



Consensus formalisé :
Prise en charge de l'infection par le VIH
en médecine générale et en médecine de ville

Texte long

Sommaire

Sommaire	2
1. Introduction	4
Contexte	4
Des choix de principe	5
Objectifs	6
A qui s'adressent ces recommandations ?	6
Promoteurs	8
Contenu	8
2. Aspects méthodologiques	9
2.1. Critères de choix de la méthode	9
2.2. Description générale de la méthode	10
2.2.1. Les quatre acteurs (cf. composition détaillée en annexe 1)	10
2.2.2. Les quatre phases	10
3 Argumentaires et recommandations	12
3.1 Pourquoi faut-il développer la prise en charge en ville et avec quelles missions ?	12
3.2. Quelles compétences et quelles formations pour la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville ?	17
3.2.1. Compétences	17
3.2.2. Formations	20
3.3 Les pratiques professionnelles	23
3.3.1. Implication du médecin généraliste dans le dépistage de l'infection par le VIH	23
3.3.2. Implication du médecin généraliste dans la prévention de l'infection par le VIH	34
3.3.3. Médecin de ville et soins spécifiques aux patients infectés par le VIH	41
3.4. Organisation de la prise en charge en médecine de ville	42
3.4.1. Acteurs et modalités d'organisation	42
La nécessité d'une démarche pluridisciplinaire	42
Les démarches de travail en réseau et en "binôme"	44
Les acteurs	46
3.4.2. Valorisation de l'activité de prise en charge des patients infectés par le VIH en médecine de ville	48
3.4.3. Harmonisation et amélioration des pratiques professionnelles des médecins de ville pour la prise en charge du VIH	55
LES COREVIH	57
4. Points forts des recommandations	62
5. Annexes	72
Annexe 1 : Composition des groupes de travail	72
Membres du groupe de pilotage	72
Membres du groupe de cotation	73
Membres du groupe de lecture	74
Annexe 2 : Règles de Cotation	75
Annexe 3 : L'action associative	78
Annexe 4 : Proposition d'information et de prévention en matière de risque de transmission du VIH par voie sexuelle	80
Prévention primaire de première intention : le préservatif	81
Prévention de 2 ^e intention : la réduction des risques	83
Prévention dans des populations spécifiques	84
Annexe 5 : Recommandations non retenues par le groupe de cotation	91
Missions des médecins de ville	91
Compétences	92

Formations	92
Dépistage	93
Organisation de la prise en charge en médecine de ville	93
Valorisation de l'activité de prise en charge du VIH en médecine de ville	94
Harmonisation et amélioration des pratiques professionnelles des médecins de ville pour la prise en charge du VIH	94
Annexe 6 : Stratégie de recherche documentaire	95
Stratégie de recherche documentaire réalisée par l'InVS	95
Stratégie de recherche documentaire réalisée par le CRIPS	98
Annexe 7 : Modèle de déclaration publique d'intérêts	100
6. Références bibliographiques	110
7. Remerciements	115

1. Introduction

Contexte

L'infection par le VIH constitue un enjeu majeur de santé publique dans le monde, mais aussi en France. Même si la prévalence de l'infection par le VIH est relativement faible en France (on estime à 140 000 le nombre de personnes infectées par le VIH, avec un intervalle de vraisemblance compris entre 90 000 et 185 000), le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH est d'environ 6 000 par an et le nombre de malades infectés par le VIH augmente régulièrement (d'environ 3 500 par an) dans la mesure où l'espérance de vie des malades traités augmente régulièrement (1). En effet, l'espérance de vie des patients traités par antirétroviraux, ayant une charge virale plasmatique indétectable et des lymphocytes CD4 > 500/mm³, est comparable à celle des sujets de même âge et de même sexe de la population générale (2).

Par ailleurs, en 2009, la prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VIH a atteint un niveau de complexité qui exige une expertise de plus en plus importante pour les médecins prenant en charge les patients infectés par le VIH, du fait notamment :

- du nombre croissant de médicaments et de classes d'antirétroviraux,
- de l'évolution rapide des connaissances en matière de traitements antirétroviraux,
- de la complexité de la gestion des échecs thérapeutiques,
- de la nécessité d'assurer une prévention primaire et secondaire de nouvelles complications liées ou associées à l'infection par le VIH et à son traitement (risques métaboliques, risques cardio-vasculaires, cancers...),
- de la nécessité de maîtriser les interactions médicamenteuses avec les antirétroviraux,
- de la nécessité de concevoir la prise en charge de façon globale, intégrant en particulier les aspects sociaux, psychologiques et familiaux.

Il faut également tenir compte de :

- la nécessité d'améliorer le dépistage précoce,

- l'évolution de la profession médicale : nouveaux modes d'exercice, nouvelle gouvernance et tarification à l'activité dans les hôpitaux, modification de la démographie médicale, rôle du milieu associatif,
- nouveaux aspects de l'infection par le VIH : traitement "à vie" et vieillissement des patients.

On perçoit donc la nécessité de faire évoluer les modalités de la prise en charge de l'infection par le VIH, jusque-là très hospitalière, vers une prise en charge impliquant plus les médecins extra-hospitaliers. Cette évolution a vocation à être accompagnée par les nouvelles instances de coordination de la prise en charge de l'infection par le VIH (COREVIH), récemment mises en place. L'implication des médecins extra-hospitaliers pourrait se traduire par une participation :

- plus active à l'information et à la prévention dans le domaine de l'infection par le VIH,
- plus efficace à l'effort indispensable de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH à un stade plus précoce qu'actuellement,
- plus importante, au moins de certains médecins, à la prise en charge des patients infectés par le VIH.

Des choix de principe

Le choix du groupe de pilotage a été de centrer ce consensus formalisé sur la prise en charge de l'infection par le VIH par les seules professions médicales. La prise en charge des personnes à risque d'infection par le VIH, ou vivant avec le VIH, fait intervenir de très nombreux autres professionnels que les seuls médecins, et leur collaboration harmonieuse autour des patients est souhaitable. Il est souhaitable que des travaux ultérieurs prennent en compte plus largement l'ensemble des professionnels concernés et leur articulation mutuelle.

Par ailleurs, les questions abordées le sont en grande partie sous l'angle de la définition des missions des professions médicales. La complexité des problèmes posés par l'accueil d'un patient à risque d'infection par le VIH, ou vivant avec le VIH, notamment au niveau des représentations, des particularités culturelles, des difficultés

psychologiques, du contexte social, de la sexualité, de la vie quotidienne, de l'entourage, doivent bien entendu être pris en considération. Ces aspects ont été évoqués dans le présent travail, même s'ils mériteraient d'être développés plus longuement.

Objectifs

L'objectif de ce CF est de redéfinir en 2009 ce que pourraient être les missions et les différentes modalités d'implication des médecins extra-hospitaliers dans la prise en charge de l'infection par le VIH. Il faut pour cela définir les compétences requises et les formations souhaitables pour ces différentes modalités de prise en charge, préciser la place des médecins extra-hospitaliers dans l'offre de soins existante et valoriser leurs activités.

A qui s'adressent ces recommandations ?

Le groupe de pilotage a choisi de s'adresser à la fois aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes de ville concernés par l'accueil de patients exposés au risque de contracter le VIH ou porteurs du VIH.

Il a défini deux niveaux d'implication dans la prise en charge des personnes consultant en ville (missions de soins de santé primaires, missions avancées).

A l'évidence, les missions de soins de santé primaires relèvent avant tout des compétences des médecins généralistes. Néanmoins l'organisation actuelle des soins en France permet aux patients de consulter en libre accès certains spécialistes d'organe, notamment les gynécologues, qui sont donc amenés à intervenir, au moins pour certaines de leurs patientes, en premier recours. De plus, d'autres spécialistes de ville (dermatologues, internistes, infectiologues...) peuvent être amenés à rencontrer des patients en situation de premier recours.

La position du groupe de pilotage est donc que les soins de santé primaires relèvent de la compétence des médecins généralistes, mais que tous les spécialistes d'organe peuvent être amenés à exercer ponctuellement certaines missions relevant des soins de santé primaires, qu'ils doivent donc connaître.

De même, les missions avancées définies dans ce texte ne relèvent pas des soins de santé primaires et sont dans le domaine de compétence d'infectiologues, d'internistes, ou de certains spécialistes d'organe. Cependant, un certain nombre de médecins généralistes se sont investis dans l'accueil de patients infectés par le VIH et exercent à leur égard des fonctions qui dépassent très largement les soins de santé primaires. Il paraît important que les missions de soins avancées puissent toujours être exercées par ceux des médecins généralistes qui souhaitent s'y investir. L'organisation des soins et de la formation doit donc continuer de permettre cet investissement personnel des médecins de ville.

Pour simplifier la lecture de ce qui suit :

- les missions de soins de santé primaires ont été affectées aux médecins généralistes (même si ces missions peuvent être exercées par des médecins non généralistes), et
- les missions avancées aux médecins spécialistes et aux médecins généralistes qui le souhaitent et qui seront désignés ensemble sous le vocable de médecins de ville.

Promoteurs

La Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) ont souhaité promouvoir une réflexion sur ce thème de la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville, sous la forme de recommandations professionnelles. C'est la méthode du consensus formalisé (CF) qui a été choisie pour ce faire. Les raisons de ce choix sont détaillées dans le paragraphe 2.

Contenu

Le groupe de pilotage a délibérément exclu de son champ de travail la rédaction de recommandations techniques chaque fois qu'elles existent déjà (rapport d'experts pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH, juillet 2008 (3) ; guide ALD de la HAS, décembre 2007 (4) ; modalités de réalisation des tests de dépistage de l'infection par le VIH, HAS octobre 2008 (5)), que le lecteur sera invité à consulter si besoin. En revanche, les aspects concernant le dépistage et la prévention ont fait ici l'objet d'une attention particulière.

Ce document débute par une brève description des aspects méthodologiques du processus de consensus formalisé.

Quatre thèmes sont ensuite traités :

- Pourquoi développer la prise en charge "en ville" des patients infectés par le VIH,
- Compétences et formations des médecins,
- Pratiques professionnelles,
- Organisation et valorisation de la prise en charge en ville.

Pour chacun de ces thèmes, la formulation des recommandations est précédée d'un argumentaire faisant la synthèse des informations disponibles sur la question.

2. Aspects méthodologiques

2.1. Critères de choix de la méthode

Trois options méthodologiques sont possibles pour la rédaction de recommandations professionnelles : la conférence de consensus (CC), la Recommandation pour la pratique clinique (RPC) et le consensus formalisé (CF).

Le choix de la méthode dépend essentiellement :

- de la disponibilité des données dans la littérature,
- de l'intensité et de l'origine d'une éventuelle controverse professionnelle,
- de l'étendue du thème retenu, du nombre et de la précision des questions à résoudre.

Dans le cas particulier, la méthode du CF a été retenue pour les raisons suivantes :

- controverse ne nécessitant pas un débat public,
- peu de littérature scientifique disponible,
- recommandations non rédigeables par des non-experts en un temps limité.

La méthode de CF a l'avantage de répondre, par sa formalisation, à la nécessité d'objectiver l'obtention des accords professionnels. Elle permet de formuler des recommandations et d'identifier le niveau d'accord, fort ou relatif, sur chacune des recommandations proposées.

Elle s'appuie sur la méthode « Rand appropriateness method » de la Rand/Ucla (Méthode de détermination de la pertinence des indications, Rand Corporation et Université de Californie de Los Angeles) (6).

Un guide complet sur la méthode du Consensus Formalisé, réalisé par la Haute Autorité de Santé, est disponible sur le site de la HAS (7).

2.2. Description générale de la méthode

2.2.1. Les quatre acteurs (cf. composition détaillée en annexe 1)

1. **Le promoteur** prend l'initiative du travail et assure la diffusion des recommandations. La SPILF et la SFLS sont co-promoteurs de ce travail et à ce titre en assurent intégralement le financement.

2. **Le groupe de pilotage (GP)** délimite le thème, synthétise et analyse de manière critique les données bibliographiques disponibles. Il rédige les propositions de recommandations et coordonne l'ensemble du travail.

3. **Le groupe de cotation (GC)** donne un avis sur les différentes propositions de recommandations en tenant compte du niveau de preuve disponible et de sa propre expertise. Ce groupe est pluridisciplinaire et multiprofessionnel.

A l'aide d'une échelle numérique graduée de 1 à 9, chacun des membres répond de manière individuelle par une 1^{re} cotation aux propositions de recommandations qui sont faites par le GP. Il s'appuie sur l'argumentaire bibliographique et sur sa propre expertise. A l'issue d'une réunion de ce groupe, une 2^e cotation individuelle est réalisée.

4. **Le groupe de lecture (GL)** donne ensuite un avis sur le fond et la forme des recommandations retenues, en particulier sur leur applicabilité, leur acceptabilité et leur lisibilité. Ce groupe réunit des personnes intéressées par le thème traité, expertes ou non du sujet et comporte une quarantaine de personnes dont environ la moitié de médecins de ville (généralistes pour la plupart).

2.2.2. Les quatre phases

1. La phase préparatoire (mai 2007 à décembre 2007)

Elle a permis :

- de délimiter le thème,
- de produire une analyse critique de la littérature avec interrogations des bases de médecine, de la littérature grise et des sites web,

- de produire une première série de propositions de recommandations.

Cette phase s'appuie essentiellement sur le groupe de pilotage qui se réunit pour étudier l'analyse bibliographique et la formulation des recommandations.

La stratégie de recherche documentaire (Cf Annexe 6) et la recherche bibliographique ont été réalisées par les services de la documentation de l'InVs et du CRIPS. L'ensemble des documents-source est centralisé à l'InVS.

2. La phase de cotation (mars-avril 2008)

Elle s'est déroulée de la façon suivante :

- première cotation individuelle des propositions de recommandations par chaque membre du groupe de cotation à l'aide d'une échelle numérique,
- réunion du groupe de cotation permettant de discuter des résultats avec la participation du président et des méthodologistes du GP. Au cours de cette réunion chaque membre du GC reçoit, au début de la réunion, les résultats agrégés de la 1^{re} cotation (cotation minimale et maximale, médiane, nombre de réponses par valeur 1 à 9) ainsi que sa propre réponse (à son seul usage),
- 2^e cotation individuelle par chaque membre du groupe de cotation à l'issue de la réunion.

En accord avec les règles du CF, le groupe de cotation a proposé des recommandations complémentaires ou des formulations légèrement différentes à celles du groupe de pilotage. Les formulations des recommandations ont été revues et validées par les membres du groupe de pilotage en fonction des résultats de la cotation : accord sur l'indication, accord sur l'indécision, accord sur la non-indication, désaccord entre les membres du GC sur l'indication ou la non-indication d'une intervention.

3. La phase de lecture par un groupe externe (août-septembre 2008)

Le groupe de lecture (GL) est consulté par courrier. Il reçoit l'ensemble des recommandations et l'argumentaire scientifique. Pour chacune des recommandations, les membres du GL doivent donner un des 3 avis suivants : "d'accord", "indécis" ou

"pas d'accord". Ils formulent leur avis sur le fond et la forme du document. La prise en compte de l'avis du groupe de relecture est discutée au cours d'une réunion entre les membres du groupe de pilotage et ceux du groupe de cotation. Dans le cas particulier de ce CF, le GP a décidé de ne pas réunir une deuxième fois le GC pour discuter des avis émis par le GL. Le GC a été sollicité *via* son président uniquement.

4. La phase de finalisation du texte des recommandations (septembre 2008)

Le GP réalise la synthèse exhaustive et la rédaction du texte définitif des recommandations. Au terme du travail éditorial final, les membres des groupes de pilotage, de cotation et de lecture donnent leur accord pour signature avant publication et diffusion.

3 Argumentaires et recommandations

Pour chacun des thèmes traités, on trouvera successivement :

- un argumentaire,
- les recommandations retenues à l'issue du processus de consensus formalisé.

Les recommandations non retenues par les membres du groupe de cotation figurent en annexe 5.

3.1 Pourquoi faut-il développer la prise en charge en ville et avec quelles missions ?

Il est nécessaire de faire évoluer les conditions de la prise en charge en médecine de ville afin que celle-ci offre, en complément de la prise en charge hospitalière, une réponse d'ensemble adaptée à :

- la nécessité d'améliorer le dépistage précoce,
- l'évolution de la profession médicale : nouveaux modes d'exercice, nouvelle gouvernance et tarification à l'activité dans les hôpitaux, modification de la démographie médicale, rôle du milieu associatif,

- nouveaux aspects de l'infection par le VIH : traitement "à vie" et vieillissement des patients.

La prise en charge en ville est souhaitée par certains patients qui ne veulent pas aller à l'hôpital tant que leur état ne le nécessite pas. Au moment de la découverte de l'infection par le VIH, un certain nombre de patients interrogent les associations afin de connaître les différentes possibilités de prise en charge et expriment la demande d'une prise en charge en ville, tant que leur situation n'impose pas un suivi hospitalier (enquêtes Sida Info Service).

Certains groupes sont demandeurs d'intervenants de ville proches de leurs préoccupations : orientations et pratiques sexuelles particulières, usage de drogues, thèmes difficiles à aborder auprès du médecin de famille, mais aussi personnes insérées socialement préoccupées par leur anonymat dans les soins, souhaitant rencontrer un médecin en ville, compétent et à l'aise dans ce type de prise en charge.

L'apparition et le développement de l'épidémie de VIH/SIDA dans des groupes de populations particuliers (homosexuels, usagers de drogues, personnes précaires...) a motivé certains médecins de ville à se former à cette pathologie parce que ce mode de prise en charge était plus adapté à ces populations que le circuit hospitalier. Ce phénomène s'est développé dans plusieurs pays occidentaux, quel que soit leur système de santé (Suisse (8), Etats-Unis (9), Canada...). Une certaine forme de militantisme s'est développée autour de cet enjeu de santé publique.

Plusieurs éléments orientent vers le développement des missions des médecins de ville en regard de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des patients infectés :

- c'est une maladie infectieuse, transmissible, notamment par voie sexuelle, et donc évitable,
- c'est une maladie grave, d'évolution fatale en l'absence de prise en charge adéquate,
- c'est une maladie chronique, d'évolution longue, encore plus depuis que des traitements antirétroviraux efficaces en ont transformé le pronostic,
- sa prise en charge nécessite une approche multidisciplinaire, dans laquelle le médecin de ville doit être impliqué.

En raison de la diversité des qualifications requises pour les différentes actions de cette prise en charge, il n'est toutefois pas possible d'envisager que l'ensemble des médecins français aient le même niveau d'implication, les mêmes missions et les mêmes compétences dans ce domaine.

Il a donc été défini deux types de missions correspondant à deux niveaux d'implication différents des médecins.

Si des références bibliographiques existent sur les compétences nécessaires requises, la proposition de distinguer deux types de missions résulte davantage du consensus d'experts.

Les deux types de missions proposées sont :

- des **missions de soins de santé primaires**, relevant principalement des médecins généralistes,
- **des missions "avancées"** que peuvent choisir d'exercer spécifiquement certains médecins, sur la base du volontariat et d'un engagement personnel.

Plus précisément, **les missions de soins de santé primaire** comprennent :

- les missions habituelles de suivi de santé,
- la participation à l'effort de prévention et d'information sur l'infection par le VIH,
- une implication dans le dépistage, le diagnostic de l'infection par le VIH et donc dans l'annonce du diagnostic,
- l'orientation d'un patient nouvellement diagnostiqué dans le circuit de soins.

Dans **un niveau "avancé"** de ces missions, le médecin de ville s'implique de plus dans la prise en charge individuelle des patients infectés par le VIH. L'implication du médecin de ville peut aller au minimum du simple co-suivi d'un patient infecté par le VIH en partenariat avec un médecin spécialiste (on parle d'un travail en "binôme") à un suivi comparable à celui d'un spécialiste hospitalier.

Il est recommandé :

- La distinction de **deux types de missions pour les médecins généralistes et les médecins de ville** :

1) des missions de soins de santé primaires, relevant principalement de la compétence des généralistes, mais que tout médecin peut être amené à assumer ponctuellement, et

2) des missions "avancées" que peuvent choisir d'exercer spécifiquement certains médecins, sur la base du volontariat et d'un engagement personnel. (Accord fort sur le caractère approprié).

- Dans le cadre de ses **missions de soins de santé primaires**, le médecin généraliste
 - ... aborde la question de la transmission et de la prévention des IST en général, de l'infection par le VIH en particulier (Accord fort sur le caractère approprié)
 - ... informe les patients de la conduite à tenir en cas d'exposition au VIH (Accord fort sur le caractère approprié)
 - ... identifie les situations cliniques devant faire évoquer une infection par le VIH (Accord fort sur le caractère approprié)
 - ... propose le dépistage de l'infection par le VIH et prescrit les tests adaptés au dépistage et au diagnostic de l'infection par le VIH (Accord fort sur le caractère approprié)
 - ... annonce un diagnostic d'infection par le VIH à un patient (Accord fort sur le caractère approprié)
 - ... accueille une personne ayant été exposée à un risque de transmission du VIH, lui propose une orientation, et l'adresse à un service d'urgences ou de maladies infectieuses dans les délais adaptés (Accord fort sur le caractère approprié)
 - ... s'informe des traitements médicamenteux pris par le patient, y compris les traitements alternatifs, et vérifie leurs interactions possibles (Accord relatif sur le caractère approprié)
 - ... s'assure de l'observance de son traitement par le patient (Accord fort sur le caractère approprié)
 - ... prend contact rapidement avec un médecin spécialiste en cas d'effet indésirable grave en relation avec un traitement antirétroviral (Accord fort sur le caractère approprié)

... s'assure de la réalisation des examens de dépistage recommandés chez un patient porteur du VIH (accord relatif sur le caractère approprié)
... pratique les vaccinations recommandées (accord relatif sur le caractère approprié)
... propose systématiquement un test de dépistage du VIH aux femmes enceintes (Accord fort sur le caractère approprié).

