

**Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations
pour les pratiques médicales et biologiques
de dépistage du VIH en Isère**

Etude réalisée par



Avril 2003

**Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations
pour les pratiques médicales et biologiques
de dépistage du VIH en Isère**

Réalisation de l'étude :

Delphine GRUAZ, Chargée d'Etudes

Docteur Denis FONTAINE, Médecin Directeur d'Etudes

Direction de la publication :

Docteur Olivier Guye

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

Espace Régional de Santé Publique - 9, qui Jean Moulin 69001 LYON

Tél : 04 72 07 46 20 - Fax : 04 72 07 46 21 - Email : courrier@ors-rhone-alpes.org

Site Internet : www.ors-rhone-alpes.org

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes remercie particulièrement les membres du comité d'évaluation, ainsi que les médecins et les biologistes qui ont accepté de participer aux enquêtes.

RESUME

Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère

Les objectifs de l'évaluation

- Décrire les pratiques de dépistage du VIH des médecins.
- Evaluer l'acceptabilité des recommandations pour les médecins prescripteurs et les biologistes et les éventuelles difficultés rencontrées suite à leur mise en place (diffusion en juin 2002).
- Evaluer la mise en pratique des recommandations (prescription médicale du test VIH et consultation de rendu du résultat).

La méthode : trois enquêtes :

- 1- Une enquête postale auprès de tous les biologistes des laboratoires d'analyses biologiques et médicales (LABM) libéraux de l'Isère.
- 2- Une enquête qualitative par entretiens auprès de vingt-neuf médecins généralistes, gynécologues, dermatologues et anesthésistes.
- 3- Une enquête sur la prescription et le mode de rendu des résultats des 1433 sérologies VIH recueillies pendant le mois de mars 2003 auprès d'un échantillon de 32 LABM de l'Isère.

Les médecins ont des pratiques de dépistage du VIH très diverses

Le dépistage est rentré dans les habitudes pour les bilans systématiques (prénuptial, prénatal, avant transfusion), sur signes d'appel ou sur demande du patient. Si certains médecins se limitent à ces cas-là, d'autres prescrivent aussi des tests pour une première contraception, lors d'un bilan réalisé pour un autre motif, pour des groupes jugés à risque (jeunes, "jeunes divorcés", toxicomanes...) ou à des personnes ayant des comportements à risque.

Parler de VIH et de prise de risque peut être difficile quand le patient n'est pas demandeur

Lors de la prescription, certains médecins abordent les questions de prises de risque et donnent des informations sur le VIH. Cependant, cette prévention est plus souvent faite en réponse à la demande du patient qu'à l'initiative du médecin et elle est rarement faite dans le cas d'un examen prénuptial ou prénatal.

- Certains médecins déclarent n'avoir aucune difficulté à faire cette prévention, y compris de leur propre initiative.
- D'autres estiment qu'il est difficile de parler des prises de risque et du VIH, en raison de l'âge des patients, de la manière d'aborder le sujet et de leur manque d'aisance à le faire. Médecins comme patients sont parfois gênés d'aborder des questions si intimes, chacun craignant la réaction de l'autre et les conséquences négatives que cela pourrait avoir sur leur relation. Si certains médecins parviennent à surmonter ces difficultés afin d'avoir tout de même une démarche préventive, d'autres n'y parviennent pas.
- Même s'ils disent ne pas avoir de difficultés à parler du VIH, certains médecins ne font jamais de prévention de leur propre initiative. Ils estiment que leurs patients ne font pas partie des groupes à risque (ils ont d'ailleurs rarement des cas positifs parmi leurs patients). Ils ont

tendance à banaliser le test VIH ("*toujours négatif*"), et donc à le prescrire comme n'importe quel autre examen biologique. Enfin, ils estiment que les gens sont suffisamment bien informés et que ce n'est pas leur rôle de poser des questions qui vont gêner ou même vexer leurs patients.

Une consultation de rendu des résultats : oui, à condition de cibler les patients

Les médecins ont des avis partagés sur une consultation de rendu généralisée.

- Certains ont tout à fait saisi son intérêt et ne voient pas de difficultés particulières à son application.
- D'autres sont beaucoup plus réservés sur son utilité et sa mise en pratique. Ils craignent notamment une déresponsabilisation du patient, des consultations et des coûts supplémentaires inutiles vu la fréquence des résultats négatifs, et ils trouvent qu'il est inutile de faire une consultation de rendu quand la prévention a été faite lors de la prescription.

Cependant, si les médecins sont réservés sur une consultation de rendu systématique à chaque prescription de test VIH, ils la jugent cependant utile lors de prescription en cas de risque sérieux de contamination ou sur signes d'appel.

Les biologistes adhèrent aux recommandations, mais avec des réserves

Les biologistes apprécient la qualité du document présentant les recommandations, mais ils sont partagés quant à leur application :

- Un quart adhère tout à fait à l'idée d'un rendu des résultats en deux exemplaires au médecin, et la moitié y adhère avec des réserves.
- Près de la moitié juge les recommandations facilement applicables.
- La moitié utilise le document et en a parlé avec son personnel.

Quels sont les obstacles aux recommandations ? Comme pour les médecins, il y a banalisation du

résultat négatif (la quasi-totalité des sérologies), particulièrement pour les tests prescrits lors d'examen systématiques. Quelques-uns insistent sur le rôle du biologiste, tout à fait capable de rendre les résultats négatifs. Par ailleurs, certains rappellent que *"le patient a droit à ses résultats"*. Enfin, certains redoutent le manque d'implication des médecins, qui n'ont pas *"la disponibilité nécessaire pour envisager deux consultations médicales pour un dépistage"*.

Certains biologistes se basent sur la faible utilisation par les médecins des ordonnances spécifiques (diffusées avec les recommandations) pour juger du manque de motivation des médecins. L'enquête auprès des médecins montre cependant qu'ils ne jugent pas cet outil pratique, y compris pour ceux qui adhèrent aux recommandations.

Prescription médicale du test VIH et rendu en double exemplaire au médecin : les pratiques commencent à changer

La consultation médicale de prescription est un objectif quasiment atteint, puisque 97% des sérologies ont été réalisées sur prescription en mars 2003, ce qui est significativement mieux que lors de l'enquête initiale de 2001¹ (95%).

Une amélioration est également observée pour le rendu des résultats en deux exemplaires au médecin, qui est passé de 1,6% des tests en 2001, à 6,9% en mars 2003. La marge de progression reste importante puisque quatre fois sur cinq les résultats sont remis au patient en main propre et au médecin. Les pratiques de rendu diffèrent entre les laboratoires : la moitié des laboratoires ont remis tous leurs résultats de sérologies VIH au patient, mais deux d'entre eux ont rendu les deux exemplaires des résultats au médecin dans plus de 80% des cas.

DES RECOMMANDATIONS POUR CONTINUER...

Cette évaluation montre que les pratiques ont évolué dans le sens des recommandations, même si ces changements ne concernent pas tous les professionnels, ce qui renforce l'idée d'une information à renouveler.

Les réserves formulées par les médecins et les laboratoires indiquent les axes de la communication qui restent à développer.

La proportion élevée de tests rendus en double exemplaire au médecin atteinte par plusieurs laboratoires montre que les laboratoires peuvent être moteurs pour "impulser" l'application des recommandations auprès des médecins et des patients.

¹ Enquête réalisée en février et mars 2001 par l'ODPS et le Syndicat des Biologistes de l'Isère.

Des étapes préalables sont nécessaires pour les médecins

Au vu des diverses pratiques des médecins, trois étapes semblent nécessaires pour qu'ils puissent mettre en pratique les recommandations.

- Rendre concrète la réalité de l'épidémie du VIH-Sida,
- Discuter de leur rôle en matière de prévention,
- Acquérir un savoir-faire pour susciter la parole, le dialogue, en particulier sur le thème du VIH.

Développer l'accueil des médecins aux consultations au CISIH² de Grenoble serait un moyen pour atteindre ces objectifs.

Elargir et diversifier la communication avec les médecins et les biologistes

Les limites de la communication écrite par courrier ont été mises en avant dans les deux enquêtes.

- Une communication répétée sur ce sujet, sous forme plus attractive, permettrait de maintenir la sensibilisation des professionnels. Plus élargie, elle contribuerait à améliorer la prise en compte de l'épidémie VIH-Sida et à lutter contre la banalisation des tests et des résultats négatifs, tout en rappelant l'intérêt des recommandations mises en place en Isère.
- Des rencontres d'analyse de la pratique entre médecins et biologistes pourraient être un bon moyen de mobiliser conjointement ces professionnels à partir d'échanges sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, d'autant que ceux qui se sont dit prêts à y participer ne sont pas seulement ceux qui adhèrent aux recommandations.

Mobiliser aussi les patients

Tous les acteurs concernés par les recommandations doivent être ciblés : les biologistes, les médecins, les patients. Ces derniers ont d'ailleurs souvent été cités, dans les enquêtes auprès des médecins et des biologistes, comme obstacles à la mise en place des recommandations (droit à leurs résultats, délai d'attente). Un travail répété de sensibilisation des patients sur l'intérêt des recommandations pourrait réduire leurs éventuelles réticences. Il pourrait aussi faciliter le dialogue entre médecins et patients sur le VIH, notamment pour les plus de 40 ans avec lesquels le sujet reste difficile à aborder pour certains médecins.

Evaluation réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes à la demande de l'Office Départemental de Prévention du Sida de l'Isère.

² Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

RESUME DE L'EVALUATION	3
SOMMAIRE	5
CONTEXTE	7
ENQUETE AUPRES DES BIOLOGISTES	
I- Objectifs	11
II - Sujets et méthode	11
III - Résultats	12
IV - Discussion	19
V - Conclusion	22
ENQUETE AUPRES DES MEDECINS	
I- Objectifs	23
II - Sujets et méthode	23
III - Résultats	24
III – 1. Les pratiques de dépistage du VIH	24
III – 1.1. Les généralistes	24
III – 1.2. Les gynécologues	25
III – 1.3. Les dermatologues	26
III – 1.4. Les anesthésistes	27
III – 2. Aborder les questions de prise de risque, parler du VIH : quelles sont les difficultés rencontrées ?	29
III – 2. 1. Perception de leur clientèle et du risque dû au VIH	29
III – 2. 2. Perception des rôles et attentes réciproques du patient et du médecin	30
III – 2. 3. Difficultés à aborder ces questions intimes	32
III – 3. Adhésion aux recommandations, réserves et obstacles à leur application	34
III – 4. Les outils	38
III – 4. 1. L'ordonnancier	38
III – 4. 1. Les documents pour patients : la bande dessinée et la brochure	39
III – 5. VIH / VHC : Quelles sont les différences pour les médecins ?	41

IV - Discussion	43
V - Conclusion et recommandations	48
ENQUETE D'EFFICACITE	
I - Objectifs	50
II - Sujets et méthode	50
III - Résultats	51
IV - Conclusion	54
CONCLUSION GENERALE	55
Annexes	58
Annexe 1 - Les termes de références de l'évaluation (document ODPS – juin 2002)	59
Annexe 2 - Le questionnaire de l'enquête auprès des biologistes	75
Annexe 3 - Les réponses aux questions ouvertes des biologistes	79
Annexe 4 - Les grilles d'entretiens de l'enquête auprès des médecins	87
Annexe 5 - Le tableau de recueil de données sur la prescription et le rendu des sérologies VIH	91
Annexe 6 - Les résultats de l'enquête 2001 (ODPS - Syndicat des biologistes de l'Isère)	92

CONTEXTE

➤ Présentation du programme

Dans le cadre des objectifs du Plan Triennal Départemental de lutte contre le VIH-Sida 1998/2000 en Isère, un groupe de travail a été créé en février 1999, animé par l'Office Départemental de Prévention du Sida – ODPS, dans le but de créer un outil d'information sur le dépistage. Un premier travail a consisté à réaliser une brochure d'information grand public sur le dépistage intitulée "Test du sida – ce qui change", diffusée en Isère dès mai 2000.

La composition du groupe de travail initial a été légèrement modifiée en avril 2000 afin de travailler sur les pratiques de dépistage. Il s'est alors composé du président et du secrétaire du Syndicat des Biologistes de l'Isère, d'un représentant du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens Biologistes, d'un médecin de l'Association de Gestion des Centres de Santé de Grenoble (AGECSA), d'un médecin et d'une infirmière du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG) / Conseil Général de l'Isère, d'une écoutante référente et du coordinateur de Sida Info Service Rhône-Alpes/Auvergne, du médecin directeur du Centre de planification "Agathe" Pontcharra, d'un médecin du Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) et du réseau ville-hôpital MED'HIV 38, d'un représentant du Service prévention AIDES Pôle Isère puis du coordinateur de AIDES délégation de l'Isère, d'un médecin inspecteur puis d'une infirmière de la DDASS de l'Isère, d'un graphiste et du coordinateur de l'ODPS.

L'année 2001 a été une étape d'élaboration et de concertation, en vue de répondre à un objectif spécifique du Plan triennal : "augmenter le nombre de dépistages avec accompagnement post-test", dans le but d'améliorer la qualité du dépistage du VIH.

Une enquête réalisée en février et mars 2001 par l'ODPS et le Syndicat des Biologistes de l'Isère a permis de constater que moins de 2% des résultats de test étaient rendus aux patients en consultation médicale. Par ailleurs, au sein de la file active des patients VIH isérois suivis à l'hôpital, on observe depuis 2000, une part importante de dépistage tardif (plus de 50% des nouveaux patients), à un stade avancé de l'infection par le VIH.

Sur la base d'une recherche bibliographique approfondie, d'échanges de pratiques et d'analyses de situations rencontrées, le comité de pilotage a étudié les critères de faisabilité et défini l'objectif du projet. Visant des pratiques de prévention et de prise en charge de qualité, cet objectif était de **favoriser et inciter à la prescription et au rendu de test VIH et VHC, positif ou négatif, en consultation médicale exclusivement.**

Les moyens pour atteindre cet objectif ont été définis comme suit : élaborer des recommandations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH, les diffuser et les accompagner auprès des professionnels concernés.

En 2001, les travaux du comité de pilotage ont permis de définir les contenus des recommandations et les supports. Ces derniers ont été consignés dans un dossier soumis à un comité de lecture, aux financeurs¹ et à différentes instances associatives, professionnelles et

¹ Les principaux financeurs du projet sont l'Etat (DDASS de l'Isère) et le Conseil Général de l'Isère. Les laboratoires Abbott, Bio-Rad, Bio Mérieux et Glaxo-Smith-Kline ont contribué à imprimer les supports. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Grenoble a financé l'évaluation de projet.

éthiques, pour avis. Le Conseil National du Sida, le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens biologistes, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, le Conseil Général de l'Isère et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Isère ont fait part de leur approbation vis-à-vis du projet.

Les supports de recommandations et d'informations créés sont les suivants :

- ▶ Document de 8 pages "Recommandations et informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH (déclinables aussi pour le VHC)" (format A4)
- ▶ Ordonnances médicales de dépistage spécifique VIH et VHC avec les mentions pré-imprimées "*A l'attention du biologiste, en accord avec le patient, merci de transmettre le résultat en double exemplaire directement au médecin*" et "*Consultation de remise de résultat prévue le*" (format A5)
- ▶ Pochette de 4 pages "Ordonnances médicales de dépistage VIH- Hépatite C" contenant un bloc de 50 ordonnances médicales, et imprimée avec des schémas pour l'information du patient "Le dépistage du VIH-Sida, que faire ? quand le faire ?", et pour information aux praticiens : "Étapes et pratiques de dépistage du VIH" et "Conduite à tenir face à la découverte d'une sérologie hépatite C positive" (format A5)
- ▶ Dépliant 4 pages "VIH-Sida Dépistage" pour sensibiliser le patient sur l'importance de la consultation médicale lors du rendu des résultats (style bande dessinée - format A5)
- ▶ Brochure de 8 pages "Test du sida : ce qui change" pour informer le patient sur le dépistage (format poche)
- ▶ Schéma d'aide à l'accueil et à l'orientation des patients en laboratoire (1 page format A4)

En juin-juillet 2002, les supports de recommandations ont été diffusés par courrier à tous les médecins et laboratoires d'analyses biologiques et médicales de l'Isère.

➤ Diffusion des documents et communication

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'exemplaires imprimés et diffusés pour chacun des documents :

	Nombre d'exemplaires		
	Imprimés en juin 2002	Diffusés	Restant en avril 2003
Document de recommandations de 8 pages	4 000	3 950	50
Blocs d'ordonnances médicales de dépistage	4 000	3 200	800
Pochettes de 4 pages contenant les ordonnances	4 000	3 300	700
Bande dessinée 4 pages "VIH-Sida Dépistage"	50 000	49 00	1 000
Brochure 8 pages "Test du sida : ce qui change"	60 000	60 000	0
Schéma d'aide à l'orientation des patients en LABM	400	400	0

En avril 2003, la brochure "Test du sida : ce qui change" a été réimprimée en 50 000 exemplaires. Ainsi, depuis sa création en 2000, cette brochure a été imprimée en 200 000 exemplaires au total.

Au total, ce sont plus de 3800 acteurs qui ont été touchés par la diffusion des documents de juin 2002 à avril 2003 en Isère : la totalité des médecins libéraux et hospitaliers, des laboratoires d'analyses biologiques et médicales, des centres de dépistage anonyme et gratuit et des médecins et professionnels de centres de planification. Les documents ont été également envoyés à des infirmiers, des associations, des médecins du travail, des institutions, des financeurs, etc....

La communication a été développée en direction de la presse et a conduit à la publication d'articles concernant ce dispositif de recommandations, notamment dans la presse spécialisée : "OPTION BIO" (novembre 2002), le "Bulletin de l'Ordre national des pharmaciens biologistes" (novembre 2002), et le "Bulletin de l'Ordre départemental des médecins de l'Isère" (mars 2003). Un article grand public est paru dans "Isère Magazine" (novembre 2002).

Par ailleurs, à la demande de la Direction Générale de la Santé et de Sida Info Service, le dispositif et son évaluation vont faire l'objet d'une présentation lors de la Journée nationale dépistage, le 16 juin 2003 à Paris.

➤ **Evaluation du programme**

Il a été décidé d'évaluer ce dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques du VIH en Isère. L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes a été chargé de définir l'organisation méthodologique et pratique de l'évaluation, en fonction des termes de références de l'ODPS [annexe 1]. Un comité d'évaluation² a été mis en place. L'évaluation a été financée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie³ de Grenoble.

L'évaluation du programme a été déclinée suivant trois axes :

1. Appréciation générale de la qualité du travail accompli et des résultats obtenus.
2. Préoccupations opérationnelles : quelles suites donner à l'action ?
3. Préoccupations stratégiques : quelle leçon tirer, après trois années de mise en place, pour améliorer les stratégies d'intervention des institutions concernées par la prévention et le dépistage du VIH et du VHC ?

² Le comité d'évaluation est composé du coordinateur de l'ODPS, du président et du secrétaire du Syndicat des Biologistes de l'Isère, du médecin chef du service des maladies transmissibles du Conseil Général et d'un médecin du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG), d'un représentant de l'Association de Gestion des Centres de Santé de Grenoble (AGECSA), d'un représentant du Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) et du réseau ville-hôpital MED'HIV 38, d'un représentant du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens Biologistes, du coordinateur de AIDES délégation de l'Isère, du coordinateur de Sida Info Service Rhône-Alpes/Auvergne, d'une infirmière de la DDASS de l'Isère, et de la CPAM de Grenoble.

³ Financement sur l'enveloppe FNPEIS (Fond National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé).

Les principaux objectifs de l'évaluation sont les suivants :

- Décrire les pratiques de dépistage du VIH des médecins.
- Evaluer l'acceptabilité des recommandations pour les médecins prescripteurs et les biologistes.
- Evaluer l'efficacité des recommandations en terme de pratiques de prescription médicales du test et de rendu médicalisé du résultat.
- Evaluer l'impact des recommandations en terme de connaissance de difficultés rencontrées à cause des recommandations.

L'évaluation est basée sur le recueil d'informations auprès des médecins prescripteurs et des biologistes des laboratoires d'analyses biologiques et médicales. Les patients n'ont pas été interrogés directement, mais les professionnels ont été invités à rapporter les réactions qu'ils ont pu constater.

En pratique, l'évaluation a comporté trois volets :

1- Une enquête par questionnaire postal a été menée auprès de tous les biologistes (114) des laboratoires d'analyses biologiques et médicales libéraux de l'Isère afin d'évaluer l'acceptabilité et l'impact des recommandations pour les biologistes.

2- Une enquête qualitative par entretiens a été réalisée auprès d'un échantillon de 29 médecins pour connaître leur pratiques de dépistage du VIH, et évaluer l'acceptabilité et l'impact des recommandations pour les médecins.

3- Dans le but d'évaluer la mise en pratique des recommandations, une enquête a été menée auprès d'un échantillon de laboratoires d'analyses biologiques et médicales de l'Isère chargés de recueillir pendant un mois des données sur la prescription et le mode de rendu des résultats des sérologies VIH. Cette enquête s'est basée sur le modèle de celle réalisée en février et mars 2001 par l'ODPS et le Syndicat des Biologistes de l'Isère. Il est prévu de la renouveler en 2004 et 2005 pour noter une éventuelle évolution des pratiques.

Ce rapport est composé de trois parties correspondant aux trois enquêtes réalisées dans le cadre de cette évaluation.

ENQUETE AUPRES DES BIOLOGISTES

I – OBJECTIFS

- Evaluer l'acceptabilité des recommandations pour les biologistes.
- Evaluer l'impact en terme de connaissances de difficultés rencontrées à cause des recommandations.

II – SUJETS ET METHODE

L'enquête a eu lieu auprès de **tous les médecins et pharmaciens biologistes** des laboratoires d'analyses biologiques et médicales libéraux **de l'Isère**, soit 114 médecins et pharmaciens biologistes. La liste a été fournie par le Syndicat des Biologistes de l'Isère.

Les biologistes des laboratoires hospitaliers ont été exclus de l'étude en raison du recrutement particulier du laboratoire (personnes hospitalisées) et de l'absence de contact direct avec les patients.

Un questionnaire postal anonyme [annexe 2] a été envoyé fin octobre 2002 à tous les médecins et pharmaciens biologistes des laboratoires d'analyses biologiques et médicales libéraux de l'Isère, accompagné d'un courrier présentant l'étude. Les non-répondants ont été relancés par courrier.

Les réponses des médecins et pharmaciens biologistes étaient nominatives pour suivre les non-répondants, mais les questionnaires sont anonymes et ne permettent pas de remonter à l'identité des répondants.

Les données ont été saisies sous le logiciel ACCESS puis analysées à l'aide du logiciel SPAD.

III – RESULTATS

Sur les 114 médecins ou pharmaciens biologistes des laboratoires libéraux de l'Isère, 77 ont répondu au questionnaire, ce qui constitue un bon taux de retour de 68%.

• Caractéristiques des répondants

Les 77 biologistes répondants se composent à 83% de pharmaciens (63 pharmaciens, 13 médecins et 1 non précisé).

Parmi les biologistes répondants, 25% déclarent disposer d'une plage horaire pour le rendu et l'interprétation des résultats.

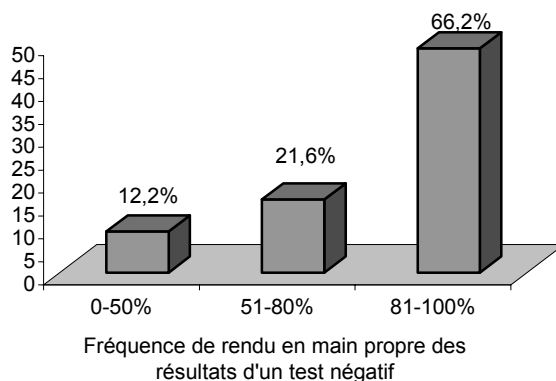
• Perception des habitudes de dépistage

Les questions qui suivent rendent compte de la perception des biologistes et non d'une mesure exacte de la réalité.

En moyenne, les biologistes estiment que 9% des patients qui viennent réaliser un dépistage VIH n'ont pas de prescription. Cette fréquence perçue varie de 0% à 30% selon les biologistes.

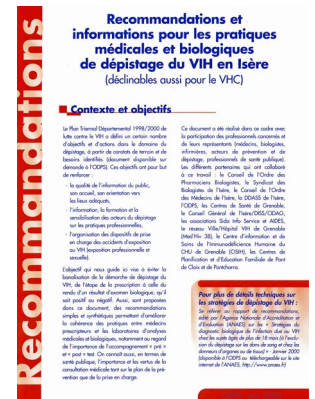
Concernant le rendu des résultats d'un test négatif au patient, il se fait en main propre dans 82% des cas, en moyenne, d'après les biologistes. Ce pourcentage varie de 10 à 100% selon les biologistes. Pour deux biologistes sur trois, le rendu en main propre est la règle (plus de 80% des cas) (*graphique 1*).

Graphique 1 - Répartition des biologistes selon leur perception de la fréquence à laquelle ils rendent un résultats négatif en main propre (n=74)

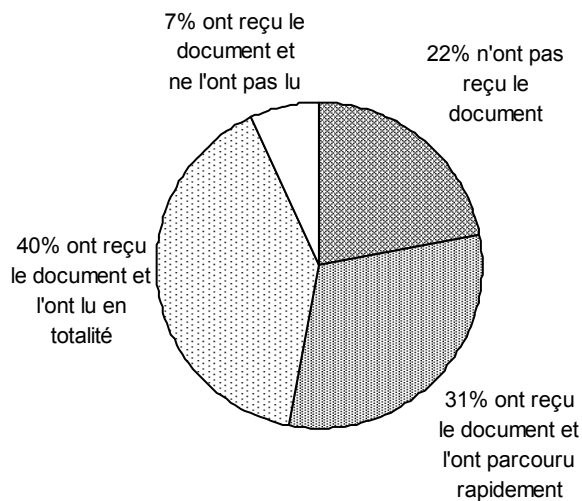


- Le document de 8 pages « **Recommandations et informations pour les pratiques médicales et biologistes de dépistage en Isère** »

Parmi les 77 répondants, 60 ont déclaré avoir reçu ce document (soit 78%) et 55 l'avoir lu en totalité ou parcouru rapidement (soit 92% de ceux qui l'ont reçu) (*graphique 2*).



Graphique 2 - Réception et lecture des recommandations (n=77)

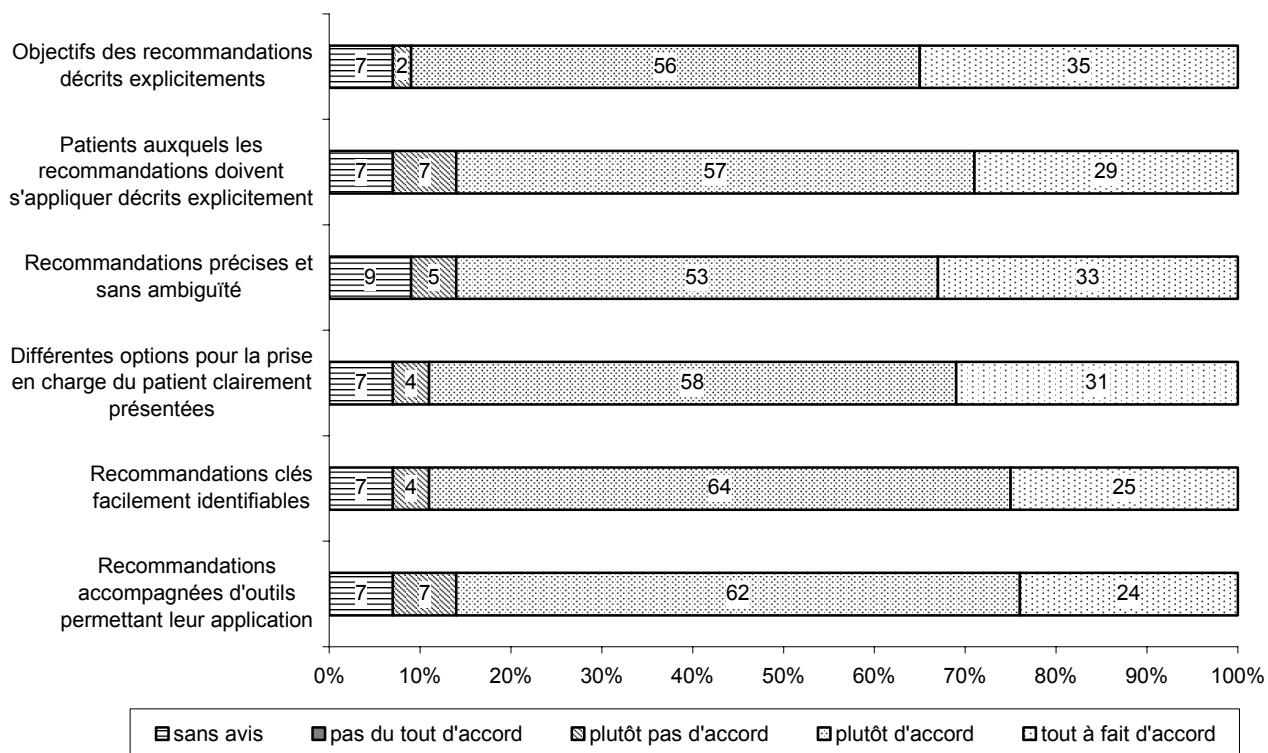


Les biologistes sont globalement satisfaits du document présentant les recommandations (*graphique 3*).

