

Epidémie de VIH/sida: activités préventives des médecins de premier recours en Suisse

G. Meystre-Agustoni, A. Jeannin, F. Dubois-Arber

Sur mandat de l'OFSP, pour la troisième fois depuis 1990, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne a entrepris de documenter l'engagement des médecins suisses de premier recours installés en pratique privée en matière de prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Réalisée en 2002, la dernière évaluation en date met en évidence une amélioration en ce qui concerne l'analyse du risque d'exposition au VIH des patients et, plus particulièrement, des patients «tout venant». L'étude conclut cependant qu'il subsiste un fort potentiel d'amélioration, notamment auprès des jeunes adultes, des nouveaux patients et des migrants.

Introduction

La relation patient-médecin offre un contexte particulièrement favorable à la diffusion de conseils préventifs personnalisés. La fréquence élevée des consultations enregistrées en Suisse contribue encore à augmenter le potentiel de cette rencontre. Fondé sur ces constats, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) accorde, depuis le début de l'épidémie, une importance centrale au rôle des médecins de premier recours [1–4] dans sa stratégie de lutte contre le VIH/sida. Il s'efforce de soutenir et de dynamiser leur activité préventive. Cette activité préventive a été évaluée en 1990 et en 1995 [5, 6]. Une nouvelle évaluation a eu lieu en 2002. Elle permet de broser un tableau évolutif de la situation et plus particulièrement de la manière dont les médecins installés en pratique privée perçoivent leur rôle dans l'épidémie, de décrire leurs activités préventives et de comparer ces dernières à celles observées en 1990 et 1995.

Méthodes

L'étude entreprise en 2002 a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire – stratifié par spécialité et par région linguistique – formé de 33% des libres praticiens suisses appartenant aux spécialités a priori les plus directement concernées par l'épidémie de VIH/sida: praticiens sans FMH, généralistes FMH, internistes, dermatologues, gynécologues et infectiologues^a. L'échantillon définitif était constitué de 2018 libres praticiens.

La méthode d'échantillonnage des études de 1990 et de 1995 avait été analogue, avec un échantillon stratifié par région linguistique et par spécialité. Les infectiologues n'avaient toutefois pas été inclus. Respectivement 702 (63%) et 796 (55%) médecins avaient répondu.

Comme pour les évaluations précédentes, les informations ont été récoltées au moyen d'un questionnaire postal anonyme. En vue de décrire l'évolution survenue au cours du temps, certaines questions concernant l'activité préventive étaient identiques à celles posées en 1990 et 1995. Les dimensions suivantes ont notamment été explorées:

- attitudes des médecins face à la prévention du VIH/sida et à certains problèmes éthiques;
- anamnèse et anamnèse du risque (types de patients, systématisation);
- counselling au moment du test VIH (fréquence et contenu).

Le taux de réponse s'est élevé à 61% (1231 médecins ont répondu).

Les analyses de tendance portent, dans la mesure du possible, sur douze ans. Les infectiologues, non compris dans les études antérieures, en ont été exclus.

Résultats

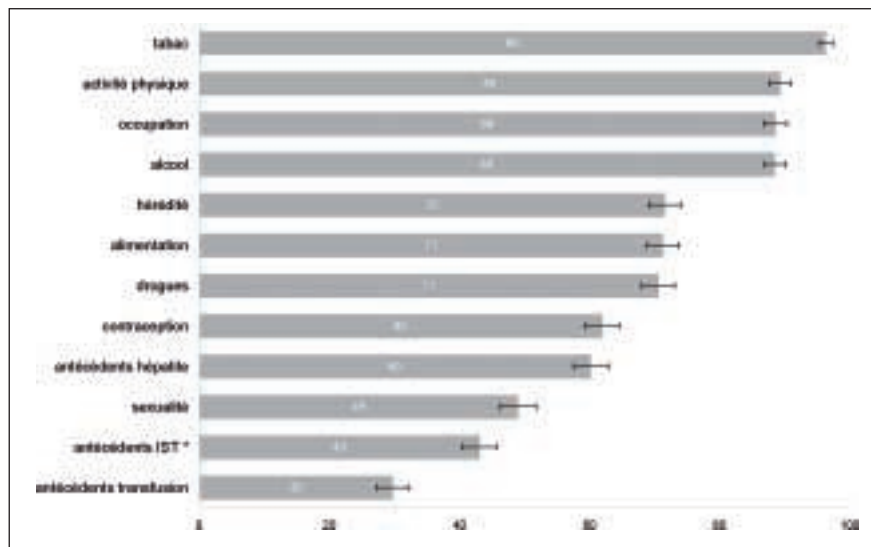
Développer une action préventive de qualité et adaptée à la situation et aux besoins particuliers de chaque patient implique d'évaluer sa situation par rapport au risque VIH. Un soin particulier doit être porté à l'établissement de l'anamnèse et, en particulier, de ses composantes relatives à d'éventuelles expositions au VIH.