- **Les missions "avancées"** telles que définies plus haut sont l'ensemble des missions précédentes, auxquelles peuvent s'ajouter certaines des suivantes, en fonction de l'implication personnelle du médecin de ville. Dans le cadre de ces missions avancées, le médecin de ville...

... assure la surveillance régulière, clinique et paraclinique des patients infectés par le VIH (traités ou non traités), en lien avec une équipe spécialisée (Accord fort sur le caractère approprié)

... prépare le patient à l'initiation d'un traitement antirétroviral (Accord fort sur le caractère approprié)

... évalue avec le patient les options thérapeutiques qui lui sont proposées, dans tous leurs aspects concrets (Accord fort sur le caractère approprié)

... entreprend des actions adaptées pour aider et entretenir une bonne observance (Accord fort sur le caractère approprié)

... évalue la tolérance des traitements, repère l'apparition d'éventuels nouveaux effets indésirables et prévient les conséquences (pharmacovigilance) (Accord fort sur le caractère approprié)

... identifie les interactions médicamenteuses posant problème face à un patient sous traitement antirétroviral (Accord fort sur le caractère approprié)

... informe le patient sur la possibilité de se voir délivrer son traitement dans la structure pharmaceutique de son choix (officine ou hôpital) (Accord fort sur le caractère approprié)

- ... participe activement au suivi des patients sous ARV, en collaboration avec une structure spécialisée (notamment hospitalière) (Accord fort sur le caractère approprié)

... participe à la prise en charge des différentes co-infections possibles, notamment VHB et VHC (Accord relatif sur le caractère approprié)

... participe à des actions de recherche dans le cadre du suivi des patients infectés par le VIH (Accord relatif sur le caractère approprié).

3.2. Quelles compétences et quelles formations pour la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville ?

3.2.1. Compétences

Les missions de soins de santé primaires définies ci-dessus relèvent de la compétence du médecin généraliste. Une information générale sur les soins de santé primaires est donnée au cours du deuxième cycle des études médicales, et concerne l'ensemble des médecins. La compétence à l'exercice des soins de santé primaires et de la médecine générale est, elle, donnée par le troisième cycle de médecine générale, et sanctionnée par la délivrance du diplôme d'études spéciales de médecine générale. Le maintien de leur niveau de compétence en soins de santé primaires impose aux médecins généralistes d'assurer la mise à jour de leurs connaissances. Ils disposent pour cela de différents outils (formation continue associative ou universitaire, presse médicale, outils de télé-enseignement...).

Les missions avancées définies ci-dessus relèvent de la compétence de médecins de différentes spécialités (infectiologie, médecine interne, dermatologie...). Nous avons choisi de prendre en considération dans ce texte, pour ce qui est des missions avancées en ville, l'ensemble des médecins qui s'investissent dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, quelle que soit leur spécialité (y compris la médecine générale).

L'efficacité des professionnels de santé dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, évaluée en termes d'adéquation des pratiques aux recommandations a fait l'objet de plusieurs études publiées. Elle dépend plus du nombre de patients pris en charge par ces professionnels que de la spécialité qu'ils exercent (infectiologie, médecine générale, médecine interne, dermatologie/vénérologie, immunologie clinique, hématologie...).

De plus, les pratiques collaboratives et le lien avec d'autres professionnels, notamment hospitaliers, contribuent à l'acquisition par les médecins de ville des compétences nécessaires. Les études les évoquant sont signalées au chapitre « organisation des acteurs ».

Plusieurs études aboutissant à des conclusions concordantes permettent de soutenir cette affirmation :

- réduction de 31 à 50 % de la mortalité avec le médecin le plus expérimenté par rapport au moins expérimenté (échelle de 3 niveaux) (10-13),
- la bonne adaptation du traitement ARV aux recommandations en vigueur est en lien avec l'expérience du médecin, le nombre de patients suivis et la formation reçue par le praticien (10;14),
- des médecins généralistes formés obtiennent d'aussi bons résultats virologiques chez leurs patients que des spécialistes en maladies infectieuses (8) en Suisse (Zürich), et des médecins généralistes "experts en infection VIH" ont des résultats comparables à leurs collègues hospitaliers, et supérieurs à ceux des généralistes « non experts », en terme de patients sous traitement ARV adapté, en rapport avec le nombre de patients VIH suivis.

Deux études seulement évoquent des différences dans la prise en charge entre médecins de ville et hospitaliers :

- les généralistes non experts effectuent moins souvent un contrôle de la virémie VIH, et moins de vaccination anti-grippale (11),
- une étude française comparant médecins hospitaliers et de ville (assurant le suivi d'au moins 10 patients) montre des résultats similaires en terme de suivi et attitude thérapeutique, mais constate davantage de bilans initiaux incomplets, et plus de délais de contrôle de virémie après changement de traitement, chez le médecin généraliste (15).

Lors de la création des Centres d'Information et de Soins sur l'Immunodéficience Humaine (CISIH), des unités spécialisées ont été créées avec des moyens spécifiques de manière à mieux accueillir les nombreux patients et à former les professionnels

avec, ce qui est rare dans notre système de santé, la volonté d'intégrer des médecins de ville dans le fonctionnement même de ces unités, sous la forme de vacations hospitalières. Ces vacations ont permis à de jeunes médecins de bénéficier rapidement d'une expertise dans un champ pathologique nouveau et pourvoyeur de nombreuses morbidités.

Le groupe d'experts pour la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH recommande, à l'instar de la cancérologie, la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) pharmaco-viro-clinique, véritables garantes des bonnes pratiques cliniques (16). La SFLS appuie cette démarche, en précise l'organisation, et propose de valider l'obligation d'EPP des médecins qui satisferont aux critères précisés dans un cahier des charges (consultable sur www.sfls.aei.fr).

Enfin, la prévalence locale de l'infection (d'une région à une autre) joue beaucoup sur l'investissement des professionnels à la fois en termes de qualité de prise en charge des patients VIH et de nombre de patients pris en charge.

Il est recommandé :

... les compétences des médecins généralistes et des médecins de ville à exercer les missions de soins de santé primaires, et les missions avancées, sont acquises au cours des études médicales et font l'objet d'une mise à jour régulière par la formation médicale continue (Accord fort sur le caractère approprié)

... l'acquisition et l'entretien des compétences nécessaires à l'exercice des missions "avancées" sont favorisés par le fait que :

- le médecin de ville a un lien avec une équipe hospitalière spécialisée, sous la forme d'une activité clinique hospitalière (vacation) (Accord relatif sur le caractère approprié),

ou

- le médecin de ville a un lien avec une équipe hospitalière spécialisée, sous la forme d'une participation régulière aux réunions multidisciplinaires (Accord relatif sur le caractère approprié),

ou

- le médecin de ville a une formation spécifique, par exemple dans le cadre d'un diplôme universitaire sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH (Accord relatif sur le caractère approprié).

3.2.2. Formations

Dans son analyse de la littérature, le groupe de pilotage n'a pas pu identifier de travaux pertinents sur la question des objectifs de formation à la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, ni sur celle de la nature des structures aptes à diffuser cette formation. C'est donc sur la base de la connaissance des offres de formation en France et d'un consensus au sein du groupe de pilotage que l'argumentaire et les propositions de recommandation ci-dessous ont été élaborés.

Les recommandations formulées portent sur les objectifs de la formation d'une part et sur les structures qui en ont la charge et ce, tant pour les missions de soins primaires ou pour les missions « avancées ».

3.2.2.1 Quels sont les objectifs de la formation dans la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville ?

Pour l'exercice des missions de soins de santé primaires,

Il est recommandé :

Tout médecin généraliste doit bénéficier, dans le cadre de la formation initiale et post-universitaire, d'une formation lui permettant de remplir les missions de soins de santé primaires. Cette formation doit cibler :

... l'accueil et la prise en charge d'un patient exposé aux infections sexuellement transmissibles (Accord fort sur le caractère approprié)

... le dépistage du VIH et l'annonce du diagnostic (Accord fort sur le caractère approprié)

... le diagnostic clinique (notamment les manifestations précoces) de l'infection par le VIH (Accord fort sur le caractère approprié)

... le bilan biologique initial chez un patient découvert vivant avec le VIH (Accord fort sur le caractère approprié)

... la collaboration interprofessionnelle autour des patients vivant avec le VIH (Accord fort sur le caractère approprié).

... la prise en charge des accidents d'exposition aux liquides biologiques, notamment d'origine sexuelle (Accord fort sur le caractère approprié)

... l'aide à l'observance médicamenteuse, l'identification des effets indésirables graves des traitements du VIH (Accord relatif sur le caractère approprié)

... les examens de dépistage recommandés chez un patient vivant avec le VIH (Accord fort sur le caractère approprié)

... la prise en charge des principales comorbidités (cardiovasculaires notamment) (Accord fort sur le caractère approprié).

Pour l'exercice des "missions avancées"

Il est recommandé :

Les médecins qui choisissent de s'impliquer dans les missions avancées aux patients infectés par le VIH doivent bénéficier, quelle que soit leur spécialité, de formations à ces missions, notamment dans le cadre post-universitaire. Les formations proposées doivent cibler :

... la surveillance clinique et paraclinique des patients porteurs du VIH (Accord fort sur le caractère approprié)

... l'initiation des traitements antirétroviraux (Accord fort sur le caractère approprié)

... l'observance des traitements (Accord fort sur le caractère approprié)

... le suivi de la tolérance et de l'efficacité des traitements (Accord fort sur le caractère approprié)

... les éléments décisionnels pour les modifications thérapeutiques (Accord fort sur le caractère approprié)

... la collaboration inter professionnelle autour des patients porteurs du VIH (Accord fort sur le caractère approprié)

... la gestion des différentes co-infections possibles, notamment VHB et VHC (Accord fort sur le caractère approprié)

... la participation à des actions de recherche dans le cadre du suivi des patients porteurs du VIH (Accord relatif sur le caractère approprié)

... la participation à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre du suivi des patients porteurs du VIH (Accord relatif sur le caractère approprié)

3.2.2.2. Quelles sont les structures en charge des formations correspondant aux deux types de missions ?

Il est recommandé :

Les savoirs nécessaires aux missions de soins de santé primaires sont enseignés

1. dans le cadre de la formation initiale :

... au cours du 2^e cycle des études de médecine, où une initiation aux soins de santé primaires est délivrée à l'ensemble des étudiants en médecine (Accord relatif sur le caractère approprié)

... au cours du 3^e cycle d'études médicales, par des modules spécifiques du DES de médecine générale, et par une information sur les soins de santé primaires au sein de modules de DES d'autres spécialités (Accord fort sur le caractère approprié).

2. dans le cadre de la formation continue :

... par les associations de formation médicale continue, locales et nationales, ou les facultés de médecine, dans le cadre d'actions de formation continue organisées en leur sein, à destination des médecins de ville (Accord fort sur le caractère approprié)

... par les réseaux de soins et les réseaux de santé (Accord relatif sur le caractère approprié)

... par les structures chargées d'organiser la formation médicale continue des médecins de ville (Accord fort sur le caractère approprié)

... par les COREVIH qui diffusent des informations sur les formations sus-citées sur leur territoire, à l'attention de l'ensemble des médecins de ville, et favorisent leur mise en œuvre (Accord fort sur le caractère approprié).

Les savoirs nécessaires aux missions avancées sont enseignés

... par les départements de certaines spécialités (infectiologie, médecine interne, dermatologie, gynécologie-obstétrique) des facultés de médecine, où ils doivent être proposés aux étudiants intéressés (Accord relatif sur le caractère approprié)

... par les facultés de médecine, notamment dans le cadre de diplômes d'université (Accord fort sur le caractère approprié)

... par les associations de formation médicale continue, locales et nationales, ou les facultés de médecine, dans le cadre d'actions de formation continue organisées en leur sein, à destination des médecins de ville (Accord fort sur le caractère approprié)
... les réseaux de soins et de santé (Accord fort sur le caractère approprié)
... les revues scientifiques et les revues médicales disposant d'un comité de lecture indépendant (Accord relatif sur le caractère approprié).

3.3 Les pratiques professionnelles

3.3.1. Implication du médecin généraliste dans le dépistage de l'infection par le VIH

Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans l'élargissement de la proposition de tests de dépistage (soumis à l'accord du patient) afin de diminuer le nombre de patients diagnostiqués à un stade tardif et de permettre aux personnes de garder une connaissance actualisée de leur statut sérologique. Il s'agit d'un enjeu actuel majeur.

En effet, le diagnostic tardif, encore trop fréquent en France, entraîne une perte de chance. Dans environ 1/3 des cas en France, les patients infectés par le VIH accèdent aux soins et débutent leur traitement antirétroviral alors qu'il existe déjà un déficit immunitaire sévère (lymphocytes CD4 < 200/mm³) ou un SIDA. Or, les prises en charge tardives sont associées à un pronostic plus grave (morbidité et mortalité nettement majorées par rapport à celles retrouvées quand la prise en charge est précoce), qui persiste plusieurs années après le début du traitement (17;18).

L'autre intérêt du dépistage est de réduire la transmission du VIH. Il a en effet été montré qu'un sujet infecté par le VIH diminue la fréquence de ses comportements à risque à partir du moment où il a connaissance de son infection (19).

3.3.1.1. Situations dans lesquelles le médecin généraliste doit proposer un test de dépistage ou un diagnostic de l'infection VIH

Même si la proportion de diagnostics au stade sida a diminué progressivement (1), des progrès restent à réaliser, en particulier chez les personnes les plus exposées ou en situation de vulnérabilité et chez les migrants.

Un travail récent effectué à Londres, chez 263 personnes infectées par le VIH, originaires d'Afrique sub-saharienne, et consultant dans des centres de traitement du SIDA, montre que 50 % des diagnostics d'infection par le VIH sont tardifs (lymphocytes CD4 < 200/mm³). Dans l'année précédant le diagnostic d'infection par le VIH, 76,4 % ont vu leur médecin traitant, 38,3 % ont consulté dans des services ambulatoires, soit autant d'opportunités manquées de diagnostic plus précoce. Parmi ceux qui ont consulté leur médecin généraliste, le dépistage VIH avait été évoqué par ce dernier dans 17,6 % des cas seulement (20).

Le diagnostic tardif chez le migrant/étranger tient au fait qu'il arrive sur le territoire avec une infection ancienne, à des facteurs individuels (connaissance du VIH qui ne se traduit pas par une perception du risque individuel) et à une barrière institutionnelle (manque de compréhension culturelle, accès insuffisant au système de soins) (21).

De plus, il convient de proposer aussi le dépistage à des personnes qui ne se considèrent pas comme "à risque".

L'enquête "Contexte de la sexualité en France" de mars 2007 montre que nombreux sont les hétérosexuels qui déclarent avoir des relations sexuelles "hors couple" et n'utilisent de protection ni dans leur couple ni en dehors (22).

Le médecin généraliste a un rôle particulièrement important à jouer en tant que sentinelle identifiant les situations exposantes. Il est en situation de proposer un dépistage à des patients qui ne se considèrent pas comme exposés ou après une prise de risque faible comme une fellation. En effet :

- la contamination par le VIH est devenue rare en France chez les usagers de drogue grâce à la mise à disposition de matériel stérile à usage personnel et si possible unique.

- Si les contaminations perdurent chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, c'est aussi dans cette population que les dépistages précoces sont les plus fréquents, car il s'agit de personnes généralement bien informées. Les cas de dépistage tardifs sont alors plus le fait d'un déni que d'un manque d'information.

- C'est chez les hétérosexuels que le dépistage à un stade avancé est fréquemment retrouvé : si les femmes jeunes sont généralement dépistées relativement tôt à l'occasion d'une grossesse, il n'en va pas de même chez les hommes hétérosexuels de tout âge et les femmes plus âgées.

La prévalence de l'infection par le VIH chez les prostitué(e)s en France reste faible, mais est plus élevée que dans la population générale, même si l'on ne dispose pas de données récentes. Cette prévalence était de 1,5 % chez les prostitué(e)s non toxicomanes en 1992 (23), plus élevée chez les hommes, et chez les usagers de drogue injectable. Ceci est confirmé par des données européennes (HIV/AIDS surveillance in Europe). La prostitution se renouvelle constamment dans ses formes et dans les populations concernées dans un contexte répressif accru et donc contraire à la prévention et à l'attention à soi. L'attention à ces personnes quand elles font appel à une structure de soins quelle qu'elle soit est donc essentielle.

Enfin, même si on a recommandé que le dépistage soit précédé d'un "counseling", le fait de ne pas maîtriser la pratique du counseling pré-test ne doit plus être un frein à la proposition de dépistage (24).

Le médecin de ville est ainsi en première ligne dans l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité (migrants/étrangers, mais aussi Français), ceci au cabinet, ou dans le cadre d'un exercice en structures d'accueil (telles que PASS, associations humanitaires, centres de santé des caisses d'assurance-maladie, etc.).

Il est recommandé :

- Il n'est pas nécessaire d'avoir identifié des comportements à risque pour proposer un test de dépistage (Accord fort sur le caractère approprié)
- Le médecin de ville doit mettre en œuvre, dans des termes appropriés à la compréhension de chacun, les moyens nécessaires à l'acceptation du dépistage en cas de refus/réticence, en rappelant le respect de la confidentialité, et en s'aidant au besoin de l'interprétariat chez les migrants/étrangers (Accord relatif sur le caractère approprié)

- Le médecin de ville doit proposer un dépistage du VIH aux personnes qui viennent consulter pour ...

... une infection sexuellement transmissible (incluant des condylomes génitaux et/ou anaux) (Accord fort sur le caractère approprié)

... la découverte d'une hépatite B ou C (Accord fort sur le caractère approprié)

... des questions gynécologiques : contraception, frottis, grossesse, IVG, signes cliniques (Accord fort sur le caractère approprié).

- Le médecin de ville doit proposer un dépistage du VIH aux personnes qui consultent après un risque d'exposition au VIH à la suite ...

... d'un accident de préservatif ou une prise de risque, (Accord fort sur le caractère approprié)

... de violences sexuelles (Accord fort sur le caractère approprié).

- Le médecin de ville doit proposer un dépistage du VIH à des moments particuliers du parcours de vie de leurs patients ...

... en cas de relation qui se stabilise avec abandon du préservatif (Accord fort sur le caractère approprié)

... au début d'une nouvelle relation (Accord fort sur le caractère approprié)

... après rupture/divorce, y compris chez les personnes de plus de 50 ans (Accord fort sur le caractère approprié)

... aux personnes sortant de prison (dans ce cas la proposition de dépistage du VIH doit être couplée avec celui des hépatites) (Accord fort sur le caractère approprié).

- Le médecin de ville doit proposer un dépistage aux personnes qui du fait de leurs pratiques et/ou de la prévalence de l'infection par le VIH dans leur communauté se trouvent exposées à un risque de transmission :

... personnes ayant des partenaires multiples, avec des relations sexuelles occasionnelles ou systématiques sans préservatif (Accord fort sur le caractère approprié)

... hommes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes (Accord fort sur le caractère approprié)
... travailleurs du sexe (Accord fort sur le caractère approprié)
... usagers de drogues (Accord fort sur le caractère approprié)
... personnes s'exposant à des situations de consommations aiguës d'alcool et/ou produits altérant leur niveau de conscience (Accord relatif sur le caractère approprié)
... personnes originaires d'une zone à forte endémie (Afrique sub-saharienne) (Accord fort sur le caractère approprié)
... les personnes transgenre/transsexuelles (Accord relatif sur le caractère approprié).

- Le médecin de ville doit proposer un test de diagnostic de l'infection à VIH :

... en cas de tableau clinique évocateur de primo-infection (Accord fort sur le caractère approprié)
... dans les situations cliniques mineures classant au stade B de la classification internationale, tels une candidose oro-pharyngée, une leucoplasie orale chevelue, un zona notamment chez un adulte jeune, une mononévrite (paralysie faciale, oculo-motrice) ou une polynévrite, une dysplasie du col utérin (Accord fort sur le caractère approprié)
... certaines manifestations dermatologiques inhabituelles, tels un prurigo, un prurit inexpliqué, une dermite séborrhéique récurrente (Accord fort sur le caractère approprié)
... des situations biologiques, telles une thrombopénie, une lymphopénie, une hyperlymphocytose avec syndrome mononucléosique, (Accord fort sur le caractère approprié)
... dans les situations cliniques majeures classant au stade C de la classification internationale (Accord fort sur le caractère approprié) :

- o infections opportunistes : pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, candidose œsophagienne, tuberculose

- quel que soit son siège, infection systémique à CMV, mycobactériose, herpès chronique ou viscéral,
- o cancers opportunistes : LMNH, maladie de Kaposi, cancer invasif du col utérin,
 - o démence d'un sujet jeune,
 - o altération importante et inexplicée de l'état général.

3.3.1.2. L'annonce du résultat positif d'un test de dépistage VIH

Cette situation est souvent difficile, anxiogène pour le patient mais aussi pour le praticien. La qualité de l'annonce conditionne fortement la qualité du suivi ultérieur, l'acceptation de la maladie et la confiance dans les soignants. Cet entretien doit être conduit sans jugement et dans le respect des pratiques du patient.

On peut aussi rappeler qu'en pratique de médecine de ville, le résultat du test de dépistage est souvent remis par le laboratoire directement au patient (25), et que, même si cela est rare, le dépistage est parfois réalisé par le laboratoire sans prescription médicale (3 % des cas en Isère en 2003, mais avec une hétérogénéité d'un laboratoire à l'autre, allant jusqu'à 23 % des tests pratiqués sans prescription médicale). Toujours en Isère, la même enquête a montré que le laboratoire rend le résultat au médecin seul dans 1,6 % des cas seulement en 2001 et 9,1 % en 2003. Il n'est toutefois pas précisé s'il s'agit de résultat positif ou négatif. Ceci se fait au détriment d'une information de qualité sur les risques de transmission du virus, sur sa prévention et sur la maladie en général.

