

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**État des lieux de la prise en charge et du suivi des personnes vivant avec le
VIH par leur médecin généraliste.**

Présentée et soutenue publiquement le 28 octobre 2025 à 18h00
Au Pôle Formation
par Flora VERDAVAINE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier ROBINEAU

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Maxime DEGRENDÉL

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Macha TETART

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : affection de longue durée

ARS : Agence Régionale de Santé

ARV : antirétroviraux

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREVIH : Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH

DMP : dossier médical partagé

DT2 : diabète de type 2

dTcaP : diphtérie tétanos coqueluche poliomyélite

FDRCV : facteurs de risque cardiovasculaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDF : Hauts-de-France

HPV : papillomavirus humain

HSH : homme ayant des relations sexuelles avec un homme

HTA : hypertension artérielle

INI : inhibiteur d'intégrase

INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

IP : inhibiteur de protéase

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

LTCD4 : lymphocytes TCD4

MG : médecin généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PG : population générale

PrEP : prophylaxie préexposition

PVVIH : personne vivant avec le VIH

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

VHA : virus de l'hépatite A

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	6
1. Epidémiologie du VIH	6
2. Comorbidités et VIH.....	7
3. Suivi de santé globale chez les PVVIH	9
4. Question d'étude.....	10
MATERIEL ET METHODE.....	11
1. Type d'étude	11
2. Population étudiée	11
3. Élaboration du questionnaire	11
4. Diffusion du questionnaire	12
5. Recueil des données	13
6. Analyse statistique	13
7. Cadre réglementaire	13
RESULTATS	14
1. Description de la population étudiée	14
2. Spécificités des PVVIH dans le cadre du suivi des pathologies courantes	16
3. Iatrogénie : ARV et traitements les plus couramment prescrits	17
4. Dépistage des cancers	19
5. Vaccinations : recommandations spécifiques des PVVIH	20
6. Formation complémentaire en santé sexuelle	23
7. Aisance des MG dans les thématiques étudiées	24
DISCUSSION	26
1. Réponse à la problématique	26
2. Définition d'« aisance »	26
3. Place du médecin généraliste	27
4. Volonté de formation	29
5. Parcours de soins	29
a. Iatrogénie : ARV et traitements les plus couramment prescrits	29
b. Spécificités des PVVIH dans le cadre du suivi des pathologies courantes	31
c. Dépistage des cancers.....	34
d. Vaccinations : recommandations spécifiques des PVVIH	35
6. Les biais.....	36
a. Manque de puissance	36

b. Biais de sélection	36
c. Biais de mesure.....	37
d. Biais de désirabilité sociale	37
e. Biais de mémorisation	37
7. Perspectives	38
8. Conclusion	40
Bibliographie.....	41
Annexes.....	47
1. Questionnaire au format papier.....	47
2. Fiche flash	47
3. Attestation de déclaration au DPO.....	47

INTRODUCTION

1. Epidémiologie du VIH

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2023, environ 40 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde : 86 % connaissent leur statut, 630 000 décès lui sont attribués, soit une diminution majeure de la mortalité de 51 % depuis 2010 (1). En France, environ 200 000 personnes vivent avec le VIH et les premiers malades ont été diagnostiqués dès le début des années 1980 (2). Avec les progrès scientifiques et médicaux, notamment l'apparition des ARV en 1996 (3), l'espérance de vie des PVVIH s'est nettement améliorée et tend à se rapprocher de celle de la PG (4). Il persiste toutefois quelques disparités liées à l'origine ethnique, au délai entre l'infection et le diagnostic ainsi qu'au degré de déficit immunitaire (5). En effet, des conditions socio-économiques plus défavorables sont retrouvées dans les populations non blanches, ce qui pourrait expliquer cette différence d'espérance de vie. De plus, l'introduction d'un traitement ARV chez des PVVIH ayant un taux de LTCD4 plus bas semble être associée à une espérance de vie plus faible.

L'année 1993 est l'année qui dénombre le plus de décès liés à l'infection par le VIH. Ainsi 0,9 % des décès en France cette année-là étaient liés à l'infection par le VIH, contre moins de 0,1 % en 2021. Par ailleurs, bien que le nombre de PVVIH augmente en France passant de 89 000 personnes en 1990 à 248 100 en 2021, le nombre de décès liés à l'infection par le VIH, lui, diminue passant de 2 975 en 1990 à 472 en 2021(6). En résumé, la réduction de la létalité de la maladie entraîne une augmentation du nombre de PVVIH.

Parmi les évolutions notables liées au vieillissement de la population de PVVIH, on constate une modification des causes de décès au fur et à mesure des années.

Initialement, et notamment avant l'apparition des ARV, les PVVIH mourraient du SIDA, comprenons les pathologies (infections et cancers) opportunistes (7). En effet, entre 1996 et 1999, la mortalité liée au SIDA était de 49 %. Aujourd'hui, la première cause de décès chez les PVVIH est représentée par les cancers hors SIDA, passant de 5 % à 19 % entre 1996 et 2020. La mortalité par cancers est suivie par les maladies cardiovasculaires et métaboliques ainsi que les maladies hépatiques (7) (8) (9). On remarque également une augmentation de la morbidité psychiatrique entre 1996 et 2020 représentée par l'anxiété, la dépression et les conduites addictives (7).

2. Comorbidités et VIH

Les PVVIH vieillissant, on retrouve chez eux les mêmes pathologies liées à l'âge que dans la PG. Néanmoins, certaines spécificités concernant le dépistage ou le suivi de ces pathologies existent chez les PVVIH, soit directement liées aux conséquences de l'infection, soit en lien avec ses traitements.

Concernant le dépistage des FDRCV, la fréquence du dépistage recommandé varie significativement entre les deux populations. Tandis que les recommandations européennes de cardiologie préconisent une évaluation globale du risque cardiovasculaire tous les 3 à 5 ans dans la PG (10), les recommandations spécifiques aux PVVIH (HAS et sociétés savantes européennes) (11) (12) recommandent une évaluation annuelle du risque cardiovasculaire via l'outil SCORE2 ou SCORE2-OP (Systematic Coronary Risk Estimation – Old Person) en fonction de l'âge.

Les traitements ARV eux-mêmes peuvent engendrer certaines comorbidités : augmentation de la prévalence du syndrome métabolique, en particulier des dyslipidémies (notamment avec les IP et les INI) (13), ou majoration du risque

d'insuffisance rénale (liée à l'exposition au ténofovir au long cours par exemple) (14) (15).

Par ailleurs, les interactions médicamenteuses représentent un enjeu important en médecine générale chez les PVVIH. Certains traitements courants peuvent interagir de manière significative avec les ARV. Par exemple, les IPP, largement prescrits et également accessibles sans prescription, présentent un risque d'interaction avec les ARV dont l'absorption est acidité-dépendante, comme la rilpivirine ou plus largement l'immense majorité de la classe des INNTI (16) (17). Les cations polyvalents (comme le calcium, le magnésium ou le fer), fréquents en médecine générale, sont une autre source d'interaction par défaut d'absorption avec la majeure partie de la classe des INI. Notons également leur présence en quantité très variable dans de nombreux compléments alimentaires en vente libre (18).

Concernant le dépistage de certains cancers, les recommandations diffèrent chez les PVVIH par rapport à la PG. Par exemple, les cancers de la marge anale ou les cancers cutanés ne font pas l'objet de dépistages systématiques dans la PG, tandis qu'un dépistage ciblé est proposé aux PVVIH (19). Par ailleurs, pour certains cancers bénéficiant d'un programme de dépistage organisé (20) (21), comme le cancer du col de l'utérus, des recommandations spécifiques sont adaptées à la situation des PVVIH (11).

Pour finir, abordons les recommandations vaccinales. Certaines adaptations de schémas vaccinaux sont à prendre en compte vis-à-vis des PVVIH. Par exemple, la vaccination dTcaP nécessite un rappel tous les dix ans à partir de 13 ans chez les PVVIH (11) (22).

3. Suivi de santé globale chez les PVVIH

Le suivi spécialisé de l'infection par le VIH se fait principalement dans les services d'infectiologie. Le patient semble parfois considérer l'infectiologue comme son médecin de référence, y compris pour le dépistage ou le suivi des comorbidités (23). Pourtant le MG a un rôle important à jouer dans ces domaines et peut avoir une place privilégiée dans la relation patient-soignant, notamment grâce à sa proximité, sa disponibilité et sa vision globale de la santé du patient. Le MG peut avoir le sentiment d'être mis à l'écart mais aussi de manquer de formation ou de connaissances, que ce soit à cause des traitements en constante évolution ou du faible nombre de PVVIH qu'il prend en charge (24). Néanmoins le MG revendique un rôle important dans le suivi des comorbidités, le dépistage et la prévention des risques iatrogènes (24) (25).

Dans la littérature, on retrouve plusieurs études concernant la PrEP, notamment depuis le 1^{er} juin 2021, date à laquelle les MG ont eu l'autorisation de primo-prescription. Les études abordent l'aisance des MG à l'égard de ces thérapeutiques et l'évolution de la prescription de la PrEP en soins primaires (26) (27) (28). Cependant, on ne retrouve que très peu d'articles traitant du suivi global des PVVIH par les MG.

4. Question d'étude

Face à une population de PVVIH croissante et vieillissante, une adaptation du suivi global et des thérapeutiques est nécessaire. Malgré une prise en charge historiquement hospitalière et malgré le manque de formation parfois souligné, l'implication des MG semble essentielle. Peu d'études abordent le suivi des PVVIH par les MG. Ces constats nous ont amenés à nous interroger sur **le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France en 2025 ayant dans leur patientèle au moins une personne vivant avec le VIH sur les spécificités et sur le positionnement du médecin généraliste dans leur prise en charge holistique ?**

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale. L'ensemble des questionnaires a été diffusé sur la période du 23 janvier au 30 mai 2025.

2. Population étudiée

L'étude est basée sur un questionnaire (annexe 1) qui cible les MG installés dans les HDF désignés par des PVVIH comme leur médecin traitant dans la base de données NADIS, logiciel utilisé au Centre Hospitalier de Tourcoing pour le suivi des PVVIH. Aucune restriction n'a été ajoutée que ce soit sur le type d'exercice (libéral seul ou en groupe, salarié en cabinet ou en centre hospitalier, cumul emploi-retraite), l'âge ou l'ancienneté d'installation.

Seuls les médecins n'exerçant pas dans les HDF n'ont pas été inclus.

