

LA RÉDACTION D'INFOTRAITEMENTS A DÉCIDÉ D'OUVRIR CE MOIS-CI SES COLONNES AU GROUPE MEDECINS DE VILLE DE LA SFLS, PARCE QUE NOUS PENSONS QU'IL EST IMPORTANT D'AMÉLIORER LE SUIVI DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH EN VILLE ET DE DIVERSIFIER LES MODES DE PRISE EN CHARGE DEVANT LES DIFFICULTÉS QUI MENACENT L'HÔPITAL (AUGMENTATION DES FILES ACTIVES, TARIFICATION À L'ACTE,...), À L'HEURE OÙ LE MÉDECIN TRAITANT, GÉNÉRALEMENT DE VILLE, EST DESTINÉ À JOUER UN RÔLE DE PLUS EN PLUS IMPORTANT DANS LE PARCOURS DE SOINS.

## Profession : MG VIH

**La plupart des personnes atteintes par le VIH sont suivies dans un service hospitalier, où elles font le plus souvent leurs bilans biologiques et consultent régulièrement leur médecin spécialiste du VIH. Mais il existe un autre mode de prise en charge, centré sur la médecine de ville. Souvent, il s'agit de médecins impliqués depuis longtemps dans le suivi de l'infection et des personnes touchées, ayant pour la plupart une fonction de Praticien Attaché dans un service hospitalier, où ils peuvent recevoir en consultation également, et hospitaliser un malade si nécessaire. Ces médecins sont pour la plupart généralistes de formation (MG), mais certains sont spécialistes (dermatologues par exemple).**

Une quinzaine de médecins de ville (médecins généralistes et dermatologues) se sont retrouvés à Dijon début octobre, lors des douzièmes Assises de la SFLS (Société Française de Lutte contre le Sida), afin d'échanger sur leurs pratiques et préoccupations, et élaborer des propositions que la SFLS pourra relayer auprès des pouvoirs publics.

Plusieurs problèmes se posent en effet, qui constituent des obstacles à l'extension de cette pratique, pourtant fort appréciée par les personnes atteintes d'infection à VIH, et fort utile à l'heure où les services hospitaliers sont de plus en plus saturés (entre 6000 et 7000 nouvelles infections diagnostiquées en France tous les ans).

Ces médecins ressentent un manque de reconnaissance de leurs spécificités de médecins de ville, alors qu'ils sont presque tous attachés de services spécialisés VIH/sida (en CHU, CHR, ou Hôpitaux Privés), et qu'ils ont tous une expérience importante dans cette pathologie. Mais leur compétence reconnue dans le cadre de l'exercice hospitalier n'est pas réellement prise en compte en ville. Ils regrettent le manque de visibilité de leur travail, et demandent à être représentés dans les COREVIH (Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH). On constate une grande diversité locorégionale de répartition et du mode d'exercice, en fonction de la situation géographique, des relations avec les équipes hospitalières, des histoires locales (milieu urbain, prévalence de l'infection...).

On peut ainsi distinguer trois types de médecins :

- des praticiens installés dans les grandes villes à forte prévalence VIH, avec des files actives importantes, et de nombreux patients suivis intégrale-

ment en cabinet de ville (de la décision thérapeutique à l'accompagnement au traitement),

- des médecins installés dans des villes de moindre prévalence, souvent très impliqués, dont l'activité VIH se situe plutôt "en relais" de l'hôpital, sans vraiment qu'ils assurent la totalité du suivi en ville,
- des praticiens de type "médecin traitant", formés au VIH/sida, travaillant en binôme avec le médecin hospitalier.

Ces trois types de situation peuvent aussi se présenter chez un même médecin en fonction des désirs des patients !

Une enquête ciblée a été réalisée en septembre 2006 auprès d'une cinquantaine de médecins de ville connus pour leur activité VIH, dont 25 ont répondu. Elle a été réalisée par le biais d'Internet auprès de ces médecins répartis sur tout le territoire métropolitain, attachés de services VIH/sida, à activité mixte libérale et hospitalière.

L'origine de ces médecins est diverse : Marseille, Lyon, Paris, Toulon, Tours, Limoges, Nantes, Strasbourg, Bordeaux, Rouen, Montpellier, Avignon et Perpignan.

Voici leur profil :

- leur moyenne d'âge est de 51 ans (de 41 à 64 ans),
- ils (ou elles) ont 16 années d'expérience VIH en moyenne (de 6 à 25 ans),
- ils réalisent une centaine d'actes médicaux par semaine (de 45 à 180),
- ils réalisent une moyenne de 25 actes VIH/sida par semaine (de 2 à 60 actes).

Ainsi, près de 5000 patients sont suivis par les vingt-cinq médecins ayant répondu au questionnaire :

- patients VIH+ suivis uniquement en ville : 1524 (de 0 à 320),

- patients suivis en ville et à l'hôpital par le même médecin : 2454 (de 0 à 1000),  
- activité de type "médecin traitant" : 891 (de 0 à 150).  
Presque tous ces médecins ont donc une activité hospitalière et participent à des staffs (réunions d'équipes) dans les services spécialisés. Ces vingt-cinq médecins ont une file active qui varie de vingt à mille patients !

