



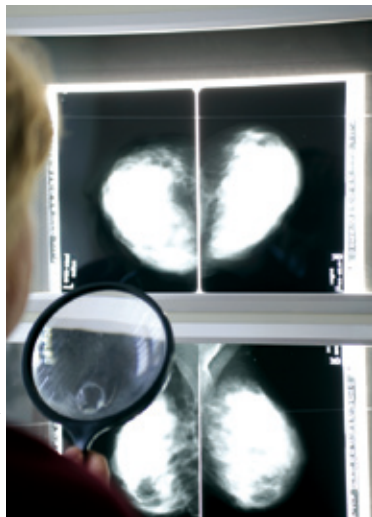
## Vivre avec le VIH Le physique ne suit pas

Malgré une baisse spectaculaire de la mortalité et de la morbidité liées au VIH, la qualité de vie physique des personnes vivant avec le virus a diminué entre 2003 et 2011. C'est ce que révèle une étude menée par Bruno Spire (☛) et son équipe sur la base des données issues de deux enquêtes transversales menées au niveau national (ANRS Vespa et Vespa2), concernant 3000 personnes vivant avec le VIH. Si la qualité de vie mentale (relation avec les autres, vitalité et santé psychique) s'est améliorée, la qualité de vie physique (activités, douleurs, santé perçue et limitations dues à l'état physique), elle, s'est significativement détériorée, au-delà du vieillissement de la population. Les principaux facteurs associés à une mauvaise qualité de vie sont similaires entre les deux études. Les difficultés

financières et les expériences de rejet de la part du personnel soignant ont un impact négatif très significatif sur le ressenti et le vécu des patients. Ces résultats confirment l'importance de la relation médecin-patient. Ils soulignent aussi la nécessité d'une prise en charge globale, capable de s'adapter aux différentes populations concernées, notamment les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, dont la proportion a augmenté, en vue d'optimiser leur qualité de vie. **N. B.**

☛ Bruno Spire : unité 912 Inserm/IRD - Université Aix-Marseille, Sesstim  
 ☛ T. Douab et al. *AIDS Care*, 14 avril 2014 (en ligne) doi: 10.1080/09540121.2014.906553

## Dépistage du cancer du sein



### Mieux informer, mieux accompagner

Avec 48 763 nouveaux cas en 2012, le cancer du sein est un enjeu majeur de santé publique. Mis en place depuis 2004, et pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, son dépistage organisé s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans qui sont invitées à faire une mammographie tous les deux ans. Cette pratique, fondée sur des recommandations nationales et internationales, soulève cependant des interrogations quant aux modalités d'inclusion, d'information, de consentement et de suivi dans un contexte où ses bénéfices sont remis en cause. Le travail mené par Frédérique Papin-Lefebvre (☛),

dans l'unité Cancers et préventions à Caen, met en évidence la nécessité d'informer les patientes sur les zones d'incertitudes et les limites du dispositif (existence de faux négatifs ou de faux positifs, complications liées aux examens, impact sur le plan psychologique...) afin d'éclairer leur choix. Il apparaît également primordial de renforcer leur accompagnement par un professionnel de santé référent, de l'entrée dans le dépistage jusqu'à la sortie éventuelle vers la filière de soins, afin d'optimiser l'information et la prise en charge des patientes dans leur spécificité. **N. B.**

☛ Frédérique Papin-Lefebvre : unité 1086 Inserm - Université de Caen Basse-Normandie  
 ☛ F. Papin-Lefebvre et al. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, avril 2014 : 62 (2) : 109-17

## PLANIFICATION FAMILIALE Des contraceptifs et des normes

Quel est le rôle joué par la diffusion de la contraception et l'évolution des normes sociales de procréation sur le taux d'avortement ? C'est ce qu'a cherché à savoir une équipe coordonnée par Nathalie Bajos (☛). Pour y parvenir, elle a analysé six enquêtes sur la contraception en France, entre 1978 et 2010. Selon ses résultats, l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces est bien associée à une diminution du taux de grossesses non prévues. Cependant, la probabilité d'y mettre fin augmente au fil du temps chez les jeunes femmes, tandis qu'elle diminue chez les femmes âgées. Ainsi, les taux d'avortement ne dépendent pas seulement de l'efficacité de la contraception, mais aussi de l'évolution des normes sociales de la procréation. Selon les chercheurs, les taux de grossesses non prévues devraient être pris en compte pour évaluer les politiques contraceptives, plutôt que les taux d'avortement. **L. L.**

☛ Nathalie Bajos : unité 1018 Inserm/Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines - Université Paris-Sud 11, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations  
 ☛ N. Bajos et al. *Plos One*, 26 mars 2014 (en ligne) doi:10.1371/journal.pone.0091539



Le médecin généraliste doit informer clairement les patients à risque.

© FLY DRAGON/FOTOLIA

## Mélanome Écouter son généraliste

Contrairement à l'avis de leur généraliste, 40 % des patients à haut risque de mélanome et porteurs d'une lésion suspecte ne se présentent pas à une consultation dermatologique. Comme ces mélanomes sont responsables de 1440 décès par an en France, Cédric Rat, au département d'Onco-dermatologie du CHU de Nantes et ses collaborateurs, sous la direction de Jean-Michel Nguyen (☛), ont voulu comprendre quels étaient les facteurs prédictifs de la non-observation de l'avis médical en étudiant une cohorte de 1506 patients. Manque de temps, oubli de prendre rendez-vous, délai pour en obtenir un, ne pas s'inquiéter, ne pas percevoir l'importance de consulter un spécialiste constituent les principaux freins. Ils sont à prendre en compte afin d'améliorer l'éducation et le suivi des patients. Aux médecins généralistes d'être plus directifs quant à la nécessité de consulter un dermatologue et d'informer clairement les patients des risques du mélanome. **N. B.**

☛ Jean-Michel Nguyen : unité 892 Inserm/CNRS/Université d'Angers - Université de Nantes, Centre régional de recherche en cancérologie-Nantes-Angers  
 ☛ C. Rat et al. *Preventive Medicine*, 11 avril 2014 (en ligne) doi:10.1016/j.jpmed.2014.03.029