Les médecins sont pratiquement unanimes (90%) à estimer «primordial» ou «important» de poursuivre une activité de prévention primaire dans le domaine du VIH/sida; 12% sont toutefois «d'accord ou plutôt d'accord» avec l'énoncé «le niveau d'information des patients est actuellement bon et ne nécessite pas d'activité préventive de la part du corps médical». Ces proportions sont semblables à celles relevées en 1990 et 1995.

a Pour cette spécialité, l'ensemble des médecins a été retenu.

Correspondance:
Giovanna Meystre-Agustoni
Institut Universitaire de Médecine
Sociale et Préventive
Rue du Bugnon 17
CH-1005 Lausanne

Figure 1
Domaines souvent ou systématiquement investigués lors de l'anamnèse d'un jeune adulte (n = 1231).



* IST = infections sexuellement transmises.

Note: Intervalles de confiance à 95% calculés par approximation normale.

Pratiques préventives s'adressant à la population en général

Le cas de figure d'un jeune adulte ne consultant pas pour un problème de santé urgent a été utilisé pour demander aux médecins ce qu'ils entreprendraient dans ce genre de situation. La figure 1 montre qu'ils se préoccuperaient systématiquement de consommation de tabac ou d'alcool, d'activité physique et d'activité professionnelle (90% des médecins environ). En revanche, certains thèmes susceptibles de révéler une exposition au VIH seraient moins fréquemment abordés. C'est ainsi que deux tiers seulement des médecins se renseigneraient toujours ou souvent au sujet de l'éventuelle toxicomanie de leur patient ou de sa manière d'envisager la contraception (71% et 62% respectivement). Enfin, la moitié d'entre eux seulement (48%) établiraient de routine une anamnèse sexuelle. Comparées aux informations récoltées en 1995^b, les habitudes des médecins n'ont pratiquement pas varié.

Lorsque les médecins entreprennent une anamnèse sexuelle, c'est en premier lieu l'utilisation du préservatif (84%) puis les problèmes rencontrés (70%) qui retiennent leur attention. Un médecin sur deux environ se renseigne toujours ou souvent sur l'orientation sexuelle de son patient ainsi que sur le nombre de ses partenaires (respectivement 57% et 49%). Enfin, un médecin sur trois (33%) étend toujours ou souvent son anamnèse aux pratiques sexuelles. Ici

^b Aucune comparaison n'est possible avec 1990.

encore, les médecins n'ont pratiquement pas modifié leurs habitudes depuis 1995.

