



Facteurs associés au Dépistage tardif du VIH

Données
épidémiologiques
en Ille et Vilaine

I/ VIH: données épidémiologiques:

- Au niveau mondial:
- 39,5 millions de personnes vivent avec le virus du VIH en 2006
- 4,3 millions nouvelles infections en 2006

- En France:
- 134000 personnes infectées en France en 2005
- 0,21% de la population Française
- 6300 nouveaux diagnostics en 2006

I/ VIH: données épidémiologiques:

- En Bretagne en 2007:
- 112 nouvelles séropositivités recensées
- 9 cas de SIDA / million d'habitants
- 71% d'hommes
- L'âge moyen: 39 ans

II/ Le dépistage tardif

- ➔ • Diagnostic clinique de SIDA au moment de la découverte de la séropositivité
- ➔ • Et/ou: un taux de lymphocytes $CD4+ \leq 200/mm^3$

En France: 28% des patients diagnostiqués en 2008 sont au stade tardif de la maladie.

En Bretagne: 14 des 32 nouveaux cas de SIDA ne connaissaient pas leur sérologie avant le diagnostic en 2006-2007

II/ Le dépistage tardif

Les conséquences du dépistage tardif:

→ Augmentation de la mortalité:

× 14 le risque de décès dans les 6 mois qui suivent la prise en charge médicale (étude de Jésus Castilla Espagne)

→ Augmentation de la morbidité:

Durée des pathologies opportunistes augmentée

Séquelles de pathologies opportunistes (LEMP, Toxoplasmose cérébrale...)

Risque de cancers accru

→ Moindre réponse aux trithérapies antirétrovirales

→ Conséquences épidémiques:

Propagation de la maladie

Absence de prise en charge des partenaires sexuels

III/ Dépistage et prévention

	Nombre de tests en 2008	Tests réalisés pour 1000 habitants en 2008	Tests réalisés dans les CDAG pour 1000 habitants	Tests positifs/1000 tests
En France	5 000 000	82/1000	4.9/1000	2.1/1000
En Bretagne	148 000	59/1000	4.7/1000	1/1000

Les CDAG réalisent en moyenne 8 % des tests de dépistage par an en France

Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs du test de dépistage

III/ Dépistage et prévention

La prévention en médecine générale

loi n° 2004-806 du 9 août 2004

- médecin traitant référent
- travail de santé publique, dimension préventive de leur démarche

loi de 1993

- obligation de proposition de test de dépistage chez la femme enceinte
- 18% des femmes séropositives diagnostiquées lors de la grossesse
- Césarienne et trithérapie

loi de 1988

- PES et kits gratuits de seringues pour les usagers de drogues
- Réduction de 25% à 9% des personnes diagnostiquées au stade SIDA

loi de 1985

- règles de sécurité sanitaire des poches de transfusion sanguine.

III/ Dépistage et prévention

Les parcours de soins des patients:

1/ Parcours de soins « idéal »



2/ Retard de prise en charge: Déni de la maladie



III/ Dépistage et prévention

Les parcours de soins des patients:

3/ Retard de dépistage: déni de la prise de risque



4/ Retard de dépistage et de prise en charge



IV/ Etude rétrospective

Objectifs de l'étude:

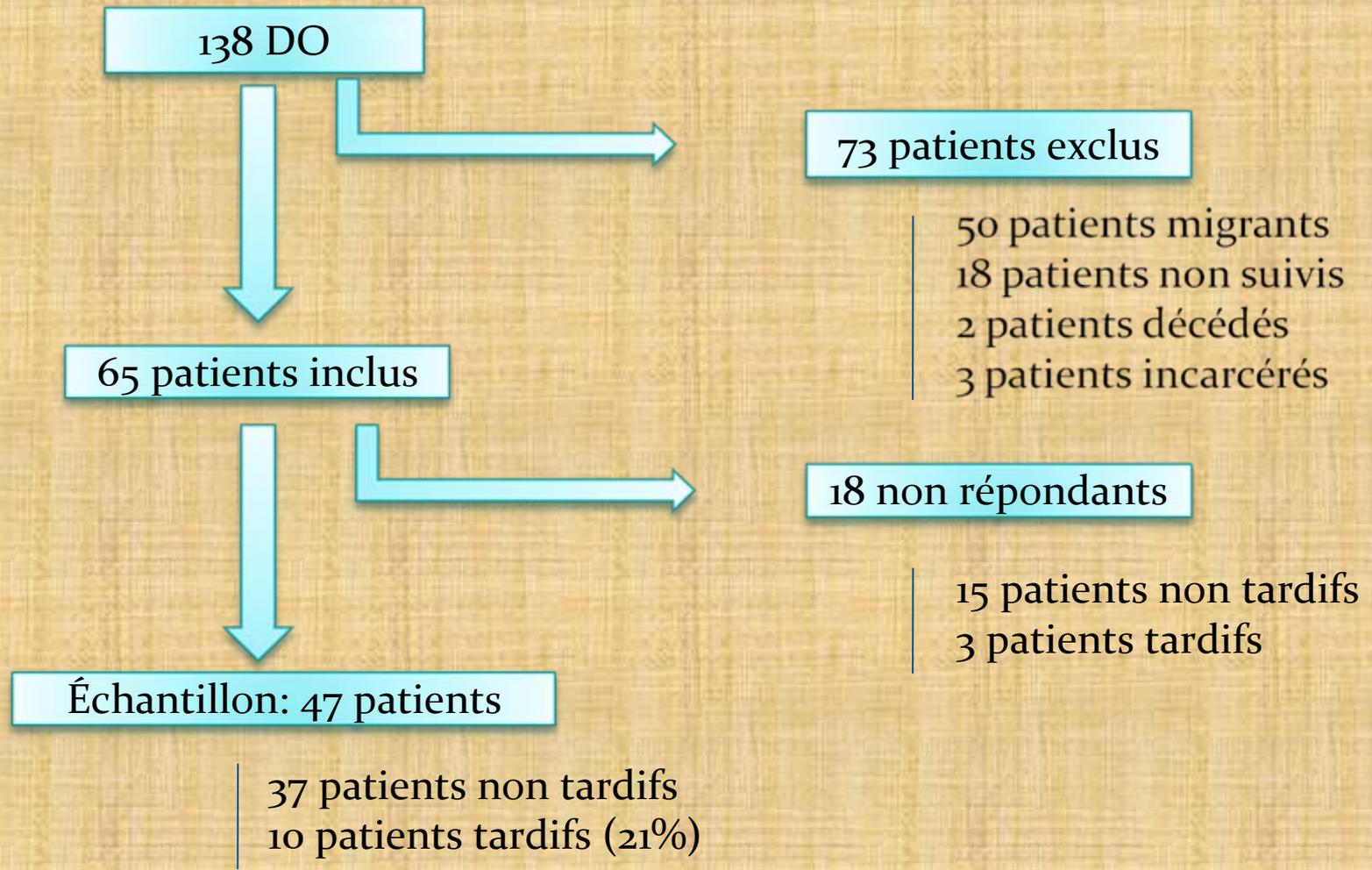
- Quel est le profil sociodémographique des personnes diagnostiquées tardivement ?
- Quel a été leur parcours de soins avant la découverte de l'infection par le VIH?
- Y a-t-il eu des opportunités de dépistage manquées au cours de ce parcours ?
- Quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage du VIH ?
- Quelles solutions peut-on proposer pour un diagnostic plus précoce ?

IV/ Etude rétrospective

Matériel et Méthode:

- Déclarations obligatoires (DO mars 2003):
DO émises par le laboratoire de virologie du CHU Pontchaillou
- Durée de l'étude:
Du 01 janvier 2004 au 31 mai 2008
- Critères d'inclusion:
Patient de plus de 18 ans ayant fait l'objet d'une DO
De nationalité française ou résidant en France depuis la naissance
Faisant partie de la file active du service référent (SMI du CHU)
- Données clinico-biologiques
Utilisation du logiciel 4D et des dossiers médicaux de soins
- Questionnaire
Lors des consultations de suivi au SMI
Adressé au domicile du patient

V/ Résultats



V/ Résultats

1/ Représentativité de l'échantillon:

- Selon le sexe:

Echantillon de l'étude: 86% d'hommes
138 DO: 66% d'hommes

- Selon l'âge:

Echantillon de l'étude: 44 ans
138 DO: 41 ans

- ➔ Population plus jeune et plus féminine chez les migrants
- ➔ 36 % des DO

V/ Résultats

2/ Données sociodémographiques des patients diagnostiqués tardivement:

- 8 patients /10 sont des hommes
- 44 ans
- 5 patients / 10 sont non diplômés (50% versus 16%)
- 9 patients /10 ont un emploi
 - 3 patients/ 10 ont un revenu \leq 1000 € / mois
 - 30% versus 16.2 %
- Domicile fixe, sans différence ville/campagne
- 8 patients / 10 sont célibataires (80% versus 59,5%)
- couverture sociale
 - 3 patients/10 bénéficient de la CMU (30% versus 8%)
 - 4 patients / 10 sécu+complémentaire (40% versus 70%)
- 7 patients / 10 sont homo ou bisexuels (70% versus 54,1%)

V/ Résultats

3/ Connaissance du dépistage:

- 5 patients tardifs /10 n'ont jamais réalisé de test avant celui revenu positif
- 8 patients tardifs /10 (80% versus 78%) n'ont jamais abordé le sujet du VIH avec leur généraliste
- 8 patients tardifs / 10 (80% versus 70%) n'ont jamais discuté des tests avec leur généraliste
- 6 patients /10 (60% versus 78%) ont consulté leur généraliste les 2 années avant le test
- 7 patients / 10 (70% versus 54 %) se disaient suffisamment informés sur le VIH

V/ Résultats

4/ Circonstances du dépistage:

- 6 patients / 10 sont malades et 5 ont une pathologie définissant le stade C de la maladie
 - pneumocystose (2)
 - sarcome de kaposi (1)
 - cryptosporidie (1)
 - lymphome malin non hodgkinien (1)
- 6 patients / 10 sont à l'origine de la demande (60% versus 35%)
- Seul 1 patient / 10 a fait le test suite à une prise de risque
- 7 patients / 10 moment difficile de la vie (séparation, problèmes financiers, décès...)

V/ Résultats

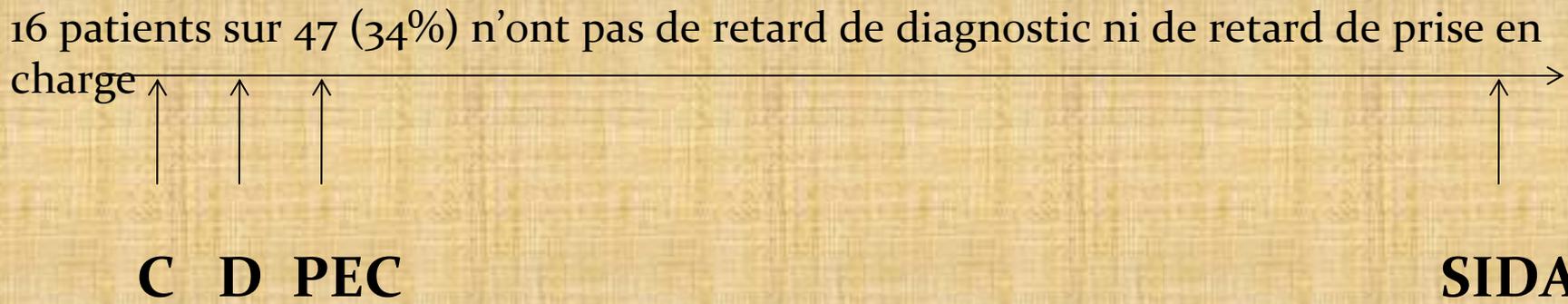
5/ Parcours de soins:

- 2 patients /10 n'ont pas de médecin traitant référent
- 9 patients /10 ne consultent pas d'autres généralistes
- 4 patients /10 n'ont jamais consulté leur généraliste durant les 2 années qui ont précédé le test (40% versus 22%)
- 3 patients tardifs /10 ont consulté des psychologues ou psychiatres
- Seul un seul patient n'a pas eu de contact avec le système de soin