Environ 90% d'entre eux pensent que les objectifs des recommandations sont décrits explicitement, que les recommandations clés sont facilement identifiables et que les différentes options pour la prise en charge du patient sont clairement présentées.

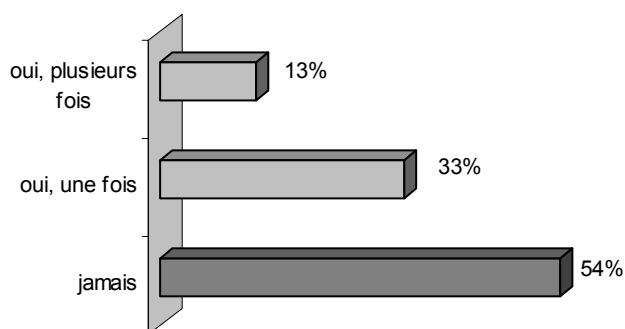
Ils sont 86% à juger que les patients auxquels les recommandations doivent s'appliquer sont décrits explicitement, que les recommandations sont précises et sans ambiguïté, et qu'elles sont accompagnées d'outils permettant leur mise en application.

Graphique 3 - Appréciation de la qualité du document de recommandations (n=55)



55% des biologistes ont parlé de ces recommandations avec leur personnel, et 46% ont utilisé ce document pour y chercher une information (*graphique 4*).

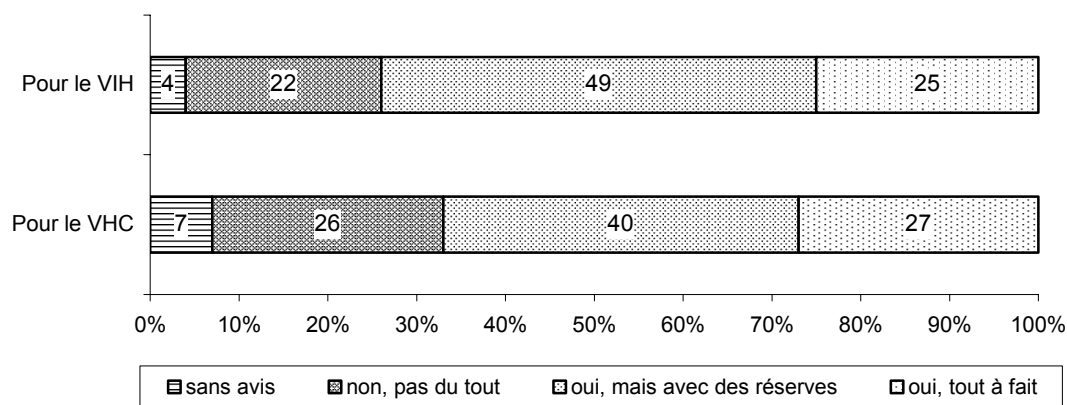
Graphique 4 - Avez-vous utilisé ce document pour y chercher une information ? Réponses des biologistes (n=52)



Leur adhésion à ces recommandations est partagée (*graphique 5*). Globalement, trois quarts des biologistes adhèrent aux recommandations pour le VIH, et deux tiers pour le VHC. Pour le VIH, près de la moitié des laboratoires y adhèrent avec des réserves.

Graphique 5 - Adhèrent-vous aux recommandations ?

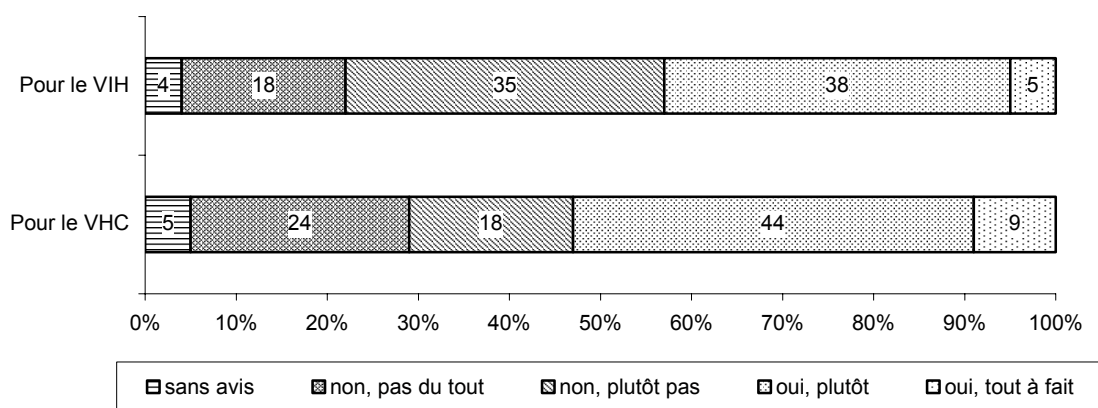
Réponses des biologistes (n=55)



Enfin, 53% des biologistes estiment que les recommandations sur le VIH ne sont pas faciles à mettre en application. Ils sont 42% à le penser pour le VHC (*graphique 6*).

Graphique 6 - Les recommandations sont-elles faciles à mettre en application ?

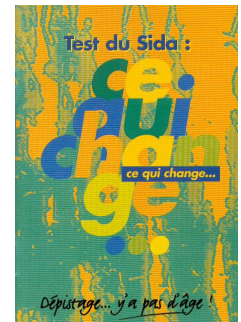
Réponses des biologistes (n=55)



- Les documents pour patients :

la bande dessinée « VIH-SIDA DEPISTAGE »

et la brochure « Test du SIDA : ce qui change »

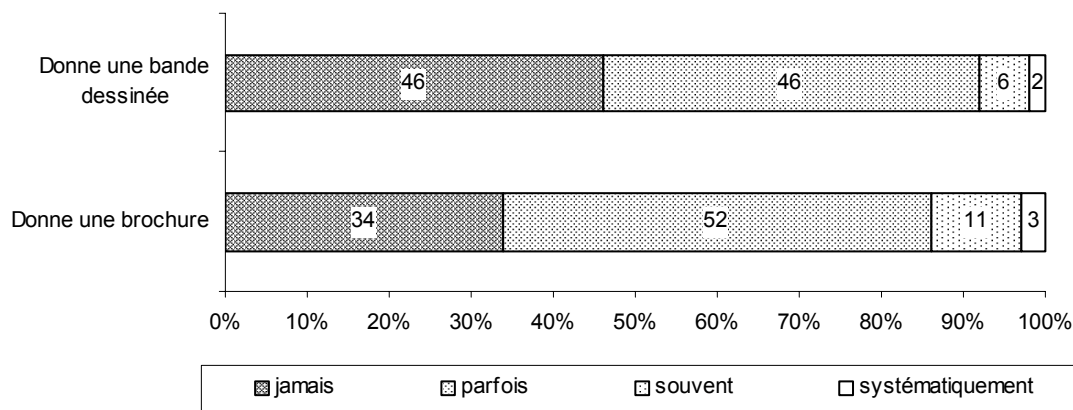


Parmi les 77 biologistes répondants, 69 ont répondu aux questions concernant les documents d'information pour les patients. Plusieurs biologistes (9) ayant déclaré ne pas avoir reçu le document de recommandations ont par ailleurs reçu les documents destinés aux patients.

Environ la moitié des biologistes (54%) donne une bande dessinée aux patients venant pour une sérologie VIH, tandis que deux tiers donne une brochure (66%) (graphique 9).

Graphique 9 - Remettez-vous une bande dessinée / brochure à chaque patient venant pour une sérologie VIH ?

Réponses des biologistes (n=67)

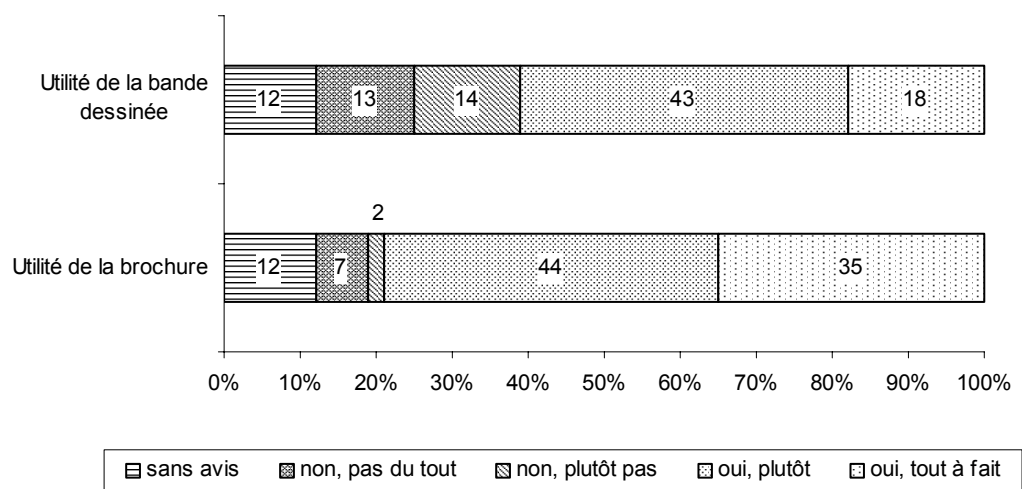


Ils sont 67% à avoir mis les bandes dessinées à disposition du public, et parmi eux, 31% pensent qu'elles sont lues par le public (58% n'ont pas d'avis).

Concernant les brochures, 81% des biologistes les ont mises à disposition du public, et parmi eux, 45% pensent qu'elles sont lues (53% n'ont pas d'avis).

Les biologistes sont 61% à penser que la bande dessinée est utile pour les patients, ils sont 79% à le croire pour la brochure (*graphique 10*).

Graphique 10 - Est-ce que cette bande dessinée / brochure vous semble utile pour les patients ?
Réponses des biologistes (n=67)



IV – DISCUSSION

Dans la pratique actuelle, les biologistes estiment rendre les résultats d'un test négatif en main propre dans 82% des cas en moyenne, cependant, la large étendue des réponses (de 10% à 100%) montre une pratique très différente selon les biologistes. Actuellement, la majorité d'entre eux rend donc les résultats négatifs directement au patient et non au médecin prescripteur uniquement.

➤ Le document de recommandations

Un peu moins d'un quart des répondants a déclaré ne pas avoir reçu le document de recommandations envoyés par l'ODPS au cours de l'été 2002, or, sauf problème ponctuel de distribution de courrier, les documents ont bien été envoyés à tous les biologistes de l'Isère. Diverses explications peuvent être avancées : période de vacances, manque d'intérêt pour le sujet, abondance de documents reçus... Un biologiste faisant partie des 7% qui déclarent avoir bien reçu ce document mais ne pas l'avoir lu, a donné l'explication suivante : "*Document sûrement très bien fait, mais "l'inondation" de la boîte à lettres rend impossible de tout lire! Notre personnel est déjà très informé et a reçu des instructions*". Par ailleurs, il était suggéré dans le questionnaire de demander le document à l'ODPS en cas de non réception.

Les biologistes apprécient largement la qualité du document. Ils jugent que les objectifs et la population visée par les recommandations sont décrits explicitement, et sont satisfaits de la clarté et de la présentation de ces recommandations. Quelques biologistes mentionnent un document "*clair*", "*didactique*", "*facile à lire de par sa présentation*". Cependant, une critique méthodologique sur l'élaboration du document a été formulée : certains regrettent de ne pas avoir été consultés avant la publication de ce document, précisant qu'une enquête préalable ou une concertation auraient été souhaitables [annexe 3].

Alors que la qualité du document de recommandations est largement appréciée par les biologistes, ils sont **partagés concernant l'utilisation du document et l'application du contenu**. Seuls la moitié des biologistes ont parlé de ces recommandations avec leur personnel et ont déjà utilisé ce document pour y chercher une information. Et si un quart des biologistes adhèrent sans réserves aux recommandations, ils sont près de la moitié à y adhérer avec des réserves et à juger qu'elles sont difficiles à mettre en application, et ce, aussi bien pour le VIH que pour le VHC.

Les principaux **obstacles et réserves à l'application de ces recommandations** mentionnés par les biologistes concernent l'adhésion des médecins prescripteurs au dispositif, l'acceptation par les patients de ces pratiques, la banalisation du résultat négatif et le rôle du biologiste [annexe 3].

- En effet, certains déclarent que la majorité des médecins ne sont pas prêts à s'impliquer et à se plier aux recommandations. D'autres précisent que ces recommandations nécessitent "*une grande disponibilité pour envisager deux consultations médicales pour un dépistage*" alors que les médecins sont "*débordés*" et ont "*peu de temps à consacrer aux patients*". De plus, selon les biologistes, les médecins n'utilisent pas les ordonnances spécifiques de prescription, "*ils ne jouent pas le jeu*".

L'organisation de rencontres entre médecins prescripteurs et laboratoires, type "démarche qualité", sur la prescription et le rendu des examens, pourrait permettre une évolution sur ce point. Sur 69 biologistes répondants à la question, 69% seraient prêts à y participer, et leur avis sur cette question ne dépend pas de leur adhésion aux recommandations (différence non significative), ce qui tend à montrer leur intérêt pour un partage d'expériences et d'idées sur le sujet. Le niveau local leur semble le plus pertinent pour l'organisation de ces réunions (41%). Parmi ceux qui ne sont pas prêts à participer à ces rencontres, quelques-uns ont précisé que c'était parce qu'ils ne disposaient pas du temps nécessaire. Un biologiste a mentionné le fait qu'une rencontre entre médecins et biologistes avait déjà été organisée en 2002

- D'autre part, les biologistes pensent qu'ils ne peuvent refuser de rendre un résultat à un patient si celui-ci le demande ("*le patient a droit à ses résultats*"), et que les patients, "*habitués à prendre leurs résultats*", se soumettent difficilement à cette démarche plus compliquée, trop "*lourde*" selon certains. De plus, cela implique un délai d'attente beaucoup plus long pour eux, ce qui sera mal perçu et source d'inquiétude. Certains biologistes vont même jusqu'à dire que "*la complexité de la démarche est un frein à un dépistage*", par exemple pour les patients qui viennent faire un test directement au laboratoire et "*qui se passeront de dépistage plutôt que de consulter*".
- Quelques biologistes ne voient pas la nécessité d'une consultation de rendu de résultat lorsque celui-ci est négatif, ce qui est pour eux quelque chose de banal et de très fréquent. D'autres précisent que pour les tests prescrits en systématique (bilan pré-opératoire, grossesses...), la situation est différente de celle d'un dépistage après prise de risque, et que, dans ce cas, les recommandations ne sont pas adaptées.
- Quelques-uns insistent sur le rôle du biologiste, tout à fait capable d'accueillir les patients, de les informer, les orienter et de rendre les résultats négatifs, et certains pensent que les sérologies devraient être possibles sans prescription médicale.

Les biologistes qui adhèrent aux recommandations pour le VIH y adhèrent également pour le VHC ($p < 10^{-8}$). Ils trouvent les recommandations d'autant plus faciles à appliquer qu'ils y adhèrent ($p < 0,0001$). Ceux qui disposent d'une plage horaire pour le rendu et l'interprétation des résultats des tests sont plus nombreux que ceux qui n'en ont pas à juger que les recommandations sont faciles à mettre en application (pour le VIH : 69% contre 33% et pour le VHC : 81% contre 43%) ($p = 0,02$).

Les remarques des biologistes concernant l'application des recommandations étaient généralement formulées à la fois pour le dépistage du VIH et pour celui du VHC. Cependant, certains ont souligné qu'ils différenciaient le VIH du VHC, et l'un d'entre eux a suggéré de "*séparer clairement les deux*". Par ailleurs, concernant le dépistage du VHC, quelques biologistes ont précisé que ces recommandations étaient "*en contradiction avec la journée de dépistage gratuit*".

➤ Le schéma

Les biologistes sont globalement **satisfaits de la forme du schéma**, une large majorité pense qu'il est précis et qu'il présente clairement les différentes options de prise en charge des patients. Un biologiste a cependant précisé qu'il trouvait le schéma "*trop dense et confus*" [annexe 3].

En revanche, concernant **l'utilisation et le contenu** de ce schéma, **l'adhésion semble moins évidente**, à l'image de l'adhésion aux recommandations. En effet, un tiers des biologistes n'utilisent pas ce schéma, et pour un quart des biologistes ayant un avis, il n'est pas une aide à la décision. Quelques biologistes mentionnent le fait que ce schéma n'est ni applicable, ni appliqué en pratique quotidienne, et qu'il concerne surtout, selon eux, les personnes demandant une sérologie dans un contexte de prise de risque et non en dépistage systématique [annexe 3]. De plus, une consultation de rendu chez un médecin pour un résultat négatif paraît inutile pour certains, et un autre déclare ne pas avoir *"le temps de consacrer un entretien pour un dépistage"*. Là aussi, les remarques adressées concernent en général aussi bien le dépistage du VIH que celui du VHC.

Ils sont moins de la moitié à avoir diffusé ce schéma à leur personnel. Ceux qui ont une plage horaire pour le rendu et l'interprétation des tests sont plus nombreux à avoir diffusé le schéma à leur personnel : 67% contre 30% (p=0,01).

➤ Les documents pour les patients

Concernant les quelques biologistes qui ont déclaré ne pas avoir reçu le document de recommandations mais qui ont par ailleurs reçu les documents destinés aux patients, il est possible qu'ils les aient obtenus lors de rencontres entre biologistes ou de réunions du Syndicat des Biologistes de l'Isère.

Certains ont reçu les documents mais ne les ont pas encore donnés aux patients, certainement suite à un malentendu puisque leur explication était la suivante : *"le protocole n'a pas commencé, nous attendons le feu vert du Syndicat"*.

Globalement, les biologistes ont **bien diffusé ces deux documents aux patients**, soit en leur remettant directement soit en les mettant à leur disposition. Ils sont significativement plus nombreux à mettre les brochures à disposition du public plutôt qu'à les donner systématiquement à un patient venant pour une sérologie VIH : 81% contre 66% (p<0,05).

On constate que plus les biologistes adhèrent aux recommandations, plus ils jugent ces deux documents utiles pour les patients (p<0,03). De plus, ils jugent plus souvent la brochure utile pour les patients que la bande dessinée (79% contre 61%) (p<0,01). Diverses explications sont données par les biologistes concernant leur appréciation de l'utilité de la bande dessinée et de la brochure [annexe 3] :

- Concernant la bande dessinée

Son utilité réside, pour certains, dans le fait que ce document soit accessible à tous, que sa forme facilite la lecture, *"dédramatise la situation"* et qu'il *"replaces les différents partenaires médicaux dans la démarche"*.

Les biologistes la jugeant inutile pour le patient précisent que c'est parce que la remise du résultat par le médecin prescripteur n'est ni appliquée, ni applicable en pratique ; et que *"les patients veulent leurs résultats et se moquent de la BD"*.

- Concernant la brochure

Les biologistes précisent que son utilité réside dans son côté pratique, elle donne des informations *"claires"*, *"concises"*, des *"explications utiles"* et les coordonnées de différents contacts à joindre en cas de besoin. Son format est *"bien adapté"*. Selon certains, ce document est particulièrement bien pour les personnes *"intéressées"* et *"celles qui n'osent pas poser de questions"*, *"elle répond à des questions pas toujours formulées lors du prélèvement"*. Un

biologistes précise qu'elle est *"utile, à condition que le recrutement des patients ne soit pas préopératoire ou prénatal"*.

Certains biologistes la jugent inutile pour le patient parce qu'elle ne mentionne pas que les biologistes et leur personnel peuvent également réaliser des tests de dépistage du VIH dans les laboratoires d'analyses biologiques et médicales.

Les biologistes n'ont **pas observé de réactions ou de commentaires de la part des patients** concernant les bandes dessinées, même si quelques-uns, intéressés, les feuillètent ou les emportent. Un biologiste précise que la *"population du laboratoire semble peu concernée compte-tenu de l'implantation géographique"*.

De leur côté, les brochures ont obtenu quelques remarques positives et ont été facilement emportées par les patients.

V – CONCLUSION

En faisant l'hypothèse que les biologistes n'ayant pas répondu à l'enquête ne diffèrent pas des répondants, on peut dire que les trois quarts des biologistes de l'Isère adhèrent, tout à fait ou avec des réserves, aux recommandations et la moitié environ les jugent applicables. Ainsi, l'objectif est atteint à moitié, et d'autres étapes semblent nécessaires pour parvenir à la mise en place de ces recommandations.

Cette enquête montre les limites de la communication écrite par courrier. D'autres modes de communication pourraient être envisagés, comme par exemple l'organisation de rencontres sur l'analyse de la pratique entre médecins et biologistes. Ces derniers sont d'ailleurs en grande partie prêts à y participer, et ce, indépendamment de leur adhésion aux recommandations.

Il pourrait être judicieux également de profiter de l'évaluation réalisée pour communiquer à nouveau sur ce sujet et poursuivre la sensibilisation des biologistes. A cette occasion, il serait bon d'insister davantage sur l'intérêt de ces recommandations, mais aussi de souligner qu'elles ont été élaborées par un groupe de travail regroupant différents acteurs concernés par le dépistage du VIH. L'idée de demander aux biologistes leur participation afin d'améliorer ces recommandations pourrait être intéressante.

Enfin, la communication devrait répondre aux objections majeures citées par les biologistes quant à l'application des recommandations, à savoir :

- le patient qui a droit à ses résultats et qui accepte mal la complexité de la démarche
- le biologiste qui est capable de rendre un résultat négatif, devenu banal
- les médecins qui ne s'impliquent pas suffisamment dans la démarche

Ce dernier point tend lui-aussi à montrer l'intérêt des rencontres entre les médecins prescripteurs et les biologistes.

ENQUETE AUPRES DES MEDECINS

I – OBJECTIFS

- Connaître les pratiques de dépistage du VIH des médecins.
- Evaluer l'acceptabilité des recommandations pour les médecins prescripteurs.
- Evaluer l'impact en terme de connaissances de difficultés rencontrées à cause des recommandations.

II – SUJETS ET METHODE

Il s'agit d'une enquête par entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon de médecins de l'Isère. Les praticiens les plus concernés par la prescription et le dépistage du VIH ont été choisis : généralistes, gynécologues, dermato-vénérologues et anesthésistes.

La liste des médecins généralistes, gynécologues et dermatologues libéraux de l'Isère a été fournie par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de Vienne et de Grenoble, et celle des médecins gynécologues et anesthésistes hospitaliers du département par la Direction des ressources humaines du CHU de Grenoble.

Les médecins ont été répertoriés par spécialité, par secteur pour les gynécologues (privé/public) et par zone géographique pour les médecins généralistes (rurale/urbaine) ; puis un tirage au sort a été effectué par strate.

Les médecins tirés au sort ont été contactés par courrier, puis par téléphone afin de vérifier qu'ils avaient eu connaissance des documents envoyés par l'ODPS (et leur renvoyer si nécessaire) et obtenir leur accord pour participer à l'étude.

Au total, l'échantillon de médecins se compose de 17 généralistes (8 exerçant en zone rurale et 9 en zone urbaine), 3 dermatologues libéraux, 6 gynécologues (3 libéraux et 3 hospitaliers) et 3 anesthésistes hospitaliers.

Deux grilles d'entretien ont été créées : une pour les médecins libéraux et une autre pour les hospitaliers [annexe 4]. Les entretiens ont été réalisés autant que possible en face à face, dans les cabinets des médecins (2 entretiens réalisés par téléphone), du 26 novembre au 20 décembre 2002. Une indemnisation a été versée à chaque médecin participant à l'étude. L'exploitation des données est anonyme.

III – RESULTATS

III – 1. Les pratiques de dépistage du VIH

Les résultats sont présentés par type de spécialité.

III – 1.1. Les généralistes

➤ Dans quels cas prescrivent-ils des sérologies VIH ?

Les médecins généralistes prescrivent des sérologies VIH principalement lors de **grossesses** (*"uniquement quand il n'y a pas de statut sérologique récent"* pour l'un d'entre eux) ou de **certificats pré-nuptiaux**, sans aborder les questions de prise de risque. Ils peuvent aussi proposer le test sur **signes d'appel** (MST...) ou à l'occasion d'un **certificat de sport**, d'une **prise de sang chez un jeune adulte** (18-25 ans) ou d'une **première contraception**. Dans ces cas-là, les médecins font généralement une information sur le VIH.

Environ la moitié des généralistes interrogés proposent le test à partir "d'indices" sur le mode de vie, **d'attitudes à risque repérées** : personnes marginalisées, transfusées, toxicomanes, comportement addictif inquiétant, changement fréquent de partenaires sexuels, problèmes gynécologiques... Ils abordent alors avec leurs patients les questions de prise de risque, leurs connaissances concernant le VIH. Quelques-uns ciblent plus particulièrement **certaines populations** : les adolescents, les jeunes adultes, mais aussi les "jeunes divorcés" (35-40 ans) qui refont leur vie: *"quand je suis des adolescents, c'est moi qui aborde le problème de la contraception à un certain âge. Je lance le sujet, et après je vois s'il y a des réticences ou bien si c'est le moment. Une fois que la porte est ouverte, ils savent que si besoin ils peuvent me redemander"* ; *"la population à risque, ce sont les hommes de plus de 45 ans qui pensent que ça ne leur arrivera jamais"* ; *"j'évoque le sujet avec les plus de 40 ans, surtout les jeunes divorcés : pour eux il y a beaucoup d'interrogations et le préservatif n'est pas du tout évident"*.

Enfin, les médecins sont souvent amenés à prescrire des tests à la **demande des patients**. Généralement, ils cherchent à connaître les raisons de cette demande, sans forcément insister s'ils sentent que les patients ne souhaitent pas en parler (les raisons peuvent être très diverses : prise de risque, changement de partenaire, anxiété (pas toujours justifiée selon certains médecins qui parlent de *"fantasme de prise de risque"*), suggestion de l'hôpital suite à une opération...).

➤ Le rendu des résultats

D'après les médecins généralistes, les laboratoires leur envoient les résultats et les donnent aussi aux patients. Les médecins **ne revoient pas les patients en consultation** ou ne leur téléphonent pas **spécialement pour le rendu des résultats du test VIH** notamment parce que, selon eux, *"les résultats sont clairs et compréhensibles"*, *"c'est explicite"*. Certains patients téléphonent cependant à leur médecin pour s'assurer du résultat négatif.

S'ils sont amenés à les revoir suite au test, c'est uniquement dans le cadre d'un suivi pour une autre raison, et ils ne reparlent généralement pas du test (*"j'attends que mes patients en parlent et demandent"*) ou alors très brièvement : *"je dis incidemment "vous voyez, vous n'avez pas le sida", "c'est comme quand une glycémie est bonne, on dit "votre sérologie sida est négative", et voilà"*.

Un médecin précise qu'il essaie de les convaincre de revenir pour le résultat : *"je leur dis "ça serait bien que vous reveniez pour le rendu", mais en général ils ne reviennent pas"*.

En cas de doute sur les résultats du test (prise de risque importante), il arrive qu'ils demandent aux patients de revenir en consultation pour chercher leurs résultats. Dans ce cas, le médecin mentionne sur l'ordonnance, à l'attention du laboratoire, que les résultats doivent lui être envoyé uniquement à lui.

Un médecin cite le problème des gens "de passage" qui demandent un test mais avec lesquels il y a rarement de suivi : *"les personnes chez qui ont aurait le plus de doutes ne sont pas forcément celles avec qui il y a le meilleur suivi, c'est un peu le problème"*.

Parmi les 17 médecins généralistes interrogés, ils sont trois à penser que **les laboratoires ne donnent les résultats des tests qu'aux médecins**, avec néanmoins des doutes : *"même s'ils m'envoient les deux exemplaires à moi, en fait, je crois que les laboratoires le disent aux patients"*. Les patients leur téléphonent ensuite pour avoir leurs résultats, ils ne reviennent donc pas en consultation pour cela. Un médecin a remarqué que cette pratique était récente : *"avant, les résultats étaient donnés au médecin et au patient, mais dernièrement, ça a changé, je ne sais pas pourquoi. On a eu un cas où le patient nous a appelé pour avoir ses résultats"*.

Par ailleurs, un médecin affirme que les patients *"peuvent demander au laboratoire d'avoir les deux exemplaires (c'est possible, le patient peut faire ce qu'il veut)"*.

Si la moitié des médecins interrogés font de la prévention et de l'information sur le VIH lors de la prescription du test (*"car on n'est pas sûr de les revoir après"*), **aucun n'en fait lors du rendu des résultats**, pour certains *"parce que tout a été dit à la prescription"*.

III – 1. 2. Les gynécologues

➤ Dans quels cas prescrivent-ils des sérologies VIH ?

