

.....

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE
.....

Parcours de soins
et suivi de l'adulte
vivant avec le VIH

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Parcours de soins et suivi des adultes vivant avec le VIH
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Actualiser les recommandations du suivi des adultes vivant avec le VIH
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : personnes vivant avec le VIH (PVVIH) adultes Professionnels concernés par le thème : infectiologues, internistes, généralistes, médecins de santé publique, tout professionnel de santé impliqué dans le suivi des PVVIH Associations de patients
Demandeur	Ministère de la Santé et de la Prévention
Promoteur(s)	Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Pilotage du projet	Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse
Auteurs	Groupe de travail sous la direction du Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux : Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis ; Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de Guadeloupe ; Dr Nathalie De Castro, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris ; Pr Maxime Hentzien, infectiologue, CHU de Reims ; Dr Mojgan Hessamfar-Joseph, médecin de santé publique, CHU de Bordeaux ; Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier ; Madame Hélène Meunier, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV ; Pr Olivier Robineau, infectiologue, CHU de Tourcoing.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la DGS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées par la direction des affaires juridiques du Ministère de la Santé et de la Prévention. Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessible les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.
Validation	Version du [28/06/2024]
Actualisation	Version du 20 novembre 2024
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.cns.sante.fr et www.anrs.fr

Conseil national du sida et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

ANRS | Maladies infectieuses émergentes
PariSanté Campus - 2, rue d'Oradour-sur-Glane
75015 Paris

Sommaire

Préambule	5
1. Prise en charge initiale	9
1.1. Accès aux droits	9
1.2. Demande d'exonération du ticket modérateur	9
1.3. Déclaration obligatoire	9
1.4. Évaluation clinique et paraclinique initiale permettant de définir un parcours de soins personnalisé	10
1.4.1. Evaluation Clinique	10
1.4.2. Bilan paraclinique et préthérapeutique initial	11
2. Les mesures associées	14
2.1. L'éducation thérapeutique	14
2.2. Les mesures hygiéno-diététiques	19
2.3. L'évaluation des addictions et consommations à risque [alcool/toxiques/tabac]	20
3. Prise en charge thérapeutique	22
3.1. Suivi thérapeutique initial	22
3.2. Suivi thérapeutique au long cours	23
3.3. Bilan annuel	24
4. Un parcours de soins personnalisé	30
4.1. Une prise en charge et un parcours de soins dans les situations simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère)	30
4.2. Une prise en charge dans un parcours de soins adapté aux situations complexes (patient de plus de 50 ans, coinfection ou comorbidité associée, présence de vulnérabilités, etc...)	31
4.3. Un parcours de soins ville-hôpital	32
4.4. Des aides au suivi à optimiser	33
4.4.1. Médiation en santé	33
4.4.2. Des protocoles de coopération à développer	33
4.4.3. Place des infirmiers en pratique avancée	34
5. Schéma de dépistage et diagnostic précoce des comorbidités	36
Références bibliographiques	37
Participants	39
Table des figures	41
Table des tableaux	42
Abréviations et acronymes	43

Préambule

Une population vieillissante

Plus de 40 ans après la description des premiers cas de SIDA, le spectre de l'épidémie a bien changé dans les pays occidentaux puisque les cas de SIDA maladie ne représentent qu'une infime proportion des causes de décès et de morbidité. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), quel que soit leur âge au moment de l'infection, vieillissent sous traitement antirétroviral (ARV) avec une espérance de vie proche de celle de la population générale pour ceux ayant initié le traitement précocement et qui maintiennent un succès immunovirologique prolongé sous ARV ^[1]. Désormais, les principaux déterminants de l'espérance de vie ne sont pas liés à l'infection par le VIH elle-même mais à des facteurs également présents dans la population générale, souvent liés à des critères sociaux.

En France en 2018, à partir des chiffres de la FHDH, on estimait à 161 125 le nombre de PVVIH, dont 33% de femmes, parmi lesquelles 55% étaient âgées de 50 ans et plus, et 8% âgées de 70 ans et plus. L'estimation montre qu'en 2030, près de 20% des PVVIH auront 70 ans et plus ^[2].

Si l'objectif des 90-90-90 de l'ONUSIDA (devenu 95-95-95 à l'horizon 2030) semble avoir été atteint par de nombreux pays en 2022 (respectivement 86-90-95 en France avec les données de 2016) et que le nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH au niveau mondial a commencé à décroître, la gestion des PVVIH et de leurs problématiques associées se pose toujours en différents termes.

Une prévalence des comorbidités croissantes

Si le contrôle de la charge virale (CV) VIH plasmatique est obtenu dans la vaste majorité des cas, les problématiques cumulées dans le temps, liées à l'infection chronique, au vieillissement, aux effets indésirables des médicaments, à l'exposition accrue à des facteurs de risque cardiovasculaires, de cancers et à des situations psychosociales parfois complexes, mettent en difficultés les praticiens confrontés à la prise en charge de ces personnes, mais aussi l'organisation actuelle de notre système de soins.

Dans la plupart des situations, la CV ne constitue plus qu'une infime part de discussion duale lors de la consultation, et a laissé place aux problématiques de prévention, dépistage et diagnostic précoce des comorbidités, incluant la santé mentale, qui s'ajoutent souvent aux problématiques liées aux conditions de vie. La prise en compte de ces éléments constitue aujourd'hui une part incontournable de la prise en charge des PVVIH.

Dans les rares études de cohortes de PVVIH qui se comparent à des échantillons de la population générale, avec un appariement sur différentes variables dont le sexe et l'âge, la prévalence de comorbidités était supérieure de 30% chez les PVVIH, avec plus de personnes présentant au moins une comorbidité que dans la population générale parmi lesquelles se trouvent la cardiopathie ischémique, l'HTA, l'artériopathie périphérique, la BPCO, l'insuffisance rénale chronique, le diabète, les cancers, l'ostéoporose et les fractures ^[3].

Ainsi, dans la Cohorte ANRS CO3 Aquivih, en 2021, dans une population de 6038 PVVIH d'âge médian de 55,4 ans [écart interquartile : 46,6-62,0] et incluant 29% de femmes, 95% des personnes présentaient une CV <50 copies/mL et 77% avaient des CD4 >500/μL. La prévalence des principales comorbidités était la suivante : insuffisance rénale chronique (DFG <60 ml/mn/1,73m²), 15,8% ; diabète, 14,6% ; maladies cardiovasculaires, 14,4% ; dyslipidémie, 44% ; hypertension artérielle (définie par 2 tensions artérielles TAS ≥140 mmHg et/ou TAD ≥90 mmHg consécutives (130/80 si diabétique) ou

prise d'un traitement antihypertenseur), 64,1% dont seulement 1/3 étaient sous traitement antihypertenseur ; cancer, 14,7% ; antécédent fracturaire, 8,5%. Un quart des patients présentaient deux ou plus des comorbidités précitées.

En comparaison, dans la cohorte américaine HOPS en 2018, où l'âge est d'environ 10 ans plus jeune, la prévalence des comorbidités était la suivante : maladie rénale, 13,6% ; diabète, 10,4% ; maladie cardiovasculaire, 22,7% ; dyslipidémie, 54,0% ; HTA, 50,6% ; cancer, 5,2% [4].

Le parcours de soin doit évidemment prendre en compte les disparités existantes et les problèmes liés à la polymorbidité et aux polymédications.

Une santé mentale qui reste altérée et des conduites addictives fréquentes

La santé mentale reste très fragile parmi les PVVIH. Si des chiffres globaux sont difficiles à préciser faute d'homogénéité des cohortes et des mesures, une atteinte de la santé mentale se manifestant par la présence de symptômes anxieux ou dépressifs, ou encore un syndrome de stress post-traumatique est généralement rapportée chez près de la moitié des personnes et impacte de façon significative la qualité de vie les PVVIH [4,5].

Dans l'étude prospective QualiV conduite au sein de Cohorte ANRS CO3 Aquivih NA entre 2018 et 2020 chez 965 PVVIH, la prévalence de symptômes dépressifs (questionnaire PHQ8) était de 20,8% chez les hommes et 22,5% chez les femmes, une prévalence 3 à 5 fois supérieure à celle de la population générale en fonction de la strate d'âge [6].

Les conduites addictives représentent une autre problématique représentée avec excès parmi les PVVIH par rapport à la population générale ;

Ainsi, dans la même étude QualiV de la Cohorte ANRS CO3 Aquivih NA (n=660), 35,5 % des PVVIH étaient des fumeurs actuels dont les deux tiers avaient une dépendance moyenne à très sévère ; parmi les 82,8% de consommateurs d'alcool, près de 40% avaient une consommation excessive ou à risque. Une consommation de cannabis dans l'année était retrouvée chez 20% des personnes et d'autres drogues chez 12% d'entre eux (poppers, cocaïne, amphétamine, ecstasy, cathinones...). Une pratique de chemsex était présente chez 10,5% des PVVIH de cet échantillon, soit 21,7% des PVVIH hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [7].

Ces éléments expliquent sans doute en partie un taux plus important de suicide chez les PVVIH (18,6/1000 personnes-années) par rapport à la population générale (8,5/1000 personnes-années) comme le rapporte une étude canadienne [8].

Des discriminations persistantes

La stigmatisation des PVVIH existe depuis le début de l'épidémie. En 2011 dans l'étude française ANRS-VESPA2, 43,9% des PVVIH ressentaient une « discrimination » en rapport avec leur séropositivité (pour reprendre les termes utilisés par les auteurs). En 2018-2020, 32,4 % des PVVIH interrogées dans la cohorte ANRS CO3 Aquivih NA ressentaient toujours une « stigmatisation » qui constitue un déterminant majeur du syndrome dépressif, malgré les progrès réalisés dans l'information et la prise en charge du VIH [6]. La lutte contre les stigmatisations des PVVIH doit donc rester un objectif prioritaire et spécifique pour envisager une diminution du syndrome dépressif et une amélioration de leur qualité de vie. Turan et al. ont récemment théorisé les différentes formes de stigmatisation et leurs influences sur l'engagement dans les soins, notamment par le biais de la dépression [9]. La mise en place d'actions à ces deux niveaux est nécessaire, bien que complexe : d'une part au niveau structurel, sociétal, par des politiques d'éducation et d'information renforcées (par exemple concernant le « Undetectable = Untransmittable ») mais également avec des interventions plus ciblées, notamment chez les plus

jeunes et dans le milieu médical et paramédical ^[10] ; d'autre part au niveau individuel pour limiter l'impact de la stigmatisation communautaire, internalisée, anticipée, avec des conséquences sur le syndrome dépressif et la qualité de vie des PVVIH ^[11].

Une meilleure prise en compte du concept de qualité de vie

Le concept de qualité de vie liée à la santé a fait son apparition depuis une dizaine d'année. L'OMS définit la qualité de vie comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » ^[12]. La notion de qualité de vie liée à la santé (QdVLS) vise à resserrer cette définition parfois considérée comme trop floue. Celle-ci se définit par « la perception par le patient de l'effet de la maladie et du traitement sur les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la vie ».

Dans son rapport relatif aux usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France paru en janvier 2022, le Haut Conseil de Santé Publique souligne que la mesure de la qualité de vie en routine est un élément essentiel à l'amélioration des conditions de vie tant du patient, de l'usager du système de santé, que du citoyen ^[13]. La prise en compte de la qualité de vie peut entraîner une plus grande implication des patients dans les projets de soins, et, en population, une meilleure adéquation entre les besoins exprimés et les réponses à apporter. Sa mesure est ainsi un outil de dialogue et de démocratie.

Il a été notamment recommandé :

- une mesure régulière de la qualité de vie multidimensionnelle prenant en compte la vie des individus, dans ses dimensions physique, psychologique, sociale et environnementale ;
- des résultats immédiats de la mesure, lisibles, interprétables et accessibles par tous ;
- une concertation et dans certains cas une co-construction des indicateurs de santé perçue, qualité de vie et bien être par la population concernée ;
- l'encouragement de la mise en œuvre des mesures en routine dans le système de soin qui doivent être accompagnées et capitalisées grâce à une coordination et un dispositif permettant de les identifier ;
- une meilleure coordination dans la conduite d'enquêtes, le partage des mesures, l'exploitation des résultats et la prise de décision qui en découle.

