



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

2014

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE**

« Patient porteur du VIH et médecine générale, état des lieux et perspective à partir de l'analyse d'une pratique singulière »

Présentée et soutenue publiquement le 11 septembre 2014 à 14h
Au Pôle Formation

Par François Cornu
Né le 13 aout 1983 à Calais

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Benoit GUERY

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Louis SALOMEZ

Monsieur le Professeur Philippe WARTEL

Madame le Docteur Anny DEWILDE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Bertrand RIFF

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

AES : Accident d'Exposition au Sang

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ARV : AntiRétroViral

CH DRON: Centre Hospitalier DRON à Tourcoing

CMU : Couverture Médicale Universelle

COREVIH 59/62 : Coordination Régionale de Lutte contre l'infection VIH région Nord
Pas-de-Calais

CV : Charge Virale

FDRCV : Facteur(s) De Risque Cardio-Vasculaire(s)

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec un Homme

IMC : Indice de Masse Corporelle

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MDS : Maison Dispersée de Santé

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

NPdC : Nord Pas-de-Calais

PVVIH : Personne(s) Vivant avec le VIH

SFLS : Société Française de Lutte contre le SIDA

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Résumé	p10
I. Introduction	p11
II. Mise au point :	p13
• Le médecin généraliste au cœur d'une problématique bio-psycho-sociale	p13
• La place du médecin généraliste dans le réseau de soins	p14
• En pratique l'implication des médecins généralistes reste limitée	p15
III. Méthode :	p16
1. Type d'étude	p16
2. Déroulement de l'étude	p17
3. Critères étudiés	p17
4. Statistiques	p18
IV. Résultats :	p19
1. Répartition selon le sexe	p19
2. Age de la population	p19
3. Répartition en fonction du mode de contamination	p20
4. Répartition en fonction des coïnfections	p21
5. Répartition selon les marqueurs de suivi biologique	p22
6. Collecte et analyse des facteurs de risque cardio-vasculaire	p24
7. Selon la couverture sociale	p25
8. Le nombre moyen de consultations	p26

V. Discussion	p27
A. Analyse des données d'activité du Corevih 59/62 face à celles de la MDS	p27
1. Répartition selon le sexe	p27
2. Age de la population	p28
3. Mode de contamination	p29
4. Les coinfections	p31
5. La charge virale et le traitement	p32
Limites et Biais	p34
B. Retour d'expérience des praticiens de la maison dispersée de santé	p35
VI. Conclusion	p39
Références bibliographiques	p41
Annexes	p42

Résumé

Introduction : En France, on estime entre 150 000 et 160 000 le nombre de personnes vivant avec une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), et l'incidence est de 7000 à 8000 nouveaux cas par an. La prise en charge de l'infection par le VIH est donc un enjeu important de santé publique.

Les dernières recommandations incitent le médecin traitant à assurer le suivi régulier des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Seulement, il semblerait que le niveau d'implication des médecins généralistes reste limité et que les PVVIH soient généralement suivies en milieu hospitalier.

Objectif : À travers l'étude du suivi des patients infectés par le VIH au sein de la Maison Dispersée de Santé Lille-Moulin, comment appréhender le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients et mieux comprendre la faisabilité du suivi d'un traitement antirétroviral par le médecin généraliste ?

Matériels et Méthodes : Etude descriptive au cours de l'année 2012 (réalisée au sein de la maison dispersée de santé, et au CH DRON) par analyse de dossier.

Revue de la littérature actuelle sur le suivi des PVVIH par le médecin généraliste.

Recueil par un questionnaire de l'expérience des praticiens de la maison dispersée de santé.

Résultats : L'étude porte sur le suivi des patients séropositifs VIH sous traitement antirétroviral (ARV) au cours de l'année 2012, permettant d'inclure 159 patients. Le suivi des PVVIH est réalisable en médecine générale avec l'aide du centre de référence, mais, l'implication des omnipraticiens semble ne pas se généraliser.

Conclusion : Si l'implication de tous les médecins généralistes est peu réaliste à l'échelle nationale, il est intéressant de voir que les praticiens impliqués dans la prise en charge du VIH peuvent offrir une qualité de soin indéniable et plus flexible. Il est donc nécessaire d'informer les médecins généralistes sur la possibilité de suivre leurs patients sous antirétroviraux.

Mots clés : médecine générale, virus de l'immunodéficience humaine, traitement antirétroviral, dépistage, mission de soins primaires, mission de soins avancés.

I. Introduction :

Depuis la découverte du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) il y a 33 ans, plus de 36 millions de personnes en sont décédées et plus de 35 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH à travers le monde (dont 95% dans les pays les plus défavorisés économiquement).

En France, on estime entre 150 000 et 160 000 le nombre de personnes vivant avec une infection par le VIH. L'incidence du virus est de 7000 à 8000 nouveaux cas par an en France. Mais il existerait 30 000 personnes porteuses du virus et qui l'ignorent(1).

Deux niveaux d'implication pour les médecins généralistes sont définis dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH consultant en ville (recommandations du consensus formalisé 2009(2), et rapports de collègues d'experts Yéni et Morlat (2008, 2010 et 2013)(3)(1)):

- des **missions de « soins de santé primaires »**, relevant principalement des médecins généralistes: dépistage, information et prévention des infections sexuellement transmissibles, annonce diagnostique et orientation vers une consultation spécialisée.

- des **missions de « soins avancés »**, que peuvent choisir d'exercer spécifiquement certains médecins, sur la base du volontariat et d'un engagement personnel: renouvellement du traitement, surveillance clinique et para-clinique du patient porteur du VIH.

Les progrès thérapeutiques des 20 dernières années permettent aux patients porteurs du VIH sous traitement antirétroviral de contrôler efficacement la charge virale. Le but est de lutter contre la propagation de l'épidémie et de prolonger l'espérance de vie des patients vivant avec le VIH en retardant le plus possible la survenue du stade SIDA.

A Lille, au sein de la Maison Dispersée de Santé (MDS) du quartier Lille-Moulin, plusieurs médecins généralistes assurent le suivi régulier de patients porteurs du VIH sous antirétroviraux, répondant à la fois aux **missions de soins primaires et avancés**.

A travers l'étude du suivi de ces patients, comment appréhender le rôle du médecin généraliste dans leur prise en charge et mieux comprendre la faisabilité du suivi d'un patient atteint du VIH par le médecin généraliste ?

II . Mise au point :

- **le médecin généraliste au cœur d'une problématique bio-psycho-sociale :**

Les médecins généralistes doivent proposer le dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (mission de soins primaires). Aussi, le médecin généraliste peut mettre à profit la relation privilégiée qu'il entretient avec les patients porteurs du VIH pour approfondir les règles hygiéno-diététiques au cours du traitement par antirétroviraux (arrêt du tabac, alcool et stupéfiants, rapports protégés, nutrition...)

Toujours par sa proximité, le médecin traitant pourra utiliser sa connaissance de l'entourage proche du patient; tant pour optimiser l'observance du malade que pour aider et informer la famille : autant d'informations qui ont leur importance dans la qualité de prise en charge d'un patient traité par antirétroviraux.

Par ailleurs, l'infection par le VIH compte parmi les affections de longue durée listées par l'assurance maladie et ouvre droit à une exonération du ticket modérateur. Il est donc nécessaire, dès le diagnostic posé, de prévoir l'ouverture de ces droits et d'anticiper leur renouvellement.

Le suivi de l'adulte infecté par le VIH doit ainsi tenir compte de problématiques d'ordre bio-psycho-social pour lesquelles le médecin généraliste occupe une place privilégiée.

- **La place du médecin généraliste dans le réseau de soins :**

Selon le niveau d'implication du médecin généraliste (entre mission de soins primaires et avancés) les patients vivant avec le VIH peuvent bénéficier d'un réseau de soins entre le secteur hospitalier et l'omnipraticien en ville.

