



HAL
open science

Les déterminants du choix d'un médecin généraliste par les personnes vivant avec le VIH

Joris Deslandes

► **To cite this version:**

Joris Deslandes. Les déterminants du choix d'un médecin généraliste par les personnes vivant avec le VIH. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01468105

HAL Id: dumas-01468105

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01468105>

Submitted on 15 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU

DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Vendredi 10 Février 2017
À Nice

Par Joris DESLANDES
Né le 27 Avril 1987 à Vendôme (41)

**Les déterminants du choix d'un médecin généraliste par
les personnes vivant avec le VIH**

Président du Jury

Monsieur le Professeur Eric ROSENTHAL

Assesseurs du Jury

Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY
Monsieur le Docteur Eric CUA

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Remerciements

Monsieur le Pr Rosenthal

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury; vos connaissances en matière de VIH et de ses comorbidités sont indéniables dans la communauté médicale.

Monsieur le Pr Pringuey

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de cette thèse. Soyez remercié de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Monsieur le Pr Gardon

Je vous remercie d'avoir accepté que je finisse mes études avec la personne avec qui j'ai commencé en 2012, en faisant partie de ce jury. Vous avez été un excellent conducteur de GEASP durant ma première année, vous m'avez appris à réfléchir sur la prise en charge globale des patients et à remettre en question ma formation médicale initiale à l'aide de recherches mensuelles utiles pour ma pratique future.

Monsieur le Dr Cua

Je tenais à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Vous m'avez été très sympathique et m'avez appris beaucoup de choses en matière de VIH à l'occasion des réunions du réseau ville-hôpital. Je suis également très admiratif du travail que vous avez réalisé pour la Prep.

Monsieur le Pr Hofliger

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et de faire partie de mon jury. Vous m'avez accompagné et aidé à chaque étape de ma thèse. Je tenais à vous exprimer toute ma gratitude ainsi que mon profond respect pour ce que vous faites pour la médecine générale et pour moi-même.

A tous les patients qui ont accepté de participer à ce travail.

A toutes les personnes qui m'ont appris tellement et soutenu, l'équipe de Néphrologie et d'hémodialyse de Pasteur, Les médecins, IDE, cadre et secrétaire du B3 à Lacassagne, Le Dr Philip, Le Dr Michel Trouilhat, toute l'équipe des urgences de Grasse (mes meilleurs souvenirs d'internat), toute la gynéco y compris la maternité de Grasse, Le Dr Guillou et notre super secrétaire Patricia.

Au service de chirurgie de Grasse pour m'avoir accueilli en post internat et m'avoir permis d'avancer sur ce travail.

A toute l'équipe du centre Rainier III.

Et à tout le personnel médical, paramédical rencontré durant ces 4 ans et demi.

A ma famille et mes amis, qui m'ont soutenu pendant toutes ces années.

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2016** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Anne-lyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIÈRE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. CASSUTO Jill-patrice
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique

M.C.A. Honoraire

M.C.U. Honoraires

M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

Mlle ALLINE Madeleine

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle. BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)
----------------------	---------------------------

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M. DARMON David	Médecine Générale (53.03)
-----------------	---------------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
MmeMAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Liste des abréviations.....	12
1. Introduction.....	13
2. Matériel et méthodes.....	16
2.1 Choix du type d'étude.....	16
2.2 Constitution de l'échantillon.....	16
2.2.1 Pré-requis.....	16
2.2.2 Recrutement et inclusion.....	17
2.3 Intervention.....	18
2.5 Analyse.....	19
3. Résultats.....	21
3.1 Description de la population : résultats quantitatifs.....	21
3.2 Analyse qualitative des résultats.....	24
3.2.1 Préambule : caractéristiques du suivi de chaque patient.....	25
3.2.2 Les déterminants positifs.....	28
3.2.3 Les déterminants négatifs.....	32
4. Discussion.....	36
4.1 Préambule.....	36
4.2 Synthèse des résultats principaux :.....	37
4.3 Forces et faiblesses.....	38
4.4 Confrontation des résultats avec d'autres données.....	39
5. Conclusion.....	48
Bibliographie.....	49
ANNEXE 1.....	52
ANNEXE 2.....	53
Résumé.....	54
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	55

Liste des abréviations

PvVIH : Personne Vivant avec le VIH.

MG : Médecin Généraliste.

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

CV : Charge Virale.

RG : Régime général.

CMU : Couverture médicale universelle.

AME : Aide médicale d'état.

PH : Praticien hospitalier.

MG/I : médecin généraliste installé en ville avec vacation hospitalière en tant qu'infectiologue.

HDJ : Hôpital de jour.

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

1. Introduction

En France, la dynamique du VIH est toujours très active. Selon les derniers chiffres de l'Institut de Veille sanitaire, près de 6600 personnes ont découvert leur séropositivité en France en 2014. Un chiffre stable depuis 2007.¹

La région PACA est loin d'être épargnée puisqu'elle se situe en 2^{ème} place des régions les plus touchées en France métropolitaine.

Au sein même de cette région PACA, ce sont les Alpes Maritimes qui enregistrent la hausse la plus marquée (20%) de déclarations de séropositivité, avec 115 en 2013 et 131 en 2014 à la même époque.¹

Une épidémie toujours présente mais des progrès médicaux considérables depuis les années 80, avec une simplification des traitements antirétroviraux, une diminution des effets indésirables médicamenteux et une meilleure prise en charge globale de la maladie et de ces comorbidités.

Avec ces avancées, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) frôle celle des personnes non infectées; leur qualité de vie est améliorée; leur infection mieux contrôlée et leur suivi allégé.

Du fait de cette évolution, il est impératif que se développe une collaboration Ville-Hôpital afin que la médecine de ville puisse coordonner la prise en charge des co-morbidités, et que les PvVIH bénéficient d'une qualité de vie optimale.

Une collaboration souhaitée par les institutions, avec des missions dédiées aux médecins généralistes (MG) selon leur implication, telles que celles décrites dans le consensus formalisé de la SPILF en 2009.²

Des missions dites de "soins de santé primaire", comme aborder la question de la transmission et la prévention des IST en général, et de l'infection par le VIH en particulier. Ou encore, favoriser le dépistage et bien conseiller le patient en cas d'exposition afin d'avoir une prise en charge optimale. Mais aussi coordonner la prise en charge de toutes les co-morbidités liées au VIH (affections cardio-vasculaires, métaboliques, neuro-psychologiques)

Et des missions dites "avancées", pour les médecins souhaitant s'impliquer d'avantage dans la prise en charge de leurs patients vivant avec le VIH, comme assurer la surveillance régulière, clinique et paraclinique ; de leurs patients infectés par le VIH (traités ou non), en lien avec une équipe spécialisée.

Ou encore, évaluer avec le patient les options thérapeutiques qui lui sont proposées, dans tous leurs aspects concrets afin d'entretenir la meilleure observance possible.

Cependant dans les Alpes Maritimes, selon la thèse de Marion Fiandino soutenue en février 2014 à Nice³, cette collaboration ville-hôpital s'avère difficile, avec des patients qui restent très attachés à leur consultation avec le spécialiste hospitalier (93%) et qui n'attribuent à leur MG que la prise en charge de leur pathologies "bénignes" (96,7%).

Ces observations viennent conforter les données de la thèse de Fatoumata OUANE soutenue en 2012 à Tours, qui concluait que pour 21% des patients, leurs MG ne s'impliquent pas du tout dans la prise en charge du VIH et 53%, ne souhaitent pas une implication plus importante des MG, bien qu'ils entretiennent de bonnes relations avec eux.⁴

En France, parmi les 100000 personnes qui sont sous traitement, 85% ont une CV < 50cp/ml et vont « bien », cependant 80% de la file active a un suivi uniquement hospitalier.

Pourquoi le suivi de ces personnes VIH reste hospitalo-centré, alors que pour les autres maladies chroniques ce sont les MG qui, en grande majorité, coordonnent leur suivi ?

Pour quelles raisons certains médecins suivent plus de patients VIH que d'autres ?

Par une implication plus importante dans leur prise en charge ? Par des qualités humaines spécifiques ? Par une meilleure connaissance de cette pathologie ?

Le patient VIH s'orienté-t-il vers un profil de médecin généraliste particulier ? Ou choisit-il son médecin traitant comme la population générale ?

Quels sont les caractéristiques les plus importantes chez un médecin généraliste pour les personnes vivant avec le VIH ?

Certes chaque personne est différente, qu'elle soit infectée ou pas. Mais c'est ainsi que m'est venue l'idée de réaliser ce travail dont le but est d'identifier les déterminants de choix de médecin traitant des patients vivant avec le VIH.

