



HAL
open science

Étude des freins à la prise en charge par le médecin généraliste des patients vivant avec le VIH

Marion Fiandino

► **To cite this version:**

Marion Fiandino. Étude des freins à la prise en charge par le médecin généraliste des patients vivant avec le VIH. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01133614

HAL Id: dumas-01133614

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133614>

Submitted on 19 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE de NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

Faculté de Médecine de Nice

**Etude des freins à la prise en charge par le médecin généraliste
des patients vivant avec le VIH.**

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 20 Février 2014

par

Mlle Marion FIANDINO

Née le 08/11/1985 à Grasse

Jury

Président du Jury : Monsieur le Professeur Pierre-Marie Roger

Directeur de thèse : Madame le Docteur Patricia Etienne

Madame le Professeur Valérie Giordanengo

Monsieur le Professeur Philippe Hofliger

Monsieur le Docteur Denis Quinsat

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. BOILEAU Pascal
M. HÉBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIÈRE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)

M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques(54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)

M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre-Marie Roger,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce travail et de m'avoir accueillie dans votre service afin de finaliser ce projet. Je vous suis également reconnaissante pour tous les conseils que vous avez pu me donner lors de sa réalisation.

A Madame le Professeur Valérie Giordanengo,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de mon jury afin de clôturer mon cursus universitaire.

A Monsieur le Professeur Philippe Hofliger,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de l'enrichir de votre savoir, votre expérience et vos conseils.

A Monsieur le Docteur Denis Quinsat,

Je vous suis reconnaissante pour votre enseignement et votre disponibilité lors de mon passage en tant qu'interne dans votre service. Un grand merci également pour votre aide et vos conseils lors de la réalisation de ce projet.

A ma directrice de thèse, le Docteur Patricia Etienne,

Un grand merci pour ton aide, ton soutien, tes conseils, toutes les soirées et week-end que tu m'as consacré...et surtout ta patience tout au long de ce travail ! Je te remercie également de m'avoir fait confiance et guidé lors de mes premiers remplacements.

Aux médecins qui ont participé à cette étude,

Je remercie vivement les médecins du service d'infectiologie du CHU de Nice et des CHG d'Antibes, de Cannes et de Grasse pour leur aide et leur participation à ce travail ainsi que les médecins généralistes de la région PACA-Est qui ont répondu à cette enquête.

Aux médecins qui ont participé à ma formation durant mon internat,

Au Docteur Patrick Charbit,

Ton état d'esprit, ton écoute, ta façon de nous apprendre la médecine, quel plaisir d'avoir pu travailler et « grandir » à tes côtés lors de mes premiers pas en médecine générale et surtout un grand merci de toujours avoir été là pour moi quand j'en ai eu besoin.

Au Docteur Charlie Guillaumont,

A nos bons moments passés ensemble lors de nos grandes visites au M3 et à tous les conseils précieux que tu as pu me donner.

Au Docteur Michel Moreigne,

Merci pour votre enseignement, votre écoute et votre disponibilité qui m'ont fait aimer la pédiatrie un peu plus chaque jour durant les 6mois passés dans votre service.

A Monsieur le Professeur Réda Hassen Khodja,

Je vous remercie pour votre enseignement et de me donner la chance de me former dans votre service.

A toute l'équipe du service de chirurgie vasculaire,

A Céline, Sandrine, Christelle, Céline et Benoît : « Un cabinet à la hauteur d'une équipe de choc !!!»

A ma famille,

A ma mamounette, pour qui j'ai tant d'admiration, tu es la maman dont tout le monde rêve...les mots me manquent pour te dire tout mon amour et ma reconnaissance pour tout ce que tu as fait pour moi.

A mon père, quand tu me dis « tel père, telle fille! » (ou comme tu me l'as écrit un jour « inimitable soit incomprise ») c'est ma plus grande fierté ! Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A mon petit frère, dont je suis si fière et qui a toujours su être là et me faire rire quand il le fallait ...sans oublier Chloé.

A ma Mamita ou Tatita, mon brin de folie mais aussi ma confidente, ma conseillère à qui j'ai envie de dire aujourd'hui : « Hauts les cœurs ! » et pour reprendre ton expression : je t'embrasse aussi fort que je t'aime.

A mon Pépé Loup, même si je ne joue pas à la Morra, j'espère que tu es fière de moi !

A ceux qui ne sont plus de ce monde mais présents à chaque instant dans mon cœur : ma mémé Rose, ma deuxième maman et mon papy qui je l'espère me regardent de là haut et sont fières de moi.

A Chantal et mes cousines chéries Mélanie, Caroline et Julie merci d'être là aujourd'hui pour partager ce moment important.

A Tonton Jean François, je suis heureuse que tu sois là pour soutenir ta nièce à « bûchettes ». Sans oublier Géraldine et Jean Paul.

A Dani et Jean Pierre, avec qui j'ai un souvenir inoubliable des résultats de la première année de médecine en Corse. Merci d'être là 10 ans plus tard ...

A Cécile et Denis (les enfants sont quand même formidables !!!), Françoise et Thierry. Merci pour toutes les attentions que vous avez eu pour moi durant toutes ces années.

A mes amis,

A mes amies de toujours Laura, Laurence et Candice : Merci d'être là aujourd'hui pour moi comme à chaque moment important de ma vie depuis 10 ans maintenant... à nos fous rires, nos peines, nos joies, nos vacances et plein d'autres choses à venir je l'espère !

A mes amis Antibois : Math mon frère de cœur, Cami Cam, Alessia et Dodie.

A mes co-internes de choc et amis : Dada (Super maman et meilleure confectionneuse de gâteaux d'anniversaire) et Dadou, Tom-Tom (bientôt en 1^{ère} division) et Alizée, Nath, Lucie et Carl, Nihal.

A mes copines de poudreuse : Sandy et Anne-So.

A Marino « whouwhou » et toute l'équipe de Berre, Johanna et Pierre.

A Nicolas, mon petit babelay qui a chamboulé ma vie et que j'aime tant...

Sommaire

Remerciements	7
Sommaire	10
Liste des figures	11
Liste des tableaux	12
Liste des abréviations	13
1. Introduction	14
2. Patients et méthode	17
2.1 Enquête auprès des patients vivant avec le VIH	17
2.2 Enquête auprès des médecins généralistes	17
2.3 Enquête auprès des médecins spécialistes	18
2.4 Analyse statistique	18
3. Résultats	19
3.1 Enquête auprès des patients vivant avec le VIH	19
3.2 Enquête auprès des médecins généralistes	22
3.3 Enquête auprès des médecins spécialistes	27
3.4 Comparaison des résultats	31
4. Discussion	33
4.1 Synthèse des résultats	33
4.2 Points positifs et limites de l'étude	34
4.3 Propositions pour améliorer la collaboration ville-hôpital	35
4.3.1 Restaurer la confiance des médecins généralistes	35
4.3.2 Inciter à la prise en charge alternée ville-hopital grâce à la synthèse annuelle hospitalière	36

4.3.3 Améliorer l’outil de communication par la formalisation d’un

« Programme personnalisé de soins »	36
5. Conclusion	37
Annexes	38
Annexe 1 : Questionnaire des PvVIH	39
Annexe 2 : Questionnaire des médecins généralistes.....	42
Annexe 3 : Questionnaire des médecins spécialistes	45
Bibliographie	50
Résumé	52
Serment d’Hippocrate	53

Liste des figures :

Figure 1. Rôles du médecin généraliste selon les PvVIH	20
Figure 2. Points forts d’un suivi auprès du médecin généraliste selon les PvVIH	20
Figure 3. Mesures à mettre en place pour favoriser le suivi par le médecin généraliste selon les PvVIH.....	21
Figure 4. Fréquence du suivi par le médecin généraliste souhaitée par les PvVIH	21
Figure 5. Fréquence du suivi par le médecin spécialiste souhaitée par les PvVIH.....	21
Figure 6. Résultats de l’EVA « Vous sentez-vous à l’aise dans la prise en charge des PvVIH ? » en fonction du nombre de PvVIH suivis.....	23
Figure 7. Eléments que les médecins généralistes seraient prêts à assumer et coordonner en ville concernant le suivi de leurs PvVIH.....	24
Figure 8. Le meilleur outil de communication ville-hôpital selon les médecins généralistes	24
Figure 9. Informations souhaitées par les médecins généralistes dans l’outil de communication ville-hôpital.....	25
Figure 10. Prise en charge des comorbidités selon les médecins spécialistes.....	28

Figure 11. Eléments du suivi des PvVIH que les médecins spécialistes seraient prêts à déléguer.....	29
Figure 12. Outils pour la collaboration ville-hôpital selon les médecins spécialistes.....	30
Figure 13. Informations que les médecins spécialistes souhaiteraient dans l’outil de communication ville-hôpital.....	30
Figure 14. Comparaison des réponses des médecins généralistes et médecins spécialistes concernant les éléments de suivi qu’ils seraient prêts à déléguer (médecin spécialiste) et à prendre en charge (médecin généraliste).....	31
Figure15. Comparaison des réponses des médecins généralistes et médecins spécialistes concernant le meilleur outil de communication ville-hôpital.....	31
Figure16. Comparaison des réponses des médecins généralistes et médecins spécialistes concernant le contenu de l’outil de communication ville-hôpital.....	32

Liste des tableaux :

Tableau 1. Description de la population de PvVIH en fonction de leur âge, sex-ratio, prise de traitement antirétroviral, ancienneté de traitement et nombre de lignes de traitements.....	19
Tableau 2. Description de la population des médecins généralistes en fonction de leur âge, sex-ratio, mode d’exercice et lieu d’exercice.....	22
Tableau 3. Etude de la comparabilité entre le groupe 1 et le groupe 2.....	26
Tableau 4. Description de la population des médecins spécialistes.....	27

Liste des abréviations

ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ARV	Traitement antirétroviral
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CHG	Centre hospitalier général
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISIH	Centres de soins de l'immunodéficience humaine
COREVIH	Comités de lutte contre l'infection VIH
FDR	Facteurs de risque
HDJ	Hôpital de jour
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MG	Médecin généraliste
MS	Médecin spécialiste
PACA	Région Provence Alpes Côte d'Azur
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse en Langue Française
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un enjeu majeur de santé publique. En 2010, on estimait à 150 000 le nombre de personnes infectées par le VIH dont 30 000 ignorant leur séropositivité (1)(2). Selon les chiffres de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), 6100 personnes ont découvert leur séropositivité en 2011, nombre qui est cependant stable depuis 2007 (1).