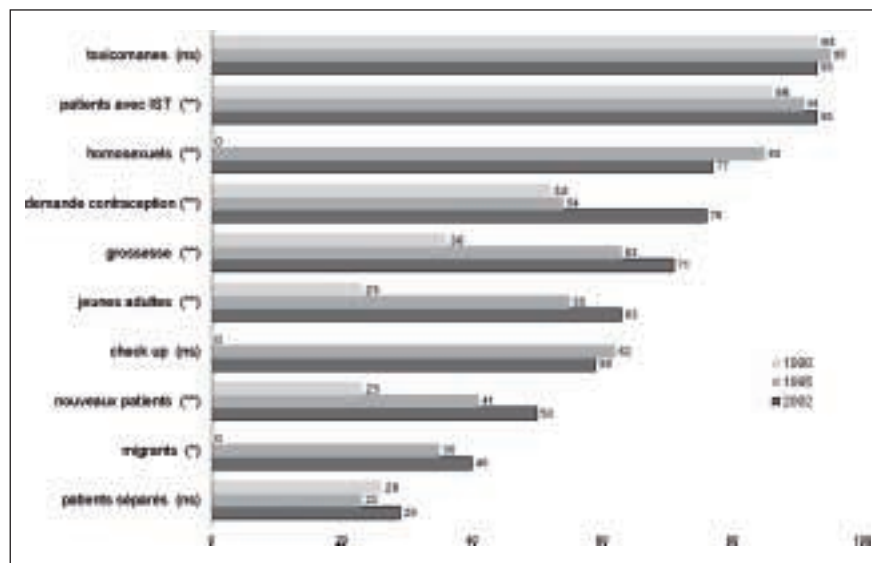
Pour évaluer les pratiques en matière d'anamnèse du risque VIH, le questionnaire proposait différents types de patients ou de situations. Les médecins réagissent de manière variable aux situations et profils de patients proposés. Selon les cas, la proportion de ceux qui investigueraient la possibilité d'une exposition au VIH peut varier du simple au triple. Les patients ou les situations qui renvoient explicitement au VIH (toxicomanie, sexualité) retiennent en premier lieu leur attention. Sans être pour autant négligés, les patients ou les situations qui n'évoquent pas directement le VIH (jeunes adultes, check-up, nouveaux patients) jouent en revanche moins souvent le rôle de déclencheur d'investigation. Enfin, les migrants et les patients ayant rompu avec leur partenaire bénéficient moins fréquemment que les autres patients d'une telle investigation (fig. 2).

Le comportement des médecins en matière d'identification – par l'anamnèse – d'une éventuelle exposition au risque VIH a évolué au fil des années. En 1990, les médecins portaient essentiellement leur attention sur les groupes classiquement considérés à risque. Douze ans plus tard, ils se montrent nettement plus attentifs à la situation de la population générale (grossesse, demande de contraception, jeunes adultes, nouveaux patients et – dans une moindre mesure – migrants). Un léger fléchissement s'observe toutefois entre 1995 et 2002 au niveau de l'anamnèse du risque chez les patients homosexuels (fig. 2).

Le test VIH fournit l'occasion d'évaluer les connaissances du patient sur la transmission du virus, de chercher à identifier les risques auxquels il s'expose (ou s'est exposé), de délivrer des conseils sur les comportements de protection à adopter et d'attirer l'attention sur les limites de la validité du test (période «fenêtre»). Or l'étude montre que seul ce dernier thème (période «fenêtre») est systématiquement abordé par plus d'un médecin sur deux. En revanche, plus d'un dixième des médecins continuent de ne pas en parler ou ne le font que rarement. Par ailleurs, un quart des médecins n'évaluent pas les connaissances du patient ou ne le font que rarement et un cinquième ne chercheraient pas à identifier les risques auxquels leur patient s'expose ou ne le font que rarement. Enfin, les conseils relatifs aux précautions à prendre pour éviter une infection ne sont systématiquement délivrés que par la moitié des médecins, 12% ne le faisant que rarement ou jamais (fig. 3). La

