

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 OCTOBRE 2013

PAR

Florence LACHAUX

ACCEPTABILITÉ DU DÉPISTAGE DU VIH PAR SÉROLOGIE ET PAR TROD CHEZ LES PATIENTS DE 50 À 70 ANS EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Jordan BIREBENT

JURY

Monsieur le Professeur Patrice MASSIP, Président

Monsieur le Professeur Marc VIDAL, Assesseur

Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN, Assesseur

Madame le Docteur Muriel ALVAREZ, Assesseur

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT, Membre invité

Madame le Docteur Lise CUZIN, Membre invité

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDJ S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
 Dr STILLMUNKES A.
 Dr BRILLAC Th.
 Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
 Dr BISMUTH M.
 Dr BOYER P.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Massip, pour le temps que vous m'avez accordé, vos conseils et pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Au Docteur Birebent, pour avoir accepté de diriger ce travail. Cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour sans votre soutien ni vos encouragements tout au long de ce projet. Merci de m'avoir si bien guidée dans ce travail.

Aux membres du jury, de me faire l'honneur de juger ce travail.

Au Docteur Cuzin, pour m'avoir apporté de précieux conseils et encouragée à mener à bien ce projet.

Aux Docteurs Chauveau et Fourcade, pour leurs conseils dans l'élaboration de cette thèse.

À Monsieur Le Tallec, pour son aide dans l'écriture des questionnaires.

Au Docteur Dupouy, pour son aide pour la partie statistique.

À tous les médecins qui ont accepté de participer à ce projet.

À tous les patients qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires.

À tous les médecins et équipes que j'ai pu rencontrer tout au long de mes études, qui, par leurs soins et enseignements, ont nourri mon amour pour ce métier.

À mes parents, pour leur soutien sans faille depuis toujours. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir toujours encouragée à suivre ces belles études pour apprendre ce métier que je rêvais d'exercer depuis toute petite...

À Aurore, ma sœur. Merci pour ton soutien, tes conseils et tes relectures. Merci de toujours prendre si bien soin de moi lors de mes escapades parisiennes.
Je suis fière de ma grande sœur.

À ma belle-famille, pour leurs soutien et encouragements tout au long de mes études.

À Elodie, toujours à mes côtés depuis si longtemps. Merci infiniment pour ton soutien et ta patience pendant mes difficiles premières années de médecine. Maintenant reviens dans le sud, nos fous-rires et nos conversations interminables me manquent !

À Alexia, Claire, Delphine, Sophie. Merci pour ces très belles années d'externat ! Vous me manquez.

À mes co-internes ruthénois, trop nombreux pour tous les citer ! Merci pour cet inoubliable premier semestre.

À mes co-internes ariègeois, première et deuxième session ! Et tout particulièrement Thomas, Anne Line et Oriane. Vous avez été des co-internes rêvés !

À mes co-internes toulousains, pour ce redouté mais finalement joyeux semestre dans l'univers magique de la pédiatrie !

À tous mes amis, Julie, Ines, Nico, Noémie, Romain, Julien, Ludo, Nico, Christine, Laurent, Audrey, Roberto, Christophe, Julie, Mélo, Aurel, Flora, Cédric, ... et tous les autres, qui n'ont cessé de m'encourager durant toutes ces longues années d'études.

J'ai une chance incroyable d'être aussi bien entourée. Merci, merci à tous.

À Tomi, pour tout.

Je n'aurais jamais pu réussir ces longues et difficiles années d'études sans ton soutien inconditionnel, ta patience, et surtout tout ton amour.

Je t'aime si fort.

TABLE DES MATIÈRES

I/ INTRODUCTION	3
1.1 Contexte	3
1.2 Objectifs	7
II/ MÉTHODES	9
2.1 Type d'étude	9
2.2 Questionnaires	9
2.3 Randomisation	9
2.4 Critères d'inclusion	10
2.5 Critères d'exclusion	10
2.6 Protocole	10
2.7 Analyse statistique	11
III/ RÉSULTATS	12
3.1 Généralités	12
3.2 Refus	12
3.3 Données socio-démographiques	12
3.3.1 Âge et sexe	12
3.3.2 Niveau d'études	13
3.3.3 Activité	13
3.3.4 Situation personnelle	13
3.3.5 Lieu d'habitation actuel	13
3.4 Acceptation du test de dépistage	14
3.4.1 Taux d'acceptation du test de dépistage du VIH (sérologie)	14
3.4.2 Connaissance et taux d'acceptation des TROD	14
3.5 Dépistages antérieurs	15
3.6 Prise de risque de contamination	16
3.7 Sexualité et proposition du test de dépistage du VIH	17
3.8 VIH et médecine générale	17
3.9 Comparaison des profils des patients favorables ou réticents à la réalisation du test de dépistage du VIH	17

IV/ DISCUSSION	19
V/ CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXE 1	30
ANNEXE 2	32

I/ INTRODUCTION

1.1 Contexte

Fin 2011, 34 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, 2,5 millions ont été contaminées et 1,7 millions sont décédées de maladies liées au sida, selon les chiffres publiés en novembre 2012 par l'ONUSIDA. [1] [2]

Une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publiée en mars 2009 a établi que les personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH semblent être de plus en plus nombreuses dans le monde. L'OMS note une pénurie en matière de données concernant la prévalence. Cette tranche d'âge est rarement prise en compte dans les enquêtes démographiques et sanitaires. [3]

En France, environ 25 % des personnes vivant avec le VIH ont plus de 50 ans. [4]

Plusieurs explications sont retenues: d'une part, les antirétroviraux augmentent l'espérance de vie, et, d'autre part, le nombre de dépistage de séropositivité dans cette classe d'âge est également en augmentation. [5,6,7,8,9]

Les 50 ans et plus se sentent moins concernés par le VIH et se protègent peu lors de leurs rapports sexuels. Le dépistage est moins souvent proposé aux plus de 50 ans, il existe un tabou autour de la sexualité de cette population. La proximité des symptômes de la primo-infection avec des symptômes fréquents liés à l'âge retarde le diagnostic. [10,11,12]

En France, en 2012, on compte environ 160 000 [130 000 – 200 000] personnes contaminées par le VIH. On estime qu'environ 30 000 personnes ignoreraient leur séropositivité. [4,9,13]

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010 en France est estimé à environ 6300 (IC 95% [5 914 – 6 616]). Le nombre de découvertes de séropositivité, après avoir diminué significativement entre 2004 et 2007 ($p < 0.001$), se stabilise depuis ($p = 0,36$). [9]

En Midi-Pyrénées, 1800 personnes ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2011 dont 208 en 2011. [14]

En France, l'âge de la découverte de séropositivité entre 2003 et 2010 se répartit comme suit : la proportion des moins de 25 ans n'a pas évolué de façon significative, alors que la proportion de 25-49 ans a diminué ($p < 0.001$) et la proportion de 50 ans et plus a augmenté (de 12 à 18%, soit 893 à 1127 patients, $p < 0.001$). [9]

En 2011, les laboratoires ont réalisé en France 5,18 millions (IC95% : [5,12-5,24]) de sérologies VIH, soit 79 sérologies pour 1 000 habitants. Ce nombre, qui avait augmenté de 2003 à 2005 ($p = 0,008$), atteignant 5,29 millions de sérologies (IC95% [5,22-5,38]), a diminué en 2006 puis s'est stabilisé ($p = 0,5$). Il a augmenté significativement en 2011 (+4%, $p < 0.001$), sans toutefois atteindre le niveau observé en 2005 .

Cette augmentation significative serait en partie due à la nouvelle recommandation de l'HAS incitant la réalisation d'un test de dépistage du VIH au moins une fois dans sa vie à toute personne âgée de 18 à 70 ans, et ce, en dehors de tout facteur de risque.

