



HAL
open science

Évaluation des opportunités manquées de dépistage VIH aux urgences

Guillaume Le Garsmeur

► **To cite this version:**

Guillaume Le Garsmeur. Évaluation des opportunités manquées de dépistage VIH aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03940847

HAL Id: dumas-03940847

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03940847>

Submitted on 16 Jan 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2022

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES Médecine d'urgence

par

Guillaume LE GARSMEUR

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2022

Evaluation des opportunités manquées de dépistage VIH aux urgences

Président : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain LAMBERET

Remerciements

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, merci pour ton implication au cours de toute ces années dans notre encadrement au sein du DES de médecine d'urgence à Nantes.

Au membre du jury :

Monsieur le Docteur Romain LAMBERET, directeur de thèse

d'avoir accepté de partager ce travail de thèse; merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton encadrement.

Madame la Docteur Loan THUONG

de m'avoir encadré tout au long de ma formation de médecin urgentiste, merci de m'avoir enseigné les connaissances et les valeurs essentielles qui font un bon médecin urgentiste.

Monsieur le Professeur Emmanuel MONTASSIER

d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, et de pouvoir m'offrir ton regard et ta réflexion concernant les problématiques soulevées.

Monsieur le Docteur Benoit BURIN

de m'avoir permis d'acquérir en autonomie dans mon travail, et de m'avoir enseigner une pratique rigoureuse de la médecine.

A ma famille et mes amis :

A mon père, Yves LE GARSMEUR

De m'avoir permis de pouvoir m'épanouir au cours de mes études et d'avoir su m'inculquer les valeurs du travail.

A mon frère et mes sœurs, Arnaud, Emilie et Camille LE GARSMEUR

D'avoir su être présent dans les moments importants de ma vie.

A ma tante et mon oncle, Alain et Marie André CHOBLET

d'avoir assuré mon encadrement, et de m'avoir offert un cadre rassurant et une présence chaleureuse pour mener mon parcours professionnel à bien.

A mon ami et ancien colocataire, Ugo VERHAEGUE

pour ta patience, ta gentillesse et ton aide au cours des dernières années.

A mes amis et collègues co-internes

d'avoir permis d'allier bonne humeur, humour et sérieux au travail.

Table des matières

Liste des abréviations	4
I-Introduction	5
II-Matériels et méthodes.....	8
II-1 Critère de jugement principal	8
II-2 Critère de jugements secondaires.....	8
II-3 Caractérisation de l'étude	8
II-4 Population étudiée.....	8
II-5 Critères d'inclusion.....	8
II-6 Critères d'exclusion	9
II-5 Modalités de recueils des données.....	9
II-6 Définitions des motifs indiquant à la réalisation d'un dépistage VIH	10
II-7 Définitions des stades du VIH au sein de l'études	11
II-8 Analyses statistiques	11
III- Résultats	11
III-1 Caractérisation des populations.....	11
III-2 Critère de jugement principal	13
III-3 Critères de jugements secondaires.....	14
III-3-1 Indications aux dépistage.....	14
III-3-2 Motif principal amenant au dépistage.....	15
III-3-3 Taux d'hospitalisation	16
III-3-4 Impact sur la survenue d'évènements cardiovasculaires et néoplasiques.....	16
III-3-5 Evaluation du rattrapage diagnostique.....	17
IV- Discussion.....	18
IV-1 Interprétation des résultats	18
IV-2 Forces et limites de l'études	19
IV-3 Perceptives.....	19
V- Conclusion.....	21
Annexes	22
Bibliographie.....	25

Liste des abréviations

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

ARN : Acide RiboNucléique

CD4 : Lymphocyte T CD4

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COVID-19 : COronaVirus Disease appeared en 2019.

ELISA : Enzyme-Linked Immuno Assay

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec un autre Homme

IPA : Infirmier(e)s en Pratique Avancé(e)s

IST : Infection Sexuellement Transmissible

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SPF : Santé Publique France

TDR : Test de Diagnostic Rapide

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

I-Introduction

En France, il est observé environ 6000 nouveaux diagnostics de VIH par an, ce chiffre étant relativement stable depuis 2017. Il faut toutefois noter une diminution à 4900 nouveaux diagnostics en 2020, expliqué par une forte diminution du dépistage VIH dans le contexte de pandémie à COVID 19. Parmi les patients nouvellement diagnostiqués il est mis en évidence depuis 2018, un taux de diagnostic à la phase avancée de 30% ; avec un délai moyen de 3,6 ans entre la contamination et le diagnostic (1) ; et ce, malgré le renforcement des moyens dédiés au dépistage du VIH.

Il est difficile d'évaluer précisément le nombre de patients contaminés par le VIH et n'ayant pas encore été dépistés aujourd'hui en France (2,3). Cependant il a été estimé que ce nombre s'élevait à environ 29 000 personnes en 2010 (4), sans pour autant avoir de certitude concernant l'évolution de ce chiffre dans les années qui ont suivi.

La mise en place du traitement antirétroviral a su montrer son efficacité depuis plusieurs années, avec un résultat net sur l'espérance de vie actuellement comparable entre les patient séropositif VIH traité et la population générale (6). En revanche, il est établi qu'un diagnostic tardif expose à de nombreuses complications.

Premièrement la mortalité dans cette population est significativement plus élevée avec risque multiplié par 13 comparativement à la population générale, cette différence s'atténue progressivement au cours du temps mais persiste de manière significative jusqu'à 4 ans suivant le diagnostic VIH et ce malgré un traitement antirétroviral bien conduit (6).

Deuxièmement, l'incidence des néoplasies classant SIDA mais aussi non classant SIDA est largement augmentée dans le contexte notamment en ce qui concerne les lymphomes hodgkiniens et les tumeurs ano-rectales (7,8).