3. Élaboration du questionnaire

L'auto-questionnaire comporte vingt-huit questions réparties en cinq grands axes :

- Démographie des MG interrogés
- Spécificité des PVVIH dans le cadre du suivi :
 - Des pathologies courantes (HTA, DT2...)
 - Des risques iatrogéniques entre les ARV et des traitements couramment prescrits
 - Des dépistages des cancers
 - Des vaccinations

Il comporte également un espace ouvert de remarques et suggestions, ainsi qu'un lien vers une fiche flash (annexe 2) offrant des informations sur les recommandations de suivi des PVVIH.

L'introduction du questionnaire explique l'objectif de l'étude, les raisons de leur recrutement ainsi que le temps estimé de réponse à environ cinq minutes et le maintien de l'anonymat.

Avant la diffusion, le questionnaire a été testé sur un échantillon de MG et d'internes en médecine générale non inclus dans l'étude afin d'évaluer la compréhension et la pertinence des questions.

Le questionnaire a été diffusé et les données ont été recueillies via le logiciel d'analyses statistiques LimeSurvey afin de garantir l'anonymat et la sécurité des données.

4. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été transmis, via un QR code et un lien HTML, par e-mails et par courriers postaux.

Les adresses e-mails professionnelles des MG ont été récupérées dans l'annuaire de santé géré par l'Agence du Numérique en Santé à partir de la liste extraite par le data manager de la base de données NADIS. Cette base de données répertoriait 773 MG.

Il a été décidé d'envoyer des e-mails à tous les MG dont l'adresse e-mail professionnelle était enregistrée dans le dossier patient informatisé. Pour ceux dont les adresses e-mails professionnelles n'étaient pas disponibles ou ceux dont les e-mails n'ont pas pu être transmis, des courriers postaux leur ont été adressés.

À l'issue du premier envoi et en raison du faible taux de réponses initial, nous avons décidé de relancer les questionnaires à un mois puis à quatre mois, uniquement par e-mails compte tenu des coûts engendrés par les affranchissements.

5. Recueil des données

Nous avons recueilli 65 réponses complètes et 11 réponses incomplètes.

Le recueil des données s'est déroulé sur une période allant de janvier à mai 2025.

6. Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages et analysées à l'aide de tests du χ^2 et de Fisher le cas échéant. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type en distribution gaussienne, ou par la médiane et l'interquartile dans le cas contraire. La normalité des distributions a été testée par un test de Shapiro-Wilk. Elles ont été comparées à l'aide du test de Student ou du test U de Mann-Whitney selon le cas. Les différences entre les groupes ont été considérées comme significatives pour les variables dont la valeur p était $\leq 0,05$. L'analyse statistique a été réalisée par le data manager de NADIS.

7. Cadre réglementaire

Dans le cadre de la protection des données et des libertés individuelles, une autorisation du Délégué à la Protection des Données (DPO) a été obtenue le 29 avril 2025, avec exonération de déclaration auprès de la CNIL (annexe 3). Le numéro de déclaration auprès du DPO est le suivant : CHT/URC/2025/06.

RESULTATS

1. Description de la population étudiée

773 MG ont été contactés pour répondre à notre étude. Sur ces 773, 71 (soit 9,2%) ont été inclus (Figure 1).

Les MG ayant répondu viennent majoritairement du département du Nord, sont âgés en moyenne de 46 ans et 35 % d'entre eux sont des femmes. Pour la plupart (88 %), ils suivent entre 0 et 5 PVVIH dans leur patientèle. 13 % d'entre eux avaient réalisé une formation complémentaire théorique en santé sexuelle (Tableau 1).

Figure 1 : Flow chart

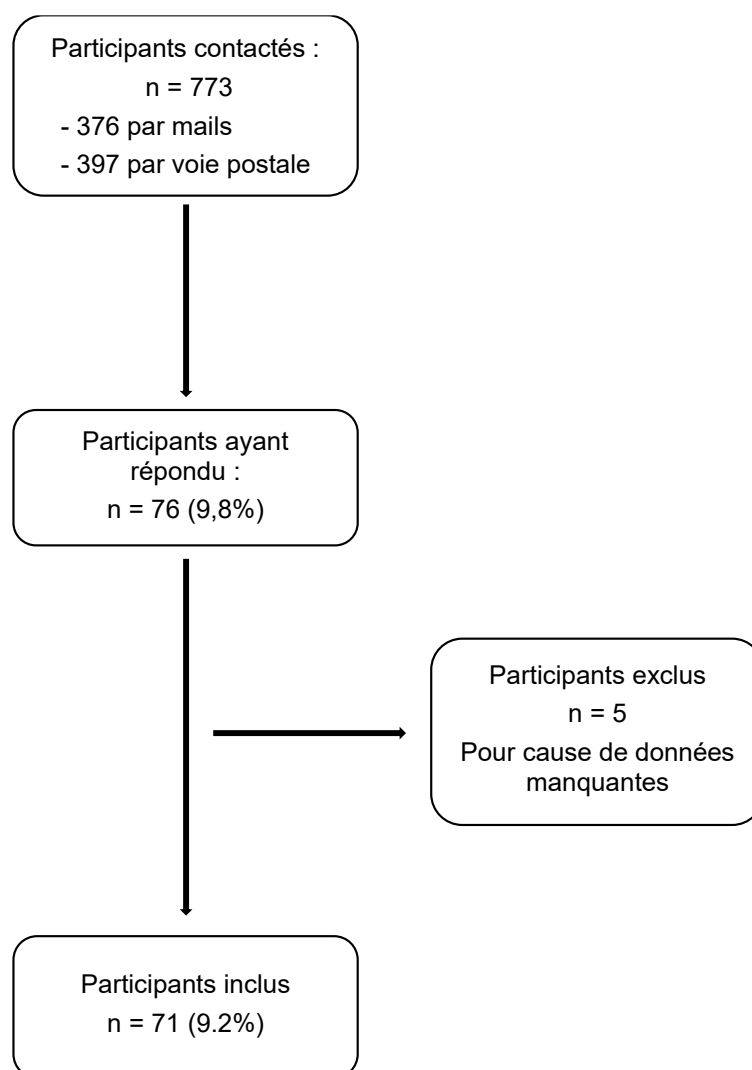


Tableau 1 : descriptif de la population de l'étude

Caractéristiques		n = 71 ¹
Âge (en années)		46 (12)
Sexe féminin		25 (35%)
Ancienneté d'exercice (en années)		14 [5 - 28]
Département d'exercice		
Aisne		0 (0%)
Nord		59 (83%)
Oise		0 (0%)
Pas-de-Calais		11 (15%)
Somme		1 (2%)
Lieu d'exercice		
Communes < 20 000 habitants		26 (37%)
Communes de 20 000-100 000 habitants		27 (38%)
Communes > 100 000 habitants		18 (25%)
Mode d'exercice		
Cabinet libéral seul		21 (30%)
Cabinet libéral en groupe		31 (44%)
MSP (<i>dont remplaçant</i>)		18 (25%)
Exercice autre (<i>régulation</i>)		1 (1%)
File active de PVVIH dans la patientèle		
0		2 (3%)
1-5		60 (85%)
6-10		7 (10%)
11-50		2 (3%)
Formation complémentaire théorique en santé sexuelle		
Oui		9 (13%)
Non		62 (87%)
Taux de répondants par catégorie		
Pathologies chroniques courantes		71 (100%)
Iatrogénie		71 (100%)
Dépistage des cancers		67 (94%)
Vaccination		65 (92%)

¹Moyenne (Ecart-Type) ; n (%) ; Médiane [Q1 - Q3]

- Comparaison de notre échantillon avec la population de MG des HDF

Notre échantillon est assez représentatif de la population totale de MG des HDF. En effet, parmi les données de 2025 issues de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) (29), on dénombre 5152 MG dans les HDF, parmi lesquels 46 % sont des femmes, contre 35 % dans notre échantillon. L'âge moyen des MG dans les HDF est de 48 ans, ce qui est sensiblement comparable à notre échantillon. Dans les HDF, 55,5 % des MG exercent en libéral et 37,8 % en salariat. Les MG exerçant en libéral apparaissent surreprésentés dans notre échantillon, avec 73 % regroupant ceux travaillant seuls ou en cabinets de groupe. En région HDF, 279 MSP sont reconnues par l'ARS en 2025 (30). Toutefois, en l'absence de données chiffrées précises décrivant la répartition réelle des MG selon leur mode d'exercice (MSP, cabinet libéral individuel ou de groupe), il n'est pas possible de comparer directement notre panel à la population régionale de référence.

2. Spécificités des PVVIH dans le cadre du suivi des pathologies courantes

- Déclaration en ALD

Pour plus de 97 % des MG interrogés, la déclaration en ALD peut être réalisée soit par l'infectiologue, soit par le MG.

Entre le 3 juin et le 30 août 2025, le taux de déclaration en ALD réalisé par les infectiologues du service d'infectiologie du Centre Hospitalier de Tourcoing s'élève à 20, selon des données internes issues des dossiers de l'assistance sociale. Sur la même période, 13 nouveaux patients vivant avec le VIH ont été pris en charge par le service. L'écart observé entre le nombre de nouveaux cas et celui des déclarations en

ALD s'explique par la présence de patients déjà suivis, mais qui n'étaient pas encore bénéficiaires de l'ALD.

- Évaluation du risque cardiovasculaire global

45 % des MG interrogés adaptent le dépistage des pathologies cardiovasculaires et 27 % augmentent la fréquence des explorations des anomalies lipidiques.

On remarque que les médecins qui adaptent le dépistage des pathologies cardiovasculaires s'estiment plus à l'aise que ceux qui n'adaptent pas (Tableau 2).

Tableau 2 : Adaptation du dépistage cardiovasculaire selon l'aisance des MG en suivi des pathologies chroniques courantes

	Dépistage cardiovasculaire		p-valeur ²
	Oui n = 32 ¹	Non n = 39 ¹	
Aisance en suivi des pathologies chroniques courantes	6.0 [5.0 - 7.5]	3.0 [2.0 - 7.0]	0.003

¹Médiane [Q1 - Q3]

²test de Wilcoxon-Mann-Whitney

3. Iatrogénie : ARV et traitements les plus couramment prescrits

62 % des MG interrogés déclaraient interroger leurs patients concernant l'automédication. Parmi eux, 51 % étaient vigilants sur l'automédication de tous leurs patients, tandis que 11 % étaient particulièrement vigilants chez les PVVIH.

À l'introduction d'un nouveau traitement, 95 % des répondants se méfiaient des interactions médicamenteuses potentielles avec les ARV : 87 % se référaient à Internet pour évaluer les types d'interactions possibles, 13 % demandaient l'avis de l'infectiologue et 3 % interrogeaient le pharmacien.