En Midi-Pyrénées, le nombre de sérologies réalisées en 2011 est de 70 pour 1000 habitants, soit légèrement inférieur à la moyenne nationale. [13]

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en France en 2011 est estimé à 10 517 (IC95%: [10 276-10 758]), soit 161 sérologies positives par million d'habitants. Ce nombre a diminué entre 2005 et 2007, et s'est stabilisé depuis ($p = 0,37$). L'apparente diminution observée en 2011 (-3%) n'est pas statistiquement significative ($p = 0,13$). [13]

Une augmentation significative du nombre de sérologies positives entre 2007 et 2011 est observée en Midi-Pyrénées ($p = 0,017$). Avec 71 nouveaux cas de séropositivité par million d'habitants en 2011, Midi-Pyrénées est au 3ème rang des régions de France métropolitaine les plus touchées. [13,14]

L'utilisation des tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD) pourrait faciliter le dépistage. Les TROD permettent d'obtenir un résultat rapide avec une bonne sensibilité et spécificité.

En France, leur utilisation précisée dans le décret de mai 2010 a été limitée initialement à des situations spécifiques comme le dépistage chez la femme enceinte en fin de grossesse, les accidents d'exposition au sang ou sexuelle et en cas d'urgence diagnostique d'une pathologie aiguë évocatrice du stade sida.

Un nouveau décret de novembre 2010 a étendu leur utilisation à « toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé ». [15,16,17]

Le diagnostic très tardif (<200 CD4/mm³ ou stade sida) concernait 30% des diagnostics en 2010. Des études montrent que 77 % des décès liés au sida peuvent concerner les patients pris en charge tardivement. Selon ces données, le taux initial de lymphocytes CD4 était fortement corrélé à la probabilité de décès. Chez les patients pris en charge tardivement, on observe une mortalité à court terme significative, plus élevée que chez les patients avec un diagnostic précoce de l'infection par le VIH. [18,19,20,21,22]

Le dépistage tardif, préjudiciable à la prise en charge médicale, est également associé à un haut niveau de transmission du virus. [15]

Les plus de 50 ans représentent 45% de ces diagnostics très tardifs. Une fois le diagnostic posé, plus l'individu est âgé, plus l'infection évolue rapidement vers le sida. [23,24,25]

Il n'y a pas actuellement de recommandations spécifiques pour les traitements antirétroviraux chez les patients âgés, aucun n'ayant été testé spécifiquement dans cette population. Certaines recommandations internationales récentes proposent d'introduire un traitement pour tout patient infecté de plus de 60 ans, indépendamment du taux de CD4. À cet âge, le rapport bénéfice-risque d'un traitement précoce semble rester favorable, même si les personnes âgées étaient peu représentées dans les études de ces médicaments. [28]

Les études concernant la restauration immunitaire sont contrastées. Des résultats publiés en 2004, 2008 et 2009 montrent que la restauration immunitaire chez les plus de 50 ans est plus lente malgré une réponse virologique très satisfaisante, probablement en raison d'une meilleure observance thérapeutique [25,26,27]. Des études publiées en 2006 et 2008 montrent que la restauration immunitaire chez les 50 ans et plus est comparable à celle d'une population plus jeune.[29,30] Une étude du COREVIH d'Ile de France publiée en 2013 montre que l'efficacité du traitement antirétroviral permet une évolution clinique et immunologique favorable même chez les patients infectés par le VIH de plus de 60 ans, mais les comorbidités sont fréquentes, avec une incidence élevée de complications cardiovasculaires et de néoplasies, responsables de la mortalité observée à cet âge. [31]

Dans une étude publiée en 2006 incluant 159 patients de plus de 50 ans, l'utilisation prolongée de traitements antirétroviraux était significativement associée chez les personnes de plus de 50 ans à une aggravation plus importante que chez les plus jeunes des valeurs de glycémie, cholestérolémie et triglycéridémie. C'était aussi dans cette population que le risque d'insuffisance rénale était le plus important.

Ces comparaisons n'étaient pas ajustées sur les caractéristiques cliniques et démographiques lors de l'initiation du traitement antirétroviral. Les sujets étaient en majorité des hommes, hétérosexuels, avec une maladie déjà évoluée et avec des taux anormaux avant même le début du traitement. Ces différences pourraient donc être expliquées par une population différente entre les cas et le groupe contrôle. [30]

Ces données étaient également retrouvées dans deux autres études incluant un grand nombre de patients âgés de plus de 50 ans. [33,34]

Plusieurs antirétroviraux ont un effet inducteur ou inhibiteur enzymatique sur le cytochrome P450 qui intervient souvent dans le métabolisme des médicaments utilisés pour le traitement des autres pathologies présentes chez les patients de 50 ans et plus. L'association antirétroviraux/polymédication augmenterait significativement le risque d'interactions médicamenteuses, parfois graves. Cela peut entraîner une diminution de l'adhérence au traitement antirétroviral et une baisse de son efficacité, ainsi que des réactions toxiques. [32,35,36]

Plusieurs études montrent que l'observance du traitement antirétroviral est en général meilleure chez les plus de 50 ans que chez les plus jeunes. Mais les troubles cognitifs qui peuvent survenir avec le vieillissement risquent d'altérer cette bonne observance et entraîner une moins bonne réponse thérapeutique. [36,38]

Les biologistes et les médecins exerçant en ville jouent un rôle de plus en plus important dans le dépistage et le diagnostic de l'infection VIH, puisque la part des personnes diagnostiquées en ville a augmenté depuis 2003 passant de 23% à 32% en 2011. [37]

Les médecins de ville diagnostiquent moins de personnes de plus de 50 ans, mais plus de personnes à un stade précoce de l'infection que leurs confrères hospitaliers.

Ces différences sont liées en partie aux motifs de dépistage : les séropositivités découvertes en ville découlent plus souvent d'une sérologie réalisée suite à une exposition récente au VIH ou

pour un bilan systématique. [24]

1.2 Objectifs

La réduction du nombre de personnes ignorant leur statut sérologique, et un diagnostic à un stade précoce sont devenus une priorité de santé publique.

Les découvertes de séropositivité après 50 ans en France concernent environ 1 100 personnes en 2010. L'augmentation de la part de cette classe d'âge depuis 2003 et le caractère plus souvent tardif de ces diagnostics par rapport à la contamination, observés aussi dans d'autres pays [38,39], soulignent la nécessité de sensibiliser à la fois le public et les personnels de santé à l'utilité du dépistage des plus de 50 ans. [9]

Le fait qu'un quart des plus de 50 ans soit récemment contaminé au moment du diagnostic montre que les contaminations ne sont pas exceptionnelles à cet âge et souligne le besoin de programmes de prévention adaptés à cette population. [9]

L'étude Baromètre Santé de 2009 a analysé les pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage du VIH. Elle montre que la pratique actuelle du dépistage par les médecins généralistes est fortement imprégnée du modèle de dépistage installé au cours des vingt-cinq dernières années qui privilégie la demande de la personne et la notion d'exposition au risque. La proposition du test est orientée par le profil de risque, comme le confirment les résultats sur le dépistage ciblé, et non par une attitude classique de dépistage d'une maladie non symptomatique et qui peut être efficacement traitée. Les quelques données disponibles montrent pourtant l'intérêt des prescriptions VIH en médecine générale, ces dispositifs permettant de « capter » des populations différentes de celles qui se rendent dans les centres spécialisés pour les IST ou le dépistage VIH. [40,41,42]

D'après l'enquête, le principe d'un dépistage en population générale à l'initiative du médecin suscite un bon niveau d'adhésion, plus de 70 % des médecins interrogés étant d'accord avec l'idée que « le médecin devrait proposer un test VIH sans attendre la demande du patient » et « régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs »

En France, les groupes à faible risque d'infection (les Français hétérosexuels, les plus de 50 ans, les personnes mariées avec enfants, sans pratique du multipartenariat) présentent les plus fortes probabilités d'être pris en charge tardivement. [43] Ces populations ne se sentent pas concernées par le dépistage de l'infection par le VIH ; elles restent à l'écart des stratégies

ciblées et, en l'absence d'une proposition de test par un professionnel de santé, sont le plus souvent diagnostiquées à l'occasion de symptômes, voire d'une maladie opportuniste. [44]

Si le principe d'un dépistage en population générale à l'initiative du médecin est bien accepté, les avis des généralistes sont plus nuancés quand il s'agit de proposer un test aux personnes sans facteur de risque apparent, même parmi les plus favorables à l'élargissement du dépistage. Ce résultat montre la nécessité d'apporter aux médecins, dans des documents de pratique, un argumentaire épidémiologique, médical et économique sur l'intérêt d'un dépistage dans les configurations d'absence de risque reconnu. [40]

Les données disponibles peuvent rassurer les médecins généralistes car elles semblent montrer que les patients sont plutôt favorables à la réalisation de test de dépistage du VIH.[45,46] Ces études ne traitaient pas spécifiquement de la population des 50 ans et plus.

