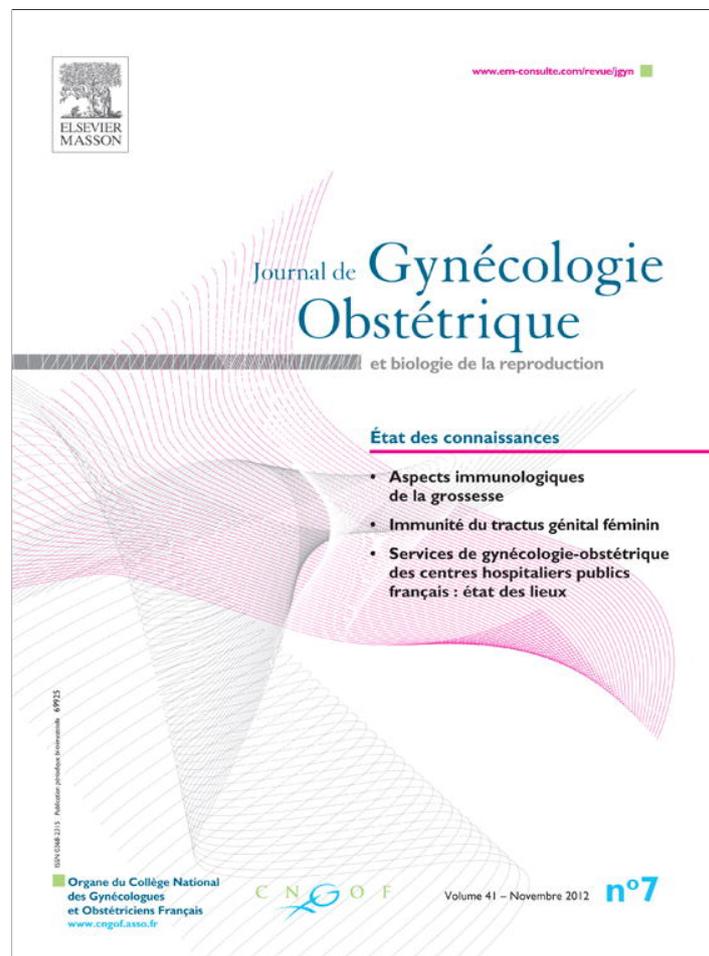


Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Identification des freins à la prescription du test de dépistage de l'infection au VIH par les sages-femmes et médecins en Guadeloupe

Identification of barriers to routine HIV testing prescription by midwives and doctors in Guadeloupe

L. Beyssac^a, P. Kadhel^{a,*}, M.-T. Goerger-Sow^c, E. Janky^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, pôle mère-enfants, centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre/Abymes, route de Chauvel, BP 465, 97159 Pointe-à-Pitre cedex, France

^b Institut national de la recherche médicale (Inserm) U1085 (IRSET), faculté de médecine, campus de Fouillole, BP 145, 97154 Pointe-à-Pitre, France

^c Coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH), centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre/Abymes, BP 465, 97159 Pointe-à-Pitre cedex, France

Reçu le 2 mai 2012 ; avis du comité de lecture le 12 août 2012 ; définitivement accepté le 17 août 2012

Disponible sur Internet le 2 octobre 2012

MOTS CLÉS

VIH ;
 Dépistage ;
 Étude de pratique ;
 Guadeloupe

Résumé

Objectif. – La Guadeloupe est le second département français pour le diagnostic et la prévalence de l'infection par le VIH et du SIDA. La Haute Autorité de santé a émis en 2009 des recommandations pour un dépistage du VIH plus systématique. L'objectif de cette étude est d'identifier les freins à la prescription du dépistage conformément à ces recommandations.

Population et méthodes. – Les informations ont été recueillies au moyen d'un questionnaire soumis à des médecins et sages-femmes tirés au sort.

Résultats. – Sur 285 prescripteurs tirés au sort, 67 sages-femmes et 40 médecins ont participé entre août et décembre 2010. Les principaux freins à la prescription du dépistage étaient : une consultation pour un autre motif, le patient ou son mode de vie sont connus et enfin, l'absence de symptôme d'infection VIH. Certaines caractéristiques du patient plus facilement dépisté ne correspondaient pas à celles des patients nouvellement diagnostiqués en Guadeloupe. La connaissance des nouvelles recommandations paraissait insuffisante quantitativement et qualitativement.