Avec la mise à disposition des traitements antirétroviraux, la prise en charge de ces patients s'inscrit sur le long terme (3). La population prise en charge vieillit et la morbidité se diversifie : les affections cardiovasculaires, les pathologies métaboliques, les cancers non classant et les affections neurologiques ont vu leur incidence augmenter (4). L'enquête de mortalité réalisée en France en 2010 décrit la distribution des causes de décès parmi les personnes séropositives : sur les 728 décès enregistrés au cours de l'étude, 22% sont dus à des cancers non classant sida et non liés aux hépatites, 11% à une atteinte hépatique, 10% aux pathologies cardiovasculaires et 9% à une infection non classant sida. Le sida ne représentait qu'un quart des décès (3).

Cette évolution vers une chronicisation de la maladie amène à considérer le médecin généraliste (MG) comme un acteur clé de la prise en charge des patients vivant avec le VIH (PvVIH). De même que dans d'autres pathologies chroniques complexes telles que le diabète où son implication est largement mise en place et acceptée, il joue un rôle central dans le dépistage, le suivi et la prise en charge des comorbidités (5)(6).

Le Rapport d'experts 2010 « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH » (« Rapport Yeni ») insiste d'ailleurs sur un suivi partagé du PvVIH entre la ville et l'hôpital (4). Le Rapport d'experts 2013 (« Rapport Morlat ») précise la problématique médico-économique en rappelant que l'importante activité hospitalière n'est pas justifiée par des soins avant tout ambulatoires (1).

Or, à ce jour, le suivi des personnes infectées par le VIH est essentiellement hospitalier. Dans la dernière enquête ANRS VESPA 2 publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) du 2 Juillet 2013, les PvVIH suivis à l'hôpital déclarent l'être exclusivement dans 98% des cas (1).

Afin d'améliorer la collaboration ville-hôpital et de favoriser la continuité des soins en extra hospitalier, les comités de lutte contre l'infection VIH (COREVIH) ont été mis en place le 15 Novembre 2005, en substitution aux centres de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) (4).

Le Consensus Formalisé de 2009 « Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville » organisé par la Société de Pathologie Infectieuse en Langue Française (SPILF) insiste sur l'importance de l'implication du médecin de famille dans la prise en charge du PvVIH. Il est mentionné comme un acteur privilégié pour les missions de dépistage. En effet, avec une estimation de 7000 à 8000 nouvelles contaminations par an, il doit l'intégrer dans ses stratégies de prévention (7)(8). Il souligne également que le MG peut s'il le souhaite s'investir dans les « missions avancées » telles que la surveillance clinique et paraclinique et l'évaluation de l'observance (7).

D'autres pays européens se sont déjà intéressés à cette pathologie pour une prise en charge plus adaptée que le circuit hospitalier (9). En Belgique la création d'un « trajet de soins VIH » a été envisagée avec pour objectif une implication plus importante du médecin généraliste pour optimiser la qualité des soins, limiter l'extension de l'épidémie et diminuer les préjudices liés au VIH (10). En mettant en avant les ressources sociales adaptées à chaque patient (en fonction de son style de vie, de sa culture, de sa religion) et grâce à l'éducation médicale (au niveau préventif et thérapeutique) il pourrait permettre au patient de mieux gérer sa pathologie. Le médecin de famille joue un rôle déterminant du fait de son implication dans la prévention, le dépistage mais aussi le suivi médical et psychosocial du PvVIH.

Malgré les différents plans d'action déjà proposés afin d'harmoniser la prise en charge du PvVIH entre la ville et l'hôpital, celle-ci n'est toujours pas effective. Nous en venons donc à nous demander quelles en sont les raisons ? Les réticences viennent-elles du PvVIH, du médecin généraliste et/ou du médecin spécialiste ? Quelles sont les mesures et outils à mettre en place afin de rendre cette collaboration possible et acceptée par ces trois acteurs ?

La question se pose donc de l'opinion des principaux acteurs que sont les PvVIH, les médecins spécialistes et les médecins généralistes. Un travail réalisé à Tours en 2012 « Perceptions par les PvVIH du rôle du médecin généraliste et des autres professionnels de santé dans la prise en charge de leur maladie en ville » identifiait quelques éléments de réponses : de nombreux médecins généralistes ne se sentaient pas concernés par les « missions avancées de soins », les PvVIH ne souhaitaient pas une implication plus importante du médecin généraliste dans leur prise en charge (11).

Nous pensons que cette analyse est en partie tronquée. Le PvVIH, le médecin généraliste et le médecin spécialiste hospitalier forment un trio qui interagit. Définir les modalités de leurs interactions ne peut s'affranchir de leurs représentations et de leurs opinions sur ce sujet.

Ainsi, le but de notre travail a été d'interroger les différents acteurs du parcours de soins d'un PvVIH afin d'explorer leurs représentations, leurs freins et leurs attentes.

Cette étude a été initiée par le réseau d'infectiologie PACA-Est, et nos conclusions ont pour but de participer à la réflexion concernant ce « parcours personnalisé de soins » du PvVIH en région PACA-Est.

2. PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Nous avons interrogé des médecins généralistes (MG), des médecins spécialistes (MS) et des patients vivant avec le VIH (PvVIH) en région PACA-Est.

Les questionnaires ont été élaborés en collaboration avec un interne de médecine générale et un médecin généraliste impliqué dans la prise en charge du VIH de l'Université de Médecine de Montpellier. Ils ont été testés au préalable auprès de 5 MG et 5 MS.

Les entretiens ont été réalisés sur une période de 6 mois entre le 15/06/2013 et le 15/11/2013.

2.1 Enquête auprès des patients vivant avec le VIH

Nous avons questionné 30 PvVIH rencontrés au sein des services de consultation d'infectiologie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice et du centre hospitalier général (CHR) d'Antibes. Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle après recueil du consentement libre du patient.

Les questionnaires renseignaient les points suivants (Annexe1) :

- Informations démographiques et sur l'histoire de l'infection à VIH,
- Relations du patient avec son MG et son MS,
- Représentations du patient concernant la place du MG dans sa prise en charge, son suivi et les mesures à mettre pour améliorer sa prise en charge.

2.2 Enquête auprès des médecins généralistes

Nous avons tiré au sort 30 MG de la région PACA-Est. La base de données Nadis® (dossier médical informatisé de suivi des patients porteurs du VIH accessible auprès du service d'infectiologie de l'hôpital de Nice) nous permettait d'identifier les MG correspondants des PvVIH et le nombre de PvVIH suivis. Un tirage au sort de 15 MG suivant moins de 5 PvVIH et de 15 MG suivant plus de 5 PvVIH a été réalisé.

Les MG ont été vus en entretien individuel.

Les informations recueillies dans les questionnaires (Annexe 2) étaient séparées en trois parties :

- Informations démographiques (âge, sexe) et informations sur l'activité professionnelle (lieu et mode d'exercice, nombre de PvVIH suivis).

- Informations concernant la collaboration entre les MS et les MG dans la prise en charge de PvVIH.
- Proposition de nouveaux outils de communication entre l'hôpital et la ville.

2.3 Enquête auprès des médecins spécialistes

Nous avons questionné les MS prenant en charge les PvVIH au sein des hôpitaux de la région PACA-Est : CHU de Nice, CHG d'Antibes, de Grasse, de Cannes, de Fréjus. Le principe de l'enquête a été présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire dans le service d'infectiologie du CHU de Nice, et par téléphone ou individuellement aux médecins des hôpitaux périphériques. Les médecins ont par la suite répondu à ce questionnaire par écrit.

Les points abordés dans le questionnaire étaient :

- Informations démographiques et sur l'activité professionnelle (type d'établissement, nombre de patients suivi, durée d'activité).
- Informations organisationnelles (participation aux COREVIH, aux réunions pluridisciplinaires, aux synthèses annuelles en hôpital de jour, utilisation de l'outil informatique Nadis®, rythme de suivi).
- Informations concernant la collaboration ville-hôpital (envoi du courrier au MG avec fréquence et délai d'envoi, accessibilité du MG).
- Proposition de nouveaux outils de communication ville-hôpital.

2.4 Analyse statistique

Nous avons analysé les réponses de chaque question avec analyse des distributions en fréquence. Pour comparer nos deux groupes de MG nous avons réalisé un tableau de contingence selon le test de Fisher avec calcul du « p » ou du « p corrigé » si l'effectif était faible. Cette analyse statistique a été réalisée grâce à un fichier «Statview».

3. RESULTATS

3.1 Enquête auprès des patients vivant avec le VIH

Nous avons vu en entretien semi-dirigé 30 PvVIH, dont l'âge moyen était de 50 ans. Il s'agissait majoritairement de patients sous traitement antirétroviral (ARV) (93.3%) depuis plus de 10 ans (78.6%) et avec plus de 2 lignes de traitement (78.6%).

Tableau 1. Description de la population des PvVIH en fonction de leur âge, sex-ratio, prise de traitement antirétroviral, ancienneté et nombre de lignes de traitement antirétroviral.

PvVIH	N=30 (100%)
Moyenne d'âge (ans)-[extrêmes]	49.8 [22-63]
Sexe ratio Homme/Femme (H/F)	1.5
Traitement antirétroviral	
Oui	28 (93.3%)
Non	2 (6.7%)
Durée de traitement antirétroviral	N=28 (100%)
< 5ans	3(10.7%)
5-10ans	3(10.7%)
> 10ans	22 (78.6%)
Nombre de lignes de traitement	N=28 (100%)
1	1(3.5%)
2	5 (17.9%)
> 2	22 (78.6%)

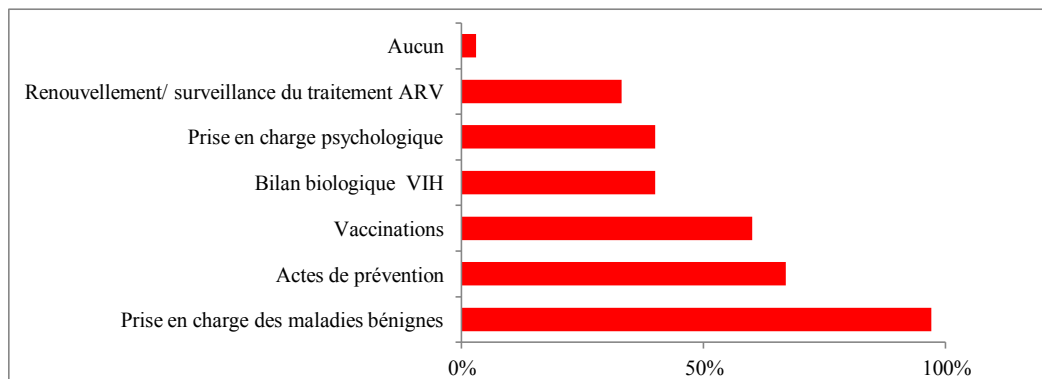
96.7% des PvVIH interrogés avaient un MG. Parmi eux 96.6% l'avaient déclaré comme étant leur médecin référent auprès de la Sécurité Sociale. En moyenne, les patients réalisaient 6.7 consultations par an chez leur MG (intervalle de confiance à 95% compris entre 4.9 et 8.5).