Afin de promouvoir la proposition du test de dépistage du VIH par les médecins généralistes, il nous a semblé licite de recueillir le point de vue des patients eux-mêmes, et en particuliers des plus de 50 ans, une population se sentant encore peu concernée par le dépistage du VIH.

L'objectif principal de notre travail est donc d'évaluer l'acceptation d'un test de dépistage systématique du VIH (par une sérologie ou un test rapide d'orientation et de diagnostic) chez les patients âgés de 50 à 70 ans se présentant chez un médecin généraliste.

L'objectif parallèle sera d'étudier les profils des patients réticents ou favorables à ce dépistage.

II/ METHODES

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude déclarative basée sur des questionnaires-papier anonymes destinés à tous patients âgés de 50 à 70 ans consultant un médecin généraliste de la région Midi-Pyrénées.

2.2 Questionnaires

Il s'agissait de questionnaires-papier anonymes de vingt questions à réponses fermées exclusivement. La première partie comportait des questions socio-démographiques, la deuxième partie des questions sur le dépistage du VIH (acceptation du test de dépistage, tests antérieurs, facteur de risque de contamination).

Avant la réalisation de l'étude, sept questionnaires ont été soumis à des patients d'un cabinet médical de Pamiers en Ariège afin d'évaluer la compréhension de celui-ci et mettre en évidence d'éventuels défauts de formulation ou un manque de pertinence de certaines questions et modifier le questionnaire si besoin.

Le nombre de questionnaires nécessaire à des résultats représentatifs a été calculé a priori par le service d'épidémiologie de la faculté de Toulouse-Purpan et estimé à 100 au minimum. Nous avons décidé d'envoyer dix questionnaires à chaque médecin généraliste. En se basant sur un taux de réponse de 20%, et en anticipant les erreurs de randomisation (médecins à la retraite, salariés ou exerçant une activité spécifique comme l'allergologie, l'acupuncture...), nous avons décidé de randomiser 80 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.

2.3 Randomisation

En novembre 2012, une randomisation générée par ordinateur a permis de recruter 80 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées inscrits à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

2.4 Critères d'inclusion

Tous les médecins généralistes inscrits à l'URPS de Midi-Pyrénées étaient inclus.

Tous les patients âgés de 50 à 70 ans inclus se présentant au cabinet du médecin généraliste devaient se faire proposer le questionnaire.

Tous les patients ont donné leur consentement éclairé oralement.

2.5 Critères d'exclusion

Ont été exclus :

les médecins à activité spécifique (acupuncture, allergologie,...),

les médecins à la retraite,

les médecins salariés et/ou à exercice hospitalier exclusif.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion pour les patients.

2.6 Protocole

Les 80 médecins généralistes ont été contactés par téléphone afin de leur proposer de participer à l'étude et recueillir leur accord.

Les médecins généralistes ayant répondu favorablement ont reçu par courrier 10 questionnaires destinés à leurs patients, ainsi qu'une fiche expliquant le protocole et une enveloppe retour. Le nombre de patients ayant refusé de participer à l'étude devait être noté. Il était conseillé de faire remplir le questionnaire avant la consultation médicale afin de favoriser la concentration des patients.

Toutes les 3 semaines, les médecins n'ayant pas renvoyé les questionnaires étaient contactés par téléphone afin de les inciter à faire remplir les questionnaires. Lors du dernier rappel, il était spécifié aux médecins qu'ils pouvaient renvoyer les questionnaires même si les dix n'avaient pas été remplis.

La période de recueil des questionnaires était de Novembre 2012 au 31 Janvier 2013.

2.7 Analyse statistique

Les données ont été saisies dans un tableur EXCEL®.

Les caractéristiques des patients acceptant ou refusant le test de dépistage du VIH par sérologie ont été comparées :

- Les comparaisons des variables qualitatives entre deux groupes ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques des groupes considérés.
- Les comparaisons de distributions des variables quantitatives ont été réalisées par des tests t de Student en cas de distribution normale sinon par test des rangs de Wilcoxon.

Le « p » retenu comme seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques est de 5%.

III/ RESULTATS

3.1 Généralités

Sur les 80 médecins randomisés:

- Ont été exclus : 8 médecins à la retraite et 2 médecins ayant une activité spécifique (sexologie, angiologie),
- 14 médecins n'ont pas été joignables après au moins 5 tentatives sur une période de 3 semaines,
- Parmi les 56 médecins généralistes inclus :
 - 7 médecins ont refusé de participer à l'étude : deux ont déclaré avoir trop de travail, deux craignaient que cette étude fasse poser des questions aux patients, deux trouvaient la réalisation de l'étude trop compliquée, un n'a pas donné d'explication,
 - 49 médecins ont accepté de participer à l'étude.

Entre novembre 2012 et le 31 janvier 2013 :

- 15 médecins ont renvoyé des questionnaires soit un taux de réponse de 30 %
- 126 questionnaires étaient analysables
- 4 questionnaires ont été exclus car les patients n'avaient pas entre 50 et 70 ans.

3.2 Refus

14 des 15 médecins répondeurs avaient fourni le nombre de refus de patients. 24 patients ont refusé de participer à l'étude : 2 médecins avaient noté 12 refus chacun. Les autres médecins n'avaient reçu aucun refus.

3.3 Données socio-démographiques

3.3.1 Âge et sexe

Parmi les 126 patients, 71 étaient des femmes (56%), 52 étaient des hommes (41%).

3 personnes (2%) n'ont pas donné de réponse.

La moyenne d'âge était de 59,8 ans avec une médiane à 60 ans.

3.3.2 Niveau d'études

14 patients (11%) étaient sans diplôme, 12 (10%) avaient le certificat d'étude, 22 (17%) avaient un CAP, 15 (12%) avaient un brevet, 21 (17%) avaient le baccalauréat et 38 (30%) avaient fait des études supérieures.

4 personnes n'ont pas répondu.

3.3.3 Activité

52 patients (41%) avaient une activité professionnelle, 10 (8%) étaient sans emploi, 63 (50%) étaient à la retraite.

1 patient n'a pas répondu.

3.3.4 Situation personnelle

14 patients (11%) étaient célibataires, 13 (10%) étaient en concubinage, 72 (57%) étaient mariés, 1 (1%) était pacsé, 18 (14%) étaient divorcés, 8 (6%) étaient veufs.

110 (87%) patients avaient des enfants. En moyenne ces patients avaient 2,2 enfants.

3.3.5 Lieu d'habitation actuel

Départements	9	11	12	31	32	50	57	59	81	65
Effectif (%)	5	2	7	56	1	1	1	1	20	8

Fig 1. Tableau de répartition du lieu d'habitation des patients

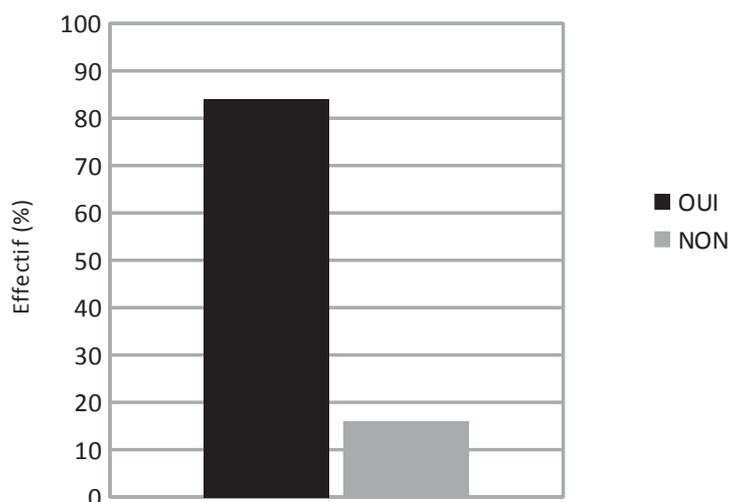
97 % des patients résidaient en région Midi Pyrénées.