Le choix de l'outil (générique ou spécifique) ainsi que le temps de passation de ces questionnaires (15-20 min) représentent néanmoins une limite en pratique clinique, de même que la mise en place des structures adaptées pour des réponses aux préoccupations environnementales, sociétales, psychiques qui dépassent largement les réponses biomédicales.

De nombreuses expériences ont été conduites en France autour de différentes thématiques (intervention chirurgicale, maladies chroniques, soins palliatifs) mais sont plus rares dans le domaine de l'infection par le VIH.

Les données récentes de l'étude QualiV de la Cohorte ANRS CO3 Aquivih montrent ainsi que parmi 965 PVVIH (incluant 726 (75,2%) hommes et 239 (24,8%) femmes) diagnostiquées 19,7 ans plus tôt [IQR : 11,9, 28,0], 98,4% étaient sous traitement ARV et 94,7% avaient atteint la suppression virale ; 63% d'entre eux ont déclaré une qualité de vie bonne ou très bonne ^[14]. Les scores médians étaient les plus élevés pour la qualité de vie physique et environnementale, et les plus bas pour la qualité de vie sociale et psychologique. Les scores moyens des PVVIH par strate étaient inférieurs aux normes de la population générale. Les femmes et les jeunes hommes séropositifs avaient des scores de qualité de vie physiques similaires à ceux des personnes atteintes d'une maladie chronique, mais des scores

de qualité de vie psychologique et sociale significativement inférieurs. Les PVVIH avec ≥ 3 comorbidités, signalant une stigmatisation liée au VIH ou gagnant moins de 1500 €/mois, avaient une qualité de vie physique, psychologique, sociale et environnementale ajustée plus faible par rapport aux groupes de référence.

Ces résultats soulignent la nécessité d'aborder les facteurs structurels tels que les conditions socio-économiques des PVVIH en plus de ceux indirectement liés à la vie avec le VIH pour améliorer la qualité de vie chez toutes les PVVIH.

Cet indicateur de qualité de vie est au mieux recueilli par les Patient-Reported Outcomes (PRO) qui sont définis par la Food and Drug Administration comme "tout rapport sur l'état de santé du patient qui provient directement du patient, sans interprétation de la réponse par un clinicien ou toute autre personne" ^[15]. Les PRO incluent, en plus des éléments relatifs aux manifestations de la maladie et aux effets des traitements, des éléments relatifs à la qualité de vie des patients sans orientation préconçue. Le recueil et la prise en compte restent cependant encore marginaux dans la prise en charge des PVVIH, et nécessitent une évaluation spécifique dans ce contexte, bien que validés dans d'autres maladies chroniques telles que les cancers ou la dialyse où le recueil des PRO est associé à une meilleure qualité de vie. Le recueil des PRO constituerait un outil de participation des usagers à l'amélioration individuelle et collective du parcours de santé.

La prise en compte des PRO, au-delà d'une prise en charge plus systématique de la santé mentale mais aussi de la santé sexuelle, représente donc un enjeu important pour l'amélioration de l'état de santé des PVVIH.

Le renforcement de l'accompagnement psycho-social, des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et les possibilités de prise en charge psychologique et sociale dans les centres et les associations prenant en charge les PVVIH apparaissent toujours des éléments clés dans cet objectif d'améliorer la qualité de vie.

1. Prise en charge initiale

1.1. Accès aux droits

Lors de la prise en charge initiale, le médecin doit s'assurer que la PVVIH bénéficie d'une couverture maladie [droit commun, protection universelle maladie (PUMa), aide médicale d'état (AME), autres] et dispose d'une mutuelle.

Si tel n'est pas le cas, la personne doit être orientée vers un travailleur social de secteur, de l'hôpital, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ou vers une association qui pourra l'accompagner dans ses démarches.

Pour les PVVIH étrangères, la demande de titre de séjour pour soin doit être accompagnée de la production d'un certificat médical à adresser à l'OFII, le cas échéant.

1.2. Demande d'exonération du ticket modérateur

La demande d'exonération du ticket modérateur (ALD n° 7 – Infection par le VIH), est au mieux faite par le médecin traitant déclaré. Un protocole de soins est rempli sur l'imprimé ad hoc (cerfa n°11626*04) dès que possible.

La mention du diagnostic d'infection par le VIH assortie des résultats du bilan immunovirologique (nombre de CD4 et charge virale) est suffisante pour obtenir l'accord d'ouverture des droits mais il est important de mentionner les comorbidités et les complications éventuelles pour permettre d'appliquer une prise en charge à 100% de ces affections. En l'absence de médecin traitant, le médecin spécialiste peut en faire la demande temporaire, dans l'attente pour la personne de trouver un médecin traitant.

L'ouverture des droits des patients en détention, chez qui une sérologie VIH positive a été mise en évidence, doit pouvoir être initiée par le médecin exerçant en milieu pénitentiaire.

Compte tenu de la gravité potentielle de la pathologie, une autorisation dite subrogatoire de 6 mois peut être mise en place, permettant une prise en charge immédiate précédant la « régularisation » des droits des malades.

1.3. Déclaration obligatoire

Le médecin traitant, généraliste ou d'autre spécialité, et le médecin biologiste sont chargés de compléter la déclaration obligatoire et anonymisée de l'infection par le VIH et doivent en informer la personne ayant appris sa séropositivité.

La notification obligatoire et anonymisée de l'infection par le VIH et du SIDA se fait en ligne, et fait clairement apparaître les agences régionales de santé (ARS) comme destinataires des notifications ^[16]. Les informations sont transmises via l'application e-DO dédiée à la déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du SIDA : <http://www.e-do.fr/>. Chaque co-déclarant (biologiste puis clinicien)

fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO. Dans le cadre de la surveillance virologique (basée sur le volontariat du patient et du biologiste), les biologistes transmettent comme auparavant au Centre National de Référence du VIH un échantillon de sang sur buvard, accompagné du formulaire imprimé à partir de l'application e-DO. Pour le déclarant, l'application permet de saisir et d'envoyer directement ses déclarations d'infection par le VIH et de SIDA aux autorités sanitaires. En cas d'information manquante ou d'incohérence dans les déclarations transmises, les échanges entre les épidémiologistes de Santé publique France et les déclarants se font via [e-DO](#).

1.4. Évaluation clinique et paraclinique initiale permettant de définir un parcours de soins personnalisé

1.4.1. Evaluation Clinique

Après la confirmation de positivité d'un test de dépistage, le bilan initial du VIH, des affections associées et pré-thérapeutique doit pouvoir être organisé rapidement.

L'interrogatoire doit permettre en particulier :

- de rechercher l'historique de l'infection et de recueillir des manifestations cliniques passées ou présentes potentiellement en lien avec l'infection par le VIH : symptômes compatibles avec une primo-infection, signes cliniques d'évolutivité (fièvre, sueurs nocturnes, diarrhée, perte de poids...)
- de rechercher dans les antécédents médicaux :
 - l'historique des tests VIH antérieurs
 - des infections sexuellement transmissibles (IST), des infections opportunistes mineures (zona, candidose récidivante, pneumonie, salmonellose...)
 - les autres antécédents et les allergies
 - les traitements habituels
 - les vaccinations réalisées, notamment celles contre les hépatites A et B, le pneumocoque, la grippe, l'HPV, le méningocoque, la variole, le COVID-19 et celles pratiquées en fonction des séjours en pays tropicaux
- d'évaluer la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments et de substances psychoactives
- de rechercher des symptômes d'anxiété, de syndrome de stress post-traumatique ou dépressif
- de préciser le contexte de vie familiale, relationnelle et professionnelle, l'état de santé sexuelle, la prise de contraception, le désir d'enfant, le statut virologique du ou des partenaire(s) quand il est(sont) identifié(s)
- de réaliser un bilan social (score EPICE), du statut professionnel, de préciser les conditions de ressources et de logement en mobilisant les travailleurs sociaux le cas échéant.

Par ailleurs, il faut s'enquérir des personnes de l'entourage que le patient souhaite informer de sa situation médicale dans le respect de la confidentialité.

Il est également nécessaire d'aborder la question du dépistage du/des partenaires actuels et antérieurs, avec un encouragement à l'information du/des partenaires de l'infection. Il a été démontré dans de nombreux pays que la notification aux partenaires, défendue depuis plusieurs années par le Conseil National du Sida (CNS), avait un impact important en termes de santé publique.

L'examen clinique complet doit comporter en particulier :

- l'enregistrement du poids actuel et du poids de forme [ou poids usuel], pour apprécier le pourcentage d'amaigrissement éventuel, de la taille et de l'index de masse corporelle : $IMC = \text{poids (en kg)} / \text{taille (en m}^2\text{)}$, normale : 20 à 25 kg/m²
- le tour de taille [qui s'effectue à l'aide d'un mètre de couturière placé horizontalement à mi-chemin entre la dernière côte et la crête iliaque après une expiration normale du patient] et le tour de hanches
- la mesure de la tension artérielle
- la recherche d'adénopathies et d'une organomégalie
- l'examen soigneux de la cavité buccale permettant d'évaluer l'état buccodentaire et de rechercher
 - des molluscum contagiosum et condylomes
 - des lésions de maladie de Kaposi
 - une candidose oropharyngée
 - une leucoplasie orale chevelue le long des bords latéraux de la langue
 - des lésions herpétiques ou un chancre d'inoculation
- l'examen des organes génitaux externes et de la marge anale [condylomes, ulcérations...]. La présence de symptômes au niveau anal (douleur, saignement, nodule..) doit être recherché et nécessite le recours à une consultation proctologique.

1.4.2. Bilan paraclinique et pré thérapeutique initial

Tableau 1 : Bilan paraclinique et pré thérapeutique initial d'un adulte vivant avec le VIH

- Sérologie VIH : un test ELISA de 4^e génération et de confirmation par Western Blot avec différenciation VIH-1/VIH-2
- Numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8
- Dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale VIH)
- Test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase, intégrase) et détermination du sous-type VIH-1
- Hémogramme avec plaquettes
- Transaminases, γGT
- Créatininémie et estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique : cholestérol total, LDL et HDL, triglycérides
- Recherche d'une albuminurie par le dosage du rapport albuminurie/créatininurie

- Marqueurs de l'hépatite virale B : Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc
- Sérologie de l'hépatite virale C
- Sérologie de l'hépatite virale A [IgG]
- Sérologie de la syphilis
- Prélèvements PCR à la recherche d'IST (chlamydia, gonocoque) au niveau anal, urinaire, vaginal, pharyngé à adapter selon l'exposition au risque d'IST.