- les gynécologues hospitaliers

Les gynécologues hospitaliers proposent systématiquement un dépistage du VIH à des femmes en **début de grossesse**. Ce test n'est pas obligatoire mais les gynécologues font *"en sorte que les femmes acceptent"*, en leur expliquant que c'est systématiquement demandé dans le cas d'un bilan de grossesse et que si le test n'est pas fait, des précautions supplémentaires seront prises à l'accouchement : *"dans le cadre de la politique de santé publique, le test doit être proposé à la patiente, il met en confiance l'équipe qui va l'accoucher, sinon elle prendra plus de précautions"*. Ils font très **peu de prévention et d'information** car *"la grossesse n'est pas un moment privilégié pour faire ce genre d'information"*, ils les suivent pour leur grossesse, *"pour le problème du VIH, elles s'adressent à leur généraliste"*. Un médecin précise que *"ces femmes ne sont pas des groupes à risque"*.

Ils peuvent être amené à prescrire des sérologies VIH **sur demande** ou dans le cadre d'un **suivi gynécologique** (MST, *"vie sexuelle vagabonde"*...), mais ces cas restent exceptionnels. Ils en profitent alors pour *"tendre une perche"* et aborder les craintes de la patiente à ce sujet, lorsque celle-ci veut bien en parler.

- les gynécologues libéraux

Les gynécologues libéraux prescrivent systématiquement des tests VIH à des femmes en **début de grossesse** essentiellement, sans aborder la question des prises de risque. Un gynécologue précise qu'il est "*moins systématique*" qu'avant (il y a une dizaine d'années) : "*je demande si on fait une sérologie VIH, si on me dit que ce n'est pas la peine, voilà, c'est terminé. J'ai l'impression que les gens ont tous fait ça dix fois dans leur vie, que c'est plus la peine d'enfoncer le clou. Je demande juste si elle a fait un test au moins une fois dans sa vie*". Ils sont amenés à en prescrire, dans une moindre mesure, sur **demande des patientes**, sur **signes d'appel** ou "indices" dans la discussion (MST, bilan d'infertilité, partenaires changeants, problèmes psychologiques, divorce à 35-40 ans, ...). Dans ces cas-là, un dialogue de prévention et d'information a lieu au moment de la prescription pour deux des trois gynécologues.

➤ **Le rendu des résultats**

Concernant les résultats, le laboratoire de l'hôpital (pour les gynécologues hospitaliers) les rend sous pli confidentiel au médecin uniquement, tandis que les laboratoires de ville les donnent au médecin et au patient (si le résultat est négatif), ou au médecin seulement (rare). Dans ce dernier cas, les gynécologues rendent le résultat par téléphone ou au cours d'une consultation.

Généralement, les gynécologues sont amenés à revoir les patientes en consultation pour un autre problème (suivi de grossesse, de MST, bilan...) et le résultat est rendu à cette occasion : "*je ne les revois pas pour le rendu des résultats*". **Aucune information complémentaire n'est donnée sur le VIH lors du rendu** et le résultat de la sérologie n'est pas toujours mentionné clairement: "*quand elle revient, je lui dis que tout va bien*". Un gynécologue précise toutefois qu'il ne revoit pas les patientes et ne leur téléphone pas pour le résultat : "*parfois, elles appellent quand elles ne comprennent pas "négatif"*".

Si le test a été fait pour d'autres raisons, par exemple sur demande de la patiente, il n'y a **pas de consultation de rendu** (sauf cas très particuliers) : soit il est convenu que la patiente téléphone au médecin, soit celui-ci lui dit qu'il la contactera en cas de problème.

En cas de prise de risque, un gynécologue mentionne sur l'ordonnance que le résultat doit lui être envoyé à lui seulement et il revoit la patiente en consultation pour le rendu du résultat.

III – 1. 3. Les dermatologues

➤ **Dans quels cas prescrivent-ils des sérologies VIH ?**

Les dermatologues prescrivent des tests VIH pour des patients venant consulter pour une MST, dans une **démarche essentiellement diagnostique**: "*il n'y a pas de prescription systématique, c'est toujours sur signes d'appel*". Généralement, une discussion sur les prises de risque et la prévention a lieu en cas de MST.

Le dépistage à titre préventif a lieu uniquement dans le cas où le patient demande une sérologie VIH, ce qui est très rare, ou parfois pour les conjoints de patients atteints de MST.

Un dermatologue précise qu'en ce qui concerne le dépistage du VIH, les patients ne s'adressent pas à lui mais davantage à leur généraliste, du fait certainement du délai d'attente (d'environ trois mois) pour avoir un rendez-vous. Ils interviennent davantage dans le suivi dermatologique de patients séropositifs.

➤ **Le rendu des résultats**

Les patients vont effectuer leur test dans des laboratoires de ville qui rendent généralement le résultat à la fois au patient et au médecin. Certains laboratoires ne renvoient les résultats qu'au médecin. Dans tous les cas, **les patients ne sont pas revus en consultation spécialement pour le rendu du résultat du test**, mais pour le suivi de la pathologie et à cette occasion le médecin peut expliquer les résultats : *"les patients sont revus en cas de MST puisqu'il y a un suivi, sinon on ne les revoit pas"*.

Concernant le rendu des résultats par le laboratoire, un dermatologue ne sait pas si le laboratoire donne les résultats aux patients (*"je ne me suis pas posé la question"*), tandis qu'il téléphone toujours aux patients pour leur dire quand c'est négatif.

III – 1. 4. Les anesthésistes

➤ **Dans quels cas prescrivent-ils des sérologies VIH ?**

Deux types de pratiques ont pu être observées : proposition systématique avant transfusion et prescription systématique à tous les patients en pré-opératoire.

1 – Proposer systématiquement le test du VIH aux **personnes pour lesquelles une transfusion est envisagée lors de l'opération** : *"on cerne une population à risque transfusionnel"*. Un des anesthésistes indique qu'il cible également les anciens toxicomanes et les anciens transfusés qui n'ont pas eu de bilan sérologique.

Concernant la **procédure de recueil du consentement**, deux cas sont possibles :

- soit l'opération est programmée, le patient est conscient, il est donc informé du test. Aucun refus n'a été constaté jusqu'à présent. Le cadre de l'anesthésie, synonyme d'opération, facilite certainement l'adhésion des patients au protocole. De plus, le test ne leur est *"présenté comme une obligation, mais plutôt comme un avantage : si jamais suite à une possible transfusion ils étaient contaminés, on pourrait plus rapidement les traiter"*. *"Ca amène une certaine sécurité pour vérifier qu'on ne vous donne rien, on vous fait le test avant et le test après"*. Bien sûr, l'hôpital bénéficie d'une certaine sécurité lui aussi : *"c'est tendancieux car ça permet aussi à l'hôpital de se protéger en cas de séropositivité"*.

- soit l'opération a lieu en urgence et le patient qui doit être transfusé n'est pas forcément conscient. Dans ce cas, l'anesthésiste se *"débrouille pour leur demander son accord"*, dans le cas contraire, le test est tout de même réalisé.

Ces médecins anesthésistes s'accordent à dire qu'ils ne sont **"pas dans la prévention, mais dans le contrôle [de qualité]"**. L'un d'entre eux précise que trois mois après avoir transfusé un patient, il doit vérifier qu'il n'a pas contracté de virus : *"mon but n'est pas du tout de dépister quelqu'un, mais de contrôler que la transfusion n'a rien amené, c'est un "contrôle qualité"*.

Ils ne dépistent pas de manière systématique le VIH chez les personnes qui ne sont pas à risque transfusionnel : *"nous n'allons pas dépister pour nous protéger nous"*.

2 – Prescrire systématiquement le test du VIH dans le bilan pré-opératoire à **tous les patients**, sans recueillir explicitement leur consentement : *"ils le savent, c'est marqué sur l'ordonnance"*. Le test n'est pas cité lors de la prescription des examens parce qu'il fait partie d'un bilan global, mais aussi pour ne pas inquiéter les patients : *"ça évite que le patient se"*

pose des questions, c'est systématique, ça fait partie d'une batterie d'examens que je ne cite pas non plus". Selon eux, "c'est à l'insu, mais pas caché. La personne peut refuser".

L'idée est donc de "profiter" de l'occasion qu'offre le bilan pré-opératoire pour leur faire un test. *"En terme de santé publique, on a une responsabilité qui est de prévenir la personne si elle est positive afin qu'elle ne contamine pas tout le monde. De même que les médecins doivent se faire surveiller régulièrement".*

Dans les deux types de pratique, les questions de **prises de risque éventuelles des patients ne sont pas abordées** lors de la consultation pré-opératoire pour deux raisons : d'une part parce que, selon eux, tout le monde est concerné par le VIH et pas seulement les homosexuels ou les toxicomanes, *"ce n'est plus du tout discriminatif actuellement"* ; et d'autre part, parce que *"ça demanderait d'augmenter nettement la durée de consultation, ce qui n'est pas forcément facile tous les jours"*.

Les anesthésistes ne sont pas dans une démarche de prévention concernant le VIH, ils estiment que ce n'est pas leur rôle puisqu'ils ne suivent pas le patient à long terme : *"l'anesthésiste est un intervenant ponctuel, c'est le rôle du généraliste d'assurer le suivi"*.

➤ **Le rendu des résultats**

Concernant le rendu des résultats, lorsque c'est le laboratoire de l'hôpital qui analyse le prélèvement, le résultat est rendu sous pli confidentiel au médecin uniquement. Lorsque c'est un laboratoire de ville, les résultats sont donnés au médecin et au patient.

Quand la prescription du test concerne des patients à chirurgie lourde, restant donc hospitalisés quelques jours après l'opération, *"le résultat est rendu par le prescripteur, soit l'anesthésiste, au cours de l'hospitalisation"*. Dans d'autres cas, les patients sont revu la veille de l'opération. Généralement, les anesthésistes **ne détaillent pas les résultats** lorsqu'il n'y a pas de problème : *"on a eu vos résultats, tout va bien"*. Comme lors de la prescription, **aucune information n'est faite sur le VIH lors du rendu des résultats**, par contre un médecin précise qu'une information est faite sur les risques liés à la transfusion : *"je leur conseille de faire attention et de se faire suivre par leur médecin traitant sur le plan sérologique. Je passe le relais puisque je ne suivrai pas ces patients"*.

III – 2. Aborder les questions de prise de risque, parler du VIH : quelles sont les difficultés rencontrées ?

Les réponses données ici sont celles des généralistes, gynécologues et dermatologues. Comme nous venons de le voir, les anesthésistes n'abordent pas ces questions de prise de risque.

Si pour certains il n'y a pas de problèmes particuliers...

Pour un tiers des médecins interrogés, **les patients n'ont pas de difficultés pour aborder les questions de prise de risque**, surtout les "jeunes" et les adolescents selon certains : *"pour les nouvelles générations, il n'y a pas de tabou à ce sujet"*. Un généraliste précise que ses patients sont demandeurs d'informations, *"plutôt curieux de ces choses-là"*, et qu'ils se sentent concernés, *"ils font même plutôt de la paranoïa alors qu'ils ne risquent rien du tout"*.

D'autre part, pour environ la moitié des médecins interrogés, **aborder les questions de prise de risque avec leurs patients ne pose pas de problème**. Quelques-uns expliquent avoir travaillé dans un Centre de planification et d'éducation familial, suivi une formation sur le sida, ou assisté à des consultations au CISIH. Un médecin précise qu'il a *"passé le cap"* et mentionne les effets bénéfiques de la télévision et des médias en terme de diffusion d'information et de changement d'image du VIH, ce qui facilite les discussions.

Certains ne se "retiennent" jamais d'en parler lorsqu'ils le jugent nécessaire, au risque de vexer les patients, ou même parfois de se le voir reproché par la suite : *"ça m'a valu des problèmes, il est arrivé que le conjoint ou le gynécologue me reprochent d'avoir fait peur à la patiente, de ne pas avoir pris assez de précautions, au sens psychologique"*.

... pour d'autres, les difficultés limitent les possibilités d'en parler, voire empêchent tout discours sur le VIH et les prises de risque

Les difficultés évoquées par les médecins sont parfois des obstacles ou des raisons suffisantes pour empêcher certains médecins d'aborder avec leurs patients l'idée d'une sérologie VIH.

Les explications données par les médecins tiennent à la perception de leur clientèle et du risque d'infection au VIH, à la perception des rôles et attentes réciproques du patient et du médecin, et aux difficultés à aborder des questions intimes.

III – 2. 1. Perception de leur clientèle et du risque dû au VIH

La prévention concerne les patients à risque

Certains médecins pensent qu'il est **inutile d'en parler avec des patients qui ne sont pas à risque**. Ils ciblent donc ceux qui pourraient l'être, en s'appuyant sur la connaissance qu'ils ont d'eux et de leur mode de vie : *"je connais leur vie, leurs histoires de cœur, leurs histoires de bistrot"*. Ils relèvent des indices lors de leur discussion avec eux : *"je regarde s'ils sortent, s'ils fument, s'ils boivent ou se droguent"*.

Lors d'une première consultation, certains médecins prennent le temps de mieux connaître la personne en la questionnant sur divers points, de manière à juger de l'intérêt d'un dialogue sur le VIH et les prises de risque : *"il faut un élément du contexte clinique ou du dialogue. La prévention se fait toujours en rapport avec la personne qu'on a en face de nous"*.

Leurs patients ne font pas partie de la population à risque

Certains jugent que **leurs patients**, de manière générale, **ne font pas partie de la population à risque**, parce qu'ils sont dans un milieu rural, qu'ils sont âgés, ou encore parce qu'ils ne sont pas toxicomanes : *"on n'est pas en ville, ni dans un milieu de toxicomanes, ce n'est pas une population à risque"* ; *"je n'ai pas de toxicomanes dans ma clientèle, ça limite déjà beaucoup les troupes"* ; *"le VIH ne préoccupe pas tellement la population ici, il y a peu de risque, c'est différent des "cités"* ; *"pour moi, le VIH n'est pas un sujet d'actualité, j'ai d'autres sujets plus importants par rapport à la population que j'ai [beaucoup de personnes âgées]"*.

Pour certains médecins, les femmes enceintes ne sont *"pas des groupes à risque"*, tandis que d'autres semblent sûrs du comportement de leurs patients : *"j'estime que ma population est saine et qu'elle se comporte sainement"* ; *"je connais bien ma clientèle [étudiants, familles "BCBG", et personnes âgées] elle n'est pas à risque. Je n'ai pas de jeunes qui ont des vies dissolues, et je ne crois pas au "relapse" pour ma clientèle"* ; *"les jeunes font systématiquement le test quand ils changent de copine, je ne sais pas pourquoi!"*

Les patients ont peur du sida et préfèrent ne pas savoir

Selon les médecins, certains patients ont **peur** du sida qui est *"une maladie mortelle"*, et méconnaissent les progrès des traitements. Ils préfèrent donc ne pas faire de test pour ne pas savoir : *"ils pensent que ça ne vaut pas le coup de faire le test car si ils sont séropositifs, de toute façon, ils mourront"*.

III – 2. 2. Perception des rôles et attentes réciproques du patient et du médecin

Les patients sont informés et gèrent ces questions eux-mêmes

Certains pensent que leurs **patients sont suffisamment informés et conscients des risques**, ou que s'ils ont besoin, ils leur demanderont : *"Ils en savent autant que moi sur la contamination; les jeunes non-informés ne font pas partie de ma clientèle"* ; *"S'ils veulent en parler, ils viennent, mais ce n'est pas moi qui doit les inciter. C'est rare qu'ils viennent car ils sont informés"* ; *"J'ai l'impression que les gens sont au courant"* ; *"je pars du principe que les gens savent ce qu'est un risque. J'ai tort, mais je pense que tous sont informés"*.

C'est au patient de gérer ces questions personnelles, eux ne sont là que pour répondre à leurs demandes éventuelles : *"Je ne leur demande pas parce que j'ai l'impression que ça ne me regarde pas. Je pense que les gens sont assez mûrs et cultivés pour s'occuper de ça eux-mêmes. Je ne vais quand même pas leur suggérer ces choses-là si eux ne sont pas demandeurs!"*

Les patients n'attendent pas cela de leur médecin

Certains pensent que **les patients n'attendent pas un tel discours de la part de leur médecin** : *"en général, ils ne viennent pas pour ça"*. Ils pensent que ça va gêner les patients, qu'ils *"n'ont pas envie qu'on leur en parle"*.

Les médecins ne veulent pas paraître intrusifs

Certains **ne veulent pas paraître curieux, inquisiteurs** : *"dans le cas d'une sérologie demandée par le patient, j'évite de poser trop de questions, je réponds simplement aux leurs ; et pour les femmes enceintes, je ne cherche pas à savoir si il y a eu des prises de risque"* ; *"je reste dans le motif de la consultation, je ne vais pas être inquisiteur pour tout savoir"*.

Par souci de confidentialité, pour ne pas gêner le patient, ils n'abordent pas ces questions **quand le patient n'est pas seul** lors de la consultation : *"je ne veux pas m'immiscer dans le couple" ; "pour un examen prénuptial ou prénatal, je ne pose pas de questions, je dis que ça fait partie du bilan"*.

Le désintérêt du médecin pour le VIH

Certains ne sont **pas intéressés** pour faire de la prévention sur le thème du VIH : *"je ne fais pas de prévention parce que ce n'est pas mon truc, je n'ai pas envie de leur en parler. Ma raison d'exercer, c'est la traumatologie"*.

Un médecin précise que le VIH n'est *"pas une priorité"* pour lui, suite au décès d'un membre de sa famille du sida. **L'expérience personnelle** a donc une influence certaine sur le comportement des médecins : *"j'éprouve une réelle aversion pour cette maladie. Je ne peux pas aborder ce problème froidement, ça m'énerve"*.

L'âge des patients pose problème

Ca peut être des barrières de générations, **l'âge des patients** peut être un problème : *"Ca me gêne d'évoquer ce problème avec des adolescents de 15 ans, c'est trop jeune. Je suis de la vieille école, je me dis que c'est pas possible qu'ils aient déjà eu des rapports à 15 ans"*.

Alors qu'il trouve *"naturel"* de parler du VIH à des jeunes, un médecin est gêné par le *"côté interrogatoire policier"* sur la vie privée lorsqu'il s'agit de personnes de plus de 35 ans : *"je ne me sens pas le droit de poser toutes ces questions personnelles que je n'aimerais pas qu'on me pose"*.

Quelques médecins jugent qu'il est **plus facile d'en parler avec des adolescents**, car *"ils trouvent normal d'en parler"*, **qu'avec des personnes plus âgées** pour qui c'est parfois plus gênant, ou qui pensent que *"ça en les concerne pas"*. Quelques médecins ont remarqué qu'il y avait des **réticences** très nettes à faire un test chez certains patients, surtout en couple, et âgés de plus de 40 ans : *"A 50 ans, ça paraît inconvenant qu'on puisse proposer un test, les couples de cet âge sont censés être fidèles"*. Très sûrs de leur vie, ils trouvent **insensé** qu'on leur propose une sérologie et pensent que leur moralité est mise en doute : *"ils le perçoivent comme une accusation, pour certains, je ne me risquerai même pas à leur demander"*. Un médecin pense que les plus de 40 ans sont *"les plus dangereux"* mais qu'ils seraient *"scandalisés qu'on leur propose un test"*, il se résigne : *"ils sont inconscients. On en peut même pas discuter avec eux car ils n'écoutent pas, ils sont sûrs d'eux, il n'y a rien à dire"*.

Il est difficile de faire parler les patients et de les convaincre

Une autre difficulté pour les médecins consiste à essayer de **faire parler les patients** pour évaluer les prises de risque, alors qu'il y a parfois un *"blocage"* du côté du patient : *"quand les personnes demandent spontanément le test, c'est là qu'il y a le plus de réticences à parler des prises de risque. Certains refusent de répondre. On est prescripteur et on sent très bien qu'on n'a pas à s'immiscer. Ils savent très bien où est la prise de risque et n'ont pas du tout envie qu'on les serine."* Le médecin ne sait pas toujours s'il doit insister : *"la difficulté, c'est de se dire "est-ce que c'est à moi qu'elle veut en parler ou à quelqu'un d'autre ?"*.

Il peut être également difficile de **convaincre les patients** de faire un test **alors qu'ils pensent que c'est sans objet** : *"c'est délicat dans le cas d'une femme enceinte de son deuxième enfant, ça suggère que son mari peut être séropositif ou que le médecin sait quelque chose. De même avec des personnes plus à risque, comme les homosexuels, c'est toujours difficile de dire qu'il faut faire régulièrement le test"*.

La fragilité de la relation médecin-patient

La **relation qui existe entre le médecin et son patient** a, semble-t-il, une influence non négligeable sur les facilités ou les difficultés que peuvent avoir les patients pour aborder ces questions de prise de risque. D'un côté, il semble indispensable aux médecins que les patients aient **confiance** en eux pour parler, *"il faut avoir confiance en son médecin et donc bien le connaître"* car *"il y a des choses qu'on ne confie pas à quelqu'un qu'on ne connaît pas"*. Et d'un autre côté, le fait de connaître son médecin depuis longtemps n'est pas forcément une aide pour certains patients qui préfèrent aller consulter un autre médecin pour ça : *"c'est parfois plus facile pour eux pour parler de sexe ou d'alcool avec quelqu'un d'autre"*. Ce problème se retrouve dans les zones rurales où "tout le monde se connaît", et où les patients vont effectuer leur test au laboratoire d'une ville voisine parce qu'ils ont *"peur de rencontrer quelqu'un qu'ils connaissent"*.

De plus, il semblerait que certains patients craignent un **jugement** de la part du médecin sur leur mode de vie (*"ils culpabilisent de papillonner"*), ou sur leur absence de connaissances sur le sujet (*"ils ne savent pas bien apprécier le risque et ils hésitent à en parler pour ne pas avoir l'air ignorants"*, *"ils sont gênés de ne pas savoir"*), etc...

Les patients craignent parfois de "décevoir" leur médecin, *"c'est aussi le problème du rôle que le médecin joue et de l'image qu'il a pour les patients. Certains sont partis se faire soigner ailleurs parce qu'ils n'osaient pas me le dire"*.

Même avec des patients "fidèles", les médecins craignent parfois de les **choquer**, les **mettre mal à l'aise** ou de **briser la confiance établie**, surtout pour des relations qui ont été difficile à "accrocher" : *"on se demande si ce n'est pas discordant de lui demander ça, à tel point qu'on va la mettre très mal à l'aise, et que ce n'est pas ce qu'on veut"* ; *"elle va penser que, nous, on peut avoir cette image-là d'elle... Du coup, on a peur de casser la relation et de faire plus de dégâts que de bénéfices"*.

III – 2. 3. Difficultés à aborder ces questions intimes

Du côté des patients : gêne et tabou

D'après les médecins, certains patients semblent avoir plus de difficultés que d'autres pour aborder le thème du VIH. Ce n'est parfois qu'une question de timidité ou de pudeur, mais la principale difficulté relevée par les médecins concerne la gêne et la honte que peuvent éprouver les patients lorsque le sujet est abordé. Ils sont **gênés** de confier certains détails de leur mode de vie, *"il y a ce côté "privé" qui fait qu'ils n'ont pas envie de raconter leur vie sexuelle, surtout si ils ont des rapports hors couple"* ou *"ils n'osent pas dire qu'ils appartiennent à un groupe à risque"*. Un dermatologue précise que *"les hommes qui ont des difficultés à avouer leur homosexualité sont beaucoup moins à l'aise que ceux qui l'assument, surtout les jeunes"*. Ce sujet semble **honteux** et **"tabou"** pour certains patients, peut-être du fait de leur éducation, de ce que représente la maladie qui est "sexuellement transmissible" et donc liée aux pratiques sexuelles : *"c'est une maladie honteuse, comme la syphilis avant"*.

Du côté des médecins : gêne et manque de savoir-faire

Si les patients éprouvent parfois de la gêne, certains médecins aussi peuvent ne **pas être à l'aise** avec ce sujet et **ne pas oser ou savoir comment l'aborder** : *"je ne suis pas très à l'aise, je ne me suis pas encore lancé pour le moment"*, *"je n'ose pas demander, je ne suis peut-être pas assez curieux"*.

Si pour certains médecins, aborder ces questions est **plus facile à partir d'un "point d'appui"** tel que l'examen prénuptial, prénatal, une MST ou une première contraception (*"lors d'un début de grossesse, c'est facilement justifiable"*), pour d'autres, ça ne l'est pas forcément, notamment du fait de certaines difficultés citées auparavant. En effet, dans le cas des examens prénuptiaux ou de début de grossesse, le risque est grand d'avoir des patients qui ne se sentent pas concernés par le problème, ne jugent pas utile la sérologie, ne souhaitent pas en parler devant leur conjoint, etc....

III – 3. Adhésion aux recommandations, réserves et obstacles à leur application

Lors du recrutement téléphonique des médecins pour l'enquête, environ trois médecins sur cinq ont déclaré ne pas avoir reçu les documents envoyés par l'ODPS dans l'été 2002. Parmi ceux qui ont déclaré les avoir reçus durant l'été 2002, certains les avaient lu et s'en souvenaient, d'autres ne s'en souvenaient plus du tout ou encore ne les avaient pas gardés.

Lorsque c'était nécessaire, les documents ont donc été renvoyés aux médecins inclus dans l'échantillon, de sorte que chacun ait pu en prendre connaissance avant l'entretien. Néanmoins, ils n'étaient que 11 parmi les 29 à avoir lu les recommandations.

Les **remarques des médecins** sur les documents de recommandations sont très diverses. Certains médecins, notamment ceux ne se sentant pas très à l'aise avec le sujet du VIH, les apprécient. La page "quand proposer un test" a été appréciée par un médecin, un autre a appris qu'un test pouvait être réalisé dans les 48 heures après le risque. Le schéma "que faire, quand le faire?" a été jugé pratique, de même que les adresses, utiles pour orienter les patients (*"jusqu'à maintenant, j'envoyais toujours au CISIH, je ne savais pas qu'il y avait tous les autres"*).

Pour d'autres, le document de recommandations n'est pas une aide et ne rend pas les choses plus claires : *"ces documents ne m'ont rien appris"*. Un médecin précise : *"on est lassé de recommandations de toute sorte. C'est assommant pour les gens, c'est trop, il faut un peu de bon sens et arrêter de se cacher derrière des papiers"*

Un tiers des médecins rencontrés n'adhèrent pas du tout aux recommandations, tandis que les autres sont partagés entre une adhésion totale et une adhésion avec réserves ou conditions. Et si pour certains l'application de ces recommandations ne pose pas de problème, pour d'autres les difficultés sont nombreuses.

➤ Une adhésion sans retenue

Certains médecins adhèrent tout à fait à ces recommandations et jugent leur application *"tout à fait réalisable"*. Ils trouvent *"normal de revoir le patient pour lui donner les résultats oralement et les expliquer"*, même si ce n'est *"pas forcément rassurant pour le patient d'attendre"* : *"je conçois qu'un laboratoire ne donne pas du tout les résultats, car s'il les donne qu'à ceux qui sont négatifs, ça va se savoir. Et après, le jour où il ne le donne pas, qu'est-ce qui arrive? Pour le VIH, soit on fait tout, soit on fait rien. Je pense qu'il ne faut pas qu'il donne."*

Quelques-uns pensent que c'est *"une bonne chose"* pour le patient de **prendre le temps d'attendre le résultat** pour *"avoir conscience du risque qu'il a pris"* : *"l'attente permet un cheminement, puis c'est le soulagement, et le deuxième temps permet de rediscuter du comportement qu'il a eu"*. Selon eux, cela ne devrait pas poser de problème aux patients : *"ils vont bien au laboratoire chercher leurs résultats, ils peuvent aussi bien venir les chercher en consultation"*.

Un médecin qui a eu des problèmes avec un laboratoire ayant rendu un "test douteux" sans l'expliquer, estime que ce ne sont **pas des structures adaptées pour rendre les résultats** : *"Ils ne sont pas en relation avec les gens comme nous on est en relation avec eux. Ce n'est pas leur boulot"*. Un dermatologue met en avant le problème des compétences des biologistes

pour le rendu des résultats : *"quand on regarde les biologistes, certains sont pharmaciens, d'autres médecins, ils n'ont donc pas la même formation et il est évident qu'on ne peut pas leur demander à tous les mêmes choses. Il y a des signes cliniques, surtout en dermatologie, c'est tellement particulier que je préfère qu'ils se taisent plutôt qu'ils disent des bêtises"*.

➤ **Les réserves et obstacles à l'application des recommandations**

Oui à la consultation de rendu, à condition de cibler les patients à risque

Certains médecins estiment qu'il est inutile de faire revenir le patient en consultation quand il n'y a *"pas de gros risques pris"*, donc en cas de prescription systématique (femmes enceintes, certificat prénuptial notamment) : *"pour les personnes non à risque, je ne vais pas leur remettre un rendez-vous deux jours après pour leur dire "vous n'avez pas le sida" ; "si d'après moi il n'y a vraiment aucune inquiétude, ça m'est difficile de dire aux gens "je ne suis pas inquiet, revenez me voir. Je ne vais pas imposer un rendez-vous inutile, je n'aurai pas envie de le revoir"*.

