



HAL
open science

Suivi avancé des personnes vivant avec le VIH en médecine générale : étude de faisabilité

Lucie Morales

► **To cite this version:**

Lucie Morales. Suivi avancé des personnes vivant avec le VIH en médecine générale : étude de faisabilité. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04761849

HAL Id: dumas-04761849

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04761849v1>

Submitted on 31 Oct 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Lucie MORALES

Présentée et soutenue publiquement le 27/09/2024

**Suivi avancé des personnes vivant avec le VIH en médecine générale : étude
de faisabilité**

Président : Monsieur le Professeur David BOUTOILLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Éric BILLAUD

Membre du jury : Madame la Professeure Pauline JEANMOUGIN

Remerciements

Monsieur le Professeur David BOUTOILLE, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Madame la Professeure Pauline JEANMOUGIN, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Monsieur le Docteur Éric BILLAUD, je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

Je remercie grandement les médecins qui ont accepté de participer à cette étude et m'ont accordé un peu de leur temps.

Je remercie également tous les médecins rencontrés en stage et qui ont participé à ma formation et à cette forme de compagnonnage que sont les études médicales. Une pensée à tous mes maîtres de stage et en particulier à Cédric pour ce stage passionnant.

A mes parents, merci pour le soutien sans faille que vous m'avez apporté depuis que je me suis engagée dans ces études. Merci maman pour la relecture attentive et ta présence dans les moments de doute.

A mon grand frère Étienne et la famille Moca, j'aimerais être plus présente pour voir grandir Alban et Viviane.

A ma cousine Alice, merci pour ton écoute et ton rire contagieux.

A mes grands-parents décédés.

A la team de Lyon, ces études auraient été bien plus difficiles sans vous.

A Simon qui partage ma vie et ma belle-famille qui m'a accueillie.

Table des matières

Introduction	4
Partie 1 : Les enjeux de l'organisation des soins des personnes vivant avec le VIH en France.....	6
I/ Epidémiologie du VIH en France	6
II/ La démographie médicale en France.....	7
III/ L'évolution des traitements antirétroviraux.....	10
IV/ Les recommandations françaises sur l'organisation des soins des PVVIH	13
V/ Les expériences de suivi partagé ville hôpital des PVVIH.....	17
1/ Trois exemples d'expériences de suivi partagé.....	17
2/ Un autre modèle : la transposition du modèle du conventionnement pour les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses au suivi avancé du VIH... 	19
Partie 2 : La situation de la région Pays de la Loire dans l'organisation des soins des personnes vivant avec le VIH	24
I/ Epidémiologie du VIH dans la région Pays de la Loire.....	24
II/ La démographie médicale dans la région Pays de la Loire	25
Partie 3 : Etude qualitative auprès de médecins généralistes	27
I/ Méthode	27
1/ Type d'étude	27
2/ Population.....	27
3/ Recueil des données	28
4/ Analyse des données.....	29
5/ Aspects éthiques et réglementaires	29
II/ Résultats	29
1/ Questionnaire quantitatif.....	29
2/ Analyse thématique des entretiens	31
Partie 4 : Discussion	55
I/ Résultat principal.....	55
II/ Limites	57
III/ Comparaison avec la littérature	57
IV/ Perspectives.....	59
Conclusion.....	61
Bibliographie.....	62
Annexe.....	66

Liste des abréviations

COREVIH : Comité de coordination régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH

DFG : Débit de filtration glomérulaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FMC : Formation médicale continue

HDJ : Hôpital de jour

INNTI : Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

INTI : Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

IP : Inhibiteur de protéase

IPA : Infirmier en pratique avancée

IVG : Interruption volontaire de grossesse

HAS : Haute autorité de santé

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes

OMS : Organisation mondiale de la santé

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

PrEP : Prophylaxie préexposition

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SA : Semaine d'aménorrhée

SFLS : Société française de lutte contre le SIDA

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SPF : Santé publique France

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

VHB : Virus de l'hépatite B

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est devenue une maladie chronique depuis l'avènement des trithérapies antirétrovirales en 1996. En effet, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Amérique du Nord et en Europe est proche de celle de la population générale (1). En France, chaque année, on compte environ 5000 nouvelles découvertes de séropositivité (2). L'association de l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH avec les nouvelles découvertes de séropositivité mène à une augmentation régulière de la population des PVVIH prises en charge dans le système de soins. En 2018, on estimait le nombre de PVVIH en France à environ 161 000 personnes (3).

Actuellement, la prise en charge des PVVIH en France est hospitalo-centrée. Le consensus formalisé de 2009 réalisé par la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et la société française de lutte contre le SIDA (SFLS), a proposé de faire évoluer les modalités de prise en charge des PVVIH vers une plus grande participation des médecins extrahospitaliers, notamment des médecins généralistes, à la prise en charge des PVVIH. Il a défini deux niveaux d'implications possible. Il s'agit des missions de soins de santé primaire qui relèvent des médecins généralistes et des missions avancées qui relèvent du spécialiste du VIH mais qui pourraient être effectuées par les médecins généralistes qui le souhaitent (4).

En 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations à destination des médecins généralistes pour le suivi des PVVIH en ville. Celles-ci promeuvent un suivi partagé entre médecins généralistes et médecins spécialistes du VIH pour les PVVIH stabilisées sur le plan immuno-virologique. La prise en charge initiale et le bilan annuel de synthèse restent des étapes hospitalières (5).

En parallèle, des inquiétudes existent quant aux capacités des centres hospitaliers de prise en charge du VIH à poursuivre leur offre de soins (notamment en Ile-de-France). Une diminution des ressources humaines médicales est attendue dans les années à venir (6).

Face à l'accroissement prévisible de la population des PVVIH et la nécessité de l'optimisation des ressources médicales pour leur prise en charge, l'organisation des soins et la place des différents acteurs de santé tels que le médecin spécialiste du VIH et le médecin généraliste doivent évoluer. L'objectif principal de ce travail était d'étudier les motivations des médecins généralistes qui suivent plus de 10 PVVIH, à réaliser ou non un suivi avancé en ville des PVVIH. L'objectif secondaire était d'étudier dans quelle mesure les médecins généralistes seraient prêts à s'engager dans un suivi avancé des PVVIH prenant la forme du modèle de conventionnement existant pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesses (IVG), et d'évaluer son applicabilité à la pathologie VIH.

Partie 1 : Les enjeux de l'organisation des soins des personnes vivant avec le VIH en France

I/ Epidémiologie du VIH en France

Chaque année, environ 5000 nouvelles personnes séropositives sont découvertes en France. Parmi elles, les principaux modes de contamination en 2022 étaient les rapports hétérosexuels pour 54% et les rapports sexuels entre hommes pour 41%. Plus rarement, la contamination s'effectuait par rapports sexuels chez les personnes trans pour 2% et liée à l'usage de drogues injectables pour 1%. 71% des personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont nées à l'étranger et 33% des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) contaminés sont nés à l'étranger. L'âge médian des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022 était de 37 ans et 22% des nouvelles personnes séropositives avaient plus de 50 ans.

La situation en France est disparate avec des taux de découvertes de séropositivité qui sont très différents d'une région à l'autre. La Guyane présente le taux de découvertes de séropositivité le plus important (1149/1 000 000 habitants) suivi de la Guadeloupe, Mayotte et la Martinique. En métropole, c'est l'Ile-de-France qui a le taux le plus élevé (190/1 000 000 habitants). Celui des Pays de la Loire est en comparaison de 41/1 000 000 habitants (2).

En parallèle, l'espérance de vie des PVVIH en Amérique du Nord et en Europe approche celle de la population générale. Cela est particulièrement vrai pour les PVVIH qui ont un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 500/mm³ au début de leur suivi (1). De ce fait, l'infection au VIH est devenue une maladie chronique.

Chaque année, les nouvelles découvertes de séropositivité associées à l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH, conduisent à une augmentation régulière de la population des PVVIH. Une modélisation estime que la population adulte des PVVIH en France va passer

d'environ 161 000 personnes en 2018 à environ 195 000 personnes en 2030 si l'on considère comme référence l'un des trois modèles décrits (celui où l'incidence de nouvelles infections diminue de façon linéaire jusqu'à 30% en 2030) (3). Ce modèle paraît plausible puisque le bulletin de Santé Publique France (SPF) estime que sur la période 2012-2022 la baisse des nouvelles découvertes de séropositivité se situe entre -11% et -21%. Cette baisse s'explique par l'épidémie de COVID 19 qui a entraîné une baisse de l'activité de dépistage et des flux migratoires, mais aussi par l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) dans une partie de la population des HSH (2).

Par ailleurs, la population des PVVIH est vieillissante avec un décalage progressif dans la répartition de la pyramide des âges (3). En 2021, la médiane d'âge des PVVIH suivies dans les hôpitaux en France était de 53 ans. 26% des PVVIH avaient plus de 60 ans et 3% avaient plus de 75 ans, pourcentages qui ne font qu'augmenter (7). L'avancée en âge est associée à l'augmentation des comorbidités, l'exposition à la polymédication (8) et au risque de situations de dépendance, ce qui rend le suivi et les consultations plus complexes.

Du fait de l'augmentation prévisible de la population des PVVIH et de son vieillissement, se pose la question des ressources humaines disponibles pour la prise en charge médicale des PVVIH.

II/ La démographie médicale en France

D'après le rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publié en 2021 (9), 214 200 médecins de moins de 70 ans étaient en activité en France en 2021. Il s'agit d'un effectif qui reste stable depuis 2012. Il y avait 94 500 médecins généralistes (44% de l'ensemble) et 119 700 spécialistes hors médecine générale en activité. Pour autant, cette stagnation globale de l'effectif total masque des évolutions

différentes selon les spécialités. Depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a diminué de 5,6% alors que le nombre de spécialistes hors médecine générale a augmenté de 6,4%.

On constate un rajeunissement des médecins en activité avec une moyenne d'âge des médecins qui est passée de 50,7 ans en 2012 à 49,3 ans en 2021. Ce rajeunissement s'explique par deux facteurs : de nombreux départs en retraite et l'entrée en activité des promotions de médecins plus nombreuses en lien avec l'augmentation du numéris clausus dans les années 2000.

La profession de médecin est également marquée par une féminisation des nouvelles générations. En 2021, on comptait 62% de femmes parmi les médecins de moins de 40 ans.

La répartition territoriale des médecins n'est pas homogène. Les médecins sont surreprésentés dans le sud de la France et en Ile-de-France. La densité de médecins la plus élevée est en région PACA avec 377 médecins pour 100 000 habitants. La moyenne nationale est à 318 médecins pour 100 000 habitants. La région Ile-de-France présente la particularité d'être la région la mieux dotée en spécialistes mais a une densité de médecins généralistes inférieure à celle de la moyenne nationale.

Il est important de souligner que la densité de médecins est en diminution car bien que l'effectif total de médecins reste stable, la population française augmente. La densité de médecins est passée entre 2012 et 2021 de 325 à 318 médecins pour 100 000 habitants. C'est surtout la densité de médecins généralistes qui a diminué : elle est passée de 153 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contrairement à la densité de médecins spécialistes qui est passée de 172 à 178 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. La DREES a réalisé des projections sur la démographie médicale. Les effectifs projetés de médecins diminueraient jusqu'en 2024 pour atteindre le point le plus bas de 209 000 médecins en activité, puis ils réaugmenteraient légèrement entre 2024 et 2030 et augmenteraient franchement à partir de 2030. D'après le scénario, les effectifs de médecins retrouveraient le niveau de 2021 en 2030.

A noter, que l'effectif de médecins généralistes diminuerait plus longtemps que l'effectif des médecins exerçant une autre spécialité. Il diminuerait jusqu'en 2026, alors que pour les autres spécialités la baisse s'arrêterait en 2023.

Selon le scénario, la féminisation va s'accroître. L'effectif féminin qui représentait en 2021 50% des médecins passerait à 56,8% des médecins en 2030 (9).

Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en 2019 était estimé à 54 heures par semaine en moyenne. Cette durée moyenne de travail reste stable depuis 2014 après une baisse entre 2011 et 2014 (10). En 2011, les médecins généralistes travaillaient en moyenne 57 heures par semaine (11). Le temps de travail varie selon l'âge du médecin généraliste (le temps de travail est plus élevé si le praticien a plus de 50 ans) (10) et selon le sexe du médecin généraliste. Les femmes médecins généralistes déclarent en moyenne travailler 5 heures de moins que leurs confrères hommes (12).

Du fait de la féminisation, de l'évolution de la pyramide des âges dans l'effectif de médecins généralistes et de l'évolution des modes d'exercice, il est probable que le temps de travail par médecin généraliste diminue dans le futur.

Concernant plus spécifiquement la démographie des médecins spécialistes du VIH, il existe des inquiétudes quant à l'évolution future de celle-ci. Les médecins spécialistes du VIH en France regroupent en majorité les infectiologues, les internistes et les médecins généralistes exerçant à l'hôpital ayant une formation complémentaire dans la pathologie VIH. La commission de l'inter comité de coordination régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH (COREVIH) francilien sur l'organisation de la prise en charge du VIH en Ile-de-France à l'horizon 2025, met en avant des difficultés de ressources humaines médicales attendues au vu des départs en retraite des médecins spécialistes du VIH

et de l'absence de médecins pour les remplacer, voire le non renouvellement de leur poste par l'hôpital (13,14).