Conclusion. – L'implémentation des nouvelles recommandations de dépistage devrait réaffirmer son caractère systématique et annuel pour toute la population. Elle devrait aussi insister sur la distinction entre le dépistage du VIH et le diagnostic d'un patient symptomatique.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.kadhel@orange.fr (P. Kadhel).

KEYWORDS

HIV;
Testing;
Practice study;
Guadeloupe

Summary

Objectives. – Guadeloupe is the second highest French area for diagnosis and prevalence of HIV infection and AIDS. In October 2009, the French High Health Authority has published guidelines for a more systematic HIV screening. The goal of this study is to identify the limitations in HIV testing prescription by the Guadeloupean prescribers according to these new recommendations.

Materials and methods. – Data were collected with a questionnaire submitted to physicians and midwives after random selection.

Results. – Among 285 randomly selected prescribers, 67 midwives and 40 physicians participated from August to December 2010. The main limitations to HIV testing prescription were: a consultation for another purpose, patient or his life style were known, and lack of HIV infection symptoms. Some characteristics of more easily screened patient did not match with those who had been newly diagnosed in Guadeloupe. Finally, both quantitative and qualitative knowledge of these new recommendations was insufficient.

Conclusion. – Implementation of these new testing recommendations should give emphasis to the systematic and annual nature of HIV testing for whole population. It should also insist on distinction between HIV testing and diagnosis of a symptomatic patient.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

À l'échelle planétaire, fin 2010, on estimait la prévalence de l'infection au VIH à 34 millions de personnes, à 2,7 millions le nombre de nouveaux cas diagnostiqués et la mortalité à 1,8 million de décès [1]. La Caraïbe représentait la seconde zone géographique de prévalence de l'infection au VIH après l'Afrique subsaharienne, avec 200 000 adultes et enfants de la Caraïbe porteurs du virus, soit 0,9% de la population [1]. Parmi eux, 12 000 avaient été contaminés durant l'année [1].

Au cours de cette même année 2010, le nombre de découvertes de séropositivité en France était de 6265, ce qui correspond à un taux de 97 cas par millions d'habitants pour l'ensemble de la population Française [2]. En Guadeloupe, ce taux de découverte de séropositivité par millions d'habitants en 2010 était de 517. Cela correspond au second rang des départements français derrière la Guyane et devant l'Île-de-France qui avaient respectivement des taux de 1124 et 235 [2]. Ces nouveaux cas, en Guadeloupe mais aussi en Guyane, sont diagnostiqués à un stade plus tardif de l'infection comparé à d'autres régions françaises [2].

Face à ce problème de santé publique, en association avec la prévention, le dépistage des patients infectés par le VIH représente une priorité. Le nombre de tests réalisés en France était de 4,98 millions soit une moyenne de 77 pour 1000 habitants. En Guadeloupe, ce nombre était de 164, de 168 en Guyane et de 134 en Martinique [2]. Cette activité globale de dépistage inclue les tests répétés laissant supposer que le nombre de nouveaux séropositifs est plus faible que le nombre de tests positifs.

La Haute Autorité de santé (HAS) a émis en octobre 2008 des recommandations sur les modalités de réalisation des tests de dépistage s'attachant surtout à indiquer les aspects techniques de ce dépistage [3]. En octobre 2009, cette même HAS a émis de nouvelles recommandations sur la stratégie et les dispositifs de dépistage. Celles-ci indiquaient notamment que les habitants des départements français d'Amérique et les personnes

originaires de la Caraïbe devaient bénéficier d'un dépistage annuel [4]. Ces recommandations contribuent de façon majeure à l'évolution vers une démarche active des soignants quant à la proposition du dépistage de l'infection VIH. L'objectif de notre étude était d'évaluer le niveau de connaissance de ces recommandations de 2009 et d'identifier les freins à la prescription du dépistage du VIH par les prescripteurs guadeloupéens.

Population et méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle entre le 15 août et le 31 décembre 2010 sur les quatre îles les plus peuplées de l'archipel Guadeloupéen (Grande-terre, Basse-Terre, St Martin, Marie-Galante). La population d'étude était représentée par les médecins et sages-femmes. Étaient inclus les spécialistes et les généralistes qui exerçaient aussi bien à l'hôpital public, en clinique, en libéral et en protection maternelle et infantile (PMI). Cette population était estimée à près de 1000 médecins et 200 sages-femmes. Deux sources ont été utilisées. D'une part, la liste des sages-femmes exerçant en Guadeloupe, communiquée par l'ordre des sages-femmes départemental. D'autre part, la liste des médecins de Guadeloupe retrouvée sur le site annumed [5] (notre demande officielle de la liste des médecins exerçant en Guadeloupe ayant été refusée par le conseil départemental de l'ordre des médecins).