Ils seraient d'accord pour **les appliquer au cas pas cas**, précisant que c'est plus rentable quand la personne est concernée : *"Il vaut mieux faire des rendus ciblés. Ça vaut le coup d'y passer une consultation pour certaines personnes pour lesquelles il y a vraiment une problématique de MST ou de prise de risque. Si je fais une consultation de prévention à une personne non concernée, ça rentre par une oreille et ça ressort aussi sec. Ce n'est pas très efficace en terme de santé publique"*.

"Ca ne me choque pas de faire une consultation de conseil. On fait revenir une patiente pour lui dire qu'elle n'a rien lors de cette deuxième consultation qui peut être plus propice à l'information et la prévention. Soit elle attend de l'information, des conseils et on y passe 15 minutes, soit elle n'attend rien car ça ne correspondait à rien et là c'est un peu lourd. C'est pour ça qu'on tend la perche au premier rendez-vous et généralement on en reste là".

La consultation de rendu est inutile si le travail de prévention a été fait lors de la prescription

Certains ne sont pas d'accord pour appliquer ces recommandations **systématiquement**, et estiment qu'il n'est pas toujours nécessaire de faire une deuxième consultation, notamment quand **la prévention a eu lieu lors de la consultation de prescription** : *"on a déjà une écoute et un certain discours à la prescription. Après, il faut voir au cas par cas s'il y a besoin d'explications, mais systématiquement, non" ; "ça dépend comment ça se passe à la prescription : si on a fait son travail et que le test est négatif, c'est pas la peine de les revoir après" ; "c'est doubler une consultation, mais tout dépend de si on a pris le temps d'en parler à la prescription"*.

La consultation de rendu est sans intérêt en cas de résultat négatif

Certains n'en voient pas l'intérêt du fait de la **fréquence des résultats négatifs** : *"ce n'est pas une bonne chose pour le VIH parce que c'est toujours négatif. C'est beaucoup plus important et fécond pour des pathologies courantes comme le cholestérol, le diabète..."* et parce que ça les **gêne de faire revenir le patient "que" pour ça** : *"j'aurais du mal à convoquer quelqu'un, simplement lui dire c'est négatif et éventuellement, ça fait 20 euros! Je ne me permettrai jamais de faire ça" ; "je ne vais pas leur dire "revenez, je vais vous expliquer que votre test est négatif", ils savent lire!"; "j'ai des scrupules à les faire revenir que pour ça, pour leur dire que c'est négatif"*.

Ils ne sont pas concernés car leur population n'est pas à risque

Certains médecins pensent que ces recommandations n'ont **pas d'intérêt** pour leurs patients, qu'ils ne jugent **pas à risque** : *"pour une autre clientèle, plus à risque, pourquoi pas, mais moi, je vais les enquiquiner. Le petit jeune qui fait son [test de dépistage du] sida juste parce qu'il est anxieux, il ne faut peut-être pas trop l'embêter, et celui qui change de copine, je ne vais pas lui faire un laïus, je ne me sens pas le droit de faire ça. Et quand les étudiants font un test, ils sont au courant" ; "je n'ai pas une population à risque [beaucoup de personnes âgées]. Ça va demander des consultations supplémentaires pour des choses pour lesquelles ils ne se sentent pas franchement concernés. Sauf s'ils le demandent. Et même, c'est négatif, on passe à autre chose. Moi-même, je fais le dépistage, après c'est bon, je n'ai pas spécialement envie de revenir là-dessus. On a d'autres chats à fouetter".*

La consultation de rendu demande du temps et engendre des coûts importants

Pour certains médecins, la principale difficulté pour appliquer ces recommandations concerne le temps que cela demandera : *"on n'a pas le temps!" ; "on est surchargé de consultations (deux mois de délai d'attente pour un RDV)" ; "c'est utopique en médecine libérale ; dans le contexte actuel, ce n'est pas possible (surcharge de travail, coût important...)" ; "je trouve ça farfelu car on n'a pas besoin de s'appesantir là-dessus pendant des heures, on peut évacuer ça en 3 minutes. Les gens ne sont pas fous, ils savent très bien comment se protéger".*

Certains se disent *"très sensibilisés aux économies de la Sécurité Sociale"* et ils jugent qu'une deuxième consultation engendrera des dépenses inutiles : *"j'ai un peu des scrupules à faire des actes que je ne trouve pas justifiés. Mais si on me dit de le faire, je le ferai" ; "c'est pas sérieux, c'est trop cher! Au téléphone d'accord, mais pas en consultation" ; "à une époque où on nous demande des économies de santé et de diminuer le nombre de consultations, ça m'a fait bien rire!"*

Le manque de volonté et de disponibilité du patient pour la consultation de rendu

Les difficultés viendraient des patients, qui seraient réticents à revenir : *"les gens n'ont pas que ça à faire que de revenir!" ; "ça va gêner les patients de revenir" ; "on ne peut pas obliger les patients à revenir" ; "ils viennent se rassurer, on leur fait un bon cours, une bonne couche de morale et après ils s'en fichent : le laboratoire leur dit et ils ne reviennent pas chercher leurs résultats" ; "ça gênera les patients. Ils se débrouilleront pour avoir les résultats avant et ne pas venir. Une fois qu'ils ont les résultats négatifs, ils s'en foutent".*

"Obliger" les patients à revenir risque de les déresponsabiliser

Obliger les patients à revenir en consultation pour leur rendre le résultat de leur test va les *"déresponsabiliser" : "certains ont besoin d'être pris en charge, mais pour d'autres, ça va les déresponsabiliser : ils ne vont pas chercher l'information, ni prendre en charge le suivi de leur santé. Ils mettent tout ça dans vos mains et n'y font plus attention".*

"Il ne faut pas tout faire porter au médecin. On n'est pas investi, dans le cadre de la mission de médecine générale dans un cabinet libéral, de faire de l'obligation d'information, de rendu de résultat pour les patients, et d'obligation de leur faire tenir une certaine ligne de conduite (c'est à l'Etat de le faire)".

"Je suis d'accord avec l'idée de la deuxième consultation, mais pas de l'obligation. C'est une idée saugrenue. C'est une déresponsabilisation de la personne et une sur-responsabilisation, un sur-investissement du monde médical. Pour les tests positifs, ça me semble évident, et pour les tests négatifs, qui sont la majorité, d'être obligé, c'est comme s'il y avait une dramatisation. Donc je pense que c'est bien de les revoir pour avoir une conversation sur le

test, mais sans que le laboratoire s'interdise de les rendre au patient s'il veut. Je préfère que les gens soient libres, qu'ils se sentent responsables et intéressés par leurs résultats plutôt que d'être contraints. Il faut que les gens s'assument".

Le patient a droit à ses résultats

Le laboratoire doit rendre les résultats au patient s'il le demande car *"le test lui appartient" : "le laboratoire n'a pas le droit de ne pas donner les résultats au patient s'il le veut".*

Même en cas de résultat positif :

"Le résultat n'appartient à personne. Le laboratoire doit donner le résultat à la personne même si c'est positif. Il ne faut pas tout assumer. Les gens ne sont pas débiles, s'ils voient que c'est positif, c'est positif. Après, s'ils veulent se voiler la face, ils ont le droit. La personne fait ce qu'elle veut de ses résultats. Mais on imagine que si elle a voulu faire un test, c'était pour savoir et qu'à partir du moment où c'est positif, elle se prendra en charge.

Maintenant on a tendance à tout dire aux gens. Quand ils ont un cancer en phase terminale, ils leur disent à l'hôpital. Je pense que ce n'est pas plus dur de savoir ça qu'un cancer en phase terminale. A partir du moment où il y avait un très gros risque, la personne peut s'attendre à ce que ce ne soit pas toujours négatif. Donc je crois qu'il faut que les gens s'assument un peu."

"Si le laboratoire ne leur donne pas les résultats, ça va les inquiéter. Je préfère qu'ils soient informés le plus vite possible et directement, même si c'est positif (psychologiquement, je le rattraperai ensuite)."

Pour les anesthésistes, leur pratique ne facilite pas l'application des recommandations

Il leur semble tout à fait possible de revoir la personne qui est hospitalisée pour lui parler de son résultat (lors des opérations programmées). En revanche, le fait que plusieurs équipes interviennent sur des malades pris en charge en urgence, pas forcément conscients, semble poser davantage de problèmes, puisque l'anesthésiste est *"un intervenant ponctuel, à l'origine de l'action, mais qui n'assure pas le suivi du patient et n'a pas de contact avec lui"*: *"ce qui gêne les anesthésistes, c'est la multidisciplinarité de certains patients, c'est-à-dire les patients lourds de réanimation ou pris en charge lors de graves accidents, où le médecin prescripteur des examens n'est pas forcément le médecin traitant à long terme. Qui va informer le patient qu'on lui a fait une sérologie en catastrophe? Le médecin qui prend en charge le patient dit qu'il n'a pas prescrit le test et donc que ce n'est pas à lui de l'annoncer."*

Une autre difficulté se situe dans l'objectif même du dépistage qui est, pour certains anesthésistes, *"un contrôle-qualité"* de la transfusion avant tout : *"dans mon contexte, il me semblait que je n'avais pas du tout à appliquer ces recommandations"*. Dans le cas des bilans post-transfusionnels, il y a un partenariat avec le médecin traitant : *"si le test est positif, il est rendu par le médecin traitant"*.

III – 4. Les outils

III – 4. 1. L'ordonnancier

Les médecins ne sont pas convaincus de l'utilité de l'ordonnancier, y compris ceux qui adhèrent aux recommandations, puisque seulement quatre d'entre eux (sur 29) le jugent utile.

Une utilisation au cas pas cas

De la même manière qu'ils pensent appliquer les recommandations dans certains cas seulement, certains envisagent d'utiliser l'ordonnancier **lorsqu'ils le jugeront nécessaire**, par exemple *"si il y a un risque réel de séropositivité"*, ou encore parce que *"ça peut aider à faire revenir le patient si besoin"*.

Une préférence pour leur propres ordonnances

D'autres préfèrent utiliser **leurs propres ordonnances** pour la prescription du VIH, et mentionner eux-mêmes, systématiquement ou quand ils le jugent nécessaire, que le patient doit revenir en consultation pour avoir ses résultats.

Les raisons sont diverses : c'est plus pratique : *"c'est pas pratique d'avoir plusieurs blocs"*, *"en général, le VIH est prescrit dans un ensemble de tests, pour des MST"* ; les préférences : *"j'ai mes outils et je n'aime pas les outils "extérieurs"* ; pouvoir se mettre d'accord avec les patients : *"je vais rajouter la mention pour le second rendez-vous sur le bas de mes ordonnances, ça me permettra de l'expliquer au patient pour voir s'il est d'accord. Mais s'il ne veut pas, je lui ferais une ordonnance normale"*.

La mention est trop directive : "obliger" le patient est contraire à sa liberté, le déresponsabilise

La mention sur les ordonnances est *"très directive"*, *"il y a un côté inquisition, agent de police, ça manque de souplesse"*. La notion d'obligation déplaît à certains médecins qui pensent que c'est une **atteinte à la liberté** de chacun : *"c'est un peu contraire à la liberté"* ; *"les patients ont droit à leurs résultats"* ; *"ça me gêne pour les patients de les obliger à revenir car c'est une démarche relativement personnelle au départ. Quand la loi obligera les patients à faire des tests VIH, d'accord, mais actuellement, ça ne marche pas comme ça"*.

Cela pourrait poser des problèmes aux patients qui ne souhaiteraient pas forcément se faire remettre le résultat du test par le médecin qui leur a prescrit : *"ils n'ont peut-être pas envie de revenir voir leur médecin qu'ils connaissent depuis 20 ans pour le rendu, ils ont peut-être envie d'aller ailleurs"* ; *"certains patients viennent pour une ordonnance VIH chez moi mais disent que s'il y a un problème, ils préfèrent que ce soit leur médecin qui s'occupe d'eux. Ils ne veulent pas en parler à leur médecin si c'est négatif, mais si c'est positif, ils veulent que ce soit lui"*.

De plus, cela **ne va pas dans le sens d'une responsabilisation** du patient : *"je ne mettrai pas la mention sur mes ordonnances car je ne veux pas forcer le patient à revenir en prenant un second rendez-vous. Il doit être responsable"* ; *"je préfère que les gens soient libres, qu'ils se sentent responsables et intéressés par leurs résultats plutôt que d'être contraints. Il faut que les gens s'assument"* ; *"c'est typique planning familial, population jeune, pour moi! Mais en cabinet de ville, non. Je ne vois pas bien l'intérêt avec ma clientèle"*.

Certains médecins craignent la réaction des patients par rapport à ces ordonnances : *"je ne sais pas comment ça serait pris par les patients"* ; *"les gens risquent de tiquer"*.

Les laboratoires ne rendent pas les résultats aux patients

Certains médecins ne voient pas l'intérêt de l'ordonnancier spécifique puisque les laboratoires ne donnent pas les résultats aux patients : *"de toute façon, ils ne transmettent pas aux patients"*.

Les laboratoires sont libres de leur pratique

Un médecin ne veut pas imposer au laboratoire de lui rendre les résultats en double exemplaire, d'autant plus qu'il n'y a pas d'obligation légale : *"c'est de l'ingérence dans son mode d'exercice, de même que je ne supporterai pas que le laboratoire me dise quoi que ce soit sur ma façon de pratiquer"*.

Quelques-uns précisent qu'ils vont **contacter les laboratoires** avec lesquels ils travaillent pour qu'ils **se mettent d'accord sur leurs pratiques** : *"si j'utilise les ordonnances ou la mention pour appliquer les recommandations, je vais appeler ceux qui rendent les résultats aux patients pour qu'ils ne les rendent qu'à moi"*.

III – 4. 2. Les documents pour patients : la bande dessinée et la brochure

Plus de la moitié des médecins interrogés jugent ces documents utiles et les ont mis à disposition des patients.

Certains médecins jugent que la forme "bande dessinée" rend le document *"facile à lire"*, tandis que pour d'autres, ça leur paraît *"un peu enfantin", "immature"*. Le petit format de la brochure est jugé très pratique, de même que les coordonnées qu'elle contient.

Par ailleurs, si certains se disent *"inondés de documents"* sur le VIH, d'autres déclarent ne pas en recevoir beaucoup.

➤ **L'utilité des documents**

Concernant l'utilité des documents, les médecins sont partagés selon qu'ils estiment les patients suffisamment informés ou non. En effet, certains pensent que les gens ont beaucoup d'information sur le VIH, et que ces documents ne sont donc pas réellement utiles (*"ceux qui ont besoin sont informés, ceux qui font un test savent"*). En revanche, d'autres disent ne pas avoir énormément de documents sur le VIH et pensent que ceux-ci peuvent *"combler un manque d'informations"*. D'autres, enfin, estiment qu'il y a *"beaucoup d'idées fausses sur le VIH/sida"*, que l'information n'est pas toujours bien assimilée et donc, que ces documents permettent de préciser et *"recadrer les choses"* : *"il y a une sur-information et donc une mal-information : c'est une pagaille!"* ; *"les gens sont mal informés, il y a des confusions"* ; *"les documents permettent de remettre certaines choses en place, c'est une bonne idée"*.

Les documents permettent de maintenir la vigilance

Un médecin estime que tout document sur le VIH a son utilité à partir du moment où il permet d'en parler, de rappeler que ça existe : *"c'est très bien, il faut parler du sida tout le temps. Tout ce qui peut faire prendre conscience aux gens que c'est important, j'achète! Ils auront dans la tête que ça existe, que ce n'est pas fini"*.

La prévention se fait par la parole plus que par des documents

Certains médecins pensent que la prévention passe essentiellement par la parole, leur parole, et que les patients n'hésitent pas à leur poser des questions directement : *"je suis beaucoup dans le relationnel avec les gens"* ; *"le dépistage, on en parle. On parle de tout librement, il n'y a pas d'affiches dans la salle d'attente, on préfère passer par la parole"* ; *"je peux tout à fait remplacer le document"*.

De plus, le discours n'est *"pas reçu de la même façon entre un papier et une conversation. Le papier va être distribué à dix personnalités différentes qui vont chacune le recevoir différemment"*. Ils préfèrent donc *"travailler leur message, leur relation avec les gens"* et ne pas donner de documents qui risquent de modifier le message qu'ils font passer : *"les outils qui viennent parasiter mon message, ça ne m'aide pas"*.

➤ **La diffusion des documents aux patients**

Certains médecins mettent les documents à disposition des patients **dans leur salle d'attente**, *"ça permet de prendre discrètement"*, *"ils sont à disposition avec d'autres documents sur d'autres sujets : c'est une manière de lutter contre les tabous de considérer que le VIH est la même chose que le diabète"*. Un médecin pense qu'ils risquent d'être *"gênés de se servir par rapport aux autres patients"*.

Quelques-uns ne les mettent pas à disposition en salle d'attente car ils ont l'impression que les patients ne s'en servent pas sérieusement : *"en général, on les retrouve par terre"*, *"les gens les prennent sans être intéressés"*, *"tout disparaît très rapidement"*. Ils préfèrent alors les mettre **sur un présentoir dans leur bureau** ou bien **sur leur bureau** en leur disant de se servir (*"ils sont bien en évidence devant eux ; ils les voient, après ça mûrit"*), même si un médecin a remarqué que c'était plus dur pour les patients de se servir en sa présence que de prendre dans la salle d'attente en partant : *"ils voient que moi je vois"*. D'autres préfèrent **donner directement les documents** aux patients *"en complément de la parole"* lorsqu'ils le jugent utile (information sur le VIH, première contraception, aux jeunes...).

Deux médecins pensent que la brochure s'adresse davantage aux personnes qui ont pris des risques et non en préventif, pour information. De ce fait, ils pensent que leur remettre lors d'une consultation pour un test, *"c'est un peu tard"*, et il leur semble mieux de les mettre à disposition des patients dans les pharmacies ou les laboratoires : *"c'est plus facile d'accès que dans notre cabinet pour les gens qui en ont besoin"*.

Un anesthésiste ne juge pas intéressant de proposer ces documents en consultation d'anesthésie du fait du rôle même de l'anesthésiste, intervenant ponctuel qui n'est pas amené à suivre le patient à long terme : *"si je distribue ce document, le patient après va revenir me voir moi s'il a une demande. Je deviendrais le médecin référent, or ce n'est pas mon rôle, c'est celui du généraliste qui assure le suivi"*.

III – 5. VIH / VHC : Quelles sont les différences pour les médecins ?

La grande majorité des médecins interrogés pensent que pour le VHC, les choses sont différentes du VIH.

➤ Pour les médecins généralistes

- Quelles sont les différences ?

Des modes de contamination différents

La différence se situe principalement dans les modes de contamination, par injection et transfusion essentiellement, avec une *"transmission sexuelle moindre"* : *"on ne cible pas le risque sexuel comme le sida"*. De ce fait, les profils des patients sont différents, ce n'est pas la même population qui est dépistée (*"le socle de dépistage est beaucoup plus large"*).

Une image différente

Ce n'est pas une MST, *"le sexe n'intervient pas"*, il est donc plus facile de l'aborder avec les patients que le VIH : *"ce n'est pas une maladie honteuse, c'est une maladie comme une autre où ils sont particulièrement victime car ils n'ont rien fait pour l'attraper. Avec le sida, il y a toujours une notion qu'on l'a plus ou moins cherché."*

Une méconnaissance du VHC par le public

Certains médecins précisent que les gens connaissent moins le VHC que le VIH, qu'ils *"se sentent moins concernés"*. Ils n'ont pas la même image en terme de conséquences de la maladie et ont plus peur du sida que de l'hépatite C, qu'ils voient moins grave, *"parce qu'on a beaucoup plus parlé du sida, notamment concernant la gravité de la maladie"* ; *"les gens n'ont pas dans leur esprit la même notion de gravité d'une hépatite C et du sida"*.

D'ailleurs, un test VHC est rarement demandé au médecin par le patient : *"personne ne le demandera spontanément, ça viendra toujours du médecin"*.

Le dépistage du VHC "oublié" par les médecins

Si les patients ne se sentent pas particulièrement concernés par le VHC, les médecins aussi peuvent ne pas consacrer toute leur attention au dépistage du VHC : *"je pense qu'on [les médecins] l'oublie, qu'on n'en parle pas suffisamment, alors qu'il y a autant, si ce n'est plus, de risques d'avoir une hépatite C que le sida"*.

- Le dépistage du VHC en pratique

Qu'ils fassent ou non une différence entre le VIH et le VHC, ne semble pas influencer leur manière d'aborder le VHC. Si une moitié des médecins généralistes déclare aborder le VHC systématiquement en même temps que le VIH, l'autre moitié tient compte des facteurs de risque, du profil du patient pour en parler : *"je parle des deux pour les patients toxicomanes uniquement"* ; *"je n'ai pas de toxicomanes parmi mes patients, je n'ai que des hépatites C post-transfusionnelles, donc je ne parle que du VHC"*. Pour les examens systématiques (prénuptial, prénatal...), les pratiques des médecins diffèrent : certains abordent le VHC en même temps que le VIH, d'autres non.

Certains médecins associent plus facilement le VHB plutôt que le VHC au VIH, même si d'autres groupent les trois : *"je fais généralement une prescription globale VIH, VHB, VHC"*. Un médecin ne prescrit le test du VHC *"que sur demande"*.

➤ **Pour les gynécologues hospitaliers et libéraux**

La différence réside dans le fait que le test du VHC n'est pas proposé systématiquement en début de grossesse, contrairement au VIH. Le dépistage se fait au cas par cas, *"en fonction des risques pris par la patiente"*, et n'est donc pas forcément lié à celui du VIH : *"il ne faut pas l'aborder systématiquement en même temps car ce n'est pas la même problématique"*. Un gynécologue précise cependant qu'il le propose de plus en plus souvent, tandis qu'un autre dit que ça le *"concerne peu en obstétrique car il n'y a pas de contamination mère-enfant"*. Généralement, le VHC fait partie des questions que posent les gynécologues lorsqu'ils ont un nouveau patient : *"ça fait partie de l'interrogatoire"*.

➤ **Pour les dermatologues**

Ils distinguent clairement le VIH du VHC du fait des modes de transmission différents et donc des populations à risque et des "signes d'appel" différents. Ils n'abordent pas les deux thèmes en même temps et sont, comme pour le VIH, dans une démarche de diagnostic plus que de dépistage : *"on cherche le VHC que dans le cas de pathologies particulières"*.

➤ **Pour les anesthésistes**

Il y a deux pratiques de dépistage du VHC. Certains ne font pas de différence entre VIH et VHC. Ils abordent systématiquement les deux thèmes pour les patients à risque transfusionnel lors de la consultation préopératoire, et propose *"une prescription globale VIH, VHC, VHB"*. Les autres pensent que le VHC et le VIH sont deux choses différentes et n'abordent pas le VHC en consultation pré-opératoire. L'un d'eux précise que le test du VHC intervient après l'opération si le patient a été transfusé, *"lors du contrôle post-transfusionnel, avec le VIH"*.

IV - Discussion

Des pratiques de prescription et de prévention diverses

Cette étude montre des pratiques de prescription de test VIH et des stratégies de prévention très diverses entre les médecins.

- Cette diversité est liée à leur spécialité qui induit une patientèle et un contexte de prescription différents. Les gynécologues voient essentiellement des femmes pour des suivis gynécologiques ou des suivis de grossesses, tandis que les dermatologues voient, pour leur activité de vénérologie, essentiellement des hommes. Les anesthésistes sont dans un contexte de consultations pré-opératoires. Les médecins généralistes ont la patientèle la plus variée : hommes et femmes, de tous âges, consultant pour des motifs très divers.

- Prescription des sérologies VIH. La prescription sur demande du patient ou sur signes d'appel (MST...) rentre dans le cadre de l'exercice médical habituel. De même, la proposition du test lors des examens prénuptiaux et prénataux est systématiquement réalisée par les médecins. Certains se limitent à ces cas-là pour prescrire un test, tandis que d'autres le font dans d'autres situations. Les critères de choix pour une prescription de sérologie VIH sont variables : les médecins peuvent la proposer sur leur initiative à l'occasion d'une première contraception, d'un bilan réalisé pour un autre motif, pour certaines populations jugées à risque (les jeunes, les "jeunes divorcés", les toxicomanes...) ou des personnes ayant des attitudes à risque.

Les anesthésistes la proposent soit systématiquement soit seulement pour les opérations avec transfusion possible.

- Prévention. Lors de la prescription du test, certains médecins font de la prévention, c'est-à-dire abordent les questions de prise de risque et donnent des informations sur le VIH. Cependant, cette prévention est faite plus en réponse à la demande du patient qu'à l'initiative du médecin. Et elle concerne essentiellement les populations ou situations repérées comme à risque. La prévention est rarement faite dans le cas des examens prénuptiaux ou prénataux. Certains médecins ne font jamais de prévention sur leur initiative.

Les anesthésistes sont essentiellement dans une problématique de sécurité transfusionnelle et non dans une démarche de prévention, et ils considèrent qu'en tant qu'intervenants ponctuels ce n'est pas leur rôle.

Par ailleurs, l'échantillon de médecins généralistes se compose de 9 femmes âgées en moyenne de 41 ans, et de 8 hommes dont la moyenne d'âge est de 50 ans. On a pu constater lors des entretiens que 8 femmes sur les 9 font de la prévention, contre un seul homme parmi les 8 interrogés. Cela soulève l'hypothèse que le sexe ou l'âge des médecins pourrait avoir un rôle dans l'explication des différences de pratiques. Une différence selon le sexe des médecins a été mise en évidence dans une étude⁴ réalisée dans le Rhône auprès des médecins généralistes, gynécologues et dermatologues libéraux : "*les médecins ayant peu d'activité de prévention sont en majorité de sexe masculin*", tandis que "*les médecins ayant une activité de prévention irrégulière sont davantage des médecins de sexe féminin*".

⁴ Département statistique et traitement informatique des données de l'Institut universitaire de technologie Lumière Lyon 2, Conseil général du Rhône. *Enquête sur la prévention et le dépistage du VIH en médecine libérale dans le département du Rhône*. 2000.

En revanche, on ne constate pas de différences de pratiques entre les médecins des zones rurales et ceux des zones urbaines, de même entre ceux qui suivent des patients séropositifs, malades du sida ou toxicomanes et ceux qui n'en suivent pas.

- En général, les médecins ne font pas de consultation spécifique de rendu des résultats des sérologies VIH. S'ils revoient le patient, c'est dans le cadre du suivi pour un autre problème (grossesse, MST, bilan...) et il n'y a pas de discussion, ni d'information complémentaire sur le VIH lors du rendu des résultats.

Des obstacles et des freins à la prévention

Quatre types de pratique de prévention peuvent être décrits :

- Certains médecins n'ont **pas de problème** pour faire de la prévention sur le VIH et ils abordent les questions de prise de risque facilement, lorsqu'ils le souhaitent ou quand les patients leur demandent.
- D'autres médecins rencontrent **quelques difficultés** à parler de prise de risque et de VIH, mais ils essaient de **les surmonter** afin d'avoir tout de même une démarche préventive. Les difficultés qu'ils rencontrent concernent aussi bien l'âge des patients que les manières d'aborder le sujet et leur aisance à le faire. Médecins comme patients sont parfois gênés d'aborder ces questions intimes, chacun craignant la réaction de l'autre et les conséquences négatives que cela pourrait avoir sur leur relation.
- D'autres médecins rencontrent également ces **difficultés** (âge des patients, gêne des patients, manque d'aisance de savoir-faire pour aborder le sujet, peur de fragiliser la relation médecin-patient), mais elles leur semblent insurmontables et les **empêchent de faire de la prévention**.
- Enfin, certains estiment qu'aborder les questions de prise de risque ne pose **pas de difficultés**, ni aux patients, ni à eux-mêmes, mais ils se contentent de répondre aux (rares) demandes des patients à ce sujet et ne font **pas de prévention de leur propre initiative**. Les raisons sont diverses : faible prise en compte de l'épidémie, banalité du test VIH, perception des rôles respectifs du médecin et du patient.

- La faible prise en compte de l'épidémie s'explique d'abord du fait de la rareté des cas positifs parmi leurs patients ou les habitants de leur ville : 21 médecins sur 29 n'ont jamais rendu un résultat positif ("*Les patients font plutôt de la paranoïa alors qu'ils ne risquent rien du tout, les jeunes font systématiquement le test quand ils changent de copine, je ne sais pas pourquoi!*"). D'autre part, certains médecins pensent connaître suffisamment leurs patients pour savoir qu'ils ne sont pas à risque. Ils restent dans une approche de population à risque plutôt que de situation à risque ("*ma clientèle n'est pas à risque*") alors que cette approche est en décalage avec la réalité de l'épidémie aujourd'hui. Enfin, il peut y avoir un rejet personnel de l'épidémie ("*le sida ne m'intéresse pas*").