- L'annonce d'un résultat positif de sérologie VIH est un moment délicat, chargé d'émotion. Elle doit être faite lors d'un entretien face à face (le rendu d'un résultat positif par téléphone n'a pas cours en France, mais est pratiqué en Angleterre dans certaines conditions (26), au mieux préparé par un counseling pré-test, et qui doit permettre de faire un point sur la compréhension des modes de transmission du VIH, des hépatites et des IST.

- Du temps doit être prévu pour l'annonce d'une séropositivité VIH qui peut parfois demander plus d'une consultation. Il est important d'être disponible et joignable par téléphone.

- Enfin, la personne doit être reçue seule lors de l'annonce du résultat de séropositivité et c'est au patient uniquement qu'il revient de révéler son résultat à des tiers.
- Le respect du secret professionnel doit être réaffirmé pour consolider la confiance du patient.
- Une aide psychologique et les coordonnées d'associations d'aide aux patients peuvent également être proposées.

Il convient d'expliquer de manière simple et adaptée à la compréhension de chaque personne :

- ce qu'est l'infection par le VIH,
- qu'il existe des traitements efficaces et simples à prendre, compatibles avec une vie normale (activité professionnelle, physique, sociale,...), réduisant le risque de transmission du VIH à son(ses) partenaire(s) et permettant d'avoir des enfants avec un risque mineur de contamination.
- que, sous traitement bien conduit, l'espérance de vie d'une personne infectée par le VIH se rapproche de celle d'une personne non infectée de même âge et de même sexe.

Il est recommandé :

Afin d'effectuer l'annonce d'un résultat positif de dépistage VIH dans les meilleures conditions,

... le médecin de ville fait cette annonce au cours d'un entretien en face à face avec la personne seule, en y consacrant suffisamment de temps (Accord fort sur le caractère approprié)

... l'entretien "pré-test" n'est plus considéré comme un préalable systématique (Accord fort sur le caractère approprié)

... le secret professionnel est respecté, et l'annonce est faite sans porter de jugement (Accord fort sur le caractère approprié)

... le point est fait sur la compréhension des modes de transmission du VIH (Accord fort sur le caractère approprié)

... la proposition de dépistage du (des) partenaire(s) est discutée (Accord relatif sur le caractère approprié)

... les moyens de prévention de la transmission du VIH sont abordés (Accord fort sur le caractère approprié)

... la signification du résultat est expliquée en termes simples, adaptés à la compréhension de la personne, (Accord fort sur le caractère approprié), et porte notamment sur :

- l'évolution de l'infection par le VIH et son pronostic, (Accord relatif sur le caractère approprié)
- les modalités de suivi de l'infection VIH (Accord relatif sur le caractère approprié)
- si nécessaire les bases du traitement de l'infection VIH (Accord relatif sur le caractère approprié)

... la possibilité de recourir à un soutien psychologique ou à d'autres ressources (associations, groupes d'auto-soutien) est évoquée (Accord relatif sur le caractère approprié)

... une seconde consultation rapprochée est proposée (Accord fort sur le caractère approprié).

3.3.1.3. En cas d'infection par le VIH confirmée, comment engager la prise en charge ?

1) *Prise en charge médicale*

Le bilan initial de l'infection par le VIH doit être réalisé rapidement. Il a notamment pour but de faire une numération des lymphocytes T CD4+, afin de déterminer l'éventuelle urgence à initier la(es) prévention(s) anti-infectieuse(s) nécessaires et/ou le traitement antirétroviral.

Cet examen doit être prescrit par le médecin de ville, avant d'orienter le patient vers le spécialiste (hospitalier) avec qui le médecin de ville travaille en réseau.

Des conseils de prévention secondaire doivent rapidement être donnés.

Il est recommandé :

- Au début de la prise en charge, le médecin généraliste doit :
 - ... effectuer sans tarder une numération des lymphocytes T CD4+ (Accord relatif sur le caractère approprié)
 - ... référer le patient au confrère spécialiste (habituellement hospitalier) pour faire le bilan initial complet de l'infection par le VIH (Accord fort sur le caractère approprié)
 - ... donner des conseils de prévention sur la transmission du VIH (Accord fort sur le caractère approprié).

2) *Prise en charge psychologique*

La période initiale suivant l'annonce d'une infection par le VIH reste le plus souvent difficile. Le médecin généraliste doit donc être disponible pour répondre aux questions qui se posent souvent de manière différée et pour revoir le patient si nécessaire rapidement (au besoin avec sa/son partenaire). Il propose des coordonnées ou numéros de téléphone d'associations, ou des numéros de téléphonie santé ou adresses de sites internet (ex : Sida Info Service, Sida Info Droit) et informe des possibilités de consultations psychologiques.

Il est souhaitable que le patient informe rapidement sa/son/ses partenaire(s) sexuel(les) de sa séropositivité. En cas de difficulté, des aides appropriées doivent être proposées (annonce faite en présence du médecin, aide psychologique...).

Il est recommandé :

- Au début de la prise en charge, le médecin généraliste informe le patient des possibilités de soutien et de prise en charge psychologique (Accord relatif sur le caractère approprié).

3) *Prise en charge sociale*

Une évaluation systématique de la couverture sociale doit être faite, avec une attention particulière aux migrants/étrangers, souvent en grande précarité, voire en situation irrégulière sur le territoire français. Dans cette dernière situation, des démarches

doivent être rapidement entreprises afin d'éviter au patient la garde à vue ou le transfert en centre de rétention en cas de contrôle de police. Il est ainsi possible de délivrer au patient une attestation de démarche administrative en cours, puis de faire la demande de titre de séjour « vie privée et familiale », en raison de l'état de santé (cf annexe 3). Un médecin agréé ou un praticien hospitalier pourra être amené à établir le certificat médical nécessaire à l'obtention de ce titre. Le délai d'obtention d'autorisations provisoires, particulièrement long (jusqu'à 2 ans), sans autorisation de travail, exacerbe cette situation de précarité. Il est indispensable dans ces cas de faire appel à des travailleurs sociaux ou des associations, habitués à gérer ces situations complexes, génératrices d'angoisse et de découragement pour le patient. Les ressources financières doivent être évaluées, ainsi que le logement, la situation professionnelle. En effet, une enquête française a montré que différentes situations de précarité (difficultés financières, problèmes de logement, alimentation, addictions) pouvaient être corrélées à une mauvaise observance du traitement ARV, et/ou une absence de protection lors des rapports sexuels (27;28).

Il est recommandé :

Le médecin généraliste s'assure que le patient a une couverture maladie et au besoin l'assiste dans une demande d'autorisation de séjour pour soins (Accord fort sur le caractère approprié).

Puis il évalue la situation sociale du patient en termes de couverture sociale, logement, ressources financières, situation professionnelle (Accord fort sur le caractère approprié).

- Le médecin généraliste adresse si nécessaire le patient à un travailleur social (de secteur, ou au sein de l'équipe hospitalière, ou structure adaptée en cas de situation irrégulière) (Accord fort sur le caractère approprié).

- Le médecin généraliste accepte, conformément à la réglementation, de soigner les patients bénéficiant d'un tiers payant (CMU,...) (Accord fort sur le caractère approprié).

4) Démarches administratives à faire

Notification obligatoire

Depuis début 2003 (circulaire DGS/SD5C/SD6A n° 2003/60 du 10 février 2003), toute confirmation d'une sérologie VIH positive doit donner lieu à une notification obligatoire anonymisée, initiée par le biologiste, complétée par le médecin prescripteur, et envoyée à la DDASS (qui transmet à l'Institut de Veille Sanitaire).

Elle est couplée à une surveillance virologique des infections VIH chez les personnes volontaires, permettant d'évaluer le caractère récent (moins de 6 mois) ou non de la contamination, et de caractériser les sous-types de VIH.

Le but est de déterminer la prévalence et l'incidence de la séropositivité VIH pour mieux connaître l'épidémie, et idéalement adapter les messages de prévention. Il est donc important de veiller à bien compléter ces formulaires, afin d'optimiser l'efficacité de cet outil, d'autant qu'il est assez rapidement apparu un taux important de sous-déclaration.

Pour tout renseignement :

www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm

Protocole ALD

L'infection par le VIH figure sur la liste des 30 Affections de Longue Durée (ALD N°7 – Déficit immunitaire grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH) (4).

C'est le médecin traitant du patient qui doit compléter le protocole des soins. La demande d'ALD n'est accordée que pour 6 mois si elle est faite par le spécialiste hospitalier.

Il est recommandé :

- Le médecin traitant remplit le protocole de soins donnant droit à l'Exonération du Ticket Modérateur (ALD N°7 – infection par le VIH) (Accord fort sur le caractère approprié).

- Le médecin traitant complète la fiche de notification obligatoire de l'infection par le VIH (et informe le patient de la notification) (Accord fort sur le caractère approprié).

3.3.2. Implication du médecin généraliste dans la prévention de l'infection par le VIH

Cette question de la place du médecin de ville dans la prévention de l'infection par le VIH comporte plusieurs aspects, parmi lesquels le groupe de pilotage a retenu les suivants, susceptibles d'impliquer à des titres divers les médecins de ville :

- information des patients sur les risques de transmission du VIH,
- messages de prévention à l'occasion du rendu d'un résultat de sérologie VIH négatif,
- proposition d'information et de prévention en matière de risque de transmission du VIH par voie sexuelle,
- traitement de post-exposition (TPE) des personnes exposées à un risque de transmission sexuelle du VIH.

La question des vaccinations chez le sujet infecté par le VIH a été délibérément écartée. Cette question est traitée dans le rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

3.3.2.1 Information du patient sur les risques de transmission du VIH

Les modes de transmission du VIH sont aujourd'hui parfaitement identifiés.

Les différents modes de transmission du VIH sont les suivants :

- Transmission sexuelle

- o lors de relations sexuelles non protégées (pénétration génitale ou anale), relations bucco-génitales, avec ou sans éjaculation dans la bouche ;
- o le degré de risque de transmission varie selon les pratiques non protégées. Les pénétrations anales et vaginales présentent un risque élevé pour les deux partenaires, la fellation un risque plus faible pour les deux partenaires (extrêmement faible en

l'absence de sperme, de sang et de tout autre IST), et le cunnilingus un risque quasi inexistant pour les deux partenaires en l'absence de sang (règles de la partenaire séropositive).

- Transmission sanguine par :

- o le partage de drogues, du matériel de préparation et d'absorption de drogues
- o un accident percutané, principalement par piqûre profonde, avec une aiguille creuse ayant par ailleurs récemment servi à un acte d'injection et/ou de prélèvement.

- Transmission mère enfant

- o *In utero* ou au moment de l'accouchement, surtout en l'absence de traitement antirétroviral chez la mère infectée.

o Transmission postnatale par l'allaitement

En France, le principal mode de contamination est la voie sexuelle.

En revanche, certaines pratiques ou circonstances de la vie quotidienne ne transmettent pas le VIH, mais peuvent faire l'objet de fausses croyances : embrasser une personne vivant avec le VIH (y compris sur la bouche), boire dans le verre d'une personne infectée ou lui serrer la main, caresser, se masturber, être hospitalisé dans le même service qu'une personne infectée par le VIH, utiliser des toilettes publiques, piqûres de moustique.

Il existe aussi des conditions de prise de risque, des pratiques à risque et des situations qui peuvent augmenter le risque de transmission du VIH, en l'absence de protection, mais probablement exceptionnellement abordée en consultation de ville :

- relations sexuelles anonymes (rencontre par Internet, dans un sauna, etc.) non protégées ;
- relations sexuelles avec échanges sanguins, partage de jouets sexuels ;
- pratiques traumatisantes ou forcées en présence de sang ;
- relations sexuelles avec une ou des personnes infectées par une IST : toute ulcération, inflammation et IST (herpès, syphilis ou chancre mou) augmente également

le risque de transmission du VIH du fait de la présence d'érosions au niveau de la muqueuse génitale ;

- pratique du dry sex (assèchement vaginal dans certaines cultures africaines), d'irrigations vaginales.

La prise de risque est variable et peut être liée à des facteurs personnels :

- manque d'information ;
- perception négative du préservatif, difficultés sexuelles masculines ;
- difficultés à communiquer sur son orientation sexuelle, son statut sérologique ou celui de son partenaire ;
- attitude compulsive face à la sexualité ;
- état émotionnel (anxiété, dépression, isolement psychoaffectif) ;
- mode de vie, consommation des substances récréatives et psychoactives, partenaires multiples et absence de protection des rapports sexuels ;
- épisodes de fragilité de la vie de couple (début de la relation, rupture...) ;
- désir de procréation.

Il est recommandé :

- Les risques de transmission du VIH (et des autres IST) peuvent être abordés par le médecin généraliste :

... lors de la prescription d'un test de dépistage du VIH (cf. question dépistage) (Accord fort sur le caractère approprié)

... lors de la remise d'un résultat d'un test de dépistage d'une IST ou du VIH (Accord fort sur le caractère approprié)

... lors d'une consultation à motif gynécologique (contraception, IVG, vaccination VHB, HPV, etc.) (Accord fort sur le caractère approprié)

... lors de la délivrance de conseils de prévention (Accord fort sur le caractère approprié)

... lorsque l'anamnèse retrouve une notion d'exposition à un risque de transmission du VIH (Accord fort sur le caractère approprié).

- Les risques de transmission du VIH (et des autres IST) peuvent être abordés par le médecin généraliste avec une personne dont le partenaire est infecté par le VIH, avec l'accord de ce dernier (Accord fort sur le caractère approprié).

- Lors des entretiens, il est important que les échanges entre le médecin de ville et le patient puissent se faire dans un climat de confiance, de respect, sans jugement, sans culpabilisation, et ce, quelles que soient les pratiques du patient et sa conception de la sexualité (Accord fort sur le caractère approprié).

- L'information délivrée par le médecin de ville sera adaptée au niveau de compréhension de la personne, en utilisant un langage que la personne peut comprendre (Accord fort sur le caractère approprié).

- Le médecin de ville abordera le sujet en tenant compte des considérations épidémiologiques, c'est-à-dire en ciblant plus particulièrement (Accord relatif sur le caractère approprié) :
 - o les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ;
 - o les femmes et les hommes originaires d'Afrique sub-saharienne ;
 - o les personnes résidant dans les départements français d'Amérique et en Ile-de-France ou originaires de ces régions ;
 - o les personnes ayant ou ayant eu des pratiques sexuelles à risque ;
 - o les usagers ou ex-usagers de drogue ;
 - o les adolescents.

3.3.2.2. Quelle intervention préventive le médecin de ville peut-il effectuer lorsque le test de dépistage pour le VIH est négatif ?

Lorsque le résultat est négatif, la consultation de rendu du résultat est un moment propice pour aborder les moyens de prévention (préservatifs masculins et féminins pour les risques sexuels, et matériel d'injection stérile pour les usagers de drogues).

Selon une étude de l'ORS PACA, le dépistage est réalisé de manière presque systématique lors de bilans pré-nuptiaux, pré-nataux, il est également prescrit sur signes

d'appel (IST) ou à la demande du patient. Certains médecins se limitent à ces cas-là, alors que d'autres prescrivent aussi des tests lors d'une première contraception, lors d'un bilan réalisé pour un autre motif, ou pour des personnes jugées à risque (jeunes, personnes récemment divorcées, toxicomanes, etc.). Mais l'étude montre aussi la difficulté pour certains médecins de parler du VIH lorsque le patient n'est pas demandeur. Ainsi, certains médecins ne font jamais de prévention de leur propre initiative et ont tendance à banaliser le test VIH, toujours négatif, qu'ils prescrivent comme n'importe quel autre examen clinique. La démarche préventive est difficile pour nombre d'entre eux et aborder la sexualité peut être considéré comme un véritable obstacle pour certains.

Lorsque le médecin de ville remet des résultats du test de dépistage au patient, c'est l'occasion d'évoquer la sexualité de la personne, de faire un point sur les modes de transmission (du VIH et des autres IST), les pratiques à risque et d'effectuer une intervention de prévention.

Il est recommandé :

- Le counseling post-test individuel réalisé par le médecin généraliste auprès d'une personne dont le résultat du dépistage VIH est négatif doit permettre ...

... de souligner qu'un résultat négatif n'est pas un indicateur d'immunité ou de résistance à l'infection (Accord fort sur le caractère approprié)

... d'évaluer si un test de dépistage ultérieur est nécessaire (Accord fort sur le caractère approprié)

... d'envisager la vaccination contre le VHB (si la sérologie est négative) (Accord fort sur le caractère approprié)

... d'encourager la personne à adopter et à maintenir des comportements à risque réduits (utilisation de préservatifs) (Accord fort sur le caractère approprié)

... d'aborder les obstacles à l'adoption de comportements à risque réduits (alcoolisation aiguë, drogues, dépendances, causes des réticences à l'utilisation des préservatifs, etc.) (Accord fort sur le caractère approprié)

... de lutter contre des idées reçues : par exemple, être séronégatif pour le VIH ne veut pas dire que son partenaire l'est aussi (Accord fort sur le caractère approprié)

... d'informer les personnes de l'existence de structures et services médicaux ou associatifs appropriés (notamment les services de téléphonie type Sida Info Service) qui pourrait les aider dans leur démarche de prévention (Accord fort sur le caractère approprié)

3.3.2.3. Quelles informations et quel accompagnement le médecin généraliste peut-il proposer dans le cadre du traitement de post-exposition (TPE) aux personnes exposées à un risque de transmission sexuelle du VIH ?

Un traitement post-exposition peut être proposé à certaines personnes ayant été exposées à un risque de contamination, et ce, après évaluation du risque, par un médecin référent. La place du médecin traitant y est réduite, mais le médecin généraliste peut être amené à répondre à des questions du patient, apporter des informations complémentaires, voire être impliqué dans le suivi (modalités de la prise du traitement, effets indésirables, dépistage des IST, sérologie VIH 3 mois après l'accident, contraception d'urgence, test de grossesse....).

La circulaire du 13 mars 2008 représente actuellement en France le texte de référence. Mais la prise en charge sur le terrain pose des difficultés. La connaissance du dispositif, notamment par les personnes infectées par le VIH, leurs partenaires et les professionnels de santé non hospitaliers, paraît insuffisante. Les CDAG et la médecine non hospitalière pourraient être impliquées, pour accélérer la prise en charge et simplifier l'accès au dispositif.

Pour rappel, le dispositif comporte les éléments suivants :

- aux heures ouvrables, le dispositif repose sur les consultations externes des hôpitaux qui assurent habituellement le suivi des patients infectés par le VIH (dont certains CDAG hospitaliers) ; accueil sans rendez-vous, pendant les horaires normaux de la consultation,
- aux heures non ouvrables, il repose sur les services d'accueil des urgences. Il est prévu que les urgentistes puissent solliciter un avis téléphonique auprès d'un médecin référent.

Le dispositif prévoit :

- une prescription initiale du traitement de post-exposition (TPE) dans le cadre de l'urgence, par un médecin urgentiste ;
- une réévaluation de son bien-fondé dans les 48-72 heures par un médecin référent ;
- une prise en charge concomitante du risque de transmission du VHB et du VHC et de la syphilis ;
- la possibilité de prescription de la pilule du lendemain en l'absence d'autre contraception.

La prescription d'un TPE répond à des indications précises (cf. rapport d'experts).

Lorsque la mise en route d'un TPE est décidée (par le médecin référent ou par l'urgentiste), il doit être débuté le plus rapidement possible (au mieux dans les 4 heures qui suivent l'exposition, au plus tard jusqu'à 48 heures).

Aucune littérature n'a été retrouvée sur la place du médecin de ville dans le cadre du dispositif de délivrance du TPE. La recommandation repose donc sur un accord professionnel.

Il est recommandé :

- Le médecin généraliste doit ...

... connaître les indications du TPE, pour orienter sans délai et sans test de dépistage, les personnes qui sont exposées à un risque de transmission du VIH (Accord relatif sur le caractère approprié)

... expliquer aux personnes ayant été exposées à un risque de contamination par le VIH que le TPE est possible dans certaines conditions (Accord fort sur le caractère approprié)

... mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que le traitement soit débuté le plus rapidement possible (au mieux dans les 4 heures qui suivent l'exposition, au plus tard jusqu'à 48 heures) (Accord fort sur le caractère approprié)

... orienter le patient vers un médecin référent ou un urgentiste pour initier une prophylaxie antirétrovirale (Accord fort sur le caractère approprié)

... orienter sur le médecin référent en cas d'effet indésirable (Accord fort sur le caractère approprié)

... saisir l'occasion du TPE pour discuter des modes de transmission et des pratiques à risques (Accord fort sur le caractère approprié)

... expliquer la nécessité d'un test de dépistage 3 mois après la fin du traitement et s'assurer que cela est fait (Accord fort sur le caractère approprié).

... informer les personnes de l'existence de structures et services médicaux ou associatifs appropriés (notamment les services de téléphonie type SIDA Info Service : 0 800 840 800, service anonyme et gratuit) si le patient se pose des questions ou désire avoir une brochure (Accord fort sur le caractère approprié).

3.3.2.4. Proposition d'information et de prévention en matière de risque de transmission du VIH par voie sexuelle

L'implication du médecin généraliste dans la prévention de l'infection à VIH est essentielle et probablement insuffisante actuellement. Amener les médecins à intégrer la prévention dans leur pratique quotidienne constitue un objectif ambitieux qui ne saurait être atteint par la simple diffusion de recommandations mais aussi en agissant sur la formation.

