



HAL
open science

Les opportunités manquées de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en médecine générale : enquête auprès de patients diagnostiqués tardivement (CD4

Ophélie Chrétien

► **To cite this version:**

Ophélie Chrétien. Les opportunités manquées de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en médecine générale : enquête auprès de patients diagnostiqués tardivement (CD4

HAL Id: dumas-01228815

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228815v1>

Submitted on 13 Nov 2015

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

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

UNIVERSITE DE ROUEN

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen

Année 2015

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

CHRETIEN Ophélie

Née le 02/11/1985 à Beauvais

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2015

Les opportunités manquées de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en médecine générale.

Enquête auprès de patients diagnostiqués tardivement ($CD4 < 350/mm^3$ ou stade SIDA) entre 2010 et 2013 et suivis dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen.

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Christophe PLANTIER

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Karl FELTGEN

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur François CARON

Monsieur le Docteur Manuel ETIENNE

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence

Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie

Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB économie de la santé	Législation pharmaceutique et
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique

Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien
Roue*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Un grand merci

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe Plantier,

Pour avoir rapidement accepté de présider ce jury de thèse, soyez assuré de ma reconnaissance. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur François Caron,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez accepter l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. J'espère qu'il se montrera à la hauteur de vos attentes.

A Monsieur le Docteur Feltgen Karl,

Pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse, pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail, pour votre disponibilité et votre écoute, vos nombreuses relectures, trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Manuel Etienne,

Je vous remercie d'avoir répondu à mon invitation, et d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Un grand merci

Au Docteur Stéphane Bord, merci beaucoup pour m'avoir aidé à formuler ce sujet de thèse, pour ta gentillesse et ta disponibilité depuis que je suis venue en stage dans ton cabinet.

Au COREVIH de Haute-Normandie, notamment :

A Guillemette Unal, pour ton aide précieuse et ta gentillesse concernant les démarches auprès du comité de protection des personnes, de la CNIL, pour le recueil des questionnaires, ta relecture et tes suggestions.

A David Théron, pour ta disponibilité et ta gentillesse, pour ton aide précieuse pour le recueil des questionnaires auprès des patients.

A Mme Plumcocq, pour le recrutement des patients à partir de NADIS.

Aux infirmières et secrétaires de l'hôpital de jour du service des maladies infectieuses du CHU de Rouen, pour avoir accepté de prendre le temps de donner et récupérer les questionnaires auprès des patients.

Aux médecins du service de maladies infectieuses, pour leur collaboration dans le recueil des questionnaires.

A Berge Joulakian, pour ton inestimable aide à l'analyse statistique.

A Victoria Mulot, pour tes quelques conseils qui m'ont bien aidé.

Aux patients qui ont accepté de remplir les questionnaires, sans eux ce travail n'aurait pas été possible.

A mes parents, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont toujours soutenu durant ces longues années d'études de médecine, je vous aime.

A toute ma famille, qui m'a toujours encouragée tout au long de ces années, je pense à vous.

A tous mes ami(e)s et collègues de travail,

Camille, Alexander, Aurélie, Mélanie, Guillaume, Marjorie, Jennifer, Lucile, Nicolas, Sophie, Lucie ...Et tous ceux que j'oublie. Merci pour votre soutien et vos conseils dans les moments difficiles, pour les moments de détente et de rigolade, pour les bons souvenirs.

Et à tous ceux que j'oublie mais qui ont partagé avec moi ces années de médecine d'une manière ou d'une autre.

Sommaire

Liste des abréviations.....19

1) **Introduction**.....20

- 1.1) Epidémiologie de l'infection à VIH en France et dans le monde
- 1.2) Méthodes de dépistage de l'infection à VIH
- 1.3) Les enjeux du dépistage
- 1.4) Une importante activité de dépistage du VIH en France, mais toujours 25% de diagnostics tardifs
- 1.5) Principes du dépistage actualisés en 2013
- 1.6) Opportunités manquées de dépistage
- 1.7) Les freins au dépistage
- 1.8) Place du médecin généraliste dans le dépistage du VIH
- 1.9) Objectif de l'étude et question de recherche

2) **Matériels et méthodes**.....33

- 2.1) Recherche bibliographique
- 2.2) Objectifs de la recherche
- 2.3) Critères d'inclusion
- 2.4) Mise en place de la recherche
 - 2.4.1) Etude des dossiers médicaux des patients à partir du logiciel NADIS.
 - 2.4.2) Elaboration du questionnaire-patients
 - 2.4.3) Approche des patients
- 2.5) Analyse statistique
 - 2.7.1) Effectifs
 - 2.7.2) Analyse bivariée

3) Résultats	41
3.1) Inclusion	
3.2) Comparaison des caractéristiques descriptives entre les répondants (n=38) et les non-répondants (n=51) au questionnaire.	
3.3) Analyse descriptive des résultats des 38 questionnaires	
3.3.1) Caractéristiques sociodémographiques	
3.3.2) Modalités de suivi des patients en médecine générale avant la découverte du VIH	
3.3.3) Modalités de recours au système de soins	
3.3.4) Opportunités manquées de dépistage	
3.3.5) Evocation du VIH et de la sexualité avec le médecin traitant	
3.4) Analyse bivariée	
4) Discussion	66
4.1) Validité de l'étude	
4.2) Discussion des résultats et comparaison à la littérature	
4.3) Comment améliorer les pratiques de dépistage du VIH et diminuer le nombre d'opportunités manquées à l'origine de diagnostics tardifs.	
Conclusion	80
Bibliographie	82
Annexes	86
Résumé	103

Liste des abréviations

ARV: traitement anti-rétroviral

BEH: Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CNGE: collège national des généralistes enseignants

CPP: comité de protection des personnes

CDAG: centres de dépistage anonymes et gratuits

CNIL: commission nationale de l'informatique et des libertés

CNS: conseil national du SIDA

COREVIH: Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH

EBV: virus d'Epstein-Barr

FHDH: French hospital database on HIV (base de données hospitalière Française sur le VIH)

HAS: Haute-Autorité de santé

HSH: hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

IST: infections sexuellement transmissibles.

LT CD4: lymphocytes T CD4

MG: médecin généraliste

PVVIH: personnes vivant avec le VIH

SIDA: syndrome de l'immunodéficience acquise

TasP: treatment as prevention (traitement comme outil de prevention)

TEC: Technicien d'étude clinique

TROD: tests rapides à orientation diagnostique

VESPA: VIH enquête sur les personnes atteintes

VIH: virus de l'immunodéficience humaine.

1) Introduction

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est décrit pour la première fois en 1981 aux Etats-Unis en Californie, et le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) est identifié en 1983 par l'équipe du Pr Montagnier, à l'institut Pasteur de Paris (1).

Faute de traitements efficaces, l'épidémie se propage alors au niveau mondial.

Malgré un grand nombre de tests de dépistage du VIH réalisés en France, et à l'heure où nous disposons maintenant de multi-thérapies efficaces, il reste encore 25% de diagnostics tardifs avec un nombre de LT CD4 < 200/mm³, en 2013.

L'hypothèse est qu'il existe de nombreuses opportunités manquées de proposition d'un test de dépistage lors du parcours de soin de ces patients avant le diagnostic de leur maladie.

L'objectif de notre travail sera d'identifier les occasions manquées de proposition d'un test de dépistage, plus particulièrement lors du parcours de soin en médecine générale, et de déterminer s'il existe des facteurs de risque leurs étant associées. Pour cela, nous nous sommes intéressés à une population de patients diagnostiqués tardivement (LT CD4 < 350/mm³ ou stade SIDA) au cours des années 2010 à 2013 et actuellement suivis dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen.

En préalable, nous rappellerons les derniers chiffres d'épidémiologie de l'infection à VIH en France, les principales méthodes de dépistage ainsi que les principaux enjeux du dépistage aujourd'hui, à la fois sur le plan individuel et collectif.

Puis nous présenterons les principes du dépistage actualisés en 2013, les résultats de l'étude ANRS-Opportunités de Karen Champenois, les freins rencontrés au dépistage, et enfin le rôle du médecin généraliste dans le dispositif de dépistage et d'orientation des patients en soins primaires.

1.1) Épidémiologie de l'infection à VIH dans le monde et en France.

Dans le monde :

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2014 est de 36.9 millions, avec 2 millions de personnes nouvellement infectées en 2014 (2), soit 38% de moins qu'en 2001 (3).

Les décès liés au SIDA sont de 1.2 millions en 2014. (2).

En France :

Des modèles mathématiques ont permis d'estimer la taille de l'épidémie cachée.

Près de 150 000 personnes vivent avec le VIH en 2013, et parmi celles-ci, près de 30 000 l'ignorent (4).

5.2 millions de sérologies ont été réalisées en 2013 (chiffre stable entre 2011 et 2013) avec 11300 qui sont revenues positives, soit une augmentation de 7% entre 2011 et 2013, permettant de penser que les propositions de dépistage seraient mieux ciblées, notamment grâce au dépistage par TROD (5).

En 2013, on note 6220 nouvelles découvertes d'infection au VIH (6090 en 2011) dont :

- 43% d'HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes)
- 37% d'hétérosexuels nés à l'étranger
- 18% d'hétérosexuels nés en France
- 1% d'usagers de drogues intraveineuses.

Ainsi l'incidence du VIH reste très forte dans certains groupes de population : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), populations immigrées d'Afrique subsaharienne, île de France, les DOM, en particulier la Guadeloupe et la Guyane. (6)

Parmi les découvertes de séropositivités VIH en 2013 (6):

- 39% sont précoces avec $CD4 > 500/mm^3$ ou stade de primo-infection.
- 25% sont tardives avec $CD4 < 200/mm^3$ ou stade SIDA (29% en 2011).

Le nombre de diagnostics précoces a augmenté depuis 2011 et le nombre de diagnostics tardifs à tendance à diminuer, sauf chez les HSH où il reste stable.

On note ainsi une diminution du délai entre contamination et diagnostic de l'infection.

Mais 24000 à 29000 patients infectés s'ignorent et sont responsables de 60% des nouvelles contaminations (4).

Stade clinique lors de la découverte de l'infection en 2013 (6):

- Asymptomatique dans 66% des cas.
- Stade de primo-infection dans 10% des cas.
- Stade asymptomatique non SIDA dans 12% des cas.
- Stade SIDA dans 11% des cas.

Statut immunologique lors de la découverte en 2013 (6):

- 34% avec $CD4 > 500/mm^3$.
- 42% avec $200 < CD4 < 499/mm^3$.
- 24% avec $CD4 < 200/mm^3$.

Le nombre de diagnostic en stade SIDA en 2013 concerne 1200 personnes. (6)

Enfin, les motifs de réalisation des sérologies positives en 2013 (6):

- 28% pour signes cliniques ou biologiques (en diminution).
- 23% dans le cadre de bilans systématiques comme la grossesse (en augmentation).
- 21% dans le cadre d'une exposition récente à un risque.
- 14% dans un contexte de dépistage orienté (en augmentation).
- 15% pour autre motif.

1.2) Méthodes de dépistage de l'infection à VIH

Actuellement, après accord et consentement éclairé du patient, les trois méthodes de dépistage du VIH sont (7):

- Dépistage classique à partir d'une prise de sang : Test dit de 4^{ème} génération avec un seul réactif ELISA permettant la détection combinée des anticorps anti-VIH1 et VIH2 et la détection de l'antigène p24 du VIH 1 (fiable 6 semaines après l'exposition au risque). Un test de confirmation (western blot) est réalisé sur le premier échantillon dès que le test ELISA est positif (8).
Pour rappel, l'évolution des marqueurs virologiques de l'infection à VIH (9), en **annexe 1**.
- Les tests de diagnostic rapide à orientation diagnostique du VIH (TROD), permettant un dépistage immédiat à partir d'une goutte de sang. La lecture est immédiate ou dans les 30 minutes. Le résultat est fiable si l'exposition au risque est supérieure ou égale à 3 mois. Leur utilisation est fixée par l'arrêté du 9 novembre 2010 (10). Si le résultat est positif, il doit être confirmé par un dépistage classique par test de 4^{ème} génération.
- Les autotests : Tests unitaires pour la détection des anticorps anti VIH1 et VIH2. Réalisés sur sang total ou sur liquide cravculaire (.fluide gingival) Ils ne sont pas adaptés pour la découverte d'infections récentes (le risque doit être supérieur à 6 mois). Le 3 juillet 2012, un autotest salivaire a été agréé aux Etats-Unis (Oraquick In-Home HIV test®). En France, il est prévu une mise à disposition prochaine dans les pharmacies de l'autotest SURE CHECK® VIH (société AAZ) dans le cadre d'un partenariat avec Sida Info Service (attendus pour septembre 2015). Selon le rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH, « ils doivent constituer un dispositif additionnel et complémentaire de l'offre existante de dépistage de l'infection à VIH. Les autotests ne peuvent se substituer à l'offre existante, car ils proposent un résultat qui doit être confirmé par un test biologique conventionnel » (11)

1.3) Les enjeux du dépistage

Aujourd'hui, alors que des traitements efficaces sont disponibles, l'intérêt du dépistage précoce est double, sur le plan individuel et sur le plan collectif (12):

Sur le plan individuel :

Une prise en charge et un traitement précoce chez le patient asymptomatique augmentent l'espérance de vie en retardant l'évolution vers un stade évolué de la maladie (stade SIDA), permettent d'éviter les complications liées à la maladie (diabète, hyperlipidémies...), de préserver la fonction immunitaire du patient, et de maintenir une bonne qualité de vie. La connaissance de sa séropositivité permet aussi de protéger le ou les partenaire(s).

Depuis 2013, un traitement antirétroviral doit être proposé à tout patient infecté par le VIH quels que soient son statut immunitaire et son niveau de charge virale. (12)

Une étude a montré que le virus du VIH est capable de se répliquer et d'évoluer de manière totalement indépendante dans le cerveau de certains patients lors des premiers stades de l'infection. Les auteurs estiment qu'un traitement initié moins de 3 mois après le début de l'infection peut empêcher l'établissement d'un réservoir viral dans le cerveau.

L'initiation du traitement antirétroviral (ARV) au moment de la primo-infection diminue la souffrance neuronale liée au virus (13).

L'étude START est un essai randomisé international lancé en 2011 jusqu'à juillet 2015, qui confirme l'intérêt de débiter un traitement antirétroviral le plus précocement possible, quel que soit le taux de LT CD4. L'étude utilise un critère combinant les événements graves liés au SIDA (par exemple les cancers liés au SIDA), les événements graves non liés au SIDA (maladie cardiovasculaire, rénale, hépatique ou cancers) et la mortalité. La comparaison s'est faite entre deux groupes, le premier prenant le traitement précocement, quel que soit le taux de LT CD4, et le second le prenant dès que le taux de LT CD4 chutait en dessous de 350/mm³. Le risque d'événement grave lié à l'infection par VIH est ainsi réduit de 72 %, et celui d'événements sérieux non liés à l'infection de 59% avec un traitement précoce par rapport à un traitement différé (14).

Sur le plan collectif :

Un traitement antirétroviral introduit précocement réduit très nettement le risque de transmission du virus en maintenant une charge virale indétectable (charge virale <50 copies/ml), et permet aux personnes se sachant infectées de réduire leurs comportements à risque (15).

La probabilité de modifier son comportement sexuel en adoptant des conduites préventives est deux fois plus élevée lorsqu'on sait qu'on est infecté par le VIH que lorsqu'on l'ignore (16).

Dépister et initier le traitement antirétroviral le plus tôt possible chez les patients asymptomatiques est ce qui est le plus efficace pour éviter de nouvelles contaminations, et enrayer la dynamique de l'épidémie. Le traitement est considéré aujourd'hui comme un outil de prévention (TasP ou treatment as prevention) : Ce concept a été popularisé en 2008 par le rapport Hirschel (du nom d'un médecin suisse, le Pr Bernard Hirschel). Une personne infectée par le VIH, suivie et traitée par trithérapie antirétrovirale, strictement observante, avec une charge virale indétectable depuis plus de six mois et exempte de toute autre IST (infection sexuellement transmissible), n'est plus susceptible de transmettre le VIH par le biais de contacts sexuels (17).

L'efficacité préventive du traitement antirétroviral a été confirmée en 2011 par l'étude HPTN 052 (réalisée de 2007 à 2011 dans 9 pays auprès de 1763 couples sérodifférents, essentiellement hétérosexuels). Elle conclut que le traitement précoce (CD4 entre 350 et 550/mm³) réduit le risque relatif de transmission hétérosexuelle du VIH de 96% (IC : 73-99) par rapport à un traitement différé (CD4 < 250/mm³ ou symptômes) (18).

L'étude PARTNER est une étude multicentrique (75 sites européens) qui a étudié le risque de transmission du VIH au sein de couples sérodifférents.

767 couples sérodifférents (homosexuels masculins et hétérosexuels) ont participé à l'étude :

-Le partenaire séropositif était sous traitement ARV efficace (CV<200 copies/ml).

-Les rapports étaient occasionnels et non protégés.

Le risque de transmission du VIH entre les deux partenaires du couple a été étudié.

Après 894 couple-années de suivi, il n'y a eu aucun cas de transmission du VIH malgré une fréquence élevée de rapports non protégés (19).

1.4) Une importante activité de dépistage du VIH en France en 2013, mais toujours 25% de diagnostics tardifs

La France est classée parmi les premiers pays en Europe en termes de nombre de dépistages de l'infection à VIH avec 5.2 millions de sérologies VIH réalisées, soit un taux de 80 tests pour 1000 habitants en 2013 (chiffre stable depuis 2011) (5).

La phase asymptomatique de la maladie est longue (environ 7 à 10 ans), et les personnes dont l'infection à VIH n'est pas diagnostiquée et donc non traitée, sont à l'origine de nouvelles contaminations.

Comme cela a été dit plus haut, il a été estimé que sur les 150 000 PVVIH en France, 24000 à 29000 personnes ignorent leur statut et sont responsables de 60% des nouvelles contaminations (4).

25% des patients sont diagnostiqués avec $CD4 < 200/mm^3$ en 2013, traduisant un délai de plusieurs années entre leur contamination et le diagnostic (6).

Il existe donc, à l'évidence, de nombreuses opportunités manquées de proposition d'un test de dépistage (cf. paragraphe 1.6 de l'introduction pour la définition de l'opportunité manquée de dépistage selon l'étude ANRS-Opportunités de Karen Champenois (20))

Ce constat avait conduit à systématiser la proposition de dépistage pour l'ensemble de la population sans test récent, hors notion d'exposition à un risque, dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (2010-2014), avec les recommandations suivantes (21):

-L'incitation au dépistage à l'initiative des médecins généralistes ou des services de première ligne en population générale pour toute personne de 15 à 70 ans en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination ;

-L'incitation à un dépistage régulier chaque année dans les groupes où l'infection à VIH est la plus prévalente, comme les populations migrantes originaires de pays de forte endémie (Guyane, Afrique Subsaharienne, île de France...)

-La proposition d'une offre de dépistage communautaire à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

On remarque que l'activité de dépistage du VIH en France a augmenté dans la première année qui a suivi les recommandations d'élargissement du dépistage, puis s'est stabilisée sur 2011-2013, montrant les limites de faisabilité de la stratégie de dépistage généralisée.

L'augmentation du nombre de sérologies positives constatées depuis 2011 peut s'expliquer par un dépistage plus ciblé auprès de populations exposées, (qu'il s'agisse de dépistage communautaire par TROD ou de la répétition de tests dans des populations particulièrement exposées). (22)

1.5) Les principes du dépistage actualisés en 2013 (23):

Parallèlement à la stratégie développée en population générale, la Haute autorité de santé (HAS) a recommandé le maintien et le développement d'une offre de dépistage ciblée à certaines populations. Le groupe d'experts 2013 sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH soutient cette stratégie.

Les éléments devant amener à proposer un test de dépistage du VIH sont:

- La notion d'une exposition à un risque d'infection par le VIH en population générale.
- Les situations suivantes:

Selon les populations :

Certaines populations devraient se voir offrir, à une fréquence régulière, un test de dépistage du VIH :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).
- Les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.
- Les populations des départements français d'Amérique et des autres caraïbes.
- Les usagers de drogues injectables (UDI).
- Les personnes originaires d'une zone à haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne.
- Les personnes en situation de prostitution.
- Les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH.
- Les populations en situation de précarité.
- L'entourage familial des personnes vivant avec le VIH.

Selon les circonstances quelle que soit la population:

Un test de dépistage de l'infection à VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières :

- Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C.
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose.
- A l'entrée en détention ou en cours d'incarcération.
- Interruption Volontaire de Grossesse.
- Première prescription d'une contraception.
- Viol.
- Projet de grossesse et grossesse (la proposition systématique de dépistage doit être faite lors de la 1^{ère} consultation prénatale et réitérée au 6^{ème} mois de grossesse aux femmes exposées à un risque, ainsi qu'à tous les pères à l'examen du 4^{ème} mois).

