage.....	69
Figure 15 : Répartition géographique des médecins de l'échantillon.....	70
Figure 16 : Distribution de la durée des entretiens.....	73
Figure 17 : Nombre de sérologies prescrites par chaque médecin lors de l'entretien et des rappels téléphoniques.....	93
Figure 18 : Densités de population en Pays de la Loire en 2008.....	127
Figure 19 : Densités de médecins généralistes en Pays de la Loire en 2010.....	127

Table des tableaux

Tableau 1 : Présentation des douze catégories de médecins.....	61
Tableau 2 : Répartition des médecins par catégorie dans la population cible.....	67
Tableau 3 : Répartition des médecins par catégorie dans l'échantillon.....	68
Tableau 4 : Répartition des appels nécessaires par catégorie.....	70
Tableau 5 : Moyennes, médianes et valeurs extrêmes des appels nécessaires en fonction des variables de quotas.....	71
Tableaux 6a, 6b, 6c : Comparaison de la proportion d'accords en fonction des variables de quotas.....	71
Tableau 6a : Comparaison en fonction du sexe.....	71
Tableau 6b : comparaison en fonction de la zone d'activité.....	71
Tableau 6c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.....	71
Tableau 7 : Moyennes, valeurs extrêmes et médianes des durées des entretiens en fonction des variables de quotas.....	74
Tableaux 8a, 8b, 8c : Comparaison de la durée des entretiens en fonction des variables de quotas définies.....	74
Tableau 8a : Comparaison en fonction du sexe.....	74
Tableau 8b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.....	74
Tableau 8c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.....	75
Tableau 9 : Moyennes et médianes des prescriptions de sérologies sur un mois par les médecins de l'échantillon en fonction des variables de quotas.....	80
Tableaux 10a, 10b, 10c : Comparaison du nombre de sérologies prescrites en fonction des variables de quotas.....	81
Tableau 10a : Comparaison en fonction du sexe.....	81
Tableau 10b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.....	81
Tableau 10c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.....	81
Tableau 11 : Moyennes et médianes des prescriptions de sérologies en fonction des variables de quotas lors du premier rappel téléphonique.....	90
Tableaux 12a, 12b, 12c : Comparaison du nombre de sérologies prescrites déclaré lors du premier rappel téléphonique en fonction des variables de quotas.....	90
Tableau 12a : Comparaison en fonction du sexe.....	90
Tableau 12b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.....	90
Tableau 12c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.....	91
Tableau 13 : Moyennes et médianes des prescriptions de sérologies en fonction des variables de quotas lors du deuxième rappel téléphonique.....	91

Tableaux 14a, 14b, 14c : Comparaison du nombre de sérologies prescrites déclaré lors du second rappel téléphonique en fonction des variables de quotas.....	92
Tableau 14a : Comparaison en fonction du sexe.....	92
Tableau 14b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.....	92
Tableau 14c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.....	92

INTRODUCTION

A travers le monde, on estime que 36,9 millions de personnes vivent avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) à la fin de l'année 2014 (1). En France, ce chiffre s'élevait à environ 150 000 (2) et à 5 200 au sein des Pays de la Loire (3). Ces quelques chiffres permettent de mesurer l'ampleur de la pandémie du VIH à ce jour.

La lutte contre le réservoir de la maladie constitue un enjeu majeur. On estime qu'environ 30 000 personnes séropositives ignorent leur statut en France. Les bénéfices du dépistage sont désormais reconnus, tant sur le plan individuel que collectif. La corrélation entre la virémie plasmatique et le risque de transmission est établie (4). 60 % des contaminations sexuelles par le VIH auraient pour origine des personnes qui ne connaîtraient pas leur statut sérologique (5), autoalimentant ainsi l'épidémie cachée. Le dépistage est justifié par l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009 (6) puis le Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) de 2010-2014 (7) visaient à « *élargir le dépistage dans la population générale pour réduire le nombre de personnes ignorant leur séropositivité* ». En ce sens, l'offre de dépistage se diversifie et la place du médecin généraliste au sein de ce dispositif est réaffirmée.

Pourtant, il semble que ces stratégies de dépistage aient été peu suivies par les professionnels de santé et une recrudescence des IST et des comportements à risque est observée ces dernières années (8) (9). L'étude « Opportunités » du Pr Yazdanpanah (10), évaluant la fréquence des occasions manquées de dépistage et de diagnostic, évoque l'importance de ces opportunités manquées au cabinet du médecin généraliste. Par ailleurs, les auteurs pointaient l'échec des soignants à identifier les patients à risques. Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (11) estimait notamment la proportion des personnes âgées de 50 ans et plus à 17% des découvertes de séropositivité en 2013, un pourcentage en augmentation régulière. Ces seniors, bien souvent non perçus comme appartenant à un groupe à risque, représentaient 36% des diagnostics tardifs.

Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique a depuis longtemps opté pour le meilleur vecteur de diffusion des messages promotionnels : le face-à-face. Il apparaît que c'est le moyen le plus efficace en formation professionnelle (12). Plus récemment, l'Assurance Maladie, via ses délégués, a déployé cette stratégie auprès des médecins généralistes afin de promouvoir l'économie de santé. Mais ces visites comportent des inconvénients : messages manquant de crédibilité scientifique, intérêts économiques au premier plan, rapports médecins/visiteur non uniformes... Aucune de ces visites n'a un but de prévention ou de promotion des recommandations.

Plusieurs études ont montré de bons résultats en termes de modification des prescriptions lors de visites académiques auprès de médecins généralistes sur des

thèmes de pratique quotidienne. La HAS a rappelé les principes constitutifs de ces visites dans un document en 2006 (13). Cependant, aucune étude n'a été effectuée dans le domaine de la santé sexuelle, plus empreint de représentations. Ce thème est en effet jugé le moins facile à aborder selon le Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 (14) de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). La majorité des médecins considérait que soulever cette thématique sensible était intrusif et ne faisait pas partie de leur rôle.

Ainsi, nous comprenons la nécessité de promouvoir le dépistage du VIH pour lutter contre le réservoir caché de cette pathologie et permettre d'accéder au traitement et aux mesures de prévention adéquates. Cependant, les médecins, acteurs centraux du dépistage, semblent se dessaisir de leur rôle dans ce domaine. Malgré tous les supports d'information existant à ce jour, il nous semble impératif de mobiliser davantage les médecins sur cette question en réaffirmant les recommandations récentes. Notre hypothèse de travail est qu'une intervention en face-à-face, à l'image d'une visite académique, assure une portée de l'information délivrée plus importante et engendre une modification des pratiques plus aisée.

Notre travail de thèse consiste en une étude de faisabilité ayant pour but d'évaluer l'adhésion des médecins généralistes des Pays de la Loire à ce dispositif d'information et la possibilité de réalisation d'une telle étude à plus grande échelle. Nous pourrions ainsi mesurer l'impact qu'aurait une intervention en face-à-face concernant la prévention et la promotion du dépistage du VIH.

Une première partie de notre travail détaillera quelques notions d'épidémiologie à différentes échelles. Puis nous nous intéresserons aux pratiques de dépistage ainsi qu'à la visite médicale, principal mode d'information du médecin. Ensuite nous exposerons la méthode choisie pour notre étude et les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons des possibles biais et proposerons d'expliquer nos résultats.

I) Epidémiologie :

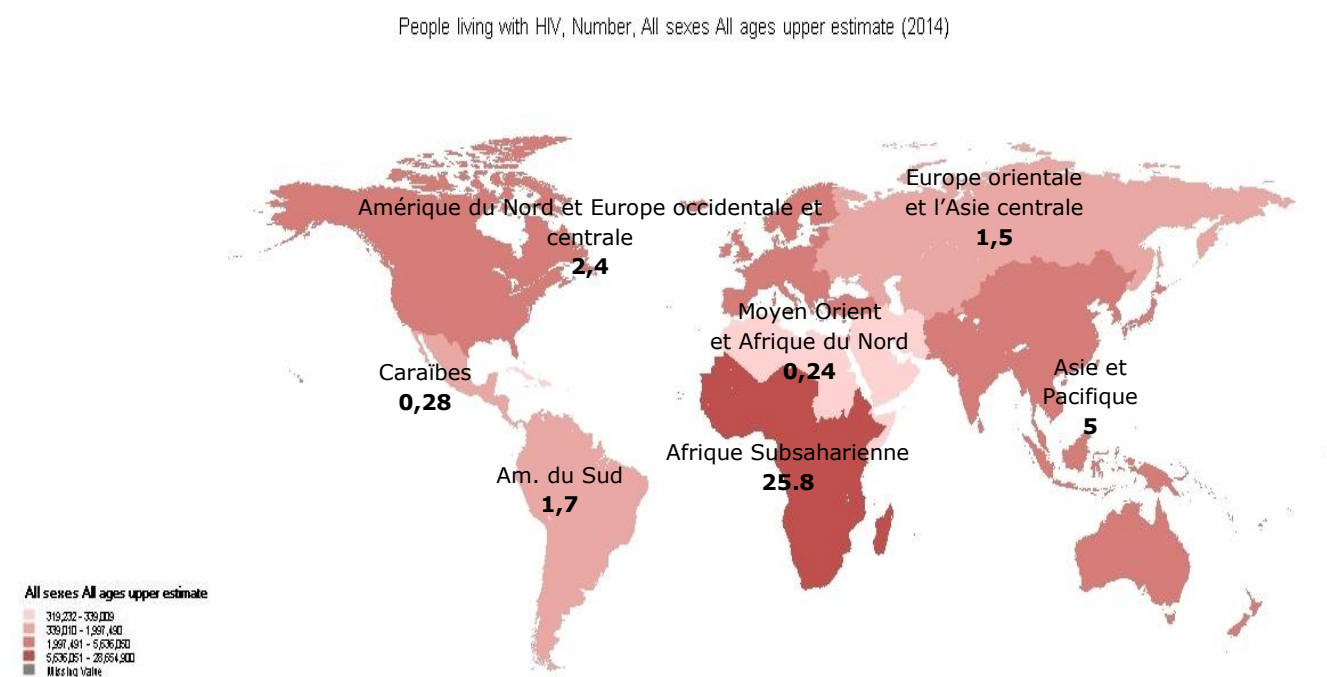
I.1 Epidémiologie mondiale :

Selon le rapport ONUSIDA de 2015 sur l'épidémie du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH à travers le monde à la fin de l'année 2014 (1).

Depuis le début de l'épidémie dans les années 1980, environ 78 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 39 millions de personnes sont décédées de maladies liées au SIDA (15).

Si l'Afrique sub-saharienne paie le plus lourd tribut, avec 25,8 millions de personnes vivant avec le VIH en 2014 (1), aucune région du monde n'est épargnée, comme le montre la figure 1.

Figure 1 : Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2014, en millions (source : AIDSInfo Online Database)



A travers le monde, 17,1 millions de personnes ignorent être porteuses du VIH (16).

I.1.1. Nouvelles infections par le VIH :

A l'échelle mondiale, les nouvelles infections à VIH ont chuté de 35% depuis 2000. Pourtant en 2014, 2 millions de personnes ont encore été infectées par le VIH.

Bien que le nombre de personnes nouvellement infectées soit en recul au niveau mondial depuis 2000, certaines régions du monde connaissent une situation moins favorable. En effet, on observe une augmentation des cas recensés au Moyen-Orient (augmentation de 30 %), en Europe Orientale et en Asie Centrale (augmentation de 26 %).

Concernant les enfants, une diminution de 58% des nouvelles infections est observée depuis 2000. 220 000 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH en 2014.

I.1.2. Mode de transmission :

Les rapports hétérosexuels restent le mode de transmission prédominant dans le monde. Cependant, la transmission du VIH lors de rapports homosexuels demeure majoritaire dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord notamment. La transmission par usage de drogues injectables est encore importante en Asie du Sud-Est et en Europe de l'Est.

I.1.3. Décès liés au SIDA :

En 2014, 1,2 million de personnes sont décédées de causes liées au SIDA dans le monde. Cela représente une diminution de 42% depuis l'année 2004 qui avait été marqué par une forte hausse.

La tuberculose reste la principale cause de décès parmi les patients infectés, représentant environ un décès lié au SIDA sur cinq.

I.1.4. Thérapie antirétrovirale :

En juin 2015, 15,8 millions de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) avaient accès à la thérapie antirétrovirale (16). Cela représente une augmentation de 84% de l'accès au traitement depuis 2010.

L'ONUSIDA a pour objectif de mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030. Pour cela, une stratégie audacieuse rejoignant les Objectifs de Développement Durable des politiques mondiales (16) a été élaborée.

« 90-90-90 » résume l'objectif principal de l'ONUSIDA :

- 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique,
- 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable,
- 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

I.2 Epidémiologie en France :

I.2.1. Activité de dépistage :

Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), 5,3 millions de sérologies VIH ont été réalisées en France en 2014 (17). Rapporté à la population, cela représente 80 sérologies pour 100 000 habitants. Ce chiffre est stable depuis l'année 2011, année qui avait été marquée par une augmentation du nombre de sérologies VIH effectuées.

Le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés augmente progressivement (56 500 en 2013). Ils restent négligeables par rapport à l'activité de dépistage en laboratoire mais contribuent à diversifier les outils et les lieux de dépistage.

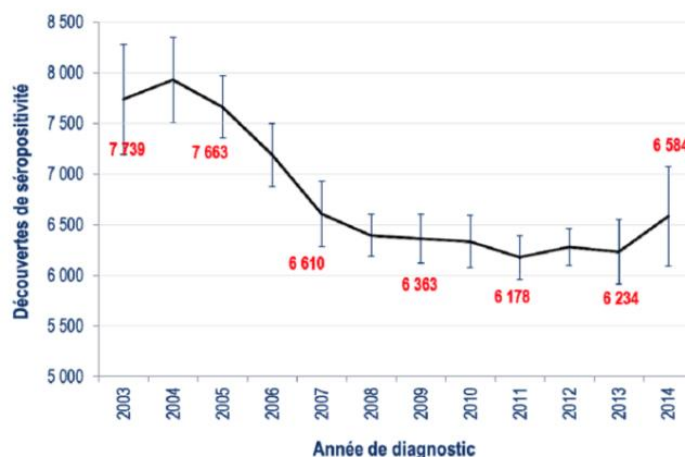
Le nombre de sérologies réalisées dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) est stable dans le temps. Elles représentent 7 % de l'ensemble des sérologies réalisées, soit environ 350 000 sérologies en 2014.

Le motif de dépistage le plus fréquent restait en 2013 la présence de signes cliniques liés au VIH (11). La sérologie VIH était plus souvent à l'initiative du médecin qu'à la demande du patient (77% et 23% respectivement).

I.2.2. Nouveaux diagnostics d'infection à VIH :

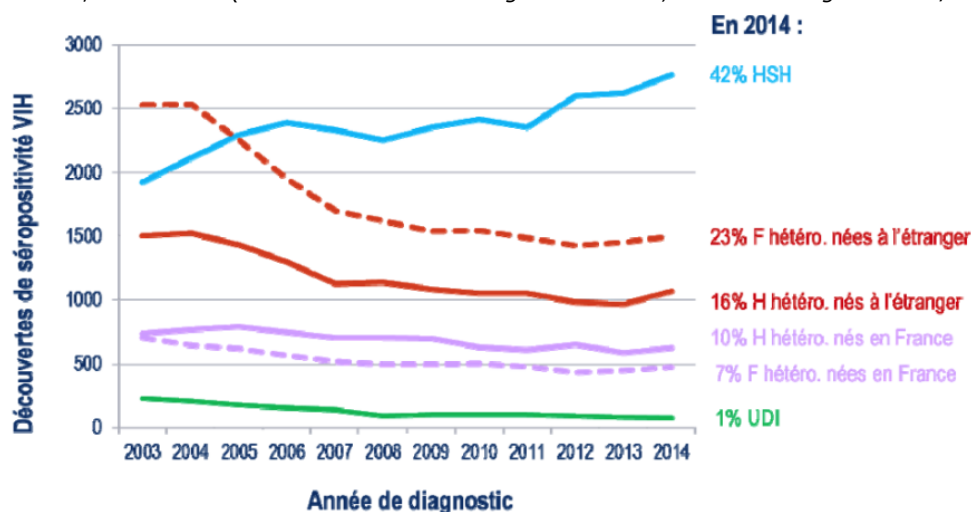
En 2014, 6 600 personnes ont découvert leur séropositivité pour le VIH en France (17). Ce chiffre est stable depuis 2007, comme l'illustre la figure 2. On peut noter une légère augmentation des découvertes de séropositivité en 2014.

Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH en France, 2003-2014. (Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2014, InVS)



La figure 3 représente l'évolution du nombre des découvertes de séropositivité VIH en France selon le mode de contamination. Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne restent particulièrement touchés, alors que la situation chez les usagers de drogues injectables (UDI) se stabilise.

Figure 3 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic, France, 2003-2014. (Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2014, InVS)



La contamination par voie sexuelle est prédominante. Elle représente 99% des infections. Chez les HSH, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH continue d'augmenter depuis 2011. Il représente 2 800 diagnostics en 2014 soit 42% de l'ensemble des découvertes.

On estime à 150 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH aujourd'hui en France. Parmi celles-ci, environ 30 000 (soit 20%) ignorent leur séropositivité (2).

I.2.3. Incidence :

Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas observés dans une population donnée, divisé par la taille de cette population et la durée de la période d'observation. A l'aide d'un modèle mathématique complexe, l'InVS réalise une estimation de l'incidence du VIH en France.

En 2012, 6 900 personnes auraient été contaminées par le VIH (17). Après avoir diminué jusqu'en 2010, ce nombre est resté stable sur la période 2010-2012, et ce dans tous les sous-groupes de population.

I.2.4. Stades au moment du diagnostic :

Selon le dernier point épidémiologique de l'InVS de novembre 2015 concernant l'infection par le VIH/SIDA et les IST (17), « *la tendance à une plus grande précocité des diagnostics sur les années récentes ne se poursuit pas en 2014* ».

En effet, en 2014, le nombre de diagnostics « précoces »¹ représente 39% des découvertes, pourcentage équivalent à celui de 2013. Dans le même temps, les découvertes de séropositivité à un stade « tardif »² sont en légère hausse : elles représentaient 25% des nouveaux diagnostics en 2013 (11), contre 26% en 2014 (17)). Le diagnostic tardif concerne principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels, nés en France ou à l'étranger, quel que soit leur âge (2).

Concernant les jeunes de 18 à 24 ans, selon une étude récente de l'InVS (18), 49% des découvertes de séropositivité VIH en 2013 chez les 18-24 ans étaient précoces et 14% tardives, sans tendance significative depuis 2008.

Un autre indicateur sur la précocité du diagnostic est obtenu à partir du test d'infection récente. Il permet de repérer les adultes diagnostiqués en moyenne moins de six mois après leur contamination. Les infections récentes représentaient de 29% de l'ensemble des infections VIH en 2013.

¹ Par convention, on désigne comme « précoce » un diagnostic au stade de primo-infection ou avec des CD4 inférieurs à 500/mm³ en l'absence de pathologie SIDA.

² De même, on désigne comme « tardif » un diagnostic réalisé au stade SIDA ou avec des CD4 inférieurs à 200/mm³ en dehors d'une primo infection.

I.2.5. SIDA :

En France, la diminution du nombre de diagnostics de SIDA se poursuit : on en dénombre 1200 en 2013. Parmi les diagnostics de SIDA, 60 % des personnes ignoraient leur séropositivité et 24% de personnes en avaient connaissance mais ne recevaient pas de traitement antirétroviral.

Depuis 2008, la pneumocystose reste la pathologie inaugurale de SIDA la plus fréquente. Puis viennent la tuberculose et la toxoplasmose cérébrale.

I.2.6. Comorbidités et mortalité :

Les PVVIH ont un niveau de risque plus élevé que la population générale pour la morbidité cardiovasculaire, les maladies osseuses, neurologiques, rénales, hépatiques et les tumeurs.

L'enquête Mortalité 2010 (19) a décrit la répartition des causes de décès en France en 2010 chez les PVVIH et leur évolution depuis 2000. Selon cette étude, le SIDA serait à l'origine d'un quart des causes de décès des sujets infectés par le VIH. La majorité décède de causes diverses (cancer non-SIDA non lié aux hépatites, hépatopathies, pathologies cardiovasculaires, infections non classant SIDA) alors que leur infection VIH est contrôlée sous traitement. Les cancers toutes catégories confondues représentaient au total un tiers des causes de mortalité.

I.2.7. Couverture thérapeutique :

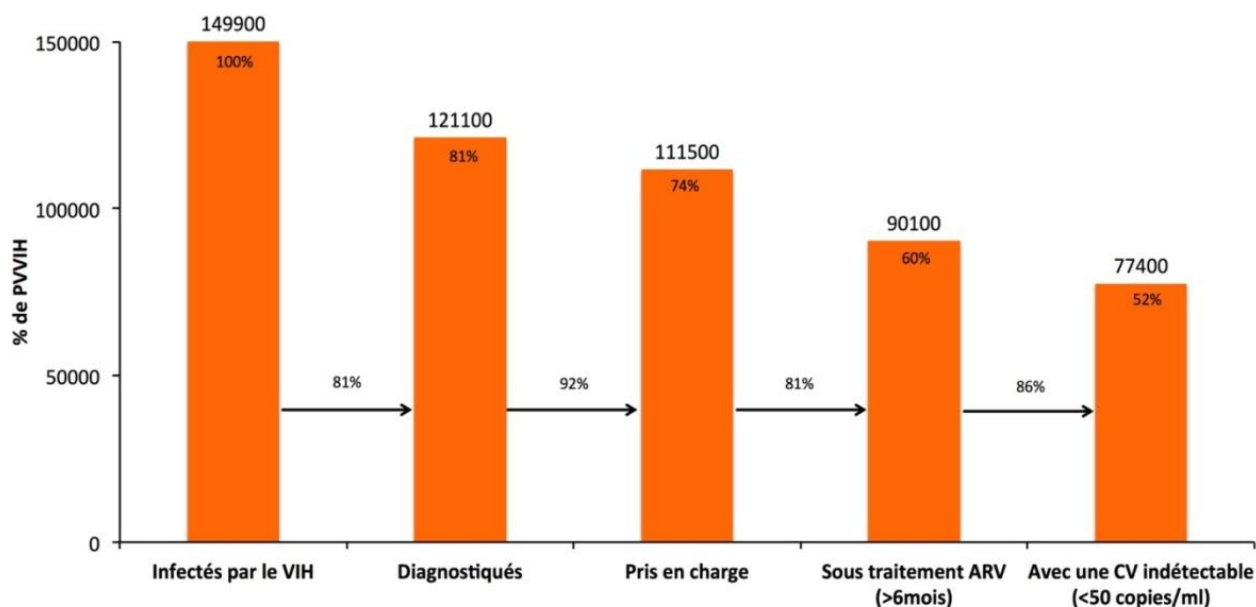
Grâce aux nouvelles combinaisons antirétrovirales, un nombre croissant de patients atteignent une charge virale indétectable. Selon le rapport d'experts sous la direction du Professeur Morlat (2), en 2011, dans la cohorte FHDH ANRS CO4, 93 % des personnes prenant un traitement depuis au moins six mois avaient une charge virale inférieure à 200 copies/mL et 88 % des patients une charge virale inférieure à 50 copies/mL.

I.2.8. La cascade de la prise en charge en France :

Ce terme est utilisé depuis quelques années pour caractériser la proportion de personnes diagnostiquées, puis liées aux soins et enfin avec une charge virale (CV) contrôlée au sein des PVVIH. La figure 4 illustre la cascade de la prise en charge en France en 2010. Elle est issue du rapport d'experts rédigé sous la direction du Professeur Morlat dit « rapport Morlat » (2) qui estimait que 149 900 personnes vivaient avec le VIH en France en 2010. Parmi elles, 81 % étaient diagnostiquées,

74 % étaient dans le système de soins, 60 % recevaient des antirétroviraux (ARV) depuis au moins six mois et 52 % avaient une CV contrôlée.

Figure 4 : Cascade de la prise en charge en France en 2010 (Source : Rapport d'experts sous la direction du Professeur Morlat, 2013)



En France, l'épidémie du VIH est encore très active. Même si 52 % des PVVIH reçoivent des antirétroviraux et ont une charge virale contrôlée, cela ne permet pas d'endiguer la progression de l'infection. Pour cela, il faut non seulement dépister les 20 % de personnes infectées par le VIH qui ignorent leur séropositivité mais également réduire le délai entre l'infection et le diagnostic du VIH.

Or l'activité de dépistage se stabilise depuis quelques années ainsi que les découvertes de séropositivité. On note un recul des diagnostics précoces. On observe une recrudescence des comportements à risque et des IST (9) comme nous le détaillons dans le paragraphe suivant.

I.3 Epidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST) en France (autre que VIH) :

Le VIH fait partie des infections sexuellement transmissibles. Elles ont un mode de transmission commun. C'est pourquoi toute suspicion ou diagnostic d'IST doit faire

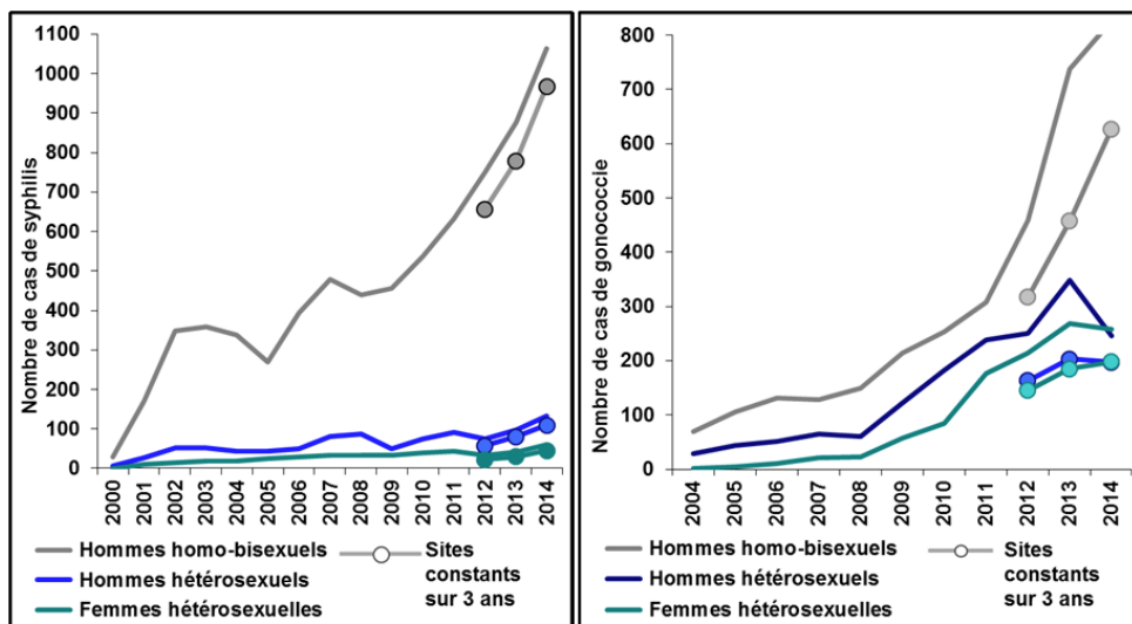
rechercher la présence d'autres IST. De plus, le traitement du ou des partenaires est nécessaire.

Les problématiques sont multiples :

- D'une part les ulcérations dues à ces pathologies facilitent les co-infections avec d'autres IST, notamment avec le VIH.
- D'autre part, une IST peut accélérer l'évolution d'une autre IST: c'est le cas de la co-infection hépatite C/VIH où les lésions hépatiques, cirrhose et carcinomes hépato-cellulaires sont plus précoces.
- En outre, ces co-infections posent d'importants problèmes thérapeutiques. L'augmentation de souches résistantes, concernant les gonococcies par exemple, est une préoccupation majeure. Les co-infections hépatites/VIH compliquent les prises en charges thérapeutiques.

La syphilis et les gonococcies, à incubation courte, sont des maladies sentinelles. Elles constituent un véritable observatoire de la sexualité des populations. Les tendances épidémiologiques de ces dernières années concernant les principales IST (20) (8) mettent en évidence une recrudescence notable pour la syphilis, les gonococcies, les infections à Chlamydia, les lymphogranulomatoses vénériennes (LGV)... Comme le montre la figure 5, l'augmentation est visible dans les deux sexes mais, là encore, les HSH semblent être une population particulièrement à risque.

Figure 5 : Nombre de cas de syphilis récente et de gonococcies selon l'orientation sexuelle, France, 2000-2014. (Source : réseau RésIST, InVS)



NB : le nombre de sites participant à la surveillance des IST via le réseau RésIST (CDAG, Ciddist, consultations hospitalières de dermatologie, de maladies infectieuses ou de médecine interne) a progressivement augmenté au cours du temps, d'où l'importance d'analyser les tendances à sites constants sur les années récentes.

Les infections dues au virus du papillome humain (Human Papillomavirus en anglais soit HPV) ont une prévalence élevée, de l'ordre de 25%, avec une couverture vaccinale encore faible. Concernant les hépatites virales, les co-infections hépatite C/VIH atteignent 26%, les co-infections hépatite B/VIH 10% (21). Plus de 80% des syphilis et plus de 60% des gonococcies prises en charge en 2014 dans les structures spécialisées, ainsi que la quasi-totalité des LGV concernent des HSH (17).

Par ailleurs, la recrudescence des IST chez les HSH peut s'expliquer en partie par l'adoption de méthodes de prévention alternatives au préservatif, telles que le « traitement comme prévention » (treatment as prevention en anglais, soit TasP), permettant de diminuer le risque de transmission du VIH mais pas des autres IST.

Ces tendances épidémiologiques sont le reflet de l'augmentation des comportements à risque (9) (8). Le rappel des mesures de prévention par l'usage du préservatif et le recours au dépistage sont essentiels.

I.4 Epidémiologie en Pays de la Loire :

Selon le rapport d'activité 2014 du comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) des Pays de la Loire (22), la file active³ compte 3903 patients dont 2629 hommes et 1274 femmes.

On estime qu'environ 1 000 personnes ignorent leur infection par le VIH en Pays de la Loire.

I.4.1. Activité de dépistage :

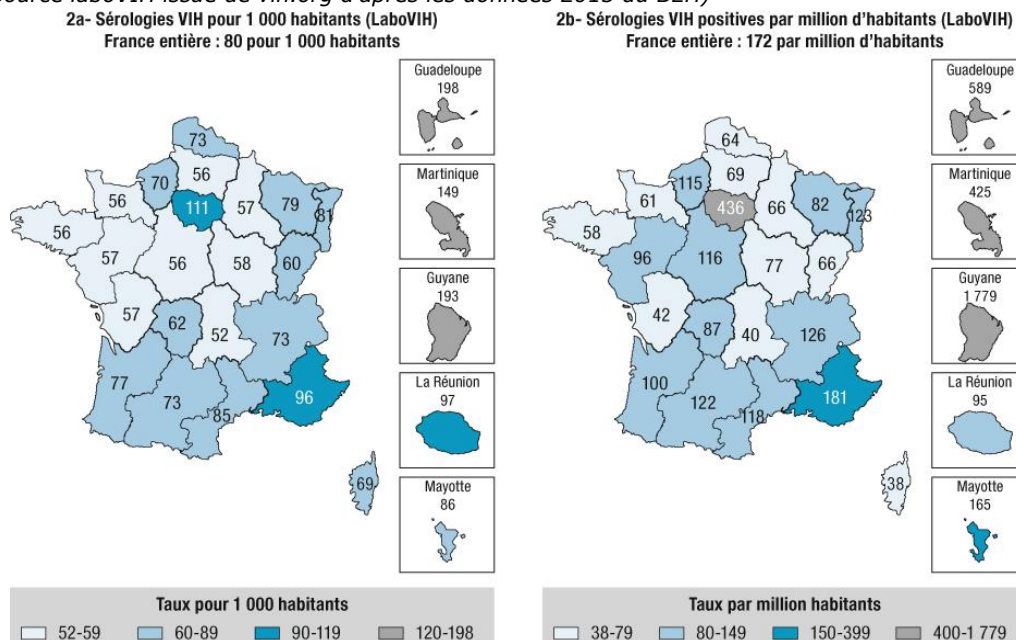
En 2013, un peu plus de 200 000 sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires ligériens. Rapporté à la population, cela représente 56 sérologies pour 100 000 habitants. Ceci reste inférieur à la moyenne nationale (79 sérologies pour 100 000 habitants).

Le nombre de sérologie positive (1,6 pour 1 000 habitants) est inférieur à la moyenne nationale (2,1 pour 1 000 habitants) mais reste l'un des plus forts parmi les régions de France métropolitaine hors Ile-de-France. Ce taux s'expliquerait par un dépistage plus ciblé dans les Pays de la Loire.

³ La file active est définie par le nombre de patients ayant eu au moins une consultation ou hospitalisation dans l'année considérée, dans un des services prenant en charge les personnes vivant avec le VIH rattaché au COREVIH.

La figure 6 illustre le taux de sérologies VIH réalisées et le taux de sérologies VIH positives en fonction des régions, en 2013.

Figure 6 : Sérologies VIH réalisées pour 1000 habitants et sérologies VIH positives par million d'habitants, en France, en 2013. (Source laboVIH issue de vih.org d'après les données 2013 du BEH)



En 2013, 2249 TROD ont été réalisés, permettant de diagnostiquer seize patients. Le taux de positivité (0,71%) est proche de la moyenne nationale (0,69%).

I.4.2. Nouveaux diagnostics :

En 2014, il y a eu 158 nouveaux diagnostics de VIH dans la région. Ce taux est stable depuis plusieurs années. Le mode de contamination par rapports homosexuels reste prédominant.

Selon le rapport épidémiologique 2014 du COREVIH des Pays de la Loire (22), parmi les nouveaux diagnostics VIH, 30% sont réalisés à un stade précoce (contre 39% au niveau national) et 21,5% à un stade tardif (26% sur l'ensemble du territoire en 2014), ce qui représente une perte de chance.

Le taux d'infections récentes est de l'ordre de 30% en 2014 (3). Ce chiffre est stable entre 2003 et 2013 et est comparable au taux national.

I.4.3. Stade SIDA et Mortalité :

On dénombre 889 patients au stade SIDA en 2014. Selon le dernier rapport d'activité du COREVIH, 35 décès liés à cette pathologie sont survenus au cours de cette même année.

I.4.4. Traitement :

96% des patients (soit 3747 patients) sont traités depuis plus de six mois. Parmi ceux-ci, 89,5% présentent une charge virale pour le VIH (CV VIH) inférieure à 50 copies/ml.