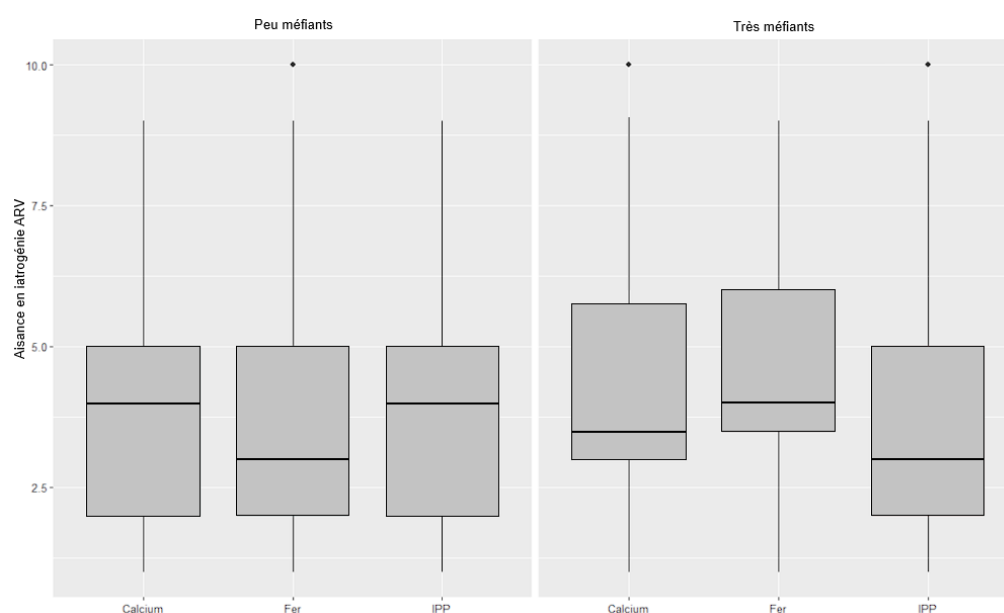
Nous avons plus spécifiquement étudié la vigilance des MG envers un certain nombre de ces interactions médicamenteuses, comme décrites dans le tableau 3.

Tableau 3 : Vigilance des MG concernant les interactions médicamenteuses des ARV avec certaines classes médicamenteuses

Vigilance des interactions médicamenteuses ARV – classe médicamenteuse					
	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Extrêmement	Total
Classe médicamenteuse					
Anti-inflammatoire non stéroïdien	6 (8%)	21 (30%)	34 (48%)	10 (14%)	71 (100%)
Calcium	27 (38%)	30 (42%)	14 (20%)	0 (0%)	71 (100%)
Corticoïde inhalé	31 (44%)	32 (45%)	8 (11%)	0 (0%)	71 (100%)
Fer	24 (34%)	36 (51%)	10 (14%)	1 (1%)	71 (100%)
IPP	11 (16%)	23 (32%)	28 (39%)	9 (13%)	71 (100%)
Pansement gastrique	6 (8%)	21 (30%)	31 (44%)	13 (18%)	71 (100%)
Paracétamol	42 (59%)	23 (32%)	6 (9%)	0 (0%)	71 (100%)
Pénicilline	30 (42%)	30 (42%)	9 (13%)	2 (3%)	71 (100%)
Total	177 (31%)	216 (38%)	140 (25%)	35 (6%)	568 (100%)

n (%)

Figure 2 : Box plot comparant l'aisance générale en iatrogénie des ARV et la méfiance des MG par rapport aux IPP, au fer et au calcium



Il s'agit ici plutôt d'une tendance, les résultats n'étant pas significatifs. Les MG qui ne se sentent pas du tout à l'aise en iatrogénie des ARV se méfient moins des interactions ARV-fer, ARV-calcium et ARV-IPP (figure 2). Cependant, aucun des MG ne s'estime à l'aise, même quand il se méfie beaucoup ou extrêmement des interactions médicamenteuses avec les ARV (figure 2).

Si l'on compare l'âge des MG avec la méfiance vis-à-vis de certaines molécules, on remarque que les MG plus âgés se méfient moins des IPP que les MG les plus jeunes (figure 3). La tendance étant plutôt à l'inverse lorsqu'on les interroge sur les interactions des ARV avec les cations polyvalents (figure 4).

Figure 3 : Box plot estimant la méfiance des interactions médicamenteuses ARV-IPP selon l'âge des MG

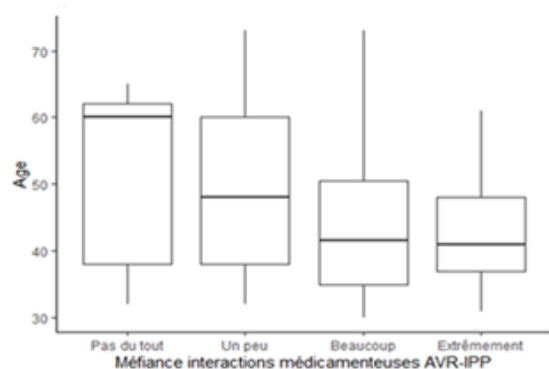
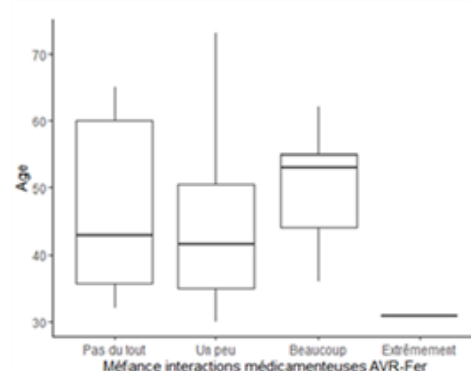


Figure 4 : Box plot estimant la méfiance des interactions médicamenteuses ARV-fer selon l'âge des MG



4. Dépistage des cancers

Sur les 71 questionnaires analysés, 4 MG n'ont pas répondu à cette catégorie. Les analyses de cette catégorie ont été effectuées sur 67 répondants.

Par ordre décroissant selon le type de cancer, les MG déclaraient adapter le dépistage des cancers dans la population vivant avec le VIH : dans 56 % des cas pour le cancer

de la marge anale, 48 % pour les cancers cutanés, 46 % pour le cancer du col utérin, 35 % pour le cancer colorectal et 25 % pour les cancers du sein et de la prostate.

Malheureusement, les modalités d'adaptation n'étaient généralement pas détaillées, ne permettant pas d'identifier si les pratiques sont conformes à l'évolution des recommandations.

À noter que $\frac{3}{4}$ des MG ont raison de ne pas adapter leurs modalités de dépistage pour les cancers mammaires et prostatiques.

5. Vaccinations : recommandations spécifiques des PVVIH

Sur les 71 questionnaires analysés, 6 MG n'ont pas répondu à cette catégorie. Les analyses de cette catégorie ont été effectuées sur 65 répondants.

93 % des MG répondants s'estimaient impliqués dans la veille vaccinale des PVVIH, dont 71 % au même titre que l'infectiologue.

Seuls 18 % des interrogés adaptaient le schéma vaccinal du dTcaP. 29 % estimaient que le spécialiste y veillait et 52 % estimaient qu'il n'y avait pas de spécificité dans le schéma vaccinal.

Lorsqu'on s'intéresse à l'adaptation du schéma vaccinal du dTcaP, on remarque que les MG qui adaptent le dépistage sont ceux qui s'estiment le plus à l'aise (tableau 4).

Tableau 4 : Adaptation du schéma vaccinal du dTcaP selon l'aisance des MG en vaccination

	Adaptation du schéma vaccinal du dTcaP			p-valeur ²
	Oui n = 12 ¹	Non car le spécialiste s'en charge n = 19 ¹	Non car il n'y a pas de spécificité n = 34 ¹	
Aisance en vaccination	7.5 [7.0 - 8.5]	5.0 [4.0 - 6.0]	6.0 [5.0 - 8.0]	0.054

¹Médiane [Q1 - Q3]

²Test de Kruskal-Wallis

En revanche, il n'y a pas de corrélation entre le nombre de PVVIH dans la patientèle et l'adaptation du schéma vaccinal du dTcaP (tableau 5).

Tableau 5 : Adaptation du schéma vaccinal du dTcaP selon la file active de PVVIH dans la patientèle des MG

	File active PVVIH				p-valeur ²
	0 n = 2 ¹	1-5 n = 60 ¹	6-10 n = 7 ¹	11-50 n = 2 ¹	
Adaptation du schéma de vaccination du dTcaP					0.3
Oui	0 (0%)	12 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	
Non car le spécialiste s'en charge	1 (100%)	14 (25%)	4 (57%)	0 (0%)	
Non car il n'y a pas de spécificité	0 (0%)	29 (53%)	3 (43%)	2 (100%)	

¹n (%)

²test exact de Fisher

75 % des répondants vaccinaient, à juste titre, l'ensemble des PVVIH contre le pneumocoque. 11 % estimaient que cette vaccination était trop dangereuse si les LTCD4 étaient inférieurs à 500/mm³ et 14 % estimaient qu'il n'y avait pas d'indication pour cette vaccination chez les PVVIH.

76 % des MG interrogés vaccinaient l'ensemble des PVVIH contre la grippe saisonnière conformément aux recommandations.

15 % des répondants considéraient que les PVVIH ayant un taux de LTCD4 supérieur à 200/mm³ présentaient davantage d'effets indésirables après vaccination que la population générale.

29 % des MG interrogés proposaient systématiquement la vaccination contre l'hépatite A aux HSH. Parmi ceux qui ne la proposaient pas, 9 % ne connaissaient pas l'orientation sexuelle de leurs patients et 2 % leur proposaient cette vaccination uniquement s'ils avaient plusieurs partenaires sexuels. Aucun des répondants ne ciblait cette vaccination selon l'âge de leurs patients.

Ceux qui vaccinent contre l'hépatite A s'estiment plus à l'aise en vaccination que ceux qui ne vaccinent pas (tableau 6). De plus, les MG qui vaccinent contre l'hépatite A sont ceux qui ont le plus de PVVIH dans leur patientèle (tableau 7).

Tableau 6 : Vaccination contre l'hépatite A selon l'aisance des MG

	Vaccination anti-VHA		p-valeur ²
	Oui n = 19 ¹	Non n = 39 ¹	
Aisance en vaccination	8.0 [6.0 - 9.0]	6.0 [4.0 - 8.0]	0.023

¹Médiane [Q1 - Q3]

²test de Wilcoxon-Mann-Whitney

Tableau 7 : Vaccination contre l'hépatite A selon la file active de PVVIH dans la patientèle des MG

	File active PVVIH				p-valeur ²
	0 n = 2 ¹	1-5 n = 60 ¹	6-10 n = 7 ¹	11-50 n = 2 ¹	
Vaccination anti-VHA					0.011
Non	0 (0%)	36 (75%)	3 (43%)	0 (0%)	
Oui	1 (100%)	12 (25%)	4 (57%)	2 (100%)	

¹n (%)

²test exact de Fisher

6. Formation complémentaire en santé sexuelle

Parmi les 62 MG n'ayant pas réalisé de formation complémentaire en santé sexuelle, 47% souhaiteraient en réaliser une (tableau 8).