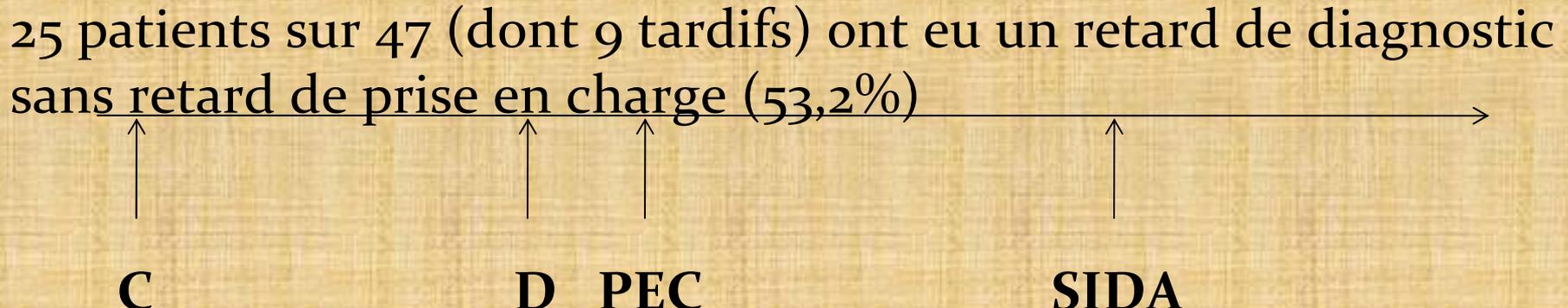
V/ Résultats

5/ Parcours de soins:

1/ Parcours de soins « idéal »