Sur la base de données cliniques ou biologiques particulières:

-Cancers, tuberculose, zona, pneumopathie, infections herpétiques récidivantes, dermatite séborrhéique, asthénie chronique, syndrome pseudo-grippal prolongé ou atypique, lymphopénie, amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexpliquée, etc.

- Concernant les personnes les plus exposées au VIH (HSH, migrants originaires de zones à forte prévalence, usagers de drogues intraveineuses...) : stratégie de prévention combinée mobilisant toute la palette des outils de prévention : l'usage du préservatif, le dépistage sous toutes ses formes (y compris les autotests), les traitements chez les personnes séropositives mais aussi en post, voire préexposition pour les séronégatifs.

Les différentes catégories cliniques de l'infection à VIH et la classification de la maladie à VIH (1993) sont rappelées en **annexes 2 et 3** (24).

1.6) Opportunités manquées de dépistage

L'étude ANRS de Karen Champenois et ses collaborateurs, en 2013, a démontré que chez les personnes nouvellement diagnostiquées VIH+, il existait de nombreuses occasions manquées de diagnostic durant leur parcours de soins en médecine générale (20).

L'objectif de l'étude était d'identifier les opportunités manquées de dépistage et de diagnostic du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués (diagnostic <6 mois), en explorant les antécédents médicaux et le parcours de soins (retour sur la période entre 3 ans et 3 mois avant le diagnostic de l'infection).

Définition de l'opportunité manquée de dépistage du VIH :

- Il y a contact du patient avec une ou des structures de soin dans les 3 années précédant le diagnostic du VIH durant lequel :

-Le patient consulte pour des symptômes pouvant être associés au VIH (avec symptômes survenus >3mois avant le diagnostic de VIH) : fièvre persistante (>1mois), diarrhée prolongée>1 mois, perte de poids>10%, présence d'adénopathies, lésions cutanées pouvant être reliées au VIH (dermatite séborrhéique, herpès/zona, leucoplasie chevelue de la langue), candidose buccale ou œsophagienne, pneumopathie, tuberculose pulmonaire, infections bactériennes récidivantes, IST, hépatites virales.

Et,

-Le patient mentionne faire partie d'un groupe à risque (HSH, utilisateur de drogues IV et patients originaires d'Afrique Subsaharienne).

- Et il n'y a pas de proposition de test de dépistage par l'équipe soignante.

L'étude a inclus 1008 patients sur 69 centres répartis sur toute la France (avec proportion plus élevée d'HSH : 53%).

Le schéma de l'étude inclut un recrutement des patients prospectif, et un recueil des données rétrospectif (3 années avant le diagnostic de VIH).

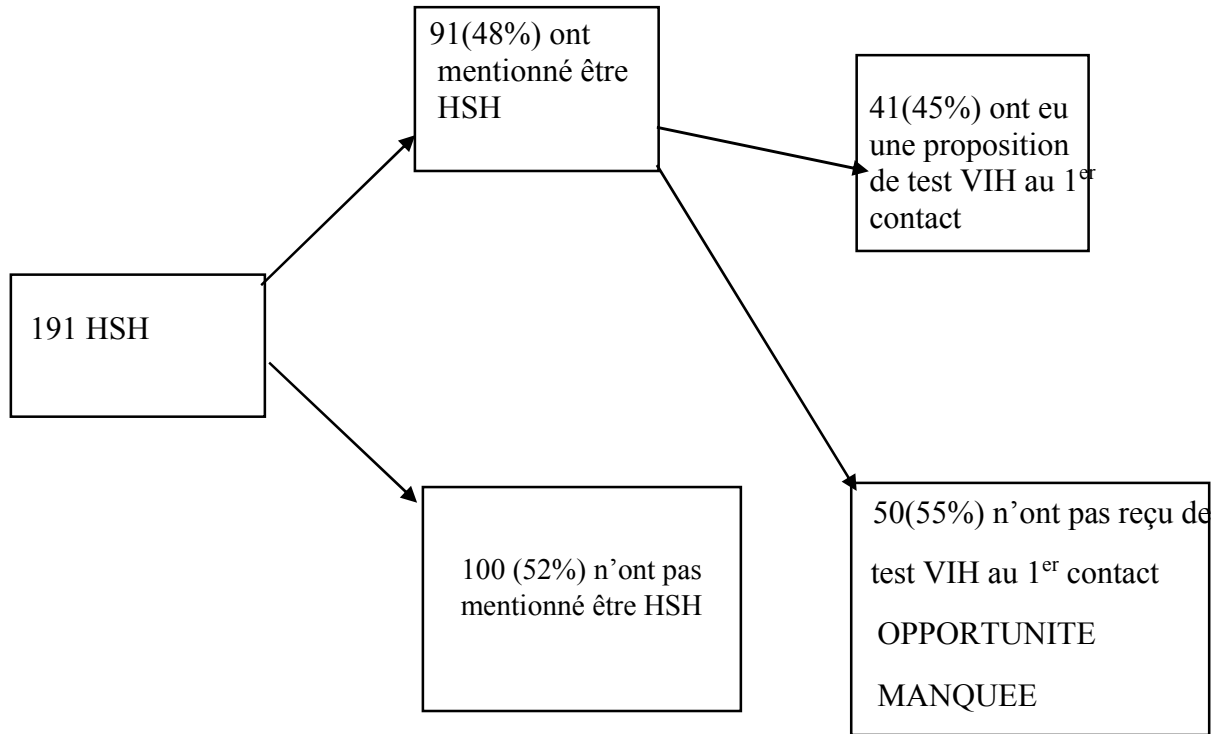
Population d'étude :

- Patient âgé > 18 ans
- Résidant en France > 1 an
- Se présentant dans un service VIH
- A la suite d'un diagnostic récent de VIH (maximum 6 mois)
- Premier diagnostic du VIH réalisé en France

Principaux résultats :

- Recours à une structure de soins :
994 (99%) patients ont ≥ 1 recours à une structure de soins dans les 3 ans avant le diagnostic de VIH (Recours au médecin généraliste, au médecin spécialiste, à l'hôpital, au service des urgences, ou autres services de soins), dont 922 (93%) ont consulté un médecin généraliste.

- Opportunités manquées de dépistage chez les HSH asymptomatiques :



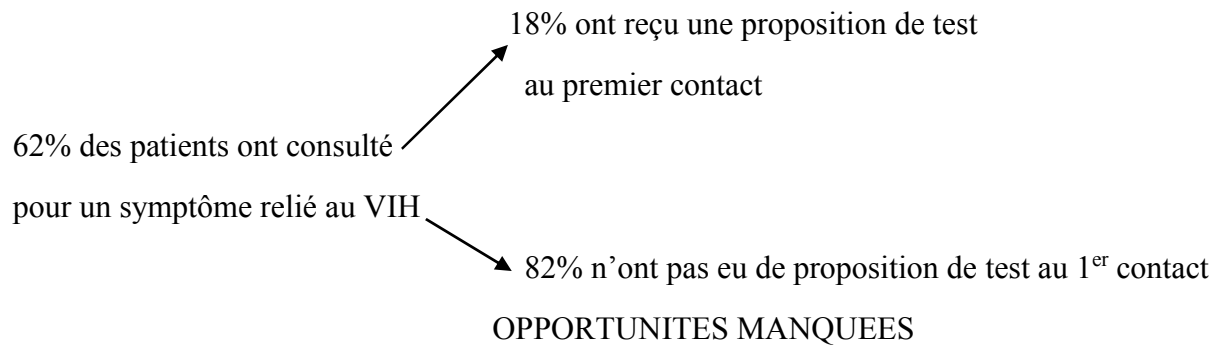
- Opportunités manquées de dépistage dans le cas de symptômes liés au VIH :

(Fièvre >1mois, diarrhées >1mois, perte de poids >10%, adénopathie, dermatite séborrhéique, prurigo, onychomycose, herpès buccal, leucoplasie chevelue, candidose buccale, zona, pneumopathie communautaire, tuberculose pulmonaire, infections bactériennes récidivantes, IST, hépatites virales):

364 (62%) patients ont consulté avec un symptôme pouvant être lié au VIH :

-65 (18%) ont reçu une proposition de test au premier contact

-299 (82%) n'ont pas reçu de proposition de test au premier contact (opportunité manquée). L'étude estime que 78% d'entre eux étaient déjà infectés par le VIH à ce moment-là.



En conclusion :

- Les soignants parviennent très insuffisamment à identifier efficacement les personnes à risque d'exposition au VIH :
 -Soit qu'ils n'abordent pas la question quand le patient ne mentionne pas lui-même des facteurs de risques,
 -Soit qu'ils ne prennent pas l'initiative de proposer un test alors que le patient mentionne de tels risques.

Sur 191 HSH, 91 (48%) ont mentionné être HSH : 55% n'ont pas reçu de proposition de test au premier contact, en dépit du fait qu'ils appartiennent à un groupe à risque.

- L'étude montre aussi l'échec à identifier les symptômes pouvant être reliés au VIH :
 82% ont consulté avec un symptôme pouvant être relié au VIH et n'ont pas reçu de proposition de test.

L'étude de Karen Champenois conclut que des patients récemment diagnostiqués pour le VIH ont été en contact avec une structure de soins dans les trois années précédant ce diagnostic, et n'ont pas reçu de proposition de dépistage de la part des soignants malgré le fait qu'ils ont lors de ce contact, soit mentionné leur appartenance à un groupe dit à risque, soit consulté pour des symptômes pouvant être évocateurs ou associés à une infection par le VIH.

1.7) Les freins au dépistage sont nombreux

Deux modes de recours au dépistage peuvent être distingués :

- soit dans le cadre d'une démarche volontaire de dépistage, demandé par la personne elle-même.
- soit le dépistage est proposé par le système de soins.

- Les freins à la démarche volontaire de dépistage :

-Personnes en situation de précarité sociale et économique, et populations migrantes (relèguent souvent les préoccupations de la santé au second plan) (11).

-La perception qu'ont les personnes de la maladie et du risque personnel d'être contaminé par le VIH influe sur la capacité à se sentir concerné par le dépistage. Pour certains patients il leur est impossible d'identifier les risques auxquels ils ont été exposés. (11)

Il apparaît en effet que les groupes de population considérés comme à faible risque d'infection par le VIH (tels que les français non-migrants hétérosexuels, les personnes appartenant aux tranches d'âges plus élevées, les personnes mariées avec enfant, et les hétérosexuels non multipartenaires), présentent des risques de retard au dépistage et à la prise en charge plus élevés que les personnes appartenant à des groupes identifiés comme fortement exposés au VIH, et faisant l'objet de politiques ciblées d'incitation au dépistage (25).

Le fait de ne pas se sentir personnellement concerné par le dépistage ou comme à risque d'acquérir le VIH est un frein important au dépistage (26).

-Les freins organisationnels : Les horaires (insuffisants, inadaptés) et la localisation des CDAG (difficultés d'accès en milieu urbain pour les populations rurales)

-Le délai d'attente des résultats.

-La peur du résultat du test de dépistage, la peur de la maladie, la stigmatisation et l'isolement en cas de test positif, la méconnaissance des traitements et de leur gratuité...

L'enquête VESPA 2 a souligné qu'un des aspects majeurs de la vie avec le VIH est l'isolement (27).

Une revue de la littérature a étudié les obstacles à la réalisation d'un test de dépistage du VIH/sida chez les populations migrantes d'origine subsaharienne. Les obstacles identifiés sont multifactoriels, principalement socio-culturels et environnementaux. La stigmatisation, les représentations culturelles liées à la maladie, le manque de connaissances sur le système de santé sont des barrières à la prévention et à l'utilisation des services de soins (28).

- Les freins au dépistage proposé par les soignants (11) :

-Les conditions d'exercice : le manque de temps et d'habileté pour proposer le test de dépistage, pour proposer l'information requise, les difficultés de faire une proposition en l'absence d'un contexte clinique particulier.

-La mauvaise perception du risque d'exposition du patient (critères imprécis ou insuffisants...)

-Le faible nombre de PVVIH suivis en ville.

-Réticences diverses : difficultés à aborder la sexualité, la crainte d'être intrusif surtout lorsque le patient est connu depuis longue date, par manque de connaissances sur la maladie, de formation ou d'entraînement pour proposer un test, les difficultés de l'annonce du résultat...

1.8) Place du médecin généraliste dans le dépistage du VIH

Faire le diagnostic du VIH est difficile en raison du polymorphisme des manifestations cliniques de l'infection et souvent, leur non spécificité.

En 2009 est paru un consensus formalisé de la prise en charge de l'infection à VIH en médecine générale et en médecine de ville : le médecin généraliste a une mission de soins de santé primaire. Ses rôles sont multiples (29) :

- Il aborde les modes de transmission du VIH et des autres IST
- Informe les patients sur la conduite à tenir en cas d'exposition au VIH
- Aborde la sexualité et les pratiques sexuelles à risque
- Identifie les situations à risque ou les situations cliniques faisant suspecter un VIH et propose des tests de dépistage et de diagnostic adaptés
- Propose un test de dépistage aux femmes enceintes
- Annonce le diagnostic de VIH
- Accueille une personne ayant été exposée au risque de transmission du VIH, lui propose une orientation et l'adresse à un service d'urgences ou de maladies infectieuses dans un délai adapté
- Oriente vers un médecin spécialiste du VIH
- Renouvelle les traitements
- Prend en charge les comorbidités associées au VIH
- S'assure de l'observance du traitement,
- Oriente rapidement en cas d'effets secondaires des traitements...

Le médecin généraliste peut aussi remplir une mission de soins avancée pour ceux qui souhaitent s'investir davantage dans le suivi des patients VIH.

Les médecins généralistes prescrivent un grand nombre de tests de dépistage du VIH: 94% ont prescrit au moins un test de dépistage dans le mois (moyenne de 5.9 tests dans le mois), et 13% ont annoncé une séropositivité dans l'année (30).

Plus de 70 % des médecins interrogés sont d'accord avec l'idée que « le médecin devrait proposer un test VIH sans attendre la demande du patient » et « régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs » (29).

Cependant, l'activité de dépistage est faiblement intégrée dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, en raison des nombreux freins qu'ils peuvent rencontrer (cf. paragraphe 1.7). L'initiative de proposer un test apparaît orientée par le profil de risque connu ou présumé du patient par les médecins, avec des critères d'appréciation très variables lors des consultations (11).

Les opportunités manquées de proposition d'un test de dépistage peuvent ainsi être liées à la difficulté du médecin généraliste d'identifier justement ces patients à risque: le patient ne mentionne pas qu'il fait partie d'un groupe à risque, et le médecin ne le demande pas toujours non plus. (20)

Les généralistes suivent des patients infectés par le VIH dans une mission de soins de santé primaires, en collaboration avec le médecin référent VIH (31). C'est un coordinateur de la prise en charge multidisciplinaire du patient VIH. Cette collaboration ville-hôpital est favorisée par les COREVIH (comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH).

Leurs rôles sont multiples (32) :

- Favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale, des associations de patients,
- Participer à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH,
- Analyser les données médico-épidémiologiques relatives aux PVVIH depuis 1989.

Bien que les médecins généralistes soient faiblement impliqués dans le suivi des PVVIH, les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers souhaitent en grande majorité un suivi alterné entre le cabinet de ville et l'hôpital dans le suivi des PVVIH (31).

1.9) Objectif de l'étude et question de recherche:

En France, malgré un taux de tests de dépistage élevés, 25% des PVVIH sont diagnostiqués avec des $CD4 < 200/mm^3$ en 2013, traduisant un diagnostic tardif avec un délai de plusieurs années entre la contamination et le diagnostic du VIH.

Une proportion de patients infectés a donc recours au système de soins durant la période d'infection probable du VIH sans qu'un test de dépistage leur soit proposé. Pourquoi une importante proportion de patients sont-ils diagnostiqués tardivement ?

L'étude sur les opportunités manquées de Karen Champenois que nous avons présentée ci-dessus permet d'apporter plusieurs éléments de réponse.

Partant du constat qu'il existe des occasions manquées de dépistage durant leur parcours de soins chez les patients qui sont diagnostiqués tardivement, les objectifs de l'étude sont pour une population de patients diagnostiqués tardivement ($LT CD4 < 350/mm^3$ ou stade SIDA) au cours des années 2010 à 2013 et actuellement suivis au CHU de Rouen, de:

-Dégager les caractéristiques de cette population de patients diagnostiqués tardivement en termes de caractéristiques sociodémographiques, qualité du suivi en médecine générale, recours aux soins, modalités de découverte du VIH.

-Identifier s'il y a eu des opportunités manquées de proposition d'un test de dépistage et dans quelle proportion,

-Tenter ensuite de déterminer quels facteurs de risque peuvent être associés à la non proposition d'un test de dépistage du VIH (et donc à une opportunité manquée) en explorant le parcours de soins des patients en médecine générale.

L'objectif est de pouvoir améliorer les pratiques de dépistage et diminuer le nombre d'occasions manquées de dépistage à l'origine de diagnostics tardifs.

La méthode choisie pour faire cette évaluation est basée sur des questionnaires-patients.

2) Matériels et Méthodes

2.1) Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée à partir de plusieurs sources : revues médicales, ouvrages, sur internet à partir des moteurs de recherche suivants : Cismef, Pubmed, Google, le catalogue de thèse SUDOC, les brochures d'information de l'INPES sur le VIH.

2.2) Objectifs de l'étude :

- Dégager les caractéristiques d'une population de patients diagnostiqués tardivement (Stade SIDA ou LT CD4<350/mm³) en termes de caractéristiques sociodémographiques, qualité du suivi en médecine générale, recours aux soins, modalités de découverte du VIH.
- Identifier s'il y a eu des opportunités manquées de proposition d'un test de dépistage et dans quelle proportion (cf. définition dans l'introduction paragraphe 1.6).
- Tenter ensuite de déterminer quels facteurs de risque peuvent être associés à la non proposition d'un test de dépistage du VIH (et donc à une opportunité manquée) en explorant le parcours de soins des patients en médecine générale.

Il s'agit d'une enquête monocentrique, descriptive et analytique.

Elle s'est déroulée à l'hôpital de jour du service des maladies infectieuses du CHU de Rouen et dans un cabinet de ville d'un médecin généraliste installé à Petit Quevilly, dans l'agglomération Rouennaise, mais en lien avec ce même service.

2.3) Critères d'inclusion

Population étudiée :

- Patients dont l'infection à VIH a été diagnostiquée du 01/01/2010 au 31/12/2013.
- Taux de lymphocytes CD4<350/mm³ ou stade SIDA au moment de la découverte de l'infection VIH.
- Age >18 ans.
- Suivis des patients à l'Hôpital de jour (HDJ) du service des maladies infectieuses du CHU de Rouen et dans un cabinet de ville à Grand-Quevilly par un médecin généraliste attaché au service de maladies infectieuses du CHU de Rouen (Docteur Bord Stéphane).

2.4) Mise en place de la recherche :

Les patients sont suivis au CHU de Rouen, où ils consultent à l'Hôpital de jour du service des maladies infectieuses.

L'ensemble de données médicales est géré par le logiciel informatique NADIS.

Le recrutement des patients est effectué à partir de la base de données informatiques NADIS grâce à une procédure de filtration des données à partir des critères d'inclusion.

Une demande d'autorisation préalable du président du COREVIH de Haute-Normandie a été effectuée pour consulter les dossiers informatiques des patients.

Une procédure de soins courants a été réalisée auprès du comité de protection des personnes de Rouen avec un avis favorable pour effectuer la recherche au cours du mois de septembre 2014. **(cf. annexe 5 et 9)**

Un dossier a été déposé auprès de la CNIL en septembre 2014.

89 patients correspondaient aux critères de la recherche.

L'étude a été menée dans le respect des règles de confidentialité et du secret professionnel.

Une note a informé les patients, jointe au questionnaire **(cf. annexe 6)** sur les objectifs de l'étude, expliquant le droit de refus et de rectification des données tout au long de l'étude.

2.4.1) Etude des dossiers médicaux des patients à partir du logiciel NADIS.

Les données suivantes ont été recueillies à partir du logiciel NADIS, regroupant les informations médicales des patients pouvant être intéressantes pour notre étude :

-Age/date de naissance.

-Principaux antécédents médicaux/chirurgicaux.

-Pays d'origine, nationalité.

-Maladies opportunistes au moment de la découverte de l'infection VIH.

-Taux de lymphocytes CD4 en mm³ au moment de la découverte

-Stade de la maladie VIH.

-Année du diagnostic du VIH.

-Co-infections avec des Hépatites virales.