I.4.5. Comportements à risque :

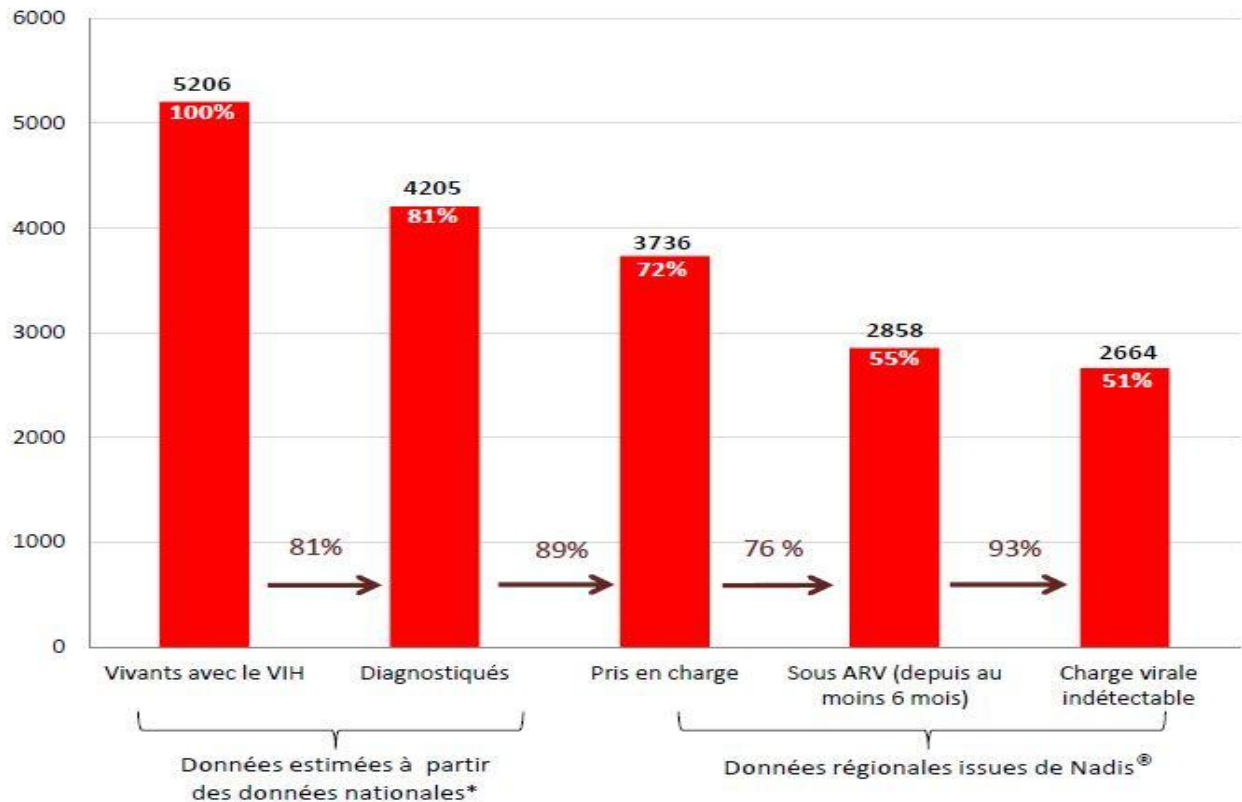
Selon le dernier Baromètre Santé Jeunes de 2010 (23), en Pays de la Loire, 29% des jeunes de 15-25 ans déclarent avoir eu plusieurs partenaires dans l'année, simultanément ou successivement. Le nombre de partenaires par unité de temps est un facteur de risque de contracter ou de transmettre une IST.

L'usage du préservatif continue d'être adopté par la majorité des jeunes au début d'une nouvelle relation. En effet, 94% des jeunes ligériens de 15 à 25 ans déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (90%). Néanmoins, la fréquence de l'usage du préservatif diffère selon le nombre de partenaire dans l'année. Elle reste élevée (90%) lorsque les jeunes n'ont eu qu'un seul partenaire mais diminue quand il y en a eu plusieurs. Seulement 77% des jeunes ligériens déclarent avoir utilisé un préservatif avec l'ensemble de leurs nouveaux partenaires.

I.4.6. Cascade de la prise en charge :

La cascade de la prise en charge concernant les Pays de la Loire est présentée en figure 7.

Figure 7 : Cascade de la prise en charge des patients atteints du VIH dans les Pays de la Loire en 2013. (Source : Bulletin Epidémiologique annuel VIH et SIDA des Pays de la Loire, COREVIH, 2013)



Les Pays de la Loire, longtemps relativement protégés, semblent connaître depuis quelques années une recrudescence des découvertes de séropositivité. Le nombre de dépistage en Pays de la Loire est insuffisant et/ou pas assez ciblé puisque l'on estime à 1000 le nombre de personnes ignorant leur séropositivité. De plus, le taux de dépistage reste inférieur à la moyenne nationale.

I.5 Synthèse :

La pandémie mondiale continue de progresser. Les objectifs des politiques mondiales afin d'éradiquer le virus d'ici 2030 sont ambitieux et nécessitent toutes les ressources disponibles.

A l'échelle nationale, l'épidémie reste active. Diminuer le réservoir caché de l'infection constitue un véritable défi, au moment où les comportements semblent se relâcher face à cette maladie chronique.

Les recommandations pour un dépistage généralisé en population générale (plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014 (7)) semblent avoir été peu appliquées par l'ensemble des professionnels de santé.

Il est donc essentiel d'accentuer une prévention ciblée à l'aide de tous les outils disponibles. Les stratégies de prévention se diversifient dans ce sens : information sur la transmission du VIH et ses méthodes de prévention, promotion de l'usage du préservatif, recours au dépistage et des autres IST de façon régulière, recours au « treatment as prevention » (TasP) chez le partenaire séropositif, recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP)...

Nous allons aborder dans le chapitre suivant les stratégies de dépistage concernant le VIH, comprendre leurs particularités et détailler l'ensemble du dispositif en place.

II) Le dépistage du VIH :

II.1. Le dépistage, définition :

Historiquement, la Conférence « Commission on Chronic Illness » (CCI) (24) sur la prévention des maladies chroniques qui s'est tenue en 1951 a donné la définition suivante :

« Le dépistage consiste à identifier présomptivement à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passées jusque-là inaperçues. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le départ entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. »

A cette époque, il fallait avant tout éliminer le réservoir de la maladie, les considérations de bonne santé des individus et de prolongation de la vie étaient secondaires.

En 1970, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) simplifie cette définition (25) : « *c'est l'ensemble d'examens et de test effectués au sein d'une population apparemment saine afin de dépister une affection latente à un stade précoce.* »

Quelques principes doivent être rappelés. Ils conditionnent une bonne stratégie de dépistage :

- La maladie ciblée doit être fréquente, grave et accessible au traitement à un stade précoce.
- Le test de dépistage doit être simple, acceptable par le patient, fiable, efficace (c'est-à-dire avec une haute sensibilité⁴ et spécificité⁵) et peu coûteux. Il doit déboucher sur des mesures diagnostiques et thérapeutiques afin de diminuer la morbidité et la mortalité.

Avec cette définition, le VIH ne répondait pas aux critères permettant un dépistage lors de sa découverte puisqu'aucun test de dépistage ni aucun traitement n'étaient disponibles. Nous verrons dans les paragraphes suivants quels bénéfices nous pouvons désormais attendre du dépistage de cette pathologie depuis l'avènement des trithérapies antirétrovirales. Nous exposerons les stratégies de dépistage sur un plan historique puis en précisant les directives actuelles.

⁴ Sensibilité : probabilité que le test soit positif si la maladie est présente.

⁵ Spécificité : probabilité que le test soit négatif chez les non-malades.

II.2. Les bénéfices du dépistage du VIH :

Le dépistage de l'infection par le VIH constitue un élément majeur des efforts de prévention du VIH. Un diagnostic et un traitement précoce de l'infection par le VIH offrent de nombreux avantages tant à l'échelle individuelle que populationnelle.

II.2.1. A l'échelle individuelle :

Se savoir séronégatif permet de se rassurer et d'adopter tous les moyens de prévention nécessaire afin de protéger ses partenaires. Le principe de la Prophylaxie Pre-Exposition (PrEP) consiste à proposer à des personnes non infectées par le VIH d'utiliser des traitements antirétroviraux pour se protéger du risque de contracter le virus. Plusieurs études ont montré l'efficacité de la PrEP, notamment dans les groupes à haut risque (26) (27). Connaître son statut sérologique est donc essentiel dans cette perspective. Une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) a été autorisée récemment par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) pour TRUVADA dans une indication de PrEP. La France est le premier pays européen à ajouter cet outil à la panoplie des mesures de prévention de la transmission du VIH. Dans le cadre de cette RTU, le traitement n'est délivré qu'après le dépistage et une période de latence de trois semaines afin d'éliminer une primo-infection.

Par ailleurs, le diagnostic, la prise en charge et le traitement le plus précoce possible augmentent la survie des PVVIH. Dans une étude parue en 2008 dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) (28), K. Bhaskaran démontre que depuis l'avènement des multi-thérapies antirétrovirales, le taux de mortalité des personnes infectées par le VIH rejoint celui de la population générale. Plus récemment, dans une étude parue en 2013 (29), C. Montlahuc fait état de la perte de chance importante des patients diagnostiqués à un stade tardif : le risque de décès dans les six mois après la prise en charge est estimé 13 fois supérieur lors d'un diagnostic à un stade avancé (SIDA ou CD4 inférieurs à 200/mm³).

Enfin, un vaste essai clinique international randomisé, l'étude START (Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment) (30), a examiné les bénéfices et les risques d'un traitement antirétroviral initié dès le diagnostic. Les premiers résultats attestent que les avantages de commencer un traitement antirétroviral immédiatement surpassent les risques d'attendre que le taux de CD4 soit inférieur à 350/mm³. Les nombreuses implications de ces constatations sont reprises dans un document de l'ONUSIDA (31) qui rapporte que l'OMS a entrepris une révision de ses lignes directrices sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH.

II.2.2. A l'échelle de la population :

L'adoption de comportements de prévention est deux fois plus élevée lorsque l'on sait que l'on est infecté par le VIH que lorsqu'on l'ignore ou même si on le craint (32). De plus, si la séropositivité est découverte lors de la primo infection, l'adoption de comportements préventifs pendant cette phase est fondamentale car la contagiosité est alors très élevée (33).

Des travaux de modélisation suggèrent que 60 % des nouvelles contaminations en France sont issues de personnes ignorant leur séropositivité (5). Connaître son statut sérologique permet une prise en charge précoce et la mise en place d'un traitement adapté. La corrélation entre le niveau de virémie plasmatique et le risque de transmission est établie (4). Les patients sous traitement transmettent beaucoup moins le VIH à leurs partenaires (34). Le TasP (« treatment as prevention » ou traitement comme prévention en français) est la prise d'antirétroviraux par des personnes séropositives pour ne pas transmettre le VIH. C'est un élément majeur de la prévention, associant un bénéfice personnel et collectif si l'observance est optimale.

L'aptitude des systèmes de santé à dépister tôt, le pourcentage de personnes sous traitement parmi les PVVIH, la précocité de l'initiation du traitement antirétroviral et la rétention dans le système de soins paraissent essentiels. Si les stratégies de prévention combinée multiplient les outils à disposition, le dépistage apparaît comme la pierre angulaire de toute la prise en charge.

II.3. Le dépistage du VIH, un long chemin vers la normalisation :

Aujourd'hui, les enjeux du dépistage sont clairs mais cela n'a pas toujours été le cas. En se penchant sur l'histoire de l'épidémie, on comprend mieux les stratégies de dépistage mises en place à l'époque. Les principes de confidentialité, d'anonymat et de volontariat faisaient figure d'exception pour le dépistage d'une maladie infectieuse. Ils étaient justifiés alors par le caractère léthal et stigmatisant de cette pathologie. Pour comprendre la « normalisation paradoxale du SIDA » (35) comme l'explique le sociologue Michel Setbon, il faut reprendre l'histoire de l'épidémie. On la structure schématiquement en 4 phases :

II.3.1. De 1980 à 1985, le déni et l'indifférence :

A cette époque, le SIDA concerne principalement des homosexuels et des toxicomanes. Le risque de contamination est attribué à des comportements sexuels à

risque. Ceci est à l'origine de l'indifférence de la population générale et à un certain déni du corps médical.

II.3.2. A partir de 1985, la mobilisation :

La découverte du virus responsable et l'apparition d'un test de dépistage pour cette pathologie permet une mobilisation générale. La prise de conscience des modes de transmission et l'évolution des connaissances conduisent à considérer le SIDA comme un risque généralisé pouvant toucher toute la population. Setbon explique cette mutation : «*Le VIH devient un risque lié à toute activité sexuelle non protégée, ce qui en fait à la fois un risque individuel généralisé et un risque collectif, épidémique*» (35). La population demande alors des solutions de prévention, puisqu'aucun traitement n'est encore disponible.

II.3.3. A partir de 1986, les réponses exceptionnelles :

C'est la phase des réponses et du développement de « l'exceptionnalisme » propre au dépistage du VIH. Dans un paragraphe précédent (II.1 page 28), nous exposons les principes du dépistage. La plupart ne s'appliquaient pas au VIH à l'époque car le SIDA restait incurable. Par ailleurs, le fait que cette pathologie touche préférentiellement des personnes perçues en marge de la société, a induit une forte stigmatisation. Les bénéfices individuels d'un dépistage ne semblaient donc pas évidents. Les débats furent nombreux. La politique de lutte contre le VIH retenue a privilégié une prévention basée sur la responsabilisation individuelle, le dépistage volontaire (dépistage en « opt in »⁶) et le respect de la confidentialité. Cette approche dérogoratoire au cadre général du contrôle des maladies transmissibles a été qualifiée « d'exceptionnalisme » (36). Les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) voient le jour grâce à un décret de janvier 1988 (37). Le concept de « counseling⁷ » prend forme.

⁶ Dépistage en « opt in » : C'est un dépistage avec le consentement préalable explicite de l'individu.

⁷ Counseling : Le counseling consiste en un échange avec le patient afin de connaître les circonstances entourant sa décision d'effectuer un test, d'évaluer ses connaissances concernant les modes de transmission du VIH et sa perception subjective du risque. Cet échange vise également à anticiper les émotions liées aux résultats. C'est enfin une occasion de renforcer les messages de prévention.

II.3.4. A partir de 1996, la normalisation :

La quatrième phase, celle de la normalisation, débute en 1996 avec l'apparition de traitements capables de réduire l'apparition de la maladie SIDA et d'améliorer les conditions de vie. C'est un tournant décisif. Le SIDA devient une maladie chronique. Selon Setbon, « *la normalisation du SIDA ne traduit pas une modification du problème représenté par le SIDA, mais un changement de sa perception* » (35). Dès lors, les démarches de prévention prennent un sens nouveau. Il apparaît essentiel de dépister précocement afin de prolonger l'espérance de vie et de limiter la propagation du virus due aux séro-ignorants. Mais cette modification de perception du risque par la population générale a aussi un effet pervers, celui d'un relâchement des comportements.

La notification des cas de SIDA est obligatoire depuis le début des années 1980 (38). Les décès de personnes atteintes de SIDA sont également à déclaration obligatoire. Depuis avril 2002 (39), les notifications des cas d'infection par le VIH, quel qu'en soit le stade, sont obligatoires. Elles sont rendues anonymes depuis 2003 et transmises aux médecins de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Peu à peu, l'évolution de l'épidémie de l'infection, l'avancée des thérapeutiques et la mise en évidence des bénéfices d'un traitement amènent certains auteurs (comme De Cock (36)) à s'élever contre cet exceptionnalisme. Il s'agit selon lui de « *considérer désormais le VIH/SIDA comme les autres maladies chroniques infectieuses pour lesquelles un diagnostic précoce est essentiel afin de délivrer des thérapeutiques et des mesures préventives appropriées, dans le respect du consentement éclairé et de la confidentialité* ». En 2005, Frieden fait le même constat d'échec des stratégies de dépistage en place et appelle au réveil des consciences (40). Ces deux auteurs revendiquent un changement de paradigme.

II.4. Et aujourd'hui ?

Dans le chapitre précédent (I. Epidémiologie), nous avons constaté que la France avait globalement une bonne activité de dépistage. Cependant, les défis sont encore grands au regard de la proportion non négligeable des séro-ignorants, du retard au diagnostic et de la recrudescence des comportements à risques. Notre attitude actuelle n'est donc pas suffisante.

Nous allons détailler ici l'évolution des recommandations jusqu'aux dernières stratégies de dépistage mises en place.

II.4.1. Les premières évolutions :

En 2006, aux Etats-Unis, les Centers for Disease Control (CDC) publient de nouvelles recommandations (41). Ils introduisent le dépistage en « opt out⁸ » et recommandent un test annuel chez les patients considérés à risque de cette infection. Le consentement aux soins englobe désormais le dépistage pour le VIH. Le concept du counseling est redéfini.

La même année, le Conseil National du SIDA (CNS) (42) propose un élargissement de la proposition de tests de dépistage en promouvant une offre diversifiée et accessible à tous. Le rôle des CDAG est renforcé. La place du counseling est précisée : il ne doit plus être obligatoire car apparaissant alors comme un frein potentiel. Il persiste un counseling post test dans les situations où il est nécessaire. Le CNS propose après évaluation préalable d'élargir l'utilisation des TROD.

En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA mènent conjointement un travail de réflexion pour améliorer les pratiques de dépistage. Le guide en matière de dépistage et de conseils à l'initiative du prestataire de soins dans les établissements de santé (43) définit les stratégies à adopter dans les services concernés en fonction de différents seuils épidémiologiques.

II.4.2. Les recommandations de la HAS de 2009 :

En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a formulé de nouvelles recommandations concernant le dépistage de l'infection par le VIH en France (6). Elles consistaient à proposer un dépistage aux personnes âgées de 15 à 70 ans en dehors de toute notion d'exposition à risque, à l'occasion d'un recours au système de soins. Elles précisaient également les populations identifiées à haut risques pour lesquelles un dépistage annuel était recommandé. Elles replaçaient le médecin généraliste au centre de cette stratégie de dépistage.

Ces recommandations vont dans le même sens que l'avis du Conseil National du SIDA de 2006. Le rapport du groupe d'experts sous la direction du Pr Yeni (44) reprend ces directives. Il préconise de renforcer les pratiques de dépistage en population générale tout en maintenant un dépistage ciblé et régulier auprès des populations les plus exposées et selon des circonstances à risques. Ces politiques d'élargissement du dépistage avaient également pour but de lutter contre la discrimination.

Le choix de cette stratégie reposait sur les données épidémiologiques de l'époque, notamment le nombre croissant de personnes vivant avec le VIH et l'ignorant et la sensibilité particulière de certains groupes de population à cette infection. Le modèle

⁸ Dépistage en « opt out » : C'est une proposition systématique d'un test de dépistage par un soignant, comme un examen de routine, à moins que le patient ne le refuse explicitement.

coût-efficacité d'une telle stratégie a été validé par divers travaux. Dans une étude de 2005 réalisée aux Etats-Unis (45), le Docteur Sanders conclut que le dépistage du VIH est coût-efficace même dans des populations à faible prévalence et propose une extension de ces stratégies. En 2010, l'équipe du Professeur Yazdanpanah réalise une étude en France (46). Le dépistage régulier dans des groupes à risque est économiquement justifiable selon eux. Le dépistage dans la population générale peut augmenter la survie et est comparable à d'autres campagnes de dépistage.

II.4.3. Le plan National VIH/SIDA IST 2010-2014 :

Par la suite, les directives de la HAS ont été relayées par le Plan National VIH/SIDA IST 2010-2014 (7). La proposition d'un test à « *la population générale de 15 à 70 ans indépendamment d'une notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH à l'occasion d'un recours aux soins notamment chez les médecins généralistes* » est recommandée. Les principes initiaux du dépistage du VIH en France ne sont pas remis en cause : poursuite du dépistage volontaire, dépistage ciblé et régulier du VIH pour certaines populations et dans certaines circonstances, respect du droit des personnes (confidentialité, possibilité d'anonymat, consentement préalable), large accessibilité (gratuité et diversité de l'offre de dépistage). Le dépistage en « opt out » est généralisé.

II.4.4. En pratique, des recommandations peu suivies...

Cependant, ces recommandations semblent avoir été peu suivies par l'ensemble des professionnels de santé. L'enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) intitulée Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 (14) a pour but d'évaluer les pratiques et les attitudes des médecins généralistes. Selon cette étude, la majorité des médecins se positionne contre la proposition de dépistage aux personnes sans facteur de risque n'ayant pas fait de test depuis longtemps (48% ne sont plutôt pas d'accord et 18% sont pas du tout d'accord). En janvier 2012, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (47) a pris position contre le dépistage systématique en médecine générale. Il s'appuie sur une étude portant sur une stratégie de dépistage systématique conduite dans un service d'Urgences (48). Les auteurs montrent en effet une faisabilité limitée en population générale, avec peu de cas en dehors des populations à forte prévalence et donc un impact mineur en termes de santé publique. Le CNGE recommande alors d'évaluer les risques pour chaque patient et de renforcer la stratégie de dépistage du VIH en saisissant toutes les occasions de proposer un test aux patients ayant été exposés à un risque.

Ainsi, le dépistage élargi apparaît peu appliqué et peu accepté par les professionnels de la santé. Les stratégies de dépistage ciblé ne sont également pas suffisamment

exploitées. L'étude « Opportunités manquées » (10) montre que le repérage des facteurs de risque et des indications cliniques est actuellement insuffisant.

II.4.5. Un concept récent, la notion d'opportunité manquée :

Cette notion a été explorée dans l'étude de l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) « Opportunités » du Pr Yazdanpanah (10).

II.4.5.1 Population d'étude:

La population d'étude était constituée de patients âgés de plus de 18 ans, résidant en France depuis plus d'un an et se présentant dans un centre de soins dédié dans les six mois suivant le diagnostic de VIH. Le premier diagnostic de séropositivité devait avoir été réalisé en France.

II.4.5.2 Objectif :

L'objectif était, chez des patients nouvellement diagnostiqués séropositifs pour le VIH (c'est-à-dire avec un diagnostic inférieur à six mois), d'évaluer la fréquence des opportunités manquées de dépistage⁹, des opportunités manquées de diagnostic¹⁰ et de déterminer les facteurs de risque associés.

II.4.5.3 Recueil des données :

L'anamnèse était réalisée par questionnaires. Un premier questionnaire, administré par un médecin, permettait de vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion, de recueillir les caractéristiques du VIH au moment du diagnostic et l'éventuelle cause de refus de participation. Le deuxième questionnaire explorait notamment le parcours de soins et les éventuelles opportunités manquées.

⁹ L'opportunité manquée de dépistage est définie comme tout contact avec une structure de soins lors duquel un test VIH n'est pas proposé au patient, alors même qu'aucun facteur ou symptôme évocateur d'une possible infection par le VIH n'est présent.

¹⁰ L'opportunité manquée de diagnostic est définie comme tout contact avec une structure de soins lors duquel un test VIH n'est pas proposé au patient, malgré la présence d'un signe d'appel à le considérer. Le signe d'appel peut être l'évocation d'un facteur de risque de transmission ou la présence d'un symptôme clinique ou d'une co-infection.

II.4.5.4 Résultats :

1008 patients ont été inclus. Dans l'échantillon, un tiers n'avait jamais eu de proposition de dépistage, 41% des patients ont eu un dépistage au cours des trois dernières années, 28% ont déjà eu un test, mais il y a plus de trois ans. Les auteurs observaient des variations selon les groupes : 18% des HSH, 45% des africains du Sub-Sahara, 44% des hétérosexuels multipartenaires n'avait jamais eu de proposition de dépistage.

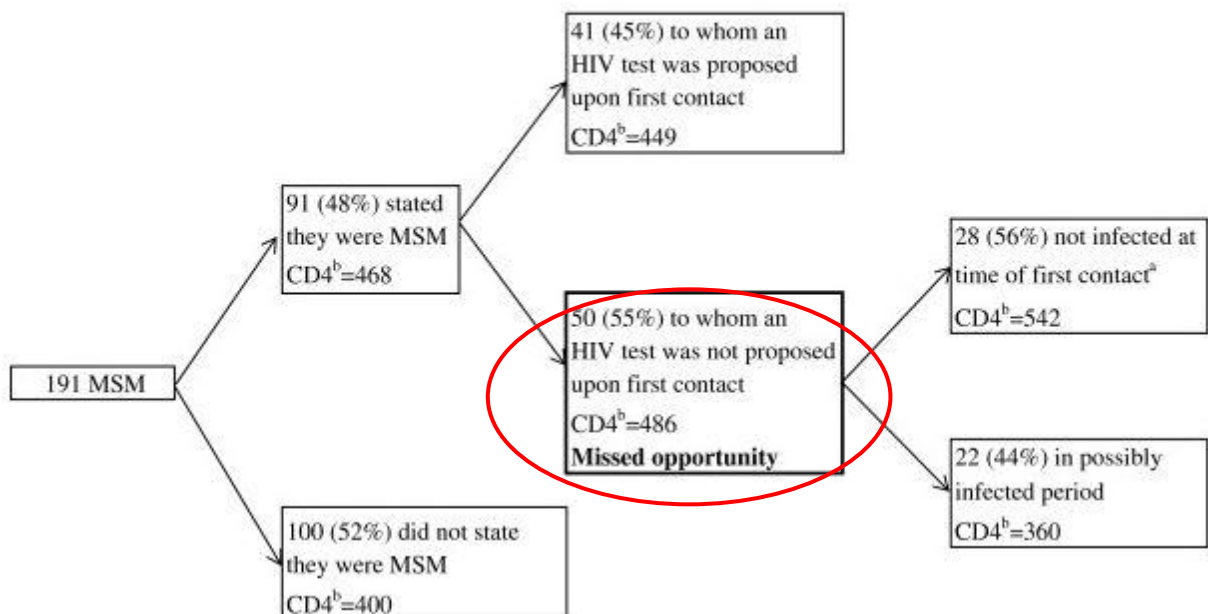
99% des patients ont eu au moins un recours à une structure de soins dans les trois ans avant le diagnostic de VIH, un médecin généraliste le plus souvent. 89% des patients consultent un médecin généraliste au moins une fois par an.

La figure 8 présente l'algorithme de dépistage parmi les HSH. Seule la moitié de ceux qui ont déclaré leur orientation sexuelle se sont vu proposé un test de dépistage.

Figure 8 : Algorithme de dépistage parmi les HSH. (Source : Champenois et al : Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infectious diseases, 2013 13:200.)

a) Opportunity for HIV test proposal based on high-risk group of acquiring HIV

Fate of MSM upon first contact with a healthcare setting within the 3-year to 3-month period prior to diagnosis of HIV
MSM who reported no possible HIV-related symptom during the period

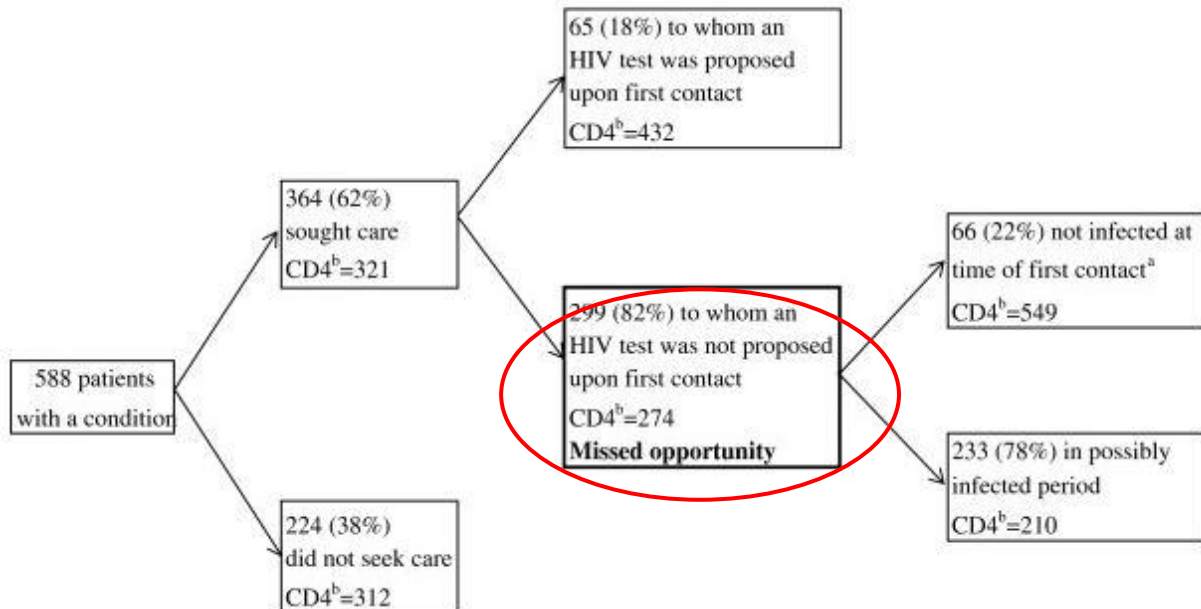


La figure 9 présente l'algorithme de dépistage parmi les patients présentant un symptôme évocateur. Parmi eux, 62% ont consulté. Parmi ceux-ci, 18% seulement ont eu une proposition de test.

Figure 9 : Algorithme de dépistage parmi les patients présentant un symptôme évocateur. (Source : Champenois et al : *Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infectious diseases, 2013 13:200.*)

b) Opportunity for HIV test proposal based on possible HIV-related condition

Fate of patients seeking care for possible HIV-related symptoms upon first contact with a healthcare setting within the 3-year to 3-month period prior to HIV diagnosis



II.4.5.5. Conclusion :

Les occasions manquées sont trop fréquentes. Les auteurs concluent que les stratégies basées sur la reconnaissance de facteurs de risque ou des indications cliniques sont insuffisantes : risque non mentionné par le patient mais non recherché par le soignant, faible proportion de tests sachant le patient à risque et proportion élevée d’opportunités manquées chez le médecin généraliste.

Les auteurs suggèrent de renforcer la pratique du test proposé par le médecin, notamment le généraliste, en proposant le dépistage en routine dans des régions ou des populations à prévalence élevée. Ils recommandent de développer des outils pour identifier les personnes à risque sur des bases comportementales ou cliniques et de leur proposer régulièrement des tests.

II.4.6. Le « Rapport Morlat » de 2013 :

En 2013, le rapport d’experts sous la direction du Professeur Morlat (2) a souhaité réinterroger la pertinence des recommandations émises par la HAS en 2009.

Les auteurs réajustent les recommandations initiales en s’appuyant sur les récentes données et les différents arguments présentés.

Ils préconisent de :

- Poursuivre le dépistage ciblé par population à risque, par circonstance à risque,
- Prêter une attention particulière aux signes cliniques qui doivent orienter vers une primo infection ou une infection plus avancée à VIH,
- Saisir les opportunités d'un dépistage plus large chez des personnes sans test récent lorsque l'occasion se présente.

Les experts réaffirment les différents 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 Caraïbes
- les usagers de drogues injectables (UDI)
- les personnes originaires d'une zone à 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
- 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 clinique ou biologique particulières

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

Par ailleurs, le rapport de recommandations 2014 sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C sous la direction du Pr Dhumeaux (49) recommande de rechercher systématiquement une co-infection par le VHC et le VHB lors de la découverte d'une infection par le VIH. La faisabilité de ce dépistage combiné (VIH/VHB/VHC) a été testé en 2012 dans plusieurs départements (50). Les auteurs concluent que des médecins généralistes motivés et sensibilisés à la pratique du dépistage combiné peuvent le proposer plus souvent que dans leur pratique courante sur une courte période.

D'autre part, la HAS effectue actuellement une réévaluation de ses recommandations de 2009 sur le dépistage de l'infection par le VIH. Les résultats sont attendus au cours de l'année 2016 (51).

Nous avons vu que la mise en pratique de ces recommandations nécessite de déployer tout le dispositif de dépistage disponible en France, mais quel est-il ?

II.5. Le dispositif de dépistage en France :

II.5.1. Les professionnels de santé :

Tous les professionnels de santé ont leur rôle à jouer concernant le dépistage du VIH. Considérant leur place centrale, les médecins généralistes sont en première ligne. Leur mission de prévention a été réaffirmée par les recommandations récentes. Les médecins participent de manière importante au dépistage (77% des tests VIH sont réalisés en laboratoire de ville et prescrits en général par le médecin généraliste (2)).

Une étude récente a été conduite en Pays de la Loire concernant les médecins généralistes et l'infection par le VIH (52). Les deux auteurs, N. Hall et N. Crochette concluent que les médecins interrogés étaient plutôt favorables au suivi de PVVIH dans le cadre de soins courants.

II.5.2. Les associations de lutte contre le SIDA :

La première association française de lutte contre le VIH/SIDA se nomme AIDES. Elle a été créée en 1984. Aujourd'hui, on dénombre 27 associations différentes œuvrant contre le VIH/SIDA en France (53). Leurs actions sont principalement centrées sur l'écoute, le soutien, la lutte contre les discriminations, l'accompagnement psychologique et social des personnes séropositives et de leur entourage et la prévention (distribution de préservatifs, campagnes d'information...). Leur rôle se trouve aujourd'hui renforcé par la possibilité d'effectuer des dépistages avec les TROD.

II.5.3. Les CDAG et les CIDDIST fusionnent :

Les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), créés en 1988 (54) sont implantés dans des établissements de santé ou des dispensaires. Certains disposent d'antennes dans les prisons. Le dispositif a été étendu en 1992 aux dispensaires antivénéériens (Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles ou CIDDIST depuis 2005), aux centres de planification et d'éducation familiale et aux centres de protection maternelle et infantile (PMI). Dans ces structures, le dépistage est gratuit mais n'est pas anonyme (sauf dans le cas d'un CIDDIST couplé à un CDAG).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 crée, dans son article 47 (55), une nouvelle structure appelée Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Ces nouveaux centres, financés par l'Assurance maladie, remplacent les CDAG et les CIDDIST à compter du 1er janvier 2016. Comme présenté dans le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014, il s'agit de proposer une réorganisation du dispositif. Celui-ci permettra de prendre en charge de manière globale et unifiée le dépistage du VIH et des IST, d'assurer les traitements de premier recours pour ces dernières et d'ouvrir à la prise en charge de la santé sexuelle.

II.5.4. Les Coordinations Régionales de lutte contre le VIH (COREVIH) :

Ces comités ont pour mission d'améliorer les liens entre la prévention, le dépistage, le soin, la prise en charge hospitalière et extrahospitalière et doivent favoriser la participation des malades et usagers du système de santé. Ils ont remplacé à partir de 2007 les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH).

Composés de représentants des établissements de santé, sociaux et médicosociaux, des professionnels de santé et de personnalités qualifiées, ils sont importants au niveau régional dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'infection par le VIH notamment en matière de dépistage.

II.5.5. Le réseau laboVIH :

C'est un système de surveillance de l'activité de dépistage du VIH. Il a été mis en place en 2001 dans les laboratoires d'analyses médicales. Ses objectifs sont de mesurer l'activité de dépistage du VIH et de contribuer à l'interprétation des données issues de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH en suivant l'évolution de l'activité de dépistage. Les données sont recueillies dans environ 4300 laboratoires.

II.6. Les techniques de dépistage :

II.6.1. Le test Elisa de 4^{ème} génération :

Il s'agit d'un test mixte détectant simultanément des anticorps anti-VIH-1, anti-VIH-2 et l'antigène p24 du virus, permettant un dépistage des infections récentes. Un test négatif indique que la personne n'est pas contaminée si elle n'a pas pris de risque dans les six semaines précédant la réalisation du test. S'il est positif, un Western-Blot est réalisé pour confirmer le résultat : ce dernier détecte différents anticorps dirigés contre le VIH, permettant ainsi de savoir si le virus est réellement présent dans l'organisme. Un Western-Blot négatif indique que la personne n'a pas été contaminée, sous réserve qu'elle n'ait pris aucun risque dans les six dernières semaines. En cas de test Elisa de 4^e génération positif et de Western-Blot négatif, il faut renouveler le test de dépistage sur un deuxième prélèvement pour déterminer s'il s'agit d'une contamination très récente ou d'une fausse réaction positive.

En France, ce test de dépistage par Elisa de 4^{ème} génération réalisé en laboratoire sur prescription médicale, est remboursé à 100 % par l'Assurance Maladie. Il est effectué gratuitement dans les CeGIDD. Il est possible de faire un test dans un laboratoire sans prescription médicale, coûtant alors 14,04 euros.

II.6.2. Le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) :

Il est défini comme un test unitaire, à lecture visuelle subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement). Il peut être réalisé sur sang total, liquide cravculaire, sérum ou plasma. Un TROD permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2, ainsi que pour certains TROD, de l'antigène p24. Certains professionnels de santé et personnels formés peuvent utiliser les TROD sur leur lieu d'exercice. Un résultat négatif ne peut être interprété en cas de prise de risque datant de moins de trois mois. Le résultat positif d'un TROD doit être confirmé par un test conventionnel de type Elisa de 4^{ème} génération.

Sur le plan réglementaire, un ensemble de dispositions prises au cours de l'année 2010 (56) crée un cadre autorisant l'utilisation des TROD et précise les conditions de leur mise en œuvre.