2. Matériel et méthodes

2.1 Choix du type d'étude

Issue des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative a pour objet d'étudier les représentations, les comportements et aussi les déterminants des consommateurs de soins.

C'est pour cette raison que cette méthode s'est imposée à moi pour répondre à la question de recherche sur les déterminants de choix de médecin traitant des patients vivant avec le VIH.

2.2 Constitution de l'échantillon

2.2.1 Pré-requis

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit "en recherche de variation maximale", c'est à dire de rechercher une diversité des perceptions, des opinions et des comportements en identifiant des variables pertinentes.

Nous avons sélectionné comme variables :

- Le Sexe : les deux genres devaient être représentés, hommes et femmes. Et même les personnes transgenres si possible.
- L'âge des patients : car celui-ci peut influencer les comportements. Nous avons donc essayé d'avoir des patients de tout âge.
- Le niveau socio économique : le niveau d'étude et la profession influencent le choix du médecin traitant et les besoins des patients concernant leur prise en charge.

- La sexualité devait être prise en compte aussi, étant donné la prédominance de contamination sexuelle avec le VIH.

2.2.2 Recrutement et inclusion

Pour ce travail, j'ai sélectionné des patients vivant avec le VIH, via des médecins traitants, l'association AIDES de Nice, et un praticien hospitalier en médecine polyvalente de l'hôpital de Grasse.

Les médecins traitants ont été sélectionnés par connaissance puis par conseil des médecins ayant accepté de participer.

Des mails d'informations sur ma thèse, expliquant le but de mon travail et le déroulement des futurs entretiens, ont été envoyés aux médecins afin qu'ils proposent à leurs patients VIH de participer à cette étude qualitative.

Mes numéros de téléphone et mail étaient fournis aux patients afin de me contacter s'ils voulaient participer à cette étude.

De la même manière, mon mail d'information a été présenté aux groupes de paroles de l'association AIDES de Nice et seul un patient m'a contacté.

Devant la difficulté à recruter des patients, je me suis tourné vers un praticien hospitalier de l'hôpital de Grasse qui suivait une file active de patients VIH.

Les critères d'inclusion étaient :

- patients vivant avec le VIH, suivi dans les Alpes Maritimes.
- personnes parlant français.

Et

Les critères de non inclusion:

- Personne avec trouble psychiatrique majeur rendant l'entretien impossible.
- Personne ne parlant pas ou ne comprenant pas le français.

Les patients ont été inclus jusqu'à saturation des données, c'est à dire jusqu'à ce que le recueil d'un nouvel entretien n'apporte plus aucune idée nouvelle.

2.3 Intervention

J'ai réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels. Les entretiens se sont déroulés dans un lieu calme choisi par le patient (domicile du patient, mon domicile, un bureau de consultation), afin de pouvoir enregistrer les interviews.

L'accord des patients participants était recueilli oralement, après une brève présentation de l'étude réalisée et avant de débiter chaque entretien. Les entretiens ont été enregistrés intégralement et les informations complémentaires ont été notées manuellement.

Le recueil des données a été réalisé sur la période de juin 2015 à avril 2016, à Nice ou à Grasse.

Les interviews ont été enregistrées par un smartphone et ont été retranscrites en verbatim par mes soins, mot pour mot, juste après chacune d'elle ; sans oublier de noter entre parenthèses les aspects non verbaux de l'entretien.

2.4 Guide d'entretien :

Les entretiens se sont déroulés à l'aide d'un guide d'entretien, composé de questions ouvertes (Annexe 1), réalisé avec l'aide de mon directeur de thèse et la cellule qualitative de la faculté de Nice.

Plusieurs thèmes ont été abordés dans ce canevas, et répartis en modules:

- « Environnement et comportements » et « Histoire de la pathologie »: afin de briser la glace, montrer l'intérêt qu'on porte au patient et comprendre son histoire.
- « Relation médecin-patient »: pour commencer à rechercher quel profil de médecin le patient préfère et pourquoi; pour tenter de capter les potentiels déterminants de choix de médecin traitant.
- « Suivi et coordination » : me permettant d'aborder la question du suivi du VIH par leur médecin traitant.
- « Communication – Éthique » : pour savoir si ils étaient encore victimes de discrimination ou si certaines choses chez les soignants leur déplaisaient, en particulier dans leur attitude.

Les caractéristiques socio-démographiques de chaque patient ont été recueillis par un questionnaire en fin d'entretien (ANNEXE 2), afin qu'une relation de confiance se soit installée avant de répondre à certaines questions.

2.5 Analyse

Chaque entretien était unique, comme chaque interlocuteur. Le but de l'analyse n'était pas de faire une liste exhaustive des déterminants pour leur choix de médecin traitant, mais plutôt de mettre en avant les concepts qui semblaient importants pour les PVVIH dans le rôle qu'ils attribuaient au médecin généraliste.

Les entretiens ont été analysés juste après leur retranscription en verbatims, dès le premier entretien.

Les mots et expressions porteurs de sens ont été identifiés sur chaque retranscription puis regroupés en thématiques.

Pour confirmer mon analyse, une deuxième analyse a été faite par une psychologue exerçant à l'hôpital de Monaco (Florence Veyret).

3. Résultats

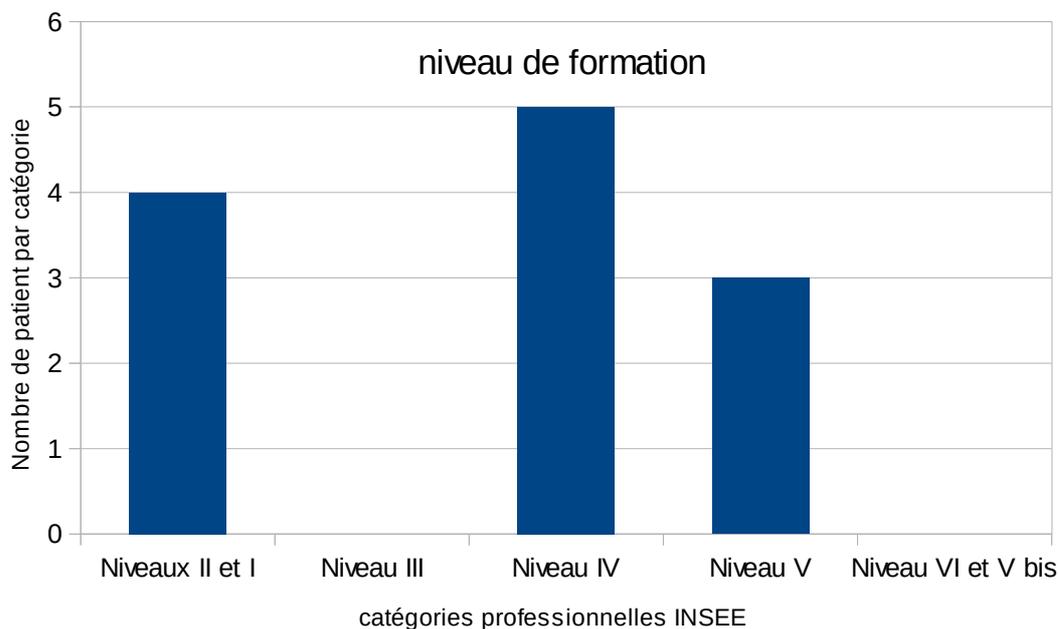
3.1 Description de la population : résultats quantitatifs

Les entretiens ont été menés auprès de 12 patients. Les Tableaux 1 et 2 décrivent ci-dessous leur niveau d'éducation et la couverture sociale.

5 patients ont été recrutés via les médecins traitants sur Nice, 1 grâce à AIDES et 6 par l'intermédiaire d'un praticien hospitalier de Grasse.

Parmi ces 12 patients, 5 étaient retraités (directeur de boutique de luxe, Hôtelier, professeur de tennis, chef cuisinier et commerçant), 2 sans emploi, un infirmier, un assistant d'éducation en attente d'obtention de son CAPES, une saisonnière, un dessinateur industriel et un ingénieur hydraulique consultant dans le pétrole.