3.4 Acceptation du test de dépistage

3.4.1 Taux d'acceptation du test de dépistage du VIH (sérologie)

106 patients (84%) étaient favorables à la réalisation d'un test de dépistage systématique du VIH dans le cadre d'une campagne nationale de dépistage contre 20 (16%) qui y étaient opposés.

Fig 2. Acceptation du test de dépistage VIH (sérologie)



3.4.2 Connaissance et taux d'acceptation des TROD

103 patients (82%) n'avaient pas connaissance des TROD. Après une brève explication de cette méthode, 96 personnes (76%) étaient favorables à la réalisation de ce type de test au cabinet du médecin généraliste.

Fig. 3 Connaissance des TROD

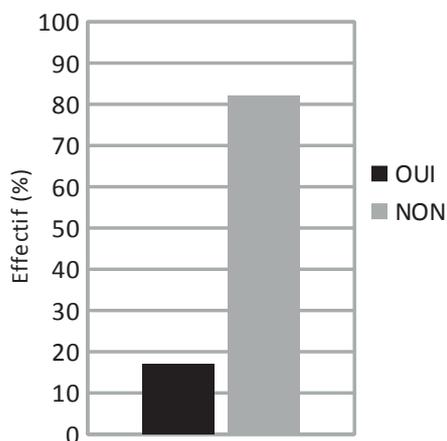
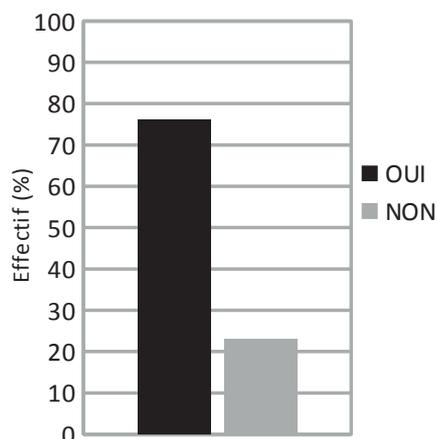


Fig. 4 Acceptation des TROD

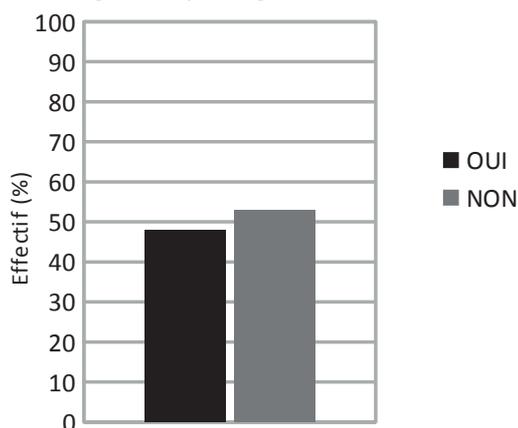


Parmi les 29 patients (23%) refusant le TROD : 25 (86%) ne se sentaient pas concernés, 2 (7%) trouvaient le délai de réponse trop rapide, 1 (3%) trouvait que le cabinet du médecin généraliste n'était pas le lieu approprié, une personne n'a pas donné de réponse.

3.5 Dépistages antérieurs

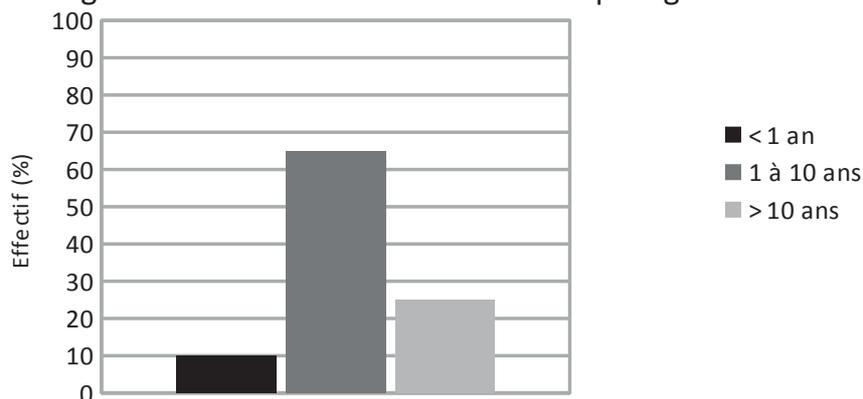
66 patients (52%) n'avaient jamais réalisé de test de dépistage du VIH au cours de leur vie.

Fig. 5 Dépistage antérieur du VIH



Parmi les 60 patients (48%) ayant déjà fait un test de dépistage du VIH : 6 patients (10%) l'avaient réalisé il y a moins d'un an, pour 39 patients (65%) le test datait de 1 à 10 ans, pour 15 patients (25%) le test avait été réalisé il y a plus de 10 ans.

Fig. 6 Ancienneté du dernier test de dépistage du VIH



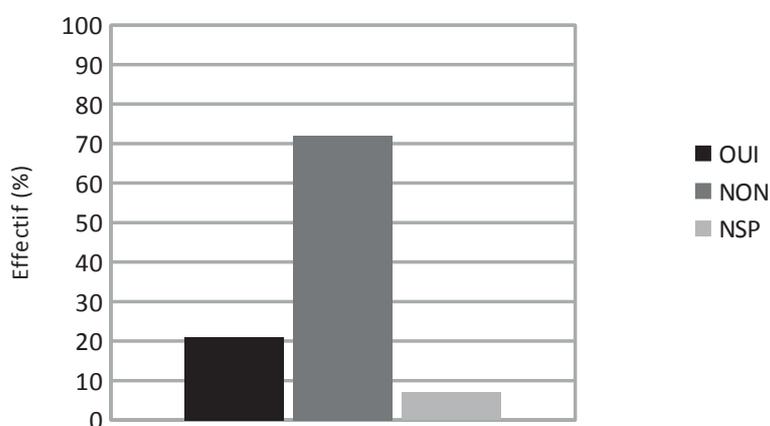
Concernant le lieu de dépistage : 41 tests (68%) avaient été réalisés en laboratoire avec ordonnance, 2 tests (3%) avaient été réalisés en Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), 16 tests (27%) avaient été réalisés dans un hôpital ou une clinique. Une personne n'a

pas répondu. 59 personnes (98%) ont déclaré que le test était négatif. Une personne n' a pas répondu.

3.6 Prise de risque de contamination

Depuis leur dernier test, ou au cours de leur vie si les patients n'avaient jamais fait de test de dépistage du VIH : 91 patients (72%) déclaraient ne pas avoir pris de risque de contamination par le VIH, 26 (21%) déclaraient avoir pris un risque, 9 personnes (7%) n'ont pas répondu à cette question.

Fig. 7 Prise de risque de contamination au VIH

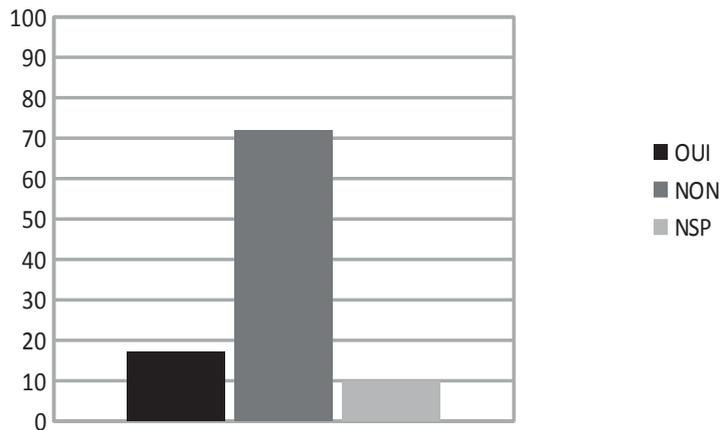


Parmi les patients ayant déclaré avoir pris un risque ou ceux n'ayant pas répondu : 16 (55%) estimaient avoir pris un risque par voie sexuelle, 7 patients (24%) ont déclaré avoir pris un risque autre (dont 4 ayant spécifié avoir pris un risque professionnel en travaillant dans le milieu paramédical).

Parmi les patients ayant déclaré avoir pris un risque ou ceux n'ayant pas répondu : 21 (72%) n'en avaient pas parlé à leur médecin généraliste.

92 % des patients estimant avoir pris un risque de contamination par le VIH acceptaient le dépistage.

Fig. 8 Déclaration au médecin généraliste de la prise de risque de contamination par le VIH



3.7 Sexualité et proposition du test de dépistage du VIH

72 patients (57%) estimaient qu'il était nécessaire de parler de sexualité lors de la proposition d'un test de dépistage du VIH, 45 patients (36%) n'y voyaient pas d'intérêt.

9 personnes (7%) n'ont pas répondu.

3.8 VIH et médecine générale

77 patients (61%) ne souhaitent pas parler davantage du VIH (mode de contamination, prévention, dépistage, traitement) avec leur médecin généraliste contre 39 patients (31%) qui y étaient favorables. 10 personnes (8%) n'ont pas répondu.

3.9 Comparaison des profils des patients favorables ou réticents à la réalisation du test de dépistage du VIH

Les patients refusant la réalisation du test de dépistage étaient plus âgés que les patients acceptant le test de dépistage avec respectivement une médiane à 65,5 ans versus 59 ans. ($p < 0.05$). Les patients à la retraite refusaient plus de se faire dépister que les patients ayant une activité professionnelle. (respectivement 75% versus 15% ; $p < 0.05$)

15% des patients qui refusaient le dépistage par sérologie acceptaient de se faire dépister avec un TROD.

95% des patients refusant le dépistage n'avaient jamais été dépistés contre seulement 44% des patients acceptant le dépistage. ($p < 0.05$)

Les patients acceptant le dépistage du VIH étaient plus nombreux que les personnes refusant le test à accepter de parler de sexualité et du VIH en général. ($p < 0.05$)

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le sexe, le niveau d'étude, la situation personnelle.

IV/ DISCUSSION

Notre étude est la première en France à s'intéresser spécifiquement à l'acceptation du test de dépistage du VIH chez les patients de plus de 50 ans. Cette population représente en 2010 18% des nouveaux cas (1130 personnes) d'infection par le VIH contre seulement 12% (890 personnes) en 2003.

Notre travail prouve que l'acceptation de la proposition de dépistage du VIH dans cette population est très satisfaisante. Dans le cadre d'un dépistage systématique, nous démontrons que 84 % des patients âgés de 50 à 70 ans se disent favorables à la réalisation d'un test de dépistage du VIH. Ce résultat doit inciter les médecins généralistes à proposer régulièrement sa réalisation.

Notre taux d'acceptation (84%) est supérieur au taux retrouvé (71%) par M. Seghouani dans sa thèse soutenue en 2012. Dans cette étude, tout patient âgé de 15 à 70 ans se présentant dans un cabinet de médecine générale de la région parisienne se voyait proposer un dépistage du VIH par une sérologie. Cette étude, comme la nôtre, proposait un dépistage systématique. La population cible était différente et les patients provenaient de seulement 3 cabinets de médecine générale non randomisés de la région parisienne alors que dans notre étude les patients provenaient de 15 cabinets au préalablement randomisés. La population des 50-70 ans n'apparaît donc pas plus hostile à la réalisation de ce dépistage que la population générale.

Dans notre étude, un taux élevé de patients ne connaissait pas l'existence des TROD. Après une brève explication de cette technique, 15% des patients qui refusaient le dépistage du VIH par sérologie acceptaient la réalisation d'un TROD. Cette technique pourrait donc avoir un intérêt pour une certaine catégorie de patients qui ne souhaitent pas se rendre dans un laboratoire mais qui accepte un dépistage du VIH chez leur médecin généraliste.

Ces résultats peuvent être expliqués selon nous par la place particulière du médecin traitant pour ces populations. Ces patients peuvent avoir l'impression d'être jugés en se présentant au laboratoire alors qu'ils ont confiance en leur médecin traitant. Ils ont aussi le sentiment d'une meilleure confidentialité si seul le médecin traitant a accès au résultat du dépistage.

Nous avons retrouvé d'autres études s'étant intéressées aux TROD.

Dans l'étude de E. Mortier parue en 2008 [48], il était proposé systématiquement à tout patient

de plus de 18 ans se présentant dans un service d'urgences d'Île de France un dépistage du VIH avec un TROD. L'acceptabilité était de 88% contre 76% dans notre étude.

En revanche, notre taux d'acceptation du TROD est supérieur au taux de l'étude de K. W. d'Almeida et al en 2010 [45] qui trouvait un taux d'acceptation de 63%. Il s'agissait d'une grande enquête réalisée dans 27 services d'urgences d'Île de France sur des patients âgés de 18 à 64 ans.

Dans ces deux travaux la population était différente de la nôtre car âgée de plus de 18 ans et recrutée au sein des services d'urgences. La comparaison avec notre population âgée de 50 à 70 ans et recrutée au sein de cabinets de médecine de ville est donc difficile.

Dans ces études, la majorité des patients qui refusait le dépistage ne se considérait pas à risque ou avait effectué un test récemment.

La thèse de R. Gauthier [49] en 2011, étudiait l'acceptabilité des TROD chez les patients de plus de 18 ans dans 95 cabinets de médecine générale de 6 régions différentes.

La méthodologie était différente de la nôtre : des affiches étaient placées en salle d'attente et informaient les patients de la possibilité de réaliser un TROD du VIH lors de leur consultation. Cette information était complétée par les dépliants « Virus du SIDA – Le dépistage dès qu'il y a un doute... » édités par l'INPES, également placés en salle d'attente.

Le test était réalisé à la demande du patient ou du médecin généraliste.

L'acceptabilité était de 99,7% ce qui est supérieur à notre taux (76%).

L'information initiale pouvait influencer les patients sur leur sentiment de prise de risque ou non. Le test étant à la demande du médecin ou du patient, les patients ne se pensant pas à risque ou non jugés à risque par le médecin n'étaient pas recrutés. Il ne s'agissait donc pas d'un dépistage de masse. Avec ce protocole, on pouvait s'attendre à un taux d'acceptation élevé.

Notre étude montre des différences statistiquement significatives entre les patients acceptant et ceux refusant le dépistage à titre systématique du VIH. Les patients refusant le dépistage sont plus âgés, moins enclins à parler de sexualité avec leur médecin généraliste et n'ont jamais réalisé de test de dépistage auparavant.

Ce résultat montre que même dans le cadre d'une campagne de dépistage systématique du VIH, les patients se considérant comme peu à risque ne voient pas d'intérêt à cette stratégie de dépistage et échappent donc à une politique volontariste populationnelle.

Dans notre travail, 21% des patients déclarent avoir pris un risque de contamination par le VIH et que la majorité d'entre eux (72%) n'en n'ont pas parlé à leur médecin traitant. Nous sommes surpris par la proportion de patients déclarant avoir pris un risque et surtout par le faible nombre l'ayant évoqué à leur médecin traitant.

Ceci conforte l'intérêt de proposer systématiquement un test de dépistage du VIH, d'autant plus que 92 % de ces patients acceptent de se faire dépister. Le médecin généraliste qui est à l'initiative du test de dépistage du VIH a, dans cette situation, un rôle majeur de prévention.

Notre étude montre que si les patients ne souhaitent pas parler davantage du VIH avec leur médecin généraliste, ils sont une majorité (57%) à estimer nécessaire de parler de sexualité lors de la prescription d'une sérologie VIH.

Ce résultat montre que la sexualité chez les plus de 50 ans doit être abordée par les médecins traitants et que la proposition du dépistage est une opportunité offerte pour en parler.

Notre travail comporte plusieurs limites.