II.6.3. L'autotest de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH) :

Les ADVIH (57) (58) constituent une nouvelle possibilité à l'offre de dépistage en France. Depuis le 15 septembre 2015, ils sont en vente sans ordonnance dans les

pharmacies. Ils ne nécessitent pas l'accord parental pour les mineurs. Les ADVIH sont des tests de dépistage rapide (TROD de 3^{ème} génération) pour lesquels le prélèvement et l'interprétation sont effectués directement par l'intéressé. Ils ne nécessitent pas d'instrumentation spécifique autre que celle mise à disposition dans un kit et sont réalisables soit sur le sang total (sang capillaire par piqûre au bout du doigt) soit sur liquide cravicaire (non recommandé). Ils permettent la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 par immunochromatographie. Ils fournissent un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes). Un résultat positif d'un ADVIH doit être confirmé par un test conventionnel de type Elisa de 4^{ème} génération. Un résultat négatif ne peut être interprété en cas de prise de risque datant de moins de trois mois. Le prix de vente est compris entre 25 et 30 euros. Un service téléphonique d'aide et de conseils pour l'utilisation et les résultats de ce test est accessible sur la plateforme SIDA info service.

II.6.4. Le test par auto-prélèvement, le « Home Test » :

Le « Home Test » (59) permet de faire soi-même son prélèvement au domicile au moyen d'un dispositif prévu à cet effet. Le prélèvement identifié par un numéro est posté à un laboratoire. Le résultat est disponible dans un délai de sept jours par téléphone. Selon le résultat du test, un counseling post-test est donné soit par message vocal enregistré (résultat négatif), soit par une personne au téléphone (résultat positif). Les kits de prélèvement à domicile ne permettent pas d'obtenir un résultat rapidement, comme c'est le cas pour les TROD et pour les autotests. Les tests par auto-prélèvement sont autorisés aux Etats-Unis mais ne sont pas disponibles en France.

Les enjeux du dépistage sont dorénavant clairement définis tant sur le plan individuel que collectif. Les stratégies permettant un dépistage diversifié et accessible constituent un outil central de la lutte contre le VIH. Mais les recommandations peinent souvent à être mises en pratiques par les principaux acteurs. Dans le chapitre suivant, nous nous intéresserons à un des dispositifs prépondérant de la diffusion de l'information aux professionnels de santé, la visite médicale.

III) L'information médicale et la visite médicale :

III.1. Le devoir de formation et d'information :

La médecine, comme toute science, est en perpétuel mouvement. Tout médecin doit donc actualiser en permanence ses connaissances. C'est un devoir moral, inscrit dans l'article 11 du code de déontologie médicale (60). « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.* »

Depuis 1996, c'est aussi une obligation légale. En effet, l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (61) stipule que tout médecin a une obligation légale de se soumettre à une formation médicale continue (FMC). Plusieurs articles sont venus compléter ces dispositions. La loi du 13 août 2004 définissait l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (62). Elle « *a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par le praticien* ». L'EPP s'est développée sous forme d'une « évaluation formative ». Des modalités très diverses d'EPP ont vu le jour et ont été reconnues par la HAS. En 2012, le développement professionnel continu (DPC) est instauré par l'article L6155-1 de la loi sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009 (63). Ce dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins associe la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles.

Ainsi, que ce soit pour répondre aux nouvelles exigences de FMC ou d'EPP, l'offre de formation et d'information des médecins s'est largement diversifiée (séminaires, congrès, diplôme universitaire, abonnement à des périodiques médicaux, publications institutionnelles, recherches et publications personnelles, sans oublier les messages promotionnels diffusés par les industries du médicament...). Cependant, ces sources diffèrent quant à leur « popularité » auprès des médecins, par la crédibilité scientifique dont elles jouissent et par leur efficacité quant à la diffusion des messages.

Devant cette grande diversité, une revue de la littérature de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) publiée en 2000 (12) a cherché à faire le point sur les travaux évaluant l'efficacité des méthodes de diffusion des recommandations médicales. Selon cette analyse, les visites à domicile et les dispositifs de rappels (reminders) ont une efficacité démontrée et un effet intervention important. C'est donc à la visite médicale que nous allons nous intéresser.

III.2. La visite médicale par l'industrie pharmaceutique :

La visite médicale, bien que sa crédibilité scientifique soit souvent mise en cause, constitue, de loin, le moyen promotionnel le plus important en direction des médecins. En France, en 2004, d'après les chiffres du collectif Les Entreprises du Médicament (LEEM) cités dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (64), la visite médicale représentait 75% des dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique.

III.2.1. Le visiteur médical :

Selon le site du LEEM (65), il y avait 13 029 visiteurs médicaux dans les entreprises du médicament en 2014. La moyenne d'âge est de 45,9 ans. D'après les chiffres de l'IGAS, le visiteur médical rencontre environ cinq à six médecins par jour. Les entretiens durent sept à huit minutes. En moyenne, trois produits sont présentés lors de la visite. Il réalise ainsi 1000 contacts par an auprès de 333 médecins généralistes.

III.2.1.1. Les missions du visiteur médical :

Le visiteur médical (également appelé délégué médical, informateur ou attaché scientifique, conseiller thérapeutique...) est responsable de l'information, de la promotion des médicaments et de leur bon usage. Il est un lien indispensable entre le médecin et le laboratoire. Le visiteur médical présente, lors d'une rencontre en tête-à-tête avec le médecin, des spécialités commercialisées par le laboratoire qui le rémunère. Il doit non seulement savoir exposer les produits mais aussi répondre aux questions du médecin au nom du laboratoire. Pour que la visite soit efficace, il est primordial que le médecin fasse un lien entre ses malades et le produit.

III.2.1.2. La formation du visiteur médical :

Le visiteur médical bénéficie d'une formation double, scientifique et commerciale. Le niveau de formation initiale exigé pour suivre une formation de visiteur médical correspond à bac + 2 validé. Le titre homologué de visiteur médical sanctionne un apprentissage de neuf à douze mois en institut de formation (dont six mois d'enseignements théoriques et trois à quatre mois de stage hors formation interne à l'entreprise).

Les qualités requises pour être un bon visiteur médical sont notamment l'esprit d'analyse et de synthèse, le sens de l'organisation, l'aptitude à convaincre, le sens des relations humaines et une bonne élocution.

III.2.2. La communication au service de la visite médicale :

Afin de faciliter la transmission des messages, les visiteurs médicaux vont, lors de leur entretien avec le médecin, utiliser un certain nombre d'outils et de techniques de communication (66).

III.2.2.1. Les règles de communication en visite médicale :

Elles permettent d'optimiser le discours du visiteur médical. Celui-ci doit :

- Estimer la communication grâce à l'attitude de son vis-à-vis. Divers comportements peuvent trahir le désintérêt du médecin pour le discours (le médecin pianote ou griffonne, le regard est absent, la moue dubitative...). Si l'attitude est passive, il est préférable de rompre le discours et de proposer de remettre la rencontre. Au contraire si son attitude est active, qu'il pose des questions, soumet des objections, un vrai dialogue s'engage.
- Savoir écouter. Il s'agit alors d'une écoute active afin de tirer tous les enseignements possibles du discours du médecin.
- Faire visualiser l'entretien. L'ouïe et la vue sont les deux principales voies de la compréhension et de la mémorisation. Pour que le médecin mémorise le produit et la marque, le visiteur doit montrer le plus souvent possible les aides promotionnelles à sa disposition. En fin de visite, il faut laisser une trace de son passage sous forme d'un document qui, même s'il ne reste que peu de temps sur le bureau du médecin, lui rappellera visuellement la visite et le nom du produit.
- Répéter le nom du produit. Dans un argumentaire de dix minutes, le nom du produit doit être prononcé au minimum dix fois. Dans la conversation, il faut de

nouveau placer le nom du produit aussi souvent que possible et ne jamais citer le produit d'un concurrent, toute la stratégie s'effondrerait.

- Convaincre par la parole. C'est l'arme principale du vendeur. Le ton doit être simple, clair, suffisamment fort. Il doit être convaincant et enthousiaste. Le débit ne doit être ni trop rapide ni trop lent, ni hésitant ou bredouillé. Il doit être régulier, posé, la voix claire et les mots articulés. Le vocabulaire doit être le plus simple possible, dénué de mots techniques qui ne seraient pas d'usage professionnel courant.
- Convaincre par l'attitude. C'est un facteur essentiel de la persuasion. Le geste doit être spontané et naturel, convaincant, affirmatif. Il doit rester mesuré et calme. Le regard confirme la parole. Il doit être franc, direct, droit, jamais fuyant. Le sourire montre que le visiteur médical est heureux de rencontrer le médecin et de dialoguer avec lui, qu'il est fier de présenter les produits du laboratoire qu'il représente.
- Poser des questions. Les questions permettent de faire participer le médecin, le rendant alors actif dans l'élaboration de l'argumentaire. Elles permettent en outre de contrôler le niveau de communication, de compréhension et l'impact du discours.
- Savoir se taire. Quelques silences peuvent permettre au visiteur de reprendre son souffle, d'évaluer la communication, de laisser l'interlocuteur assimiler ce qui est dit et d'intervenir s'il le souhaite.

III.2.2.2. Les techniques de vente :

Ce sont des outils qui permettent au visiteur médical de maximiser ses performances. Tout au long de son discours, il doit :

- Susciter l'attention. Il faut attirer l'attention du médecin, qui recevra peut être quatre ou cinq visiteurs dans la journée. Il faut donc une accroche, moment essentiel et déterminant de la visite dont l'objectif est d'attirer l'attention du médecin, de le sortir des préoccupations de sa consultation précédente, de susciter son écoute. Cette accroche doit être courte, captive, convaincante et passionnée, faire référence à un bénéfice patient, dévoiler ce qui sera question dans la suite de la visite.
- Susciter l'intérêt. Il faut personnaliser le discours, mettre le médecin en situation car le meilleur moyen est de lui parler des problèmes de ses patients.
- Susciter le désir. Après avoir suscité un besoin, il faut y répondre et susciter le désir de prescrire le produit qui répondra au problème actuel du médecin. Le

visiteur médical doit rechercher l'implication constante du médecin, recueillir son accord sur les points essentiels de la campagne : « Qu'en pensez-vous ? Êtes-vous d'accord sur... ? »

- Obtenir un engagement. Le visiteur médical doit contrôler que le médecin a bien décidé de prescrire le produit présenté. Il faut obtenir son adhésion sur le bénéfice apporté par le produit, obtenir son accord pour utiliser ce produit chez de nouveaux patients, négocier avec lui un élargissement de sa prescription à d'autres types de patients et assurer le suivi de son engagement dans les visites ultérieures.
- La réponse aux objections. Elle fait partie des techniques de vente car répondre aux objections c'est avoir une chance de plus de lever les doutes et de convaincre. Plusieurs techniques existent afin de répondre à l'objection avec doigté pour ne pas perdre le médecin : laisser l'objection s'exprimer, transformer l'objection en question, démasquer ou devancer l'objection...

III.2.2.3. Les aides à la communication :

Le matériel de visite a un rôle de visualisation et de rappel, d'aide à la mémorisation. Il en existe plusieurs types :

- Les aides visites : ce sont des plaquettes servant de support au discours du visiteur médical.
- Les fiches posologiques : elles doivent reprendre le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) tel qu'il a été validé par la commission d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Sa remise au médecin est obligatoire (Article R5122-11 du Code de la Santé Publique, repris par la Charte de la Visite Médicale). C'est un aide-mémoire comprenant tous les renseignements nécessaires pour permettre au médecin de prescrire le produit (composition, indication, effets indésirables, prix, remboursement...).
- Les brochures produits détaillent le médicament (pharmacologie, pharmacovigilance, travaux comparatifs...)
- Les fiches de transparence : l'avis de la Commission de Transparence définit le niveau d'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) du produit présenté. Sa remise au médecin est obligatoire (Article R5122-11 du Code de la Santé Publique, repris par la Charte de la Visite Médicale).
- Les « tirés à part » de la presse : ce sont des reproductions d'articles parus dans la presse médicale, à l'avantage du produit présenté.

- Les échantillons : ils sont interdits depuis 2004 et la signature de la Charte de la Visite Médicale. Le médecin a néanmoins toujours le droit d'en obtenir, mais uniquement à sa demande et par écrit (Article R5122-17 du Code de la Santé Publique).
- Les cadeaux et invitations: depuis 1993, la « loi anti-cadeaux » encadre ses pratiques. En 2007, l'article 4113-6 du code de la Santé publique (67) stipule : « *Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages* ». En pratique, les médecins peuvent toujours se faire inviter à des congrès ou à des soirées de formation par un laboratoire, à condition que ce dernier en fasse la demande à l'Ordre des médecins qui doit vérifier l'intérêt scientifique de l'événement.
- Les références aux leaders locaux d'opinion : le visiteur médical va utiliser des références à des points de vue de spécialistes ou d'autres médecins généralistes pour faire passer son message.

III.2.3. La visite médicale, la controverse :

La visite médicale est d'après une enquête IPSOS pour la HAS menée en 2009 (68), la seconde source d'information qu'évoquent spontanément les médecins français (à 65%) après la presse médicale. Une étude de 2003 (69) a tenté de comprendre pourquoi les médecins généralistes recevaient les visiteurs médicaux. La principale raison de l'attachement des médecins à la visite médicale est due au fait qu'elle donne accès rapidement à des informations pratiques et utiles.

Cependant, si les médecins attachent de l'importance à la visite médicale, ils n'en sont pas moins conscients de ses défauts. Le principal reproche fait à la visite médicale est d'apporter une information orientée, non objective et donc avec une crédibilité médiocre sur le plan scientifique. Le rapport de l'IGAS sur l'information des médecins généralistes sur le médicament (70) atteste que les médecins sont conscients de la finalité commerciale de la visite médicale et de ses biais. Ils estiment être suffisamment armés pour ne pas se laisser influencer. Une étude issue d'une thèse de médecine générale a été réalisée en Midi-Pyrénées (71). L'objectif était de savoir si les médecins généralistes étaient formés pour faire face à l'information donnée par le visiteur médical. Selon les critères définis dans l'étude, l'auteur conclut que 60% des médecins recevant des visiteurs médicaux ont la connaissance minimale requise pour critiquer l'information délivrée.

Pourtant, la visite médicale a une influence certaine sur les prescriptions. En effet, une revue de la littérature publiée en 2000 (72) conclut que les interactions entre les médecins et l'industrie pharmaceutique affectent les prescriptions et les comportements des professionnels de la santé. C'est également ce que montre une thèse évaluant l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons (73).

Il existe donc un véritable paradoxe entre l'utilisation de l'information médicale par les médecins et le crédit qu'ils accordent à leurs sources préférentielles. Ce paradoxe est à rapprocher du concept de dissonance cognitive de Festinger (74). La cognition est définie comme tout élément de « *connaissance, opinion ou croyance sur l'environnement, sur soi-même ou sur son propre comportement* ». Selon Festinger, toute relation de dissonance entre cognitions amènerait l'individu à ressentir un état d'inconfort psychologique. Pour résoudre cet état d'inconfort, il tente de réduire la dissonance et met en jeu des processus de rationalisation par exemple. Des auteurs américains ont appliqué cette théorie à la visite médicale (75). Dans leur étude, les médecins réunis comprenaient le concept de conflit d'intérêt et l'appliquaient à leurs relations avec les visiteurs médicaux. Néanmoins, ils maintenaient une opinion favorable de leurs relations avec ces derniers. Face à ces attitudes contradictoires, les médecins se retrouvaient donc en position de dissonance cognitive. Pour résoudre cette dissonance, ils utilisaient le déni et la rationalisation, comme le fait de dire qu'ils ne se sentaient pas influencés par le visiteur médical. Ces mécanismes de défense sont des réponses adaptatives. Historiquement, S. Freud les définit dans son article « Les psychonévroses de défense » comme « *tous les procédés dont se sert le moi dans les conflits susceptibles d'aboutir à une névrose* ». Initialement une dizaine de mécanisme sont décrits (le refoulement, la régression, la formation réactionnelle, l'isolation de l'affect, l'annulation rétroactive, la projection, l'introjection, le retournement contre soi, la transformation en contraire et la sublimation). Rapidement, d'autres mécanismes sont identifiés comme étant des défenses de l'individu (le clivage, la mise à l'écart, l'humour, le déni, la rationalisation...). Ionescu, dans son livre « les mécanismes de défense : Théorie et clinique » (76), présente les évolutions de ce concept. Il cite notamment les résultats de R. Plutchik qui, après avoir comparé ces différents mécanismes, propose une liste de seulement huit défenses : le refoulement, le déplacement, la formation réactionnelle, le déni, la projection, l'intellectualisation, la régression et la compensation.

Nous comprenons alors la complexité des relations d'influence entre les différents acteurs de la visite médicale. La Charte de la visite médicale devait répondre à ses controverses.

III.2.4. La Charte de la visite médicale :

La « Charte de la visite médicale » a été signée par le LEEM et le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) en 2004 dans le but de « *mieux encadrer les pratiques*

commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins ». Dans les suites, la HAS a élaboré une procédure de certification permettant de s'assurer du respect de la Charte par les visiteurs médicaux. Depuis 2014, elle prend le nom de « Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments » (77). Une nouvelle procédure de certification devrait être publiée par la HAS courant 2016.

Cette charte porte sur les missions des visiteurs médicaux, la qualité de l'information délivrée, la déontologie des visiteurs médicaux et le contrôle de leur activité.

Si cette charte est vue comme une avancée et un gage de sérieux par certains, d'autres en dénoncent sa parfaite inutilité. Les résultats du Réseau d'observation de la visite médicale de la revue *Prescrire* (78) sont publiés régulièrement. En 2006, ils constatent que la mise en place de la Charte n'a rien changé aux pratiques des visiteurs médicaux. Ils concluent : « *La visite médicale n'est pas un vecteur d'information utile pour les professionnels de santé qui privilégient la qualité des soins. Elle reste un outil promotionnel précieux pour les firmes, mais ne doit pas être confondue avec une source de données fiables* ».

La visite médicale constitue un vecteur prépondérant de la diffusion de l'information médicale. A travers la Charte de la visite médicale, les autorités ont tenté d'encadrer cette démarche mais avec une efficacité très limitée. Afin de devenir compétitive avec l'industrie du médicament, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) déploie désormais ses délégués pour porter ses informations auprès des médecins.

III.3. La visite du Délégué de l'Assurance Maladie (DAM):

Face aux dépenses de santé toujours croissantes, les pouvoirs publics ont élaboré plusieurs réformes. La loi du 13 août 2004 (62) introduit le concept de la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » et renforce le rôle des caisses d'assurance maladie dans la régulation des dépenses.

La convention nationale des médecins généralistes (et des médecins spécialistes) détermine les droits et les obligations de chaque partie (médecins et caisse d'assurance maladie). Leurs représentants définissent périodiquement les thèmes sur lesquels portera la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La CNAM-TS définit pour chaque Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) un objectif quantifié que les médecins doivent atteindre pour chacun des thèmes. C'est une obligation pour les médecins car c'est inscrit dans la convention qu'ils ont signée. Le non-respect peut

entraîner des sanctions. La diffusion du message « soigner mieux en dépensant mieux » est confiée aux DAM.

III.3.1. Le Délégué de l'Assurance Maladie :

Les DAM représentent environ un millier d'agents sur le territoire, réalisant 450 000 visites annuelles auprès des professionnels de santé. Les visites, quatre à cinq par an, durent quinze à vingt minutes en fonction des besoins de l'interlocuteur.

III.3.1.1. Les missions du DAM :

Le DAM est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé. Il effectue des visites régulières auprès des professionnels de santé en promouvant les recommandations de l'Assurance Maladie. Il a un rôle de conseil sur des aspects réglementaires et techniques, et assure l'interface avec les services internes de l'Assurance Maladie. Leur but est la promotion des bonnes pratiques médicales en agissant directement sur les comportements des médecins et les encourager aux efforts d'économies collectives.

III.3.1.2. La formation du DAM :

Le recrutement s'effectue à partir de bac + 2. Une expérience confirmée en entreprise (visiteur médical, conseiller commercial...) ou dans le cadre de l'assurance maladie est souhaitée. Le DAM bénéficie d'une formation en interne aboutissant à un certificat de qualification professionnelle. Cette formation, alternant théorie et pratique, couvre de nombreux domaines (économie de la santé, techniques de marketing...).

III.3.2. La visite médicale des DAM, un bilan mitigé :

Un dossier de presse de la CNAM sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins paru en 2015 (79) conclut à une bonne efficacité du dispositif mis en place selon l'évaluation réalisée en 2014. Les auteurs proposent un renforcement du système dans les années à venir afin de remplir les objectifs fixés.

Emmanuel Gomez, responsable du département des opérations de gestion du risque de la CNAM-TS, affirme avoir « un retour positif des professionnels » dans un article publié dans la revue Le Moniteur des Pharmacies en 2011 (80). Il rapporte que 85% des objectifs concernant la maîtrise médicale des dépenses de santé ont été atteints en 2010, en partie grâce aux DAM.

Cependant, dans ce même article (80), François Pesty, pharmacien et consultant indépendant pour ITG (Institut du Temps Géré, société de portage salarial), pointe plusieurs défauts qui selon lui minorent l'effet des DAM face aux visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique. D'après lui, les missions des DAM sont trop nombreuses auprès d'interlocuteurs très différents (médecins, pharmaciens, masseur-kinésithérapeutes...). La formation interne est trop succincte et les outils d'aides à la communication sont peu adaptés, ce qui empêche les DAM de répondre par un argumentaire de qualité. Dans un autre article (81), il affirme « *la méthodologie d'action des DAM est vouée à l'échec* ». Auditionné lors des Assises du médicament, il propose quelques aménagements au dispositif (82). Il préconise un ciblage plus précis des médecins comme le fait l'industrie pharmaceutique et un argumentaire renforcé avec une spécialisation des DAM pour chaque thème.

L'IGAS, dans son rapport sur l'information des médecins généralistes sur le médicament de 2007 (70), fait également un bilan mitigé. « *La CNAM-TS, à travers les délégués de l'assurance maladie, dispose désormais d'un outil pour porter des informations auprès des médecins avec une efficacité semblable à celle de l'industrie pharmaceutique. Les premiers résultats semblent encourageants et témoignent d'une bonne acceptation des médecins. Les médecins craignent que les informations de la CNAM-TS ne soient biaisées par un souci d'économie mais l'institution est plus crédible que l'industrie pharmaceutique même si elle l'est moins que les agences sanitaires. Il subsiste toutefois des ambiguïtés et des hésitations quant à la mission principale des DAM : améliorer la qualité des relations CNAM-TS/professionnels de santé ou influencer sur les pratiques. Enfin, le dispositif des DAM sera nécessairement coûteux, il convient donc de veiller au-delà de l'efficacité à l'efficience du dispositif qui n'est pas pleinement démontrée* ». Cependant, cette évaluation a été réalisée alors que le dispositif des DAM se déployait à peine sur le territoire. La dimension coût-efficacité et le bilan d'efficience à long terme de ce dispositif reste encore à évaluer.

En 2009, Y. Mahyaoui (83) a cherché à savoir si les caisses d'assurances maladies pouvaient influencer sur le comportement des médecins par l'intermédiaire des DAM. « *En l'état actuel des données, il apparaît difficile de soutenir l'idée selon laquelle les DAM influent d'une manière positive sur les comportements des médecins. Par conséquent, deux pistes de réflexion se dégagent. La première consiste à trouver des formes de coordination qui complètent la convention, telles qu'un arbitre neutre. La deuxième solution stipule que les DAM devraient se consacrer dans leurs visites aux médecins les plus déviants* ». L'auteur souligne également la dimension complexe de la décision médicale et l'asymétrie d'information entre le médecin et le DAM.

La visite des DAM auprès des professionnels de santé apparaissait être une riposte adaptée à la visite médicale de l'industrie pharmaceutique. Les premiers résultats semblent positifs. Cependant, de nombreux auteurs pointent les limites d'un tel dispositif. Nous pouvons nous demander si la visite des DAM est le meilleur procédé pour diffuser l'information aux professionnels de santé.

III.4. La visite académique :

Le terme de « visite académique » désigne un mode d'intervention consistant en l'organisation de visites au cabinet des praticiens pour le compte d'institutionnels et visant à améliorer la qualité ou l'efficacité de la pratique médicale.

Le concept de visite académique a fait l'objet d'une publication pour la première fois en 1983 (84). Les auteurs ont comparé les prescriptions de deux groupes de médecins : les uns recevaient des visites personnalisées à leur cabinet en plus de courriers électroniques leur rappelant les différentes classes thérapeutiques dont il fallait limiter la prescription, les autres ne recevaient que les courriers électroniques. Dans le premier groupe, les auteurs ont observé une diminution significative des prescriptions et donc des coûts engendrés par rapport au second groupe. Ils notent que l'effet perdure au moins neuf mois après le début de l'intervention.

Depuis, la visite académique a fait l'objet de nombreuses publications évaluant son effet dans la prescription de médicaments hypolipémiants (85) ou d'antibiotiques (86) par exemple. Il s'agit de thèmes à fort potentiel de prescriptions et représentant un coût conséquent pour le système de soins. Malgré des différences méthodologiques, les auteurs concluent à une bonne efficacité du dispositif pour informer les professionnels de santé et modifier leurs prescriptions.

« The Prescription Project » est une organisation promouvant la prescription objective (evidence-based prescription). En 2008, ils ont exploré le rapport coût-efficacité de la visite académique à travers une revue de la littérature (87). Ils concluent que la visite académique aide à l'amélioration des pratiques de prescription. Les économies en termes de coûts de santé sont visibles dès lors que ces changements de prescriptions sont intégrés dans la pratique courante.

En 2006, la HAS réaffirme les principes constitutifs de la visite académique que nous détaillons en figure 10 et son utilité dans l'EPP (13). « *La visite académique permet une amélioration des pratiques des médecins et une valorisation individuelle et professionnelle. Le médecin qui participe régulièrement au cycle de visites améliore l'ensemble de ses prises de décisions* ».

Figure 10 : Principes constitutifs de la visite académique rappelés par la HAS. (Source : *Une démarche d'amélioration de la qualité : la visite académique, HAS, 2006*)

Les principes constitutifs de la visite académique :

- 1. Visite :**
 - au cabinet médical ;
 - à chaque médecin ou à un petit groupe ;
 - rythme régulier acceptable ; tous les 2 mois soit entre 6 et 8 visites/an ;
 - durée acceptable autour de 20 mn, (sans dépasser 30 mn) ;
 - scénario de visite équilibré entre messages et échanges ++.
- 2. Messages :**
 - thèmes concernant la pratique médicale, posant des problèmes de choix thérapeutique et/ou répondant à des attentes de santé publique ;
 - messages limités en nombre (1 à 3 / visite), simples et clairs, faisant explicitement référence à des données de type EBM (niveau de preuve).
- 3. Échanges sur :**
 - les habitudes de prescription et le contexte du médecin ;
 - les pistes d'amélioration de sa pratique.
- 4. Mesure d'impact :**
 - évaluation-amélioration des pratiques traduites par des mesures d'impact sur les données de l'activité clinique (dossiers) ;
 - données de l'activité clinique dont sont issus des critères/indicateurs suivis régulièrement (éventuellement à partir des données de l'Assurance maladie).

Le programme d'information thérapeutique de proximité en médecine libérale, ou Infoproximed, est un programme expérimental mené conjointement par divers organismes (l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, le Centre régional d'Information sur le Médicament, la revue *Prescrire...*) entre 2003 et 2005 (88). L'étude pilote conduite en Bretagne reposait sur une visite académique visant à améliorer l'efficacité des stratégies thérapeutiques notamment de la prescription médicamenteuse. Les thèmes abordés ont été définis à partir de priorités de santé publique, de fréquence, et de potentiel d'amélioration des prescriptions (otite moyenne aigue de l'enfant, cholestérol et statines, effets digestifs des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)...). L'évaluation a porté sur son utilité et la satisfaction des médecins visités afin de juger de la pérennité du projet et de sa possible extension. Les auteurs concluent à un impact significatif en termes de qualité de la prescription à court et moyen terme.

Avec la visite académique, il apparaît possible et utile de diffuser une information indépendante et fiable aux professionnels de santé dans un but d'amélioration des pratiques.

III.5. Notre dispositif :

L'industrie pharmaceutique s'est saisie du moyen le plus efficace pour transmettre une information : le face-à-face. Son message à but commercial est cependant perçu comme biaisé par les professionnels qui restent critiques à son égard. Les visites des DAM permettent un lien entre les professionnels et l'Assurance Maladie mais les considérations économiques pèsent dans leurs discours et leurs recommandations manquent d'arguments solides pour convaincre.

Ainsi, nous avons imaginé notre dispositif d'information aux professionnels de santé comme une visite académique. Nous voulions offrir des données scientifiques reposant sur l'Evidence-Based Medicine (EBM), délivrées par un intervenant neutre et indépendant, dans un format adapté au médecin généraliste et touchant le domaine de la santé sexuelle car aucune étude n'avait été réalisée sur ce thème. Nous souhaitions vérifier si les bons résultats de la visite académique en termes de modification des prescriptions, obtenus pour des maladies courantes en médecine générale, pouvaient s'appliquer à une pathologie à plus faible prévalence. Les résultats d'études récentes, l'étude ANRS-Opportunités manquées (10) du Professeur Yazdanpanah et son équipe et les recommandations du « Rapport Morlat », nous ont conforté dans l'idée selon laquelle le dépistage du VIH chez le médecin généraliste devait être intensifié.

Nous avons conçu une intervention consistant en une visite au cabinet du médecin généraliste afin d'échanger sur leurs pratiques de prescription de sérologies VIH et de débattre sur les résultats des études présentées. Une nécessaire phase d'évaluation terminait l'entretien. Nous avons créé une plaquette récapitulative avec les principaux messages de l'intervention afin de permettre au médecin de s'y référer. Nous détaillerons dans le chapitre suivant le protocole d'étude.

IV) Matériel et méthode :

IV.1. Objectifs et critères de jugement :

IV.1.1. Objectif principal :

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le niveau d'adhésion des médecins généralistes des Pays de la Loire à notre nouveau dispositif d'information.

IV.1.2. Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires étaient :

- Concevoir une intervention adaptée,
- S'assurer de la faisabilité d'une telle étude,
- Evaluer la modification des pratiques des médecins suite à l'intervention.

IV.1.3. Critère de jugement principal :

Notre critère de jugement principal était l'adhésion des médecins à l'intervention. Pour cela, nous avons pris en compte différents critères comme la satisfaction globale des médecins, l'intérêt selon eux de ce genre d'intervention et le nombre d'accords obtenus pour de nouvelles visites.

IV.1.4. Critères de jugement secondaires :

Nos critères de jugement secondaires étaient :

- Intervention répondant aux principes de la visite académique énoncés par la HAS.
- Facilité de mise en œuvre (prise de rendez-vous, taux de réponses positives à la proposition de rendez-vous, recueil des données, disponibilité des médecins...),
- Nombre de sérologies prescrites avant et après l'intervention.

IV.2. Méthode :

Il s'agissait d'une étude de faisabilité, interventionnelle, prospective, réalisée auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire.

IV.2.1. Population :

IV.2.1.1. Population cible :

Elle est formée de l'ensemble des médecins généralistes ayant une activité libérale conventionnée au sein de la région Pays de la Loire.

Pour la constituer, nous avons utilisé le fichier des médecins généralistes libéraux communiqué par l'Agence Régionale de Santé (ARS), actualisé le 18 novembre 2014.

IV.2.1.2. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion retenus étaient : être médecin généraliste dans la région Pays de la Loire, exercer une activité libérale conventionnée, avoir moins de 60 ans au moment du recueil.

IV.2.1.3. Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion retenus étaient : être titulaire d'une licence de remplacement en Médecine générale, exercer une Médecine à Exercice Particulier (MEP) de façon exclusive, avoir 60 ans ou plus.

Les MEP prises en compte étaient : acupuncture, allergologie, angiologie, homéopathie, échographie, médecine appliquée aux sports, médecines manuelles (ostéopathie).

IV.2.2. Echantillonnage :

Considérant nos contraintes de temps et les moyens humains disponibles, nous avons choisi de constituer un échantillon de 20 médecins au sein de notre population d'étude. Ce nombre a été défini de façon arbitraire mais nous paraissait suffisant pour mener à bien les objectifs fixés.

Afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible et compte tenu de notre faible effectif, nous avons appliqué la méthode des quotas.

A noter : lors de l'échantillonnage, les MEP ont été incluses, ne pouvant savoir s'il s'agissait d'une activité exclusive ou partielle. Une exclusion suite au tirage au sort a été possible.

IV.2.2.1. La méthode des quotas, définition :

Selon J. Desabie (89), la méthode des quotas repose sur l'hypothèse suivante : « les différents caractères que l'on peut observer dans une population n'étant pas indépendants entre eux, un échantillon identique à la population dans laquelle il est prélevé en ce qui concerne la distribution statistique de certains caractères importants sera également peu différent de la population en ce qui concerne la distribution statistique des caractères qui ne sont pas contrôlés ». C'est donc une méthode par choix raisonné.

La méthode des quotas a pour objectif la constitution d'un échantillon ayant les mêmes caractéristiques (ou variables de quotas) que la population cible, selon des critères dont on connaît la répartition dans la population (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle...).

IV.2.2.2. Les variables de quotas :

Les variables de quotas choisies dans notre étude étaient le sexe, l'âge regroupé en trois tranches d'âge, la zone d'activité urbaine ou rurale.

IV.2.2.2.1. Données sociodémographiques :

L'ARS nous a communiqué la liste des médecins généralistes libéraux exerçant dans les Pays de la Loire, actualisée le 18 novembre 2014.

Les données sociodémographiques des médecins (l'âge et le sexe) ont été obtenues grâce à la participation des Conseils de l'Ordre départementaux et à l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS-ML).

Nous avons stratifié la population en trois tranches d'âge : avant 30 ans et jusqu'à 39 ans (simplifiée en 30-39 ans), de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans.

IV.2.2.2.2. Catégorie des zones d'activité :

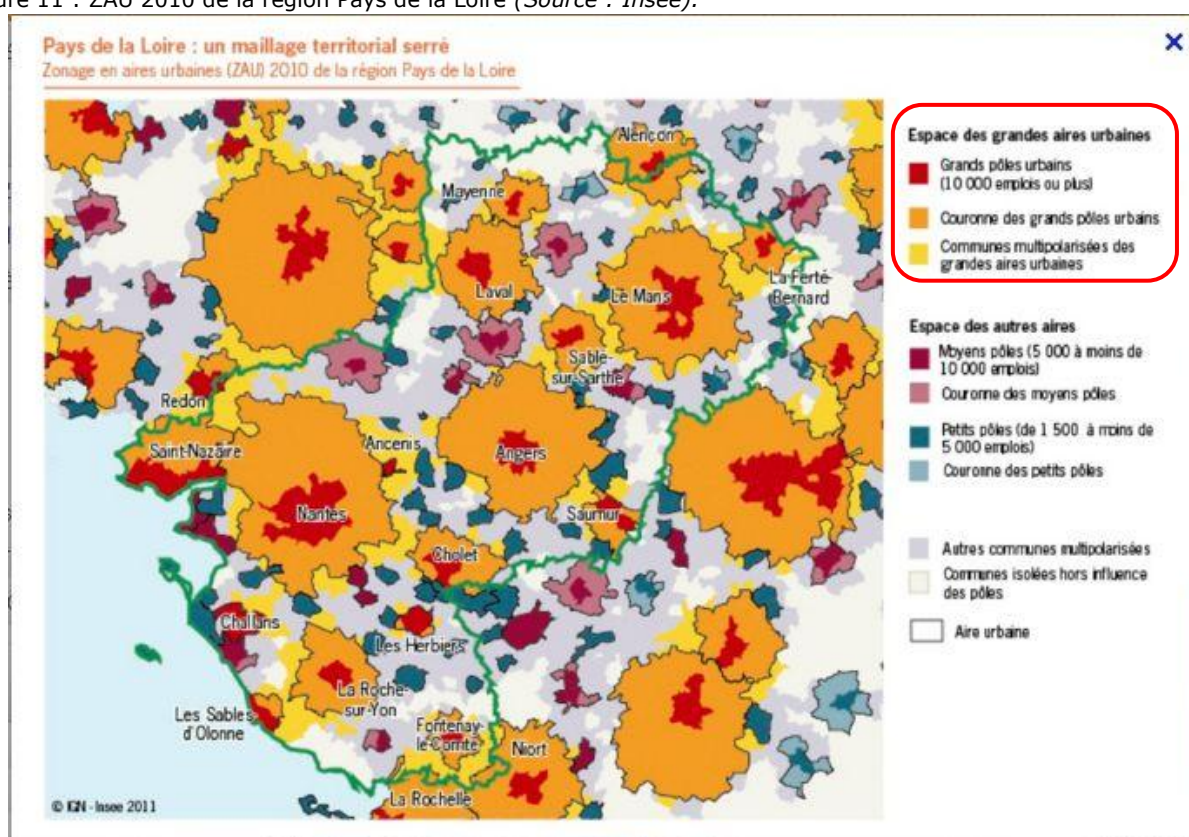
Via les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), nous avons obtenu la liste des communes des Pays de la Loire ainsi que la

catégorie de la commune dans le Zonage en Aire Urbaine (ZAU) au 1^{er} janvier 2011, actualisée en mai 2013.