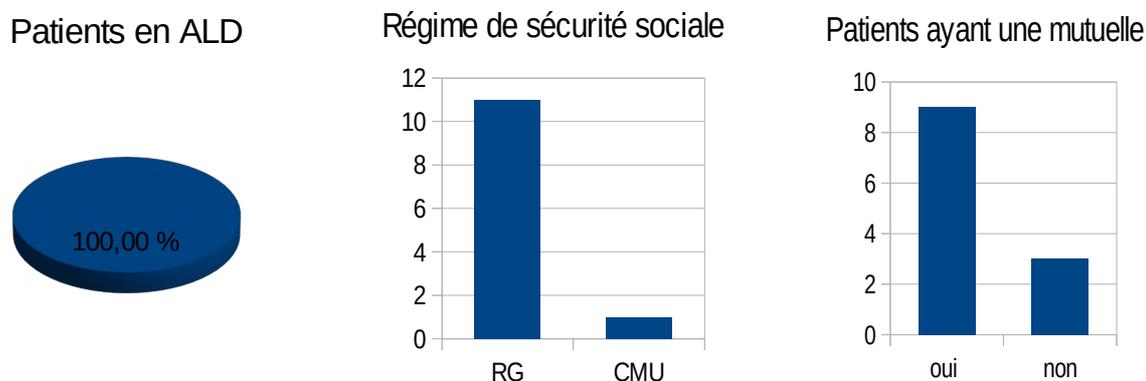
TABLEAU 1



catégories INSEE

- Niveau VI et V bis : sorties en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale.
- Niveau V : sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première).
- Niveau IV : sorties des classes de terminale de l'enseignement secondaire (avec ou sans le baccalauréat). Abandons des études supérieures sans diplôme.
- Niveau III : sorties avec un diplôme de niveau Bac + 2 ans (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales, etc.).
- Niveaux II et I : sorties avec un diplôme de niveau supérieur à bac+2 (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat, diplôme de grande école).

TABLEAU 2



Parmi ces patients, on retrouvait 8 hommes (67%) et 4 femmes (33%) (Tableau 3). La majorité des patients avait un âge compris entre 50 et 65 ans (Tableau 4), avec des âges extrêmes de 23 ans pour le plus jeune et 68 ans pour le plus âgé.

TABLEAU 3

Répartition des sexes

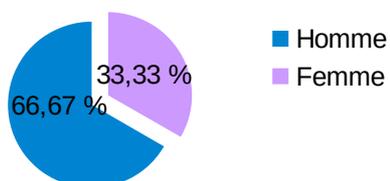
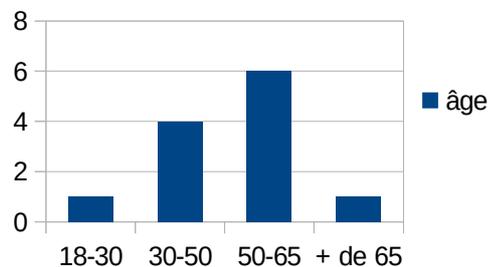


TABLEAU 4

Répartition des âges des patients



Ils avaient un suivi régulier (Prise de sang et consultation pour leur suivi VIH) (tableau 5) et tous avaient déclaré leur médecin généraliste comme médecin traitant (tableau 6).

TABLEAU 5

suivi régulier des patients

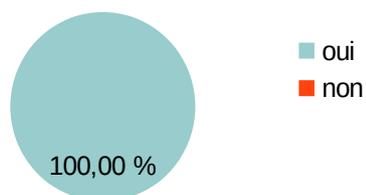
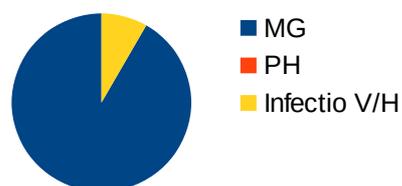


TABLEAU 6

Médecin traitant déclaré



En ce qui concerne leur sexualité, il y a avait autant d'hétérosexuels (5) que d'homosexuels (5) et quelques bisexuels (2) (tableau 7). Tous parlaient et comprenaient le français mais deux étaient de nationalité étrangère (tableau 8 : Nationalité des patients).

TABLEAU 7

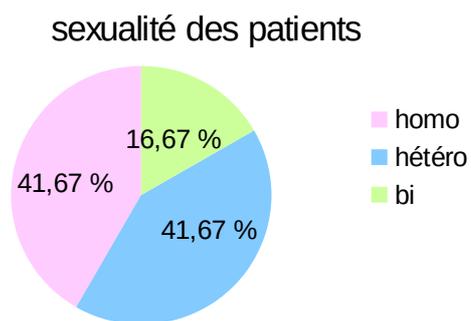
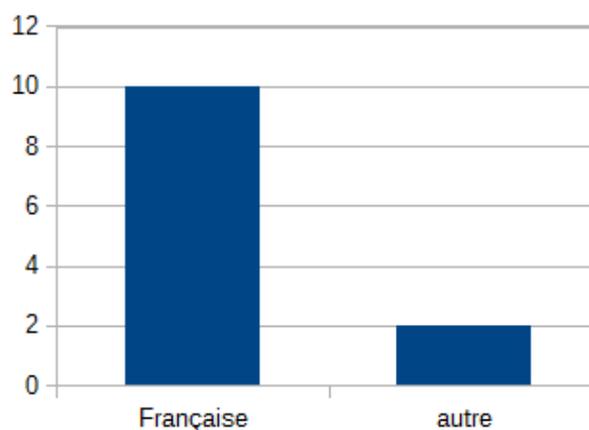


TABLEAU 8



Le mode de contamination était pour la plupart "sexuel", mais un patient avait été contaminé par toxicomanie IV et un avait un doute sur une probable origine transfusionnelle.

Les entretiens ont eu une durée moyenne de 20 minutes, le plus court a duré 11min28 et le plus long 27min44.

3.2 Analyse qualitative des résultats

Les opinions et les doléances des patients interviewés sont présentés par déterminants positifs ou négatifs pour le choix du médecin traitant et déclinés par thèmes.

Les propos des patients sont cités entre guillemets, en italique. « P1 » signifie que la citation provient de l'entretien mené auprès du premier patient.

3.2.1 Préambule : caractéristiques du suivi de chaque patient

Patient	Lieu	Rythme du suivi	Commentaires
P1	Nice	<ul style="list-style-type: none"> • Infectiologue 1 fois par an. • Médecin généraliste 1 fois par an. • Suivi du VIH tous les 6 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • MG membre du réseau ville-hôpital. • Bonne communication MG-PH. • MG suivant beaucoup de PvVIH.
P2	Nice	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi tous les 3-4 mois par l'infectiologue. • Rythme du suivi choisi par le patient. • Le patient espace ses visites en fonction de ses envies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoi par le MG du patient vers l'Archet dès que ça touche le VIH. • Peu de visite chez le MG. • Volonté du patient que son infectiologue soit son MG.
P3	Nice	<ul style="list-style-type: none"> • Rendez-vous médical tous les 3 mois. • Alternance entre l'infectiologue et le MG 	<ul style="list-style-type: none"> • MG membre du réseau ville-hôpital.
P4	Grasse	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par Praticien Hospitalier tous les 3 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voit peu son MG, juste pour les pathologies hors VIH. • Aucune place du MG dans le suivi du VIH.

Patient	Lieu	Rythme du suivi	Commentaires
P5	Grasse	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par Praticien Hospitalier tous les 3 mois. « <i>rythme effréné</i> »P5, « <i>Assez prenant</i> »P5 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de suivi du VIH par le MG. • Doute du patient, sur les compétences de son MG à interpréter ses analyses.
P6	Grasse	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par Praticien Hospitalier tous les 3 mois. • Voit son MG 1 à 2 fois par an. La patiente lui donne de temps en temps ses analyses pour la tenir au courant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente polypathologique (VIH, VHC, ancienne toxicomane), se sentant plus en sécurité avec un suivi hospitalier et le plateau technique.
P7	Grasse	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par Praticien Hospitalier tous les 3 mois. • VIH non suivi par le MG 	<ul style="list-style-type: none"> • MG important pour l'écoute et le soutien psychologique.
P8	Grasse	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par Praticien Hospitalier tous les 3 mois, mais la patiente aimerait n'avoir un rendez-vous que tous les 6 mois. • VIH non suivi par le MG 	<ul style="list-style-type: none"> • Lien fort avec son médecin hospitalier, difficultés à se fier à quelqu'un d'autre.