Les résultats de l'enquête de l'offre de soins des patients infectés par le VIH en Ile-de-France entre 2020 et 2022 réalisée par la commission, objectivent que 23 centres de prise en charge des PVVIH sur les 45 interrogés comptent au moins un médecin âgé de plus de 60 ans. Sur les 23 centres, seulement 12 centres ont une solution de remplacement de certains médecins lors de leur départ en retraite. Lors de l'enquête, le nombre de patients VIH par équivalent temps plein de médecin variait entre 372 et 680 patients. La diminution prévisible des ressources humaines médicales va entraîner une diminution du temps médical dédié aux patients VIH (6).

L'offre de soins est donc en tension sur le plan national quelle que soit la pathologie avec une diminution des effectifs médicaux et de la densité médicale dans les projections pour les années à venir, rendant plus difficiles les consultations de premiers recours et de suivi chez le médecin généraliste. Plus spécifiquement, la démographie médicale des médecins spécialistes du VIH va s'aggraver avec des départs en retraite non remplacés, en parallèle d'une file active dans les centres de prise en charge du VIH qui augmente et vieillit. De nouveaux modèles de suivi des PVVIH ont été pensés et expérimentés, et sont possibles, entre autres du fait de l'évolution des traitements antirétroviraux.

III/ L'évolution des traitements antirétroviraux

Historiquement, le premier antirétroviral découvert est la zidovudine en 1987 appartenant à la classe des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI). Il permettait de diminuer la progression clinique et la mortalité mais était associé à un grand nombre de prises de comprimés, avait une toxicité hématologique importante et une

suppression virologique incomplète. La prise en monothérapie successive des premiers INTI et la suppression virologique incomplète ont favorisé l'émergence de mutations du VIH et donc de résistances au traitement. En 1996, l'arrivée de deux autres classes d'antirétroviraux, les inhibiteurs de protéases (IP) et les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) a révolutionné le traitement des PVVIH. C'est l'avènement des trithérapies antirétrovirales qui consiste alors en l'association de 2 INTI avec 1 IP ou 1 INNTI (ou plus tard 1 inhibiteur de l'intégrase). Les trithérapies antirétrovirales ont permis une suppression virologique complète et une réduction importante de la mortalité (15).

Les recommandations pour être éligible à la prise d'une trithérapie antirétrovirale ont évolué régulièrement lors des trois dernières décennies. Initialement, il était prôné une initiation précoce des trithérapies antirétrovirales qui a été remise en question devant les difficultés d'observance au vu du nombre de comprimés, des interactions alimentaires et médicamenteuses et de la toxicité induite. Devant ces difficultés liées aux traitements, en 2001, il est recommandé de traiter les patients symptomatiques et les patients asymptomatiques ayant un taux de lymphocytes T CD4 $< 200/\text{mm}^3$ ou une charge virale $> 100\,000$ copies/mL (15). Finalement, devant les preuves scientifiques qu'un traitement précoce permet de diminuer la morbi-mortalité liée à l'infection par le VIH et permet une réduction majeure du risque de transmission du VIH entre partenaires sexuels, les recommandations américaines de 2012 proposent que toute PVVIH, peu importe son taux de lymphocytes T CD4, soit sous traitement antirétroviral (16). En 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que toutes les PVVIH soient sous traitement antirétroviral quel que soit leur stade clinique et leur taux de lymphocytes T CD4 (17). C'est le traitement universel.

L'arrivée de nouvelles molécules telles que les inhibiteurs de l'intégrase, les deuxièmes générations d'INTI et les deuxièmes générations d'IP (qui ont une plus longue

durée d'action et une moindre toxicité), ont permis une simplification de la prise de traitement et une plus grande sécurité d'emploi. La simplification de la prise de traitement se matérialise aujourd'hui par l'existence de traitements antirétroviraux à prendre en un seul comprimé une fois par jour (15).

Le concept du traitement du VIH sous la forme de trithérapies antirétrovirales a évolué. Il est désormais possible d'envisager une bithérapie antirétrovirale que ce soit chez des patients naïfs d'antirétroviraux ou chez des patients virologiquement contrôlés sous trithérapie (sous certaines conditions) (18). A l'opposé, certains patients sont sous quadrithérapie antirétrovirale. Les évolutions récentes ont été marquées par le développement de situations d'allègement thérapeutique avec l'arrivée de schéma de prise orale intermittente 4 jours sur 7 et de bithérapies de forme injectable en intramusculaire permettant une administration tous les 2 mois (19–21).

En France, depuis 1996, les antirétroviraux ont le statut de « médicaments à prescription initiale hospitalière annuelle » (22). La prescription initiale d'antirétroviraux ainsi que toute modification de traitement doivent être effectuées par un médecin en établissement de santé public ou privé. La prescription hospitalière doit être renouvelée annuellement, ce qui se justifiait initialement par la spécialisation que nécessite la mise en place du schéma thérapeutique et par la rapidité de l'évolution des connaissances. Dans l'intervalle, le médecin généraliste peut réaliser les renouvellements d'ordonnances. La dispensation des antirétroviraux est possible selon deux modalités et la préférence du patient : la rétrocession hospitalière ou la dispensation en officine de ville (22).

L'évolution des traitements antirétroviraux vers des associations antirétrovirales en une prise par jour, une moindre toxicité et une plus grande sécurité d'emploi permet d'envisager une implication plus grande des médecins généralistes dans le renouvellement des traitements

voire la primo-prescription face à des traitements qui nécessitent, moins que par le passé, une gestion par le spécialiste du VIH.

IV/ Les recommandations françaises sur l'organisation des soins des PVVIH

La prise en charge en France des PVVIH est hospitalo-centrée avec un suivi médical assuré par l'hôpital pour la majorité. Le consensus formalisé de 2009 a proposé de faire évoluer les modalités de prise en charge des PVVIH en impliquant plus les médecins extrahospitaliers, dont les médecins généralistes. Il a défini deux niveaux d'implication des médecins extrahospitaliers dans la prise en charge de l'infection par le VIH et leurs missions (4) :

- Les « missions de soins de santé primaire » relèvent principalement de la compétence du médecin généraliste. Elles comprennent les missions habituelles de suivi de santé, la participation à la prévention et l'information sur le VIH, l'information sur la conduite à tenir en cas d'exposition au VIH, la connaissance des situations cliniques qui font évoquer une infection au VIH, la participation au dépistage et à l'annonce du diagnostic, l'orientation dans le système de soins pour les patients récemment diagnostiqués, la réalisation des vaccinations recommandées ainsi que la vérification des interactions médicamenteuses et de l'observance du patient.
- Les « missions avancées » qui sont du domaine de compétence du spécialiste du VIH mais qui pourraient être pratiquées par les médecins généralistes qui le souhaitent sur la base du volontariat. Le niveau d'implication peut être variable allant d'un co-suivi avec le médecin spécialiste du VIH à un suivi comparable à celui du spécialiste du VIH. Les missions avancées ont été définies comme la surveillance régulière clinique et paraclinique des PVVIH en collaboration avec une structure spécialisée, la discussion avec le patient des options thérapeutiques, l'évaluation de l'observance et de la tolérance

des traitements antirétroviraux, l'identification des interactions médicamenteuses, l'information sur les structures de délivrance des antirétroviraux, la participation à la prise en charge des co-infections possibles, la participation à des actions de recherche.

Il est précisé que pour les médecins généralistes participant au suivi avancé des PVVIH, l'acquisition et l'entretien des compétences seraient favorisés par :

- Le lien avec une équipe hospitalière spécialisée sous la forme d'une activité clinique hospitalière (vacation) ou la participation aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)
- L'obtention d'une formation spécifique grâce à un diplôme universitaire sur la pathologie VIH par exemple.

Le consensus formalisé identifie des critères nécessaires à la valorisation de l'activité des médecins généralistes qui participeraient au suivi avancé des PVVIH. Il s'agit de la prise en charge régulière d'au moins 20 PVVIH, d'avoir bénéficié de 30 heures de formation médicale continue (FMC) sur le VIH dans les deux dernières années et de la validation des connaissances par une société savante tous les deux ans. Pour les médecins qui rempliraient ces critères, la valorisation de leur activité pourrait prendre la forme d'une valorisation financière par la création d'une cotation particulière pour les consultations avancées de suivi des PVVIH et la prescription des antirétroviraux en dehors du cadre légal actuel (c'est-à-dire qu'ils pourraient réaliser une primo-prescription, modifier une prescription, et renouveler la prescription au-delà d'un an en cabinet de ville) (4).

Dans la même optique, les recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge du VIH en 2018 sous l'égide du Professeur Morlat ont réitéré la nécessité d'une nouvelle organisation des soins autour des PVVIH (23). L'infection au VIH étant devenue une maladie chronique, le suivi régulier relève d'un partage plus équilibré entre l'hôpital et la ville comme

c'est le cas pour d'autres maladies chroniques. La prise en charge de la plupart des comorbidités associées au VIH relève de la compétence du médecin généraliste.

L'objectif du suivi hospitalier est de se recentrer sur une offre dite experte. Il est proposé, chez les patients stabilisés sur le plan immuno-virologique (définis comme une charge virale indétectable et des lymphocytes T CD4 > 350/mm³ depuis au moins un an), que le suivi au long cours prenne par exemple la forme d'un suivi alterné entre médecin généraliste et médecin hospitalier. Le patient réalise alors le suivi et le renouvellement des antirétroviraux auprès du médecin généraliste entre deux synthèses annuelles hospitalières. Le bilan biologique de la consultation intermédiaire chez le médecin généraliste comprend uniquement le dosage semestriel de la charge virale plasmatique et le calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG) si prise de tenofovir. Cela concerne les patients avec des lymphocytes T CD4 > 500/mm³ depuis au moins un an et une charge virale plasmatique indétectable depuis au moins deux ans, qui ne sont pas comorbides et n'ont pas eu de modifications du traitement dans l'année. Idéalement, il faudrait qu'un partage des informations soit mis en place entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste pour une meilleure coordination.

Concernant la primo-prescription des antirétroviraux, le rapport précise que « le choix du premier traitement antirétroviral doit être effectué par un médecin expérimenté dans la prise en charge des PVVIH ». L'objectif est que la charge virale soit inférieure à 50 copies/mL en six mois avec le premier traitement antirétroviral. Par ailleurs, il est recommandé que la surveillance d'un patient VIH reste hospitalière tant que son taux de lymphocytes T CD4 reste inférieur à 350/mm³ (23).

Dans cette même dynamique, la HAS en 2018 a émis des recommandations à destination des médecins généralistes pour le suivi des PVVIH en ville (5). Son objectif est de promouvoir le suivi partagé avec les médecins généralistes et coordonné avec l'hôpital pour les PVVIH

stabilisés afin d'espacer le suivi hospitalier. Elle rappelle qu'actuellement certaines étapes restent hospitalières : la prise en charge initiale et le bilan annuel de synthèse.

Le document de la HAS précise les points clés de suivi des PVVIH par les médecins généralistes. Il s'agit :

- Des éléments de l'évaluation globale au cours de la consultation : vérifier les résultats du bilan annuel de synthèse hospitalier, vérifier la stabilité immuno-virologique, s'enquérir de l'état général à la recherche d'un état de vulnérabilité physique, psychique ou social, évaluer l'état nutritionnel, les addictions, évaluer le statut vaccinal et le mettre à jour en fonction des recommandations spécifiques aux PVVIH, évaluer l'état psychique notamment le risque de dépression, repérer des troubles cognitifs, évaluer la santé sexuelle, adapter la contraception, organiser un suivi pluridisciplinaire en cas de grossesse.
- Des éléments de la gestion des comorbidités, en faisant attention au risque d'interactions médicamenteuses des antirétroviraux en association avec d'autres traitements : dépister et traiter les maladies cardiovasculaires et métaboliques (infarctus du myocarde, hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type 2), prévenir et dépister la bronchopneumopathie chronique obstructive et la tuberculose, être attentif au risque de co-infection par les hépatites A, B et C, au risque d'insuffisance rénale, dépister les cancers avec les recommandations spécifiques aux PVVIH, repérer le risque d'ostéoporose.

Le suivi partagé des PVVIH entre la ville et l'hôpital, qui a été promu à travers les différentes recommandations citées ci-dessus, a été expérimenté à plusieurs reprises.

V/ Les expériences de suivi partagé ville hôpital des PVVIH

1/ Trois exemples d'expériences de suivi partagé

Afin de mettre en œuvre cette évolution vers un suivi partagé des PVVIH, le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST de 2010-2014 a soutenu, à travers son action T30, le développement de la prise en charge en médecine de ville. Il s'agissait de favoriser les expérimentations de collaborations ville-hôpital à l'échelon régional pilotées par les COREVIH (24).

Plusieurs expériences de suivi médical conjoint ont eu lieu. Celle pilotée par le COREVIH de Franche-Comté a conçu un programme de suivi conjoint entre le spécialiste hospitalier du VIH et le médecin généraliste qui a débuté en 2010. Le médecin généraliste devait participer aux formations proposées, voir le patient tous les trois mois en suivant une trame prédéfinie pendant la consultation, prescrire le bilan biologique de surveillance et renouveler les antirétroviraux sans modification, participer à la gestion des comorbidités, alerter le médecin spécialiste du VIH en cas d'effets indésirables des antirétroviraux ou d'interactions médicamenteuses. De son côté, le médecin spécialiste du VIH hospitalier devait voir le patient annuellement, être disponible pour le médecin généraliste ou le patient en cas de besoin, participer à la formation des médecins généralistes. Une des caractéristiques de cette expérience a été la mise à disposition du dossier médical partagé informatisé (E-nadis) pour les médecins généralistes dans lequel ils devaient noter le compte rendu de la consultation et prescrire les antirétroviraux.