2.4.2) Elaboration du questionnaire-patients

Le questionnaire comporte 23 questions dont 5 avec des sous-questions ; deux questions ouvertes, toutes les autres étant des questions fermées (oui/non ou choix multiples).

Questionnaire patients en **Annexe 7.**

La première partie s'intéresse à des données sociodémographiques :

- Le pays de naissance
- La nationalité actuelle
- Le temps vécu en France
- Le lieu de vie au moment de la découverte de l'infection à VIH
- La catégorie socio-professionnelle actuelle et au moment de la découverte de l'infection
- La date d'ouverture des droits à l'assurance maladie
- Le statut marital, la présence d'enfants.

Sont abordés ensuite la contamination par le VIH et ses modalités :

- La connaissance par le patient de la date de contamination
- Le mode de contamination
- Le motif ayant conduit au diagnostic de l'infection
- La personne à l'origine du test qui a permis la découverte de l'infection.

La fréquence du recours au système de soins :

- L'existence d'un suivi par un médecin généraliste au moment de la découverte de l'infection (et depuis quelle date)
- La fréquence des consultations chez le médecin généraliste
- La recherche d'antécédents de tests de dépistage du VIH avant la découverte de la maladie et le délai dans lequel le test a été réalisé.
- La recherche d'un antécédent de refus de test proposé par un médecin.

-La consultation d'autres médecins que le médecin traitant dans les 5 ans avant le diagnostic de l'infection et quelles spécialités (médicales, chirurgicales) ou autres, et à quelle fréquence.

La recherche des opportunités manquées de dépistage :

-La consultation du médecin généraliste dans les 5 ans avant la découverte de l'infection pour des symptômes (listés) pouvant être reliés au VIH, et la proposition ou non d'un test de dépistage.

- La consultation d'un autre médecin généraliste dans les 5 ans avant la découverte de l'infection pour des symptômes (listés) pouvant être reliés au VIH, et la proposition ou non d'un test de dépistage.

-La consultation d'un médecin spécialiste dans les 5 ans avant la découverte de l'infection pour des symptômes (listés) pouvant être reliés au VIH, et la proposition ou non d'un test de dépistage.

L'évocation du VIH et de la sexualité avec le médecin généraliste :

-Le médecin traitant a-t-il déjà abordé l'infection par le VIH avec le patient en consultation?

-La recherche de difficultés à aborder les questions de sexualité par le médecin traitant et par le patient.

2.4.3) Approche des patients :

Identification à plusieurs reprises sur l'agenda *Gestime* du CHU de Rouen des dates et horaires de venue des patients à l'Hôpital de jour (HDJ) du service des maladies infectieuses afin de déterminer quand le questionnaire peut être proposé aux patients.

Le questionnaire est proposé aux patients lors de leur venue à l'HDJ des maladies infectieuses avant leur consultation avec un médecin infectiologue ou un interne. Une première page avant le questionnaire les informe de l'objectif de l'étude et de leur droit de ne pas vouloir répondre au questionnaire. **(Cf. annexe 6)**

Un document d'information a été distribué aux médecins consultant dans le service des maladies infectieuses afin de leur expliquer les objectifs de la recherche, et répondre aux éventuelles questions des patients concernant le questionnaire **(Cf. annexe 8)**.

Il a été donné aux secrétaires des consultations de l'hôpital de jour des maladies infectieuses un agenda avec les dates et horaires de consultation des patients.

Le questionnaire est donné aux patients lorsqu'ils se présentent pour leur rendez-vous de consultation par les secrétaires et infirmières de l'HDJ, et ils le remplissent avant la consultation durant leur temps d'attente, ou bien éventuellement finissent de le remplir après.

Les questionnaires donnés sont vierges de toute annotation et totalement anonymes.

Les secrétaires ont cependant annoté les patients qui refusaient de remplir le questionnaire, ceux qu'elles avaient oublié de donner, ou les patients qui ne sont pas venus.

Ainsi il a été possible de proposer le questionnaire lors d'un autre rendez-vous ultérieur lorsque celui-ci a été manqué.

Cinq patients sont suivis par un médecin généraliste de Grand-Quevilly et il a été contacté pour donner les questionnaires aux patients concernés lors d'une consultation à son cabinet de ville.

2.5) Analyse statistique

Les variables étant de nature qualitative (catégorielle), la comparaison des variables a été effectuée avec le test de Fisher Exact (car les effectifs pouvaient être inférieures à 5 pour certaines variables).

Les analyses ont été effectuées avec Excel et le logiciel R.

La valeur de p est définie avec un risque alpha fixé à 5%.

2.5.1) Analyse descriptive

- **Analyse descriptive de la cohorte initiale de 89 patients selon les paramètres suivants (afin de comparer les résultats entre les patients répondants et non-répondants aux questionnaires):**

-Age : âge moyen et médiane.

-Sexe : pourcentage d'Hommes/Femmes.

-Pays de naissance: Originaire d'un pays d'Afrique Subsaharienne, de France ou d'un autre pays.

-Nombre de lymphocytes CD4 en mm³ : <200, entre 200 et 350.

-Nombre de CD4 moyen au moment de la découverte.

-Stade de la maladie VIH : Pourcentage de stade A2/A3, stade B2/B3 et C2/C3.

- **Analyse descriptive de la cohorte de patients ayant répondu au questionnaire (n=38).**

Les données sont décrites pour l'ensemble des patients en utilisant des paramètres descriptifs habituels :

Il s'agit de variables qualitatives, on utilisera donc des effectifs et des pourcentages.

2.5.2) Analyse Bivariée

Cette analyse a pour but d'essayer d'identifier les facteurs de risque pouvant être liés aux opportunités manquées de dépistage du VIH.

Pour chaque patient il a été déterminé à partir du questionnaire s'il y avait eu ou non une opportunité manquée de dépistage lors du parcours de soins.

Les patients ont donc été répartis en deux groupes :

- Groupe 1 : patients pour lesquels il y a eu des opportunités manquées de dépistage qui ont pu être identifiées à partir des données du questionnaire.
- Groupe 2 : les autres patients pour lesquels :

-soit il n'y a pas eu d'opportunités manquées identifiées à partir des données du questionnaire,
-soit l'évaluation a été impossible à partir des réponses du questionnaire en raison de données manquantes.

Pour des raisons d'analyse statistique, ces deux derniers groupes de patients ont été regroupés afin de pouvoir réaliser l'analyse bivariée, qui autrement aurait été impossible en raison de l'effectif trop faible de patients et du nombre important de données manquantes.

Les opportunités manquées de dépistage ont donc été analysées dans ces deux groupes en fonction des paramètres suivants (variables qualitatives) :

Paramètres sociodémographiques :

-Pays de naissance :

- Afrique subsaharienne
- Autres (dont France)

-Activité et catégorie professionnelle actuelle, et au moment du diagnostic de VIH :

- Actifs
- Inactifs (dont invalidité et retraité)

-Statut marital

- Célibat au moment de la découverte : oui/non
- Enfants au moment de la découverte : oui/non

Modalités de la contamination par le VIH :

-Connaissance du mode de contamination : oui/non

-Mode de contamination :

- Homosexuelle
- Autres

Suivi et recours du patient au système de santé :

-Suivi par un médecin traitant : oui/non

-Fréquence des consultations avec le médecin traitant :

- Jamais à une fois par an
- 3 à 4 fois par an
- Une fois par mois à plusieurs fois par mois

-Antécédent de test VIH avant la découverte de l'infection : oui/non

-Personne à l'origine du test ayant permis la découverte de l'infection :

- Médecin traitant
- Autres

-Date du test ayant été réalisée avant la découverte de l'infection :

- Moins d'1 an avant
- Entre 1 et 3 ans
- Il y a plus de 3 ans

-Consultation d'autres spécialités médicales ou chirurgicales que le médecin traitant avant la découverte et à quelles fréquences : oui/non

-Spécialité consultée :

-Spécialité médicale : oui/non

-Spécialité chirurgicale : oui/non

-Consultation du médecin généraliste 5 ans avant découverte de l'infection pour symptômes pouvant être reliés au VIH: oui/non

-Proposition de test par médecin généraliste pour ces symptômes: oui/non

-Consultation d'un autre médecin généraliste 5 ans avant découverte de l'infection pour des symptômes pouvant être reliés au VIH : oui/non

-Proposition de test par autre médecin généraliste : oui/non

-Consultation d'un médecin spécialiste 5 ans avant découverte pour symptômes pouvant être reliés au VIH : Oui/non

-Proposition de test par médecin spécialiste : oui/non

Relation médecin généraliste/patient :

-Difficultés du médecin traitant à aborder les questions de sexualité : oui/non

-Difficultés du patient à aborder les questions de sexualité : oui/non

3) Résultats

3.1) Inclusion

Le recueil des questionnaires-patients s'est déroulé de mi-novembre 2014 à avril 2015.

Sur les 89 patients identifiés à partir de nos critères d'inclusion, nous avons pu récupérer 38 questionnaires, soit **42.7 % de réponses**.

51 questionnaires n'ont pas pu être remplis (57.3%).

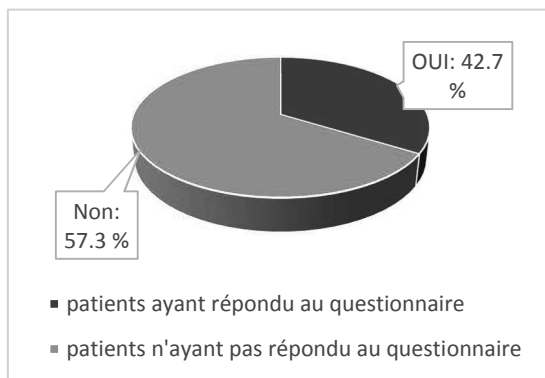


Figure1 : Pourcentage de réponses aux questionnaires

Les motifs pour lesquels les questionnaires n'ont pas été remplis sont les suivants :

- 1 patient décédé.
- 2 patients qui ne savaient pas écrire.
- 4 patients qui ne sont pas venus à leur rendez-vous de consultation (et pour lesquels une nouvelle date de rendez-vous n'a pas pu être trouvée).
- 16 refus de remplir le questionnaire dont 5 patients parce qu'ils ont déclaré ne pas avoir le temps.
- 6 patients ne lisaient pas suffisamment bien le français et n'ont pas pu remplir le questionnaire.
- 9 patients pour lesquels il n'a pas pu être retrouvé dans l'agenda GESTIME de l'hôpital une date de rendez-vous.

Pour ces patients, le nom du médecin traitant noté dans le dossier hospitalier a pu être retrouvé et appelé à deux reprises :

7 médecins généralistes ont répondu. Les patients en question ne consultaient que de manière occasionnelle, et pour la plupart n'avaient pas été vus en consultation depuis plus de 6 mois.

Il a donc été convenu de ne pas envoyer de questionnaire aux médecins traitants à l'attention de ces patients car ils ne savaient pas si les patients allaient consulter à leur cabinet dans les semaines à venir.

Pour ce qui aurait été d'envoyer le questionnaire au domicile du patient, cela n'a pas été fait pour des raisons de confidentialité. Ces patients ont donc été considérés comme perdus de vue. L'appel des deux autres médecins généralistes n'a donné aucune réponse.

➤ 13 patients pour lesquels le questionnaire n'a pas été donné par omission.

Par la suite, lorsque les rendez-vous avaient été oubliés, de nouvelles dates de rendez-vous ont été recherchées afin de proposer à nouveau le questionnaire.

Malgré cela, le questionnaire n'a pas toujours pu être proposé à nouveau car le prochain rendez-vous prévu était trop éloigné (en juin, voire juillet ou septembre 2015)

Pour des raisons d'échéance temporelle, il a donc fallu interrompre le recueil.

Motifs pour lesquels le questionnaire n'a pas été rempli	Nombre de patients,%
Décès du patient	1 (1.1)
Ne sait pas lire le Français	6 (6.7)
Ne sait pas écrire	2 (2.2)
Refus de la part du patient	16 (18)
N'est pas venu au rendez-vous	4 (4.5)
Oubli de donner le questionnaire	13 (14.6)
Patients perdus de vus	9 (10.1)
Total	51 (57.3)

Tableau 1 : Motifs de non-réponse au questionnaire

3.2) Comparaison des caractéristiques descriptives entre les répondants (n=38) et les non-répondants (n=51) au questionnaire.

	Répondants n=38, (%)	Non répondants n=51, (%)	Total n=89, (%)	p-value
Sexe				0.49
Hommes	28 (73.7)	33 (64.7)	61 (68.5)	
Femmes	10 (26.3)	18 (35.2)	28 (31.5)	
Pays de naissance				<u>0.02</u>
France	19 (50)	21 (41.2)	40 (45)	
Pays d'Afrique subsaharienne	14 (36.8)	27 (53)	41 (46)	
Autres	5 (13.2)	3 (5.8)	8 (9)	
Age				
Moyenne (écart-type)	42.18 (11.8)	41.55 (13.09)	41.82 (12.49)	
Médiane	42	38	39	
Année du diagnostic				0.39
2010				
2011	10	12	22 (24.7)	
2012	12	11	23 (25.8)	
2013	6	16	22 (24.7)	
	10	12	22 (24.7)	
Stade de la maladie				0.83
A2	14 (36.8)	16 (31.4)	30 (33.7)	
A3	9 (23.6)	8 (15.7)	17 (19.1)	
B2	0	1 (1.9)	1 (1.1)	
B3	3 (7.9)	5 (9.8)	8 (9)	
C2	1 (2.6)	1 (1.9)	2 (2.2)	
C3	11 (28.9)	20 (39.2)	31 (34.8)	
Nombre de LTCD4 au moment du diagnostic (mm3)				0.45
<200	20	32	52 (58.4)	
entre 200 et 350	18	19	37 (41.6)	
Moyenne (écart-type)	175.08 (114.887)	157.14 (104.34)	164.8 108.7	
Médiane	181	146	165	

Tableau 2 : Analyse comparative entre les répondants et les non-répondants au questionnaire.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les répondants et les non-répondants aux questionnaires pour les variables étudiées (valeur de p supérieure à 0.05 pour l'ensemble des variables analysées) sauf pour le pays de naissance qui est significatif (p=0.02)

Concernant le pays de naissance des patients, la proportion de patients originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne est importante (46%), autant que de patients nés en France (45%). On remarque davantage de patients originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne parmi les non-répondants aux questionnaires (53% versus 36.8% de répondants), probablement en raison d'une moins bonne compréhension chez les patients d'Afrique Subsaharienne.

3.3) Analyse descriptive des résultats des 38 questionnaires

3.3.1) Caractéristiques sociodémographiques

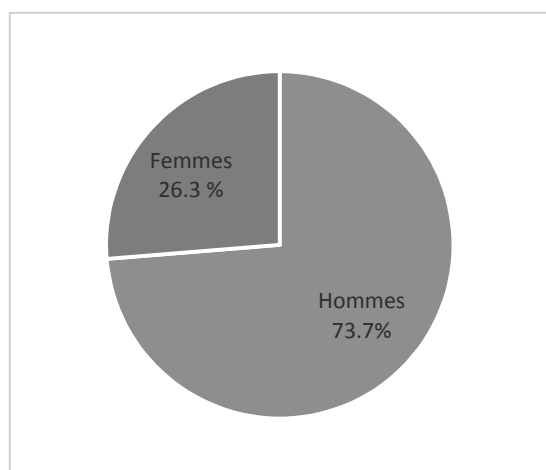


Figure 2 : Répartition femmes/hommes

Age (en années)	n, (%)
18-19	0
20-29	7 (18.4)
30-39	10 (26.3)
40-49	10 (26.3)
50-59	9 (23.7)
>60	2 (5.3)

Tableau 3 : Age des patients

Les hommes représentent près des trois quarts de la population de notre étude avec un pourcentage de 73.7% (28 patients). La proportion de femmes est de 26.3% (10 patients).

Les âges s'échelonnent de 20 à 63 ans parmi les répondants.

L'âge pour plus de la moitié des patients se situait entre 30 et 49 ans, pour 52.6%.

29% ont plus de 50 ans.

44.7% ont moins de 40 ans.

-Pays de naissance

32 patients ont répondu à la question.

60.5% (23 patients) sont nés en France.

23.7% (9 patients) sont nés hors de France.

Six patients n'ont pas souhaité répondre (15.8%).

18.4% de patients sont originaires d'un pays d'Afrique Subsaharienne (7 patients).

Parmi ces derniers, on retrouve les pays suivants :

- Côte d'Ivoire (1 patient)
- Guinée-Bissau (2 patients)
- Nigeria (1 patient)
- Tchad (1 patient)
- Cameroun (1 patient)
- Congo (1 patient)

Les « autres » pays de naissance sont : Israël (1) et Pérou (1) soit 5.3%.

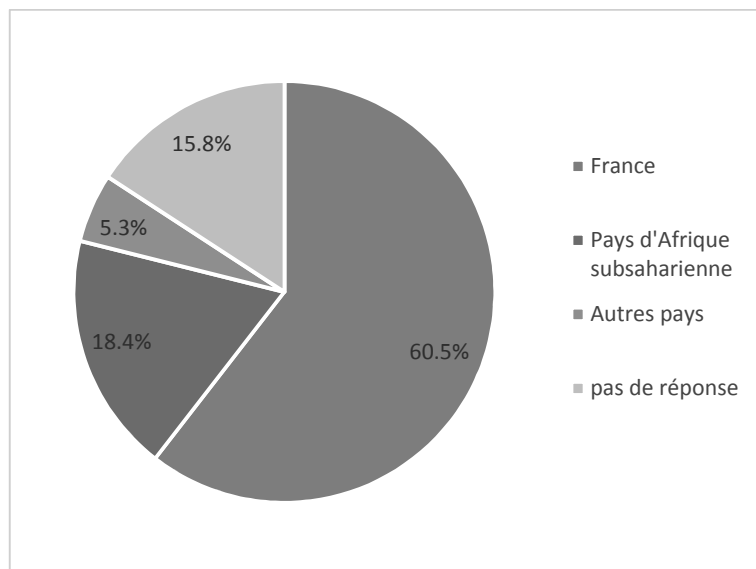


Figure3 : Pays de Naissance (en pourcentages)

-Nationalité

Nous avons obtenu 33 réponses à cette question.

84.8% (28 patients) ont la nationalité Française.

15.2 % (5) ont une autre nationalité : Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Israël, Pérou.

-Durée de séjour en France

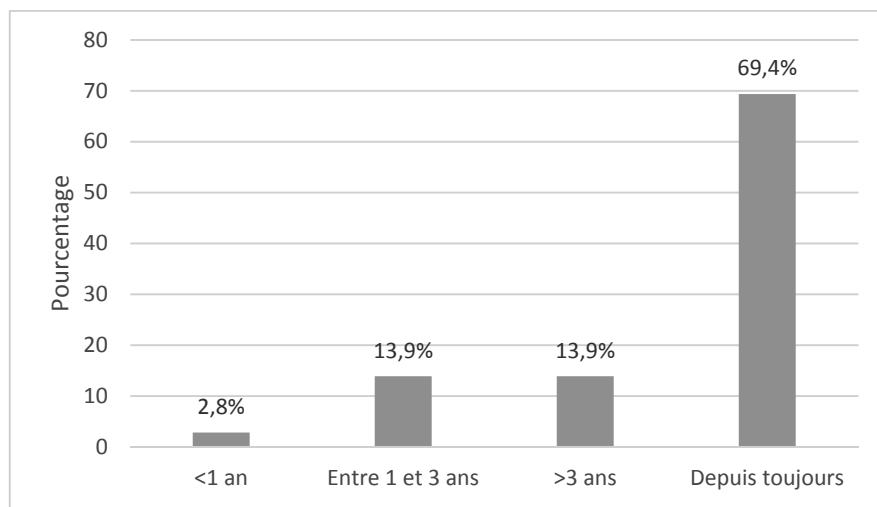


Figure 4 : Durée de séjour en France (en années)

36 patients ont répondu à la question.
Près de 70% des patients (25) ont toujours vécu en France.
14% (5) y vivent depuis plus de 3 ans.

13.9% (5 patients) vivent en France depuis 1 à 3 années.
Seuls 2.8 % (1 patient) y vit depuis moins d'une année.