Patient	Lieu	Rythme du suivi	Commentaires
P9	Nice	<ul style="list-style-type: none">• Suivi par l'infectiologue tous les 2 mois.• On ne lui a jamais proposé d'espacer ses rendez-vous.	<ul style="list-style-type: none">• Voit peu son MG mais bonne communication infectiologue-MG.• Serait plus partant pour un suivi alterné avec la remplaçante de son MG car elle est jeune et connaît bien l'histoire du VIH selon lui.
P10	Nice	<ul style="list-style-type: none">• Suivi total en ville.• Suivi par un MG avec DESC d'infectiologie qui fait des vacations à l'Archet mais a aussi un cabinet de médecine générale.• Bilan annuel à l'Archet fait quand même.	<ul style="list-style-type: none">• Médecin choisi au hasard sur une liste conseillé par son ancien MG (changement de résidence).• Préférence pour le suivi en ville, car plus anonyme.
P11	Nice	<ul style="list-style-type: none">• Suivi quasi total par son MG.• Ne voit le spécialiste que pour faire le bilan annuel.	<ul style="list-style-type: none">• MG trouvé par proximité géographique. Mais il est bien tombé car ce MG s'intéresse beaucoup au VIH.

Patient	Lieu	Rythme du suivi	Commentaires
P12	Nice	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par l'infectiologue tous les 6 mois, avec bilan annuel en HDJ 	<ul style="list-style-type: none"> • MG vu que si besoin. • MG choisi sur une liste de médecin sensibilisé au VIH, fournie par l'Archet. • Bonne communication entre infectiologue et MG.

3.2.2 Les déterminants positifs

Relation / Communication / Approche centrée sur le patiente

Ce thème a souvent été abordé par les patients, ce qui montre son importance. En effet les PvVIH sont très attachées aux qualités humaines que peuvent avoir leurs médecins traitants, et soulignent l'importance de la relation soignant-soigné dans leur parcours de soins. « *Lui ce n'est pas les médicaments qu'il m'a donné, c'est un coup de main pour la vie* » P8.

En particulier l'écoute, « *Il sait très bien mettre à l'aise les patients. Il est à l'écoute, il prend son temps* » P11, « *Et là il a été à l'écoute, vraiment à l'écoute. Et même à la limite quand je ne l'appelai pas, c'est lui qui m'appelait.* » P7, « *Bah qu'il soit disponible et à l'écoute, Voilà, c'est tout.* » P4.

Et le soutien psychologique, « *elle a beaucoup de psychologie* » P1, « *Moralement et il était tout le temps...* » P7, « *Et il m'a aidé à passer des caps* » P7, « *Il m'a donné beaucoup de courage* » P8, « *Il m'a toujours soutenu moralement dans les problèmes que j'aurais pu avoir.* » P11.

Mais il en va de même d'un bon relationnel et de l'ouverture d'esprit dont certains médecins peuvent faire preuve, "qu'ils soient capables de communiquer aisément, soit sur la pathologie, soit sur autre chose. Qu'il soit quelqu'un d'ouvert." P2, "Moi j'ai connu aussi une période où c'était fabuleux, on avait cassé le rapport médecin/patient. C'était absolument fabuleux. Il y avait une solidarité absolument incroyable." P1, « Oui, déjà c'est quelqu'un qui doit avoir 30, 35-40 ans à peu près, qui n'est pas de l'ancienne génération des médecins et qui voilà....c'est quelqu'un qui est assez cool, qui a un bon relationnel. » P10, « d'être ouvert comme ça, de pouvoir parler,... » P12.

Ou encore d'autres traits de personnalité comme la gentillesse ou la sincérité, « C'est très important. Il est très gentil. » P8, « Mais je la trouve à l'écoute. Elle semble sincère » P12.

Mais comme avec tout patient la confiance reste primordiale, « Euh...c'est....Je lui fais confiance et dès que j'ai un problème quoi je l'appelle. » P3, « Pour moi un bon médecin, c'est une personne qui ne cache pas au patient ce qu'il a. » P4.

Continuité / suivi / coordination

A l'heure où l'on parle du VIH comme une pathologie chronique, un suivi et une continuité dans le soin sont évidemment très importants, « Bah il se souvient de ce que j'ai eu quoi. Quand il me voit, il me dit: à oui la dernière fois, il y avait ça, ça et ça, etc... Il est attentif, il connaît bien mes problèmes. Je ne sais pas si il révise avant le rendez-vous, mais en tout cas il connaît mon dossier. » P3, « Il y a une continuité qui est évidente dans sa manière d'analyser les choses. » P5
« Ah oui. Disons que à l'extrême, c'est lui qui suit plus que tout le monde.[...]il me suit très attentivement.» P11, « C'est vraiment super. Tout d'abord, elle a une mémoire qui est incroyable. Je ne sais pas comment elle fait. Elle se rappelle des choses par rapport à moi, que j'ai oublié. » P12.

Ainsi qu'une connaissance de son patient dans la globalité et une bonne coordination avec les spécialistes, « *je préfère en parler avec lui parce qu'il connaît évidemment la globalité de mon cas.* » P6, « *Si il le sait mais le Dr D. connaît tout de A à Z, et pour moi c'est dur de faire confiance et d'être à l'aise avec un autre médecin rencontré comme ça.* » P8, « *Et après quand j'ai été à l'Archet, le Dr B, lui envoyait des courriers, ainsi que mon médecin en Alsace. Un récapitulatif de mon suivi biologique, etc...»* P9.

Professionnalisme / Éthique / démarche réflexive

Les patients VIH sont aussi attentifs aux caractéristiques évidentes que devrait avoir tout médecin qu'elle que soit sa spécialité comme le professionnalisme, « *elle est très attentive, elle fait très attention quand elle voit les bilans* » P1, « *Euh...il fait confiance, il est sérieux et appliqué, il donne l'impression, d'être à ce qu'il fait, d'être sérieux, etc...»* P3, « *c'est un médecin de famille, il connaît, ma famille, des gens que...au cours d'une discussion, autour d'un café, le secret médical...enfin ça ne veut rien dire* » P5, « *il a fait beaucoup de recherches.* » P8

Ou bien l'empathie et l'impartialité, « *Qu'ils ne me jugent pas* » P2, « *Oui et presque il y a une relation affective, même si je le vois très rarement, à ce moment là, c'était évident que ça lui faisait de la peine.*» P5, « *Et il semble avoir un abord objectif et neutre* » P5, « *Pour finir j'ai trouvé un médecin Dr X à Cannes, qui a bien voulu me suivre, puisque bon...en fait j'étais juste séropositive mais juste, juste. Et il m'a pris en compte avec ma grossesse.* » P7.

Expertise du VIH

Bien sûr qu'à un moment donné, le sujet de la connaissance médicale vis à vis de leur pathologie a été abordé. Comme tout patient, le PvVIH souhaite que son médecin traitant ait le plus de connaissances possibles sur sa pathologie ou du moins qu'il y porte un peu d'intérêt et ne prenne pas de risque dans la prise en charge.

« elle connaît très bien cette maladie, elle le gère très très bien. » P1, « Il faut quand même être assez formé à ce type de maladie » P1, « Je l'ai trouvé sur le réseau ville-hôpital [...]Donc il connaît très bien...il n'y a pas de problèmes. » P3, « je trouve que les jeunes médecins sont plus au courant du HIV que déjà l'ancienne génération si on veut. » P9, « Il a des connaissances plus approfondies qu'un simple généraliste. » P11

Cette connaissance qui peut aussi passer par l'expérience, du fait du nombre de patients pris en charge. *« elle a beaucoup de patients VIH de toute façon » P1, «donc elle a l'habitude » P1, «un médecin qu'on m'avait conseillé, qui faisait partie du réseau ville Hôpital » P1, «de par l'expérience du nombre de patients » P1.*

Proximité et disponibilité

Qui ne voudrait pas avoir un médecin au plus proche de chez soi (proximité) et qui vous reçoit dès que vous avez besoin (disponibilité) ?

« Euh...c'est....Je lui fais confiance et dès que j'ai un problème quoi je l'appelle. » P3

« J'ai rarement besoin de médecin, mais quand j'en ai besoin, j'aimerais qu'il soit présent » P4

« Bah qu'il soit disponible et à l'écoute, Voilà, c'est tout. » P4

« Déjà que je puisse facilement vite aller le voir. La proximité avec l'endroit où je vis » P5

« Je pense que le médecin généraliste sera celui qui se trouve le plus proche » P5

« Bah comme tout le monde je pense, on regarde au plus près de chez soi. » P9

« Ça c'est vraiment un pur, pur, pur hasard. Autant que je me souviens, c'est...à proximité de mon domicile. » P11

Ou encore quelqu'un de dynamique, « Bah, il est...il est jeune et dynamique, et j'apprécie beaucoup » P3.

Conseil par autrui

Sans oublier que quand on est perdu et qu'on ne sait comment trouver un médecin traitant, le mieux est encore d'écouter les conseils de personnes en qui vous avez confiance.