Des effectifs de 110 sages-femmes et 175 médecins ont été tirés au sort à partir de ces listes afin d'obtenir un échantillon représentatif des prescripteurs. Ces nombres d'individus ont été calculés afin d'obtenir un intervalle de confiance de $\pm 7,5\%$ pour une proportion observée de 50% dans chacune de ces populations. Le pourcentage de non répondants a été estimé à 20%. Un courrier de demande de participation leur était alors adressé. Ceux qui acceptaient étaient ensuite contactés, soit par télécopie, téléphone ou par

entretien, à leur convenance. S'ils acceptaient de participer à l'étude, un questionnaire leur était soumis. Les informations sur les prescripteurs étaient : le sexe, l'âge, le secteur d'activité.

La difficulté à prescrire le test de dépistage du VIH a été évaluée au moyen d'une liste d'items de situations susceptibles de rendre difficile cette prescription. Cette liste était la suivante : « si la personne n'a aucun signe clinique » ; « si la personne vient vous voir pour autre chose » ; « si la personne est de votre entourage ou une connaissance » ; « si vous suivez la personne depuis longtemps » ; « si la personne vient avec son/sa partenaire » ; « si la personne vient pour une contraception » ; « si la personne vient pour une IVG » ; « si vous pensez que la personne n'a pas pris de risques » ; « par peur de reproches par la sécurité sociale » ; « à cause du temps à passer à expliquer le test et sa nécessité » ; « à cause de la difficulté à rendre un résultat de test positif » ; « par difficulté à avoir un contact avec un spécialiste ». Pour chaque item, il était demandé de répondre par « oui » ou par « non ».

La seconde partie du questionnaire visait à déterminer le profil du patient plus facilement et difficilement dépisté, un choix était proposé sur les caractéristiques des patients. Cette liste intégrait : l'âge (inférieur à 20 ans, entre 20 et 29 ans, entre 30 et 39 ans, entre 40 et 49 ans, supérieur à 50 ans), le sexe (homme, femme), le nombre d'enfants (0, 1 ou plus), le statut matrimonial (célibataire, marié, veuf, PACS, concubinage, divorcé, ne se prononce pas (NSP), le nombre de partenaires (unique, multiple, NSP), l'orientation sexuelle (homosexuel, hétérosexuel, bisexuel, NSP), l'existence d'une addiction (alcool, toxicomanie intraveineuse, autre drogue, aucune addiction, NSP), le lieu de naissance (Guadeloupe, Caraïbes hors Guadeloupe, métropole, autres, NSP), la couverture sociale (oui, non, NSP). Pour chaque caractéristique, l'item qui avait le pourcentage le plus élevé était retenu pour dresser ces profils facilement ou difficilement dépistés. Ces profils étaient établis pour les médecins d'une part, et les sages-femmes d'autre part.

Enfin, il était demandé au prescripteur s'il était informé que : de nouvelles recommandations sur le dépistage VIH avaient été émises et qu'en tant que population à risque, les personnes originaires ou vivant dans la caraïbe, devaient se voir proposer un dépistage annuel. La connaissance d'une structure où adresser les personnes dont le test était positif était aussi recherchée.

Le logiciel Epi Info version 3.3.2a a été utilisé pour le recueil des données. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel SPSS version 17.0 (IBM™). Les résultats sont présentés avec leur intervalle de confiance à 95%.

La participation à cette étude s'est faite de manière volontaire. L'anonymat des professionnels participants était garanti. En effet, aucune information n'a été recueillie de façon nominative. Le questionnaire a été testé au préalable sur un échantillon de médecins et de sages-femmes, et adapté en conséquence.

L'accord du Comité consultatif pour la protection de la personne en recherche biomédicale (CPPRB) n'était pas requis dans cette étude. Aucune autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'était nécessaire.

