

Circulaire DGS-RI2/DHOS n° E2-238 du 15 juin 2007 relative aux missions des établissements de santé en matière d'éducation thérapeutique et de prévention dans le champ de la sexualité chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

15/06/2007

Références :

- Code de la santé publique et notamment l'article L. 6111-1 ;
- Loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, notamment l'article L. 1411-2 ;
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- Décret n° 2007-438 du 25 mars 2007 modifiant le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- Décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale, article 2 ;
- Circulaire DHOS/DGS n° 2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires ;
- Le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 ;
- Le rapport d'experts 2006 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr Patrick Yeni ;
- Les États généraux de la prévention (<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prevention/>).



La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour diffusion]) ; comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH [COREVIH, pour information et diffusion]).

En termes de prévention et d'éducation thérapeutique, la prise en charge de l'infection par le VIH n'est pas fondamentalement différente de celle des autres pathologies chroniques. Toutefois, certaines spécificités liées au caractère transmissible de la pathologie, à la nature de la population touchée, au risque de discrimination doivent être prises en compte.

Cette circulaire vise à rappeler aux professionnels de santé leurs missions d'éducation thérapeutique (ET) et de prévention dans le champ de la sexualité chez les personnes porteuses d'une infection par le VIH. Deux documents élaborés par des experts et des acteurs de la lutte contre le VIH, destinés à aider les différents acteurs impliqués, sont joints en annexe aux fins d'une large diffusion.

Telle que définie par l'OMS en 1998, l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou à maintenir des compétences qui leur sont nécessaires pour gérer au mieux leur vie dans le contexte d'une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris de soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. La part de la prévention est essentielle dans cette éducation qui déborde donc largement le champ thérapeutique.

Ainsi que le souligne le groupe d'experts rassemblé en 2006 autour du Pr Patrick Yeni (cf. note 1), l'éducation thérapeutique revêt, dans l'infection par le VIH, un intérêt essentiel dans trois domaines :

- l'observance thérapeutique ;
- l'efficacité des traitements antirétroviraux suppose en effet une observance maximale (> 95 %), d'un niveau très supérieur à celui habituellement observé chez les personnes atteintes de maladies chroniques (où l'observance est, en moyenne, de 50 %). L'efficacité virologique, et donc clinique, est étroitement corrélée à l'observance ;

- la nécessité de prévention de la transmission du virus ;
- la prévention de la transmission de l'infection par le VIH repose sur des mesures supposant l'adoption et le maintien de comportements spécifiques de la part du patient. L'augmentation de l'incidence des nouveaux cas d'infection par le VIH dans certaines populations à risque souligne *a contrario* l'importance de l'acquisition de ces comportements ;
- les complications liées au traitement ;
- fréquentes, en particulier métaboliques et cardio-vasculaires, leur prévention impose l'adoption et le maintien de mesures hygiéno-diététiques.

Un document de synthèse, élaboré par des experts et des acteurs de la lutte contre le VIH, rassemblant fondements, objectifs et contenu de l'éducation thérapeutique dans l'infection par le VIH, figure en annexe 1 de la présente circulaire.

Les actions de prévention visent à maintenir, à améliorer l'état de santé et comportent des actions sanitaires, environnementales ou d'éducation pour la santé. On distingue les préventions primaire, secondaire et tertiaire. La prévention dans le champ de l'infection par le VIH consiste notamment pour les consultants à mieux connaître leur corps, à mieux exprimer des difficultés et des besoins spécifiques notamment concernant la vie sexuelle, les facteurs de co-infection en particulier par les virus des hépatites B et C, les cofacteurs de risque de transmission du VIH tels que les infections sexuellement transmissibles (IST), les addictions et une mauvaise hygiène de vie. Pour le soignant, aborder la prévention c'est porter une attention particulière aux besoins et demandes des consultants dans le respect de l'intimité, de la vie privée et concourir à améliorer la santé et le bien-être du patient.

Un document de synthèse précisant les conditions de mise en place des actions de prévention dans le champ de la sexualité au sein des établissements de santé, pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes consultant pour un accident d'exposition au VIH, figure en annexe 2 de la présente circulaire.

Les actions à mener s'inscrivent dans le cadre de la stratégie de prévention annoncée par le ministre de la santé le 3 janvier 2007, qui prend en compte les préconisations émanant des états généraux de la prévention et qui sera enrichie à la suite des forums régionaux. Cette démarche vise à intégrer la prévention dans l'approche des soins. Elle cible aussi le déclouisonnement entre les nombreux acteurs impliqués par la démarche préventive autour de l'objectif commun d'amélioration de la qualité de vie des patients et des usagers.