Tableau 8 : Association entre le souhait de formation complémentaire en santé sexuelle et la réalisation antérieure d'une telle formation

	Souhait d'une formation complémentaire en santé sexuelle		Total
	Oui	Non	
Formation complémentaire en santé sexuelle			
Oui	4 (44%)	5 (56%)	9 (100%)
Non	29 (47%)	33 (53%)	62 (100%)
Total	33 (46%)	38 (54%)	71 (100%)

Test exact de Fisher, $p > 0.9$

Les MG ayant ou souhaitant réaliser une formation complémentaire en santé sexuelle sont plus jeunes que ceux n'en ayant ou ne souhaitant pas en bénéficier (tableau 9). Notons toutefois qu'il s'agit d'une tendance, les résultats n'étant pas significatifs.

Tableau 9 : Âge des MG souhaitant ou non bénéficier d'une formation complémentaire en santé sexuelle

	Souhait d'une formation complémentaire en santé sexuelle		p-valeur ²
	Oui n = 33 ¹	Non n = 38 ¹	
Âge	41 [36 - 54]	45 [36 - 60]	0.2

¹Médiane [Q1 - Q3]

²test de Wilcoxon-Mann-Whitney

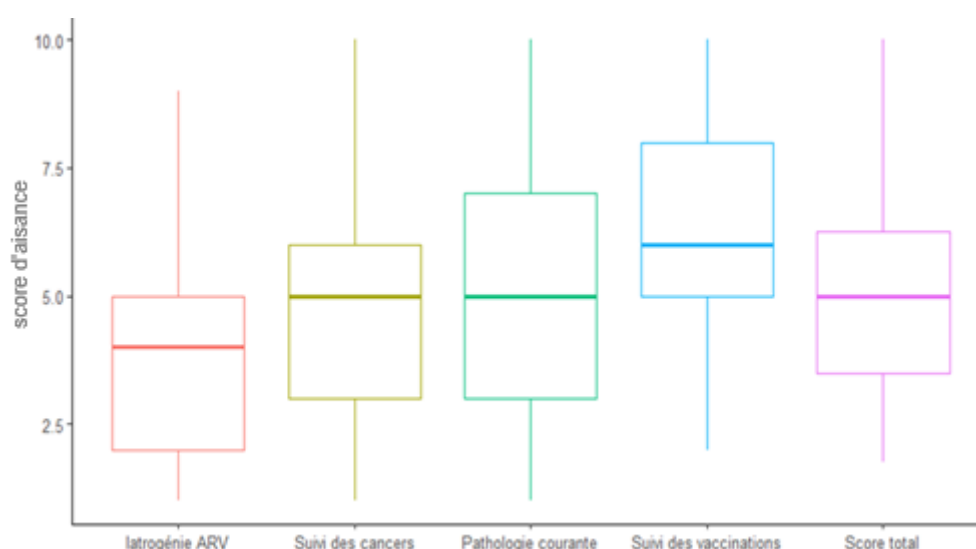
7. Aisance des MG dans les thématiques étudiées

L'aisance des MG a été évaluée par la médiane des réponses. Elle était évaluée sur une échelle de 1 à 10.

Le domaine où les MG s'estimaient les plus à l'aise était la vaccination des PVVIH, avec un score médian de 6/10. *A contrario*, ils se sentaient les moins à l'aise en iatrogénie des ARV, avec un score médian de 4/10 (figure 5).

On remarque que l'aisance médiane des MG dans toutes les catégories confondues est de 5/10 (figure 5).

Figure 5 : Box plot comparant l'aisance des MG dans les différents domaines étudiés



Lorsqu'on analyse la file active et l'aisance des MG dans chaque domaine étudié, on remarque que plus les médecins ont de PVVIH dans leur patientèle, plus ils s'estiment à l'aise dans les différents domaines étudiés (tableau 10). Il s'agit cependant d'une tendance car aucune des analyses n'est statistiquement significative, probablement en raison de notre faible effectif.

Tableau 10 : Aisance des MG dans chaque thématique étudiée selon la file active de PVVIH dans leur patientèle

	File active PVVIH				p-valeur ²
	0 n = 2 ¹	1-5 n = 60 ¹	6-10 n = 7 ¹	11-50 n = 2 ¹	
Aisance en suivi des pathologies chroniques courantes	2.0 [2.0 - 2.0]	5.0 [3.0 - 7.0]	7.0 [6.0 - 8.0]	7.0 [4.0 - 10.0]	0.10
Aisance en iatrogénie des ARV	1.5 [1.0 - 2.0]	3.0 [2.0 - 5.0]	5.0 [4.0 - 6.0]	7.5 [5.0 - 10.0]	0.055
Aisance en suivi des cancers	2.0 [2.0 - 2.0]	5.0 [3.0 - 6.0]	6.0 [3.0 - 7.0]	7.5 [5.0 - 10.0]	0.2
Aisance en vaccination	5.0 [5.0 - 5.0]	6.0 [4.0 - 8.0]	6.0 [4.0 - 7.0]	10.0 [10.0 - 10.0]	0.2
Score total	2.7 [2.7 - 2.7]	4.7 [3.5 - 6.2]	6.0 [5.2 - 6.7]	8.0 [6.0 - 10.0]	0.13

¹Médiane [Q1 - Q3]

²Test de Kruskal-Wallis

DISCUSSION

1. Réponse à la problématique

Les MG interrogés manifestent une réelle volonté d'implication dans la prise en charge des PVVIH. Ils expriment une certaine réserve quant à leur aisance dans cette prise en charge, avec un score médian sur l'ensemble des thématiques abordées à 5/10. Les réponses recueillies concernant les pratiques vaccinales et le suivi des comorbidités sont assez proches des recommandations spécifiques relatives aux PVVIH. En revanche, la vigilance sur les interactions potentielles avec certaines prescriptions à risque notable (IPP, cations polyvalents) et le dépistage de certaines néoplasies (en particulier proctologiques) sont éloignées des bonnes pratiques.

Peu de médecins (9 %) avaient suivi une formation complémentaire en santé sexuelle, mais la moitié d'entre eux exprimait un intérêt pour en suivre une à l'avenir.

2. Définition d'« aisance »

Dans notre étude, le terme « aisance » est employé à de nombreuses reprises. La définition la plus fidèle pour notre étude serait « une situation dans laquelle le médecin interrogé s'estime compétent et confiant ». Pourquoi parler d'aisance ? La littérature concernant le suivi des PVVIH par les MG étant assez pauvre, nous souhaitons avoir une première approche globale qui exploite le ressenti du MG sur son rapport actuel aux différentes thématiques abordées. Le but de l'étude n'était pas d'évaluer leurs connaissances mais plutôt de recueillir leurs points de vue sur la prise en charge globale des PVVIH et sur leur rôle en tant que MG. L'aisance des médecins de soins primaires a déjà été abordée dans une étude mais celle-ci traitait de la PrEP (31) sans aborder le suivi global des PVVIH. Une étude américaine montre une aisance moins

marquée des MG par rapport aux infectiologues pour aborder les thématiques de la sexualité, du dépistage du VIH et de l'annonce d'une sérologie VIH positive (31).

Les analyses bivariées de notre étude suggèrent que le sentiment d'aisance pourrait être associé à une approche plus interventionniste. En effet, les MG qui se déclarent les plus à l'aise ont tendance à adapter les dépistages et les schémas vaccinaux, tout en se rapprochant davantage des recommandations en vigueur.

3. Place du médecin généraliste

- Dans le cadre du suivi des ALD

Sur 14 millions de patients déclarés en ALD en 2022, environ 700 000 n'avaient pas de médecin traitant (32) (33). Nous pouvons alors supposer que les PVVIH ne font pas exception et que certains n'ont pas de médecin traitant déclaré. A l'échelle de notre étude, 229 PVVIH répertoriées dans le logiciel NADIS ne déclaraient pas de médecin généraliste traitant, selon l'Unité de Recherche en Santé du Centre Hospitalier de Tourcoing.

- Dans le cadre du suivi des PVVIH

Les MG déclarent une réelle volonté d'implication dans la prise en charge des PVVIH. En effet, ils estiment avoir une place importante dans la veille vaccinale ou dans la déclaration en ALD. De plus, ils présentent un intérêt (avec une médiane à 8/10) pour la fiche flash proposée à la fin du questionnaire.

Cette implication prend tout son sens dans un système de soins où les médecins de premier recours sont appelés à rencontrer et à suivre des PVVIH. Avec la baisse de la létalité liée à l'infection par le VIH, le nombre de patients vivant avec ce virus

augmente. Le vieillissement épidémiologique ainsi que le « vieillissement précoce » (34) exposent à d'autres comorbidités. Les MG sont donc amenés à accompagner des PVVIH dans le cadre de pathologies chroniques habituelles (23), tout en restant attentifs aux spécificités propres à leur infection chronique. Les MG permettent d'offrir une approche holistique et une centralisation des informations fournies par les divers spécialistes.

Toutefois, la faible représentation des PVVIH dans la patientèle de chaque médecin ne permet pas d'attendre de ces professionnels une maîtrise exhaustive de toutes les particularités liées à cette population (25).

C'est d'ailleurs un sentiment retrouvé chez les patients, qui peinent à identifier le rôle de leur MG dans leur parcours de soins. Une étude italienne montre que les PVVIH privilégient l'expertise de l'infectiologue dans le suivi de leur maladie. Concernant la gestion de leur traitement ARV, les PVVIH déclarent un manque de confiance envers leur médecin traitant. De plus, les patients de cette étude pointent le manque de communication entre le spécialiste et leur médecin généraliste. Enfin, la crainte d'une stigmatisation par leur médecin de famille pousse les PVVIH à privilégier le spécialiste en maladies infectieuses (23). Certains des freins évoqués par les PVVIH, comme la peur de la stigmatisation, sont retrouvés dans une autre étude australienne (35).

Dans notre étude, nous avons décidé d'interroger des MG qui étaient déclarés comme médecin traitant d'au moins une PVVIH. Ce choix avait pour but de sélectionner des MG directement et présentement impliqués dans la prise en charge d'au moins une PVVIH. Le faible taux de réponse observé pourrait refléter une disponibilité limitée parmi les professionnels sollicités et interroge sur le degré d'intérêt pour cette thématique.

4. Volonté de formation

Dans notre étude, environ la moitié des répondants exprimait un intérêt pour une formation en santé sexuelle, ce qui suggère un réel intérêt pour cette thématique.