- Les médecins ont tendance à banaliser le test VIH ("*toujours négatif*"), et donc à le prescrire comme n'importe quel autre examen biologique. Cette banalisation empêche par ailleurs une prise de conscience de l'intérêt d'une discussion autour d'une prescription de test VIH ("*certain patients me téléphonent pour savoir si ils peuvent aller faire un test directement au laboratoire ; je leur dis 'bien sûr, allez-y directement'*").

Et pourtant, lorsque le résultat est positif, ce n'est plus banal du tout, et certains estiment qu'ils ne sont pas formés pour faire l'annonce et le suivi d'un résultat positif ("*c'est une affaire de spécialiste, il vaut mieux que les patients soient adressés à un centre habitué qui a une meilleure façon de faire et de dire les choses que moi*").

- Les rôles du médecin et du patient en matière de prévention du VIH. Certains médecins pensent que les gens sont suffisamment informés et que ce n'est pas leur rôle de poser toutes ces questions qui vont gêner, voire vexer les patients et auxquelles il ne veulent d'ailleurs pas toujours répondre ("*ils n'ont pas envie qu'on leur en parle*", "*ils me demanderont si besoin*"). Pour eux, ce sont les patients qui doivent être "*responsables*" et qui sont tout à fait en mesure de gérer ces questions tout seuls. Cette perception des attentes des patients par les médecins leur donne un motif pour ne pas faire de prévention, même si les attentes réelles des patients sont autres, comme le montre une étude⁵ sur les différences de perception des médecins et des patients en terme de prévention.

Comment parler du dépistage VIH à un patient qui n'a pas de demande ?

Si pour certains médecins, ces raisons sont suffisantes pour ne pas aborder les questions de prises de risque et le VIH, d'autres, confrontés aux mêmes difficultés, ont indiqué **des idées de solutions** pour surmonter ces difficultés :

- Trouver la façon d'aborder le sujet. La manière dont est abordé le sujet est très importante, elle peut "*faire baisser les barrières*". Selon les patients, ça peut être de manière sérieuse ou par le biais d'une plaisanterie, par exemple. Un médecin précise que "*si le médecin est à l'aise il n'y a pas de problème*".

Le médecin doit veiller à "*sa façon de progresser dans l'intimité des gens*". Si le thème est abordé trop brutalement, sans lien avec le motif de consultation, les patients peuvent le prendre comme une agression, "*ça les bloque*" : "*il faut que ça s'intègre dans une discussion et dans un rôle de dépistage global qu'on peut avoir en tant que généraliste*" ; "*il ne faut pas être en décalage avec ce qu'ils attendent, ou alors les amener au VIH doucement*". Le VIH est d'ailleurs rarement abordé lors d'une première consultation, sauf s'il en est le motif.

Aborder le VIH à partir d'autres sujets peut aussi permettre de faire face à la gêne des patients: "*quand on sent que le patient tourne autour du pot, on parle de l'hépatite C, de l'hépatite B, et on y arrive petit à petit*".

Pour faire face à la crainte des patients d'un jugement de la part de leur médecin, un médecin insiste sur le ton à prendre pour aborder ce sujet, un ton "*qui exclu tout jugement, de la même façon que 'buvez-vous, fumez-vous?'*" ou encore "*ne pas hésiter à dire clairement qu'on n'est pas là pour juger*".

- Avoir une approche globale. Certains patients gênés parlent du VIH de manière détournée ou "*tournent autour du pot*", c'est pourquoi les médecins insistent sur l'importance d'être "*à l'écoute des patients*" et d'avoir une approche globale de la personne : "*je ne me cible pas sur la symptomatologie du jour, j'aborde plein d'autres sujets qui me permettent de connaître la personne en général et de voir s'il y a besoin de parler du test et des prises de risque*".

- Savoir jusqu'où aller. Il est possible que les patients n'aient pas envie d'en parler, pour diverses raisons, et tout l'enjeu consiste alors à savoir jusqu'à quel point le médecin peut insister : "*si je sens qu'il y a des réticences, je ne cherche pas à les forcer car c'est le droit de chaque individu de ne pas avoir envie d'en parler, c'est une façon de prendre en charge sa santé*".

⁵ Gosselain Y. "Quand les patients deviennent des partenaires". In : Comité Français d'Education pour la Santé, Comité d'Education pour la Santé d'Eure-et-Loire, Unité de Prévention et d'Education pour la Santé de l'hôpital de Dreux. *L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative* (Université d'été. Château de Mialaret du 4 au 7 juillet 1996). Vanves : Editions CFES, 1997 : 125-137.

- Quand le patient n'est pas seul. La présence d'un parent ou du conjoint en consultation peut également poser quelques difficultés aux médecins en limitant à la fois les questions du médecin et les confidences du patient. Certains attendent de pouvoir revoir la personne seule pour aborder librement et en toute confidentialité ce sujet ; d'autres font sortir l'accompagnateur : *"je fais sortir les parents ou je dis devant eux à l'adolescent que si il a besoin de parler de problèmes sexuels, de contraception, il peut venir seul, sans rendez-vous. Les parents sont d'accord et généralement contents"*.

Les recommandations : une adhésion sous conditions, des difficultés d'application

Les médecins ont des **avis partagés** sur la recommandation d'une consultation de rendu. Certains ont tout à fait saisi son intérêt et ne voient pas de difficultés particulières à son application. D'autres sont beaucoup plus réservés sur son utilité et sa mise en pratique. Dans l'échantillon, on constate qu'il n'y a pas de lien entre les pratiques de prévention des médecins et leur adhésion aux recommandations. Autrement dit, ceux qui adhèrent le plus aux recommandations ne sont pas forcément ceux qui ont le plus de pratiques préventives.

Pour une majorité des médecins interrogés, l'idée même d'une consultation de rendu généralisée suscite un certain nombre de **réserves** :

- Déresponsabilisation du patient et sur-responsabilisation du monde médical, mais aussi consultations et coûts supplémentaires inutiles vu la fréquence des résultats négatifs,
- Inutilité d'une consultation de rendu quand la prévention a été faite lors de la prescription,
- De la même façon qu'ils disent ne pas aborder les questions de prise de risque pour ne pas gêner les patients (qui selon eux n'attendent pas un tel discours de leur part), les médecins soulignent que les patients ne voudront pas revenir en consultation uniquement pour le rendu des résultats. Ils insistent également sur le "*droit*" qu'à le patient à demander et obtenir ses résultats au laboratoire, ce qui, pour eux, va dans le sens d'une responsabilisation du patient.

Autant les médecins ne sont pas d'accord pour appliquer ces recommandations systématiquement à chaque prescription de test VIH, autant ils les jugent **tout à fait adaptées lors de prescription en cas de risque sérieux de contamination ou sur signes d'appel**.

L'application des recommandations au VHC

Les médecins n'avaient pas vu que les recommandations étaient "déclinables aussi pour le VHC", ce qui pose le problème de la visibilité de cette information sur les documents.

Par ailleurs, elles n'ont pas été perçues comme applicables pour le VHC. Cela pourrait être expliqué par le fait que le VHC est considéré comme différent du VIH par les médecins.

Les rencontres avec les laboratoires d'analyses biologiques et médicales

Environ un tiers des médecins interrogés⁶ seraient prêts à participer à des rencontres entre médecins et laboratoires d'analyses biologiques et médicales sur la prescription et le rendu des résultats des test HIV. L'intérêt des médecins pour ces rencontres n'est pas lié au fait d'adhérer aux recommandations.

⁶ La question n'a pas été posée aux médecins hospitaliers.

Le niveau local semble le plus apprécié pour l'organisation de ces réunions : *"ça concerne les laboratoires avec lesquels je travaille"* . Un médecin propose un découpage nord Isère / sud Isère puisqu'au niveau local *"une association d'EPU regroupant médecins et biologistes est déjà en place"* et fournit donc des occasions de rencontres et de discussions.

Quant à ceux qui ne sont pas prêts à participer à ces rencontres, diverses raisons sont avancées:

- On retrouve le manque d'intérêt pour un thème pas assez important (*"j'en sais assez", "le sida ne m'intéresse pas beaucoup", "je ne me sens pas forcément concerné par ce thème", "j'ai d'autres sujets plus importants par rapport à la population que j'ai" ; "pour des examens courants oui, mais pas pour le VIH seulement, j'en ai trop peu"*).

- Le manque de temps.

- Enfin, certains ne jugent pas ces rencontres utiles du fait d'une pratique établie (*"les laboratoires ici ont toujours rendu les résultats au médecin seulement" ; "c'est superflu, je ne vois pas l'intérêt de se réunir pour parler de quelque chose qui est déjà en place et qui fonctionne"*) ou alors ils préfèrent téléphoner directement aux laboratoires avec lesquels ils travaillent (*"je suis déjà en relation avec le laboratoire avec lequel je travaille, je l'appellerai pour qu'on se mette d'accord"*).

V - Conclusion et recommandations

Cette enquête auprès des médecins prescripteurs de tests VIH montre que leurs pratiques de prescription et de prévention sont très diverses. Le dépistage est rentré dans les habitudes pour des bilans systématiques et sur signes d'appel, mais **il reste difficile d'aborder le sujet lorsque le patient n'est pas demandeur**. Une enquête⁷ concernant la prévention du VIH en médecine générale indique bien que *"le constat de la rareté relative d'une prise d'initiative [d'une discussion sur le sida] de la part du médecin appelle un effort sérieux pour évaluer la faisabilité et l'efficacité des stratégies préventives qui veulent s'appuyer sur une participation des généralistes"*. Dans le cas de notre étude, il apparaît que, face à la faible perception de l'épidémie et à la banalisation du test VIH, "toujours négatif", **l'adhésion aux recommandations n'est pas acquise**. Si la consultation de rendu est jugée acceptable en cas de dépistage après prise de risque ou pour une population ciblée, elle l'est beaucoup moins lors de dépistage systématique. Il paraît cependant important de la distinguer de la consultation de prescription, du fait de l'évolution des patients entre ces deux temps, notamment pour ceux ayant fait la demande d'un test.

Des étapes préalables semblent nécessaires pour parvenir à la mise en place de ces recommandations par les médecins :

1. Une prise de conscience de la réalité de l'épidémie, qui est aujourd'hui diffuse : on ne peut plus raisonner en terme de population ou de groupe à risque, mais en terme de situations à risque, pouvant toucher toute personne à un moment de sa vie.
2. Une prise de conscience d'avoir un rôle actif à jouer en matière de prévention, même lorsque le patient n'est pas spontanément demandeur. Chaque consultation peut fournir des occasions de prévention à saisir, particulièrement pour un public en bonne santé qui ne consulte pas souvent.
3. L'acquisition d'un savoir-faire pour pouvoir susciter la parole, le dialogue et aborder la question du VIH à leur initiative. En effet, les difficultés citées par les médecins concernent bien souvent un manque d'aisance dans les manières d'aborder le sujet avec les patients.

Concernant **les recommandations et les outils** qui les accompagnent :

- De même que dans l'enquête auprès des biologistes, on constate les limites de la communication écrite par voie postale auprès des médecins : le courrier des recommandations est souvent passé inaperçu. La communication peut être répétée sous d'autres formes plus attractives.
- La seule mention "déclinable aussi pour le VHC" ne suffit pas pour que les médecins appliquent les recommandations au VHC, car ils distinguent bien la problématique VHC de celle du VIH. Le VHC devrait donc apparaître plus clairement.
- Pour de nombreux médecins, les ordonnanciers dont ils disposent pour appliquer les recommandations ne leur conviennent pas dans leur mode d'organisation (c'est peu pratique d'avoir plusieurs blocs) ou bien par le caractère obligatoire contenu dans la mention de bas de page.

⁷ Morin M., Obadia Y., Moatti JP. *La médecine générale face au sida*. Paris : INSERM, 1997 : 111-129. (Questions en santé publique).

Enfin, il apparaît clairement que **tous les acteurs concernés doivent être ciblés**, aussi bien les professionnels (prescripteurs, biologistes) que les patients.

- Les rencontres d'analyse de la pratique entre les médecins et les biologistes peuvent faciliter leur collaboration. Même si tous les médecins ne souhaitent pas y assister, ces rencontres peuvent enclencher une dynamique, en particulier auprès des médecins n'adhérant pas aux recommandations et qui se sont dit prêts à y participer.

- D'autres possibilités d'actions existent. Un médecin a suggéré de développer les possibilités pour les médecins de participer aux consultations au CISIH⁸ pour les mobiliser sur le thème du sida et maintenir leur motivation. Ces rencontres existent depuis environ cinq ans et bénéficient d'un financement de la DDASS de l'Isère. Pendant deux matinées, les médecins peuvent assister en binôme à des consultations au CISIH, et ils se retrouvent ensuite au cours d'une soirée pour échanger sur leurs pratiques. Ces rencontres peuvent être un bon moyen d'acquérir un savoir-faire en terme de prévention du VIH : *"les propositions de l'hôpital d'aller tous les deux ans environ en consultation au CISIH sont très bien. Ca permet de voir des malades séropositifs, de discuter avec des médecins qui s'en occupent, d'avoir une réunion sur la question avec des généralistes et des spécialistes en même temps, de voir les pratiques de chacun et d'avoir des numéros de téléphone pour être aidé un jour en cas de problème"*.

- Le troisième acteur-clé du dépistage est le patient. Des documents destinés aux patients pourraient aider à atténuer les difficultés rencontrées par les médecins et les patients pour aborder le thème du VIH et, plus généralement, des MST en consultation. Un médecin émet l'idée d'une affiche à placer dans le cabinet médical *"avec une phrase du genre 'le sida, parlez-en avec votre médecin, l'épidémie n'est pas finie' pour inciter, autoriser à en parler"*.

- Enfin, les médecins s'accordent à dire que les adolescents, les jeunes, sont beaucoup plus sensibilisés (notamment par les collèges, les lycées) et conscients du problème que les plus de 40 ans, alors que ces derniers sont tout autant concernés : *"les 'vieux' pensent que ça ne les concerne pas" ; "les personnes de 40-45 ans ne sont pas ciblées, alors qu'il faudrait"*. Peut-être faut-il penser à communiquer aussi en direction de ce public.

⁸ Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CHU de Grenoble).

ENQUETE D'EFFICACITE

I – OBJECTIF

- Evaluer la mise en place des recommandations en terme de prescription médicale du test et de rendu médicalisé du résultat.

II – SUJETS ET METHODE

Il s'agit d'une enquête en grappe.

L'enquête a eu lieu auprès d'un échantillon représentatif des 88 laboratoires d'analyses biologiques et médicales libéraux de l'Isère. L'échantillon a été tiré au sort à partir de la liste fournie par le Syndicat des Biologistes de l'Isère, et les laboratoires ont été contactés par courrier puis par téléphone afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude. Au total, 45 laboratoires qui ont été inclus dans l'échantillon.

Les biologistes des laboratoires participant étaient chargés de compléter un tableau pour **chacune des sérologies VIH réalisées entre le 3 et le 29 mars 2003** dans leur laboratoire [annexe 5]. Les informations recueillies sont relatives à la prescription et au mode de rendu du résultat du test.

Les fiches de recueil de données sont anonymes concernant les patients et les laboratoires. Les réponses des laboratoires d'analyses biologiques et médicales étaient nominatives pour suivre les non-répondants, mais les fiches sont anonymes et ne permettent pas de remonter à leur identité.

Les données des quatre semaines d'étude de chaque laboratoire ont été saisies sous le logiciel EXCEL. Elles ont fait l'objet d'une exploitation descriptive simple, en tenant compte de l'effet de grappe, et d'une exploitation comparative entre laboratoires, à l'aide du logiciel EPI-INFO.

III – RESULTATS

Parmi les 45 laboratoires d'analyses biologiques et médicales inclus dans l'échantillon, 33 ont renvoyé les tableaux de recueil de données (soit 73% de retour). Une relance téléphonique a montré que 8 laboratoires n'avaient pas effectué le recueil de données au cours du mois de mars, par manque de temps ou oubli. Les quatre autres réponses manquantes proviennent de retard d'envoi ou de la grève des postes. Le taux de retour est donc relativement faible compte tenu du contact avec les laboratoires avant l'enquête.

Sur les 33 tableaux recueillis, un n'est pas exploitable du fait d'un recueil incomplet des informations.

Au total, ce sont donc les tableaux de 32 laboratoires qui ont été saisis et analysés.

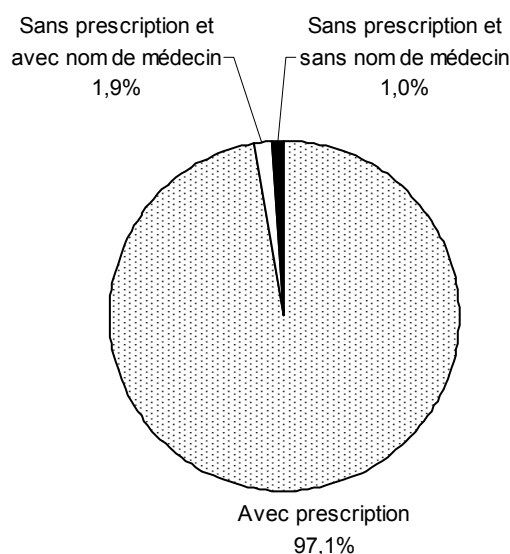
• Le nombre de sérologies VIH réalisées

Les 32 laboratoires participants ont réalisé 1433 sérologies VIH du 3 au 29 mars 2002, soit en moyenne 45 sérologies par laboratoire. Le nombre de tests réalisés est très variable selon les laboratoires puisqu'il s'étend de 13 à 104.

• La prescription des tests VIH

Ce sont 1391 sérologies VIH qui ont été réalisées sur prescription médicale, soit 97,1% des tests (IC_{95%} : [95,8 ; 98,4]), contre 42 hors prescription : 28 avec un nom de médecin donné par le patient et 14 sans nom de médecin (*graphique 1*).

Graphique 1 – Prescription des tests VIH (n=1433)



Lors de l'enquête de février-mars 2001, le taux de sérologies réalisées sur prescription médicale était de 95% [annexe 6]. Ce taux s'est significativement amélioré entre 2001 et 2003 ($p < 0,003$).

Différences entre laboratoires concernant la prescription des tests :

Le nombre de tests réalisés avec prescription est significativement différent entre les laboratoires participants à l'enquête : 14 laboratoires sur 32 ont réalisé toutes leurs sérologies VIH sur prescription médicale, tandis que 17 laboratoires ont fait entre 1 et 11% de tests sans prescription médicale et un laboratoire en a réalisé 23% sans prescription.

• **Le rendu des résultats des tests VIH**

Le tableau ci-dessous présente les données concernant le rendu des résultats des tests, selon que le test a fait ou non l'objet d'une prescription :

Tableau 1 – Mode de rendu des tests VIH selon la prescription (n=1433)

Rendu des résultats du test	Tests avec prescription		Tests sans prescription		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Au <u>médecin uniquement</u>	128	9,2%	2	4,8%	130	9,1%
<i>dont patients n'étant pas venus chercher leurs résultats au laboratoire</i>	15		0		15	
<i>dont résultats transmis en double exemplaire à un établissement de soins</i>	16		0		16	
Au <u>médecin et au patient</u> en main propre	1114	80,1%	13	30,9%	1127	78,7%
Au médecin et au patient par la poste	92	6,6%	0	0,0%	92	6,4%
Au médecin et au patient par téléphone	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
Au <u>médecin et à un tiers</u>	40	2,9%	1	2,4%	41	2,9%
Au <u>patient uniquement</u> , en main propre	13	1,0%	24	57,1%	37	2,6%
Au patient uniquement, par courrier	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
Au patient uniquement, par téléphone	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
A un <u>tiers uniquement</u>	0	0,0%	2	4,8%	2	0,1%
Total	1391	100%	42	100%	1433	100%

On constate que les tests sont rendus dans 78,7% des cas à la fois au médecin et au patient en main propre.

Les résultats sont rendu uniquement au médecin dans 9,1% des cas (IC_{95%} : [3,4 ; 14,7]). Cependant, ce pourcentage est à nuancer du fait que certains laboratoires ont précisé lors du recueil que les patients n'étaient pas venus chercher leurs résultat, ou encore que le test avait été transmis à un établissement de soins en double exemplaire.

Si on ne retranche les sérologies concernant ces cas-là (patients pas venus et prélèvements transmis), on obtient 99 sérologies rendues au médecin uniquement, soit 6,9% des tests.

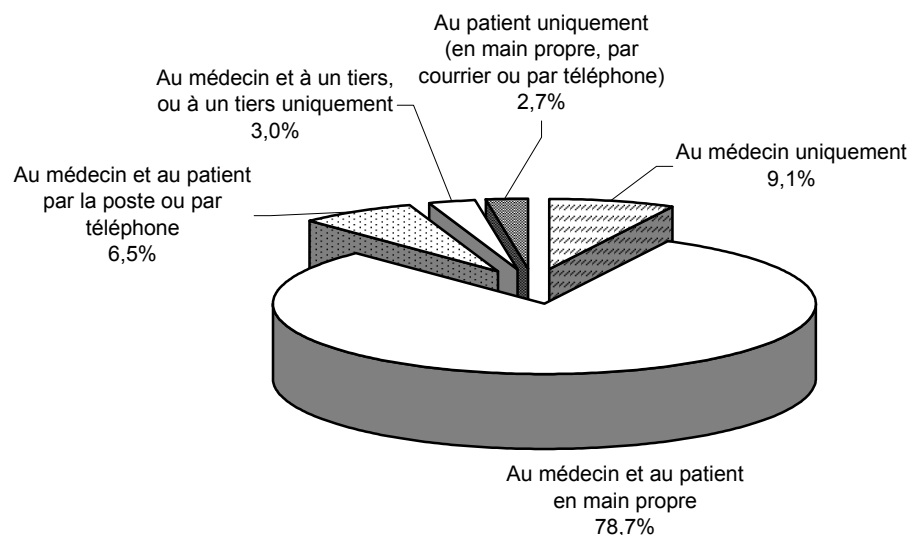
Ces résultats restent néanmoins supérieurs à ceux de l'enquête de février-mars 2001, où le taux de résultats adressés à un médecin était de 1,6% ($p < 10^{-6}$).

Le rendu des résultats au patient par téléphone est très rare (0,1%), tandis que 6,4% des résultats sont rendus par courrier au patient et au médecin.

Pour 2,7% des tests, les résultats sont rendus uniquement au patient et aucun exemplaire n'est adressé au médecin. Pourtant, le test avait été prescrit dans plus d'un cas sur trois.

Enfin, les résultats sont remis à un tiers, et non au patient directement, dans 3,0% des cas (graphique 2).

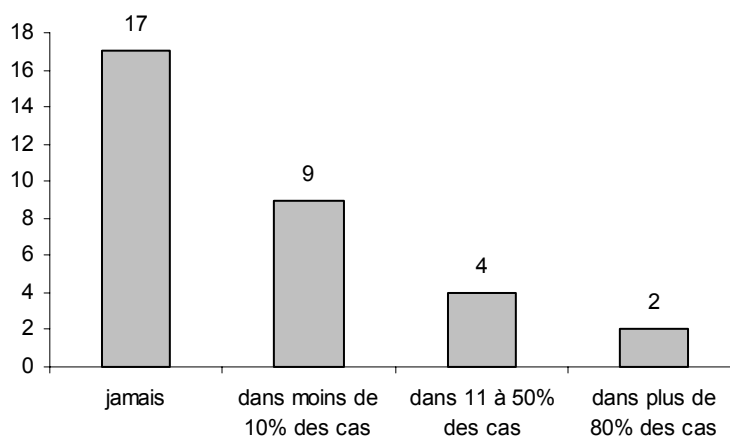
Graphique 2 – Mode de rendu des tests VIH (n=1433)



Différents modes de rendu des résultats des tests entre les laboratoires :

Le nombre de tests rendus à un médecin uniquement est significativement différent entre les laboratoires : plus de la moitié des laboratoires (17 sur 32) n'ont jamais rendu les résultats en double exemplaire au médecin au cours de l'enquête, tandis que neuf l'ont fait dans moins de 10% des cas, quatre dans 11 à 50% des cas, deux dans plus de 80% des cas (82% et 97%) (graphique 3).

Graphique 3 – Répartition des laboratoires selon la fréquence de rendu des résultats en double exemplaire au médecin (n=32)



IV – CONCLUSION

Le taux de tests réalisés sur prescription médicale est élevé (97,1%) et a augmenté par rapport à l'enquête réalisée en 2001. On note une différence entre les laboratoires concernant la proportion de tests réalisés sans prescription médicale qui va, pour certains, jusqu'à 23%.

Le mode de rendu plus fréquent reste le rendu des résultats à la fois au médecin et au patient en main propre (79%), même si ce pourcentage a diminué par rapport à 2001.

Le rendu des résultats en double exemplaires au médecin uniquement a, quant à lui, nettement augmenté entre 2001 et 2003, puisqu'il est passé de 1,6% à 9,1%. Mais ces résultats sont à nuancer, puisque d'une part, les protocoles des deux enquêtes ne sont pas identiques, et d'autre part, certains patients ne sont pas venus chercher les résultats de leur test ou les résultats ont été transmis à un établissement de soins.

Cette enquête montre également une grande diversité de pratiques entre laboratoires concernant le mode de rendu des résultats : certains ne rendent jamais les résultats des tests en double exemplaire au médecin, comme les recommandations le préconisent, tandis que d'autres semblent adopter cette pratique.

Compte-tenu de ces différences de pratiques entre les laboratoires, il est difficile d'affirmer que ces résultats sont entièrement dus au programme mis en place en Isère en 2002. Néanmoins, ils montrent un début de changement de pratique tout à fait positif.

CONCLUSION GENERALE

Cette première évaluation fait suite à trois années de travail du groupe "dépistage" qui a élaboré des documents de recommandations pour le dépistage du VIH (et du VHC) et les a diffusés à tous les médecins et laboratoires de l'Isère.

1 - **Le processus d'élaboration des recommandations** peut être évalué au moyen des critères de la grille AGREE⁹ (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation – *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique*). Elle permet d'apprécier six dimensions de la qualité des recommandations :

- Le champ et les objectifs des recommandations

Les objectifs des recommandations et les patients auxquels elles s'appliquent sont décrits explicitement.

- La participation des groupes concernés

Les recommandations prennent en considération les points de vue des utilisateurs potentiels puisque le groupe de travail les ayant élaborées inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés. Les utilisateurs cibles, clairement définis, ont donc pu déterminer la pertinence des recommandations. Avant leur publication, les professionnels présents et directement concernés par ces recommandations les ont intégrées dans leur pratique, les jugeant tout à fait utiles et applicables, mais les recommandations n'ont pas été testées, à proprement parler, auprès des utilisateurs cibles pour validation complémentaire.

Les opinions et préférences des patients ont été prises en compte au travers de l'expérience des professionnels les côtoyant. Il n'y a toutefois pas eu d'entretiens réalisés auprès de patients, par exemple, ni de représentant des patients participant au groupe de travail.

- La rigueur d'élaboration

A ce jour, aucune étude scientifique n'a été réalisée pour démontrer les avantages du rendu des résultats d'un test VIH en consultation médicale. Pour élaborer les recommandations, le groupe de travail ne s'est donc pas appuyé sur des preuves scientifiques, mais davantage sur l'analyse de situations rencontrées et de pratiques. Les bénéfices et inconvénients des recommandations en terme de santé n'apparaissent pas dans la formulation des recommandations. Par ailleurs, le groupe n'a pas utilisé de méthode particulière (méthodes Delphi, Glaser...) pour formuler les recommandations et pour parvenir aux décisions finales. Les documents de recommandations ont été soumis à des experts externes avant leur publication, et validés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et le Conseil National du Sida.

⁹ The AGREE Collaboration, janvier 2002. AGREE Instrument, www.agreecollaboration.org.

Document résultant d'une collaboration internationale entre : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ; Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer ; Fédération des médecins suisses ; Standards, Options et Recommandations.

- La clarté et la présentation

Les recommandations décrivent concrètement et précisément la prise en charge appropriée, la situation et les patients cibles. Les différentes options pour la prise en charge des patients désirant faire une sérologie VIH sont clairement présentées. La recommandation clé, qui concerne le rendu en consultation médicale des résultats d'un test VIH, est facilement identifiable, et les recommandations sont accompagnées d'outils permettant leur application : ordonnanciers, brochures pour patients, schéma d'aide à la décision pour professionnels...

- L'applicabilité

L'application des recommandations implique des changements de pratiques de la part des professionnels concernés. Ces barrières organisationnelles potentielles ont été discutées par le groupe de travail, de même que l'impact économique de leur application, même s'il n'a pas été chiffré. D'autre part, la présente évaluation se penche principalement sur cette applicabilité des recommandations.

- L'indépendance éditoriale

Les recommandations ont été réalisées avec un soutien financier extérieur (financements publics et privés), cependant, la rédaction des recommandations a été indépendante des organismes de financement dont les opinions ou intérêts n'ont à aucun moment influencé les recommandations finales. D'autre part, les différents acteurs représentés dans le groupe de travail n'ont pas d'intérêts dans ces recommandations.