-Lieu de découverte du VIH

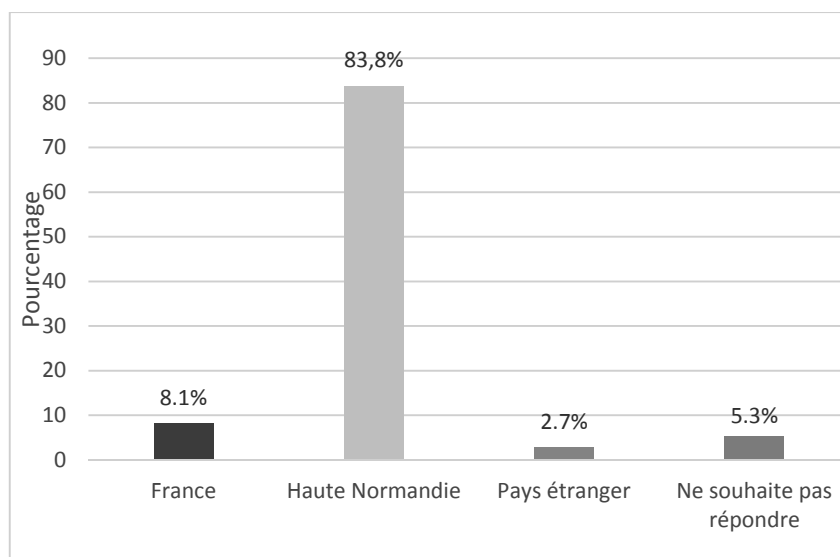


Figure 5 : Lieu de découverte du VIH (en pourcentages)

37 patients ont répondu.

La majorité des découvertes du VIH a été réalisé en France pour 92% (34 patients).

Les découvertes en Haute-Normandie représentent 84% (31).

Très peu ont été découverts à l'étranger (1 patient).

5.4 % (2 patients) n'ont pas souhaité répondre.

-Taux d'activité des patients VIH

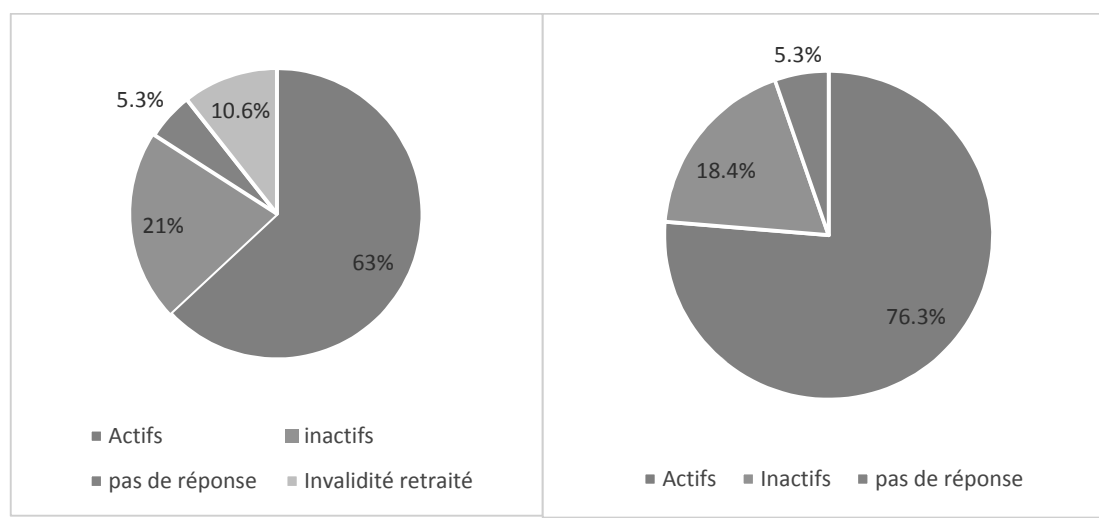


Figure 6 : Activité actuelle (à gauche) et au moment de la découverte du VIH (à droite) en pourcentages.

Un peu plus des trois quarts des patients (76.3% soit 29 patients) occupent un emploi au moment de la découverte du VIH, et 63.1% (24 patients) exercent toujours une activité professionnelle au moment où le questionnaire a été rempli.

On retrouve 18.4% (7) de patients sans emploi au moment de la découverte du VIH, et 21% (8) actuellement.

Il n'y avait pas de patients en invalidité ou retraité au moment de la découverte du VIH. 10.5% (4) le sont actuellement.

Pour les 2 questions, 2 patients (5.3%) n'ont pas souhaité répondre.

Concernant les différentes catégories de professions exercées actuellement:

-31.6 % de professions intermédiaires, employés.

-13.2 % de commerçants, artisans.

-10.5% de cadres supérieurs.

-7.9 % d'ouvriers.

-5.3% en invalidité.

-5.3% de retraités.

-5.3% qui ne souhaitent pas répondre.

-Statut conjugal et enfants au moment de la découverte

-60.5 % (23) des patients se sont déclarés célibataires au moment de la découverte du VIH.

-Un peu plus d'un quart, soit 26.3% (10) avaient des enfants.

-Mode de transmission du VIH

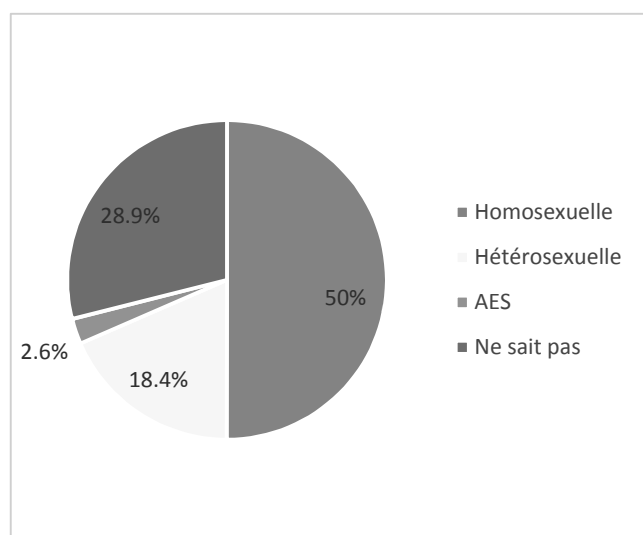


Figure 7 : Les différents modes de contamination par le VIH (en pourcentages)

La moitié des contaminations est d'origine homosexuelle (50% soit 19 patients).

Parmi les autres modes de contamination, (19 patients soit 50%) on retrouve:

-18.4% (7 patients) par voie hétérosexuelle,

-2.6% (1 patient) par accident d'exposition au sang,

-28.9 % (11 patients) n'avaient pas connaissance de leur mode de contamination.

Il n'y avait pas de contamination par usage de drogues intraveineuses ni au cours de la grossesse ou l'allaitement dans les réponses.

3.3.2) Modalités de suivi des patients en médecine générale avant la découverte du VIH

-Connaissance de la date de contamination par le VIH

21% (8 patients) ont déclaré connaître la date de leur contamination par le VIH (versus 79% soit 30 patients ont déclaré ne pas en avoir connaissance).

-Suivi par un médecin traitant au moment de la découverte du VIH

84.2% (32) des patients ont déclaré avoir un suivi par un médecin traitant au moment de la découverte de l'infection à VIH.

15.8% soit 6 patients, ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant.

-Durée du suivi par le médecin traitant :

20 patients ont répondu à la question.

25% des patients sont suivis par leur médecin traitant depuis plus de 15 ans.

75% dont le suivi a débuté au cours de ces quinze dernières années.

-Fréquence de consultation du médecin traitant avant découverte de l'infection

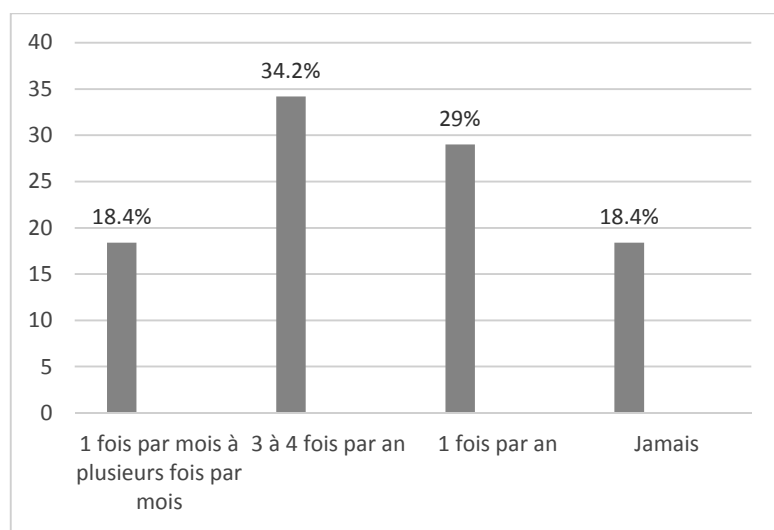


Figure 8 : Fréquence de consultation du médecin traitant avant découverte du VIH

38 patients ont répondu à la question.

-18.4% (7 patients) ne consultaient jamais.

-29 % (11 patients) consultaient une fois par an.

-34.2% (13 patients) consultaient leur médecin traitant environ 3 à 4 fois par an.

-18.4% (7) consultaient au moins 1 fois par mois, voire plusieurs fois par mois.

Au total : 81.6 % (31 patients) consultaient leur médecin traitant au moins une fois par an, voire davantage (pour 20 d'entre eux) avant la découverte de l'infection par VIH.

-Réalisation d'un test de dépistage du VIH avant la découverte de l'infection

50% (19 patients) ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage du VIH avant la découverte de leur infection par le VIH.

50% (19) n'en avait jamais réalisé.

-Délai de réalisation d'un test de dépistage avant la découverte du VIH

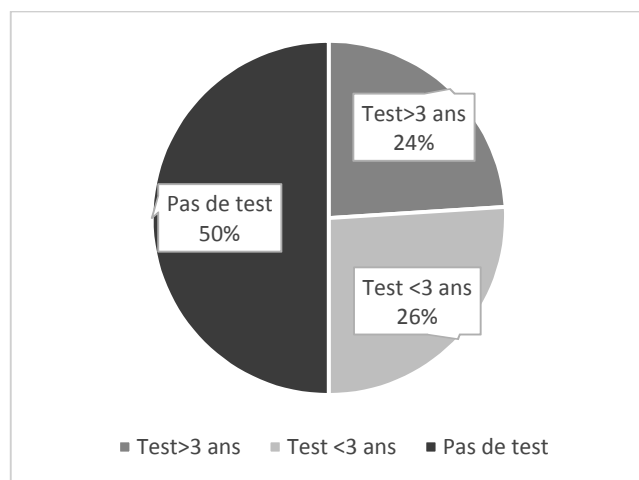


Figure 9 : Délai de réalisation d'un test de dépistage avant la découverte

38 patients ont répondu à la question.

-Parmi les patients ayant réalisé un test de dépistage pour le VIH avant la découverte de leur infection (50% soit 19 patients) :

- 26% (10 patients) ont fait un test il y a moins de 3 ans dont :

-Plus d'un tiers des patients (13% soit 5 patients) ont réalisé un test de dépistage du VIH récent datant de moins d'une année,

-13% (5 patients) ont fait un test entre 1 et 3 années avant le diagnostic du VIH.

- 24% (9 patients) ont réalisé un test il y a plus de trois ans.

-50% (19 patients) n'avaient pas réalisé de test de dépistage avant la découverte du VIH.

-Refus de réalisation d'un test de dépistage

Aucun des patients ayant répondu aux questionnaires n'a déclaré avoir refusé un test de dépistage qui lui aurait été proposé.

3.3.3) Modalités de recours au système de soins

-Personne à l'origine du test ayant permis la découverte de l'infection

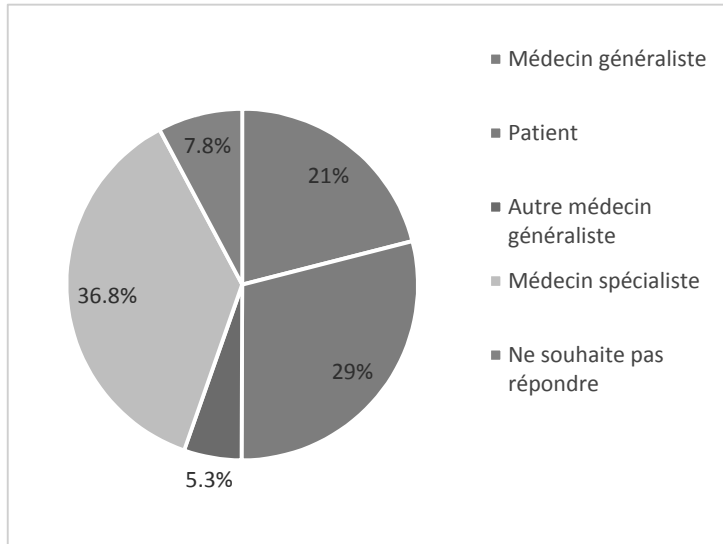


Figure 10 : Personne à l'origine du test ayant permis la découverte du VIH

Le test ayant permis la découverte du VIH aurait été :

-Majoritairement demandé par un médecin spécialiste pour 36.8% (14 patients).

-Pour 29% sur la demande du patient (11 patients).

-Pour 21% demandé par le médecin généraliste traitant (8).

-Pour 5.3% demandé par un autre médecin généraliste (2).

Trois patients n'ont pas souhaité répondre à cette question. (7.9%)

-Motifs ayant conduit au diagnostic du VIH

36 patients ont répondu à la question.

- Le diagnostic du VIH aurait été majoritairement fait lors de consultations pour « des problèmes de santé » pour 52.7% (19 patients), dont 5 patients n'ont pas précisé pour quel problème de santé ils avaient consulté.

Parmi les « problèmes de santé » mentionnés par les patients, on retrouve les motifs suivants (14 patients):

- Altération de l'état général (4)
- Pneumopathie (3)
- Pneumothorax (1)
- Surdité (1)
- Anomalies biologiques (1)
- Céphalées (1)
- Lésions cutanées (1)
- hémorroïdes (1)
- Primo-infection VIH. (1)

- Viennent ensuite les « bilans de santé » à hauteur de 27.8% (10 patients),
- Les situations à risque pour 13.9% (5 patients).

Les situations à risque mentionnées sont :

- Un partenaire séropositif (2 patients)
- Des rapports sexuels non protégés (2 patients).
- 5.5% (2 patients) des découvertes ont été faites lors d'un bilan d'infection sexuellement transmissible (IST).

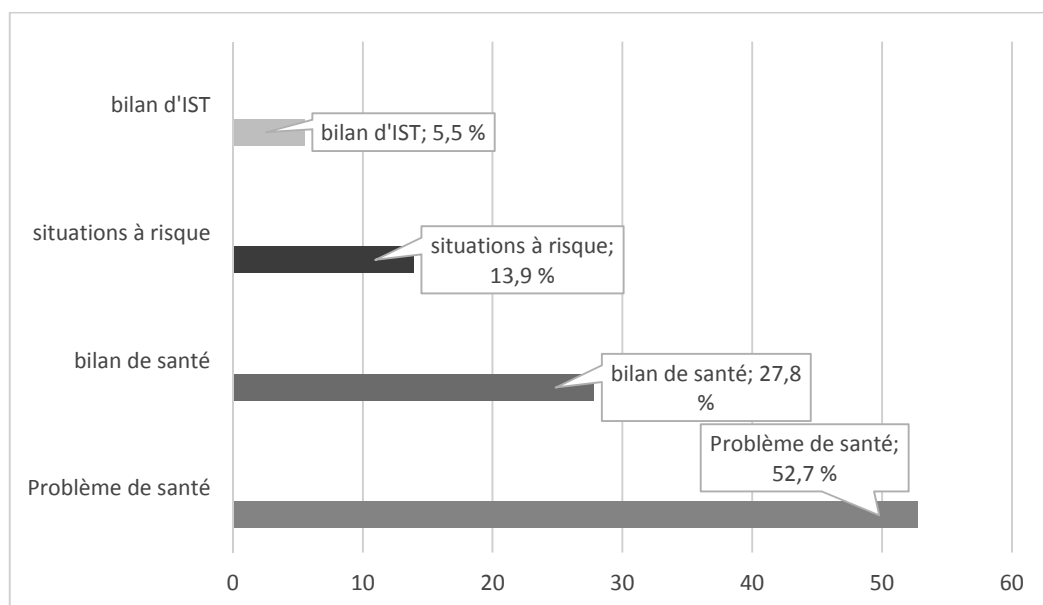


Figure 11 : Motifs de diagnostic du VIH (en pourcentages)

-Consultation d'un autre médecin que le médecin traitant dans les 5 ans précédant le diagnostic du VIH

52.6 % (20 patients) ont déclaré avoir consulté chez un autre médecin que leur médecin traitant dans les 5 années précédant le diagnostic du VIH.

34.2% (13) ont déclaré ne pas avoir consulté d'autre médecin que leur médecin traitant.

5 patients n'ont pas souhaité répondre. (13.2%)

Parmi les 20 patients qui ont consulté chez un autre médecin que le médecin traitant :

-11 patients ont consulté chez un autre médecin (toutes spécialités confondues),

-2 patients ont eu recours à deux autres médecins,

-2 patients ont consulté trois autres médecins que leur médecin traitant.

-5 patients n'ont pas répondu quant au nombre de médecins consultés.

-16 patients ont déclaré avoir consulté un médecin d'une spécialité médicale.

-4 patients ont consulté un médecin d'une spécialité chirurgicale.

-Recours aux soins des patients

Un recours aux soins correspond à au moins une consultation chez un médecin généraliste ou un médecin spécialiste dans les 5 ans avant le diagnostic du VIH, quel que soit le motif de consultation.

-Si on se réfère aux résultats de la question 13 concernant la fréquence de consultation chez le médecin généraliste:

82% (31 patients) ont consulté leur médecin généraliste au moins une fois par an avant le diagnostic de leur VIH.

-La question 17 correspond au nombre de patients ayant consulté un autre médecin que leur médecin traitant avant la découverte du VIH :

20 patients (52.6%) ont consulté un autre médecin que leur médecin traitant. Parmi ces derniers, 4 patients ont seulement consulté chez un autre médecin, et n'ont pas consulté leur médecin généraliste.

Parmi les 38 patients ayant répondu aux questionnaires, 35 patients (92%) ont au moins eu un recours aux soins dans les 5 ans avant la découverte de leur VIH, c'est-à-dire qu'ils ont consulté leur médecin traitant ou un autre médecin, (quel que soit le motif de consultation.)

3.3.4) Opportunités manquées de dépistage

-Consultation du médecin généraliste dans les 5 ans avant le diagnostic de l'infection pour des symptômes pouvant être reliés au VIH

Rappel des symptômes proposés dans la question : fièvre persistante, diarrhée > 2 semaines, perte de poids, présence de ganglions, lésions cutanées, champignons dans la bouche/l'œsophage, infection pulmonaire, tuberculose pulmonaire, une autre IST, un autre problème de santé.

-68.4% (26 patients) ont consulté leur médecin généraliste dans les 5 ans avant le diagnostic pour des symptômes possiblement reliés au VIH.

-31.6% (12 patients) ont déclaré ne pas avoir consulté leur généraliste.

Parmi les 26 patients ayant consulté dans les 5 ans avant le diagnostic:

20 patients ont précisé les symptômes les ayant fait consulter (Il pouvait y avoir plusieurs symptômes pour certains patients).

6 patients n'ont pas précisé pourquoi ils consultaient.

Parmi les réponses, on retrouve surtout un amaigrissement, des adénopathies généralisées, et une diarrhée prolongée supérieure à 2 semaines.

Symptômes pouvant être reliés au VIH	Nombre de patients
Amaigrissement	9
Adénopathies	5
Diarrhée >2 semaines	5
Syndrome grippal	3
Infection à Candida	2
Lésions cutanées	2
Fièvre persistante	1
Pneumopathie	1

Tableau 4

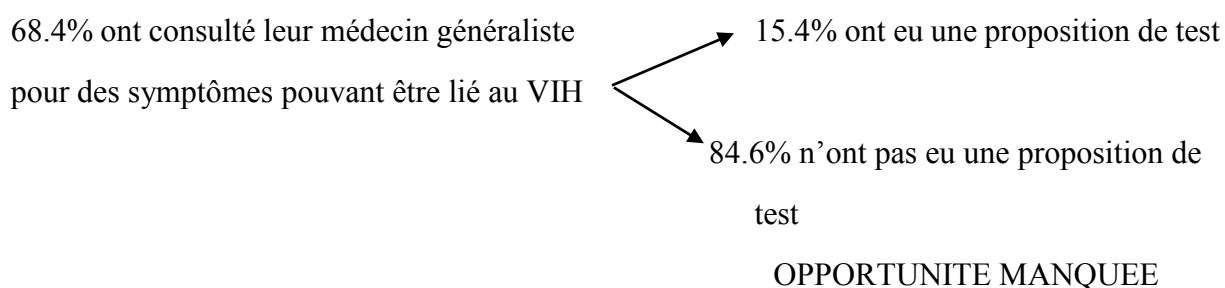
-Proposition d'un test de dépistage du VIH par un médecin généraliste lors de la consultation pour des symptômes pouvant être reliés au VIH :

Parmi les 26 patients ayant consulté leur médecin généraliste :

84.6% (22 patients) ont déclaré ne pas avoir eu de proposition de test de dépistage à cette occasion, ce qui peut être considéré comme une opportunité manquée de dépistage.