Afin de constituer nos deux zones (activité urbaine et rurale), nous nous sommes appuyés sur les définitions de milieu urbain et de milieu rural de l'Insee, plutôt que sur celles, plus récentes, d'espace à dominante urbaine et d'espace à dominante rurale.

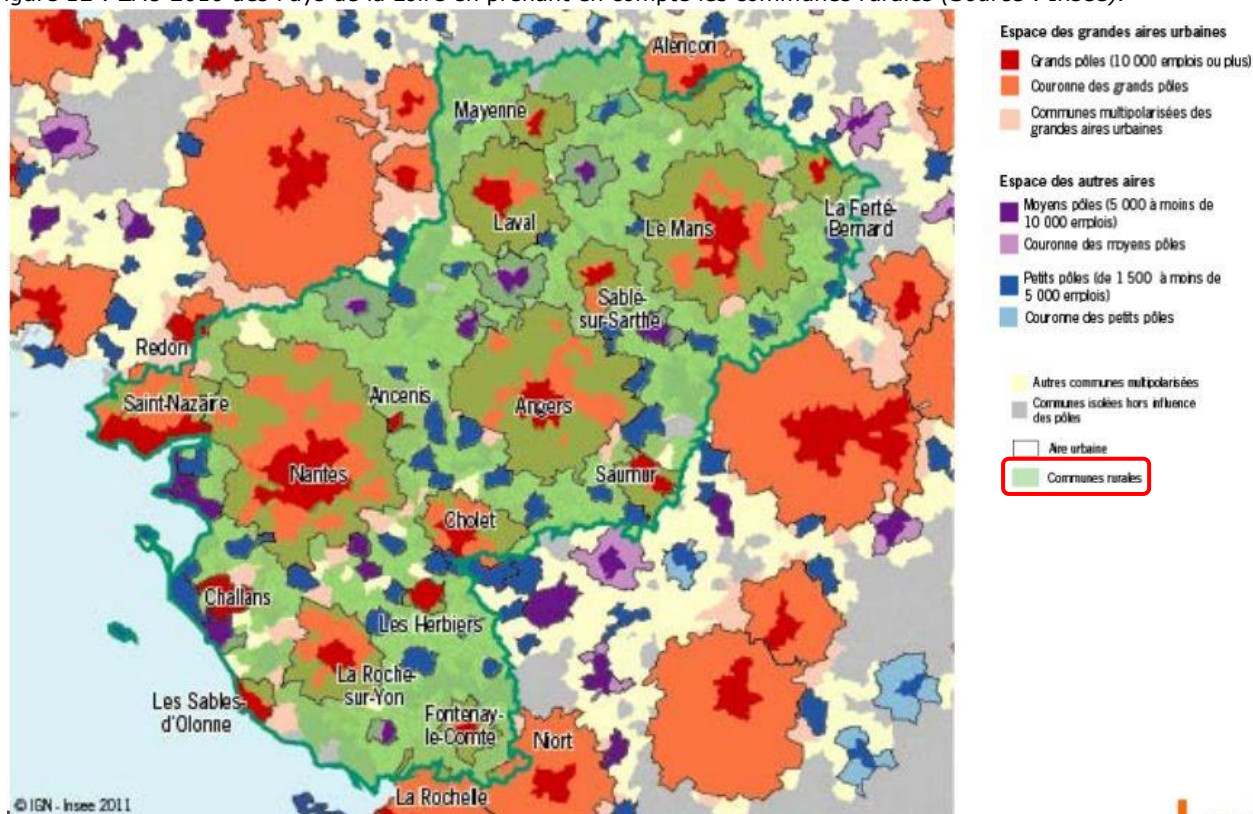
La figure 11 détaille le ZAU de la région Pays de la Loire en 2010. L'espace à dominante urbaine (ou espace des grandes aires urbaines) est constitué des grands pôles urbains (côtés ZAU 111), des communes de la couronne des grands pôles urbains (côtées 112) et des communes multipolarisées des grandes aires urbaines (côtées 120).

Figure 11 : ZAU 2010 de la région Pays de la Loire (Source : Insee).



La figure 12 présente le ZAU de la région Pays de la Loire en 2010, en prenant en compte les communes rurales. Nous voyons que la majorité des communes constituant l'espace à dominante urbaine défini ci-dessus, notamment les communes des couronnes des grands pôles, sont rurales. Il nous est apparu plus pertinent d'intégrer ces communes à notre aire d'activité rurale.

Figure 12 : ZAU 2010 des Pays de la Loire en prenant en compte les communes rurales (Source : Insee).



Ainsi, la répartition des communes selon notre aire d'activité urbaine ou rurale a été effectuée comme suit :

- Les communes cotées 111 (communes appartenant à un grand pôle) ou 211 (communes appartenant à un moyen pôle) composaient notre aire d'activité urbaine.
- Les communes cotées 212 (communes appartenant à la couronne d'un moyen pôle), 221 (communes appartenant à un petit pôle), 222 (communes appartenant à la couronne d'un petit pôle), 300 (autres communes multi polarisées), 400 (communes isolées hors influence des pôles) ont constitué notre zone d'activité rurale.
- L'espace péri-urbain, composé des communes cotées 112 (communes appartenant à la couronne d'un grand pôle) et 120 (communes multi polarisées des grandes aires urbaines) a été intégré à notre zone d'activité rurale.

IV.2.2.3. Mise en application de la méthode :

A partir de notre population cible et en appliquant nos variables de quotas, nous avons réparti les médecins remplissant les critères d'inclusion en douze catégories, comme présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Présentation des douze catégories de médecins.

	Femmes			Hommes		
	Tranches d'âge			Tranches d'âge		
	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[30-39]	[40-49]	[50-59]
Activité rurale	N1	N3	N5	N7	N9	N11
Activité urbaine	N2	N4	N6	N8	N10	N12

Pour constituer notre échantillon et afin de limiter les biais de recrutement, nous avons effectué un tirage au sort au sein de chaque catégorie.

Pour cela, nous avons utilisé la formule Excel suivante :

« =ARRONDI((ALEA()*Nombre total dans la catégorie);0) »

A l'issue de chaque tirage au sort, nous avons contacté le médecin pour savoir s'il acceptait de participer à l'étude. Nous avons ensuite vérifié s'il remplissait l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion. C'est ainsi que des médecins déclarant une MEP exclusive ont été écartés.

En procédant de la même façon pour chaque catégorie, nous avons peu à peu constitué notre échantillon.

IV.3. Déroulement de l'intervention :

L'intervention s'est déroulée en plusieurs temps : la prise de rendez-vous, l'entretien à proprement parler et pour finir le rappel téléphonique.

IV.3.1. Protocole d'appel :

IV.3.1.1. Prise de rendez-vous :

Ce premier contact téléphonique a été l'occasion de présenter l'étude et ses objectifs, ainsi que l'enquêteur.

Nous avons élaboré un message standardisé d'introduction téléphonique afin de contacter chaque médecin et de prendre rendez-vous. Le message téléphonique est présenté en annexe 1. Le nombre d'appels nécessaires a été comptabilisé pour chaque catégorie de médecins, ainsi que le motif de non obtention du rendez-vous (refus, perdus de vue, critères d'exclusion...).

Les appels téléphoniques se sont déroulés du 17 mars au 22 mai 2015. Ils étaient effectués principalement les mardis et vendredis matin, considérant les possibilités de l'intervenant et prenant en compte la connaissance *a priori* du mode d'organisation des cabinets médicaux.

IV.3.1.2. Procédure de rappel :

Afin de maximiser les chances de rencontrer les médecins tirés au sort, nous avons mis en place une procédure de rappel. En effet, si le médecin tiré au sort ne pouvait nous donner une réponse immédiate (le médecin étant absent le jour d'appel, ne pouvant être dérangé pendant une consultation...), le tirage au sort était suspendu pour cette catégorie. L'appel était renouvelé quelques jours plus tard. Si aucune réponse n'était donnée, un nouveau tirage au sort était effectué pour cette catégorie.

IV.3.2. L'entretien :

IV.3.2.1. La note d'information et le consentement :

Une note explicative résumant le projet était remise à chaque médecin en début d'entretien, et un consentement écrit était signé. Le feuillet explicatif ainsi que le consentement sont présentés en annexe 2.

IV.3.2.2. Cadre contractuel de l'entretien :

Le rendez-vous était fixé à l'avance avec le médecin selon ses disponibilités et celles de l'intervenant. L'entretien était réalisé au cabinet du médecin généraliste, en tête à tête. Chaque entretien a été enregistré et retranscrit par écrit de manière littérale. La durée de l'entretien a été comptabilisée hors éléments extérieurs (téléphone...). L'attitude de l'intervenant se voulait neutre.

Les impressions de l'intervenant suite aux entretiens ont été recueillies sur un carnet. Différents critères ont été recensés afin de juger de l'adhésion du médecin au dispositif et de la qualité de l'échange lors du rendez-vous. Nous pouvons citer ici quelques exemples : l'attitude passive (le médecin reste silencieux) ou active (il dialogue, pose des questions, énonce des objections) du médecin, le type de réponses du médecin (fermées ou plus développées)...

IV.3.2.3. Déroulement de l'entretien :

Les rencontres auprès des médecins ont été standardisées à l'aide d'une trame d'entretien validée par les différents porteurs du projet (Monsieur le Professeur Senand, Monsieur le Docteur Billaud, Mme Coudol). Le livre d'E. Répérant « Obtenir un engagement respectable : les étapes de la communication en visite médicale » (90) nous a permis de construire la trame d'entretien. Elle est détaillée en annexe 3. Notre objectif était de réaliser cet entretien en 15 minutes.

L'entretien peut être découpé en trois temps : l'apport de l'information, la discussion sur les pratiques et l'évaluation de l'entretien.

IV.3.2.3.1. Apport de l'information :

Nous repositionons la problématique du dépistage du VIH dans son contexte actuel en s'appuyant sur l'étude « Opportunités manquées » du Pr Yazdanpanah (10) et sur les données récentes d'épidémiologie concernant les Pays de la Loire. Nous exposons les dernières recommandations issues du rapport d'experts sous la direction du Pr Morlat (2) concernant les stratégies de dépistage du VIH et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

IV.3.2.3.2. Discussion sur les pratiques :

Plusieurs questions permettaient d'explorer l'état de base des pratiques des médecins concernant les propositions de dépistage du VIH. Nous interrogeons les médecins sur le nombre de sérologies VIH mensuelles prescrites, le contexte habituel de la prescription (une demande du patient ou l'initiative du médecin), leur opinion sur les recommandations actuelles de dépistage.

Un temps de parole était accordé afin d'échanger sur les éventuels freins au dépistage et sur la possibilité d'application des stratégies de dépistage au cabinet du médecin généraliste.

IV.3.2.3.3. Evaluation de l'entretien:

En fin d'entretien, il y avait un temps d'évaluation de la rencontre par le médecin. A travers différentes questions, le degré de satisfaction des médecins était recueilli. Les questions concernaient le contenu présenté, la durée d'entretien et leur disposition à renouveler cette expérience.

A la fin de la rencontre, une plaquette récapitulative était remise à chaque médecin s'il le souhaitait. Son contenu se voulait concis et son format adapté. La plaquette récapitulative est présentée en annexe 4.

Les entretiens ont eu lieu du 18 mars 2015 au 29 mai 2015.

IV.3.3. Le rappel téléphonique :

Nous avons recontacté par téléphone une première fois chaque médecin quelques mois après l'entretien. Les objectifs étaient de recueillir le nombre de sérologies prescrites dans le mois précédent, leurs impressions sur l'intervention avec du recul et d'estimer l'impact de cet entretien sur leurs pratiques. Le premier rappel s'est déroulé du 30 juin 2015 au 13 octobre 2015.

Un deuxième rappel téléphonique a eu lieu entre le 12 janvier et le 5 février 2016. Il s'agissait de connaître, à six mois du premier rappel, l'estimation du nombre de sérologies prescrites dans le mois précédent par les médecins visités.

IV.4. Recueil et analyse des données :

IV.4.1. Méthode de recueil :

Il s'agit de données déclaratives. Les données ont été recueillies directement auprès des médecins généralistes de l'échantillon. Il y eut une première phase de recueil lors du rendez-vous en face-à-face qui a été enregistré. Une deuxième phase a eu lieu lors des rappels téléphoniques.

IV.4.2. Analyse :

IV.4.2.1. Données quantitatives :

L'analyse des données quantitatives, en mode univarié, a été effectuée grâce à différents tableurs Excel et du logiciel XLSTAT version 2015.

Afin de vérifier si nos distributions suivaient la Loi Normale, nous avons appliqué le Test de Shapiro-Wilk avec un risque alpha à 5%. Pour contrôler l'homoscédasticité des variances de nos échantillons, nous avons utilisé un test de Fischer (pour deux échantillons) ou un test de Levene (lorsqu'il y avait plusieurs échantillons) en conservant un risque alpha à 5%. Les conditions de validité ainsi vérifiées, nous avons ensuite employé un test t de Student (deux échantillons) ou une analyse des variances (plusieurs échantillons) lorsque c'était possible. Nous avons utilisé un test

de Wilcoxon (deux échantillons) ou un test de Kruskal Wallis (plusieurs échantillons) lorsque la condition de normalité des distributions n'était pas vérifiée. Pour chaque test, une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

IV.4.2.2. Données qualitatives :

Concernant les données qualitatives, une première analyse a été effectuée sur l'ensemble du corpus d'entretiens. Nous avons ainsi retrouvé différents thèmes et les avons intégrés dans une grille d'analyse. Le livre « L'entretien » d'Alain Blanchet (91) a constitué la base de cette réflexion. La grille d'analyse est présentée en annexe XXX.

Par ailleurs, pour tester l'indépendance de nos variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Khi^2 avec un risque alpha à 5% et l'application de la correction de Yates. Lorsque les effectifs étaient inférieurs à cinq, nous avons utilisé le test exact de Fischer. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Enfin, le logiciel TagCrowd (accessible gratuitement sur tagcrowd.com) nous a permis de réaliser des nuages de mots. Cet outil permet une analyse sémantique d'un texte, ce qui nous a permis de visualiser certains contrastes lexicaux et de mettre en exergue la fréquence d'usage de différents mots-clés.

V) Résultats :

V.1. Population cible et variables de quotas :

V.1.1. Population cible :

A partir du fichier de l'ARS, nous avons obtenu 3660 médecins généralistes libéraux en Pays de la Loire. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion (notamment l'âge et l'activité de remplacement), nous avons retenu 2226 médecins. A ce stade, les MEP étaient incluses.

V.1.2. Les variables de quotas :

V.1.2.1. Données sociodémographiques des médecins :

V.1.2.1.1. Le Sexe :

Dans notre population cible de 2226 médecins, il y avait 1234 hommes et 992 femmes.

V.1.2.1.2. L'âge :

Selon les trois tranches d'âge définies, notre population était ainsi répartie :

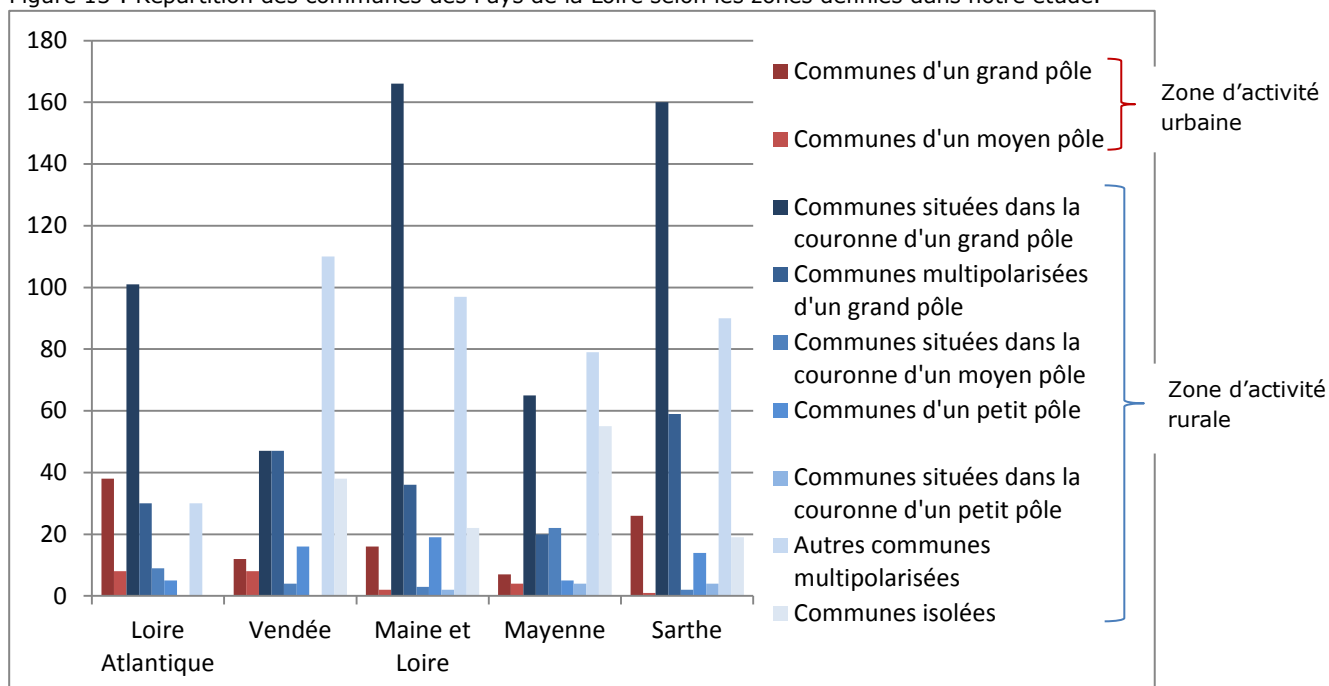
- 429 médecins entre 30 et 39 ans,
- 651 médecins entre 40 et 49 ans,
- 1146 médecins entre 50 et 59 ans.

V.1.2.2. Les catégories des zones d'activité :

Selon les données de l'Insee, on dénombre 1502 communes en Pays de la Loire. Dans la partie Matériel et Méthode, page 59 et 60, nous avons présenté en figures 11 et 12 les zonages en aires urbaines de la région en 2010.

La figure 13 représente la répartition des communes des Pays de la Loire selon les différentes zones, urbaine ou rurale, définies dans notre étude.

Figure 13 : Répartition des communes des Pays de la Loire selon les zones définies dans notre étude.



Dans notre population, nous avons obtenu 925 médecins exerçant en zone rurale et 1301 médecins exerçant en zone urbaine.

V.1.3. Population cible et variable de quotas, synthèse :

La répartition des médecins par catégorie dans la population cible est présentée en tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des médecins par catégorie dans la population cible.

	Femmes			Hommes			TOTAL
	Tranches d'âge			Tranches d'âge			
	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[30-39]	[40-49]	[50-59]	
Activité rurale	159	136	114	74	108	334	925
Activité urbaine	116	209	258	80	198	440	1301
TOTAL	275	345	372	154	306	774	2226

V.2. Échantillonnage :

Nous avons effectué un échantillonnage par la méthode des quotas. Chaque catégorie de médecin est représentée selon un taux proportionnel dans l'échantillon par rapport à la population cible. L'activité urbaine ou rurale et les caractéristiques

sociodémographiques étudiées (le sexe et l'âge réparti en trois tranches d'âge) de notre population cible et de notre échantillon étaient donc similaires.

En fonction des quotas appliqués, nous avons obtenu la répartition des médecins de notre échantillon par catégorie, présentée en tableau 3. Les résultats ont été arrondis à l'entier supérieur. Chaque catégorie est représentée par un médecin au minimum.

Notre échantillon représentait 0,9% de la population cible.

Tableau 3 : Répartition des médecins par catégorie dans l'échantillon.

	Femmes			Hommes			TOTAL
	Tranches d'âge			Tranches d'âge			
	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[30-39]	[40-49]	[50-59]	
Activité rurale	1	1	1	1	1	3	8
Activité urbaine	1	2	2	1	2	4	12
TOTAL	2	3	3	2	3	7	20

V.2.1. L'organigramme d'échantillonnage :

L'organigramme d'échantillonnage est présenté en figure 14.

Certains médecins ont été classés en « injoignable ». Il s'agit pour sept d'entre eux d'erreurs de coordonnées, pour deux d'appels aboutissant sur des réponders sans possibilité de laisser un message, pour un d'un arrêt maladie de longue durée, le médecin n'était donc pas joignable sur la période de l'enquête.

Les médecins qui devaient rappeler pour donner leur réponse et qui ne l'ont pas fait ont été inclus dans les « perdus de vue ». Parmi eux, trois médecins devaient faire part de leur réponse par mail et sept par téléphone.

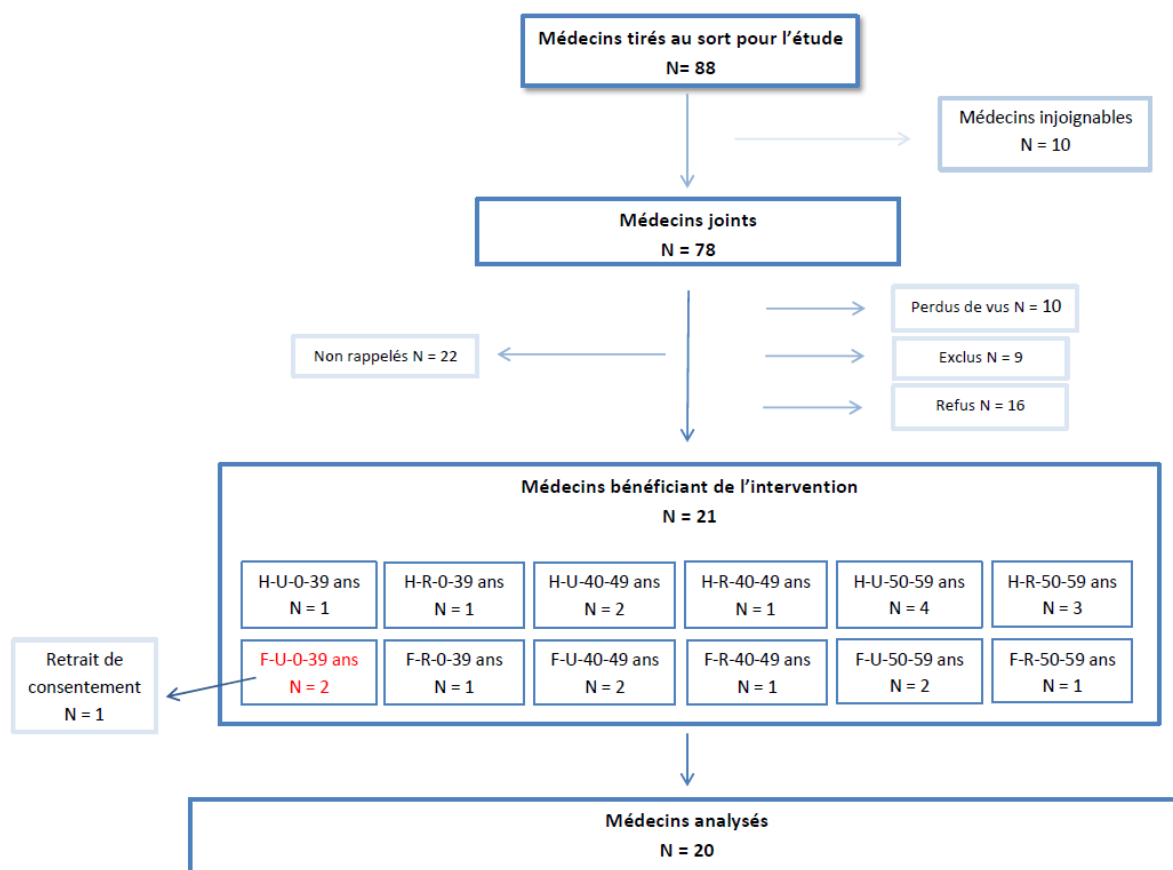
Les « exclus » étaient les médecins exclus à posteriori du tirage au sort car remplissant au moins un critère d'exclusion, notamment les MEP. Parmi eux, nous avons dénombré un ostéopathe, une gynécologue, un allergologue, un homéopathe-acupuncteur, deux angiologues et trois médecins urgentistes.

Les « non rappelés » étaient les médecins que l'intervenant devait rappeler à distance pour obtenir une réponse. Le rappel n'a finalement pas été nécessaire en raison de l'obtention d'un nombre suffisant de réponses.

Les médecins joints par téléphone et qui ont refusé de participer à l'étude étaient comptabilisés en « refus ».

Il y a eu un retrait de consentement. Le médecin ne souhaitait pas que l'entretien soit enregistré et a préféré se retirer de l'étude.

Figure 14 : Organigramme d'échantillonnage.



H : Homme F : Femme U : Activité Urbaine R : Activité rurale
 Exemple : H-U-40-39 ans : Il s'agit d'un homme exerçant en milieu urbain et appartenant à la tranche d'âge 40-49 ans.

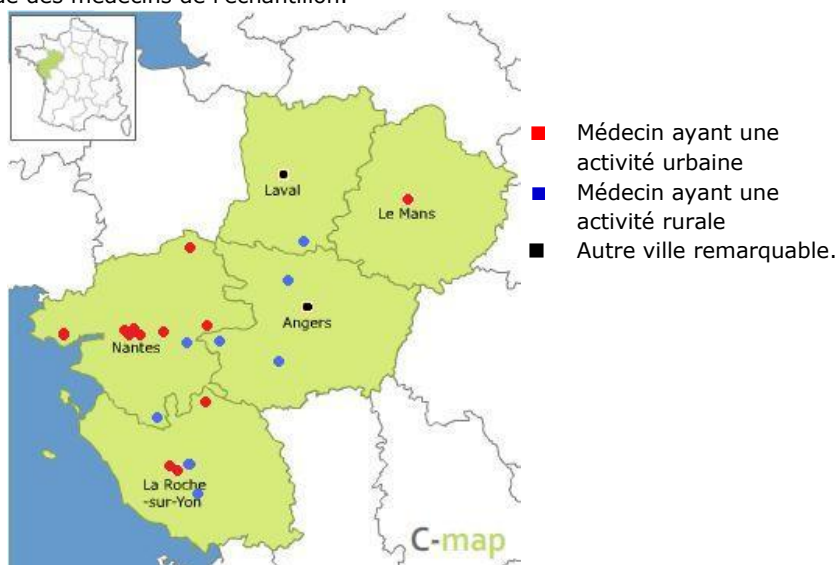
V.2.2. Répartition par mode d'exercice :

Dans notre échantillon, six médecins exerçaient seuls. Quatorze médecins exerçaient au sein d'un cabinet de groupe.

V.2.3. Répartition géographique :

La figure 15 présente la répartition géographique des médecins de notre échantillon. Nous observons que la majorité des médecins de notre échantillon exerçant en zone urbaine se situent dans de grandes villes (Nantes, La Roche-sur-Yon, Saint-Nazaire, Le Mans). Les médecins de notre échantillon exerçant en zone rurale paraissent plus épars, en marge des chefs-lieux.

Figure 15 : Répartition géographique des médecins de l'échantillon.



V.3. L'intervention :

V.3.1. **La prise de rendez-vous :**

V.3.1.1. Nombre d'appels nécessaire :

Selon le protocole établi, les appels téléphoniques ont été effectués les mardis et vendredis matins. Le tableau 4 présente la répartition des appels effectués en fonction des différentes catégories de médecins.

Tableau 4 : Répartition des appels nécessaires par catégorie.

Catégorie			Nb d'appels nécessaire	Injoignables	Perdus de Vue	Non Rappelés	Exclus	Refus	Accord	Retrait de consentement
Genre	Activité	Tranche d'âge								
H	U	30-39	6			2	3		1	
H	R	30-39	6	1		2	1	1	1	
F	U	30-39	9	1	3	2		1	1	1
F	R	30-39	3		2				1	
H	U	40-49	2						2	
H	R	40-49	1						1	
F	U	40-49	7			1	2	2	2	
F	R	40-49	2		1				1	
H	U	50-59	15	3	1	5		2	4	
H	R	50-59	19	2	2	8		4	3	
F	U	50-59	12	1	1	2	2	4	2	
F	R	50-59	6	2			1	2	1	
TOTAL			88	10	10	22	9	16	20	1

H : Homme F : Femme U : Activité urbaine R : Activité rurale

Afin d'obtenir un rendez-vous avec les 20 médecins de notre échantillon, 88 appels téléphoniques ont été nécessaires. Le tableau 5 détaille les moyennes, médianes et valeurs extrêmes des appels nécessaires en fonction des variables de quotas définies.

Tableau 5 : Moyennes, médianes et valeurs extrêmes des appels nécessaires en fonction des variables de quotas.

	Nombre	Moyenne	Médiane	[min-max]
Homme	49	4,1	4,8	[1 - 6,3]
Femme	39	4,9	4,7	[2 - 9]
Urbain	51	4,2	4,8	[1 - 9]
Rural	37	4,6	4,5	[1 - 6,3]
30-39 ans	24	6	6	[3 - 9]
40-49 ans	12	2	1,5	[1 - 3,5]
50-59 ans	52	5,2	6	[3,7 - 6,3]
Total		4,4	4,8	[1 - 9]

Avant d'obtenir un rendez-vous, 4,4 appels ont été effectués en moyenne. Les tableaux 6a, 6b et 6c comparent les proportions d'accords en fonction des variables de quotas.

Tableaux 6a, 6b, 6c : Comparaison de la proportion d'accords en fonction des variables de quotas.

Notre hypothèse H_0 est : La proportion accord/pas d'accord est différente dans les deux groupes.

Tableau 6a : Comparaison en fonction du sexe.

	Accord	Pas d'accord	Total
Hommes	12 (24,5%)	37 (75,5%)	49 (100%)
Femmes	8 (20,5%)	31 (79,5%)	39 (100%)
Total	20 (22,7%)	68 (77,3%)	88 (100%)

Test χ^2 risque $\alpha = 5\%$
 $p = 0,85$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'existe pas de différence significative entre ces deux groupes.

Tableau 6b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.

	Accord	Pas d'accord	Total
Urbain	12 (23,5%)	39 (76,5%)	51 (100%)
Rural	8 (21,6%)	29 (78,4%)	37 (100%)
Total	20 (22,7%)	68 (77,3%)	88 (100%)

Test χ^2 risque $\alpha = 5\%$
 $p = 0,96$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes.

Tableau 6c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.

	Accord	Pas d'accord	Total
30-39 ans	4 (16,7%)	20 (83,3%)	24 (100%)
40-49 ans	6 (50%)	6 (50%)	12 (100%)
50-59 ans	10 (19,2%)	42 (80,8%)	52 (100%)
Total	20 (22,7%)	68 (77,3%)	88 (100%)

Test exact de Fischer (effectifs < 5)
 $p = 0,07$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces groupes.

Il n'apparaît pas de différence significative de la proportion d'accord en fonction du sexe ou de la zone d'activité. En ce qui concerne la comparaison en fonction de la tranche d'âge, on obtient une valeur de « p » se rapprochant de la significativité.

Avant d'obtenir un rendez-vous, 4,4 appels téléphoniques [1 - 9] ont dû être effectués en moyenne. Il n'y a pas de différence significative du nombre d'appels nécessaires entre les différents groupes.

V.3.1.2. Taux de réponses positives à la proposition d'un rendez-vous :

Le taux de réponses positives a constitué un des critères pour juger de la facilité de mise en œuvre de l'étude. Il correspond au nombre de médecins ayant accepté de participer à l'étude, rapporté au nombre total de médecins tirés au sort.

Taux de réponses positives : 20/88 = 23%

V.3.1.3. Taux de refus de participation à l'étude :

Le taux de refus correspond aux médecins ayant effectivement refusé de participer à l'étude lorsque nous les avons joints.

Le taux de refus est de : $16/88 = 18\%$

Si nous considérons les perdus de vue comme refus non avoués de participer à notre étude, le taux de refus est de : $26/88 = 30\%$.

V.3.2. L'entretien :

Afin de faciliter la lecture, les entretiens seront identifiés avec la lettre E suivie du numéro d'entretien. La liste des entretiens avec les caractéristiques sociodémographiques et les zones d'activités de chaque médecin est présentée en annexe 6.

V.3.2.1. La note d'information et le consentement :

Trois médecins ont gardé la note d'information. Un des médecins l'avait déjà en sa possession car il avait demandé celle-ci par courrier électronique. Les autres ont signé le consentement mais n'ont pas souhaité garder la partie information.

V.3.2.2. Cadre contractuel de l'entretien :

V.3.2.2.1. Horaires des entretiens :

Quatre entretiens se sont déroulés en début de matinée (entre 8h et 9h45). Neuf entretiens ont eu lieu en fin de matinée (entre 11h et 12h). Sept entretiens ont été effectués en début d'après-midi (entre 13h30 et 15h30).

Les médecins semblaient être plus disponibles en fin de consultations le matin, ou avant de reprendre leurs consultations en début d'après-midi.

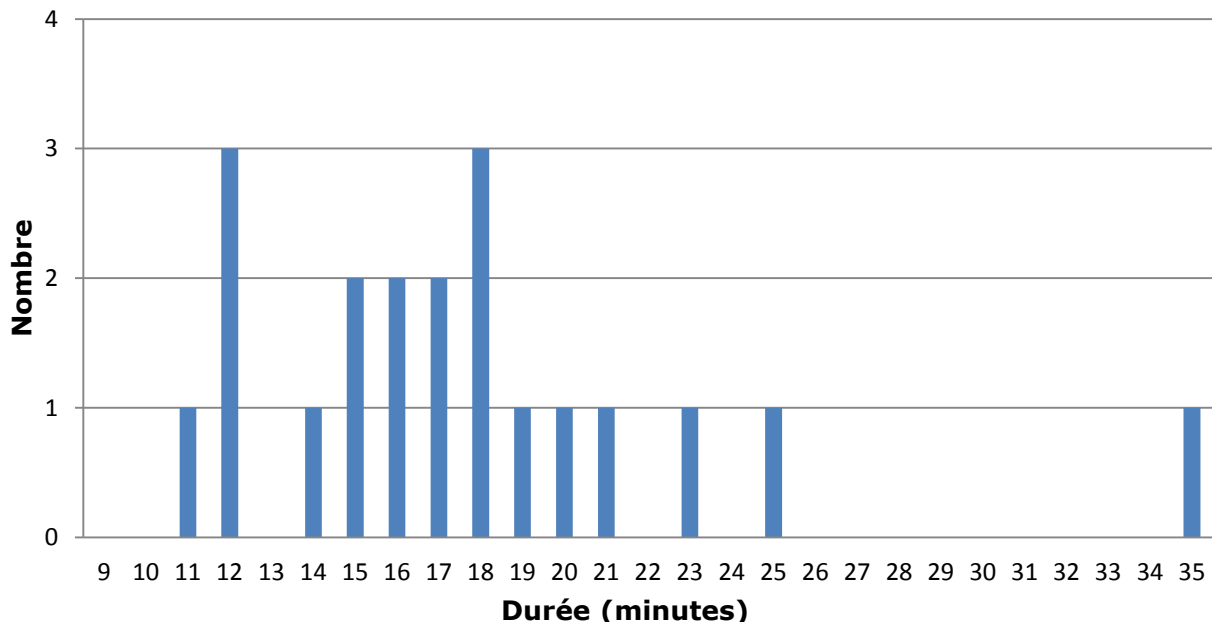
V.3.2.2.2. Jours des entretiens :

Deux entretiens se sont déroulés le lundi, neuf le mardi, un le mercredi, un le jeudi et sept le vendredi. Ils sont le reflet des disponibilités des médecins et de l'enquêteur.