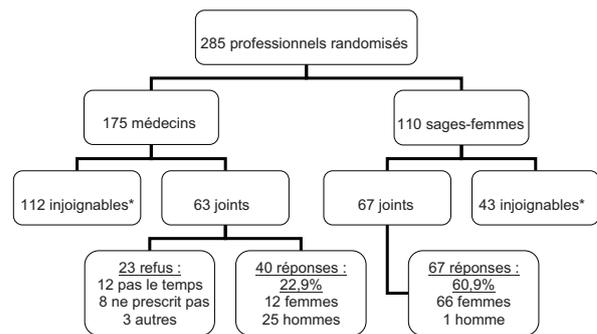


Figure 1 Organigramme de l'évolution de l'effectif des professionnels participants à l'étude. *: les raisons pour lesquelles certains professionnels n'ont pas pu être contactés sont le décès de celui-ci ou les coordonnées indisponibles ou erronées malgré les recherches entreprises.

Diagram showing the flow of the number of professionals involved in the study. *: some professionals could not be contacted for the following reasons: death; uncorrected or unavailable contact information despite the research conducted.

Résultats

Sur les 285 prescripteurs tirés au sort, 40 médecins et 67 sages-femmes se sont portés volontaires pour participer à notre étude. La Fig. 1 présente le diagramme d'évolution de l'effectif à partir des prescripteurs tirés au sort. Aucun médecin n'avait moins de 30 ans, 47,4% avaient entre 30 et 50 ans et 52,6% avaient plus de 50 ans. Chez les sages-femmes, ces pourcentages étaient respectivement de 25,4%, 52,2% et 22,4%. La répartition des médecins en fonction de leur d'activité était la suivante : 58% de généralistes, 37% de spécialistes dont 3% de gynéco-obstétriciens et 5% non précisés.

À partir du questionnaire, les items relatifs à la difficulté à prescrire le test du dépistage du VIH ont été classés en fonction des pourcentages recueillis. Ce classement est présenté dans le Tableau 1.

Pour les médecins comme pour les sages-femmes, les réponses ont été ordonnées de la plus fréquente à la moins fréquente. Ainsi, pour les médecins, les trois premières causes de difficulté à prescrire le dépistage du VIH étaient la consultation pour un autre motif, le patient connu ou membre de l'entourage du médecin et enfin, le patient asymptomatique pour le VIH. Pour les sages-femmes, ces motifs étaient tout d'abord la présence du ou de la partenaire puis la consultation pour un autre motif et enfin l'absence de notion de prise de risque.

Les réponses à la seconde partie du questionnaire permettaient de déterminer le profil du patient, soit facilement, soit difficilement dépisté. Pour cela, l'item le plus fréquemment retrouvé pour chaque caractéristique a été retenu comme caractéristique de chaque profil. Ainsi, pour les médecins, le patient facilement dépisté était :

- entre 20 et 39 ans (57,5% [42,2 ; 72,8]) ;
- de sexe indifférent (71,9% [58,0 ; 85,8]) ;
- de statut matrimonial indifférent (47,5% [32,0 ; 63,0]) ;
- sans enfants (37,5% [22,5 ; 52,5]) ;
- multipartenaire (65% [50,2 ; 79,8]) ;

Tableau 1 Réponses sur les difficultés à prescrire le dépistage du VIH, en pourcentages.
Answers about difficulties to prescribe HIV testing in percentages.

	Médecins n = 40	Sages-femmes n = 67
Pas de prise de risque	12,1% [2,0; 22,2]	13,6% [5,4; 21,8]
Consultation pour un autre motif	41% [25,8; 56,2]	16,9% [7,9; 25,9]
Patient connu ou de l'entourage	26,3% [12,7; 39,9]	12,3% [4,4; 20,2]
Patient suivi depuis longtemps	5,4% [0,0; 12,4]	6,2% [0,4; 12,0]
Présence du/de la partenaire	18,4% [6,4; 30,4]	27,7% [17,0; 38,4]
Vient pour une contraception	3,3% [0,0; 8,8]	11,7% [4,0; 19,4]
Vient pour une IVG	10,3% [0,9; 19,7]	5,9% [0,3; 11,5]
Patient asymptomatique pour le VIH	23,1% [10,0; 36,2]	3,1% [0,0; 7,3]
Par crainte de reproches de la sécurité sociale	0% [0,0; 0,0]	0% [0,0; 0,0]
Temps d'explication du test et sa nécessité	5,3% [0,0; 12,2]	0% [0,0; 0,0]
Rendu d'un résultat de test positif	7,9% [0,0; 16,3]	7,7% [1,3; 14,1]
Difficulté de contacter un spécialiste	0% [0,0; 0,0]	3,1% [0,0; 7,3]

- hétérosexuel (32,5% [18,0; 47,0]) ou d'orientation sexuelle indifférenciée (32,5% [18,0; 47,0]);
- né en Guadeloupe (47,5% [32,0; 63,0]);
- assuré social (45% [29,6; 60,4]);
- avait une addiction (47,5% [32,0; 63,0]) (alcool, toxicomanie IV ou autre drogue).