La **qualité de la prise en charge** dépend de trois points forts à la portée du **médecin généraliste** :

- **l'adhésion et l'observance stricte du traitement** de la part du patient,
- le **dépistage des comorbidités** liées au VIH
- et la **surveillance clinico-biologique** régulière

Grâce à un traitement antirétroviral bien conduit, le VIH est devenu une maladie chronique dont le nombre de victimes au stade SIDA diminue tous les ans (4)(5).

Le traitement antirétroviral a pour objectifs le contrôle de la multiplication virale et l'obtention d'une immunocompétence durable avant le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

Le succès de ce traitement est lié à un niveau d'observance très élevé. Cela justifie d'un accompagnement aux soins et d'une véritable éducation thérapeutique. Il est important de sensibiliser les médecins généralistes sur la place primordiale qu'ils occupent : proches de la population, disponibles et capables de participer au réseau de soins pour les personnes vivant avec le VIH.

La prise en charge en ville est cruciale afin d'optimiser le suivi, le confort et la sécurité du patient, notamment dans les zones où le nombre et la localisation des services spécialisés sont mal adaptés.

- **En pratique l'implication des médecins généralistes reste limitée:**

C'est par le dépistage, la prévention, l'information, le traitement, et la collecte des données épidémiologiques que les médecins généralistes occupent une place de choix dans la lutte contre l'épidémie de VIH.

La lutte contre l'épidémie de VIH doit passer par la médecine de ville afin de faciliter l'accès aux soins et d'optimiser le traitement antirétroviral. Ce traitement peut être renouvelé par le médecin traitant à condition :

- Que l'initiation du traitement ait été faite par un spécialiste hospitalier.
- Que le spécialiste hospitalier soit consulté une fois par an au moins.

L'information des médecins généralistes est assurée par les COREVIH des différentes régions qui centralisent les recommandations, les guides de bonne pratique et les données épidémiologiques (réseau NADIS et DOMEVIH pour le nord pas de calais).

Récemment le COREVIH 59/62 a proposé aux médecins généralistes des soirées de formation médicale continue pour assurer ces missions de soins avancés. Seuls 48 médecins à travers la région Nord Pas-de-Calais ont répondu présent malgré plus de 4000 invitations distribuées.

III. Méthode :

L'étude de dossiers se portait sur un échantillon de 159 patients suivis à la MDS au cours de l'année 2012.

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective sur une population de personnes vivant avec le VIH. Ces patients étaient suivis à la maison dispersée de santé du quartier Lille-Moulin pour leur traitement antirétroviral, la surveillance clinique et biologie de leur affection ou pour tout autre motif de recours au médecin traitant. Selon les recommandations, ces même patients consultaient annuellement le médecin spécialiste référent au CH Dron à Tourcoing.

Critères d'inclusion :

- toute personne vivant avec le VIH suivie en « binôme » à la MDS et au sein du service d'infectiologie du CH Dron à Tourcoing (réseau ville-hôpital)
- au cours de l'année 2012.

Critères d'exclusion :

- Patients de moins de 15 ans et trois mois.
- Patientes enceintes.
- Perdus de vue.

2. Déroulement de l'étude

La collecte des dossiers informatiques partagés au sein de la MDS (via le logiciel ALMApro), et le dossier partagé avec le CH Dron à Tourcoing (via le réseau sécurisé NADIS) a permis l'analyse des 159 dossiers de patients vivant avec le VIH consultant à la Maison Dispersée de Santé Lille-Moulin au cours de l'année 2012.

Les intervenants du réseau de soin ayant accès à ces dossiers sont :

- ⇒ Le médecin généraliste consultant à la MDS, répondant à la mission de soins avancés.
- ⇒ Et un médecin spécialisé en infectiologie consultant au Centre de référence : CH Dron à Tourcoing.

3. Critères étudiés :

8 variables ont été recueillies dans cette étude :

- le sexe
- l'âge
- le mode de contamination
- les marqueurs biologiques (charge virale)
- les coinfections au virus de l'hépatite B et C
- la couverture sociale (Couverture médicale universelle, Aide Médicale d'Etat, Affection de Longue Durée)
- le nombre de consultation(s) par an et patient sur chaque site
- les facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA, IMC, diabète, tabac, dyslipidémie)

4. Statistiques :

Les données ont été recueillies sous forme de fichier Excel et analysées avec le logiciel « PASW statistics 18 ».

Les données qualitatives sont décrites par leurs effectifs et/ou pourcentage.

Les données quantitatives sont décrites par leur moyenne, avec l'intervalle de confiance à 95%.

Les données qualitatives ont été comparées par des tests du Chi-deux avec les données recueillies par le COREVIH 59/62 au cours de l'année 2012.

Pour l'ensemble des tests le risque de première espèce a été fixé à 5%.

II. Résultats :

1. Répartition selon le sexe :

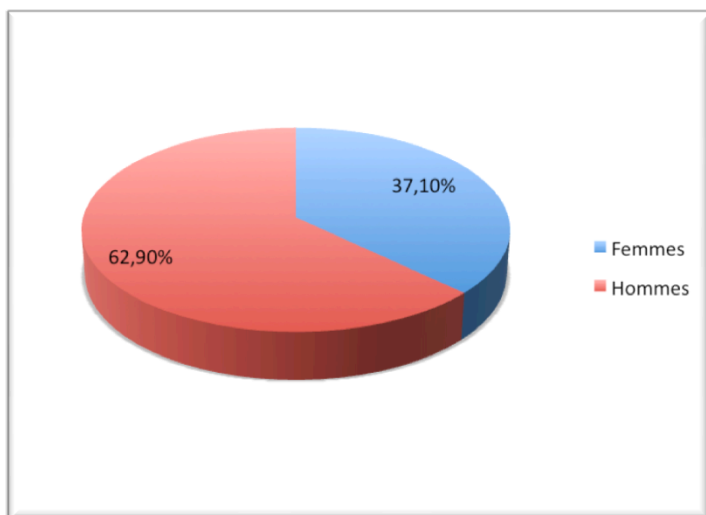


Figure 1 - répartition selon le sexe

L'ensemble de la file active de la maison dispersée de santé (MDS) comprenait 100 hommes et 59 femmes, soit un sex-ratio de 1,69. (cf. tableau 9, p44)

2. Age de la population :

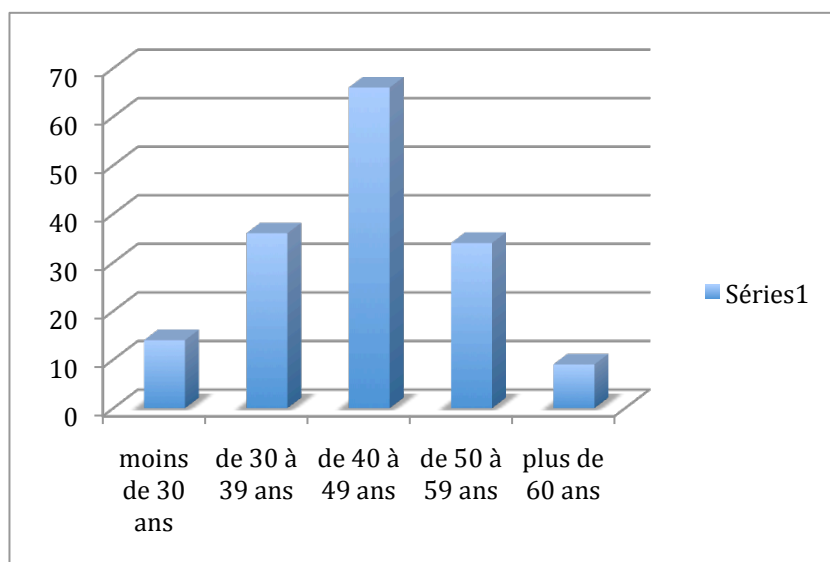


Figure 2 - répartition selon l'âge des PVVIH suivis à la MDS

L'âge moyen de la population était de 43,68 ans intervalle de confiance à 95%. Cela allait de 15 ans et trois mois à 75 Ans. La catégorie la plus représentée est celle des 40 à 49 ans.