Au total, l'élaboration des recommandations correspond bien à 16 des 23 critères de la grille, et moyennement aux 7 autres.

2 - Les enquêtes réalisées auprès des professionnels montrent qu'ils **sont partagés concernant leur adhésion aux recommandations** dont l'application n'est pas toujours sans poser de problèmes :

- L'enquête auprès des médecins montre une diversité de pratiques de prescription et de prévention, ainsi qu'une difficulté à aborder le sujet du VIH lorsque le patient n'est pas demandeur. Des étapes préalables semblent nécessaires pour favoriser l'acceptation et la mise en pratique des recommandations par les médecins, notamment concernant les patients qu'ils jugent "non à risques". Cela passe par une prise de conscience de la part des médecins de la réalité de l'épidémie de VIH-Sida et du rôle qu'ils ont à jouer en matière de prévention, ainsi que par l'acquisition d'un savoir-faire pour susciter la parole, le dialogue, en particulier sur le thème du VIH.

- Du côté des biologistes, il est important de répondre aux objections majeures qui ont été citées quant à l'application des recommandations et qui concernent le manque d'implication des médecins, la capacité du biologiste à rendre un résultat négatif, le refus d'une démarche complexe par les patients et leur droit d'avoir leur résultat.

Certains biologistes se basent sur l'absence d'ordonnances spécifiques de prescription parmi les sérologies VIH qu'ils réalisent pour juger du manque d'implication et de motivation des médecins dans la démarche. L'enquête auprès des médecins montre cependant que l'ordonnancier diffusé avec les recommandations n'est pas un outil particulièrement apprécié des médecins pour diverses raisons, et que par conséquent, peu l'utilisent, y compris parmi les médecins qui adhèrent aux recommandations. Il est donc important que ce point soit mis en avant auprès des biologistes pour qu'ils distinguent l'utilisation de l'ordonnancier et l'adhésion aux recommandations.

Les limites de la communication écrite par courrier ont été mises en avant à la fois dans l'enquête auprès des médecins et dans celle auprès des biologistes. D'autres modes de communications seraient à envisager :

- Les rencontres d'échange sur la pratique entre médecins et biologistes pourraient être un bon moyen de mobiliser ces professionnels sur ce sujet et d'échanger à propos des difficultés qu'ils peuvent rencontrer, d'autant plus que certains se sont dit prêts à y participer, indépendamment de leur adhésion aux recommandations.
- Une communication répétée, sous forme plus attractive (type "bulletin d'informations" semestrielle par exemple) permettrait de maintenir la sensibilisation des professionnels sur ce sujet. Ainsi, elle contribuerait à améliorer la prise en compte de l'épidémie VIH-Sida par les médecins, et à lutter contre la banalisation des tests et des résultats négatifs à la fois par les médecins et les biologistes, tout en rappelant l'intérêt des recommandations mises en place en Isère.
- Développer les possibilités pour les médecins de participer à des consultations au CISIH (CHU de Grenoble) serait également un moyen de maintenir leur motivation sur ce thème, mais aussi d'acquérir un savoir-faire en terme de prévention du VIH.

L'application de ces recommandations pour le VHC n'est pas suffisamment bien perçue par les professionnels qui distinguent bien la problématique du VHC de celle du VIH. Il est donc important que le VHC soit plus clairement identifié.

Enfin, tous les acteurs concernés par ces recommandations doivent être ciblés, aussi bien les médecins et les biologistes que les patients. Ceux-ci sont d'ailleurs souvent cités, dans les enquêtes auprès des médecins et des biologistes, parmi les obstacles à la mise en place des recommandations.

Un travail répété de sensibilisation des patients sur ce thème et, plus particulièrement, sur l'intérêt des recommandations pourrait permettre de faciliter le dialogue entre médecin et patient sur le sujet du VIH, notamment en ce qui concerne la population des plus de 40 ans pour lesquels, selon certains médecins, le sujet reste difficile à aborder. Il permettrait aussi de réduire les éventuelles réticences qu'auraient les patients à revenir en consultation pour avoir le résultat de leur test.

Les résultats de l'enquête d'efficacité montrent des pratiques diverses entre les laboratoires, aussi bien concernant la réalisation de sérologies VIH sur et hors prescription médicale, que sur le mode de rendu des résultats.

Les sérologies réalisées ont lieu en quasi-totalité sur prescription, tandis que les résultats des tests sont rendus à 79% à la fois au médecin et au patient (en main propre). Concernant le rendu en deux exemplaires au médecin directement, une évolution est observée, allant dans le sens d'une augmentation de ce type de rendu. L'enquête laisse donc percevoir les prémices d'un changement de pratique, même si celui-ci ne semble pas concerner tous les laboratoires, ce qui renforce l'idée d'une information à renouveler, pour appuyer cette évolution.

Ceci suggère que les laboratoires pourraient "impulser" le mouvement en rendant les résultats des sérologies VIH au médecin uniquement, en accord avec les patients et les médecins auxquels ils pourraient expliquer la démarche.

Annexes

Annexe 1 - Les termes de références de l'évaluation (document ODPS – juin 2002)	59
Annexe 2 - Le questionnaire de l'enquête auprès des biologistes	75
Annexe 3 - Les réponses aux questions ouvertes des biologistes	79
Annexe 4 - Les grilles d'entretiens de l'enquête auprès des médecins	87
Annexe 5 - Le tableau de recueil de données sur la prescription et le rendu des sérologies VIH	91
Annexe 6 - Les résultats de l'enquête 2001 (ODPS - Syndicat des biologistes de l'Isère)	92

**DISPOSITIF DE RECOMMANDATIONS ET D'INFORMATION
POUR LES PRATIQUES MEDICALE ET BIOLOGIQUE
DE DEPISTAGE DU VIH
(DECLINE POUR EGALEMENT POUR LE VHC)**

JUIN 2002

EVALUATION

TERMES DE REFERENCES

Commanditaire :

Office Départemental de Prévention du Sida

Comité de pilotage :

Groupe "Bonnes pratiques de dépistage"

Financeurs du programme :

DDASS de l'Isère
Conseil Général de l'Isère,
+ Biomérieux, Biorad, Abbott, Glaxo-Smith-Kline

Financeur évaluation :

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Grenoble – FNPEIS 2002

Prestataire pressenti :

Observatoire Régional de la Santé – Rhône-Alpes

Contact ODPS : Marc Brisson

SOMMAIRE

Préambule	page 3
1/ Présentation générale des constituants de l'évaluation	page 3
1.1 Contexte et nature de l'évaluation commanditée	page 3
<u>OBJECTIFS DE L'OBJET A EVALUER</u>	
<u>ET LE PLAN TRIENNAL DEPARTEMENTAL 1998-2000 :</u>	page 3
<u>REMARQUES</u>	page 4
<u>OBJET A EVALUER</u>	page 4
<u>ATTENTES ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION</u>	page 4
1.2 Description du dispositif – Processus	page 4
La politique de lutte contre l'infection à VIH	page 4
Intérêt du dépistage précoce	page 5
Lieux de dépistage	page 5
Objectifs des recommandations et du dispositif associé	page 5
Public ciblé	page 5
Stratégie et Moyens	page 5
Composition du groupe de travail	page 6
Processus d'élaboration des recommandations et grandes étapes	page 7
Les supports de recommandations et d'informations	page 7
Organisation de rencontres d'analyse de la pratique entre médecins et biologistes (PROJET)	page 8
Plan de diffusion des recommandations	page 9
Plan de communication	page 9
Budget et financeurs (Voir document "Budget prévisionnel" en annexe)	page 9
Principaux résultats	page 9
1.3 Objectifs et attentes détaillées de l'évaluation - questions évaluatives - indicateurs	page 10
1. Appréciation générale de la qualité du travail accompli et des résultats obtenus	page 10
- <i>Mesurer l'acceptabilité du dispositif mis en place auprès</i>	page 10
- <i>Mesurer l'efficacité du dispositif de recommandations et d'information mis en place</i>	page 10
- <i>Mesurer l'impact du dispositif de recommandations et d'information mis en place</i>	page 11
2. Préoccupations opérationnelles	page 11
3. Préoccupations stratégiques à l'issu de trois ans de mise en œuvre	page 11
<u>QUELQUES PRECISIONS (constats, situations et expériences, ...)</u>	page 12
2/ Contenu de la commande d'évaluation	Page 14
2.1 Conseiller sur ce qu'il est pertinent d'évaluer dans l'objet à évaluer	page 14
2.2 Méthodologie	page 14
<i>Sources de données</i>	page 14
<i>Interlocuteurs</i>	page 14
<i>Eléments de méthode : pistes et propositions</i>	page 14
3/ Aspects pratiques de l'évaluation	page 15
3.1 Organisation de l'interface commanditaire/évalué/évaluateur	page 15
3.2 Calendrier	page 15
3.3 Budget	page 16
3.4 Rendus attendus (à discuter)	page 16
4/ Annexes	Page 16

**DISPOSITIF DE RECOMMANDATIONS ET D'INFORMATION
POUR LES PRATIQUES MEDICALE ET BIOLOGIQUE
DE DEPISTAGE DU VIH
(DECLINE POUR EGLEMENT POUR LE VHC)**

**EVALUATION
TERMES DE REFERENCES**

Commanditaire : Office Départemental de Prévention du Sida

Comité de pilotage : Groupe "Bonnes pratiques de dépistage"

Financeurs du programme : DDASS de l'Isère, Conseil Général de l'Isère,
+ Biomérieux, Biorad, Abbott, Glaxo-Smith-Kline

Financeur évaluation : Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Grenoble – FNPEIS 2002

Prestataire pressenti : Observatoire Régional de la Santé – Rhône-Alpes

Préambule

Ce document pourra servir de base pour discuter des critères de faisabilité de l'évaluation en question. Ces critères seront fonction du champ et des objectifs de l'évaluation et du budget disponible.

1/ Présentation générale des constituants de l'évaluation

1.4 Contexte et nature de l'évaluation commanditée

L'évaluation devra porter sur une action initiée dans le cadre des objectifs du Plan Triennal Départemental de lutte contre le Sida – 1998/2000, en Isère. Cette action est la mise en œuvre et la diffusion de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH. Des supports de recommandations ont été élaborés en concertation au sein d'un groupe de travail et sont diffusés au début du second semestre 2002. L'ODPS en est le coordinateur.

OBJECTIFS DE L'OBJET A EVALUER ET LE PLAN TRIENNAL DEPARTEMENTAL 1998-2000 :

- **Trois champs d'action** : Prévention / Dépistage / Prise en charge et accompagnement
- **Dépistage** :
 - But 1 : améliorer la précocité du dépistage
 - But 2 : améliorer la qualité du dépistage
 - But 3 : offrir une prise en charge adaptée aux accidents d'exposition professionnels et aux accidents de prévention
- **Dépistage / But 2** :
 - **Objectif Principal 2** : 90% des personnes dépistées positives entre 1998 et 2000 auront eu une consultation médicale pré et post-test
 - **Objectif intermédiaire 2.1** : Diminuer le nombre de dépistage à l'insu
 - **Objectifs spécifiques** :
 - Améliorer la capacité des prescripteurs à demander l'accord du patient
 - Diminuer le nombre de dépistages systématiques pré-interventionnels sans accord préalable et rendu des résultats
 - **Objectif intermédiaire 2.2** : Augmenter le nombre de dépistages avec accompagnement post-test

- **Objectifs spécifiques** :
 - en 2001, 95% des résultats seront exclusivement rendus à un médecin choisi par le patient
 - **80% des laboratoires auront une pratique de dépistage de qualité**

C'est en rapport avec ce dernier objectif que l'action suivante a été conduite :

- **Elaboration d'un guide de bonnes pratiques**

REMARQUES :

- Les buts et objectifs du Plan ont été élaborés en concertation avec les acteurs du département, au regard des données épidémiologiques disponibles et des besoins identifiés par les acteurs.
 - D'emblée, lors de l'élaboration du Plan, des actions étaient identifiées et envisagées pour atteindre les objectifs retenus, en lien avec les moyens disponibles. Des "fiches actions" ont été rédigées.
 - Dans le dispositif de suivi du Plan triennal 1998-2000, la mise en place de groupe de travail a été envisagée lors de la rédaction du plan, lorsqu'un objectif reconnu comme prioritaire ne pouvait être traduit en action sans conduire une réflexion complémentaire.
- Ainsi, un groupe de travail "dépistage" a été constitué en février 1999. Il était chargé d'étudier les modalités de réalisation des actions suivantes :
- élaboration d'outils d'information ciblée
 - élaboration d'un guide de bonnes pratiques de dépistage en direction des laboratoires d'analyses
- Préalablement, et pendant toute la durée d'élaboration du groupe, la mise en commun des expériences et des pratiques professionnelles ont conduit à faire des constats (cf. 11 : principaux résultats)
 - Ces constats et mise en commun des expériences ont permis d'étudier la pertinence de l'action par rapport à l'objectif fixé (principal, intermédiaire, et spécifique)

OBJET A EVALUER :

Un dispositif de recommandations et d'information pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. Ce dispositif est constitué des supports suivants, diffusés aux médecins et laboratoires d'analyses biologiques et médicales :

- Document principal de recommandations et d'informations pour les pratiques de dépistage du VIH (déclinables aussi pour le VHC) – 8 pages
- Ordonnances médicales de dépistage pré-imprimée avec une mention à l'attention du biologiste
- Une pochette contenant un bloc d'ordonnances médicales, imprimée avec des schéma d'aide à l'information du patient et d'aide à la décision pour les praticiens – Dépliant 4 pages
- Un schéma d'aide à l'accueil et l'orientation des patients en laboratoire – Tiré à part A4
- Un dépliant d'information pour le patient – Bande dessinée 4 pages
- Une brochure d'information pour le patient – 8 pages format poche

ATTENTES ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION :

- Mesurer l'acceptabilité des recommandations (contenu et forme) auprès des professionnels et du public concerné
- Mesurer l'efficacité du dispositif par rapport à l'objectif fixé (nombre de consultations médicales pré et post test, nombre de tests réalisés en laboratoire, qualité des pratiques professionnelles de dépistage, ...)
- Mesurer l'impact du dispositif (connaissance du public sur le dépistage, incidence sur les dépistages tardifs, problèmes ou difficultés soulevées lors des rencontres d'analyse de la pratiques mise en place dans le cadre du suivi des recommandations, ...)
- Adapter ou réorienter l'action en direction des professionnels, en fonction des résultats de l'acceptabilité et de l'efficacité du dispositif quant aux objectifs fixés

1.5 Description du dispositif – Processus

La politique de lutte contre l'infection à VIH :

Les nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques de l'infection à VIH ont permis d'orienter la politique nationale de lutte contre le VIH-SIDA vers l'amélioration du diagnostic précoce, des traitements après exposition, des traitements de primo-infection.

En Isère, lors de l'élaboration du Plan Triennal 1998-2000, le groupe de travail sur le dépistage avait souligné la nécessité de renforcer localement la politique nationale par des actions en faveur du dépistage précoce. Par ailleurs, ce même groupe de travail a souhaité développer une politique d'amélioration de la qualité du dépistage sur l'ensemble du département. Ces axes sont maintenus pour le Plan triennal départemental 2002-2005.

Intérêt du dépistage précoce :

Même si l'on sait aujourd'hui que le traitement dès la primo-infection, ne permet pas de mieux éradiquer l'infection (contrairement à ce que l'on pensait jusqu'en 2000), le dépistage à un stade précoce de la maladie garde toute son importance. Pourtant on constate aujourd'hui une forte augmentation du nombre de dépistage tardif¹ chez les nouveau patient (Sur la file active iséroise : 25% en 1997 / 53% en 2001).

Le dépistage précoce permet aujourd'hui :

- La mise en place d'un suivi clinique et biologique
- De prévenir les infections opportunistes
- D'initier un traitement en fonction du déficit immunitaire (CD4<200mm³ et/ou conditions psychosociales réunies pour être favorable à l'observance et à l'adhésion du patient au traitement)
- D'informer le patient
- De délivrer des message de prévention
- De limiter la dissémination de la maladie

Lieux de dépistage :

Consultations médicales :

- Médecins libéraux généralistes et spécialistes (dermatho, gynécologues, ...)
- Centres de santé (5 centres à Grenoble)
- Hôpitaux (CHU, CH, CHS, Cliniques, Mutualiste, Roche Plane, CMUDD...)
- CIDAG (1 à Grenoble + 2 antennes Vienne-Bourg d'Oisans)
- Centres de Planification et d'Education Familiale + Planning familial (23 en Isère)

Prélèvements

- Laboratoires de ville (environ 90 en Isère)
- Laboratoires hospitaliers (8 en Isère)
- Centres de transfusion sanguine

Objectifs des recommandations et du dispositif associé

- Favoriser et inciter à la prescription et au rendu de test VIH (et VHC), positif et négatif, lors d'une consultation médicale
- Proposer un cadre de référence pour mettre en cohérence les pratiques médicales et biologiques de dépistage

Public ciblé :

- Tous les médecins prescripteurs de l'Isère (libéraux généralistes et spécialistes, hospitaliers)
- Tous les laboratoires d'analyses biologiques et médicales de l'Isère (ville et hôpital)
- Le public, pour information
- Les infirmiers, pour information
- Les associations impliquées dans lutte contre le sida, pour information et relais
- Institut de formations en soins infirmiers et Ecole de sages femmes, pour information
- Faculté de médecine, pour information
- Faculté de pharmacie, pour information

Stratégie et Moyens

- Création en février 1999 d'un groupe de travail "Dépistage", animé par l'ODPS (Etape 1 : groupe constitué d'acteurs concernés par la diffusion d'information sur le dépistage / Etape 2 : groupe constitué des acteurs concernés par les pratiques professionnelles de dépistage)
- Etape 1 (02/1999-05/2000) : élaboration d'une plaquette d'information du public "Test du Sida : ce qui change" – Test maquette en décembre 1999 - Diffusion en mai 2000 à (50 000 + 60 000) exemplaires
- Etape 2 (04/2000-06/2002) : élaboration de recommandations de pratiques professionnelles – Enquête sur 2 mois (fév-mars 2001) auprès des laboratoires - Diffusion fin juin 2002
- Communication - Suivi – Evaluation (Juin 2002 – décembre 2005)
- Organisation de rencontres d'analyses de la pratiques avec médecins et biologistes (2 rencontres/an dans le Nord Isère et dans le Sud Isère – à partir de octobre 2002)
- Résultats évaluations + suivi + adaptations ou réorientations (contenus, forme, stratégie, objectifs,...)

¹ Définition du dépistage tardif : découverte de la séropositivité moins de 6 mois avant l'entrée en stade Sida. Définition pouvant cumuler un critère d'immunodépression avancé - taux de CD4<200mm³

Composition du groupe de travail

Etape 1 : groupe "outil d'information sur le dépistage" – février 99 à mai 2000

- Médecin AGECSA (Association de Gestion des Centres de Santé de Grenoble) + attaché au CISIH de Grenoble : Dr. Dominique Lagabrielle
- Médecin CIDAG/Conseil Général de l'Isère : Dr Eve Pelletier Guinard
- Infirmière CIDAG/Conseil Général de l'Isère : Marylène Bouvier
- Coordinateur Sida Info Service : Pascal Pourtau
- Infirmière dispositif santé-prostitution ALTHA/APPART + Amicale du Nid : Françoise Beltrano
- Conseillère conjugale Centre de Planification Pont de Claix : Brigitte Mocquot
- Médecin directeur Centre de Planification "Agathe" Pontcharra : Dr Cécile Mourre
- Educateur "Point Virgule"/CODASE (Centre d'accueil pour Toxicomanes) : Patrice Herbillon
- Psychologue Pôle ressource Sida-Migrants /ODTI : Jalil Lemseffer
- Médecin CISIH / réseau Ville-Hôpital MED'HIV 38 : Francis Marion
- Coordinateur AIDES Pôle Isère : Jean Ceconello
- Médecin DDASS : Dr Sylvie REY
- Infirmière DDASS : Lysiane REY GIRAUD
- Médecin ENSP Stagiaire DDASS : Delphine GIRE
- Animateur du groupe + Coordinateur ODPS : Marc Brisson
- Graphiste : Luc Esteve

Etape 2 : Groupe "pratiques de dépistage"- avril 2000 à juin 2002

- Représentant du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens biologistes : Jan-Pierre MOREL
- Président Syndicat des biologistes de l'Isère : René Viard Gaudin
- Secrétaire Syndicat des biologistes de l'Isère : Christian Ghelfi
- Médecin AGECSA (Association de Gestion des Centres de Santé de Grenoble) + attaché au CISIH de Grenoble : Dr. Dominique Lagabrielle
- Médecin CIDAG/Conseil Général de l'Isère : Dr Eve Pelletier Guinard
- Infirmière CIDAG/Conseil Général de l'Isère : Marylène Bouvier
- Ecoutante référente Sida Info Service : Martine GRAS
- Coordinateur Sida Info Service : Pascal Pourtau
- Médecin directeur Centre de Planification "Agathe" Pontcharra : Dr Cécile Mourre
- Médecin CISIH / réseau Ville-Hôpital MED'HIV 38 : Francis Marion
- Service Prévention AIDES Pôle Isère (PIAF) : Sylviane BAUDE puis Coordinateur AIDES Délégation départementale de l'Isère : Michel Pionnier
- Médecin DDASS : Dr Sylvie REY puis Infirmière DDASS : Lysiane REY GIRAUD
- Animateur du groupe + Coordinateur ODPS : Marc Brisson
- Graphiste : Luc Esteve

Comité de lecture des Recommandations pour avis

- Représentant du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens biologistes : Jean-Pierre MOREL
- Président du Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins : Pr Olivier ROUX
- Chef du Service des Maladies infectieuses / CHU Grenoble : Pr Jean Paul STAHL
- Médecin Chef du service maladies transmissibles/Conseil Général de l'Isère : Dr Marie Françoise Girard Blanc
- Médecin directeur CISIH : Dr Pascale Leclercq
- Biologiste : René Pillot
- Médecin directeur Centre de Planification "Agathe" Pontcharra : Dr Cécile Mourre
- Conseillère conjugale Centre de Planification Pont de Claix : Brigitte Mocquot
- Médecin Inspecteur DDASS – référent DDASS : Dr Sylvie REY (en 1999 et 2000) puis Dr Philippe BURLAT (2001-2002)
- Coordinateur Sida Info Service : Pascal Pourtau
- Responsable Formation ADESSI : Chantal Lapostolle Dangréaux
- Psychologue Pôle ressource Sida-Migrants /ODTI : Jalil Lemseffer
- Prométhée Alpes Réseau – Hépatite C : Dr Marie Noelle Hilleret

Processus d'élaboration des recommandations et grandes étapes :

- Constats épidémiologiques (cas de sida déclarés DDASS, file active CISIH, dépistage tardif, activité dépistage en CDAG, activité de dépistage INVS, surveillance RENAVI, réseau Sentinelle, BEH, ...)
- Mises en communs des expériences et situations rencontrés par les différents acteurs
- Recherche documentaire (cf. bibliographie) - Prise en compte et recouplement des cadres législatifs (circulaires...) et des avis émis depuis 1985 par le Comité National d'Ethique, le Haut Comité de la Santé publique, l'Association pour le Développement de l'Epidémiologie de Terrain, le Conseil National du Sida, la Direction Générale de la Santé, l'ANAES)
- Elaboration d'un schéma "Etapas et pratiques de dépistage du VIH" à l'usage des professionnels
- Définition du champ d'intervention et des objectifs
- Septembre 2000 : Elargissement du groupe aux laboratoires au processus d'élaboration
- Septembre 2000 : début du travail d'élaboration des recommandations
- Enquête février-mars 2001 auprès des laboratoires de l'Isère par Syndicat de biologiste de l'Isère et l'ODPS/groupe dépistage
- Définition et élaboration des supports de recommandations
- Document final du projet de recommandations : Septembre 2001
- Avis du Comité de lecture et consultation des institutions et experts (courrier et/ou entretiens)
- Recherche de financements complémentaires (courrier et/ou entretiens)
- Conception graphique des supports et maquette – novembre/mai 2002
- Rencontre et validation médecin responsable CISIH, Chef des maladies infectieuses/CHU, Président Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- Rencontre et présentation des maquettes : Prométhée Alpes Réseau – Hépatite C
- Plan de diffusion définitif
- Etude cahier des charges – termes de référence de l'évaluation
- Impression des supports – juin 2002
- Dossier et accord CPAM + URCAM financement évaluation + rencontres analyses de la pratiques médecins/laboratoires – mai 2002
- Définition termes de références évaluation + Cahier des charges ORS
- Soirée de présentation aux laboratoires / Syndicat des biologistes de l'Isère : 20 juin 2002
- Diffusion des supports de recommandations (courriers d'accompagnement spécifique)
- Proposition ORS : méthodologie d'évaluation (acceptabilité, efficacité, impact)
- Plan de communication : communiqué de presse spécialisée + généraliste (septembre 2002)
- Projet : article dans le Bulletin de l'Ordre Départemental des Médecins – parution septembre 2002
- Projet : conférence Forum Santé de Grenoble – 28 novembre 2002 à Alpexpo
- Organisation de rencontres d'analyse de la pratique Médecins/Biologistes – sept/oct 2002
- Evaluation – sept 2002/avril 2003

Les supports de recommandations et d'informations :

1. Recommandations et informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH (déclinables aussi pour le VHC) – document 8 pages
2. Ordonnances médicales de dépistage spécifique VIH et VHC avec les mentions pré-imprimées "A l'attention du biologiste, en accord avec le patient, merci de transmettre le résultat en double exemplaire directement au médecin" et "Consultation de remise de résultat prévue le....."
3. Dépliant 4 pages "Ordonnances médicales de dépistage VIH – Hépatite C" contenant un bloc de 50 ordonnances médicales – impression de schéma : Pour l'information du patient "le dépistage du VIH-Sida, Que faire ? Quand le faire ?" / Pour information aux praticiens : "étapes et pratiques de dépistage du VIH" / "Conduite à tenir fce à la découverte d'une sérologie Hépatite C positive"
4. Dépliant 4 pages - couleurs plié A5: " VIH-SIDA Dépistage" pour sensibilisation du patient en laboratoire sur l'importance de la consultation médicale
5. Plaquette 8 pages couleurs - format poche : "Test du sida : ce qui change", pour l'information du patient sur le dépistage
6. Page "Télécopie" Prêt à faxer : pour la commande ultérieure des supports de recommandations

Organisation de rencontres d'analyse de la pratique entre médecins et biologistes (PROJET):

- 2 rencontres par an dans le Sud Isère et dans le Nord Isère à partir de octobre 2002
- Mise en commun et analyse de situations et d'expériences

Plan de diffusion des recommandations

- Premier envoi : juin 2002 (Voir tableau A3 en annexe)
- Envoi de supports supplémentaires sur demande par fax, courrier, téléphone
- Il n'a pas été jugé utile par les médecins du groupe de travail, ni pas les instances représentatives des médecins (conseil de l'ordre, syndicats) d'organiser une rencontre de présentation des recommandations et de ses supports avec les médecins de l'Isère.
Les raisons sont multiples, notamment : les emplois du temps chargés des médecins ne permettent pas d'assurer un nombre significatif de présents à ce type de réunion.
- En revanche, la diffusion auprès des laboratoires a été jugé utile à partir d'une rencontre organisée avec le Syndicat des biologistes de l'Isère, le 20 juin 2002 en soirée
- Sur demande du Chef du service des maladies infectieuses, en raison de la fréquentation importante du service, pour des examens et vaccinations avant et après départ à l'étranger (200 consultants par mois), les supports d'information seront mis à disposition en nombre

Provenance des étiquettes de diffusion (fichiers)

- Médecins du CHUG → Service des ressources humaines CHU (sur demande DDASS)
- Médecins Hôpital de Voiron → Service des ressources humaines Voiron (sur demande DDASS)
- Médecins Hôpital de Saint Egrève →
- Médecins Hôpital de Tullins →
- Médecins Hôpital de Bourgoin Jallieu →
- Médecins Hôpital de Vienne →
- Cadres infirmiers CHUG → Directeur des soins infirmiers (sur demande DDASS)
- Cadres infirmiers Hôpital de Voiron → Directeur des soins infirmiers (sur demande DDASS)
- Cadres infirmiers Hôpital de Saint Egrève →
- Cadres infirmiers Hôpital de Tullins →
- Cadres infirmiers Hôpital de Bourgoin Jallieu →
- Cadres infirmiers Hôpital de Vienne →
- Médecins Libéraux et spécialistes → CPAM de Grenoble
- Médecins Libéraux et spécialistes → CPAM de Vienne
- I.F.S.I. → Annuaire postal (ODPS)
- Ecole de Sage Femme → Annuaire postal (ODPS)
- Associations → ODPS
- Laboratoires d'analyses médicales → DDASS ou CPAM Grenoble (sur demande DDASS)
validé par Syndicat des biologistes de l'Isère
- Faculté médecine et Pharmacie → Annuaire postal (ODPS)
- Centres de planification (CPEF) → DDASS
- UCSA → DDASS
- Institutions / Experts / Syndicats → ODPS + DDASS
- Financeurs → ODPS
- Réseau ville – hôpital → ODPS
- Centres de santé de Grenoble → ODPS
- S.C.H.S. commune de l'Isère → ODPS

Mode de diffusion

- Médecins du CHUG → Interne au CHUG
- Médecins Hôpital de Voiron → Interne à l'hôpital
- Cadres infirmiers CHUG → Interne au CHUG
- Cadres infirmiers Hôpital de Voiron → Interne à l'hôpital
- Médecins Libéraux et spécialistes → Envoi postal CAT
- I.F.S.I. → Envoi postal CAT
- Ecole de Sage Femme → Envoi postal ODPS
- Associations → Envoi postal CAT
- Laboratoires d'analyses médicales → 39 laboratoires : en mains propres le 20 juin 2002 (ou transmis)
56 laboratoires : Envoi postal CAT
- Faculté médecine et Pharmacie → Annuaire postal (ODPS)
- Centres de planification (CPEF) → Envoi postal CAT
- UCSA → Envoi postal CAT
- Institutions / Experts / Syndicats → ODPS + DDASS
- Financeurs → ODPS
- Réseau ville – hôpital → Envoi postal CAT
- Centres de santé de Grenoble → Envoi postal CAT
- S.C.H.S. commune de l'Isère → ODPS

Plan de communication :

- Réunion de présentation des supports aux laboratoires : jeudi 20 juin 2002 – 20H/22h30
- Projet d'article dans le bulletin de l'ordre départemental des médecins – juillet ou septembre 2002
- Communiqué de presse spécialisée – septembre 2002 : Journal du Sida et de la démocratie Sanitaire, Impact médecin, Quotidien du Médecin, Remaides, ...
- Communiqué de presse grand public – septembre 2002: Dauphiné Libéré, Isère Magazine, Les Affiches de Grenoble, l'Essentiel de Grenoble et de l'Isère, France Bleue Isère, ...
- Relance presse et médias – (octobre 2002)
- Projet d'organisation d'une conférence au Forum santé de Grenoble : 28 novembre 2002
- Mise en ligne des recommandations sur le Site Internet de l'ODPS : octobre/novembre 2002

Budget et financeurs (Voir document "Budget prévisionnel" en annexe)

Financements publics

- DDASS de l'Isère Dispositif de recommandations
- Conseil Général de l'Isère Dispositif de recommandations
- CPAM de Grenoble – FNPEIS Evaluation

Financements Privés

- Biomérieux Dispositif de recommandations
- Biorad Diagnostic Dispositif de recommandations
- Abbott pharmacie Dispositif de recommandations
- Glaxo Smith Kline Dispositif de recommandations

Autres

- Valorisation du temps passé par les professionnels membres du groupe, au titre de leur représentation institutionnelle (Syndicat des biologistes de l'Isère, AGECSA, CISIH, DDASS, AIDES, Sida Info Service, CDAG - Conseil Général de l'Isère, ODPS, représentation du Conseil de l'Ordre des pharmaciens biologistes, CPEF Pont de Claix et Pontcharra)
- Syndicat des biologistes de l'Isère : relais auprès des biologistes et organisation rencontre du 20 juin 2002 avec les laboratoires.