Pour les sages-femmes, ce profil différait légèrement. Il correspondait :

- à une femme (85,5% [77,1; 93,9]);
- de 20 à 29 ans (82,1% [72,9; 91,3]);
 - célibataire (70,1% [59,1; 81,1]),
 - avec au moins un enfant (64,2% [52,7; 75,7]),
 - multipartenaire (85,1% [76,6; 93,6]),
 - hétérosexuelle (35,7% [24,2; 47,2]),
 - toxicomane par voie intraveineuse (79,1% [69,4; 88,8]),
 - née en Guadeloupe (65,7% [54,3; 77,1]),
 - assurée social (59,7% [48,0; 71,4]).

En ce qui concerne le profil du patient dépisté plus difficilement, pour les médecins :

- il s'agissait d'une femme (73,3% [59,6; 87,0]);
- de plus de 50 ans (42,5% [27,2; 57,8]);
- née en Guadeloupe (17,5% [5,7; 29,3]);

- et avait au moins un enfant (15% [3,9; 26,1]).

Son statut matrimonial était indifférencié (35% [20,2; 49,8]), de même que le nombre de partenaires (32,5% [18,0; 47,0]), l'orientation sexuelle (35% [20,2; 49,8]), la présence d'addiction (35% [20,2; 49,8]), et la présence d'une assurance sociale (27,5% [13,7; 41,3]).

Pour les sages-femmes :

- il s'agissait d'un homme (78,7% [68,9; 88,5]);
- de plus de 50 ans (65,7% [54,3; 77,1]);
- marié (58,2% [46,4; 70,0]);
- avec au moins un enfant (53,7% [41,8; 65,6]);
- et qui n'avait qu'une partenaire (62,1% [50,5; 73,7]).

La réponse était indifférenciée pour les addictions (58,2% [46,4; 70,0]), le département de naissance (55,2% [43,3; 67,1]) et la présence ou l'absence d'une assurance sociale (65,7% [54,3; 77,1]).

Le **Tableau 2** présente l'évaluation des connaissances concernant les recommandations de l'HAS 2009 et l'orientation des patients séropositifs dépistés.

Discussion

À notre connaissance, aucune étude n'a déjà évalué la diffusion des recommandations de 2009 de l'HAS sur le

Tableau 2 Évaluation des connaissances des recommandations de l'HAS de 2009 et orientation des patients séropositifs dépistés.
Assessment of knowledge on the 2009 HAS recommendations, and on the handing of new HIV positive screened patients.

	Médecins	Sages-femmes
Connaissance de l'existence des recommandations sur le dépistage de l'infection par le VIH	55,3% [39,9; 70,7] (21/38)	45,5% [33,6; 57,4] (36/66)
Connaissance de la recommandation de dépistage annuel pour les originaires et habitants de la Caraïbe	25,6% [12,1; 39,1] (10/39)	25,8% [15,3; 36,3] (17/66)
Connaissance de spécialistes et/ou structures vers lesquels orienter un nouveau patient séropositif	95% [88,2; 100,0] (38/40)	98,5% [95,6; 100,0] (66/67)

dépistage du VIH de façon prospective, en France métropolitaine comme en Guadeloupe. La pratique des médecins sur la prescription du dépistage a déjà été évaluée a posteriori à maintes reprises notamment par le Conseil national du sida (CNS) [6]. «Le baromètre santé médecin généraliste» a réalisé en 2009 une enquête sur les pratiques et sur les opinions d'un échantillon de médecins généralistes [7]. Cette enquête indique notamment que les médecins généralistes, bien que sensibilisés à la problématique du VIH, restent dans un rôle de réponse à une demande. Elle met aussi en avant l'hétérogénéité de l'échantillon en définissant des groupes de répondants en fonction de leur engagement quant à la démarche de médecine préventive. Cependant, cette enquête laisse penser qu'à l'aide d'un argumentaire clair visant tant la population générale que les professionnels de santé, ces derniers sont prêts à adapter leurs pratiques et à prendre une part plus active dans la lutte contre le VIH [7]. Cette enquête évaluait aussi les freins à l'utilisation du test de dépistage rapide par les praticiens, en restant sur des aspects techniques. Ainsi, en amont de sa mise à disposition, les principaux freins identifiés à l'utilisation du test de diagnostic rapide étaient le manque de formation et le risque d'erreur [7].