« un médecin qu'on m'avait conseillé, qui faisait partie du réseau ville Hôpital » P1, « Et ma cousine connaissait donc cette doctoresse et du coup j'y suis allé par connaissance familiale on va dire. » P2, « Je l'ai trouvé sur le réseau ville-hôpital [...]Donc il connaît très bien...il n'y a pas de problèmes. » P3, « Par mon ami. » P4, « je ne l'ai pas choisi, parce que c'était le médecin de famille » P5, « j'ai une amie qui avait un médecin. Elle m'a dit : « ouais elle est bien ». J'ai pris celle là. » P6

« c'est mon médecin de Lyon qui m'avait indiqué plusieurs personnes sur Nice. » P10, « Au début, ils ont donné une liste à l'Archet, de médecins qui étaient commente dire....sensibles aux patients HIV et elle était sur la liste » P12.

3.2.3 Les déterminants négatifs

En ce qui concerne ce que redoutent les PvVIH chez leur médecin traitant, c'est presque le parfait opposé de ce qu'ils recherchent.

En effet, là encore, les qualités humaines sont mises à l'honneur. Les patients sont attachés au relationnel, à la communication, à l'empathie et à la compréhension. Ils n'apprécient pas de ne pas avoir de dialogue ou de ne pas être à l'aise pour dire ce qu'ils ont à dire.

« ce que je ne supporterai pas, c'est de ne pas avoir de dialogue » P1

« Qu'elle connaisse mes résultats quand je vais la voir et qu'on en parle par exemple » P2

« Enfin, je suis plus à l'aise en venant voir le Dr X (spécialiste) » P5

« Si il le sait mais le Dr D. connaît tout de A à Z, et pour moi c'est dur de faire confiance et d'être à l'aise avec un autre médecin rencontré comme ça. » P8

Ou encore de subir un jugement de la part du médecin.

« Bah quelqu'un qui me reprocherait mon mode de vie par exemple. Qui s'immiscerait dans ma vie privée pour me dire... Qui sortirait de son rôle de médecin qui me jugerait » P3

« Et c'est là qu'aux Broussailles, il n'y avait pas encore le traitement que je prend là, et j'ai toujours refusé. Et ils l'ont mal pris. Alors après je n'y suis plus allé et j'ai attendu. » P7

Plusieurs autres point négatifs sont ressortis de ces entretiens, comme par exemple le manque ou la perte de confiance, *« il a fait une erreur [...] Je n'avais plus confiance. » P1*, le manque de suivi ou d'intérêt pour sa pathologie, *« comme il n'y a aucun suivi. » P4*, ou bien la peur du malade VIH, *« Une fois elle était à côté de moi. J'ai éternué en mettant ma main, et elle a fait un bond en arrière » P3*, *« Après les psychiatres, alors là,....euh, j'en ai pas vu parce qu'ils avaient peur de me serrer la main . » P7* et le manque de disponibilité, *« un médecin qui était très bien, mais quand je l'appelais, il était indisponible » P4*.

Et encore une fois la notion d'expertise de la maladie a été évoquée. Le manque de connaissance ou d'expérience avec les patients VIH chez le médecin traitant, gêne un peu les PVVIH, *« il y a quand même des séquelles au niveau des médicaments, qu'il faut quand même connaître. » P1*, *« Parce*

que en fait dès qu'il y a quelque chose qui pourrait être en relation avec le VIH, elle me renvoie directement...faudra en parler à l'Archet » P2, « Ah bah c'est peut être en relation avec le VIH, faut en parler à l'Archet. Elle va certes, me donner une prescription médicale par rapport aux symptômes mais elle veut toujours que j'en réfère à Dr X. » P2, « J'imagine qu'un spécialiste est plus compétent pour les (ses analyses) comprendre » P5, « Je préfère en parler avec un spécialiste que je vois déjà régulièrement, plutôt qu'avec elle qui n'est pas mauvaise car sinon je ne la garderai pas mais qui pour moi n'est pas aussi pointue que peut l'être le Dr X en l'occurrence. » P6, « avec le Dr X (spécialiste), je me sens plus en sécurité. » P6

Le changement de médecin traitant

Deux patients ont changé de médecin traitant et Deux pensent devoir et vouloir en changer.

Les causes de ce changement sont différentes pour chaque patient :

- Le patient 1 a changé de médecin traitant car celui-ci n'a pas détecté un effet indésirable de ses anti-rétroviraux et le patient a perdu la confiance qu'il avait en ce médecin généraliste.
- Le patient 2, a émis le souhait que se soit son infectiologue son médecin traitant, puisque son MG le renvoie vers lui au moindre doute. Il voit son spécialiste tous les 3-4 mois alors qu'il est jeune et sans comorbidités.
- La patiente 4, a changé de médecin traitant même si elle aimait beaucoup le sien. Mais pour elle, il n'était pas assez disponible et joignable.
- Le patient 5, âgé de moins de 30 ans, est suivi depuis son enfance par le médecin de famille. Il pense changer de médecin traitant car il l'a senti affecté par l'annonce de la maladie. Mais aussi, car il n'est pas à l'aise pour parler de tout avec lui et a peur qu'un jour le secret médical

soit brisé par inadvertance avec l'un des membres de sa famille. De plus, il ajoute, qu'il n'a pas choisi ce médecin.

Les raisons du suivi hospitalo-centré

Parmi les 12 patients interrogés, 7 d'entre eux gardent un suivi hospitalo-centré, et en voici les raisons :

- Pour P2, son MG le renvoie vers son infectiologue systématiquement dès que c'est en rapport avec sa pathologie VIH. Manque de maîtrise ou bien un manque d'implication de son médecin traitant.
- P4, se dit être rarement malade et voit son spécialiste hospitalier tous les 3 mois. Des rendez-vous avec le spécialiste trop rapprochés, ne laissant pas de place au MG.
- P5, est également suivi tous les 3 mois, mais doute aussi des capacités de son MG à interpréter ses analyses. De plus, il se sent plus à l'aise avec son spécialiste pour parler de son VIH, car son MG est aussi un médecin de famille.
- P6, quand à elle, est polypathologique et se sent plus en sécurité avec un suivi hospitalier et son plateau technique.
- P7 et P9, n'ont pas de raison particulière à part un suivi très rapproché eux aussi.
- Et P8, est suivie tous les 3 mois. Elle aimerait espacer à 6 mois, mais surtout ne pas confier son suivi à quelqu'un d'autre ou même le partager car elle aurait des difficultés à se confier et à faire confiance à quelqu'un d'autre. Présence d'une relation médecin-patient très forte.

4. Discussion

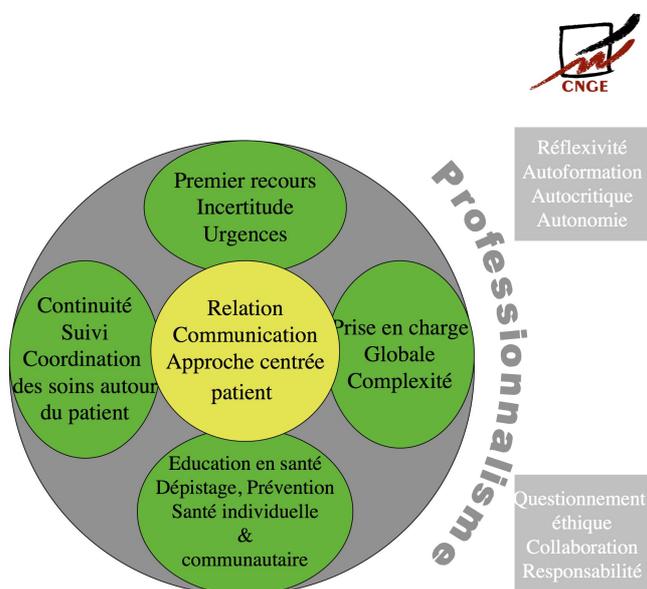
4.1 Préambule

La médecine générale est une spécialité qui est quelque peu différente des autres spécialités. Les caractéristiques de la Médecine Générale sont énoncées dans sa définition européenne adoptée en 2002 par la WONCA Europe (World Organisation of Family Doctors)⁵.

Elle est fondée sur une approche globale, centrée sur le patient, ouverte sur l'extérieur et où l'on considère la maladie comme la résultante de facteurs, humains et environnementaux.

C'est pour cela que la médecine générale nécessite une formation spécifique, issue des sciences biologiques comme des sciences humaines.

La communauté généraliste a donc au fil du temps, créé un modèle global d'apprentissage de la discipline, autour de six grandes compétences professionnelles définies au plan national et européen, qui peuvent être représentées par une « marguerite des compétences », comme illustrée ci dessous par le CNGE.