Troisièmement, il a été démontré que le VIH était un facteur de risque indépendant de survenue d'évènements cardiovasculaires (9), et en particulier de récurrence de syndrome coronarien aigu (10). L'inflammation chronique due à l'infection VIH explique en partie ce sur-risque, cependant l'infection VIH expose à une morbi-mortalité cardiovasculaire supérieure comparativement à un état inflammatoire seul (11); probablement en lien avec la dysfonction adipocytaire et endothéliale artérielle.

Quatrièmement, le temps de récupération d'un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 500/mm³ est significativement prolongé, exposant à une prolongation du risque de survenue d'infection opportuniste ou néoplasique (12).

Enfin le réservoir ADN VIH, mesurée en partie par l'ADN VIH total, définit comme l'ensemble des cellules où persiste la réplication virale malgré un traitement efficace, est nettement augmenté chez

les patients diagnostiqués tardivement ; exposant le patient à un sur-risque de rebond virologique en cas d'interruption même transitoire du traitement antirétroviral ainsi qu'un risque de mauvaise réponse au traitement (13,14). En parallèle, la mise en place tardive du traitement antirétroviral amène à la persistance d'une charge virale élevée définie par la mesure de l'ARN VIH plasmatique, cette dernière étant reliée à un risque accru de transmission du VIH dans la population (15,16).

Actuellement le dépistage du VIH en France, s'effectue par un test type ELISA de 4^{ème} génération avec une recherche d'anticorps anti VIH 1 et VIH 2 associée à une recherche d'antigène P24 ; ce test est suivi d'une confirmation sérologique par Western Blot, sous couvert d'un intervalle de 6 semaines sans survenue de rapport à risque pour être considéré comme négatif. Associé à cela, on note l'apparition depuis quelques années de TDR, ciblant uniquement les anticorps qui malgré une nécessité de 3 mois sans rapport à risque pour être considéré comme négatif ; facilitent la réalisation du dépistage en dehors des structures de soins et pouvant s'étendre à domicile par l'intermédiaire d'autotests (17).

Le dépistage VIH peut être réalisé à la demande du patient ou être réalisé de manière systématique comme dans le cadre de la grossesse, des accidents d'exposition au sang, ou dans le cadre des agressions sexuelles. Dans les autres cas la stratégie de dépistage est dite ciblée. Ce dépistage ciblé est réalisé après accord du patient quand le clinicien évalue un risque de contamination au VIH ; ce risque est évalué selon plusieurs critères.

Premièrement, sont pris en compte les caractères sociodémographiques du patient incluant les rapports sexuels à risque notamment le fait de pratique HSH ou la présence de rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples, l'usage de drogues intraveineuses, ou le fait d'être ressortissant d'un pays ayant une prévalence élevée concernant le VIH.

Deuxièmement, sont évalués les caractères clinico-biologiques du patient, afin de mesurer si ces derniers peuvent être en lien avec une infection VIH.

Cependant, les présentations cliniques peuvent être frustrées ou aspécifiques au point qu'il est parfois difficile de les relier directement au VIH ; amenant à un risque de sous dépistage. De plus, il est mis en évidence une sous-évaluation des rapports sexuels à risque au cours de la consultation ; soit par inconfort personnel du médecin quand à aborder la question de la sexualité, soit de peur de créer un inconfort chez le patient (18,19) ; amenant à négliger des critères essentiels pour la prise de décision quant à la réalisation d'un test de dépistage.

Les causes d'un dépistage à la phase tardive semblent multiples, avec notamment un faible recours aux services de santé au sein d'une partie de la population concernée. Cependant, il est établi que même devant un faible nombre de consultations réalisées par an, au moins 75% des patients diagnostiqués à la phase tardive ont eu recours à une consultation médicale dans les 1 an précédents le diagnostic

VIH et pour la majorité d'entre eux aux seins de services d'urgences ; justifiant de limiter aux maximum le taux d'opportunité manqués au cours des rares recours aux services de santé chez cette partie de la population (20).

Dans ce sens, la question de la mise en place d'un dépistage universel a été plusieurs fois abordé, allant même jusqu'à être recommandé depuis 2006 par le CDC aux Etats Unis dans les zones ; où le taux de non diagnostiqués est supérieur ou égal à 0,1% de la population (21). Cependant, ce type de dépistage reste peu appliqué.

En effet plusieurs études notamment aux Etats unis, au Royaume Unis et en France, ont mise en évidence que le dépistage non ciblé augmentait significativement le nombre de patient dépisté avec un taux de lymphocytes T CD4 significativement supérieur au moment du diagnostic (22–24). Cependant ces résultats sont à nuancer, à la vue de plusieurs études n'objectivant pas de différence entre les dépistages ciblés et non ciblés, quand les test de dépistage non ciblé sont renforcé par l'adjonction de score comme celui de Denver classifiant le risque VIH selon des critères sociodémographiques et la réalisation ou non d'un dépistage VIH au cours de l'année ; ou l'instauration d'une évaluation rigoureuse des facteurs de risques et de la présentation clinique du patient (25–28). En outre une barrière majeure quant à la mise en place d'un dépistage non ciblé est son rapport coût efficacité qui semble défavorable, car ce dernier amène à une sur-sollicitation du système de soin ainsi qu'une dépense de santé majeure comparativement au faible taux de diagnostic (29).

En définitive, l'HAS lors de la dernière réévaluation de la stratégie de dépistage en France en 2017, apporte un avis défavorable quant à la mise en place d'un diagnostic non ciblé du VIH ; avec cependant une recommandation quant au renforcement du dépistage des populations à risque notamment des HSH et des personnes ressortissantes de pays à forte prévalence VIH avec un dépistage biannuel (17).

L'évaluation des opportunités manquée de dépistage VIH rencontré dans les services d'urgences, a fait l'objet de plusieurs études notamment aux Royaumes Unis, aux Etats Unis et en Australie, avec un pourcentage de non dépistage élevé respectivement de 47%, 50% et 58% (30–32).