V.3.2.2.3. Durée des entretiens :

Les temps moyens des entretiens ont été arrondis à l'entier le plus proche. La distribution des durées des entretiens est représentée en figure 16.

Figure 16 : Distribution de la durée des entretiens.



Nous observons qu'il y a sept entretiens réalisés en 15 minutes ou moins.

Un entretien se singularise par sa durée très longue (35 minutes). L'entretien s'est déroulé en début de matinée et le médecin avait plusieurs patients en salle d'attente. Pourtant, il était très intéressé par l'étude présentée. Il a posé de nombreuses questions afin d'approfondir ses connaissances et enrichir la présentation.

Le tableau 7 présente les temps moyens des entretiens en fonction des variables de quotas définies ainsi que les valeurs extrêmes et les médianes des durées obtenues dans notre échantillon.

Tableau 7 : Moyennes, valeurs extrêmes et médianes des durées des entretiens en fonction des variables de quotas.

	Moyenne	Médiane	[min-max]
Hommes	18,5	18	[11-35]
Femmes	16,5	15,5	[12-25]
Urbain	18	17	[11-35]
Rural	17	17	[12-21]
30-39	16	15,5	[14-18]
40-49	18	17,5	[12-23]
50-59	18,5	17,5	[11-35]
TOTAL	17,5	17	[11-35]

La durée moyenne des entretiens est de 17,5 minutes [11-35]. Le calcul de la médiane donne une valeur proche (17 minutes). Les tableaux 8a, 8b, 8c comparent les durées des entretiens en fonction des variables de quotas.

Tableaux 8a, 8b, 8c : Comparaison de la durée des entretiens en fonction des variables de quotas définies.

Notre hypothèse H_0 est : La durée des entretiens est différente en fonction des groupes.

Tableau 8a : Comparaison en fonction du sexe.

	Condition de validité
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$
Hommes	Pas Loi Normale
Femmes	Loi Normale

Les distributions ne suivent pas une loi normale, on applique le Test de Wilcoxon.
 $p = 0,394$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes

Tableau 8b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.

	Condition de validité	
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha=5\%$	Test de Fischer risque $\alpha=5\%$
Urbain	Loi Normale	Les variances ne sont pas égales
Rural	Loi Normale	

Test t de Student avec formule de Welch.
 Risque $\alpha=5\%$
 $p = 0,544$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes.

Tableau 8 c : Comparaison en fonction des tranches d'âge.

	Condition de validité	
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha=5\%$	Test de Levene risque $\alpha=5\%$
30-39 ans	Loi Normale	Egalité des variances
40-49 ans	Loi Normale	
50-59 ans	Loi Normale	

Analyse de la variance
 $p = 0,722$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de
différence significative entre ces groupes.

Il n'apparaît pas de différence significative de la durée des entretiens en fonction des variables de quotas choisies.

V.3.2.3. Déroulement de l'entretien :

V.3.2.3.1. Apport de l'information et discussion sur les pratiques :

A partir de notre grille de lecture, nous avons dégagé plusieurs axes d'analyse des entretiens.

V.3.2.3.1.1. *La notion d'opportunité manquée :*

Afin d'explorer la notion d'opportunité manquée, nous posons la question « Qu'est-ce qu'évoque pour vous les termes d'opportunité manquée de dépistage et d'opportunité manquée de diagnostic ? »

Pour six médecins (n=20) (E2, E7, E8, E9, E11, E20), les notions d'opportunités manquées de dépistage ou de diagnostic concernant l'infection VIH n'évoquaient rien.

« Ça ne m'évoque rien du tout ces opportunités manquées » (E2)

« Euh... ça pourrait être en français ? Ce serait mieux en français qu'en termes hyper intellectuels qui ne me servent pas dans ma pratique de tous les jours ! » (E8)

Quatorze médecins (n=20) tentaient une réponse, retrouvaient plus ou moins les définitions ou donnaient des exemples concrets d'opportunités manquées (E1, E3, E4, E5, E6, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19).

« Alors j'imagine que ce sont des situations où on devrait penser à proposer une sérologie. Les occasions manquées de diagnostic je suppose que c'est au moment où il y a une infection génitale et où on ne pense pas forcément à rechercher les co-infections. » (E4)

« Si je réfléchis à vraiment ce que ça veut dire euh... donc les opportunités manquées de dépistage ce serait une situation rencontrée avec des patients qui consultent pour complètement autre chose donc euh des consultations pendant lesquelles je pourrais en profiter pour parler du dépistage des MST, savoir s'il y a eu une prise de risque et ce serait des moments où je n'aborderais pas ces sujets. Opportunité manquée de diagnostic, là ce serait plus un patient qui me ferait part d'une conduite à risque et qu'il n'y aurait pas de dépistage de fait. » (E19)

Nous n'avons pas observé de tendance particulière dans notre échantillon concernant la connaissance de ces deux termes en fonction de nos variables de quotas. On peut toutefois noter que tous les médecins dans la tranche d'âge 30-39 ans tentaient une réponse.

Par ailleurs, cinq médecins (n=20) (E2, E7, E16, E17, E18), soit un quart, ont évoqué l'abandon du certificat prénuptial comme étant une opportunité manquée.

V.3.2.3.1.2. L'étude « Opportunités » :

Nous évoquons ensuite l'étude « Opportunités Manquées » du Pr Y.Yazdanpanah afin d'en présenter les principaux résultats (annexe 3). Nous présentons un bref rappel ici afin de faciliter la compréhension du paragraphe suivant.

« Un tiers des patients de l'étude n'avait jamais eu de tests malgré leur appartenance à un groupe à séroprévalence élevée. Parmi les personnes ayant présenté des symptômes évocateurs d'infection par le VIH, 61% ont consulté et parmi elles, seulement 18% se sont vu proposer un test. 99% des patients ont eu au moins un contact avec une structure de soins dans les trois ans avant le diagnostic, le cabinet du médecin généraliste dans la grande majorité des cas. La moitié des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ne confie pas cet élément à leur médecin traitant, qui le plus souvent ne recueille pas ce facteur de risque. »

Seul un médecin (n=20) (E1) connaît l'étude. Il s'agit d'un homme exerçant dans une zone urbaine et appartenant à la tranche d'âge 30-39 ans. Il a une activité libérale en cabinet de médecine générale et effectue des gardes au service d'urgence du Centre Hospitalier du Mans. C'est à l'occasion d'une présentation avec l'équipe médicale du Centre Hospitalier que l'article avait été présenté.

Concernant les résultats présentés, les réactions sont mitigées :

Sept médecins ont été surpris par les résultats (E1, E4, E5, E7, E9, E15, E18).

« Ça fait beaucoup d'opportunités manquées je trouve ! » (E1)

« Ça reste en tout cas beaucoup de patients qui s'ignorent comme étant porteur du VIH. » (E4)

« Oui, les 18% c'est vrai que c'est énorme ! » (E9)

Trois médecins ont eu des réactions plus nuancées (E13, E16, E19).

« (Pas surprise par rapport à la connaissance de l'orientation sexuelle ni par le taux de proposition de test), par contre, quand on a un symptôme, que le dépistage ne soit demandé que dans 20 % des cas, oui là c'est un peu juste ! » (E13)

« Oui je trouve que ça fait beaucoup de nouveaux cas diagnostiqués mais je ne suis pas surprise pour l'orientation sexuelle ni par le fait que le diagnostic ne soit pas évoqué. » (E19)

Neuf médecins ne se disaient pas surpris par les résultats (E2, E3, E8, E10, E11, E12, E14, E17, E20).

« Non, c'était ce que j'avais en tête » (E3)

« Je ne connaissais pas (les résultats), mais ça ne me surprend pas ! » (E10)

Un médecin a eu une réaction plus marginale.

« Je ne vois pas trop où vous voulez en venir... parce que en général, sur les structures médicales qui sont vraiment très abordables par la majorité de la population, la quantité industrielle de sérologies VIH que j'ai faite pour rien, toutes négatives, c'est larga manu je dirais dans ma clientèle. Donc en fait c'est pas lié à moi. C'est lié au fait que l'information médicale est bien passée dans la population, que oups la sérologie VIH il faut la faire, alors que moi pertinemment je sais que ça va être négatif. Je connais ma population médicale donc en fait je vois pas trop où vous voulez en venir... j'ai pas l'impression que les opportunités de dépistage soient manquées tant que ça. » (E6)

Si nous analysons ces réactions en fonction de nos variables de quotas, il n'apparaît pas de tendance particulière concernant les réactions en fonction du sexe ou de la zone d'activité. On peut noter que les médecins n'étant pas surpris par les résultats présentés appartiennent plus souvent à la tranche d'âge 50-59 ans (six sur les dix que compte cette catégorie et sur les neuf médecins surpris).

V.3.2.3.2. Discussion sur les pratiques :

V.3.2.3.2.1. Les freins au dépistage :

Lors des entretiens, une majorité de médecins (17 sur n=20) a exprimé spontanément des freins au dépistage. On a pu distinguer les freins émanant du médecin et les freins supposés du patient concernant la proposition d'un test de dépistage du VIH.

- Les freins émanant du médecin :

Neuf ont nuancé leur position concernant le dépistage, arguant qu'il fallait surtout adapter sa prescription au contexte socio démographique de leur lieu d'exercice.

« Je pense qu'il faut différencier les clientèles des grandes villes et les clientèles de campagne et un peu l'origine géographique des patients. A Marseille, mon attitude changerait complètement. » (E11)

Selon huit médecins, le VIH ne serait pas une pathologie courante en médecine générale et de ce fait, il ne figure pas en tête de leurs hypothèses diagnostiques. Ils semblent se désintéresser de la problématique.

« En 25 ans d'exercice, je n'ai jamais vu une seule contamination par le SIDA, ça ne pousse pas à s'inquiéter sur le diagnostic de la maladie. » (E11)

« Alors effectivement, le fait de ne pas (y) être confronté, on pense que ça existe moins » (E15)

Quatre ont évoqué les coûts de santé engendrés.

« D'abord ça coûte des sous ! » (E6)

« On va exploser le budget de la sécu ! » (E8)

Un médecin a mis en avant le manque de temps comme obstacle à la proposition de dépistage.

« On va pas lui proposer d'abord parce que je pense que ce serait peut être mal perçu aussi, parce que ça va prendre du temps d'expliquer le pourquoi d'un seul coup on se met à dépister et que euh voilà c'est carrément pas possible. C'est carrément pas possible de dépister pour tout et n'importe quoi. » (E2)

- Les freins supposés du patient :

Onze ont exprimé la peur de discriminer leur patientèle.

« On ne sait pas ce que les gens entendraient. » (E1)

« C'est un peu presque discriminant pour eux, enfin ils peuvent le sentir comme ça je suppose. » (E4)

« J'aurais peur qu'ils se sentent stigmatisés si je leur posais la question » (E19)

Deux ont supposé que le manque d'anonymat au cabinet du médecin généraliste pouvait être un frein.

« Je pense (que) les jeunes en tout cas ils consultent plus aux urgences pour ça car y'a l'anonymat. » (E1)

« L'anonymat est un élément relativement important parce que quand les gens viennent ici ils ne sont pas anonymes, on les connaît. ... quelqu'un que vous voyez régulièrement vous êtes désensibilisés (par rapport aux catégories à risque), c'est ça le risque ! » (E16)

Deux ont évoqué le potentiel anxiogène d'une telle proposition comme frein au dépistage.

« Je pense que ce n'est absolument pas anodin de proposer une sérologie VIH à quelqu'un. » (E8)

« C'est pas tabou nan, c'est pas tabou dans la société, c'est plutôt anxiogène c'est plutôt ça. » (E9)

Parmi les freins évoqués à la proposition d'un dépistage, nous retrouvons en premier lieu la peur de discriminer le patient. Le contexte épidémiologique local ainsi que la hiérarchie des hypothèses diagnostiques constituent d'autres freins évoqués.

V.3.2.3.2.2. La prescription de sérologies de dépistage du VIH :

Lors de l'entretien, nous demandions aux médecins si la prescription de sérologie VIH se faisait le plus souvent à leur initiative ou à la demande du patient.

Huit médecins (n=20) disaient que la prescription de sérologie VIH était le plus souvent à leur initiative (E1, E2, E3, E4, E12, E15, E16, E17). Parmi eux, on observait une répartition homogène en fonction de l'âge. Il y avait un peu moins de femmes (deux parmi les huit de l'échantillon) et un peu plus d'activité rurale (cinq sur les huit de l'échantillon).

Douze médecins (n=20) déclaraient que c'était plutôt à la demande du patient (E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E18, E19, E20). Parmi ces médecins, cinq

spécifiaient que lorsqu'il existait des signes cliniques évocateurs ou dans le cadre d'une grossesse, ils proposaient une sérologie à leurs patients (E8, E9, E10, E13, E14). Parmi les douze médecins prescrivant des sérologies le plus souvent à la demande du patient, on retrouvait une majorité de femmes (six parmi les huit de l'échantillon), une majorité exerçant en zone urbaine (neuf parmi les 13 de l'échantillon) et une répartition quasiment homogène au niveau des différentes tranches d'âge.

Ainsi dans notre étude, 40% des prescriptions sont à l'initiative du médecin, 60% à la demande du patient.

Dans un second temps, nous demandions aux médecins le nombre de sérologies VIH qu'ils pensaient avoir prescrites au cours du derniers mois. Lorsque les médecins répondaient par un intervalle, la valeur retenue était le milieu de cet intervalle. Le tableau 9 présente les moyennes et les médianes des prescriptions de sérologies en fonction des variables de quotas de notre étude.

Tableau 9 : Moyennes et médianes des prescriptions de sérologies sur un mois par les médecins de l'échantillon en fonction des variables de quotas.

	Moyenne	Médiane	[min-max]
Hommes	3,5	3	[0,5-7,5]
Femmes	5	4,25	[2-10]
Urbain	3,6	3,75	[1-7,5]
Rural	4,7	4,5	[0,5-10]
30-39	4,9	5	[2-7,5]
40-49	5	4,5	[1,5-10]
50-59	3,3	3	[0,5-7,5]
Total	4,1	3,75	[0,5-10]

Les médecins de notre échantillon ont déclaré prescrire 4,1 sérologies VIH par mois en moyenne. Les tableaux 10a, 10b, 10c comparent le nombre de sérologies prescrites en fonction des variables de quotas.

Tableaux 10a, 10b, 10c : Comparaison du nombre de sérologies prescrites en fonction des variables de quotas.

Hypothèse H_0 : Le nombre de sérologies prescrites est différent en fonction des variables de quotas.

Tableau 10a : Comparaison en fonction du sexe.

	Condition de validité	
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$	Test de Fischer risque $\alpha = 5\%$
Hommes	Loi Normale	Egalité des variances
Femmes	Loi Normale	Egalité des variances

Test t de Student risque $\alpha = 5\%$
 $p = 0,219$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes.

Tableau 10b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.

	Condition de validité	
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$	Test de Fischer risque $\alpha = 5\%$
Urbain	Loi Normale	Egalité des variances
Rural	Loi Normale	Egalité des variances

Test t de Student risque $\alpha = 5\%$
 $p = 0,385$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes.

Tableau 10c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.

	Condition de validité	
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$	Test de Levene risque $\alpha = 5\%$
30-39 ans	Loi Normale	Egalité des variances
40-49 ans	Loi Normale	
50-59 ans	Loi Normale	

Analyse des variances
 $p = 0,369$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces groupes.

Le nombre moyen de sérologies prescrites est de 4,1/mois [0,5-10]. Il n'y a pas de différence significative en fonction de nos variables de quotas.

V.3.2.3.2.3. Les recommandations issues du « Rapport Morlat » :

Suite à cet échange sur leurs pratiques actuelles, nous introduisons les recommandations issues du rapport d'experts sous la direction du Pr Morlat (elles sont détaillées dans le paragraphe II.4.6, page 37). La question posée était « que pensez-vous de ces recommandations ? Sont-elles faciles à appliquer dans votre pratique quotidienne ? »

La plupart des médecins (18 sur $n=19$) reconnaissent le bienfondé de ces recommandations et leur facilité d'application en médecine générale courante.

« Et bien elles sont bonnes parce qu'elles sont ciblées. Elles sont rationnelles et logiques, c'est ce dont on a besoin. » (E11)

« Ça me semble plus facile à appliquer que dépister tout le monde entre 15 et 75 ans. » (E10)

« Ce n'est pas très contraignant, ça semble applicable et intéressant oui. » (E1)
Cependant, certains nuançaient leurs propos (8 sur n=19). La méconnaissance fréquente de l'orientation sexuelle et des comportements des patients limitent bien souvent la proposition d'un dépistage adapté.

« Sur ce qui me semble facile de faire, je le fais déjà, mais après pour les autres populations j'ai du mal à voir un petit peu comment je peux les retrouver. » (E3)

« Par rapport aux orientations sexuelles, ils ne nous le disent pas forcément donc ça peut limiter l'application. » (E4)

« Mais après elles ne sont pas si faciles à appliquer car l'étendue des maladies concernées est énorme. » (E11)

« Alors pour ceux qui ont des signes cliniques ça va, on va arriver à discuter, mais pour les populations à risque ils ne veulent pas le dire quoi ! » (E20)

Par ailleurs, pour un médecin (n=19), ces recommandations ne répondent pas aux besoins du médecin.

« Et bien elles ne s'inscrivent pas du tout dans ma pratique, ça c'est clair ! » (E8)

V.3.2.3.2.4. La plaquette récapitulative :

La plaquette récapitulative a été demandée au cours de l'entretien par 11 médecins. Elle a été proposée en fin d'entretien et acceptée par neuf médecins. Il n'y a eu aucun refus.

Par ailleurs, trois médecins ont demandé un support visuel pendant l'intervention.

« Un support écrit ça permet d'accrocher un peu plus. » (E5)

« Il faut un support visuel pour le plan et accompagner le médecin » (E6)

Selon notre échantillon, les femmes demandaient davantage la plaquette (six sur les huit femmes de l'échantillon). Il y a eu plus de sollicitations lorsqu'il s'agissait de médecins exerçant en zone urbaine (huit sur les 12 exerçant en zone urbaine). Il y a eu moins de demandes lorsque les médecins avaient 50 ans ou plus (sept sur les dix de cette tranche d'âge) et plus de demandes chez les médecins de 40 à 49 ans (cinq sur les six de cette tranche d'âge) et chez les moins de 39 ans (trois sur les quatre de cette tranche d'âge).

Les réactions à la présentation de la plaquette ont été positives pour 12 médecins.

« *C'est bien comme plaquette un peu cartonnée, je l'emmènerai demain !* »
(E6)

« *Ah oui ! Ça c'est bien ! Parfait !* » (E9)

« *Mais c'est très bien fait !* » (E11)

Huit médecins ont eu des réactions plus neutres.

« *D'accord bah merci!* » (E1)

« *D'accord, ok!* » (E3, 17, 19)

« *Ok merci* » (E8)

Il n'y a pas eu de réactions négatives.

De façon générale, il y eut un bon accueil de la plaquette et de nombreuses sollicitations, notamment chez les femmes d'activité urbaine. Il apparaît nécessaire de proposer plus fréquemment cet outil chez les hommes de plus de 50 ans et ayant une activité urbaine.

V.3.2.3.3. Evaluation de l'entretien par les médecins :

En fin d'entretien, nous avons exploré la satisfaction des médecins par rapport à l'entretien à travers plusieurs questions.

V.3.2.3.3.1. Satisfaction globale :

Nous avons exploré cet item par la question : « Globalement, êtes-vous satisfait(e) de cet échange ? »

Seize médecins (n=20) se sont déclarés satisfaits de l'entretien.

Quatre ont eu une réaction plus mitigée (E5, E6, E7, E11). La remarque principale concernait la nécessité d'un support écrit lors de l'entretien. Par ailleurs, l'aspect chronophage de l'intervention a été souligné, ainsi que la nécessité d'impliquer le

médecin en donnant des données locales pour qu'il se sente plus concerné par la problématique.

V.3.2.3.3.2. Contenu de l'intervention :

Concernant cet item, nous avons interrogé les médecins à travers cette question : « Le contenu présenté est-il adapté et pertinent pour votre pratique ? »

Tous les médecins (n=20) ont trouvé le contenu adapté et pertinent pour leur pratique quotidienne.

« C'est informatif, c'est clair, oui je pense que c'est adapté, que ça va pas chercher dans les coins » (E3)

« Oui tout à fait parce que vous voyez j'ai pris des notes, j'ai regardé deux dossiers donc oui ! » (E6)

« Oui ça me semble bon, clair et précis et sans trop de détails qui perturbent le discours. » (E5)

« J'ai appris des choses, et puis c'est concis, on va à l'essentiel c'est très bien ! » (E10)

« J'apprends des trucs donc c'est bien, ça permet de se remettre au clair ! » (E15)

V.3.2.3.3.3. L'intérêt du face-à-face :

Afin d'explorer l'intérêt suscité par cet entretien en tête-à-tête, nous avons demandé aux médecins : « Pensez-vous qu'une telle intervention, en face-à-face, pourra contribuer à modifier si besoin vos pratiques par rapport aux divers supports (papier ou internet) existant déjà ? »

Pour 17 médecins, ce mode d'information interactif et concis permettait d'intégrer les renseignements de façon beaucoup plus pertinente.

« Je trouve ça sympa et moins chiant qu'un papier où à la quatrième ligne euh on lit en diagonale, l'introduction et la conclusion. Et puis du coup ça permet de réfléchir pendant ce temps-là (...) chose que l'on ne peut pas faire quand on lit. » (E2)

« Ça permet de s'exprimer, de passer à un cas clinique, de concrétiser vraiment l'information qui est donnée. » (E6)

« Aller la chercher nous-même (l'information) ça nous demandera beaucoup de travail alors que là c'est servi sur un plateau ! » (E11)

« Le support papier ou internet pour moi c'est la même chose, il faut aller chercher l'information et la lire. Des temps d'échanges comme vous venez de le faire,

on est forcé, puisqu'il y a un temps de rendez-vous qui est pris, qui est donné, on y est forcé ! » ; « La masse d'information qu'on peut trouver sur internet ça tue l'information, on ne prend plus le temps de faire le tri ! » (E14)

« L'oral c'est quand même vachement plus pertinent ! » (E15)

« C'est évident ! J'ai peut-être des collègues qui se penchent sur internet à tout bout de champ mais pour moi la médecine générale reste une activité de contact ! » (E16)

Trois médecins étaient plus nuancés (E3, E5, E8).

« Euh...je ne sais pas ! Le papier je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure solution (...) euh après je pense que l'entretien individuel c'est assez chronophage. » (E3)

« Disons que peut-être oui mais ça prend plus de temps. » (E5)

« Et bien oui mais moi je suis de la génération où j'aime bien voir les gens en face. Après je pense que les générations plus jeunes ça ne les gêne pas d'aller voir ça sur internet. » (E8)

V.3.2.3.3.4. Nouvelles visites :

Afin de connaître leur opinion sur d'éventuelles nouvelles visites, nous posions cette question : « Accepteriez-vous de nouvelles visites ? Dans quels domaines ? »

Parmi notre échantillon, 13 médecins étaient d'accord pour recevoir d'autres visites. Sept médecins ont accepté mais avec plus de réserve (E3, E5, E9, E10, E11, E17, E20). Les freins à de nouvelles visites concernaient surtout la fréquence et la durée de l'intervention.

« Oui mais ça prend du temps, sous forme de petits groupes oui. » (E3)

« Je ne vois pas plus que 4/an, 10 à 15 minutes après on n'est plus attentifs. » (E5)

« Ce serait présenté par qui ? Parce qu'on les voit déjà ces délégués... » (E9)

« Oui mais faut pas que ce soit long quoi ! » (E10)

« Le problème c'est la fréquence, donc oui si c'est réellement ponctuel, très espacé. » (E11)

« Peut-être oui, ça dépend du temps en fait ! » (E20)

Aucun médecin n'a refusé d'éventuelles nouvelles visites de ce type.

Lors de nos entretiens, les médecins ont évoqué de nombreux sujets potentiels : cardiologie, diabétologie, médecine du travail... Ils désiraient surtout des recommandations et des guides de bonne pratique pour l'exercice quotidien du médecin généraliste. Ils ne souhaitaient pas la répétition d'un message mais plutôt une variété des domaines d'intervention afin de couvrir les larges champs de la médecine générale.

V.3.2.3.3.5. *Autres remarques :*

Cinq médecins ont spontanément émis des remarques intéressantes pour le projet :

« Nous actuellement au sein du groupe on est trois médecins généralistes, on accueille du moins on reçoit des laboratoires le vendredi midi, pendant dix minutes grosso modo, j'imagine qu'on peut très bien basculer de cette information faite par les laboratoires à une information plus médicale, plus intéressante de ce type-là. Ça, ça pourrait être complètement pertinent. » (E3)

« On reçoit bien les labos alors qu'on n'est pas toujours très motivés alors je pense que ce serait plus pertinent d'essayer de voir des intervenants comme ça ! Et plus ciblé, sur une durée courte comme ça. Et au moins on ressort avec quelque chose, c'est applicable tout de suite, voilà ! » (E4)

« Moi je ne vois pas les labos, c'est vrai qu'ils nous donnaient des recommandations qui n'étaient pas mal mais pour une recommandation je passais combien de fois un quart d'heure ? X fois un quart d'heure en sachant que leur indication de médicament n'était pas toujours terrible... ! Mais oui, moi pour tout ce qui est recommandations, nouveautés, je suis preneur oui. » (E7)

« Ah oui ! Prendre un petit peu de temps pour refaire ça c'est intéressant. Y'a pas de promotion d'un produit ou d'un autre, y'a pas de promotion de la sécurité sociale. Là on est dans les mêmes références, les mêmes référentiels de prise en charge donc là c'est intéressant. Avoir un groupe de personnes qui réfléchisse sur un sujet et qui en tire une meilleure ligne de conduite ou des rappels pour essayer de mieux prendre en charge le dépistage quelle que soit la pathologie c'est intéressant. » (E14)

« Alors oui ce genre d'intervention ça peut aussi être intéressant d'intervenir au sein du cabinet c'est vrai qu'ici on est quatre médecins. » (E19)

V.3.2.3.4. *Evaluation de l'entretien par l'intervenant :*

Après chaque entretien, l'intervenant évaluait l'intervention. Nous nous sommes attachée à retrouver tous les indices possibles lors de l'entretien afin de réaliser cette évaluation le plus objectivement possible. Nous avons pris en compte l'accueil général

au cabinet, l'attention du médecin au cours de l'entretien, l'attitude passive ou active de celui-ci lors de l'exposé, les questions posées, ses éventuelles relances de la discussion, le type de réponses formulées (fermées ou plus développées) ou sa prise de parole lorsqu'elle lui était attribuée.

Puis, en prenant en compte ces critères dans la grille d'analyse, nous avons pu juger de l'impact de chaque entretien.

Ainsi, on estime qu'il y a eu peu ou pas d'impact pour six entretiens (E1, E5, E6, E8, E12, E20). La durée moyenne de ces entretiens est de 15 minutes [11-24] contre 22 minutes pour le reste de l'échantillon [12-35]. Cette différence est significative ($p = 0,05$ au test de Wilcoxon). Afin de comparer la proportion d'entretiens avec ou sans impact en fonction de nos variables de quotas, nous avons effectué un test exact de Fischer avec un risque α à 5%. Il n'apparaît pas de différence significative. Deux médecins avaient sollicité un support visuel lors de l'entretien (sur les trois médecins ayant formulé cette demande au total).

L'impact paraît plus significatif pour 14 entretiens. Ces médecins mettaient en pratique les informations délivrées, demandaient des compléments d'information, posaient des questions pertinentes et abouties afin de compléter leurs connaissances...

Certains repensaient à des dossiers de patients durant l'entretien (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E14, E16, E18).

« Là dans le dossier effectivement ça n'a pas été fait » (E6)

« En vous écoutant j'ai repensé à un couple de patients d'Afrique subsaharienne et lui a eu une relation extra conjugale ... » (E14)

« Alors en occasion manquée, je viens de repenser au cas de cette patiente d'une soixantaine d'année ... » (E16)

D'autres remettaient en cause immédiatement leurs pratiques (E2, E4, E5, E7, E12, E13, E16, E18, E19)

« Moi j'ai le bilan biologique facile, je peux rajouter une ligne en l'expliquant » (E7)

« Il faut dégainer la sérologie beaucoup plus fréquemment » (E12)

« C'est réfléchir sur sa pratique, on voit déjà deux trois points qui nous ont mis en alerte. » (E13)

« Ça remet un petit peu les idées en place » (E19)

« La prochaine fois que je vais le voir, je vais lui dire tiens au fait est-ce que ? » (E2)

Plusieurs intégraient la plaquette dans leurs pratiques.

« Tenez, je le mets dans mes pense-bêtes » (E16)

Le médecin de l'entretien n°9 (E9) scanne la plaquette pour l'intégrer dans son logiciel en format informatique.

V.3.2.3.5. Analyse des entretiens grâce aux nuages de mots :

A l'aide du logiciel TAGCROWD, nous avons réalisé cinq nuages de mots, présentés en annexe 7 :

- Le nuage de mots numéro un représente les mots-clefs utilisés par l'intervenant lors des entretiens. On retrouve: « dépistage », « diagnostic », « opportunité manquée », « patient », « test », « VIH »...
- Les nuages de mots numéro deux et trois détaillent les mots-clefs utilisés par les médecins de deux entretiens où l'impact était jugé peu significatif par l'enquêteur. L'analyse sémantique est beaucoup plus pauvre. On remarque des adverbes d'affirmation et de négation (« oui », « non »), des interjections (« humm », « hum hum »). Une grande partie des mots-clefs retrouvés dans le premier nuage de mots n'apparaît pas.
- Les nuages de mots numéro quatre et cinq dévoilent les mots-clefs utilisés par les médecins de deux entretiens où l'impact a été jugé significatif par l'intervenant. Comme pour les deux nuages précédents nous reconnaissons des adverbes d'affirmation et de négation (« oui », « non ») ainsi que des interjections (« humm »). Cependant, le vocabulaire semble plus riche. Nous retrouvons de nombreux mots-clefs présents dans le discours de l'intervenant « dépistage », « diagnostic », « VIH », « patient ». Par ailleurs nous distinguons d'autres mots, « intéressant », « information », « penser », « proposer », « demander », « effectivement »...

V.3.2.4. Le premier rappel téléphonique :

Le délai moyen avant le premier rappel téléphonique des médecins a été de 108 jours [63-200], soit trois mois et demi.

Les objectifs du rappel étaient de recueillir les impressions des médecins à distance de l'entretien, savoir s'ils se remémoraient l'entretien et voir s'ils estimaient que cela avait impacté leurs pratiques.

Lors du rappel, tous se souvenaient de l'entretien suite à la présentation de l'intervenant dont 16 immédiatement et quatre suite à un complément d'information.

V.3.2.4.1. Modification des pratiques :

Nous avons exploré cet item à travers la question : « Vous êtes-vous remémoré l'intervention lors d'une consultation et, si oui, cela a-t-il impacté votre prescription ? »

Quatre médecins ont déclaré ne pas s'être remémoré l'intervention à l'occasion d'une consultation (E8, E11, E12, E17).

Seize médecins ont répondu « Oui ». Parmi eux :

- Deux médecins ont modifié durablement leurs pratiques, un dans le cadre des grossesses (E7), l'autre dans la consultation pour le certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport (E4).
- Cinq disent avoir renforcé leurs pratiques de dépistage ou proposé des sérologies VIH plus facilement (E 1, E3, E13, E15, E20).
- D'autres déclarent seulement avoir repensé à l'entretien durant une ou plusieurs consultations (E2, E5, E6, E9, E10, E14, E16, E18, E19) mais parmi ceux-ci, trois spécifient ne pas avoir pour autant modifié leurs pratiques (E10, E18, E19).

V.3.2.4.2. La plaquette :

Lors du rappel, quatre médecins n'avaient plus la plaquette récapitulative. Onze médecins l'avaient conservée mais n'y avaient pas eu recours. Cinq médecins s'y référaient plus ou moins fréquemment.

Parmi les médecins ayant recours à la plaquette, quatre (n=5) l'avait demandée lors de l'entretien.

Parmi les quatre médecins n'ayant pas conservé la plaquette, tous l'avaient sollicitée en entretien, en demande d'un support visuel pour une accroche plus importante. Parmi eux, un me redemande la plaquette en version informatique afin de l'intégrer dans son logiciel.

Huit médecins (n = 11), auxquels nous avons proposé la plaquette lors de l'entretien, l'ont conservée mais sans y avoir eu recours pour le moment.

V.3.2.4.3. Prescription de sérologie :

Suite à l'intervention, sept médecins (n=20) ont déclaré prescrire plus de sérologies, dont quatre dans une grande proportion (E3, E7, E10, E13) et trois médecins dans une proportion moindre (E12, E16, E17).

Le tableau 11 présente les moyennes et les médianes des prescriptions de sérologies en fonction des variables de quotas de notre étude lors du premier rappel téléphonique.

Tableau 11 : Moyennes et médianes des prescriptions de sérologies en fonction des variables de quotas lors du premier rappel téléphonique.

	Moyenne	Médiane	[min-max]
Hommes	3,2	1,75	[1-12]
Femmes	5,4	4,75	[1,5-12,5]
Urbain	3,6	2	[1-12,5]
Rural	4,7	3,5	[1-12]
30-39	3,9	4,5	[2-4,5]
40-49	5,9	5,5	[1-12]
50-59	3	1,75	[1-12,5]
Total	4,1	2,25	[1-12,5]

Lors du premier rappel téléphonique, les médecins de l'échantillon ont déclaré prescrire en moyenne 4,1 sérologies VIH [1-12,5] sur le mois précédant l'appel. Les tableaux 12a, 12b, 12c comparent le nombre de sérologies prescrites déclaré lors du premier rappel téléphonique en fonction des variables de quotas.

Tableaux 12a, 12b, 12c : Comparaison du nombre de sérologies prescrites déclaré lors du premier rappel téléphonique en fonction des variables de quotas.

H_0 : Le nombre de sérologies prescrites diffère en fonction des variables de quotas.

Tableau 12a : Comparaison en fonction du sexe.

	Condition de validité
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$
Hommes	Pas Loi Normale
Femmes	Loi Normale

Les conditions de la Loi Normale ne sont pas remplies, nous appliquons un test de Wilcoxon.
 $p = 0,07$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes

Tableau 12b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.

	Condition de validité
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$
Urbain	Pas Loi Normale
Rural	Loi Normale

Les conditions de la Loi Normale ne sont pas remplies, nous appliquons un test de Wilcoxon.
 $p = 0,64$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes

Tableau 12c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.

	Condition de validité
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha=5\%$
30-39 ans	Pas Loi Normale
40-49 ans	Loi Normale
50-59 ans	Pas Loi Normale

Les conditions d'une analyse de la variance ne sont pas remplies. On utilise le Test de Kruskal Wallis
 $p = 0,305$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces groupes.