En revanche, nous n'avons pas retrouvé d'évaluation a priori (c'est-à-dire avant ou précocement après la publication des recommandations et sans attendre la réalisation complète de toute campagne d'implémentation) comme nous l'avons fait dans notre étude par la recherche des freins ainsi que des facteurs favorisant la prescription de ce dépistage.

Notre étude a montré que le frein de premier ordre à la prescription du dépistage était la consultation pour un autre motif (Tableau 1). À ce frein principal, on peut associer des freins de second ordre représentés par la consultation pour une IVG, pour une contraception ainsi que l'absence de prise de risque. La connaissance du patient, de son mode de vie supposé et la présence d'un accompagnant constituaient des freins supplémentaires évoqués par les médecins comme les sages-femmes. Cette notion globale d'un autre motif de consultation et d'un contexte lié à la connaissance du patient s'oppose au caractère systématique du dépistage voulu par la recommandation. Le frein de troisième ordre est, chez les médecins à 23,1%, l'absence de signes de l'infection par le VIH. Cela sous-entend que pour 23,1% des médecins ayant participé, le dépistage doit se faire soit au stade SIDA, soit au stade où l'on observe des infections opportunistes et des maladies imputables à la présence du VIH. Ce frein va à l'encontre de la notion même de dépistage qui cherche à mettre en évidence la maladie au stade asymptomatique permettant une prise en charge plus précoce. Il apparaît donc important de faire disparaître cette confusion entre SIDA maladie et infection par le VIH, de façon à débiter le suivi et le traitement à un stade le plus précoce possible. En effet, le retard à la prise en charge, défini comme un diagnostic d'infection au stade SIDA et/ou à un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à $200/\text{mm}^3$, augmente la morbi-mortalité comme le montrent les données de la *French Hospital Database on HIV* (FHDH) [8]. Il a été mis en évidence que le risque relatif de décès associé à une prise en charge tardive était de 13,2 pendant les six premiers mois après l'inclusion et restait significativement supérieur

à un pendant les quatre premières années après la prise en charge [8].

Cette donnée est importante pour le département de la Guadeloupe où l'on sait que, comparée à la France métropolitaine, les patients sont diagnostiqués un peu plus souvent au stade de maladie symptomatique. En effet, parmi les nouveaux cas d'infection par le VIH en Guadeloupe, en 2006, 58,7% des patients étaient asymptomatiques, 14,5% étaient symptomatiques non sida, 13% étaient au stade sida, 12,9% étaient au stade primo-infection et le stade clinique n'était pas renseigné. En France, sur la même période, ces pourcentages étaient respectivement de 52%, 12%, 14% et de 22% [9].

Le rapport sur les nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués en Guadeloupe est produit par l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG) [10]. Il nous a permis de faire une comparaison avec les profils établis à partir des réponses de notre population de prescripteurs. Cette comparaison a pu être établie que sur les items relatifs à l'âge, au sexe, le lieu de naissance et à l'orientation sexuelle [10]. En données cumulées, entre 2003 et 2009, sur les nouvelles séropositivités VIH en Guadeloupe, on retrouvait quasiment autant d'hommes que de femmes. La tranche d'âge des 30–49 ans était la plus représentée avec 57,1%, avec un sex-ratio proche de 1 [10]. Les 20 à 29 ans représentent 16,9% avec un sexe-ratio proche d'un homme pour deux femmes [10]. Les 50 à 59 ans représentent 15,2% avec un sex-ratio inverse de la tranche d'âge précédente soit près d'une femme pour deux hommes. Les autres tranches d'âges ne dépassent pas les 5% [10]. Ces patients étaient à 42% de nationalité française et à 57% étrangères et notamment haïtiennes [10]. Ces nouvelles séropositivités concernaient à 89% des hétérosexuels, à 9,5% des homosexuels ou bisexuels et à 1,4% des usagers de drogue ou une transmission mère-enfant [10].