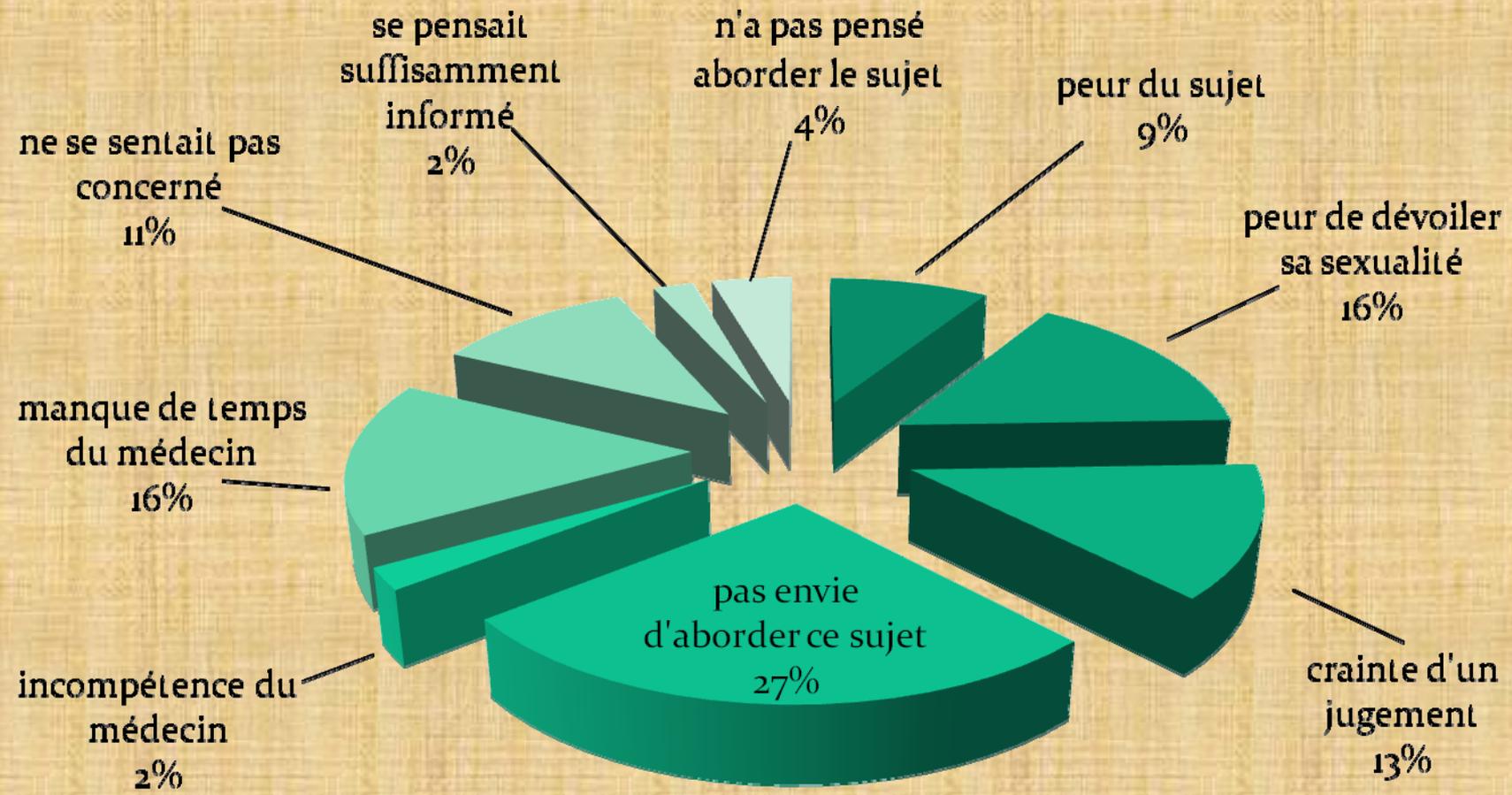


3/Retard de dépistage:« déni de la prise de risque »



V/ Résultats:

5/ sexualité et vie privée:



VI/ Discussion:

1/ limites de l'étude:

- Taille de l'échantillon
- Période du dépistage: souvenirs du patient

Nb: - Taux réponses 72%

VI/ Discussion:

2/ Comparaison à la littérature:

En France:

- En 2002, étude du docteur Vernay-Vaisse, région PACA, (Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France):

stade tardif 38%

âge: 39 ans

- En 2008

Stade tardif: 28% (INPES ensemble des nouvelles séropositivités)

VI/ Discussion:

2/ Comparaison à la littérature:

Enquête RETARD:

- première prise en charge hospitalière entre janvier 1997 et octobre 2003 en France dans les services de maladies infectieuses d'Île de France et de Midi Pyrénées
10169 patients inclus
- taux de CD4 choisi pour définir le retard était de $350/\text{mm}^3$
- Le retard de dépistage représente 47% des cas de SIDA

VI/ Discussion:

2/ Comparaison à la littérature:

Enquête RETARD:

- Facteurs associés au dépistage tardif:
 - Une nette prédominance chez les migrants
 - Une prédominance de femmes et de personnes nées en Afrique subsaharienne
 - La transmission par relations hétérosexuelles est la plus importante
 - L'âge moyen était de 39.5 ans
 - Les hommes âgés de plus de 50 ans représentent 30% de la population
 - 56 % sont célibataires

VI/ Discussion:

2/ Comparaison à la littérature:

Enquête RETARD:

- 50% des patients tardifs n'ont pas de revenu issu d'une activité professionnelle (versus 1 patient/10)
- 57% sont sans profession (versus 1 patient / 10)
- 75 % des tardifs ont un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (versus 5 patients/ 10)
- retard de diagnostic et non pas retard de prise en charge
- Tests réalisés avant: 40% (versus 5 patients/10)
- Test réalisé devant des signes cliniques: 55,5% (versus 6 patients/ 10)
- Patient à l'initiative du test: 51,3% (versus 6 patients /10)

VI/ Discussion:

2/ Comparaison à la littérature:

Enquête ARNS VESPA:

- Objectifs: décrire la vie des patients séropositifs en France, aux Antilles et en Guyane depuis l'avènement des trithérapies
- Décembre 2002 à octobre 2003 dans les hôpitaux français de métropole
- 3000 Patients inclus
 - de plus de 18 ans
 - séropositivité pour le VIH > 6 mois
 - français ou étrangers résidents en France \geq 6 mois
- Résultats
 - Dépistage tardifs: 33% des nouveaux dépistés ($CD_4 \leq 200/mm^3$ ou stade clinique C)
 - 15 % de prise en charge tardive

VI/ Discussion:

2/ Comparaison à la littérature:

Rapport Yéni:

- sources:

- centre national de référence du VIH (CNR VIH, laboratoire de virologie de Tours)
- base de données hospitalière française sur l'infection par le VIH

- données au 31 décembre 2006

- 33% des nouveaux séropositifs accèdent au système de soins au stade tardif (Stade C ou $CD4 \leq 400/mm^3$)