Un seul patient a déclaré ne pas avoir de MG. N'ayant jamais eu de médecin traitant il n'en voyait pas l'utilité, son suivi se faisant exclusivement chez le MS depuis le début de sa prise en charge (PEC).

89.7% des PvVIH suivis par un MG étaient satisfaits de sa prise en charge. Le traitement ARV était prescrit ou renouvelé par le MG pour 13.8% d'entre eux.

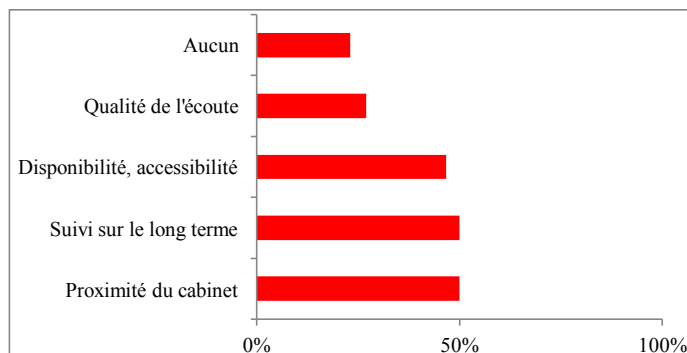
Les PvVIH considéraient que l'implication du MG dans leur suivi devait concerner principalement les maladies bénignes (96.7%) et les actes de prévention et de vaccination (66.7% et 60%). Seuls 40% pensaient pouvoir confier la prescription du bilan biologique dans le cadre du VIH et 33.3% le renouvellement et la surveillance du traitement ARV (Figure 1).

Figure 1. Q18 : Rôles du MG selon les PvVIH.



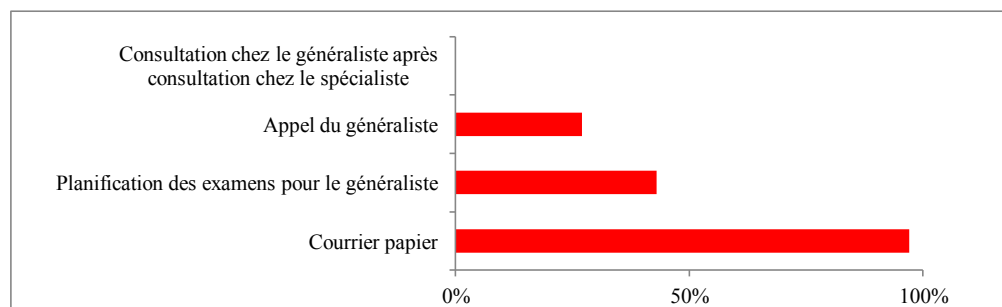
Les points forts d'une prise en charge par le MG étaient surtout la proximité de son cabinet médical et sa capacité de suivi sur le long terme pour la moitié des PvVIH interrogés (Figure 2).

Figure 2. Q19 : Points forts d'un suivi auprès du MG selon les PvVIH.



Les principales mesures à mettre en place selon les PvVIH pour améliorer la continuité de leur suivi en ville étaient : à 96.7% l'envoi d'un courrier médical au MG après chaque consultation chez le MS, à 43.3% la planification par le MS des examens à faire en ville par le MG et à 26.7% l'appel du MG par le MS. La consultation chez le MG après chaque consultation chez le MS n'a pas été citée (Figure 3). Les trois autres propositions faites par les PvVIH pour favoriser le suivi par le MG étaient : l'envoi d'un mail sécurisé, la création d'un dossier médical sur la carte vitale et la formation continue pour le MG.

Figure 3. Q10 : Mesures à mettre en place pour favoriser le suivi par le MG selon les PvVIH.



93.3% des PvVIH souhaitaient consulter leur MS au moins tous les 6 mois et 86.7% pour leur MG (Figure 4 et 5).

Figure 4. Q11 : Fréquence du suivi par le MG souhaitée par les PvVIH.

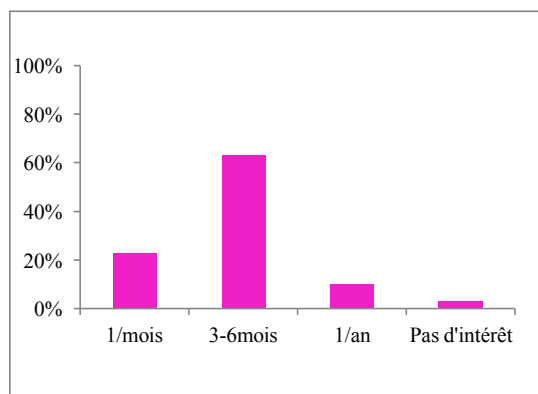
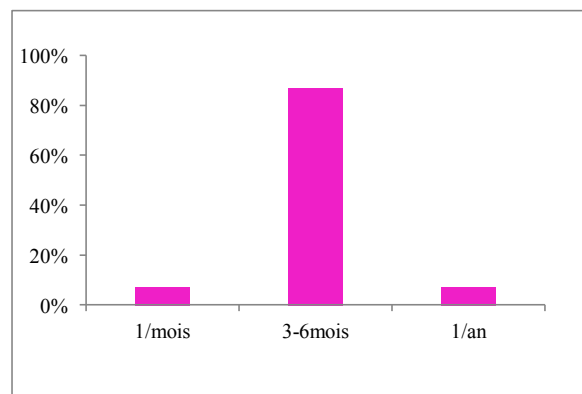


Figure 5. Q12 : Fréquence du suivi par le MS souhaitée par les PvVIH.



3.2 Enquête auprès des médecins généralistes

Les caractéristiques épidémiologiques des MG interrogés sont détaillées dans le tableau 2. Les deux groupes (groupe 1 « moins de 5 PvVIH suivis » et groupe 2 « plus de 5 PvVIH suivis ») étaient comparables en termes de sexe, de lieu d'exercice, de mode d'exercice et de distance par rapport à la consultation d'un MS, mais le groupe 2 présentait plus de MG âgés (« 51-67 ans »).

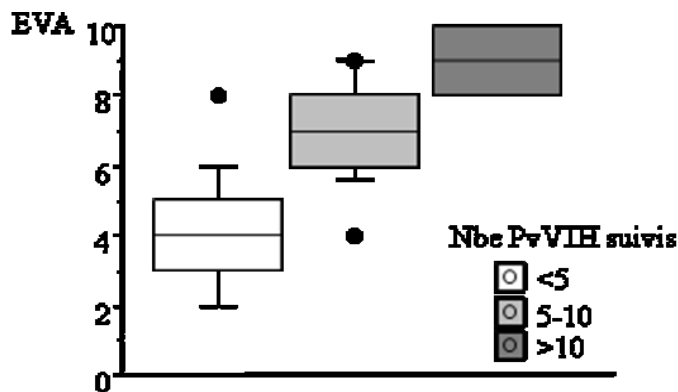
Tableau 2. Description de la population des MG en fonction de leur âge, sex-ratio, mode d'exercice et lieu d'exercice.

Médecins généralistes	Groupe 1 <5PvVIH suivis N=15	Groupe 2 >5PvVIH suivis N=15	Total N=30 (100%)	<i>P</i>
Tranche d'âge				
28-50ans	7	2	9 (30%)	
51-67ans	8	13	21 (70%)	0,046
Sex ratio (H/F)	1,5	4	2.3	<i>ns</i>
Lieu d'exercice				<i>ns</i>
Nice	13	13	26 (86,7%)	
Cagnes-sur-Mer/Villeneuve-Loubet	1	1	2 (6,7%)	
Antibes/ Juan-les-Pins	0	1	1 (3,3%)	
Cannes	1	0	1 (3,3%)	
Distance cabinet MG/ MS (km) :				<i>ns</i>
<5	4	2	6 (20%)	
5-10	11	13	24 (80%)	
>10	0	0	0 (0%)	
Mode d'exercice :				<i>ns</i>
Libéral	14	15	29 (96,7%)	
Mixte	1	0	1 (3,3%)	

60% des MG avaient envie de s'impliquer dans la prise en charge des PvVIH. Cette implication concernait à 63% le suivi clinique et biologique, à 27% la prescription du traitement ARV et à 17% la participation aux réseaux.

40% des MG se sentaient en confiance dans la prise en charge de leurs PvVIH. L'évaluation visuelle analogique à la question : «Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des PvVIH ?» était en moyenne de 5.7/ 10. Les MG suivant plus de 5 PvVIH (groupe 2) se sentaient significativement plus à l'aise dans cette prise en charge que les MG en suivant moins de 5 (groupe 1) : 8 [4-10] *versus* 4 [0-8], $p = 0.011$ (Figure 6).