Il n'apparaît pas de différence significative entre le nombre de sérologies prescrites lors du premier rappel téléphonique et nos variables de quotas. Concernant la comparaison en fonction du sexe, on obtient une valeur de « p » se rapprochant de la significativité.

V.3.2.5. Le deuxième rappel téléphonique :

A distance de l'intervention, nous avons recontacté les médecins de l'échantillon. Le délai moyen entre l'entretien et ce deuxième rappel téléphonique a été de 282 jours [235-315], soit environ neuf mois et demi.

Le tableau 13 présente les moyennes et médianes des prescriptions de sérologies lors du deuxième rappel téléphonique, en fonction de nos variables de quotas.

Tableau 13 : Moyennes et médianes des prescriptions des sérologies en fonction des variables de quotas lors du deuxième rappel téléphonique.

	Moyenne	Médiane	[min-max]
Hommes	2,5	2	[0,5-6]
Femmes	5	4	[3-10]
Urbain	3,7	3,5	[1-10]
Rural	3,3	3	[0,5-10]
30-39	3,3	3	[3-4]
40-49	4,8	5	[1,5-10]
50-59	3	1,5	[0,5-10]
Total	3,6	3	[0,5-10]

Lors du second rappel téléphonique, le nombre moyen déclaré de sérologies prescrites est de 3,6 [0,5-10]. Les tableaux 14a, 14b, 14c comparent le nombre déclaré de sérologies prescrites lors du second rappel téléphonique en fonction des variables de quotas.

Tableaux 14a, 14b, 14c : Comparaison du nombre de sérologies prescrites déclaré lors du second rappel téléphonique en fonction des variables de quotas.

H_0 : Le nombre de sérologies prescrites diffère en fonction des groupes.

Tableau 14a : Comparaison en fonction du sexe.

	Condition de validité
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$
Hommes	Loi Normale
Femmes	Pas Loi Normale

Les conditions de la Loi Normale ne sont pas remplies, nous appliquons un test de Wilcoxon.
 $p = 0,06$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes

Tableau 14b : Comparaison en fonction de la zone d'activité.

	Condition de validité
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$
Urbain	Loi Normale
Rural	Pas Loi Normale

Les conditions de la Loi Normale ne sont pas remplies, nous appliquons un test de Wilcoxon.
 $p = 0,507$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes

Tableau 14c : Comparaison en fonction de la tranche d'âge.

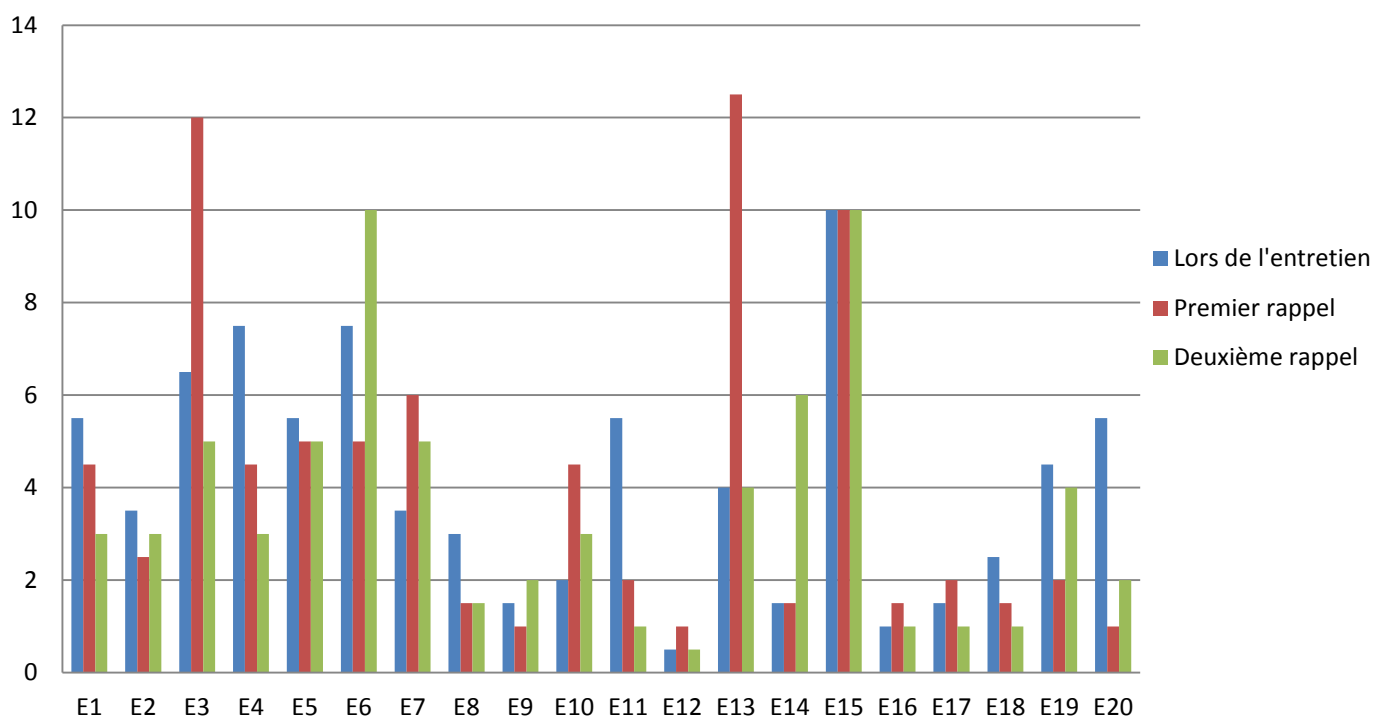
	Condition de validité
	Test de Shapiro-Wilk risque $\alpha = 5\%$
30-39 ans	Pas loi Normale
40-49 ans	Normale
50-59 ans	Pas loi Normale

Les conditions d'une analyse de la variance ne sont pas remplies. On utilise le test de Kruskal Wallis
 $p = 0,231$
 $p > 0,05$. On rejette H_0 . Il n'y a pas de différence significative entre ces groupes.

Il n'apparaît pas de différence significative entre le nombre de sérologies prescrites lors du second rappel téléphonique et nos variables de quotas. Concernant la comparaison en fonction du sexe, on obtient une valeur de « p » se rapprochant de la significativité. Par ailleurs, nous avons comparé les moyennes de prescriptions avant l'intervention (4,1 sérologies/mois) et à distance de celle-ci (3,6 sérologies/mois) à l'aide d'un test de Wilcoxon. Il n'apparaît pas de différence significative.

La répartition du nombre moyen de sérologies prescrites par les médecins généralistes, déclaré lors de l'entretien et des rappels téléphoniques, est présentée en figure 17.

Figure 17 : Nombre de sérologies prescrites par chaque médecin lors de l'entretien et des rappels téléphoniques.



Plusieurs profils se distinguent :

- Pour les entretiens E3, E7, E10, E12, E13, E16 et E17 : on note une augmentation du nombre de sérologies prescrites lors du premier rappel téléphonique par rapport au nombre déclaré lors de l'entretien. A distance, le nombre de sérologies diminue, rejoignant le nombre initial (E12, E13, E16) ou même en deçà (E3, E17). Pour les entretiens E7 et E10, le nombre de sérologies déclaré lors du second rappel téléphonique reste supérieur à celui déclaré lors de l'entretien.
- Pour les entretiens E2, E6, E8, E9, E14, E19 et E20 : on remarque une diminution du nombre de sérologies prescrites lors du premier rappel par rapport au nombre déclaré lors de l'entretien. A distance, le nombre de sérologies est supérieur au nombre initial (E6, E9, E14), stagne (E8), ou réaugmente mais en restant inférieur au nombre initial (E2, E19, E20).
- Pour les entretiens E5 et E15 : nous observons aucune modification du nombre de prescriptions de sérologies.
- Pour les entretiens E1, E4, E11 et E18 : le nombre de sérologies prescrites est de plus en plus faible lors des rappels téléphonique.

V.4. Synthèse :

Notre échantillon représente 0,9% de la population cible. Pour autant, chaque catégorie est représentée par au moins un médecin. Il existe une certaine diversité géographique et des modes d'exercice dans notre échantillon.

	Tranches d'âge			Tranches d'âge			TOTAL
	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[30-39]	[40-49]	[50-59]	
Activité rurale	1	1	1	1	1	3	8
Activité urbaine	1	2	2	1	2	4	12
TOTAL	2	3	3	2	3	7	20

En moyenne, 4,4 appels sont nécessaires avant d'obtenir un entretien. Il n'y a pas de différence significative en fonction des variables de quotas définies.

Le taux de réponses positives à la proposition d'un rendez-vous est de 23%. Le taux de refus est de 18%.

La durée moyenne des entretiens est de 17,5 minutes. Il n'y a pas de différence significative en fonction des variables de quotas.

Le nombre moyen de prescription de sérologie VIH est de 4,1 par mois, avant et lors du premier rappel téléphonique. Lors du second rappel, la moyenne est de 3,6 sérologies prescrites par mois. La différence n'est pas significative.

40% des prescriptions de sérologies VIH sont à l'initiative du médecin, 60 % à la demande du patient.

Seize médecins se disent globalement satisfaits de cet échange. Tous pensent que le contenu présenté est adapté, pertinent pour leur pratique quotidienne et sont prêts à recevoir de nouvelles visites. La plaquette récapitulative, bien accueillie lors de sa présentation, semble avoir un effet limité à moyen terme.

Dix-sept médecins pensent que ce mode d'intervention peut contribuer à modifier les pratiques. Le frein principal concerne le temps requis pour l'entretien.

Sept médecins ont modifié leurs pratiques suite à l'intervention, neuf ont repensé à l'entretien durant une consultation. L'impact en termes de prescriptions de sérologies est plus nuancé.

Au moins cinq médecins proposent des pistes d'amélioration du dispositif.

VI) DISCUSSION :

VI.1. Choix de la méthode : La méthode des quotas :

Notre échantillon se voulait le plus représentatif possible de la population des médecins généralistes des Pays de la Loire. Compte tenu de notre petit effectif, nous avons utilisé la méthode des quotas. Ainsi, notre échantillon correspond à un modèle réduit de la population cible, construit par choix raisonné (89).

L'avantage principal de cette méthode est la rapidité de mise en œuvre. Elle procure des résultats fiables. Elle ne nécessite pas obligatoirement une base de données exhaustive puisque chaque sondé est interchangeable, ce qui n'est pas le cas dans une méthode aléatoire (92).

Le principal inconvénient est la représentativité de l'échantillon constitué. L'inférence des résultats obtenus à la population générale doit être effectuée avec plus de précautions que dans les méthodes aléatoires car la probabilité d'inclusion de la population dans notre échantillon n'est pas connue (92).

Nous avons cherché à limiter le biais d'échantillonnage induit par une telle méthode. Tout d'abord, nous avons construit notre population à partir d'un fichier le plus exhaustif possible, puisqu'émanant des autorités sanitaires. De plus, nous avons procédé à un tirage au sort au sein de chacune des douze catégories de médecins définies par nos variables de quotas afin de constituer notre échantillon plutôt que de choisir chaque participant. Nous diminuons ainsi le biais de sélection. Par ailleurs, un protocole de rappel a été mis en place, ce qui rapproche notre procédure d'une méthode aléatoire d'échantillonnage.

Cependant, il persiste des biais, notamment un biais de sélection. L'inclusion des médecins généralistes dans l'étude nécessite leur accord. Nous pouvons supposer que les médecins qui ont accepté de collaborer à l'étude étaient intéressés par le sujet. Leurs comportements et leurs réponses peuvent être différents de leurs confrères n'ayant pas souhaité participer. De plus, lors du premier appel téléphonique, l'intervenant indiquait sa qualité d'étudiant réalisant sa thèse. Il communiquait souvent avec le médecin lui-même afin de fixer le rendez-vous. Notre étude a ainsi pu bénéficier du fort corporatisme médical. Notre travail, s'agissant d'une étude pilote, a été réalisée sur un petit nombre de sujets. Le médecin interrogé pour la catégorie « Homme, Urbain, 30-39 ans » n'est pas forcément le reflet du comportement de sa catégorie, c'est-à-dire de tous les médecins hommes entre 30 et 39 ans ayant une activité urbaine. Il serait intéressant de mener ce travail à plus grande échelle en ayant par exemple 100 médecins plutôt que 20. Chaque sous-groupe pourrait ainsi être mieux représenté.

VI.2. Choix de la population cible :

VI.2.1. Les critères d'inclusion :

Nous avons choisi de limiter à 60 ans l'âge supérieur de recrutement car nous aurions envisagé un suivi sur deux ans si une étude à plus grande échelle était effectuée. Nous souhaitons éviter d'éventuels départs en retraite au cours de l'étude, source de pertes de vues potentiels. Cependant, selon un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) concernant la démographie médicale au sein des Pays de la Loire (93), les médecins généralistes de plus de 60 ans représentent 25% de l'effectif médical total en 2013. En faisant ce choix de limiter la participation de notre étude aux moins de 60 ans, nous nous privons de toute une population de médecins généralistes et limitons ainsi la généralisation de nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes des Pays de la Loire. Enfin, nous avons limité notre étude aux seuls médecins généralistes libéraux conventionnés, en tolérant une activité mixte libérale et salariée. Ils représentent 68% des médecins généralistes des Pays de la Loire (93) en 2013.

VI.2.2. Les critères d'exclusion :

Nous avons exclu les médecins généralistes remplaçants car leur zone d'activité ne pouvait pas être connue. Par ailleurs, l'exercice d'une Médecine à Exercice Particulier (MEP) faisait également partie de nos critères d'exclusion. Selon l'atlas de la démographie médicale en France en 2014 (94), les MEP représentent 25% de l'ensemble des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, en appliquant nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous restreignons de façon considérable la population cible par rapport à la population dont elle est issue, à savoir les médecins généralistes des Pays de la Loire. Ceci limitera la possibilité de généralisation de nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes des Pays de la Loire.

VI.2.3. La répartition en zones d'activité urbaine ou rurale :

La répartition en zones d'activité urbaine et rurale dans notre étude diffère des définitions établies par l'Insee. Bernard Henri Nicot, ingénieur et chercheur en urbanisme, résume la complexité de ces définitions en 2005 (95) : « *La distinction entre « l'urbain » et « le rural » en France n'est rien moins que claire : parler d'urbain et de rural n'est pas suffisant. Selon que l'on parle de milieu urbain et de milieu rural,*

ou d'espace urbain et d'espace rural, on ne se réfère pas à la même chose. Et par conséquent on peut trouver des descriptions, des caractéristiques ou des évolutions de l'urbain et du rural très différentes, voire opposées, selon la définition retenue ». A l'origine, les milieux urbains et ruraux ont été définis à partir des unités urbaines¹¹, puis des communes urbaines. Au milieu des années 1990, le zonage en aire urbaine introduit le concept d'espace à dominante urbaine et d'espace à dominante rurale, définies par les aires urbaines¹². Le ZAU est basé sur les données du recensement de la population, notamment celles relatives à l'emploi et aux déplacements entre le domicile et le lieu de travail (96). Elle permet d'obtenir une vision des aires d'influence des villes sur le territoire. Dans ce schéma, l'espace des grandes aires urbaines est constitué des grands pôles urbains (côtés ZAU 111), des communes de la couronne des grands pôles (côtées ZAU 112) et des communes multipolarisées des grandes aires (côtées ZAU 120). Cependant, comme nous l'avons expliqué précédemment (voir le paragraphe IV.2.2.2.2 page 58), chacun de ces espaces contient des communes urbaines et des communes rurales. La majorité des communes des couronnes périurbaines ou multipolarisées est rurale. Ainsi, nous avons choisi la définition des unités urbaines comme base de notre raisonnement. C'est la plus ancienne définition mais elle est actualisée à chaque recensement et elle sert de base aux définitions ultérieures.

Conserver les neuf catégories du ZAU afin de répartir les médecins aurait permis d'être exhaustif. Cependant, obtenir alors au minimum un médecin dans chaque catégorie aurait nécessité un effectif considérable au vu de nos moyens humains restreints. Selon nos estimations, inclure l'espace péri urbain à notre zone d'activité urbaine aurait exigé de rencontrer au minimum 28 médecins afin d'obtenir un médecin par catégorie. Le choix de regrouper certaines catégories du zonage en aire urbaine paraît donc licite dans notre cas. Avec un échantillon plus important, on pourrait discuter la définition la plus adéquate pour la répartition en zones urbaines et rurales. De plus, une nouvelle approche émerge depuis quelques années. Il s'agit de la répartition en bassins de vie¹³ mais allant au-delà de la simple distinction urbain-rural. Elle s'appuie sur l'appartenance des pôles à une catégorie du ZAU et sur des critères européens, en prenant en compte l'accès à différents services (dont le médecin généraliste) (97). La répartition des communes au sein des bassins de vie est accessible via le site de l'Insee. Les bassins de vies sont de plus en plus pris en compte dans les approches territoriales au sujet de diverses données. C'est notamment le cas des analyses du CNOM (93).

¹¹ On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (sans coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.

¹² Une aire urbaine ou « grande aire urbaine » est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

¹³ Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Les services et équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie sont classés en 6 grands domaines (services aux particuliers, commerces, enseignement, santé, sports, loisirs et culture, transports).

VI.3. La représentativité de l'échantillon :

En raison des paramètres précédemment décrits, la représentativité de notre échantillon peut être soumise à caution. Notre échantillon représente 0,9% de notre population cible, ce qui est très faible. Notre population cible en elle-même est restreinte par nos différents critères d'inclusion et d'exclusion par rapport à la population totale des médecins généralistes des Pays de la Loire.

Nous avons contrôlé, par notre mode d'échantillonnage, la répartition du sexe, de l'âge et de la zone d'activité urbaine ou rurale. Ces variables se trouvent donc dans des proportions équivalentes dans la population cible et dans notre échantillon.

Par contre, la répartition selon le mode d'exercice seul ou en groupe ne faisait pas partie de nos variables de quotas. Une étude conjointe de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire et de l'URPS-ML Pays de la Loire (98) indiquait que 67% des médecins exerçaient en cabinet de groupe en 2013. Dans notre étude, 70% des médecins exerçaient en groupe. La proximité entre ces deux taux concernant une variable non contrôlée illustre la possible représentativité de notre échantillon.

Un autre paramètre non contrôlé était la répartition géographique des médecins interrogés. Les cartes représentant les densités de population (figure 18) et les densités de médecins généralistes (figure 19) en Pays de la Loire sont présentées en annexe 8. La comparaison des figures 18 et 19 nous permet de constater que les foyers populationnels se superposent aux zones à forte densité médicale. En effet, Nantes, Angers, Le Mans et leurs périphéries ainsi que le bassin Nazairien sont les zones les plus importantes en termes de population. On y retrouve la plus forte densité médicale. A l'inverse, la Mayenne et la Sarthe, hors la périphérie de Laval et du Mans, sont les moins peuplées de la région. Ce sont également les moins dotées en médecins généralistes. Ces deux premières figures se superposent. De plus, nous avons exposé la carte de la répartition des médecins interrogés pour notre étude en figure 15 page 70. En les comparant, nous observons une certaine similitude entre ces trois cartes. La majorité des médecins rencontrés se situe dans des zones de forte densité populationnelle et médicale (Nantes, Saint Nazaire, Le Mans, Châteaubriant, La Roche-sur-Yon...). Les autres médecins de l'échantillon se situent dans des zones moins peuplées. Ils correspondent à notre zone d'activité rurale et ce n'est donc pas étonnant de les retrouver en marge des foyers de population. Ainsi, nous constatons que notre échantillon est diversifié et tente d'être représentatif des bassins de vie de la région Pays de la Loire.

Par ailleurs, la grande variété des médecins interrogés (diversité des réponses formulées et des discours, attitudes, relations médecin-patient...) tend à prouver une diversité significative de l'échantillon.

Ainsi, nous pouvons constater que notre échantillon est diversifié et assez représentatif des bassins de vie de la région Pays de la Loire. La répartition quasiment identique concernant des variables non contrôlées tend à prouver la validité de notre échantillon. Cependant, compte tenu de notre faible effectif et du mode

d'échantillonnage, une extrapolation des résultats à la population cible doit être effectuée avec prudence. En effet, il est possible que les médecins de chaque catégorie ne soient pas le parfait reflet de leur catégorie.

VI.4. L'objectif principal, évaluer le niveau d'adhésion des médecins généralistes à notre dispositif :

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le niveau d'adhésion des médecins généralistes à notre dispositif d'information, visite académique portant sur le VIH, pathologie à faible prévalence dans le domaine de la santé sexuelle. Pour cela nous avons pris en compte différents critères : leur satisfaction globale déclarée, l'intérêt qu'ils attribuaient à ce type d'interaction et leurs souhaits de recevoir de nouvelles visites.

VI.4.1. La satisfaction globale :

La majorité des médecins (80%) se déclaraient satisfaits de l'entretien, ce qui est un résultat très encourageant. Il est néanmoins probable que ce taux de satisfaction soit surestimé. En effet l'évaluation était réalisée directement par l'intervenant. Nous pouvons imaginer qu'il était difficile pour les médecins de montrer leur désappointement ou leur désaccord en face du porteur du projet. Il existe probablement un biais de déclaration. Nous aurions pu réaliser cette évaluation sous forme de questionnaire à renvoyer par voie électronique ou postale avec une enveloppe préaffranchie permettant un retour anonyme de l'évaluation. Le risque était d'avoir une évaluation incomplète par défaut de retour. En utilisant une échelle de Likert¹⁴ en cinq points, nous aurions pu évaluer de manière plus précise le degré de satisfaction des médecins. Mais cette échelle est difficilement utilisable à l'oral. Elle pourrait s'intégrer dans une démarche d'évaluation écrite. Nous aurions pu utiliser une échelle d'évaluation numérique se prêtant mieux à un contrôle oral de la satisfaction. La question pourrait être : « Pouvez-vous me donner une note sur cinq concernant votre satisfaction globale suite à cet entretien ? ».

Toutefois, un contentement satisfaisant par rapport à l'intervention proposée ne signifie pas que les messages ont été pleinement entendus, compris et mis en pratiques. La satisfaction globale nous informe sur l'accueil de ce dispositif par les médecins mais ne préjuge en rien de la modification de pratiques or c'est ce dernier point qui justifie la réalisation de ces visites.

¹⁴ Echelle de Likert : C'est une échelle de jugement. Elle contient cinq à sept choix de réponses qui permettent de nuancer le degré d'accord. Par exemple, les étiquettes peuvent être : Pas du tout d'accord, pas d'accord, ni en désaccord ni d'accord, d'accord, tout à fait d'accord.

VI.4.2. L'intérêt de ce mode d'intervention selon les médecins interrogés :

L'originalité de notre étude repose sur la modalité de face-à-face pour délivrer l'information lors d'un entretien avec le médecin. En effet, il existe déjà de nombreux supports concernant le dépistage du VIH. Cependant, il apparaît que ces supports très riches en informations soient peu accessibles lorsque l'on doit s'y référer rapidement au cours d'une consultation. Ils nécessitent une recherche et un tri de l'information. Certains médecins de notre échantillon ont formulé leurs difficultés à se référer à des documents informatiques : « *La masse d'information qu'on peut trouver sur internet ça tue l'information, on ne prend plus le temps de faire le tri !* » [sic].

85% des médecins de notre échantillon ont déclaré que le mode d'intervention en face-à-face favorisait l'assimilation de l'information délivrée. L'interaction suscitait le débat, la réflexion était facilitée, les renseignements étaient intégrés plus facilement et utilisables directement. De plus, de nombreux médecins ont souligné leur attachement à l'aspect relationnel permis par ces tête-à-tête. « *C'est le propre de notre profession !* » [sic]. C'est ce que l'industrie pharmaceutique a compris depuis longtemps en déployant ses visiteurs médicaux pour véhiculer ses messages promotionnels. Un rapport de l'ANAES en 2000 (12) soulignait d'ailleurs que seuls les visites au cabinet et les « reminders » étaient des moyens d'interventions d'efficacité démontrée. Notre dispositif, à la différence des visites médicales de l'industrie pharmaceutique ou des visites des DAM, ne présente pas la promotion d'un produit et la considération économique n'est pas prise en compte dans notre discours.

Le principal frein exprimé par les médecins de notre échantillon était l'aspect chronophage de ces visites. Nous pourrions réunir tous les médecins d'un cabinet de groupe ou d'une commune, afin de réaliser une intervention unique devant eux. Ceci permettrait de potentialiser l'impact de l'intervention (plus de médecins sensibilisés lors d'une rencontre) tout en diminuant les coûts. Plusieurs médecins ont d'ailleurs exprimé cette possibilité lorsqu'ils évoquaient les améliorations possibles pour le dispositif. Par ces remarques, ils attestaient de leur intérêt pour ces visites et de leur implication pour un dispositif qu'ils s'approprièrent déjà.

Par ailleurs, le temps de formation est inhérent à toute pratique médicale, l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) ayant été instauré par la loi HPST de 2009 (63). Les méthodes de DPC sont détaillées dans un document de la HAS mis à jour en janvier 2015 (99). Plusieurs modalités sont possibles notamment la réalisation de Formation Médicale Continue (FMC). En ce sens, les thématiques abordées doivent s'inscrire dans les orientations du DPC fixées par arrêté ministériel. Les critères de qualité d'une FMC ont été énoncés par P. Gallois dans son livre sur la Formation Médicale Continue (100) :

- Adaptation à l'exercice du praticien concerné
- Qualité scientifique de la formation
- Qualité pédagogique de la formation

- Indépendance de l'action de formation

Ils rejoignent en plusieurs points ceux de la visite académique. Cependant, une action de FMC s'effectue en général au sein d'un groupe conséquent. L'échange peut alors être difficile pour les personnalités les plus réservées. De plus, ces formations durent plusieurs heures et nécessitent de se rendre sur le lieu d'intervention. En outre, ces formations sont bien souvent subventionnées par un laboratoire, même si différents codes éthiques ont été créés pour diminuer les conflits d'intérêt.

En comparaison, la visite académique paraît être plus avantageuse pour le médecin : il s'agit d'une intervention courte, sur place et sans biais d'information. Ce type d'intervention pourrait prétendre à une reconnaissance dans le cadre de la formation du DPC.

VI.4.3. Le nombre d'accords pour de nouvelles visites :

Tous les médecins de notre échantillon étaient d'accord pour bénéficier d'autres visites. Cependant certains ont exprimé des freins à de nouvelles rencontres. Les principaux obstacles retrouvés étaient la durée et la fréquence de l'intervention, ce qui peut correspondre à leurs difficultés à dégager du temps pour leur formation professionnelle. Mais à la différence d'un congrès ou d'une FMC, notre dispositif permet d'apporter l'information dont le médecin a besoin directement à son cabinet. Plusieurs praticiens se sont enquis de l'identité du futur intervenant, traduisant leur intérêt à une source d'information fiable et neutre.

Par ailleurs, dans notre étude, nous constatons la difficulté à modifier les comportements de prescriptions des médecins suite à une intervention unique. Bien que les médecins de notre échantillon n'aient pas exprimé le souhait d'une répétition de l'information, il apparaît nécessaire de délivrer le message à plusieurs reprises pour un impact optimum. La HAS recommande d'ailleurs des cycles de visites, avec un suivi d'indicateurs régulier.

Ainsi, une majorité de médecins déclaraient être satisfaits de l'entretien. Le mode d'information choisi leur semblait pertinent. Ils envisageaient d'autres visites. Nous pouvons conclure à une bonne adhésion au dispositif proposé bien que des améliorations soient possibles.

VI.5. Les objectifs secondaires :

VI.5.1. Concevoir une intervention adaptée :

La HAS a redéfini en 2006 les principes constitutifs de la visite académique (13). Nous avons essayé de les intégrer au mieux dans notre dispositif car ils sont les garants d'une intervention adaptée et de qualité.

VI.5.1.1. La visite :

Le premier principe concerne la visite. Pour la HAS, elle doit se faire au cabinet médical, à chaque médecin ou à un petit groupe. Le rythme doit être régulier et acceptable (tous les 2 mois). L'entretien doit durer environ 20 minutes et le scénario de la visite doit être équilibré entre messages et échanges.

Dans notre étude, l'entretien était effectué au cabinet du médecin, après un premier contact téléphonique pour s'assurer du consentement du praticien et convenir d'un rendez-vous. Nous avons réalisé des entretiens individuels, mais plusieurs médecins ont spontanément évoqué la possibilité de réaliser cette intervention en petit groupe.

Comme il s'agissait d'une étude de faisabilité, nous avons procédé à une intervention unique.

Concernant la durée de l'entretien, nous avons fixé une durée de quinze minutes, afin d'être assuré de ne pas dépasser les 20 minutes souhaitées de la visite académique au sens de la HAS. Ce temps devait permettre durant l'entretien de présenter les informations voulues, échanger avec le médecin et procéder à une rapide évaluation du tête-à-tête. Seuls neuf entretiens ont duré quinze minutes ou moins, c'est-à-dire dans le temps imparti. Cependant, les entretiens ont été réalisés aux heures choisies par le médecin. Ils étaient ainsi plus disponibles, ce qui favorisait la discussion. Du fait d'une valeur extrême (l'entretien de 35 minutes) nous avons calculé la médiane des durées obtenues afin de ne pas surévaluer notre moyenne. Nous observons que les valeurs sont proches, tant sur les valeurs globales que les valeurs par variables de quotas. L'impact de cette valeur extrême est donc réduit. Concernant l'analyse par variable de quotas, il n'apparaît pas de différence significative entre les différents groupes. Notre entretien incluait l'apport de l'information et l'évaluation de l'entretien. Dans l'éventualité d'une telle étude réalisée à grande échelle, seule l'information serait apportée sous cette forme. En outre, la durée moyenne de consultation d'un médecin généraliste est de dix-huit minutes dans les Pays de la Loire selon une étude conjointe de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins libéraux (URPS-ML) des Pays de la Loire (98). Dans notre étude, 70% des entretiens se sont déroulés en dix-huit minutes ou moins. Si on se réfère au temps indicatif de la visite académique telle que définie par la HAS, 80%

de nos entretiens répondent à ce critère de durée (20 minutes). La contrainte de temps paraît être respectée pour notre intervention.

Le script de l'intervention (cf annexe 3) a permis une intervention standardisée et reproductible. Nous nous sommes attachée à alterner les messages d'informations et les échanges à travers diverses questions pour faire participer le médecin et le rendre plus actif dans l'information qui lui était délivrée.

VI.5.1.2. Les messages :

D'après la HAS, le second principe s'intéresse aux messages délivrés. Les thèmes abordés concernent la pratique médicale et posent des problèmes de choix thérapeutiques et/ou répondant à des attentes de santé publique. Les messages doivent être limités en nombre (un à trois par visites), simples et clairs, faisant explicitement référence à des données de type EBM.

Contrairement aux visites académiques testées jusqu'à présent (85) (86) (88), notre intervention porte sur le thème de la santé sexuelle et plus particulièrement le VIH qui est une pathologie à prévalence faible en médecine générale. Ainsi défini, le thème choisi ne semble pas convenir pour une visite académique au sens de la HAS. Cependant, notre hypothèse était justement qu'une telle visite pouvait malgré tout participer à modifier les pratiques concernant le dépistage. Réduire le nombre d'opportunités manquées de dépistage et de diagnostic pour le VIH au cabinet du médecin généraliste constitue un enjeu majeur pour la lutte contre l'épidémie. Les implications du dépistage sont nombreuses et les bénéfiques individuels et collectifs sont importants. Ils ont été détaillés dans le paragraphe II.2 page 29.

Le principal message délivré était les conclusions du « Rapport Morlat » (2), à savoir poursuivre le dépistage ciblé par population et par circonstance à risque, prêter une attention particulière aux situations cliniques devant amener au dépistage, saisir les opportunités d'un dépistage plus large lorsque l'occasion se présente. Notre argumentaire s'appuyait principalement sur le rapport sus-cité et l'étude « Opportunités » du Pr Yazdanpanah (10), données de haut niveau de preuve de type EBM.

Suite à l'entretien, tous les médecins ont trouvé le contenu présenté clair, informatif et adapté à leur pratique. Là encore, il existe un biais de déclaration dû au mode de recueil de l'évaluation auprès des médecins.

VI.5.1.3. Les échanges :

Selon la HAS, le troisième principe s'attache aux échanges lors de la visite. Ils doivent porter sur les habitudes de prescription et le contexte du médecin, les pistes d'amélioration de sa pratique.

Nous avons vu l'importance des questions, des silences comme techniques de communication au cours de la visite médicale pour susciter l'attention puis l'intérêt du médecin et aboutir à un engagement de prescription (paragraphe III.2.2 page 45). Au cours de notre entretien, nous nous sommes attachée à varier les modes d'interaction afin d'impliquer le médecin dans notre présentation. Plusieurs temps de parole lui étaient consacré afin de recueillir ses réactions, ses objections, ses questions. Cependant, n'ayant trouvé aucun script d'intervention de visite académique, il est difficile de savoir où se situe notre entretien, entre une présentation trop formelle et un question-réponse moins riche d'enseignements. Nous présentions les résultats et les dernières recommandations en laissant le médecin prendre conscience de sa propre pratique et des points qu'il pourrait améliorer. Nous n'étions pas dans une attitude convaincante et ne recherchions pas un engagement absolu en fin de visite. Ceci a pu diminuer l'impact de notre visite sur la modification des pratiques. Notre travail n'est probablement pas suffisamment abouti en ce sens.

Par ailleurs, nous avons vu également l'importance d'un « reminder »: il fait partie d'une technique de communication éprouvée par l'industrie pharmaceutique et le rapport de l'ANAES concluait à son efficacité (12). Notre plaquette récapitulative a constitué notre « reminder ». Elle a été sollicitée par une majorité de médecins et les réactions ont été plutôt positives lors de sa présentation. Cependant, lors du rappel téléphonique, seuls cinq médecins ont déclaré s'en servir plus ou moins régulièrement et quatre ne l'avait plus. Nous pouvons supposer qu'une partie des médecins avait les informations suffisamment bien en tête pour ne pas avoir besoin de se référer à ce dispositif. L'inconvénient d'un format papier est qu'il peut être perdu ou jeté, confondu avec les courriers et autres fascicules distribués quotidiennement auprès des médecins. Il est cependant probable que le format ou le contenu de notre plaquette ne soit pas adapté aux besoins des praticiens. Par ailleurs, plusieurs médecins ont soulevé l'importance d'un support visuel lors de l'entretien afin de visualiser et d'intégrer plus facilement le discours. C'est en effet une technique très utilisée par les visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique pour diffuser leurs messages. Il serait intéressant de concevoir ce type de dispositif afin d'accompagner le médecin au cours de l'exposé.

VI.5.1.4. La mesure d'impact :

Le dernier principe proposé par la HAS se concentre sur les mesures d'impact. C'est l'évaluation et/ou l'amélioration des pratiques traduites par des mesures d'impact sur les données de l'activité clinique dont sont issus des critères et des indicateurs suivis régulièrement.

L'amélioration des pratiques et l'impact de notre dispositif fait l'objet d'un paragraphe à part. Ce point constituait un de nos objectifs secondaire et nous le détaillons dans le paragraphe VI.5.3 page 109.

Notre intervention semble plutôt adaptée selon les critères de la visite académique de la HAS. Toutefois, un discours plus engagé vers une modification des pratiques aurait été souhaitable. La plaquette récapitulative, bien qu'ayant été très bien accueillie lors de sa présentation et même sollicitée, semble avoir eu un effet limité à moyen terme. Nous détaillerons la mesure de l'impact de notre dispositif dans le paragraphe VI.5.3.

VI.5.2. Faisabilité d'une telle étude :

L'un des objectifs secondaires de notre étude était de s'assurer de la faisabilité d'un tel dispositif à plus grande échelle. Afin d'évaluer cette possibilité, nous avons considéré plusieurs facteurs : le nombre d'appels nécessaires pour obtenir un rendez-vous, la disponibilité des médecins pour fixer le rendez-vous, le taux de refus, le taux de réponses positives à la proposition d'entretien et la fiabilité des données obtenues.