Le suivi médical conjoint a été réalisé pour 23 patients sur les 29 inclus et 19 médecins généralistes ont été formés. Les critères d'inclusion des patients étaient d'être asymptomatique sans nécessité de traitement antirétroviral ou stabilisé sur le plan immuno-virologique sous traitement antirétroviral, et d'avoir un médecin généraliste ayant participé à la formation (les critères pour être sous traitement antirétroviral étaient différents en 2010 des critères actuels).

Les médecins généralistes ont été indemnisés pour leurs journées de formation et pour les consultations de suivi de 1 heure à hauteur du tarif de 4 consultations. Les difficultés évoquées au suivi médical conjoint ont été le refus des patients (peur du changement, sentiment d'abandon du patient, déménagement, crainte d'une moindre disponibilité du médecin généraliste par rapport au médecin spécialiste du VIH), la réticence de certains médecins spécialistes du VIH et des problèmes informatiques avec le dossier E-nadis (25).

Au CHU de Bordeaux en 2010, a été expérimentée l'alternance de consultation entre la ville et l'hôpital sur une année avec 4 consultations au total réalisées tous les 3 mois selon le calendrier suivant : première consultation en hôpital de jour (HDJ), deuxième consultation avec le médecin généraliste, troisième consultation avec le spécialiste hospitalier du VIH, quatrième consultation avec le médecin généraliste. La communication entre le médecin généraliste et le spécialiste hospitalier du VIH s'est faite via une fiche navette de consultation. Les patients inclus étaient à nouveau ceux stables sur le plan immuno-virologique et dont le médecin généraliste avait signé une convention avec le réseau Gironde ville hôpital. Les médecins généralistes ont bénéficié d'une séance de formation et étaient indemnisés par le réseau pour les consultations réalisées. Au total, 49 patients ont été inclus dans le dispositif et 29 patients ont réalisé l'ensemble des consultations comme décrit ci-dessus, ce qui a permis une diminution du nombre de consultations hospitalières. 17 médecins généralistes ont participé au dispositif (26).

Entre 2017 et 2019 a eu lieu le projet « suiVIH » mené par l'inter COREVIH d'Ile-de-France qui a consisté en une nouvelle expérimentation de suivi partagé ville hôpital des PVVIH stabilisés sur le plan immuno-virologique. Le dispositif comprenait une consultation annuelle hospitalière et une consultation intermédiaire à 6 mois chez le médecin généraliste. Le médecin généraliste était informé du dispositif via un courrier joint au dernier compte rendu de consultation hospitalière. Ce courrier comprenait des outils d'aide à la consultation avec le plan

de suivi, des propositions de sessions de formation, le guide de la consultation du renouvellement des antirétroviraux, le lien du site internet VIH clic, le numéro de téléphone direct de l'infectiologue. Le médecin généraliste devait lors de la consultation lire le bilan intermédiaire, prescrire le bilan annuel hospitalier et renouveler le traitement antirétroviral. Au total, 262 patients séropositifs ont été inclus mais seulement 138 ont accepté de participer au projet. Le principal motif de refus des patients pour participer au suivi partagé était leur préférence pour un suivi hospitalier seul. Sur les 112 patients, 61 patients voulaient poursuivre le suivi partagé à terme. Les médecins généralistes avaient renouvelé le traitement antirétroviral dans 77% des cas, lu le bilan biologique intermédiaire dans 61% des cas et prescrit le bilan annuel hospitalier dans 47% des cas (27–29).

2/ Un autre modèle : la transposition du modèle du conventionnement pour les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses au suivi avancé du VIH

Afin d'avancer sur les défis détaillés dans les paragraphes précédents sur l'organisation des soins des PVVIH en France, une solution proposée dans ce travail est celle du conventionnement des médecins généralistes pour la réalisation d'un suivi avancé des PVVIH en ville qui ne soit pas simplement un suivi partagé (tel que décrit dans les expériences de suivi partagé précédemment) à l'instar du conventionnement pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ville.

Le principe du conventionnement pour la réalisation des IVG médicamenteuses par un médecin généraliste dans son cabinet est détaillé ci-dessous avant de faire le parallèle avec le suivi avancé des PVVIH.

En France, l'IVG peut être réalisée selon deux méthodes. La méthode instrumentale ou chirurgicale est réalisable jusqu'à 16 semaines d'aménorrhées (SA) et est pratiquée

obligatoirement dans un établissement de santé ou dans certaines conditions dans un centre de santé conventionné. La méthode médicamenteuse est réalisable jusqu'à 9 SA et peut être pratiquée en établissement de santé, en cabinet de ville, en centre de santé sexuelle ou en centre de santé. Jusqu'à 9 SA, la femme enceinte a le choix entre les deux méthodes (30).

La réalisation des IVG médicamenteuses dans un cabinet de ville par un médecin généraliste est soumise à la signature d'une convention avec un établissement de santé. Le médecin doit justifier d'une compétence professionnelle adaptée, constituée par « la pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné » (31).

La convention type décrite dans le code de la santé publique précise les obligations des deux parties signataires à savoir (32) :

- Article 1 : « L'établissement de santé s'assure que le médecin ou la sage-femme participant à la pratique des IVG médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11 du code de la santé publique ». « L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse présentée par le cosignataire de la présente convention. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des IVG par mode médicamenteux »
- Article 2 : « En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin ou la sage-femme adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière »

- Article 3 : « Après la délivrance ou la prescription des médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG, le médecin ou la sage-femme transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente »
- Article 4 : « L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins qui lui sont délivrés ».
- Article 5 : « Le médecin ou la sage-femme qui a pratiqué l'IVG par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'IVG ainsi que le consentement écrit de la femme à cette intervention. Le cosignataire de la présente convention adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des IVG pratiquées »
- Article 6 : « L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'IVG par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au cosignataire de la convention et à l'agence régionale de santé territorialement compétente »
- Article 7 : « La présente convention, établie pour une durée d'un an, prend effet à la date de sa signature. Elle est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire de sa signature. Elle peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes par tout moyen donnant date certaine à la notification. La dénonciation prend effet une semaine après cette date. En cas de non-respect de la présente convention par l'une des parties, la dénonciation par l'autre partie a un effet immédiat »

En prenant le modèle du conventionnement pour la réalisation des IVG médicamenteuses par les médecins généralistes en ville, on pourrait imaginer un

conventionnement pour les médecins généralistes qui réaliseraient un suivi avancé des PVVIH en ville. Cela fixerait un cadre légal à leur pratique. Par suivi avancé, on entend les missions avancées telles que décrites par le consensus formalisé de 2009, incluant la primo-prescription et la modification des antirétroviraux.

La convention pour le suivi avancé des PVVIH pourrait prendre la forme ci-dessous, qui s'inspire de la convention pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ville :

- L'établissement de santé de référence (ou le COREVIH) s'assure que le médecin participant au suivi des PVVIH dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions fixées.
- L'établissement de santé de référence (ou le COREVIH) s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la prise en charge des PVVIH présentée par le cosignataire de la présente convention. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la prise en charge des PVVIH.
- En cas de doute sur la pertinence des prescriptions, le médecin adresse le patient à l'établissement de santé de référence (ou au COREVIH) qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de ce dernier. Le médecin est tenu informé des RCP et peut systématiquement y recourir.
- Le médecin transmet à l'établissement de santé de référence (ou au COREVIH), une fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical du patient. Idéalement, un dossier médical partagé sera favorisé.
- L'établissement de santé de référence (ou le COREVIH) s'engage à permettre l'accueil des PVVIH à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patients.

- Le cosignataire de la présente convention adresse à l'établissement de santé (ou au COREVIH) les données anonymisées des patients.
- L'établissement de santé de référence (ou le COREVIH) effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité de prise en charge des PVVIH, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au cosignataire de la convention et à l'INSERM.
- La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire de sa signature. Elle peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

En résumé, l'établissement de santé a un rôle d'information et de formation des médecins qui ont signé la convention. L'établissement de santé doit être en capacité d'accueillir les PVVIH pour prendre en charge les complications et échecs possibles. La communication entre l'établissement de santé et le médecin se fait via une fiche de liaison (ou un dossier médical partagé). Le médecin déclare le nombre de PVVIH suivies et en retour l'établissement de santé réalise une synthèse annuelle des données de prise en charge des PVVIH suivies. La convention est valable un an et renouvelable tacitement.

Partie 2 : La situation de la région Pays de la Loire dans l'organisation des soins des personnes vivant avec le VIH

I/ Epidémiologie du VIH dans la région Pays de la Loire

En 2022, le taux de découvertes de séropositivité en Pays de la Loire était de 41/1 000 000 habitants. En comparaison, le taux de découvertes de séropositivité en France métropolitaine était de 48/1 000 000 habitants. Les caractéristiques sociodémographiques de la population des découvertes de séropositivité différaient en Pays de la Loire par rapport à celle de la France métropolitaine hors Ile-de-France sur certains points. La part de personnes séropositives contaminées par rapport hétérosexuels était plus élevée en Pays de la Loire (59% versus 50% en France métropolitaine hors Ile-de-France). La part de personnes séropositives originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne était plus élevée en Pays de la Loire (43% versus 31%). La part des diagnostics précoces était plus élevée en Pays de la Loire (32% versus 27%).

Sur l'année 2022, la file active hospitalière dans la région des Pays de la Loire s'élevait à 5129 PVVIH d'après les données issues de Nadis, parmi lesquelles il y avait 111 nouvelles découvertes de séropositivité. La file active est en constante augmentation d'année en année. Sur les 5129 PVVIH suivies, 4723 PVVIH avaient une charge virale indétectable au 31/12/2022.

Dans cette file active, 56% des individus avaient plus de 50 ans, 62% étaient nés en France, 64% étaient des hommes. 39% ont été contaminés par rapports sexuels entre hommes et 48% par rapport hétérosexuel. 73% avaient un chiffre de lymphocytes T CD4 supérieur à 500/mm³ et 19% étaient au stade du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). 6,3% des individus étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B (VHB).

La file active des PVVIH des Pays de la Loire vieillit, avec en 2022, 25% des PVVIH suivies qui avaient plus de 60 ans et 7% qui avaient plus de 70 ans.

En 2022, il y a eu 18 décès de PVVIH suivies dans la région Pays de la Loire (33,34).

II/ La démographie médicale dans la région Pays de la Loire

Selon l'observatoire régional de la santé, en 2022, la région Pays de la Loire comptait 11 371 médecins (en intégrant les médecins remplaçants) dont 5512 médecins généralistes (48% des effectifs). Parmi les médecins généralistes, 3703 exerçaient en libéral ou en activité mixte et 599 étaient remplaçants.

En 2022, on comptait 1286 médecins de plus qu'en 2012 toutes spécialités confondues. En revanche, l'effectif de médecins généralistes avait pour la première fois reculé en 2022 avec 40 médecins généralistes en moins par rapport à 2021.

La densité médicale en Pays de la Loire en 2022 était de 299 médecins pour 100 000 habitants (la moyenne nationale était à 341 médecins pour 100 000 habitants). L'écart de densité touchait principalement la densité de médecins spécialistes hors médecine générale qui était de 154/100 000 habitants contre 192/100 000 habitants sur le plan national. La densité de médecins généralistes était de 145/100 000 habitants (la moyenne nationale était à 149/100 000 habitants) (35).

En 2022, 8 médecins généralistes ligériens sur 10 estimaient que l'offre de médecine générale sur leur territoire était insuffisante, avec une tendance qui allait à l'aggravation sur les dernières années. 63% des médecins généralistes ligériens interrogés trouvaient qu'il leur était plus difficile de répondre aux sollicitations des patients qu'avant la crise sanitaire de la COVID 19. L'augmentation de la demande de soins conduisait 7 médecins sur 10 à refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant (36).

Concernant plus spécifiquement la démographie des médecins spécialistes du VIH en Pays de la Loire, il est difficile d'obtenir des données. L'enquête de 2018 sur la démographie

des infectiologues cliniciens en France réalisée par le syndicat national des médecins infectiologues a recensé 35 infectiologues qualifiés sur la région Pays de la Loire (37).

L'activité de soins liée au VIH en Pays de la Loire en 2022 était répartie comme suit : 85% de consultations (14 817 consultations sur l'année), 1% de téléconsultations, 2% d'HDJ, moins de 1% d'hospitalisation, et 12% de recours sans consultation (appel téléphonique, hospitalisation dans un autre service, renouvellement d'ordonnance). En 2022, le nombre moyen de consultations médicales par patient séropositif et par an suivi en Pays de la Loire était de 2,55 (versus 3,5 en 2015) (34).

Partie 3 : Etude qualitative auprès de médecins généralistes

I/ Méthode

1/ Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins généralistes ayant dans leur patientèle au moins 10 PVVIH. L'analyse des données a été réalisée de façon thématique. La méthodologie qualitative a été choisie car l'objectif principal de l'étude était de mieux comprendre les motivations des médecins généralistes à réaliser ou non un suivi avancé des PVVIH.

2/ Population

Un échantillonnage ciblé a été réalisé. La population de l'étude a été obtenue à partir de l'extraction des données du logiciel Nadis du CHU de Nantes le 17/01/2023. Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste et d'avoir au moins 10 PVVIH suivis au CHU de Nantes dans sa patientèle. Au total, 12 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude. Finalement, 9 entretiens ont été réalisés entre avril 2023 et décembre 2023. 3 entretiens n'ont pas pu être réalisés pour les motifs suivants : un médecin était parti en retraite et son cabinet était fermé, un médecin n'a jamais donné suite malgré de multiples relances, un médecin a refusé d'être enregistré et l'entretien prévu n'a pas pu avoir lieu.