3. Répartition en fonction du mode de contamination :

Le mode de contamination a également été étudié, et divisé en 4 catégories:

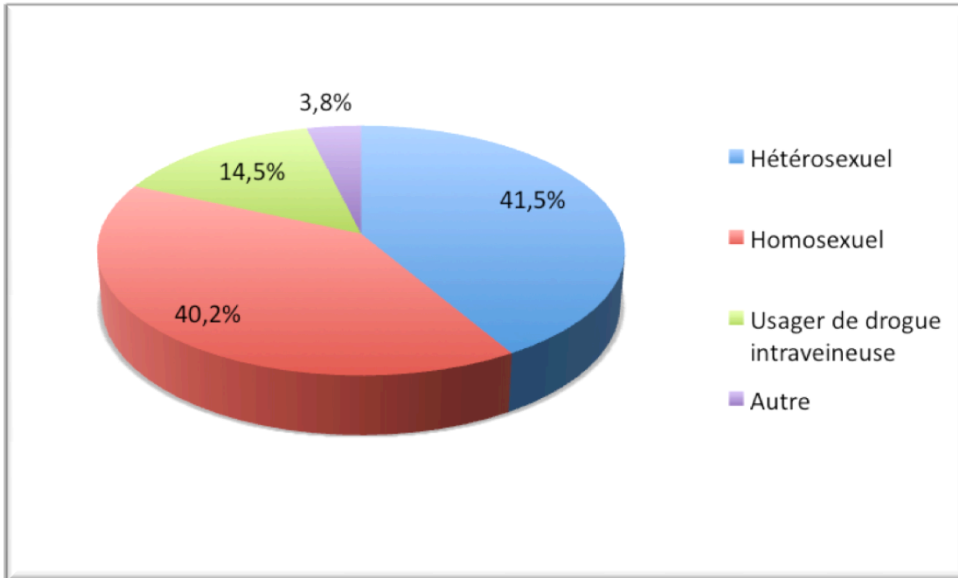


Figure 3 - répartition selon le mode de contamination

Le mode de contamination le plus représenté est la transmission lors de rapports sexuels avec 81,7% de la population étudiée. Les rapports homosexuels et hétérosexuels représentent respectivement 40,2% et 41,5%.

On note une part relativement importante de patients vivant avec le VIH dont le mode de contamination est l'usage de drogues intraveineuses.

La catégorie « Autre » regroupe : les infections materno-fœtales (3 patients), les contaminations par transfusion (2 patients) et les modes de contamination inconnus (1 patient).

4. Répartition selon les coinfections :

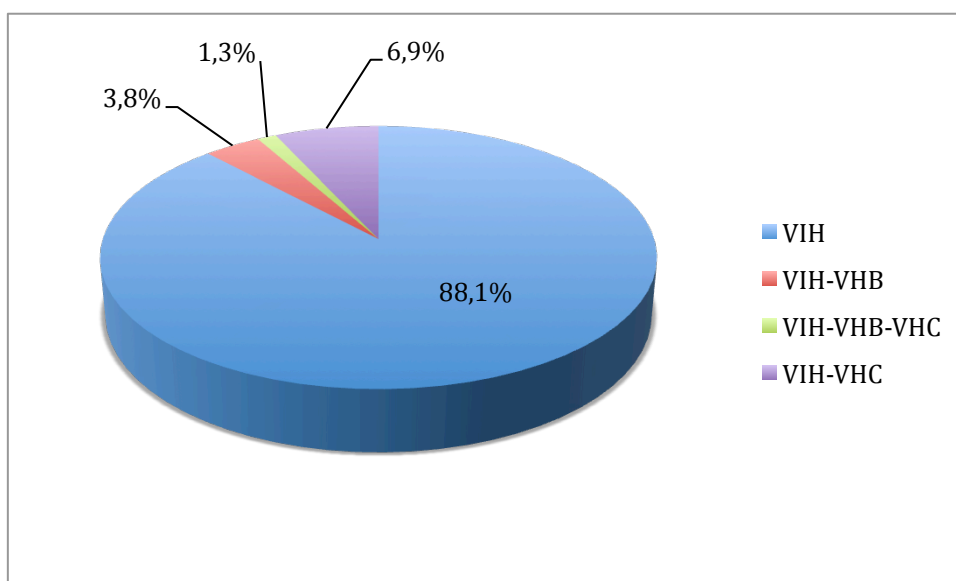


Figure 4 - répartition selon les coinfections

Parmi les 159 patients vivant avec le VIH suivis à la MDS Lille-Moulin, 140 patients sont infectés par le VIH seul (soit 88,1%). Onze patients sont coinfectés par VIH et hépatite C (soit 6,9%), 6 par le VIH et hépatite B (soit 3,8%) et 2 par VIH et hépatite B et C, soit 1,3%.

5. Répartition selon les marqueurs de suivi biologique :

Lors du suivi du patient porteur du VIH, le médecin généraliste doit s'assurer du succès thérapeutique des antirétroviraux ainsi que de la bonne tolérance et observance du traitement.

Le suivi biologique trimestriel comprend un dosage des lymphocytes CD4, et de la charge virale pour s'assurer de l'efficacité du traitement et définir le succès thérapeutique (charge virale en diminution et $CD4 > 500mm^3$) ou son échec .

La tolérance des antirétroviraux et leur toxicité à cours ou à long terme imposent une surveillance régulière. Selon le traitement prescrit cette surveillance est spécifique aux effets indésirables connus (surveillance de l'hémogramme, du bilan lipidique et de la glycémie, des transaminases, de la fonction rénale, de la lipase, et de l'état général : à la recherche de toxidermie, lipodystrophie, troubles neurologiques...)

Parmi la file active de la maison dispersée de santé, seuls huit patients n'étaient pas traités. Trois d'entre eux avaient une charge virale indétectable.

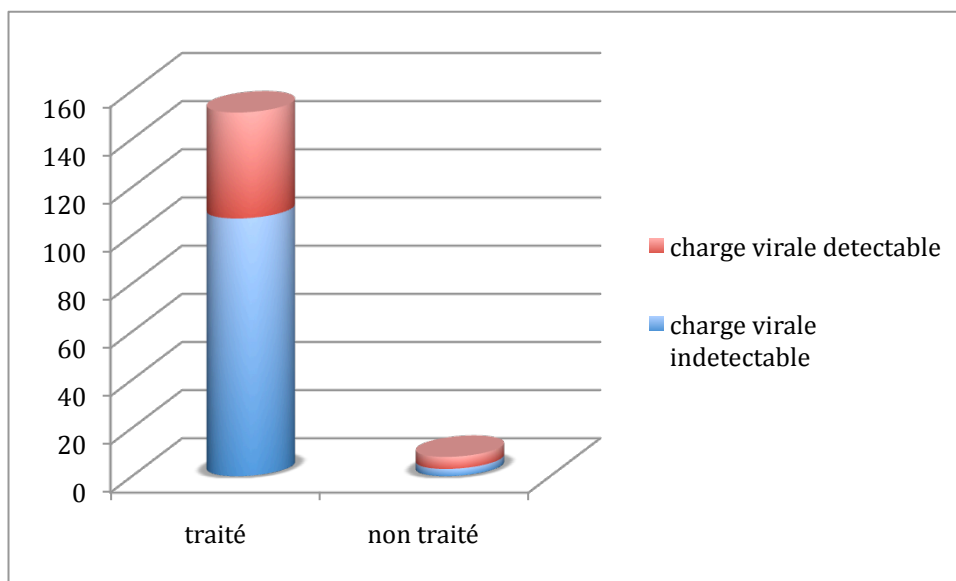


Figure 5 - charge virale chez les patients traités et non traités

Pour l'ensemble de l'échantillon la surveillance biologique de la charge virale mettait en évidence 69,2% de charge virale indétectable et 30,8% de charge virale supérieure à 20 copies/ml.

La figure n°6 présente la répartition de la charge virale des PVVIH suivis à la Maison Dispersée de Santé selon le modèle de la « boîte à moustache ».