Figure 2

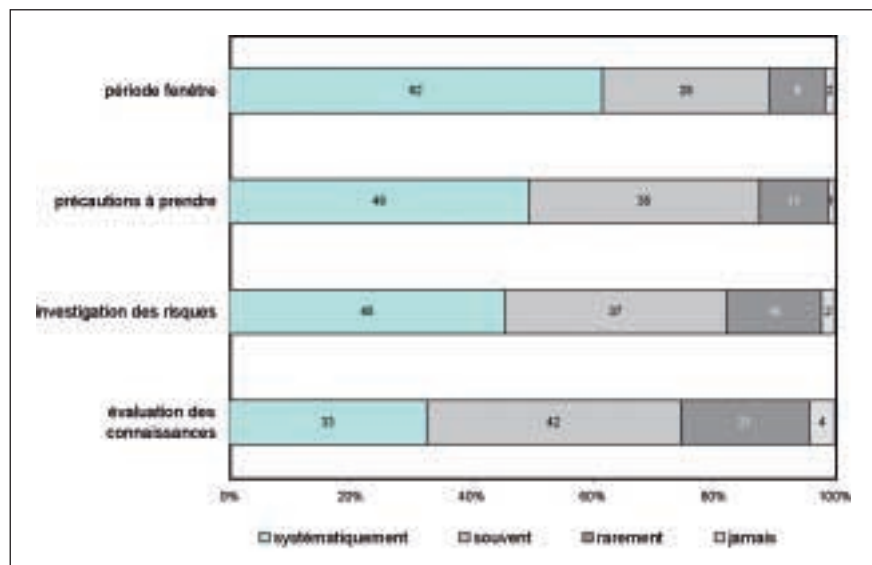
Systématisation («souvent ou toujours») de l'anamnèse du risque VIH face à différents types de patients ou de situations: comparaison entre 1990 (n = 702), 1995 (n = 796) et 2002 (n = 1217 sans les infectiologues).



ns = non significatif * = p < .01 ** = p < .001

Figure 3

Counselling lié au test VIH: fréquence des thèmes abordés (n = 1231).



c Aucune comparaison n'est possible avec 1990.

fréquence des différents thèmes abordés par les médecins à l'occasion du test ne s'est pas modifiée entre 1995 et 2002^c.

Discussion

En dépit des avancées thérapeutiques, la prévention du VIH/sida conserve une importance centrale et les autorités sanitaires continuent d'attendre des médecins un engagement particulier en matière de conseil individualisé [3]. Ce dernier passe par une appréciation détaillée des risques auxquels les patients ont pu s'exposer, laquelle implique la mise en œuvre d'une anamnèse abordant les thèmes en relation avec la transmission du VIH (sexualité, toxicomanie i.v.) et, le cas échéant, la proposition d'un test.

En 2002, la plupart des médecins de premier recours suisses se perçoivent comme des acteurs importants de la prévention du VIH/sida. Aucun fléchissement n'est observé à ce sujet par rapport aux évaluations précédentes (1990 et 1995). En pratique – et comme dans les périodes précédentes – les médecins continuent cependant de privilégier des cibles telles que la consommation de tabac et d'alcool ou l'activité physique et demeurent encore trop en retrait par rapport à celles susceptibles de révéler d'éventuelles expositions au VIH. La moitié seulement entreprendraient une anamnèse sexuelle avec un jeune adulte. Les informations réunies en 2002 montrent au surplus que ce type d'investigation demeure fréquemment lacunaire. Ainsi, alors que la méthode de protection utilisée lors de relations sexuelles est fréquemment évoquée, d'autres thèmes le sont en revanche plus rarement même s'ils sont importants pour évaluer le risque d'exposition au VIH (orientation sexuelle, nombre de partenaires, pratiques).

Par rapport à 1990, une nette amélioration est relevée chez les médecins suisses lorsqu'il s'agit de l'analyse du risque VIH à proprement parler. Dans ce cadre, ils portent désormais une attention accrue aux personnes et situations issues de la population générale telles que jeunes adultes, nouveaux patients, grossesses ou demandes de contraception. Un potentiel de prévention relativement important demeure toutefois inexploité. Il concerne plus particulièrement les jeunes adultes, les nouveaux patients et les migrants. Enfin, des lacunes subsistent en matière de pré-test counselling. Comme relevé ailleurs aussi [7–9], celui-ci est encore loin de donner lieu à une évaluation systématique des connaissances du patient, à

une appréciation des risques et à un conseil concernant les précautions à prendre.