Le choix de sélectionner des médecins généralistes qui ont au moins 10 PVVIH dans leur patientèle découle du fait qu'il y a une amélioration de la prise en charge lorsque les PVVIH sont soignés par des médecins avec plus d'expertise et de formation dans le VIH, bien qu'il soit difficile de préciser si c'est la formation du clinicien ou le volume de patients qui améliore la prise en charge (38). Dans la littérature, il semble que le premier seuil de volume de patients retenu, en lien avec la qualité de prise en charge, soit celui de 20 patients (4,39). En moyenne,

le nombre de PVVIH dans la patientèle d'un médecin généraliste installé en Pays de la Loire a été estimé à 1,4 patients (40). Dans cette étude, le seuil de 10 PVVIH suivis plutôt que de 20 PVVIH suivis a été choisi pour une raison pragmatique, celle de pouvoir réaliser suffisamment d'entretiens, puisqu'il n'y avait que 12 médecins généralistes qui avaient plus de 10 PVVIH dans leur patientèle.

La prise de contact auprès des médecins généralistes s'est faite par face à face auprès du secrétariat physique s'il y en avait un, avec explication du projet et remise de la lettre d'information. S'il n'y avait pas de secrétariat physique, la prise de contact était faite directement auprès du médecin généraliste. En l'absence de réponse, les médecins généralistes étaient relancés à plusieurs reprises par téléphone ou par un nouveau déplacement au cabinet du médecin généraliste.

3/ Recueil des données

Il a été choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens ont tous eu lieu au cabinet des médecins généralistes. Les entretiens ont été enregistrés sur deux supports, un dictaphone de marque Sony et l'application d'enregistrement vocal d'un smartphone. Les entretiens ont été retranscrits intégralement sur le logiciel Word de traitement de texte et anonymisés.

Un guide d'entretien a été utilisé (disponible en annexe) pour la réalisation des entretiens. L'entretien se terminait par un questionnaire quantitatif. La durée prévisible des entretiens proposée était de 30 à 45 minutes.

La taille de l'échantillon a été définie à priori, et était d'au maximum 12 participants. En réalité, elle a été de 9 participants. Le concept de suffisance des données ne s'applique donc pas à cette étude.

4/ Analyse des données

Les entretiens ont été analysés un par un et par un seul chercheur. L'analyse des données a conduit à la création de codes descriptifs, codes qui ont été regroupés en thèmes. Les thèmes les plus pertinents sont exposés dans ce travail.

5/ Aspects éthiques et règlementaires

Le consentement oral libre et éclairé des participants a été recueilli avant que chaque entretien commence. Ils ont été informés de l'enregistrement audio de leur propos et que ceux-ci seraient retranscrits et cités de façon anonyme dans ce travail. L'anonymisation s'est matérialisée par la suppression des noms des participants qui ont été remplacés par un code. Dans la suite de ce travail, les médecins sont identifiés par un « M » suivi du chiffre correspondant à l'ordre dans lequel ils ont été interviewés, soit M1, M2, M3, jusqu'à M9.

Il n'a pas été nécessaire de recueillir l'avis du comité de protection des personnes car il s'agit d'une étude hors loi Jardé. La déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été réalisée auprès du délégué à la protection des données de l'université de Nantes.

II/ Résultats

1/ Questionnaire quantitatif

a/ Caractéristiques des participants

La durée moyenne des entretiens était de 28 minutes. L'âge moyen des médecins généralistes était de 53 ans. Un seul médecin généraliste exerçait en zone semi-urbaine. Il s'agissait d'un médecin ayant longtemps exercé en zone urbaine et qui s'était installé ailleurs depuis peu. Plusieurs de ses patients séropositifs continuaient de le consulter malgré son nouveau lieu d'exercice.

Aucun des médecins généralistes ne connaissait le nombre exact de PVVIH dans sa patientèle.

	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Formation sur l'infection au VIH	Durée d'entretien
Médecin 1	59 ans	Femme	Urbain	Cabinet de groupe	Diplôme inter-universitaire en 1993 sur la prise en charge de l'infection par le VIH. Vacation au CDAG.	34 minutes
Médecin 2	58 ans	Homme	Urbain	Cabinet seul	Vacation au CDAG	41 minutes
Médecin 3	61 ans	Femme	Urbain	Cabinet de groupe	Aucune	23 minutes
Médecin 4	38 ans	Homme	Urbain	Cabinet de groupe	Aucune	29 minutes
Médecin 5	47 ans	Homme	Urbain	Cabinet de groupe	Aucune	23 minutes
Médecin 6	49 ans	Homme	Semi-urbain	Maison de santé pluriprofessionnelle	Aucune	27 minutes
Médecin 7	58 ans	Femme	Urbain	Cabinet de groupe	Aucune	28 minutes
Médecin 8	57 ans	Femme	Urbain	Cabinet seul	Aucune	21 minutes
Médecin 9	53 ans	Homme	Urbain	Cabinet de groupe	Thèse portant sur le VIH. Vacation au CDAG.	25 minutes

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et formations des médecins généralistes

b/ Connaissances des recommandations sur le suivi des PVVIH en ville

Aucun médecin ne connaissait les recommandations de la HAS de 2018 sur la consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral (5).

Aucun médecin ne connaissait les recommandations du consensus formalisé de 2009 sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville (4). 5

médecins sur les 9 connaissaient le site « VIH clic », site d'aide à la prise en charge des patients VIH en ville (41), mais seulement 2 l'avaient déjà consulté.

	Recommandations HAS 2018	Consensus formalisé 2009	Site « VIH clic »
Médecin 1	Non	Non	Non
Médecin 2	Non	Non	Oui (mais non consulté)
Médecin 3	Non	Non	Oui (mais non consulté)
Médecin 4	Non	Non	Oui (consulté)
Médecin 5	Non	Non	Non
Médecin 6	Non	Non	Non
Médecin 7	Non	Non	Oui (consulté)
Médecin 8	Non	Non	Oui (mais non consulté)
Médecin 9	Non	Non	Non

Tableau 2 : Connaissances des recommandations de suivi des PVVIH par les médecins généralistes

2/ Analyse thématique des entretiens

a/ Thème 1 : Les représentations des médecins généralistes concernant

leur place actuelle dans le suivi des PVVIH

L'absence de gestion du VIH en tant que médecin généraliste

L'ensemble des médecins généralistes interrogés décrivent ne pas participer au suivi de l'infection au VIH de leurs patient séropositifs.

M8 : « Bah en fait, quand ils viennent pour des pathologies, ils ont le VIH ok c'est plutôt suivi à l'hôpital et puis après ils viennent pour d'autres pathologies. Mais sinon on fait pas grand-chose en ce qui concerne le VIH même ».

M4 : « Bah ya pas de suivi VIH puisque que je les vois vraiment pour tout le reste, donc c'est comme si le VIH n'existait pas quasiment dans mon suivi ».

Le suivi du VIH est hospitalier et efficace, ce qui participe à la moindre implication des médecins généralistes dans le suivi de leurs PVVIH.

M9 : « Je trouve qu'ils ont déjà le suivi avec le CHU et qui est bien fait [...]. Donc moi j'ai pas l'impression de devoir faire un suivi VIH en plus. Moi après je vais les voir un peu comme n'importe quel autre patient, dans le cadre de la médecine, enfin plus de la médecine générale ».

Les médecins généralistes rapportent que le VIH n'est pas le motif de consultation du patient séropositif, voire même que le patient séropositif ne vient pas chez son médecin généraliste pour parler du VIH. Selon eux, les patients séropositifs distinguent leur suivi hospitalier pour le VIH du suivi chez le médecin généraliste.

M5 : « Donc ça vient très peu souvent sur le... enfin c'est pas le motif de la consultation quoi, jamais ».

M9 : « Mais c'est vrai que d'eux même spontanément, j'ai l'impression que pour eux il y a deux choses : il y a leur suivi au CHU et puis leur suivi ici ».

Ponctuellement, quelques médecins généralistes ont été amenés à faire des renouvellements d'antirétroviraux à la demande des patients, notamment quand il existait des difficultés de régularité dans le suivi hospitalier.

M1 : « Il y en a 2 qui ne veulent pas être suivis à l'hôpital [...]. Ce sont les deux seuls donc c'est moi qui renouvelle le traitement, avec un bilan biologique le plus exhaustif possible ».

M7 : « Ça m'arrive de renouveler s'il y a besoin parce que je crois qu'on peut renouveler et puis qu'ils me le demandent. De toute façon je regarde évidemment dans leur dossier s'ils sont allés... s'ils vont au CISIH ».

Rarement, certains médecins ont découvert une infection au VIH chez leurs patients et ont eu à gérer l'annonce de séropositivité. Ils les ont alors orientés d'emblée vers une prise en charge spécialisée.

M3 : « Alors après il m'est arrivé je pense une ou deux fois où j'ai eu à faire à une annonce, mais ça reste quand même assez réduit ».

M5 : « J'en ai eu un l'année dernière, voilà on a fait le diagnostic, on a appelé, il a été vu rapidement ».

Les motifs de consultation des patients séropositifs sont liés au suivi de comorbidités autres, à une pathologie intercurrente aiguë ou à des difficultés au travail.

M3 : « J'ai un patient qui est VIH qui a une ostéoporose, donc je le vois pour ça. Qui a une BPCO, je le vois pour ça ».

M8 : « Bah ça concerne pas forcément le VIH en fait, enfin je vois une dame c'est des douleurs d'épaule, enfin c'est par exemple leur travail. Leur travail, ou je sais pas ça peut être de la traumato, ou une infection... Oui une infection des voies respiratoires par exemple [...] Mais ils viennent pour toutes les pathologies tout venant, comme tout le monde ».

La persistance d'une vigilance sur des éléments cliniques, biologiques et médicamenteux dans le suivi des PVVIH

Les médecins généralistes rapportent être vigilants sur la mise à jour des vaccinations.

M2 : « Ah bah je vérifie souvent leurs vaccins, pour être sûr qu'ils sont vaccinés [...]. Pour eux, j'hésite pas à faire une prévention même si peut-être c'est hors AMM de vacciner contre le pneumocoque, je ferai prevenar et pneumovax plus facilement que chez d'autres populations ».

Les médecins généralistes rapportent être vigilants aux facteurs de risque cardiovasculaires.

M4 : « Je fais un peu plus attention à leur facteur de risque cardiovasculaire etc, mais je m'en remets quand même beaucoup au service ».

Les médecins généralistes rapportent être vigilants au risque d'autres infections sexuellement transmissibles.

M4 : « Ou alors ils sont HSH et ils ont tendance à avoir quand même des comportements sexuels à risque et c'est très orienté MST à ce moment-là ».

Les médecins généralistes rapportent être vigilants à l'observance des traitements antirétroviraux, à leur tolérance et aux interactions médicamenteuses.

M7 : « Et puis, le gros truc avec les trithérapies c'est les interactions. Donc il y a un médecin interniste qui m'avait dit qu'il y a VIH clic, donc de toute façon je vais regarder en fait ».

M8 : « On vérifie juste qu'ils prennent bien leur traitement régulièrement et qu'ils assurent le suivi hospitalier, ça c'est des questions automatiques ».

Les médecins généralistes rapportent être vigilants à la charge virale, notamment en contexte infectieux.

M7 : « Je sais pas, si j'ai une grosse infection, je vais regarder la charge virale si tu veux ».

Les médecins généralistes rapportent être vigilants au respect du suivi hospitalier par les patients VIH.

M3 : « Alors effectivement, c'est vrai que quand il y a... quand je vois qu'ils n'honorent pas leur rendez-vous, on en parle ou des choses comme ça ».

A contrario, certains médecins n'adaptent pas leur prise en charge du patient du fait qu'il soit séropositif.

M5 : « Bah c'est un suivi de médecine générale classique en fait, sauf que dans les antécédents il y a « HIV trithérapie ». C'est tout. Pour moi c'est vraiment... enfin, ça change rien ».

De manière générale, les médecins gardent une vigilance sur le suivi des PVVIH à travers les courriers.

M3 : « Les courriers sont vraiment très précis, complets, avec les choses qu'il faut faire ».

Le questionnement sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des PVVIH

Les médecins généralistes s'interrogent sur leur rôle à jouer dans le suivi des PVVIH.

M2 : « Comme les nouveaux médicaments fonctionnent bien, on a plus besoin de leur dire qu'ils vont mourir, on a pas besoin de dire qu'ils peuvent avoir des enfants, qu'ils peuvent avoir des relations sexuelles quasiment normalement. Quel est notre rôle ? On a plus rien à jouer là-dedans ».

Certains médecins décrivent une disparition du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des PVVIH. Un médecin explique que du fait des révolutions thérapeutiques sur le VIH, il a vu son rôle d'accompagnement dans la maladie disparaître.

M8 : « Des fois on a l'impression de plus avoir trop de rôle quand même à côté ».

M2 : « Autant à l'époque quand il y avait beaucoup de comprimés, on devait être là pour les soutenir moralement, on avait un rôle plus actif pour les motiver, pour la compliance. On avait des cours sur la compliance, comment les aider à prendre leurs 12 comprimés par jour. On avait un rôle à jouer. Aujourd'hui c'est tellement simplifié et ça marche tellement bien, que quelque part notre rôle n'a plus lieu d'être quelque part, et ils ont moins besoin de nous ».