En ce qui concerne la France, l'évaluation du retard diagnostic reste peu étudié on note cependant l'étude transversale de *Chapenoy et al.* en 2013 (33), mettant en évidence un taux d'opportunité manqué de dépistage VIH globale à 82%. Cependant le recueil des données par mode déclaratif, l'inclusion des recours médicaux hors services d'urgences, et l'exclusion d'une grande partie de la population originaire de pays endémique ; ne permet pas d'avoir une vision claire de la réalisation du dépistage en France au sein des services d'urgences.

Dans ce cadre, nous avons réalisé une nouvelle évaluation du dépistage VIH au sein des urgences, afin d'identifier le taux d'opportunités manquées à la réalisation d'un test de dépistage VIH. Nous

observerons secondairement les facilitateurs et obstacles à la décision de réalisation du test de dépistage VIH. Enfin, nous évaluerons le temps entre la première présentation aux soins des urgences et le diagnostic final, ainsi que la survenue d'évènements cardiovasculaires ou néoplasiques afin d'évaluer les conséquences engendrées par une opportunité manquée de dépistage VIH.

II-Matériels et méthodes

II-1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la réalisation d'un test de dépistage VIH lors du passage au sein des urgences du CHU de Nantes chez les patients suivis au sein du CHU de Nantes pour infection à VIH entre janvier 2012 et juillet 2022.

II-2 Critère de jugements secondaires

Les critères de jugements secondaires étaient l'évaluation de la répartition des différents motifs devant amener à un dépistage VIH au sein du groupé dépisté et non dépisté, le motif principal ayant été retenu afin de réaliser le test de dépistage VIH, la proportion d'hospitalisation standard et en réanimation au sein du groupe dépisté et non dépisté, ainsi que le temps nécessaire avant le rattrapage diagnostic et la survenue d'évènement cardiovasculaire ou néoplasique au sein du groupe non dépisté.

II-3 Caractérisation de l'étude

Cette étude est non interventionnelle, de cohorte rétrospective, monocentrique, hors loi Jardé.

II-4 Population étudiée

La population étudiée regroupait les patients connus pour infection VIH et suivi au CHU de Nantes, inclus dans la base de donnée NADIS entre janvier 2012 et juillet 2022 ; incluant les patients diagnostiqués à des dates antérieures ou diagnostiqués en dehors du CHU de Nantes.

II-5 Critères d'inclusion

Il a été inclus les patients âgés de 18 ans ou plus, ayant un dossier médical au CHU de Nantes, avec la présence d'un passage aux urgences du CHU de Nantes pour un motif médical dans les 2 ans

précédents le diagnostic VIH ; parmi les patients extrait de la base NADIS entre janvier 2012 et juillet 2022.

II-6 Critères d'exclusion

Il n'a pas été inclus les patients se présentant aux urgences pour un motif impliquant un dépistage systématique du VIH tel que les accidents d'exposition au sang, les agressions sexuelles, une grossesse active n'ayant pas bénéficié d'un test de dépistage lors de son suivi médical ou lors d'une demande de réalisation d'un test de dépistage par le patient lui-même. Les patients s'étant présentés pour une cause traumatique exclusive n'ont pas été inclus.

II-5 Modalités de recueils des données

Les données concernant les patients présentant une infection VIH étant suivi au sein du CHU de Nantes entre janvier 2012 et juillet 2022 ont été extraite de la base de donnée NADIS. Cette base de données intègre les informations liées au patient VIH suivi par le services d'infectiologie du CHU Nantes, les données ont été récolté précédemment suite aux différentes consultations d'infectiologie ayant suivi le diagnostic VIH. Les variables extraites de la base de donnée concernaient la date du diagnostic VIH, le mode de contamination, le taux de CD4 et le stade CDC de la classification d'Atlanta au moment du diagnostic, ainsi que le pays de naissance.

Secondairement, nous avons analysé les 1106 dossiers patients issus des archives numériques du CHU de Nantes. La variable évaluée était la présence d'au moins une consultation pour cause médicale au sein des urgences du CHU de Nantes dans la période de 2 ans précédents le diagnostic du VIH.

Nous avons ensuite recueilli les informations cliniques et biologiques contenu dans le dossier patient lors du passage aux urgences afin de recueillir la présence ou non de motifs au dépistage du VIH. En cas de présence d'au moins un motif indiquant la réalisation d'un test de dépistage VIH, il a été recueilli si un test avait été réalisé ou proposé. Nous avons secondairement recueilli les différents types de motifs à la réalisation d'un test de dépistage VIH présents réparti entre pratique HSH ; être originaire d'un pays de forte prévalence VIH ; la présence d'un autre facteur de risque tel que l'injection de drogue intraveineuse, la présence de rapport sexuel avec partenaires multiples ; la présence d'une cause dermatologique évocatrice ; la présence d'une IST bactérienne ainsi qu'une infection à VHB ou VHC ; la présence d'une présentation clinique non dermatologique pouvant être évocatrice ; un élément biologique évocateur et le diagnostic ou la suspicion d'une infection opportuniste. De plus nous avons recueilli la date de passage du patient lors de sa présentation aux urgences.

Enfin concernant les patients non dépistés, il a été recueilli la survenue ou non dans les suites du passage aux urgences ; d'évènements cardiovasculaires significatifs comprenant un syndrome coronarien aigu, un accident ischémique transitoire, un accident vasculaire cérébrale ischémique, un diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; ainsi que d'évènements néoplasiques classant ou non classant SIDA.

Nous avons admis que le patient était porteur d'une infection VIH lors de la consultation aux urgences du fait d'un passage dans les 2 ans précédant le diagnostic VIH.

En cas de manque de donnée concernant un indicateur de dépistage VIH, ce critère a été considéré comme absent et le patient a été maintenu au sein de l'étude.