Des propositions sont présentées en Annexe 4. Elles ont été émises par un sous-groupe du GP qui s'est appuyé sur des experts extérieurs. Elles ne rentrent pas strictement dans le cadre du présent CF car elles n'ont pas été cotées par le GC ni visées par le GL. Le Groupe de Pilotage a souhaité néanmoins les faire figurer dans le présent document.

3.3.3. Médecin de ville et soins spécifiques aux patients infectés par le VIH

Le groupe de pilotage du CF a délibérément exclu de son champ de travail la rédaction de recommandations techniques chaque fois qu'elles existent déjà. C'est le cas de la

prise en charge des personnes infectées par le VIH qui fait l'objet d'un rapport d'experts mis à jours tous les 2 ans, auquel les médecins de ville sont invités à se référer (3).

3.4. Organisation de la prise en charge en médecine de ville

Il est nécessaire d'inciter à des modalités particulières d'organisation de la prise en charge en ville afin que celle-ci puisse s'adapter aux enjeux actuels de l'épidémie et à la demande des patients.

En particulier, cette organisation doit permettre des pratiques collaboratives, des formations, une harmonisation et une évaluation des pratiques professionnelles. De plus, cette organisation de la prise en charge doit permettre un investissement des médecins, pour les deux types de missions décrites. Le vieillissement et le non-renouvellement de médecins s'impliquant fortement dans la prise en charge de l'infection par le VIH redonnent une actualité certaine à la question de la valorisation de l'investissement souhaité. En pratique, cela signifie la prise en compte des compétences et du temps nécessaires. Il est donc envisagé dans ce chapitre successivement les acteurs et leur organisation, la valorisation ainsi que l'harmonisation des pratiques professionnelles.

3.4.1. Acteurs et modalités d'organisation

La nécessité d'une prise en charge globale de l'infection par le VIH requiert de plus en plus l'implication d'acteurs différents, la bonne articulation du domaine sanitaire et social, de la ville et de l'hospitalier.

Sur ce thème, une bibliographie assez importante permet de documenter la valeur ajoutée des pratiques collaboratives. Ce chapitre permet d'évoquer divers types d'organisation des pratiques professionnelles et de mettre l'accent sur quelques acteurs, en particulier associatif.

La nécessité d'une démarche pluridisciplinaire

La qualité des soins prodigués aux personnes vivant avec le VIH est sensiblement meilleure lorsqu'elle est intégrée dans une démarche globale de soins (29;30).

Plusieurs études montrent que les performances en matière de prise en charge sont meilleures lorsqu'elles s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire incluant médecin

entraîné, infirmier, psychologue, travailleur social et ce pour tous les marqueurs de qualité de soins (8;29). Un rapport de la HAS établit que l'exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôles de santé et centre de santé améliore la qualité des soins (31).

Diverses formes de cette approche pluridisciplinaire existent, tant en France qu'à l'étranger. Elle peut, par exemple, être mise en place dans une unité de lieu à l'hôpital (service hospitalier conventionnel et hôpital de jour) ou en ville, sur plusieurs lieux avec une organisation en réseaux.

A l'échelle de la région, les COREVIH ont une mission de coordination des acteurs et d'harmonisation des pratiques.

*** L'exemple canadien des cliniques médicales**

Des cliniques médicales spécialisées dans le dépistage, le traitement et le suivi des personnes vivant avec le VIH, atteintes d'hépatite ou de maladies sexuellement transmissibles ont été mises en place dans les zones urbaines notamment au Canada dans les années 1990. Elles regroupent des médecins généralistes et spécialistes, des psychologues, des infirmiers, des nutritionnistes, et intervenants sociaux. Ils travaillent soit avec une pharmacie extérieure ayant une expertise professionnelle dans le domaine du VIH et des infections sexuellement transmissibles, soit avec une pharmacie intégrée. L'action de ces cliniques médicales ou des maisons médicales vise à une approche globale de la maladie, avec prise en charge simultanée des aspects médicaux, psychologiques et sociaux, intégrant l'aspect curatif, préventif, palliatif, et la promotion de la santé.

* **En France**, il existe des modes de prise en charge adaptés aux plus démunis et aux patients en situation de vulnérabilité et permettent une meilleure prise en charge de ces personnes : Permanences d'Accès aux Soins de Santé, micro-structures, associations de santé communautaires... Ce type de prise en charge est

particulièrement adapté aux zones urbaines à forte prévalence VIH et de grande précarité sociale.

Lorsque ce type de prise en charge pluridisciplinaire est mis en place, il n'y a pas de différence significative dans la qualité des soins selon que le patient est suivi en ville ou en hôpital de jour spécialisé (8).

Parmi les caractéristiques retenues de ce type de prise en charge, on met en évidence :

- l'accessibilité,
- la continuité des soins,
- la coordination,
- la complémentarité des services rendus au patient.

Les démarches de travail en réseau et en "binôme"

La prise en charge multi-disciplinaire des patients infectés par le VIH peut être réalisée à travers un véritable réseau ville-hôpital ou dans le cadre d'un travail en binôme entre un médecin de ville et une unité spécialisée à l'hôpital. Les avantages de ce type de prise en charge sont d'améliorer l'accès aux soins, d'améliorer le dépistage et la prévention, de diminuer les coûts et la charge de travail d'hôpitaux surchargés.

Le travail en réseaux

La notion de **réseau ville-hôpital** a été instituée de manière administrative en France (circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991) et a pris le VIH/SIDA comme substrat, à partir de réseaux informels nés en région parisienne et dans d'autres régions françaises à forte prévalence. On a progressivement assisté à l'apparition d'une véritable organisation multidisciplinaire regroupant l'ensemble des spécialités médicales et paramédicales pour assurer la prise en charge des patients. Ils se sont pour la plupart constitués en associations loi 1901 avec un degré important de militantisme. Le contexte était certes fort différent par rapport à aujourd'hui où nombre de réseaux ville-hôpital ont disparu. Ceux qui subsistent ont évolué avec les pathologies et le contexte psycho-social et ont souvent des orientations précises : substitution médicamenteuse

des usagers de drogues, difficultés d'accès aux soins, vulnérabilité, précarité, spécificités des migrants. Parmi les acquis de ce type d'organisation en réseau, il faut citer l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire efficace entre médecine de ville et médecine hospitalière et la reconnaissance de la spécificité et de la complémentarité de chacun (32).

Les réseaux ville-hôpital se sont appuyés dès leur création sur la présence de médecins de ville à l'intérieur même des services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge du VIH/SIDA. Cette intégration dans les équipes hospitalières leur a permis d'acquérir le degré d'expertise nécessaire à une prise en charge de qualité. Elle a également permis de mieux intégrer les pratiques extra-hospitalières à l'intérieur des services hospitaliers. Actuellement l'état des lieux des réseaux, tant quantitativement que qualitativement, est variable. Cette organisation reste fragile et de visibilité faible. L'information sur l'existence et les activités des réseaux est insuffisante et les COREVIH pourraient contribuer à l'améliorer.

La démarche de travail en binôme

Le médecin traitant, choisi par le patient, est partenaire de la prise en charge, le plus souvent dans le cadre d'un travail "en binôme" avec un médecin spécialisé. Il devient un véritable acteur dans le soin en conservant ses prérogatives de médecin de soins de santé primaire. Il s'agit alors d'une forme particulière de travail en réseau.

Le dispositif du "médecin traitant" s'intègre pleinement dans cette démarche qui est appelée à se développer. En effet, la place du médecin de premier recours est essentielle dans la prise en charge de l'infection VIH pour apporter les soins appropriés dans des domaines comme la dépression, le diabète, l'hypertension ou l'hyperlipidémie (29).

Des pays comme l'Angleterre ont développé des initiatives de coordination de soins entre généralistes et unités spécialisées, assurant compétence et confidentialité (33).

Ce type de démarche de travail "en binôme" a été fructueux dans la prise en charge d'autres maladies chroniques, comme l'asthme et le diabète et elle semble également adaptée à l'infection par VIH (9).

Les acteurs

Même si de nombreux acteurs, tant dans le domaine sanitaire que social sont nécessaires à cette démarche pluridisciplinaire, seuls les médecins de ville et les acteurs associatifs sont évoqués ici.

Les médecins de ville

Les médecins de ville impliqués dans la prise en charge de l'infection par le VIH sont le plus souvent des médecins généralistes et la plupart d'entre eux ont le statut de médecin traitant de ces patients infectés par le VIH. Il est indispensable que ces médecins traitants participent pleinement à la prise en charge de leurs patients, au minimum dans leurs missions de soins de santé primaires et de coordination des soins mais aussi, comme défini plus haut, dans le cadre de missions avancées pour ceux qui le souhaitent.

Les acteurs associatifs

L'action associative occupe une place centrale au sein de la lutte contre le sida en France et participe à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH (cf. annexe 3). Certaines des actions menées par ces associations peuvent être utiles aux patients et aux personnes concernées par le VIH dans le cadre de la prise en charge en ville. La connaissance de celles-ci par les médecins de ville est utile. En particulier :

o Les permanences des associations

Elles peuvent se tenir dans les locaux des associations, dans des lieux de soins ou d'autres lieux fréquentés par les personnes vivant avec ou concernées par le VIH. Elles offrent des entretiens personnalisés et un soutien aux personnes sur des questions aussi diverses que la prévention après une prise de risque, une aide à la prise des traitements, à l'acquisition de droits (séjour pour soins, couverture sociale), l'accès au logement. Elles assurent également la diffusion d'information et de matériel de prévention.

o Les médiateurs, issus ou proches de communautés de personnes en situation précaire et ayant des difficultés à accéder à la prévention, aux soins et aux droits agissent comme "agents de liaison" entre les personnes et les institutions. Ils peuvent favoriser l'accès aux soins des personnes ayant des difficultés de logement ou d'accès

aux droits. Ils peuvent faciliter l'acceptation du dépistage et d'une prise en charge médicale. Le cas échéant, ils peuvent accompagner physiquement les personnes dans leurs démarches médicales ou administratives.

o **Les actions de santé collectives** menées en dehors des établissements de soins (ateliers santé, université des personnes en traitement, réunions publiques d'information), avec la participation des équipes soignantes, permettent la rencontre et l'échange entre les malades et les soignants. Ces réunions participent au soutien des personnes malades et l'amélioration de l'observance.

o **La conception et la diffusion de documents d'informations** (prospectus, brochures, périodiques comme Le Journal du Sida (Arcat), InfoTraitements (Actions Traitements), Protocoles (Act Up-Paris), Remaides (AIDES), guide gratuit d'information sur le VIH du journal TETU ...). L'élaboration de ces documents avec ou par des personnes vivant avec ou concernées par le VIH favorise leur lecture et leur appropriation. La diffusion de ces publications devrait être généralisée dans tous les lieux dans lesquels les personnes vivant avec le VIH sont susceptibles de se rendre afin de diversifier les sources d'information disponibles. Elles sont aussi une source d'information pour les soignants.

Il est recommandé :

- La prise en charge des personnes vivant avec le VIH doit être multidisciplinaire et globale, intégrant les aspects thérapeutiques, psychologiques, préventifs et sociaux. Elle doit de plus intégrer l'aspect de la promotion pour la santé :

... Le médecin de ville doit prendre en charge un patient infecté par le VIH en partenariat avec d'autres acteurs de soins (Accord fort sur le caractère approprié)

... Le patient peut choisir, en concertation avec son médecin, son mode de prise en charge, en ville ou à l'hôpital, en fonction de son mode de vie, de son histoire personnelle et des offres de soins (Accord fort sur le caractère approprié)

- Les médecins de ville impliqués dans la prise en charge des patients VIH doivent connaître les associations et leurs activités sur le territoire d'exercice, tant dans les

structures de soins ou de prise en charge médico-sociale qu'en ville. (Accord fort sur le caractère approprié).

- Les patients suivis dans un centre hospitalier de référence pour leur infection par VIH bénéficieront d'une meilleure qualité de soins, si leur prise en charge est faite en collaboration avec un médecin généraliste (Accord fort sur le caractère approprié)

- La prise en charge d'un patient vivant avec le VIH peut être effectuée :

... par un médecin de ville impliqué dans la prise en charge des patients VIH, en collaboration avec les structures hospitalières, dans le cadre d'un réseau ville-hôpital (Accord fort sur le caractère approprié)

ou

... en ville dans des unités de soins de type "centre de santé", multidisciplinaires, regroupant des médecins généralistes et/ou spécialistes impliqués dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, des psychologues, des infirmiers, des nutritionnistes et des intervenants sociaux. Ces centres de santé permettent une prise en charge globale et intégrée du patient (Accord relatif sur le caractère approprié)

- Les médecins de ville impliqués dans la prise en charge des patients VIH doivent pouvoir mettre à disposition de leurs patients vivant avec le VIH une information sur les associations (coordonnées associatives, brochures et publications, actions) (Accord fort sur le caractère approprié).

3.4.2 Valorisation de l'activité de prise en charge des patients infectés par le VIH en médecine de ville

Ce chapitre évoque successivement les raisons, les critères et les modalités possibles d'une valorisation de l'activité de prise en charge des patients infectés par le VIH en médecine de ville.

3.4.2.1 Pourquoi faut-il valoriser cette activité ?

Le système de santé français doit permettre une implication de la médecine de ville différente et plus importante qu'elle ne l'est aujourd'hui. C'est un enjeu primordial pour deux raisons. La première tient à la nécessité d'adapter l'offre de prise en charge aux nouvelles caractéristiques de la maladie qui est devenue une maladie chronique. La deuxième raison est de contribuer à diminuer le nombre de personnes dépistées à un stade avancé.

Nous sommes actuellement à une période "charnière" marquée par le vieillissement des quelques médecins de ville "pionniers" qui se sont impliqués dans cette prise en charge souvent depuis le début de l'épidémie et - pour l'instant - le peu de renouvellement et d'investissement de nouveaux professionnels. Afin que le patient puisse encore trouver en ville des médecins assurant les missions décrites plus haut comme "avancées", il est nécessaire de répondre à la question de la valorisation de cette activité.

En France, depuis l'apparition de l'épidémie de VIH/sida, la création d'unités hospitalières spécialisées s'est le plus souvent faite avec l'implication de médecins de ville sous la forme de vacations, de consultations et de participation active aux réunions d'équipes. Cela a contribué à la constitution et à la reconnaissance d'un corps de médecins qui a acquis des compétences dans le domaine du VIH/sida et à une meilleure prise en charge collaborative entre la ville et l'hôpital.

La nouvelle gouvernance de l'hôpital, son nouveau mode d'organisation et de financement conduisent parfois, en fonction des arbitrages des directions hospitalières (hôpital/pôle/service) à la disparition des vacations de médecins de ville. Cela nuit au remplacement des médecins partant à la retraite.

Aujourd'hui, nous sommes face à une véritable crise dans la prise en charge du VIH/sida en médecine de ville :

- de plus en plus de praticiens quittent ce champ d'activité pour se consacrer à d'autres activités,
- il devient impossible d'exercer cette activité à plein temps,
- la prise en charge des patients infectés par le VIH implique une charge de travail trop importante et n'est pas rémunérée en conséquence. La non-reconnaissance du temps et de l'expertise conduit les médecins qui pratiquent dans ce domaine à n'en faire qu'une partie de leur activité,
- le temps consacré à ces patients est en moyenne de 20 à 30 mn par consultation, alors qu'il est de 6 à 12 mn en moyenne pour la plupart des pathologies courantes,

- s'il y a moins de nouveaux praticiens de ville, le nombre de patients traités s'accroît avec l'augmentation de l'espérance de vie grâce aux traitements hautement actifs,
- il est nécessaire de trouver des mesures incitatives à la prise en charge du VIH/sida. Cela peut passer par une revalorisation de l'acte à la hauteur de l'intensité du travail que nécessite cette pathologie,
- le profil des patients infectés par le VIH s'est progressivement modifié (maladie chronique, patients plus habitués à une prise en charge en médecine de ville, comorbidités liées au vieillissement, etc.), ce qui justifie le développement de la prise en charge en médecine de ville.

L'enjeu est de taille pour maintenir un nombre suffisant de praticiens compétents et garantir ainsi une bonne qualité de soins des patients (34).

En résumé, cette activité de médecine de ville nécessite du temps, des compétences, des pratiques partenariales et des formations actualisées. La valorisation de cette activité peut prendre différentes formes : aspects financiers, formation ou encore autorisation de prescription des ARV. C'est pour l'ensemble de ces raisons que le consensus formalisé a de nouveau étudié cette question, certes ancienne mais qui se pose aujourd'hui avec une nouvelle acuité.

Il est recommandé :

- de valoriser l'activité du médecin de ville qui s'implique dans la prise en charge du VIH/SIDA (Accord fort sur le caractère approprié).

3.4.2.2 Sur quels critères valoriser ?

La compétence dans le domaine du VIH/sida augmente de façon significative avec le degré d'expérience clinique des médecins (11;35).

Plusieurs études américaines ont comparé les performances en matière de prise en charge du VIH/SIDA de différents groupes de médecins :

- médecins généralistes non experts,
- médecins généralistes experts,

- spécialistes de maladies infectieuses.

Dans ces études les critères d'évaluation de la qualité des soins étaient :

- taux de patients sous traitement antirétroviral, en fonction de leur taux de lymphocytes CD4 et de leur charge virale,
- taux d'indélectabilité de la charge virale,
- taux de dépistage de la tuberculose,
- recherche de l'hépatite C,
- dépistage du cancer du col de l'utérus,
- prophylaxie de la pneumocystose si nécessaire,
- vaccination antigrippale,
- surveillance au moins tous les 3 à 4 mois.

De manière générale, on retrouve une différence significative entre généralistes non experts et experts (meilleur score pour ces derniers) mais des scores comparables entre généralistes experts et spécialistes de maladies infectieuses (9;11;30;36). Les médecins de ville qui se déclarent "experts en VIH" ont en commun de suivre un nombre important de patients infectés par le VIH (entre 50 et 200).

Les généralistes experts voient en moyenne plus de patients infectés par le VIH et passent plus de temps auprès d'eux que les spécialistes en maladies infectieuses (9).

La qualité des soins est d'autant meilleure que le niveau d'expérience et la formation du médecin de ville sont élevés (8;14;29;37), en particulier pour les malades les plus immunodéprimés (lymphocytes CD4 < 200 /mm³).

Les médecins généralistes entraînés qui prennent en charge un nombre significatif de patients continuent à se former et à améliorer leur niveau de connaissance (8).

D'autres études ont montré que d'autres critères objectifs peuvent être utilisés pour reconnaître une compétence particulière dans le domaine de l'infection VIH, comme :

- la participation régulière à des conférences sur le VIH/SIDA,
- une participation volontaire aux sessions de formation continue ou à des staffs avec leurs pairs (9).

Il est démontré que les médecins généralistes qui s'identifient eux-mêmes comme experts en VIH peuvent avoir des niveaux de connaissance, des niveaux de formation médicale continue similaires à ceux des spécialistes en maladies infectieuses (9).

En résumé, les membres du groupe de pilotage ont identifié les critères suivants comme pouvant être utilisés pour valoriser l'activité des médecins de ville qui s'impliquent dans la prise en charge de patients infectés par le VIH :

- prendre en charge de façon régulière au moins 20 patients infectés par le VIH,
- comptabiliser au moins 30 heures de FMC accréditées dans le domaine au cours des deux dernières années,
- validation des connaissances par une société savante tous les 2 ans (34).

Il est recommandé :

- L'expérience personnelle en matière de dépistage et de traitement des comorbidités et des infections opportunistes et le travail en lien avec les autres professionnels du champ de l'infection par le VIH sont des pré-requis nécessaires pour prendre en charge un patient vivant avec le VIH.

L'évaluation des pratiques d'un médecin de ville en matière de prise en charge du VIH repose sur :

... le respect des recommandations quant au moment où le traitement antirétroviral doit être débuté en fonction des critères cliniques et du taux de CD4 (Accord fort sur le caractère approprié)

... la proportion de patients ayant une charge virale indétectable, compte tenu du profil de patients suivis par le médecin (Accord relatif sur le caractère approprié)

... la connaissance des signes évocateurs de maladies opportunistes (Accord fort sur le caractère approprié)

... le respect des recommandations en matière de prophylaxie des infections opportunistes, de prise en charge des co-morbidités, de suivi gynécologique chez les femmes infectées par le VIH et de la fréquence des contrôles biologiques (Accord fort sur le caractère approprié)

... les crédits de validation des formations médicales continues ciblées sur le VIH (Accord relatif sur le caractère approprié).

- La valorisation de la consultation VIH en médecine de ville repose sur les critères suivants :

... la démarche de formation continue (Accord fort sur le caractère approprié)

... le travail en réseau ou en lien avec les autres professionnels (Accord relatif sur le caractère approprié)

... la participation à des réunions de concertation pluridisciplinaire (Accord relatif sur le caractère approprié)

... la participation régulière à des réunions et/ou conférences scientifiques sur la prise en charge du VIH (Accord relatif sur le caractère approprié).

3.4.2.3. Comment valoriser cette activité ?

La valorisation de l'activité de prise en charge des patients infectés par le VIH en médecine de ville peut s'envisager sous 2 aspects : valorisation financière et reconnaissance de la prescription des antirétroviraux.

Valorisation financière

Historiquement, des praticiens de divers horizons se sont impliqués dans la prise en charge de l'infection par le VIH (maladies infectieuses, médecine interne, médecine générale, dermatologie, oncologie, gynéco-obstétrique, allergologie, immunologie...). Les médecins de ville qui s'impliquent dans la prise en charge de maladies chroniques "lourdes" (oncologie, soins palliatifs, diabète compliqué, précarité, VIH, etc.) ne reçoivent pas d'indemnisation spécifique actuellement.

La rémunération forfaitaire annuelle de 40 euros/patient en ALD versée au médecin traitant ne couvre pas le temps passé auprès de certains d'entre eux.