En effet, peu de MG interrogés avaient bénéficié de ce type de formation. Parmi eux, seuls deux MG déclaraient avoir reçu une formation complète sur le VIH. Pour les autres, il s'agissait de formation PrEP ou de sexologie, s'éloignant de notre sujet d'étude.

5. Parcours de soins

a. Iatrogénie : ARV et traitements les plus couramment prescrits

Dans notre étude, les répondants s'autoévaluent à 4/10 quant à leur aisance concernant les risques iatrogéniques des ARV, ce qui constitue le domaine d'évaluation où ils s'estiment le moins à l'aise. C'est un sentiment déjà décrit dans la littérature, notamment lorsque les MG déclarent ressentir un manque de connaissance à propos des ARV (24).

De manière générale, les ARV présentent un fort potentiel d'interactions médicamenteuses avec de nombreuses classes thérapeutiques. Selon une revue de littérature italienne, les classes les plus concernées sont les IP, les INNTI et les INI (36). Ces interactions surviennent notamment avec des traitements couramment utilisés pour gérer les comorbidités liées au VIH, tels que les antiviraux contre l'hépatite C, certains anticancéreux, les statines ou les IPP. Elles peuvent entraîner soit une diminution des concentrations plasmatiques, compromettant l'efficacité de l'un ou l'autre des traitements, soit une augmentation de ces concentrations, exposant à un

risque accru de toxicité médicamenteuse (36). Cette revue aborde également les risques d'inefficacité de certains contraceptifs lors de l'utilisation concomitante des IP.

De façon légitime, les MG de notre étude se méfient presque unanimement des ARV. Toutefois, certaines interactions sont sous-estimées. À titre d'exemple, on peut citer les IPP et les cations polyvalents. Il est important de souligner que ces deux classes médicamenteuses sont accessibles sans ordonnance et peuvent donc relever facilement de l'automédication. Dans notre étude, près de deux tiers des répondants interrogent leurs patients sur l'automédication, ils sont donc attentifs à une iatrogénie potentielle liée à des consommations au-delà des ordonnances délivrées.

Les IPP sont des molécules pourvoyeuses d'interactions médicamenteuses par différents mécanismes : compétition avec les cytochromes (notamment le P2C19) ou par diminution de l'acidité gastrique entraînant une modification de l'absorption de certains médicaments (37) (38) (39). Concernant les ARV, la quasi-totalité des INNTI (exceptée la doravirine) interagissent avec les IPP. Concernant la prescription des IPP, la HAS soulignait un mésusage via des surprescriptions importantes dans un communiqué de presse (40).

Une étude française a montré que, bien que les infectiologues soient très sensibilisés au sujet et prescrivent quotidiennement des ARV, 10 % de leurs patients utilisent des IPP ayant des interactions médicamenteuses significatives avec les ARV et modifient donc potentiellement leur efficacité (41). En conséquence, malgré la vigilance des médecins sur l'automédication, le libre accès des patients aux IPP reste problématique dans la gestion du risque iatrogénique des ARV.

Concernant les cations polyvalents, notamment le fer ou le calcium, il s'agit là encore de molécules dont les interactions avec les ARV (notamment les INI) sont sous-estimées. En effet, plus de 80 % des répondants ne s'en méfient pas suffisamment.

Bien que, conscients de la nécessité de se méfier des interactions potentielles avec les ARV, la vigilance des MG interrogés semble insuffisamment ciblée. Le manque d'informations sur certaines molécules comme les IPP ou les cations polyvalents, souvent banalisées, pénalise l'évaluation des risques.

b. Spécificités des PVVIH dans le cadre du suivi des pathologies courantes

Dans notre étude, les répondants autoévaluent leur aisance à 5/10 en suivi des pathologies chroniques chez les PVVIH. Nous avons orienté nos questions plutôt sur le suivi cardiovasculaire, pathologies avec une forte prévalence en PG.

Les événements cardiovasculaires constituent l'une des principales causes de mortalité des PVVIH. Une étude de cohorte de grande ampleur montre que la mortalité cardiovasculaire a augmenté chez les PVVIH avec le vieillissement de cette population (7).

L'infection par le VIH est un FDRCV à part entière (42). Plusieurs études ont examiné le lien entre VIH et pathogenèse des maladies cardiovasculaires. Le mécanisme majoritairement impliqué est l'altération de la réponse immunitaire qui induit un état d'inflammation chronique, favorisant ainsi le développement de l'athérosclérose et des dyslipidémies. Par ailleurs, certains ARV de première génération ont été associés à une majoration du risque cardiovasculaire par augmentation de la prévalence du risque métabolique. Toutefois, l'évolution des thérapeutiques antirétrovirales et

l'introduction de molécules de nouvelle génération ont permis de réduire significativement ce risque (notamment les INNTI et les INI) (43) (44).

Le tabac est un autre FDRCV non négligeable. Dans la population de PVVIH, le tabagisme actif est plus prévalent qu'en PG. On retrouve également une plus grande difficulté au sevrage tabagique chez ces patients (45) (46). Cependant, les stratégies motivationnelles et substitutives d'arrêt du tabac peuvent être utilisées comme en PG et doivent donc être proposées dès que possible (12).

Du fait de cette augmentation de risque cardiovasculaire chez les PVVIH, les recommandations savantes françaises et européennes préconisent quelques adaptations de dépistage, notamment une évaluation du risque cardiovasculaire global annuelle. En revanche, le dépistage des dyslipidémies et du diabète de type 2 des PVVIH rejoint celui de la PG (12) (11).

Enfin, en cas de difficultés de contrôle des FDRCV chez les PVVIH ou pour le suivi en prévention secondaire, les MG ou les médecins spécialistes en infectiologie peuvent orienter vers le cardiologue (47).

Le VIH est un FDRCV augmentant la mortalité des PVVIH par différents mécanismes. Il est donc nécessaire de rester vigilant et d'adapter le dépistage et le suivi cardiovasculaire de cette population comme le recommandent les sociétés savantes.

Dans notre étude, seule la moitié des répondants adapte le dépistage cardiovasculaire des PVVIH. De plus, nous ne connaissons pas les modalités d'adaptation qu'ils pratiquent. Il serait donc intéressant d'explorer leurs habitudes de dépistage cardiovasculaire à travers d'autres études.

Nous avons choisi de nous concentrer uniquement sur les comorbidités cardiovasculaires afin de ne pas alourdir le questionnaire. Ce choix s'explique par

notre objectif principal : évaluer l'aisance des médecins généralistes dans le suivi des PVVIH. Les pathologies cardiovasculaires, très fréquentes en PG, nous ont paru particulièrement pertinentes à comparer chez les PVVIH.

Il convient toutefois de rappeler que d'autres comorbidités sont également fréquentes dans cette population vieillissante vivant avec le VIH. L'ostéoporose en est un exemple. Son dépistage et sa prise en charge reposent sur les mêmes critères que dans la PG (11), mais le VIH constitue en lui-même un facteur de risque supplémentaire (48). Cette majoration du risque s'explique par plusieurs mécanismes : effets délétères de certains traitements ARV, co-infections virales (notamment par les hépatites), consommation de substances toxiques, faible taux de LTCD4 et inflammation chronique (49). En raison des facteurs de risque spécifiques, augmentant le risque global d'ostéoporose pour les PVVIH, les experts du VIH recommandent d'élargir les indications de l'ostéodensitométrie à l'homme séropositif de plus de 60 ans, ou de moins de 60 ans avec un IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$ (11).

Nous aurions également pu aborder le risque d'insuffisance rénale chez les PVVIH. En effet, l'infection par le VIH augmente le risque d'atteinte rénale par différents mécanismes comme l'inflammation chronique, l'immunodéficience ou la réplication virale, ainsi que l'utilisation de certaines thérapeutiques ARV comme le fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) au long cours (50).

c. Dépistage des cancers

Dans notre étude, les MG ont évalué leur niveau d'aisance médian pour le dépistage des cancers à 5/10.

Au fil des années et de l'évolution de l'épidémiologie du VIH, les causes de mortalité ont changé. Une étude de cohorte a montré que la mortalité par cancer est devenue la première cause de mortalité chez les PVVIH, passant de 5 % à 19 % entre 1996 et 2020 (7).

Bien qu'il ne s'agisse pas de la thématique pour laquelle ils éprouvent le moins d'aisance, les répondants ne semblent pas suffisamment informés des cancers nécessitant une adaptation du dépistage chez les PVVIH, tels que le cancer de la marge anale, le cancer du col utérin ou les cancers cutanés. Selon une étude sud-africaine, les femmes vivant avec le VIH présentent un risque trois fois plus élevé de développer un cancer du col utérin que les femmes de la PG (51). Les recommandations européennes préconisent, chez les femmes vivant avec le VIH, une fréquence de dépistage du cancer du col utérin similaire à la PG avec un début plus précoce (12). Par ailleurs, une autre étude rapporte un risque de cancers cutanés six fois plus élevé chez les PVVIH que dans la PG (52).

Si nous prenons l'exemple du cancer de la marge anale, seule la moitié des répondants adaptaient le dépistage. En effet, il n'existe pas de recommandation de dépistage dans la PG tandis que la HAS recommande un examen clinique annuel chez les PVVIH (11). Or, dans la population de PVVIH, le surrisque de cancer de la marge anale est largement démontré, avec notamment 80 fois plus de risque chez les PVVIH HSH que chez les hommes dans la PG, comme l'ont mis en évidence différentes études cliniques (53) (54). En effet, les facteurs de risque de développement de ce

type de cancer sont fréquemment retrouvés chez les PVVIH comme le déficit immunitaire lié au faible taux de LTCD4 (55). Cette adaptation du parcours de soin est donc nécessaire dans les populations ayant des comportements sexuels à risque.

Lorsque l'on interroge plus précisément sur les modalités d'adaptation en pratique, on constate que les MG semblent vigilants sur le suivi de leurs patients et ont tendance à encourager l'autosurveillance ou à adresser régulièrement et précocement aux spécialistes (notamment gynécologue, proctologue ou dermatologue).

d. Vaccinations : recommandations spécifiques des PVVIH

Enfin, les MG interrogés se sentaient plus à l'aise concernant la vaccination des PVVIH, avec une autoévaluation médiane à 6/10. En effet, les réponses analysées dans cette partie du questionnaire montraient que la majorité d'entre eux adaptaient leurs pratiques aux recommandations en vigueur. Notamment, l'immense majorité des répondants (soit 85 %) estimaient, à juste titre, que la vaccination des PVVIH n'augmentait pas le risque d'effets indésirables dans cette population comparée à la PG. Notons que la vaccination antituberculeuse par le BCG (Bacille Calmette et Guérin), qui est un vaccin vivant bactérien atténué, est contre-indiquée quel que soit le statut immuno-virologique des PVVIH, et que les vaccins viraux vivants atténués sont contre-indiqués si le taux de LTCD4 est inférieur à 200/mm³ (22).