Les actions mises en place veilleront à respecter et à être en cohérence avec les recommandations et référentiels élaborés et/ou validés au plan national. Dans ce même objectif, seront pris en compte les travaux menés dans le cadre des programmes régionaux de santé publique (PRSP) et des schémas régionaux d'éducation et de prévention pour la santé (SREPS), notamment des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). L'établissement de santé, conformément au code de la santé publique, participe à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. Les missions de prévention et d'éducation pour la santé font partie du référentiel de certification des établissements de santé. La prévention s'inscrit donc dans les missions des établissements de santé. En outre, le projet d'action doit être inclus dans le projet de service, de pôle ou d'établissement en définissant les éléments d'évaluation.

En milieu psychiatrique, les comités sida sexualité prévention (CSSP) participent à cette mission de prévention et d'éducation pour la santé auprès des patients.

Les modalités de financement des activités de prévention et d'éducation à la santé s'inscrivent dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) prévues à l'article 1^{er} du décret du 8 avril 2005 et à l'article 2 de l'arrêté du 23 mars 2007 modifiant l'arrêté du 12 avril 2005.



ANNEXE I

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE (ET)

Document proposé par le groupe d'experts (rapport 2006 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr P. Yeni) avec le concours de P. Massip, D. Lacoste et des équipes soignantes (CHU Bichat AP-HP, CHU Toulouse, CHU Besançon).

I. - L'ET PREND UNE DIMENSION PARTICULIÈRE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE

VIH.

L'éducation thérapeutique revêt, dans l'infection par le VIH, un intérêt essentiel dans trois domaines :

- l'observance thérapeutique ;
- la nécessité de prévention de la transmission du virus ;
- les complications liées au traitement.

1. L'observance : une composante essentielle de l'ET

a) Définition

L'observance est un comportement selon lequel la personne suit son traitement avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin. Elle est influencée par quatre paramètres sur lesquels il est possible d'agir :

- le facteur cognitif : connaissance de la maladie, des traitements antirétroviraux, de leur mode d'action, etc. ;
- le facteur comportemental « routinisation » des prises, intégration dans le quotidien... ;
- le facteur psychologique : dépression, exaltation, estime de soi, etc. ;
- le facteur social : notamment, l'intégration sociale.

b) Observance et traitement anti-VIH

L'efficacité des traitements antirétroviraux impose une observance maximale (> 95 %), d'un niveau très supérieur à celui habituellement observé chez les personnes atteintes de maladies chroniques (où l'observance est, en moyenne, de 50 %). L'efficacité virologique, et donc clinique, est étroitement corrélée à l'observance.

Une observance insuffisante favorise l'apparition de souches résistantes aux traitements, réduisant l'éventail des options thérapeutiques à proposer au patient, diminuant leur qualité de vie, et augmentant les coûts liés à la prise en charge de l'infection (traitements plus coûteux, arrêts de travail, hospitalisations, etc.).

Chez les patients vivant avec le VIH, les difficultés d'observance dépendent de :

- Facteurs liés aux traitements antirétroviraux.
 1. Contraintes alimentaires/et ou horaires liées à certains médicaments.
 2. Nombre de comprimés et gélules, nombre de prises.
 3. Administration de formes injectables.
 4. Fréquence élevée des effets indésirables.
 5. Manque de formes galéniques adaptées à l'enfant.
 6. Peur de la transformation physique.
- Facteurs liés au patient ou à son environnement.
 1. Méfiance à l'égard de l'efficacité des traitements, pessimisme face à l'infection, méconnaissance de l'infection.
 2. Co-morbidités souvent associées à une observance moins bonne : dépression, anxiété, usage d'alcool ou de drogues.
 3. Maladie vécue comme inexistante chez les patients asymptomatiques : la maladie est impalpable et les patients oublient le traitement. L'absence de bénéfice immédiat contraste avec l'apparition d'effets indésirables ou de contraintes.
 4. Paramètres de vulnérabilité sociale - hébergement, emploi, ressource - et de vulnérabilité affective (isolement) souvent associés à une observance moins bonne.
 5. Activités professionnelles, voyages, modes de vie, horaires décalés.
 6. Peur de la discrimination et de la rupture du secret professionnel.