Principaux résultats

Quantitatif

- Enquête auprès des laboratoires de ville – février / mars 2001 - Syndicat des biologistes de l'Isère/ODPS : voir résultats en annexes
- Dépistages tardifs dans les nouveaux patients de la file active du CISIH de Grenoble : voir données CISIH/DDASS/DRASS/ARH
- Nombre de supports diffusés par professions et qualité (médecins libéraux, généralistes, spécialistes, hospitaliers, biologistes, cadres infirmiers, école d'infirmière et de sages femmes, associations, faculté de médecine, faculté de pharmacie) - voir plan de diffusion prévu et réalisé en annexe)
- Nombre de supports envoyés sur demande après le premier envoi par origine professionnelle des demandes
- Participation des membres du groupe aux réunions de travail
- Nombre de consultation anonymes et gratuites de dépistage et évolution. Nombre de consultations / nombre de test réalisés / nombre de sérologies positives et négatives / nombre de résultat non rendu (en 2001, sur 2500 tests, 2% ne sont pas rendu, soit 50 personnes par an)

Qualitatif

- Avis du Conseil National du Sida – réponse par courrier du 29 octobre 2001 (cf. annexes)
- Avis du Conseil Général de l'Isère – réponse par courrier du 15 octobre 2001 (cf. annexes)
- Accusé réception de l'ANAES – réponse par courrier du 29 octobre 2001 (cf. annexes)
- Avis Chef du Service des Maladies Infectieuses / CHU de Grenoble – entretien du 3 mai 2002
- Avis Médecin responsable du CISIH / CHU de Grenoble – entretien du 5 avril 2002
- Avis Président du Conseil de l'Ordre des Médecins – entretien du 25 avril 2002
- Avis Médecin Prométhée Alpes Réseau Hépatite C – entretien du 3 mai 2002
- Nombre de demandes d'avis restées sans réponse
- Nombre de demande de financement n'ayant pas abouti
- Financements public et privé
- Avis des financeurs suites aux différents contacts pris : courriers, téléphone, rencontres
- Avis, observations et remarques des médecins, laboratoires, infirmiers et associations ciblés par l'envoi des supports
- Comparaison entre le budget prévisionnel et réalisé
- Nombre de participant à la présentation du 20 juin 2002 au laboratoires d'analyses biologiques et médicales. Nombre de laboratoires touchés par la présentation (nombre de supports diffusé ce jour)

1.6 Objectifs et attentes détaillées de l'évaluation – Questions évaluatives - indicateurs

Nous déclinerons les objectifs et attentes de l'évaluation suivant trois axes :

1. Appréciation générale de la qualité du travail accompli et des résultats obtenus
2. Préoccupations opérationnelles : quelles suites donner à l'action ?
3. Préoccupations stratégiques : quelles leçons en tirer pour améliorer les stratégies d'intervention des institutions concernées ?

4. Appréciation générale de la qualité du travail accompli et des résultats obtenus (évolution sur 3 ans de 2002 à 2005)

- Mesurer l'acceptabilité du dispositif mis en place auprès :

- des médecins prescripteurs (libéraux, spécialistes, généralistes, hospitaliers)
- des biologistes des laboratoires d'analyses médicales et biologiques

Indicateurs

- Adhésion, accueil, valeur ou crédit accordés aux recommandations ? Celles-ci ont-elles été lues puis perçues comme des recommandations de pratiques professionnelles ?
- Date de parution article dans le bulletin départemental de l'ordre des médecins + les médecins l'ont-ils vu et lu ?
- Pertinence, utilité des recommandations ? Pertinence, utilité d'un changement des pratiques de dépistage du VIH et du VHC chez les biologistes et chez les médecins ?
- Les recommandations seront-elles appliquées ou pas ?
- Pertinence utilité des supports (recommandations, Ordonnances, schémas de l'ordonnancier, schéma d'accueil en laboratoire, Bande dessinée, brochure "Test du sida", "prêt à faxer pour commande de supports supplémentaires)
- Qualité, clarté des supports de recommandations ? Sont-ils pratiques à utiliser ?
- Où sont rangés et placés les supports de recommandations au cabinet médical et au laboratoire ?

- Mesurer l'efficacité du dispositif de recommandations et d'information mis en place :

- auprès des médecins
- auprès des laboratoires d'analyses biologiques et médicales
- au regard du nombre de sérologies réalisées et comptabilisées par la CPAM (Grenoble+Vienne)
- au regard du nombre de consultations médicales de prescription ou de rendu de test comptabilisées par la CPAM (Grenoble et Vienne)

Objectif spécifique d'évaluation

Mesurer l'atteinte des objectifs du programme (objectifs principal, intermédiaire, spécifiques) :

→ Objectif Principal 2 :

90% des personnes dépistées positives auront eu une consultation médicale pré et post-test

→ Objectif intermédiaire 2.2 :

Augmenter le nombre de dépistages avec accompagnement post-test

→ Objectifs spécifiques :

- 95% des résultats seront exclusivement rendus à un médecin choisi par le patient
- 80% des laboratoires auront une pratique de dépistage de qualité

Indicateurs :

- Nombre et évolution des sérologies réalisées en laboratoire sur prescription et hors prescription médicale (distinction sérologie positive et négative) – cf. *Enquête laboratoires février / mars 2001*.
- Nombre et nature (+ ou -) de résultats de sérologies VIH ou VHC adressés à un médecin (ou au CDAG) par les laboratoires pour un rendu au patient par l'intermédiaire d'un médecin – cf. *Enquête laboratoires février / mars 2001*.
- Nombre et nature (+ ou -) des résultats remis par les laboratoires aux patients, en mains propre, par courrier, à un tiers, par téléphone – cf. *Enquête laboratoires février / mars 2001*.
- Nombre d'ordonnances spécifiques reçues par la CPAM (Grenoble + Vienne)
- Nombre de sérologies réalisées sur ordonnances spécifiques (laboratoires)
- Evolution du nombre et nature (prise de risque, test pré-nuptial, pré-natal, voyage à l'étranger, autres...) des consultations médicales de prescription et de rendu de test VIH et VHC (*source : données CPAM ? – échantillon de médecins interrogés*)

- Perception par les professionnels (médecins et laboratoires) de leur rôle dans la prescription, la réalisation et le rendu de test VIH et VHC positif ou négatif – *cf. rencontres d'analyse de la pratiques + entretien qualitatif avec échantillon + conférence au Forum santé du 28 novembre 2002 (questionnaire ?)*
 - Perception et compréhension par le public du rôle du médecin et du biologiste dans la prescription, la réalisation et le rendu de test VIH et VHC positif ou négatif – *source de données possible : enquête qualité en laboratoire*
 - Difficultés des laboratoires à orienter les patients vers un médecin pour la prescription et le rendu de résultat – *cf. rencontres d'analyse de la pratiques + entretien qualitatif avec échantillon*
 - Contenu et organisation des consultations médicales de prescription et de rendu de test (démarche de prévention et diagnostique)
 - Nombre et nature des prescriptions de test en milieu hospitalier (pré-opératoire, test obligatoire, voyage à l'étranger, consultations pré-nuptiales et prés-natales) / nombre de rendu par un médecin
- Mesurer l'impact du dispositif de recommandations et d'information mis en place :**
- Impact des recommandations sur la part des dépistages tardifs dans la file active hospitalière
 - Organisation de rencontres d'analyse de la pratique entre médecins et biologistes volontaires (deux rencontres par an dans le Sud Isère et dans le Nord Isère) : Nombre de participants, nature des situations et expériences mise en commun, difficultés rencontrées, ...
 - Organisation et nombre d'enseignements post-universitaire spécifique en lien avec le dispositif (FMC) – nombre de demandes et nombre de participants
 - Impact dans la presse spécialisée, dans la presse généraliste (suivi par l'ODPS)
 - Impact du dispositif hors département de l'Isère
 - Impact sur les consultations dans le cadre des dons du sang (pratiques de prescriptions et de rendus de résultats)
 - Impact sur la qualité de la prescription et le rendu de test pour le personnel soignant lors d'un accident d'exposition aux agents infectieux (consultation médicale ou non ?), et pour le patient source
 - Impact de l'application des décrets des 6 mai 1999 et 16 mai 2001 pour la déclaration obligatoires des maladies infectieuses dont le VIH , sur les recommandations et les pratiques médicales et biologiques de dépistage.

5. Préoccupations opérationnelles

- Appréciations et jugements sur le mode opératoire de diffusion des recommandations
- Le dispositif opère-t-il des changement dans les pratiques professionnelles et leur qualité ?
- Le dispositif répond-il aux besoins de changement de pratiques ?
- sur le processus opérationnel
- Quelles suites donner à l'action ?
- Quelles adaptations à préconiser ?

6. Préoccupations stratégiques à l'issu de trois ans de mise en oeuvre

- Quelles leçons en tirer pour améliorer les stratégies d'intervention des institutions concernées ?
- Appréciation de la méthode de travail et du processus d'élaboration des recommandations
- Préconisations stratégiques, recommandations d'orientations, propositions concrètes

QUELQUES PRECISIONS :

Constats :

Le repérage et la mise en commun d'expériences et de pratiques professionnelles ont conduit le groupe de travail à faire un certain nombre de constats sur :

- Conditions et nombre de rendu de résultats négatifs hors consultation médicale (83,69%² des résultats remis directement au patient par les laboratoires et 13% adressés au patient par la poste)
- Conditions et nombre de demande de test du VIH sans consultation et prescription médicale préalable (5,01%²)
- Difficultés de l'accueil et de l'orientation lors d'une sérologie VIH comportant une valeur seuil ou une discordance entre les deux réactifs
- Difficulté de l'accueil lors d'une demande de test lorsque le délais après la prise de risque ne permet pas d'effectuer un examen diagnostique définitif
- Difficulté d'aborder la vie affective et sexuelle en cabinet médical ou en laboratoire en vue d'évoquer le test de dépistage du VIH
- Condition et nombre de dépistage du VIH sans l'accord du patient, et son consentement éclairé
- Découvertes tardives de l'infection à VIH ou à VHC (Plus de 50% des nouveaux cas de SIDA – en 1999, 36% des femmes séropositives enceintes dépistées au moment de leur grossesse ³)

Situations et expériences :

- La découverte de la séropositivité pour le VIH constitue un moment de fragilité extrême dont les conséquences personnelles peuvent être extrêmement graves si l'individu n'y a pas été préparé.
- Conséquences de la remise systématique et banalisée de résultat négatifs de test VIH, sans consultation médicale, à un individu régulièrement exposé au VIH ou ayant des pratiques fréquentes non protégées conscientes ou inconscientes
- Appels concernant le dépistage à sida info service...
- Cas d'impossibilité d'interprétation d'un résultat (discordance des 2 Elisa) : difficulté d'expliquer – difficulté de comprendre
- Cas dépistage pré-opératoire sans avoir sollicité explicitement l'accord préalable du patient et difficulté du rendu positif dans ces conditions
- Importance de l'annonce d'une sérologie négative aux deux partenaires lors des bilans pré-nuptial et prénataux (cf. avis du Conseil National du Sida – mars 2002)
- Annonce d'une sérologie positive : après un contact biologiste médecin, le médecin accepte de recevoir le patient après avoir confié l'annonce du résultat au biologiste (9 fois / 10 c'est le cas pour les résultat positif ? à confirmer) – le biologiste est en première ligne !!!...
- Jeune femme appelle à SIS : avec son ami, ils font un test VIH et VHC (prescrit ? vraisemblablement). Au labo, les résultats sont remis individuellement, en premier au garçon (VIH et VHC négatif). Ensuite à la jeune femme : VHC négatif, mais pour le VIH, le biologiste lui demande de prendre contact avec son médecin (résultat discordant ?). Surprise ! pourquoi on remet le résultat à mon ami et pas à moi ? Elle appelle sa gynécologue qui lui répond : "si on ne vous a pas donné le résultat c'est que c'est positif !!!" SURPRISE et PANIQUE !!!
- Rendu systématique de résultat négatif en laboratoire à une personne après situations à risque répétés (prostitué(e), homosexuel en relapse, UDVI, ...). Quelle attitude ? Utilité et représentation du test pour la personne : moyen de protection, de rassurance ? Quel effet préventif ? (aucun) Perception d'un rendu de résultat soudain positif ou discordant que l'on ne remet pas dans les même conditions que lorsqu'il était négatif ?
- Le temps nécessaire à la consultation permet-il de suivre les recommandations (temps de donner des informations et d'élaborer une stratégie de prévention) / comparé à l'emploi du temps chargé des médecins et des biologistes.

Sur le mode opératoire

- Dispositif présenté par le syndicat des biologistes de l'Isère et le représentant du Conseil de l'Ordre des biologistes comme provocateur, bouleversant les pratiques biologiques habituelles
- Les biologistes présents le 20 juin 2002 sont pour parti perplexes sur l'implication des médecins dans ce dispositifs. Mais ils sont prêt à jouer le jeu.
- Importance accordée à un accompagnement et à une présentation aux laboratoires : réunion du 20 juin 2002 avec le syndicat des biologistes de l'Isère
- Avis défavorable du corps médical (médecins du groupe, conseil de l'ordre de médecins, ...) sur l'utilité d'une présentation plénière des recommandations aux médecins (participation peu suivi des médecins à ce genre de réunion...)

² D'après une enquête réalisée auprès des laboratoires d'analyses biologiques et médicales de l'Isère, en partenariat avec le Syndicat des Biologistes de l'Isère et l'O.D.P.S. – février/mars 2001

³ Enquête périnatale française - 1999

Extrapolation des résultats de l'enquête auprès des laboratoires (février-mars 2001)

Participation :

- 26 labos (40% des laboratoires du Sud Isère)
- 26 labos (29,54% des laboratoires de l'Isère) → 88 laboratoires de ville
(+ 7 laboratoires hospitaliers = 95 labos)

Résultats :

Nombre de sérologies recensées et extrapolation à l'ensemble des laboratoires :

- Sur 2 mois : Nb de tests / 2 mois = 2036/26 labos → 6891,07 / 88 laboratoires de ville sur 2 mois
- Par an : Nb de tests = 12216/an pour 26 labos → 41346,42 tests / an pour 88 labos de ville

Consultations de prescription et de rendu pour 26 laboratoires répondant et extrapolation à l'année

- 1934 consultations de prescription / 2mois → 11604 / an pour 26 laboratoires
- 32 consultations de rendu / 2 mois → 192 / an pour 26 laboratoires
- 102 tests sans consultations de prescription (5%) / 2 mois → 612 / an pour 26 laboratoires
- 2004 test sans consultation de rendu / 2 mois → 12024/an pour 26 laboratoires

TOTAL nb de consultations : 11604 + 192 = 11796 tests par an avec consultation / 26 labos
TOTAL nb de test sans consultations : 612 + 12024 = 12636 tests sans consultation /26 labos
Extrapolation des résultats à l'ensemble des laboratoires de ville (88)
→ TOTAL nb de consultations : 39 924,92 tests par an avec consultations / 88 labos
→ TOTAL nb de test sans consultations : 42 768 tests sans consultation / 88 labos

Objectif idéal des recommandations :

Si

100% des sérologies effectuées en laboratoires bénéficieront d'une prescription et d'un rendu de résultat en consultation médicale

Alors

le nombre de consultations médicale de prescription sera porté à 41346,42 pour 88 laboratoires
le nombre de consultations de rendu de résultat sera porté à 41346,42 pour 88 laboratoires

Soit

82 692,92 consultations médicales pour 41346,42 tests / 88 laboratoires

Donc

42 768 consultations supplémentaires par rapport aux résultats de l'enquête

2/ Contenu de la commande d'évaluation

2.3 Conseiller sur ce qu'il est pertinent d'évaluer dans l'objet à évaluer

- pour rendre compte au mieux de l'acceptabilité, de l'efficacité et de l'impact du dispositif
- en prenant en compte le budget alloué pour l'évaluation (cf. annexe)

2.4 Méthodologie

Sources de données

- Résultats enquête auprès des laboratoires de l'Isère / février-mars 2001 - syndicat des biologistes de l'Isère/ODPS
- Résultats enquête qualité auprès des patients en laboratoires : syndicat des biologistes de l'Isère
- Entretiens avec Médecins prescripteurs (libéraux, hospitaliers, généralistes, spécialistes, centres de santé)
- Forum santé du 28 novembre 2002 à Grenoble (questionnaire ?)
- Données sur la file active hospitalière (évolution dépistages tardifs – nouveaux patients) : DRASS / DDASS / CISIH / Prométhée Alpes Réseau Hépatites / ODPS
- Activité de dépistage hors dons du sang en France – 1^{er} semestre 2001 / année 2001 : INVS
- Bibliographie et documentation : service de documentation ODPS
- Suivi communication, relation publique et médias : ODPS
- Suivi de diffusion (nombre de supports diffusés) : ODPS
- Suivi des sérologies VIH et VHC : CPAM ?
- Suivi des consultations et des sérologies en CDAG : Conseil Général de l'Isère
- Recueil de données issu des rencontres d'analyses de la pratique médecins/biologistes : ODPS
- Suivi budgétaire : ODPS

Interlocuteurs

- Membres du groupe "pratiques de dépistage" animé par l'ODPS → comité de pilotage
- ODPS (coordinateur et animateur)
- DDASS (co-financeur du programme)
- CPAM (financeur de l'évaluation)

Les membres du groupe de travail seront étroitement associés aux différentes étapes d'évaluation. Il se réuniront en fonction des besoins et de l'avancement du processus. L'ODPS assurera l'interface entre la CPAM, la DDASS et le Conseil Général pour valider les étapes et la méthodologie d'évaluation .

Eléments de méthode : pistes et propositions

- 1- Etude des critères de faisabilité et définition de la méthodologie pour les trois années de mise en place du dispositif et de son suivi (Juin – août 2002)
- 2- Validation de la méthodologie par le comité de pilotage et la CPAM (septembre 2002)
- 3- Mesure de l'acceptabilité (fin septembre/octobre 2002/2003/2004)
 - Questionnaire laboratoires (envoi par courrier) + analyse
 - Entretien avec échantillon de médecins prescripteurs (généralistes et spécialistes) + analyse
 - Adhésion des institutions (syndicats, conseil de l'ordre des médecins, conseil de l'ordre des pharmaciens biologistes)
- 4- Mesure de l'efficacité (fév-mars 2003/2004/2005)
 - Enquête auprès des laboratoires de l'Isère (fév-mars 2003/2004/2005) + évolution (comptabiliser les prescriptions avec et sans ordonnances spécifiques)
 - Recueil de données lors des rencontres d'analyse de la pratique médecins/biologistes
 - Enquête qualité auprès des patients des laboratoires
 - Entretien avec échantillon de médecins prescripteurs (généralistes et spécialistes) + analyse
 - Nombre et évolution des prescriptions et sérologies comptabilisées par la CPAM
 - Nombre de prescriptions par ordonnances spécifiques (source : CPAM / laboratoire)
 - Nombre de supports demandés (ordonnances, Bande dessinée, "Tset du Sida")
- 5- Impact (Avril 2003/2004/2005)
 - Evolution de la file active Iséroise sur 3 ans (dépistages tardifs, nouveaux patients)
 - Revue de presse : mesure du relais du dispositif dans la presse spécialisée et grand public (nombre et qualité des articles)

3/ Aspects pratiques de l'évaluation

6.1 Organisation de l'interface commanditaire/évalué/évaluateur

(Discussion sur la proposition de l'évaluateur, vérification des attentes du commanditaire, travail bibliographique, "structuration de l'objet d'étude", ajustement de la méthode prévue, échantillonnage, élaboration d'un guide d'entretien médecins, élaboration d'un questionnaire laboratoire, élaboration enquête qualité auprès des patients en laboratoire, ...)

- Suivant la nature des étapes, prévoir des étapes de validation avec le comité de pilotage et avec les financeurs (notamment la CPAM de Grenoble)
- L'ODPS, coordinateur, se réserve le droit de valider certaines étapes (fonction de la capacité à réunir le comité de pilotage et du degré d'accessibilité de certaines données).
- Le cas échéant l'ODPS pourra faire l'interface entre le Comité de pilotage, le financeur (CPAM) et l'évaluateur.
- On définira un calendrier des étapes de validation

Composition du Comité de pilotage

- Marc BRISSON, Coordinateur ODPS
- René VIARD GAUDIN, Syndicat des Laboratoires de l'Isère
- Christian GHELFI, Syndicat des Laboratoires de l'Isère
- Dr Marie Françoise GIRARD BLANC, Médecin Chef du service des maladies transmissibles / Conseil Général
- Dr Dominique LAGABRIELLE, représentant du AGECSA
- Dr Francis MARION, représentant du CISIH + réseau ville hôpital MED'HIV 38
- Jean Pierre MOREL, représentant du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens Biologistes
- Dr Eve PELLOTIER GUINARD, CIDAG / Service des maladies transmissibles / Conseil Général de l'Isère
- Michel PIONNIER, coordinateur AIDES Délégation de l'Isère
- Pascal POURTAU, Coordinateur SIDA INFO SERVICE - Rhône-Alpes / Auvergne
- Lysiane REY GIRAUD, Infirmière DDASS de l'Isère
- +
- CPAM de Grenoble, financeur de l'évaluation

6.2 Calendrier

Grandes étapes de l'évaluation (renouvelable chaque année pendant 3 ans)

- 10 juillet 2002	Définition des termes de références
- 20 juillet 2002	Proposition de l'évaluateur
- Juillet – août 2002	Validation du financeur
- Septembre 2002*	Définition de la méthodologie d'évaluation + validation guide d'entretien médecin et questionnaire laboratoires d'enquête d'acceptabilité
- Septembre - octobre 2002	Enquête d'acceptabilité
(- Octobre- novembre 2002	Mise en place rencontres analyses de la pratique)
- Novembre 2002*	Résultats enquête d'acceptabilité + validation items enquête d'efficacité
(- 28 novembre 2002	Conférence au Forum santé de Grenoble)
- Décembre 2002 – janvier 2003	Recueil des données de mesure d'impact (conférence forum santé, données de la file active hospitalière, suivi des envois de supports de recommandations, rencontres analyses de la pratique, ...)
- Février-mars 2003	Enquête d'efficacité auprès des laboratoires (médecins ?) Enquête qualité en laboratoires (auprès du public) ?
- Fin avril 2003*	Restitution - Rapport intermédiaire 2003 (acceptabilité, efficacité, impact)

* étapes nécessitant une rencontre avec le comité de pilotage

6.3 Budget

POSTES A BUDGETISER

- Définition de la méthodologie d'évaluation (sur 3 ans)
- Enquête d'acceptabilité 1^{ère} année
- Enquête d'efficacité 1^{ère} année
- Impact
- Analyse qualitative et quantitative
- Rapport intermédiaire d'évaluation 1^{ère} année
- Indemnisation médecins enquêtés
- Frais divers évaluateur (coordination, déplacements, secrétariat, fournitures administratives)
- +
- Suivi - coordination évaluation – animation comité de pilotage – interface (ODPS)

BUDGET MAXIMUM "Evaluation 1^{ère} année" **21 343 Euros**
(Budget CPAM de Grenoble - FNPEIS)

BUDGET PREVISIONNEL MAXIMUM "Evaluation 2^{ème} année" **12 196 Euros**
(Budget prévisionnel CPAM de Grenoble - FNPEIS)

BUDGET PREVISIONNEL MAXIMUM "Evaluation 3^{ème} année" **12 196 Euros**
(Budget prévisionnel CPAM de Grenoble - FNPEIS)

TOTAL EVALUATION DU PROGRAMME : **45 735 Euros**

BUDGET ANNEXE (pour information)

Rencontres analyses de la pratiques médecins / biologistes

(Budget CPAM de Grenoble - FNPEIS)

- 2 rencontres par an Sud Isère
- 2 rencontres par an Nord Isère

TOTAL : **4 573 Euros / an**

6.4 Rendus attendus (à discuter)

- Proposition et note méthodologiques
- Résultats d'enquête - note de restitution
- Rapport intermédiaire d'évaluation annuelle (1^{ère} année, 2^{ème} année, 3^{ème} année)
(acceptabilité, efficacité, impact, analyse qualitative-quantitative et propositions d'orientations)
- Synthèse et résumé des rapports intermédiaires
- Rapport final d'évaluation (2005)

4/ Annexes

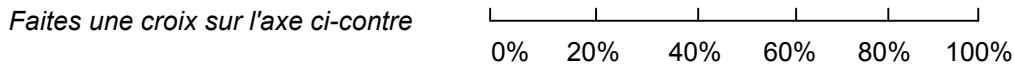
- **Supports de recommandations et d'informations diffusés**
- **Plan de diffusion**
- **Budget prévisionnel**
- **Budget réalisé**
- **Avis du Conseil National du Sida**
- **Avis de l'ANAES**
- **Avis du Conseil Général de l'Isère**
- **Résultat de l'enquête Syndicat des biologistes de l'Isère / ODPS – février/mars 2001 – auprès des laboratoires de l'Isère**
- **Evolution de la file active hospitalière iséroise et des dépistages tardifs**

Questionnaire "Recommandations et informations sur le dépistage VIH"

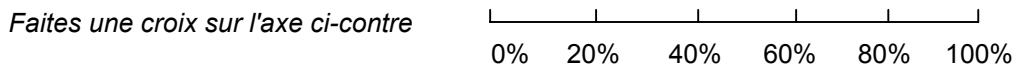
Ce questionnaire anonyme doit être rempli par chaque médecin biologiste ou pharmacien biologiste du laboratoire.

A1 - Vous êtes : 1- médecin 2- pharmacien

A2 - A quelle fréquence recevez-vous des patients pour un dépistage VIH sans prescription ?



A3 - A quelle fréquence rendez-vous les résultats d'un test négatif au patient en main propre ?



A4 - Disposez-vous d'une plage horaire pour le rendu et l'interprétation des résultats ?