La boîte à moustaches utilise 5 valeurs qui résument les données : le minimum (Charge Virale inférieure à 20 copies/ml), les 3 quartiles Q1 (CV : 50 copies/ml), Q2 (la médiane, CV: 60 copies/ml), Q3 (CV : 800 copies/ml), et le maximum (CV>8000 copies/ml).

Le nombre de copies suit une échelle logarithmique allant de «inférieur à 20 copies/ml» jusque «5 log» (supérieur à 1million), quatre valeurs atypiques s'en détachent : Les charges virales les plus élevées sont de 28131 copies/ml, 32795 copies/ml, 44587 copies/ml, 47354 copies/ml, et 1760824 copies/ml (5 log). Ces valeurs atypiques sont représentées par les 5 points les plus hauts du graphique.

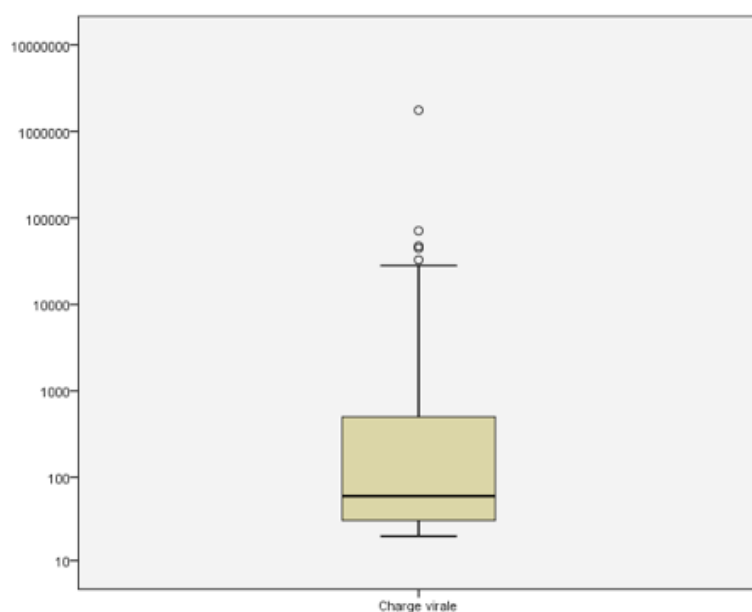


Figure 6 - répartition de la charge virale pour l'ensemble de la file active de la MDS.

6. Collecte et analyse des facteurs de risque cardiovasculaire :

Les facteurs de risque cardiovasculaire collectés sont la consommation de tabac, l'Indice de Masse Corporel, l'hypertension, les dyslipidémies, et le diabète. La moitié des patients présentent un facteur de risque cardiovasculaire (55,1%), environ un tiers présentent 2 facteurs de risque (29,1%); aucun patient n'avait plus de 4 facteurs de risque.

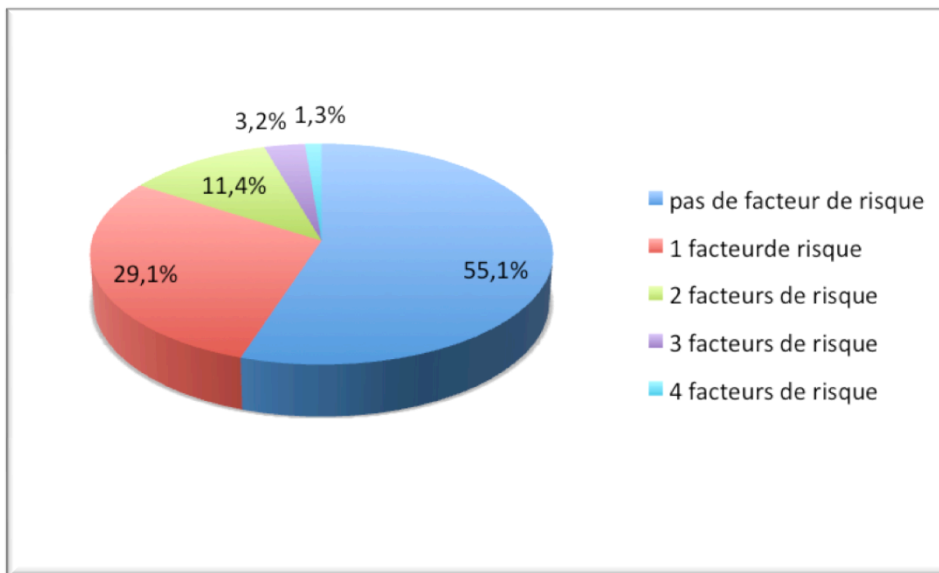


Figure 7 - répartition selon les facteurs de risque

La figure n°7 représente la répartition des facteurs de risque cardiovasculaire au sein de la population des PVVIH suivies à la maison dispersée de santé Lille-Moulin.

NB : La limite rencontrée dans la collecte des facteurs de risque cardiovasculaire est la consommation de tabac. Cette donnée est insuffisamment renseignée dans les dossiers.

7. Selon la couverture sociale :

Pour l'ensemble de cette population, la déclaration du VIH au titre d'Affection de Longue Durée était mise en place (liste ALD 30). 88,7% de la population étudiée bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD VIH seul.

En complément de cette déclaration d'Affection de Longue Durée, les patients suivis à la MDS bénéficient selon leurs conditions de revenus, de la Couverture Médicale Universelle (CMU 8,2%) ; selon leur conditions de séjour en France, de l'Aide Médicale d'Etat (AME 1,3%), ou d'une déclaration d'affection de longue durée autre que le VIH : transsexualité (1,3%), toxicomanie (0,6%).

Cette répartition en fonction de la couverture sociale est illustrée par la figure 8 :