On pourrait donc imaginer soit la cotation d'un acte dit "lourd" selon des critères objectifs à définir ou une indemnisation forfaitaire au prorata du nombre de patients pris en charge, quitte à remettre en question "le paiement à l'acte" fondateur du système libéral français.

Reconnaissance de la prescription des antirétroviraux

Les modalités de prescription et de dispensation des antirétroviraux sont très particulières :

- la prescription initiale doit être hospitalière,
- si le renouvellement de la prescription peut être fait par un médecin de ville, un renouvellement hospitalier doit être fait au moins une fois par an,
- il existe une possibilité de double dispensation (ville et hôpital) des antirétroviraux, option existant uniquement pour cette classe médicamenteuse,
- les nouveaux médicaments ne sont souvent disponibles qu'à l'hôpital, limitant les possibilités de prescription du médecin de ville.

Ces dispositions, malgré leur intérêt indéniable, créent des situations paradoxales : un même médecin peut ou non prescrire des ARV selon qu'il rédige sa prescription dans le service hospitalier où il est vacataire ou dans son cabinet. Cet état de fait a pu contribuer à décourager certains médecins de ville.

Il est recommandé :

La valorisation de la consultation VIH en médecine de ville est nécessaire, par la création d'un forfait ou d'une lettre clé spécifique, comme cela est proposé pour d'autres pathologies chroniques (oncologie, maladies dégénératives, diabète...) (Accord relatif sur le caractère approprié).

Un médecin de ville qui assure une vacation à l'hôpital dans un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge des patients VIH ou qui participe régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire organisées par ce service :

...devrait avoir la possibilité de faire une primo-prescription à son cabinet en ville (Accord fort sur le caractère approprié)

...devrait avoir la possibilité de modifier une prescription à son cabinet en ville (Accord fort sur le caractère approprié)

...devrait continuer à pouvoir renouveler une prescription à son cabinet en ville (Accord fort sur le caractère approprié).

3.4.3. Harmonisation et amélioration des pratiques professionnelles des médecins de ville pour la prise en charge du VIH

Pour ne pas faire perdre de chances aux personnes vivant avec le VIH, il est nécessaire d'harmoniser les pratiques de prise en charge de ces patients afin qu'elles soient conformes aux recommandations existantes.

L'ensemble des médecins impliqués dans toutes les étapes de la prise en charge globale du patient est concerné par l'harmonisation des pratiques professionnelles.

L'harmonisation des pratiques professionnelles peut s'appuyer sur les outils existants dans le domaine du VIH (comme le rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH) ou dans d'autres domaines.

Actuellement, les recommandations de pratiques professionnelles et divers documents ou guides d'information, la formation, les pratiques collaboratives et l'évaluation des pratiques professionnelles contribuent à l'harmonisation et à l'amélioration des pratiques professionnelles. Les aspects concernant la formation ne seront pas repris dans cette partie (cf. paragraphe 3.2.2.).

En France, la SFLS se propose de regrouper tous les professionnels exerçant dans le champ du VIH/SIDA. Parmi les actions qu'elle organise, on peut citer :

- les formations continues pluridisciplinaires,
- la démarche de l'EPP qui permet à ses membres d'améliorer leurs pratiques sur des critères objectifs validants pour la FMC,
- les regroupements réguliers favorisant la transversalité des professionnels œuvrant dans le champ du VIH/SIDA.

Ces actions permettent aux professionnels investis d'acquérir des connaissances grâce aux multiples échanges qu'elles favorisent.

Aux États-Unis, l'American Academy of HIV Medicine (AAHIVM) compte 1 700 membres (38 % sont internistes, 33 % infectiologues et 20 % médecins généralistes) (34).

Ce type de sociétés savantes peut permettre la reconnaissance d'une compétence spécifique dans le champ du VIH/SIDA et contribuer à fixer des critères de valorisation de cette activité - tant en ville qu'à l'hôpital.

3.4.3.1. Les recommandations de pratiques professionnelles

Il s'agit notamment du rapport "Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH" actualisé régulièrement (3) et du "guide pour les médecins" lié à l'ALD VIH (HAS, 2007) (4).

En dehors de ces recommandations, il existe d'autres guides ou documents, qui bien que n'ayant pas fait l'objet d'une élaboration consensuelle comme les premières peuvent favoriser l'harmonisation des pratiques. Il s'agit, par exemple :

- de guides de prise en charge thématiques ou généralistes sur les questions thérapeutiques,
- de guides pour la prise en charge de populations particulières (Comède),
- de guides pratiques pour aider le médecin de ville à remplir tel ou tel formulaire nécessaire à la prise en charge de PVVIH (protocoles de soins ALD, reconnaissance du handicap et demande de prestations financières (MDPH)),
- des guides et documents publiés par les associations.

Actuellement le rapport "Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH" est diffusé aux médecins prescripteurs d'ARV et biologistes spécialisés dans le domaine du VIH. Ces recommandations sont néanmoins vendues en librairie et consultables sur de nombreux sites internet. D'autres médecins, non prescripteurs d'ARV, étant néanmoins concernés, il pourrait être intéressant de diffuser ces recommandations de manière plus large. D'autre part il pourrait être intéressant de développer des recommandations pour des médecins de ville en fonction de leur niveau d'implication.

Les recommandations doivent parfois être rédigées de manière simplifiée sous forme de protocoles afin d'être plus facilement utilisables. Des sociétés savantes et réseaux se sont, à leur initiative, impliqués dans ce travail. A titre d'exemple, on peut citer les protocoles VIH du réseau Paris-Nord (<http://www.reseau-paris-nord.com/viroses.protocoles.VIH?php>). Actuellement, il n'existe pas de coordination dans l'élaboration de ces protocoles. Cela a pour conséquence que plusieurs réseaux produisent des protocoles (ou recommandations simplifiées) sur le même sujet. Des

améliorations sont nécessaires pour ajouter de la cohérence et de la fiabilité en regard des recommandations et une meilleure information et utilisation par les destinataires. De plus ces protocoles doivent être régulièrement revus et corrigés en tenant compte de l'évolution des connaissances. Cette coordination devrait se faire à un niveau national et être relayée et enrichie par des instances régionales. Ce rôle de coordination devrait être assuré par les structures existantes actuelles sans création d'instance supplémentaire.

3.4.3.2. Les collaborations dans la prise en charge des patients

Les pratiques partenariales sont largement évoquées dans ce consensus formalisé et ne sont donc que succinctement abordées au sein de ce chapitre.

Pour l'instant les lieux de ces pratiques collaboratives sont les réseaux, les COREVIH (cf encadré) et d'autres espaces moins formels comme les structures associatives de santé communautaire. Bien que primordiaux pour l'harmonisation de la prise en charge, ces espaces de concertation et de développement de pratiques coopératives restent fragiles.

Les pratiques partenariales participent à la diffusion des recommandations pour la pratique clinique et peuvent apporter une aide au médecin de ville confronté à des situations difficiles (annonce de séropositivité).

LES COREVIH

Pourquoi les COREVIH ?

Les caractéristiques de la pathologie VIH ainsi que le contexte dans lequel elle s'inscrit s'étant profondément modifiés depuis la lettre de 1987 instaurant les CISIH, il a été nécessaire d'adapter l'organisation de la prise en charge à ces changements.

L'instauration des COREVIH (coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH) en 2005 contribue à cette adaptation de l'offre aux besoins mais permet aussi, entre autres, du fait qu'elle repose sur un décret, de consolider l'organisation de la prise en charge.

De plus, l'instauration du cadre des COREVIH permet d'obtenir un noyau commun de fonctionnement entre les différentes régions et de favoriser une équité de la prise en charge sans enlever la richesse de la diversité.

Enfin, la formalisation des liens avec les institutionnels, tant avec la direction hospitalière, qu'avec les institutions : (ARH, DRASS et DDASS) contribue à favoriser un rapprochement entre le « terrain » et les « décideurs », contribuant à la mise en œuvre cohérente et pérenne des projets.

Qui et où ?

La composition des membres des COREVIH est une des évolutions principales par rapport aux CISIH. En effet, les COREVIH permettent de ***rapprocher le domaine sanitaire du social, l'hospitalier de l'extra-hospitalier et les associations de patients ou de soutien aux patients.***

Cette composition, moins hospitalo-centrée que les anciens CISIH, doit permettre de travailler sur des thèmes non ou mal abordés dans des organisations plus hospitalières. Par exemple, le dépistage tardif, les perdus de vue, les modalités de l'annonce ou encore l'aval de l'hospitalisation.

Le COREVIH ne se limite pas aux membres nommés. Ceux-ci sont des représentants de l'ensemble des acteurs de la région. Ils ont donc un rôle de porte-parole et de relais d'information auprès de leurs pairs. ***Ainsi, les professionnels investis en ville dans la prise en charge de l'infection par le VIH sont représentés au sein du COREVIH de leur région.*** Ils peuvent y transmettre des informations, des besoins ou des difficultés, voire des solutions. De plus, ils peuvent s'informer des actions du COREVIH dans leur région.

En raison de l'évolution du système de santé, il est apparu logique de positionner ces coordinations au niveau régional.

Quoi et Comment ?

Les COREVIH ont trois missions :

- favoriser la coordination des acteurs concernés sur leur territoire
- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, à l'évaluation de la prise en charge des patients et à l'harmonisation des pratiques
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients.

L'ensemble des textes réglementaires relatif aux COREVIH (décret, arrêtés et circulaires) sont accessibles sur les sites Internet du ministère ou encore de la SFLS.

Si le cadre vise à garantir un noyau commun de fonctionnement (bureau élu, rapport d'activité), il permet de laisser des marges de création à chaque COREVIH dans lesquelles il peut inscrire les priorités de la région et ses propres compétences.

Chaque COREVIH développe des « outils » différents. Afin de favoriser l'échange d'expériences et la transposition entre COREVIH, la SFLS, grâce au soutien de Sidaction, a mis en ligne une boîte à « outils » (www.sfls.aei.fr, rubrique COREVIH/Pratique/BAO). Elle donne une information sur les « outils » produits par les différents COREVIH ou élaborés par d'autres institutions ou structures mais pouvant leur être utiles. Cette boîte à outils est également un facteur d'information qui sera régulièrement enrichi et actualisé.

Quand ?

A l'heure actuelle, les COREVIH sont mis en place dans l'ensemble des régions. Ils sont essentiellement en train de définir leurs modalités de fonctionnement. En regard de leur mission de coordination, la mise en place d'un circuit d'information efficace et la liste de diffusion des acteurs représentés par les membres du COREVIH sont particulièrement importants et justifient, en partie, le financement de poste de secrétariat dans les COREVIH.

Pour en savoir plus:

www.sante.gouv.fr

www.sfls.aei.fr

et plus spécifiquement, le site Internet du COREVIH de chaque région

3.4.3.3. Évaluation des pratiques professionnelles

Les diverses modalités d'évaluation des pratiques contribuent à l'harmonisation de la prise en charge. Elles restent actuellement insuffisantes pour l'obtention d'une réelle pratique de prise en charge harmonisée.

Différents acteurs peuvent y contribuer, en encourageant les actions de communication et de formation auprès des médecins libéraux de leur territoire géographique, comme les URML ou les COREVIH qui, dans le cadre de leurs missions doivent œuvrer dans le sens d'une meilleure coordination des soins et une harmonisation des pratiques professionnelles dans leur zone d'exercice.

Certaines sociétés savantes se sont impliquées dans une démarche d'EPP, comme la SFLS qui a récemment produit un guide d'aide à l'EPP portant sur les AES.

D'une manière générale, appliquer les recommandations en médecine de ville implique, de la part du professionnel, la conscience qu'il a de ses difficultés et la capacité à faire une démarche favorisant une pratique harmonisée aux recommandations.

Il manque actuellement des outils simplifiés de communication relayés par des articles de presse médicaux qui donnent les grandes lignes des messages à faire passer.

Il est recommandé :

- La prise en charge des patients infectés par le VIH en médecine de ville nécessite l'élaboration de recommandations régulièrement actualisées destinées aux médecins généralistes dans le cadre de leurs missions de soins de santé primaire (Accord fort sur le caractère approprié)
- La prise en charge des patients infectés par le VIH en médecine de ville implique que les médecins de ville assurant des missions avancées s'appuient sur les

recommandations issues du rapport le plus récent "Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'expert" (Accord fort sur le caractère approprié)

- La rédaction des principales recommandations dans un format plus facilement utilisable par le médecin ville est nécessaire (Accord relatif sur le caractère approprié)

- Afin d'éviter la multiplicité des travaux sur un même sujet, une coordination de l'élaboration de ces recommandations simplifiées (ou protocoles) doit être mise en place au niveau national (Accord relatif sur le caractère approprié)

- Cette coordination nationale doit être assurée par les structures existantes sans mise en place d'instances supplémentaires (Accord fort sur le caractère approprié)

- Les acteurs nécessaires à cette coordination sont, notamment, les sociétés savantes, les COREVIH, les institutions et agences nationales, en particulier la HAS (Accord fort sur le caractère approprié)

- Le rapport "Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH" doit être mis à disposition facilement pour l'ensemble des médecins de ville impliqués (Accord relatif sur le caractère approprié)

- Les COREVIH participent à la mise à disposition des différents documents de recommandations et guides de bonnes pratiques professionnelles (Accord fort sur le caractère approprié)

- Les COREVIH pourraient, dans le cadre de leurs missions :

- inscrire à leur programme de travail annuel le développement, (la mise en place et le renforcement) des réseaux formels et informels (structures associatives, réseaux de soins) (Accord relatif sur le caractère approprié).

4. Points forts des recommandations

En 2009, la prise en charge des patients infectés par le VIH a atteint un niveau de complexité qui exige une expertise de plus en plus importante de la part des médecins qui l'assurent, du fait notamment :

- du nombre croissant de médicaments et de classes d'antirétroviraux,
- de la complexité de la gestion des échecs thérapeutiques,
- de la nécessité d'assurer une prévention primaire et secondaire de nouvelles complications liées ou associées à l'infection par le VIH et à son traitement (risques métaboliques, risques cardio-vasculaires, cancers, etc.),
- de la nécessité de maîtriser les interactions médicamenteuses avec les antirétroviraux.

Il faut par ailleurs tenir compte de :

- la nécessité de concevoir la prise en charge de façon globale, intégrant en particulier les aspects sociaux, psychologiques et familiaux,
- la nécessité d'accompagner les patients infectés par le VIH dans une maladie chronique (traitement de durée indéfinie, vieillissement, etc.),
- la nécessité d'améliorer le dépistage et le diagnostic précoces en France,
- l'évolution de la profession médicale : nouveaux modes d'exercice, nouvelle gouvernance et tarification à l'activité dans les hôpitaux, modification de la démographie médicale, rôle du milieu associatif.

On perçoit donc la nécessité de faire évoluer les modalités de la prise en charge de l'infection par le VIH, jusque-là très hospitalière, vers une prise en charge impliquant plus les médecins extra-hospitaliers. En première approche, nous désignons sous ce terme l'ensemble des médecins généralistes et ceux des médecins spécialistes de ville qui, du fait de leur spécialité (gynécologie, dermatologie, médecine interne...), peuvent être amenés à rencontrer des patients en premier recours.

L'implication des médecins extra-hospitaliers pourrait se traduire par une participation :

- plus active à l'information et à la prévention dans le domaine de l'infection par le VIH,
- plus importante à l'effort indispensable de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH à un stade plus précoce qu'actuellement,
- plus grande, au moins de certains médecins, à la prise en charge des patients infectés par le VIH.

L'objectif de ces recommandations est de redéfinir en 2009 ce que pourraient être les missions et les différentes modalités d'implication des médecins extra-hospitaliers dans la prise en charge de l'infection par le VIH.

Ces recommandations s'adressent à la fois aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes de ville concernés par l'accueil de patients exposés au risque de contracter le VIH ou porteurs du VIH.

Le groupe de pilotage a défini deux niveaux d'implication dans la prise en charge des personnes consultant en ville, correspondant à 2 types de missions :

- missions de soins de santé primaires
- missions "avancées".

Les soins de santé primaires relèvent de la compétence des médecins généralistes, mais tous les spécialistes d'organe peuvent être amenés à exercer ponctuellement certaines missions relevant des soins de santé primaires, qu'ils doivent donc connaître. De même, les missions avancées définies dans ce texte ne relèvent pas des soins de santé primaires et sont du domaine de compétence d'infectiologues, d'internistes, ou de certains spécialistes d'organe. Cependant, il paraît important que les missions de soins avancés puissent aussi être exercées par ceux des médecins généralistes qui souhaitent s'y investir.

Pour simplifier la lecture de ce qui suit :

- les missions de soins de santé primaires ont été affectées aux médecins généralistes (même si ces missions peuvent être exercées par des médecins non généralistes), et
- les missions avancées aux médecins spécialistes et aux médecins généralistes qui le souhaitent et qui seront désignés ensemble sous le vocable de médecins de ville.

La méthodologie retenue pour l'élaboration de ces recommandations est celle du consensus formalisé. Elle est détaillée dans le texte long. Brièvement, le processus du CF fait intervenir 3 types d'acteurs :

- le groupe de pilotage délimite le thème, synthétise et analyse de manière critique les données bibliographiques disponibles. Il rédige les propositions de recommandations et coordonne l'ensemble du travail,
- le groupe de cotation donne un avis sur les différentes propositions de recommandations en tenant compte du niveau de preuve disponible et de

l'expertise individuelle de ses membres. Ce groupe est pluridisciplinaire et multiprofessionnel,

- le groupe de lecture donne ensuite un avis sur le fond et la forme des recommandations retenues, en particulier sur leur applicabilité, leur acceptabilité et leur lisibilité. Ce groupe réunit des personnes intéressées par le thème traité, expertes ou non du sujet et comporte une quarantaine de personnes dont environ la moitié de médecins de ville (généralistes pour la plupart).

Dans ce texte court, seules les principales recommandations sont mises en exergue. Elles ont toutes fait l'objet d'un "accord fort sur le caractère approprié".

Les questions suivantes sont traitées :

I. Missions des médecins généralistes et des médecins de ville

II. Formation des médecins généralistes et des médecins de ville

III. Pratiques professionnelles

IV. Organisation de la prise en charge

V. Valorisation de la prise en charge

VI. Harmonisation des pratiques professionnelles

Principales recommandations du CF (Points forts)

I. Missions des médecins généralistes et des médecins de ville

1. Il est recommandé de distinguer deux types de missions pour les médecins généralistes et les médecins de ville :

- des missions de soins de santé primaires, relevant principalement des médecins généralistes
- et
- des missions "avancées" que peuvent choisir d'exercer spécifiquement certains médecins, sur la base du volontariat et d'un engagement personnel.

2. Dans le cadre de ses **missions de soins de santé primaires**, le médecin généraliste :

- aborde la question de la transmission et de la prévention des IST en général, de l'infection par le VIH en particulier,
- informe les patients de la conduite à tenir en cas d'exposition au VIH,
- identifie les situations cliniques devant faire évoquer une infection par le VIH,
- propose le dépistage de l'infection par le VIH et prescrit les tests adaptés au dépistage et au diagnostic de l'infection par le VIH,
- annonce un diagnostic d'infection par le VIH à un patient,
- accueille une personne ayant été exposée à un risque de transmission du VIH, lui propose une orientation, et l'adresse à un service d'urgences ou de maladies infectieuses dans les délais adaptés,
- s'assure de l'observance de son traitement par le patient,
- prend contact rapidement avec un médecin spécialiste en cas d'effet indésirable grave en relation avec un traitement antirétroviral,
- propose systématiquement un test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.

3. Les **missions "avancées"** sont l'ensemble des missions précédentes, auxquelles peuvent s'ajouter certaines des suivantes, en fonction de l'implication personnelle du médecin de ville. Dans le cadre de ces missions avancées, le médecin de ville :

- assure la surveillance régulière, clinique et paraclinique, des patients infectés par le VIH (traités ou non traités), en lien avec une équipe spécialisée,
- prépare le patient à l'initiation d'un traitement antirétroviral,
- évalue avec le patient les options thérapeutiques qui lui sont proposées, dans tous leurs aspects concrets,
- entreprend des actions adaptées pour aider et entretenir une bonne observance,

- anticipe avec les femmes en âge de procréer un éventuel projet de grossesse
- évalue la tolérance des traitements, repère l'apparition d'éventuels nouveaux effets indésirables et en prévient les conséquences (pharmacovigilance),
- identifie les interactions médicamenteuses posant problème face à un patient sous traitement antirétroviral,
- informe le patient sur la possibilité de se voir délivrer son traitement dans la structure pharmaceutique de son choix (officine ou hôpital),
- participe activement au suivi des patients sous ARV, en collaboration avec une structure spécialisée (notamment hospitalière).

II. Formation des médecins généralistes et des médecins de ville

4. Tout médecin généraliste doit bénéficier, dans le cadre de la formation initiale et post-universitaire, d'une formation lui permettant de remplir les missions de soins de santé primaires.

5. Les médecins qui choisissent de s'impliquer dans les missions avancées aux patients infectés par le VIH doivent bénéficier, quelle que soit leur spécialité, de formations à ces missions, notamment dans le cadre post-universitaire.

6. Les savoirs nécessaires aux missions de soins de santé primaires sont enseignés, dans le cadre de la formation initiale, au cours du 3^e cycle d'études médicales, par des modules spécifiques du DES de médecine générale, et par une information sur les soins de santé primaires au sein de modules de DES d'autres spécialités.

7. Les savoirs nécessaires aux missions de soins de santé primaires sont enseignés, dans le cadre de la formation continue :

- par les associations de formation médicale continue, locales et nationales, ou les facultés de médecine, dans le cadre d'actions de formation continue organisées en leur sein à destination des médecins de ville,
- par les structures chargées d'organiser la formation médicale continue des médecins de ville,
- par les COREVIH qui diffusent des informations sur les formations sus-citées sur leur territoire, à l'attention de l'ensemble des médecins de ville, et favorisent leur mise en œuvre.