La réalisation de cette étude respecte le règlement général sur la protection des données dans le cadre d'une étude non interventionnelle hors loi Jardé.

II-6 Définitions des motifs indiquant à la réalisation d'un dépistage VIH

Nous avons défini comme définition d'indication au dépistage VIH les éléments suivants ;

- Des critères sociodémographiques, définis comme la présence de rapports sexuels à risques avec partenaires multiples, la présence de rapports sexuels HSH, le fait d'être originaire d'un pays de forte endémie VIH avec une arrivée sur le territoire français depuis moins de 10 ans, le fait d'être consommateurs de drogues intraveineuses.
- Le diagnostic d'une IST bactériennes tels que la syphilis, une infection à gonocoque, une infection à chlamydia, une infection à mycoplasme ou le diagnostic d'une infection à VHC ou VHB.
- Des critères dermatologiques (34), tel que la présence d'un exanthème sans diagnostic précis établi, un érythème ou ulcération muqueuse sans diagnostic précis établi, une dermatite séborrhéique, un psoriasis d'apparition récente ou floride, une porphyrie cutanée tardive, un zona, une candidose ou une dermatophytose floride ou résistante.
- Des critères biologiques tel qu'un syndrome mononucléosique (lymphocytes activés > 10%), une lymphopénie marquée ($< 1200 \cdot 10^6/L$) sans cause retrouvée ou évidente, une thrombopénie ($< 150 000 \cdot 10^6/L$) sans cause retrouvée ou évidente, une cytolysé hépatique sans cause retrouvée ou évidente.
- Des critères cliniques autres que dermatologique, tel qu'une fièvre inexpliquée ou persistante au-delà de 7 jours, une perte de poids inexpliquée > 5% du poids habituel, un tableau d'asthénie ou d'altération de l'état général prolongée au-delà de 7 jours et non expliqué, une diarrhée chronique

(> 1 mois) ou récidivante, un tableau de polyadénopathies, la présence d'infections bactériennes récurrentes.

- La présence ou la suspicion d'une infection opportuniste ou cancer classant SIDA (35)

II-7 Définitions des stades du VIH au sein de l'études

Un stade avancé du VIH au moment du diagnostic était établi comme un patient présentant un taux de lymphocytes T CD4 inférieurs ou égal à $350/\text{mm}^3$ (36).

Un stade tardif du VIH au moment du diagnostic était établi comme un patient présentant un taux de lymphocytes T CD4 inférieurs ou égal à $200/\text{mm}^3$ ou présentant une pathologie classant SIDA (37).

II-8 Analyses statistiques

Nous avons réalisé pour les données quantitatives continues comparant les deux populations un test de Mann-Whitney.

Nous avons réalisé pour les données quantitatives discrètes comparant les deux populations un test exact de Fisher.

Les tests ont été effectués de manières bilatérales avec un indice de confiance de 95%.

III- Résultats

III-1 Caractérisation des populations

Il n'a pas été démontré de différence significative entre le groupe dépisté aux urgences pour le VIH et le groupe non dépisté, concernant l'âge, le sex-ratio, la proportion de patient né à l'étranger, la proportion de dépistage à la phase tardive et avancé, la proportion de diagnostic à la phase SIDA et le taux de lymphocytes T CD4 au moment du diagnostic. (*Tableau 1*)

L'âge médian était de 43 ans dans le groupe des patients dépistés et de 35,5 ans dans le groupe des patients non dépistés.

Le sex-ratio était de 71,43% d'Homme pour le groupe dépisté et de 75% d'homme dans le groupe non dépisté.

La proportion de patients nés à l'étranger était de 52,38% dans le groupe dépisté et de 46,43% dans le groupe non dépisté. La répartition géographique des pays de naissances du groupe dépisté et non dépisté est décrite en annexe. (*Annexe 1, Annexe 2*)

La proportion de découverte à la phase SIDA était de 23,81% dans le groupe dépisté et de 17,86% dans le groupe non dépisté.

Les proportions de stade tardif et avancé étaient respectivement de 90,48% et 38,1% dans le groupe dépisté et 78,57% et 35,71% dans le groupe non dépisté.

Le taux médian de lymphocytes T CD4 était de 314/mm³ dans le groupe dépisté et de 322,5/mm³ dans le groupe non dépisté.