4.2 Synthèse des résultats principaux :

L'étude révèle que les critères de choix de médecin traitant des PVVIH correspondent pour la plupart aux grandes compétences nécessaires à l'exercice de la Médecine Générale.

On retrouve quelques idées – force :

- Le choix du médecin traitant est rarement fait au hasard, les PvVIH demandent conseil à un autre médecin, ou à un proche.

- L'établissement d'une relation soignant-soigné de confiance dépend d'un certain nombre de qualités que les patients recherchent chez leur MG :

- ➔ Capacité d'écoute et soutien psychologique sont primordiales pour tous.
- ➔ Bonne connaissance globale du patient avec un suivi, une continuité des soins et une bonne coordination avec les spécialistes.
- ➔ Compétences en communication et ouverture d'esprit
- ➔ Bonnes connaissances de la pathologie VIH et expérience du médecin en ce qui concerne cette pathologie.

(ce dernier critère étant exprimé par les patients suivis le plus en ville par rapport aux autres)

Et d'autres critères moins souvent cités participent aussi au choix comme :

- La proximité.
- La disponibilité.
- Le dynamisme.
- Le jeune âge du médecin.

A l'inverse le manque d'intérêt pour la pathologie VIH, le manque de disponibilité, le manque de compétences et d'expérience dans la gestion de la pathologie VIH, sont des facteurs favorisant le changement de médecin généraliste.

Une relation laissant peu d'autonomie au patient , avec des rendez-vous hospitaliers fréquents peut entretenir un certain hospitalo-centrisme, en laissant peu de rôle au médecin généraliste.

Ces résultats montrent que la formation actuelle des jeunes médecins généralistes, basée sur un référentiel de compétences pour les soins de premier recours doit permettre d'assurer dans l'avenir le suivi global des patients séropositifs, et satisfaire leurs attentes et besoins relationnels.

4.3 Forces et faiblesses

Parmi les points forts de cette étude , on relève :

- ◆ L'échantillonnage en variation maximale, avec des patients de sexe, de modes de contamination et de médecins traitants différents, afin d'obtenir une diversité dans les réponses.
- ◆ La double analyse avec outre l'analyse des verbatims par l'investigateur, l'analyse faite par une psychologue.

Cependant on retrouve des biais :

- ◆ Un biais de recrutement : des patients ont été recrutés depuis la ville via les MG et l'association AIDES, mais devant des difficultés de recrutement, je me suis tourné vers un

médecin hospitalier (médecin polyvalent, pas un infectiologue de formation) , alors que je voulais cibler des personnes suivies en ville principalement.

- ◆ Un biais de volontariat : les personnes volontaires pour répondre à l'enquête n'ont évidemment pas les mêmes caractéristiques ni même, les mêmes opinions que les personnes qui ont décidé de ne pas participer à l'étude.

- ◆ Un biais de Non – Réponse : on ne peut pas vérifier la certitude des paroles des patients. Ils peuvent éprouver de la gêne quand on aborde un sujet si délicat que la pathologie VIH et ne pas dire tout.

- ◆ Un biais de compréhension : les patients peuvent parfois mal comprendre les questions et ne pas répondre correctement aux questions posées.

4.4 Confrontation des résultats avec d'autres données

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁶, dit l'OMS dans sa définition de la Santé.

Les qualités humaines.

En soins primaires particulièrement nous sommes souvent face à des problématiques autres que somatiques. Du fait de l'approche globale centrée sur le patient et non sur la maladie ou l'organe malade, le médecin généraliste a à prendre en compte des problématiques, autres que purement bio-médicales d'ordre psychologique, social, éthique, réglementaire, sociologique et anthropologique.

Ces problématiques nécessitent pour le médecin généraliste de développer des compétences en sciences humaines et sociales.

Les résultats de mon étude vont dans ce sens et mettent en première position des critères de choix de médecin traitant, « l'écoute ».

Alice LAPLANTE dans sa thèse soutenue en avril 2011 à Paris, rappelle l'aspect fondamental de l'écoute en médecine générale et déplore son manque d'enseignement tant dans le cursus universitaire et que dans les formations continues.⁷

L'écoute ne s'apprend pas sur les bancs de la faculté, d'où son travail de revue de la littérature sur l'écoute en médecine et les techniques d'écoute adaptées à la médecine générale.

Une thèse soutenue à Nice en Novembre 2015 par Natalia KORENEVA-CASTAIGNE sur le choix de médecin traitant par les patients dans le canton de Fayence⁸, conforte mes résultats puisque, je cite : « on note que le choix est souvent effectué à partir des qualités personnelles du médecin, en dehors des caractéristiques professionnelles ».

Les PVVIH, n'attendent pas qu'une oreille attentive, mais aussi un médecin avec qui « le courant passe bien », avec lequel ils ont un bon relationnel.

Un article de revue américaine ⁹, nous rejoint sur ce point, puisqu'une étude menée à Boston, conclue au fait qu'une relation médecin-patient VIH de qualité améliore l'observance de leur

trithérapie. Et il en va de même dans l'article de Kathleen Johnston Roberts, PhD du département de sociologie de l'université de Californie.¹⁰

Enfin, dans un article de CATIE (la source d'information impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada), il est dit : " Votre médecin, et votre relation avec lui ou elle, joueront un rôle crucial dans vos soins. "¹¹

L'importance d'un bon suivi et de l'observance thérapeutique.

Après les compétences personnelles des médecins généralistes qui sont situées en haut de la liste des critères de choix pour PvVIH, arrivent, les compétences professionnelles, avec notamment les connaissances de la pathologie VIH et le suivi/coordination des soins qu'elle génère.

En effet, comme le rappelle deux articles publiés en 2009 et 2012 ^{12,13}, le VIH n'est plus une maladie rapidement fatale, mais devient une maladie chronique aux multiples déterminismes, sous réserve d'une bonne observance. Les médecins doivent désormais se préoccuper des « nouveaux » risques liés aux effets indésirables des traitements, aux conséquences d'une maladie inflammatoire et au vieillissement de la population infectée avec ses comorbidités. Néanmoins, les auteurs soulignent que la prise en charge des PvVIH doit dépasser les seuls aspects biomédicaux et que donc, elle doit nécessairement être multidisciplinaire.

Dans ce sens, une revue belge ¹⁴, soutient que la prise en charge des PvVIH est globale et complexe, par ses différents aspects, médicaux, sociaux, et de coordination. Et que pour eux, le rôle

du médecin généraliste est primordial et qu'une implication plus importante de leur part serait bénéfique pour la prise en charge des patients.

Les spécificités du VIH mettant en difficulté les MG

En France, plusieurs études (thèses d'exercices) tendent à dire qu'il y aurait un manque d'implication des MG¹⁵ ou une volonté des PvVIH à ne pas impliquer leur MG dans leur suivi du VIH.^{4, 16, 17}

Quelles peuvent en être les causes ?

La prise en charge du VIH en ville met parfois les MG en difficulté. A chaque consultation il faudrait :

- Vérifier tant que possible, l'observance du traitement.
- Vérifier l'immunité de son patient par une analyse de sang.
- Programmer un suivi des comorbidités en fonction de l'âge du patient et de ses facteurs de risque.
- Faire de l'éducation thérapeutique et de la prévention vis à vis de la transmission ou des addictions multiples pouvant exister.
- S'assurer du bon état psychologique du patient.
- Donner un traitement symptomatique adapté en fonction du motif de consultation, ou orienter vers un confrère si besoin.
- S'assurer qu'il n'y ait pas d'interaction avec les ARV, à l'introduction de nouveaux médicaments.

L'organisation actuelle des soins primaires en France, ne permet pas avec le paiement à l'acte et la charge importante de travail, d'assurer correctement toutes ces missions dans une seule et même consultation.

Une modification du système de soins avec le développement d'un exercice regroupé en équipes pluriprofessionnelles et avec d'autres modes de rémunération doit permettre de relever le défi d'une prise en charge de qualité d'une population française vieillissante et atteinte de nombreuses maladies chroniques .

Dans mon étude, on rencontre des patients avec des relations médecin-malade fortes avec leur infectiologue. Cette relation qui peut être parfois paternaliste, peut empêcher le patient de partager sa pathologie avec son médecin traitant.

Le fait que cette pathologie aborde le thème de la sexualité et qu'elle reste « une maladie honteuse » selon un patient peut être un frein à la prise en charge par le MG aussi bien pour certains patients qui ne souhaitent pas confier leur intimité à leur « médecin de famille », que pour certains médecins peu à l'aise pour parler de sexualité et de pratiques à risque.