Certaines recommandations vaccinales, comme celle contre l'hépatite A, nécessitent une attention particulière dans cette population. En effet, la vaccination contre l'hépatite A est recommandée chez les HSH. Or, dans la population de PVVIH, la proportion d'HSH est importante. Bien qu'aucune donnée précise ne soit disponible concernant la proportion exacte d'HSH parmi l'ensemble des PVVIH, les données de

2023 indiquent que 36,5 % des nouveaux cas de VIH pris en charge par le COREVIH concernaient des HSH (56).

Dernièrement, la Direction Générale de la Santé a alerté sur la recrudescence des infections par le VHA en 2025 et recommande une vigilance accrue sur les recommandations vaccinales (57).

Dans notre étude, nous avons mis l'accent sur la vaccination anti-hépatite A, mais rappelons tout de même que, chez certains HSH, les vaccinations contre le Monkeypox et l'HPV sont recommandées comme indiqué dans les dernières recommandations de la HAS (22).

6. Les biais

a. Manque de puissance

En raison du faible taux de réponse au questionnaire, notre étude manquait de puissance statistique. Malgré les 773 MG contactés et les deux relances organisées, la participation est restée modeste.

b. Biais de sélection

Le faible taux de participation laissait penser que les participants ayant répondu au questionnaire étaient les MG les plus intéressés par le sujet, ce qui pourrait entraîner un biais de sélection.

c. Biais de mesure

L'aisance étant un paramètre subjectif dont la définition manque de précision, l'évaluation de ce paramètre pourrait entraîner un biais de mesure.

Se baser sur un ressenti présente des inconvénients. En effet, il s'agit d'un avis personnel donc d'un paramètre subjectif. Il serait donc intéressant de réaliser d'autres études avec des paramètres objectifs, plus facilement reproductibles et analysables. Cependant, des paramètres subjectifs restent fréquemment utilisés, notamment pour juger de l'aisance de la population dans le domaine étudié (58).

d. Biais de désirabilité sociale

Le manque d'aisance global dans les domaines évalués par le questionnaire pourrait suggérer que l'étude présentait un biais de désirabilité sociale. En effet, les participants ont pu répondre ce qu'ils pensaient être le plus acceptable et pas forcément ce qu'ils faisaient en pratique.

e. Biais de mémorisation

Le faible nombre de PVVIH dans la patientèle des MG pourrait engendrer un biais de mémorisation. En effet, ils sont rarement confrontés à ces patients et sont donc rarement confrontés aux recommandations les concernant.

7. Perspectives

D'autres axes d'évaluation seraient intéressants à aborder avec les MG : la santé sexuelle chez les PVVIH ou non, le dépistage des partenaires sexuels, la conduite à tenir en cas de rupture de suivi, la prise en charge des pathologies opportunistes encore existantes ou l'abord de la procréation et de l'allaitement chez les femmes vivant avec le VIH. En effet, l'accompagnement des femmes vivant avec le VIH dans leur projet de maternité représente un enjeu majeur, en particulier sur la question de l'allaitement, qui est désormais possible sous certaines conditions selon les recommandations de la HAS de mai 2024 (59).

Notre étude soulève des questions qui pourraient nécessiter des études qualitatives afin de mieux comprendre les causes de ce manque d'aisance : insuffisance de formation, manque de disponibilité pour cette thématique, persistance d'un tabou autour de la maladie, ou encore faible prévalence de PVVIH dans la patientèle des MG associée à un suivi hospitalier spécialisé jugé efficace.

Que pensent les MG de la communication avec le spécialiste en maladies infectieuses ? Est-elle différente de celle avec les autres spécialistes ?

Plusieurs travaux ont examiné les modalités de communication entre médecins, notamment le recours à des hotlines pour des avis ponctuels (60) ou encore l'utilisation de plateformes de téléexpertise pour solliciter un avis spécialisé (61) (62). Dans un contexte marqué par l'ultra-spécialisation des soins entre différentes disciplines, la communication interprofessionnelle constitue un déterminant majeur de l'efficacité de la prise en charge. Toutefois, celle-ci demeure inégale selon les spécialités et les praticiens. Afin de renforcer la continuité et la cohérence du parcours de soins, diverses solutions sont envisagées, parmi lesquelles la structuration de parcours

spécialisés et l'instauration d'un accès partagé aux dossiers médicaux informatisés (63).

En France, divers dispositifs ont été développés afin de favoriser une communication plus efficiente entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients, tels que le DMP, instauré en 2016 (64), ou encore les plateformes de téléexpertise (65). Néanmoins, les travaux évaluant l'efficacité et l'impact de ces outils demeurent encore limités. Dans ce contexte, le médecin généraliste, en raison de son rôle central de coordination et de sa vision holistique du patient, apparaît comme un acteur clé pour prévenir le risque d'ultra-spécialisation des prises en charge et maintenir une approche globale centrée sur la personne.

À partir des résultats de notre étude, il serait alors pertinent de s'interroger sur les leviers d'amélioration : proposer des formations aux MG volontaires, diffuser plus largement les recommandations spécifiques de la HAS pour aider les MG à prendre en charge et suivre des PVVIH (11), ou encore renforcer la collaboration entre infectiologues et MG - une piste déjà explorée dans certaines études de la littérature (25) (24). Dans les deux études précédemment citées, les MG semblent enclins à poursuivre un suivi des PVVIH partagé avec le médecin spécialiste en infectiologie, en souhaitant renforcer la communication entre MG et infectiologues. Les MG que nous avons interrogés montrent indirectement une volonté d'accentuer leur place dans le suivi des PVVIH : par leur volonté de formation ou par leur attrait pour la fiche flash proposée à la fin du questionnaire de cette étude.

8. Conclusion

Pour conclure, les MG interrogés maîtrisent certains sujets spécifiques aux PVVIH comme les vaccinations avec des réponses excellentes sur l'immunisation contre la grippe ou le pneumocoque. Néanmoins, l'aisance des MG reste améliorable, notamment sur les risques iatrogéniques où des interactions fréquentes et potentiellement graves semblent sous-estimées.

Notons également que la majorité des répondants se sentent impliqués dans le suivi des PVVIH et expriment un réel souhait de formation sur ce sujet.

Les PVVIH représentent une population vieillissante et accumulent des comorbidités qui nécessitent une prise en charge holistique impliquant différents acteurs dont le MG est, bien sûr, un élément central. Cette coordination nécessite également de bons outils de communication entre soignants.

Bibliographie

1. World Health Organisation. VIH [Internet]. [cité 29 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids>
2. Santé Publique France. VIH/sida [Internet]. 2025 [cité 29 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida>
3. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, Chiesi A, Miller V, Gargalianos P, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *The Lancet*. 28 nov 1998;352(9142):1725-30.
4. Trickey A, Sabin CA, Burkholder G, Crane H, d'Arminio Monforte A, Egger M, et al. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. mai 2023;10(5):e295-307.
5. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PloS One*. 2013;8(12):e81355.
6. Roser M, Ritchie H. HIV / AIDS. Our World Data [Internet]. 1 août 2023 [cité 27 mai 2025]; Disponible sur: <https://ourworldindata.org/hiv-aids>
7. Trickey A, McGinnis K, Gill MJ, Abgrall S, Berenguer J, Wyen C, et al. Longitudinal trends in causes of death among adults with HIV on antiretroviral therapy in Europe and North America from 1996 to 2020: a collaboration of cohort studies. *Lancet HIV*. mars 2024;11(3):e176-85.
8. Sellier P, Alexandre-Castor G, Brun A, Hamet G, Bouchaud O, Leroy P, et al. Updated mortality and causes of death in 2020-2021 in people with HIV: a multicenter study in France. *AIDS Lond Engl*. 1 nov 2023;37(13):2007-13.
9. Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. *Lancet Lond Engl*. 19 juill 2014;384(9939):241-8.
10. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 7 sept 2021;42(34):3227-337.
11. Haute Autorité de Santé. *fiche_organisation_parcours_pvvi_h_v2-091018.pdf* [Internet]. [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche_organisation_parcours_pvvi_h_v2-091018.pdf
12. European AIDS Clinical Society. *guidelines-12.0.pdf* [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0.pdf>
13. Chanu B, Valensi P. Les désordres lipidiques des patients atteints d'affections causées par le VIH. *Presse Médicale*. 1 sept 2005;34(15):1087-94.

14. Mocroft A, Kirk O, Gatell J, Reiss P, Gargalianos P, Zilmer K, et al. Chronic renal failure among HIV-1-infected patients. *AIDS*. 31 mai 2007;21(9):1119.
15. Kearney F, Moore AR, Donegan CF, Lambert J. The ageing of HIV: implications for geriatric medicine. *Age Ageing*. sept 2010;39(5):536-41.
16. Alexandre P. Adaptation du traitement antirétroviral en situation d'échec virologique chez l'adulte vivant avec le VIH. 29 août 2024; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3545724/fr/adaptation-du-traitement-antiretroviral-en-situation-de-succes-virologique-chez-l-adulte-vivant-avec-le-vih
17. Liverpool HIV Interactions [Internet]. [cité 12 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.hiv-druginteractions.org/>
18. INSTI interactions [Internet]. HIV Management Guidelines. [cité 12 juill 2025]. Disponible sur: <https://hiv.guidelines.org.au/arv-adult/drug-drug/insti-interactions/>
19. Delobel P. CNS. VIH-Cancer_Recommandation_Rapport-dexperts_-20240521.pdf. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/dossiers/dossier-experts/rapport-experts-2023>.
20. Ligue contre le cancer. Le dépistage organisé, première arme anticancer | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 13 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/le-depistage-du-cancer/le-depistage-organise-premiere-arme-anticancer>
21. Cancer IND. Cancers gynécologiques [Internet]. 2023 [cité 22 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/recommandations-et-aide-a-la-pratique/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques/cancers-gynecologiques>
22. Alexandre P. Vaccination des personnes vivant avec le VIH. 10 juill 2025; Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/p_3635651/fr/vaccination-des-personnes-vivant-avec-le-vih
23. Bruno SR, Poliseno M, Vichi F, Esperti S, Di Biagio A, Berruti M, et al. General Practitioners as partners for a shared management of chronic HIV infection: An insight into the perspectives of Italian People Living with HIV. *PloS One*. 2021;16(7):e0254404.
24. Solis J, Dabo T, Lopes S, Majerholc C. Regards croisés des médecins généralistes et médecins hospitaliers sur une expérience de suivi partagé de PVVIH. *Médecine Mal Infect Form*. 1 juin 2024;3(2, Supplement):S138.
25. Solis J, Lopes S, Yazdanpanah Y, Zucman D, Majerholc C. Que pensent les médecins généralistes d'un suivi partagé ville-hôpital des personnes vivant avec le VIH ? Une étude qualitative. *Infect Dis Now*. 1 août 2021;51(5, Supplement):S129.
26. Gilles M, Tetart M, Huleux T, Thill P, Meybeck A, Robineau O. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) knowledge among general practitioners in 2020: A French survey. *Infect Dis Now*. 1 avr 2023;53(3):104649.