Tableau 1 : caractéristiques des populations

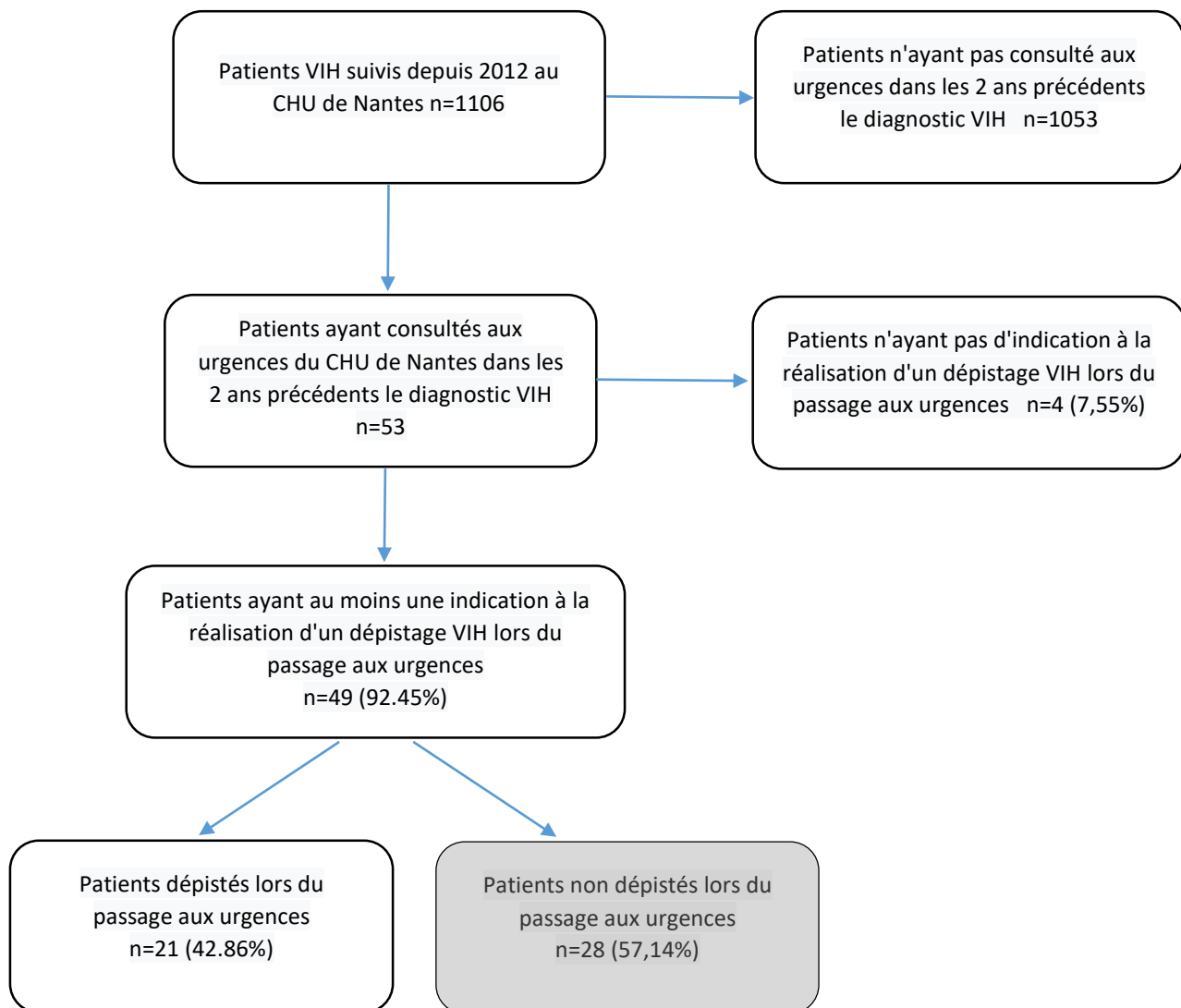
	Dépistés (n = 21)	Non dépistés (n = 28)	P-value	SPF 2021
Age médian [IQR]	43 [39 ; 47]	35,5 [30 ; 45]	0,09	32
Homme n (%)	15 (71,43)	21 (75)	0,99	69%
Né à l'étranger n (%)	11 (52,38)	13 (46,43)	0,776	51%
Stade SIDA n (%)	5 (23,81)	5 (17,86)	0,725	20%
Stade avancé n (%)	8 (38,1)	10 (35,71)	0,98	30%
Stade tardif n (%)	19 (90,48)	22 (78,57)	0,43	
Taux CD4 médian [IQR]	314 [109 ; 570]	322,5 [114,5 ; 494]	0,1357	

III-2 Critère de jugement principal

Au sein des 1106 patients VIH suivi au sein du CHU de Nantes depuis 2012, 53 patients ont consulté aux urgences du CHU de Nantes dans les deux ans précédents le diagnostic VIH. 92,45% des patients présentaient au moins une indication à la réalisation d'un test de dépistage VIH. (Figure 1)

Parmi les 49 patients qui relevaient d'un dépistage lors du passage aux urgences, 57,14% n'ont pas bénéficié d'un dépistage VIH.

Figure 1 : Diagramme de répartition



III-3 Critères de jugements secondaires

III-3-1 Indications aux dépistage

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre le groupe dépisté et non dépisté concernant les indications à la réalisation d'un test de dépistage VIH sur le motif HSH, population migrante à risque, présentation d'une IST bactérienne ou d'une infection VHB ou VHC, la présence d'une éruption dermatologique évocatrice, la présence d'un élément biologique évocateur, d'une clinique non dermatologique évocatrice, ou l'appartenance à un groupe à risque autre. Il a été mis en évidence une proportion significativement plus importante d'infections opportunistes dans le groupe dépisté (p-value < 0,001), avec une proportion de 38,10% dans le groupe dépisté et de 0% dans le groupe non dépisté. (Tableau 2)

Parmi les 28 patients non dépistés lors du passage aux urgences, 18 présentaient aux moins deux indications à la réalisation d'un test de dépistage VIH ; soit 64,29%.

Les infections opportunistes faisant diagnostiquées l'infection VIH dans le groupe dépisté, étaient au nombre de 8, avec une surreprésentation des infections pulmonaire à *Pneumocystis jiroveci* (62.5%), suivis par les toxoplasmoses cérébrales (25%) puis les candidoses œsophagiennes (12,5%). (Tableau 3)

La représentation graphique des indications de dépistage en fonction du groupe dépisté et non dépisté est décrite en annexe. (Annexe 3)

Tableau 2: Indications au dépistage VIH

	Dépistés (n = 21)	Non dépistés (n = 28)	P-value
HSH n (%)	6 (28,57)	12 (42,86)	0,377
Migrants de pays à forte prévalence n (%)	11 (52,38)	13 (46,43)	0,776
IST/VHB/VHC n (%)	2 (9,52)	3 (10,71)	0,998
Cliniques dermatologiques n (%)	7 (33,33)	6 (21,43)	0,725
Critères biologiques n (%)	5 (23,81)	5 (17,86)	0,725
Cliniques non dermatologiques n (%)	4 (19,05)	7 (25)	0,76
Autres groupes à risques n (%)	3 (14,29)	2 (7,14)	0,639
Infections opportunistes n (%)	8 (38,10)	0 (0)	<0,001

Tableau 3: Découvertes d'infections opportunistes

Découvertes d'infections opportunistes (n = 8)	
Pneumonies à <i>Pneumocystis jiroveci</i> n (%)	5 (62,5)
Toxoplasmoses cérébrales n (%)	2 (25)
Candidose œsophagienne n (%)	1 (12,5)

III-3-2 Motif principal amenant au dépistage

Les dépistages VIH réalisés aux urgences ont été motivé dans 38,1% des cas sur la présence d'une infection opportuniste, dans 28,6% des cas sur la présence d'une éruption dermatologique évocatrice, dans 19% des cas d'un contexte de clinique évocatrice hors dermatologie et dans 14,3% des cas sur un critère biologique. (Tableau 4)

Les critères sociodémographiques et la présence d'une infection à une IST bactérienne, ou VHB ou VHC ne sont pas intervenu dans la décision de réalisation d'un test de dépistage VIH.