Tableau 2 : Bilan initial complémentaire en fonction des populations

▪ Chez les femmes : consultation gynécologique avec cytologie cervicovaginale à partir de 25 ans et test HPV-HR par PCR à partir de 30 ans
▪ Chez les HSH de plus de 30 ans ; femmes aux antécédents de lésions précancéreuses vulvaires ou cervicales (HSIL ou CIN2), femmes transplantées depuis plus de 10 ans : PCR HPV-16 anale
▪ Chez les patients provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse et / ou en situation de précarité sociale : - Radiographie thoracique - Test IGRA pour le dépistage de la tuberculose latente - à répéter une fois les CD4 restaurés >200/μL en cas de lymphopénie initiale*¹
▪ Si CD4 <200/μL - Sérologie de la toxoplasmose - Antigénurie ou antigénémie histoplasmosse (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test) ▪ Si CD4 <100/μL <i>(en plus du bilan ci-dessus pour les CD4<200/μL)</i> - Dosage de l'antigène cryptococcique - Sérologie CMV et si sérologie positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil
▪ Si traitement par abacavir envisagé : Recherche de l'allèle HLA-B*5701
▪ Si >50 ans : cf dépistage des comorbidités dans le bilan de suivi

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE INITIALE D'UNE PVVIH

1. Lors de prise en charge initiale, il est recommandé de s'assurer que la PVVIH bénéficie d'une couverture maladie [droit commun, protection universelle maladie (PUMA), aide médicale d'état (AME), autres] et dispose si possible d'une mutuelle. (AE)

1 Girardi E. et al. AIDS 2002 ; Fisk TL. et al. AIDS 2003 ; Overton K. et al. Tuberc Respir Dis (Seoul) 2018

2. La demande d'exonération du ticket modérateur (ALD n° 7 – Infection par le VIH), doit au mieux être faite par le médecin traitant déclaré. En l'absence de médecin traitant, le médecin spécialiste peut en faire la demande temporaire, dans l'attente pour la personne de trouver un médecin traitant. (AE)
3. Un protocole de soins doit être rempli sur l'imprimé ad hoc (cerfa n°11626*04), mentionnant le diagnostic d'infection par le VIH assortie des résultats du bilan immunovirologique (nombre de CD4 et charge virale) ainsi que les comorbidités et complications éventuelles pour permettre une prise en charge à 100% de ces affections. (AE)
4. Le clinicien et le biologiste doivent compléter la déclaration obligatoire et anonymisée de l'infection par le VIH et doivent en informer la personne ayant appris sa séropositivité. (AE)

Les informations doivent être transmises indépendamment par chaque co-déclarant (biologiste puis clinicien) via l'application e-DO dédiée à la déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du SIDA : <http://www.e-do.fr/>.
5. Après la confirmation de positivité d'un test de dépistage, le bilan initial de l'infection VIH, des affections associées et le bilan pré-thérapeutique doivent pouvoir être organisés rapidement. (Grade A)
6. Par ailleurs, il est recommandé de s'enquérir des personnes de l'entourage que le patient souhaite informer de sa situation médicale dans le respect de la confidentialité. (AE)
7. Il est également nécessaire d'aborder la question du dépistage du/des partenaires actuels et antérieurs (Grade A), avec un encouragement à l'information du/des partenaires de l'infection.
8. Les données à recueillir à l'interrogatoire sont résumées au 1.4.1. (AE)
9. Les données à recueillir à l'examen clinique sont résumées au 1.4.1. (AE)
10. Le bilan paraclinique et pré thérapeutique initial d'un adulte vivant avec le VIH est résumé dans le Tableau 1. (AE)
11. Le bilan initial complémentaire en fonction des populations est résumé dans le Tableau 2. (AE)

2. Les mesures associées

2.1. L'éducation thérapeutique

« La HAS définit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme une démarche visant à aider les personnes à acquérir, développer, ou maintenir les compétences dont elles ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle doit s'inscrire dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale, et être centrée sur le patient. L'ETP se définit comme « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins ». (Circulaire DGS 2009).

L'éducation thérapeutique doit donc être conçue comme une approche transversale et globale de la santé au sens de l'OMS. L'ETP ne doit pas se restreindre à la seule dimension thérapeutique mais inclure la prise en compte de l'ensemble des déterminants médico-psycho-sociaux qui impactent la qualité de vie des patients et leur inscription dans leur parcours de santé et non comme une offre complémentaire ou optionnelle.

L'AFDET (Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique) rappelle ainsi que l'ETP doit avant tout chercher à aider les personnes à prendre soin d'elles-mêmes, en favorisant leur implication dans les décisions et les actions qui concernent leur santé (*empowerment*). Pour cela, l'ETP suppose une démarche centrée sur la personne et non sur la maladie, elle vise la prise en compte de la personne dans son environnement, à construire avec elle des solutions adaptées selon une démarche qui ne se veut pas prescriptive ou injonctive mais collaborative et inclusive ^[17] (<https://www.afdet.net/>).

Le site de la HAS propose plusieurs guides méthodologiques, des fiches actions ainsi que les recommandations nécessaires quant aux modalités de mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique ^[18] : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

Le cahier des charges est très précis et inclut : une équipe pluridisciplinaire comportant au moins un médecin, des compétences justifiées pour au moins un intervenant (40h de formation ou expérience de 2 ans), un programme structuré, des modalités de coordination entre les intervenants et le médecin traitant, le respect des règles de confidentialité et de déontologie. Il notifie également la nécessité de proposer une approche individuelle et collective (ateliers thématiques), ainsi qu'une évaluation des programmes : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

Les textes relatifs au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de déclaration ont été modifiés par un décret et un arrêté parus au Journal Officiel du 1^{er} janvier 2021. Des mesures de simplification sont prévues concernant le régime actuel d'autorisation, qui est remplacé par un régime de déclaration ^[19, 20].

A qui proposer l'ETP ?

L'ETP ne se limite pas aux situations complexes, ni aux personnes en situation d'échec thérapeutique ou présentant une difficulté particulière.

Elle doit au contraire s'ouvrir à l'ensemble des patients afin de proposer un accompagnement en santé qui repère et anticipe les problématiques à venir pour en réduire l'impact.

Dans le cas du VIH, il reste primordial de proposer d'intégrer un programme d'ETP dès le diagnostic d'une infection par le VIH, pour accompagner l'initiation du traitement, aborder les aspects de santé sexuelle (prévention diversifiée du risque de transmission, IST, qualité de vie affective et sexuelle), ainsi qu'en cas de désir de grossesse.

L'ETP doit viser le développement des connaissances, des savoir-faire et du pouvoir d'agir de l'individu, afin qu'il puisse gérer autant que possible sa pathologie au quotidien, se prémunir d'éventuelles complications et améliorer sa qualité de vie.

Différentes thématiques transversales peuvent être abordées auprès de PVVIH au cours d'une ETP initiale ou de renforcement (liste non exhaustive) :

- Mise en place du traitement ARV
- Modification d'un traitement
- Impact d'éventuelles coinfections par les virus des hépatites
- Gestion des comorbidités ; stress, dépression, anxiété
- Prévention et promotion en santé affective et sexuelle
- Désir de grossesse, parentalité
- Addictions : tabac, alcool, médicaments, substances psychoactives
- Nutrition, activité physique
- Discriminations, stigmatisations, isolement
- Estime de soi, image de soi
- Communication avec l'entourage autour de l'annonce et/ou de la maladie, soutien de l'entourage
- Vécu avec la/les pathologie(s), échanges entre pairs
- Connaissance des droits sociaux et de santé...

Le recueil des PRO constitue un outil pertinent pour évaluer la qualité de vie en santé des patients, leur particularité étant de se fonder directement sur les déclarations des personnes elles-mêmes.

Développés dans le cadre d'évaluations des traitements par les patients, les PRO incluent aujourd'hui, en plus des éléments relatifs aux manifestations de la maladie et aux effets des traitements, des éléments

ments relatifs à la qualité de vie des patients pour recueillir des informations sans orientation préconçue ^[21]. La prise en compte des PRO en routine, au cours de la prise en charge médicale des PVVIH, peut servir à engager un dialogue avec les soignants au cours des consultations et orienter au mieux les personnes vers une prise en charge globale, dont l'ETP fait partie ^[22].

L'ETP en cas de polypathologie

Les programmes d'ETP spécifiquement élaborés et mis en œuvre pour une population de patients ayant une polypathologie sont encore peu fréquents. Il semble pourtant que les interventions éducatives conçues autour de facteurs de risque spécifiques comme la dépression ou les consommations de produits permettent aux patients de s'engager plus activement dans leur parcours de santé (HAS, 2018). La chronicisation du VIH ainsi que le vieillissement des PVVIH sous traitement demandent à ce que l'accompagnement en santé tienne compte de la situation de polypathologie dans les ETP.

Développer son *empowerment* pour agir sur sa santé lorsqu'on vit avec plusieurs pathologies chroniques nécessite de multiples compétences, dont beaucoup ne sont pas spécifiques à une maladie en particulier. Il apparaît donc nécessaire de développer des programmes ou des séances lors des programmes d'ETP sur des thèmes transversaux comme l'alimentation, l'activité physique, la gestion du stress, la fatigue, la douleur, la consommation de tabac, la sexualité, la parentalité, le travail, les relations et la communication avec l'entourage, l'estime de soi, etc. Ces activités transversales devraient être reconnues et financées au même titre que celles qui sont axées sur une pathologie. Le CHU de Montpellier expérimente ainsi deux programmes s'adressant aux personnes qui vivent avec plusieurs maladies chroniques. <https://www.chu-montpellier.fr/fr/etp/les-programmes-etp-au-chu>.

Sortir l'ETP de l'hôpital

L'AFDET souligne que malgré un nombre important de programmes d'ETP (3950 programmes en 2014), peu de patients vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques en bénéficient. Les difficultés d'accès concernent en particulier les personnes qui ne sont pas suivies à l'hôpital, celles souffrant de plusieurs maladies chroniques, celles qui sont socialement les plus vulnérables ou géographiquement les plus isolées. Les offres d'ETP sont inégalement réparties sur le territoire et peu connues, à la fois des usagers et des professionnels ^[17].

Les programmes d'ETP pâtiennent également d'un manque de financement ou de leur pérennisation, ce qui empêche leur développement au risque d'impacter la mise en place de dispositifs et actions de prévention (primaire et secondaire) pourtant au cœur de l'objectif des trois 95 de l'ONUSIDA et la seconde feuille de route de la SNSS. Par ailleurs, la lourdeur du cahier des charges structurant les PETP a pour conséquence que cette dernière soit diffusée prioritairement dans les lieux où la pluriprofessionnalité est effective, c'est-à-dire principalement l'hôpital, où sont concentrés 82% des programmes proposés ^[17]. L'offre éducative en dehors de l'hôpital reste peu développée, notamment dans les associations, ce qui entrave l'accessibilité de l'ETP pour certains publics. Une santé ouverte à toutes et tous doit donc favoriser le développement d'actions d'ETP au plus près des lieux d'accompagnement et de vie des patients : au sein de structures sociales et médico-sociales touchant des publics en situation de précarité, de prostitution, accompagnant les personnes migrantes, etc. Cela peut passer par la création de programmes incluant dès leur conception la participation active d'associations de patients et/ou associations communautaires lors de séances d'ETP à l'hôpital, et/ou en valorisant les activités éducatives structurées « hors programme » et hors hôpital, dans le sens des approches d'*outreach* (« aller-vers »). C'est parce que les offres d'ETP sont malheureusement encore

inégalement réparties sur le territoire et peu connues, que le professionnel de santé assumant le suivi coordonné d'un PVVIH, doit s'enquérir de leur présence et pouvoir y orienter tout patient.

Le site de l'AFDET apporte de nombreuses réflexions et ressources pour une ETP renouvelée, fondée sur la relation soignant/soigné, le travail en équipe pluriprofessionnelle et le partenariat avec les associations et les patients : <https://www.afdet.net/afdet/>

Enfin, la HAS souligne qu'il est nécessaire de favoriser en pratique l'intégration des patients partenaires (patients ressources ou experts) au sein des programmes, et soutenir financièrement leur implication dans les activités d'éducation thérapeutique ^[23] « Dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, l'engagement des personnes concernées désigne toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou de ceux de leurs pairs. Cet engagement nécessite en regard l'engagement des professionnels et des décideurs, afin que l'expérience, les besoins et préférences des personnes concernées soient pris en compte, tant dans le soin et l'accompagnement social et médico-social que dans l'amélioration des pratiques et des organisations ainsi que dans l'enseignement et la recherche. Cet engagement conjoint concourt à un meilleur service rendu aux personnes concernées et à l'augmentation de leur pouvoir d'agir. » https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire#ancreDocAss.