VI.5.2.1. Le nombre d'appels nécessaires :

Dans notre échantillon, en moyenne 4,4 appels ont été nécessaires avant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin. Ce taux nous paraît faible mais il a pu être influencé par le biais de corporation médicale que nous avons évoqué plus haut (paragraphe VI.1 page 95). Malgré tout, ce petit nombre d'appels pourrait permettre une reproduction à plus grande échelle. Pourtant, compte tenu de notre faible effectif, une extrapolation est difficile. Les appels étaient effectués uniquement les mardis et vendredis matins. En diversifiant les plages horaires des appels téléphoniques, les médecins pourraient être joints en un temps plus court. Lors de notre analyse par variable de quotas, nous obtenons un résultat proche de la significativité concernant la comparaison par tranche d'âge. Il apparaîtrait que, dans notre échantillon, il est plus facile d'obtenir un rendez-vous dans la tranche d'âge 40-49 ans. Nous n'avons pas trouvé lors de notre recherche bibliographique de référence comparable. On ne peut qu'évoquer plusieurs hypothèses :

- Les médecins de cette tranche d'âge ont bénéficié dans le cadre de leur formation de la nécessité d'une formation continue, participer à des programmes de formation est ainsi plus dans leur « éducation ».
- Ces médecins ont peut-être une patientèle moins importante et peuvent ainsi se dégager du temps plus facilement pour des formations.
- Ces médecins sont plus intéressés par la problématique du VIH. Le début de leur exercice a probablement coïncidé avec les mutations thérapeutiques des années 90 et les bouleversements en termes de dépistage.

VI.5.2.2. La disponibilité des médecins :

Les dates et heures des rendez-vous étaient fonction des disponibilités des médecins et de l'enquêteur. Il apparaît de façon logique que les médecins soient plus

disponibles avant ou après leurs consultations. Il s'agit donc de plages horaires très réduites. Prenant en compte ce désavantage, un intervenant plus souple dans ses horaires pourrait augmenter les possibilités de rencontres. De la même façon, réaliser l'intervention face à un nombre réduit de médecins (au sein d'un même cabinet de groupe par exemple) permettrait d'augmenter le nombre de médecins informés lors de chaque session tout en conservant les bénéfices d'un groupe restreint.

VI.5.2.3. Le taux de refus :

Le taux de refus à la proposition d'un rendez-vous est estimé à 18%. Ce taux est rarement décrit dans les études. Lors de notre recherche bibliographique, nous avons trouvé une thèse de médecine étudiant les déterminants de la prescription médicamenteuse (101) et révélant que 19% des médecins ne recevaient pas les représentants des industries pharmaceutiques. Par ailleurs, une autre thèse de médecine (73) a synthétisé plusieurs travaux estimant la proportion de médecins généralistes refusant de recevoir les visiteurs médicaux entre 10 et 19%. Notre taux de refus est donc équivalent à celui des visiteurs pharmaceutiques. L'Assurance Maladie, jointe à plusieurs reprises par téléphone et par courrier électronique, n'a pu nous communiquer le taux de refus des médecins pour les visites des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM). Concernant les visites académiques, notamment le programme français Infoproximed (88), une partie du recrutement des médecins était basé sur le volontariat, le taux de refus n'est donc pas interprétable.

VI.5.2.4. Le taux de réponses positives :

Le taux de réponses positives à la proposition d'un rendez-vous est de 23%. Si nous le comparons à d'autres études récentes réalisées sur le VIH auprès des médecins généralistes de la région, ce taux est de 30% pour la thèse de N. Hall (102) et 45% pour la thèse de B. Garry (103). Il s'agissait dans les deux cas de questionnaires à remplir et à renvoyer. Par ailleurs, la thèse de B. Garry s'attachait uniquement aux médecins de la région nantaise. Concernant les études à but qualitatif, les entretiens sont réalisés en général jusqu'à obtenir la saturation des données. Cependant, un travail purement qualitatif n'était pas notre objectif. Ainsi, notre taux de participation peut sembler faible mais il est compensé par une exhaustivité et une fiabilité des données obtenues.

VI.5.2.5. La fiabilité des données obtenues :

La question de la fiabilité des données est essentielle car il n'y aurait pas d'intérêt à réaliser une étude à plus grande échelle si les données issues d'un petit échantillon sont erronées. La fiabilité des réponses à une enquête déclarative comme la nôtre est toujours sujette à caution. Notre enquête reflète la représentation qu'ont les médecins

de leurs pratiques. La difficulté supplémentaire dans notre étude est qu'elle porte sur un sujet empreint de symboles. La vie sexuelle ou l'intimité sont des domaines dans lesquels les médecins et les patients sont peu à l'aise (14) (104) et la pathologie VIH est encore marquée par des stigmatisations (105) (106). Par ailleurs, nous échangeons sur leurs pratiques de prescriptions, en nous appuyant sur des recommandations validées. Nous pouvons penser que le médecin ait répondu ce qu'il croyait juste ou le plus approprié plutôt que sa véritable activité de dépistage par exemple. Crowne et Marlowe (107) définissent ainsi le biais de désirabilité sociale : « *C'est la tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société* ». Nous pouvons supposer alors que l'activité de dépistage déclarée et le nombre de sérologies prescrites soient plus élevés qu'en réalité.

Cependant, le face-à-face a d'autres avantages. Selon A. L. Holbrook (108), cette modalité d'enquête permet une communication non verbale entre le répondant et l'enquêteur, ce qui motive le médecin interrogé à répondre à chaque question. Ainsi, le recueil des données est plus exhaustif. Heerwegh et Loosveldt (109) ont montré que la collecte administrée par un enquêteur permettait d'obtenir des réponses de meilleure qualité que la collecte en ligne (moindre taux de « je ne sais pas » et de non réponses) et une plus grande variance dans les réponses. La collecte administrée par un enquêteur suscite une désirabilité sociale plus grande chez le répondant que la collecte en ligne.

Un document de synthèse (110) décrit les différents biais pouvant être induits par la formulation des questions. En effet, selon la manière dont elles sont rédigées, les questions peuvent provoquer chez l'enquêté des réactions liées à des phénomènes psychologique et psychosociologique. Dans notre enquête et notamment sur la partie évaluation de l'intervention en fin d'entretien, les différentes questions posées peuvent souffrir des biais suivants :

- l'effet Hawthorne qui est l'amélioration de la satisfaction par l'enquête de satisfaction elle-même.
- Le biais de désirabilité sociale. C'est la tendance à répondre conformément à ce qui est valorisé par la société, à ce que l'enquêté considère être la norme sociale. Pour R. Butori et B. Parguel (111), la présence d'un enquêteur et/ou la nature des questions (sujets personnels ou sensibles) augmentent le biais de désirabilité sociale.
- L'attractivité physique d'une personne, au sens défini par McGuire c'est-à-dire comportant les dimensions de similarité familiarité et sympathie, affecte les évaluations et la nature des interactions sociales mais aussi sa capacité de persuasion. La présentation agréable et la bonne élocution sont des caractères importants pour tout visiteur médical. L'attractivité de l'enquêteur peut avoir un impact positif sur le taux de réponse. Il est important de noter que, dans notre étude, l'intervenant n'avait aucune formation de communication. Toutes les techniques des visiteurs médicaux pour optimiser la portée du discours n'ont donc pas été mises en application.
- Le biais d'acquiescement représente l'attraction du sujet pour les réponses positives. Les causes de ce biais sont multiples : par souci de politesse ou par

facilité, pour éviter la justification d'une réponse négative, pour ne pas contrarier... Ainsi, par exemple, notre question « le contenu présenté est-il adapté et pertinent pour votre pratique ? » a pu souffrir de ces biais. Nous suggérons la réponse attendue par la question et une question fermée a plus de risques de présenter un biais d'acquiescement. Une formulation comme « Que pensez-vous du contenu présenté ? » aurait été plus neutre.

Au vu de ces multiples biais possibles, nous pouvons nous demander si l'entretien est le meilleur moyen d'explorer ces données. Notre intervention couple une entrevue personnelle et une entrevue téléphonique. Lors de l'entrevue personnelle, les informations ont été obtenues sur le lieu de travail de chaque médecin sélectionné dans l'échantillon. L'avantage d'une telle méthode est le taux de réponse élevée. Le contact personnel avec le répondant permet d'effectuer des observations et la prise de mesures immédiates. Les inconvénients sont le coût élevé, la nécessité de formation des enquêteurs et leurs déplacements. Lors de l'entrevue téléphonique, l'information est obtenue par contact téléphonique avec le répondant. Elle permet un contact direct, est moins coûteuse et plus rapide qu'une entrevue personnelle. Elle réalise un bon compromis entre une visite et un questionnaire papier adressé par la poste. Cependant, cette modalité ne permet pas d'obtenir d'information visuelle. D'autre part, l'entrevue téléphonique nécessite une formation des enquêteurs. Le taux de réponse est inférieur à l'entrevue personnelle et il subsiste un problème de confidentialité. Dans notre étude, un biais d'interprétation est possible. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits par écrit et analysés sur cette trame. Lors de la retranscription, il y a une perte d'information puisque l'intonation, les silences sont gommés. L'enquêteur a pu malgré lui induire une modification du discours des médecins interrogés.

L'entretien fait appel au point de vue de l'interviewé. Ses expériences, sa logique, prennent une place prépondérante. C'est précisément ce que nous avons souhaité tester ici, malgré les biais que cela engendre sur la fiabilité des données. Chaque entretien est empreint du vécu et du ressenti de l'interviewé. Dans son livre « L'Entretien » (91), Alain Blanchet l'expose ainsi : « *Tout discours produit par un entretien est co-construit par les partenaires du dialogue. Ce biais fondamental n'est pourtant pas la marque de l'invalidité mais au contraire la condition nécessaire pour que cette méthode atteigne un statut scientifique, une méthode étant précisément caractérisée par la maîtrise des distorsions auxquelles elle soumet les faits* ». G. Bailly quant à lui (112) expose la complexité des boucles perception-action lors d'interactions en face-à-face. Il décrit la parole comme le vecteur d'action privilégié, qui est accompagné de multiples autres modalités gestuelles (expressions faciales, mouvements de tête, postures, regards...). Ainsi, chaque perception ébauche une compréhension de la scène qui enrichit l'interaction. A. Blanchet (91) souligne les mérites de l'interaction humaine en face-à-face. « *S'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un France singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait, mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement*

d'information ». Par ailleurs, notre position selon laquelle notre échantillon est de taille suffisante est consolidée par cet auteur dans son livre « L'entretien » (91) : « *Le corpus nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est, de manière générale, de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire, dans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence* ».

Malgré les biais dont souffrent notre étude et notre échantillon réduit, nous pouvons considérer nos données comme fiables. Par ailleurs, il est important de noter que l'intervenant n'avait aucune formation en communication. Il est probable que le message n'ait pas été délivré de manière optimale. De plus, les objectifs de l'intervention n'étaient pas de convaincre à tout prix mais d'exposer les recommandations et de voir comment le dispositif était accueilli avant tout. Selon nous, la formation de l'intervenant, le développement de l'argumentaire, une attitude de conviction plutôt que de présentation pourraient améliorer les résultats en termes de modification des pratiques.

VI.5.3. Evaluer la modification des pratiques des médecins suite à l'intervention :

La modification des pratiques est l'objectif final de toute intervention visant à promouvoir un dépistage. Dans son rapport de 2000 (12), l'ANAES résume la complexité de ce changement d'habitudes. « *Rédiger des recommandations professionnelles selon des critères méthodologiques optimaux ne suffit pas pour qu'elles créent un processus d'amélioration continue des pratiques. Il faut non seulement les porter à la connaissance des professionnels grâce à une diffusion large, mais surtout induire leur utilisation effective par des méthodes de mise en œuvre performantes. Toutes ces étapes successives sont indissociables pour rendre efficace le processus d'élaboration. La plupart des travaux montrent une disparition rapide de l'impact des interventions à l'arrêt de celles-ci et l'association de plusieurs méthodes de mise en œuvre est conseillée par de nombreux auteurs* ». Cependant différentes études portant sur la modification des pratiques grâce à une visite académique concluent à une efficacité significative (88) (85) (86). Qu'en est-il dans notre étude ?

VI.5.3.1. L'apport de l'information :

L'information était apportée à travers deux sources principales, le rapport d'experts sous la direction du Pr Morlat et l'étude « Opportunités » du Pr Yazdanpanah. Seul un médecin connaissait l'étude « Opportunités ». La majorité des médecins comprenait la notion d'opportunité manquée de dépistage et de diagnostic sans avoir pour autant lu l'étude. Les réactions aux résultats présentés ont été très variées. Ceci peut traduire la difficulté des médecins à s'informer sur des pathologies qu'ils rencontrent peu en pratique courante. Les réactions sont variées en fonction des connaissances de chacun

et des représentations qu'ils ont de la pathologie mais ne sont pas liées aux variables de quotas choisies. Le certificat prénuptial n'est plus obligatoire depuis 2008. Pourtant, un quart des médecins l'ont spontanément évoqué comme opportunités manquées de dépistage. Cela peut traduire un certain attachement des médecins aux procédures et illustre la lenteur avec laquelle les comportements changent.

La plupart reconnaissent le bienfondé des recommandations issues du rapport d'experts et leur facilité d'application en pratique courante. Cependant beaucoup émettent des nuances du fait de la difficulté à connaître l'orientation sexuelle du patient. La sensation d'intrusion est forte. Ce sentiment contribue à manquer des opportunités de dépistage par non connaissance et reconnaissance des patients les plus à risque dans une patientèle.

VI.5.3.2. Les freins au dépistage :

Dans notre étude, la plupart des médecins ont émis spontanément des freins à la proposition d'un test de dépistage pour le VIH. Les principaux freins retrouvés concernaient :

- la peur de discriminer le patient,
- le contexte épidémiologique local concernant la faible séroprévalence de l'infection,
- la hiérarchie des hypothèses diagnostiques,
- le manque de temps,
- les coûts de santé engendrés par un dépistage élargi,
- la problématique de l'anonymat au cabinet du médecin généraliste,
- le potentiel anxiogène d'une telle proposition.

Les médecins illustraient alors leur réelle difficulté à aborder le sujet du VIH et justifiaient leur attitude parfois désintéressée pour cette pathologie. Mettre en avant les freins supposés du patient peut être un mécanisme de défense pour cacher ses propres difficultés à parler de la santé sexuelle. Les médecins concèdent que c'est un des sujets les plus difficiles à aborder en consultation (Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 (14)). Pourtant, en 2013, une thèse de médecine (113) a exploré l'acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale et rapporte qu'une proposition généralisée est jugée acceptable par les patients bien que restant difficile à mettre en pratique pour les médecins.

Plusieurs auteurs ont examiné les déterminants de tels freins au dépistage. Une revue de la littérature conduite en 2007 par R. C. Burke (105) retrouve également le manque de temps, la difficulté à recueillir le consentement, le manque de connaissance de la pathologie, le refus du patient et d'autres priorités lors de la consultation comme freins à la proposition d'un test de dépistage VIH. R. M. Epstein quant à lui (114), s'est intéressé aux barrières et aux facteurs facilitant l'évaluation du risque sexuel lors de consultations auprès de médecins généralistes. Dans la majorité

des cas, le médecin ne pose pas suffisamment de questions pour établir le niveau de risque dans lequel se situe son patient. La façon de parler du VIH lors d'une consultation est influencée par la manière avec laquelle le médecin aborde le sujet, gère ce moment délicat de la consultation, mesure les implications pour le patient. Des sentiments d'inefficacité ou le manque d'empathie peuvent empêcher certains médecins d'évaluer le risque de VIH. L'étude « Opportunités » du Pr Yazdanpanah (10) montre également l'échec des soignants à identifier les personnes à risque de VIH et les symptômes pouvant être reliés à cette pathologie.

Dans une thèse de médecine réalisée par questionnaire fermé avec différents choix de réponses auprès des médecins généralistes de la communauté urbaine de Nantes (103), B. Garry a exploré les principales sources de difficultés pour proposer un test de dépistage. Elle rapporte que 65% des médecins éprouvaient rarement ou parfois des difficultés à proposer un test de dépistage VIH. Par ordre de fréquence, les difficultés ressenties étaient la sensation d'intrusion dans la vie privée du patient, la place délicate du « médecin de famille », le manque de temps en consultation, le manque d'information sur la pathologie liée au VIH. Dans notre étude, nous retrouvons des caractéristiques similaires bien qu'aucune question n'était formulée spécifiquement pour explorer cette composante. Nous laissons libre cours à la discussion en nous efforçant de garder une attitude neutre.

Malgré le martèlement médiatique et scientifique, le dépistage du VIH reste une proposition peu courante en médecine générale. L'objet de cette intervention était justement de lutter contre cette attitude en remettant le VIH au cœur des hypothèses diagnostiques du médecin généraliste.

Il est en effet possible d'opposer d'autres arguments à toutes les difficultés évoquées. Le secret médical permet de protéger l'anonymat du patient et il est probable qu'une proposition de test de la part du médecin permettrait de soulager parfois l'angoisse du patient face à la difficulté de la demande. L'anxiété est inhérente à toute proposition de dépistage et le médecin doit pouvoir expliquer les bénéfices et les risques de chaque examen. Les coûts de santé sont à prendre en compte pour la société. Cependant, les différentes études conduites (45) (46) concluent à une stratégie coût-efficace, surtout concernant le dépistage ciblé dans les groupes les plus à risque. V. Supervie (115) s'appuie sur ces deux études et réaffirme le caractère coût-efficace d'un dépistage ciblé chez les HSH, les hétérosexuels étrangers, les UDI et chez les hommes. Par ailleurs, l'épidémiologie régionale tend à prouver que la problématique du VIH est réelle au sein des Pays de la Loire et que le VIH doit rester une hypothèse diagnostique à considérer. Les patients âgés de 50 ans et plus, bien souvent considérés non à risque, représentent 17% des nouveaux diagnostics de VIH en France en 2013, diagnostics réalisés très souvent à un stade tardif (11). En adoptant une attitude plus argumentée et convaincante, nous aurions pu débattre de façon plus approfondie afin de convaincre les médecins d'identifier, de comprendre et de lutter contre ses freins pour promouvoir le dépistage. Mais il ne s'agissait pas de l'objectif de notre étude. Cette attitude volontairement neutre a pu également diminuer l'ampleur des modifications de pratiques concernant la prescription de sérologies.

VI.5.3.3. La prescription de sérologies de dépistage du VIH :

Dans notre étude, tous les médecins ont déclaré avoir prescrit au minimum une sérologie dans le mois précédant notre entretien. C'est légèrement supérieur au taux retrouvé d'après le baromètre médecins généralistes de 2009 (14), dans lequel plus de neuf médecins sur dix (93,9 %) avaient déclaré avoir prescrit au moins un test de dépistage du VIH dans le mois qui avait précédé l'enquête. Cette étude révélait également que le nombre moyen de sérologies prescrites par médecin était de 5,1 par mois ([4,8 ; 5,4] ; $p < 0,001$) dans les régions de France métropolitaine hors PACA et Ile-de-France. Malgré nos sollicitations, l'Assurance Maladie n'a pas été en mesure de nous communiquer le nombre moyen de sérologies prescrites par médecin pour la région Pays de la Loire. Dans notre échantillon, la moyenne de prescription de sérologie VIH est de 4,1 par mois et par médecin, ce qui est inférieur à la moyenne nationale. Nous n'avons pas observé de tendance significative en fonction des variables de quotas définies. Selon les résultats du Baromètre Santé (14), il n'y a pas de tendance nette concernant la proposition de dépistage en fonction de l'âge ni du sexe. Les critères ayant montré une tendance significative dans la proposition d'un test de dépistage à l'initiative du médecin (l'opinion favorable du médecin vis-à-vis du dépistage généralisé et la part importante de bénéficiaires de la CMU au sein de la patientèle) n'étaient pas recherchés dans notre étude.

Au cours de notre intervention, nous avons réinterrogé à deux reprises les médecins sur le nombre de sérologies qu'ils pensaient avoir prescrites dans le mois précédant notre appel téléphonique. Lors du premier rappel, la moyenne est de 4,1 sérologies par mois et par médecin. Lors du second rappel, la moyenne est de 3,6 sérologies mensuelles. Cette différence n'est pas significative (Test de Wilcoxon). Si on analyse le nombre de sérologies prescrites déclaré lors des rappels téléphoniques en fonction des variables de quotas, on obtient une valeur de « p » proche de la significativité pour la variable sexe. Les médecins femmes prescriraient significativement plus de sérologies que les hommes dans notre échantillon. Ce résultat n'est pas retrouvé dans le Baromètre Santé. Bien que l'échantillon soit de taille différente, nous sommes surpris par ce résultat.

Plusieurs biais ont pu affecter ces données :

- Le biais de déclaration est inhérent à toute enquête. Il est majoré dans notre étude par le biais de désirabilité sociale étant donné le sujet choisi.
- Le biais de désirabilité sociale : Le recueil initial a eu lieu lors de l'entretien en face-à-face. Étant donné que le médecin est prévenu de cette visite et ayant évoqué ensemble l'importance du dépistage, nous pouvons envisager que le médecin ait surévalué sa première déclaration. De plus, nous avons montré la possibilité d'un biais de désirabilité sociale supplémentaire lorsque l'intervenant est présent.
- Le biais de mémorisation : Concernant le premier rappel, il a eu lieu pendant la période estivale et en septembre. Certains médecins revenaient de congés, les

dernières prescriptions de sérologies étaient donc plus anciennes. Le biais de mémorisation est à prendre en compte. Il est probable que le médecin se souvienne davantage des prescriptions survenues dans un contexte singulier (amaigrissement inexpliqué) plutôt que celles répondant à un protocole systématique (grossesse). Ceci peut expliquer une possible sous déclaration du nombre de sérologies prescrites par les médecins lors des rappels téléphoniques.

Ainsi, même en émettant l'hypothèse d'une surévaluation de la première moyenne et une sous-évaluation des deuxième et troisième valeurs, il est difficile d'estimer le réel impact de notre entretien. La figure 17 (page 93) présentant l'évolution du nombre de sérologies prescrites par les médecins de notre échantillon met en évidence des profils de prescriptions variés. Pour sept médecins on retrouve une augmentation du nombre de sérologies prescrites lors du premier rappel, mais cette tendance ne se confirme pas sur le second rappel téléphonique. Pour d'autres, on observe une augmentation du nombre de sérologies mais uniquement sur le second rappel. Ces profils très différents peuvent s'expliquer par la complexité des mécanismes de la décision médicale et par les biais de déclaration et de mémorisation que nous avons évoqués plus haut. Quoiqu'il en soit, les données apparaissent bien inférieures aux moyennes nationales et tendent à prouver que le dépistage n'est pas suffisamment réalisé pour les médecins de notre échantillon. Cette difficulté à modifier les pratiques peut être expliquée par la nécessité de rappel des éléments pour les ancrer dans la pratique des médecins. Il s'agissait d'une intervention unique dans notre étude, et bien qu'un suivi téléphonique ait eu lieu, il s'agissait de recueillir uniquement le nombre de sérologies dans le mois précédent. Les différents messages n'étaient pas délivrés de nouveau. De plus, le caractère peu fréquent de la pathologie en médecine générale constitue une difficulté supplémentaire. La mise en pratique est ainsi moins directe. Ceci peut expliquer la différence avec les bons résultats obtenus par la visite académique concernant les modifications de prescriptions mais touchant des pathologies courantes pourvoyeuses d'un grand nombre de prescriptions quotidiennes par les médecins.

Selon le baromètre Santé Médecins Généralistes de 2009 (14), 58,2 % des médecins interrogés déclarent que la sérologie VIH était prescrite le plus souvent à la demande du patient, 34,0 % à leur initiative et 7,0 % dans le cadre d'un protocole de dépistage (grossesse par exemple). Dans notre étude, 40% des prescriptions sont à l'initiative du médecin, 60% à la demande du patient. Cela nous paraît proche des pourcentages obtenus au niveau national. La proposition d'un test dans le cadre d'un protocole de dépistage ne constituait pas une option de réponse dans notre étude. Cependant certains l'ont précisé spontanément : on retrouve alors 40% de prescriptions à l'initiative du médecin, 35% à la demande du patient et 25% dans le cadre d'un dépistage. La question n'ayant pas été posée de façon explicite à l'ensemble des médecins de l'échantillon, il est difficile d'analyser ces derniers résultats.

Ainsi, dans notre étude, la modification des pratiques suite à l'intervention semble médiocre. Pourtant, plusieurs études attestent du bon pouvoir de modification des pratiques suite à une visite académique (88) (85) (86) (84). Selon l'ANAES (12), « pour que des recommandations médicales soient appliquées et améliorent la qualité

des soins, plusieurs conditions doivent être remplies. Il est indispensable que les médecins concernés par une recommandation connaissent son existence et soient en accord avec le message proposé. Ils doivent ensuite modifier leur comportement pour adapter leurs pratiques à la recommandation. Le fait de connaître une recommandation et de déclarer qu'on la suit n'est pas suffisant pour démontrer qu'elle est réellement mise en œuvre. D'autres facteurs sont susceptibles de jouer un rôle : l'organisation de soins, le mode de financement des soins, les caractéristiques des praticiens (âge, sexe, type de pratique, niveau de formation, etc.) ». Ainsi les mécanismes en jeu sont complexes. Par ailleurs ce même rapport faisait état d'un consensus international (groupe EPOC de la *Collaboration Cochrane*) visant à privilégier des méthodes d'évaluations spécifiques dans le cadre de visites académiques : essai randomisé, essai contrôlé avec assignement du type d'intervention selon une méthode quasi randomisée, étude avant/après contrôlée par un site témoin contemporain de l'intervention, série chronologique.

Si une étude à plus grande échelle est effectuée, une méthode d'analyse de l'impact plus aboutie pourrait être adjointe, comme le préconise la HAS dans son document rappelant les principes de la visite académique. Nous pourrions ainsi solliciter l'Assurance Maladie pour connaître le nombre de sérologies prescrites mensuellement par notre échantillon de médecin. Les données seraient plus fiables et permettraient de voir s'il existe une distorsion entre ce que le médecin pense ou déclare prescrire et ce qu'il prescrit effectivement en ce qui concerne les sérologies VIH.

Dans notre étude, aucune évaluation du coût de l'intervention n'a été effectuée. Ceci constitue pourtant un pilier important d'une étude de faisabilité. L'Assurance Maladie, contactée à ce sujet, n'a pas été en mesure de nous répondre. L'IGAS dans son rapport de 2007 (70) souligne que « *le dispositif des DAM sera nécessairement coûteux, il convient donc de veiller au-delà de l'efficacité à l'efficience du dispositif qui n'est pas pleinement démontrée* ». Concernant la visite académique, certains auteurs (87) concluent que les économies en termes de coûts de santé sont visibles dès lors que ces changements de prescriptions sont intégrés dans la pratique courante.

VI.5.3.4. Evaluation de l'entretien par l'intervenant :

Cette évaluation rend compte de l'impact supposé de la présentation en face-à-face par l'intervenant. Cette analyse a été complexe. Nous avons essayé de sélectionner des critères objectifs pour appuyer nos choix mais il est possible que cette répartition ne soit pas valide. Nous avons estimé que l'impact de notre intervention avait été peu significatif pour six entretiens. La durée de ces entretiens est significativement plus courte que pour le reste du corpus. Cependant, le fait qu'il y ait moins de relances aux questions ou des réponses moins développées faisait partie de nos critères pour juger de l'impact des entretiens. Un entretien avec moins de relances et de développements, donc plus court, était ainsi jugé peu significatif. Nous ne retrouvons pas de différence significative en fonction des variables de quotas définies. Les médecins dont les entretiens sont jugés avec moins d'impact ne sont pour autant pas

ceux qui déclarent des sérologies de plus en plus basses lors des rappels téléphoniques. Notre évaluation de cet impact n'est peut-être pas optimale. Il peut ne pas y avoir de rapport entre la prescription de sérologies VIH et l'intervention qui a eu lieu sur ce sujet.

Nous avons réalisé une analyse en nuages de mots à l'aide du logiciel TAGCROWD. Le contraste est frappant entre les nuages de mots correspondant à des entretiens avec peu d'impact et ceux avec un impact jugé significatif. Nous remarquons que dans les nuages de mots correspondant aux médecins dont l'impact de l'entretien était jugé peu important, le vocabulaire est beaucoup plus pauvre. Le « non » apparaît très nettement, traduisant plus d'opposition avec le discours formulé par l'intervenant. Une analyse plus précise aurait pu être possible à l'aide d'un logiciel d'analyse lexicale tel que TROPES. Nous avons tenté cette analyse avec ce dernier mais sa réelle complexité dépassait nos compétences. Une analyse par un linguiste aurait été intéressante dans ce contexte.

VI.6. Extrapolation :

Notre échantillon se voulait le plus représentatif possible de la population cible définie. Nous avons cherché à minimiser les biais induits par notre méthode d'échantillonnage mais il en persiste quelques-uns. Nous avons cependant montré que notre échantillon était assez représentatif de notre population cible. Compte tenu de notre faible effectif, l'extrapolation doit toutefois être effectuée avec prudence.

Par extrapolation, 512 médecins généralistes des Pays de la Loire accepteraient une intervention à leur cabinet. On peut supposer avoir un impact significatif pour 358 médecins. De plus, on peut émettre l'hypothèse qu'un effet d'entraînement ait lieu : un médecin ayant bénéficié de l'intervention pourrait en parler à ses confrères et ainsi modifier leurs prescriptions. Ces chiffres seraient certainement légèrement différents car notre étude est une étude pilote portant sur un effectif réduit. Un biais de sélection persiste puisque les médecins recrutés au sein de chaque catégorie ne sont pas l'exact reflet des médecins de toute la catégorie.

Conclusion :

La progression de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) reste importante en France comme dans les Pays de la Loire. Le dépistage apparaît comme la pierre angulaire de la prévention et de l'accès au traitement. Le médecin généraliste représente un acteur central de ce dispositif. Pourtant, plusieurs études ont montré l'importance des opportunités manquées de dépistage et de diagnostic au cabinet du médecin.

Notre intervention consistait en une visite académique telle que l'a défini la HAS afin de promouvoir le dépistage du VIH auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire. L'objectif de ce travail préliminaire était d'évaluer le niveau d'adhésion des médecins à ce dispositif dans le domaine de la santé sexuelle et d'évaluer la possibilité de réalisation d'une telle étude à plus grande échelle.

Nous pouvons considérer que les grandes lignes de nos résultats sont valides. L'adhésion des médecins de notre échantillon au dispositif présenté est satisfaisante même si des améliorations restent envisageables. La faisabilité est acceptable, le principal facteur limitant évoqué étant la durée de l'entretien. Réaliser les interventions au sein d'un même cabinet de groupe permettrait de limiter ce frein. Les principes de la visite académique définis par la HAS sont remplis. Cependant, la procédure d'évaluation des mesures d'impact devra être améliorée en raison de biais trop nombreux. Par ailleurs, la modification des pratiques de dépistage du VIH chez le médecin généraliste est médiocre et tend à prouver la nécessaire répétition du message dispensé et l'accompagnement du médecin dans la mise en pratique quotidienne de l'information délivrée.

Malgré un biais d'échantillonnage probable et un effectif réduit, nous avons montré que les médecins rencontrés étaient assez représentatifs de notre population cible. Cependant, s'agissant d'une étude pilote, il est difficile de généraliser les résultats à la population globale des médecins généralistes exerçant en Pays de la Loire.

Néanmoins, il serait intéressant de mener ce travail à plus grande échelle. Nous pourrions nous appuyer sur les prochaines recommandations de la HAS prévues au cours de l'année 2016 et qui concerne les modalités de dépistage du VIH (51) afin de lancer un programme plus vaste d'information et de promotion du dépistage auprès des médecins généralistes.

Annexes

Annexe 1 : L'appel téléphonique.

Bonjour, je suis Mme Cécile PITOIS. Je mène actuellement un projet de recherche avec le soutien de l'Université de Nantes, du CHU, et du COREVIH des Pays de la Loire, sur l'impact d'une intervention en face-à-face auprès des médecins généralistes des Pays de La Loire. Cette intervention porte sur le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles et en particulier du VIH.

Pour cela, je dois mener un entretien de 15 minutes maximum avec le Dr X. L'objectif de ce travail préliminaire est d'échanger à propos de l'intervention, tant sur la forme que le fond.

- OUI : Vérifier les critères d'inclusion
- OUI : vérifier les critères d'exclusion
- OUI : fixer un rendez-vous

Si NON, prévoir un argumentaire supplémentaire.

Il s'agit d'une intervention courte, de 15 minutes maximum, qui ne vous prendra donc que le temps d'une consultation. Nous pourrions échanger et débattre sur les principales recommandations concernant le VIH dans un format d'entretien inédit, et c'est là tout l'intérêt de cette étude, soutenue par l'Université de Nantes et le COREVIH des Pays de la Loire. Les nouvelles recommandations réaffirment la place primordiale du médecin généraliste dans les stratégies de prévention et il est très important que je puisse recueillir l'avis du plus grand nombre. Pouvez-vous m'accorder cet entretien ?

- OUI : Vérifier les critères d'inclusion
- OUI : Vérifier les critères d'exclusion
- OUI : fixer un rendez-vous

Critères d'inclusion : être médecin généraliste avec une activité libérale conventionnée, être âgé de moins de 60 ans, pratiquer au sein des Pays de la Loire.

Critères d'exclusion : Médecine à Exercice Particulier exclusive, âge supérieur à 60 ans.

Annexe 2 : Note d'information et consentement.

Chère Consœur, Cher Confrère,

Médecin généraliste remplaçante, je prépare actuellement ma thèse sur l'impact d'une intervention en face-à-face avec le médecin généraliste dans le domaine de la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles et plus particulièrement du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Il s'agit d'une étude pilote, menée avec le partenariat du COREVIH des Pays de la Loire.

Le but principal est d'étudier la pertinence et la faisabilité de cette nouvelle source d'informations et d'échange, à travers un court débat sur les recommandations actuelles de dépistage. Ceci permettra de recueillir vos impressions et critiques sur ce mode d'intervention.

Pour cela, nous allons réaliser un entretien d'une quinzaine de minutes, qui sera enregistré afin d'exploiter au mieux les différentes données. Tout ou partie de cet entretien pourra être ainsi retranscrit.

Je vous remercie de votre participation.

Cécile PITOIS, Médecin Généraliste
Directeur de Thèse : Dr Eric BILLAUD



Je, soussigné(e) Docteur, accepte que l'entretien avec Mme PITOIS Cécile soit enregistré, et que les données jugées utiles soient retranscrites par écrit.

Fait le/...../..... à

Signature :

Annexe 3 : L'entretien.

Bonjour, je suis Cécile PITOIS, médecin généraliste remplaçant et étudiante à l'Université de Médecine de Nantes. Dans le cadre de ma thèse, (et avec le partenariat du COREVIH des Pays de la Loire, du CHU et de l'Université de Médecine de Nantes), je mène actuellement une étude pilote (de faisabilité) sur l'impact d'une intervention en face-à-face auprès de médecins généralistes des Pays de la Loire dans le domaine de la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles et plus spécifiquement du VIH.

Si vous le voulez bien, pendant cette visite, nous allons discuter ensemble de différentes notions se rapportant à la prévention du VIH et débattre sur les recommandations actuelles. Puis nous pourrons échanger sur les bénéfices de cette intervention ou au contraire les points à améliorer.

Comme point de départ, on peut reprendre les termes d'opportunités manquées de dépistage et d'opportunités manquées de diagnostic concernant la prévention du VIH. Qu'est-ce qu'évoque pour vous ces deux notions ?

- Si connaissance de ces deux notions, donner un complément d'information si nécessaire
- Si non, souhaitez-vous que je vous en parle ?

L'opportunité manquée de dépistage est définie comme tout contact avec une structure de soins lors duquel un test VIH n'est pas proposé au patient, alors même qu'aucun facteur ou symptôme évocateur d'une possible infection par le VIH n'est présent.