La comparaison avec les données provenant d'autres pays appelle une grande prudence. Dans un contexte caractérisé par une évolution rapide des connaissances et des ressources thérapeutiques, quelques années de différence au niveau de la récolte des données peuvent prendre une grande importance. Il convient aussi de tenir compte des conditions dans lesquelles les médecins exercent leur activité car elles sont susceptibles de varier sensiblement d'un pays à l'autre et d'exercer une influence sur les prestations délivrées aux patients. A l'étranger, l'implication des médecins dans l'anamnèse sexuelle de leurs patients est contrastée. Aux Etats-Unis, Ashton et al. [10] observent que 88% des médecins de premier recours établis en Pennsylvanie s'intéressent à l'activité sexuelle de leurs patients de quinze à vingt-cinq ans et Torkko et al. [11] que 67,7% des médecins de premier recours du Colorado déclarent procéder à une anamnèse sexuelle lorsqu'ils sont consultés par une adolescente (90,1% des gynécologues mais seulement 43,9% des internistes). Ellen et al. [12] relèvent un taux de 40% d'anamnèses sexuelles auprès d'un collectif de médecins des Etats-Unis. S'agissant de médecins pratiquant au Canada, Haley et al. [13] ainsi que Maheux et al. [14] relèvent que la proportion de ceux qui cherchent à identifier les risques pris dans le domaine de la sexualité s'élève au maximum à 40% (selon la spécialité). Enfin, Ewing et al. [15] notent que 24% des médecins américains investiguent de routine l'activité sexuelle de leurs patients.

Comme relevé auprès des médecins suisses de premier recours, le contenu de l'anamnèse sexuelle connaît aussi des variations dans le sens où cette démarche est plus ou moins approfondie et où certains thèmes sont moins abordés que d'autres [12, 16–19].

Au total, la situation prévalant en Suisse peut être qualifiée de globalement bonne mais susceptible d'amélioration. Le risque d'une certaine banalisation de l'épidémie par la population n'est toutefois pas négligeable [20–22] et les médecins doivent consolider voire développer leur travail préventif en vue d'une part d'éviter de nouvelles infections et d'autre part

d'augmenter la proportion des personnes séropositives au courant de leur statut sérologique [23, 24]. En effet, les cas où les patients apprennent être infectés par le VIH au moment de l'apparition de symptômes et suite au test effectué à cette occasion sont relativement nombreux [25]. Outre qu'ils n'auront pas bénéficié à temps des traitements disponibles, ces patients auront pu, en toute ignorance, continuer d'exposer leurs partenaires à un risque d'infection. Les médecins peuvent contribuer à améliorer la situation en procédant systématiquement à une anamnèse du risque approfondie et en proposant un test volontaire lorsque les conditions paraissent réunies.

Les résultats présentés ici connaissent un certain nombre de limitations. La plus importante réside dans le fait qu'ils constituent probablement plutôt le reflet de ce que les médecins estiment devoir entreprendre dans le cadre de leur activité professionnelle que le reflet de leur pratique quotidienne. A cet égard, et bien qu'une comparaison ne soit pas exactement possible, on relèvera l'écart entre les réponses des médecins et ce que les patients suisses âgés de 17 à 45 ans ayant consulté dans les douze mois précédant l'étude disent du contenu de leur(s) consultation(s): 6% des patients seulement répondent avoir eu une discussion autour du thème VIH/sida dans ce cadre [26]. Cette proportion est sensiblement plus basse que ce que suggèrent les résultats de la présente étude où au moins 29% des médecins déclarent entreprendre, de routine, une anamnèse du risque VIH (cas des patients séparés). Inévitable compte tenu du design de l'étude, ce biais n'empêche toutefois pas d'évaluer l'évolution de l'extension de l'investigation du risque à la population générale et de mettre en évidence la persistance d'un certain nombre de lacunes et d'un potentiel de protection encore inexploité.

Les médecins occupent une position privilégiée en matière de prévention. Ils ont démontré être en mesure de délivrer les prestations nécessaires. Il importe qu'ils poursuivent dans cette voie en s'efforçant d'atteindre un public encore plus vaste et en inscrivant leur action dans la durée par la répétition de leurs investigations et de leurs conseils.