8. Les savoirs nécessaires aux missions avancées sont enseignés par :

- les départements de certaines spécialités (infectiologie, médecine interne, dermatologie, gynécologie-obstétrique) des facultés de médecine, où ils doivent être proposés aux étudiants intéressés,
- les facultés de médecine, notamment dans le cadre de diplômes d'université,
- les associations de formation médicale continue, locales et nationales, ou les facultés de médecine, dans le cadre d'action de formation continue organisées en leur sein à destination des médecins de ville,
- les réseaux de soins et de santé.

III. Pratiques professionnelles

9. - Le médecin généraliste doit proposer un dépistage du VIH aux personnes qui viennent consulter pour :

- une grossesse,
- une infection sexuellement transmissible,
- la découverte d'une hépatite B ou C,
- des questions gynécologiques : contraception, frottis, grossesse, IVG, signes cliniques,
- un risque d'exposition au VIH à la suite d'un accident de préservatif ou une prise de risque, de violences sexuelles.

10. Le médecin généraliste doit proposer un dépistage du VIH à des moments particuliers du parcours de vie de leurs patients :

- en cas de relation qui se stabilise, en vue de l'abandon du préservatif,
- au début d'une nouvelle relation,
- après rupture/divorce, y compris chez les personnes de plus de 50 ans,
- aux personnes sortant de prison (dans ce cas la proposition de dépistage du VIH doit être couplée avec celui des hépatites).

11. Le médecin généraliste doit proposer un dépistage aux personnes qui du fait de leurs pratiques et/ou de la prévalence de l'infection par le VIH dans leur communauté se trouvent exposées à un risque de transmission :

- personnes ayant des partenaires multiples, avec des relations sexuelles occasionnelles ou systématiques sans préservatif,
- hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes,
- travailleurs du sexe,
- usagers de drogues,

- personnes originaires d'une zone à forte endémie (Afrique sub-saharienne).

12. Le médecin généraliste doit proposer un test de diagnostic de l'infection à VIH :

- en cas de tableau clinique évocateur de primo-infection,
- dans les situations cliniques mineures classant au stade B de la classification internationale, tels une candidose oro-pharyngée, une leucoplasie orale chevelue, un zona notamment chez un adulte jeune, une mononévrite (paralysie faciale, oculo-motrice) ou une polynévrite, une dysplasie du col utérin,
- certaines manifestations dermatologiques inhabituelles, telles qu'un prurigo, un prurit inexplicé, une dermatite séborrhéique récurrente,
- des situations biologiques, telles une thrombopénie, une lymphopénie, une hyperlymphocytose avec syndrome mononucléosique,
- dans les situations cliniques majeures classant au stade C de la classification internationale.

13. Au début de la prise en charge, le médecin généraliste doit :

- référer le patient au confrère spécialiste (habituellement hospitalier) pour faire le bilan initial complet de l'infection par le VIH,
- donner des conseils de prévention sur la transmission du VIH.

14. Au début de la prise en charge, le médecin généraliste :

- s'assure que le patient a une couverture maladie, et si besoin, effectue une demande d'autorisation de séjour pour soins,
- évalue la situation sociale du patient en termes de couverture sociale, logement, ressources financières, situation professionnelle,
- adresse si nécessaire le patient à un travailleur social (de secteur, ou au sein de l'équipe hospitalière, ou structure adaptée en cas de situation irrégulière),
- remplit le protocole de soins donnant droit à l'Exonération du Ticket Modérateur (ALD N°7 – infection par le VIH),
- complète la fiche de notification obligatoire de l'infection par le VIH (et informe le patient de la notification).

15. Le médecin de ville accepte, conformément à la législation, de soigner les patients bénéficiant d'un tiers payant (CMU, etc.).

16. - Les risques de transmission du VIH (et des autres IST) peuvent être abordés par le médecin généraliste :

- lors de la prescription d'un test de dépistage du VIH (cf. question dépistage),
- lors de la remise d'un résultat d'un test de dépistage d'une IST ou du VIH,

- lors d'une consultation à motif gynécologique (contraception, IVG, vaccination VHB, HPV, etc.),
- lors de la délivrance de conseils de prévention,
- lorsque l'anamnèse retrouve une notion d'exposition à un risque de transmission du VIH.

17. Les risques de transmission du VIH (et des autres IST) peuvent être abordés par le médecin généraliste avec une personne dont le partenaire est infecté par le VIH, avec l'accord de ce dernier.

18. En matière de traitement de post-exposition (TPE), le médecin généraliste doit :

- connaître les indications du TPE, pour orienter sans délai et sans test de dépistage, les personnes qui sont exposées à un risque de transmission du VIH,
- expliquer aux personnes ayant été exposées à un risque de contamination par le VIH que le TPE est possible dans certaines conditions,
- mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que le traitement soit débuté le plus rapidement possible (au mieux dans les 4 heures qui suivent l'exposition, au plus tard jusqu'à 48 heures),
- orienter le patient vers un médecin référent ou un urgentiste pour initier une prophylaxie antirétrovirale,
- orienter sur le médecin référent en cas d'effet indésirable et saisir l'occasion du TPE pour discuter des modes de transmission et des pratiques à risques,
- expliquer la nécessité d'un test de dépistage 3 mois après la fin du traitement et s'assurer que cela est fait,
- informer les personnes de l'existence de structures et services médicaux ou associatifs appropriés (notamment les services de téléphonie type SIDA Info Service : 0 800 840 800, service anonyme et gratuit) si le patient se pose des questions ou désire avoir une brochure.

IV. Organisation de la prise en charge

19. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH doit être multidisciplinaire et globale, intégrant les aspects thérapeutiques, psychologiques, préventifs et sociaux. Elle doit de plus intégrer l'aspect de la promotion pour la santé. Ainsi :

- le médecin généraliste doit prendre en charge un patient infecté par le VIH en partenariat avec d'autres acteurs de soins,
- le patient peut choisir, en concertation avec son médecin, son mode de prise en charge, en ville ou à l'hôpital, en fonction de son mode de vie, de son histoire personnelle et des offres de soins,

- les médecins généralistes et les médecins de ville impliqués dans la prise en charge des patients VIH doivent connaître les associations et leurs activités sur le territoire d'exercice tant dans les structures de soins, de prise en charge médico-sociale, qu'en ville,
- les patients suivis dans un centre hospitalier de référence pour leur infection par le VIH bénéficieront d'une meilleure qualité de soins, si leur prise en charge est faite en collaboration avec un médecin généraliste.

20. La prise en charge d'un patient vivant avec le VIH peut être effectuée par un médecin de ville impliqué dans la prise en charge des patients VIH, en collaboration avec les structures hospitalières, dans le cadre d'un réseau ville-hôpital.

21. Les médecins de ville impliqués dans la prise en charge des patients VIH doivent pouvoir mettre à disposition de leur patientèle vivant avec le VIH une information sur les associations (coordonnées associatives, brochures et publications, actions).

V. Valorisation de la prise en charge

22. Il est recommandé de valoriser l'activité du médecin de ville qui s'implique dans la prise en charge du VIH/SIDA.

23. L'expérience personnelle en matière de dépistage et de traitement des comorbidités et des infections opportunistes et le travail en lien avec les autres professionnels du champ de l'infection par le VIH sont des pré-requis nécessaires pour prendre en charge un patient vivant avec le VIH. L'évaluation des pratiques d'un médecin de ville en matière de prise en charge du VIH repose sur :

- le respect des recommandations quant au moment où le traitement antirétroviral doit être débuté en fonction des critères cliniques et du taux de CD4,
- la connaissance des signes évocateurs de maladies opportunistes,
- le respect des recommandations en matière de prophylaxie des infections opportunistes, de prise en charge des co-morbidités, de suivi gynécologique chez les femmes infectées par le VIH et de la fréquence des contrôles biologiques.

24. Un médecin de ville qui assure une vacation à l'hôpital dans un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge des patients VIH ou qui participe régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire organisées par ce service :

- devrait avoir la possibilité de faire une primo-prescription à son cabinet en ville,
- devrait avoir la possibilité de modifier une prescription à son cabinet en ville,
- devrait continuer à pouvoir renouveler une prescription à son cabinet en ville.

VI. Harmonisation des pratiques professionnelles

25. La prise en charge des patients infectés par le VIH en médecine de ville nécessite l'élaboration de recommandations régulièrement actualisées.

26. La prise en charge des patients infectés par le VIH en médecine de ville implique que les médecins de ville assurant des missions avancées s'appuient sur les recommandations issues du rapport le plus récent "Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'expert".

27. Afin d'éviter la multiplicité des travaux sur un même sujet, une coordination de l'élaboration de ces recommandations simplifiées (ou protocoles) doit être mise en place au niveau national. Cette coordination nationale doit être assurée par les structures existantes sans mise en place d'instances supplémentaires. Les acteurs nécessaires à cette coordination sont, notamment, les sociétés savantes, les COREVIH, les institutions et agences nationales.

28. Le rapport "Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH" doit être mis à disposition facilement pour l'ensemble des médecins de ville impliqués.

29. Les COREVIH participent à la mise à disposition des différents documents de recommandations et guides de bonnes pratiques professionnelles.

5. Annexes

Annexe 1 : Composition des groupes de travail

Membres du groupe de pilotage

Le groupe de pilotage était composé de professionnels de santé ayant des compétences dans la thématique à évaluer et de représentants d'usagers. Un président chargé de coordonner et de suivre l'ensemble du travail a été désigné au sein du GP (Pr Bruno Hoen). Il ne présente aucun conflit d'intérêt avec la thématique. Une chargée de projet a été désignée pour son expérience professionnelle et pour une contribution à la rédaction du document final (Dr Véronique Tirard-Fleury). Deux méthodologistes ont accompagné le processus du CF (Pr Yazdan Yazdanpanah, Dr Caroline Semaille) et se sont assurés tout au long du processus du respect de la méthodologie recommandée par la HAS. Un président du GC a été désigné (Pr Thierry May). Le groupe s'est également appuyé sur la compétence des services documentaires de l'InVS et du CRIPS.

Dr	Jean-Pierre	AUBERT	Médecine générale	PARIS
Dr	Alain	EDDI	Médecine générale	PARIS
Mr	Fabien	GIRAUDEAU	TRT-5	PARIS
Pr	Bruno	HOEN	Maladies Infectieuses et tropicales CHU de Besançon	BESANCON
Dr	Patrick	PHILIBERT	Médecine générale	MARSEILLE
Mr	Fabrice	PILORGÉ	Représentant associatif au COPIL de suivi de la mise en place des COREVIH	PARIS
Dr	David	REY	CISIH Hôpitaux Universitaires	STRASBOURG
Dr	Bertrand	RIFF	Médecine générale	LILLE
Dr	Caroline	SEMAILLE	Santé Publique/Maladies Infectieuses Unité VIH/sida-IST-VHC Institut de veille sanitaire	SAINT-MAURICE
Dr	Véronique	TIRARD-FLEURY	Santé publique	BAGNOLET
Pr	Yazdan	YAZDANPANAHA	Maladies Infectieuses et tropicales Hôpital Gustave-Dron	TOURCOING

Membres du groupe de cotation

Le groupe de cotation (GC) donne un avis sur les différentes propositions de recommandations en tenant compte du niveau de preuve disponible et de sa propre expertise. Ce groupe est pluridisciplinaire et multiprofessionnel. (cf membres du groupe de cotation en annexe).

A l'aide d'une échelle numérique graduée de 1 à 9, chacun des membres répond de manière individuelle par une 1^{re} cotation aux propositions de recommandations qui ont été faites par le GP. Il s'appuie sur l'argumentaire bibliographique et sur sa propre expertise. A l'issue d'une réunion de ce groupe, une 2^e cotation individuelle est réalisée.

Dr	Francis	ABRAMOVICI	Médecine générale	LAGNY-SUR-MARNE
Dr	Marc	BARY	Médecine générale Centre du Moulin Joly	PARIS
Dr	François	BISSUEL	COREVIH CH L.C. Fleming	SAINT-MARTIN
Dr	François	BOURDILLON	Santé publique, information médicale, biostatistique Hôpital de la Pitié-Salpêtrière	PARIS
Dr	Khadoudja	CHEMLAL	Médecine interne Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers	NANTERRE
Dr	Myriam	KIRSTETTER	Médecine générale	PARIS
Dr	Denis	LACOSTE	Médecine interne/Maladies Infectieuses Hôpital Saint-André	BORDEAUX
Dr	Francis	LALLEMAND	Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital Saint-Antoine	PARIS
Pr	Thierry	MAY	Maladies infectieuses et tropicales CHU de Nancy	NANCY
Dr	Denis	MECHALI	Maladies infectieuses et tropicales Hôpital Delafontaine	SAINT-DENIS
Dr	Michel	OHAYON	SIDA INFO SERVICE	PARIS
Dr	Isabelle	REYNAUD	Gynécologie-Obstétrique CHU du Bocage	DIJON
Pr	Willy	ROZENBAUM	Maladies infectieuses et tropicales Hôpital Saint Louis	PARIS
Dr	Frank	TOLLINCHI	Médecine générale Fondation Saint-Joseph	MARSEILLE

Membres du groupe de lecture

Mme	Danielle	AUTHIER	FRISSE	LYON
Dr	Christine	BARBIER	DRASSIF - IRS	PARIS
Dr	Christophe	BERKHOUT	Université de Lille 2 du Droit et de la Santé Département de Médecine générale - Faculté de Médecine H Warembourg	LILLE
Dr	Eric	BILLAUD	CISIH, Maladies infectieuses et tropicales CHU	NANTES
Dr	Maxime	COURNOT	CIDDIST Centre hospitalier du Val d'Ariège	FOIX
Pr	Pierre	DELLAMONICA	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital de l'Archet	NICE
Dr	Radia	DJEBBAR	Unité VIH Hôpital Avicenne	BOBIGNY
Dr	Hervé	DOUINE	Médecine générale	NOZEROY
M.	Samuel	GALTIÉ	AIDES	PANTIN
Dr	Roland	LANDMAN	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital de la Pitié Salpêtrière Médecine générale	PARIS
Dr	France	LERT	INSERM U 687 - Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé Hôpital Paul Brousse	VILLEJUIF
Pr	Patrice	MASSIP	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital Purpan	TOULOUSE
Dr	Nassir	MESSAADI	Médecine générale	LILLE
Dr	François	PREVOTEAU du CLARY	Médecine générale, PASS Hôpital La Grave	TOULOUSE
Pr	Jacques	REYNES	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital Gui de Chauliac	MONTPELLIER
Dr	Claude	ROBIN	DRASS de Bourgogne	DIJON
Pr	Jean-Luc	SCHMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital Nord	AMIENS
Dr	Pierre	THIBAUT	Médecine générale	BORDEAUX
Dr	Roland	TUBIANA	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital de la Pitié Salpêtrière	PARIS
Pr	Daniel	VITTECOQ	Unité de Maladies Infectieuses Hôpital Paul-Brousse	VILLEJUIF

Le GL réunit des personnes intéressées par le thème traité, expertes ou non du sujet. Il était composé de 20 personnes.

Annexe 2 : Règles de Cotation

Comment effectuer les cotations?

À l'aide d'une échelle numérique discontinue (graduée de 1 à 9), vous allez coter chacune des recommandations qui ont été formulées par le Groupe de Pilotage. Chacun va répondre de manière individuelle par mail (à l'aide du fichier excel joint). Le questionnaire doit être complété intégralement.

Le coteur doit se prononcer sur les recommandations en s'appuyant sur l'argumentaire bibliographique, que le Groupe de Pilotage lui a fourni, et sur sa propre expertise. Mais il ne s'agit pas d'un sondage des pratiques (le coteur ne doit pas répondre en fonction de sa pratique).

Figure : Echelle numérique de cotation

- la valeur 1 signifie que selon le coteur la proposition est totalement inappropriée (ou non indiquée, ou non acceptable) ;
- la valeur 9 signifie que selon le coteur la proposition est totalement appropriée (ou indiquée, ou acceptable) ;
- les valeurs 2 à 8 traduisent les situations intermédiaires possibles, la valeur « 5 » correspondant à l'indécision du coteur.

Pour chaque proposition listée, le coteur doit impérativement donner une réponse en indiquant l'un des chiffres entre 1 et 9. Les réponses situées entre 2 chiffres ou englobant 2 chiffres sont interdites.

Comment analyser les cotations ?

Elles vont être analysées par les méthodologistes en fonction de l'intervalle de distribution des réponses et le positionnement de la médiane.

Intervalle de distribution des réponses. L'étalement des réponses permet de définir s'il y a accord ou désaccord entre les membres du groupe sur une proposition donnée.

En cas d'accord entre les membres du groupe, l'analyse des réponses permet également de préciser la force de l'accord. Ainsi :

- si l'intervalle des réponses est situé à l'intérieur des bornes d'une seule des 3 zones [1 à 3] ou [4 à 6] ou [7 à 9], il existe un accord « fort » entre les membres du GC sur le caractère approprié de l'intervention ([7-9]), sur son caractère inapproprié ([1-3]) ou sur une indécision quant à son caractère approprié (il s'agit de 3 types d'accords possibles, cf. ci-dessous « positionnement de la médiane ») ;
- si l'intervalle des réponses empiète sur une borne (par exemple intervalles [1 à 4] ou [5 à 8]), il existe un accord qualifié de « relatif » entre les membres du GC ;
- en cas d'étalement des réponses sur l'ensemble des 3 zones ou de réponses comprises dans les 2 zones extrêmes [1 à 3] et [7 à 9], il existe un désaccord entre les membres du GC sur le caractère approprié d'une proposition.

Positionnement de la médiane. En cas d'accord, fort ou relatif, le positionnement permet de définir trois zones, décrites dans le tableau 2 ci-dessous.

Les propositions pour lesquelles un accord fort d'indication ou de contre-indication a été obtenu lors de la 1^{re} cotation sont acceptées telles quelles (sans 2^{nde} cotation) et ne sont pas rediscutées lors de la réunion du Groupe de Cotation.

Dans le cadre du présent travail, le seuil « *a priori* » pour lequel la proposition est acceptée d'emblée est de 93 %.

Exemple : si 93 % des cotateurs se trouvent dans la zone [7-9], l'accord sera fort et la recommandation sera acceptée d'emblée au 1^{er} tour de cotation sans qu'elle soit discutée devant le Groupe de Cotation. Avec ce seuil, on accepte donc qu'il y ait une à deux personnes sur 15 qui soient dans la zone [1-3].

Toutes les autres combinaisons de réponses sont rediscutées et, le cas échéant, reformulées ou amendées, y compris celles pour lesquelles il existe un accord fort en zone d'indécision. Dans ce dernier cas, les cotations peuvent en effet résulter d'une mauvaise formulation de la proposition ou d'une mauvaise compréhension par le

groupe de cotation. L'opportunité d'une nouvelle formulation peut ainsi être envisagée au cours de la réunion.

Gestion des valeurs manquantes. Lors de l'analyse des résultats du 1^{er} tour de cotation, il est recommandé de considérer que les valeurs manquantes correspondent à des réponses opposées à l'avis du reste du groupe ce qui a pour seule conséquence de rediscuter de la proposition de recommandation lors de la réunion du GC.

Lors de l'analyse des résultats du 2nd tour de cotation, la gestion des valeurs manquantes est particulièrement importante pour l'analyse de la 2^{nde} phase de cotation. En cas de valeur(s) manquante(s) lors de la 2^{nde} cotation, il est recommandé de contacter activement et individuellement le ou les coteur(s) concerné(s) afin de lui ou de leur demander de se positionner.

Annexe 3 : L'action associative

Elle participe à l'accompagnement social, à l'accès aux soins et aux droits, au soutien psychologique et thérapeutique, à l'amélioration de la qualité de vie et à l'accès au logement des personnes séropositives (appartements de coordination thérapeutique ou appartements relais). Les associations conçoivent et diffusent de l'information et mènent des actions de prévention ou d'incitation au dépistage. Elles ont, par ailleurs, construit et développé des actions de plaidoyer en faveur des droits et des intérêts des malades, contre les discriminations, pour l'accès aux traitements ou la conduite de la recherche afin qu'elle tienne compte des besoins des personnes vivant avec le VIH.

Ces associations peuvent être issues de la lutte contre le sida ou intégrer des actions dédiées à ce champ dans un objet plus large : les droits des femmes (le mouvement français pour le planning familial) et des minorités (LGBT, détenu-e-s), l'action sociale traditionnelle (CHRS, CSST) ou la promotion de la santé de populations en situation de précarité (COMEDE). Enfin, certaines associations, qu'elles soient exclusivement dédiées à la lutte contre le sida ou non, se sont constituées autour de communautés de personnes issues d'une même origine géographique ou culturelle (associations de migrants), de personnes liées par des pratiques (associations de santé communautaire de travailleurs du sexe : PASTT (Paris), Cabiria (Lyon), Grisélidis (Toulouse), Autres Regards (Marseille)), ou liées par des nécessités et problématiques communes (d'auto-support d'usagers de drogues comme le réseau des ASUD (Paris, Loiret, Nîmes, Marseille), ou d'auto-support d'usagers de traitements ARV comme Actions Traitements ou Actif Santé.

Elles ont pu être fondées par des professionnels de santé et/ou de l'action sociale ou être issues de la mobilisation des personnes infectées ou affectées par le VIH (association de malades) et/ou de l'alliance de professionnels de santé et de l'action sociale avec des personnes dites cible de leurs actions (association de santé communautaire) (rapport de recherche action « Femmes migrantes prostitution et prévention du VIH », Françoise Guillemaut, septembre 2005 : <http://www.sida-info-service.org/evenements/colloquemigrants/cabiria.pdf>). Ce qui distingue les deux

dernières catégories de la première n'est pas d'abord le type d'actions qu'elles mènent, mais la place et le rôle que les personnes atteintes par le VIH y occupent dans leur conception et leur mise en œuvre.