La représentation graphique du motif principal amenant à la réalisation du diagnostic est décrite en annexe. (Annexe 4)

Tableau 4: Motifs amenant aux dépistage VIH

Dépistés (n = 21)	
Infections opportunistes n (%)	8 (38,1)
Cliniques dermatologiques n (%)	6 (28,6)
Critères biologiques n (%)	3 (14,3)
Cliniques non dermatologiques n (%)	4 (19)

III-3-3 Taux d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisation suite au passage aux urgences dans le groupe dépisté était de 90,4% ; avec un taux d'hospitalisation en réanimation de 33,3%. Il n'y avait aucune hospitalisation dans le groupe non dépisté. (Tableau 5)

Tableau 5: Taux d'hospitalisation

	Dépistés (n = 21)	Non dépistés (n = 28)
Taux d'hospitalisation global n (%)	19 (90,4)	0 (0)
Taux d'hospitalisation en réanimation n (%)	7 (33,3)	0 (0)

III-3-4 Impact sur la survenue d'évènements cardiovasculaires et néoplasiques

Il n'a pas été objectivé d'évènement cardiovasculaire notable dans les suites pour les patients ayant une opportunité manquée de dépistage VIH au urgences. L'évaluation des découvertes de néoplasies au sein du groupe non dépisté dans les suites du diagnostic VIH, fait état d'un cancer colorectal soit 4,76% de la population et de deux lymphomes non hodgkiniens soit 9,52% de la population. (Tableau 6)

Tableau 6 : Survenue d'évènements néoplasiques et cardiovasculaires chez les patients non dépistés

	Patient non dépistés n=28
Lymphomes non hodgkiniens classants SIDA n (%)	2 (7,14)
Cancers ano-rectaux n (%)	1 (3,57)
Evènements cardiovasculaires n (%)	0 (0)

III-3-5 Evaluation du rattrapage diagnostique

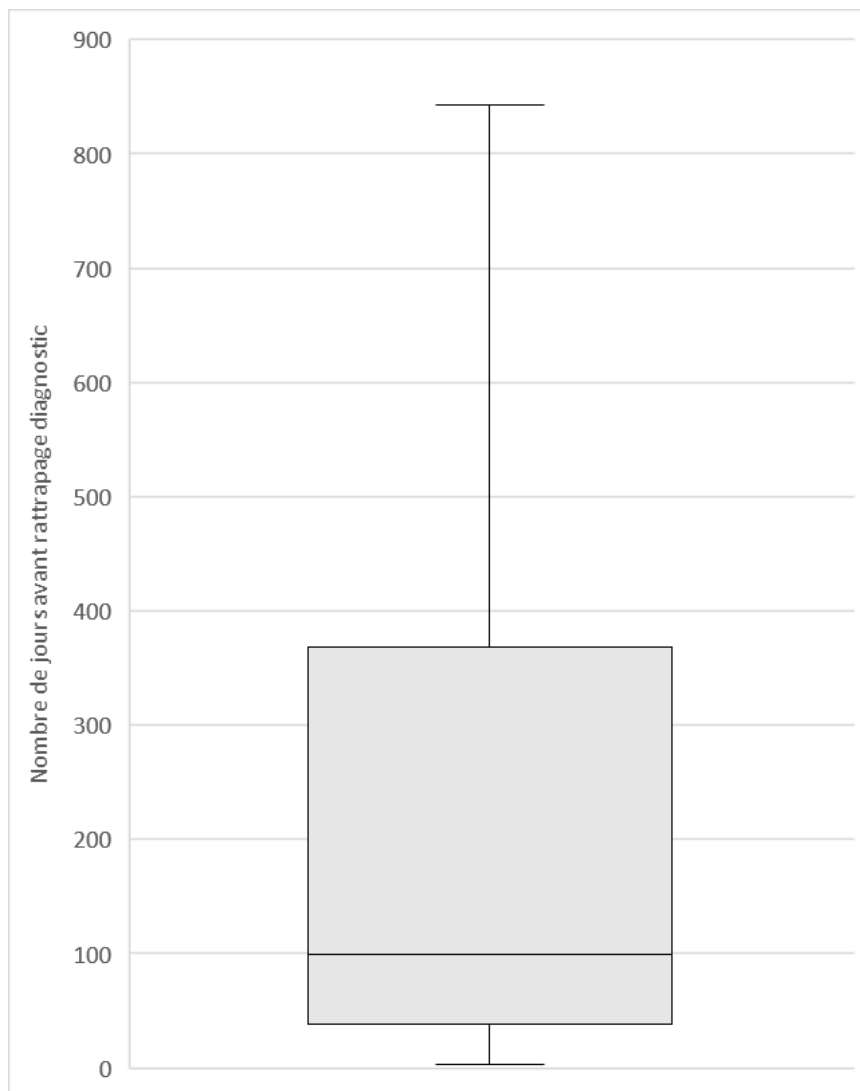
Le temps médian entre l'opportunité manquée de dépistage VIH et le diagnostic VIH était de 99,5 jours. Le temps de rattrapage diagnostique était de plus d'un an pour 25% des patients. (Tableau 7) (Figure 2)