15.4% (4) ont déclaré avoir eu une proposition de test de dépistage.

Au total :



-Consultation d'un autre médecin généraliste dans les 5 ans avant le diagnostic de l'infection pour des symptômes pouvant être reliés au VIH

23.7% (9 patients) ont consulté chez un autre médecin généraliste pour des symptômes pouvant être reliés au VIH.

34.2% (13 patients) ont déclaré ne pas avoir consulté un autre généraliste.

16 patients n'ont pas répondu à la question. (42%)

8 patients parmi les 9 ont précisé la nature des symptômes les ayant fait consulter (les symptômes pouvaient être multiples pour certains patients).

Les motifs les plus fréquemment retrouvés sont les adénopathies, et l'amaigrissement, et une diarrhée prolongée >2 semaines.

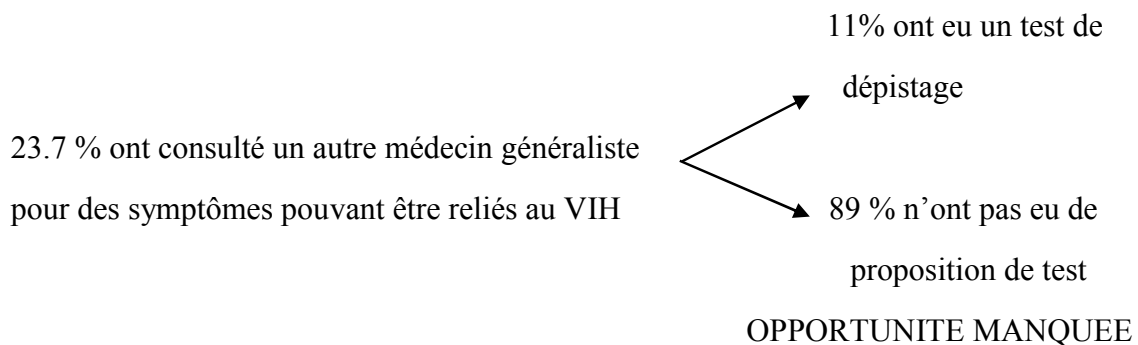
Motif clinique pouvant être reliés au VIH	Nombre de patients
Adénopathies	6
Amaigrissement	4
Diarrhée > 2 semaines	2
Pneumopathie	1
Fièvre prolongée	1
Infection à Candida	1

Tableau 5

-Proposition d'un test de dépistage du VIH lors de la consultation d'un autre médecin généraliste pour des symptômes pouvant être reliés au VIH :

Sur les 9 patients qui ont consulté un autre médecin généraliste :
89% (8 patients) n'ont pas eu de proposition de test de dépistage.
 11%, 1 patient, a déclaré avoir eu une proposition de test.

Au total :



-Consultation d'un médecin spécialiste dans les 5 ans avant le diagnostic de l'infection pour des symptômes pouvant être reliés au VIH

29 % (11 patients) ont consulté un médecin spécialiste dans les 5 ans avant la découverte du VIH.

31.6 % (12) n'ont pas consulté de médecin spécialiste.

15 patients n'ont pas répondu à la question. (39.4%)

8 parmi les 11 patients ont précisé les symptômes de consultation (pouvant être multiples) dans la question.

Parmi les motifs de consultation les plus fréquents : Amaigrissement, adénopathies, et diarrhée >2 semaines.

Symptômes pouvant être reliés au VIH	Nombre de patients
Amaigrissement	5
Adénopathies	3
Diarrhée >2 semaines	3
Fièvre prolongée	2
Infection à Candida	1
Pneumopathie	1

Tableau 6

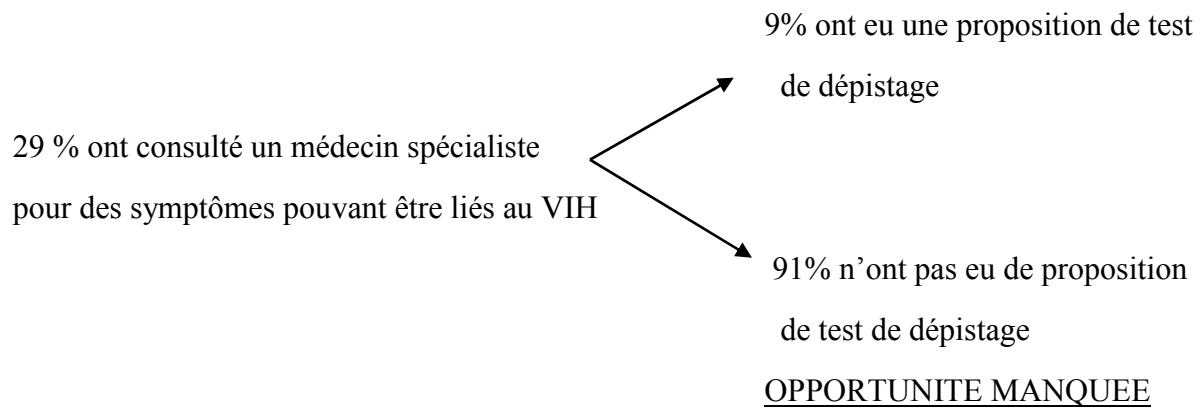
-Proposition d'un test de dépistage du VIH lors de la consultation du médecin spécialiste pour des symptômes pouvant être reliés au VIH :

Parmi les 11 patients ayant consulté :

91% (10 patients) n'ont pas eu de proposition de test de dépistage lorsqu'ils ont consulté un médecin spécialiste pour des symptômes pouvant être reliés au VIH.

9 % ,1 patient, a eu une proposition de test à cette occasion.

Au total :



-Proposition d'un test VIH par un médecin selon les symptômes ayant fait consulter:

Symptôme associé au VIH	Nombre de patients	Proposition de test (n, %)
Amaigrissement	18	1(5.5)
Adénopathies généralisées	14	2 (14.3)
Diarrhée >2 semaines	10	1 (10)
Lésions cutanées	2	1 (50)
Candidose	4	0
Fièvre prolongée	4	0
Pneumopathie	3	0
Motif non précisé	1	1

Tableau 7: Proportion de tests de dépistage selon les symptômes possiblement liés au VIH

-Concernant le nombre d'opportunités manquées de dépistage :

Rappel de la définition selon l'étude ANRS-Opportunités de Karen Champenois(20) :

-Il y a eu contact du patient avec une (ou des) structure(s) de soin au cours des 3 années précédant le diagnostic du VIH durant lequel :

-Le patient consulte pour des symptômes pouvant être associés au VIH (avec symptômes survenus >3mois avant le diagnostic de VIH)

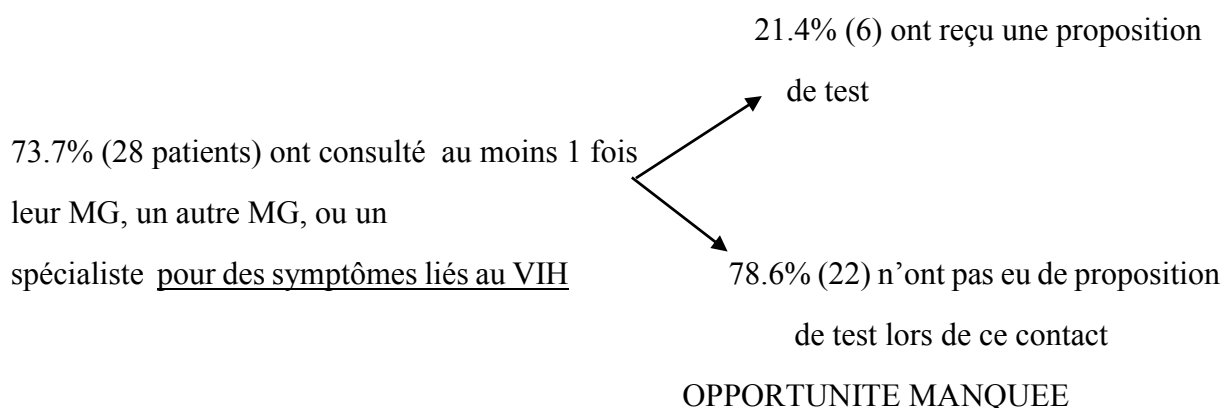
-Le patient mentionne faire partie d'un groupe à risque (HSH, utilisateur de drogues IV et patients originaires d'Afrique Subsaharienne).

-Et il n'y a pas eu de proposition de test de dépistage par l'équipe soignante.

-Opportunité manquée de dépistage pour un symptôme lié au VIH :

-Dans notre enquête, 28 patients (73.7%) ont consulté au moins une fois pour des symptômes pouvant être liés au VIH soit un médecin généraliste, un autre MG, ou un médecin spécialiste dans les 5 ans avant la découverte du VIH

-Il y a eu 6 patients qui ont eu une proposition de test de dépistage à l'occasion de ces consultations. Il y a donc 22 patients, soit 78.6%, pour lesquels on peut dire qu'il y a eu une opportunité manquée de proposition d'un test de dépistage pour des symptômes pouvant être reliés au VIH lors de ce contact.



Les recours aux soins ont pu être multiples pour certains patients, comme le montre le tableau suivant :

1 consultation	16 patients
2 consultations	1 patient
3 consultations	9 patients

Tableau 8: Nombre de consultations par patient chez le médecin généraliste et/ou autre MG et/ou médecin spécialiste pour des symptômes liés au VIH

Parmi les 26 patients ayant consulté leur médecin généraliste,

-8 d'entre eux ont déclaré qu'ils avaient consulté un autre médecin généraliste

-9 d'entre eux ont aussi consulté un médecin spécialiste.

Parmi les 9 patients ayant consulté un autre médecin généraliste,

-9 ont aussi consulté leur médecin généraliste,

-8 ont consulté un médecin spécialiste.

Parmi les 11 patients ayant consulté un spécialiste,

-8 ont aussi consulté un autre médecin généraliste,

-9 ont consulté leur médecin généraliste.

-Opportunité manquée de dépistage chez les patients avec facteurs de risques d'infection par le VIH :

-On peut aussi dire qu'il y a eu une opportunité manquée de proposition d'un test de dépistage si le patient a consulté, et que malgré la présence de facteurs de risque (Patient originaire d'un pays d'Afrique subsaharienne, homosexualité) il ne lui a pas été proposé de test de dépistage.

Nous avons vu un peu plus haut que 35 patients (92%) ont eu recours aux soins (au moins une consultation chez un médecin) dans les 5 ans avant le diagnostic du VIH, et parmi ces derniers :

-16 patients ont été contaminés par voie homosexuelle,

-6 autres patients sont originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne,

Soit 22 patients avec des facteurs de risque qui ont consulté avant la découverte de leur VIH.

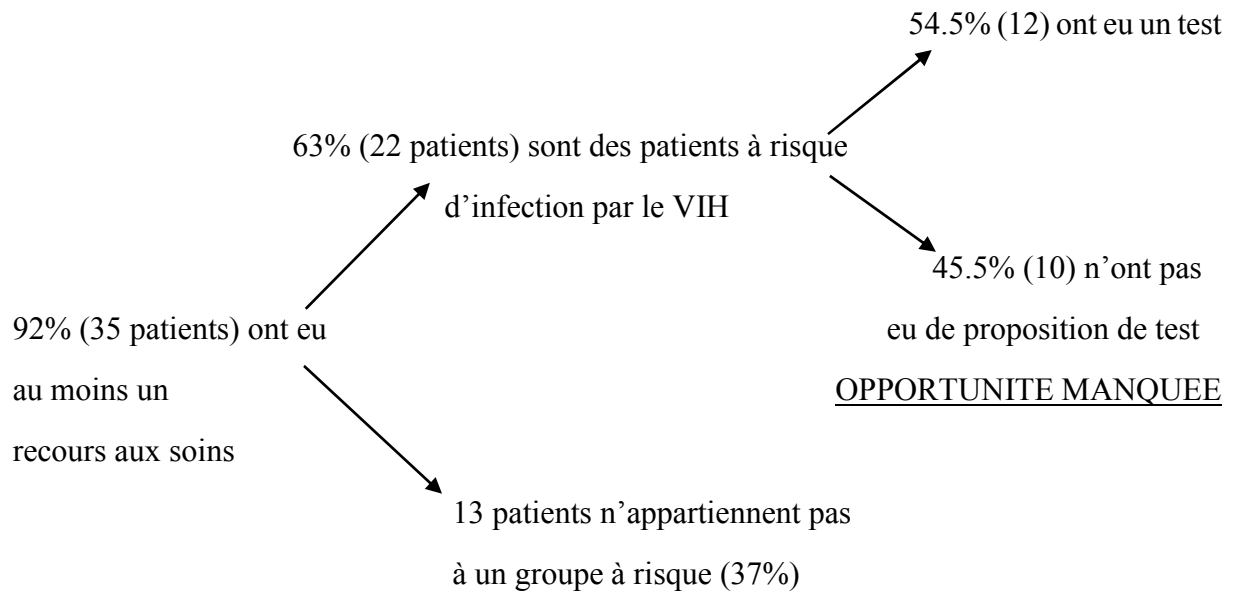
La question 14 (Avez-vous déjà été testé pour le VIH avant la découverte de l'infection et dans quel délai ?) permet de savoir si ces patients ayant eu recours aux soins ont eu une proposition de test de dépistage avant la découverte.

Parmi ces 22 patients à risque :

-10 patients (45.5%) ont déclaré n'avoir jamais eu de proposition de test de dépistage, et pour tous ces patients, le facteur de risque était une transmission par voie homosexuelle.

-12 patients ont déclaré avoir déjà eu un test de dépistage (7 patients dont le test date de <3 ans et 5 patients pour lesquels le test date de >3 ans.), soit 54.5%.

Il y a donc eu 22 patients à risque d'infections par le VIH (63%) qui ont consulté, et parmi ces derniers, 10 patients (45.5%) n'ont pas eu de proposition de test en dépit de leur appartenance à un groupe à risque (en l'occurrence tous ont été contaminés par voie homosexuelle).



3.3.5) Evocation du VIH et de la sexualité avec le médecin traitant

-A la question : Avant la découverte de votre infection, votre médecin traitant a-t-il abordé la question de l'infection à VIH en consultation :

79% (30 patients) des patients ont répondu que le VIH n'avait pas été abordé en consultation.

5.3% (2 patients) ont déclaré qu'elle avait été abordée en consultation.

6 patients n'ont pas souhaité répondre.

-Concernant les difficultés à aborder les questions ayant trait à la sexualité,

34 patients ont répondu à la question.

20.6 % (7 patients) ont déclaré que leur généraliste semblait avoir des difficultés à aborder les questions de sexualité en consultation.

33 patients ont répondu.

36.3% (12) ont déclaré qu'eux-mêmes avaient des difficultés à en parler avec leur généraliste.

3.4) Analyse bivariée

Nous avons tenté de réaliser cette analyse afin de déterminer quels facteurs de risque peuvent être associés aux opportunités manquées de dépistage durant le parcours de soin des patients.

Cependant, en raison d'un effectif de patients trop faible et d'un trop grand nombre de données manquantes, nous n'avons pas pu réaliser cette analyse statistique.

La même analyse bivariée pourrait être réalisée sur un plus grand échantillon de patients.

4) Discussion

4.1) Validité de l'enquête (forces et limites)

Peu d'études se sont intéressées jusqu'alors aux opportunités manquées de dépistage du VIH, hormis l'étude ANRS-opportunités de Karen Champenois (20) en 2013 qui a cherché à identifier les opportunités manquées de dépistage chez des patients nouvellement diagnostiqués pour le VIH (diagnostic inférieur ou égal à 6 mois) au sein d'une étude multicentrique française, sans critère de sélection au niveau du nombre de CD4.

Notre enquête avait également pour objectif de mettre en évidence les opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients diagnostiqués récemment (diagnostic du VIH entre 2010 et 2013), plus particulièrement suivis dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen, mais concernant exclusivement une population de patients diagnostiqués tardivement (diagnostic en stade SIDA ou $CD4 < 350 \text{ mm}^3$ au moment du diagnostic). En effet, nous sommes partis du constat que les opportunités manquées de dépistage pouvaient être plus fréquentes dans cette population, et qu'il serait par conséquent plus aisé de mettre en évidence quels facteurs de risque pouvaient être liés à ces opportunités manquées de dépistage.

Le questionnaire de notre étude a interrogé les patients sur leur parcours de soin avant la découverte du VIH et plus particulièrement sur les modalités de suivi en médecine générale, car le médecin généraliste est un acteur de première ligne en soins primaires, et c'est durant cette période avant le diagnostic du VIH où il peut effectivement y avoir le plus d'opportunités manquées de proposition d'un test de dépistage.

La principale difficulté rencontrée a été de recueillir suffisamment de questionnaires à partir d'une cohorte initiale peu élevée de patients, sélectionnés à partir de nos critères d'inclusion (89 patients). En effet, notre taux de réponse aux questionnaires de 42.7% a permis de répondre au deuxième objectif de l'étude, à savoir identifier les opportunités manquées de dépistage à partir des questionnaires, mais la faible puissance statistique de l'étude a rendu difficile l'identification des facteurs de risque associés à ces opportunités manquées de dépistage (en raison d'un certain nombre de données manquantes), que nous n'avons donc pas pu réaliser.

Le fait que certains questionnaires présentaient des données manquantes nous fait suggérer, soit que les patients n'ont pas eu assez de temps pour répondre aux questions, car le questionnaire était trop long, soit que les questions n'étaient pas assez précises, mal formulées, voire trop complexes, et que certains patients ont éprouvé des difficultés pour y répondre. Ainsi, une autre méthode de recueil des questionnaires aurait sans doute été davantage pertinente. L'étude ANRS-opportunités de Karen Champenois (20) a utilisé la méthode des entretiens individuels, assurant un meilleur recueil de données (entretiens de 30 à 45 minutes avec chaque patient). Cependant, pour des raisons de temps et d'organisation, il aurait été difficile de mener à bien notre étude si cette méthode avait été retenue.

Il aurait aussi été intéressant de tester le questionnaire sur quelques patients avant le début de l'enquête afin d'améliorer la formulation de certaines questions.

La même enquête aurait aussi pu être réalisée sur plusieurs centres de Normandie: par exemple recueillir les données du CHU du Havre, et du CHI d'Evreux/Vernon voire du CHU de Caen. Là encore, cet objectif auquel nous avons pensé nous a semblé difficile à réaliser car il aurait fallu davantage de temps, mais cela aurait permis de recueillir d'avantage de questionnaires compte tenu des difficultés de recueil concernant cette population. (Cf. Partie Résultats 3.1, tableau 2 avec les motifs de non-réponse).

Dans notre enquête, 9 patients (10%) ont été considérés comme perdus de vue. Pour comparaison, dans la file active du COREVIH de Haute-Normandie de 2014, sur 1760 patients suivis, 30 (2.5%) ont été perdus de vue entre 2013 et 2014 (patients pris en charge en 2013 et non revus dans l'année 2014).

Deux biais méritent d'être mentionnés, car ils ont pu altérer la qualité des réponses :

-Un biais de mémorisation, car certaines questions demandaient aux patients de revenir sur des faits parfois supérieurs à trois années.

-Un biais de déclaration. En effet, il a été constaté que certaines réponses aux questions n'étaient pas toujours cohérentes, et le fait que les patients ont dû remplir le questionnaire seul peut en partie l'expliquer.

Là encore, des entretiens individuels aurait permis d'obtenir davantage de réponses et plus précises.

Par ailleurs, certaines questions auraient pu être améliorées afin de faciliter les réponses :

-Les questions 5 et 6, concernant la catégorie socio-professionnelle, auxquelles il manquait les options de réponse, retraité et invalidité.

-La question 8 (Étiez-vous Célibataire au moment de la découverte ?), aurait pu être reformulée de la manière suivante : Quel était votre statut conjugal au moment de la découverte du VIH ?

Réponses possibles : marié, célibataire, pacsé, concubinage.

-Question13 : La fréquence de consultation du médecin traitant avant la découverte de l'infection à VIH.

Il n'a pas été demandé depuis combien d'années avant la découverte du VIH avait lieu la fréquence du suivi par le médecin traitant alors que cela a été demandé à la question 17, recherchant si les patients avaient consulté un autre médecin que leur médecin traitant, dans laquelle nous avons précisé : dans les 5 ans avant la découverte du VIH.

Cependant, 82% des patients ont déclaré consulter leur médecin traitant au moins une fois par an avant la découverte de leur VIH et l'on peut supposer que c'était effectivement bien dans les 5 ans avant le diagnostic du VIH s'ils consultaient assez régulièrement en médecine de ville.