2. La prévention : un enjeu majeur de l'ET

La prévention de la transmission de l'infection par le VIH repose sur des mesures supposant l'adoption et le maintien de comportements spécifiques de la part du patient. L'augmentation de l'incidence des nouveaux cas d'infection par le VIH dans certaines populations à risque souligne l'importance de l'acquisition de ces comportements.

3. Les complications thérapeutiques

Elles sont fréquentes, en particuliers métaboliques et cardio-vasculaires, et leur prévention impose l'adoption et le maintien de mesures hygiéno-diététiques.

II. - OBJECTIFS DE L'ET POUR LE PATIENT

Permettre au patient l'acquisition de connaissances et de compétences afin de pouvoir prendre en charge de manière
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs-ri2dhos-n-e2-238-du-15-juin-2007-relative-aux-missions-des-etablissements-de-sante-en-matiere-deducation-therapeutique-et-de-prevention-dans-le-champ-de-l/>

active sa maladie, ses soins, la prévention de la transmission et sa surveillance, en partenariat avec les soignants.

II.a) Acquisition de compétences cognitives

Comprendre l'infection, l'absence de guérison, la notion d'infection latente chronique.
Acquérir des connaissances sur la physiologie de l'appareil génital.
Comprendre la notion de co-infection(s) et co-morbidité(s).
Comprendre le caractère transmissible et les modes de transmission (personne traitée ou non traitée).
Comprendre les principes du traitement.
Comprendre le suivi biologique et clinique de la maladie.
Comprendre les résultats des examens complémentaires.
Comprendre la notion de résistance au traitement et ses mécanismes.
Comprendre le secret médical et professionnel.
Savoir exprimer son vécu, ses difficultés de vivre avec la maladie.

II.b) Acquisition de compétences pratiques

Comprendre l'ordonnance (validité, renouvelable ou non, ordonnance ALD..)/
Savoir reconnaître les médicaments ; apprendre le nom des médicaments et leur mode de conservation.
Connaître les techniques d'injections éventuelles.
Savoir gérer les effets indésirables les plus fréquents ou les plus prévisibles.
Savoir que faire en cas de rupture de traitement (perte d'ordonnance, etc.).
Savoir que faire en cas d'oubli ou de décalage dans la prise du traitement.
Savoir que faire en cas de voyages programmés, non programmés.
Savoir que faire en cas d'affections intercurrentes (vomissements etc.).
Savoir que faire en cas de grossesse.
Comprendre les dangers de l'automédication.
Comprendre la complémentarité entre médecin traitant et équipe spécialisée (prescriptions du médecin traitant par exemple).
Comprendre un essai clinique.
Identifier une personne ressource dans l'équipe d'éducation thérapeutique.

II.c) Acquisition de conduites préventives

Connaître et comprendre les moyens de protection.
Savoir utiliser les moyens de protection, où se les procurer etc.
Savoir utiliser le dispositif relatif aux accidents d'exposition au risque viral.
Pouvoir s'exprimer sur les conséquences de la maladie sur la vie sexuelle et affective et sur l'information au(x) partenaire(s).
Comprendre les techniques de procréation sans risque, et comment y avoir accès.

III. - OBJECTIFS DE L'ET POUR LES PROFESSIONNELS

Maintenir ou restaurer une réponse immunologique et une réponse virologique optimale.

Maintenir ou restaurer si nécessaire une qualité de vie affective, psychologique et sociale équivalente à la population non infectée.

IV. - ACTIONS D'ET

L'ET doit s'inscrire dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale et centrée sur le patient. L'ET doit être accessible et proposée à tous les patients. Elle peut avoir lieu en séances individuelles ou collectives. Les intervenants sont spécifiquement formés à l'ET et disposent de temps réservé à cette activité.

1. Entretiens individuels avec les patients

A titre indicatif :

Entretiens individuels avec les patients par une équipe pluridisciplinaire avec des personnes formées à l'ET :

- un infirmier diplômé d'État ;

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs-ri2dhos-n-e2-238-du-15-juin-2007-relative-aux-missions-des-etablissements-de-sante-en-matiere-deducation-therapeutique-et-de-prevention-dans-le-champ-de-l/>

- et/ou un psychologue ;
- et/ou un assistant social ;
- et/ou une diététicienne ;
- et/ou un médecin ;
- et/ou un pharmacien ;
- et/ou un technicien de recherche clinique ;
- et/ou un patient ou un représentant des associations des malades et des usagers du système de santé.