La représentation graphique du pourcentage de rattrapage diagnostique au cours du temps est détaillée en annexe. (Annexe 7)

Tableau 7 : Rattrapage diagnostique

Nombre de jours médian avant rattrapage diagnostique [IQR]	99,5 [38,5 ; 368,25]
--	----------------------

Figure 2 : Box-Plot, nombre de jours avant rattrapage diagnostique



IV- Discussion

IV-1 Interprétation des résultats

Cette étude a permis de mettre en évidence une forte proportion d'opportunités manquées de dépistage VIH au sein des urgences à hauteur de 57,14%. Ces chiffres sont relativement proches des résultats objectivés dans d'autres pays avec pour rappel des proportions d'opportunités manquées à 47% au Royaume Unis, 50% aux Etats Unis et 58% en Australie. Nous avons pu mettre en évidence que la majorité (92,45%) des patients ayant consulté aux urgences dans les 2 ans précédents le diagnostic VIH avaient au moins une indication à la réalisation d'un test de dépistage ; montrant l'intérêt d'inclure les services d'urgences dans le processus de dépistage du VIH. Ce chiffre est légèrement supérieur comparativement au chiffre de 86% aux Etats Unis (38,39).

Comme nous l'avons vu, une grande partie des patients ont été diagnostiqués devant la présence d'une infection opportuniste (38,1%), avec dans les autres cas un état clinique ou biologique nécessitant une hospitalisation pour 90,4% d'entre eux ; faisant suggérer que les dépistages VIH aux urgences ne sont réalisés que devant une présentation bruyante de la maladie et a fortiori à un stade avancé de cette dernière avec un taux de découverte à la phase tardive de 90,48% dans le groupe dépisté. Ceci met en avant la difficulté d'évoquer et de proposer la réalisation d'un test de dépistage VIH au sein des urgences et ce même si le patient présente une indication à la réalisation du dit dépistage.

On peut voir en effet, qu'il n'y pas de différences entre les caractéristiques au moment du diagnostic VIH entre les deux populations notamment concernant le taux de lymphocytes T CD4 et donc du taux de diagnostic avancé au moment du diagnostic, pouvant s'expliquer par le fait que les diagnostics aux urgences sont réalisés sur des patients présentant un stade avancé de la maladie et que les patients non diagnostiqués se sont probablement présentés lors de phase plus précoce de l'infection VIH puis finalement diagnostiqués à leur tour à une phase tardive dans les suites.

Bien que le diagnostic du VIH soit rendu difficile du fait de la présentation clinique souvent aspécifique, un nombre conséquent de patients non dépistés (64,29%) présentait au moins deux critères indiquant la réalisation d'un dépistage VIH.

L'impact généré en terme de perte de temps diagnostic est non négligeable avec un temps médian de rattrapage diagnostic estimé à 99,5 jours, avec temps de rattrapage diagnostic allongé à plus d'un an pour 25% des patients non dépistés lors de leur passage aux urgences. En revanche la répercussion en terme de morbidité cardiovasculaire ou néoplasique dans les suites de l'opportunités manquées de dépistage restait faible.

Enfin l'impact sur le réservoir ADN du VIH n'a pas pu être évalué du fait de l'absence de mesure de ce dernier en routine. Cependant il paraît vraisemblable qu'il ait continué d'augmenter au cours des mois ou années de retard de prise en charge thérapeutique du VIH.

IV-2 Forces et limites de l'études

Cette étude comprenait des forces et des faiblesses. Concernant les forces de l'étude, premièrement la comparaison avec les données de santé publique France en 2021 montre que les différents groupes étaient relativement proche de la population française atteinte par le VIH ; en terme d'âge, de sex-ratio, de nombre de patients né à l'étranger et de taux de diagnostic à un stade avancé, pouvant amener à généraliser les résultats de cette étude à la population générale française. Deuxièmement, l'analyse rétrospective a permis d'évaluer avec précision les différents passages aux urgences avec une visualisation claire concernant les présentations cliniques, ainsi que les éléments biologiques qui étaient disponibles pour le clinicien afin d'évaluer l'indication ou non à la réalisation du test de dépistage VIH. Enfin, l'évaluation précise des motifs et du taux d'hospitalisation a pu mettre en lumière la forte intrication entre la présentation clinique bruyante et le taux de dépistage réalisé.

Cette étude était soumise à plusieurs biais, premièrement un biais de recrutement dans le contexte monocentrique de l'étude avec la possibilité pour le patient d'avoir consulté dans un autre centre d'urgences dans la région Loire Atlantique pouvant amener à sous-estimer le pourcentage d'opportunités manquées. Deuxièmement un biais de subjectivité sur la connaissance du caractère HSH du patient inclus dans la banque de données mais en pratique très peu retrouvé dans l'interrogatoire du patient, amenant à une surestimation du pourcentage d'opportunités manquées au vu des informations réellement détenues par le clinicien lors de l'interrogatoire. Enfin un biais de manque de puissance statistique du fait du faible nombre de patient dans les deux groupes.

IV-3 Perceptives

Comme nous l'avons vu, les services d'urgences ont un rôle majeur à jouer dans le cadre du dépistage VIH. Cependant, la mise en pratique de ce dernier en dehors des cas dits bruyants semble difficile.

Il semblerait intéressant de réaliser une réactualisation des connaissances concernant les indications au près des cliniciens au sein des services d'urgences ou d'amener à l'établissement de score analogue au score de Denver (Annexe 6) ; utilisé principalement aux Etats unis pour l'évaluation du risque VIH mais non transposable tel quel en France ; afin de faciliter l'évaluation du risque VIH chez un patient

donné, et ainsi réévaluer s'il est observé une diminution de la proportion d'opportunités manquées et si cette dernière se maintient dans le temps.

Il semblerait intéressant de mener une étude prospective multicentrique au sein des différents services d'urgences en région Pays de la Loire, afin de limiter le risque de sous diagnostic des opportunités manquées lié au caractère monocentrique de l'étude.