-Question 17, concernant la spécialité médicale consultée en dehors du médecin généraliste, il aurait été plus simple de proposer : spécialité médicale, spécialité chirurgicale, ou autre. En effet les réponses ont dûes être simplifiées pour l'analyse statistique.

-Les questions 22 et 23, concernant les difficultés à aborder la sexualité sont quant à elles probablement trop subjectives et uniquement basées sur le vécu du patient et donc difficile à interpréter.

En complément à notre enquête, des entretiens-dirigés avec quelques médecins généralistes, interrogés sur leurs pratiques de dépistage du VIH nous apporteraient d'intéressants éléments de réponse sur les difficultés liées à la proposition d'un test de dépistage du VIH en médecine de ville. L'objectif étant de mieux comprendre les circonstances conduisant au diagnostic tardif du VIH.

4.2) Discussion des résultats, comparaison à la littérature

La comparaison de nos résultats a été effectuée par rapport aux données épidémiologiques disponibles sur le VIH, à savoir :

- La file active de l'année 2014 du COREVIH de Haute-Normandie (servant à la constitution de la base FHDH). La file active est définie par le nombre de patients ayant eu au moins une consultation ou une hospitalisation (hospitalisation classique ou de jour) dans l'année considérée, dans un des services prenant en charge les personnes vivant avec le VIH rattaché au COREVIH (Rouen, Dieppe, Le Havre, Elbeuf-Val de Reuil, Evreux, Vernon).
- Deux cohortes nationales :

-La cohorte nationale FHDH ANRS CO, base de données hospitalière Française sur l'infection par le VIH.

-La cohorte VESPA 2 Métropole (27), réalisée en 2011 auprès de 3022 personnes suivies dans 73 hôpitaux de Métropole, qui étudie les caractéristiques épidémiologiques, démographiques et le lieu de prise en charge d'un échantillon de PVVIH diagnostiqués depuis plus de 6 mois.

- L'étude ANRS de Karen Champenois sur les opportunités manquées de dépistage du VIH de 2013 (20).

La principale différence avec notre enquête, est que notre cohorte de patients ne comprend que des patients diagnostiqués tardivement (stade SIDA ou LT CD4<350/mm³), expliquant certaines des différences observées.

- **Caractéristiques sociodémographiques**

- ❖ Les analyses comparatives ont tout d'abord été réalisées avec les données disponibles de la cohorte initiale de 89 patients qui correspondaient aux critères de diagnostic tardif.

-Nous avons noté une proportion plus élevée d'hommes, qui représentent 68.5% de notre population d'étude. Pour la région Haute-Normandie, on trouve une proportion de 65% d'hommes dans le rapport d'activité du COREVIH de 2014 (à noter 34 transsexuels, qui n'ont pas été recherchés dans notre enquête).

Si on compare à la cohorte nationale FHDH ANRS CO4, on retrouve une proportion stable entre 2008 et 2011 avec 67% d'hommes.

L'étude ANRS-opportunités de Karen Champenois retrouve 79% d'hommes (20).

-L'âge moyen des patients de notre enquête est de 41.8 ans. 56.2% ont entre 30 et 49 ans.

27% ont plus de 50 ans, 5.3% ont plus de 60 ans, et 50.5% ont moins de 40 ans.

La file active du COREVIH de Haute-Normandie retrouve 49% de patients entre 30 et 49 ans avec un âge moyen de 47.3 ans. 43% de patients ont plus de 50 ans, et 14.5% ont plus de 60 ans. 27.2% ont moins de 40 ans.

L'âge moyen des patients de l'enquête ANRS de Karen Champenois est de 39.5 ans.

La cohorte FHDH ANRS CO va aussi dans le sens d'un vieillissement de la population vivant avec le VIH avec 35% de patients de plus de 50 ans en 2011, et 21% de plus de 60 ans.

L'enquête VESPA 2 Métropole retrouve un âge médian de 48 ans, 41% ont au moins 50 ans, et 13% ont au moins 60 ans. Les moins de 40 ans représentent moins d'un quart de la population vivant avec le VIH au niveau national en 2011.

On constate que les patients de notre enquête au diagnostic tardif sont en majorité plus jeunes que les données moyennes nationales et régionales de Haute-Normandie.

-45% des patients de notre enquête sont nés en France. Dans notre population de patients diagnostiqués avec LT CD4<350/mm³ ou en stade SIDA, une forte proportion est originaire d'un pays d'Afrique Subsaharienne (46%). Davantage que dans la file active 2014 du COREVIH de Haute-Normandie qui retrouve 62% de patients nés en France, et 30% de patients originaires d'Afrique Subsaharienne.

Les patients originaires d'un pays d'Afrique Subsaharienne sont aussi plus nombreux parmi les non-répondants dans notre enquête, avec un résultat statistiquement significatif (53% parmi les non-répondants et 37% parmi les répondants). On peut émettre l'hypothèse que les difficultés de recueil des questionnaires et le nombre important de réponses manquantes puissent être en partie liées à une forte proportion de patients de l'enquête nés dans un pays d'Afrique Subsaharienne.

La cohorte FHDH retrouve 42% de patients originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne, proche des résultats de notre enquête, et la cohorte VESPA 2 un taux de 24%. Globalement, l'enquête VESPA 2 confirme la part plus importante de PVVIH migrants africains, par rapport à l'enquête VESPA 1 de 2003.

❖ La suite de l'analyse comparative a été effectuée avec les données disponibles collectées auprès des 38 répondants aux questionnaires :

-Une importante proportion de patients travaille au moment de la découverte du VIH (76%), et ils sont toujours 63% à se déclarer en activité au moment de notre enquête, résultat proche de celui observé dans la population générale qui est de 56.5% en 2013 (33).

Dans VESPA 2, en 2011 (27) : 57% des PVVIH occupent effectivement un emploi. Depuis 2003, le taux de chômage est passé de 9 à 19% chez les femmes, de 9 à 11% chez les hommes homosexuels et de 12 à 14% chez les femmes hétérosexuelles (soit un taux global de 14.7%). 21% des patients de notre enquête sont sans emploi actuellement. Le chiffre est resté stable avec 19% de patients sans emploi au moment de la découverte du VIH.

Le VIH est en soi un facteur de fragilisation dans le parcours professionnel, voire un amplificateur des difficultés économiques et sociales existantes. Néanmoins, les patients de l'enquête sont plus nombreux que la moyenne nationale à occuper actuellement un emploi.

L'enquête VESPA 2 (27) a montré que le groupe des HSH séropositifs recouvre tout l'éventail des catégories socio-professionnelles ; en revanche, dans les autres groupes de personnes atteintes, ouvriers et employés constituent les catégories les plus nombreuses, souvent exposées à des conditions de travail plus difficiles et plus précaires. Les professions intermédiaires, employés et ouvriers, constituent en effet dans notre étude le groupe le plus nombreux en exercice avec un pourcentage de 39.4%.

-La prévalence du VIH est importante dans la population homosexuelle. La moitié des patients de notre étude (50%) ont déclaré avoir été contaminés par voie homosexuelle.

La file active du COREVIH de Haute-Normandie retrouve une proportion moins importante d'homosexuels/bisexuels (36%) et 52% d'hétérosexuels (18.4% dans notre enquête). Cependant nos résultats sont à interpréter avec prudence en raison du fort taux de patients ayant répondu qu'ils ne connaissaient pas leur mode de contamination (29%).

Cette information sur le mode de contamination aurait éventuellement pu être retrouvée dans les dossiers médicaux via le logiciel NADIS afin d'obtenir un élément de comparaison par rapport aux réponses des questionnaires.

L'étude ANRS-opportunités a retrouvé 53% d'HSB et ils sont 40% dans l'enquête VESPA 2.

Globalement, après comparaison aux cohortes nationales VESPA 2 et FHDH, la file active du COREVIH de Haute-Normandie, et l'enquête ANRS sur les opportunités manquées, les patients de notre enquête diagnostiqués tardivement sont :

- ✓ Plus jeunes que les données des cohortes de métropole, et de la file active de la région Haute-Normandie.
- ✓ Une proportion plus importante d'hommes (les trois quarts) que de femmes.
- ✓ Une forte proportion de patients originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne, notamment parmi les non-répondants aux questionnaires, pouvant peut-être en partie expliquer les difficultés de recueil et le nombre de réponses manquantes.
- ✓ Un taux d'activité proche de celui de la moyenne nationale non-VIH (en 2013) avec une forte proportion d'employés/ouvriers/professions intermédiaires, comme retrouvé dans l'enquête VESPA 2 en 2011.

- **Modalités de suivi des patients en médecine générale avant la découverte du VIH et modalités de recours au système de santé**

Dans l'enquête VESPA 2 Métropole (27), 98% des patients déclarent que leur suivi pour le VIH est principalement assuré à l'hôpital. Une fois le diagnostic du VIH établi, la majorité des patients effectuent leur suivi concernant le VIH par un médecin spécialiste à l'hôpital.

-Suivi en médecine générale

Dans notre enquête, 84.2% (32 patients) ont un médecin traitant au moment de la découverte du VIH.

82% (31 patients) ont déclaré qu'ils consultaient un médecin traitant au moins une fois par an avant la découverte du VIH. Parmi ces derniers, 52.6% consultaient leur médecin généraliste 3 à 4 fois par an.

Ces résultats sont proches de l'étude ANRS-Opportunités (20) dans laquelle 89% des patients voient un médecin généraliste au moins une fois par an.

Ce qui laisse une importante proportion (18.4%) de patients dans notre étude qui ont déclaré ne jamais consulter leur médecin traitant.

-Recours aux soins

On constate que chez les patients de notre enquête les recours aux soins ont été nombreux dans la période avant le diagnostic du VIH :

92% (35 patients) ont eu recours à une structure de soins, c'est-à-dire qu'ils ont consulté au moins une fois leur médecin généraliste (pour 31 patients) ou un autre médecin (pour 4 patients) dans les 5 ans avant la découverte de leur VIH (quel que soit le motif de consultation).

52.6% (20 patients) ont consulté un autre médecin que leur médecin traitant dans les 5 ans avant la découverte du VIH.

Pour comparaison, dans l'enquête ANRS-Opportunités (20), 99% des patients ont eu un contact avec une structure de soins dans les 3 ans avant le diagnostic de VIH, et parmi eux, 93% avec un médecin généraliste, 65% avec un médecin spécialiste, et 33% avec l'hôpital.

Dans les 5 ans avant le diagnostic de l'infection, pour des symptômes possiblement reliés au VIH, les patients de l'enquête sont nombreux à avoir consulté en médecine générale:-68.4 % (26 patients) ont consulté leur médecin généraliste.

-23.7 % (9 patients) ont consulté un autre médecin généraliste.

Ces résultats soulignent l'importance de cibler les médecins généralistes dans leur mission de proposition d'un test de dépistage du VIH, car ce sont eux qui voient le plus les patients.

-Test de dépistage avant diagnostic du VIH

Concernant la réalisation d'un test de dépistage avant la découverte de l'infection par le VIH, 50% des patients de l'enquête ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage avant la découverte, et parmi ces derniers :

-24% ont réalisé un test il y a plus de 3 ans.

-26% dans les 3 années avant le diagnostic, ce qui représente moins que dans l'enquête ANRS sur les opportunités manquées (20), où 40% des patients ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage dans les 3 années précédant le diagnostic du VIH.

Pour ces derniers, on peut supposer que soit les patients ont été découverts non tardivement mais avec un taux de CD4 déjà inférieur à 350, ce qui est possible, en particulier lors de la primo-infection. Il est plus rare, mais pas impossible, que l'entrée en phase SIDA se fasse dans les 3 ans. Le seul critère du nombre de LT CD4 ne serait alors pas suffisant pour discriminer les découvertes tardives.

Les auteurs du BEH du 24 mars 2015 (34) expliquent que la précocité du diagnostic peut être appréhendée par différents indicateurs : le stade clinique ou le statut immunologique au moment de la découverte de la séropositivité, la combinaison des deux et, enfin, le test d'infection récente. Avec cette méthode, 25% des découvertes de séropositivité sont tardives en 2013 (6).

50% de patients ont déclaré n'avoir jamais eu de test de dépistage dans notre enquête alors qu'ils sont 32% dans l'enquête ANRS-opportunités.

On constate que peu de tests ont été demandés par des médecins généralistes, malgré de nombreuses consultations en médecine générale comme nous l'avons vu un peu plus haut:

-Le test a été réalisé à la demande du patient dans 29% des cas. Dans l'enquête ANRS sur les opportunités manquées (20), le dépistage volontaire est de 26%.

-Sur la demande d'un médecin spécialiste dans 32% des cas ;

-Dans 26.3% des cas par un médecin généraliste, proportion pouvant être considérée comme faible.

En effet, dans le baromètre des médecins généralistes de 2009 (30), 94% des médecins généralistes ont prescrit un test de dépistage du VIH dans le mois précédent (moyenne de 5.9 tests dans le mois).

-Principaux motifs ayant conduit au diagnostic du VIH :

-53% ont consulté pour « un problème de santé ». (Mais on ne peut pas en conclure que le problème de santé qui les a conduits à consulter était un signe clinique lié au VIH).

-28% ont consulté pour un bilan systématique de santé,

-5.5% ont consulté pour un bilan d'IST.

-14% pour des pratiques à risque (rapports non protégés, partenaire séropositif), une exposition récente au VIH.

Pour comparaison, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de mars 2015 sur les découvertes de séropositivité VIH et de SIDA (34) donne les motifs de réalisation de la sérologie VIH en 2013:

-38% pour des signes cliniques liés au VIH.

-22% pour une primo-infection et 78% pour des signes d'infection plus avancés

-22% pour un bilan systématique de santé

-21% dans le cadre d'une exposition récente au VIH.

Concernant le recours aux soins des patients :

- ✓ Il y a eu 92% de recours aux soins dans les 5 ans avant la découverte du VIH, c'est-à-dire au moins une consultation chez un médecin (généraliste ou spécialiste).
- ✓ Les recours au médecin généraliste ont été nombreux : ils sont près de 82% à avoir eu un contact avec un médecin généraliste au moins une fois par an, voire davantage (53% consultent 3 à 4 fois par an), avant la découverte de leur infection.
- ✓ 68% ont consulté leur médecin généraliste dans les 5 ans avant le diagnostic pour des symptômes possiblement liés au VIH.
- ✓ 53 % ont eu recours à un autre médecin que leur médecin généraliste traitant dans les 5 ans avant le diagnostic quel qu'en soit le motif.
- ✓ La moitié des patients ont déclaré avoir déjà réalisé un test de dépistage pour le VIH dont 26% dans les 3 années avant le diagnostic du VIH et 24% il y a plus de 3 années. 50% n'ont jamais fait de test.
- ✓ Le test ayant permis la découverte de l'infection a été majoritairement demandé par un médecin spécialiste (32%) ou à l'initiative du patient (29%), mais seulement pour 26.3% par un médecin généraliste.

- **Opportunités manquées de dépistage pour des symptômes liés au VIH**

-Les résultats de notre enquête confirment en effet que 73.7% de patients ont consulté au moins une fois pour des symptômes pouvant être liés au VIH soit un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou un autre médecin généraliste dans les 5 ans avant le diagnostic du VIH, et confirment qu'il y a eu une opportunité manquée de proposition d'un test de dépistage pour 78.6% d'entre eux.

Les symptômes de consultation les plus fréquemment retrouvés étaient :

-un amaigrissement pour 5.5% des tests proposés (16% dans l'étude ANRS-Opportunités de Karen Champenois (20))

-une diarrhée >2 semaines dans 10% des tests demandés (17% pour diarrhée >1 mois dans l'étude ANRS)

-des adénopathies généralisées dans 14.3% (11% dans l'étude ANRS).

Dans l'étude ANRS-opportunités (20), la majorité des tests ont été proposés pour IST (53% de tests), et pour fièvre>1 mois (23%).

- **Opportunités manquées de dépistage chez les patients avec facteurs de risque d'infection par le VIH**

-Notre enquête a aussi montré que parmi les 92% de patients ayant eu recours aux soins, 63% (22 patients) faisaient partie d'un groupe à risque d'infection par le VIH (homosexualité et patients originaires d'un pays d'Afrique Subsaharienne.)

Parmi ces 63%, 45.5% (10 patients) n'ont pas reçu de proposition de test de dépistage en dépit de leur appartenance à un groupe à risque d'infection par le VIH.

Pour ces 10 patients, le facteur de risque était une transmission par voie homosexuelle.

On peut suggérer que le test n'a pas été proposé :

-Soit parce qu'il n'y a pas eu de recherche des facteurs de risque de la part du soignant.

-Soit parce que le patient ne l'a pas mentionné lors de la consultation.

Pour comparaison, dans l'enquête ANRS de Karen Champenois (20), 48% ont mentionné être HSH lors de la consultation, et 55% n'ont pas reçu de proposition de test au premier contact.

Ces résultats soulignent la difficulté des médecins à identifier les patients à risque d'infection par le VIH en consultation, surtout en médecine générale, où les patients ont majoritairement consulté (82% ont consulté leur médecin généraliste au moins une fois par an).

Au total :

Les recours aux structures de soins ont été fréquents dans les 3 années avant la découverte du VIH (92%), notamment en médecine générale (82%).

Des tests de dépistage ont été réalisés (50% ont réalisé un test de dépistage dans les 3 ans avant la découverte), mais assez peu ont été demandés par des médecins généralistes (26.3%) au vu des résultats de notre enquête. On peut émettre l'hypothèse d'un biais de mémorisation ou de déclaration de la part du patient. Mais nos résultats montrent également qu'il y a bien eu des opportunités manquées de dépistage à l'occasion des consultations chez les médecins généralistes et les médecins spécialistes, que l'on peut tenter d'expliquer de la manière suivante:

-Le patient n'a pas été identifié comme étant à risque d'infection par le VIH par le médecin, donc on ne lui a pas proposé de test de dépistage.

-Le patient est possiblement identifié comme étant à risque mais le test ne lui est pas proposé.

-Les symptômes pour lesquels le patient consulte ne sont pas identifiés comme pouvant être liés au VIH, et un test de dépistage du VIH n'est pas proposé.

Il faut souligner que 79% des patients ont à ce sujet déclaré que le VIH n'avait jamais été abordé au cours d'une consultation avec leur médecin traitant.

4.3) Comment améliorer les pratiques de dépistage du VIH et diminuer le nombre d'opportunités manquées à l'origine de diagnostics tardifs.

Notre enquête confirme qu'il existe des opportunités manquées de dépistage du VIH lors du parcours de soins en médecine générale, plus particulièrement dans une population de patients diagnostiqués tardivement.

Si on se réfère aux résultats de l'enquête ANRS de Karen Champenois sur les opportunités manquées (20), cela s'explique notamment :

- Par les difficultés rencontrées par les soignants à identifier les patients à risque de VIH, notamment en médecine générale, où les patients consultent pourtant régulièrement (au moins 1 fois par an pour 82% des patients de notre enquête).

Pourtant, en consultation, soit le patient n'est pas identifié comme « à risque » parce qu'il ne le mentionne pas forcément (soit parce qu'il ne se sait pas appartenir à un groupe à risque d'infection par le VIH, soit par omission volontaire ou involontaire), ou bien parce que le médecin généraliste ne le demande pas.

On peut donc s'interroger sur comment les médecins généralistes peuvent identifier si les patients sont à risque d'infection par le VIH. En effet, parmi les questions habituelles et neutres telles que la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, ou d'autres drogues, le généraliste doit-il demander à un homme par exemple s'il a des relations sexuelles avec d'autres hommes, avec toute la difficulté que soulève une telle question ?

- Par les difficultés des soignants à identifier les symptômes pouvant être reliés au VIH. Nous avons vu que ceci concerne autant les médecins généralistes que les médecins spécialistes.

Un autre travail pourrait ainsi interroger les médecins généralistes (entretiens-dirigés) sur les difficultés qu'ils rencontrent en consultation pour proposer un test de dépistage du VIH afin de pouvoir diminuer le nombre d'opportunités manquées de dépistage en médecine générale.

Le rapport 2010 sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (35) proposait un dépistage systématique du VIH en médecine générale chez tous les patients de 15 à 70 ans. En effet, devant la persistance d'un retard au dépistage affectant de façon plus particulière certains groupes de population ne considérant pas que leurs pratiques constituent un risque, il a été proposé de généraliser le dépistage. Cette approche devait permettre d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard à la prise en charge. Cependant, le CNGE (conseil national des généralistes enseignants) a pointé du doigt les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à proposer un test de dépistage de manière systématique lors d'une consultation.