Les associations ont développé des actions et outils multiples destinés à améliorer la prise en charge et la vie des malades, et l'accès à la prévention et au dépistage des personnes pouvant être concernées par le VIH. Les actions prennent la forme d'accompagnement individuel ou sont réalisées dans un cadre collectif.

Annexe 4 : Proposition d'information et de prévention en matière de risque de transmission du VIH par voie sexuelle

Les propositions ci-dessous ont été émises par un sous-groupe du GP qui s'est appuyé sur des experts extérieurs à celui-ci. Ce sous-groupe s'apparente à un *focus groupe* aidé d'experts extérieurs qui peuvent émettre des propositions par accord professionnel. Elles ne rentrent pas strictement dans le cadre du présent CF car elles n'ont pas été cotées par le GC ni visées par le GL. Le GP a souhaité néanmoins les faire figurer dans le présent document sous forme de propositions en annexe.

L'implication du médecin de ville dans la prévention de l'infection à VIH est essentielle et probablement insuffisante actuellement. Amener les médecins à intégrer la prévention dans leur pratique quotidienne constitue un objectif ambitieux qui ne saurait être atteint par la simple diffusion de recommandations mais aussi en agissant sur la formation.

Un effort particulier de formation, tant dans le domaine de la formation initiale que continue, doit être proposé dans ce cadre à l'ensemble des médecins généralistes. Cette formation doit dépasser la seule accumulation de connaissances pour devenir une formation à la pratique qui nécessite des mises en situation qui doivent être privilégiées (exercices en petits groupes, etc.) afin d'être la plus efficace possible.

Dans l'enquête Baromètres Médecins généralistes de l'Inpes de 2003, la très grande majorité des médecins généralistes considère que la prévention des comportements sexuels à risque fait partie de leur mission. Interrogés sur leur capacité à aider les patients à changer les comportements vis-à-vis de l'utilisation du préservatif, les médecins se sont déclarés efficaces pour près des deux-tiers d'entre eux, mais ils se sont aussi révélés moins impliqués dans la prévention des comportements sexuels à risque qu'ils ne l'étaient en 1998.

L'entretien de prévention sexuelle mené par le professionnel de santé peut être de plusieurs types, éventuellement combinés, voire utilisés tour à tour par le praticien avec un même patient à divers moments du suivi :

- Approche "unique" ou primaire : le préservatif est le seul outil qui protège de la transmission du VIH et des IST
- Approche "comportementale" ou secondaire : la réduction des risques (RDR) sexuels
- Approche "humaniste" : qui propose une démarche de réduction des risques qui favorise l'estime de soi, et le bien-être afin d'encourager une démarche de prévention.

Prévention primaire de première intention : le préservatif

Le message délivré à l'occasion d'un entretien individuel est plus précis et peut aller beaucoup plus loin que celui délivré lors des campagnes nationales de santé publique faisant la promotion du préservatif. Le message apporté par le médecin a un poids indéniable, qu'il faut rappeler.

L'information que le médecin de ville peut apporter sur les méthodes de prévention sexuelle est à adapter à chaque personne, en fonction de son niveau de compréhension, de ses connaissances et de ses pratiques. Elle se fait aussi en fonction des compétences et de l'habileté de chaque médecin à aborder le sujet : la sexualité n'est pas un sujet aisé à aborder en consultation.

Les préservatifs, tant masculins que féminins, constituent la référence en matière de prévention sexuelle. S'ils sont bien utilisés, ils protègent de l'infection à VIH et des principales IST. Ils peuvent se révéler insuffisants à protéger contre quelques IST dont la transmission peut exceptionnellement se faire par simples caresses sexuelles comportant des sécrétions infectées mais également en dehors de toute pratique sexuelle (HPV, HSV).

Concernant le préservatif masculin :

Il est à utiliser en cas de rapports avec pénétration, qu'elle soit vaginale, anale ou buccale.

Afin de limiter les risques d'échauffement et de rupture, il est recommandé d'utiliser un lubrifiant complémentaire, soluble à l'eau ou à base de silicone, à l'exclusion de tout

corps gras, et il est vivement déconseillé de superposer deux préservatifs, masculins, ou féminin/masculin.

En cas d'allergie au latex, l'usage de préservatifs hypoallergéniques en polyuréthane présente une alternative, mais reste difficile d'accès.

Concernant le préservatif féminin :

Il présente une sécurité égale à celle du préservatif masculin, il reste plus difficilement accessible mais présente un certain nombre d'avantages :

Il offre aux femmes l'initiative de son utilisation et ainsi un meilleur contrôle de leur prévention ;

Il peut être recommandé en cas d'allergie au latex ;

Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel ;

L'usage d'un lubrifiant associé n'est pas indispensable ;

Il laisse passer la chaleur, est solide ;

Il n'est pas nécessaire que le partenaire se retire après éjaculation, et il peut servir à de multiples rapports avec le même partenaire au cours de la même "séance";

Il protège la vulve.

Il est très important de rappeler que les préservatifs masculins et féminins sont à usage unique.

Si le médecin est amené à encourager l'utilisation du préservatif en consultation, il doit aussi évoquer les modalités d'arrêt de son utilisation (tests de dépistage VIH et des IST notamment). A cette occasion, le médecin peut rappeler aussi l'importance du dialogue avec le partenaire. Il peut l'encourager à avoir, pour toute relation sexuelle, une sexualité éclairée et en accord réciproque, où chaque partenaire est responsable à 100% de son engagement et de son corps, en évitant toute culpabilisation.

Si les préservatifs sont des moyens de référence pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST, des difficultés peuvent être rencontrées dans l'accès et

l'utilisation du préservatif (achat, mode d'utilisation, capacité de négociation, lassitude...).

Prévention de 2^e intention : la réduction des risques

En cas de difficultés récurrentes quant à l'usage du préservatif, certaines pratiques peuvent réduire le risque de transmission : elles sont appelées « pratiques de réduction des risques sexuels ».

Dans l'état actuel des connaissances, on peut citer les pratiques suivantes :

Lors de pénétrations anales ou vaginales, l'absence d'éjaculation réduit le risque mais le laisse à un niveau relativement important (pour rappel, le virus est présent dans le liquide pré-séminal pré-éjaculatoire),

Lors de fellations, deux recommandations réduisent, sans l'éliminer totalement, le risque de transmission, lui-même déjà globalement faible :

La personne pratiquant la fellation doit avoir une bouche en bon état, sans lésions ni inflammation ;

La personne recevant la fellation doit s'abstenir d'éjaculer dans la bouche du ou de la partenaire.

Aucun cas documenté de transmission du VIH lors d'un cunnilingus n'a été rapporté à ce jour lorsque celui-ci est pratiqué en dehors de la période de règles.

Récemment, la commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida s'est penchée sur les données disponibles pour évaluer le risque de transmission du VIH lorsqu'une personne suivant un traitement antirétroviral efficace a des rapports sexuels non protégés (Vernazza, 2008). Cette commission a considéré pouvoir diffuser le message que les personnes infectées par le VIH ne souffrant d'aucune autre IST et suivant un traitement antirétroviral efficace (charge virale se situant en dessous du seuil de détection depuis au moins six mois) ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle, le risque résiduel de transmission étant considéré nettement inférieur à 1 :100 000. La validité de cet avis pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes reste à démontrer.

Les entretiens de consultation ayant trait à la réduction des risques (RDR) sont plus exceptionnels en médecine de ville et ne concernent probablement que les médecins qui ont acquis expérience et expertise. Ils s'adressent à une population spécifique, pendant une période donnée et a, *in fine*, pour objectif de favoriser le retour au préservatif. Ces entretiens nécessitent une bonne connaissance du patient, une relation de confiance, une écoute empathique, de l'attention, du temps et l'absence de jugement.

Pour les hommes et les femmes en difficultés de prévention, certaines stratégies de réduction des risques peuvent être proposées par des structures, notamment associatives (empowerment, groupes de parole, etc.) qui agissent dans le domaine de la santé sexuelle.

Prévention dans des populations spécifiques

Chez les usagers de drogue

Le niveau de connaissance du mode de transmission du VIH est bon. L'incidence de l'infection par le VIH y est en baisse régulière. Les usagers de drogues injectables représentent 2 % des nouveaux diagnostics VIH en 2006 (BEH, nov 2007). Cette diminution de la transmission chez les usagers de drogue est notamment attribuée au développement, sous l'impulsion des associations d'auto support d'usagers, des mesures de réduction des risques : vente libre de seringues, diffusion de matériel nécessaire à une injection sans risque (kits de "shoot propre"), accès au traitement de substitution et possibilité de leur prescription par les médecins de ville.

Les méthodes de réduction des risques chez les usagers de drogues, qui se sont montrées efficaces pour la transmission du VIH, n'ont pas eu le même impact sur la transmission du VHC. Le maintien d'une action répétée d'information de la part des médecins généralistes en direction des usagers de drogues (notamment à l'occasion des renouvellements d'ordonnances de produits de substitution) reste un objectif prioritaire des interventions de prévention.

Chez les personnes migrantes

Selon l'enquête menée par l'Inpes auprès des populations africaines d'Ile-de-France (Ref : enquête KABP Inpes), le préservatif est le moyen de protection considéré comme efficace par le plus grand nombre (les hommes plus que les femmes). Il peut s'avérer cependant nécessaire de revenir sur certaines croyances.

En effet, il existe, selon les répondants de l'enquête, des stratégies d'efficacité intermédiaires basées essentiellement sur la réduction du nombre de partenaires. Néanmoins, 66 % des personnes interrogées considèrent qu'il est tout aussi efficace pour se protéger du SIDA, d'être fidèle à un seul partenaire, 67 % de demander un test de dépistage du sida à son ou ses partenaires et 62 % de faire soi-même régulièrement un test. Par ailleurs, deux tiers de répondants déclarent que "poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée", est un moyen "tout à fait" ou "plutôt" efficace et un tiers "avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents".

Notons enfin que « prier ou s'en remettre à Dieu » est jugé comme un moyen « tout à fait » ou « plutôt » efficace, (source Inpes : les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida (connaissances, attitudes, croyances et comportements).

Dans le même registre les circonstances qui ne permettent pas une transmission du VIH restent souvent mal maîtrisées par les répondants de l'enquête : se faire piquer par un moustique, embrasser une personne séropositive, être hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée, utiliser les toilettes publiques, boire ou manger à l'aide de couverts utilisés par une personne contaminée.

Le colloque singulier avec le médecin généraliste doit être l'occasion pour celui-ci d'explorer l'ensemble des représentations qu'a la personne migrante de la transmission du VIH, de recadrer les messages importants, et de lutter contre les idées fausses, en les recherchant systématiquement.

Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)

Le risque de transmission demeure très élevé chez les HSH qui représentent 29 % des nouveaux diagnostics et parmi lesquels la prévalence du VIH est près de 100 fois supérieure à la moyenne nationale.

Les HSH, plus particulièrement ceux ayant des partenaires multiples, des relations anonymes, des pratiques sexuelles exposant au sang, ont un risque accru de contamination par le VIH et les IST et par l'hépatite C pour les pratiques exposant au sang. Dans cette population, on observe la persistance de prises de risque, alors que les niveaux de connaissances sont plutôt satisfaisants. Les prises de risque peuvent être conscientes, en particulier chez les HSH vivant avec le VIH, où des stratégies individuelles sont parfois préférées à l'utilisation systématique du préservatif, comme l'adaptation de pratiques sexuelles à moindre risque ou le choix de rapports avec des personnes de même statut sérologique.

Dans cette population, une prévention basée sur la seule promotion de "l'utilisation du préservatif en toutes circonstances" ne suffit pas.

Selon le contexte vécu par la personne, il est souhaitable d'insister, sans culpabilisation, sur l'importance de la protection lors de nouvelles rencontres. En particulier les rencontres sur Internet ou dans des lieux dédiés au sexe anonyme, où une baisse de vigilance peut rendre la personne plus vulnérable.

Par ailleurs, tout en soulignant que le préservatif reste le meilleur moyen de protection, en cas de difficultés pour l'adopter, il est important de signaler que des alternatives sont possibles : pratiques de réduction des risques, suivi psychologique si le besoin s'en fait sentir, etc. Un dialogue doit rester ouvert dans un cadre de confiance, sans jugement, facilitant un retour toujours possible à l'usage du préservatif.

En toute circonstance, ce dialogue doit éviter des situations de blocage et permettre de laisser la voie ouverte, auprès du patient, quelles que soient ses pratiques et croyances, au suivi médical, aux consultations, dépistages et soins des IST.

Chez les personnes infectées par le VIH

Il apparaît que la majorité des médecins de ville suivent au moins un patient infecté par le VIH. Les enjeux et le rôle du médecin de ville dans le suivi des personnes vivant avec le VIH se situent aujourd'hui principalement autour de la problématique de l'observance, mais aussi de la vie sexuelle et affective, et donc de conseils de mesures de prévention. Au-delà de la recommandation d'utilisation du préservatif, il est important de sensibiliser les personnes vivant avec le VIH aux autres IST et co-infections possibles. Chez les personnes infectées par le VIH, des difficultés peuvent apparaître dans l'utilisation du préservatif au long cours (cf. plus haut).

De nombreux patients se plaignent de difficultés sexuelles aux causes multiples, notamment dans les couples séro-différents : peur de contaminer le partenaire, diminution de la libido, perte du désir, angoisse de stérilité, impuissance, baisse de l'estime de soi, etc. Ces personnes peuvent aussi être orientées vers un spécialiste (sexologue, gynécologue, psychologues, psychiatres) ou vers des structures associatives qui mettent en place des actions collectives ou individuelles pour répondre à leurs besoins.

Certaines infections (VIH, condylomes, herpès, etc.) peuvent avoir un retentissement sur l'image du corps et sur la sexualité, d'autres (syphilis) ont une forte connotation morale (sentiment de honte) (source : Repères pour votre pratique Inpes : dépistage du VIH et des IST).

PROPOSITION DE RECOMMANDATIONS

Afin de faciliter le dialogue, il est nécessaire pour le médecin de ville d'acquérir les savoir-faire et savoir-être en consultation pour aborder la question de la sexualité.

Pour pouvoir aborder la question de la sexualité, le médecin de ville doit :

rappeler au patient le caractère absolument confidentiel des renseignements qui le concernent,

évoquer, si la personne le désire, sa vie affective et sexuelle, ses pratiques sexuelles en donnant des gages de compréhension et non de jugement,

partir des préoccupations de la personne et de son vécu : entretien de counselling.

En première intention, le médecin de ville recommande l'usage du préservatif (masculin ou féminin)

Le médecin de ville explore :

- les connaissances de la personne

sur les modes de transmission et des modes de prévention

sur le préservatif masculin ou féminin ;

- les capacités de la personne à

se procurer (sans gêne) des préservatifs et à les utiliser correctement,

s'approprier l'information et les moyens de prévention et à les proposer lors de relations amoureuses et sexuelles,

se placer dans une démarche de dépistage ou de prophylaxie,

demander des traitements post-exposition,

utiliser les dispositifs existants des dispositifs de dépistage (CDAG, etc.)

accéder aux informations sur le VIH et sa transmission (Sida Info Service, réseau des CRIPS etc.).

Il explore

- la qualité de dialogue de la personne avec le ou la partenaire,

- sa capacité à négocier le port du préservatif,

- sa capacité à demander des tests au partenaire,

Il évoque les situations où l'arrêt de l'utilisation du préservatif est envisageable : vie en couple, relations de confiance dans le couple, sérologie VIH avant arrêt.

Le médecin de ville insiste sur le fait qu'il n'est pas possible d'évaluer le risque d'IST d'une personne simplement en connaissant ses antécédents sexuels.

Le médecin de ville identifie les facteurs de vulnérabilité et les situations de prise de risques et explore les conditions de vie de la personne pour identifier

- des facteurs pouvant intervenir dans les prises de risque,

- les difficultés d'accès à l'information et aux moyens de prévention,
- les difficultés de compréhension,
- les rapports de force et de dépendance (domination masculine dans les rapports homme-femme et les rapports homme-homme, rapports contre de l'argent, des drogues ou des avantages matériels, etc.),
- les facteurs psychiques (goût ou indifférence au risque, syndrome dépressif), isolement familial ou psycho-affectif, séjours en milieu fermé (établissements pénitentiaires ou psychiatriques)...
- la consommation régulière de produits psycho actifs, de drogues, d'alcool et la dépendance du sujet à ces produits ;
- la connaissance des conduites à tenir en cas de prise de risque (traitement post-exposition ou TPE...),

En deuxième intention :

En cas de difficultés récurrentes quant à l'usage du préservatif certaines pratiques peuvent réduire le risque de transmission des IST. L'exposition de ces pratiques au cours des entretiens de consultation (= approche de "réduction des risques sexuels") intervient en dernier lieu dans la prévention,

si le médecin identifie de réelles difficultés chez la personne à adopter le préservatif s'il existe des prises de risque répétées

dans certains cas, chez certaines personnes, ponctuellement, à un moment donné.

La discussion restera ouverte et le retour vers le préservatif toujours possible et envisagé.

Le médecin pourra s'appuyer sur une consultation chez un psychologue.

Le médecin propose des consultations pour évaluer les risques et renforcer la capacité de prévention.

Chez la personne usagère de drogue

- Attirer son attention sur le risque lié, tant pour le VIH que pour les hépatites, au partage de tout matériel de préparation ou d'injection de drogue, et sur l'efficacité des recommandations de réduction des risques ;

- Lui indiquer les lieux d'obtention de matériel stérile à usage unique (pharmacies, associations, bus, automates d'échange de seringues) ;
- L'orienter si besoin vers les structures spécialisées d'aide aux toxicomanes ;
- Lui proposer une prise en charge de la dépendance aux drogues par des traitements de substitution ;
- Ne pas oublier d'évoquer aussi la prévention des risques de transmission sexuelle du VIH.

Chez la personne infectée par le VIH

Lui donner la possibilité d'exprimer ses doutes, ses incertitudes, ses peurs, ses questions sur la sexualité ;

La rassurer sur la légitimité de ses inquiétudes ;

Explorer ses capacités à utiliser le préservatif au long cours ;

Si difficultés avec l'usage du préservatif au long cours, envisager d'aborder la réduction des risques.

Evaluer l'impact du dysfonctionnement sexuel éventuel sur la relation de couple et proposer une orientation vers d'autres professionnels (sexologue, psychologue, endocrinologue, etc.) ;

Sensibiliser aux IST.

Il y a aujourd'hui nécessité de réaliser une guide d'intervention et de formation sur le thème "sexualité et prévention pour le médecin généraliste".

Annexe 5 : Recommandations non retenues par le groupe de cotation

Ces recommandations n'ont pas été retenues en raison d'une cotation révélant un désaccord ou une indécision du GC à l'issue du deuxième tour de cotation.

Missions des médecins de ville

- Dans le cadre de ses missions de soins de santé primaire, le médecin de ville
 - ... informe les personnes de l'existence de structures et services médicaux ou associatifs appropriés (les services de téléphonie, CDAG, CIDDIST, consultations de santé sexuelle développées par des structures associatives) en cas de prises de risque répétées de transmission du VIH (proposition 3)
 - ... prescrit, chez un patient nouvellement identifié comme infecté par le VIH, le bilan biologique initial permettant d'apprécier son statut immuno-virologique et les co-infections (proposition 8)
 - ... identifie, à proximité de son lieu d'exercice, les partenaires (réseaux de soins, partenaires hospitaliers, médecins spécialistes, para-médicaux, travailleurs sociaux, partenaires associatifs) utiles pour le suivi des patients infectés par le VIH (proposition 9)

- Dans le cadre de ses missions avancées, le médecin de ville...
 - ... assure le suivi du traitement en lien avec un correspondant spécialisé (proposition 18)
 - ... prescrit les examens de génotypage et les dosages médicamenteux nécessaires – (proposition 19)
 - ... participe à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre du suivi des patients infectés par le VIH (proposition 27 B).

Compétences

- L'acquisition et l'entretien des compétences nécessaires à l'exercice des missions « avancées » sont facilités lorsque le médecin de ville participe personnellement à la prise en charge annuelle d'au moins 20 patients infectés par le VIH (Proposition 29-34)
- L'acquisition et l'entretien des compétences nécessaires à l'exercice des missions "avancées" sont favorisés par le fait que
 - le médecin de ville participe à des formations validées par le COREVIH (proposition 37)
 - ... que le médecin de ville ait une expérience reconnue par ses pairs dans la prise en charge des patients infectés par le VIH (pour les médecins impliqués dans cette prise en charge depuis plusieurs années) proposition 38
- Les compétences d'un médecin de ville exerçant des missions avancées pourraient faire l'objet d'une reconnaissance par le COREVIH de la région d'exercice du médecin (proposition 40).