Sur ces trois caractéristiques pour lesquelles une comparaison pouvait être faite, le profil que nous avons établi du patient facilement diagnostiqué s'éloigne peu de celui des nouveaux cas de séropositivité retrouvé en Guadeloupe. On notera cependant la différence concernant l'âge, les nouveaux cas de séropositivité étant globalement plus âgés que ceux facilement dépistés par les médecins. Concernant les sages-femmes qui par définition, sont quasi exclusivement prescripteurs d'une population féminine, il est possible que le profil du patient facilement diagnostiqué soit le reflet de la population la plus fréquemment prise en charge. Là aussi, on notera une différence liée à l'âge. Ainsi, malgré un sex-ratio de deux femmes pour un homme pour les 20 à 29 ans, le pourcentage des nouvelles séropositivités chez les 30 à 39 ans et 40 à 49 ans reste plus important. Le point de la nationalité permet de constater que même si la population étrangère contribue de façon importante aux nouveaux cas diagnostiqués en Guadeloupe [10], cela n'est pas nature à définir un élément de facilitation de la prescription du dépistage pour nos prescripteurs.

En ce qui concerne le patient plus difficilement dépisté, les médecins avaient une plus grande difficulté à prescrire ce dépistage aux femmes, et les sages-femmes aux hommes. Cela est en désaccord avec l'équivalence homme–femme retrouvée dans la population des nouveaux séropositifs de Guadeloupe [10]. De même pour les deux groupes de

prescripteurs, il était plus difficile de prescrire lorsque le patient avait plus de 50 ans. Or, parmi les nouveaux séropositifs, il y avait 23,2% de plus de 50 ans, ce pourcentage atteignait 28,8% si on se limite aux femmes [10]. On peut donc conclure de l'importance de ne pas négliger la promotion du dépistage dans cette tranche de la population dans laquelle un quart de nouveau cas est retrouvé.

Ces résultats tendent à démontrer que l'orientation donnée au dépistage par les prescripteurs s'éloigne peu de la réalité de la population atteinte, mais restent marqués par des a priori liés à l'âge et au sexe du patient dans une moindre mesure. Cela souligne l'importance et l'intérêt de notre démarche dite, a priori, dans l'objectif d'augmenter l'efficacité des campagnes d'implémentation de ces recommandations, notamment sur cette question de l'âge de prescription du dépistage.

L'autre volet de notre étude était l'évaluation de la connaissance des recommandations de 2009, plaçant les habitants et les personnes originaires de la Caraïbe dans la population à risque devant bénéficier d'une proposition de dépistage annuelle de l'infection au VIH [4]. Nos résultats (Tableau 2) montrent que la connaissance de l'existence de ces recommandations est limitée à la moitié de la population des prescripteurs et qu'un quart seulement connaît le caractère annuel du dépistage préconisé dans ces recommandations. Cela laisse donc un grand espace à toute démarche d'implémentation de ces dernières. La succession des recommandations représente autant d'occasions de répéter les messages de bonne pratique. En Guadeloupe, les recommandations de 2009 ont bénéficié d'une diffusion médicale générale par courriel ; d'une campagne ciblant les médecins de PMI, de médecine du travail et des centres hospitaliers ; de la constitution d'un groupe de médecins référents et de maîtres de stage ; sans oublier une information grand public via la radio, la télévision. Cependant, nous faisons aussi l'hypothèse que le rythme de parution de ces recommandations (2008, 2009, 2010) pourrait limiter la connaissance et l'application de celles-ci en multipliant la diversité des messages, pouvant réduire ainsi la portée de chacun d'eux.

Notre méthodologie de recrutement des prescripteurs avait pour objectif d'être représentative de la population des prescripteurs en Guadeloupe. Ce but peut être considéré comme atteint pour la population de sages-femmes. Le bilan apparaît plus mitigé pour la population des médecins. En effet, leur faible taux de participation n'est pas sans conséquence sur la validité externe de cette étude, aussi bien au niveau de la Guadeloupe que national. Les données démographiques de la population médicale en Guadeloupe [11] permettent de constater qu'il y avait 1,3 à 1,7 fois plus de femmes dans notre population de médecins répondants, ce qui représente un autre biais de recrutement. À cela, il faut ajouter les difficultés pour les médecins à participer à ce type d'enquête de santé publique [12]. Par ailleurs, sur le sujet plus précis du dépistage du VIH, il a été montré que les médecins eux-mêmes ne se font pas dépister [13]. En partant de ces constatations, le taux de participation des médecins à notre enquête pourrait traduire un manque d'intérêt porté au dépistage et aux démarches de prévention en général [7]. En conséquence, nos résultats seraient le reflet de la population des praticiens les plus sensibilisés à cette

problématique et donc les plus favorables à un dépistage généralisé [7]. Les résultats, en particulier sur la connaissance des recommandations, pourraient probablement être moins bons sur un échantillon plus large de praticiens.