Selon le baromètre des médecins généralistes de 2009, 63% des médecins généralistes ne sont pas d'accord avec l'idée de « proposer un test de dépistage aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps » (30). De plus, une étude de 2011, réalisée dans 29 services d'urgence a montré qu'une proposition systématique de dépistage était peu efficace : la prévalence de nouveaux diagnostics était seulement de 0.14%.

18 patients avaient été dépistés VIH+ à des stades tardifs (LTCD4<350/mm³), et ils appartenaient à des populations à risque (36). Sur l'ensemble des tests proposés par les généralistes, très peu reviennent positifs, pouvant décourager l'initiative d'un dépistage généralisé, qui ne parvient pas à sélectionner efficacement les patients à risque. De plus, le dépistage systématique ne parvient finalement pas à dépister les patients plus précocement.

Le rapport 2013 sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a alors réajusté la stratégie de dépistage à l'ensemble de la population (23) en attirant l'attention sur les situations cliniques et biologiques devant faire proposer un test de dépistage, et de profiter des situations occasionnelles de dépistage (grossesse, changement de partenaire...).

En Grande-Bretagne, il a été proposé de faire un test de dépistage du VIH à l'ensemble de la population dans des zones à prévalence élevées. Le test était proposé lorsque la prévalence de diagnostics d'infections à VIH locale dépassait 2 pour 1000 habitants. (37) Cependant, les données de prévalence ne sont pas toujours disponibles pour guider la sélection des structures dans lesquelles un dépistage en routine pourrait être proposé.

Une méthode d'identification du risque a été proposée afin de mieux cibler ces « patients à risque » auxquels on ne pense pas à proposer un test de dépistage en consultation. Il s'agit du Denver HIV risk score (38). Le patient est à haut risque si son résultat est supérieur ou égal à 30. (**Annexe 4**). Il est possible qu'il soit plus facile de proposer ce test de façon assez systématique lors d'une consultation de médecine générale, que de poser certaines questions un peu difficiles afin de savoir si le patient est à risque d'infection à VIH. Il peut constituer un outil d'aide à la prescription d'un test de dépistage du VIH et permettre d'expliquer au patient pourquoi on lui propose le test. Il est de surcroît très rapide à réaliser car il n'a que 6 questions.

Des formations d'éducation des soignants et de développement professionnel continu des professionnels de santé peuvent aussi permettre de renforcer et rappeler les stratégies de dépistage actuelles, notamment auprès des médecins généralistes, qui échouent à identifier ces patients à risque de VIH (mission développée par les COREVIH). Elle reste une pathologie peu fréquente pour une grande majorité de médecins généralistes, à laquelle ils ne pensent pas toujours. (79% des patients de l'enquête ont déclaré que leur médecin traitant n'avait jamais abordé le VIH en consultation).

Une thèse de médecine générale (39) sur la prise en charge du VIH par les médecins généralistes en Mayenne en 2012, retrouve un suivi de 1.67 patients VIH suivis tous sexes confondus, un chiffre plutôt faible.

De plus, afin d'aider les médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients assez lourds car présentant de multiples comorbidités, l'organisation d'un suivi partagé entre la ville et l'hôpital est à développer. Cela pourrait passer notamment par la revalorisation des actes effectués par le médecin généraliste car bien souvent, la consultation du patient VIH est longue et complexe.

Enfin, les nouveaux tests de dépistage peuvent permettre d'élargir l'offre de dépistage. L'intérêt de l'usage des TROD est de pouvoir atteindre les populations qui ne se dépistent pas, ou pas souvent, dans une démarche de dépistage délocalisé, notamment dans une logique de dépistage communautaire. 56500 TROD avaient été réalisés en 2013, essentiellement par des structures associatives (22). Ils sont parfois utilisés dans les centres de CDAG, lors de campagnes de dépistage délocalisé, et dans les urgences des hôpitaux. Le rapport d'experts 2013 sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH considère que cette stratégie est très intéressante et peut permettre d'élargir l'offre de dépistage (6). Leur utilisation par les médecins généralistes en cabinet de ville fait partie du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 (21), mais très peu d'expériences concluantes ont été menées en pratique de ville. La faisabilité et l'acceptabilité des TROD en cabinet de médecine générale a été étudiée en 2013 (40) et a montré une bonne acceptabilité du test par les médecins généralistes (77% sont favorables à l'utilisation des TROD devant des situations à risque), mais la faisabilité est faible du fait des nombreux freins rencontrés en pratique quotidienne (potentielles erreurs d'interprétation du test, allongement du temps de consultation, contrôle qualité, manque de formation). Le VIH est une pathologie rare en médecine générale et l'utilisation en pratique des TROD reste donc très peu fréquente. Les possibilités de financement de l'achat du dispositif et une rémunération spécifique pourraient être des éléments positifs à sa mise en œuvre.

Quant aux autotests de dépistage, leur commercialisation est attendue pour septembre 2015 en France (Autotest SURE CHECK VIH® sur sang capillaire). La spécificité de l'autotest Américain OraQuick In Home, c'est-à-dire sa capacité à donner un résultat négatif lorsque l'infection n'est pas présente, a été établie à 99.8%, et jugée très satisfaisante. Sa sensibilité, capacité à donner un test positif lorsque l'infection est présente, est de 92.9%. Le CNS a donc prononcé un avis favorable pour la mise à disposition sur le marché des autotests rapides de dépistage du VIH pour compléter l'offre de dépistage (41). Les avantages sont l'anonymat, la rapidité, la facilité d'accès au test, la relative autonomie de l'usager. Cependant, si le test est positif, il est nécessaire qu'il y ait un accompagnement et une information disponible sur la conduite à tenir. Il peut aussi y avoir des échecs par rapport aux conditions techniques d'utilisation susceptibles de modifier la sensibilité/spécificité du test. Les médecins généralistes doivent être bien informés de leur utilisation, afin d'informer les patients au mieux en fonction du résultat et des prises de risque.

Il convient de rappeler enfin les méthodes de prévention comme l'association de stratégies de dépistage (incitation au dépistage volontaire), de méthodes de prévention comportementales (usage du préservatif, choix des partenaires, pratiques sexuelles) et le traitement antirétroviral (traitement comme outil de prévention).

30000 personnes ne savent pas qu'elles sont porteuses du VIH, et sont responsable de 60% des nouvelles contaminations (6). Connaître son statut sérologique par des tests de dépistage réguliers, doit être une responsabilité au même titre que se protéger et protéger autrui. L'organisation de cette prévention doit passer par des campagnes auprès du grand public, notamment l'éducation à la sexualité des jeunes et des adolescents.

A ce titre l'enquête KABP (42) montre chez les jeunes de 18 à 30 ans, pour la première fois depuis 1994, une moins bonne connaissance des mécanismes de transmission du virus que leurs aînés. L'éducation à la sexualité est basée sur la loi du 4 juillet 2001 et la circulaire du 17 février 2003 qui prévoit au moins trois séances d'éducation par an et par groupes d'âges. Cependant, ces actions sont insuffisamment mises en œuvre et évaluées (43). Si le préservatif est encore largement utilisé lors des premiers rapports sexuels, son efficacité est questionnée par les jeunes qui sont de moins en moins nombreux à déclarer que « le préservatif est tout à fait efficace pour se protéger du VIH »(44). Le rapport d'experts 2013 sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH recommande donc de maintenir une information régulière auprès du grand public en matière de prévention du VIH/sida, car l'épidémie est toujours active.

5) Conclusion

En 2013, il persiste 25% de patients diagnostiqués tardivement pour le VIH avec un taux de LT CD4<200/mm³. L'épidémie est toujours active car les 24000 à 29000 patients qui s'ignorent infectés sont responsables de 60% des nouvelles contaminations. L'intérêt d'un dépistage précoce est ainsi double : à un niveau individuel car l'instauration d'un traitement précoce permet d'augmenter l'espérance de vie en retardant l'évolution vers un stade évolué et d'éviter les complications de la maladie ; à un niveau collectif, car le traitement permet d'obtenir une charge virale indétectable et réduit très nettement le risque de transmission du virus.

Les derniers principes du dépistage du VIH ont été actualisés en 2013, rappelant l'intérêt d'un dépistage généralisé à l'ensemble de la population, tout en attirant l'attention sur certaines situations cliniques et biologiques particulières, sur certaines circonstances et groupes de population à risque.

Les médecins généralistes réalisent un grand nombre de tests de dépistage du VIH dans une mission de soins de santé primaires. Cependant, ils rencontrent un certain nombre de freins au dépistage dans leur pratique quotidienne, à l'origine de nombreuses opportunités manquées de dépistage à l'origine de découvertes tardives du VIH.

Notre enquête a montré qu'il y avait eu de nombreuses opportunités manquées de dépistage du VIH (78.6% pour des symptômes reliés au VIH et 45.5% chez les patients à risque d'infection par le VIH) lors du parcours de soins, notamment en médecine générale, chez les patients diagnostiqués tardivement (LT CD4<350/mm³ ou stade Sida) au cours des années 2010 à 2013, et maintenant suivis dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen. Et ce, malgré de nombreux recours au système de soins (92%), notamment des consultations en médecine générale (82% consultent au moins une fois par an leur médecin généraliste).

La bonne reconnaissance des facteurs de risque et l'identification des situations devant amener à proposer un test de dépistage sont les principales difficultés rencontrées, à l'origine des opportunités manquées de dépistage en médecine de ville.

Le réajustement d'un dépistage généralisé trop difficile à réaliser en pratique quotidienne de ville vers un dépistage mieux ciblé, accompagné par de nouveaux outils (autotests, TROD, test de dépistage avec score de risque, formations professionnelles continues...) pourrait permettre d'améliorer les pratiques de dépistage, conjointement à la promotion de méthodes de préventions multiples (stratégies de dépistage mais aussi comportementales et traitement ARV).

Une meilleure compréhension des circonstances qui conduisent à un diagnostic tardif du VIH est possible grâce à des enquêtes auprès des médecins généralistes eux-mêmes (entretiens dirigés), mais aussi grâce à une analyse fine du parcours de soins de la file active hospitalière.

D'ores et déjà, afin de réduire les opportunités manquées de dépistage et éviter les diagnostics tardifs qui ont un impact négatif sur la dynamique de l'épidémie, la qualité et l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH, des actions ont été menées par le COREVIH de Haute-Normandie, en particulier dans le domaine de la formation. Améliorer la connaissance des parcours de soins et des pratiques de dépistage est indispensable pour qu'une structure de coordination telle que le COREVIH puisse adapter ses actions afin de contribuer à ce que les acteurs de terrain se saisissent de toutes les opportunités de dépistage.

Bibliographie

- (1) Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, Dauguet C, Axler-Blin C, Vézinet-Brun F, Rouzioux C, Rozenbaum W, Montagnier L. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 1983 May 20;220(4599):868-71
- (2) ONUSIDA. Diapositives clés sur les données épidémiologiques. Juillet 2015.
- (3) Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de Sida d'ici 2030. Rapport ONUSIDA, 2014.
- (4) Supervie V, Ndawinz JD, Lodi S, Costagliola D. Institut de veille sanitaire. AIDS. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *Jul 2014*, 31; 28 (12):1797-804.
- (5) Bourdillon F. Dépistage du VIH : une augmentation du nombre de tests positifs dans une activité de dépistage importante et stable. *BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire) Numéro 32-33*, 28 novembre 2014.
- (6) Découvertes de séropositivité VIH et SIDA, France, 2003-2013. Dépistage du VIH. Découvertes de séropositivité VIH. *Diagnostics de sida 2003-2013*, Unité VIH/sida-IST-hépatites B et C, Institut de Veille Sanitaire CNR du VIH. Réunion « Journée mondiale de lutte contre le sida », 24 Novembre 2014.
- (7) Pr MORLAT P, CNS et ANRS. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013, La documentation Française, 2013. Chapitre 2 : Dépistage. p 50-51.
- (8) Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence.
- (9) Jnaoui K. Algorithme de confirmation et du suivi de l'infection par le VIH: rôle du laboratoire de référence SIDA de l'UCL. *AIDS Reference Laboratory, Université Catholique de Louvain, Hippocrate 54, 1200 Brussels, Belgium. Biomatec ECHO (2007) Vol. 2, N° 5; published online 20 June 2007.*
- (10) Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).
- (11) Rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH, présenté par la commission « autotests » du conseil national du sida. 20 décembre 2012.

- (12) Pr MORLAT P, CNS et ANRS. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts Rapport 2013, La documentation Française, 2013. Chapitre 2 : Dépistage. p 41.
- (13) Sturdevant C B, Joseph S B, Schnell G, W. Price R, Swanstrom R, Spudich S. Compartmentalized Replication of R5 T Cell-Tropic HIV-1 in the Central Nervous System Early in the Course of Infection. Published: March 26, 2015. DOI: 10.1371/journal.ppat.1004720. Cité par le quotidien du médecin : Le cerveau, niche du VIH. Coulomb D. 30-03-2015.
- (14) Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales : essai thérapeutique VIH (mai 2014). ANRS 142 START. Quand commencer le traitement de l'infection par le VIH : un essai randomisé de classe IV comparant l'initiation des antirétroviraux immédiate à plus de 500 CD4/mm³ ou différée jusqu'à 350 CD4/mm³.
- (15) Le meilleur de la CROI (21th conference on retrovirus and opportunistic infections). Rubrique Prévention. Boston. 03-06 mars 2014.
- (16) Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS 2006;20(10):1447-50.
- (17) Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Bulletin des médecins suisses : Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle ; Bulletin des médecins suisses ; 2008;89: 5.
- (18) Cohen MS, Chen YQ, Mc Cauley M et al. Prevention of HIV-1 infection with early antirétroviral therapy. The new England journal of medicine 2011, 365 :493-505
- (19) Rodger A et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 153LB, 2014.
- (20) Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, Lacombe K, Patey O, Béchu P, Calvez M, Semaille C, and Yazdanpanah Y. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infect Dis. 2013; 13: 200. Published online 2013 May 2. doi: 10.1186/1471-2334-13-200. PMID: PMC3652743
- (21) Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. Paris: ministère de la santé et des sports; 2010. 266 p. http://www.sante.gouv.fr/imG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_ViH-sida_et_les_ist_2010-2014.pdf
- (22) Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S, Pillonel J, Lot F. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire) Numéro 32-33, 28 novembre 2014.

- (23) Pr MORLAT P, CNS et ANRS. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013, La documentation Française 2013. Chapitre 2 : Dépistage. p 47.
- (24) Pilly.E, Maladies infectieuses et tropicales, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. 2012.
- (25) Delpierre, C., et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy, International Journal of STD & AIDS, vol. 18, n°5, mai 2007,312-317.
- (26) Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe : a systematic review. Eur J Public Health 2010.
- (27) Vivre avec le VIH : Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) 2013 ; (26-27) ; 283-324.
- (28) Graff. A, Rapazzo B. Directeur de travail :Salzac O. Obstacles à la prévention du VIH/SIDA chez les populations migrantes d'origine sub-saharienne. Travail de bachelor déposé et soutenu à Lausanne en 2012 en vue de l'obtention d'un bachelor of science HES-SO en soins infirmiers.
- (29) Société de pathologie infectieuse de langue Française et société Française de lutte contre le sida. Consensus formalisé. Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. Mars 2009.
- (30) Gautier A. Baromètre santé des médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES. Collection Baromètre santé.
- (31) Grandjean P. Prise en charge des PVVIH par le médecin généraliste : Etat des lieux et opinions des PVVIH, de leurs médecins généralistes et de leurs médecins hospitaliers. 15^{ème} congrès de lutte contre le sida. 23 et 24 octobre 2014.
- (32) Pr MORLAT P, CNS et ANRS. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013, La documentation Française 2013. Chapitre 15 : Organisation des soins. Page 422.
- (33) Enquête Emploi. Insee. 2013.
- (34) Cazein F, Pillonell J, Le Strat, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, Thierry D, Denys Brand D, Leclerc M, Benyelles L, Da Costa C, Barin F, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH et de SIDA, France, 2003-2013. BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) numéro 9-10. 24 mars 2015.
- (35) Pr YENI P. Rapport d'experts YENI : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2010. La documentation française.

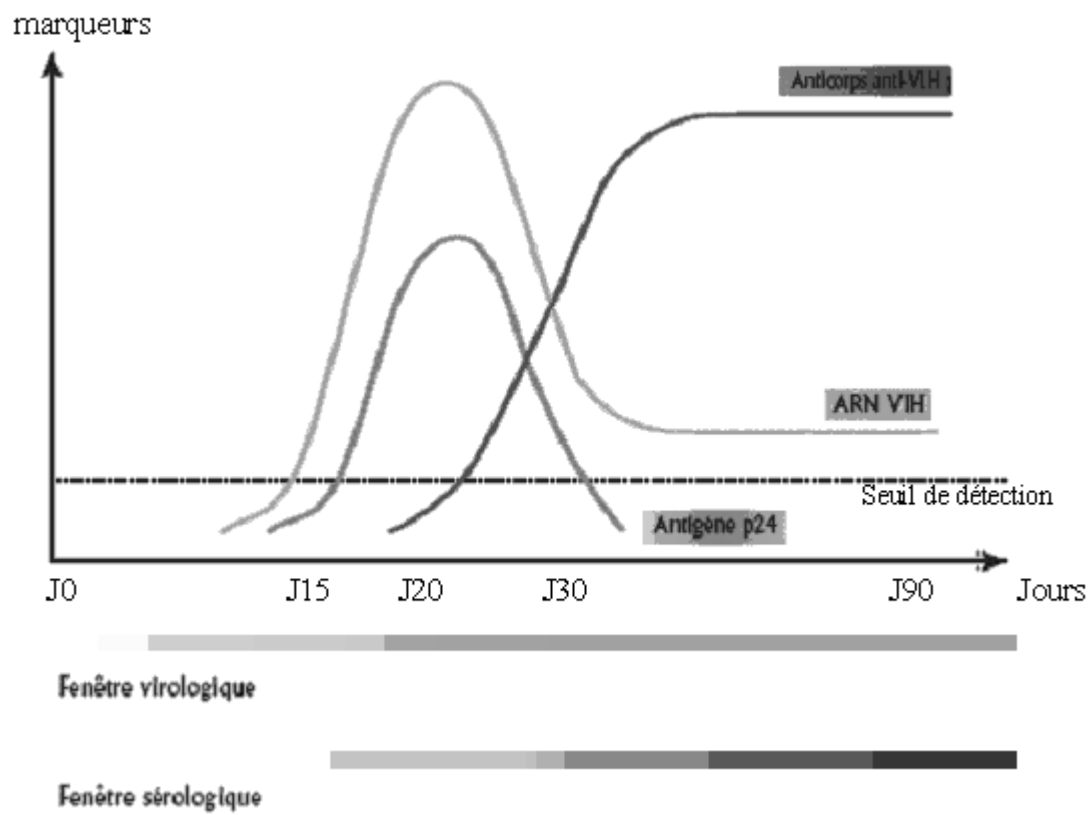
- (36) D'Almeida KW¹, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, Semaille C, Bousquet V, Simon F, Guillemot D, Lert F, Crémieux AC. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. Emergency Department HIV-Screening Group. 2012 Jan 9;172(1):12-20. doi: 10.1001/archinternmed.2011.535. Epub 2011 Oct 24.
- (37) Fisher M. HIV testing experience in the UK. Brighton and Sussex university hospital, Brighton, UK. International journal of STD and AIDS. (Impact Factor: 1.04). 03/2006; 17(2):81-92. DOI: 10.1258/095646206775455829
- (38) Enhanced Targeted HIV Screening Using the Denver HIV Risk Score Outperforms the Emergency Department Nontargeted Screening. Haukoos, American Journal of Epidemiology, 2012; 175(8):838-46 Haukoos, Annals of Emergency Medicine, 2013;61(3):353-61
- (39) Lavoix A. Thèse de médecine générale : Etat des lieux de la prise en charge en médecine générale des patients infectés par le VIH en Mayenne en 2012.
- (40) Poirier C, Gras G, Lebeau JP, Guillon L, Huard E, Dailloux JF, Le Moal G, Bernard L. Acceptabilité et faisabilité des tests d'orientation diagnostique en cabinet de médecine générale. Congrès SFLS Poitiers. 24-25 novembre 2013.
- (41) Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH. Paris : Conseil national du sida. 2013.
- (42) Beltzer N, Saboni L, Sauvage C et al et l'équipe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France, en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris : observatoire régional de santé d'Ile-de-France 2011.
- (43) Conseil national du sida (CNS). Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection par le VIH en France métropolitaine, suivi de recommandations. Novembre 2005.

ANNEXES

Annexe 1 : Marqueurs virologiques au cours de l'infection par le VIH

Référence bibliographique 9

Evolution des marqueurs de l'infection par le VIH



Annexe 2: Différents stades cliniques de l'infection à VIH

Référence bibliographique 24

Nombre de lymphocytes T CD4	(A) Asymptomatique, primo-infection ou adénopathies diffuses chroniques	(B) Asymptomatique sans critères (A) ou (C)	(C) Sida
>500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
<200/mm ³	A3	B3	C3

En bleu, définition du SIDA en France.