Bien que nous ayons randomisé tous les médecins généralistes de Midi-Pyrénées, il existe un biais de sélection puisque les questionnaires n'ont été envoyés qu'aux cabinets des médecins acceptant de participer à l'étude. Cette méthode devait nous permettre d'augmenter le taux de réponse. Les questionnaires étaient distribués en salle d'attente ou lors de la consultation, les patients vus à domicile n'ont donc pas été inclus dans cette étude.

La population n'est pas superposable à la population générale puisque qu'en comparaison avec les données récentes de l'INSEE elle comporte plus de femmes (56% versus 52% des 50-70 ans en janvier 2013). Notre population avait un niveau d'étude supérieur à la population générale (47% des patients avaient un niveau baccalauréat ou supérieur contre environ 31% dans la population générale) et les patients ayant une activité professionnelle étaient moins nombreux que dans la population générale (41% versus 54%).

Il existe un biais de recueil dans nos questionnaires.

Certains patients n'ont pas répondu à la question sur la prise de risque de contamination par le VIH mais ont donné une réponse à la question sur le mode de contamination possible ou sur le fait de le déclarer ou non à son médecin généraliste. Plusieurs hypothèses sont possibles pour expliquer ce biais: les patients n'ont pas bien compris le questionnaire qui indiquait de passer à une autre question en cas d'absence de prise de risque de contamination au VIH ou ils n'ont

pas osé répondre à la question sur la prise de risque de contamination mais ont seulement coché « non » à la question « En avez-vous parlé à votre médecin généraliste ? »

Notre travail a retenu l'intérêt des médecins et des patients. Le recueil de 126 questionnaires analysables est au-delà de l'objectif de 100 questionnaires, seuil minimum fixé par les épidémiologistes pour avoir un résultat interprétable. Nous avons obtenu un taux de réponse supérieur (30%) à celui attendu (20%), basé sur les taux de réponses habituels dans ce type d'étude au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées.

Une autre des forces de notre étude est que nous avons décidé de randomiser tous les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées inscrits à l'URPS afin d'avoir une population de médecins la plus représentative possible.

La recommandation de l'HAS visant à proposer systématiquement un test de dépistage du VIH au moins une fois au cours de sa vie à tout patient âgé de 15 à 70 ans en dehors de tout facteur de risque connu est en cours d'évaluation. Son objectif était de dépister les 30 000 personnes qui ignorent être séropositives et plus particulièrement celles considérées comme à faible risque, comme les plus de 50 ans.

Dans l'étude de M. Seghouani aucune des 57 sérologies réalisées n'est revenue positive. Dans l'étude de E. Mortier 3 TROD étaient positifs. L'auteur précise que les 3 patients faisaient partie des groupes considérés à risque d'infection par le VIH.

Dans notre étude 95 % des patients refusant le dépistage n'avaient jamais été dépistés et 86% d'entre eux estimaient ne pas se sentir concernés. Dans l'étude de M. Seghouani 50% des patients refusant le dépistage estimaient ne pas avoir pris de risque.

Pourtant, l'intérêt principal de ce dépistage systématique recommandé par l'HAS est justement d'élargir la population dépistée pour atteindre les patients qui ne se considèrent pas à risque et qui n'ont jamais été dépistés. Cet objectif ne serait donc pas totalement réalisé selon les modalités proposées dans notre étude.

Notre travail évaluait seulement le taux d'acceptation d'un test de dépistage du VIH par une sérologie ou un TROD mais nous n'avons pas évalué le taux de réalisation de chacune de ces techniques. Dans l'étude de M. Seghouani, le taux de réalisation de la sérologie VIH s'élevait à 36% et n'était pas comparé avec les TROD. On peut supposer à la lumière de nos résultats

que les TROD, réalisés dans le cabinet de médecine générale, pourraient permettre un meilleur taux de réalisation. Une étude de type interventionnel en cabinet de médecine générale pourrait être menée pour évaluer objectivement l'impact de cette possibilité.

L'avis des médecins généralistes de Midi-Pyrénées concernant la réalisation des TROD en cabinet libéral serait intéressant pour évaluer leurs connaissances sur cette technique mais aussi connaître leurs attentes et interrogations sur la réalisation pratique de ce test de dépistage.

V/ CONCLUSION

Notre étude montre que la proposition d'un dépistage systématique de l'infection par le VIH en médecine générale par une sérologie ou un TROD est bien acceptée par les patients de 50 à 70 ans. La plupart des patients estimant avoir pris un risque de contamination par le VIH n'en parle pas spontanément à son médecin traitant. Ces patients sont toutefois majoritairement favorables à la réalisation d'un test de dépistage du VIH.

Ce résultat est une incitation forte à impliquer les médecins généralistes dans cette action de prévention populationnelle.

La généralisation des TROD en médecine générale est encore mal évaluée et d'autres études sont nécessaires pour cerner l'intérêt et les limites de son usage en cabinet de médecine générale.

Toulouse le 17.09.13

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Rangueil

D. ROUGÉ

in le Président de thèse

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ONUSIDA. Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida. 2012 Nov. Disponible sur
- [2] UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. 2012. ISBN 978-92-9173-996-7
- [3] SCHMID G., WILLIAMS B, et al. The unexplored story of HIV and ageing. Bull World Health Organ 2009;87:162
- [4] YENI P. et al. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. La Documentation française. 2010 Sept : 415p. p27, 74, 86
- [5] LOHSE N, HANSEN AB, PEDERSEN G, et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. Department of Infectious Diseases, Odense University Hospital and University of Southern Denmark, Odense, Denmark. Ann Intern Med. 2007 Jan 16;146(2):87-95.
- [6] LEWDEN C, CHENE G, MORLAT P, et al. Mortality rate of HIV-infected adults compared with the general population: long-term and CD4-lymphocyte-dependent results. Les Groupes d'étude des Cohortes Anrs Co3 Aquitaine Et Anrs Co8 Aproco-Copilote. Med Sci (Paris). 2008 Oct;24(10):804-6.
- [7] MAY M, GOMPELS M, DELPECH V, et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. School of Social and Community Medicine, Bristol University. BMJ. 2011 Oct 11;343:d6016
- [8] NAKAGAWA F, MAY M, PHILLIPS A. Life expectancy living with HIV: recent estimates and future implications. Research Department of Infection and Population Health, UCL, London, UK. Curr Opin Infect Dis. 2013 Feb;26(1):17-25.
- [9] INVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Numéro thématique – L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida. 2011 Nov. N°43-44
- [10] MINICHIELLO V, HAWKES G, PITTS M. HIV, Sexually Transmitted Infections, and Sexuality in Later Life. Faculty of The Professions, University of New England, Armidale, New South Wales, Australia, 2011 Apr;13(2):182-7.
- [11] NGUYEN N, HOLODNIY M. HIV infection in the elderly. Clin Interv Aging. 2008 Sept; 3(3): 453–472.
- [12] LINDAU ST, SCHUMM LP, LAUMANN EO et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. Department of Obstetrics and Gynecology, MacLean Center for Clinical Medical Ethics, University of Chicago Pritzker School of Medicine. N Engl J Med. 2007 Aug 23;357(8):762-74.

- [13] INVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Numéro thématique - Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2011. 2012 Dec. N° 46-47
- [14] Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées. Problèmes de santé – Infection à VIH et sida : faits marquants. 2012 Dec.
- [15] INVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Numéro thématique - Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010- janvier 2011) . 2011ov . N° 42
- [16] Ministère de la Santé et des Sports. 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. 2010 Nov.
- [17] Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence. Journal Officiel. 2010 Juin.
- [18] ADLER A, MOUNIER-JACK S, COKER RJ. Late Diagnosis of HIV in Europe: Definitional and Public Health Challenges. *AIDS Care*; 2008; 1-10.
- [19] CANCIO BC, et al. Trends in mortality and causes of death among HIV-infected individuals diagnosed in the UK: 1993-2004. Oral abstract session: AIDS 2006 - XVI International AIDS Conference: Abstract no. THAC0202
- [20] GIRARDIE E, SABIN CA, MONFORTE AD. Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007; 46: S3-S8.
- [21] LANOY E, MARY-KRAUSE M, TATTEVIN P et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther*. 2007;12(1):89-96.
- [22] ANTIRETROVIRAL THERAPY COHORT COLLABORATION. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet*. 2008;372(9635):293-299
- [23] ALTHOFF KN, GEBO KA, GANGE SJ, et al. CD4 count at presentation for HIV care in the United States and Canada: are those over 50 years more likely to have a delayed presentation? Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA. *AIDS Res Ther*. 2010 Dec 15;7:45. doi: 10.1186/1742-6405-7-45.
- [24] INVS. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST 1er décembre 2011. 2011 Dec.

- [25] GRABAR S, KOUSIGNIAN I, SOBEL A, et al. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from the French Hospital Database on HIV. Department of Biostatistics, Cochin Hospital, University Paris V, Paris, France. *AIDS*. 2004 Oct 21;18(15):2029-38.
- [26] COLLABORATION OF OBSERVATIONAL HIV EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH EUROPE (COHERE) STUDY GROUP. Response to combination antiretroviral therapy: variation by age. *AIDS*. 2008 Jul 31;22(12):1463-73.
- [27] KIRK JB, GOETZ MB. Human immunodeficiency virus in an aging population, a complication of success. Department of Medicine, Infectious Diseases Section, Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System, Los Angeles, California, USA. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Nov;57(11):2129-38.
- [28] THOMPSON MA, ABERG JA, CAHN P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection : 2010 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA* 2010;304:321-33.
- [29] NAVARRO G, NOGUERAS MM, SEGURA F, et al. HIV-1 infected patients older than 50 years. PISCIS cohort study. Corporación Sanitaria Parc Tauli, Sabadell, Barcelona, Spain. *J Infect*. 2008 Jul;57(1):64-71.
- [30] ORLANDO G, MERAVIGLIA P, CORDIER L, et al. Antiretroviral treatment and age-related comorbidities in a cohort of older HIV-infected patients. Department of Infectious Diseases, L Sacco Hospital, AN-Polo Universitario L Sacco, Milan, Italy. *HIV Med*. 2006 Nov;7(8):549-57.
- [31] FLEXOR G, ZUCMAN D, BERTHE H et al. Aging and HIV infection: 4years follow-up of 149 HIV infected patients older than 60years in West Paris agglomeration (COREVIH Île-de-France Ouest). AP-HP, hôpital Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France. *Presse Med*. 2013 Feb 20. pii: S0755-4982(13)00009-2.
- [32] MARZOLINI C, BACK D, WEBER R, et al. Ageing with HIV: medication use and risk for potential drug-drug interactions. Division of Infectious Diseases and Hospital Epidemiology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland. *J Antimicrob Chemother*. 2011 Sep;66(9):2107-11.
- [33] SABIN CA, SMITH CJ, DELPECH V et al. The associations between age and the development of laboratory abnormalities and treatment discontinuation for reasons other than virological failure in the first year of highly active antiretroviral therapy. Department of Primary Care and Population Science, Royal Free and UC Medical School, London, UK. *HIV Med*. 2009 Jan;10(1):35-43.
- [34] SILVERBERG MJ, LEYDEN W, HORBERG MA, et al. Older age and the response to and tolerability of antiretroviral therapy. Division of Research, Kaiser Permanente Northern California, 2000 Broadway, Oakland, USA. *Arch Intern Med*. 2007 Apr 9;167(7):684-91.

- [35] MANFREDI R, CALZA L. HIV infection and AIDS in advanced age. Epidemiological and clinical issues, and therapeutic and management problems. Dipartimento di Medicina Clinica Specialistica e Sperimentale, Sezione di Malattie Infettive, Università degli Studi Alma Mater, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna, Italy. *Infez Med.* 2004 Sep;12(3):152-73.
- [36] NACHEGA JB, HSU AJ, UTHMAN OA, et al. Antiretroviral therapy adherence and drug-drug interactions in the aging HIV population. Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA. *AIDS.* 2012 Jul 31;26 Suppl 1:S39-53.
- [37] INVS. Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida 2003-2011. Unité VIH/sida-IST-hépatites B et C, Institut de Veille Sanitaire CNR du VIH. Réunion des Associations. 2012 Nov.
- [38] SIMONE MJ, APPELBAUM J. HIV in older adults. Source Harvard Medical School, Division of Gerontology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA. 2008 Dec;63(12):6-12.
- [39] SMITH RD, DELPECH VC, BROWN AE, et al. HIV transmission and high rates of late diagnoses among adults aged 50 years and over. HIV and STI Department, Health Protection Agency Centre for Infections, Colindale, London, UK. *AIDS.* 2010 Aug 24;24(13):2109-15.
- [40] GAUTIER A, dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
- [41] INVS. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004 - Enquête épidémiologique transversale. 2006 Nov.
- [42] BOUVET E, LE VU S. Free anonymous screening consultation and clinical management of HIV infection. Service des Maladies infectieuses et tropicales A, Hôpital Bichat, Paris, France. *Med Sci (Paris).* 2004 Dec;20(12):1145-8.
- [43] DELPIERRE C, CUZIN L, LAUWERS-CANCES V, et al. High-Risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. *AIDS Patient Care STDS.* 2006 Dec;20(12):838-47
- [44] DELPIERRE C, DRAY-SPIRA R, CUZIN L, et al. VESPA Study Group. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *Int J STD AIDS.* 2007 May;18(5):312-7.
- [45] CREMIEUX A.C., D'ALMEIDA K. W., KIERZEK G., et al. Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences en Ile-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-aout 2010. 2010 Dec. *BEH* n° 45-46 : p. 460-463.
- [46] MONTOYA B., SIMONPOLI A.-M., ICHOU H. et al. Proposition systématique de dépistage du VIH dans un service de médecine interne. *Revue de Médecine Interne*, Volume 32, Supplement 1, 2011 Juin, Page S130

[47] SEGHOUANI M. Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris. 2012. 2012PA06G034

[48] MORTIER E. , ICHOU H., NIKPAY F., et al. Acceptabilité du dépistage rapide du VIH dans un service d'urgence hospitalier d'Île-de-France, janvier-avril 2008. 2008 Dec. BEH n° 45-46

[49] GAUTHIER R. DEPIVIH Etude de faisabilité et d'acceptabilité de la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VIH par les médecins de villes en France. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université Paris Diderot, Paris . 2011. 2011PA07M122

ANNEXE 1

Thèse de Médecine Générale Questionnaire destiné aux patient(e)s

Ce questionnaire est destiné à préciser l'intérêt des patient(e)s âgé(e)s de 50 à 70 ans pour la réalisation du test de dépistage du VIH/sida. Ce questionnaire est **anonyme et confidentiel**.

Cette étude est proposée par F. Lachaux, interne de médecine générale, pour le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Toulouse (133 Route de Narbonne, 31062 TOULOUSE CEDEX).

(these.depistage.vih@gmail.com)

- 1) Vous êtes :
 Une femme Un homme

- 2) Votre année de naissance : 19

- 3) Votre niveau d'études :
 Sans diplôme Baccalauréat technique ou général
 Certificat d'étude Niveau supérieur au baccalauréat
 CAP
 Brevet, BEP Autre:

- 4) Votre activité principale :
 Vous exercez une activité professionnelle Vous êtes sans emploi Vous êtes à la retraite

- 5) Vous êtes actuellement :
 Célibataire En concubinage Marié(e) PACSé(e) Divorcé(e)/séparé(e) Veuf/veuve

- 6) Avez-vous des enfants ?
 Oui Non Si oui, combien ?