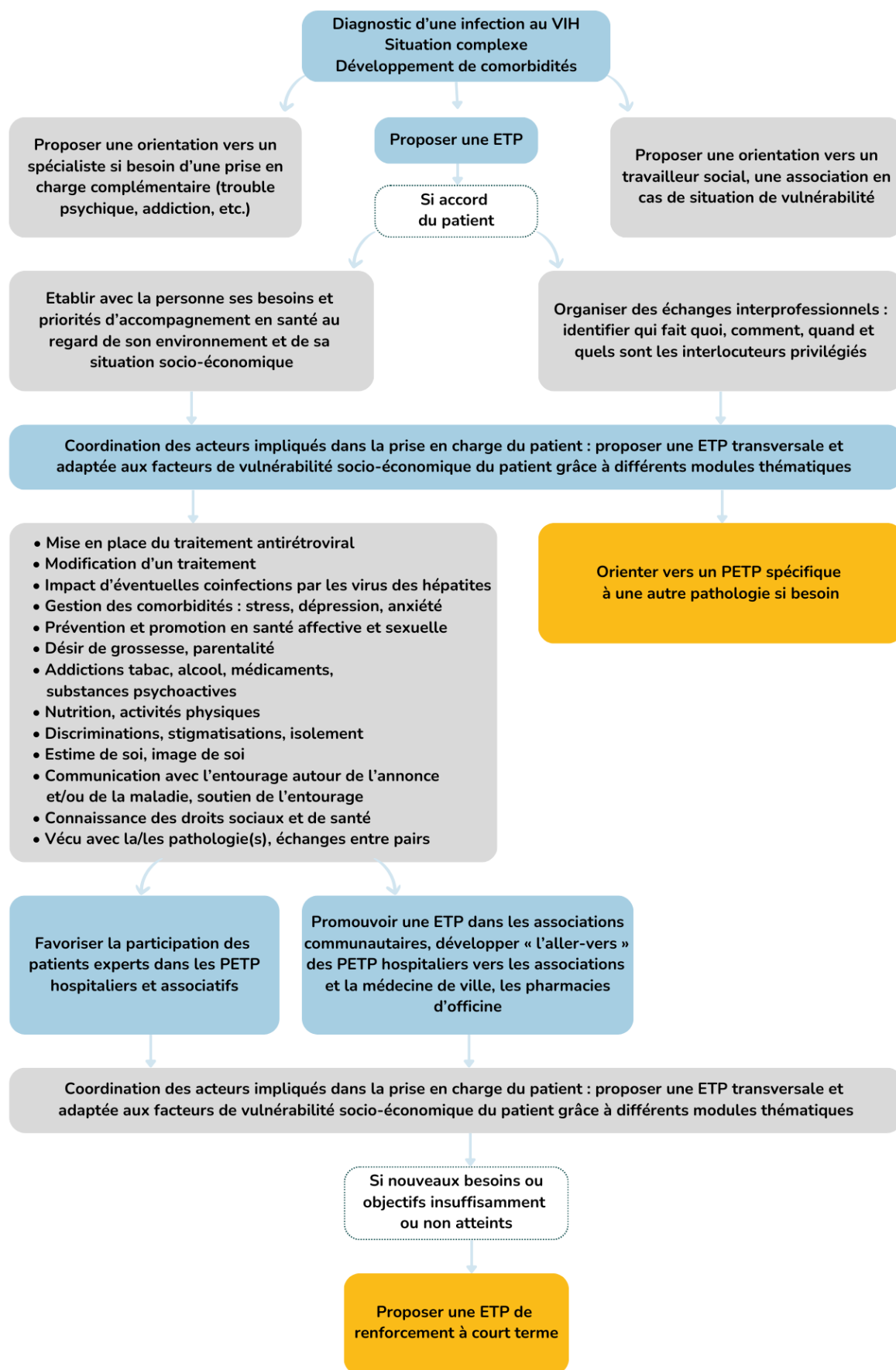


Figure 1: Education thérapeutique chez les PVIH

2.2. Les mesures hygiéno-diététiques

Il est recommandé de réaliser de façon systématique une évaluation diététique et de l'activité physique.

Les erreurs diététiques telles que l'absorption excessive d'alcool, de produits sucrés (associés au diabète et à une élévation des triglycérides) ou de graisses d'origine animale (responsable d'une élévation du LDLc) doivent être recherchées et corrigées.

Si le patient est en surpoids à la prise en charge initiale, un accompagnement pour perdre du poids doit être systématiquement proposé. Le recours à une consultation diététique spécialisée permet d'établir un diagnostic personnalisé et de proposer une ETP diététique pour un meilleur équilibre alimentaire, adapté à la situation économique et culturelle des personnes. La correction diététique peut suffire à corriger le surpoids et les troubles métaboliques.

Des supports d'information en direction des patients et des médecins sont disponibles sur le site de Santé Publique France (www.mangerbouger.fr).

L'incitation à la pratique d'un exercice physique régulier doit être constante. L'exercice physique régulier et soutenu doit être promu (30 min par jour en continu si possible ou 1h 3 fois par semaine). Des recommandations sont disponibles sur le site de la fédération de cardiologie française (www.fedecardio.org). La reprise d'activité physique doit être précédée d'une épreuve d'effort chez les personnes de plus de 50 ans ou à risque vasculaire.

Il est démontré que la pratique d'une activité physique et sportive régulière chez les PVVIH comme chez les autres personnes était associée à un renforcement des capacités cardiovasculaires et cardiorespiratoires, à une amélioration de la composition corporelle et de la résistance musculaire, ainsi qu'à des bénéfices psychologiques à travers la réduction des symptômes dépressifs et l'amélioration de la qualité de vie ^[24].

Les praticiens peuvent prescrire des activités physiques adaptées aux patients atteints d'ALD (loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé ; décret adopté le 1^{er} mars 2017).

Ce texte inscrit le sport comme outil de santé publique et crée un début de droit au sport pour tous, dans son article 1 (qui définit ce que contient la politique de santé, y compris « le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges »), dans son article 144 (qui autorise la prescription médicale du sport pour les personnes souffrant d'ALD). Des expériences se multiplient au sein des associations et dans des partenariats avec les services municipaux et doivent être soutenues.

2.3. L'évaluation des addictions et consommations à risque [alcool/toxiques/tabac]

Le dépistage et une proposition systématique de prise en charge des addictions éventuelles doivent être effectués lors de la prise en charge initiale de la PVVIH et tout au long de son suivi.

En effet, les conduites addictives sont plus fréquentes chez les PVVIH qu'en population générale et doivent être prévenues, dépistées et prises en charge.

Utilisation de questionnaires de consommation

Les questionnaires de consommation (AUDIT ou FACE pour l'alcool, Fagerström pour le tabac, CAST pour le cannabis) doivent être proposés, au mieux au cours du remplissage des PRO, de façon régulière, tout au moins au cours du bilan annuel de synthèse.

La prise en charge est détaillée dans le chapitre « santé mentale et addiction ». Elle peut dans un premier temps s'appuyer sur une stratégie de repérage précoce, intervention brève par le médecin telle que recommandée par la HAS ^[25] : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte.

En milieu ambulatoire, la prise en charge initiale est assurée en premier lieu par le médecin généraliste qui peut orienter le patient dans le système de soins, en fonction des ressources et équipes disponibles (par exemple IDE Asalee dans les MSP/CPTS pour la prise en charge du tabagisme et des troubles de l'usage de l'alcool et du cannabis).

Les structures de recours du dispositif médicosocial sont les centres de soins, d'accompagnement et prévention en addictologie (CSAPA), et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

En milieu hospitalier, il faudra recourir aux structures d'addictologie de niveau 1, 2 ou 3 (ELSA – Équipe de liaison et de soins en addictologie, CSAPA hospitaliers, hôpitaux de jour d'addictologie, unités d'hospitalisation MCO et/ou SMR).

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES MESURES ASSOCIEES

12. L'ETP ne se limite pas aux situations complexes, ni aux personnes en situation d'échec thérapeutique ou présentant une difficulté particulière.

Elle doit au contraire s'ouvrir à l'ensemble des patients afin de proposer un accompagnement en santé qui repère et anticipe les problématiques à venir pour en réduire l'impact. (AE)

13. Dans le cas du VIH, il reste primordial de proposer d'intégrer un programme d'ETP dès le diagnostic d'une infection par le VIH, pour accompagner l'initiation du traitement, aborder les

aspects de santé sexuelle (prévention diversifiée du risque de transmission, IST, qualité de vie affective et sexuelle), ainsi qu'en cas de désir de grossesse. Les offres d'ETP sont inégalement réparties sur le territoire et peu connues, à la fois des usagers et des professionnels et doivent être encouragées, y compris hors de l'hôpital. (AE)

- 14.** Le recueil des Patient-Reported Outcomes (PRO) constitue un outil pertinent pour évaluer la qualité de vie en santé des patients, leur particularité étant de se fonder directement sur les déclarations des personnes elles-mêmes. (AE)
- 15.** Il est recommandé de réaliser de façon systématique une évaluation diététique et de l'activité physique. (Grade A) Les erreurs diététiques telles que l'absorption excessive d'alcool, de produits sucrés ou de graisses d'origine animale doivent être recherchées et corrigées.
- 16.** Il est recommandé d'inciter à la pratique d'un exercice physique régulier. (Grade A) La reprise d'activité physique doit être précédée d'une épreuve d'effort chez les personnes de plus de 50 ans ou à risque vasculaire.
- 17.** Le dépistage et une proposition systématique de prise en charge des addictions éventuelles doivent être effectués lors de la prise en charge initiale de la PVVIH et tout au long de son suivi. (Grade A)
- 18.** Il est recommandé de s'appuyer sur des questionnaires de consommation (AUDIT ou FACE pour l'alcool, Fagerström pour le tabac, CAST pour le cannabis), au mieux au cours du remplissage des PRO, de façon régulière, tout au moins au cours du bilan annuel de synthèse. (AE)

3. Prise en charge thérapeutique

Il est recommandé que le traitement ARV soit mis en œuvre dès que possible, au mieux dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic de l'infection, en respectant le temps de réflexion du patient, ses possibilités de prendre le traitement et les caractéristiques de l'infection.

Selon les situations, le traitement peut être débuté immédiatement, le jour de la première consultation spécialisée, ou à l'inverse différé, au-delà des 14 jours suivant l'annonce (cf chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH »).

Le choix du premier traitement ARV doit être effectué par un médecin hospitalier spécialisé dans la prise en charge des PVVIH, ou par le médecin généraliste qui en a les compétences.

3.1. Suivi thérapeutique initial

Tableau 3 : Suivi thérapeutique initial

Le premier traitement ARV doit permettre de rendre la charge virale (CV) <50 copies/mL en 6 mois ⁽²⁶⁾.

Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la charge virale plasmatique :

- à M1, date à laquelle la CV doit avoir baissé d'au moins 2 log₁₀ copies/mL;
- à M3, date à laquelle la CV doit être <400 copies/mL;
- à M6, date à laquelle la CV doit être <50 copies/mL.

Des contacts intermédiaires à J15 et M2 (téléphoniques ou en consultation, voire consultation infirmière) pourront être proposés selon les situations individuelles.

Des séances d'ETP(ou de consultations spécifiques d'observance) doivent être proposées dès le diagnostic d'une infection par le VIH, en particulier chez les patients en difficulté prévisionnelle ou avérée d'adhésion au suivi.

Le plus souvent les stratégies initiales permettent l'obtention d'une CV <50 copies/mL dans les 3 premiers mois de traitement. Toutefois, chez certaines PVVIH, ces objectifs ne sont pas atteints et la charge virale ne devient indétectable qu'après plus de 6 mois de traitement. Ceci s'observe notamment lorsque la charge virale initiale est >5 log₁₀ copies/mL ou les lymphocytes CD4 <200/μL ^[27, 28]. Chez ces personnes, si la charge virale est <200 copies/mL à 6 mois et en décroissance régulière, il est possible d'attendre l'indétectabilité sous surveillance rapprochée pendant 4 à 6 mois supplémentaires.

La non-atteinte des objectifs intermédiaires (-2 log₁₀ copies/mL à M1 et <400 copies/mL à M3) nécessite un contrôle de l'ARN VIH dès que possible et de rechercher systématiquement une observance incomplète, des interactions médicamenteuses, ou un sous-dosage des ARV et de corriger sans délai la cause identifiée :

- une évaluation soigneuse de l'observance devra être systématiquement proposée dans le cadre d'une séance d'ETP et amener, le cas échéant à un changement thérapeutique en cas

de difficulté d'adhésion pour raison d'intolérance ou d'inadéquation des horaires de prise avec la vie de la PVVIH;

- un dosage pharmacologique pourra être proposé pour vérifier l'absorption médicamenteuse ou contrôler une interaction médicamenteuse.