Ce sentiment de disparition du rôle des médecins généralistes dans le suivi des PVVIH est exacerbé par le fait que certains spécialistes hospitaliers du VIH gèrent le patient séropositif dans son ensemble. Le suivi de soins primaires est alors parfois effectué à l'hôpital et les comorbidités classiquement gérées par le médecin généraliste sont gérées à l'hôpital.

M7 : « Tu vois éventuellement le truc qui m'agace, enfin qui m'agace mais c'est parce que je fais plein de gynéco. Est-ce qu'on fait des frottis ? En fait c'est que des fois elles sont suivies à l'hôpital tu vois alors que nous on pourrait faire les frottis ».

M8 : « En général, ils reprennent toutes leurs pathologies, ils s'occupent même du diabète, de la cardio et tout ça. En fait, souvent nous on a pas grand-chose à faire, à part poser des questions des fois sur d'autres facteurs de risque à côté ».

La gestion de la globalité du patient séropositif est différente selon le spécialiste hospitalier. Le médecin généraliste s'adapte à ce qui a été fait ou non fait et tient compte dans son suivi des préconisations écrites dans le compte rendu de consultation hospitalière.

M4 : « Il y a certains infectiologues du CHU qui les suivent vraiment sur tous les plans qui sont hyper larges et qui ont un suivi global quoi et peut-être qu'effectivement certains spécialistes du CHU sont vraiment plus VIH et s'occupent moins des risques de cancer, des facteurs de risque tout ça. Et peut-être que ceux-là je devrais mieux les suivre. Mais du coup on essaye de s'adapter ».

M8 : « Tout dépend du compte rendu, si c'est géré par l'hôpital qu'ils ont fait les bilans sanguins, qu'ils ont pris les rendez-vous, si ça a été fait, oui. Si c'est pas fait, bah je le fais ».

Un médecin généraliste se ressent comme le complément du médecin spécialiste du VIH.

M8 : « Mais souvent c'est plutôt moi qui suis le complément de l'hôpital que l'inverse ».

b/ Thème 2 : Le rôle souhaité des médecins généralistes dans le suivi des

PVVIH et ses déterminants

L'absence de souhait de réaliser un suivi avancé des PVVIH

La majorité des médecins généralistes de cette étude ne souhaitent pas réaliser un suivi avancé des PVVIH. Certains l'énoncent clairement dès le départ et d'autres répondent initialement « pourquoi pas » mais en développant par la suite dans leur discours qu'ils ne le feront pas en pratique.

M1 : « Je veux pas du tout m'engager dans un suivi des patients VIH, en me disant je prends en charge leur suivi et je prends en charge leur traitement ».

M3 : « Hum, euh... oui, pourquoi pas. Après on est quand même sollicité beaucoup. Enfin moi je vois bien qu'on a de plus en plus de travail. Dans l'idéal oui ça serait bien, je sais pas si en réalité j'aurais la place pour assurer ce suivi ».

Un seul médecin généraliste serait d'accord pour réaliser un suivi avancé des PVVIH à condition d'une formation, mais pas en l'état actuel. Il considère que le suivi avancé du VIH par le médecin généraliste est possible, qu'il faut que le médecin s'approprie les éléments codifiés du suivi du VIH, de la même manière que pour d'autres maladies chroniques comme le diabète. Ces éléments codifiés transparaissent à travers la structure des courriers hospitaliers qui est toujours la même.

M9 : « Ouais, à ce moment-là je pense qu'il faudrait que je me refasse une petite formation. Mais pourquoi pas, franchement, tout est possible ».

M9 : « Ça va peut-être paraître très prétentieux, mais pour moi c'est une maladie comme une autre. Les traitements après c'est juste de revoir, se replonger dedans. C'est comme un suivi de diabète où on sait que tous les 3 mois, on va lui redemander son hémoglobine glyquée, sa glycémie, et puis bah de temps en temps on va lui redemander d'aller revoir l'ophtalmo, le ceci. C'est un peu du même style quelque part. Je sais pas si c'est plus compliqué ».

M9 : « J'ai vu en tout cas le même type de courrier [...]. Ce type de présentation, et en fait on est toujours sur les mêmes choses, c'est-à-dire qu'après on demande les choses nouvelles, ce qui va pas, comment est géré le traitement, comment il est supporté, etc. Donc euh... Je suis pas sûr que ça soit plus compliqué qu'autre chose ».

Le confort pour les médecins généralistes de la poursuite du fonctionnement actuel du suivi hospitalier des PVVIH

Plusieurs médecins généralistes décrivent qu'ils ne s'impliquent pas dans le suivi du VIH car le suivi est actuellement très bien réalisé lors des consultations hospitalières spécialisées.

M4 : « Après nous on a pas beaucoup à gérer le VIH, parce que c'est fait très bien par le CHU. Nous on gère le reste. Parce que le VIH c'est quand même très bien cadré par les infectieux du CHU quoi ».

M4 : « On sait que le CHU le fait bien [le suivi du VIH], et c'est ça notre frein actuel ».

Un médecin généraliste décrit qu'il ne souhaite pas que le fonctionnement actuel évolue.

M5 : « Puis moi ça fait 20 ans que je travaille, ça fait 20 ans que c'est comme ça. Ça marche très bien ».

Il existe une certaine forme de confort pour les médecins généralistes que le suivi du VIH soit effectué à l'hôpital, ce qui participe à leur non volonté de changement dans le suivi des PVVIH.

M5 : « Et puis moi ça m'arrange, je me repose sur eux [les médecins spécialistes du VIH] ».

La contrainte du suivi hospitalier rappelle aux patients qu'il s'agit d'une maladie grave

Un médecin fait part du risque de banalisation de l'infection par le VIH en cas d'organisation d'un suivi avancé chez le médecin généraliste. Les patients séropositifs ne prendraient alors plus l'ampleur de la gravité de la maladie.

M5 : « Et je pense que c'est important que ça reste d'un point de vue... que ça reste un suivi spécialisé, même si en soi ça doit pas être très très compliqué à faire... quand tout va bien. Mais je pense que c'est une maladie qu'il faudrait pas trop banaliser aussi. Parce que si on les suivait nous, ça ferait comme si on suivait des hypertendus des choses comme ça. Et déjà je trouve que le HIV en ce moment c'est un peu... je sais pas où ça en est là sur les chiffres. Mais

c'est quand même banalisé aujourd'hui par les jeunes, par la nouvelle génération là. Le fait que ce soit encore suivi à l'hôpital, je pense que c'est bien, ça fixe un peu les choses ».

Le manque de connaissance pour assurer un suivi avancé des PVVIH

Plusieurs médecins généralistes rapportent ne pas se sentir en capacité de gérer le suivi avancé des PVVIH par manque de connaissances.

M7 : « Non, non, non, c'est des trucs hyperspécialisés. Non, il y a des trucs moi j'y connais rien... C'est pas que j'ai pas envie. (Regarde son ordinateur) Tu vois, là elle a fait... Voilà : « j'ai reçu monsieur X, dans le cadre du suivi de son infection par le VIH, 1 groupe N sous type 11 ». Enfin, bah non, moi je suis pas capable de gérer ça ».

Les connaissances pour assurer le suivi du VIH paraissent complexes car elles font écho à l'immunologie.

M7 : « Je trouve que c'est le côté si tu veux immuno tu vois, c'est quand même compliqué ça en fait tu vois. Parce qu'après moi je sais pas ce qu'il faut chercher tu vois en fonction du traitement, de la charge virale. De toute façon, moi si je trouve une charge virale qui devient détectable, va falloir faire des anticorps des trucs comme ça, donc je vais l'adresser à l'hôpital ».

Le manque de connaissances empêche une implication plus importante des médecins généralistes dans le suivi des PVVIH.

M4 : On a l'impression que c'est quand même très... c'est une grande forêt, ça a l'air très vaste le VIH. Et du coup quand on sait pas on a peur de pêcher par ignorance. [...] En gros ça se développera pas tant qu'on aura pas une formation. Je pense qu'on ne s'y connaît pas assez, on est pas assez formé tellement et du coup on a peur ».

Parmi les connaissances liées au VIH, la thématique du manque de connaissances sur les antirétroviraux semble être récurrente. La plupart des médecins rapportent des

connaissances partielles sur les traitements antirétroviraux qui ne leur permettent pas de les gérer. Ils sont sensibles aux effets indésirables des traitements antirétroviraux.

M4 : « Mais je suis pas du tout à l'aise avec les antirétroviraux, je sais pas faire ».

M1 : « Voilà donc c'est plus un accompagnement du spécialiste, parce que moi les traitements... on voit à peu près les effets secondaires que ça peut poser. Là il y a en a notamment une qui faisait des fractures à répétition et elle se cassait tout. [...] Et même les infectiologues ont eu du mal à trouver, mais c'était en fait une hypophosphatémie secondaire à un des traitements, le truvada je crois. Et voilà, tout ça, moi je suis incapable de voir ce genre de truc. Si c'est une insuffisance rénale, si c'est une insuffisance hépatique, enfin des gros trucs quoi. Donc le suivi des traitements, grossièrement ».

La majorité des médecins généralistes ne souhaitent pas gérer les traitements antirétroviraux des PVVIH. Certains médecins généralistes ont déjà pu faire l'expérience de renouveler les antirétroviraux mais la primo-prescription des antirétroviraux ne semble pas envisageable. Selon eux, la primo-prescription relève d'une prérogative du spécialiste du VIH.

M2 : « Après les traitements, moi je suis pas spécialiste, savoir lequel convient le mieux, qui a le moins d'échappement, qu'il n'y a pas de résistances, alors ça c'est pas du tout mon problème et ça m'intéresse pas du tout. C'est aux infectiologues de gérer ça ».

M7 : « Est-ce que si on faisait une pratique avancée, nous on pourrait primo-prescrire tu vois les traitements ou les changer ? Parce que c'est ça en fait. Donc, non c'est trop spécialisé ».

M7 : « Les traitements, bah moi je vois qu'il est traité, mais pour te dire je connais pas la cible exacte des médicaments, j'ai autre chose à faire que me former pour ça en fait tu vois. C'est quand même hyper complexe, c'est comme les médicaments des cancers, je sais que c'est un truc de trithérapie mais je vais pas savoir si c'est sur la membrane du VIH si c'est sur l'ARN.

Et ça j'ai pas le temps tu vois et ça c'est en fonction de leur nombre de CD4 et de leur truc, l'infectieux va savoir quel médicament il faut prendre. [...] C'est comme si tu me demandais après d'aller traiter un cancer du sein et de mettre les chimiothérapies en place, là c'est exactement pareil tu vois ».

Certains médecins généralistes se questionnent même sur une forme de perte de chance pour les patients séropositifs à ne pas pouvoir bénéficier de nouveaux traitements antirétroviraux en lien avec l'inertie thérapeutique du médecin généraliste qui est moins au courant des actualités thérapeutiques. Les PVVIH auraient également plus difficilement accès à des protocoles de recherche et essais cliniques.

M4 : « J'ai l'impression qu'il y a tout le temps des nouveaux médicaments, et peut-être que le généraliste a une inertie un peu forte quand même dans les connaissances et dans les actualités et qui fait que... [...] Si le généraliste se mettait à boulonner un peu ça pourrait être néfaste je pense quand même pour le patient ».

M5 : « Après je pense qu'il y a des nouveaux protocoles, des nouvelles molécules tout ça. Peut-être que si on les suit nous ils auront plus accès à tout ça. Je sais pas, parce qu'à l'hôpital il y a quand même plein de protocoles ».

Pour autant, malgré les réticences des médecins généralistes pour gérer les antirétroviraux des PVVIH, plusieurs décrivent s'être formés et être familiers de la prescription de la PrEP. Ceci semble être expliqué par les recommandations dans la prescription de la PrEP qui sont très directives et qui ne laissent pas de liberté au médecin généraliste dans le choix du traitement. Il lui suffit alors d'appliquer simplement les recommandations sans se poser de question.

M1 : « La PrEP, je me suis formée parce qu'il y a de plus en plus de patients qui demandent la PrEP ».

M4 : « [...] à part la PrEP que je prescris presque sans réfléchir juste en appliquant bêtement les recommandations. Mais je suis pas du tout à l'aise avec les antirétroviraux, je sais pas faire ».

Se former sur le VIH n'est pas une priorité pour les médecins généralistes

Plusieurs médecins évoquent le désir de se former dans le VIH dans une perspective d'acquérir des connaissances de culture médicale générale sur le VIH plutôt que des connaissances spécialisées.

M4 : « Du coup ça serait pas mal que je fasse un peu plus de formations là-dedans [...]. Mais quand même pour être plus au fait, ça pourrait être même plus agréable pour ma pratique d'être vraiment exhaustif dans l'approche globale du patient VIH. Plus global hein je parle, pas vraiment dans le traitement antirétroviral. Plus la globalité dans la prise en charge quoi ».

Plusieurs médecins ne souhaitent pas investir du temps pour se former sur la pathologie du VIH. Une médecin considère que la gestion du VIH n'est pas du ressort du médecin généraliste et que se former sur le VIH n'est pas utile pour la pratique.

M7 : « Bah, éventuellement une formation mais j'en vois même pas l'intérêt en fait. Puisque le VIH en soi c'est pas moi qui le soigne, tu vois ».

D'autres médecins expliquent qu'ils priorisent leur formation. Le VIH n'est pas une priorité de formation en lien notamment avec le fait qu'il s'agit d'une maladie peu prévalente dans leur patientèle. Ils préfèrent se former dans des pathologies plus prévalentes afin que cela bénéficie à plus de patients.