L'opportunité manquée de diagnostic est définie comme tout contact avec une structure de soins lors duquel le dépistage du VIH n'est pas proposé au patient malgré la présence d'un signe d'appel à le considérer ou la présence d'un symptôme clinique, ou d'une co-infection. (Signe d'appel : évocation d'un facteur de risque de transmission)

Ces deux notions ont été reprises récemment dans une étude du Dr Yazdanpanah (« Missed opportunities »), c'est peut être une étude que vous connaissez déjà ?

- Si OUI : qu'en avez-vous pensé ? Redonner les principaux résultats.
- Si NON : expliquez plus en détails l'étude.

C'est une vaste étude transversale qui a inclus plus de 1 000 patients. L'objectif était, chez les patients nouvellement diagnostiqués (c'est-à-dire VIH < 6 mois) d'évaluer la fréquence des opportunités manquées de dépistage et de diagnostic, ainsi que de déterminer les facteurs de risques associés. (En comptabilisant et analysant les contacts avec les structures de soins dans les 3 ans précédant le diagnostic).

Les résultats sont assez surprenants :

Sur les 1008 patients inclus il est apparu que 1/3 n'avait jamais eu de tests alors même qu'une bonne partie appartenait à un groupe à séroprévalence élevée. Parmi les personnes ayant présenté des symptômes évocateurs d'infection par le VIH, 61% ont consulté et parmi elles, seulement 18% ont été testées. 99% des patients ont eu au moins un contact avec une structure de soins dans les 3 ans avant le diagnostic, le médecin généraliste dans la grande majorité des cas, ce qui le place au centre des stratégies de dépistage.

La moitié des HSH ne confie pas cet élément à leur médecin traitant, qui, le plus souvent ne recueille pas cet antécédent. (55% n'ont pas eu de dépistage)

Globalement, en France, il y a un grand nombre de dépistages réalisés (80 pour 100 000 habitants). Mais la proportion de diagnostics tardifs (48% parmi les découvertes de séropositivité en 2011 et 29% de diagnostics avancés), et de personnes séropositives ignorant leur statut est encore grande. (environ 30 000 personnes)

- Que pensez-vous de ces résultats ?
- Vous-même, combien avez-vous prescrit de sérologies au cours du dernier mois ? S'agit-il de votre moyenne de prescription ou était-ce inhabituel ?
- Le plus souvent s'agit-il d'une prescription à votre initiative ou à la demande du patient ? Dans quel contexte ?

Selon les recommandations du rapport MORLAT, on peut se retrouver devant 3 situations :

- Soit on est devant **certaines populations considérées à haut risque**, c'est-à-dire les HSH, les hétérosexuels multipartenaires, les populations originaires d'une zone de haute prévalence (DFA et Caraïbes, Afrique sub-saharienne), les UDI, travailleurs du sexe, entourage de PVVIH.
→ Test de dépistage à fréquence régulière
- Soit on retrouve des **circonstances à risque** et ce quelle que soit la population, c'est-à-dire suspicion ou diagnostic d'IST, de tuberculose, d'hépatite B ou C, projet de grossesse ou grossesse, IVG, Première prescription de contraception, viol, (entrée en détention).
→ Test de dépistage à proposer systématiquement
- Soit il existe des **données cliniques ou biologiques** particulières, cancer, tuberculose, zona, PNP, infections herpétiques récidivantes, dermite séborrhéique, asthénie chronique, sd pseudo-grippal prolongé ou atypique, lymphopénie, thrombopénie amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexplicée
→ Test de dépistage à proposer

Que pensez-vous de ces recommandations ? Sont-elles faciles à appliquer dans votre pratique quotidienne ou pas du tout ?

Messages clefs :

- Poursuivre le dépistage ciblé par population et par circonstance pour dépister plus de personnes, plus précocement.
- Prêter une attention particulière aux situations cliniques classiques devant amener au dépistage.
- Saisir les opportunités d'un dépistage large chez des personnes sans test récent lorsque l'occasion se présente.

Avez-vous des questions ?

Comme je vous le disais tout à l'heure, l'objectif de cet entretien était d'une part d'échanger à propos du dépistage du VIH et ses recommandations, mais aussi à propos de la forme qu'a pris cette intervention.

- Globalement, êtes-vous satisfait de cet échange ? (revoir rapidement les points positifs et négatifs)
- Le contenu présenté est-il adapté et pertinent pour votre pratique ?
- Pensez-vous qu'une telle intervention, en face-à-face, pourra contribuer à modifier si besoin vos pratiques par rapport aux divers supports existant déjà ?
- Si oui, voyez-vous un intérêt à de nouvelles visites ? Dans quels domaines ?
- Souhaitez-vous une plaquette récapitulative ?

Je vous remercie pour votre participation.

Annexe 4 : La plaquette récapitulative.

SIGNES CLINIQUES devant faire évoquer une **PRIMO INFECTION VIH**

Syndrome viral aigu
Persistant et/ou atypique

Angine ou pharyngite, rash,
ulcères oraux ou génitaux

Troubles digestifs

Méningite lymphocytaire,
encéphalite, mononévrite

Signes biologiques
Thrombopénie, neutropénie, sd
mononucléosique ou lymphopénie
précoce, cytolysé hépatique

Exposition à un risque sexuel,
sanguin ou professionnel

**Triade sd pseudo-grippal,
éruption cutanée et
ulcérations cutanéomuqueuses très évocatrice !!**

COORDONNEES UTILES

COREVIH Pays de la Loire

CHU Hôtel Dieu
1, place Alexis Ricordeau
44000 NANTES

Tel : 02 40 08 73 52

www.corevih-pdl.fr
contact@corevih-pdl.fr



LE DEPISTAGE DU VIH **DANS LES PAYS DE LA** **LOIRE**

C'est...*

4457 personnes vivant avec le
VIH

1000 personnes infectées
l'ignorant

201700 dépistages réalisés
chaque année

190 nouveaux diagnostics
chaque année

*ORS : VIH et sida : situation épidémiologique
dans les Pays de la Loire en 2012.

RECOMMANDATIONS DE DEPISTAGE**

Populations considérées à haut risque :

Hommes ayant des relations
sexuelles avec des Hommes

Hétérosexuels multipartenaires

Populations originaires d'une
zone à haute prévalence
(Départements Français d'Amérique,
Caraïbes, Afrique sub-saharienne)

Usagers de Drogue Injectable

Travailleurs du sexe

Entourage de Personnes vivant
avec le VIH

**→ Dépistage à fréquence
régulière**

Circonstances à haut risque :

Suspicion/diagnostic

- D'infection sexuellement
transmissible

- De tuberculose

- D'hépatite B ou C

Projet de grossesse/Grossesse

Interruption Volontaire de
Grossesse

Première prescription de
contraception

Viol

Entrée en détention

**→ Dépistage à proposer
systématiquement**

Données cliniques ou biologiques particulières :

Cancer

Tuberculose

Zona

Pneumopathie

Infections herpétiques
chroniques

Dermite séborrhéique

Asthénie chronique

Syndrome pseudo-grippal
prolongé ou atypique

Lymphopénie/Thrombopénie

Amaigrissement et/ou fièvre
prolongée inexplicquée

→ Dépistage à proposer

**Source : Rapport Morlat 2013 sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH

Annexe 5 : Grille d'analyse

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3	ENTRETIEN 4	...
IDENTIFICATION DU MEDECIN					
Nom et Prénom					
Coordonnées postales					
Coordonnées téléphoniques					
Mode d'exercice					
Catégorie					
CADRE CONTRACTUEL de l'ENTRETIEN					
Date et heure du RDV					
Durée de l'entretien					
Consentement signé					
Information gardée					
INTERVENTION					
Notion d'opportunité manquée	Tente une réponse				
	Pas d'idée				
Résultats de l'étude Opportunités	Surprise				
	Connus				
Habitudes de prescriptions					
Freins au dépistage					
Nb de sérologies / mois					
A quelle initiative?	Patient				
	Médecin				
Recommandations Morlat					
Autres remarques					
EVALUATION de l'ENTRETIEN					
Satisfaction globale					
Contenu pertinent et adapté					
Apport de l'entretien en face à face					
Freins à l'entretien en face à face					
Autres visites?					
Quels domaines?					
Temps/fréquence					
Plaquette demandée ou proposée	Demandée				
	Proposée				
Réactions à la plaquette					
Autres remarques					
PREMIER RAPPEL TELEPHONIQUE					
Date					
Se remémore l'intervenant					
S'est remémoré l'intervention					
Changement de pratique					
Nb de sérologies /mois					
Sait où est la plaquette					
Recours à la plaquette					
Autres remarques					
DEUXIEME RAPPEL TELEPHONIQUE					
Date					
Nb de sérologies / mois					
IMPRESSIONS de l'INTERVENANT					
Ressenti à chaud					
Pose des questions/demande info					
Réponses développées	Monosyllabiques				
	Intermédiaires				
	Très développées				
Utilise les info, pense à des dossiers...					
Au total, IMPACT					

Annexe 6 : Liste des entretiens.

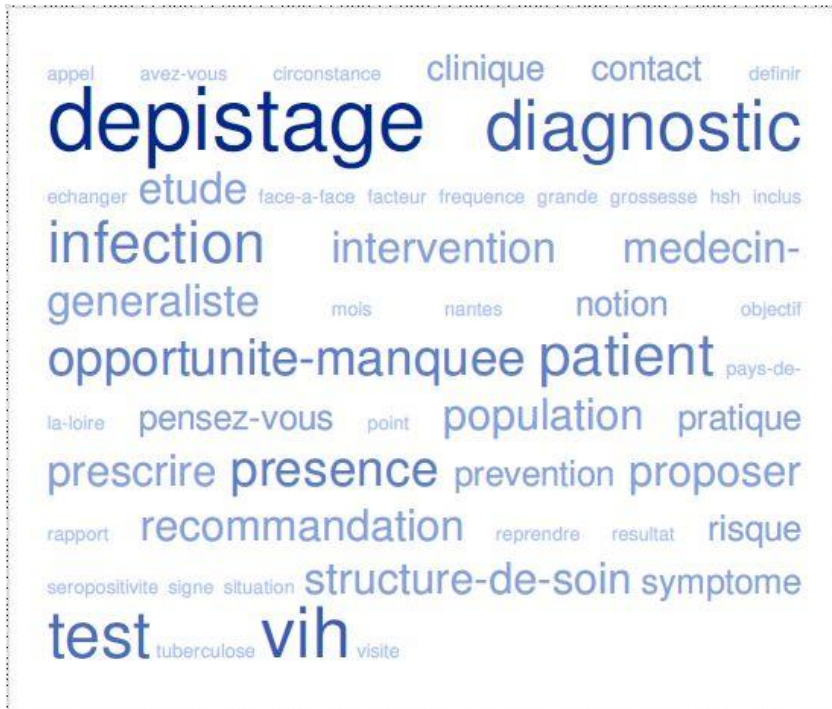
Entretien	Genre	Tranche d'âge	Activité
N°1	M	30-39	U
N°2	F	50-59	R
N°3	M	40-49	R
N°4	M	30-39	R
N°5	F	40-49	U
N°6	F	50-59	U
N°7	M	40-49	U
N°8	F	40-49	U
N°9	M	40-49	U
N°10	F	30-39	R
N°11	H	50-59	R
N°12	H	50-59	R
N°13	F	50-59	U
N°14	M	50-59	U
N°15	F	40-49	U
N°16	M	50-59	U
N°17	M	50-59	U
N°18	M	50-59	R
N°19	F	30-39	U
N°20	M	50-59	U

E : Entretien M : Masculin F : Féminin

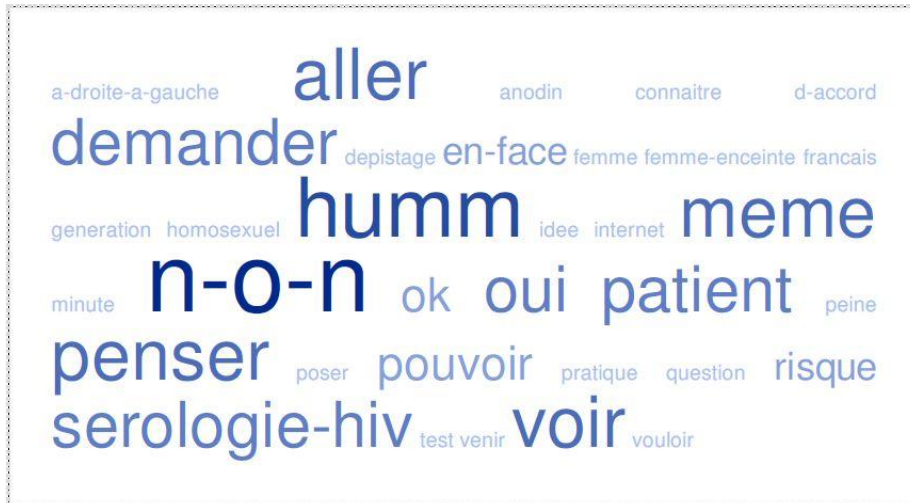
U : Urbaine R : Rurale

Annexe 7 : Les nuages de mots.

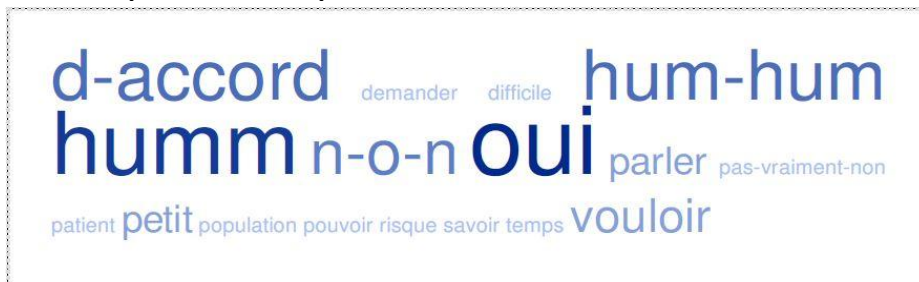
Nuage de mots n°1 : le script de l'intervention



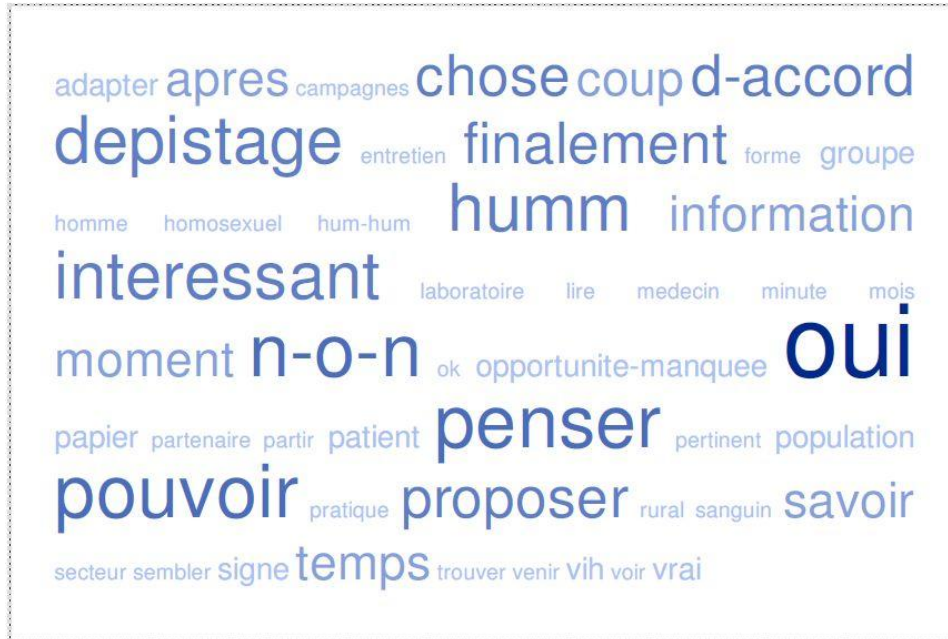
Nuage de mots n°2 (Entretien 8) :



Nuage de mots n°3 (Entretien 20) :



Nuage de mots n°4 (Entretien 3) :



Nuage de mots n°5 (Entretien 16) :



Annexe 8 : Cartes des densités de population et des densités de médecins généralistes en Pays de la Loire.

Figure 18 : Densités de population en Pays de la Loire en 2008 (Source : Observatoire régionale Econoqimique et Social (ORES)).

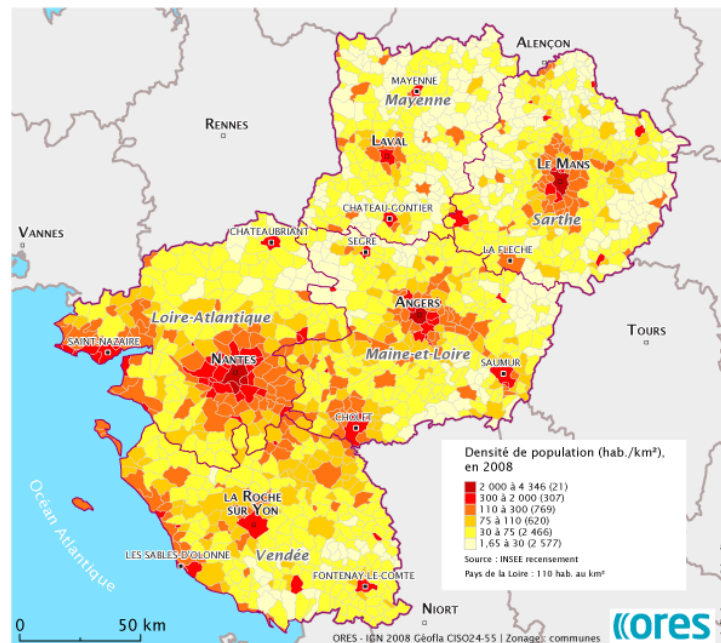
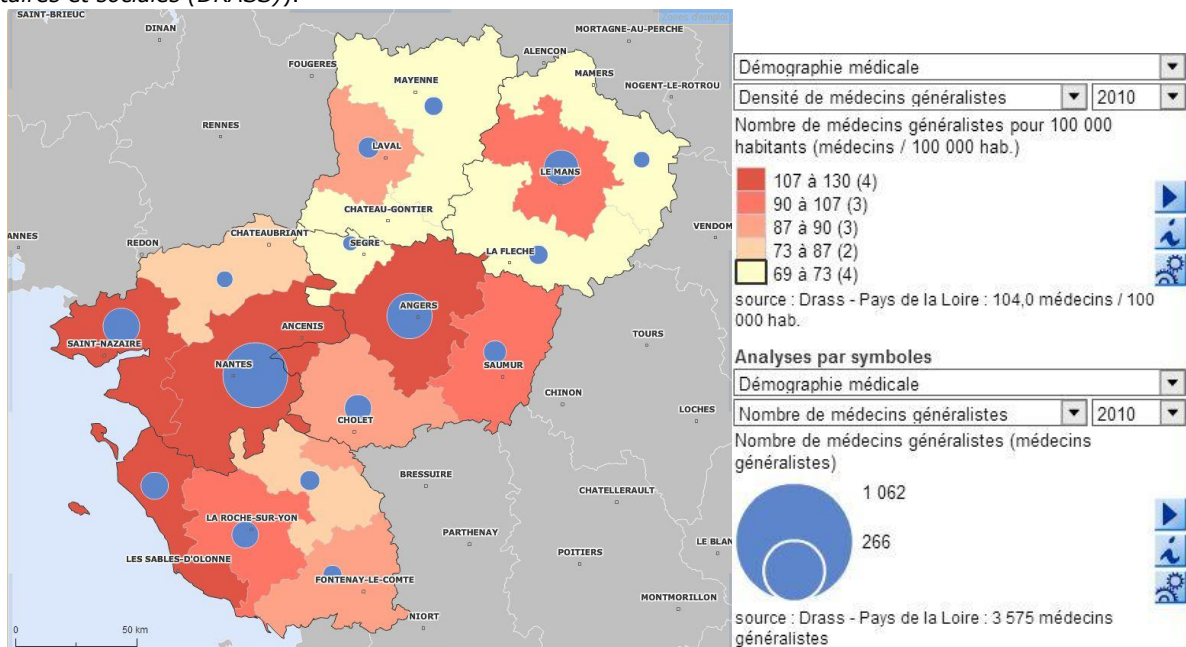


Figure 19 : Densités de médecins généralistes en Pays de la Loire en 2010 (Source : Direction Régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS)).



Bibliographie

1. ONUSIDA. OMD 6 : 15 ans, 15 leçons d'espoir de la riposte au SIDA. Fiche d'information. 2015. Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_fr.pdf
2. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. Paris : La documentation française; 2013.477p.
3. COREVIH. Bulletin Epidémiologique Annuel VIH et SIDA des Pays de la Loire. 2013. Disponible sur: <http://www.corevih-pdl.fr/images/BEA%202013.pdf>
4. Quinn TC, Wawer MJ, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *New England Journal of Medicine*. 2000;342(13):921-9.
5. Supervie V. Charge virale communautaire : de l'idée à la réalisation. *Transcriptases* : 2012;147;15-17.
6. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Argumentaire 2009. *Bio Tribune Magazine*. 2010;34(1):33-53.
7. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. 2010. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
8. La Ruche G, Goulet V, et al. Épidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. *Presse Médicale*. Dossier thématique Infections sexuellement transmissibles. 2013;42(4):432-9.
9. Velter A, Bouyssou-Michel A, et al. Enquête presse gay 2004. St-Maurice Institut de Veille Sanitaire. 2007; ISBN 978-2-11-096766-4
10. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infectious Diseases*. 2013;13(1):200.
11. Cazein F, Pillonel J, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de SIDA, France, 21003-2013. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2015 ; (9-10) : 152-61. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/pdf/2015_9-10_1.pdf
12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. 2000. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/effimeth.pdf>
13. Haute Autorité de Santé. La visite académique. 2006. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/va.pdf>

14. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
15. ONUSIDA. Fiche d'information 2014. Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_fr_0.pdf
16. ONUSIDA. Le SIDA en chiffres 2015. Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_fr.pdf
17. Institut de Veille Sanitaire. Infection par le VIH/SIDA et les IST. Point épidémiologique. 2015. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/content/download/118967/418791/version/2/file/Point_VIH_SIDA_231115.pdf
18. Lot F, Smati J, et al. Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2015 ; (40-41) : 744-51. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41_1.pdf
19. Roussillon C, Hénard S, et al. Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Etude ANRS EN20 Mortalité 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2012 ; (46-47) : 541-45. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8631
20. Institut de Veille Sanitaire. Lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. 2005. 66-79. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/rapport_vih_sida_10ans-5-Epidemiologie.pdf
21. Larsen C, Pialoux G, et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2005;23:109-12.
22. COREVIH Pays de la Loire. Rapport Epidémiologique 2014. 2015. Disponible sur: <http://www.corevih-pdl.fr/images/banniere/R.%20Epidmio%202014.pdf>
23. Observatoire régional de santé (Pays de la Loire), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles: Pays de la Loire, 2010. ORS Pays-de-la-Loire ; INPES; 2012.
24. Commission on Chronic Illness. Chronic Illness in the United States: Prevention of chronic illness. Published for the Commonwealth Fund by Harvard University Press; 1957. 372 p.
25. Wilson J M G, Junger G. Organisation Mondiale de la Santé. Principes et pratique du dépistage des maladies. Genève, 1970. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41503/1/WHO_PHP_34_fre.pdf

26. Grant RM, Lama JR, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(27):2587-99.
27. McCormack S, Dunn DT, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. 2015; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615000562>
28. Bhaskaran K, Hamouda O, et al. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. *Journal of the American Medical Association*. 2008;300(1):51-9.
29. Montlahuc C, Guiguet M, et al. Impact of late presentation on the risk of death among HIV-infected people in France (2003-2009). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2013;64(2):197-203.
30. Babiker AG, Emery S, et al. Considerations in the rationale, design and methods of the Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) study. *Clinical Trials*. 2013;10(1 Suppl):S5-36.
31. ONUSIDA. Implications des données de l'étude START. Questions et réponses. 2015. Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_Implications_of_the_START_study_data_fr.pdf
32. 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. *Official Journal of the international AIDS Society*. 2006;20(10):1447-50.
33. Pao D, Fisher M, et al. Transmission of HIV-1 during primary infection: relationship to sexual risk and sexually transmitted infections. *Official Journal of the International AIDS Society*. 2005;19(1):85-90.
34. Cohen MS, Chen YQ, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(6):493-505.
35. Setbon M. La normalisation paradoxale du SIDA. *Revue de sociologie française*. 2000;41(1):61-78p.
36. De Cock KM, Johnson AM. From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *BMJ*. 1998;316(7127):290-3.
37. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Décret n°88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine. *Journal Officiel* 20 janvier 1988. Disponible sur: http://pmb.ofdt.fr/documents_numeriques/LEGI/205.pdf
38. Institut de Veille Sanitaire. Déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du sida. Dispositifs de surveillance. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>

39. République Française. Arrêté du 19 avril 2002 relatif à la notification obligatoire de l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade. 2002. Journal Officiel N°103 du 3 mai 2002.
40. Frieden TR, Das-Douglas M, et al. Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic. *New England Journal of Medicine*. déc 2005;353(22):2397-402.
41. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Recommendations for HIV testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2006 ; 55(N°. RR-14)
42. Rozenbaum W, Brun-Vézinet F, et al. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Rapport du Conseil National du Sida. 2006
43. Organisation Mondiale de la Santé, ONUSIDA. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. 2007. ISBN 978 92 4 259556 7.
44. Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2010. Paris : La documentation française : 2010. ISBN 978-2-11-008271-8.
45. Sanders GD, Bayoumi AM, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(6):570-85.
46. Yazdanpanah Y, Sloan CE, et al. Dépistage en routine du VIH en population générale en France. Estimation de l'impact clinique et du coût-efficacité. Numéro thématique. L'infection à VIH/SIDA en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 30 nov 2010 ; (45-46) : 455-9.
47. Conseil scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants. Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté. Communiqué de presse. 16 janvier 2012. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/120116_Communique%C3%A9_CNGE_D%C3%A9pistage_VIH.pdf
48. d'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, et al. Modest Public Health Impact of Nontargeted Human Immunodeficiency Virus Screening in 29 Emergency Departments. *Archives of Internal Medicine*. 9 janv 2012;172(1):12.
49. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C: rapport de recommandations 2014. 2014. ISBN 978-2-7598-1645-3
Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=811786>
50. Fagard C, Champenois K, et al. Dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes : Etude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2014 ; (21-22) : 395-400.

Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/21-22/pdf/2014_21-22_4.pdf

51. Haute Autorité de Santé. Evaluation de la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH en France : dépistage en population générale et dépistage ciblé. Feuille de route. 2015. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/feuille_de_route_vih_201503_2015-03-31_17-41-14_255.pdf
52. Hall N, Crochette N, et al. Médecins généralistes et infection par le VIH. Médecine et Maladies Infectieuses. 2015;45(11-12):456-62.
53. Conseil National du SIDA et des Hépatites. Liens / index thématique / A / Association France. Disponible sur: <http://www.cns.sante.fr/spip.php?rubrique5&mot=101>
54. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Circulaire DGS/PGE/1 C N° 85 du 20 janvier 1988 relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. Disponible sur: http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=10694
55. République Française. Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015. 2014-1554 déc 22, 2014.
56. République Française. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). Journal Officiel n°0266 du 17 novembre 2010 : p 20499.
57. Conseil National du SIDA. Rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH. 2012. Disponible sur: http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2012-20-12_rap_fr_depistage.pdf
58. Haute Autorité de Santé. Autotests de dépistage du VIH : information à l'intention des professionnels de santé et des associations. 2015. ISBN : 978-2-11-139079-9. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/argumentaire_advih_201503.pdf
59. Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA. Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les "Home Tests" : dossier documentaire. 2000. Disponible sur: <http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/HomeTests.pdf>
60. Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre. Code de déontologie médicale. 2012. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
61. République Française. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. 1996. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620824>
62. République Française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel. 17 août 2004.

63. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel du 22 juillet 2009.
64. Bras P L, Duhamel, G. Inspection générale des Affaires Sociales. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Rapport n°RM2008-142P. 2008. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751.pdf>
65. Les entreprises du médicament. Disponible sur: <http://www.leem.org/>
66. Aribaud G. Visite médicale, qualité et performance. Paris: Ed. de santé; 2010.
67. Code de la santé publique - Article L4113-6. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688680&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100914>
68. Haute Autorité de Santé. Ipsos. Certification de la visite médicale. Présentation des résultats d'étude. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/enquete_has_ipsos_vm_032009.pdf
69. Prosser H, Walley T. Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study. British Journal of General Practice. 2003;53(489):305-11.
70. Bras P L, Ricordeau P, et al. Inspection générale des affaires sociales. L'information des médecins généralistes sur le médicament. Résumé du rapport n°RM 2007 136P. 2007. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000703.pdf>
71. Szajngarten T. Le médecin généraliste face à l'information donnée par le visiteur médical dans la région Midi-Pyrénées. Thèse : médecine, Toulouse : 2013.
72. Wazana, A. Physicians and the pharmaceutical industry : is a gift ever just a gift? Journal of the American Medical Association. 2000. 283(3); 373-380
73. Foisset E. Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. Thèse : médecine, Brest : 2012.
74. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Reissued by Stanford University. Press; 2001. 291 p. ISBN 978-0-8047-0911-8
75. Chimonas S, Brennan TA, Rothman DJ. Physicians and Drug Representatives: Exploring the Dynamics of the Relationship. Journal of General Internal Medicine. 2007;22(2):184-90.
76. Ionescu S, Jacquet M-M, Lhote C. Les mécanismes de défense: Théorie et clinique. Armand Colin; 2012. 263 p. ISBN 978-2-200-28382-7
77. Comité Economique des Produits de Santé. Les Entreprises du Médicament. Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion

- des médicaments. 2014. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CHARTE_CEPS_LEEM_promotion_vm_signee.pdf
78. La Revue Prescrire. 15 ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner. 2006. 26(272); 383-389.
 79. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Maîtrise médicalisée des dépenses de soins et soutenabilité du système de santé : l'Assurance Maladie intensifie sa mobilisation. Dossier de presse. 2015. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_maitrise_medicalisee_VF.pdf
 80. Sié J. Notre-DAM de l'ONDAM. Le Moniteur des Pharmacies. 2011. 2901 (1) : 27-32.
 81. Eudes I. La méthodologie d'action des Dam est vouée à l'échec. Espace Social Européen. 2007 (827).
 82. Assises du médicament. Développer l'information sur les produits de santé. Contribution de F. Pesty. 2011. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution_de_Francois_PESTY_Rendre_operante_la_vi_site_des_delegates_de_l_assurance_maladie_DAM_.pdf
 83. Mahyaoui Y. Portage des réformes par les délégués de l'assurance maladie: mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral. Université Amiens Jules Verne Laboratoire CRESAII. 2009; Disponible sur: <http://www.annuaire-secu.com/pdf/DAM-y-mahyaoui.pdf>
 84. Dormuth CR, Maclure M, et al. Effect of periodic letters on evidence-based drug therapy on prescribing behaviour: a randomized trial. Canadian Medical Association Journal. 2004;171(9):1057-61.
 85. Baran RW, DuChane J, et al. Effectiveness of Academic Detailing in the Managed Care Environment : improving prescribing of lipid-lowering agents. Journal of Managed Care Pharmacy. 1996;2(2):148-57.
 86. Coenen S, Van Royen P, et al. Optimizing antibiotic prescribing for acute cough in general practice: a cluster-randomized controlled trial. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2004;54(3):661-72.
 87. The Prescription Project. Cost-effectiveness of Prescriber Education ("academic detailing") Programs. 2008. Disponible sur: http://www.puppem.com/Documents/The_Prescription_Project_cost-effectiveness_of_academic_detailing_03-2008.pdf
 88. Le Duff M, Zamparutti P. Infoproximed : Programme d'Information Thérapeutique Indépendante de Proximité en Médecine Générale. 2005. Disponible sur: http://infoproximed.adiph.fr/files/2012/10/20070227_rapport_final_infoproximed.pdf
 89. Desabie J. Théorie et pratique des sondages. Paris : Dunod ; 1966.

90. Répérant É. Obtenir un engagement « respectable » : les étapes de la communication en visite médicale. Paris: Heures de France; 2006.
91. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. Paris: A. Colin; 2007.
92. Ardilly P. Les techniques de sondage. Paris: Éditions Technip; 2006.
93. Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région Pays de la Loire, situation en 2013. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf
94. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2014. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
95. Nicot B-H. Urbain-rural: de quoi parle-t-on. Note téléchargeable sur site Sirius Université Paris. 2005;12. Disponible sur: <http://www.sirius-upvm.net/doc/geo/urbain-rural.pdf>
96. Insee - Définitions, méthodes et qualité - Zonage en aires urbaines / ZAU. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/zonage-en-aires-urbaines.htm>
97. Gray P. Bassins de vie 2012 en Pays de la Loire: la difficile course à l'équipement du périurbain. INSEE Pays de la Loire, 2012(112). ISSN 1633-6283
98. Observatoire Régional de la Santé, Union Régionale des Professions de Santé de Médecins Libéraux Pays de la Loire. Panel en médecine générale 2010-2012 Pays de la Loire : Les emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire. 2012. Disponible sur: http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/Publications/R%C3%A9sultats%20d%20%C3%A9tudes/PANEL_2012_12_les_emplois-du_temps_des_m%C3%A9decins_g%C3%A9n%C3%A9ralistes.pdf
99. Haute Autorité de Santé. Méthodes et modalités de Développement Professionnel Continu. 2015. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf
100. Gallois P. La Formation médicale continue: principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1997.
101. Darribes S. Les déterminants de la prescription médicamenteuse : la visite médicale des laboratoires pharmaceutiques a-t-elle une influence sur la prescription des médecins généralistes ? Thèse : médecine, Bordeaux : 2010.
102. Hall, N. Etat des lieux, en 2012, de la prise en charge par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée des patients infectés par le VIH. Analyse étendue aux Pays de la Loire. Thèse : médecine, Nantes : 2013.
103. Garry, B. Etat des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008. Thèse : médecine, Nantes : 2009.

104. Letiers, C. Prévention du VIH : connaissances et attitudes des médecins généralistes d'Isère et de Savoie. Thèse : médecine, Grenoble : 2011.
105. Burke RC, Sepkowitz KA, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *Official Journal of the international AIDS Society*. 2007;21(12):1617-24.
106. Stephenson PH. Le sida, la syphilis et la stigmatisation. La genèse des politiques et des préjugés. *Anthropologie et Sociétés*. 1991;15(2-3):91-104.
107. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*. 1960;24(4):349-354.
108. Holbrook AL, Green MC, Krosnick JA. Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires: Comparisons of respondent satisficing and social desirability response bias. *Public Opinion Quarterly*. 2003;67(1):79-125.
109. Heerwegh D, Loosveldt G. Face-to-Face versus Web Surveying in a High-Internet-Coverage Population: Differences in Response Quality. *Public Opinion Quarterly*. 2008;72(5):836-46.
110. CMS-SPIP. Enquêtes : Principaux biais dans la formulation des questions. 2012. Disponible sur: http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/IMG/article_PDF/article_a1765.pdf
111. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse-Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, France, 2010. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/>
112. Bailly G, et al. Boucles de perception-action et interaction face-à-face. *Revue Française de Linguistique Appliquée*. 2008/2;Vol. XIII:121-31.
113. Chapelet E. Acceptabilité d'un dépistage systématique du VH en médecine générale. Thèse : médecin, Nantes : 2013.
114. Epstein R, Morse D, et al. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Annals of Internal Medicine* 1998 ; 128(6) : 435-42
115. Supervie V, Ndawinz J, Lodi S, Costagliola D. Délai entre infection et diagnostic et épidémie cachée du VIH en France. Séminaire ANRS. 25-26 avril 2013. 2013. Disponible sur: <http://www.anrs.fr/layout/set/print/content/download/4817/26893/file/V%20SUPERVIE.pdf>

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,