3.2. Suivi thérapeutique au long cours

Après l'obtention d'une charge virale indétectable, des visites semestrielles sont recommandées, intercalées avec le bilan annuel de synthèse.

Elles sont réalisées auprès d'un médecin expérimenté dans la prise en charge des PVVIH, hospitalier ou non (cf. ci-dessous). Lorsque le traitement ARV et le bilan immunovirologique sont stabilisés (traitement stabilisé depuis au moins 6 mois, charge virale indétectable et taux de CD4 >350/μL depuis au moins 12 mois), et en l'absence de complications associées à l'infection VIH, ce suivi intermédiaire peut-être assuré par le médecin traitant de la PVVIH.

Les visites systématiques de suivi au long cours ont pour objectifs de :

- s'assurer du maintien de la charge virale VIH plasmatique à un niveau indétectable;
- s'assurer de la bonne observance et tolérance clinique et biologique du traitement ARV ;
- d'évoquer la vie quotidienne, affective et sexuelle ;
- d'évoquer le désir d'enfant et pouvoir aussi orienter les personnes vers des professionnels dans ce domaine et/ou vers des structures proposant spécifiquement des consultations sur ce sujet ;
- de dépister des difficultés psychosociales ;
- de dépister des facteurs de risque de comorbidités et de mettre en place une prise en charge adaptée ;
- de proposer en fonction des prises de risques sexuels le dépistage des IST chez la personne et ses partenaires potentiels.

Au mieux ces visites pourront être précédées d'un recueil spécifique des PRO à travers une interface dématérialisée ou papier.

Le bilan recommandé au cours de ces visites intermédiaires inclura un dosage de l'ARN VIH plasmatique, les autres examens étant fonction de la situation de la personne.

Il est recommandé que le bilan biologique intermédiaire comporte :

Au minimum un dosage de l'ARN VIH plasmatique

Complété selon les cas particulier suivants :

- **Si traitement hépatotoxique ou exposition aux virus des hépatites (IST/Slam) ou consommation excessive d'alcool ou surpoids ou diabète :** transaminases, γ GT
- **Si traitement par TDF ou autre traitement néphrotoxique ou comorbidité :** créatininémie avec estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- **Si CD4 <200/ μ L :**
 - Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4/CD8
 - Antigénurie ou antigénémie histoplasmoses (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)
- **Si CD4 <100/ μ L :** *(en plus du bilan ci-dessus pour les CD4<200/ μ L)*
 - Dosage de l'antigène cryptococcique ;
 - Si sérologie CMV positive => PCR CMV => si PCR positive, réalisation d'un fond d'œil
- **En cas d'exposition sexuelle à risque, ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST** (suivi à intensifier en fonction du contexte) :
 - Dépistage des IST à chlamydia et gonocoque par PCR au niveau anal, urétral, vaginal et/ou pharyngé
 - Sérologie syphilis
 - Sérologie VHC (ou ARN VHC si sérologie antérieure positive) en cas d'exposition à risque

La fréquence des visites pour les PVVIH dont le nombre de CD4 est <500/ μ L et l'ARN VIH indétectable est au minimum semestrielle mais peut être rapprochée en fonction des comorbidités, du nombre absolu ou de la cinétique des lymphocytes CD4 et du risque d'exposition aux IST.

Chez les PVVIH ayant des CD4 >500/ μ L depuis au moins un an et un ARN VIH indétectable depuis au moins deux ans, en l'absence de comorbidité et de modification du traitement dans l'année, le bilan intermédiaire peut donc se limiter à la réalisation d'un ARN VIH semestriel (et au contrôle du DFG si prise de TDF).

3.3. Bilan annuel

La prise en charge de l'infection par le VIH représente un modèle multidimensionnel dans lequel un travail de synthèse annuel est indispensable, compte tenu de la chronicité de l'infection par le VIH, du vieillissement et de l'existence possible de comorbidités.

Le bilan de synthèse annuel reste l'occasion d'optimiser la prise en charge de l'infection par le VIH, de réévaluer le traitement antiviral, sa tolérance et la pertinence des molécules prescrites, mais également de rechercher les facteurs de risque et de dépister les principales complications et morbidités. Il est l'occasion de faire le point sur les conditions psycho-sociales du patient et d'aborder la santé sexuelle. Il peut être l'occasion d'orienter la personne vers une structure sociale ou associative d'accompagnement devant des problèmes médico-psycho-sociaux.

Au cours de cette visite de synthèse, les différents sujets pourront être abordés de façon systématique et en fonction de l'âge des personnes, de leur exposition au risque sexuel, de leur niveau d'immuno-dépression ou de leurs co-infections.

Tableau 5 : Bilan clinique annuel de synthèse d'une PVVIH

Il est recommandé que le bilan annuel d'une PVVIH comporte :

De façon systématique

- Interrogatoire à la recherche des événements de santé de l'année, des comédications, et des risques d'exposition aux hépatites virales et IST
- Discussion sur la vie personnelle, sexuelle et affective, des difficultés éventuelles de prévention de la transmission du VIH, du désir d'enfant
- Réévaluation de la situation sociale et du statut professionnel le cas échéant
- Réévaluation du statut vaccinal
- Bilan de l'hygiène de vie : diététique et activité physique (activité soutenue 30 min par jour en continu si possible ou 1 h 3 fois par semaine)
- Repérage et prise en charge du tabagisme (test de Fagerström) le cas échéant, d'une consommation d'alcool excessive (AUDIT-C AUDIT), d'autres addictions (dont le chemsex) ou de la prise de toxiques occasionnelles
- Dépistage de la dépression, si besoin au moyen d'outils validés [questionnaire PHQ9 ou auto-questionnaire CES-D]
- Recueil des PRO* (exemple : consommation alcool, tabac, toxiques, score EPICE, effets secondaires, douleur, sommeil, santé mentale, éléments de qualité de vie)
- Examen clinique complet, incluant la courbe de poids, la cavité buccale et l'état bucco-dentaire et la recherche de lipodystrophie
- Analyse critique pour optimisation du traitement en cours : résultats [efficacité, effets indésirables] et proposition, le cas échéant, d'adaptation thérapeutique en tenant compte de la mise à disposition des génériques, des nouvelles associations, des nouvelles molécules disponibles

De façon conditionnelle en fonction de l'âge, des facteurs de risque et/ou des comorbidités, ce moment permet de réaliser ou de programmer :

- **Évaluation du risque cardiovasculaire** selon l'algorithme SCORE2 et SCORE2-OP* tous les 5 ans (à partir de 40 ans chez les hommes, 50 ans chez les femmes)
- **Dépistage de l'ostéoporose** par ostéodensitométrie [associée à un dosage de la vitamine D] chez la femme ménopausée, l'homme >60 ans ou si facteurs de risque (cf. chapitre comorbidités)
- **Dépistage des troubles cognitifs** tous les 5 ans (questionnaire de plainte cognitive et MoCA à partir de 60 ans)
- **Évaluation gériatrique** tous les 1 à 2 ans à partir de 70 ans : recherche de dénutrition (courbe de poids, albuminémie) ; évaluation des fragilités, du risque de chute, prévention de la dépendance (questionnaire HAS)
- **Dépistage des cancers** : selon le calendrier spécifique aux PVVIH [cf. tableau chapitre « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVVIH »]

*SCORE2-OP si âge >70 ans

Le bilan annuel biologique de synthèse comportera :

Tableau 6 : Bilan biologique annuel de synthèse d'une PVVIH sous traitement ARV

De façon systématique

- Dosage de l'ARN VIH plasmatique
- NFS plaquettes
- Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4 et CD8. Cette numération peut être réalisée tous les deux ans si l'ARN VIH est <50 copies/mL sur la période et si les derniers CD4 sont >500/μL. Transaminases, gamma-GT
- Créatininémie avec estimation du DFG par la méthode CKD-EPI
- Rapport albuminurie/créatininurie sur échantillon
- Si prise de TDF : phosphorémie et rapport protéinurie/créatininurie sur échantillon

De façon conditionnelle, bilan métabolique à jeun :

- **Bilan lipidique** (triglycérides, cholestérol total, HDL et LDL-cholestérol) :
 - 6 mois après l'initiation ou la modification d'un traitement ARV (si normal, à renouveler tous les 5 ans lors de l'évaluation du risque cardiovasculaire par l'équation SCORE2 SCORE2-OP)
 - Si prise de poids, survenue d'une lipohypertrophie, BMI >30, apparition d'un autre facteur de risque cardiovasculaire : HTA, diabète, tabagisme, insuffisance rénale chronique modérée à sévère
 - Si survenue d'un événement cardiovasculaire
 - Si antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce avant 55 ans chez un parent du premier degré de sexe masculin ou avant 65 ans chez un parent du premier degré de sexe féminin
 - Et 1 à 3 mois après une intervention thérapeutique visant à abaisser le LDLc
- **Glycémie** (à partir de 45 ans), à renouveler tous les 3 à 5 ans si initialement normal ou selon les indications du bilan lipidique ci-dessus
- **Albuminémie** (à partir de 70 ans), à renouveler tous les 2 à 5 ans lors de l'évaluation gériatrique

Tableau 7 : Bilan annuel complémentaire en fonction des populations

- **En cas d'exposition sexuelle à risque, ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST (suivi à intensifier en fonction du contexte) :**
 - Dépistage des IST à chlamydia et gonocoque par PCR au niveau anal, urétral, vaginal et/ou pharyngé
 - Sérologie syphilis
 - Sérologie VHC (ou ARN VHC si sérologie antérieure positive) en cas d'exposition à risque

- **Si CD4 <200/μL**
 - Numération des sous-populations lymphocytaires T CD4 et CD8
 - Antigénurie ou antigénémie histoplasmosse (si séjour en zone d'endémie et selon disponibilité du test)
- **Si CD4 <100/μL**
 - Dosage de l'antigène cryptococcique
 - Si sérologie CMV positive => PCR CMV => si PCR positive, réalisation d'un fond d'œil
 - Si sérologie CMV précédente négative : refaire sérologie CMV
- **Si fumeur actif de plus de 40 ans**
Dépistage de la BPCO par questionnaire HAS et spirométrie le cas échéant
- **Si co-infection par les virus des hépatites** : (cf chapitres « Recommandations de prise en charge des personnes infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B » ; « Recommandations de prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite C » et « Dépistage et prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH »)
 - Evaluation de la fibrose hépatique par élastométrie (Fibroscan®) au bilan initial en cas d'infection par le VHC ou le VHB, puis annuelle en cas d'Ag HBe+ ou tous les 3 ans si Ag Hbe- ; ou marqueurs biologiques (Fibrotest®, Fibromètre®) au bilan initial pré thérapeutique de l'hépatite C.
 - En cas de fibrose F3 ou F4 : dépistage semestriel de l'hépatocarcinome (cf Tableau 8) et suivi spécialisé pour dépistage des varices œsophagiennes (FOGD).

Si toute PVVIH doit se voir proposer une évaluation annuelle comme décrit ci-dessus, la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de certaines complications et comorbidités concernent tout particulièrement les patients ayant plus de 50 ans, moins de 500 CD4/μL, des antécédents d'immuno-dépression sévère (événement classant SIDA ou nadir CD4 <200/μL) ou au stade cirrhose ou pré-cirrhose post-hépatite.

Enfin, le dépistage des cancers doit être une préoccupation permanente pour les médecins prenant en charge les PVVIH.

Tableau 8 : Bilan annuel chez les PVVIH : Dépistage des cancers (cf. chapitre « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVVIH »)

- **Consultation gynécologique :**
 - A partir de 25 ans, dépistage du cancer du col par cytologie cervico-utérine, annuel pendant 2 ans puis tous les 3 ans si les deux premiers examens sont normaux et nadir CD4 >200/μL et CD4 actuels >350/μL.
Si ces conditions ne sont pas remplies, maintien d'un dépistage par FCV annuel jusqu'à 30 ans.
 - A partir de 30 ans, quel que soit le statut, dépistage par PCR HPV-HR par un professionnel ou par auto-prélèvement, à réaliser tous les 5 ans. La positivité au test HPV amène à la réalisation d'une cytologie cervico-utérine et à un suivi adapté

- **Test de dépistage par PCR anale de HPV16** : tous les 5 ans chez les HSH de plus de 30 ans et les femmes aux antécédents de lésions vulvaires ou cervicales (HSIL, CIN2) dues au HPV ou les femmes transplantées depuis plus de 10 ans
- **Examen clinique** y compris peau et cavité buccale
- **Echographie hépatique +/- dosage de l'alphafoetoprotéine** (tous les 6 mois)

Une technique d'imagerie alternative (scanner ou IRM) doit être proposée chez les patients peu échogènes.