M1 : « [...] C'est pas que je ne suis pas assez formée c'est que je ne me suis pas assez formée. Pareil pour le VIH, le VIH j'ai qu'à me former. [...] Et puis le VIH c'est 12 patients,

sur une file active, je sais pas de 1500 à 1700 patients. Donc ça prend du temps si je fais ça pour toutes les pathologies ».

M4 : « Je préfère passer un DU plus orienté vers des pathologies qu'on soigne beaucoup plus, comme le diabète ouais par exemple ou des choses comme ça ».

Accepter de nouvelles missions, c'est augmenter sa charge de travail

A travers les comptes rendus des consultations hospitalières, certains médecins généralistes considèrent que mener une consultation de suivi du VIH est long et complexe, que les consultations sont plus approfondies avec plusieurs dimensions de la santé à aborder.

M5 : « Non parce que vu ce qu'ils font comme courrier tout ça, je me sens pas forcément... [...] Non, et puis en plus je pense que c'est des consultations qui prennent vachement de temps. Je pense on renouvelle pas ça comme on renouvelle un traitement antihypertenseur, parce qu'il y a le problème de la sexualité aussi à aborder, il y a plein de choses quoi ».

M6 : « J'ai l'impression que je devrais consacrer plus de temps en fait, d'être obligé d'approfondir plus certaines choses. [...] et je me rends pas toujours compte quand je relis les compte rendus c'est vrai de suivi des patients HIV. J'ai l'impression qu'il y a tellement de choses de cochées parfois et tellement d'éléments, que c'est plus une question vraiment de timing ».

Les médecins généralistes ont déjà l'impression de vivre une augmentation de leur charge de travail au quotidien. Pour eux, accepter de nouvelles missions et réaliser un suivi avancé des PVVIH c'est encore augmenter leur charge de travail, ce qui n'est pas envisageable.

M3 : « Bah... oui on a quand même pas mal de collègues qui sont partis. Euh, donc du coup moi je vois bien qu'on a quand même qu'on a plus de travail qu'il y a 1 ou 2 ans. Parce qu'on a quand même beaucoup de collègues qui refusent de prendre des patients. [...] Donc effectivement on peut pas non plus travailler 24 heures sur 24 ».

M5 : « Mais ça [faire un suivi avancé des PVVIH] nous rajouterait voilà une nouvelle charge mentale, et aujourd'hui à l'instant t moi je peux pas ».

Certains médecins généralistes décrivent un manque de temps qui ne leur permet pas de s'investir dans un suivi plus poussé des PVVIH.

M6 : « Voilà de bien faire le tour de la question, de prendre plus le temps de tout revoir et de tout checker. Et je sais que j'aurais pas ce temps-là ».

Par ailleurs, certains médecins généralistes évoquent la nécessité d'une valorisation de la consultation de médecine générale en cas de mise en place d'un suivi avancé des PVVIH par les médecins généralistes afin de compenser la complexité et la durée de la consultation.

M5 : « Donc moi j'ai pas le temps de passer $\frac{3}{4}$ d'heure avec mes patients pour leur renouveler leur traitement. Ça c'est sûr. Ou faudrait que ça soit une consultation hyper spécialisée, cotée le double ou le triple. Voilà. Qu'on fasse bien les choses quoi ».

La gestion du VIH est une forme de spécialisation et relève du spécialiste

Certains médecins généralistes pensent que gérer le VIH relève d'une forme de spécialisation. Ils ne souhaitent pas se spécialiser en tant que médecin généraliste dans le VIH.

M1 : « Pour moi, là c'est hyper pointu. Pour moi, ça [réaliser un suivi avancé des PVVIH] serait une voie de spécialisation, que j'ai pas du tout du tout envie d'entamer ».

c/ Thème 3 : Le rôle du médecin généraliste par rapport à celui du médecin spécialiste

Le médecin généraliste a une approche globale du patient

Être médecin généraliste, c'est avoir une approche globale du patient.

MI : « J'ai un regard extérieur aussi, un regard plutôt global aussi. C'est aussi le retour qu'on a avec les patients. L'infectiologue leur dit, « aller voir votre médecin traitant » pour voir d'un point de vue global comment on peut vous aider sur l'hypertension, tous les risques cardiovasculaires puisque le VIH est un facteur de risque cardiovasculaire. Tout ça fait que nous on a une espèce de vue un peu globale ».

Le médecin généraliste a des connaissances médicales vastes mais peu pointues

Le médecin généraliste a des connaissances vastes de culture médicale sur tout mais ne cherche pas à acquérir des connaissances pointues dans une discipline. Il ne se spécialise pas dans un domaine.

MI : « Ah non j'ai pas envie de me spécialiser en VIH, comme j'ai pas envie de me spécialiser en endocrino ou en cardio ou en neuro. J'ai pas envie d'avoir cette médecine hyperspécialisée, pointue dans un domaine et sur un domaine en immunologie. C'est comme pour un patient... puisque ça a été ouvert aux médecins généralistes, l'initiation du traitement contre l'hépatite C, pour moi c'est hors de question. C'est effectivement se renseigner et se cultiver là-dessus, se former là-dessus. Médecine générale c'est tellement vaste comme domaine ».

La prise en charge des patients ne relève plus du champ de compétence du médecin généraliste lorsque le patient présente un déséquilibre, un échappement du traitement, une

complication de sa pathologie. Il l'adresse alors au spécialiste concerné pour qu'il prenne le relais.

MI : « Ils vont voir l'endocrino quand le diabète est décompensé enfin déséquilibré, le cardio c'est pareil l'hypertension c'est de temps en temps on va voir le cardio. [...] Et là, comme pour le diabète ou l'hypertension, je veux bien me former régulièrement et puis adresser au spécialiste quand effectivement pour moi il y a soit un échappement de traitement, soit il y a une complication, soit il y a quelque chose ».

Il est plus difficile pour un médecin généraliste de choisir quel traitement prescrire quand il existe une diversité de traitements possibles pour une pathologie.

MI : « Mais de toute façon ça serait une hyperspécialisation et pour moi ça sera toujours la même chose, je ne m'investirai pas dans la formation et dans la prise en charge des patients VIH positif en tant que spécialiste, que je considérerai spécialiste. C'est-à-dire je prescris, je reçois, je prescris, je suis. Eventuellement un coup de fil, savoir s'il y a... mais peut-être que je me fais un monde, parce qu'on fait ça pour le diabète. Le traitement du diabète c'est une jungle et le traitement de l'hypertension artérielle c'est une jungle aussi. C'est ce qu'on fait tous les jours ».

Le médecin généraliste peut gagner en expertise dans un domaine sans avoir le statut de spécialiste

Selon un médecin, le médecin généraliste ne peut pas être qualifié de spécialiste dans un domaine. Il peut parfois s'investir plus dans une pathologie en se formant, par appétence. Cela lui permet d'être plus confortable dans sa pratique et de recourir plus tardivement à l'expertise du spécialiste.

M4 : « C'est-à-dire que c'est plus un généraliste qui a goût pour quelque chose et qui veut aller un peu plus loin, mais il a pas le statut de spécialiste. Il est juste plus... il est plus précis, il a recours plus tard au spécialiste, il est plus à l'aise lui-même dans sa pratique etc. Mais je pense pas qu'on puisse le nommer spécialiste à part entière ».

Réaliser un suivi plus approfondi de ses patients dans un domaine est valorisant pour le médecin généraliste.

M4 : « C'est toujours satisfaisant de faire soi-même du suivi, on aime bien quand même pas déléguer et un peu avoir les mains dans le cambouis aussi pour être proactif un peu dans le suivi de nos patients ».

L'expertise dans un domaine est corrélée au volume de patients suivis. Pour gagner en expertise dans un domaine, le médecin généraliste doit traiter un certain volume de patients souffrant de cette pathologie.

M1 : « Plus on fait quelque chose, c'est pareil, plus on devient expert. Donc si je fais de plus en plus de PreP, d'hépatite C, d'HIV. [...] Il faut que j'en fasse de plus en plus pour être dans un cercle vertueux. Plus on en fait, plus on est au courant, plus on se renseigne, plus on se cultive, plus on se forme. Donc ça fait une chose en plus, sur une petite cohorte de patients ».

Le chevauchement des rôles dans le suivi du VIH entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste du VIH

Certains médecins spécialistes du VIH agissent en tant que coordinateur de soins pour le patient séropositif, ce qui relève habituellement plus du rôle du médecin généraliste.

M1 : « Parce qu'il y a certains infectiologues qui prennent en charge, je ne cite pas de nom, mais qui prennent en charge effectivement globalement le patient. [...] Et ils délèguent en fait, en disant j'ai organisé la consultation chez le cardiologue, chez le pneumo, chez le gynéco, etc. Après c'est une manière de faire, moi je m'adapte ».

Dans certaines pathologies, le patient est plus vu par le spécialiste que le médecin généraliste. Le spécialiste peut être alors amené à gérer des pathologies du quotidien, habituellement gérées par le médecin généraliste. Cela permet de limiter la multiplication des consultations.

M9 : « Comme ils voient pas mal de médecins, bah ils parlent en même temps de leurs problèmes un peu lambda du jour, j'allais dire de médecine. Et ça, ça me choque pas parce que le but c'est pas non plus de faire une redondance dans les consultations [...]. Moi je trouve c'est pas choquant qu'un spé, oncologue ou même VIH, à des moments puisse gérer aussi des choses du quotidien pour éviter de refaire 15 000 consultations ».

La thématique de la délégation de tâches et du suivi avancé entre médecins ou médecins et paramédicaux est une question d'actualité portant sur la réorganisation de la gestion du temps médical.

M9 : « Pourquoi pas, pourquoi pas, faire des consultations avancées, si ça vous permet à vous de vous dégager du temps. De toute façon c'est des choses sur lesquelles on doit tous réfléchir de plus en plus, que ce soit entre professionnels ou quelque fois entre professionnels et paramédicaux, il y a peut-être des choses qu'on peut déléguer un peu parce qu'il faut qu'on trouve du temps tous quoi ».

d/ Thème 4 : Les attentes des médecins généralistes envers les médecins

spécialistes du VIH

Être disponible en tant que médecin spécialiste pour les médecins généralistes

L'ensemble des médecins généralistes sont satisfaits de la communication avec l'hôpital qui se fait principalement à travers les courriers hospitaliers. Ce mode de communication est efficient puisqu'il leur permet d'adapter leur prise en charge en fonction des préconisations émises dans le courrier. Certains médecins déplorent toutefois des courriers trop détaillés et exhaustifs.

M5 : « Non je trouve que la prise en charge elle est vraiment super à l'hôpital. Ils font des comptes rendus très très complets. Ils sont très efficaces ».

M2 : « [...] mais je lis les comptes rendus et je regarde s'il y a quelque chose de particulier à faire. S'ils me disent surveiller tel truc, je mets une petite note dans le dossier du malade et puis je fais attention quoi ».

M4 : « Leur trame un peu de lecture est pas forcément facile. Ils ont des courriers... je parle du VIH là. Je sens qu'ils déroulent un peu... leur charge virale, leur biologie, enfin ils ont chacun leur truc. C'est pas toujours facile à lire. Mais c'est assez complet par contre. Disons que quand on le reçoit spontanément on le lit un peu en travers mais quand vraiment on veut une info par contre on la trouve dedans quoi. Mais ils reprennent genre toute la liste vaccinale, toute la charge virale depuis 10 ans, tous les traitements etc donc c'est assez imbouffable à lire sans rechercher ».

Les médecins généralistes attendent du spécialiste qu'il soit disponible en cas de besoin. Certains privilégient la communication orale et apprécient que la communication orale téléphonique soit possible et facile d'accès s'ils souhaitent un avis.

M1 : « C'est surtout accessible par téléphone quoi. Il y a beaucoup de services au CHU où on nous dit « envoyez-nous un mail ». Envoyer-nous un mail, mince ! Non je veux parler à quelqu'un. Et là, ça s'est jamais produit en infectieux ».

M7 : « Bah en fait, moi je suis très satisfaite des médecins qui me répondent en fait. Bah je veux dire la secrétaire je l'appelle et j'ai souvent [...]. Moi je trouve qu'on les a facilement au téléphone, et en infectieux ça va ça se passe bien. »

La demande de reconnaissance entre pairs

Un médecin généraliste évoque la nécessité d'une reconnaissance au sens de considération, entre pairs, en cas d'implication dans un suivi avancé des PVVIH. Cette reconnaissance pourrait se matérialiser par le fait que les spécialistes hospitaliers proposent une formation sur le suivi du VIH à destination des médecins généralistes et par une forme de référencement ou listing des médecins généralistes qui s'impliqueraient dans ce projet. Les médecins spécialistes du VIH pourraient alors orienter leurs patients vers les médecins généralistes qui font partie du listing.

M2 : « Quel est l'intérêt dans ce type de proposition que nous on a à tirer de ça ? Un, s'il y a une reconnaissance, déjà au sein des hospitaliers, ils nous invitent, ils nous considèrent comme les leurs ».

M2 : « A condition d'avoir soit une reconnaissance de nos pairs qui nous redonnent un petit peu de leur connaissance et qu'on soit reconnu auprès d'eux, qu'on puisse être référencé par eux. Voilà, Dr L, Dr D, Dr M connaît bien le sujet, on les a bien formés, on peut leur faire confiance, on peut leur donner des trucs, leur confier des tâches, ça oui ».

e/ Thème 5 : L'applicabilité du parallèle entre le conventionnement pour la réalisation des IVG médicamenteuses et un conventionnement pour la réalisation d'un suivi avancé des PVVIH en ville

Le principe du conventionnement des médecins généralistes pour la réalisation d'un suivi avancé des PVVIH permet d'encadrer cette pratique

Le principe du conventionnement permet de poser un cadre légal à la réalisation du suivi avancé des PVVIH par les médecins généralistes et un contrôle du suivi réalisé, qui assure aux patients séropositifs que le suivi effectué en ville est de même qualité que le suivi hospitalier.