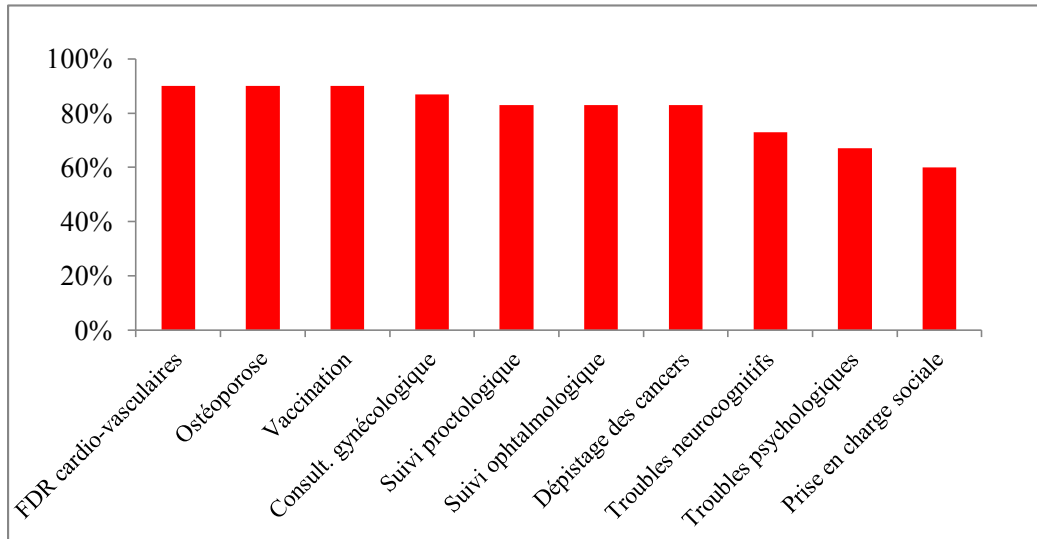
Figure 6. Q8: Résultats de l'EVA « Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des PvVIH ? » en fonction du nombre de PvVIH suivis.



83.3% des MG étaient satisfaits de la communication avec le MS concernant la prise en charge de leurs PvVIH. Sur les 5 MG insatisfaits, 2 déclaraient que le courrier ne répondait pas à leurs attentes, 3 avaient signalé qu'il était trop tardif et 1 trouvait que le MS était injoignable lorsqu'il avait besoin de lui.

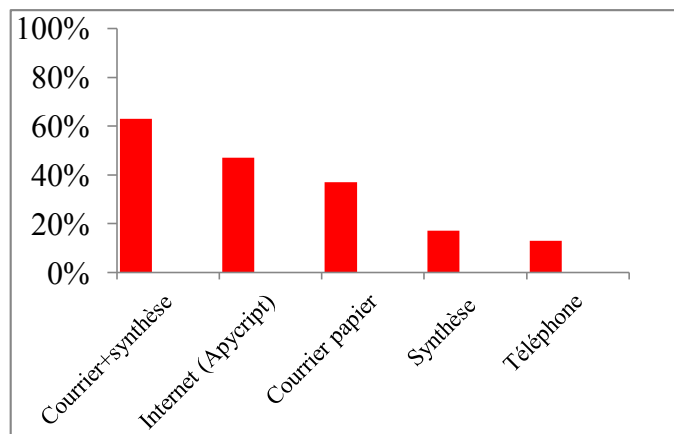
De façon générale, les MG étaient favorables à la prise en charge d'une grande partie des éléments de suivi proposés comme indiqué dans la figure suivante (Figure 7).

Figure 7. Q11 : Eléments que les MG seraient prêts à assumer et coordonner en ville concernant le suivi de leurs PvVIH.



Afin de renforcer le lien de communication, les supports leur paraissant les plus appropriés étaient par ordre décroissant : un courrier associé à une synthèse annuelle sur feuille A4 à 63.3%, l'outil internet via « Apycript » à 46.7%, un courrier papier à 36.7%, une synthèse annuelle à 16.7% et le téléphone à 13.3% (Figure 8).

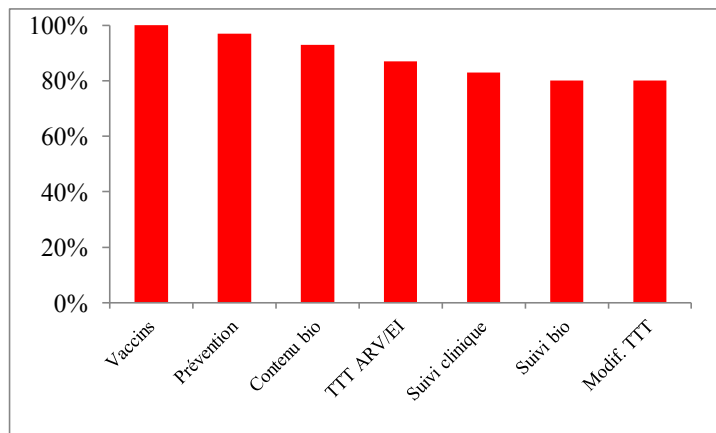
Figure 8. Q12 : Le meilleur outil de communication ville-hôpital selon les MG.



Les propositions libres faites par les MG étaient: un outil informatisé sécurisé (type « Apycript », cité par 6 MG, avec alerte informatisée et « check-list »), un carnet de suivi (comme celui des patients diabétiques) et la mise en place d'une permanence téléphonique.

Les informations que les MG souhaitaient voir apparaître dans l'outil de communication ville-hôpital sont présentées dans la figure ci-dessous. Les vaccinations (100%), la liste des actions de prévention (96.7%) et le contenu du suivi biologique (Contenu bio) (93.3%) étaient les éléments les plus cités. Venaient ensuite les modalités du traitement antirétroviral/ effets indésirables à surveiller (TTT ARV/EI) (86.7%), la fréquence du suivi clinique (83.3%) puis la fréquence du suivi biologique (Suivi bio) et les propositions de modifications de traitement (Modif. TTT) en proportions égales (80%) (Figure 9).

Figure 9. Q13 : Informations souhaitées par les MG dans l'outil de communication ville-hôpital.



Nous avons cherché à comparer les groupes 1 et 2 de MG: le fait de suivre plus de PvVIH (groupe 2) influait sur l'aisance dans leur prise en charge, l'implication dans le suivi clinique et biologique, la prescription du traitement ARV et la participation aux réseaux. Il n'y avait pas de différence significative pour les autres réponses (Tableau 3).

Tableau 3. Etude de la comparabilité entre le Groupe 1 et le Groupe 2.

Médecins généralistes N total= 30	Groupe 1 <5PvVIH suivis N=15	Groupe 2 > 5PvVIH suivis N=15	P
Désirent s’impliquer dans la PEC des PvVIH	6	12	<i>ns</i>
Se sentent à l’aise dans la PEC des PvVIH	2	10	0,0091
S’impliquent actuellement dans :			
Suivi clinique et biologique	4	15	0,002
Prescription du traitement ARV	1	7	0,039
Participation aux réseaux	-	5	0,05
Sont satisfaits de la communication avec le médecin spécialiste concernant leurs PvVIH :	13	12	<i>ns</i>
Sont d’accord pour coordonner le suivi de leurs PvVIH en ville concernant :			
Facteurs de risque (FDR) cardio-vasculaires	12	15	<i>ns</i>
Ostéoporose	12	15	<i>ns</i>
Suivi gynécologique	12	14	<i>ns</i>
Suivi proctologique	11	14	<i>ns</i>
Suivi ophtalmologique	11	14	<i>ns</i>
Vaccinations	12	15	<i>ns</i>
PEC sociale	8	10	<i>ns</i>
PEC psychologique	7	13	<i>ns</i>
Dépistage des cancers	10	15	0,05
Dépistage des troubles neurocognitifs	9	13	<i>ns</i>
Le meilleur outil de communication pour le médecin généraliste est :			
Courrier papier	6	5	<i>ns</i>
Synthèse annuelle	4	1	<i>ns</i>
Courrier + Synthèse	10	9	<i>ns</i>
Téléphone	-	4	<i>ns</i>
Outil internet sécurisé (« Apycript »)	5	9	<i>ns</i>

3.3 Enquête auprès des médecins spécialistes

Les caractéristiques épidémiologiques principales des MS sont décrites dans le tableau ci-après.

Tableau 4. Description de la population des médecins spécialistes (n=16).

Tranche d'âge :	
28-40ans	6 (37.5%)
41-50ans	5 (31.25%)
51-67ans	5 (31.25%)
Sex ratio (H/F)	1.67
Type d'établissement:	
CHU	6 (37.5%)
CHG	7 (43.8%)
Mixte: CHU +libéral	2 (12.5%)
Mixte: CHG +libéral	1 (6.2%)
Nombre de PvVIH suivis:	
<50	2 (12.5%)
50-150	6 (37.5%)
>150	8 (50%)
Durée d'activité:	
<15 ans	6 (37.5%)
>15 ans	10 (62.5%)
Rythme de suivi (moyenne en mois) :	
CD4<500	3.6
CD4>500	4,8

50% des MS ont eu connaissance du « Consensus formalisé : prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville » publié en 2009 qui définit les « missions de santé primaires » attribuées préférentiellement aux MG et les « missions avancées » du domaine de compétence d'infectiologues, d'internistes ou de certains spécialistes d'organe (5). Tous les MS ont déclaré connaître les COREVIH. 81.3% des MS participaient aux réunions de concertation pluridisciplinaire et aux synthèses annuelles réalisées en hôpital de jour.

L'outil informatisé Nadis® était utilisé par 75% des MS interrogés. Il n'était pas disponible aux centres hospitaliers d'Antibes ni de Fréjus.

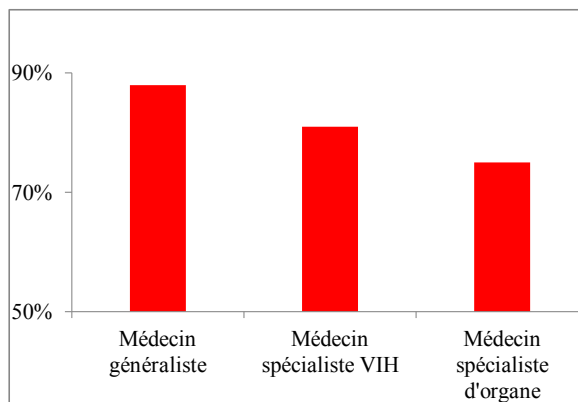
37.5% des MS déclaraient être le médecin référent auprès de la Sécurité Sociale de leurs PvVIH. Parmi les 62.5% n'étant pas médecin référent, 90% déclaraient avoir noté le nom du médecin référent dans le dossier du patient. 25% des MS adressaient leurs PvVIH à leur MG après leur consultation.

Le courrier pour le MG était envoyé dans la semaine suivant la consultation dans 93.7% des cas et dans le mois dans 6.3% des cas. Il était réalisé systématiquement après chaque consultation dans 68.7% des cas et 1 à 2 fois par an dans 31.1% des cas. 93.7% des MS déclaraient ne pas recevoir d'informations concernant le suivi des patients communs par le MG mais ce dernier restait joignable facilement dans 75% des cas.

87.5% souhaitaient une prise en charge globale partagée entre l'hôpital et la ville en établissant un « Plan de soins personnalisé ». Les deux spécialistes refusant cette prise en charge partagée étaient catégoriques: «Pas de suivi en ville du VIH ni des pathologies directement liées à cette maladie».

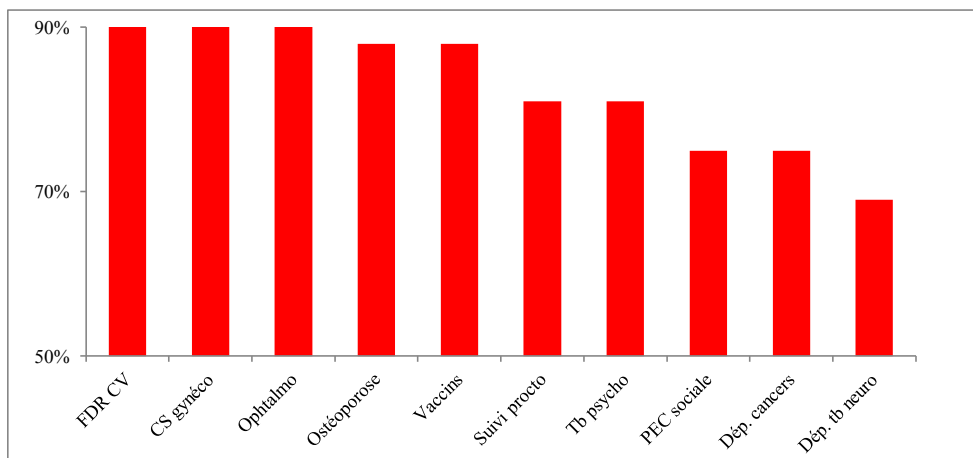
A 87.5%, les MS pensaient que la prise en charge des comorbidités des PvVIH relevait du MG, tout en restant partagée avec les MS du VIH (81.3%) et les médecins spécialistes d'organe (75%) (Figure 10).

Figure 10. Q.17: Prise en charge des comorbidités selon les MS.



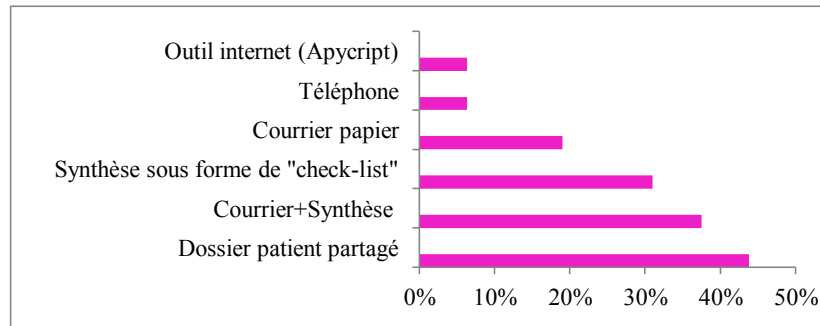
Les principaux éléments du suivi que les MS étaient prêts à déléguer étaient : les facteurs de risque cardio-vasculaires (FDR CV), le suivi gynécologique (CS gynéco) et ophtalmologique dans 93.7% des cas, la prise en charge de l'ostéoporose et des vaccinations dans 87.5% des cas, la gestion des troubles psychologiques (Tb psycho) et la coordination du suivi proctologique (Suivi procto) dans 81.3% des cas. Venaient ensuite la prise en charge sociale (PEC sociale), le dépistage des cancers (Dép. cancers) dans 75% des cas et le dépistage des troubles neurocognitifs (Dép. tb neuro) dans 68.7% des cas (Figure 11).

Figure 11. Q.19 : Eléments du suivi des PvVIH que les MS étaient prêts à déléguer.



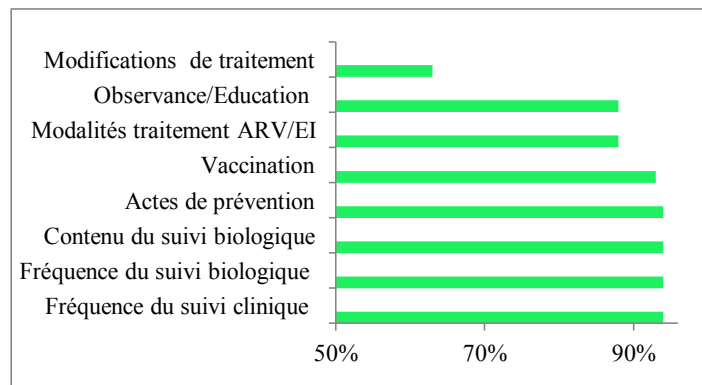
Concernant la collaboration entre MG et MS, les supports choisis pour l’outil de communication ville-hôpital étaient : un « dossier patient partagé » (43.8%) pour lequel Nadis® était souvent cité, suivi d’un courrier papier associé à une synthèse format A4 sous forme de « check-list » (37.5%) (Figure 12).

Figure 12. Q.20: Outils pour la collaboration ville-hôpital selon les MS



Concernant son contenu, la fréquence du suivi clinique et biologique, le contenu du bilan biologique, les actions de prévention et les vaccinations ont été cités par 93.7% des MS. A 87.5%, ils souhaitaient voir apparaître les modalités du traitement ARV, les effets indésirables à surveiller et l’observance du patient puis à 62.5% les modifications de traitement ARV/effets indésirables à surveiller (Modalités traitement ARV/EI) (Figure 13).

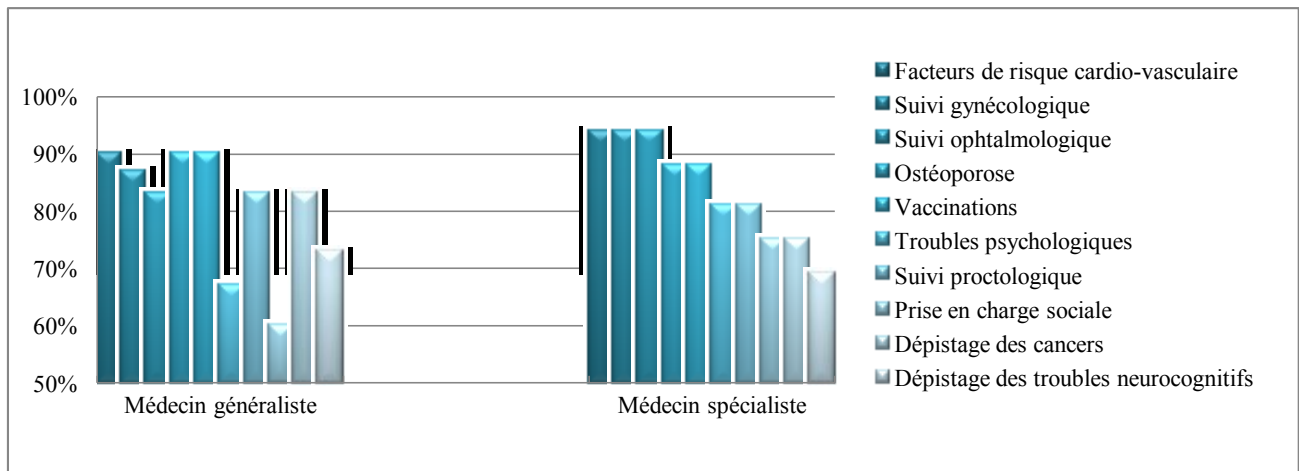
Figure 13. Q.21: Informations que les MS souhaiteraient dans l’outil de communication ville-hôpital



3.4 Comparaison des résultats

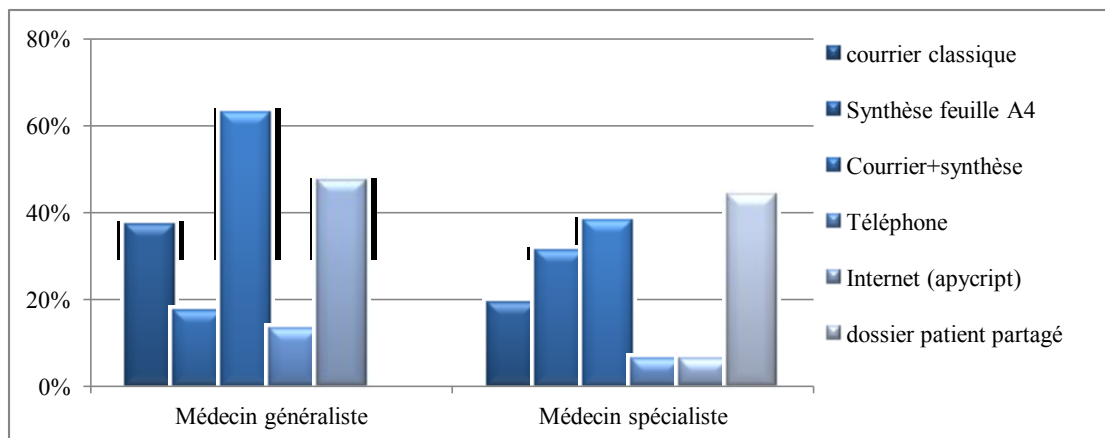
La figure ci-dessous fait le parallèle entre les éléments de suivi que les MG seraient prêts à coordonner en ville et les éléments de suivi que les MS seraient prêts à leur déléguer.

Figure 14. Q. 11 et 19 : Comparaison des réponses des MG et MS concernant les éléments de suivi qu'ils seraient prêts à coordonner (MG) et à déléguer (MS).



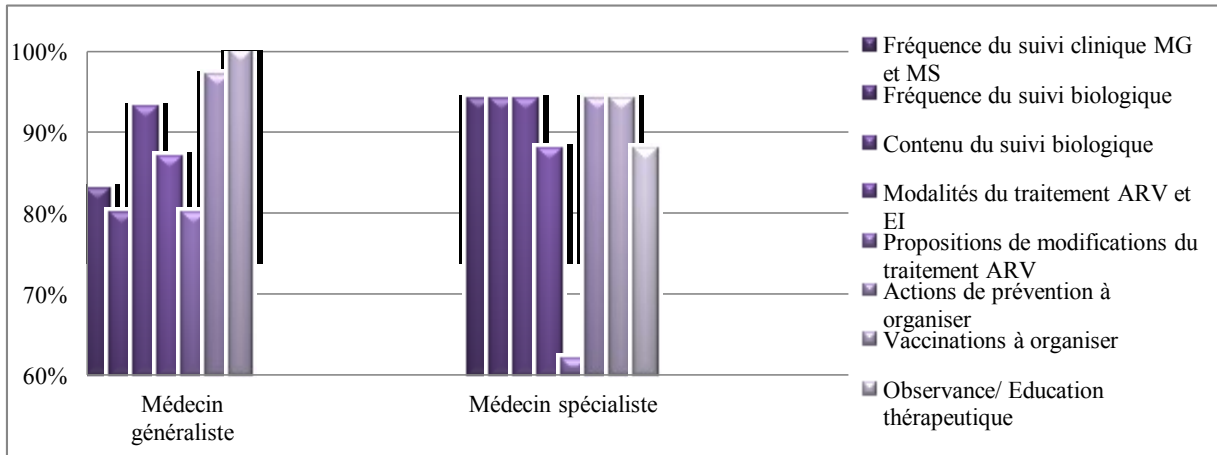
La figure ci-après compare les outils de communication cités par les MG et les MS.

Figure 15. Q.12 et 20: Comparaison des réponses des MG et MS concernant le meilleur outil de communication ville-hôpital.



La figure 16 fait le parallèle entre les éléments qui devraient apparaître dans l’outil de communication ville-hôpital d’après les MG et les MS.

Figure 16. Q.13 et 21: Comparaison des réponses des MG et MS concernant le contenu de l’outil de communication ville-hôpital.



4. DISCUSSION

4.1 Synthèse des résultats

Dans notre étude 96.7% des patients ont un médecin généraliste et dans 96.6% des cas il s'agit de leur médecin référent auprès de la Sécurité Sociale. De plus, à 89.7% les PvVIH sont satisfaits de la prise en charge faite par leur médecin traitant, ils le consultent en moyenne 6.7 fois/an. Néanmoins, les missions confiées au médecin généraliste par les PvVIH restent limitées à la prise en charge des maladies bénignes et aux actes de prévention tels que la vaccination. Ainsi, 43.3% des PvVIH de notre enquête sont favorables à une planification pour le médecin généraliste des examens à réaliser sur un an. Ils ne voient pas l'intérêt de confier la prise en charge de leur pathologie VIH au médecin généraliste puisque 86.6% consultent leur médecin spécialiste tous les 3 à 6 mois. Au cours des entretiens individuels les patients ont également abordé le problème de la confidentialité (au cours de la consultation médicale et en pharmacie de ville) qui leur paraît plus respectée à l'hôpital. La stigmatisation et les discriminations leur semblent plus présentes en ville (12). De plus, en cas de nécessité de bilans ou examens complémentaires, les spécialistes et l'ensemble du plateau technique sont regroupés en un même lieu lors d'un suivi hospitalier.

Le lien entre les PvVIH et le médecin généraliste est donc déjà présent mais ce dernier reste peu impliqué dans la prise en charge spécifique du VIH (67% sont impliqués dans le suivi clinique et biologique, 27% dans la prescription du traitement antirétroviral et 17% participent aux réseaux). Les médecins généralistes manquent de confiance en eux dans cette prise en charge, mais cette confiance s'accroît avec le nombre de patients suivis. Dans la thèse de Médecine « Etat des lieux de la prise en charge en médecine générale des patients infectés par le VIH en Mayenne en 2012 » les raisons avancées par les médecins généralistes concernant ce défaut de coordination des soins en ville étaient : des consultations trop longues, un investissement trop important par rapport au nombre de patients suivis et la complexité du suivi (13). Relire ces arguments sous l'éclairage du manque d'assurance pourrait être une piste d'action.

Notre étude met en évidence que médecins généralistes et médecins spécialistes sont favorables à l'idée d'une coordination des soins. En effet, plus de 80% des médecins généralistes seraient d'accord

pour prendre en charge la presque totalité des comorbidités (liées ou non au VIH) et parallèlement plus de 80% des médecins spécialistes seraient d'accord pour les leur déléguer.

Il semble par contre que la coordination des soins achoppe sur l'outil de communication. Tous les médecins généralistes insatisfaits de leur relation avec le médecin spécialiste le sont pour des raisons de carence de communication. Dans notre étude, les généralistes privilégient un courrier papier associé à une synthèse annuelle sous forme de « check-list » (63.3%) et pour l'utilisation d'internet via « Apycript » (46.7%). Les spécialistes sont eux favorables à un dossier patient partagé (43.8%) et citent volontiers l'outil informatisé Nadis®. Nos entretiens nous ont permis de constater la méconnaissance mutuelle de ces outils. En effet, le dossier médical informatisé Nadis® n'est pas accessible en ville, il est donc méconnu des médecins généralistes. De même, la connexion cryptée sécurisée « Apycript » n'est pas mise en place dans les établissements hospitaliers de la région PACA. Le rapport du Professeur Yeni paru en 2010 « Prise en charge des personnes infectées par le VIH » avance que dans l'attente d'un « dossier médical personnel », un « accès partagé aux dossiers médicaux informatisés est souhaitable », reste à en préciser les modalités (4).

Une étude réalisée à Londres en 1996 avait précisé l'importance du développement d'outils de communication pour la coordination de la prise en charge entre soins primaires et soins spécialisés. L'amélioration de la communication entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste (document sur feuille A4 faxé dans les 48 heures après la consultation avec le médecin spécialiste, système de ligne téléphonique d'urgence 24/24H, réunions de formation trimestrielles) conduisait à une réduction de la durée des séjours à l'hôpital, une réduction des consultations externes et une augmentation des consultations auprès des médecins généralistes (14).

4.2 Points positifs et limites de l'étude

Notre étude a voulu établir les freins existant à la prise en charge en ville du PvVIH en appréhendant cette fois les perceptions de chacun des trois acteurs : les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les PvVIH. En effet, c'est l'intrication des représentations de ces trois acteurs qui vient modérer in fine la prise en charge des PvVIH. Les travaux de thèse de Médecine précédemment réalisés s'intéressaient à l'avis des PvVIH et/ou des médecins généralistes (11)(13). Or, le point de vue du médecin spécialiste reste au cœur du parcours de soin du PvVIH et ne peut être écarté.

De ce fait, la réalisation de l'étude était plus complexe et a entraîné certains biais. Chacun des groupes comprenait seulement 30 personnes pour les PvVIH et les médecins généralistes ce qui est un effectif relativement faible. La représentativité n'est pas parfaite puisque les PvVIH n'ont été rencontrés qu'à l'hôpital de Nice et d'Antibes, et les médecins généralistes ont été sélectionnés à partir d'une base de dossiers patients hospitalière. Aussi, nous n'avons pas pu rencontrer de patients suivis uniquement en ambulatoire ou par leur médecin traitant. De même, si nous avons rencontré une grande majorité des médecins spécialistes hospitaliers impliqués dans le VIH de la région PACA-Est, nous n'avons pas vu ceux exerçant uniquement en ambulatoire.

4.3 Propositions pour améliorer la collaboration ville-hôpital

4.3.1 Restaurer la confiance des médecins généralistes

Si les réticences à l'implication dans la prise en charge du VIH proviennent d'un manque de confiance, et si ce manque de confiance est significativement dépendant du nombre de patients suivis, il est tentant de proposer d'axer les mesures sur les médecins généralistes dont la file active est la plus importante (15)(16). Dans un travail de thèse de Médecine présenté en 2012 « Perceptions par les patients infectés par le VIH du rôle du médecin généraliste et des autres professionnels de santé dans la prise en charge de leur maladie en ville », il est proposé de réfléchir sur la création de réseaux comprenant un pool restreint de médecins généralistes souhaitant s'impliquer dans la prise en charge du VIH après avoir bénéficié d'une formation spécifique afin que les spécialistes leur envoient leurs PvVIH (11).

Or, notre enquête souligne que la grande majorité des PvVIH ont déjà un médecin généraliste dont ils sont satisfaits et qu'ils voient régulièrement. Il ne paraît pas pertinent de changer ce « médecin de famille » auquel ils sont attachés, pour un médecin « généraliste-spécialiste ». Quelle que soit son implication dans le suivi global d'un PvVIH, le médecin généraliste doit pouvoir intervenir dans le suivi comme il peut le faire dans beaucoup de pathologies chroniques. Il s'agit d'avantage de créer les conditions favorables permettant de travailler dans un sentiment de sécurité et de confiance entre les différents intervenants. Dans la littérature, des travaux ont montré que les médecins généralistes peuvent développer des connaissances spécialisées dans les soins du VIH sans défaut de prise en charge pour le patient par l'expérience clinique et l'auto-éducation (9)(17)(18).

4.3.2 Inciter à la prise en charge alternée ville-hôpital grâce à la synthèse annuelle hospitalière

Le Rapport d'experts 2013 sur la « Prise en charge médicale des PvVIH » préconise un bilan de synthèse annuel hospitalier. Il propose de réaliser en ville le suivi et le renouvellement du traitement ARV entre deux synthèses annuelles lorsque le bilan immuno-virologique est stabilisé. Pour ces consultations longues, une cotation spécifique de « consultation clinique complexe » avec revalorisation tarifaire est envisagée (19).

Dans tous les cas le médecin spécialiste reste au centre de la prise en charge du PvVIH et une coordination avec la ville doit obligatoirement se faire en accord avec ce dernier. Sans une réelle volonté du médecin spécialiste de dynamiser la prise en charge en ville, elle ne pourra se réaliser. L'adhésion du patient à ce parcours de soins est fondamentale sachant qu'il y est plutôt réticent pour l'instant. Or, elle est indispensable pour assurer une prise en charge optimale (20)(21)(22). L'intérêt est pour lui de recevoir le meilleur des soins primaires et secondaires (23)(24).

4.3.3 Améliorer l'outil de communication par la formalisation d'un « Programme personnalisé de soins »

Pour inciter à la prise en charge alternée, le médecin généraliste doit y être impliqué par la transmission du bilan de synthèse annuel comportant le bilan médical du patient avec ses résultats, le parcours de soins préconisé et la liste des dépistages à effectuer dans l'année à venir (1). Il s'agit d'un « Programme personnalisé de soins » tel que recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en février 2012 pour les patients porteurs de maladie chronique (25). Cet outil agirait comme un soutien qui renforcerait le sentiment de confiance du médecin généraliste et son investissement auprès des PvVIH.

Pour développer cet outil, le partage des informations devrait être mis en place par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée pour la transmission en direct des informations à partager : objectifs et types de traitement, dépistage des comorbidités, interactions et précautions d'emploi liées au type d'ARV. Cette proposition est soutenue dans le Rapport Morlat 2013 et plébiscitée par les médecins généralistes de notre étude (1). Ces informations seraient aussi sous forme de courrier. Les résultats de notre étude ne nous permettent pas de penser que le dossier médical partagé Nadis®, très spécifique aux médecins hospitaliers, pourrait sans modification correspondre aux pratiques des médecins généralistes.

5. CONCLUSION

Notre étude montre que les PvVIH sont très attachés à leur MG, sans lui confier pour autant de « missions avancées » concernant la prise en charge de leur pathologie VIH. Par faute d'être impliqué par le MS dans ces « missions avancées », le MG a globalement peu confiance dans sa prise en charge. Pourtant, le constat est fait d'une réelle motivation des MG et MS de collaborer pour un suivi partagé du PvVIH.

Restaurer la confiance mutuelle des différents acteurs passe par le développement d'un « Programme personnalisé de soins » venant comme un soutien fort à la prise en charge du MG. Cet outil pourrait être mis en place par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée et d'un courrier afin de partager les informations nécessaires. Ce programme pourrait être développé lors des consultations annuelles de synthèse hospitalières et sa mise en œuvre coordonnée par le MG. Sa réalisation nécessite avant tout l'adhésion du patient et du MS.

Annexes

Annexe 1: Questionnaire des PvVIH

Etude des freins à la prise en charge par le médecin généraliste des patients vivant avec le VIH

Questionnaire adressé aux patients vivant avec le VIH (PvVIH)

Le but de ce travail est d'identifier les freins éventuels à la prise en charge de votre maladie par votre médecin de famille (Prise en charge de l'infection VIH, des coinfections et des comorbidités).

Informations démographiques (données issues de Nadis)

1. Quel est votre âge ?
2. Sexe?

Information sur votre maladie (données issues de Nadis)

3. Date de contamination :
4. Prise d'un traitement ARV Oui Non
 - a. Date de début
 - b. Nombre de lignes de traitement 1 / 2 / > 2

Contexte médical

5. Avez-vous un médecin généraliste (MG) ? Oui Non

NB (pour les dossiers Nadis): Existence d'un médecin traitant identifiable dans le dossier Nadis Oui Non

6. Si OUI :
 - a. Si vous avez un MG, est-il votre médecin référent? Oui Non
 - b. Combien de fois par an le consultez vous?
 - c. Prescrit-il ou renouvelle-t-il votre traitement ARV? Oui Jamais
 - d. Etes-vous satisfait de la prise en charge faite par votre MG? Oui Non

7. **Si NON** : pourquoi n'allez vous pas chez un MG?
- a. Vous n'avez pas envie de parler de votre séropositivité à un autre médecin que le médecin prescripteur de votre traitement antirétroviral
 - b. Vous n'avez jamais eu de MG
 - c. Vous avez peur d'une moins bonne prise en charge, que le médecin généraliste connaisse moins bien la pathologie liée au VIH et ses traitements
 - d. Sa consultation coûte trop cher
 - e. Vous ne saviez pas qu'un MG pouvait prendre en charge la pathologie liée au VIH
 - f. Autre: précisez

Exploration des représentations du patient

8. Quel(s) est/sont selon vous le(s) rôle(s) que doit jouer le MG dans votre prise en charge ?
- a. Renouvellement et surveillance de votre traitement ARV
 - b. Prise en charge des maladies bénignes (rhinopharyngite, traumatologie...)
 - c. Actes de prévention (ex: dépistage HTA, hypercholestérolémie, diabète...)
 - d. Vaccinations
 - e. Prescription du bilan biologique dans le cadre de votre séropositivité et/ou de votre traitement
 - f. Prise en charge psychologique
 - g. Aucun
9. Quels seraient les points forts d'un suivi auprès de votre MG (choix multiple possible)?
- a. Suivi sur le long terme (construction d'une relation de confiance)
 - b. Qualité de l'écoute lors de la consultation
 - c. Disponibilité, accessibilité
 - d. Proximité de son cabinet médical
 - e. Aucun
10. Selon vous, quelles seraient les mesures à mettre en place pour favoriser votre suivi par le MG?
- a. Appel du MG par le MS après chaque consultation auprès de ce dernier?
 - b. Réalisation d'un courrier médical pour le MG après chaque consultation auprès du MS?
 - c. Consultation chez le MG après chaque consultation chez le spécialiste?
 - d. Planification des examens à faire vous concernant spécifiquement délivrés par le MS au MG au moins une fois par an?
 - e. Autre: Précisez

11. A quelle fréquence souhaiteriez-vous consulter votre MG (suivi de votre infection par le VIH ou autre)?

- a. Tous les mois
- b. Tous les 3 à 6 mois
- c. Tous les ans
- d. Je ne vois pas l'intérêt d'aller le consulter

12. A quelle fréquence souhaiteriez-vous consulter votre MS (suivi de votre infection par le VIH et coinfections)?

- a. Tous les mois
- b. Tous les 3 à 6 mois
- c. Tous les ans

13. Que proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge par votre médecin traitant ?

Annexe 2: Questionnaire du médecin généraliste

Etude des freins à la prise en charge par le médecin généraliste des patients vivant avec le VIH

Questionnaire adressé au médecin généraliste (MG):

Information démographiques

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous?

- 28-40
- 41-50
- 51-67

2. Votre sexe :

- F
- M

Information sur votre activité professionnelle :

3. Lieu d'exercice: (Ville/ Quartier)

4. Quelle est la distance entre votre cabinet et le plus proche lieu de consultation d'un médecin spécialiste prenant en charge les PvVIH (km)?

5. Votre mode d'exercice est-il purement libéral? (vs mixte en établissement de soins)

OUI NON

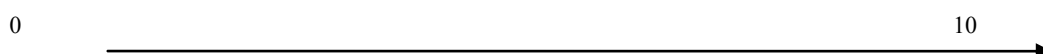
6. Combien de PvVIH suivez-vous en consultation ?

- < 5
- Entre 5 et 10
- >10

Informations concernant la collaboration MS/MG des PvVIH:

7. Avez-vous envie de vous impliquer dans la PEC des PvVIH? Oui Non
8. Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des PvVIH? Oui Non

(Evaluation sur une échelle visuelle analogique où 0 correspond à "Pas du tout à l'aise" et 10 correspond à "très à l'aise")



9. Actuellement votre implication dans le suivi des PvVIH concerne :

- Le suivi clinique et biologique Oui Non
- La prescription du traitement Oui Non
- La participation aux réseaux Oui Non

10. Êtes-vous globalement satisfait de la communication avec le MS concernant la PEC de votre PvVIH? Oui Non

Lorsque vous êtes insatisfait : quelles en sont les principales raisons (choix multiple possible)?

- Courrier ne répondant pas à vos attentes
- Pas de courrier ou délai trop tardif
- le MS est injoignable lorsque vous avez besoin de lui
- Autre :

11. Seriez-vous prêt à assumer et coordonner en ville le suivi de votre patient VIH commun concernant :

- Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires? Oui Non
- Dépister et prendre en charge une ostéoporose ? Oui Non
- De faire pratiquer : - une consultation gynécologique ? Oui Non
- le suivi proctologique Oui Non
- un suivi ophtalmologique Oui Non
- des vaccinations Oui Non
- La prise en charge sociale ? Oui Non

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| ○ | La prise en charge de troubles psychologiques ? | Oui | Non |
| ○ | Le dépistage de cancers? | Oui | Non |
| ○ | Le dépistage de troubles neurocognitifs? | Oui | Non |

Proposition de nouveaux outils de communication hôpital-ville:

12. A votre avis le meilleur outil de communication transmis serait (choix multiple possible):

- Un courrier classique
- Une synthèse sur une feuille A4 sous forme de « checklist »
- Un courrier et une synthèse
- Le téléphone
- Par outil internet (sécurisé: exemple apcript)?

Que proposeriez-vous?.....

13. Quelles informations souhaiteriez-vous voir apparaître dans cet outil?

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| ○ | Fréquence du suivi clinique auprès du MG et du MS | Oui | Non |
| ○ | Fréquence du suivi biologique | Oui | Non |
| ○ | Contenu du suivi biologique | Oui | Non |
| ○ | Modalités du traitement ARV et des effets indésirables à surveiller | Oui | Non |
| ○ | Propositions de modifications de traitement selon la survenue de certains événements indésirables | Oui | Non |
| ○ | Liste des actions de prévention à organiser pour le PvVIH | Oui | Non |
| ○ | Liste des vaccinations à organiser pour le PvVIH | Oui | Non |

14. Que proposeriez-vous pour :

- a) La forme de cet outil ?
- b) Le contenu de cet outil ?

Annexe 3 : Questionnaire du médecin spécialiste

Etude des freins à la prise en charge par le médecin généraliste des patients vivant avec le VIH

Questionnaire adressé aux médecins référents VIH:

Information démographiques :

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous?
 - 28-40
 - 41-50
 - 51-67

2. Votre sexe :
 - F
 - M

Information sur votre activité professionnelle :

3. Vous exercez dans quel type d'établissement :
 - Centre Hospitalier Universitaire
 - Centre Hospitalier Général
 - Autre: (Précisez.....)

4. Quel nombre de patients VIH suivez-vous en consultation ?
 - < 50
 - 50-150
 - >150

5. Depuis quand prenez vous en charge les patients VIH ?

- Moins de 15 ans
- Plus de 15 ans

Informations organisationnelles:

6. Avez-vous connaissance :

- Du texte de référence sur la prise en charge du VIH en médecine de ville« *consensus formalisé sur la prise en charge du VIH en médecine générale et médecine de ville version du 7 avril 2009* » ?

- Oui
- Non

- Des *COREVIH* (coordinations régionales de lutte contre le VIH) ?

- Oui
- Non

7. Participez-vous à une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire VIH au sein de votre établissement ou de votre Corevih ?

- Oui
- Non

8. Réalisez-vous des synthèses annuelles en HDJ au sein de votre établissement ?

- Oui
- Non

9. Utilisez-vous un dossier médical de spécialité eNadis pour le suivi de vos PvVIH ?

- Oui
- Non

10. De façon schématique, quel est votre rythme de suivi en consultation des patients selon leurs résultats immunovirologiques?

- CD4 > 500 et charge virale indétectable, sous traitement stable :
- CD4 < 500 et charge virale indétectable, sous traitement stable :

Informations concernant la collaboration médecin spécialiste-médecin généraliste des PvVIH:

11. Êtes-vous le médecin référent de la sécurité sociale pour vos PvVIH ?
- Oui (>50%)
 - Non (<50%)
 - Si non: le médecin référent est-il identifié dans le dossier?
12. Adressez-vous vos patients à leur médecin traitant après chacune de vos consultations?
- Oui
 - Non
13. Envoyez-vous un courrier systématique au médecin généraliste après chaque consultation?
- Systématiquement
 - Rarement : une à deux fois / an
 - Jamais
14. Avec quel délai?
- Dans la semaine suivant la consultation
 - Dans le mois suivant la consultation
 - Plus de 1mois après
15. En cas de nécessité, parvenez-vous à joindre facilement le médecin traitant de votre patient commun ?
- Oui
 - Non
16. Recevez-vous des informations sur le suivi de votre patient par son médecin traitant ?
- Oui
 - Non
17. Pensez-vous que les comorbidités des PvVIH doivent être prises en charge par : (choix multiple possible) :
- Vous-même
 - Des médecins spécialistes d'organe
 - le médecin traitant

Proposition de nouveaux outils concernant la communication ville hôpital:

18. En l'état actuel de la collaboration ville-hôpital, souhaiteriez-vous une prise en charge globale des PvVIH partagée entre l'hôpital et la ville en établissant un plan de soin personnalisé qui déterminerait les besoins du PvVIH et les rôles du médecin généraliste?

- Oui
- Non

19. Quels éléments du suivi seriez-vous prêt à déléguer ?

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| ○ | Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires? | Oui | Non |
| ○ | Dépister et prendre en charge une ostéoporose ? | Oui | Non |
| ○ | De faire pratiquer : - une consultation gynécologique ? | Oui | Non |
| | - le suivi proctologique | Oui | Non |
| | - un suivi ophtalmologique | Oui | Non |
| | - des vaccinations | Oui | Non |
| ○ | La prise en charge sociale ? | Oui | Non |
| ○ | La prise en charge de troubles psychologiques ? | Oui | Non |
| ○ | Le dépistage de cancers? | Oui | Non |
| ○ | Le dépistage de troubles neurocognitifs? | Oui | Non |

20. A votre avis le meilleur support de cet outil serait (choix multiple possible):

- Un courrier classique
- Une synthèse sur une feuille A4 sous forme de « check-list »
- Un courrier et une synthèse
- Un dossier patient partagé
- Le téléphone
- Par outil internet (sécurisé: exemple apcript)?

Que proposeriez-vous?.....

21. Quelles informations souhaiteriez-vous voir apparaître dans cet outil?

- | | | |
|---|-----|-----|
| ○ Fréquence du suivi clinique auprès du MG et du MS | Oui | Non |
| ○ Fréquence du suivi biologique | Oui | Non |
| ○ Contenu du suivi biologique | Oui | Non |
| ○ Modalités du traitement ARV et des EI à surveiller | Oui | Non |
| ○ Propositions de modifications de traitement selon la survenue de certains événements indésirables | Oui | Non |
| ○ Liste des actions de prévention à organiser pour le PvVIH | Oui | Non |
| ○ Liste des vaccinations à organiser pour le PvVIH | Oui | Non |
| ○ Observance/éducation thérapeutique | Oui | Non |

22. Que proposeriez-vous concernant cet outil de collaboration ?

Bibliographie

1. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. 2013;
2. VIH/sida en France : données de surveillance et études. BEH n° 46-47. 2012 Dec 1;
3. Morlat P, Roussillon C, Rosenthal E, Mortier E, Bergmann J-F, Tabbal N, et al. Évolution des causes de décès chez les patients infectés par le VIH entre 2000 et 2010 : résultats de l'enquête nationale Mortalité 2010 (ANRS EN 20). Rev Médecine Interne. 2012 Jun;33:S67–S68.
4. Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2010. 2010.
5. Haute autorité de santé. Guide affection de longue durée diabète de type 2. 2007.
6. Cécile Fournier, Amélie Chabert, Helen Mosnier-Pudar, Isabelle Aujoulat,, Anne Fagot-Campagna, Arnaud Gautier. Etude ENTRED 2007-2010. Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins.
7. Consensus formalisé : "Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville."2009.
8. Donker G, Dorsman S, Spreuwenberg P, van den Broek I, van Bergen J. Twenty-two years of HIV-related consultations in Dutch general practice: a dynamic cohort study. BMJ Open. 2013;3(4).
9. Page J, Weber R, Somaini B, Nöstlinger C, Donath K, Jaccard R, et al. Quality of generalist vs. specialty care for people with HIV on antiretroviral treatment: a prospective cohort study. HIV Med. 2003 Jul;4(3):276–86.
10. Semaille, P. Management of Patients with HIV/AIDS by the General Practitioner. Rev Médicale Brux 32 No 4. 2011 Sep;
11. Ouane F. Perceptions par les patients infectés par le VIH du rôle du médecin généraliste et des autres professionnels de santé dans la prise en charge de leur maladie en ville : étude qualitative par entretiens semi-directifs associée à une étude quantitative multicentrique par auto-questionnaires. 2012.
12. Ma R. Time to improve HIV testing and recording of HIV diagnosis in UK primary care. Sex Transm Infect. 2009 Dec 1;85(7):486–486.
13. Lavoix A. Etat des lieux de la prise en charge en médecine générale des patients infectés par le VIH en Mayenne en 2012. 2013.

14. Smith S, Robinson J, Hollyer J, Bhatt R, Ash S, Shaunak S. Combining specialist and primary health care teams for HIV positive patients: retrospective and prospective studies. *BMJ*. 1996 Feb 17;312(7028):416–20.
15. Duffus WA, Barragan M, Metsch L, Krawczyk CS, Loughlin AM, Gardner LI, et al. Effect of physician specialty on counseling practices and medical referral patterns among physicians caring for disadvantaged human immunodeficiency virus-infected populations. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2003 Jun 15;36(12):1577–84.
16. Gallant JE. What does the generalist need to know about HIV infection? *Adv Chronic Kidney Dis*. 2010 Jan;17(1):5–18.
17. Landon BE, Wilson IB, Wenger NS, Cohn SE, Fichtenbaum CJ, Bozzette SA, et al. Specialty training and specialization among physicians who treat HIV/AIDS in the United States. *J Gen Intern Med*. 2002 Jan;17(1):12–22.
18. Landon BE, Wilson IB, McInnes K, Landrum MB, Hirschhorn LR, Marsden PV, et al. Physician specialization and the quality of care for human immunodeficiency virus infection. *Arch Intern Med*. 2005 May 23;165(10):1133–9.
19. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Circulaire No DGOS/R1/2012/DGOS/R1/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé. URL : circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/04/cir_34989.pdf.
20. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman BS, Horberg MA. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected With HIV: 2013 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2014 Jan 1;58(1):e1–e34.
21. Cheever LW. Engaging HIV-Infected Patients in Care: Their Lives Depend on It. *Clin Infect Dis*. 2007 Jun 1;44(11):1500–2.
22. Horstmann E, Brown J, Islam F, Buck J, Agins BD. Retaining HIV-Infected Patients in Care: Where Are We? Where Do We Go from Here? *Clin Infect Dis*. 2010 Mar 1;50(5):752–61.
23. Hecht FM, Wilson IB, Wu AW, Cook RL, Turner BJ. Optimizing care for persons with HIV infection. Society of General Internal Medicine AIDS Task Force. *Ann Intern Med*. 1999 Jul 20;131(2):136–43.
24. Singh S, Dunford A, Carter YH. Routine care of people with HIV infection and AIDS: should interested general practitioners take the lead? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2001 May;51(466):399–403.
25. HAS. Programme personnalisé de soins. 2012.

Résumé

Introduction

L'évolution de la pathologie VIH vers une affection chronique dont la morbi-mortalité se diversifie, justifie un suivi partagé des patients vivant avec le VIH (PvVIH) entre la ville et l'hôpital avec comme acteur clef de cette collaboration le médecin traitant. Nous nous sommes interrogés sur les perceptions du PvVIH, du médecin généraliste (MG) et du médecin spécialiste (MS) afin d'explorer les freins et les attentes de chacun concernant cette prise en charge partagée du PvVIH entre la ville et l'hôpital.

Méthodologie

Nous avons réalisé une enquête par entretiens semi-dirigés auprès de 30 PvVIH rencontrés au sein des services hospitaliers de Nice et Antibes, de 30 MG tirés au sort en région PACA-Est en fonction du nombre de PvVIH suivis et de 16 MS des hôpitaux de Nice, Antibes, Grasse et Fréjus. Les entretiens ont été réalisés sur une période de 6 mois.

Résultats

Les PvVIH étaient suivis par un MG à 96.7% et il était leur médecin référent auprès de la Sécurité Sociale dans 96.6% des cas. Les rôles attribués au MG par les PvVIH étaient principalement la prise en charge des maladies bénignes (96.7%) et les actes de prévention (66.7%). Ils étaient plus attachés à leur consultation chez le MS (93%) tous les 1 à 6 mois qu'à celle chez leur MG. 40% des MG n'avaient pas envie de s'impliquer dans la prise en charge des PvVIH car ils se sentaient peu à l'aise dans leur suivi. Le désir d'implication et le niveau d'aisance étaient corrélés au nombre de PvVIH suivis.

87.5% des MS se déclaraient prêts à une prise en charge partagée de leurs PvVIH entre la ville et l'hôpital. Cette collaboration nécessite un outil de communication : les MG privilégiaient l'association d'un courrier à une synthèse annuelle sous forme de « check-list » (63.3%) et l'outil internet sécurisé « Apycript » (43.3%). Les MS étaient favorables avant tout au dossier patient partagé informatisé (43.8%) et citaient volontiers l'outil Nadis®. Les patients restaient attachés au courrier papier à 96.7%.

Conclusion

Le « Programme personnalisé de soins » issu d'une synthèse annuelle hospitalière semble être un élément de réponse capital. Il permettrait d'espacer les consultations auprès du MS en instaurant une « trame de suivi » qui accompagnerait le MG dans la prise en charge du PvVIH et renforcerait son sentiment de confiance. Le support privilégié pour cet outil serait un échange de données par courrier doublé d'une connexion internet sécurisée.

Serment d'Hippocrate

En présence de mes Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.