Le dosage de l'alpha-FP peut être associé à l'échographie hépatique tous les 6 mois pour les patients ayant une indication au dépistage du CHC mais il n'est actuellement pas recommandé de façon systématique par la HAS.

- **Pour les PVVIH ayant une co-infection VHC :**

Le dépistage du carcinome hépatocellulaire doit être poursuivi chez les patients avec une mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® ≥ 10 kPa ou Fibrotest® $> 0,58$ ou Fibromètre® $> 0,78$ avant initiation du traitement du VHC. La durée de ce dépistage après réponse virologique soutenue n'est pas connue.

Après réponse virologique soutenue, les patients avec une mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® < 10 kPa ou Fibrotest® $\leq 0,58$ ou Fibromètre® $\leq 0,78$ avant initiation du traitement et sans comorbidité hépatique (consommation d'alcool, syndrome métabolique, co-infection VHB) ne nécessitent plus de surveillance particulière.

- **Pour les PVVIH ayant une co-infection VHB traitée ou non :**

Une échographie hépatique est préconisée pour le dépistage du CHC tous les 6 mois chez les patients identifiés à haut risque de CHC, à savoir les patients : au stade d'hépatopathie chronique avancée (Fibroscan® > 9 kPa, y compris après perte de l'Ag HBs) ; ou ayant un antécédent familial au premier degré de CHC ; ou ayant un score PAGE-B ≥ 10 (hommes ≥ 40 ans, ou ≥ 16 ans si plaquettes < 200 G/L ; femmes ≥ 70 ans, ou ≥ 40 ans si plaquettes < 200 G/L, ou ≥ 30 ans si plaquettes < 100 G/L) ; ou ayant une durée d'exposition au virus prolongée (hommes ≥ 40 ans et femmes ≥ 50 ans ayant été contaminés à un âge jeune / dans l'enfance).

- **TDM thoracique faible dose pour le dépistage individuel du cancer bronchopulmonaire** tous les deux ans chez les PVVIH entre 50 et 74 ans, exposé à un tabagisme > 10 cigarettes/j pendant > 30 ans, ou > 15 cigarettes/j pendant ≥ 25 ans, possiblement sevré ≤ 10 ans, après information éclairée ET volontaire pour une démarche au sevrage tabagique.
- **Pour les autres cancers, le clinicien se référera aux recommandations appliquées à la population générale**, notamment pour :
 - *Le cancer du sein* : examen clinique et mammographie à partir de 40 ans en cas d'ATCD familial, 50 ans en population générale puis tous les deux ans
 - *Le cancer de la prostate* : dès 40-45 ans si histoire familiale de cancer de la prostate, ou origine africaine ou afro-caribéenne, ou 50 ans en population générale par toucher rectal et mesure du PSA tous les deux à quatre ans
 - *Le cancer colorectal* à partir de 50 ans, par test immunologique de recherche de sang dans les selles, test fourni par le médecin traitant ou par les pharmacies, tous les deux ans

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

19. Il est recommandé que le traitement ARV soit mis en œuvre dès que possible, au mieux dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic de l'infection, en respectant le temps de réflexion du patient, ses possibilités de prendre le traitement et les caractéristiques de l'infection. Selon les situations, le traitement peut être débuté immédiatement, le jour de la première consultation spécialisée, ou à l'inverse différé, au-delà des 14 jours suivant l'annonce (cf chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH »). (Grade A)

20. Le choix du premier traitement ARV doit être effectué par un médecin hospitalier spécialisé dans la prise en charge des PVVIH, ou par le médecin généraliste qui en a les compétences. (Grade A)

21. Le premier traitement ARV doit permettre de rendre la charge virale (CV) <50 copies/mL en 6 mois. (Grade A)

Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la charge virale plasmatique : (AE)

- à M1, date à laquelle la CV doit avoir baissé d'au moins 2 log₁₀ copies/mL;
- à M3, date à laquelle la CV doit être <400 copies/mL;
- à M6, date à laquelle la CV doit être <50 copies/mL.

22. La non-atteinte des objectifs intermédiaires nécessite un contrôle de l'ARN VIH dès que possible et de rechercher systématiquement une observance incomplète, des interactions médicamenteuses, ou un sous-dosage des ARV et de corriger sans délai la cause identifiée. (Grade A)

23. Après l'obtention d'une charge virale indétectable, des visites semestrielles sont recommandées, intercalées avec le bilan annuel de synthèse. (AE) Leur fréquence et leurs objectifs sont détaillées au 3.2.

24. Le bilan recommandé au cours des visites intermédiaires inclura un dosage de l'ARN VIH plasmatique, (Grade A) les autres examens étant fonction de la situation de la personne (cf Tableau 4).

25. Tableau 4. Bilan biologique intermédiaire de surveillance chez les PVVIH sous traitement ARV (AE)

26. Tableau 5. Bilan clinique annuel de surveillance chez les PVVIH sous traitement ARV (AE)

27. Tableau 6. Bilan biologique annuel de synthèse d'une PVVIH sous traitement ARV (AE)

28. Tableau 7. Bilan annuel complémentaire en fonction des populations (AE)

29. Tableau 8. Bilan annuel chez les PVVIH : Dépistage des cancers (cf. chapitre « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVVIH »)

4. Un parcours de soins personnalisé

Dans les files actives de PVVIH en 2016, les profils de populations étaient très différents en fonction de l'ancienneté du diagnostic de l'infection. L'enquête VESPA2 ^[29] faisait déjà apparaître ces groupes de patients : 40,7% avaient été diagnostiqués avant 1996, 24,6% entre 1996 et 2002 et 34,7% entre 2003 et 2011. Les prises en charge doivent s'adapter pour répondre aux besoins différents de ces patients : les premiers infectés dont l'état de santé a été fortement impacté par une immunodépression plus ou moins profonde, des traitements lourds en effets indésirables et des comorbidités ; et les PVVIH infectés plus récemment, traités plus précocement avec des traitements plus simples et moins pourvoyeurs d'effets indésirables. L'offre de soins doit tenir compte de cette hétérogénéité pour innover en terme de prise en charge de cette maladie chronique qu'est devenue l'infection à VIH. Il convient de proposer différents types de prise en charge, en fonction de l'autonomie et des choix du patient, permettant un parcours de soins adapté, et de repérer les situations complexes, en dynamisant une offre ambulatoire de prise en charge spécialisée pour le VIH.

Cela implique la définition d'un parcours de soins ayant pour objectif une plus grande efficacité grâce à un suivi et un accompagnement personnalisé et coordonné du patient, et une mise à disposition de différents acteurs professionnels facilitant la prise en charge coordonnée ville/hôpital. L'offre de soins partagée, hospitalière et de ville, basée sur un cadre de coopération multidisciplinaire, doit disposer de référentiels de pratiques opposables sur tout le territoire et à tous les professionnels de santé. Une saisine des associations représentées par le TRT-5 CHV a été acceptée par la HAS sur ce sujet et un texte en réponse a été publié sur le site de la HAS en octobre 2018 (« Consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral »). Si le suivi médical des patients reste encore aujourd'hui assuré par l'hôpital en grande majorité, il convient de faire évoluer cette situation vers un partage plus équilibré avec la ville, comme cela est recommandé pour d'autres pathologies chroniques par le guide du parcours de soins. Les évolutions technologiques et le développement de l'e-santé pourraient faciliter cette démarche.

Cette diversification de la prise en charge doit être équitable sur l'ensemble du territoire national et tendre vers l'objectif d'améliorer la pertinence et la qualité des soins.

4.1. Une prise en charge et un parcours de soins dans les situations simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère)

Après la confirmation de l'infection par le VIH, il est recommandé que le bilan initial pré-thérapeutique soit organisé rapidement afin de proposer un traitement ARV dans les plus brefs délais.

Cette prise en charge peut être assurée par un médecin hospitalier à qui est référée la personne nouvellement diagnostiquée et/ou par le médecin généraliste qui en a les compétences.

En pratique de ville, une majoration de 30 euros est accordée depuis le 1^{er} novembre 2017 aux médecins libéraux pour la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'une PVVIH, considérée comme une « consultation très complexe ». Toutefois, la prescription initiale des ARV reste une prescription hospitalière.

Dans le cadre du parcours de soin personnalisé d'une PVVIH dont la charge virale est indétectable et le taux de CD4 >350/μL, sans coinfection ni comorbidité importante, le suivi peut être assuré aussi bien par un médecin infectiologue hospitalier que par un médecin généraliste qui en a les compétences, à condition qu'ils coordonnent leurs actions et s'en informent réciproquement et conjointement

4.2. Une prise en charge dans un parcours de soins adapté aux situations complexes (patient de plus de 50 ans, coinfection ou comorbidité associée, présence de vulnérabilités, etc...)

Cette prise en charge médico-psycho-sociale initiale combinée, réalisée le plus souvent dans les services hospitaliers spécialisés, a pour objectif d'offrir aux personnes les meilleures conditions d'information, d'écoute, de soutien et de prise en charge médicale tout en prenant en compte leurs spécificités culturelles et environnementales.

Le recours à des médiateurs et traducteurs est parfois nécessaire pour les patients allophones. La HAS a élaboré au premier trimestre 2017 deux référentiels de compétences, de formation, et de bonnes pratiques portant sur « la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » et « l'interprétariat dans le domaine de la santé » qui précisent le cadre de ces recours ^[30]: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974227/fr/mediation-et-interpretariat-en-sante-pour-favoriser-l-acces-aux-soins.

Ainsi, lorsque la consultation médicale s'associe à une prise en charge pluri-professionnelle, la facturation pourra se faire pour un GHS plein, un GHS intermédiaire ou pour une simple activité externe tels que définis par la DGOS ^[31]: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres/article/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres>.

La facturation d'un GHS dit « intermédiaire » a lieu pour des prises en charge justifiant de 3 interventions. La facturation d'un GHS dit « plein » a lieu pour des prises en charge justifiant de 4 interventions ou dans le cas d'une « surveillance particulière » ou d'un « contexte patient » particulier, indépendamment du nombre d'interventions réalisées.

Parmi les interventions, celles des professionnels paramédicaux, de rééducation ou socio-éducatifs, que leurs actes soient ou non-inscrits à la nomenclature NGAP, peuvent être dénombrées.

La « surveillance particulière » renvoie aux situations suivantes (valables indépendamment du statut VIH) : la réalisation d'un prélèvement complexe ; la nécessité d'isolement prophylactique ; le recours à un environnement de type bloc opératoire ou interventionnel ou nécessitant des conditions d'asepsie spécifiques ; la nécessité d'une surveillance prolongée du fait du risque de complication ; le cas échéant, d'autres situations qui seront précisées dans le dossier du patient.

Le « contexte patient » nécessite un environnement et des soins adaptés ou des précautions particulières : âge ; handicap ; pathologie psychiatrique ; état grabataire ; antécédents du patient (présence d'une autre pathologie ou d'un traitement, échec ou impossibilité de la réalisation d'un acte en externe) ; précarité sociale ; difficultés de coopération ou incapacité à s'exprimer ; prise en charge réalisée en urgence ou de manière non programmée ; le cas échéant, en raison d'autres situations qui seront précisées dans le dossier du patient.

La coordination de la prise en charge, assurée par un professionnel médical, donne lieu, comme pour les autres types de prises en charge, à la rédaction d'un compte-rendu d'hospitalisation ou de la lettre de liaison mentionnée à l'article R. 1112-1-2 du code de la santé publique. Seuls les professionnels médicaux définis à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) peuvent assurer la coordination de la prise en charge.