- 7) Quel est le code postal de votre lieu de résidence ? _ _ _ _ _

- 8) Seriez-vous d'accord pour réaliser un test de dépistage du VIH/sida, s'il est proposé par votre médecin traitant dans le cadre d'une campagne nationale de dépistage ?
 Oui Non

- 9) Connaissez-vous l'existence d'un test de dépistage du VIH/sida dont le résultat est disponible en 30 minutes ?
 Oui Non

- 10) Seriez-vous d'accord pour réaliser un test de dépistage du VIH/sida dont le résultat est disponible en 30 minutes et rendu lors d'une seule et même consultation ?
 Oui (passez à la question 12)
 Non (répondez aux questions suivantes)

- 11) Pourquoi n'êtes vous pas d'accord pour réaliser un test de dépistage du VIH/sida dont le résultat est disponible en 30 minutes et rendu lors d'une seule et même consultation ?
 Je ne me sens pas concerné(e) par ce dépistage
 Je ne souhaite pas avoir le résultat aussi rapidement
 Je ne souhaite pas faire le dépistage du VIH/sida chez mon médecin traitant
 Autre (précisez):

- 12) Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage du VIH/sida au cours de votre vie ?**
 Non (passez à la question 16)
 Oui (répondez aux questions suivantes)

- 13) Votre dernier test de dépistage du VIH/sida remonte à :**
 moins d' 1 an entre 1 an et 10 ans plus de 10 ans

- 14) Où avez-vous réalisé votre dernier test de dépistage du VIH/sida ?**
 dans un laboratoire d'analyses, avec une ordonnance de mon médecin
 dans un laboratoire d'analyses, sans ordonnance
 dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
 à l'hôpital ou dans une clinique
 autre :

- 15) Votre dernier test de dépistage du VIH/sida était :**
 Négatif Positif (année:)
 Je ne sais pas

- 16) Depuis votre dernier test, ou au cours de votre vie si vous n'avez jamais fait de test de dépistage, pensez-vous avoir pris un risque de contamination par le VIH/sida ?**
 Non (passez à la question 19)
 Oui (répondez aux questions suivantes)

- 17) Selon vous, quels risques de contamination par le VIH/sida avez-vous pris ?**
[plusieurs réponses possibles]
 j'ai eu des rapports sexuels non protégés (pénétration vaginale, anale ou buccale)
 j'ai utilisé des drogues par voie intraveineuse (par injection)
 autre (précisez) :

- 18) Avez-vous parlé de ce(s) risque(s) à votre médecin traitant?**
 Oui Non

- 19) Pensez-vous nécessaire que votre médecin traitant aborde votre sexualité lors d'une proposition de dépistage du VIH/sida ?**
 Oui Non

- 20) Souhaiteriez-vous parler davantage du VIH/sida (mode de contamination, prévention, dépistage, traitement) avec votre médecin traitant ?**
 Oui Non

Avez-vous des commentaires à faire ?

.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

ANNEXE 2

On appelle test rapide , ou TDR (test de dépistage rapide), ou encore TROD (Test rapide à orientation diagnostique), « l'ensemble des dispositifs diagnostiques médicaux utilisables de façon unitaire ou en petite série permettant de donner un résultat rapide et qui ne nécessite pas de procédure automatisée. »

La HAS (Haute autorité de santé) donne une définition plus spécifique dans le glossaire de son rapport sur le dépistage de l'infection à VIH en France. « Un test de dépistage rapide correspond à un test unitaire, à lecture subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) lorsqu'il est pratiqué auprès du patient. Il peut être réalisé sur sang total, salive, plasma ou sérum en fonction de la (les) matrice(s) revendiquée(s) par le fabricant pour son produit. Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. »

Les TROD actuels marqués CE peuvent être considérés, pour les meilleurs d'entre eux, comme de sensibilités équivalentes aux tests ELISA de 3ème génération et doivent être validés sur différentes matrices biologiques tels que le sérum, le sang total et, pour certains, le liquide salivaire ou, plus exactement, le liquide crévicaire (sécrétions présentes dans le sillon gingivo-labial, entre gencive et faces internes des lèvres).

Les TROD utilisent des antigènes de synthèse correspondant exclusivement aux antigènes d'enveloppe des VIH-1 et VIH-2. Ces tests se basent en général sur le principe de l'immuno-chromatographie ou de la filtration sur membrane.

Ces réactions sont révélées au bout d'un temps allant de quelques minutes à 30 minutes par une réaction colorimétrique. La positivité du contrôle interne est indispensable pour valider les réactions du test. Un TROD positif aura donc au moins 2 « spots », ou 2 bandes de réactivité, une correspondant à la liaison spécifique aux antigènes VIH et l'autre correspondant au contrôle interne signant que la réaction est possible avec le prélèvement du patient. En cas de négativité, seule la bande contrôle du test apparaît.

Comme outils de dépistage sérologique du VIH, les TROD se heurtent aux mêmes difficultés que les tests ELISA des précédentes générations, et des réactifs de laboratoire

en général. Ces points limitants sont :

- la fenêtre de primo-infection ;
- la diversité des souches du VIH ;
- les situations exceptionnelles de l'utilisation d'un traitement prophylactique au moment du dépistage (prévention mère-enfant, traitement pré- et post-exposition, patient déjà traité) ;
- la qualité des trousseaux et le suivi de qualité des lots.

Ces tests ne peuvent donner une valeur prédictive négative de 100 % que s'ils sont utilisés plus de trois mois après un risque exposant au VIH. En pratique, ils sont donc réservés au diagnostic pour les patients en phase chronique et tout particulièrement à ceux qui pourraient relever d'un traitement et qui sont en retard de diagnostic.

Des améliorations techniques des TROD comme par exemple une possible détection de l'antigène p24 est un espoir réel. Les premiers prototypes de TROD de « 4ème génération » commencent à circuler mais il faut valider leurs performances en situation réelle d'utilisation par des études indépendantes.

SOURCES

DELAUGUERRE C., SIMON F., Les « TROD », des outils pour le dépistage du VIH ?
Feuillets de biologie. 2012 Janv. VOL LIII. N°304

PLANTIER JC., TROD : Test Rapides d'Orientation Diagnostique. COREVIH Haute Normandie. 2013 Mars.

Acceptabilité du dépistage du VIH par sérologie et par TROD chez les patients de 50 à 70 ans en cabinet de médecine générale.

Toulouse, le 22 Octobre 2013

Introduction : En France, la proportion des personnes âgées de 50 ans et plus ayant découvert leur séropositivité est en augmentation depuis 2003. Ce groupe, considéré comme à faible risque d'infection, présente les plus fortes probabilités d'être pris en charge tardivement.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer l'acceptation d'un dépistage systématique du VIH (par une sérologie ou un TROD) chez les patients âgés de 50 à 70 ans.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude déclarative basée sur des questionnaires anonymes destinés à tous patients de 50 à 70 ans consultant un médecin généraliste de la région Midi-Pyrénées. 80 médecins généralistes ont été randomisés à partir du registre de l'URPS de Midi-Pyrénées.

Résultats : 49 médecins ont accepté de participer à l'étude. 126 questionnaires étaient analysables. 84% des patients étaient favorables à la réalisation d'un dépistage du VIH par une sérologie et 76% par un TROD au cabinet du médecin généraliste. Parmi les 21% des patients qui déclaraient avoir pris un risque de contamination par le VIH : 72% n'en avaient pas parlé à leur médecin généraliste mais 92 % acceptaient de se faire dépister.

Discussion : Notre travail prouve que l'acceptation de la proposition de dépistage du VIH dans cette population est très satisfaisante. Ce résultat est une incitation forte à impliquer les médecins généralistes dans cette action de prévention populationnelle.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : dépistage, infections à VIH, TROD, médecine générale, sujet âgé

Faculté de Médecine de Rangueil-133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Dr BIREBENT Jordan

Abstract :

In France, the proportion of people aged 50 and more who has been newly diagnosed with HIV has been increasing since 2003. Measuring the acceptability of automatic HIV testing (via blood tests or rapid HIV screening tests) among patients aged from 50 to 70 years was the main goal of our research.

We realised a declarative study based on anonymous questionnaires for 50-to-70-year-old patients consulting a general practitioner located in Midi-Pyrénées area.

126 questionnaires could be analysed. 84 % of patients were in favour of automatic HIV testing via blood tests and 76% via rapid HIV screening tests in a general practitioner surgery. 21% of patients declared being at risk of HIV : of those, 72% did not mention that risk to their general practitioner and yet, 92 % accepted to get tested.

Our study demonstrates that HIV testing offer is very well received by this category of people. This result must be seen as a firm incentive to involve general practitioners in this population-based prevention action.