Annexe 3 : Classification de la maladie à VIH (1993) :

Référence bibliographique 24

Stade A
Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun critère des catégories B et C
Infection VIH asymptomatique Lymphadénopathie généralisée persistante Primo-infection symptomatique
Stade B
Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas parti de la catégorie C. La liste n'est pas limitative
Angiomatose bacillaire (bartonella sp) Candidose oropharyngée Candidose vaginale, persistante, fréquente qui répond mal au traitement Dysplasie du col de l'utérus, carcinome in situ Syndrome « constitutionnel » : fièvre (>38.5) ou diarrhée supérieure à 1 mois Leucoplasie chevelue de la langue (EBV) Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome Purpura thrombocytopenique immunologique Salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tuboovariens Neuropathie périphérique

Stade C

Cette catégorie correspond à la définition du sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C

Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire, candidose œsophagienne
Cancer invasif du col
Coccidioidomycose disséminée ou extra pulmonaire
Cryptococcose extra pulmonaire
Cryptosporidiose intestinale >1 mois
Infection à Cytomégalo virus (autre que foie, rate ou ganglions)
Encéphalopathie due au VIH
Infection herpétique, ulcères cutanés chroniques >1 mois ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne
Histoplasme disséminée ou extra pulmonaire
Isosporose intestinale chronique >1 mois
Maladie de Kaposi, Lymphome de Burkitt, Lymphome immunoblastique, lymphome cérébral primitif
Infection à mycobacterium avium ou kansasii, disséminée ou extra-pulmonaire
Infection à Mycobactérium tuberculosis, quel que soit le site
Infection à mycobactéries, identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire
Pneumopathie à Pneumocystis jirovecii (ex-carinii)
Pneumopathie bactérienne récurrente
Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP)
Septicémie à salmonella entérica serotype non typhi récurrente
Toxoplasmose cérébrale
Syndrome cachectique dû au VIH

Annexe 4 : Denver HIV Risk Score (38)

The Refined Denver HIV Risk Score

Score

Patient age 22-25 or 55-60 + 4 26-32 or 47-54 + 10 33-46 + 12	
Male gender +21	
Patient self-reported race/ethnicity Black +21 Hispanic +9	
Does the patient have sex with men, women, or both? Men or both +22	
Has the patient ever injected drugs? Yes + 9	
Has the patient ever been tested for HIV? Yes - 4	
Total score	

Very low risk < 20 points

Low risk 20-29 points

Moderate risk 30-39 points

Hight risk 40-49 points

Very hight risk > ou égal à 50 points

Patients who score 30 points or greater should be considered at increased risk for having undiagnosed HIV infection and should be routinely offered HIV testing.

-Annexe 5 : courrier de demande d'avis au président du CPP

A Rouen, le 16/08/2014

Monsieur le Président du CPP,

Je vous adresse une demande d'avis concernant un travail de recherche faisant l'objet d'une thèse de médecine générale.

L'objectif de ce travail est de déterminer, au travers d'un questionnaire destiné aux patients concernés, quels sont les facteurs à l'origine des occasions manquées de dépistage de l'infection à VIH chez des patients diagnostiqués à un stade tardif ($CD4 < 350/mm^3$ ou stade SIDA) durant leur parcours de soins en médecine générale, au cours des années 2010 à 2013, en Haute-Normandie.

Les données concernant la recherche seront anonymes.

Il n'y aura pas d'incidence sur la prise en charge en cas de refus de participation, ainsi que la possibilité de ne pas répondre à certaines questions de la part des patients concernés.

Par ailleurs, aucun fichier ne sera créé.

Vous trouverez ci-joint le dossier administratif et le dossier sur la recherche de la procédure de soins courants.

En vous remerciant pour l'attention que vous voudrez bien porter à cette demande, je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations respectueuses.

Ophélie Chrétien

Annexe 6 : formulaire d'information patient

N°AFSAPS : 2014-A01363-44

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale (en 8ème année), et j'effectue une thèse sur le dépistage du VIH par les médecins généralistes. Ce questionnaire vous est proposé afin de mieux connaître votre suivi par votre médecin traitant avant la découverte de votre infection, et de préciser les modalités de découverte de celle-ci.

En effet, la découverte de l'infection à VIH reste encore trop souvent tardive (27% des nouvelles découvertes). L'objectif de ce travail est d'identifier les circonstances qui peuvent retarder la découverte de l'infection à VIH afin d'optimiser les pratiques de dépistage, en particulier en médecine générale.

Votre participation est entièrement volontaire et il n'y aura aucune incidence si vous refusez d'y participer. Vous pouvez ne répondre qu'à certaines questions.

Les réponses au questionnaire respectent le secret médical et sont anonymes.

Si vous désirez recevoir des informations supplémentaires sur l'objet de cette recherche, n'hésitez pas à en faire part aux professionnels de santé de l'Hôpital de jour lorsque vous rendrez votre questionnaire (médecins ou infirmières).

Merci pour vos réponses.

Ophélie Chrétien

Annexe 7 : Questionnaire patients

QUESTIONNAIRE

En cas de choix multiples, cochez votre réponse.

- 1) Quel est votre pays de naissance ?

- 2) Quelle est votre nationalité actuelle ?

- 3) Depuis quand vivez-vous en France ?
 - Moins d'1 an
 - Entre 1 et 3 ans
 - Plus de 3 ans
 - Vous y avez toujours vécu

- 4) Où habitez-vous au moment de la découverte de l'infection VIH?
 - En Haute-Normandie
 - En France, dans une autre région. Laquelle ?
 - Dans un pays étranger. Lequel ?

- 5) Quelle est votre catégorie professionnelle actuelle?
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Commerçant, artisans et chefs d'entreprises
 - Agriculteur/exploitant
 - Professions Intermédiaires
 - Employés
 - Ouvriers
 - Sans emploi
 - Étudiants

- 6) Quelle était votre catégorie professionnelle au moment de la découverte de la maladie ?
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Commerçant, artisans et chefs d'entreprises
 - Agriculteur/exploitant
 - Professions Intermédiaires
 - Employés
 - Ouvriers
 - Sans emploi

Étudiants

7) A partir de quelle date avez-vous bénéficié des droits à l'assurance maladie ? (AME, CMU, Sécurité sociale)

8) Étiez-vous Célibataire au moment de la découverte ?

Oui

Non

9) Aviez-vous des enfants au moment de la découverte ?

Oui

Non

10) Savez-vous à quelle date vous avez été contaminé par le VIH ?

Oui

Non

Si oui à quelle date ?

11) Selon vous, comment avez-vous été contaminé ?

Par voie hétérosexuelle

Par voie homosexuelle

Par usage de drogues par voie intraveineuse

Suite à un accident d'exposition au sang (AES)

Transmission par la mère au cours de la grossesse ou l'allaitement

Ne sais pas

12) Au moment de la découverte, aviez-vous un médecin traitant ?

Oui

Non

Si oui, depuis quelle date ?

13) Avant la découverte de votre infection, à quelle fréquence consultiez-vous votre médecin traitant ?

Jamais

Une fois par an

3 à 4 fois par an

Une fois par mois

Plusieurs fois par mois

- 14) Aviez-vous déjà été testé pour le VIH avant la découverte de votre infection ?
Oui Non

-Si oui, combien de temps avant la découverte ?

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 3 années
- Il y a plus de 3 ans

-Si non, aviez-vous déjà refusé de faire un test proposé par votre médecin traitant ?

- Oui Non

Si vous aviez refusé, pour quelles raisons ?

- 15) Qui a été à l'origine de la demande du test qui a permis la découverte de votre infection ?
Vous-même
Votre médecin traitant
Un autre médecin généraliste
Un médecin spécialiste
Autre. Précisez :

- 16) Quel est le motif ayant conduit au diagnostic ?

Problèmes de santé. Si oui, le ou lesquels ?

Situation à risque (consommation de drogues, partenaires multiples...). Si oui, le ou lesquels ?

Bilan de santé (ex. : au cours d'une opération chirurgicale, bilan prénatal)

Bilan au cours d'une infection sexuellement transmissible (IST)

Autre. Préciser :

- 17) Aviez-vous consulté d'autres médecins que votre médecin traitant dans les 5 ans ayant précédé votre découverte ?

- Oui Non

-Si oui quelle(s) spécialité(s) ?

- Cardiologue
- Pneumologue
- Gastro-entérologue
- Neurologue
- Endocrinologue, diététicien
- Dermatologue
- ORL, ophtalmologue
- Psychiatre
- Urologue

- Rhumatologue
- Chirurgie viscérale ou orthopédique
- Autre

-A quelles fréquences ?

- Tous les 3 mois environ
- Tous les 6 mois environ
- 1 fois par an

18) Dans les 5 ans avant la découverte, avez-vous consulté votre généraliste pour les problèmes de santé suivants :

- Fièvre persistante
- Diarrhées de longue durée (plus de 2 semaines)
- Perte de poids
- Présence de ganglions
- Lésions sur la peau. Si oui, précisez :
- Champignons dans la bouche et/ou l'œsophage
- Infections pulmonaires. Si oui, précisez :
- Tuberculose pulmonaire
- Une autre IST (Infection sexuellement transmissible), laquelle ?
- Un autre problème de santé :

Dans ce cas, un test de dépistage vous a-t-il été proposé lorsque vous avez consulté pour ces symptômes ?

- Oui Non

19) Dans les 5 ans avant la découverte, avez-vous consulté un autre médecin généraliste pour les problèmes de santé suivants :

- Fièvre persistante
- Diarrhées de longue durée (plus de 2 semaines)
- Perte de poids
- Présence de ganglions
- Lésions sur la peau. Si oui, précisez :
- Champignons dans la bouche et/ou l'œsophage
- Infections pulmonaires. Si oui, précisez :
- Tuberculose pulmonaire
- Une autre IST (Infection sexuellement transmissible), laquelle ?
- Un autre problème de santé :

Dans ce cas, un test de dépistage vous a-t-il été proposé lorsque vous avez consulté pour ces symptômes ?

- Oui Non

20) Dans les 5 ans avant la découverte, avez-vous consulté un médecin spécialiste pour les problèmes de santé suivants :

- Fièvre persistante
- Diarrhées de longue durée (plus de 2 semaines)
- Perte de poids
- Présence de ganglions
- Lésions sur la peau. Si oui, précisez :
- Champignons dans la bouche et/ou l'œsophage
- Infections pulmonaires. Si oui, précisez :
- Tuberculose pulmonaire
- Une autre IST (Infection sexuellement transmissible), laquelle ?
- Un autre problème de santé :

Dans ce cas, un test de dépistage vous a-t-il été proposé lorsque vous avez consulté pour ces symptômes ?

Oui

Non

21) Avant la découverte de votre infection à VIH, votre médecin traitant a-t-il abordé avec vous la question de l'infection à VIH ?

Oui

Non

Si, oui : dans quelles circonstances :

22) Avant votre diagnostic, estimez-vous que votre médecin avait des difficultés à aborder avec vous les questions de sexualité ?

Oui

Non

23) Avant votre diagnostic, estimez-vous que vous aviez des difficultés à aborder les questions de sexualité avec votre médecin traitant ?

Oui

Non

Commentaires éventuels :

Annexe 8: document d'information médecins de l'Hôpital de jour de maladies infectieuses du CHU de Rouen

Chers confrères,

Je suis interne en médecine générale (en 4^{ème} semestre) et dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le dépistage du VIH par les médecins généralistes en collaboration avec le COREVIH de Haute-Normandie et sous la direction du Dr Karl FELTGEN.

L'objectif de ce travail est d'identifier les circonstances qui peuvent retarder la découverte de l'infection à VIH afin d'optimiser les pratiques de dépistage, en particulier en médecine générale.

Mon travail s'attache à déterminer les facteurs à l'origine des occasions manquées de dépistage du VIH chez des patients diagnostiqués à un stade tardif ($CD4 < 350/mm^3$) durant leur parcours de soin en médecine générale au cours des années 2010 à 2013.

Pour ce faire, le recrutement des patients s'est fait à partir de la base de suivi NADIS, ce qui a permis d'identifier 79 patients diagnostiqués tardivement.

Un questionnaire remis aux patients concernés permettra d'étudier leur parcours de soin en médecine générale durant les 3 années ayant précédé la découverte de l'infection, en particulier pour identifier d'éventuelles opportunités manquées de dépistage (selon les situations cliniques, les facteurs de risque.)

Je souhaiterais faire remplir ce questionnaire aux patients lorsqu'ils viennent à l'hôpital de jour pour une consultation de suivi ou pour un bilan sanguin et si possible qu'ils le fassent avant leur rendez-vous, dans la salle d'attente.

Les patients seront peut-être à même de vous poser des questions concernant cette recherche dans le cadre de leur maladie. Merci de répondre à leurs éventuelles interrogations.

Je vous remercie par avance pour votre collaboration et reste bien entendu à votre disposition pour toute autre information complémentaire.

Confraternellement,

Ophélie CHRETIEN

Annexe 9 : Résumé du protocole de recherche à la demande du CPP

N°AFFSAPS : 2014-A01363-44

Chrétien Ophélie

Titre de la recherche : Enquête visant à identifier les occasions manquées de dépistage en médecine générale, de l'infection à VIH chez des patients diagnostiqués tardivement ($CD4 < 350/mm^3$) et suivis actuellement au CHU de Rouen.

Personnes responsables de la recherche :

Dr Feltgen Karl, médecin généraliste au CDAG de Rouen

Chrétien Ophélie, interne en médecine générale

Objectif principal de la recherche et déroulement:

Déterminer quels sont les facteurs à l'origine des occasions manquées de dépistage de l'infection à VIH durant leur parcours de soins en médecine générale chez des patients diagnostiqués à un stade tardif ($CD4 < 350/mm^3$ ou stade SIDA) au cours des années 2010 à 2013, en Haute-Normandie.

Recrutement des patients suivis au CHU de Rouen Charles Nicolle, à l'Hôpital de jour de maladies infectieuses, à partir de la base de données informatiques NADIS, (regroupant les dossiers médicaux des patients vivant avec le VIH) grâce à une procédure de filtration des données à partir des critères d'inclusion avec la participation des Techniciens d'Études Cliniques du COREVIH de Haute-Normandie.

Étude du parcours de soins en médecine générale grâce à un questionnaire proposé aux patients de préférence avant ou après une consultation de suivi avec un médecin infectiologue ou lors d'un bilan biologique avec les infirmières du service.

Critères d'inclusion :

- Patients dont l'infection à VIH a été diagnostiquée du 01/01/2010 au 31/12/2013
- avec un taux de lymphocytes $CD4 < 350/mm^3$ ou stade SIDA au moment de la découverte de l'infection VIH
- Age > 18 ans
- Suivis à l'Hôpital de jour (HDJ) de maladies infectieuses

Critères d'exclusion :

Patient ayant refusé de participer à l'enquête

Patient ne comprenant pas le français

Patient ne répondant pas aux critères d'inclusion

Durée de la recherche :

Les patients consultent environ tous les 3 à 6 mois dans le cadre de leur suivi spécialisé.

Les questionnaires seront donc proposés aux patients sur une durée d'environ 6 mois. (Octobre 2014 à mars/avril 2015).

Annexe 10 :

DOCUMENT PERMETTANT AU COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES DE S'ASSURER QUE LE PROJET DE RECHERCHE SOUMIS PORTE SUR L'ÉVALUATION DES SOINS COURANTS

Ce document doit être complété de façon claire et compréhensible.

1. Numéro d'enregistrement de la recherche : 2014-A01363-44

2. Titre complet de la recherche : Enquête visant à identifier les occasions manquées de dépistage en médecine générale, de l'infection à VIH chez des patients diagnostiqués tardivement (CD4<350/mm³) et suivis actuellement au CHU de Rouen.

3. Hypothèse principale de la recherche et objectifs :

La découverte du VIH reste souvent trop tardive. En 2012, 27% de patients sont diagnostiqués avec un taux de lymphocytes CD4<200/mm³. Il a été montré qu'il existait de nombreuses occasions manquées de diagnostic durant leur parcours de soins en médecine générale. (Etude ANRS sur *Les opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France* de Champenois et al.).

L'objectif est d'étudier le profil de ces patients ainsi que leur parcours de soin en médecine générale durant les trois années ayant précédé la découverte de l'infection, afin d'identifier les éventuelles opportunités manquées de dépistage.

4. Eléments démontrant l'utilisation habituelle des stratégies médicales objets de la recherche au regard de la population concernée, comprenant, le cas échéant, une enquête de pratiques accompagnée d'une description de la méthode utilisée (nombre de questionnaires, personnes interrogées, références bibliographiques, le cas échéant...) :

5. Références bibliographiques, quand elles existent, démontrant l'existence d'un consensus professionnel relatif aux stratégies médicales faisant l'objet de la recherche :

- Rapport 2013 du Pr MORLAT

- étude ANRS sur *Les opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France* de Champenois et al.

6. Lorsque la recherche porte sur une comparaison de stratégies médicales, données scientifiques permettant de s'assurer qu'aucune de ces stratégies ne peut, en l'état des connaissances, être considérée comme supérieure à l'autre en termes de sécurité et d'efficacité :

7.1. Description des produits utilisés au cours de la recherche, accompagnée des documents habituellement à disposition de l'utilisateur tels que les notices d'instruction des dispositifs médicaux et de la justification que les conditions d'utilisation de ces produits sont conformes à leur destination et leur utilisation en pratique courante :

Notice d'information donnée aux patients avant de remplir le questionnaire.

7.2. Description des actes pratiqués et des méthodes utilisées au cours de la recherche accompagnée de la justification que la pratique de ces actes et de ces méthodes est conforme à la pratique courante :

Recrutement des patients à partir de la base de données informatique NADIS à partir des critères d'inclusion de la recherche.

Questionnaire proposé aux patients lors de leur venue à l'Hôpital de jour de maladies infectieuses du CHU de Rouen pour un bilan biologique avec les infirmières ou pour une consultation médicale avec notice d'information préalable.

Données anonymes. Participation volontaire des patients. Possibilité de refus sans incidence sur la prise en charge.

8. Description des modalités particulières de surveillance prévues dans le protocole et la justification que ces modalités ne -comporte que des risques et des contraintes négligeables :

Recueil des questionnaires à l'HDJ de maladies infectieuses. Pas de surveillance particulière.

Signature du responsable

Mentionné au 2° de l'article L. 1121-1 du Code de la Santé Publique

Par la présente, j'atteste au nom du responsable (*raier la mention inutile*) que les informations fournies ci-dessus à l'appui de la demande d'avis sont exactes.

Nom : Chrétien

Prénom : Ophélie

Adresse : 15 rue de Crèvecœur, 60360 LIHUS

Fonction : Interne de médecine générale

Date : 16/08/2014

Signature :

RESUME

Introduction : 25% des diagnostics du VIH sont réalisés tardivement en 2013. L'objectif de ce travail est d'identifier les occasions manquées de proposition d'un test de dépistage du VIH lors du parcours de soin en médecine générale, et de déterminer les facteurs de risque qui leurs sont associées.

Méthodes : Cette enquête monocentrique, descriptive et analytique s'est déroulée de novembre 2014 à avril 2015 dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen. Elle a inclus 89 patients diagnostiqués entre 2010 et 2013 au stade SIDA ou avec des lymphocytes CD4<350/mm³. L'analyse du parcours de soin s'est basée sur un questionnaire auto-administré.

Résultats/Discussion : 42.7% de patients ont répondu. 68.5% sont des hommes. 46 % sont originaires d'un pays d'Afrique Subsaharienne. L'âge moyen est de 41.8 ans. 50 % des contaminations ont une origine homosexuelle. Avant le diagnostic, 82% consultaient leur médecin généraliste au moins une fois par an, 50% avaient réalisé au moins un test de dépistage. Le test ayant permis le diagnostic a été demandé à 37% par un médecin spécialiste, à 26.3% par un généraliste, à 29% par le patient. Dans les 5 ans avant le diagnostic : 73.7% ont consulté au moins une fois un médecin pour des symptômes possiblement liés au VIH, et 78.6% n'ont pas reçu de proposition de test de dépistage ; 63% appartenaient à un groupe à risque d'infection à VIH et 45.5% n'ont pas eu de test de dépistage (opportunités manquées).

Conclusion : La reconnaissance des facteurs de risque et l'identification des situations cliniques devant amener à proposer un test de dépistage sont les principales difficultés rencontrées, à l'origine des opportunités manquées de dépistage.

Mots clés : VIH, dépistage, occasions manquées, diagnostic tardif.