- Bretagne: une des régions les moins touchées par le VIH
- Le dépistage en Bretagne est inférieur à la moyenne nationale

VI/ Discussion:

2/ Comparaison à la littérature:

En Europe et aux Etats Unis:

En Espagne en 2000: Tardifs: 35%, hommes, 44 ans

En Grande Bretagne en 1992: Tardifs: 49%, hétérosexuel masculin, 50 ans

En Italie en 1997: Tardifs: 25,4%, hommes, 45 ans

Aux EU en 1998: Tardifs: 43%, des hommes, 39,5 ans

VI/ Discussion:

3/ L'offre de soins:

Ne semble pas être un facteur limitant les propositions de dépistage:

- 1 patient /10 n'a pas eu de contact avec le système de soins
- 3 patients / 10 bénéficient de la CMU (versus 8%)
- 4 patients / 10 sans généraliste mais consultent d'autres professionnels

4/ Prévention et proposition du test de dépistage:

La proposition du test reste faible

- 3 patients /10 se sont vus proposer le test par leur généraliste (lors maladie)
- 8 patients/ 10 n'avaient jamais eu de proposition avant le test (versus 70%)

VI/ Discussion:

3/ La sexualité en médecine générale:

Pour quelles raisons n'avez-vous jamais abordé le sujet du VIH et de la sexualité ?

- Pas envie d'aborder ce sujet (3/10) (versus 62% de l'échantillon)
- Peur de dévoiler sa sexualité (2 /10)
- Peur du sujet (1/10)
- Crainte d'un jugement (1/10)
- Incompétence du médecin (1/10)
- 2 n'ont pas donné de réponse

4/ Sexualité chez les spécialistes:

- 4 patients /10 consultent des spécialistes
- 21% de l'échantillon abordent leur vie intime avec les psychologues et les psychiatres (20% des tardifs)

VI/ Discussion:

5/ recueil du consentement:

- La méthode OPT IN: est basée sur le consentement préalable du patient. Ce mode de dépistage reste d'actualité en France et il est recommandé par le CNS (Conseil National du SIDA)
- La méthode OPT OUT: est basée sur le consentement implicite du patient. Le patient recourant aux soins donne automatiquement et globalement son consentement pour réaliser un dépistage au même titre que pour les autres actes techniques. Il est informé qu'une sérologie VIH sera pratiquée, et s'il s'y oppose, il doit exprimer son refus.
- Etats Unis en 2002 (Inungu JN):
 - Dépistages systématiques: 11,4% à 24,6%
 - nombre de personnes jamais testées 14,9 à 14,4%

VI/ Discussion:

5/ recueil du consentement:

Ryan C Burke³⁵, aux Etats Unis: « Pourquoi les médecins ne proposent pas fréquemment une sérologie VIH »

- le manque de temps
- le recueil du consentement
- le manque d'information et de connaissance
- le manque d'acceptation des patients

VII/ Quelles solutions?

Tests dépistages rapides

- résultat en trente minutes
- Uniquement dans les cas d'urgence:
 - Accident professionnel d'exposition au sang
 - Accident d'exposition sexuelle
 - Accouchement chez les femmes enceintes dont le statut sérologique par rapport au VIH n'est pas connu
 - Urgence diagnostique devant la survenue d'une pathologie aiguë évocatrice d'un stade SIDA

Autres utilisations éventuelles?

- Milieux associatifs comme AIDES, ACT UP
- Outil supplémentaire de dépistage pour les médecins généralistes

VII/ Quelles solutions?

Cibler les populations à risques

- Hommes
- Hétérosexuel / bisexuel
- Agés de plus de 40 ans
- Vivant dans la précarité
- Peu diplômés

Consentement?

Bilan systématique?

Meilleure implication de l'ensemble des professionnels de santé? (psychologues et psychiatres?)

VII/ Conclusion

- Dépistage tardif reste un problème de santé publique
- Opportunités manquées de dépistage sont nombreuses
- Prévention et dépistage doivent avoir une place plus importante en médecine générale
- Tests rapides en expérimentation en médecine générale
- Etude à venir au niveau national en 2009, réalisée par l'INVS (Caroline Semaille, Stéphane Le Vu, Sylvie Deuffic-Burban, Karen Champenois et Yazdan Yazdanpanah)