M4 : « Ouais ça correspondrait bien car il y aurait un cadre légal, un médecin formé qui veut qui est motivé donc qui a donné son autorisation, et en contrepartie un back up hospitalier ».

M9 : « C'est pas choquant de dire, on veut bien qu'il y ait un suivi, mais il faut aussi, pas qu'il soit contrôlé... Mais que le suivi puisse se faire dans les mêmes conditions que si c'était fait à l'hôpital entre guillemets ».

Le risque de la multiplication des modèles de conventionnement

Plusieurs médecins généralistes évoquent que le modèle du conventionnement pourrait être pensé pour la prise en charge d'autres pathologies. Le risque deviendrait alors de multiplier ces modèles de conventionnement et de désorganiser les missions de soins des médecins généralistes.

M7 : « Mais à la limite tu vois ce conventionnement-là, il faudrait l'avoir pour le VHC, enfin ma collègue est aussi formée. Le VHC, enfin plein de trucs en fait ».

M4 : « C'est faisable, après si on multiplie ces schémas là pour tout un tas de choses, ça va devenir un peu compliqué quoi l'organisation des soins ».

L'interrogation sur la motivation des médecins généralistes à s'impliquer dans cette pratique

Un médecin évoque son questionnement quant à la motivation des médecins généralistes à se conventionner pour réaliser un suivi avancé des PVVIH. Il met en avant que ce type de pratique est souvent motivé par des convictions personnelles qui peuvent être moins présentes dans le suivi des patients séropositifs.

M4 : « Ça ferait appel vraiment à ceux qui ont une motivation forte pour un tel suivi. Souvent dans les IVG c'est vraiment, dans celles que je connais en tout cas, elles ont toutes de fortes convictions féministes qui les ont poussées à le faire. Dans le VIH, peut-être qu'elles sont un peu moins présentes ces convictions, enfin il y a peut-être moins une énergie presque politique à les faire ».

La question de la motivation est importante car le risque est de trop orienter sa pratique vers du suivi de PVVIH et de ne soigner plus que des PVVIH.

M7 : « Après le risque d'avoir une formation comme ça c'est d'avoir un recrutement de gens VIH, pourquoi pas si tu veux. [...] Le risque c'est que la personne elle va avoir un recrutement et qu'elle risque entre guillemets de faire que ça ».

La peur du médecin généraliste d'être seul à prendre en charge une PVVIH

Plusieurs médecins insistent sur le fait de ne pas être seul et de la nécessité d'avoir un centre référent qui puisse prendre le relais pour le suivi des PVVIH si besoin.

M5 : « Oui je pense que c'est mieux nous les médecins généralistes que de se retrouver tout seul avec les patients HIV qui ont plus du tout de centre référent, comme je vous ai dit tout à l'heure quoi ».

M6 : « Avec ce type d'organisation peut-être s'il y a un référent qui peut intervenir rapidement et chez qui on peut renvoyer au moindre doute, pourquoi pas ».

La complexité des traitements du VIH

Selon un médecin, le modèle du conventionnement pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ville n'est pas transposable au suivi avancé des PVVIH en ville du fait de la complexité des traitements antirétroviraux. En effet, le médecin qui prescrit l'IVG suit les recommandations qui ne proposent qu'un seul schéma de traitement possible alors qu'il existe une diversité de schémas de traitements antirétroviraux. Cette variété de traitements antirétroviraux possibles rend difficile le choix de prescription du médecin généraliste en tenant compte des indications et contre-indications de ceux-ci.

M1 : « Parce que l'IVG en fait c'est un traitement, on choisit pas le traitement. Il suffit de vérifier s'il y a des contre-indications ou pas, si l'indication est bonne et on la propose à la patiente si la patiente est d'accord. Tandis que le VIH c'est pas du tout la même chose. Il y a un panel de traitements ».

Partie 4 : Discussion

I/ Résultat principal

La majorité des médecins généralistes interviewés ne souhaitent pas réaliser un suivi avancé en ville de leurs patients séropositifs. Ils l'expriment soit clairement par un « non », soit ils ne se disent pas fermés à l'idée mais expliquent par la suite qu'ils ne l'envisagent pas en pratique.

Ils ne souhaitent pas changer l'organisation du suivi pour différentes raisons. L'organisation actuelle par un suivi hospitalier spécialisé des PVVIH est jugée efficace et semble confortable pour les médecins généralistes qui ne ressentent pas la nécessité de s'impliquer plus. Ils ne se sentent pas en capacité de gérer le suivi avancé des PVVIH par manque de connaissances, notamment sur les antirétroviraux. La gestion des antirétroviraux est jugée complexe. Ils sont parfois amenés à renouveler les antirétroviraux à la demande des patients mais ils n'envisagent pas de primo-prescrire les antirétroviraux, prescriptions qui relèvent des missions du spécialiste du VIH. L'infection par le VIH ne fait pas partie de leur priorité de formation car elle reste une maladie peu prévalente dans leur patientèle et le temps qu'ils investiraient dans une formation bénéficierait à peu de patients. Ils se représentent les consultations de suivi du VIH longues et complexes, représentation favorisée par la structure des courriers hospitaliers. Réaliser un suivi avancé des PVVIH participerait à augmenter leur charge de travail. Enfin, réaliser un suivi avancé des PVVIH relève d'une forme de spécialisation que ne souhaitent pas entamer les médecins généralistes.

L'ensemble des médecins généralistes décrivent, dans leur pratique actuelle, ne pas réaliser le suivi du VIH de leurs patients séropositifs qui est géré lors des consultations spécialisées. Ils expliquent que le suivi du VIH n'est pas le motif de consultation des patients séropositifs chez leur médecin généraliste. Il existe un chevauchement des rôles entre médecin spécialiste du VIH et médecin généraliste. Le médecin spécialiste du VIH gère parfois le patient

séropositif dans sa globalité en prenant le rôle de coordinateur de soins qui relève plutôt des missions du médecin généraliste. Cela pourrait participer au désinvestissement des médecins généralistes dans le suivi du VIH.

Ces médecins généralistes ont été sélectionnés parce qu'ils suivent plus de 10 PVVIH dans leur patientèle quand un médecin généraliste suit en moyenne 1,4 patients séropositifs (40). Il s'agit donc de médecins généralistes qui diffèrent de la moyenne sur cette variable. Pour autant, dans leur pratique quotidienne, ils ne décrivent pas une implication forte dans le suivi des PVVIH.

Cette étude participe à s'interroger sur le rôle et les missions du médecin généraliste. Un médecin généraliste peut gagner en expertise dans un domaine par sa formation, son parcours et sa pratique. L'expertise dans un domaine de la médecine est corrélée au volume de patients pris en charge. Le risque devient alors d'orienter sa pratique vers une pathologie et de ne prendre en charge plus qu'un type de patients.

La proposition d'un suivi avancé des PVVIH sous la forme d'un conventionnement avec un établissement de santé permettrait d'encadrer cette pratique et d'assurer aux patients séropositifs la qualité du suivi ambulatoire. Cependant, les médecins généralistes mettent en garde sur la multiplication de ce type de schéma de soins pour d'autres pathologies qui pourrait désorganiser les missions de la médecine générale. Enfin, le parallèle entre le conventionnement des médecins généralistes pour la réalisation des IVG médicamenteuses en ville et celui du conventionnement pour la réalisation d'un suivi avancé des PVVIH en ville n'est pas entièrement superposable du fait de la complexité et de la diversité des traitements antirétroviraux quand il n'existe qu'un schéma de traitement possible pour réaliser une IVG médicamenteuse.

II/ Limites

L'échantillon de médecins a été sélectionné à priori. Il a été choisi de sélectionner des médecins suivant au moins 10 PVVIH dans leur patientèle. Le concept de suffisance des données n'est pas applicable dans cette étude. Il est alors impossible de savoir si réaliser de nouveaux entretiens aurait permis d'obtenir des données nouvelles et non déjà évoquées par les précédents participants.

Les données des entretiens ont été analysées par un seul chercheur. Il n'y pas eu de triangulation des données. L'interprétation des données n'a donc pas été confrontée au point de vue d'un autre chercheur.

Il existe un biais de désirabilité, qui consiste pour les enquêtés à dire ce que veut entendre l'enquêteur. Notamment, plusieurs médecins interrogés ne se positionnaient pas d'emblée contre la réalisation d'un suivi avancé des PVVIH mais expliquaient dans la suite de leur discours pourquoi ils ne le feraient pas.

III/ Comparaison avec la littérature

Une précédente étude réalisée entre 2011 et 2012 dans les Pays de la Loire a consisté en l'envoi d'auto-questionnaires aux médecins généralistes de la région (qu'ils aient ou non des PVVIH dans leur patientèle) pour évaluer les niveaux d'implications actuels et souhaités dans le suivi des PVVIH. 45% des médecins généralistes étaient disposés à prendre en charge des patients séropositifs sur certains aspects de leur suivi. 85% d'entre eux déclaraient être d'accord pour participer au suivi clinique, 80% aux renouvellements d'antirétroviraux, 72% au soutien à l'observance médicamenteuse et 68% au suivi biologique. Les freins évoqués au suivi des PVVIH par les médecins généralistes étaient principalement le niveau d'implication

disproportionné par rapport au nombre de PVVIH dans la patientèle, le manque de formation reçue jusqu'à présent dans ce domaine et la difficulté du suivi du VIH (40).

Dans l'étude décrite ci-dessus, il s'agissait plutôt d'un suivi partagé que d'un suivi avancé qui était proposé. A contrario dans notre étude, nous avons soumis à la réflexion des médecins généralistes l'idée de la mise en place d'un suivi avancé des PVVIH par leur médecin généraliste. Par simplicité, le suivi avancé leur a été défini comme un suivi qui se rapprocherait du suivi effectué par le médecin spécialiste du VIH. Cette formulation a pu participer à les dissuader et pourrait expliquer en partie le manque d'engouement des médecins généralistes dans notre étude à participer à un suivi avancé des PVVIH en comparaison à celle de 2011-2012.

Entre 2019 et 2020, une étude qualitative a été réalisée auprès des médecins généralistes ayant participé à une expérience de suivi partagé de leurs patients séropositifs. Elle a étudié leurs vécus et leurs opinions. Les facteurs favorisant le suivi partagé étaient la valorisation des compétences des médecins généralistes, l'enrichissement de la pratique quotidienne, la relation de confiance entre le patient et son médecin. Ils mettaient en avant comme limites au suivi partagé l'impression de pallier à une défaillance de l'hôpital, le risque d'une perte de qualité dans le suivi, un temps de consultation limité et une faible marge de décision dans le suivi (42). Les notions de risque d'une perte de qualité de suivi pour les PVVIH et d'être limité par le temps de consultation en médecine générale sont aussi des points qui ont été évoqués par les participants de notre étude.

Une autre étude qualitative a cherché à comprendre la place qu'occupent les médecins généralistes dans la prise en charge des PVVIH âgées et polypathologiques. La majorité des médecins généralistes de l'étude considéraient que la gestion du VIH relevait d'une hyperspécialisation médicale. Cette étude décrivait un cloisonnement entre médecins généralistes et médecins spécialistes en lien avec un manque de communication (par exemple

non transmission au médecin généraliste d'examens effectués à l'hôpital) et un manque de formalisation des rôles pour la coordination des soins des PVVIH (43). Notre étude va également dans le sens d'un ressenti de manque de définition des rôles de chacun. Elle met en avant le questionnement des médecins généralistes sur le rôle attendu qu'ils doivent jouer dans le suivi des PVVIH et le chevauchement des rôles entre médecins généralistes et médecins spécialistes du VIH.

IV/ Perspectives

La majorité des médecins généralistes interviewés exerçant dans la région nantaise et suivant plus de 10 PVVIH ne souhaitent pas réaliser un suivi avancé de leurs PVVIH. De ce fait, la mise en place d'un suivi avancé des PVVIH par leur médecin généraliste dans la région des Pays de la Loire ne semble pas envisageable. Pour autant, la démographie des PVVIH est variable sur le territoire français avec des régions à plus forte densité de PVVIH comme en Ile-de-France. Le résultat de cette étude n'est pas généralisable à la France entière et la question de la faisabilité de la mise en place d'un suivi avancé des PVVIH par les médecins généralistes dans les autres territoires se pose.

D'autres organisations en lien avec la délégation de tâches ou le partage de compétences pour la prise en charge des PVVIH ont été testées. En 2015, le service de maladies infectieuses de Tours a expérimenté un suivi partagé sous forme d'alternance de consultations entre un infirmier et un infectiologue tous les 6 mois pour des PVVIH stables. L'expérimentation a concerné 10 PVVIH. Les difficultés identifiées lors de cette étude étaient une durée de consultation longue par les infirmiers (en moyenne 1 heure), un temps de préparation de la consultation avec anticipation de la signature des ordonnances, et la non tarification de la consultation infirmier (44).