A titre indicatif, les séances se déroulent sous forme d'entretiens individuels d'une durée moyenne de 45 minutes, dans un lieu dédié à l'éducation thérapeutique.

Ces entretiens permettent :

- d'établir un diagnostic éducatif, psychologique, culturel et social ;
 - Statut social, juridique, habitus et mode de vie, ressources matérielles ;
 - Existence ou non d'une personne ressource (personne de confiance, proche, famille etc.) ;
 - Niveau d'études (analphabétisme, etc.), barrière linguistique ;
 - Solitude, secret ;
 - Vie associative ;
 - Existence ou non d'un médecin traitant ;
 - Adresse ou à défaut domiciliation ;
 - Accessibilité de la personne (téléphone ou non) ;
 - Identifier les représentations du patient, ses croyances, ses attitudes et ses connaissances vis-à-vis de la maladie ;
 - Identifier un recours à des médecines traditionnelles ou alternatives ;
 - Repérer les fausses croyances relatives aux traitements ou aux modes de transmission ;
 - Identifier le niveau d'acceptation de la maladie (de la compréhension au déni) ;
 - Identifier les priorités dans le diagnostic, le suivi, le traitement ;
 - Evaluer l'activité et la santé sexuelle ;
 - Identifier un désir de parentalité non exprimé ;
- D'établir un diagnostic médical (si intervention d'un médecin) ;
 - Stade de l'infection ;
 - Succès ou échec du traitement anti rétroviral ;
 - Co-morbidités associées ;
 - Effets indésirables des traitements ;
- d'orienter la personne vers des structures ou professionnels adaptés à la situation diagnostiquée ;
 - Service social ;
 - Professionnels non médicaux (psychologue, nutritionniste, diététicienne, kinésithérapeutes) ou médicaux ;
 - Réseaux de santé ;

Association des malades et des usagers du système de santé.

De ce diagnostic vont émerger la méthode pédagogique et les objectifs éducatifs qui seront abordés au cours des séances d'éducation ultérieures :

2. Entretiens de groupe : possibilité d'ateliers à thème

Les thèmes suivants peuvent être cités à titre d'exemple :

- J'adapte mon traitement à ma vie ;
- Ma lipodystrophie, j'en parle à qui ? ;
- Je voyage avec mon traitement ;
- Comment manger avec mon traitement ? ;
- L'activité physique, comment ça « marche » ;
- Je n'ose pas révéler ma séropositivité ;
- Je n'arrive pas à négocier la prévention, etc.

V. - A QUEL MOMENT L'ET DOIT-ELLE ÊTRE PROPOSÉE ?

Découverte de la maladie ;

Phase de préparation au traitement ;

Initiation de traitements ;

Modification du traitement antirétroviral ;

Durant le suivi par des reprises éducatives en cas d'évènements intercurrents significatifs.

En cas d'échec thérapeutique.

La fréquence des consultations d'éducation thérapeutique est à adapter au profil des patients. Ces séances sont particulièrement importantes dans des moments clé de prise en charge de la maladie ou lors de la survenue d'évènements d'ordre psychosociaux (rupture sentimentale, déménagement, prise ou perte d'emploi, formation d'un couple, etc.). A titre indicatif, 2 à 3 séances annuelles peuvent suffire chez un patient asymptomatique non traité compte tenu des compétences à acquérir, alors que plusieurs séances mensuelles sont nécessaires chez un patient fragilisé en échec thérapeutique. La part de l'aide à la prise médicamenteuse varie dans le contenu des séances d'ET en fonction des profils des patients.

VI. - SUPPORTS

Le dossier du patient (clinique, examens biologiques, immunologiques...);
Le cahier de suivi des consultations d'ET;
Les plans de prise des médicaments;
Les piluliers (mise en pratique de la planification des prises journalières);
Les brochures d'information (disponibles auprès de l'INPES);
Le chevalet pour l'éducation thérapeutique;
Des échantillons de comprimés, gélules pour visualiser couleur, forme et taille;
Des documents spécifiques pour les traitements injectables (reconstitution, techniques d'injections, etc.);
Les CD ROM, DVD et vidéo;
Le recours à l'interprétariat professionnel.