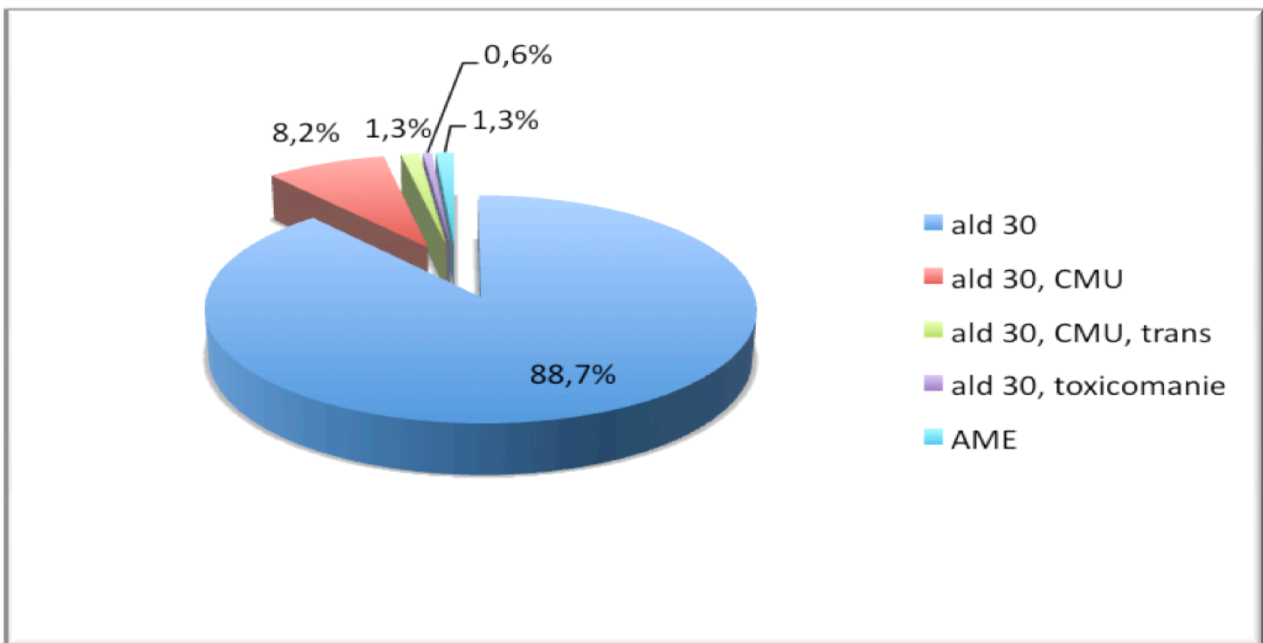


Figure 8 - répartition des PVVIH selon la couverture sociale

8. Le nombre moyen de consultations par patients:

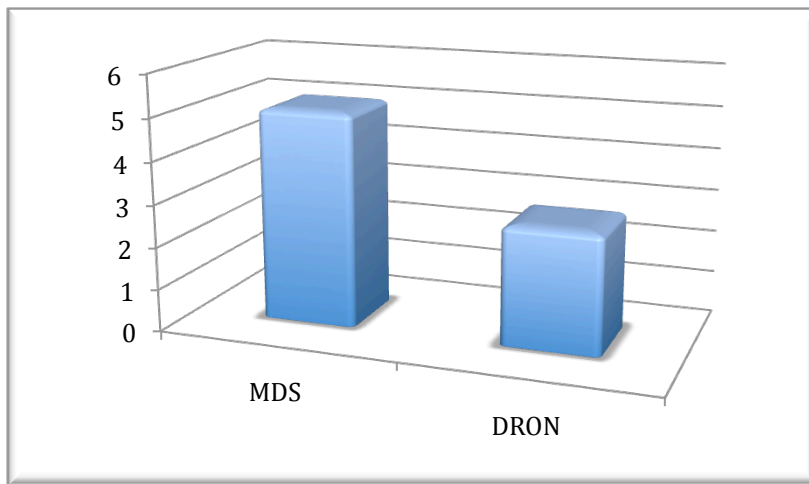


Figure 9 - nombre moyen de consultations par patient

Au cours de l'année 2012 le nombre moyen de consultation par patient était de 5,06 par an à la Maison Dispersée de Santé, et de 2,81 consultations par an au CH DRON.

Au sein de la file active de la MDS les motifs de consultation sont variés et ne concernent pas nécessairement le VIH et son traitement, ce qui explique cette différence.

Le médecin traitant assure la mise en place et la surveillance du traitement dans une logique de travail en réseau ville-hôpital. L'accessibilité aux soins est facilitée pour le patient qui s'inscrit dans un parcours de soins avec un projet thérapeutique.

III. Discussion :

A. Analyse des données d'activité du Corevih 59/62 face à la MDS :

Les données épidémiologiques collectées par le COREVIH 59/62 sont comparables aux données collectées au sein de la maison dispersée de santé du quartier Lille-Moulin. Leurs résultats semblent proches.

1. Répartition selon le sexe :

Avec un sex-ratio de 1,62, la file active du Nord Pas-de-Calais est majoritairement masculine. Le sex-ratio à la maison dispersée de santé est de 1,69 avec 62,9% d'hommes.

La proportion de femmes suivie au sein de la MDS peut sembler légèrement supérieure, mais il n'existe pas de différence significative dans la répartition selon le sexe entre les deux échantillons. ($\chi^2=6,72$, ddl=1, $p=0,00953497$)

Tableau 1 - répartition selon le genre

	<i>fil active Corevih 59/62</i>		<i>fil active MDS</i>		<i>Chi-2</i>	<i>p</i>
sexe						
homme	1784	72,4%	100	62,9%		
femmes	679	27,6%	59	37,1%		
	2463	1	159	1	6,72	0,00953497

2. Age de la population :

On observe un vieillissement progressif de la population infectée par le VIH dans le Nord Pas-de-Calais, la tranche d'âge les 40- 49 ans est la plus représentée(6).

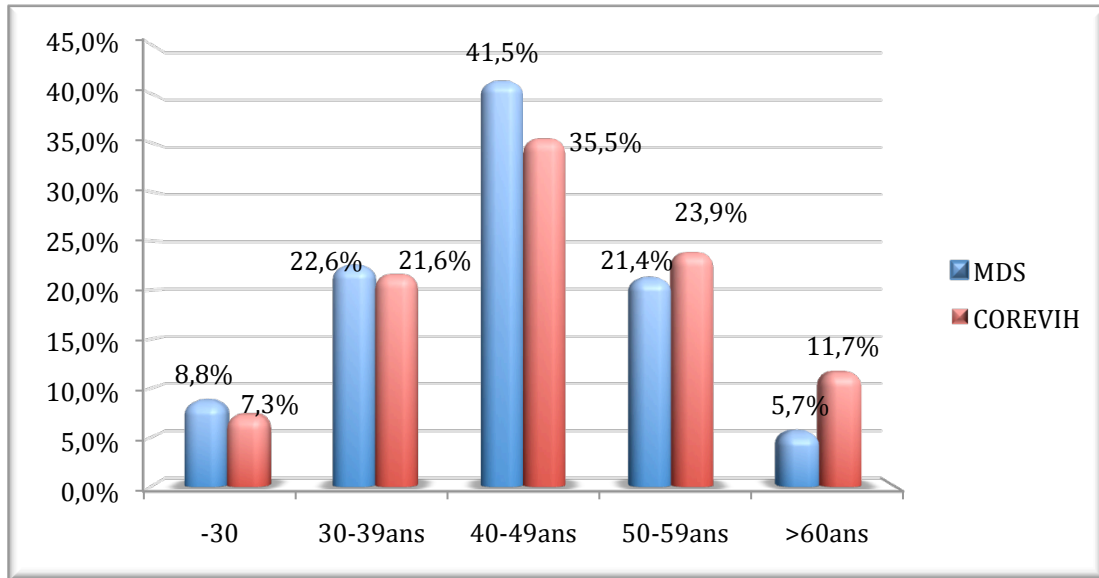


Figure 10 - répartition selon l'âge pour les deux files actives.

L'âge moyen de la population des PVVIH de la Maison Dispersée de Santé est de 43,68 ans.

La tranche d'âge la plus représentée est la même.

Tableau 2 - répartition selon l'âge

	<i>file active Corevih 59/62</i>		<i>file active MDS</i>		<i>Chi-2</i>	<i>p</i>
âge						
-30	180	7,3%	14	8,8%		
30-39ans	533	21,6%	36	22,6%		
40-49ans	875	35,5%	66	41,5%		
50-59ans	588	23,9%	34	21,4%		
>60ans	287	11,7%	9	5,7%		
	2463	1	159	1	7,152	0,12807219

Il n'existe pas de différence significative quant à la répartition de l'âge entre les deux échantillons étudiés. (Chi2=7,152 , ddl=4 , p=0,12807219)

3. Mode de contamination :

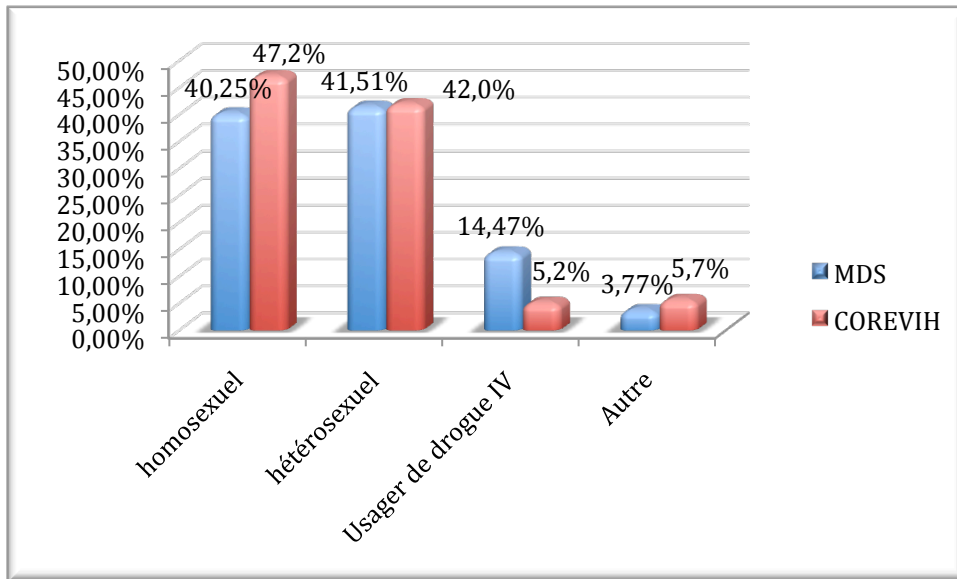


Figure 11 - répartition selon le mode de contamination

L'analyse du mode de contamination des patients de la file active du COREVIH 59/62 montre que la voie homo/bisexuelle reste la plus importante. Près de la moitié des patients suivis se sont infectés par le VIH lors de relations homosexuelles(6).