A l'issu du bilan initial, il est proposé au patient un projet et un parcours de soins adapté au stade de son infection par le VIH, ses coinfections et/ou comorbidités, sa situation sociale, son état psychologique, qui pourront nécessiter des prises en charge spécifiques. Cette évaluation fait partie de la synthèse de la consultation initiale permettant de mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité qui sont associés à un risque de rupture de suivi chez les patients diagnostiqués récemment, notamment migrants et/ou infectés par usage de drogue. De même, les comorbidités psychiatriques sont souvent mises en avant dans le risque d'être perdu de vue et sont à prendre en compte. Ces facteurs peuvent faire mettre en œuvre une prise en charge adaptée plus fréquente et pluridisciplinaire chez ces patients dont il faut anticiper les difficultés de suivi (consultation sociale, psychologique, médiation, prise en charge en ETP, prise en charge des addictions, accompagnement associatif et avis RCP si besoin). Cette synthèse est à partager avec les médecins référents du patient particulièrement le médecin traitant, dont la recherche doit être conseillée au patient s'il n'en a pas.

4.3. Un parcours de soins ville-hôpital

Le médecin référent hospitalier et le médecin traitant mettent en œuvre cette prise en charge dans une filière de soins choisie par la PVVIH. Le médecin généraliste est au fait du parcours de soins des patients.

Le dépistage et la prise en charge de la plupart des comorbidités associées au VIH relèvent du champ de compétences de la médecine générale. Pour ce faire, il faut qu'il soit impliqué dans son rôle de coordination par la transmission du parcours de soins et de santé préconisé et la liste des dépistages ou suivis conseillés dans l'année à venir. Si il est réalisé à l'hôpital, les résultats du bilan annuel de synthèse doivent lui être transmis. Le généraliste peut orienter les PVVIH vers les professionnels du champ sanitaire et social nécessaires à la prise en charge dans un réseau de ville (psychologue, gynécologue, proctologue...).

Lorsque le traitement ARV et le bilan immunovirologique sont stabilisés (traitement stabilisé depuis au moins 6 mois, charge virale indétectable et taux de CD4 au-dessus de 350/ μ L depuis au moins 12 mois), et en l'absence de complications associées à l'infection VIH, le médecin hospitalier peut proposer au patient que le suivi et le renouvellement du traitement ARV soient réalisés en ville entre deux synthèses annuelles.

Pour favoriser cette prise en charge coordonnée, le partage des informations devrait être mis en place par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée pour la transmission en direct des informations à partager dans les deux sens : objectifs et type de traitement, résultats biologiques et du suivi des traitements, dépistages des comorbidités faits... Cette synthèse du bilan annuel pourrait être accompagnée d'informations importantes notamment relatives aux précautions liées au type d'ARV pris par le patient (interactions, précautions d'emploi...). De même l'accès à une information médicale adaptée aux généralistes, devrait être accessible en ligne sur la pathologie VIH, les traitements, les interactions, la recherche, notamment par le biais des COREVIH. Quelle que soit son implication dans le suivi global

d'une PVVIH, le médecin généraliste doit pouvoir intervenir dans l'aide à l'observance comme il peut le faire dans beaucoup de pathologies chroniques.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent permettre de faciliter l'interaction entre le spécialiste du VIH, les médecins généralistes et les différents intervenants en santé sur le territoire de la PVVIH.

4.4. Des aides au suivi à optimiser

4.4.1. Médiation en santé

La médiation en santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Le médiateur en santé est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires.

L'intervention vise à favoriser pour l'utilisateur un accompagnement progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat. Des associations ont actuellement cette approche d'accompagnement global et de médiation en santé qui doivent être encouragés et reconnus.

La HAS a établi un référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques^[30] : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974227/fr/mediation-et-interpretariat-en-sante-pour-favoriser-l-acces-aux-soins

4.4.2. Des protocoles de coopération à développer

Le développement des protocoles de coopération médico-infirmiers dans le cadre des consultations de suivi des PVVIH doit être encouragé.

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients ^[32] : https://www.has-sante.fr/jcms/c_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.

4.4.3. Place des infirmiers en pratique avancée

La place des infirmiers en pratique avancée (IPA) (loi de modernisation du système de santé, [Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018](#) relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée) au cours de l'infection par le VIH apparaît légitime ; les objectifs de la pratique avancée sont d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients. La pratique avancée est une nouvelle réponse pour accompagner l'évolution des besoins de santé de la population, notamment ceux liés aux maladies chroniques et au vieillissement, ce qui s'inscrit complètement dans la stratégie de prise en charge de l'infection par le VIH.

Le groupe d'experts recommande donc que l'infection par le VIH soit inscrite de manière individualisée parmi les objectifs de formation dans la mention « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et pathologies courantes en soins primaires ».

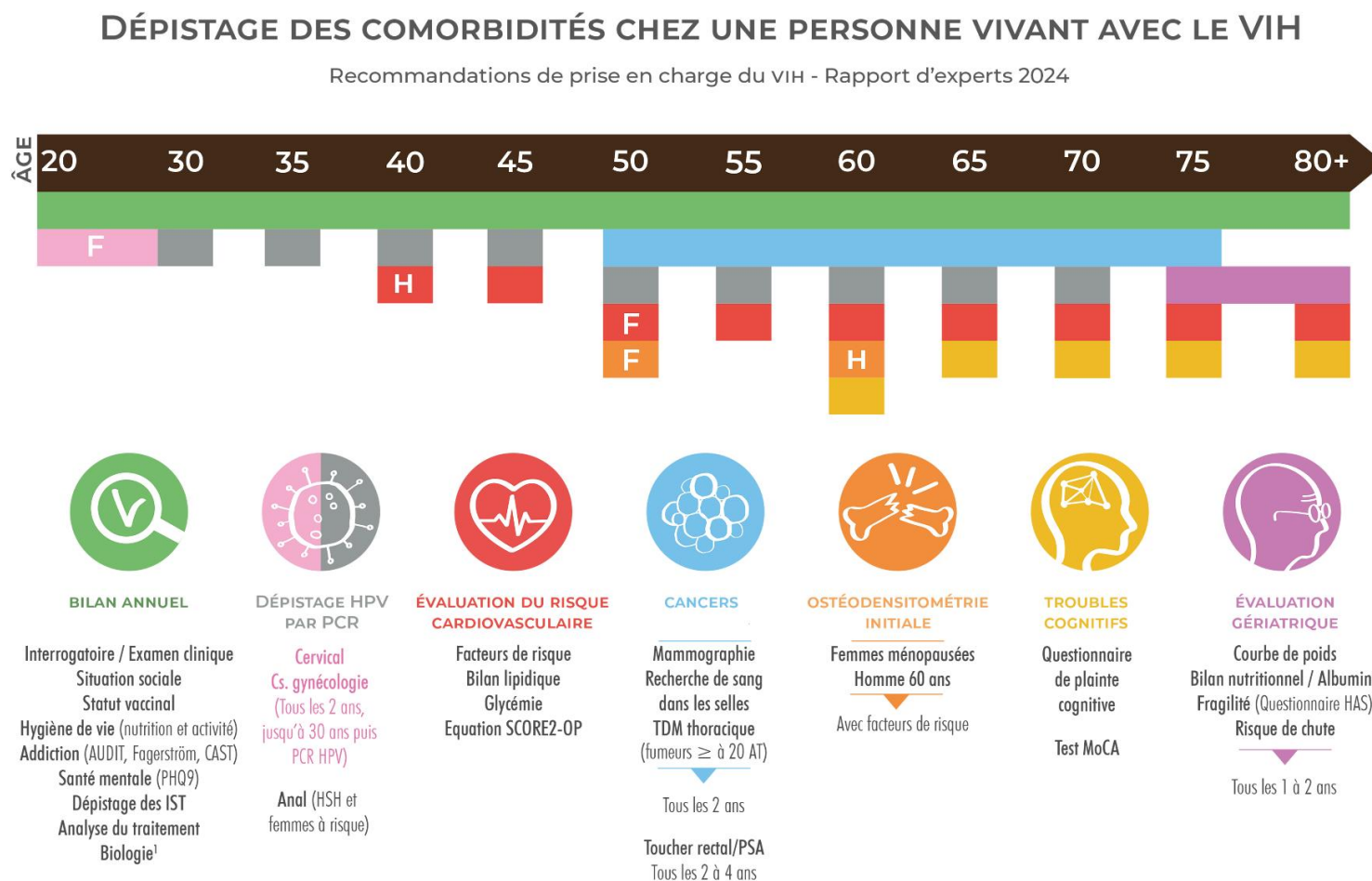
L'exercice de l'IPA pourra se faire en établissement de santé, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin, ou en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires ou spécialisés.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE PARCOURS DE SOINS

- 30.** Après la confirmation de l'infection par le VIH, il est recommandé que le bilan initial pré-thérapeutique soit organisé rapidement afin de proposer un traitement ARV dans les plus brefs délais. (Grade A)
- 31.** Le parcours de soins sera adapté selon les situations simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère) ou complexes (patient de plus de 50 ans, coinfection ou comorbidité associé, présence de vulnérabilités, etc.). (AE)
- 32.** Dans les situations simples (jeunes patients sans comorbidité ou infection récente avec déficit immunitaire peu sévère), cette prise en charge peut être assurée par un médecin hospitalier à qui est référée la personne nouvellement diagnostiquée, ou par le médecin généraliste qui en a les compétences, notamment pour le bilan pré thérapeutique. Toutefois, la prescription initiale des ARV reste à ce jour une prescription hospitalière. (AE)
- 33.** Dans les situations complexes (patient de plus de 50 ans, coinfection ou comorbidité associé, présence de vulnérabilités, etc.), il est recommandé que la prise en charge soit effectuée par un médecin hospitalier spécialisé dans le suivi des PVVIH, qui s'appuiera si nécessaire sur une équipe pluri-professionnelle. (AE)
- 34.** Le recours à des médiateurs et traducteurs est parfois nécessaire pour les patients allophones. (AE)

- 35.** Il est recommandé que la prise en charge des PVVIH par le médecin référent hospitalier et le médecin traitant ait lieu dans une filière de soins choisie en accord avec la PVVIH. (AE)
- 36.** Le médecin généraliste doit être au fait du parcours de soins des patients. Le dépistage et la prise en charge de la plupart des comorbidités associées au VIH relèvent du champ de compétences de la médecine générale. (AE)
- 37.** Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent permettre de faciliter l'interaction entre le spécialiste du VIH, les médecins généralistes et les différents intervenants en santé sur le territoire de la PVVIH. (AE)
- 38.** Le développement des protocoles de coopération médico-infirmiers dans le cadre des consultations de suivi des PVVIH doit être encouragé. (AE)
- 39.** Le groupe d'experts recommande que l'infection par le VIH soit inscrite de manière individualisée parmi les objectifs de formation des infirmiers en pratique avancée (IPA) dans la mention « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et pathologies courantes en soins primaires ». L'exercice de l'IPA pourra se faire en établissement de santé, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin, ou en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires ou spécialisés. (AE)

5. Schéma de dépistage et diagnostic précoce des comorbidités



¹ Biologie : ARN VIH plasmatique / Sous-populations lymphocytaires CD4 et CD8 (tous les 2 ans si CD4 > à 500/mm³ / Transaminases, gamma-GT / Créatinémie avec DFG par la méthode CKD-EPI / Albuminurie sur créatininurie sur échantillon

- Conception graphique : Cécile Bertandeau – Chargée de communication COREVIH Nouvelle-Aquitaine -