La plupart de ceux qui ont une importante file active prennent en charge de nombreux patients au cabinet de ville où ils sont amenés à effectuer des mises en route de traitement, les renouvellements de traitement, les prescriptions de bilans, l'orientation des patients qu'elle soit médicale, psychologique, sociale ou nutritionnelle...

Ce nombre de patients pris en charge en ville est à mettre en parallèle avec la file active nationale hospitalière estimée par le DMI2\* (patients ayant bénéficié d'au moins une consultation en 2004), soit 42226 patients (source rapport d'experts / Pr Yéni 2006).

Les profils des médecins sont variés, selon la prévalence de l'infection VIH dans la région d'origine et en fonction des réalités locales (type d'exercice, relations avec les services hospitaliers...).

On note que leur moyenne d'âge est élevée (plus de 51 ans). Cette situation ne doit pas être très différente de la prise en charge uniquement hospitalière, et vient corroborer le souci exprimé par la communauté médicale et les associations de personnes atteintes : le renouvellement des générations de médecins impliqués dans l'infection à VIH se fait mal, alors que le nombre de patients suivis ne cesse d'augmenter. Cela ne pourra conduire qu'à une dégradation de la qualité des soins : consultations surchargées, de plus en plus courtes, laissant souvent peu de temps à un examen clinique du patient et au dialogue autour du traitement, de ses effets secondaires, de la qualité de vie...

Parmi les vingt-cinq médecins enquêtés, vingt seraient favorables à la mise en place d'un recueil épidémiologique informatisé (type NADIS, DMI2...) permettant de mieux mettre en évidence leur activité et facilitant la participation à des études cliniques en ville comme beaucoup d'entre eux le font à l'hôpital. Les médecins de ville s'adaptent aux demandes des patients, qui apprécient leur disponibilité, et la confidentialité qui leur paraît mieux assurée en pratique libérale.

Ce mode de suivi n'est pas du tout contradictoire avec une prise en charge coordonnée "au cas par cas" avec l'hôpital.

Soulignons les points suivants :

## EN PLUS

### Revendications...

Les médecins qui se sont réunis à Dijon souhaitent définir des propositions concrètes (non exhaustives !)

La SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LE SIDA peut les aider à débiter un processus de négociation avec les organismes de tutelle (Ministère de la Santé, Conseil de l'Ordre, Caisse Nationale de Sécurité Sociale) :

1. Définir des critères de compétences pour les médecins assurant la prise en charge du VIH/sida selon les bonnes pratiques cliniques :  
médecins attachés des services spécialisés, participation à des réunions/staffs de cas cliniques, obtention d'un Diplôme Universitaire de sidénologie, expérience validée par le COREVIH local.
2. Revalorisation de la consultation de médecine générale au rang de la consultation de spécialité pour les médecins respectant les critères de compétence, pour tous les actes en rapport avec le VIH/sida.
3. Reconnaissance de la compétence en ville, autorisation de la primo prescription des antirétroviraux.
4. Retirer du SNIR (mesure de l'activité des médecins de ville en termes économiques par l'Assurance Maladie) les prescriptions d'antirétroviraux et d'examen biologiques pour les patients en ALD (affection longue durée) VIH.
5. Indemniser dans le cadre de la Formation Médicale Continue (4 jours par an) la participation à des congrès VIH reconnus en tant que tels pour la formation des médecins libéraux respectant les critères de compétence.
6. Mise en place d'un véritable DOSSIER MEDICAL PARTAGÉ.

- la difficulté d'accès à certains traitements et à certains examens biologiques en ville,
- les nouvelles difficultés liées au "parcours de soins",
- le cas des patients "à haute confidentialité" pour lesquels seul le suivi en ville est envisageable,
- le vieillissement, déjà mentionné, des médecins assurant le suivi du VIH : on peut craindre pour les années à venir les départs à la retraite et l'absence de relève...

L'absence de relève est aussi le reflet du manque de reconnaissance de la sidénologie (prise en charge de l'infection VIH) en général et de la pratique de ville en particulier : consommatrice de temps et d'énergie (véritable bénévolat ? engagement idéologique ?) sans contrepartie financière, ce qui est un véritable obstacle à l'implication de nouveaux médecins.

CET ARTICLE A ÉTÉ RÉDIGÉ, POUR LE GROUPE MEDECINS DE VILLE DE LA SFPL, PAR JEAN-FRANÇOIS DAILLOUX ET PATRICK PHILIBERT, ADAPTÉ PAR ODILE VERGNOUX

\* DMI 2 : Créé en 1992, le dmi-2 est l'une des bases de données les plus fournies du monde, nous renseignant à posteriori et en partie sur l'évolution de l'épidémie en France.