Formations

- Les savoirs nécessaires aux missions de base sont enseignés dans le cadre de la formation continue et les revues médicales accréditées par la formation médicale continue (proposition 64)
- L'enseignement permettant aux médecins de ville d'acquérir les compétences lui permettant d'assurer les missions avancées peut être assuré par ...
 - ... les départements de médecine générale des facultés de médecine, où ils doivent être proposés sur le mode optionnel aux étudiants intéressés (proposition 67)
- Les COREVIH diffusent des informations sur les formations sus-citées sur leur territoire, à l'attention de l'ensemble des médecins de ville, et favorisent leurs mise en œuvre. (Proposition 75)

Dépistage

- Le médecin de ville
 - o doit proposer un dépistage du VIH aux personnes qui viennent consulter pour ...
 - ... une symptomatologie urologiques, proposition 98
 - un dysfonction érectile, proposition 99

- Le médecin de ville
 - met tout en œuvre pour ré-établir la communication avec une personne ne venant pas chercher son résultat positif, proposition 129

... dans les cas les plus difficiles, le médecin de ville pourra orienter son patient sur une consultation de psychologue ou de sexologue, proposition 150

Information en cas de test négatif

... de conseiller le patient sur les moyens de réduire les risques d'IST (utilisation des préservatifs masculins ou féminin lors des relations sexuelles, prescription d'un test de dépistage avant d'arrêter le préservatif, etc.), proposition 155

Organisation de la prise en charge en médecine de ville

Acteurs et modalités d'organisation

- La prise en charge de la personne vivant avec le VIH doit être multidisciplinaire et globale, intégrant des aspects thérapeutiques, psychologiques, préventifs, et sociaux. Elle doit de plus intégrer l'aspect préventif et la promotion de la santé.
- Tout médecin de ville doit connaître l'existence et les coordonnées du COREVIH situé sur le territoire de son exercice, proposition 171

- Tout médecin de ville doit être capable d'identifier au moins une association sur le territoire d'exercice à qui l'on peut adresser les personnes de sa patientèle ayant pris des risques de contamination, proposition 172

Valorisation de l'activité de prise en charge du VIH en médecine de ville

Sur quels critères valoriser ?

- L'expérience personnelle en matière de dépistage et de traitement des comorbidités et des infections opportunistes et de travail en lien avec les autres professionnels du champ de l'infection VIH sont les pré-requis nécessaires pour prendre en charge un patient vivant avec le VIH, (proposition 77).

La valorisation de la consultation VIH en médecine de ville est justifiée par ...

... le volontariat de ce MV, (proposition 87).

... le fait d'avoir une activité de consultation dans un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, proposition 92.

Harmonisation et amélioration des pratiques professionnelles des médecins de ville pour la prise en charge du VIH

- Les réseaux formels et informels (structures associatives, réseaux de soins) doivent être recensés au niveau de chaque région, proposition 187

- Les URML doivent financer des actions de communication, de formation et l'évaluation des pratiques professionnelles, proposition 188

Annexe 6 : Stratégie de recherche documentaire

Stratégie de recherche documentaire réalisée par l'InVS

3 sources interrogées :

- Pubmed
- Banques de données santé publique
- Thèses

Partie 1 : Recherche PUBMED

Date de consultation : 09/11/2007

Stratégie de recherche

Équation 1 : Médecine de ville

family physician OR family physicians OR generalists OR generalist OR general practitioners OR general practitioner OR primary care physicians OR primary care physician OR family practice OR family practices OR general practice OR general practices OR GP practice OR GP practices OR "private practice" OR ambulatory care OR outpatient OR outpatients

Équation 2 : VIH Sida

HIV infections OR acquired immunodeficiency syndrome OR HIV seropositivity OR AIDS OR HIV-positive OR HIV-seropositive OR "living with HIV" OR "live with HIV" OR "living with HIV/AIDS" OR "live with HIV/AIDS" OR "HIV-infected" OR "HIV infection" OR "HIV infections" OR "human immunodeficiency virus-positive"

Équation 3 : Couverture géographique

"Austria"[Mesh] OR "Belgium"[Mesh] OR "Finland"[Mesh] OR "France"[Mesh] OR "Great Britain"[Mesh] OR "Germany"[Mesh] OR "Greece"[Mesh] OR "Iceland"[Mesh] OR "Ireland"[Mesh] OR "Italy"[Mesh] OR "Luxembourg"[Mesh] OR "Netherlands"[Mesh]

OR "Portugal"[Mesh] OR "Scandinavia"[Mesh] OR "Denmark"[Mesh] OR "Norway"[Mesh] OR "Sweden"[Mesh] OR "Spain"[Mesh] OR "Switzerland"[Mesh] OR "European Union"[Mesh] OR "Canada"[Mesh] OR "United States"[Mesh] OR "Australia"[Mesh] OR "Israel"[Mesh]

Équation 4 :

Équation 1 ET Équation 2 ET Équation 3

ET Limites : Publications depuis 1997

Langues : anglais, français

Le résultat aboutit à un corpus de près de 800 références. Une sélection « manuelle » a été faite pour retenir les plus pertinentes au regard des questions formulées par les sous-groupes.

Les publications de type « News » n'ont pas été retenues.

Par ailleurs, la recherche a été complétée sur un thème qui ressortait déjà avec l'Équation 4.

Équation 5 : Formation - Compétence

"Curriculum"[Mesh] OR "Education, Medical"[Mesh] OR "Clinical Competence"[Mesh]

Équation 6 :

Équation 2 ET Équation 5

ET Limites : Publications depuis 1997

Langues : anglais, français

Une sélection manuelle a été effectuée sur les mêmes critères cités plus haut.

136 références ont été collectées au total. Elles sont présentées de manière anti-chronologique.

Partie 2 : Recherche Banque de données santé publique

<http://www.bdsp.tm.fr/>

Date de consultation : 12/12/2007

Stratégie de recherche

lang=fre AND (date=2007 OR date=2006 OR date=2005 OR date=2004 OR date=2003 OR date=2002 OR date=2001 OR date=2000 OR date=199*) AND ((vih OR sida) AND ((medecine OR medecin) AND (ville OR generaliste)))

Précisions :

1/ L'interrogation de la BDSP se fait en français.

2/ Les références en anglais (la BDSP peut traduire l'interrogation) ne sont pas restituées ici :

elles sont incluses dans la recherche PubMed.

Partie 3 : Recherche bases thèses

Base de données thèses de la Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine

http://www.bium.univ-paris5.fr/medecine/theses_cad.htm

Base de données du Système Universitaire de Documentation

http://www.sudoc.abes.fr/LNG=FR/DB=2.1/IMPLAND=Y/CHARSET=ISO-8859-1/DB_START

Date de consultation : 07/11/2007

Stratégie de recherche

Recherches sur :

(vih OU sida)

ET

((médecin OU médecine) et (ville ou générale ou généraliste))

Date >= 1997

(vih OU sida)

ET

réseau ville hôpital

Précisions :

- 1/ Les références de thèses qui figurent dans la biblio BDSF ne sont pas reproduites ici.
- 2/ Les résultats pour les deux bases sont présentés dans le format du SUDOC.

Stratégie de recherche documentaire réalisée par le CRIPS

Préalables :

THS : activation de l'autopostage descendant du thésaurus ; le chiffre indique la profondeur demandée. Ex : Europe (THS5) demande une recherche jusqu'au niveau départemental français.

+ : troncature

- Étape 1 : Langue = français ou anglais
- Étape 2 : Date de publication = 2000+ ou 1999+ ou 1998+ ou 1997+
- Étape 3 : Descripteur géographique = Amérique du Nord (THS 3) ou Australie (THS 1) ou Europe (THS 5)
- Étape 4 : étape 1 et étape 2 et étape 3

C'est sur ce corpus de base de 10 928 références que les recherches ont été effectuées.

Descripteurs utilisés :

- Médecin ou Médecin généraliste ou Médecine générale
- Formation +
- Prise en charge médicale (THS2)
- Relation soignant-soigné
- Éducation du patient ou Information du patient
- Annonce de la séropositivité

- Traitement antirétroviral (THS4)
- Observance
- Pratique médicale
- Responsabilité ou Éthique médicale ou Secret médical ou Confidentialité
- Dépistage (THS3) ou Counselling pré-post-test ou Notification au partenaire
- Représentation ou Attitude
- Réseau
- Prévention (THS3) et Personne séropositive

Complété par :

Descripteur organisme = Réseau Ville-Hôpital ou COREVIH

Type de document = guide et Public cible = Médecin ou Médecin généraliste

Les notices ont ensuite été visualisées et sélectionnées une à une (pertinence et recherche de complémentarité par rapport aux bases déjà explorées). Total = 118 références.

Annexe 7 : Modèle de déclaration publique d'intérêts



DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

A remplir par les membres des groupes de pilotage et de cotation.

La présente déclaration d'intérêts a pour objectif la prévention des conflits d'intérêt dans le cadre de ce consensus formalisé. Le document final indiquera que les membres des différents groupes ont rempli une déclaration sur leurs conflits d'intérêt potentiels.

Je soussigné(e)

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien direct ou indirect avec les entreprises ou établissements entrant dans le champ de compétence de ce consensus formalisé ainsi qu'avec les sociétés ou organismes intervenant dans ces secteurs.

CONTACT :

Établissement, société, Organisme employeur principal	
Adresse professionnelle	
Adresse personnelle	
Téléphone professionnel	
Téléphone personnel	
Télécopie	
Adresse électronique	

2. Intérêts financiers dans tout établissement, entreprise ou organisme entrant dans le champ de compétence de ce consensus formalisé

Actuellement

Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de la société, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage de la fraction de capital détenu.

(Les fonds d'investissement en produits collectifs type SICAV ou FCP – dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration)

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Type d'investissement (valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)	< 5000 € et < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital	Date de début	Date de fin

3. Activités exercées personnellement

Les activités de recherche, d'évaluation scientifique ou de conseil pour le compte ou au nom des entreprises concernées sont à déclarer dans ces rubriques. Dans le cas où ces activités concernent un produit spécifique, devront être mentionnés, en sus du nom de la société, le nom du produit ou du dispositif médical (dénomination commune (principe actif), ou nom de la spécialité (nom commercial), et le cadre et le sujet de l'activité, la date de début et la durée prévisible de l'activité.

3.1. Activité principale

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Position dans l'entreprise	Nature du contrat	Date de l'emploi ou du début des négociations	Date de fin

3.2. Liens durables ou permanents (autres que l'activité principale)

3.2.1. Propriétaires, dirigeant, associé, employé, participation à un organisme décisionnel d'un établissement, entreprise ou organisme entrant dans le champ de compétence de ce consensus formalisé

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Position dans l'entreprise	Nature du contrat	Date de l'emploi ou du début des négociations	Date de fin

3.2.2. Autres activités régulières

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes

Consultant, membre d'un groupe d'experts ou équivalents...

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Nature de l'activité/Sujet/ Nom du produit	Rémunération	Date de début	Date de fin
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous ¹ <input type="radio"/> Institution ² <input type="radio"/> Vous et Institution ³		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		

		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		

¹ Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

² L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

³ Cumul des situations mentionnées *supra*

3.3. **Interventions ponctuelles : essais cliniques, précliniques et travaux scientifiques**

Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à la réalisation d'essais ou d'études non cliniques et pré-cliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études cliniques et d'études épidémiologiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions...

3.3.1. **En qualité d'investigateur principal d'une étude monocentrique, investigateur coordonnateur ou expérimentateur principal**

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes

Participations à la réalisation **d'essais ou d'études non cliniques et précliniques** (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), **d'études cliniques et d'études épidémiologiques**, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Nature des activités/Nom du produit	Votre rôle (investigateur principal, investigateur coordonnateur, expérimentateur principal...)	Date de début	Date de fin

3.3.2. **En qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal**

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Participations à la réalisation **d'essais ou d'études non cliniques et précliniques** (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), **d'études cliniques et d'études épidémiologiques**, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Nature des activités/Nom du produit	Votre rôle (investigateur principal, investigateur coordonnateur, expérimenteur principal...)	Date de début	Date de fin

3.4. Interventions ponctuelles : rapports d'expertise ou rédaction d'articles à caractère promotionnel

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Cadre du rapport d'expertise/Sujet/Nom du produit	Rémunération	Date de début	Date de fin
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous ¹ <input type="radio"/> Institution ² <input type="radio"/> Vous et Institution ³		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		

3.5. Interventions ponctuelles : activités de conseil

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes
- Consultant ponctuel, participation à un groupe de travail, groupe de réflexion, activité d'audit dans le cadre d'un organisme professionnel d'accréditation...

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Nature de la prestation ou sujet/ Nom du produit	Rémunération	Date de début	Date de fin
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution		

¹Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

²L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

³Cumul des situations mentionnées *supra*

3.6. Participations ponctuelles : congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses, actions de formation en qualité d'intervenant

3.6.1. *Invitations en qualité d'intervenant*

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Lieu et intitulé de la réunion/Sujet de l'intervention/Nom du produit	Rémunération	Date
		<input type="radio"/> Aucune	

		<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et Institution	

2.6.2 Invitations en qualité d'auditeur

(frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise)

Actuellement ou dans l'année précédente

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Lieu et intitulé de la réunion/Sujet de l'intervention/Nom du produit	Date

3.7. Autres

Détenteur d'un brevet ou inventeur d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle ; partie ou témoins dans une procédure en relation avec un produit de santé

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Nature de l'activité/Nom du produit	Date de début	Date de fin

3. Versements au budget d'une institution dont vous êtes responsable

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Sont concernées par cette rubrique les personnes responsables d'organisme de recherche, institut, département, service, association de recherche, association de patients...(exemple : le montant s'apprécie annuellement, d'une même source ; les versements peuvent prendre la forme de subventions pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versement en nature ou en numéraires, matériels, taxes d'apprentissage, divers...)

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Objet du versement	% du versement au regard du budget de l'institution	Institution bénéficiaire	Date de début	Date de fin

4. Proches parents salariés ou possédant des intérêts financiers dans tout établissement, entreprise ou organisme entrant dans le champ de compétence de ce consensus formalisé

Actuellement

- Conjoint – époux(se) ou concubin – ascendants ou descendants jusqu’au second degré, collatéraux immédiats y compris leur conjoint (le nom des membres de la famille n’a pas à être mentionné)

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Fonction et position dans l'entreprise <i>(indiquer, le cas échéant s'il s'agit d'un poste à responsabilité et/ou dont l'activité est en relation avec un produit)</i>	Lien de parenté (conjoint, enfant, frère, sœur, père, mère, beau-père, belle- mère)	Date de début	Date de fin

4. Autres

Autres faits ou intérêts qui pourraient être considérés comme préjudiciables à votre impartialité

Autres faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance de la HAS et du public

Concerné

Remplir le tableau ci-dessous

Non concerné

Passer au point suivant

Entreprise (Société, établissement, organisme)	Nature de l'activité	Commentaire	Date de début	Date de fin

Je m’engage en cas de modification des liens ci-dessus ou du fait de l’acquisition d’intérêts supplémentaires à procéder immédiatement à une nouvelle déclaration publique d’intérêts.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de rappeler les intérêts que je peux avoir au début de toute activité pour laquelle je suis sollicité(e).

Fait à

Le



Signature

L'actualisation de la déclaration initiale concerne les modifications des liens antérieurement déclarées et les nouveaux liens ; il n'est donc pas nécessaire de reporter dans cette mise à jour les intérêts préalablement déclarés (passés ou en cours) qui n'ont fait l'objet d'aucune modification.

6. Références bibliographiques

- (1) Pillonel J. Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006. Bull Epidemiol Hebd 2007;(46-47):386-93.
- (2) Lewden C, Chêne G, Morlat P, Raffi F, Dupon M, Dellamonica P, et al. HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. J Acquir Immune Defic Syndr 2007 Sep 1;46(1):72-7.
- (3) Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2008. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du professeur Patrick Yeni. Flammarion Sciences; 2008.
- (4) Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - Guide ALD 2007. HAS 2007 Available from: URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/vih_guidemedecin_version_web.pdf
- (5) Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalités de réalisation des tests de dépistage - Octobre 2008. HAS 2008
- (6) Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. Int J Technol Assess Health Care 1986;2(1):53-63.
- (7) Guide méthodologique - Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé - Janvier 2006. HAS 2006 Available from: URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/base_methodo_CFE.pdf
- (8) Page J, Weber R, Somaini B, Nostlinger C, Donath K, Jaccard R. Quality of generalist vs. specialty care for people with HIV on antiretroviral treatment: a prospective cohort study. HIV Med 2003 Jul;4(3):276-86.

- (9) Landon BE, Wilson IB, Wenger NS, Cohn SE, Fichtenbaum CJ, Bozzette SA, et al. Specialty training and specialization among physicians who treat HIV/AIDS in the United States. *J Gen Intern Med* 2002 Jan;17(1):12-22.
- (10) Landon BE, Wilson IB, Cohn SE, Fichtenbaum CJ, Wong MD, Wenger NS, et al. Physician specialization and antiretroviral therapy for HIV. *J Gen Intern Med* 2003 Apr;18(4):233-41.
- (11) Landon BE, Wilson IB, McInnes K, Landrum MB, Hirschhorn LR, Marsden PV, et al. Physician specialization and the quality of care for human immunodeficiency virus infection. *Arch Intern Med* 2005 May 23;165(10):1133-9.
- (12) Laine C, Markson LE, McKee LJ, Hauck WW, Fanning TR, Turner BJ. The relationship of clinic experience with advanced HIV and survival of women with AIDS. *AIDS* 1998 Mar 5;12(4):417-24.
- (13) Kitahata MM, Koepsell TD, Deyo RA, Maxwell CL, Dodge WT, Wagner EH. Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patients' survival. *N Engl J Med* 1996 Mar 14;334(11):701-6.
- (14) Kitahata MM, Van Rompaey SE, Shields AW. Physician experience in the care of HIV-infected persons is associated with earlier adoption of new antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000 Jun 1;24(2):106-14.
- (15) Prouvost-Keller B, Hofliger P, Pradier C, Mondain V, Caselles D, Dellamonica P, et al. [Assessment of the habits of physicians involved in the management of HIV-infected patients. A clinical audit on the biological follow-up]. *Presse Med* 2003 Oct 18;32(34):1599-603.
- (16) Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2006. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du professeur Patrick Yeni. Flammarion Médecine-Sciences; 2006.

- (17) Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther* 2007;12(1):89-96.
- (18) Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F. Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS* 2007 Jan;21 Suppl 1:S5-12.
- (19) Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006 Jun 26;20(10):1447-50.
- (20) Burns FM, Johnson AM, Nazroo J, Ainsworth J, Anderson J, Fakoya A, et al. Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK. *AIDS* 2008 Jan 2;22(1):115-22.
- (21) Burns FM, Imrie JY, Nazroo J, Johnson AM, Fenton KA. Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. *AIDS Care* 2007 Jan;19(1):102-8.
- (22) Contexte sur la sexualité en France - 2007. INSERM 2007 Available from: URL: <http://ist.inserm.fr/basispresse/DP/DP2007/13mars2007.pdf>
- (23) Vincenzi I. Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris. *Bull Epidemiol Hebd* 1992;(47):223-4.
- (24) Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Conseil National du Sida 2006 Available from: URL: http://www.cns.sante.fr/html/avis/rapports_pdf/06_11_16_depistage.pdf
- (25) Gruaz. Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. 2004. Ref Type: Generic

- (26) Rogstad K, Palfreeman A, Rooney G, Hart GJ, Lowbury R, Mortimer P, et al. UK National Guidelines on HIV Testing 2006. *Int J STD AIDS* 2006 Oct;17(10):668-76.
- (27) Peretti-Watel P, Spire B, Schiltz MA, Bouhnik AD, Heard I, Lert F, et al. Vulnerability, unsafe sex and non-adherence to HAART: evidence from a large sample of French HIV/AIDS outpatients. *Soc Sci Med* 2006 May;62(10):2420-33.
- (28) Peretti-Watel P, Spire B, Lert F, Obadia Y. Drug use patterns and adherence to treatment among HIV-positive patients: evidence from a large sample of French outpatients (ANRS-EN12-VESPA 2003). *Drug Alcohol Depend* 2006 Apr;82 Suppl 1:S71-S79.
- (29) Wilson IB, Landon BE, Hirschhorn LR, McInnes K, Ding L, Marsden PV, et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Ann Intern Med* 2005 Nov 15;143(10):729-36.
- (30) Wilson IB, Landon BE, Ding L, Zaslavsky AM, Shapiro MF, Bozzette SA, et al. A national study of the relationship of care site HIV specialization to early adoption of highly active antiretroviral therapy. *Med Care* 2005 Jan;43(1):12-20.
- (31) L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. HAS 2007 Available from: URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lexercice_coordonne_et_protocole_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf
- (32) Jacquier. Comparaison des pratiques médicales des médecins généralistes selon leur appartenance ou non à un réseau de soins VIH ville-hôpital. 2004. Ref Type: Generic

- (33) Petchey R, Farnsworth B, Williams J. The last resort would be to go to the GP'. Understanding the perceptions and use of general practitioner services among people with HIV/AIDS. Soc Sci Med 2000 Jan;50(2):233-45.
- (34) Grossman HA. Addressing the need for HIV specialists: the AAHIVM perspective. AIDS Read 2006 Sep;16(9):479-86.
- (35) Willard CL, Liljestrand P, Goldschmidt RH, Grumbach K. Is experience with human immunodeficiency virus disease related to clinical practice? A survey of rural primary care physicians. Arch Fam Med 1999 Nov;8(6):502-9.
- (36) Gerbert B, Moe JC, Saag MS, Benson CA, Jacobsen DM, Feraios A, et al. Toward a definition of HIV expertise: a survey of experienced HIV physicians. AIDS Patient Care STDS 2001 Jun;15(6):321-30.
- (37) Stefanski KE, Tracy CS, Upshur RE. Sources of evidence in HIV/AIDS care: pilot study comparing family physicians and AIDS service organization staff. BMC Health Serv Res 2004 Jul 9;4(1):18.

7. Remerciements

Les membres du groupe de pilotage remercient l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS), le CRIPS Ile de France, le Conseil national du Sida et l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), pour leur soutien.

Ils remercient tout particulièrement les documentalistes de l'Institut de Veille Sanitaire et du CRIPS pour avoir assuré la recherche documentaire et l'obtention de la bibliographie :

- au service de documentation de l'Institut de Veille Sanitaire : Judith Benrekassa, Frédérique Biton et Jennifer Homère
- au CRIPS : Aude Segond.

Ils remercient tout particulièrement Françoise Cazein de l'InVS pour avoir conçu le tableur de cotation.