Figure 2: Dépistage des comorbidités chez une PVIH

Références bibliographiques

1. 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*. 2023 May;10[5]:e295-e307.
2. Marty L, Diawara Y, Rachas A, Grabar S, Costagliola D, Supervie V. Projection of age of individuals living with HIV and time since ART initiation in 2030: estimates for France. *JIAS* 2022, 25(S4):e25986
3. Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, van der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEHIV cohort study. *Clin Infect Dis*. 2014 Dec 15;59(12):1787-97
4. Lang R, Hogan B, Zhu J, McArthur K, Lee J, Zandi P, et al. The prevalence of mental health disorders in people with HIV and the effects on the HIV care continuum. *AIDS* 2023 Feb 1;37[2]:259-269.
5. Tedaldi E, Armon C, Li J, Mahnken J, Simoncini G, Palella F, et al. A Heavy Burden: Preexisting Physical and Psychiatric Comorbidities and Differential Increases Among Male and Female Participants After Initiating Antiretroviral Therapy in the HIV Outpatient Study, 2008-2018. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2022 Jul;38[7]:519-529.
6. Hemar V, Hessamfar M, Neau D, Vareil MO, Rouanes N, Lazaro E, et al. A comprehensive analysis of excess depressive disorder in French women and men living with HIV compared to the general population. *Sci Rep* 2022 Apr 16;12[1]:6364.
7. Devos S, Bonnet F, Hessamfar M, Neau D, Vareil MO, Leleux O et al. Tobacco, alcohol, cannabis, and illicit drug use and their association with CD4/CD8 cell count ratio in people with controlled HIV: a cross-sectional study. *BMC Inf Dis* 2023 *BMC Infect Dis*. 2023 Jan 9;23[1]:16.
8. Samji H, Zhang W, Eyawo O, Jabbari S, Colley G, Tanner Z, et al.. Rates and predictors of injury in a population-based cohort of people living with HIV. 2017 Jan 01;31[2]:295-304.
9. Turan B, Hatcher AM, Weiser SD, Johnson MO, Rice WS, Turan JM. Framing Mechanisms Linking HIV-Related Stigma, Adherence to Treatment, and Health Outcomes. *Am J Public Health* 2017 Jun;107[6]:863-869.
10. Mak WWS, Mo PKH, Ma GYK, Lam MY. Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Soc Sci Med* 2017 Sep;188:30– 40.
11. van der Heijden I, Abrahams N, Sinclair D. Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 Mar 14;3[3]:CD010806.
12. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil* 1993 Apr;2[2]:153-9.
13. Usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France. Rapport du Haut Conseil de la santé publique. Janvier 2022. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1170>
14. Barger D, Hessamfar M, Neau D, Vareil MO, Farbos S, Leleux O, et al. Factors associated with poorer quality of life in people living with HIV in south-western France in 2018-20: results of the cross-sectional QuAliv study (ANRS CO3 AQUIVIH-NA Cohort Study. *Sci Rep* 2023 (in press).
15. FDA. Patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims 2009. <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/patient-reported-outcome-measures-use-medical-product-development-support-labeling-claims>.
16. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>
17. Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique.
18. <https://www.afdet.net/>
19. Haute Autorité de Santé, 2015. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Outils d'amélioration des pratiques professionnelles.
20. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
21. Décret n° 2020-1832 du 31 décembre 2020 relatif aux programmes d'éducation thérapeutique du patient : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845656>
22. Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de

- déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845767>
23. Akrih M, Paterson F, Rabearisoa V. Synthèse de la littérature sur les Patient-Reported Outcomes (2010-2019). i3 Working Papers Series, 2020;20-CSI-01-FR.
 24. Barger D, Leleux O, Conte V, Sapparrat V, Gapillout M, Crespel, et al. Integrating Electronic Patient-Reported Outcome Measures into Routine HIV Care and the ANRS CO3 Aquitaine Cohort's Data Capture and Visualization System (QuAliv): Protocol for a Formative Research Study. JMIR Research Protocols, 2018;7[6]: pp.e147.
 25. Haute Autorité de Santé, 2020. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico- social et sanitaire. Recommander les bonnes pratiques, juillet 2020.
 26. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire#ancreDocAss
 27. O'Brien KK, Tynan AM, Nixon SA, Glazier RH. Effectiveness of aerobic exercise for adults living with HIV: systematic review and meta-analysis using the Cochrane Collaboration protocol. BMC infectious diseases 2016 Apr 26;16:182..
 28. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
 29. Chêne G, Sterne JA, May M, Costagliola D, Ledergerber B, Phillips AN, et al. Prognostic importance of initial response in HIV-1 infected patients starting potent antiretroviral therapy : analysis of prospective studies. Lancet. 2003 Aug 30;362(9385):679-86.
 30. Sörstedt E, Tetens MM, Nilsson S, Nowak P, Treutiger CJ, Månsson F, et al. Impact of pre-antiretroviral treatment HIV-RNA on time to successful virological suppression and subsequent virological failure – two nationwide, population-based cohort studies AIDS 2023 Feb;37[2] :279-286
 31. Pyngottu A, Scherrer AU, Kouyos R, Huber M, Hirsch H, Perreau M, et al. Predictors of virological failure and time to viral suppression of first line integrase inhibitor-based antiretroviral treatment. Clin Infect Dis. 2021 Oct 5;73[7]:e2134-e2141
 32. Lert F, Anenquin M, Tron L. Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRSVespa2. BEH 2013;26-27 :293-299.
 33. HAS. Médiation et interprétariat en santé pour favoriser l'accès aux soins. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974227/fr/mediation-et-interpretariat-en-sante-pour-favoriser-l-acces-aux-soins.
 34. HAS. Modalités de facturation des activités ambulatoires hospitalières. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres/article/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres>
 35. Protocole de coopération entre professionnels de santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.

Participants

Coordination

Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse

Groupe de travail

Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux –
(coordonateur du groupe de travail)

Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de Guadeloupe

Dr Nathalie De Castro, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris

Pr Maxime Hentzien, infectiologue, CHU de Reims

Dr Mojgan Hessamfar, médecin de santé publique, CHU de Bordeaux

Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier

Madame Hélène Meunier, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Pr Olivier Robineau, infectiologue, CHU de Tourcoing

Groupe de lecture

Dr Clotilde Allavena, infectiologue, CHU de Nantes

Pr Sophie Béliard, diabétologue-endocrinologue, AP-HM Hôpital de la Conception, Marseille

Pr Hubert Blain, gériatre, CHU de Montpellier

Pr Jacqueline Capeau, biologiste, AP-HP Hôpital Tenon, Paris

Pr Matthias Cavassini, infectiologue, CHUV, Lausanne, Suisse

Pr Olivier Cottencin, psychiatre addictologue, CHU de Lille

Pr Yves Cottin, cardiologue, CHU de Dijon

Dr William Durieux, médecin généraliste, Bordeaux

Pr Cécile Goujard, interniste, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Dr Sophie Grabar, médecin de santé publique, AP-HP Hôpital Saint Antoine, Paris

Pr Mathilde Horn, psychiatre, CHU de Lille

Dr Jean-Philippe Joseph, médecin généraliste, Bordeaux

Pr Laurent Karila, psychiatre addictologue, AP-HP Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Dr Gwenael Le Moal, infectiologue, CHU de Poitiers

Mme Marianne L'Hénaff, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Pr Guillaume Martin-Blondel, infectiologue, CHU de Toulouse

Pr Philippe Morlat, interniste, CHU de Bordeaux

Dr Romain Palich, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Marie Piffaut, médecin généraliste, Toulouse

Pr Lionel Piroth, infectiologue, CHU de Dijon

Dr Sophie Seang, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Pr Pierre Tattevin, infectiologue, CHU de Rennes

Dr Marie-Anne Vandenhende, interniste, CHU de Bordeaux

Pr Corinne Vigouroux, endocrinologue-diabétologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

Groupe transversal de synthèse des recommandations VIH

Dr Fanny Alby-Laurent, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

Pr Véronique Avettand-Fenoël, virologue, CHU d'Orléans

Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux

Dr Julie Bottero, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr Olivier Bouchaud, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr André Cabie, infectiologue, CHU de la Martinique

Dr Karen Champenois, épidémiologiste, Inserm, Paris

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de la Guadeloupe

Dr Guillaume Conort, médecin généraliste, Penne-d'Agenais

Dr Cyrille Delpierre, épidémiologiste, Inserm, Toulouse

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/2024)

Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris

Mr Hugues Fischer, représentant associative, Act Up Paris, TRT-5 CHV

Pr Cécile Goujard, interniste, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Dr Christine Jacomet, infectiologue, CHU de Clermont-Ferrand (jusqu'au 01/12/2022)

Dr Marie Lachatre, infectiologue, AP-HP Hôpital Cochin et Hôpital Necker, Paris

Pr Fanny Lanternier, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Marianne L'Henaff, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Dr Florence Lot, épidémiologiste, Santé publique France

Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier

Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes

Pr Sophie Matheron, infectiologue, AP-HP Hôpital Bichat, Paris

Dr Olivier Paccoud, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Hélène Pollard, représentante associatif, Sol En Si, TRT-5 CHV

Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg

Dr Quentin Richier, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

Pr Caroline Solas, pharmacologue, AP-HM Hôpital de la Timone, Marseille

Dr Cathia Soulie, virologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Roland Tubiana, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Stéphane Tuffier, médecin de santé publique, Copenhague, Danemark

Remerciements

Le CNS et l'ANRS-MIE tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Table des figures

Figure 1: Education thérapeutique chez les PVVIH	18
Figure 2: Dépistage des comorbidités chez une PVVIH	36

Table des tableaux

Tableau 1 : Bilan paraclinique et préthérapeutique initial d'un adulte vivant avec le VIH.....	11
Tableau 2 : Bilan initial complémentaire en fonction des populations.....	12
Tableau 3 : Suivi thérapeutique initial	22
Tableau 4 : Bilan biologique intermédiaire de surveillance chez les patients sous traitement	24
Tableau 5 : Bilan clinique annuel de synthèse d'une PVVIH	25
Tableau 6 : Bilan biologique annuel de synthèse d'une PVVIH sous traitement ARV	26
Tableau 7 : Bilan annuel complémentaire en fonction des populations	26
Tableau 8 : Bilan annuel chez les PVVIH : Dépistage des cancers (cf. chapitre « Dépistage et prise en charge des cancers chez les PVVIH »)	27

Abréviations et acronymes

Ac	Anticorps
Ag	Antigène
AFDET	Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique
AFP	Alpha-foeto-protéine
ALD	Affection longue durée
AME	Aide médicale d'état
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ARN	Acide ribonucléique
ARS	Agence régionale de santé
ARV	Antirétroviraux
ATCD	Antécédents
BPCO	Broncho-pneumopathie obstructive
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CHC	Carcinome hépato-cellulaire
CIN	Néoplasie intra-épithéliale cervicale
CMV	Cytomégalovirus
CNS	Conseil national du SIDA et des hépatites virales
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et prévention en addictologie
CV	Charge virale
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
ETP	Education thérapeutique du patient
FCV	Frottis cervico-vaginal
FHDH	French hospital database on HIV
FOGD	Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
gGT	Gamma glutamyl transférase
GHS	Groupes homogènes de séjours
HAS	Haute autorité de santé
HDL	High density lipoproteins
HPV	Virus des papillomavirus humains

HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
HSIL	Lésion épidermoïde intraépithéliale de haut grade
HTA	Hypertension artérielle
IGRA	Interferon-gamma release assay
IMC	Index de masse corporelle
IPA	Infirmiers en pratique avancée
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
LDL	Low density lipoproteins
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MoCA	Montreal cognitive assessment
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NFS	Numération formule sanguine
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCR	Réaction de polymérase en chaîne
PETP	Programme d'éducation thérapeutique
PRO	Patients Reported Outcomes
PSA	Antigène spécifique prostatique
PUMA	Protection universelle maladie
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
QDVL	Qualité de vie liée à la santé
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RPC	Recommandation pour la pratique clinique
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SNSS	Stratégie nationale de santé sexuelle
TAD	Tension artérielle diastolique
TAS	Tension artérielle systolique
TDF	Ténofovir disoproxil fumarate
TDM	Tomodensitométrie
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

L'ANRS Maladie infectieuses émergentes et le CNS, ont été missionnés par le ministre chargé de la santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales, et des IST.

L'actualisation des recommandations est placée sous la responsabilité du Pr. Pierre Delobel.

Les travaux sont réalisés sous l'égide de l'ANRS | MIE et du CNS, et de la HAS pour les chapitres ayant trait aux aspects de thérapeutique anti-infectieuse, curative et préventive.

Retrouvez tous les chapitres sur
www.cns.sante.fr et www.anrs.fr