Depuis 2018, l'exercice d'infirmier en pratique avancée (IPA) est autorisé. Plusieurs domaines d'intervention sont ouverts aux IPA : les pathologies chroniques stabilisées et polypathologies courantes en soins primaires, l'oncologie et l'hémo-oncologie, la maladie rénale chronique, la psychiatrie, et les urgences. Le suivi du VIH ne fait pas partie de la liste des pathologies qui peuvent être prises en charge par les IPA pour le moment. L'IPA a des compétences élargies qui consistent à mener des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage. Il réalise des actes d'évaluation et de surveillance cliniques ainsi que des actes de surveillance paracliniques. Il réalise des actes techniques. Il prescrit des examens de biologie médicale et renouvèle des prescriptions médicamenteuses médicales et les adapte si besoin (45,46). Permettre aux IPA de suivre des PVVIH stabilisées pourrait être une autre réponse aux enjeux de l'organisation des soins des PVVIH développés dans la première partie de ce travail.

Conclusion

La majorité des médecins généralistes interviewés dans cette étude, exerçant dans la région nantaise et suivant plus de 10 PVVIH, ne souhaitent pas réaliser un suivi avancé de leurs PVVIH. Actuellement, ils participent peu au suivi du VIH de leurs patients séropositifs.

Les médecins généralistes émettent des réserves quant à l'idée de la mise en place d'un suivi avancé des PVVIH sous la forme d'un conventionnement avec un établissement de santé.

Cette étude met en avant une mauvaise définition ressentie des rôles de chacun avec un chevauchement des rôles entre médecins généralistes et médecins spécialistes du VIH, malgré la formalisation des rôles qui a été établie dans le consensus de 2009. Souvent, le spécialiste du VIH prend en charge le patient séropositif dans sa globalité et est amené à coordonner les soins autour de celui-ci, missions qui relèvent plutôt du médecin généraliste. Une piste d'amélioration pourrait être d'encourager le médecin généraliste à se réappropriier les éléments de suivi de soins primaires qui lui sont habituellement dévolus afin que le spécialiste du VIH se concentre sur les spécificités du suivi du VIH.

Cette étude a été réalisée dans la région nantaise. Des médecins généralistes exerçant dans des zones géographiques avec une plus forte prévalence de PVVIH, comme l'Ile-de-France, pourraient avoir une vision différente de la mise en place d'un suivi avancé des PVVIH en médecine générale.

L'organisation des soins médicaux connaît actuellement des évolutions avec le développement des IPA comme autre ressource dans le suivi des pathologies chroniques. Autoriser et intégrer le suivi du VIH à la liste des pathologies prises en charge par les IPA pourrait être une autre solution.

Bibliographie

1. Trickey A, Sabin CA, Burkholder G, Crane H, d'Arminio Monforte A, Egger M, et al. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. mai 2023;10(5):e295-307.
2. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023. [Internet]. [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2023>
3. Marty L, Diawara Y, Rachas A, Grabar S, Costagliola D, Supervie V. Projection of age of individuals living with HIV and time since ART initiation in 2030: estimates for France. *J Int AIDS Soc*. sept 2022;25 Suppl 4(Suppl 4):e25986.
4. Consensus formalise : Prise en charge de l'infection par le VIH en medecine generale et en medecine de ville. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 nov 2009;39:S102-48.
5. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2 janv 2024]. VIH. Consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876774/fr/vih-consultation-de-suivi-en-medecine-generale-des-personnes-sous-traitement-antiretroviral
6. De Truchis P. Enquête sur l'offre de soins des patients infectés par le VIH en ile de france. Disponible sur: http://www.corevihouest.org/ckfinder/userfiles/files/Intercorevih-offre%20de%20soins%20_%20Dr%20P_%20de%20Truchis%20_27092022.pdf
7. Rapport des Indicateurs de prise en charge des PVVIH dans les COREVIH en France 2021 - [Internet]. [cité 15 janv 2024]. Disponible sur: <https://anrs-co4.fhdh.fr/rapport-des-indicateurs-de-prise-en-charge-des-pvvih-dans-les-corevih-en-france-2021/>
8. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem A van, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. juill 2015;15(7):810-8.
9. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
10. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
11. Les emplois du temps des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 14 janv 2024]. Disponible sur:

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes>

12. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-referance/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les>
13. Réunion axe 5 du COM 2 ARS/InterCoreVIH francilien [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <http://www.corevihouest.org/ckfinder/userfiles/files/COM%202%20axe%205%20CR%20reunion%2014%20mai%2019%20v%2021%20jun%2019.pdf>
14. COREVIH IDF Ouest. Commission d'organisation de la prise en charge à l'horizon 2025 [Internet]. [cité 15 janv 2024]. Disponible sur: <http://www.corevihouest.org/actions/commissions-intercorevih-francilien/Organisation%20de%20la%20prise%20en%20charge>
15. Tseng A, Seet J, Phillips EJ. The evolution of three decades of antiretroviral therapy: challenges, triumphs and the promise of the future. *Br J Clin Pharmacol.* févr 2015;79(2):182-94.
16. Adult and Adolescent ARV Archive | NIH [Internet]. 2021 [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/archived-guidelines/adult-and-adolescent-guidelines>
17. World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cité 15 janv 2024]. 76 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/186275>
18. Plum PE, Darcis G, Moutschen M. Dual therapies as a treatment of human immunodeficiency virus : the end of a paradigm ? *Rev Med Liege.* sept 2021;76(9):677-82.
19. Landman R, de Truchis P, Assoumou L, Lambert S, Bellet J, Amat K, et al. A 4-days-on and 3-days-off maintenance treatment strategy for adults with HIV-1 (ANRS 170 QUATUOR): a randomised, open-label, multicentre, parallel, non-inferiority trial. *Lancet HIV.* févr 2022;9(2):e79-90.
20. Jaeger H, Overton ET, Richmond G, Rizzardini G, Andrade-Villanueva JF, Mngqibisa R, et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine dosed every 2 months in adults with HIV-1 infection (ATLAS-2M), 96-week results: a randomised, multicentre, open-label, phase 3b, non-inferiority study. *Lancet HIV.* nov 2021;8(11):e679-89.
21. EACSociety [Internet]. [cité 29 mai 2024]. EACS Guidelines. Disponible sur: <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>
22. Circulaire DGS/DSS/DH/DAS n° 97/166 du 4 mars 1997 relative au dispositif de dispensation et de prise en charge des antirétroviraux mis en place au 1er janvier 1997.
23. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe des experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ». 2018;

24. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
25. Haffner-Mauvais C; H Bruno. Le suivi médical des patients infectés par le VIH conjointement par le spécialiste hospitalier et le médecin traitant premier bilan de la mise en œuvre d'un programme de suivi conjoint par le COREVIH de Franche-Comté. 2012.
26. Jobert M; J Jean Philippe. Evaluation de la faisabilité d'un dispositif de suivi alterné ville-hôpital chez des patients VIH en équilibre immunovirologique. 2012.
27. Suntharasarma P, Lopes S, Majerholc C, Zucman D, Yazdanpanah Y, Campa P, et al. Bilan d'une expérimentation de suivi partagé ville-hôpital pour les personnes vivants avec le VIH (PVVIH) contrôlées. *Infectious Diseases Now*. 1 août 2021;51(5, Supplement):S128.
28. Lopes S. Commission InterCOREVIH « rapprochement ville-hôpital » COM n°5 [Internet]. 2018 [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.corevihouest.org%2Fckfinder%2Fuserfiles%2Ffiles%2FINTERCOREVIH%2520VILLE%2520HOPITAL%25206%2520juin%25202018%2520ARS%2520-%2520Intervention%2520Sophie%2520LOPES%2520version%2520FINALE.pptx&wdOrigin=BROWSELINK>
29. Dabo T, Majerholc C, Lopes S. Suivi partagé des patients vivant avec le VIH en Ile-de-France point de vue des infectiologues. 2021.
30. Interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551>
31. Article R2212-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043398313/2022-01-22
32. Article Annexe 22-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032634253/
33. SPF. VIH et IST dans les Pays de la Loire. *Bulletin de santé publique*, décembre 2023. [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/centre-val-de-loire/documents/bulletin-regional/2023/vih-et-ist-dans-les-pays-de-la-loire.-bulletin-de-sante-publique-decembre-2023>.
34. Rapport d'activité épidémiologique 2022 du COREVIH des Pays de la Loire [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: https://www.corevih-pdl.fr/images/Epidemiologie/20230425_RA_2022_VF.pdf
35. Démographie des professionnels de santé | ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-activites/demographie-des-professionnels-de-sante>

36. Accès aux professionnels de santé - ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/acces-aux-professionnels-de-sante-evolution-des-perceptions-et-des-adaptations-des>
37. Bénézit F, Salmon D, Aumaître H. Enquête 2018 sur la démographie des infectiologues cliniciens en France. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/syndicat/assises-inf-2019-demographie-des-infectiologues.pdf>
38. Rackal JM, Tynan AM, Handford CD, Rzeznikewiz D, Agha A, Glazier R. Provider training and experience for people living with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 juin 2011;(6):CD003938.
39. 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.* 23 mai 2005;165(10):1133-9.
40. Hall N, Crochette N, Blanchi S, Lavoix A, Billaud E, Baron C, et al. Family physicians and HIV infection. *Med Mal Infect.* 2015;45(11-12):456-62.
41. VIH Clic [Internet]. [cité 31 mars 2024]. VIH Clic - Aide à la prise en charge des patients VIH. Disponible sur: <https://vihclic.fr/>
42. Solis J, Lopes S, Yazdanpanah Y, Zucman D, Majerholc C. Que pensent les médecins généralistes d'un suivi partagé ville-hôpital des personnes vivant avec le VIH ? Une étude qualitative. *Infectious Diseases Now.* 1 août 2021;51(5, Supplement):S129.
43. Sambou C, Pourette D, Debeaudrap P, Raho-Moussa M, Allavena C. Multimorbidity in elderly people living with HIV: how do general practitioners manage? *Sante Publique.* 2023;35(1):37-45.
44. Fouquet M. Coopération infirmier médecin dans le suivi des patients vivant avec le VIH. 16ème JNI. 2015;
45. Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-8-1) - Légifrance [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00038549827/#LEGISCTA000038549827
46. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218197>

Annexe

Guide d'entretien

THEME	QUESTION
Question brise-glace	Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient VIH ?
Suivi PVVIH sur le terrain	Comment organisez-vous le suivi des patients infectés par le VIH actuellement ?
Axes d'amélioration	Avez-vous des pistes d'amélioration du suivi des PVVIH ?
Collaboration ville hôpital	Quel est votre ressenti dans la collaboration ville-hôpital pour la prise en charge des PVVIH ?
Suivi avancé des PVVIH	Que pensez-vous personnellement d'un suivi avancé des PVVIH par leur médecin généraliste ? Seriez-vous prêt à réaliser un suivi avancé des PVVIH de votre patientèle ?
Barrières au suivi avancé	Quelles craintes ou hésitations avez-vous à réaliser un suivi avancé de vos patients VIH ?
Parallèle conventionnement IVG/ conventionnement VIH	Connaissez-vous le principe du conventionnement pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville ? Que pensez-vous d'un conventionnement type IVG qui autorise les médecins généralistes à réaliser une prescription initiale et un renouvellement des antirétroviraux ainsi que le suivi avancé des PVVIH sous couvert d'une convention passée avec un établissement de santé de référence ?

Questionnaire quantitatif

1. Age, sexe
2. Lieu installation (urbain, semi-urbain, rural), mode d'exercice (cabinet seul, cabinet de groupe, MSP)
3. Nombre de PVVIH dans la patientèle
4. Formation dans le suivi VIH et sous quelle forme (formation médicale continue, diplôme universitaire, vacations hospitalières)
5. Connaissances recommandations : recommandations HAS 2018, consensus formalisé 2009, VIH clic

Serment médical

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

NOM : MORALES

PRENOM : Lucie

Suivi avancé des personnes vivant avec le VIH en médecine générale : étude de faisabilité

RESUME

- **Introduction** : L'infection par le VIH est devenue une maladie chronique. Le suivi actuel des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est hospitalo-centré. Des inquiétudes existent quant aux capacités des centres hospitaliers de prise en charge du VIH à poursuivre leur offre de soins. Plusieurs recommandations françaises vont dans le sens d'un suivi partagé entre médecin spécialiste du VIH et médecin généraliste pour les PVVIH stables. L'objectif de ce travail était d'étudier les motivations des médecins généralistes qui suivent plus de 10 PVVIH à réaliser ou non un suivi avancé en ville des PVVIH.

- **Méthode** : Une étude qualitative auprès de médecins généralistes ayant dans leur patientèle au moins 10 PVVIH a été menée par entretiens individuels semi-dirigés. L'analyse des données a été réalisée de façon thématique.

- **Résultats** : La majorité des médecins généralistes interviewés ne souhaitent pas réaliser un suivi avancé en ville de leurs patients séropositifs. Ils ne se sentent pas en capacité de gérer le suivi avancé des PVVIH par manque de connaissances sur les antirétroviraux. Ils se représentent la consultation de suivi du VIH longue et complexe. Se former sur le VIH n'est pas une priorité et représente un investissement disproportionné car elle reste une maladie peu prévalente dans leur patientèle. Il existe un chevauchement des rôles entre médecin spécialiste du VIH et médecin généraliste. Le médecin spécialiste du VIH gère parfois la PVVIH dans sa globalité en prenant le rôle de coordinateur de soins qui relève plutôt des missions du médecin généraliste, ce qui peut participer au désinvestissement des médecins généralistes dans le suivi du VIH.

- **Conclusion** : La mise en place d'un suivi avancé en médecine générale des PVVIH n'est pas souhaitée par les médecins généralistes interviewés en région nantaise. Des médecins généralistes exerçant dans des zones géographiques avec une plus forte prévalence de PVVIH pourraient avoir une vision différente.

MOTS-CLES

VIH - SUIVI - MEDECIN GENERALISTE