27. Grammatico-Guillon L, Yazdanpanah Y. Extending PrEP access and coverage in France. *Lancet Public Health*. 1 mai 2025;10(5):e348-9.
28. Bamouni S, Gage SB de, Desplas D, Valbousquet J, Lamant J, Joseph JP, et al. Effect of extending PrEP initiation to primary care settings: a nationwide cohort study in France. *Lancet Public Health*. 1 mai 2025;10(5):e362-70.
29. Arnault F. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. 1 janv 2025 [cité 20 juill 2025]; Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/publication-latlas-demographie-medicale-2025>
30. ARS Hauts de France. Cartographie des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles [Internet]. 2025 [cité 20 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/cartographie-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
31. Petroll AE, Walsh JL, Owczarzak JL, McAuliffe TL, Bogart LM, Kelly JA. PrEP Awareness, Familiarity, Comfort, and Prescribing Experience among US Primary Care Providers and HIV Specialists. *AIDS Behav*. mai 2017;21(5):1256-67.
32. L'Assurance Maladie. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022 et les évolutions depuis 2005 [Internet]. 2024 [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-beneficiaires-affections-longue-duree-ald-2022>
33. L'Assurance Maladie. Une prise en charge attentionnée [Internet]. 2025 [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/actualite/une-prise-en-charge-attentionnee>
34. de Camargo Vicioli LB, de Souza EL do R. Brief communication: comorbidities and aging in people living with HIV. *AIDS Res Ther*. 26 oct 2024;21(1):77.
35. Cunningham J, Bailie J, Warner S, Condon A, Cheung D, Minc A, et al. Determinants of access to general practice in a shared care model for people living with HIV: a qualitative study of patients' perspectives in an Australian rural community. *BMC Prim Care*. 6 sept 2023;24(1):179.
36. De Bellis E, Donnarumma D, Zarrella A, Mazzeo SM, Pagano A, Manzo V, et al. Drug-Drug Interactions Between HIV Antivirals and Concomitant Drugs in HIV Patients: What We Know and What We Need to Know. *Pharmaceutics*. janv 2025;17(1):31.
37. Wedemeyer RS, Blume H. Pharmacokinetic Drug Interaction Profiles of Proton Pump Inhibitors: An Update. *Drug Saf*. 1 avr 2014;37(4):201-11.
38. Yucel E, Sancar M, Yucel A, Okuyan B. Adverse drug reactions due to drug-drug interactions with proton pump inhibitors: assessment of systematic reviews with AMSTAR method. *Expert Opin Drug Saf*. 2016;15(2):223-36.

39. Ben Ghezala I, Luu M, Bardou M. An update on drug-drug interactions associated with proton pump inhibitors. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. mai 2022;18(5):337-46.
40. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 15 août 2025]. Les IPP restent utiles mais doivent être moins et mieux prescrits. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213773/fr/les-ipp-restent-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits
41. Tetart M, Passecountrin P, Lesourd A, Sanderink D, Le Moal G, Surgers L, et al. Are unknown co-medications, over-the-counter and off-label drug use still problems among people living with HIV? Results from a transversal survey in 23 centres in France. *J Antimicrob Chemother*. 6 nov 2023;78(11):2731-4.
42. Alsheikh MM, Alsheikh AM. Risk of Myocardial Infarction in HIV Patients: A Systematic Review. *Cureus*. 14(11):e31825.
43. Kalra DK, Vorla M, Michos ED, Agarwala A, Virani S, Duell PB, et al. Dyslipidemia in Human Immunodeficiency Virus Disease. *JACC*. 11 juill 2023;82(2):171-81.
44. Ntsekhe M, Baker JV. Cardiovascular Disease Among Persons Living With HIV: New Insights Into Pathogenesis and Clinical Manifestations in a Global Context. *Circulation*. 3 janv 2023;147(1):83-100.
45. Brath H, Grabovac I, Schalk H, Degen O, Dorner TE. Prevalence and Correlates of Smoking and Readiness to Quit Smoking in People Living with HIV in Austria and Germany. *PLoS ONE*. 26 févr 2016;11(2):e0150553.
46. De Socio GV, Pasqualini M, Ricci E, Maggi P, Orofino G, Squillace N, et al. Smoking habits in HIV-infected people compared with the general population in Italy: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 20 mai 2020;20(1):734.
47. Muiruri C, Corneli A, Cooper L, Dombeck C, Gray S, Longenecker CT, et al. Perspectives of HIV specialists and cardiologists on the specialty referral process for people living with HIV: a qualitative descriptive study. *BMC Health Serv Res*. 9 mai 2022;22(1):623.
48. Afraie M, Zamani K, Moradi G, Khateri S, Nikbakht N, Moradi Y. Osteoporosis and fracture risk among individuals with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Discov Public Health*. 13 mai 2025;22(1):251.
49. Compston J. HIV infection and bone disease. *J Intern Med*. 2016;280(4):350-8.
50. Kooij KW, Vogt L, Wit FWNM, van der Valk M, van Zoest RA, Goorhuis A, et al. Higher Prevalence and Faster Progression of Chronic Kidney Disease in Human Immunodeficiency Virus–Infected Middle-Aged Individuals Compared With Human Immunodeficiency Virus–Uninfected Controls. *J Infect Dis*. 15 sept 2017;216(6):622-31.

51. Fernández Villalobos NV, Ruffieux Y, Haas AD, Chinogurei C, Cornell M, Taghavi K, et al. Cervical precancer and cancer incidence among insured women with and without HIV in South Africa. *Int J Cancer*. 15 janv 2024;154(2):273-83.
52. Martinez D de AES, Lupi O, D'Ácri AM. The association between skin cancer and HIV infection. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2023;89(5):725-8.
53. Silverberg MJ, Lau B, Justice AC, Engels E, Gill MJ, Goedert JJ, et al. Risk of anal cancer in HIV-infected and HIV-uninfected individuals in North America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. avr 2012;54(7):1026-34.
54. van der Zee RP, Wit FWNM, Richel O, van der Valk M, Reiss P, de Vries HJC, et al. Effect of the introduction of screening for cancer precursor lesions on anal cancer incidence over time in people living with HIV: a nationwide cohort study. *Lancet HIV*. févr 2023;10(2):e97-106.
55. Llibre JM, Revollo B, Aceiton J, Díaz Y, Domingo P, Burgos J, et al. Identifying risk factors for anal cancer in people with HIV in Spain: a multicentre retrospective cohort study nested in the PISCIS cohort. *Lancet HIV*. sept 2024;11(9):e598-606.
56. ANRS. Indicateurs de prise en charge des PVVIH dans les COREVIH en France en 2023. 31 juill 2025. Disponible sur: <https://anrs.fr/fr/actualites/actualites/rapport-2023-indicateurs-prise-en-charge-pvvi-h-dans-corevih/>.
57. Lepelletier D. RECOMMANDATIONS SANITAIRES DANS LE CADRE DE LA RECRUESCENCE DES CAS D'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HEPATITE A. 12 sept 2025. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_n2025-23_hepatite_a_national.pdf.
58. Ramasawmy M, Sunkersing D, Poole L, Blandford A, Gill P, Khunti K, et al. Healthcare professionals' attitudes towards digital health interventions and perspectives on digital health inequalities in cardiometabolic care: a qualitative study. *BMJ Open*. 1 févr 2025;15(2):e091018.
59. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 17 août 2025]. Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3518878/fr/grossesse-et-vih-desir-d-enfant-soins-de-la-femme-enceinte-et-prevention-de-la-transmission-mere-enfant
60. Sette AL, François P, Lesprit P, Vitrat V, Rogeaux O, Breugnon E, et al. Infectious disease hotlines to provide advice to general practitioners: a prospective study. *BMC Health Serv Res*. 17 mai 2023;23(1):502.
61. Murthy R, Rose G, Liddy C, Afkham A, Keely E. eConsultations to Infectious Disease Specialists: Questions Asked and Impact on Primary Care Providers' Behavior. *Open Forum Infect Dis*. 2017;4(2):ofx030.
62. De Man G, Moroz I, Mercer J, Keely E, Liddy C. Primary Care Clinician Adherence to Specialist Advice in Electronic Consultation. *Ann Fam Med*. mars 2019;17(2):150-7.

63. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and Consultation Communication Between Primary Care and Specialist Physicians: Finding Common Ground. Arch Intern Med. 10 janv 2011;171(1):56-65.
64. L'Assurance Maladie. Le Dossier Médical Partagé (DMP) en pratique [Internet]. 2025 [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/atois/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
65. L'Assurance Maladie. La téléexpertise [Internet]. 2025 [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/atois/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>

Annexes

- 1. Questionnaire au format papier**
- 2. Fiche flash**
- 3. Attestation de déclaration au DPO**

Etat des lieux de la prise en charge et du suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) par leur médecin généraliste

Bonjour, je suis Flora Verdavaine, interne en médecine générale à l'Université de Lille. Dans le cadre de ma thèse intitulée « État des lieux de la prise en charge et du suivi des personnes vivant avec le VIH par leur médecin généraliste », je vous interroge en tant que médecin généraliste thésé·e en activité dans les Hauts-de-France afin de déterminer votre place dans le parcours de soins de ces patients. L'espérance de vie des PVVIH tend désormais à se rapprocher de celle de la population générale. La prévention et le suivi des pathologies courantes présentent quelques spécificités. Votre rôle est bien sûr central dans leur prise en charge.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer votre ressenti dans la prise en charge et le suivi des personnes vivant avec le VIH.

Temps estimé de réponse au questionnaire : 5 minutes.

À la fin du questionnaire, une fiche flash sur les différentes thématiques abordées vous sera remise via un QR code.

1. Démographie :

- Vous êtes : ☐Femme ☐Homme ☐Autre
- Quel est votre âge ? __ ans
- Quelle est votre ancienneté d'exercice en tant que médecin généraliste ? ____ années
- Dans quel département exercez-vous ? ____
- Quel est votre lieu d'exercice (plusieurs réponses possibles) ?
☐Commune < 20 000 habitants ☐Commune de 20 000-100 000 habitants
☐Commune > 100 000 habitants
- Quel mode d'exercice pratiquez-vous (plusieurs réponses possibles) ?
☐Libéral : seul(e) médecin au sein du cabinet ☐Libéral : plusieurs médecins au sein du cabinet ☐Libéral : au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle ☐Salarié en médecine de ville ☐Salarié en milieu hospitalier ☐Cumul emploi retraite ☐Autre
- Combien de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) estimez-vous prendre en charge dans votre patientèle : ☐0 ☐1-5 ☐6-10 ☐11-50 ☐>50
- Avez-vous une formation complémentaire théorique en santé sexuelle ?
☐Oui ☐Non
- Seriez-vous intéressé(e) par une formation complémentaire théorique en santé sexuelle ? ☐Oui ☐Non

2. Spécificités des PVVIH dans le cadre du suivi des pathologies courantes :

- Vous sentez-vous à l'aise avec les adaptations du suivi de ces pathologies ? Donnez une note de 1 à 10 (1 = pas du tout à l'aise ; 10 = parfaitement à l'aise) ____
- Selon vous, à qui revient la demande de prise en charge en affection de longue durée (ALD) pour le VIH ? ☐Le médecin généraliste ☐L'infectiologue ☐L'un ou l'autre indifféremment
- Adaptez-vous le dépistage des pathologies cardiovasculaires chez le PVVIH ?
☐Oui ☐Non car pas de suivi spécifique ☐Non car l'infectiologue s'en occupe
- Réalisez-vous des explorations des anomalies lipidiques plus fréquemment chez les PVVIH ? ☐Oui ☐Non car pas de spécificité ☐Non car l'infectiologue s'en occupe

3. Iatrogénie : antirétroviraux (ARV) et traitements les plus couramment prescrits :

- Vous sentez-vous à l'aise avec l'emploi ou l'utilisation des ARV ? Donnez une note de 1 à 10 (1 = pas du tout à l'aise ; 10 = parfaitement à l'aise) ____
- Lorsque vous introduisez un nouveau traitement, vérifiez-vous les interactions médicamenteuses qu'il peut avoir avec les ARV ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En cas de doute
- Si oui, par quel moyen ? ☐ Site internet ou application d'interaction ☐ Avis auprès de l'infectiologue ☐ Avis auprès du pharmacien
- Vous méfiez-vous des interactions médicamenteuses chez des patients sous ARV ? (pour chaque ligne, choisissez la colonne correspondante) :

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Extrêmement
Inhibiteurs de la pompe à protons	☐	☐	☐	☐
Corticoïdes inhalés	☐	☐	☐	☐
Fer	☐	☐	☐	☐
Augmentin	☐	☐	☐	☐
Calcium	☐	☐	☐	☐
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	☐	☐	☐	☐
Pansements gastriques	☐	☐	☐	☐
Paracétamol	☐	☐	☐	☐

- Interrogez-vous vos patients sur l'automédication ? ☐ Oui, tous les patients de manière systématique ☐ Oui, particulièrement les PVVIH ☐ Non

4. Dépistage des cancers :

- Vous sentez-vous à l'aise avec les adaptations du suivi de ces pathologies ? Donnez une note de 1 à 10 (1 = pas du tout à l'aise ; 10 = parfaitement à l'aise) ____
- Adaptez-vous le dépistage organisé des différents cancers chez les PVVIH ?

	Oui	Non	Si oui, précisez
Sein	☐	☐	
Col de l'utérus	☐	☐	
Prostate	☐	☐	
Colorectal	☐	☐	
Marge anale	☐	☐	
Cutané	☐	☐	

5. Prévention par la vaccination : recommandations spécifiques des PVVIH

- Vous sentez-vous à l'aise avec la vaccination des PVVIH ? Donnez une note de 1 à 10 (1 = pas du tout à l'aise ; 10 = parfaitement à l'aise) ____
- Selon vous, qui doit veiller à ce que les vaccins habituels de l'adulte immunocompétent soient à jour (dTcaP, COVID etc.) ? ☐ Le médecin généraliste ☐ L'infectiologue ☐ Les deux
- Adaptez-vous le schéma vaccinal du dTcaP chez le PVVIH ? ☐ Oui ☐ Non, car il n'y a pas de spécificité ☐ Non, car le spécialiste s'en charge
- Vaccineriez-vous contre le pneumocoque n'importe quelle personne vivant avec le VIH ? ☐ Oui ☐ Non, pas d'indication ☐ Non, trop dangereux si LTCD4<500/mm³
- Vaccineriez-vous contre la grippe n'importe quelle personne vivant avec le VIH ? ☐ Oui ☐ Non, pas d'indication ☐ Non, trop dangereux si LTCD4<500/mm³
- Chez un PVVIH avec LTCD4>200/mm³, estimez-vous que la vaccination soit plus à risque d'effets indésirables que la population générale ? ☐ Oui ☐ Non
- Proposez-vous systématiquement le vaccin anti-hépatite A aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ? (Plusieurs réponses possibles) ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne connais pas l'orientation sexuelle des patients ☐ Seulement si partenaires multiples ☐ Selon l'âge

6. Fiche flash :

- Quel est votre niveau d'intérêt pour la fiche flash sur ces différentes thématiques abordées ? Donnez une note de 1 à 10 (1 = pas du tout intéressé-e ; 10 = extrêmement intéressé-e) ____

7. Remarques : avez-vous des remarques, suggestions... ?

**Fiche flash adressée aux médecins : quelques spécificités de la prise en charge des Personnes
Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (PVVIH)**

1. Suivi cardiovasculaire

- VIH = facteur de risque cardiovasculaire
- Mesure de la tension artérielle et outil SCORE (risque cardiovasculaire global) annuels
- Bilan lipidique régulier (tous les 1 à 5 ans selon les recommandations)

2. Iatrogénie

- Interactions médicamenteuses des ARV (antirétroviraux) à vérifier via le site : www.hiv-druginteractions.org
- Méfiance entre inhibiteurs d'intégrase (Bictegravir, Dolutegravir) et cations positifs (Ca, Mg, Fe)
- Méfiance entre inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) (exemple : Rilpivirine, Etravirine) et inhibiteurs de la pompe à protons

3. Dépistage des cancers

- Dépistage du cancer du col utérin réalisé chez toutes les femmes vivant avec le VIH tous les 1 à 5 ans par frottis cervico-utérin ou test HPV selon l'âge et le statut immunitaire
- Dépistage des lésions HPV anales chez toute PVVIH ayant des rapports anaux ou ayant des antécédents de condylomes : tous les 3 à 5 ans si le dépistage initial est normal
- Dépistage des cancers cutanés et des muqueuses annuel chez toute PVVIH
- Lors du traitement des cancers : priorité au traitement carcinologique mais vigilance vis-à-vis des interactions médicamenteuses avec les ARV

4. Vaccinations : préférentiellement une fois les LTCD4 $\geq 200/\text{mm}^3$

- Antigrippale : pour toute PVVIH annuellement
- Anti-pneumococcique : pour toute PVVIH par Prevenar 20
- Contre l'hépatite B : si le patient est non immunisé avec un schéma double dose adapté et contrôle sérologique de l'immunité
- Contre l'hépatite A : chez les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) ou notion de voyage si non immunisé
- Anti dTcaP tous les 10 ans après l'âge de 13 ans
- Contre ROR : si né(e) après 1980 et non immunisé(e) si et seulement si les LTCD4 $> 200/\text{mm}^3$

Références :

- Fiche organisation parcours PVVIH médecine générale HAS 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche_organisation_parcours_pvvi_h_v2-091018.pdf
- Recommandations Mars 2024 du CNS Disponible sur : <https://anrs.fr/wp-content/uploads/2024/06/vih-cancer-recommandation-rapport-dexperts--20240521.pdf>
- Guidelines EACS HIV V12.0 Disponible sur: <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0.pdf>
- Liverpool HIV Interactions. Disponible sur: <https://www.hiv-druginteractions.org/checker>
- Recommandations pour la Pratique Clinique lésions précancéreuses anales liées aux papillomavirus humains : dépistage et prise en charge 2022 Disponible sur: <https://www.snfc.org/wp-content/uploads/2017/03/Recommandations-pour-la-pratique-clinique-2022-texte-court.pdf>
- Calendrier vaccinal 2024 Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

AUTEURE : Nom : VERDAVAINE

Prénom : Flora

Date de soutenance : 28 octobre 2025

Titre de la thèse : État des lieux de la prise en charge et du suivi des personnes vivant avec le VIH par leur médecin généraliste.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale, suivi, parcours de soins, VIH

Résumé :

Introduction : Pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), l'arrivée des antirétroviraux (ARV) a changé le vécu et le pronostic : le VIH est devenu une maladie chronique, marquée par un vieillissement croissant et l'apparition de comorbidités spécifiques. Le rôle du médecin généraliste (MG), central dans le suivi global, reste toutefois peu étudié. Ce travail analyse le ressenti des MG des Hauts-De-France (HDF) en 2025 sur leur place dans la prise en charge holistique des PVVIH.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale, basée sur un questionnaire adressé aux MG des HDF ayant dans leur patientèle au moins une PVVIH.

Résultats : Sur 773 MG sollicités, 71 (9,2 %) ont participé à l'étude. Le domaine où les MG se déclarent le plus à l'aise est la vaccination des PVVIH (médiane 6/10) et le moins à l'aise est la gestion des risques iatrogéniques (médiane 4/10). 62 % des MG interrogent leurs patients sur l'automédication et 95 % déclarent tenir compte des interactions médicamenteuses lors de l'introduction d'un nouveau traitement. La vigilance vis-à-vis de certaines molécules pourvoyeuses d'interactions, comme les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), apparaît moins systématique (47 % des répondants ne s'en méfient pas ou peu). Enfin, la majorité des participants estime jouer un rôle dans la prise en charge globale des PVVIH, notamment dans la déclaration en affection longue durée (ALD) (97 %) et la veille vaccinale (93 %) avec des niveaux de connaissance variables selon les recommandations (75 % vaccinaient contre le pneumocoque vs 29 % contre l'hépatite A).

Discussion : Les MG interrogés rapportent une aisance moyenne dans le suivi des PVVIH, avec un score médian de 5/10. Les pratiques vaccinales et le suivi des comorbidités sont globalement conformes aux recommandations, tandis que la vigilance sur certaines interactions médicamenteuses et l'adaptation du dépistage de cancers spécifiques restent insuffisantes. 46 % étaient demandeurs de formation spécifique et le niveau d'intérêt médian pour la fiche flash fournie était de 8/10. Les MG sont conscients de leur place centrale dans le suivi global des PVVIH, malgré une faible file active de PVVIH. Le suivi des PVVIH requiert une approche et vision globale ainsi qu'une coordination entre généralistes et spécialistes.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier ROBINEAU

Assesseurs : Docteur Matthieu CALAFIORE, Docteur Maxime DEGRENDÉL

Directrice de thèse : Docteure Macha TETART