VII. - FORMATION DES PROFESSIONNELS

L'éducation thérapeutique se conçoit dans une dynamique centrée sur le patient et suppose une variété d'outils pédagogiques et une compétence justifiant une formation particulière. L'actualisation des connaissances sur l'ET, l'observance, la prévention est également utile. Le professionnel de santé ou l'acteur de santé doit connaître la pathologie liée au VIH, la physiopathologie et les traitements, ainsi que la prévention mais doit également posséder des compétences pédagogiques et des capacités d'échanges et de partage. Un certain nombre de formations peuvent être citées à titre indicatif parmi lesquelles :

- DUEP = diplôme universitaire d'éducation du patient;
- diplôme inter universitaire (DIU) de pédagogie médicale;
- IPCEM-formation;
- une sélection de formations diplômantes en promotion de la santé, éducation pour la santé et éducation du patient recensées par l'INPES (www.inpes.sante.fr);
- les formations dispensées par les sociétés savantes.

VIII. - ÉVALUATION

Il sera nécessaire de prendre en compte les éléments fournis par la HAS dans le référentiel à paraître.

L'évaluation ne porte pas uniquement sur les compétences acquises par le patient, mais également sur sa satisfaction et, plus largement, sur l'ensemble du programme (efficacité, intégration au processus de soins, coût, etc.). Les acteurs du programme doivent être partie prenante de l'évaluation et l'ensemble des acteurs concernés doit y être associé.

IX. - RÉFÉRENCES

Paterson DL, Swindelles S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Quiser C et al. : Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000 (133) :21-30.

Dangsborg DR, Perry S, Charlebois ED, Clark RA, Roberston M, Zolopa AR et al. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS* 2001 (15) : 1181-3.

Carrieri P, Cailleton V, Le Moing V et al. The Dynamic of adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy : Results from the French National APROCO Cohort. *J AIDS* 2001(28) : 232-9.

Berki-Benhaddad Z, Ecobichon JL, Mentre F, Capillon A, Certain A, Secondi C et al. Consultation d'observance pour des malades infectés par le VIH et traités par antirétroviraux dans un service de maladies infectieuses et tropicales. Mise en place et première évaluation. *Presse médicale* 2006 (35) : 1241-7.

Goujard C, Bernard N, Sohier N, Peyramond D, Lancon F, Chwalow J et al. : Impact of a patient education program on adherence to HIV medication : a randomized clinical trial. *J. AIDS* 2003 ; 34 : 191-194.

Carrieri MP, Leport C, Protopopescu C, Cassuto JP, Bouvet E, Peyramond D et al. Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy : a 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 Apr 1 ; 41(4) : 477-85.

Carrieri MP, Raffi F, Lewden C, Sobel A, Michelet C, Cailleton V et al. ; APROCO study group. Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response : a 3-year follow-up study. *Antiviral Therapy* 2003 Dec ; 8(6) : 585-94.

Pradier C, Bentz L, Spire B, Tourette-Turgis C, Morin M, Souville M et al. ; Efficacy of an educational and counselling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy : French prospective controlled study. *HIV Clin Trials*. 2003 Mar-Apr ; 4(2) : 121-31.

Rapport d'experts sur la prise en charge médicale du VIH 2004 (Pr Delfraissy) et 2006 (Pr Yeni).

Ivernois (d') JF, Gagnayre R ; Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. *Adsp*, n° 36, septembre 2001.

WHO regional Office for Europe therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group. 1998

ANNEXE II

PRÉVENTION DANS LE CHAMP DE LA SEXUALITÉ

Document rédigé au cours de la période 2005-2006 par le groupe de travail composé d'experts et d'acteurs de la lutte contre le VIH appartenant aux associations et organismes suivants : AIDES, ANRS, Comment Dire, DRASS Ile-de-France, DRASS PACA, hôpital Saint-Antoine (AP-HP), INPES, Sida Info Service, TRT 5.

L'objectif des actions de prévention chez les personnes vivant avec le VIH et chez les personnes consultant pour un accident d'exposition sexuelle au VIH s'inscrit dans le cadre des objectifs de la loi de santé publique : faire baisser l'incidence de l'infection par le VIH, des cas de SIDA et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

L'enquête sur les personnes vivant avec le VIH en France en 2004 (VESPA-ANRS) montre que plus d'un tiers des patients ont un mal-être psychologique peu favorable à une prise en charge médicale efficace et au maintien de conduites préventives et 40 % des patients sous traitement déclarent avoir des troubles de la sexualité.

Par ailleurs, l'analyse des données du BEH n° 48/2004 sur les consultations d'exposition au VIH montre que 1 consultant sur 2 a pris des risques sexuels avérés.

I. - IDENTIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMPÉTENCES

La priorité est d'identifier, au sein des acteurs de santé, des professionnels sensibilisés formés et volontaires pour aborder au sein de la prévention, le champ de la vie sexuelle et affective avec les patients. L'ensemble des professionnels de santé doit être sensibilisé, à l'entretien autour de la vie sexuelle et affective des personnes qui consultent pour un accident d'exposition au risque viral ou des personnes séropositives sous traitement. Les questions doivent être adaptées à la culture et au langage de chaque personne, en prenant le temps de l'écoute et le cas échéant en ayant recours à un interprétariat professionnel.

Les professionnels de santé et les membres associatifs doivent être formés en fonction des thématiques citées ci-dessus au sein de l'établissement de santé ou à l'extérieur dans le cadre d'un partenariat (Corevih, comité départemental d'éducation pour la santé, CRIPS, réseaux...). Plusieurs organismes proposent des formations centrées sur l'écoute et l'éducation pour la sexualité, pour la plupart répertoriées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) dans la rubrique « Agenda santé/formations » (www.inpes.sante.fr).

II. - DIFFÉRENTES MÉTHODOLOGIES D'INTERVENTION

Les personnes peuvent exprimer des besoins ou demandes particulières qui dépassent les compétences d'un intervenant. Dans ces situations et en accord avec le patient, le recours vers des acteurs spécialisés (psychologues, cadres socio-éducatifs, sexologues, assistants de service social, association d'usagers et de patients etc.) est d'une particulière importance.

Toutes les modalités d'interventions sont possibles : ateliers, groupe de parole, consultation classique, etc.

III. - LES LIEUX D'INTERVENTION

Soit au sein de l'établissement de santé, soit en dehors de celui-ci en collaboration, notamment, avec des professionnels de santé libéraux (réseaux, etc.), avec des associations d'usagers et de patients compétents dans des activités de
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs-ri2dhos-n-e2-238-du-15-juin-2007-relative-aux-missions-des-etablissem-ents-de-sante-en-matiere-deducation-therapeutique-et-de-prevention-dans-le-champ-de-l/>

soutien, d'information, d'éducation pour la santé dans le champ de la sexualité, de la prévention et de la vie avec les traitements (observance, effets indésirables).

IV. - QUAND ABORDER LES QUESTIONS DE PRÉVENTION ?

Pour les personnes vivant avec le VIH :

- lors de l'expression d'une plainte par le patient portant sur sa vie sexuelle et affective ;
- lors de l'expression par le patient de difficultés à maintenir un comportement de prévention ;
- lors des premières consultations après l'annonce de la séropositivité ;
- lorsque la question se pose d'informer son/sa partenaire de la séropositivité ;
- lors des consultations de suivi, ou lors d'un bilan annuel de synthèse en posant la question : « comment va votre vie sexuelle et affective ? ou « êtes vous satisfait de votre vie sexuelle et affective ? » ;
- lors des consultations de gynécologie ;
- à l'occasion d'une infection sexuellement transmissible ou du dépistage d'une co-infection avec les virus des hépatites ;
- lors d'un bilan de prévention globale (cardiovasculaire, d'un dépistage de cancer, de l'exploration d'une dépendance...).

Pour les consultants pour un accident d'exposition au VIH :

- lors de la consultation initiale ou lors du suivi des accidents d'exposition en particulier sexuel ;
- lors d'accidents d'exposition sexuels répétés.

V. - QUEL RYTHME, QUELLE FRÉQUENCE ?

Ces besoins identifiés permettent d'évaluer le nombre de consultations à mettre en place, en sachant que si une consultation peut aider, en moyenne deux à trois consultations par patient sont nécessaires sur un à deux mois.

Références

BEH n° 48/2004, Evaluation nationale de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH : impact des recommandations d'avril 2003.

BEH, Infections sexuellement transmissibles et VIH les comportements à risque toujours d'actualité !, n° 25/2006 20 juin 2006.

BEH, les données VIH/sida au 31 décembre 2005, n° 46, 28 novembre 2006.

Schiltz (M.-A.) Bouhnik (A.-D.), Préau (M.), Spire (B.), groupe d'étude ANRS-EN12-VESPA1, *La sexualité des personnes atteintes par le VIH : l'impact d'une infection sexuellement transmissible, Revue européenne de sexologie, n° 2 octobre 2006.*

NOTE (S) :

(1) « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH », rapport du groupe d'experts sous la direction du Pr Patrick Yeni, éditions Médecine-sciences, Flammarion, juillet 2006.