1- oui 2- non

A présent, nous allons passer en revue les documents que vous avez reçus :

➤ **Le document de 8 pages "Recommandations et informations pour les pratiques médicales et biologistes de dépistage du VIH en Isère"**

B1 - Avez-vous reçu ce document ?

1- oui 2- non

(si non, vous pouvez le commander à l'ODPS, Centre Départemental de Santé
23 av. Albert 1^{er} de Belgique 38000 Grenoble - Tel./Fax : 04 76 87 83 09)
Fin du questionnaire - Merci de le renvoyer à l'ORS Rhône-Alpes



B2 - Avez-vous lu ce document ?

1- oui, lu en totalité 2- oui, parcouru rapidement 3- non



Pour chacune des affirmations suivantes, cochez si vous êtes d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas d'accord :

	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt pas d'accord	pas du tout d'accord	sans avis
B3 - Les objectifs des recommandations sont décrits explicitement.	1	2	3	4	0
B4 - Les patients auxquels les recommandations doivent s'appliquer sont décrits explicitement.	1	2	3	4	0
B5 - Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	1	2	3	4	0
B6 - Les différentes options pour la prise en charge du patient sont clairement présentées.	1	2	3	4	0
B7 - Les recommandations clés sont facilement identifiables.	1	2	3	4	0
B8 - Les recommandations sont accompagnées d'outils permettant leur application.	1	2	3	4	0

B9 - Quelles sont vos remarques concernant ce document de 8 pages sur les recommandations ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B10 - Avez-vous parlé de ces recommandations avec votre personnel ?

1- oui 2- non

B11 - Avez-vous utilisé ce document pour y chercher une information ?

1- oui, plusieurs fois 2- oui, une fois 3- jamais

Adhèrent-vous aux recommandations?

	oui, tout à fait	oui, mais avec des réserves	pas du tout	sans avis
B12 - Pour le VIH	1	2	3	0
B13 - Pour le VHC	1	2	3	0

Les recommandations sont-elles faciles à mettre en application ?

	oui, tout à fait	oui, plutôt	non, plutôt pas	non, pas du tout	sans avis
B14 - Pour le VIH	1	2	3	4	0
B15 - Pour le VHC	1	2	3	4	0

Pour vous, quels sont les éventuels obstacles et réserves à l'application de ces recommandations ?

B16 - Pour le dépistage du VIH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B17 - Pour le dépistage du VHC

.....

.....

.....

.....

.....

.....

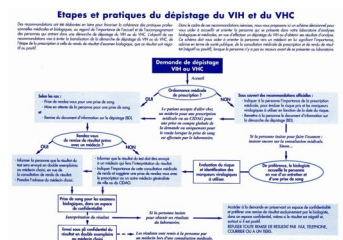
.....

.....

.....

.....

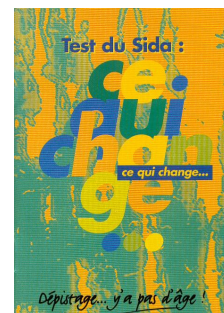
➤ **Le schéma "Etapas et pratiques du dépistage du VIH et du VHC"**



Pour chacune des affirmations suivantes, cochez si vous êtes d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas d'accord :

	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt pas d'accord	pas du tout d'accord	sans avis
C1 - Le schéma est précis et sans ambiguïté	1	2	3	4	0
C2 - Les différentes options pour la prise en charge du patient sont clairement présentées	1	2	3	4	0
C3 - Ce document est une aide à la décision pour moi	1	2	3	4	0

➤ **La brochure "Test du Sida : ce qui change"**



E1 - Remettez-vous une brochure à chaque patient venant pour une sérologie VIH ?

1- systématiquement 2- souvent 3- parfois 4- jamais

E2 - Avez-vous mis ces brochures à disposition du public?

1- oui 2- non

E3 - Si oui, sont-elles lues ?

1- oui 2- non 0- sans avis

E4 - Est-ce que cette brochure vous semble utile pour les patients ?

1- oui, tout à fait 2- oui, plutôt 3- non, plutôt pas 4- non, pas du tout 0- sans avis

E5 - Expliquez :

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

E6 - Quelles ont été les réactions ou les questions des patients sur cette brochure ?

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

F1 - Seriez-vous prêt à participer à des rencontres entre médecins et laboratoires, type "démarche qualité", sur la prescription et le rendu des examens ?

1- oui 2- non

F2 - Si oui, quel niveau d'organisation pour ces réunions vous semble le plus pertinent ?

1- local 2- nord Isère / sud Isère 3- départemental 4- régional 0- sans avis

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire et de bien vouloir le retourner avant le 28 novembre 2002 à l'adresse suivante :

ORS Rhône-Alpes
9 quai Jean Moulin
69001 LYON

Annexe 3 - Réponses aux questions ouvertes

B9 - Quelles sont vos remarques concernant ce document de 8 pages sur les recommandations ?

Méthode d'élaboration :

L'enquête actuelle aurait pu être préalable, ce qui aurait permis une attitude commune et concertée.
Une enquête préalable et une concertation aurait été souhaitable AVANT la publication du document!
Nous aurions dû être consultés avant de recevoir ces recommandations.
Une enquête auprès de tous les biologistes aurait dû être faite avant de publier des recommandations.

Contenu :

Vous ne parlez pas des tests prescrits en systématique pour bilan pré-opératoire ou bilan de début de grossesse.
Vous avez oublié les tests prescrits en systématique pour les opérations ou les grossesses.
Il n'y a pas de notion d'âge du patient. Quelle démarche pour un jeune adulte de moins de 18 ans qui vient à l'insu de ses parents ?
Document certes très bien fait, mais pour certains laboratoires (et notamment le mien), toutes les sérologies VIH demandées sont toujours demandées soit avant intervention chirurgicale, soit dans un bilan prénatal ou prénuptial. Pas de personne à risque.
Dans le secteur géographique où nous sommes, nous ne sommes jusqu'à maintenant pas concernés.
Le document est parfait et correspond exactement à ce que nous essayons de réaliser dans le laboratoire, car il faut souvent beaucoup inciter le patient à consulter un médecin pour une prescription de dépistage HIV/VHC.
En tant que biologiste, tendance à ne lire (et relire) que la partie "laboratoire d'analyse".

Forme :

Document bien fait, clair.
Document clair, didactique, à la lecture facile de par sa présentation.

B16 - Pour vous quels sont les éventuels obstacles et réserves à l'application de ces recommandations?
Pour le dépistage du VIH :

Délai de rendu des résultats

Le rendu du résultat par un médecin induit un délai trop long.
Délai d'attente trop long pour le rendu du résultat si il doit aller chez le médecin de nouveau.
Le rendu des résultats par le médecin impose un délai trop long pour le patient.
Le fait pour le patient de devoir retourner chez son médecin pour avoir son résultat implique un délai supplémentaire qui n'est pas bien perçu par le patient.

Inquiétude des patients

Inquiétude des patients quant à l'absence de résultat, surtout en bilan systématique.
C'est source d'inquiétude pour le patient.
C'est une source d'inquiétude pour le patient.
Le plus souvent il s'agit de femmes enceintes chez qui le refus de résultat génère du stress.

Complexité de la démarche

Plus vous compliquez une démarche pour le patient et moins il s'y soumettra.
La complexité de la démarche médecin-laboratoire-médecin est à mon avis un frein à un dépistage.
Trop complexe.
Beaucoup trop d'étapes.
C'est "lourd".
Différentes étapes trop lourdes avec certains patients.

Habitudes des patients

Les patients sont habitués à prendre leurs résultats.
Les patients veulent leurs résultats.

Droit aux résultats

Le patient a droit à ses résultats.
Le patient a droit à son résultat.
Impossible de refuser de rendre un résultat négatif.

Importance des médecins

Le rendu du résultat uniquement au médecin n'est fait que quand le médecin nous le demande.
Le laboratoire ne peut les appliquer que si les médecins expliquent bien d'abord à leurs patients la manière dont le résultat est rendu.

Motivation, implication des médecins

Je n'ai jamais eu d'ordonnance type de la part des médecins. Ils ne semblent pas adhérer au principe.
Certains médecins ne jouent pas le jeu.
Très peu de médecins jouent le jeu (une seule prescription de ce type!)
Certains médecins ne "jouent" pas le jeu.
La grande majorité des médecins n'est pas prête à se plier aux recommandations de rendu des résultats.
Je n'ai pas encore vu passer une seule ordonnance spécifique "ordonnance médicale de dépistage". Les sérologies restent noyées dans le reste de l'ordonnance et le rendu n'est pas spécifique.
Les prescripteurs ne semblent pas très motivés.
L'obstacle essentiel à la mise en place de ces recommandations importantes reste l'intégration des médecins dans ce système, ils ne semblent pas réellement conscients de l'enjeu.
Les médecins prescripteurs n'utilisent pas les ordonnances envoyées et sont surpris de recevoir les résultats du HIV.
Je n'ai pas encore mis en application les différentes recommandations car, pour l'instant, aucune prescription n'a été présentée.
Le médecin se décharge sur nous.
Pas d'implication des médecins.
Absence de consultations spécifiques pour la remise des résultats par les médecins.
Les médecins n'y adhèrent pratiquement pas.

Temps des médecins

Souvent le médecin a peu de temps à consacrer au patient car trop de monde.

Les médecins ne prennent pas, pour certains, le temps d'expliquer les traitements, les analyses prescrites, ... à leurs patients. Ce sera pareil pour la sérologie VIH. Je pense qu'en cas de négativité, le médecin ne reverra pas le patient. "Médecins débordés".

Les médecins sont-ils prêts à prendre ce temps de travail ?

Nécessite une grande disponibilité pour envisager deux consultations médicales pour un dépistage.

Coût

Le médecin doit refacturer une consultation.

Rôle des biologistes

Un biologiste est tout à fait en mesure d'accueillir un patient à problème (par exemple HIV+) et de l'orienter, de lui expliquer, etc...

Nécessite une grande disponibilité pour envisager deux consultations médicales pour un dépistage alors que le biologiste est à même d'expliquer les facteurs de risque, la prévention, l'interprétation du test.

Le rôle du biologiste doit être primordial dans l'information sur le VIH en général. Il doit remettre le résultat (en priorité). Pourquoi les deux exemplaires au médecin ? Sa disponibilité pour des explications est plus grande.

Je ne suis pas d'accord avec la remise des résultats uniquement par le médecin.

Le rendu des résultats par les biologistes doit être possible.

Le rendu des résultats par les biologistes doit être possible.

Temps des biologistes

La disponibilité et le temps nécessaire.

Le temps.

Nécessité de créer deux dossiers : surcharge de travail.

Résultat négatif banal et très fréquent

La majorité des VIH effectués en pratique libérale entrent dans le cadre de prescriptions banales (grossesse) ou obligatoires. Le taux de positifs est très faible (très inférieur à celui des centres à population très différente). Il me paraît nécessaire de conserver un dépistage libéral souple, même si la prise en charge des patients doit être organisée par des centres agréés (la coopération des structures libérales est souhaitable, elle est actuellement totalement ignorée).

Trois sérologies positives en 10 ans pour les milliers de sérologies pratiquées ! Les tests HIV faisant partie de bilans systématiques, AMP, etc... sont rendus au laboratoire. En cas de positivité, contact bien sûr avec le médecin, contrôles, vérifications...

Chapitre "rôle du biologiste" : le rendu des résultats négatifs doit pouvoir se faire par les biologistes et par courrier (en cas de demande du patient).

En cas de résultat négatif, possibilité de rendu au patient par le biologiste ou par courrier.

Pas de nécessité de deux consultations avec un médecin notamment pour la remise d'un résultat négatif.

Devant le nombre de sérologies demandées, il est difficile de ne pas rendre les résultats négatifs directement au patient, que faire lorsqu'il est positif ou douteux ?

Dépistage systématique

La conduite recommandée pour le rendu du résultat ne peut être applicable que lors d'une exposition au VIH. Cela ne représente que quelques analyses par rapport à toutes les sérologies effectuées à titre systématique (prénatal, prénuptial, préopératoire, AMP...)

Tests prescrits en systématique pour bilan pré-anesthésique, en déclaration de grossesse : ce n'est pas la même situation qu'un sujet à risque.

Tests pour opérations et grossesses : finalité différente de celle des sujets à risque.

Tests sans prescription

Les patients venant directement au laboratoire sans passer par le médecin veulent faire un test VIH sans passer par leur médecin et se passeront de test plutôt que de consulter.

Sérologies devraient être possibles sans prescription médicale.

Sérologies devraient être possibles sans prescription médicale.

Absence de CIDAG sur le secteur.

Pas de CIDAG accessible.

B17 - Pour vous quels sont les éventuels obstacles et réserves à l'application de ces recommandations?
Pour le dépistage du VHC :

Journée de dépistage gratuit en contradiction avec les recommandations

Pourquoi faire si compliqué puis demander de faire une journée de dépistage gratuit !

Ce n'est pas ce qui est suivi lors de la journée de dépistage gratuit!

Pourquoi imposer de telles règles et nous demander ensuite de faire une journée de dépistage gratuit??

En contradiction avec la journée de dépistage gratuit.

Différence entre le dépistage du VIH et du VHC

Pour moi, c'est différent du VIH.

Ne doit-on pas séparer clairement les deux : VIH / VHC ?

Mode de contamination

Cas nombreux de contaminations inexplicables.

La contamination, souvent nosocomiale, ne justifie pas l'appropriation du dépistage par des centres parapublics.

Délai de rendu des résultats

Le rendu du résultat par un médecin induit un délai trop long.

Délai d'attente trop long pour le rendu du résultat si il doit aller chez le médecin de nouveau.

Le rendu des résultats par le médecin impose un délai trop long pour le patient.

Le fait pour le patient de devoir retourner chez son médecin pour avoir son résultat implique un délai supplémentaire qui n'est pas bien perçu par le patient.

Inquiétude des patients

Inquiétude des patients quant à l'absence de résultat, surtout en bilan systématique.

C'est source d'inquiétude pour le patient.

C'est une source d'inquiétude pour le patient.

Complexité de la démarche

Plus vous compliquez une démarche pour le patient et moins il s'y soumettra.

La complexité de la démarche médecin-laboratoire-médecin est à mon avis un frein à un dépistage.

C'est "lourd".

Différentes étapes trop lourdes avec certains patients.

Habitudes des patients

Les patients sont habitués à prendre leurs résultats.

Droit aux résultats

Le patient a droit à ses résultats.

Impossible de refuser de rendre un résultat négatif.

Motivation, implication des médecins

Je n'ai jamais eu d'ordonnance type de la part des médecins. Ils ne semblent pas adhérer au principe.

Certains médecins ne jouent pas le jeu.

Très peu de médecins jouent le jeu (une seule prescription de ce type!).

Certains médecins ne "jouent" pas le jeu.

La grande majorité des médecins n'est pas prête à se plier aux recommandations de rendu des résultats.

Je n'ai pas encore vu passer une seule ordonnance spécifique "ordonnance médicale de dépistage". Les sérologies restent noyées dans le reste de l'ordonnance et le rendu n'est pas spécifique.

Les prescripteurs ne semblent pas très motivés.

Le médecin se décharge sur nous.

Pas d'implication des médecins.

Absence de consultations spécifiques pour la remise des résultats par les médecins.

Les médecins n'y adhèrent pratiquement pas.

Temps des médecins

Les médecins ne prennent pas, pour certains, le temps d'expliquer les traitements, les analyses prescrites, ... à leurs patients. Ce sera pareil pour la sérologie VHC. Je pense qu'en cas de négativité, le médecin ne reverra pas le patient. "Médecins débordés".

Temps des biologistes

La disponibilité et le temps nécessaire.

Le temps.

Nécessité de créer deux dossiers : surcharge de travail

Résultat négatif banal et très fréquent

Chapitre "rôle du biologiste" : le rendu des résultats négatifs doit pouvoir se faire par les biologistes et par courrier (en cas de demande du patient).

En cas de résultat négatif, possibilité de rendu au patient par le biologiste ou par courrier.

Pas de nécessité de deux consultations avec un médecin notamment pour la remise d'un résultat négatif.

Dépistage systématique

Tests prescrits en systématique pour bilan pré-anesthésique, en déclaration de grossesse : ce n'est pas la même situation qu'un sujet à risque.

Tests pour opérations et grossesses : finalité différente de celle des sujets à risque.

C6 - Quelles sont vos remarques concernant ce schéma ?

Pour le dépistage du VIH :

Forme

Un peu trop dense, donc confus.

Bien.

Contenu

Non applicable en pratique quotidienne.

Non applicable en pratique quotidienne.

Non applicable en pratique courante.

Non applicable en pratique quotidienne. C'est toujours un biologiste qui accueille le patient (?). Et les prélèvements transmis ?

Ce schéma concerne surtout les personnes demandant une sérologie dans un contexte de risque, or toutes les sérologies demandées dans notre laboratoire sont soit avant intervention chirurgicale, soit pour bilan prénatal ou prénuptial en dehors de toute période de risque.

Une consultation avec un médecin est suffisante au moment de l'évaluation des risques et de la prescription. Pas de nécessité de consultation pour une remise de résultat négatif.

Nous n'avons pas le temps de consacrer un entretien pour un dépistage.

99% du corps médical n'est pas très concerné par le HIV. Seuls quelques médecins s'occupent véritablement du problème.

Nous n'envoyons qu'un exemplaire au médecin. Nous rendons un exemplaire au patient, jamais par courrier, ni par téléphone, nous reprélevons en cas de positivité. Nous mettons en œuvre les TKS de confirmation adaptés, puis dialogue patient-médecin-biologiste.

L'envoi de deux exemplaires au médecin n'est en pratique jamais réalisé. Le rendu du résultat est fait pas le biologiste en confidentialité. Le médecin traitant est contacté en cas de résultat positif. Jamais de résultat transmis par téléphone ou à une autre personne.

Place de l'ARN ?? (Quelles situations, quels moments ?)

C7 - Quelles sont vos remarques concernant ce schéma ?

Pour le dépistage du VHC :

Forme

Bien.

Contenu

Non applicable en pratique quotidienne. C'est toujours un biologiste qui accueille le patient (?). Et les prélèvements transmis ?

Non applicable en pratique quotidienne.

Non applicable en pratique quotidienne.

Non applicable en pratique courante.

Nous n'avons pas le temps de consacrer un entretien pour un dépistage.

D5 - Expliquez :

Bande dessinée jugée inutile pour le patient :

Bande dessinée inutile si on ne rend pas les résultats par le médecin !
Bande dessinée inutile si le résultat n'est pas rendu par le médecin prescripteur.
Bande dessinée jugée inutile pour le patient car cette façon de procéder est complètement irréalisable. Le biologiste ne sert que de "fabricant" du résultat et n'a pas de rôle en tant que professionnel de santé ?
Non réaliste. Conditions décrites non applicables au quotidien.
Géné par le fait que le résultat doivent être rendu qu'au médecin.
Nous n'appliquons pas cette recommandation de remise de résultat uniquement par le médecin traitant (sauf si celui-ci nous le demande).
Démarche trop lourde : pas de nécessité de revoir un médecin pour la remise d'un résultat négatif.
Le patient veut ses résultats et se moque de la BD.
Les patients veulent leurs résultats.
Personnellement, je n'aime pas le principe des BD dans les problèmes graves.

Bande dessinée jugée utile pour le patient :

La BD est utile car elle replace les différents partenaires médicaux dans la démarche.
Facilite la lecture. Permet également de "dédramatiser", parler plus facilement de toutes les situations.
Document accessible à tous.
Simplicité du document, accessible à tous.
Bien pour les ados.
Ils trouvent des informations.

D6 - Quelles ont été les réactions ou les questions des patients sur cette bande dessinée ?

Patients intéressés

Soit intéressés : ils prennent la BD et la lisent après. Soit pas intéressés : ils ne prennent pas les BD (environ 10% des cas).
Patients intéressés.

Pas de réactions

Peu de réactions en définitive, sauf chez les très rares patients qui se présentent sans ordonnance mais qui continuent à confondre médecin prescripteur et biologiste donc ne voient que difficilement l'intérêt d'une consultation.
Pas de questions, pas de réactions.
Aucune réaction !! Comme souvent.
Aucune question posée, mais les patients les prennent sur la banque et les emmènent.
La bande dessinée est le plus souvent feuilletée pendant l'attente et ensuite abandonnée sans questions!
Les patients en salle d'attente les regardent, au moins rapidement. Pas de commentaires.
La population du laboratoire semble peu concernée compte-tenu de l'implantation géographique.

E5 - Expliquez :

Brochure jugée inutile pour le patient :

La brochure est inutile car elle ne mentionne même pas qu'on peut faire le test de dépistage dans un LABM !!! Elle ne signale pas en dernière page que les biologistes et leur personnel sont également des professionnels de santé et sont capables de réaliser des tests de dépistage.

Il existe des laboratoires privés qui réalisent des sérologies HIV, et pas seulement des centres de dépistage ou des centres de planification.

Les LABM réalisent aussi des tests de dépistage ! Ce n'est pas mentionné !

Brochure jugée utile pour le patient :

Brochure utile, à condition que le recrutement des patients ne soit pas préopératoire ou prénatal.

Brochure utile car les patients sont toujours en manque d'information, et cette plaquette donne différents contacts et différentes informations.

Info pratique, claire et concise.

Information claire et concise. Format bien adapté.

Très claire.

Initiation lisible et à la portée de tous.

Très bon outil pédagogique, brochure très claire pour les gens concernés.

Son contenu est satisfaisant.

Ils trouvent des informations.

Très pratique. Coordonnées de services à joindre en cas de besoin.

Très pratique. Coordonnées de services à joindre en cas de besoin.

Ils ont un document officiel à lire dans l'intimité et surtout le numéro de téléphone anonyme et gratuit.

Elle répond à des questions pas toujours formulées lors du prélèvement.

Il y a des questions difficiles à poser pour lesquelles les patients préfèrent trouver eux-mêmes les réponses. Cela permet également de "déramatiser".

Elles sont à disposition, les patients "intéressés" peuvent "discrètement" avoir accès à une information précise et claire et au numéro sida info (anonyme).

Je remet la brochure à la personne qui se pose des questions et en complément d'une explication en salle de prélèvement. Je n'ai pas de retour d'information des patients ensuite.

La brochure explique succinctement et très clairement le temps de latence nécessaire pour une bonne interprétation du test.

Explications utiles : dates des sérologies à pratiquer après un acte contaminant possible.

Le schéma "quand le faire" est très bien.

E6 - Quelles ont été les réactions ou les questions des patients sur cette brochure ?

Réactions positives

Demandes de précision.

Remarques très positives.

Réactions positives.

Remerciements en général.

Intérêt de la date de réalisation du test par rapport à la date présumée d'une possible contamination.

Brochure claire, explicite, simple. Informations utiles.

Pas de réactions

Les questions se font plus entre patients et médecins, le contact étant plus court avec le biologiste au moment de la prise de sang et moins médical...

Les patients en salle d'attente les regardent, au moins rapidement. Pas de réactions directes.

Très peu de questions, brochure remise avec le résultat au départ du patient.

Pas de commentaires des patients.

Néant. Toutes les brochures, petites et discrètes, ont été emmenées par les patients.

Aucune.

Aucune.

Aucune réactions, mais les brochures sont vite épuisées.

Ils ne les lisent pas dans le laboratoire et ne reviennent pas pour poser des questions.

Peu de réactions car ils se sentent peu concernés.

Grille d'entretien - Etude dépistage VIH

Médecins de ville - généralistes, gynécologues et dermatologues

➤ **Activité du médecin**

Sexe

Spécialité

généralistes : milieu rural/urbain

généralistes : mode d'exercice particulier

Travail à l'hôpital ou en clinique par ailleurs

Année de naissance

Nombre d'années d'exercice

Secteur conventionnel

Cabinet de groupe ou individuel

Nombre moyen de patients vus au cours d'une journée entière de travail

Fréquence de prescription d'une sérologie VIH

Suivi de patients séropositifs, malades du sida, toxicomanes (par injection)

généralistes : Pratique des frottis cervicaux

Participation à un ou plusieurs réseau(x)

➤ **Pratiques de dépistage du VIH**

Cas de prescription d'une sérologie VIH

Abord des questions de prise de risque, prévention

Eléments suggérant une prise de risque

Difficultés du côté des patients pour aborder les questions de prise de risque

Difficultés du côté du médecin pour aborder les questions de prise de risque ou prescrire une sérologie

Comportement des patients (tests régulièrement, tests sans prescription...)

➤ **Le rendu des résultats**

Rendu d'un résultat positif

Rendu d'un résultat négatif

Prévention lors du rendu

➤ **Le VHC**

Différences VHC / VIH

Abord du VHC en même temps que le VIH

➤ **Document de 8 pages "Recommandations et informations pour les pratiques médicales et biologistes de dépistage du VIH en Isère"**

Remarques générales

Utilité

Principales recommandations retenues

Adhésion aux recommandations (VIH)

Eventuels obstacles et réserves à l'application de ces recommandations

➤ **Ordonnances médicales de dépistage**

Remarques générales

Utilité

Remarques sur la mention de bas de page

➤ **Bande dessinée "VIH-SIDA DEPISTAGE" et brochure "Test du Sida : ce qui change"**

Remarques générales

Utilité

Mode de distribution

➤ **Rencontres d'analyse de la pratique**

Participation à des rencontres entre médecins et laboratoires sur prescription et rendu des examens

Niveau d'organisation pertinent

Grille d'entretien - Etude dépistage VIH
Médecins hospitaliers – anesthésistes et gynécologues

➤ **Activité du médecin**

Sexe

Spécialité

Travail à l'extérieur de l'hôpital par ailleurs

Année de naissance

Nombre d'années d'exercice

Fréquence de prescription d'une sérologie VIH

gynécologues : Suivi de patients séropositifs, malades du sida, toxicomanes (par injection)

gynécologues : Participation à un ou plusieurs réseau(x)

➤ **Pratiques de dépistage du VIH**

Cas de prescription d'une sérologie VIH

anesthésiste : procédure de recueil du consentement

Abord des questions de prise de risque, prévention

Eléments suggérant une prise de risque

Difficultés du côté des patients pour aborder les questions de prise de risque

Difficultés du côté du médecin pour aborder les questions de prise de risque ou prescrire une sérologie

Comportement des patients (tests régulièrement, tests sans prescription...)

➤ **Le rendu des résultats**

Rendu d'un résultat positif

Rendu d'un résultat négatif

Prévention lors du rendu

➤ **Le VHC**

Différences VHC / VIH

Abord du VHC en même temps que le VIH

➤ **Document de 8 pages "Recommandations et informations pour les pratiques médicales et biologistes de dépistage du VIH en Isère"**

Remarques générales

Utilité

Principales recommandations retenues

Adhésion aux recommandations (VIH)

Eventuels obstacles et réserves à l'application de ces recommandations

➤ **Ordonnances médicales de dépistage**

Remarques générales

Utilité

Remarques sur la mention de bas de page

➤ **Bande dessinée "VIH-SIDA DEPISTAGE" et brochure "Test du Sida : ce qui change"**

Remarques générales

Utilité

Mode de distribution

Consignes : Inclure **tous** les prélèvements pour sérologie VIH du **lundi 3 mars** jusqu'au **samedi 29 mars**.

Pour chacun,

- notez la date du prélèvement (si le prélèvement n'est pas fait au laboratoire, noter la date d'enregistrement du prélèvement)
- notez le numéro de la sérologie
- mettez une croix dans le tableau pour les informations relatives à la prescription et au mode de rendu du résultat du test.
(si le résultat est rendu à la fois au médecin et au patient, cochez les 2 cases correspondantes)

ATTENTION : Pour les tests prélevés à la fin du mois de mars, attendre de pouvoir préciser le mode de rendu avant de renvoyer les tableaux à l'ORS.

Date du prélèvement																			
Numéro de la sérologie VIH																			
PRESCRIPTION du test	AVEC prescription																		
	SANS prescription, AVEC nom de médecin																		
	SANS prescription, SANS nom de médecin																		
RENDU du résultat	adressé au médecin																		
	remis en main propre au patient																		
	adressé par la poste au patient																		
	rendu par téléphone au patient																		
	rendu à un tiers																		

Annexe 6

Enquête O.D.P.S. **Syndicat des Biologistes de l'Isère** *(février et mars 2001)*

Répondants : 26 laboratoires d'analyses (environ 40% de réponses)

Nombre de tests pour la période février et mars 2001 : 2036

Sur prescription médicale : 1934 (95%)

Hors prescription médicale : 102 (5%)

<u>Rendu du résultat</u>	Tests prescrits	Tests non prescrits	Total
Résultat adressé à un médecin	30 (1,55%)	2 (1,96%)	32 (1,57%)
Résultat remis en main propre	1613 (83,40%)	91 (89,22%)	1704 (83,7%)
Résultat adressé par la poste	256 (13,24%)	9 (8,82%)	265 (13,01%)
Résultat rendu à un tiers	35 (1,81%)	0	35 (1,72%)
Résultat rendu par téléphone	/	/	/