La prise en charge du VIH est complexe pour les médecins généralistes. Et certaines études apportent des pistes pour les aider, en proposant des outils tels que la synthèse annuelle en hôpital de jour³ permettant des examens de dépistages annuels ; un programme d'aide à la prescription pour éviter les interactions médicamenteuses¹⁸; ou encore des enseignements théoriques pour guider les médecin de ville.¹⁹

Formation des MG en matière de pathologie VIH.

En 2007, une thèse soutenue à Toulouse²⁰ conclue au fait que les recommandations françaises en matière de suivi des PvVIH sont réalisables mais : « nécessiterait une formation adaptée aux médecins généralistes et une amélioration de la communication entre l'hôpital et les soins primaires ».

En 2015, un thésard parisien, même si il cible la population migrante subsaharienne, en vient à dire : « les patients ne se montraient généralement pas opposés à une prise en charge en ville, sous quelques conditions : médecin formé, coordination efficace avec l'hôpital . »²¹

A bientôt 10 ans d'écart avec cette thèse Toulousaine, nous en sommes au même point. Les patients veulent des médecins compréhensifs et à l'écoute, et leur confieraient bien leur suivi, mais doutent de leur compétence en matière de VIH.

Ce manque de confiance des patients vis à vis du savoir de leur MG correspond-t-il à un manque d'implication du médecin ? Une peur ? Un réel manque de connaissance ?

Les objectifs d'apprentissages pour l'ECN ²² sont les suivants :

Item N° 165. Infections à VIH

- Informer et conseiller en matière de prévention de la transmission du VIH.
- Connaître les situations justifiant la prescription d'une sérologie VIH.
- Interpréter les résultats d'une sérologie VIH et en annoncer le résultat.

- Reconnaître une primo infection par le VIH.
- Prévenir et reconnaître les principales complications infectieuses associées au VIH.
- Connaître et savoir dépister les principales complications non infectieuses associées au VIH.
- Connaître les grands principes du traitement antirétroviral, de son suivi et de son observance.
- Dépister une infection à VIH au cours de la grossesse et en organiser la prise en charge.

Un programme mis à jour régulièrement depuis l'apparition semi récente du VIH en France (années 80).

Dans un entretien, un patient m'a dit : « je confiais plus volontiers le suivi de ma maladie à la jeune remplaçante de mon médecin traitant, plutôt qu'à lui, car elle connaît mieux l'histoire du VIH »

On peut bien sûr remettre en question, la façon dont la prise en charge du VIH est enseignée dans les facultés de France, mais on peut surtout se demander si une étude du suivi en fonction de l'âge de leur médecin généraliste ne serait pas intéressante à faire.

Y-aurait-il une différence d'implication entre les médecins « ancienne génération » par rapport à la nouvelle ? Et est ce que leur formation initiale les a aidé ?

Une enquête sur la prise en charge du VIH par les médecins généralistes thésés depuis moins de 10 ans pourrait être intéressante également.

L'hospitalo-centrisme.

A l'heure où on dit du VIH qu'il est une maladie chronique et qu'on préconise son suivi alterné avec la ville, sa prise en charge reste très hospitalo-centrée pour certains patients. Pourquoi ?

Pourquoi des patients avec une charge virale indétectable sont vus tous les 2 à 3 mois à l'hôpital ?

Mon étude a retrouvé quelques réponses à cette question mais en laisse aussi en suspens.

Parfois le patient est rassuré d'être suivi à l'hôpital ou entretient une relation médecin-malade forte avec son médecin hospitalier et ne veut se confier à personne d'autre.

Mais on voit aussi que le rythme des consultations est donné de façon très rapproché. Le spécialiste ne fait-il pas confiance au MG ? Y-a-t-il un problème de communication ville-hôpital ?

Il serait souhaitable que les médecins hospitaliers recommandent aux patients qu'ils suivent, un suivi alterné et les guident dans le choix d'un MG. Le plan de soins personnalisé de chaque patient devra alors définir les rôles et missions respectives de chacun des praticiens et être partagé par le patient.

Les MG de ville sont-ils plus sensibles au VIH que les médecins en zone rurale ou semi rurale, du fait d'une population infectée plus importante ? C'est pourtant les patients vivant en zone rurale qui ont le plus besoin de MG compétents dans le suivi du VIH du fait de l'éloignement des centres hospitaliers. Un recueil des besoins de formation des MG ruraux serait souhaitable.

Quel avenir pour les patients VIH vieillissants ?

Les patients sont maintenant pourvus d'un risque vital moindre avec les progrès thérapeutiques, mais restent sujet à des comorbidités importantes qu'elles soient ou non liées au VIH.

Le VIH en lui même participe en partie à l'apparition de certaines d'entre elles, mais sont aussi liées à l'âge des patients qui avance.

Le suivi des patients VIH de plus de 60 ans, ayant une évolution clinique et immunologique favorable, rejoint celui des patients gériatriques avec prévention et dépistage des pathologies cancéreuses et cardiovasculaires surtout, mais aussi des pathologies métaboliques, osseuses, neurocognitives et rénales.^{23,24}

Un suivi qui relève de la médecine générale.

Mais jusqu'où les infectiologues ou les internistes suivront leurs patients ? Jusqu'à quel âge ?

S'occuperont-ils de toutes leurs pathologies associées, même celles liées à l'âge ?

Feront-ils déplacer les patients âgés tous les 3 mois en consultation ?

Se déplaceront-ils pour faire des consultations en maison de retraite ?

La réflexion autour de l'avenir des modalités de prise en charge et de suivi des PvVIH âgées doit permettre de trouver un nouveau mode d'organisation amplifiant le virage ambulatoire qui commence à se développer en France.

Dans un avenir proche nous pourrions sans doute débiter les études sur les PvVIH en maison de retraite ou en Unité de Soins Longue Durée et ceci sera la preuve des avancées thérapeutiques.

5. Conclusion

Notre étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients des Alpes maritimes, à permis de montrer que les patients VIH tendent à avoir une vie identique aux autres patients.

Leur pathologie VIH est prise en charge par le médecin hospitalier comme un patient cardiaque avec son cardiologue. Cependant, leur suivi en ville n'est pas encore bien codifié et mis en place. On peut se demander si cela vient d'un non apprentissage de ce suivi dans le cursus des médecins « ancienne génération », ou alors une difficulté des hospitaliers à confier une partie du suivi de leurs patients aux médecins traitants.

Quoi qu'il en soit, les PvVIH recherchent de la même manière que la population générale leur médecin traitant, avec une attention plus particulière sur les qualités humaines.

N'importe quel médecin traitant compétent est capable de bien prendre en charge un PvVIH en ville. Les bases du suivi et les particularités des PvVIH sont censées être enseignées durant le cursus universitaire, contrairement à l'écoute et à l'empathie qui sont certes plus difficiles à acquérir pour certaines personnes mais à la portée de tous.

La génération de médecin généraliste va changer progressivement et nous allons bientôt être confronté aux patients VIH dans les maisons de retraite. Ces deux facteurs vont nécessairement amener des changements accélérant le développement encore frileux de la prise en charge ambulatoire et en ville des PvVIH. Il faut veiller à ce que cette nouvelle organisation n'altère pas la qualité des soins apportés à ces patients complexes.

Bibliographie

1. CRIPS PACA (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida). Repères épidémiologiques France-PACA, 1er décembre 2015 [en ligne]. http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Reperes_epidemiologiques_France_-_PACA_1er_decembre_2015.pdf (consulté le 19/07/2016)
2. La Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et le Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS). Consensus formalisé: Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. (version au 3 mars 2009) http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/VIH_ville-court-2009.pdf (consulté le 19/07/2016)
3. FIANDINO, Marion. Etude des freins à la prise en charge par le médecin généraliste des patients vivant avec le VIH. [Thèse d'exercice]. [Nice, France] : Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
4. OUANE, Fatoumata. Perceptions par les patients infectés par le VIH du rôle du médecin généraliste et des autres professionnels de santé dans la prise en charge de leur maladie en ville: étude qualitative par entretiens semi-directifs associée à une étude quantitative multicentrique par auto-questionnaires [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François Rabelais . UFR de médecine; 2012.
5. WONCA Europe 2002. La définition Européenne de la médecine générale-médecine de famille. [en ligne] http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_%20definition%20French%20version.pdf (consulté le 13/09/16)
6. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
7. LAPLANTE, Alice. L'écoute en médecine générale : l'adaptation à la médecine générale de techniques d'apprentissage de l'écoute, importées d'autres domaines. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2011.
8. KORENEVA-CASTAIGNE, Natalia. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Etude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence. [Thèse d'exercice]. [Nice, France] : Université de Nice Sophia Antipolis; 2015.
9. Schneider John MD, MPH, Sherrie H. Kaplan MPH, PhD. Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. JGIM 2004, 19 (11) :1069–1165.
10. Kathleen Johnston Roberts. Physician-Patient Relationships, Patient Satisfaction, and Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Infected Adults Attending a Public Health Clinic. AIDS Patient Care and STDs. July 2004, 16(1): 43-50.