On estime qu'aujourd'hui la population des hommes homosexuels est la seule qui ne voit pas l'épidémie de VIH reculer. Alors que des discriminations sont encore présentes pour la population homosexuelle, il n'est pas évident pour le patient d'annoncer son orientation sexuelle à son médecin. Le médecin de famille est en première ligne pour collecter cette information dans son anamnèse. Celui-ci peut proposer, le cas échéant, un suivi adapté aux recommandations (anuscopie/consultation du proctologue une fois par an) afin de mieux prévenir le risque plus important de cancer du canal anal pour cette population de PVVIH.

Parmi les patients de la file active de la Maison Dispersée de Santé, 40,25% ont été contaminés par rapport homosexuel et 41,51% par rapport hétérosexuel.

On note également chez les patients de la MDS une proportion importante de contamination par usage de drogues intraveineuses: 14,47%. Pour la file active du COREVIH59/62 cela ne représente que 5,2%.

Tableau 3 - mode de contamination

	<i>fil active Corevih 59/62</i>		<i>fil active MDS</i>		<i>Chi-2</i>	<i>p</i>
mode de contamination						
homo/bi	1162	47,2%	64	40,3%		
hétérosexuel	1034	42,0%	66	41,5%		
UDI	127	5,2%	23	14,5%		
autre	140	5,7%	6	3,8%		
	2463	100,0%	159	1	25,14440665	<10 ⁻⁴

Il existe une différence significative entre ces deux populations quant au mode de contamination. (Chi2= 25,144 , $p < 10^{-4}$). L'hypothèse nulle est rejetée et l'on accepte la différence : il y a statistiquement plus de patients VIH contaminés par usage de drogue I.V. dans la file active de la Maison Dispersée de Santé qu'à l'échelle régionale.

4. Les coinfections :

13,8% des patients suivis dans la région Nord/Pas-de-Calais sont coinfectés VIH/Hépatites(6).

Cette proportion est de 11,9% chez les PVVIH de la MDS Lille-Moulin.

Tableau 4 - coinfection VIH et hépatites

	<i>fil active Corevih</i> 59/62		<i>fil active</i> MDS		<i>Chi-2</i>	<i>p</i>
coinfectés VIH/VHB VHC	340	13,8%	19	11,9%		
infectés VIH seul	2123	86,2%	140	88,1%		
	2463	100,0%	159	1	0,435	0,50967484

Il n'existe pas de différence significative entre les deux échantillons concernant les coinfections par hépatite. (Chi²= 0,435 , ddl=1, p=0,50967464)

Le traitement des patients coinfectés VIH-Hépatite implique une surveillance régulière des enzymes hépatiques et de la fibrose hépatique. Le risque d'hépatotoxicité est plus élevé que chez les patients mono-infectés VIH.

Il est important d'instaurer une multi thérapie antirétrovirale afin de limiter l'évolution de l'hépatite C. Le ralentissement de la fibrose hépatique permet d'obtenir une réduction de la morbidité et de la mortalité d'origine hépatique. En cas de cirrhose, l'infection par le VHC augmente le risque d'infection bactérienne, virale et fongique chez les PVVIH(7).

5. la charge virale et le traitement:

Les patients de la file active de la MDS sont traités à 95%. Huit patients sur 159 ne sont pas traités. Trois d'entre eux ont une charge virale indétectable.

Dans la file active du COREVIH, les patients traités représentent 77 % de la file active totale. 67,3% des patients traités ont une charge virale indétectable depuis plus de 6 mois(6).

Tableau 5 - proportion de patients traités

	<i>file active Corevih</i> 59/62		<i>file active</i> MDS		<i>Chi-2</i>	<i>p</i>
nombre de patients traités	1896	77,0%	151	95,0%		
nombre de patients non traités	567	23,0%	8	5,0%		
	2463	1	159	1	28,232	1,0763*10 ⁻⁷

Il existe une différence significative entre les deux échantillons pour la prescription de traitement antirétroviral. (Chi2=28,232 , ddl=1 , $p=1,0763*10^{-7}$)

Tableau 6 - charge virale

	<i>file active</i> Corevih 59/62		<i>file active</i> MDS		<i>Chi-2</i>	<i>p</i>
nombre de patients traités avec CV indétectable	1276	67,3%	107	70,9%		
nombre de patients traités avec CV détectable	620	32,7%	44	29,1%		
	1896	100,0%	151	1	0,809	0,36829

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative quant à la proportion des patients traités avec une charge virale indétectable. (Chi2=0,809 , ddl=1 , $p=0,36829$)

Tableau 7 - répartition des patients selon la prise de traitement et la charge virale

	file active Corevih 59/62		file active MDS		Chi-2	p
nombre de patients non traités	567	23,0%	8	5,0%		
nombre de patients traités avec CV indétectable	1276	51,8%	107	67,3%		
nombre de patients traités avec CV détectable	620	25,2%	44	27,7%		
	2463	100,0%	159	100,0%	29,202	<10 ⁻⁵

Il existe une différence significative dans la répartition des patients selon la prise de traitement et la charge virale. (Chi2= 29,202 , ddl=1 , p=<10⁻⁵)

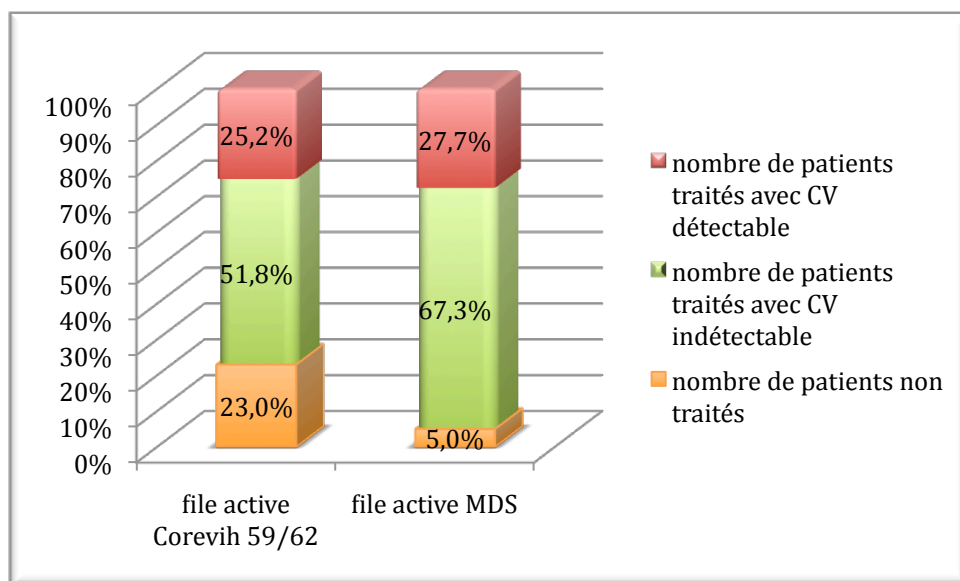


Figure 12 - répartition des patients selon la prise d'un traitement et la charge virale.

Les données du COREVIH incluent les patients suivis après l'arrêt d'un traitement antirétroviral prolongé. Ce contrôle viral post arrêt de traitement (rémission ou guérison fonctionnelle) est mis en place chez certains patients ayant bénéficié d'une instauration précoce des ARV après notion d'exposition (par exemple en cas d'Accident d'Exposition au Sang). Cette différence entre les deux échantillons est donc liée aux PVVIH dont le traitement est arrêté à cause de son succès, ou de sa toxicité mais toujours après avis d'un médecin du centre d'infectiologie de référence.