Références

- 1 Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Aidsfragen. HIV-Prävention in der Schweiz: Ziele, Strategien, Massnahmen. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1993.
- 2 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. HIV und Aids: Nationales Programm 1999 bis 2003. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1999.
- 3 Bundesamt für Gesundheit. Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2003.
- 4 Grüninger U, Künzel M, Bosshard H. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)/ Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.). HIV-Beratung: Die ärztliche Beratung und Betreuung am Beispiel von HIV und Aids. Bern: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH); 1993.
- 5 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B et al. Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit: fünfter zusammenfassender Bericht 1993–1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120).
- 6 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Gruninger U, Cassis I, Jeannin A. Pratiques et besoins des médecins suisses en matière de prévention de l'infection VIH au cabinet médical – synthèse des expériences, éléments de réflexion et recommandations. Schweiz Med Wochenschr 1995; 125(13):621-6.
- 7 Margolis AD, Wolitski RJ, Parsons JT, Gomez CA. Are healthcare providers talking to HIV-seropositive patients about safer sex? AIDS 2001; 15(17):2335-7.
- 8 Tao G, Branson BM, Anderson LA, Irwin KL. Do physicians provide counseling with HIV and STD testing at physician offices or hospital outpatient departments? AIDS 2003;17(8):1243-7.
- 9 Haidet P, Stone DA, Taylor WC, Makadon HJ. When risk is low: primary care physicians' counseling about HIV prevention. Patient Educ Couns 2002;46(1):21-9.
- 10 Ashton MR, Cook RL, Wiesenfeld HC, Krohn MA, Zamborsky T, Scholle SH, Switzer GE. Primary care physician attitudes regarding sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis 2002;29(4):246-51.
- 11 Torkko KC, Gershman K, Crane LA, Hamman R, Baron A. Testing for Chlamydia and sexual history taking in adolescent females: results from a statewide survey of Colorado primary care providers. Pediatrics 2000;106(3):E32.
- 12 Ellen JM, Franzgrote M, Irwin CE, Jr., Millstein SG. Primary care physicians' screening of adolescent patients: a survey of California physicians. J Adolesc Health 1998;22(6):433-8.
- 13 Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? Can Fam Physician 2000; 46:1609-16.
- 14 Maheux B, Haley N, Rivard M, Gervais A. STD risk assessment and risk-reduction counseling by recently trained family physicians. Acad Med 1995;70(8):726-8.
- 15 Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. Am J Prev Med 1999;17(1):62-72.
- 16 Lopez de Munain J, Torcal J, Lopez V, Garay J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. Prev Med 2001;32(1):13-22.
- 17 Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? Am J Pub Health 1999; 89(6):899-902.
- 18 Kelts EA, Allan MJ, Klein JD. Where are we on teen sex?: Delivery of reproductive health services to adolescents by family physicians. Fam Med 2001;33(5):376-81.
- 19 Maheux B, Haley N, Rivard M, Gervais A. Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec. CMAJ 1999;160(13):1830-4.
- 20 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F et al. HIV/Aids-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick. Schweiz Med Forum 2001;24:621-5.
- 21 Rosenbrock R, Dubois-Arber F, Moers M, Pinell P, Schaeffer D, Setbon M. The normalization of AIDS in Western European countries. Soc Sci Med 2000; 50(11):1607-29.
- 22 Dubois-Arber F, Jeannin A, Benninghoff F, Moreau-Gruet F, Spencer B. HIV/Aids: Zunehmendes Risikoverhalten? Das Prinzip der Vorsicht soll gelten. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 2003;8:128-32.
- 23 Recommendations for incorporating human immunodeficiency virus (HIV) prevention into the medical care of persons living with HIV. Clin Infect Dis 2004;38(1):104-21.
- 24 Khonkarly MB, Merlani GM, Halfon P, Bellini C, Pelet A, Kazadi K, Cavassini ML, Tarr PE. Infection VIH: dix points clés pour la prise en charge par les praticiens. Med Hyg 2004;62:862-8.
- 25 Feuz M, Gebhardt M. Time elapsing between the first positive HIV-test and AIDS diagnosis in Switzerland is decreasing [poster]. XIV International Conference on AIDS, Barcelona July 7–12 2002. Barcelona: International Aids Society (IAS); 2002. www.ias.se.
- 26 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H et al. Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz: siebter Synthesebericht 1999–2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 90b). www.hospvd.ch/iump.