11. CATIE (la source d'information à jour et impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada). Un guide pratique du traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH. [en ligne]. <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/traitement-antiretroviral/3-traitement-vih/3-2> (consulté le 19/07/16).
12. GOUJARD C, LEVY A, DELFRAISSY J-F. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, 25 ans après. La Revue de médecin interne 2009 ; 30 : 475-476.
13. BLOT M, PIROTH L. L'infection par le VIH en France en 2012 : réalité, risques et enjeux d'une polyopathie chronique. Revue des Maladies Respiratoires 2012 ; 29 : 785-792.
14. P. Semaille. Prise en charge en médecine générale du patient atteint par le VIH. Rev Med Brux 2011 ; 32 : 267-78.
15. CORNU François. Patient porteur du VIH et médecine générale, état des lieux et perspective à partir de l'analyse d'une pratique singulière [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
16. HUGOT, Priscille. Perception par les patients séropositifs pour le VIH du rôle et de la prise en charge par leur médecin généraliste: enquête auprès de 106 patients séropositifs du Centre hospitalier intercommunal de Créteil [Thèse d'exercice]. [Paris,France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2007.
17. AUDE, Camille. Répartition des rôles (entre le médecin généraliste et les spécialiste) dans le dépistage, la prévention et le suivi des comorbidités des patients séropositifs pour le VIH: point de vue des patients [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
18. LEGRAND, Camille. Les risques médicamenteux liés aux antirétroviraux dans la prise en charge du VIH et la place du médecin traitant [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier . Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
19. HULEUX Thomas, VIH :Repérer, dépister, accompagner. Mars 2012
http://www.infectio-lille.com/Fichiers_infectio-lille/vih/2012-VIH-MG-Huleux.pdf
(consulté le 19/07/16).
20. VAUGEOIS, Alice. La place du médecin généraliste dans la pathologie chronique VIH: revue de la littérature, proposition d'un abrégé de la prise en charge [Thèse d'exercice]. [Toulouse ,France]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil; 2007.
21. STRAZZULLA , David. Le parcours de soins des personnes vivant avec le VIH: analyse des facteurs déterminant la prise en charge en médecine générale des patients infectés par le VIH migrants, subsahariens, francophones et vivant en Île-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
22. Haute Autorité de Santé .Épreuves Classantes Nationales (ECN) . UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail (142-180)
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608703/fr/ue-6-maladies-transmissibles-risques-sanitaires-sante-au-travail-q142-180

23. FLEXOR G, ZUCMAN D, BERTHE H, MEIER F, FORCE G, GREDER-BELAN A, et al. Vieillesse et infection par le VIH : suivi de 149 patients âgés de 60 ans infectés par le VIH (COREVIH île-de-France Ouest). *Presse Med.* 2013 ; 42 : e145-e152.
24. MORLAT P. Chronicité de l'infection VIH et pathologies émergentes chez les séropositifs. *La Revue de médecine interne.* 2008 ; 29S : S275-S276.
25. BELHOUARI, Katia. Le médecin généraliste et la prise en charge des patients infectés par le VIH: retour sur 25 ans de patients suivis au Kremlin Bicêtre et à Paul Brousse [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
26. GALLOPIN, Claire Alix. Le Parcours de soins des personnes vivant avec le VIH: Analyse des facteurs facilitant et des facteurs limitant la prise en charge des patients infectés par le VIH en Médecine Générale Étude qualitative d'entretiens de patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013. GRANJEAN, Philippe. Implication du médecin généraliste dans la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH): état des lieux et perspectives à propos d'une étude réalisée auprès de PVVIH prises en charge dans le département de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Montpellier, de leurs médecins généralistes, et de leurs médecins hospitaliers en 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
27. Rapport Morlat 2013[en ligne].
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
(consulté le 19/07/2016).
28. CARMOI Thierry. Le médecin idéal : Le point de vue des patients. DIU de pédagogie médicale. Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, 2010.

ANNEXE 1

1) Module « Environnement et comportements » :

→ *Parlez moi un peu de vous, de votre mode de vie.*

- enfants ?
- qualité de vie ?
- activité sportive régulière ?

3) Module « Relation médecin-patient » :

→ *Comment décririez-vous la relation que vous avez avec votre médecin généraliste ? Parlez moi de lui ou elle.*
→ *Comment l'avez vous choisi ou trouvé ? Pourquoi celui ci ?*

2) Module « Histoire de la pathologie » :

→ *Parlez moi de la découverte de votre séropositivité.*

- en quelle année ?
- Quel Mode de contamination ?
- Contexte émotionnel et psychosocial à cette période
- Qui vous l'a annoncé ? Comment avez-vous vécu cette annonce ?
- Qui est au courant pour votre séropositivité ?

4) Module « Suivi et coordination » :

→ *Comment se passe en pratique le suivi de votre maladie ?*

- votre suivi hospitalier vous convient-il ou aimeriez vous n'y aller moins souvent ? une fois par an pour faire le point par exemple.

→ *Quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans le suivi de votre maladie ?*

- la place que vous voudriez lui voir prendre ?

→ *Qu'est ce que vous modifieriez pour améliorer votre suivi ?*

→ *A quels autres professionnels avez-vous à faire pour vous accompagner dans votre maladie ?*

- Que pensez-vous de la collaboration qu'il y a entre eux ?

→ *Et pour les soins dentaires ? Avez vous un suivi ?*

- difficultés à vous faire suivre ? Si oui, pour quelles raisons ?

5) Module « Communication – Ethique » :

→ *Quelles difficultés ou obstacles avez-vous rencontrés avec vos soignants ?*

- Que ressentez-vous de la part des soignants vis-à-vis de votre maladie ?
- discrimination ?
- compétences principales (qualités) recherchez chez les soignants et en particulier chez votre médecin généraliste ?
- Comment appréciez-vous l'attention qu'ils portent à votre situation dans la globalité ?
- L'écoute des différents soignants en consultation ?

ANNEXE 2

Questionnaire

→ Sexe ?

- Homme.
- Femme.
- Transexuel.

→ Quel âge avez-vous ?

- 18-30.
- 30-50.
- 50-65.
- Plus de 65 ans.

→ Quelle est votre sexualité ?

- Homo.
- Hétéro.
- Bisexuel.

→ De quelle origine ethnique êtes vous ?

→ Migrants ? Oui Non

→ Avez vous un suivi régulier ?

- Oui.
- Non.

→ Quel niveau d'étude avez vous ?

→ Que faites vous dans la vie ?.....

→ Quelle couverture sociale avez vous ?

- Régime général.
- CMU.
- AME.
- Aucune

→ Avez vous une mutuelle ?

- OUI
- NON

→ Bénéficiez vous de l'ALD (100%) ?

- OUI
- NON

→ Avez vous un médecin traitant désigné ?

- OUI
- NON

→ Si oui , est ce un ... ?:

- Médecin Généraliste
- Médecin Hospitalier
- Spécialiste privé

Résumé

Introduction: A l'heure d'une volonté de l'état d'un suivi alterné hôpital-ville pour les PvVIH, le suivi reste, très hospitalo-centré. Certains médecins généralistes suivent une importante file active de PvVIH et d'autres aucun. Les PvVIH s'orientent-ils vers un profil de médecin particulier ? Ont-ils des critères de choix ?

Méthodologie: Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients atteints du VIH sur Nice et Grasse. Nous avons recueilli leur ressenti à propos de leur choix de médecin traitant et avons identifiés des critères.

Résultats: Les critères sont similaires à ceux de la population générale avec une attention toute particulière pour, l'écoute et le soutien psychologique en premier, la connaissance globale du patient avec un suivi, une continuité des soins et une bonne coordination avec les spécialistes, et enfin un bon relationnel et une ouverture d'esprit du praticien.

Conclusion: Les compétences demandées aux MG par les patients se retrouvent dans la formation actuelle des jeunes médecins qui devraient pouvoir assurer dans l'avenir le suivi ambulatoire des PvVIH.

Mots-clés : VIH, Médecine générale, choix médecin, enquête qualitative.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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