Notre étude a l'avantage d'apporter des informations sur la population des prescripteurs en se limitant à ceux de la région Guadeloupe. Ce caractère de proximité est probablement de nature à permettre une adéquation des mesures d'implémentation que ne permettrait pas forcément une enquête nationale [13]. La connaissance de ces freins au plan local mais aussi par secteur d'activité professionnel, apparaît comme un élément majeur dans l'optique d'un développement d'un dépistage de routine de l'infection par le VIH [13]. Avec la baisse de la transmission mère-enfant par un dépistage VIH et la prise en charge au cours de la grossesse, les résultats obtenus en obstétrique sont une bonne illustration de l'intérêt de recommandations et d'implémentation adapté à l'activité des professionnels.

Conclusion

Notre étude montre que les connaissances concernant les recommandations sur le dépistage du VIH en Guadeloupe sont insuffisantes qualitativement et quantitativement. De nouvelles campagnes d'information ciblant les prescripteurs sont donc nécessaires. Cette démarche d'implémentation pourrait prendre en compte les freins mis en évidence dans notre étude. Elle devrait donc rappeler l'importance du caractère systématique du dépistage et lever l'ambiguïté entre dépistage d'un patient asymptomatique et le diagnostic d'un patient symptomatique. Les recommandations de 2009 plaçaient les Caribéens dans la population cible justifiant un dépistage annuel. Les freins que nous avons identifiés pour l'application de ces recommandations restent valables pour le plan VIH/SIDA 2010–2014 [14], dans la mesure où ces dernières recommandations font en outre, disparaître la notion de population cible.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Financement : l'étude a été financée par la Coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) de Guadeloupe.

Remerciements

Nous tenons à remercier M. Tressières Benoît (CIE 802) pour son aide à l'analyse statistique, Mme Soter Valérie, Mme Brissac Murielle, le personnel du service de la maternité du CHU de Pointe-à-Pitre ainsi que les participants à l'étude.

Références

- [1] ONUSIDA, Rapport ONUSIDA 2011. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/events/aidsday/2011/report.shtml> Consulté le 17 juillet 2012.
- [2] Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F, Bousquet V, Pinget R, et al. Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. BEH 2010;43-44:446-54 [Consulté le 17 juillet

- 2012] <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-43-44-2011>
- [3] Haute Autorité de santé (HAS). Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalités de réalisation des tests de dépistage. 2008. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_-_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage_2008-10-22_11-55-8_316.pdf. Consulté le 15 mai 2010.
- [4] Haute Autorité de santé (HAS). Dépistage de l'infection par le VIH en France - stratégie et dispositifs de dépistage. 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf. Consulté le 15 mai 2010.
- [5] Annumed. Département de la Guadeloupe. Disponible sur : http://www.annumed.fr/medecin_recherche.html. Consulté le 11 juillet 2010.
- [6] Conseil National du SIDA (CNS). Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. 2006. Disponible sur : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2006-11-16_rap_fr_depistage.pdf. Consulté le 23 novembre 2010.
- [7] Lert F, Lydié N, Richard JB. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques? In: Baromètre santé médecin généraliste 2009. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé; 2011, p. 137–157.
- [8] Mary-Krause M, Fichou J, Lanoy E, Lièvre L, Costagliola D, Groupe d'épidémiologie clinique de l'ANRS CO4 FHDH. L'infection à VIH après 10 ans de traitements antirétroviraux actifs dans la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH, ANRS CO4 FHDH. BEH 2007;46–47:394–7.
- [9] Lot F, Cazein F, Pillonel J, Pinget R, David D, Leclerc M, et al. Surveillance de l'infection à VIH/SIDA en France, 2006. BEH 2007;46–47:386–93.
- [10] Observatoire régional de la santé en Guadeloupe. ORSAG. 2003-2009 Disponible sur : <http://www.orsag.org/index.php/?q=vih>. Consulté le 17 juillet 2012.
- [11] Préfecture de la région Guadeloupe. Rapport du comité régional de l'observatoire des démographies de professions de santé de la région Guadeloupe, 2006-2007. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_regional_guadeloupe97-1_24_nov_2008.pdf. Consulté le 27 juillet 2011.
- [12] Cogneau J, Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B, et al. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique. Sante Publique 2002;14:191–9, <http://dx.doi.org/10.3917/spub.022.0191>.
- [13] Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS 2007;21:1617–24.
- [14] Ministère de la santé et des sports. Axe 2: dépistage. In: Plan VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la santé; 2010 [p. 35–46. Consulté le 17 juillet 2011] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf.