



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2020

N° 2020-48

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

**Stratégies de rétention en médecine générale des patients vivant avec le
VIH perdus de vue des services de maladies infectieuses.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2020.

Par Monsieur Côme LEVIVIER.

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean Luc SCHMIT

Assesseurs :

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Monsieur le Professeur Jean Pierre MAROLLEAU

Monsieur le Docteur Marc BONY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean Philippe LANOIX

À mon président de jury, Monsieur le Professeur Jean Luc Schmit

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider mon jury et j'ai eu le plaisir de de participer à mon simple niveau à votre travail sur le VIH en Picardie, je vous adresse mes sincères remerciements.

À Madame le Professeur Sandrine Castelain

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Laboratoire de Virologie

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez accepter tous mes remerciements pour votre participation à mon jury.

À Monsieur le Professeur Jean Pierre Marolleau

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chef du service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire

Chef du Pôle « Oncopôle »

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury et par ailleurs de former la personne qui m'est le plus cher, elle devient chaque jour meilleure, je vous adresse ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Marc Bony

Médecin généraliste

Enseignant du Département de Médecine Générale à l'Université Jean Monet

J'ai eu l'honneur et le plus grand plaisir d'être un de vos internes, l'enseignement acquis pendant ces deux mois est inestimable, vous me faites de plus l'honneur de participer à mon jury, veuillez recevoir mes plus sincères amitiés.

À Monsieur le Docteur Jean Philippe Lanoix

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Maladies infectieuses et tropicales

Merci de m'avoir cueilli au vol alors que je cherchais tant bien que mal un sujet sur un thème qui me tenait à cœur. Votre investissement et votre aide dans cette simple thèse de médecine générale a été cruciale, merci d'avoir cru en moi, pour cela je vous adresse mes meilleurs remerciements.

Remerciements

À mon amour, Laura, qui depuis sept ans me supporte et me soutient, tu es tout pour moi.

À ma famille, mes parents, ma sœur, mon frère et mes deux grand-mères adorées, ainsi que ma belle-famille, même si la distance est grande, toutes mes pensées vont vers vous, vous me manquez chaque jour.

À mes amis d'enfance, Mathilde la première, Marjo qui m'a appris à parler, Boris, Clément et JB mes futurs témoins et meilleurs amis, vos femmes et vos enfants, vous êtes ma seconde famille.

À mes amis de médecine, Sarah, Clara, Inès, Pauline et Merwane, Dani et Nabil, la distance n'a fait que renforcer mes sentiments pour vous. Prenez le contrôle de Suzuran.

À Bertrand et Raphaël et tous les souvenirs impérissables.

À Tetris, Aurore et Hannah, mes colocs.

À Marine et Ledey, les lyonnais.

À tous mes amis d'Amiens, à ma plus grande joie, si nombreux. Merci d'avoir accepté les expatriés que nous sommes.

À Alice, mon binôme pour la vie et son chéri Thibaut.

À Catherine et sa scierie.

À SEB, le voyageur.

À Nicolas, mon premier chtio.

À Eva et Yohan, Juliette et William sans qui notre jardin ne serait pas si beau.

À mes co-internes d'Abbeville, Ségolène, Mélodie, Maxime et Guillaume sans qui le semestre aurait été si difficile.

À Caroline et Lucile, mes amours de co-internes de Mipi même si ça n'a pas été tous les jours faciles.

À mon équipe de pédiatrie, mes co-internes Clément, Benoît, Camille et toute l'équipe, le docteur Roméo, le docteur Ricard, le docteur Pouplin, Desbureaux et Nemiche et toute l'équipe paramédicale qui m'avez convaincu de revenir.

À Larry, ma co-interne de HGE et son chéri Dimitri, à six mois incroyables avec la formidable équipe du Cham avec le docteur Vandermolen et Aouakli.

À mon équipe de réanimation du CHB avec qui j'ai affronté le Covid-19, mes co-internes Hélène, Joyce, Mathilde et Özlem ainsi que David, Malek, Maxime et Norman, tous les médecins Anne, Cécile, Chloé, Danièle, Marie-Anaïs, Nathalie et David, Jack, Romain D, Romain M et pour finir l'équipe paramédicale qui m'ont presque fait changer de spécialité.

Aux médecins généralistes qui ont voulu me ramener dans cette spécialité si belle, François, le docteur Passet, le docteur Bony, Gina et Jean Daniel, même si je n'ai pas cédé, vos enseignements sont ancrés dans ma pratique.

Et à tous mes amis, Guillaume et Wesley, Hélène, Juliette, Babag et Hugo, Melody et Clément, Ludo, Alexis et Annaboule, Vincent, Baptiste, Juju et JJ, Mathilde et Antoine, Maité, Anouck et Charlet, Amaury, Ivonna, Cécile et Vincent, Marc, Geff et tous ceux que j'oublie.

Table des matières

REMERCIEMENTS	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	13
INTRODUCTION.....	15
UN PEU D'HISTOIRE.....	15
LES ACTEURS DU VIH.....	18
QUELQUES CHIFFRES.....	20
CONSULTATION DE SUIVI DU PVVIH.....	21
PERDUS DE VUE.....	23
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	25
POPULATION DE L'ÉTUDE.....	25
VARIABLES DE L'ÉTUDE.....	25
HYPOTHÈSE DE TRAVAIL.....	26
RÉSULTATS.....	27
<i>Figure 1 : Diagramme de flux.....</i>	<i>28</i>
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE PATIENTS	29
<i>Tableau 1 : Caractéristiques des patients.....</i>	<i>29</i>
CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS	30
<i>Tableau 2 : Caractéristiques des médecins traitants.....</i>	<i>30</i>
CONCERNANT LE SUIVI DES PATIENTS.....	32
<i>Tableau 3 : Données concernant les patients suivis</i>	<i>32</i>
<i>Figure 2 : Raisons de l'absence de reprise de contact</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 4 : Données concernant les patients perdus de vue</i>	<i>34</i>
<i>Figure 3 : Raisons de la rupture du contact avec le médecin traitant.....</i>	<i>36</i>
<i>Figure 4 : Diagramme de flux 2, réalité entre la perte de vue hospitalière et la rupture complète de suivi</i>	<i>37</i>
DISCUSSION	39
CONCERNANT LES RÉSULTATS.....	40
CONCERNANT LA MÉTHODE.....	42
CONCERNANT L'ÉCHANTILLON DE POPULATION.....	43

AU TRAVERS DES ENTRETIENS, PLUSIEURS PERSPECTIVES SEMBLANT SE DÉGAGER	44
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	55

Liste des abréviations

VIH : virus d'immunodéficience humaine

CDC : Centre de Contrôle des Maladies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

AZT : zidovudine

ALD : affection longue durée

FDA : Food and Drug Administration

NCI : National Cancer Institute

HAART : Thérapies Antirétrovirales Hautement Actives

INNTI : inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

INTI : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

CDAG : Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit

ONUSIDA : Programme commun de Nations Unies sur le VIH

Unesco : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

Unicef : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

AMM : autorisation de mise sur le marché

HAS : Haute Autorité de Santé

SPILF : Société de pathologie infectieuse de la langue française

CiDDiST : centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CeGiDD : centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CISIH : centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine

SFSL : société française de lutte contre le SIDA

IST : infections sexuellement transmissibles

PVVIH : patients vivants avec le VIH

HSH : homme homosexuel

DTPc : Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche

CHU : centre hospitalier universitaire

ARV : antirétroviraux

FMC : formation médicale continue

CoreVIH : coordination régionale de la lutte contre le VIH

DOMEVIIH : Dossier médico-épidémiologique du VIH

INTRODUCTION

Un peu d'histoire

En 1981, des médecins américains se trouvent confrontés pour la première fois à de jeunes patients homosexuels présentant un syndrome de Kaposi : des tumeurs cutanées habituellement observées chez des personnes plus âgées et des infections pulmonaires, des pneumocystoses atypiques à *Pneumocystis carinii* (appelée aujourd'hui *Pneumocystis jirovecii*). L'épidémiologiste française Dominique Costagliola rappelle cependant que l'épidémie est plus ancienne, probablement originaire d'Afrique dès le début du XX^{ème} siècle, dérivée d'un virus du singe, et se répandant silencieusement du fait des défaillances des systèmes et des infrastructures de santé de ces pays. Une lettre d'alerte du Centre de Contrôle des Maladies (CDC) américain devant la multiplication des cas à Los Angeles, San Francisco et New York marque le début de la croisade contre le VIH (1).

La première hypothèse met en cause l'utilisation du Poppers (Nitrate d'Amyle) largement répandu dans les milieux homosexuels, très vite remplacée par celle d'un agent infectieux à transmission sanguine materno-fœtale et sexuelle. La pathologie est alors appelée Gay Related Immune Deficiency (GRID) ou Peste Rose en France, ne touchant initialement que les homosexuels. Mais rapidement des cas sont signalés chez les usagers de drogues injectables. On parle alors de la maladie des 4 H pour hémophile, homosexuel, haïtien et héroïnomane.

Les chercheurs français du laboratoire d'oncologie virale de l'Institut Pasteur-CNRS-Inserm à Paris identifient les premiers le rétrovirus de l'immunodéficience humaine dans les ganglions lymphatiques de patients en 1983. Il est alors baptisé LAV pour Lymphadenopathy Associated Virus (2). De son côté, le chercheur américain Robert C. Gallo qui avait isolé le premier rétrovirus humain, HTLV I, identifie le HTLV III. Le séquençage ADN en 1985 permet de mettre en lumière finalement que ces deux virus sont identiques, appelés par la suite le Virus de l'Immunodéficience Humaine. Plus tard, en 1986, est isolé le sérotype 2 du VIH sur les patients d'Afrique de l'Ouest (3). Le premier test sanguin de détection du VIH est breveté la même année par la US Food and Drug Administration (FDA) et le laboratoire Bio-Rad Laboratories (4).

Des cas sont alors signalés partout dans le monde et les premières campagnes de sensibilisation voient le jour. En 1987, le Docteur Jonathan Man et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) élaborent la première stratégie globale de lutte contre le SIDA et l'exposent lors de la 5^{ème} conférence internationale sur le SIDA à Montréal. Le Docteur Nakajima, directeur de l'OMS, proclame le 1^{er} Décembre 1988 que cette journée sera la journée mondiale contre le SIDA.

C'est ainsi qu'en 1987 le premier traitement antirétroviral contre le VIH, la zidovudine (AZT), un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse est approuvé par la FDA. Initialement peu utilisé dans les cancers suite à des effets secondaires majeurs, il prouve finalement son efficacité grâce aux chercheurs du National Cancer Institute (NCI). Il sera la pièce maîtresse du traitement, puis combiné aux inhibiteurs de la protéase en 1995 devant l'apparition de résistance du virus à l'AZT (5) : c'est l'arrivée des Thérapies Antirétrovirales Hautement Actives (HAART).

En France, la mort du philosophe Michel Foucault en 1984 est le moteur de création de l'association la plus importante, AIDES. Créée à l'automne de la même année par le compagnon de Michel Foucault, Daniel Defert, l'association a initialement un but d'accompagnement, d'information et d'action auprès des porteurs du VIH (6). La stigmatisation s'abat sur les communautés homosexuelles et toxicomanes. En 1986, la nouvelle ministre de la Santé française, le Docteur Michèle Barzach, prend deux mesures phares : la vente libre de seringues pour limiter la contamination chez les toxicomanes et l'autorisation de la publicité sur le préservatif, seul moyen de prévention contre le sida. Plus de trois cents malades sont recensés en France à ce moment.

Bien que depuis 1986 les tests ELISA de dépistage soient disponibles, peu de gens osent les réaliser. Ce problème est résolu en 1988 par la création des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG). La prise en charge de la pathologie est alors remboursée à 100% par la sécurité sociale et les tests de dépistage le sont à partir de 1992. De même, un test de dépistage du VIH devient obligatoire en 1993 dans le cadre de l'examen pré-nuptial (7).

Au niveau mondial, l'ONUSIDA est créée en 1996, elle remplace le Programme Global contre le sida de l'OMS. Elle coordonne certaines actions de l'OMS : l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), les Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef) et la Banque Mondiale (8).

Des molécules de la même famille que l'AZT, les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), apparaissent, mais sans grande efficacité, comme le Zalcitine ou la Lamivudine. Après 1996, l'évolution constante des thérapeutiques, dont l'efficacité est grandissante et les effets secondaires plus supportables, fait reculer la mortalité de la maladie et le risque de transmission. C'est l'apparition d'une nouvelle classe d'ARV, les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), notamment avec la Nevirapine, qui permet cette évolution. De nombreuses molécules sont commercialisées les années suivantes comme la Delarviridine ou l'Efavirenz et la combinaison de ces molécules prouve son efficacité. Cette classe médicamenteuse est ensuite partiellement effacée par l'apparition d'une nouvelle famille d'ARV, les anti-protéases avec le Saquinavir. Par sa combinaison avec les molécules précédentes, est proposée pour la première fois, la trithérapie (9).

L'objectif de la prise en charge repose alors sur le maintien à long terme de cette efficacité en assurant une observance et une réponse du traitement constantes dans le temps. Le traitement des infections opportunistes devient une faible partie de la prise en charge et l'essentiel réside dans une prise en charge globale à long terme.

Les défis de l'accès aux traitements en Afrique restent majeurs. Après l'échec de la vaccination testée sur les populations du Botswana et Eswatini (10), les groupes pharmaceutiques se concentrent sur des antiviraux génériques à prix plus accessibles. De plus, les volontés politiques différentes des états d'Afrique amènent à une propagation hétérogène du virus, avec des prévalences de presque 40% dans certains états du sud de l'Afrique. Malgré la conférence de Durban en 2001 où ont été dénoncées les discriminations contre les porteurs du VIH, l'accès aux soins reste inégal, notamment chez les femmes en Afrique (11).

Dans l'enjeu majeur de freiner la transmission sexuelle de l'infection, un traitement prophylactique et recommandé par l'OMS dès fin 2015, remboursé en France depuis 2016, obtient son autorisation de mise sur le marché (AMM). Il associe deux inhibiteurs de la transcriptase inverse, le Ténofovir et l'Emtricitabine, en un seul comprimé, la PrEP. Il est proposé en utilisation préventive aux personnes non infectées, à risque, exposées à des rapports sexuels sans préservatif.

Les acteurs du VIH

2004 est une date cruciale pour le suivi partagé entre la médecine générale et les services hospitaliers de spécialité : la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (12). Elle est suivie de l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (13). Il est proposé sur le plan légal la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, alors que le rôle du médecin traitant s'arrêtait jusqu'ici au dépistage et à l'information des patients.

En même temps, l'OMS et l'ONUSIDA publient des recommandations sur l'intérêt du dépistage des populations à risque à travers le monde en 2004. Ces recommandations s'appuient sur le principe de la confidentialité, du consentement éclairé et du conseil au patient (14). Le rapport d'expertise français de la même année ne prend pas position sur l'organisation des soins et la coordination avec la médecine de ville (15). Il faut attendre le rapport suivant, en 2006 pour que soit évoquée la place de la médecine de ville dans le suivi du VIH (16).

Un guide sur le conseil et le dépistage du VIH dans les établissements de soins est par la suite publié par l'OMS en 2007 mais se concentre essentiellement sur le rôle de ces établissements (17). La prise en charge en Affection Longue Durée (ALD) est adoptée en décembre de la même année (18).

En 2007, les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées dans le guide de l'ALD en 2007 et de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) en 2009 (19) abordent de manière consensuelle la prise en charge conjointe des patients vivant avec le VIH (PVVIH) entre la médecine générale et les services de maladies infectieuses. Le consensus formalisé définit ainsi des missions primaires de soins de santé octroyées au médecin traitant : il doit s'informer des traitements médicamenteux pris par le patient et en vérifier les interactions, s'assurer de l'observance du traitement, prendre contact rapidement avec un médecin spécialiste en cas d'effets indésirables graves d'un traitement antirétroviral, s'assurer de la réalisation des examens de dépistage des comorbidités recommandés chez un patient porteur du VIH et pratiquer les vaccinations recommandées (20).

Des missions de soins dites plus avancées sont proposées aux médecins généralistes dans la participation aux suivis clinique, biologique et thérapeutique. Les recommandations de l'HAS 2018 conseillent le dépistage notamment de pathologies à risque accru comme les pathologies cardio-vasculaires, rénales et endocriniennes (infarctus du myocarde et hypertension, diabète, dyslipidémie, insuffisance rénale et néphropathies, broncho-pneumopathie chronique obstructive et tuberculose,) mais aussi des co-infections virales associées (hépatites A, B et C) et des cancers à risque chez le PVVIH (cancer bronchique, cutanéomuqueux, spino et basocellulaire, papillomavirus et lymphome) (20). Cette implication supplémentaire dans la prise en charge du VIH n'est pourtant pas recommandée à tous. Les groupes d'experts conseillent alors la participation à des formations initiales et continues pour ceux qui le souhaitent.

Le spécialiste n'est ainsi plus au cœur de la prise en charge du PVVIH, il lui incombe la première prescription des antirétroviraux (ARV), la mise en place du suivi, des contrôles biologiques, de l'adaptation des traitements, etc. La place du médecin généraliste se dessine dans le suivi et la coordination des soins. Le dépistage et le traitement des comorbidités des patients lui sont toujours confiés.

Initialement, deux organisations restaient les acteurs majeurs du dépistage et de l'information sur le VIH, en parallèle de la médecine générale : les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) créées en 1988 et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CiDDiST) créés en 2004. Ceux-ci ont fusionnés en 2015 pour former l'organisme des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGiDD) (21).

Parallèlement, en 2005 est créée la Coordination régionale de lutte contre le VIH (CoreVIH), reprenant globalement les mêmes missions que les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), tout en l'actualisant. Ses missions consistent à favoriser la coordination des professionnels du soin hospitalier et ambulatoire, de l'expertise clinique, paraclinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, des actions de coopération internationale, de la formation et de l'information, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé. Les missions participent également à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques et à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (22).

C'est à travers ces différents organismes, les services hospitaliers et la médecine de ville, que s'organisent le dépistage, la prise en charge et le suivi des PVVIH.

Quelques chiffres

On estime dans le monde 37,9 millions de PVVIH à la fin 2018. Ont été comptabilisés 770 000 décès la même année liés au virus et 1,7 million de nouvelles contaminations. Plus des deux tiers des personnes vivant avec le VIH se trouvent en Afrique (25,7 millions). 23,3 millions de personnes vivant avec le VIH (62 % du nombre total) recevraient un traitement antirétroviral (23).

En France, fin 2016, la prévalence du VIH est estimée à près de 173 000 [170 800- 174 500] personnes. En 2018, environ 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité, dont 3 500 (56%) ont été contaminées lors de rapports hétérosexuels, 2 500 (41%) lors de rapports homosexuels et 120 (2%) par usage de drogues injectables.

Les données de 2018 montrent une hausse de l'activité de dépistage :

- 5,8 millions de sérologie VIH sont réalisées dans les laboratoires, soit une augmentation constante de 11% depuis 2013.
- Le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) est de 64 500 dans le cadre de « dépistage communautaire » (56 000 l'année précédente).
- Le nombre d'autotests VIH vendus en pharmacie est d'environ 73 000, comparable à l'année précédente (24).

Une grande majorité des dépistages de VIH est réalisée en médecine générale (76% en 2016). Le généraliste doit donc réaliser la consultation d'annonce et adresser son patient à un référent spécialiste (25).

Consultation de suivi du PVVIH

Le suivi, l'information et l'organisation de la prise en charge (ouverture des droits, mise en ALD, déclaration obligatoire, mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire) de ces patients ne sont plus aujourd'hui uniquement du ressort du spécialiste mais aussi du médecin généraliste, conformément aux recommandations de la SPILF et de la Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS) de 2009 (26). Bien que ce suivi soit consensuel, sa réalisation en médecine générale reste encore insuffisante et trop souvent à la charge du spécialiste. Aucune enquête ne permet aujourd'hui de chiffrer les pratiques. Mais 64% des praticiens, d'après des recherches sur le suivi des patients VIH en cabinet, seraient favorables à un suivi trimestriel des PVVIH en médecine générale et à une consultation annuelle avec un spécialiste. De plus, ces recherches montrent que trois quarts des praticiens souhaitent intégrer un réseau ville-hôpital et que, dans 68% des cas, ils sont prêts à suivre une Formation médicale continue (FMC) (27,28).

Il est aujourd'hui autorisé par les groupes d'experts qu'un patient vivant avec le VIH après l'obtention d'une charge virale indétectable pendant douze mois soit suivi en consultation semestriellement par le médecin traitant et annuellement par le spécialiste référent. Le suivi au long cours consiste ainsi à s'assurer du maintien d'une charge virale indétectable au travers d'une surveillance semestrielle. Si la charge virale est inférieure à 50 copies/ml, elle reste le seul bilan virologique recommandé dans le suivi. Le dosage des sous populations lymphocytaires CD4 et CD8 sont à réaliser tous les deux ans si, lors des derniers examens, la charge virale était indétectable et la numération des CD4 supérieure à 500/mm³ (29). L'observance et les effets indésirables cliniques sont également à rechercher lors de ces consultations.

Le dépistage des cancers doit être annuel et systématique. Il faut évoquer avec ces patients leur vie affective et sexuelle. On pourra proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) selon les facteurs de risque chez le patient et ses partenaires potentiels. La prise en compte des difficultés sociales et financières est primordiale pour assurer un suivi et une observance optimaux.

La pathologie psychiatrique la plus fréquente reste le syndrome dépressif avec une prévalence estimée à 28.1%, bien supérieure à la population générale mais très variable selon les enquêtes. Elle nécessite une prise charge renforcée face à des résultats souvent médiocres. Un recours au psychiatre est alors recommandé (30).

Les facteurs de risque de comorbidités, notamment cardiovasculaires, sont majorés par certains antirétroviraux comme les anti protéases et les analogues nucléosidiques avec les élévations isolées du LDL-cholestérol et nécessitent une attention particulière (31).

Les prises de toxiques, de tabac et d'alcool sont à dépister et leur sevrage à proposer. La consommation de tabac est deux fois supérieure dans la population PVVIH et l'usage de drogue injectable est une addiction plus fréquente (32,33). L'enquête ANRS Coquelicot 2011-2013 concluait à une incidence de 2% d'usagers de drogues injectables dans les patients diagnostiqués (34). Plus récemment, la pratique du Chem Sex (relations sexuelles sous psychoactifs de synthèse) est une pratique sous étroite surveillance. L'étude qualitative Apaches en 2019 a permis d'établir des profils des usagers (35). Ces addictions particulières nécessitent une prise en charge initiale en addictologie et peut être relayée par la suite par le médecin traitant.

D'une importance pourtant majeure dans le suivi des PVVIH, le maintien de la mise à jour des vaccinations est souvent oublié. Il existe une sensibilité accrue à certains pathogènes, comme la grippe et le pneumocoque notamment. Il faut respecter un intervalle de dix ans entre deux vaccins de Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche (DTPc) contre vingt ans dans la population générale et une vaccination à double dose pour le méningocoque et l'hépatite B, du fait d'une moins bonne réponse humorale. Le reste du calendrier vaccinal reste le même que pour la population générale par ailleurs.

Ce suivi fait donc entièrement partie du domaine de compétence de la médecine générale, de même que la consultation d'annonce initiale. La consultation de suivi sera valorisée avec une majoration de trente euros, dans le cadre de « consultation complexe » (36,37).

Perdus de vue

Pourtant, malgré un suivi organisé, on compte encore un nombre de patients perdus de vue (PDV) important. La perte de vue a une définition non consensuelle selon la CoreVIH : la perte de contact avec le spécialiste d'une durée de douze mois minimum ou un PVVIH non venu en rendez-vous malgré au moins une relance (38). Une étude de 2006 recherchant la prévalence et les facteurs déterminants des patients PDV dans le suivi des patients séropositifs a montré une prévalence d'environ 3000 perdus de vue entre la période de 1999 à 2000, dont la moitié par décès. Les facteurs de risque identifiés étaient le diagnostic de séropositivité de moins d'un an, les hommes homosexuels (HSH) et les migrants (39). De nombreuses autres cohortes ont décrit les populations des patients PDV, notamment dans les pays d'Afrique où Fox MP. et Rosen S. ont analysé trente-trois cohortes sur trois ans et ont remarqué que l'abandon de la trithérapie survenait, dans 60%, de la perte de vue des patients et, dans 40%, de leur décès (40). De la cohorte EuroSIDA de 2008 ressortait un taux de perdus de vue de 2,68% sur plus de 14 000 patients (41). L'ampleur réelle de la perte de vue des patients est en fait extrêmement variable dans le monde en fonction de la définition des pays, mais aussi en France en fonction des centres.

La CoreVIH Ile de France Est présente régulièrement ses données sur les PVVIH et propose des moyens de rétention par les services de spécialité. La file active compte près de 13 000 patients avec un taux de PDV de 8,2% en 2014. Il est notamment cité l'optimisation des logiciels hospitaliers avec la recherche systématique des patients décédés ou ayant déménagé pour la mise à jour du réseau NADIS. Il est proposé une amélioration de l'éducation thérapeutique avec son introduction dès le début de la prise en charge, des actions de relance avant et après les consultations par tous les moyens disponibles (SMS, courriers, emails, appels téléphoniques) et information du médecin traitant, une formation des travailleurs sociaux dans l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients, un réseau ville-hôpital étroitement lié ou encore un développement des associations communautaires de soutien des PVVIH. L'association infectiologue, secrétaire et technicien d'étude clinique doit être le trio au cœur des actions de lutte contre la perte de vue (42). Si ces réflexions ont pu naître dans les structures hospitalières et que des moyens ont pu être mis en œuvre dans ce sens, aucune étude ne s'est encore penchée sur les moyens de rétention actuellement mis en œuvre en médecine générale pour éviter la rupture complète avec le système de soin.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Population de l'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective à partir des données extraites le 21 janvier, puis mises à jour le 10 mars 2020 du réseau NADIS sur les médecins généralistes réalisant le suivi des PVVIH perdus de vue du service de maladies infectieuses du CHU d'Amiens.

Sélection des patients :

Nous avons défini un patient perdu de vue selon la définition de la CoreVIH, c'est-à-dire un dernier contact avec le service de maladies infectieuses supérieur ou égal à douze mois.

Sélection des médecins :

Nous avons interrogé tous les médecins traitants déclarés par les PVVIH perdus de vue répondant à la définition qui ont consulté dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU d'Amiens au moins une fois et ont accepté de répondre à notre enquête.

Variables de l'étude

- Les variables étudiées étaient les données démographiques concernant les médecins traitants, notamment leur lieu d'exercice, l'informatisation du cabinet, le nombre de patients VIH suivis, le nombre de consultation par jour, mais aussi leur tranche d'âge et la participation à des formations complémentaires sur le VIH.
- Les variables concernant les patients étaient leur tranche d'âge, leur origine, leur orientation sexuelle et l'ancienneté de leur diagnostic de VIH.
- Les variables concernant le suivi des PVVIH étaient la prise du traitement, ainsi que son renouvellement par antirétroviraux (ARV), le suivi biologique, la fréquence du suivi, les mesures de prévention et la reprise de contact avec le service de spécialité.

A partir des logiciels NADIS et DXcare, les données suivantes ont été collectées :

- Les caractéristiques épidémiologiques des patients : leur âge, leur origine, leur date de contamination par le virus et le mode de contamination.
- Leur médecin traitant.

La suite du recueil de données a été réalisé par entretien téléphonique avec les médecins traitants en s'appuyant sur un questionnaire prédéfini (annexe 1).

Hypothèse de travail

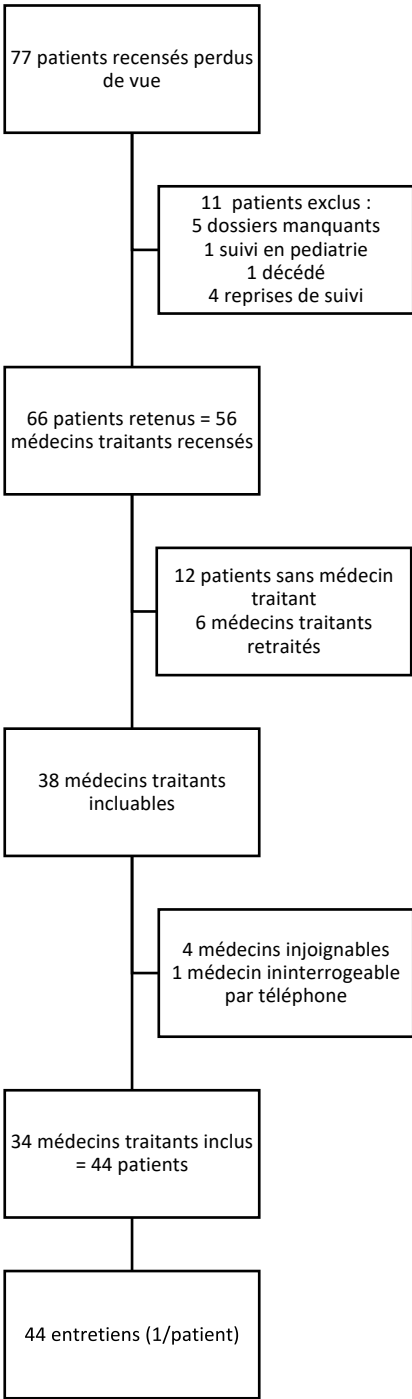
Notre hypothèse de travail était que les médecins avaient eux aussi perdu de vue ces patients et qu'il n'existait pas de moyen de rétention spécifique à la médecine de ville pour éviter la rupture avec le système de soin.

RÉSULTATS

Soixante-dix-sept patients répondant à la définition de PDV ont été extraits des bases de données.

Sur les soixante-dix-sept patients recueillis, onze ne répondaient pas aux critères d'inclusion : un patient était suivi en pédiatrie, quatre patients avaient repris leur suivi dans les trois mois suivants, un était décédé et cinq dossiers étaient manquants (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux



Caractéristiques de la population de patients

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Données		n = 66			
Sexe		Hommes 60,6% (40)		Femmes 39,4% (26)	
Age (médiane en année)		50 [38 – 58,25]			
Durée moyenne d'évolution du VIH		14,9 [6,1 - 23,7]			
Mode de contamination		Sexuel 45,5% (30)	Toxicomanie 9,1% (6)	Transfusion 1,5% (1)	Non connu 43,9% (29)

Soixante-six patients ont été retenus pour l'étude.

Cet échantillon de patients se constituait de quarante hommes (60,6%) et vingt-six femmes (39,4%).

Ils étaient âgés de vingt-six à quatre-vingt-deux ans, avec un âge médian de cinquante ans (quartile 25 et 75% de 38 et 58,25).

La contamination des patients par le virus du VIH était connue dans plus de la moitié des cas avec une majorité de contamination sexuelle (vingt cas de contamination par rapport hétérosexuel, sept cas de contamination par rapport bisexuel, trois cas de contamination par rapport homosexuel). Six patients avaient été contaminés par toxicomanie intra-veineuse et un cas de contamination par transfusion. Dans 43,9%, soit vingt-neuf patients, le mode de contamination était inconnu.

Les années de diagnostic du VIH allaient de 1984 à 2017, avec une durée moyenne d'évolution depuis le diagnostic de 14,9 ans \pm 8,8.

Caractéristiques des médecins

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins traitants

Données	n = 34		
Sexe	Homme 64,7% (22)	Femme 35,3% (12)	
Age (médiane en année)	58 [46,75 - 62]		
Activité	Urbaine 70,6% (24)	Rurale 11,8% (4)	Mixte 17,6% (6)
Nombre de consultation / jour (n)	32 (15 - 50)		
Nombre de patient VIH suivi (n)	3,5 (0 - 15)		
Formations VIH	Oui 29,4% (10)	Non 58,8%. (20)	Autre 11,8% (4)

Parmi les soixante-six patients retenus, douze n'avaient pas déclaré de médecin traitant et six avaient déclaré un médecin traitant qui était à la retraite sans possibilité de savoir si le patient était suivi par un nouveau médecin traitant. Six patients avaient déclaré des médecins actuellement en retraite pour lesquels nous avons pu interroger le nouveau médecin traitant. En enlevant les doublons (les patients ayant les mêmes médecins traitants), on retrouve au total trente-huit médecins traitants différents.

La caractérisation de la population des médecins traitants a été rendue difficile par de nombreuses données manquantes, plusieurs médecins n'ayant pas souhaité répondre aux questions les concernant. Un médecin était mal entendant, rendant la conversation téléphonique non adaptée et quatre étaient injoignables après une dizaine d'essais (secrétariat indisponible, lignes occupées, médecins non disponibles).

Nous avons donc pu contacter trente-quatre médecins

L'échantillon de médecins était composé de douze femmes (64,7%) et vingt-deux hommes (35,3%), âgés de trente et un à soixante-sept ans avec un âge médian de cinquante-huit ans.

Tous ont déclaré être informatisés au cabinet.

Leur activité était à majorité urbaine dans 70,6% des cas (soit 24 médecins), 17,6% mixte (soit 6 médecins) et 11,8% rurale (soit 4 médecins).

Le nombre de consultations quotidiennes allait de quinze à cinquante consultations par jour avec une moyenne de trente-deux consultations journalières.

Le nombre de patients VIH suivis par les médecins traitants variait de zéro à quinze patients avec une moyenne de trois patients et demi par médecin. Les deux médecins qui déclaraient ne pas suivre de PVVIH avaient perdu de vue leurs patients.

Concernant la formation des médecins, un tiers déclarait avoir eu une formation complémentaire concernant le VIH par le biais de la Formation Médicale Continue (FMC) ou de congrès (10 médecins), deux tiers déclaraient ne pas avoir de formation complémentaire (20 médecins) et quatre médecins n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Concernant le suivi des patients

Lors de nos trente-quatre entretiens avec les médecins, nous avons pu recueillir quarante-quatre réponses différentes de suivi sur les soixante-six patients perdus de vue initialement retenus.

Ainsi 43,2% des patients (n=19) étaient déclarés suivis par leur médecin traitant et 56,8% des patients (n=25) étaient déclarés non suivis (réellement perdus de vue).

Tableau 3 : Données concernant les patients suivis

Données	Oui	Non	Ne sait pas
Perdu de vue par le MT	56.8% (25)	43.2% (19)	
Prise de traitement	73,7% (14)	5,3% (1)	21% (4)
Prescription des ARV par le MT	68,4% (13)	21% (4) *	5,3% (1)
Suivi biologique	47,35% (9)	47,35% (9)	5,3% (1)
Fréquence	/3mois 44,5% (4)		/6mois 55,5% (5)
Vaccinations à jour	42,1% (8)	42,1% (8)	15,8% (3)
Prévention cardiovasculaire	26% (5)	58% (11)	16% (3)
Prévention psychiatrique	26% (5)	58% (11)	16% (3)
Prévention des addictions	10,5% (2)	73,5% (14)	16% (3)
Tentatives de reprise du suivi	31,5% (6)	68,5% (13)	

*5,3% des patients (soit 1 patient) ne prenait pas de traitement.

La première partie du questionnaire aux médecins traitants abordait le suivi des patients.

Les médecins étaient interrogés sur la prise du traitement de leurs patients. Pour quatorze patients (73,7%), les médecins déclaraient que les patients poursuivaient la prise de leur traitement par antirétroviraux. Pour un patient (5,3%), il ne le prenait plus et pour quatre patients (21%), les médecins ne savaient pas.

Nous interrogeons ensuite les médecins sur leur prescription du traitement antiviral. Pour treize patients (68,4%), ils renouvelaient le traitement, pour quatre patients (21%), ils ne le renouvelaient pas et pour un patient (5,3%), le médecin ne savait pas. Par ailleurs, dans 5,3% des cas, soit un patient, il n'avait pas été initié de traitement antirétroviral face à une charge virale restée indétectable et à l'absence de déficit des populations lymphocytaires.

Concernant le suivi biologique, pour neuf patients (47,35%), les médecins traitants déclaraient réaliser un suivi biologique, pour neuf patients (47,35%), ils n'en réalisaient pas et pour un patient (5,3%), ils ne savaient pas. Nous avons interrogé les médecins réalisant le suivi biologique des neuf patients : pour quatre patients (44,5%), ils réalisaient un suivi trimestriel et pour cinq patients (55,5%), un suivi semestriel.

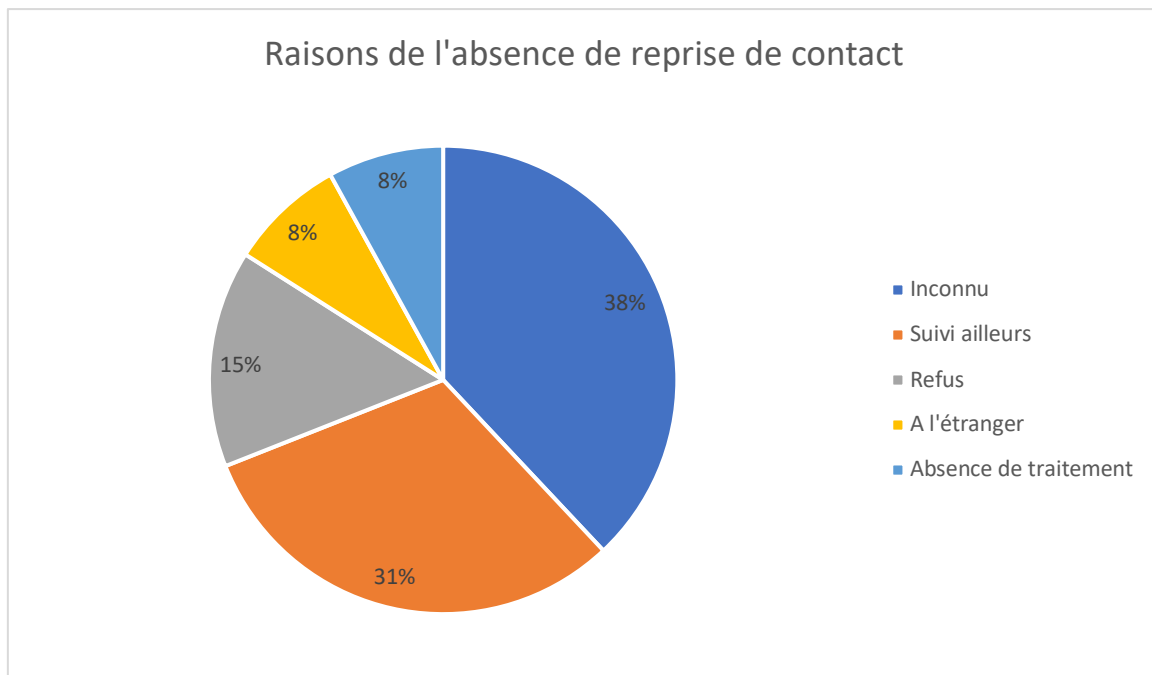
Les vaccinations DTPc, pneumocoque et grippe des patients étaient à jour pour huit patients (42,1%), tandis que huit patients n'étaient pas à jour (42,1%) et les médecins ne savaient pas pour trois patients (15,8%).

Nous avons ensuite posé la question des comorbidités aux médecins.

- Pathologies cardiovasculaires : pour cinq patients (26%), ils réalisaient une prévention sur le sujet (ECG, suivi biologique ou consultation chez un cardiologue), quatorze patients (58%) n'avaient pas de suivi particulier et pour trois patients (16%), ils ne savaient pas.
- Pathologies psychiatriques, pour cinq patients (26%), les médecins réalisaient des consultations de suivi concernant ce type de pathologies, en majorité des syndromes dépressifs, quatorze patients (58%) n'avaient pas d'antécédent psychiatrique et pour trois patients (16%), ils ne savaient pas.
- Pathologies d'addictions : bien qu'il fût plus difficile aux médecins de savoir dans quelle mesure exactement les patients étaient éthylo-tabagiques ou consommateurs de stupéfiants, pour deux patients (10,5%), ils les suivaient pour des addictions, pour dix-sept patients (73,5%), ils déclaraient ne pas réaliser de consultations et pour trois patients (16%), ils ne savaient pas.

Le questionnaire se terminait sur le fait que les médecins aient tenté de reprendre ou de faire reprendre contact leurs patients avec le service de maladies infectieuses. Pour six patients (31,5%), les médecins avaient initié la démarche et pour treize patients (68,5%), cela n'avait pas été le cas.

Figure 2 : Raisons de l'absence de reprise de contact



Les raisons de l'abstention de reprise du contact étaient les suivantes :

- Pour cinq patients (38%), les médecins déclaraient qu'ils ne savaient pas que leurs patients n'étaient plus suivis dans le service,
- Quatre patients (31%) étaient suivis ailleurs,
- Deux patients (15%) avaient refusé la reprise du suivi,
- Un patient (8%) était à l'étranger
- Un patient (8%) n'avait pas de suivi au CHU d'Amiens car il ne prenait pas de traitement.

Tableau 4 : Données concernant les patients perdus de vue

Données	Oui	Non	Ne sait pas
Perdu de vue par le MT	56.8% (25)	43.2% (19)	
Conserve le statut de			
médecin traitant	4% (1)	60% (15)	36% (9)
Tentative de reprise de contact	0% (0)	96% (24)	4% (1)

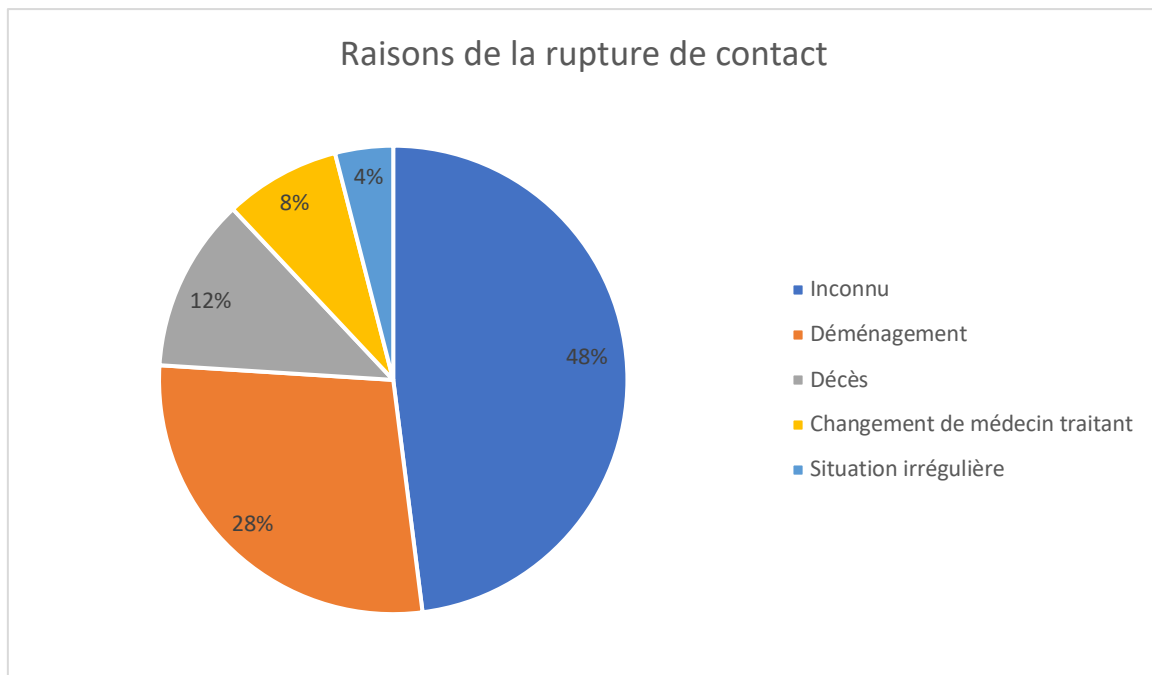
La seconde partie du questionnaire concernait les médecins traitants qui déclaraient ne plus suivre les PVVIH.

En effet, vingt-cinq patients (56,8%) n'étaient plus suivis par le médecin qu'ils avaient déclaré lors de leurs consultations dans le service de maladies infectieuses.

Nous avons interrogé les médecins traitants pour savoir s'ils étaient toujours leur médecin traitant : pour un patient (4%), ils l'étaient toujours, pour quinze patients (60%), ils ne l'étaient plus et pour neuf patients (36%), ils ne le savaient pas.

La tentative de reprise de contact avec le patient était dans la grande majorité vaine (96%, soit 24 patients). Pour un patient (4%), le médecin ne savait pas.

Figure 3 : Raisons de la rupture du contact avec le médecin traitant

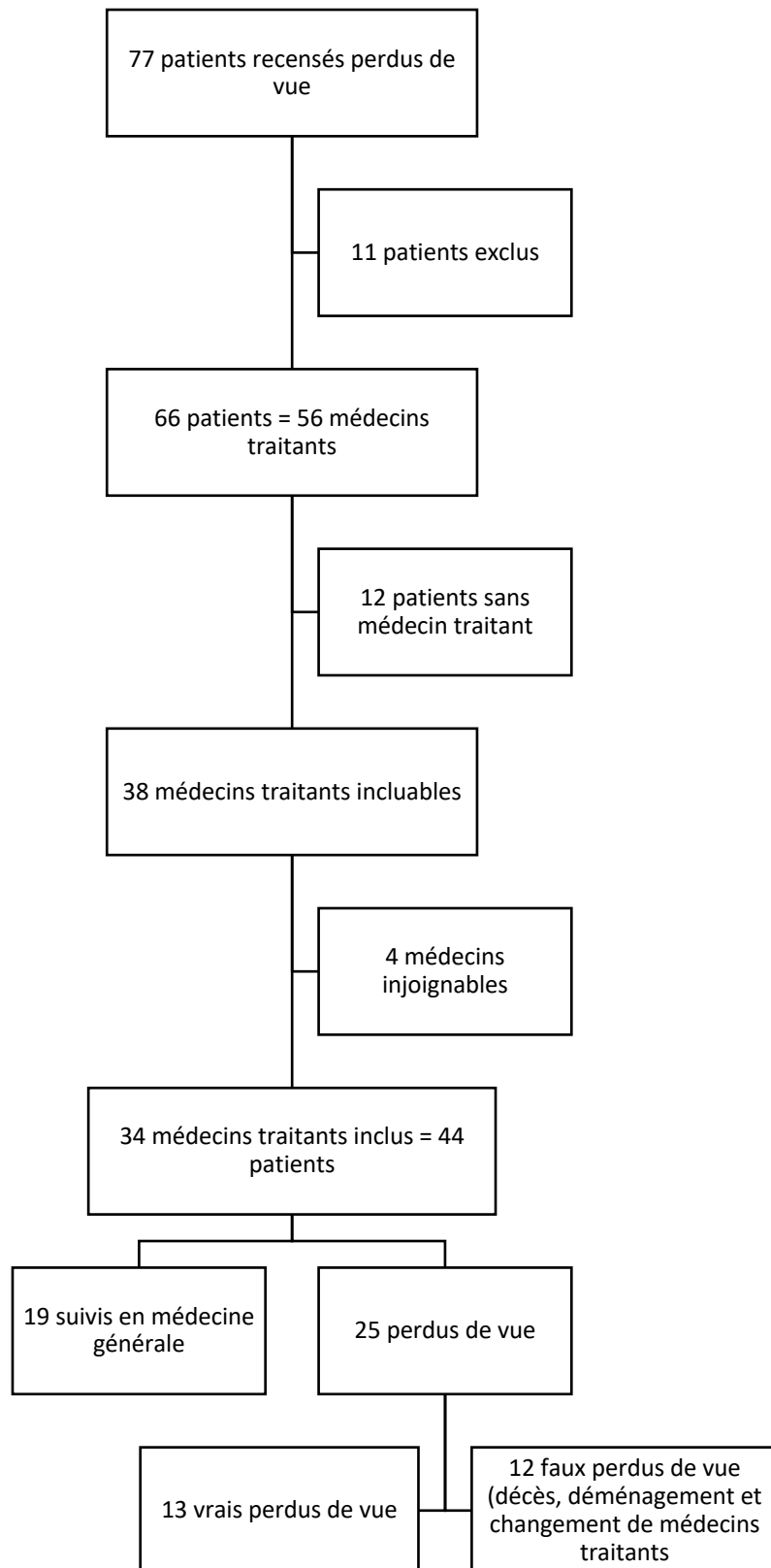


Les raisons de la rupture de contact étaient les suivantes :

- Pour douze patients (48%), les médecins déclaraient qu'ils ne savaient pas ce qu'il était advenu des patients,
- Sept patients (28%) avaient déménagé,
- Trois patients (12%) étaient décédés,
- Deux patients (8%) avaient changé de médecins traitants
- Un patient (4%) était un migrant en situation irrégulière.

Cependant la définition de la CoreVIH de la perte de vue exclut le déménagement, le changement de médecin traitant et le décès. Nous avons pu donc refaire le diagramme de flux initial en concluant sur la rupture de suivi hospitalière contre la rupture complète avec le système de soins (Figure 4).

Figure 4 : Diagramme de flux 2, réalité entre la perte de vue hospitalière et la rupture complète de suivi



DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail était de déterminer la stratégie adoptée par les médecins traitants dans le suivi des PVVIH perdus de vue dans le service de pathologies infectieuses au CHU d'Amiens. Notre hypothèse de travail était que les médecins avaient eux aussi perdu de vue ces patients. Cette hypothèse a donc été partiellement confirmée puisque près de 60% des médecins déclaraient avoir perdu de vue ces patients.

Cependant 40% des patients PDV conservent un lien avec le système de soin par le biais du médecin traitant. Bien qu'aucune stratégie particulière allouée aux PVVIH ne se dégage, il semble que les patients soient principalement retenus par le dispositif médecin traitant. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2006, les patients doivent choisir un médecin traitant. Même si ce n'est pas une obligation, il s'agit d'une forte incitation financière, le remboursement des soins par l'assurance maladie est diminué de 40% en l'absence de médecin traitant. La consultation, en dehors du parcours de soins coordonné, n'est plus remboursée qu'à 30%, contre 70% normalement. Ainsi dans la majorité des cas où le patient poursuivait son traitement par ARV, c'est-à-dire trois quarts des cas de notre étude, il semble logique qu'il reste dans le parcours de soins coordonné et poursuive le suivi chez son médecin traitant pour être remboursé de ses soins.

Dans le cas des 60% des patients perdus de vue également en médecine générale, les raisons de la perte de vue étaient multiples et dans la moitié des cas, ils ne les connaissaient pas.

Mais est-il possible pour un médecin généraliste de connaître le devenir de tous ses patients ? Les rapports Ameli de 2016 montrent qu'un médecin généraliste suit en moyenne 864 patients (43). Face à une démographie médicale particulièrement pauvre, le suivi des patients perdus de vue est extrêmement difficile chez des praticiens avec une charge de travail lourde.

L'assurance maladie définit les droits et les devoirs des médecins traitants envers les patients. Il en ressort que ses engagements envers le patient sont le soin primaire et la prévention. Il met en place un suivi personnalisé, diagnostique, conseille et oriente son patient. Il tient à jour le dossier médical sur les données cliniques et paracliniques. Par sa proximité, il jouit d'un rôle privilégié dans l'information sur la prévention et sur le dépistage, le suivi des pathologies et l'éducation thérapeutique. Il a par ailleurs un rôle central dans l'établissement du protocole de soins des affections longue durée. Le médecin traitant est choisi par le patient mais il est dans la capacité de refuser ce choix (44).

Bien que la médecine en France réponde à une obligation de moyens et non de résultats (45), le médecin généraliste reste le pivot de la coordination des soins et l'interlocuteur de choix de sa patientèle. S'il se désengage du suivi des patients peu observants, il ne reste malheureusement plus de barrière à la perte de vue.

Concernant les résultats.

On retrouve dans cette étude 43,2% des PVVIH perdus de vue qui restent suivis par leur médecin traitant.

La majorité des patients poursuivaient la prise du traitement (73,7%) et ce traitement était en majorité prescrit par leur médecin (68,4%).

Le suivi biologique était réalisé par les médecins dans la moitié des cas seulement et il était fait de manière arbitraire dans 45% à trois mois et dans 55% à six mois. De même, les paramètres contrôlés lors des bilans biologiques, notamment le contrôle de la charge virale, étaient effectués tous les trois à six mois. Ce suivi ne s'appuyait donc pas sur les recommandations des groupes d'experts. Cependant, plusieurs médecins m'ont demandé suite à l'entretien si le bilan prescrit était complet et si la fréquence du suivi était la bonne. Nos contacts semblaient donc apporter aux praticiens une mise à jour de leurs connaissances sur le suivi du VIH.

Pour les vaccinations, elles étaient déclarées à jour dans 42,1% des cas. Plusieurs médecins restaient évasifs sur les vaccins réalisés. Le dossier patient informatisé était souvent incomplet et la confirmation de la vaccination recommandée, notamment le VHB ou le pneumocoque quinquennal, était incertain (46).

Les consultations de prévention cardiovasculaire, psychiatrique ou des addictions qui représentent mieux l'apanage de la médecine générale étaient considérées comme faites quand le patient le nécessitait. Pour le confirmer, il aurait fallu confronter les antécédents du patient et la réalisation de ce type de consultation mais cette étude n'avait pas pour but de contrôler l'existence d'un suivi adapté des comorbidités.

Lors des entretiens, plusieurs médecins ont demandé un numéro direct du secrétariat du service de maladies infectieuses du CHU d'Amiens. Ce qui nous amène à la dernière rubrique de notre questionnaire qui concernait la reprise du suivi.

En effet, dans 31% des cas, les médecins traitants ont poussé les patients à reprendre le contact avec le CHU. Par ailleurs, après vérification auprès du secrétariat de maladies infectieuses, notre enquête semble avoir conduit deux patients à des prises de rendez-vous, nombre qui pourrait possiblement augmenter. Cependant, certains résultats restent inquiétants, notamment du fait que dans 38% des cas, les médecins ne savaient pas que leur patient n'était plus suivi. Il m'a paru possible que ces entretiens les poussent à reprendre contact avec le service de pathologies infectieuses. En effet, comme suggéré par les rapports des CoreVIH Ile de France Est, les actions similaires pour le maintien des PVVIH dans le circuit de soin avec une recherche active des perdus de vue par un trio de médecin, secrétaire et technicien d'étude clinique semblent porter leurs fruits. Ces actions se centrent sur le logiciel NADIS mis à jour régulièrement, des relances auprès des patients par courrier et téléphone, ainsi qu'une communication inter structurelle efficace (42).

Plus encourageant, dans 31% des cas, les patients étaient suivis dans d'autres centres, ce qui démontre la nécessité de la mise à jour du réseau NADIS. Un patient à l'étranger continuait à être suivi à distance par son médecin traitant qui lui prescrivait son traitement.

Un patient cependant refusait de consulter à nouveau au CHU d'Amiens, les raisons étaient inconnues.

Dans le cas où les patients n'étaient plus suivis par leur généraliste, c'est-à-dire dans 58,6% des cas, seuls 4% de ces médecins restaient leur médecin traitant, tandis que 36% ne savaient pas si le patient avait changé de praticien. En effet, la vérification de la déclaration de médecin traitant se confirme sur l'espace professionnel du site AMELI. Il nécessite pour accéder au statut du patient sa carte vitale ou son code de sécurité sociale, ce qui n'a pas pu être réalisé dans notre étude. Ainsi, lorsque le patient est en rupture totale de suivi, il est rare que le médecin traitant prenne le temps de récupérer cette information.

De la même manière, aucun médecin n'avait tenté de reprendre contact avec le patient. La file active de suivi des médecins traitants étant déjà bien remplie, s'assurer du suivi régulier des patients souffrant de maladies chroniques alors qu'ils ne consultent plus représente une surcharge de travail importante.

Enfin, nous avons interrogé les médecins sur la raison de la perte de vue : dans la moitié des cas, ces raisons étaient inconnues. Dans 12% des cas, les médecins avaient été avertis soit du déménagement soit du décès de leur patient.

Ces situations posent donc le problème de la communication entre les différents acteurs du suivi du patient et de la transmission des informations le concernant. Par exemple, deux patients avaient changé de médecin traitant, nous aurions pu poursuivre notre enquête auprès des nouveaux médecins, mais ils n'étaient pas connus des praticiens.

Pour finir, dans 4% des cas, soit un patient, il s'agissait d'un migrant en situation irrégulière qui avait été expulsé.

Concernant la méthode.

Il n'existe pas aujourd'hui de données communes aux organismes de CoreVIH des différentes régions pour permettre la mutualisation des informations. En effet, dans notre recueil, plusieurs patients n'étaient plus suivis au CHU d'Amiens mais avaient repris leur suivi dans d'autres centres.

Le recueil des données à partir du réseau NADIS et du logiciel DXcare n'était pas toujours complet, avec 6,4% de données manquantes (5 dossiers patients incomplets).

De plus, la réalisation des entretiens par téléphone aux heures ouvrables rend la disponibilité des médecins particulièrement difficile. En effet, le nombre moyen de consultations par jour était dans notre étude de trente-deux, bien supérieur à la moyenne nationale de vingt-deux patients quotidiens (37). De nombreux médecins disposaient d'un secrétariat à distance ou n'avait pas de secrétariat, ne nous donnant que la possibilité de leur laisser un message et d'attendre d'être recontacté, ce qui n'a pas toujours été le cas.

Il existait de nombreux biais lors des entretiens, notamment un biais de mémoire, qui devait être pallié par le fait que tous les médecins déclaraient être informatisés, mais le dossier patient informatique n'était pas toujours exhaustif

Par ailleurs, l'interrogatoire de trois médecins s'est interrompu précocement face à la charge de travail de l'un, tandis que deux médecins ont refusé de répondre plus avant à des questions sur leur patient ou sur eux-mêmes. Il existait donc probablement un biais de méthode (objectif du questionnaire mal expliqué, manque de clarté des questions). Pour atténuer ce biais, le questionnaire était composé d'un nombre de questions restreint et de questions fermées. Cependant, l'entretien téléphonique pendant les plages de consultations ne permettaient pas un temps dédié à l'explication approfondie de l'étude et du questionnaire.

Pour lutter contre ces biais, le questionnaire aurait pu être envoyé par courrier ou mail et les entretiens pourraient aussi se dérouler en face à face.

Il existait un taux de 4,8% de données manquantes dans le recueil des médecins traitants avec six médecins à la retraite (nous n'avons pas pu trouver qui avait repris le suivi du patient) et quatre médecins injoignables malgré plus d'une dizaine d'appels sur les trois mois de recueil.

Concernant l'échantillon de population.

Les données sociodémographiques et épidémiologiques du CoreVIH des Hauts de France de la file active des PVVIH présente une population à prédominance masculine à 68,7% avec une classe d'âge entre cinquante et cinquante-neuf ans majoritaire. Les données de notre étude font ressortir une population avec une prédominance masculine à 60,8% et un âge médian à cinquante ans, qui semble donc représentative.

De même, bien que le mode de contamination n'était connu que dans 43,9%, il s'agissait majoritairement une contamination par rapport hétérosexuel dans 30,3% (20 cas sur 66), contre 47% dans la littérature (48).

Le reste des données, notamment l'origine, comprend trop de lacunes pour objectiver leur représentativité.

Par rapport à la population des médecins généralistes, les données data.DREES confirment la représentativité de notre échantillon de médecins avec 64,7% d'hommes, contre 58% dans la littérature et un âge médian de cinquante-huit ans dans notre étude, contre un âge moyen de cinquante et un ans (49)(50).

Au travers des entretiens, plusieurs perspectives semblent se dégager

La première serait l'approfondissement de cette recherche avec l'augmentation de la population de l'étude en incluant les patients PDV des autres centres de Picardie, voire des Hauts de France pour augmenter l'impact de cette démarche.

La seconde tendrait à améliorer l'adhésion des médecins généralistes au suivi des PVVIH. Pour cela, il se dégage de l'enquête que près de 60% des médecins traitants déclarent ne pas avoir de formation particulière sur le VIH. Ceci se dessinait notamment dans l'absence de conformité du suivi réalisé par les médecins. Bien que cette formation soit accessible à tous par le biais de la FMC et de congrès, la participation semble donc faire défaut. La question se pose donc sur la manière de partager auprès des généralistes les recommandations d'experts. Certains médecins ont émis l'idée simple qu'à chaque fin de courrier de spécialiste, pour les maladies infectieuses comme pour les autres, il serait judicieux de mentionner quand le patient devrait être revu et quel suivi il doit avoir entre les consultations.

Troisièmement, la réalisation de cette thèse pourra permettre la mise à jour du réseau NADIS du CHU d'Amiens. Il semble nécessaire que ce travail gagne en longévité et qu'il soit régulièrement répété pour objectiver la réalité des chiffres de PDV en Picardie et ainsi apporter des moyens de préventions adéquats. Les résultats communiqués aux techniciens d'étude clinique seront traités par la suite.

En effet, la prise de contact avec le médecin traitant est peu intrusive pour le patient et pourrait permettre une première relance auprès du patient. Secondairement, les patients pourraient à leur tour être contactés par un infectiologue, comme le proposent les stratégies de rétention du CoreVIH Ile de France Est.

Pour finir, les perspectives futures tendent à l'ouverture de la communication entre les différents acteurs, notamment par le partage national des données du réseau NADIS entre les services de CoreVIH à travers le dossier médico-épidémiologique du VIH (DOMEVIH) et le renforcement du réseau ville-hôpital sur Amiens (49).

Je terminerai sur ce que cette recherche m'a apporté. A l'inverse de ce que je croyais, la prise en charge d'un PVVIH par le médecin généraliste n'est pas une chose acquise. Elle découle d'une longue réflexion conduisant les spécialistes à partager le suivi d'une pathologie compliquée. Pourtant avec l'évolution des thérapies, sa prise en charge ressemble plus qu'on ne le pense à celle de la population générale et donc son défaut de prise en charge ne me convient pas. Il reste beaucoup à faire dans la formation des médecins qui souhaitent s'y intéresser. De même qu'il reste beaucoup à faire dans le partage et la communication dans le suivi du VIH, comme probablement dans d'autres maladies chroniques. La perte de vue des patients fait partie des risques de cette population hétéroclite particulière et le rôle du médecin traitant est privilégié dans la rétention du patient. Dans ma pratique, il sera pour moi plus facile de prendre en charge ces patients et de les orienter. Leur rétention dans le système de soin reste donc un enjeu majeur dans la prise en charge des patients, mais surtout dans le frein à la transmission du virus.

CONCLUSION

Les PVVIH perdus de vue sont un problème de santé publique. Leur suivi repose sur une étroite collaboration entre le médecin généraliste et le médecin infectiologue, s'appuyant sur des recommandations d'experts. Les centres régionaux de lutte contre le VIH proposent des solutions à ce problème, dont l'impact reste à démontrer.

Dans cette étude, nous avons soulevé les difficultés de suivi rencontrées dans la médecine de ville, soit par la perte de vue complète du patient, soit par un suivi complexe réalisé par des médecins trop peu formés. Cependant, notre prise de contact semblait amener les praticiens vers la reprise des échanges avec les infectiologues et vers un suivi consensuel.

Il serait souhaitable d'étendre les bénéfices de cette étude sur une population plus grande avec un recueil multicentrique et un accès plus général aux données des réseaux de lutte contre le VIH.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les grandes avancées - VIH et sida tremblent mais résistent / Histoire de l'Inserm [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://histoire.inserm.fr/de-l-inh-a-l-inserm/50-ans-de-l-inserm/les-grandes-avancees/vih-et-sida-tremblent-mais-resistent>
2. Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 20 mai 1983;220(4599):868-71.
3. Gallo RC, Montagnier L. The Discovery of HIV as the Cause of AIDS [Internet]. <http://dx.doi.org.proxy.insermbiblio.inist.fr/10.1056/NEJMp038194>. 2009 [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://www-nejm-org.proxy.insermbiblio.inist.fr/doi/10.1056/NEJMp038194>
4. D Y-M. Bio-Rad: OK FDA pour un test double-VIH. </data/revues/09925945/v26i531/S0992594515302531/> [Internet]. 30 sept 2015 [cité 17 mai 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1006220>
5. Kitchen VS, Skinner C, Ariyoshi K, Weber JN, Pinching AJ, Lane EA, et al. Safety and activity of saquinavir in HIV infection. *The Lancet*. 15 avr 1995;345(8955):952-5.
6. AIDES - L'histoire en Fresque 2018/12/20_BD.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_FRESQUE%20HISTORIQUE_2018-12-20_BD.pdf
7. Bouvet E, Vu S. Les CDAG et la prise en charge de l'infection par le VIH. *MS Médecine Sci*. 2004;20(12):1145-8.
8. Un historique du VIH et du sida | CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.catie.ca/fr/journee-mondiale-du-sida/historique>
9. Une brève histoire d'antirétroviraux [Internet]. *The New Humanitarian*. 2003 [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.thenewhumanitarian.org/fr/report/42444/afrique-une-br%C3%A8ve-histoire-d%E2%80%99antir%C3%A9troviraux>

10. OMS | Troisième Forum du Programme africain de vaccins contre le SIDA [Internet]. WHO. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr53/fr/>
11. Conférence de Durban contre le racisme : Couverture des réunions & communiqués de presse [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.un.org/press/fr/2001/DRD951.doc.htm>
12. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
13. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes | Legifrance [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/2/3/SANS0520354A/jo>
14. Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH. :3.
15. France, Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées (2002-2004), Delfraissy J-F, Groupe des experts Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH (France). Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH: rapport 2004 : recommandations du groupe d'experts [Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Paris: Ministère de la santé et de la protection sociale : Flammarion médecine-sciences; 2004.
16. Yeni P, éditeur. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH: rapport 2006 : recommandations du groupe d'experts. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2006.
17. ONU Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé 2007 [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43692/9789242595567_fre.pdf?sequence=1
18. Guide ALD - Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - Décembre 2007 [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/vih_guidemedecin_version_web.pdf
19. Guery B. Consensus formalisé : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. 2009;12.
20. Yeni P, éditeur. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH: rapport 2010 : recommandations du groupe d'experts. Paris: La Documentation française; 2010.

21. Trégoat J-J. Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène. Rev Francoph Lab. mars 2006;2006(380):53-4.
22. SANTE - Bulletin Officiel N°2006-2: Annonce N°40 [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020040.htm>
23. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
24. SPF. Bulletin de santé publique VIH/sida. Octobre 2019. [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida.-octobre-2019](#)
25. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 28 novembre 2017. / Actualités / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>
26. Guery B. GROUPE DE PILOTAGE Président : Bruno Hoen Service de Maladies infectieuses et tropicales. Hôpital Saint-Jacques, 2, place Saint- Jacques, 25030 Besançon Cedex Tél : +33 (0)3 81 21 85 33 - Fax : +33 (0) 03 81 21 85 51 Mail : bruno.hoen@univ-fcomte.fr. 2009;12.
27. Patient porteur du VIH et médecine générale, état des lieux et perspective à partir de l'analyse d'une pratique singulière. Thèse Cornu Francois. 2014 [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/024ce6f5-e096-40ce-964f-3f7c3d5d090e>
28. Pour un suivi des personnes vivant avec le VIH en médecine générale : historique, état des lieux et enjeux. Thèse Pierre Louis Nivose 2014 [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/nivose-these.pdf>
29. Blanc et al. - 2017 - Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_epidemiio.pdf

30. Feuillet P, Lert F, Tron L, Aubriere C, Spire B, Dray-Spira R, et al. Prevalence of and factors associated with depression among people living with HIV in France. *HIV Med.* 2017;18(6):383-94.
31. Vandhuick O, Guias B, Martin LDS, Bressollette L. TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET RISQUE CARDIO-VASCULAIRE. /data/revues/03980499/00290004/192/ [Internet]. 20 mars 2008 [cité 5 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/125072>
32. Michel L, Carrieri MP, Fugon L, Roux P, Aubin H-J, Lert F, et al. Harmful alcohol consumption and patterns of substance use in HIV-infected patients receiving antiretrovirals (ANRS-EN12-VESPA Study): relevance for clinical management and intervention. *AIDS Care.* sept 2010;22(9):1136-45.
33. Shirley DK, Kaner RJ, Glesby MJ. Effects of smoking on non-AIDS-related morbidity in HIV-infected patients. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* juill 2013;57(2):275-82.
34. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2018 [cité 5 oct 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/39-40/2013_39-40_2.html
35. APACHES Attentes et PARcours liés au CHEmSex 2018 [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmz5.pdf>
36. Décret n° 2017-247 du 27 février 2017 relatif à l'adaptation des règles de financement des établissements de santé. 2017-247 févr 27, 2017.
37. PIV: consultation d'annonce du VIH [Internet]. [cité 5 oct 2018]. Disponible sur: <http://nomenclature-medecin-generaliste.freesite.host/index.php/astuces-de-nomenclature/45-piv-consultation-d-annonce-du-vih>
38. Gallien S, Dessaux K, Guionie M, Chevret S, Molina JM, Rozenbaum W. Analyse des perdus de vue chez les patients vivant avec le VIH suivis dans le COREVIH Ile-de-France Est. /data/revues/0399077X/004304HS/58_3/ [Internet]. 6 août 2013 [cité 1 juin 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/826786>
39. Lanoy E, Marykrause M, Tattevin P, Drayspira R, Duvivier C, Fischer P, et al. Predictors identified for losses to follow-up among HIV-seropositive patients. *J Clin Epidemiol.* août 2006;59(8):829-829.

40. Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007-2009: systematic review. *Trop Med Int Health TM IH*. juin 2010;15 Suppl 1:1-15.
41. D P, W B, A M, L A, I K, Jd L, et al. The EuroSIDA Study: Regional Differences in the HIV-1 Epidemic and Treatment Response to Antiretroviral Therapy Among HIV-infected Patients Across Europe--a Review of Published Results [Internet]. *Central European journal of public health*. 2008 [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18935770/>
42. Jessica P. PVVIH Perdus de vue Evidence. 2014;61.
43. l'Assurance Maladie C nationale. Médecin traitant Négociations 2016 Réunion du 1er Juin 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
44. Dispositif du médecin traitant [Internet]. [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
45. Sargos P. Obligation de moyens et obligation de résultat du médecin. *Médecine Droit*. 1 mai 1997;1997(24):2-5.
46. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH : quelles sont les recommandations vaccinales ? [Internet]. *Prise en charge des personnes vivant avec le VIH : quelles sont les recommandations vaccinales ?* [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.mesvaccins.net/web/news/4855-prise-en-charge-des-personnes-vivant-avec-le-vih-quelles-sont-les-recommandations-vaccinales>
47. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
48. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles *Bulletin de santé publique*. Novembre 2019.

49. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 9. NOMBRE D'ACTIVITÉS exercées par les médecins par secteur d'activité, région d'activité, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3807>

50. Dossier de presse : Démographie des professionnels de santé : [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf

ANNEXES

QUESTIONNAIRES AUX MEDECINS TRAITANTS :

1. Suivez-vous toujours le patient

- Oui
- Non

Questionnaire A (si le médecin suit toujours le patient)

Si le médecin traitant poursuit le suivi du patient :

2. Le patient poursuit-il son traitement par ARV ?

- Oui
- Non
- Autre

3. Êtes-vous le prescripteur de son traitement par ARV ?

- Oui
- Non
- Autre

4. Poursuivez-vous un suivi biologique en rapport avec le VIH ?

- Oui
- Non
- Autre
-

5. Si oui, quel suivi prescrivez-vous ?(examens, fréquence, ...)

6. A quelle fréquence suivez-vous le patient ?

7. Les vaccinations du patient sont-elles à jour ?

- Oui
- Non

- Ne sait pas
8. Avez-vous réalisé des consultations de prévention :
- a. Des maladies cardio-vasculaires
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
 - b. Des pathologies psychiatriques ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
 - c. Des addictions ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
9. Avez-vous tenté de reprendre le suivi avec le service de maladies infectieuses ?
- Oui, si oui pourquoi le patient refuse-t-il ?
 - Non, si non pourquoi
 - Autre

Questionnaire B (Si le médecin traitant ne poursuit pas le suivi du patient) :

2. Êtes toujours le médecin traitant du patient ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

3. Avez-vous essayé de recontacter le patient ?

- Oui
- Non
- Autre

4. Savez-vous pour quelles raisons le patient le patient a t'il suspendu son suivi ?

a. Oui

- Déménagement
- Emprisonnement
- Refus de soin
- Décès
- Autre

b. Non

Données épidémiologiques concernant les médecins traitants interrogés :

- Age
- Lieu d'exercice
 - Rural
 - Urbain
 - Mixte
- Informatisation des dossiers du cabinet :
 - Oui
 - Non
- Nombre de consultations quotidiennes :
- Nombre de patients VIH suivis :
- Avez-vous suivi des formations continues sur le VIH ?
 - Oui
 - Non
 - Autre

Données épidémiologiques concernant les patients (à travers les dossiers) :

1. Age
2. Origine
3. Mode de contamination
4. Année de diagnostic du VIH

RÉSUMÉ

Introduction

Depuis le début officiel de la pandémie du SIDA en 1981, les évolutions autant sur le plan diagnostique, thérapeutique que dans le suivi n'ont cessé d'améliorer le confort et la durée de vie des PVVIH. Environ 175 000 personnes en France vivent avec cette pathologie dont le suivi est partagé entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. La perte de vue de ces patients est un enjeu majeur et les stratégies de rétention en milieu hospitalier sont bien définies par les structures de coordination, notamment la CoreVIH. Nous nous sommes donc interrogés sur les stratégies de rétention en médecine générale des PVVIH avec une rupture du suivi hospitalier.

Méthode

Étude rétrospective sur les médecins traitants des PVVIH répondant à la définition de la PDV de la CoreVIH, données extraites du réseau NADIS le 21/01/2020. Recueil par entretiens téléphoniques avec les médecins en s'appuyant sur un questionnaire.

Résultats

Soixante-six PVVIH sont effectivement perdus de vue par le service de maladies infectieuses du CHU. Parmi eux, dix-huit n'étaient pas joignables par leur médecin traitant.

Avec quatre médecins injoignables, nous avons pu réaliser quarante-quatre entretiens.

43,2% des patients étaient toujours suivis par leur médecin traitant avec une poursuite du traitement dans 73%, prescrit par leur médecin traitant dans 68%. Le suivi biologique était poursuivi dans 47%. Les vaccinations étaient à jour dans 42%. Les comorbidités cardio-vasculaires, psychiatriques et les addictions étaient toujours prises en charge quand elles étaient présentes. Dans 68,5% des cas, les médecins n'avaient pas tenté de reprendre contact avec le service de maladies infectieuses.

A l'inverse, 56,8% des patients n'étaient plus suivis par le médecin déclaré. Ils n'en restaient pas le médecin traitant dans 60% et ils n'avaient jamais tenté de reprendre contact avec le patient. Dans la majorité des cas, 48% les médecins ne connaissaient pas la raison de l'arrêt du suivi.

Conclusion

L'enjeu de santé publique que représente les PVVIH PDV nécessite des solutions par les CoreVIH dont l'impact reste à démontrer. Le suivi en médecine générale reste la dernière barrière à la PDV. La formation des médecins généralistes et la communication entre les structures restent à améliorer.

Mots clés

VIH, Perdu de vue, COREVIH, Médecine générale

ABSTRACT

Introduction

Since the official start of the AIDS pandemic in 1981, diagnostic, therapeutic and follow-up developments have continued to improve the comfort and lifespan of patients with HIV. About 175,000 people in France live with this pathology whose follow-up is shared between hospital medicine and liberal medicine. The loss to follow-up (LTFU) of these patients is a major issue and hospital retention strategies are well defined by coordination structures, including CoreVIH. We therefore asked ourselves about the retention strategies by general practitioner (GP) of with a break in hospital follow-up.

Method

Retrospective study on people with HIV GP, meeting the definition of CoreVIH LTFU, extracted from the NADIS network on 21/01/2020. Collection by telephone interviews with doctors based on a questionnaire.

Results

Sixty-six patients with HIV are effectively LTFU of by the CHU's infectious disease service. Eighteen of them were not reachable by their GP.

With four GP out of reach, we were able to conduct forty-four interviews.

43.2% of patients were still followed by their GP with continued treatment in 73%, prescribed by their physician in 68%. Biological monitoring was continued in 47%. Vaccinations were up to date in 42%. Cardiovascular, psychiatric and addictions comorbidities were always taken care of when they were present. In 68.5% of cases, doctors did not attempt to reconnect with the infectious disease unit.

Conversely, 56.8% of the patients were no longer followed by the declared doctor. They did not remain the GP in 60% and they had never tried to regain contact with the patient. In the majority of cases, 48% of physicians did not know the reason for stopping follow-up.

Conclusion

The public health issue of LTFU of people with HIV requires CoreVIH solutions, the impact of which remains to be demonstrated. General medical follow-up remains the last barrier to LTFU. Training of general practitioners and communication between structures needs to be improved.

Keywords

HIV, Loss to follow-up, COREVIH, General Practitioner