Les limites rencontrées dans cette étude de dossiers sont :

-la collecte des facteurs de risque cardio-vasculaire, notamment de la consommation de tabac qui est une donnée insuffisamment renseignée dans les dossiers. (cf. tableau 16)

Sachant qu'une charge virale détectable double le risque d'incident cardiovasculaire(8), l'ensemble de cette population présente au moins un facteur de risque cardiovasculaire du fait de son infection par le VIH. Aussi, tous les facteurs de risque contrôlables (HTA, diabète, cholestérol, tabac, surpoids) doivent être surveillés et pris en charge si nécessaire.

Il convient donc de mettre en place avec le patient une stratégie efficace d'arrêt du tabac afin d'assurer un sevrage total et définitif.

-la réalisation du frottis cervico-vaginal et du frottis anal sont des données peu renseignées également. (cf. tableau 10)

Un biais de recrutement lié à l'activité de la maison dispersée de santé :

Il apparaît une différence significative entre les modes de contamination des deux files actives. Cette différence s'explique par un biais de recrutement lié à l'activité de la Maison Dispersée de Santé :

Depuis sa création la MDS assure le suivi et le renouvellement des patients traités par substituts aux opiacés. Trois médecins généralistes formés à l'addictologie y assurent le suivi de la substitution aux opiacés. Cette population est donc plus représentée au sein de la MDS que dans la population générale.

B. Retour d'expérience des praticiens de la maison dispersée de santé :

Un questionnaire a été adressé par mail aux médecins généralistes exerçant au sein de la MDS. Ce questionnaire permet de collecter l'avis de ces praticiens pour le suivi des Patients Vivants avec le VIH en médecine de ville.

1. Recevez vous régulièrement en consultation des patients porteurs du VIH ?

Tous les médecins interrogés reçoivent régulièrement des patients porteurs du VIH.

2. Avez vous une qualification particulière, ou reçu un enseignement spécifique afin d'assurer des missions de soins avancés (instauration ou modification de traitement, suivi spécifique des PVVIH hors hôpital) ?

Deux médecins sur les trois interrogés ont une qualification particulière (Diplôme Universitaire d'infectiologie et d'addictologie)

Un des médecins interrogés n'a pas de qualification particulière quant au suivi des PVVIH.

3. Avez vous déjà renouvelé un traitement antirétroviral ?

Tous les médecins interrogés renouvellent régulièrement le traitement antirétroviral des patients vivant avec le VIH suivis au sein de la maison dispersée de santé.

4. Vous êtes vous déjà senti en difficulté avec la prise en charge d'un patient vivant avec le VIH ? si oui, dans quelle situation ?

Deux médecins sur trois se sont déjà sentis en difficulté avec la prise en charge d'un PVVIH :

« Comme pour tout patient porteur d'une maladie chronique: dans les problématiques d'observance.»

« Face à la thérapeutique médicamenteuse parfois complexe.»

5. Qu'est ce qui, selon votre expérience au sein de la MDS, améliore la qualité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en médecine générale ?

« L'Accueil, la compétence, et le partage au sein de l'équipe de soin. »

« Une équipe formée et compétente, comprenant des intervenants médicaux et paramédicaux (kinésithérapeute, infirmier DE, assistante sociale, médecin généraliste) dans une logique de réseau de soins pour une prise en charge optimale. »

« La formation continue développée au sein de la MDS les mardis matin et les échanges répétés avec le médecin référent: Dr Bertrand Riff »

6. Qu'est ce qui, selon votre expérience au sein de la MDS, facilite votre pratique du dépistage ?

« L'expérience du suivi régulier des PVVIH facilite les échanges avec les patients concernant sexualité, les IST, et les comportements à risque nécessitant les dépistage »

« Un abord facilité des situations à risque comme un Accident d'Exposition au Sang, une annonce diagnostique, ou l'orientation d'un patient vers le centre de référence pour l'initiation du traitement .»

7. Qu'est ce qui, selon votre expérience au sein de la MDS, facilite le renouvellement des antirétroviraux ?

« Le partage d'information grâce au logiciel de gestion patient partagé (ALMApro), on y retrouve l'anamnèse et l'examen clinique des consultations précédentes, les courriers de consultation spécialisée et l'ensemble des données paracliniques (imagerie, biologie...)»

« Un MG formé, consultant en VIH depuis 1987 , une file active de PVVIH importante et donc des rencontres régulières.»

« Les PVVIH sont régulièrement suivi par le Dr Riff qui est le médecin référent au sein de la MDS et ne présentent pas de complication.»

Le recueil d'expérience des médecins généraliste de la MDS met en évidence l'importance d'un travail en réseau :

A la fois le **réseau ville-hôpital**, par lequel le médecin traitant adressera les PVVIH aux médecins référents en infectiologie. A l'issu de chaque consultation le médecin traitant reçoit un compte rendu avec les recommandations particulières pour chaque patient, il peut ainsi coordonner les soins et examens complémentaires.

Mais aussi le **partage des dossiers informatiques** au sein d'un cabinet de groupe, et via le dossier mis en ligne par le réseau NADIS®.

(NADIS® est un dossier médical de spécialité conçu par des Professionnels de santé pour répondre aux exigences du suivi des patients VIH/VHC/VHB & AES.)

Le suivi des PVVIH au sein de la Maison Dispersée de Santé est donc à la portée des médecins généralistes sous réserve d'un travail en réseau. Ainsi, le médecin généraliste est en mesure de surveiller le bon déroulement du traitement antirétroviral et de s'associer au travail des médecins hospitaliers pour la consultation de synthèse annuelle et toute décision thérapeutique .

Le médecin généraliste se doit d'assurer les missions de soins de santé primaires comme le dépistage et la prévention. Mais avec la collaboration d'un médecin référent et dans une logique de travail en réseau de soins, le médecin traitant peut également être un acteur de choix dans la suite de la prise en charge des PVVIH.

V. Conclusion :

A l'image de l'exercice des omnipraticiens de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulin, il est possible pour le médecin généraliste de suivre un patient vivant avec le VIH en ville. Le médecin traitant peut surveiller l'efficacité, la tolérance et l'observance du traitement. Mais aussi détecter les comorbidités liées au VIH et orienter si besoin vers une consultation spécialisée ou des examens complémentaires.

Sans oublier l'importance des missions de soins primaires, le médecin traitant a les compétences requises pour prendre en charge des PVVIH, suivre et orienter les patients traités par antirétroviraux.

Comme d'autres maladies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension, l'infection par le VIH peut être suivie de manière régulière en médecine de ville. Malgré les recommandations actuelles c'est un exercice très peu répandu.

L'analyse des données collectées retrouve deux populations comparables entre ville et hôpital. Cet état des lieux sur le suivi des Personnes Vivant avec le VIH au sein de la maison Dispersée de Santé met en perspective les différents niveaux d'implication nécessaires à une offre de soins diversifiée, afin de réduire le retard diagnostique et mieux lutter contre l'épidémie. Si l'implication de tous les médecins généralistes est peu réaliste à l'échelle nationale, il est intéressant de voir que les praticiens impliqués dans le réseau ville-hôpital peuvent offrir une qualité de soin indéniable et plus flexible. Celle-ci est comparable à un suivi assuré uniquement à l'hôpital.

Le médecin généraliste a le choix de s'impliquer dans des missions de soins avancés permettant de mieux répondre aux besoins de la population au contact de laquelle il exerce.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. MORLAT philippe. rapport Morlat 2013, prise en charge médicale des PVVIH. [Internet]. paris; 2013 p. 25–6. Available from:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
2. SPILF, SFLS. consensus formalisé sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville et en médecine générale de janvier 2009. [Internet]. 2009 p. 14. Available from:
http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/VIH_ville-long.pdf
3. Yéni P. Suivi et accompagnement médical de l'adulte infecté par le vih [Internet]. p. 89. Available from:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr-Patrick_Yeni.pdf
4. ONUSIDA. UNAIDS global report 2013 [Internet]. 2013. Available from:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf
5. ONUSIDA. ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA – PRINCIPAUX FAITS ET CHIFFRES [Internet]. p. 4. Available from: <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/factsheets/name,74010,fr.asp>
6. COREVIH 59/62. RAPPORT D'ACTIVITES 2012 du COREVIH 59/62.
7. Monforte A d'Arminio, Cozzi-Lepri A, Castagna A, Antinori A, Luca AD, Mussini C, et al. Risk of Developing Specific AIDS-Defining Illnesses in Patients Coinfected with HIV and Hepatitis C Virus With or Without Liver Cirrhosis. Clin Infect Dis [Internet]. 2009 Aug 15 [cited 2014 Aug 29];49(4):612–22. Available from: <http://cid.oxfordjournals.org/content/49/4/612>
8. Dr Montoro N. ESC | About the ESC | ESC Press Office | ESC Press Releases | HIV causes structural heart disease [Internet]. [cited 2014 Mar 25]. Available from:
<http://www.escardio.org/about/press/press-releases/pr-13/Pages/HIV-causes-structural-heart-disease.aspx?hit=dontmiss>

ANNEXES

Tableau 8 - récapitulatif des données du COREVIH 59/62 face à celles de la MDS

	<i>file active COREVIH 59/62</i>		<i>file active MDS</i>		<i>Chi-2</i>	<i>p</i>
Genre						
Homme	1784	72,4%	100	62,9%		
Femmes	679	27,6%	59	37,1%		
	2463	1	159	1	6,72	0,00953497
Age						
Moins de 30 ans	180	7,3%	14	8,8%		
de 30 à 39 ans	533	21,6%	36	22,6%		
de 40 à 49 ans	875	35,5%	66	41,5%		
de 50 à 59 ans	588	23,9%	34	21,4%		
Plus de 60 ans	287	11,7%	9	5,7%		
	2463	1	159	1	7,152	0,12807219
mode de contamination						
Homosexuel/bisexuel	1162	47,2%	64	40,3%		
Hétérosexuel	1034	42,0%	66	41,5%		
UDI	127	5,2%	23	14,5%		
autre	140	5,7%	6	3,8%		
	2463	100,0%	159	1	25,14440665	<10⁻⁴
traitement et charge virale						
nombre de patients non traités	567	23,0%	8	5,0%		
nombre de patients traités avec CV indétectable	1276	51,8%	107	67,3%		
nombre de patients traités avec CV détectable	620	25,2%	44	27,7%		
	2463	100,0%	159	100,0%	29,202	<10⁻⁵
coinfections						
coinfectés VIH hépatite(s)	340	13,8%	19	11,9%		
infectés VIH seul	2123	86,2%	140	88,1%		
	2463	100,0%	159	1	0,435	0,50967484

Tableau 9 - répartition selon le genre

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Femmes	59	37,1	37,1	37,1
	Hommes	100	62,9	62,9	100
	Total	159	100	100	

Tableau 10 - données manquantes concernant la réalisation du frottis .

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
genre * fcv	40	25,20%	119	74,80%	159	100,00%

Tableau 11 - répartition selon les coinfections

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	VIH	139	87,4	87,4	87,4
	VIH-SYPH	1	0,6	0,6	88,1
	VIH-VHB	6	3,8	3,8	91,8
	VIH-VHB-VHC	2	1,3	1,3	93,1
	VIH-VHC	11	6,9	6,9	100
	Total	159	100	100	

Tableau 12 - répartition selon le mode de contamination

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Indeterminé	1	0,6	0,6	0,6
	Bisexuel	1	0,6	0,6	1,3
	Hétérosexuel	66	41,5	41,5	42,8
	Homosexuel	63	39,6	39,6	82,4
	Materno foetal	3	1,9	1,9	84,3
	Transfusion	2	1,3	1,3	85,5
	UDI	23	14,5	14,5	100

Tableau 13 - répartition selon le site le plus sollicité pour le suivi

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Lille- MDS	75	47,2	47,2	47,2
	Tourcoing CH DRON	84	52,8	52,8	100
	Total	159	100	100	

Tableau 14 - répartition selon la charge virale

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	indélectable	110	69,2	69,2	69,2
	délectables	49	30,8	30,8	100
	Total	159	100	100	

Tableau 15 - données manquantes concernant l'IMC

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
POIDS	151	95,00%	8	5,00%	159	100,00%
TAILLE	119	74,80%	40	25,20%	159	100,00%
IMC	116	73,00%	43	27,00%	159	100,00%

Tableau 16 - données manquantes concernant les facteurs de risque cardiovasculaire

		IMC	TABAC	HTA	Dyslipidemie	diabete	nombre de FDRCV
N	Valide	116	20	141	130	130	158
	Manquante	43	139	18	29	29	1

Questionnaire à l'attention des praticiens de médecine générale exerçant au sein de la maison dispersée de santé Lille moulin

Merci d'accorder quelques instants à ce questionnaire qui servira à la discussion de mon travail de thèse.

Suivi des patients VIH en médecine générale, état des lieux et perspectives par l'analyse d'une pratique singulière

1. Recevez vous régulièrement en consultation des patients porteurs du VIH ?

2. Avez vous une qualification particulière, ou reçu un enseignement spécifique afin d'assurer des missions de soins avancés (instauration ou modification de traitement, suivi spécifique des PVVIH hors hôpital) ?

3. Vous êtes vous déjà senti en difficulté avec la prise en charge d'un patient vivant avec le VIH ? si oui dans quelle situation ?

4. Avez vous déjà renouvelé un traitement antirétroviral ?

5. Qu'est ce qui selon votre expérience au sein de la MDS
 - améliore la qualité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en médecine générale ?

 - facilite votre pratique du dépistage ?

 - facilite le renouvellement des antirétroviraux ?

AUTEUR: CORNU François

Date de Soutenance : Jeudi 11 Septembre 2014, 14h, pôle formation

Titre de la Thèse : Patient porteur du VIH et médecine générale, état des lieux et perspective à partir de l'analyse d'une pratique singulière.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots clés : médecine générale, virus de l'immunodéficience humaine, traitement antirétroviral, dépistage, mission de soins primaires, mission de soins avancés

Résumé :

Introduction : En France, on estime la prévalence entre 150 000 et 160 000 le nombre de personnes vivant avec une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), et l'incidence est de 7000 à 8000 nouveaux cas par an. La prise en charge de l'infection par le VIH est donc un enjeu important de santé publique. Les dernières recommandations incitent le médecin traitant à assurer le suivi régulier des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Seulement, il semblerait que le niveau d'implication des médecins généralistes reste limité et que les PVVIH soient généralement suivis en milieu hospitalier.

Objectif : A travers l'étude du suivi des patients infectés par le VIH au sein de la maison dispersée de santé Lille Moulin, comment appréhender le rôle du médecin généraliste dans leur prise en charge et mieux comprendre la faisabilité du suivi d'un traitement antirétroviral par le médecin généraliste ?

Matériels et Méthodes : Etude descriptive au cours de l'année 2012 (réalisée au sein de la maison dispersée de santé, et au CH DRON) par analyse de dossier.

Revue de la littérature actuelle sur le suivi des PVVIH par le médecin généraliste.

Recueil par un questionnaire de l'expérience des praticiens de la maison dispersée de santé.

Résultats : L'étude porte sur le suivi des patients séropositifs VIH sous traitement antirétroviral (ARV) au cours de l'année 2012, permettant d'inclure 159 patients. Le suivi des PVVIH est réalisable en médecine générale avec l'aide du centre de référence, seulement, l'implication des omnipraticiens semble ne pas se généraliser.

Conclusion : Si l'implication de tous les médecins généralistes est peu réaliste à l'échelle nationale, il est intéressant de voir que les praticiens impliqués dans la prise en charge du VIH peuvent offrir une qualité de soin indéniable et plus flexible. Il est donc nécessaire d'informer les médecins généralistes sur la possibilité de suivre leurs patients sous antirétroviraux.

Composition du Jury :

Président : Pr Benoît QUERY

Assesseurs : Pr Jean-Louis Salomez, Pr Philippe Wartel, Dr Anny Dewilde

Directeur de Thèse : Dr Bertrand Riff