Il est difficile de se prononcer en faveur de la mise en place d'un diagnostic universel du VIH au sein des services d'urgences au vu du faible nombre de patient n'ayant pas de critère à la réalisation d'un test de dépistage dans le cadre d'un dépistage ciblé comme il est actuellement établi. En revanche, d'autres options intéressantes permettraient de maximiser le dépistage VIH et notamment à une phase plus précoce. En effet, l'indication à la mise en place d'une équipe infirmier ou IPA dédiée au dépistage VIH selon un modèle de dépistage ciblé au sein des urgences, a été plusieurs fois étudiés (40,41); notamment en France, avec de nombreux aspects positifs. Il a pu être mis en évidence une augmentation significative des diagnostics VIH au sein des services d'urgences, associée à une bonne adhérence quant à la réalisation du test de dépistage par le patient et ce pour un coût modéré comparativement à la mise en place d'un dépistage universel (42). Enfin, le retour d'expérience des équipes infirmières, montrait que le maintien d'une équipe infirmier dédiée au dépistage VIH était perçus de manière positive.

En outre, l'intérêt de la mise en place d'une équipe dédiée infirmier(e)s-médecin ou infirmier(e)s seul(e)s aurait un intérêt certain pour une évaluation plus globale de la santé sexuelle ; cette évaluation pouvant aller du dépistage complet des autres IST, la mise en évidence et la prévention des rapports sexuels à risque, ainsi qu'à la recherche de violences sexuelles potentielles (rapport sexuel forcé, mutilation sexuelle). Cette évaluation pouvant s'élargir à l'ensemble des violences intra ou extra familiales notamment concernant les violences faites aux femmes ; encore actuellement sous-évaluées (43).

Cependant, la mise en place d'une telle structure ; de même que l'intensification du dépistage VIH soulève une problématique quant à l'organisation du suivi du patient ; avec les modalités de recontacte de ce dernier en cas de positivité du test de dépistage, ainsi que l'inclusion de celui-ci au sein du parcours de soins dédié. Enfin, la mise en place d'un tel dispositif se confronte aux difficultés actuellement rencontrés par les services d'urgences associant un afflux de patient de plus en plus important avec un faible nombre de personnel médical et paramédicale. Il est tout de même à noter que la réalisation d'un test de dépistage VIH en lui-même ne s'associe pas à une augmentation de la charge de soin ; avec en parallèle la possibilité de réaliser ce test en laboratoire de ville pour les patients n'ayant pas de motifs autres à la réalisation d'un prélèvement sanguin.

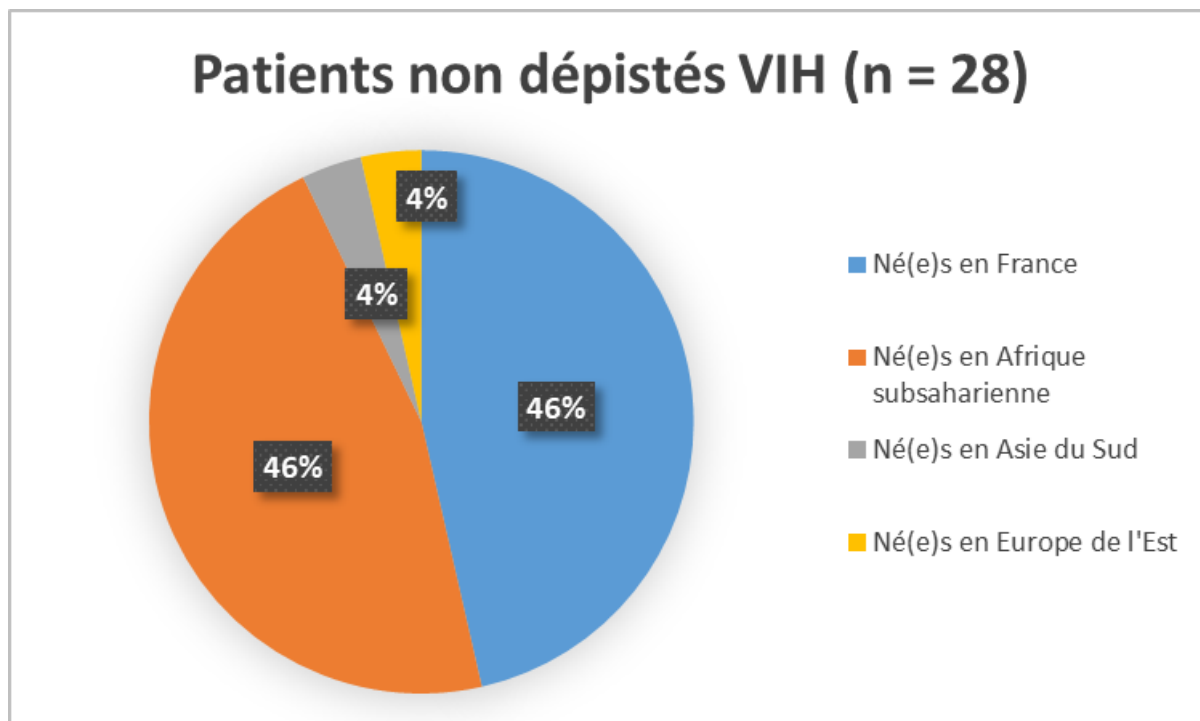
V- Conclusion

L'amélioration dans les pratiques du dépistage au VIH au sein des services d'urgences semble nécessaire, et ceci dans l'objectif de diminuer le taux d'opportunité manquée de dépistage VIH ; étroitement lié au taux de diagnostic à la phase tardive. Cet élément est un enjeu de santé publique majeur, car ces mesures viseraient à diminuer le risque de transmission VIH ainsi que la morbi-mortalité associés au diagnostic à la phase tardive du VIH.

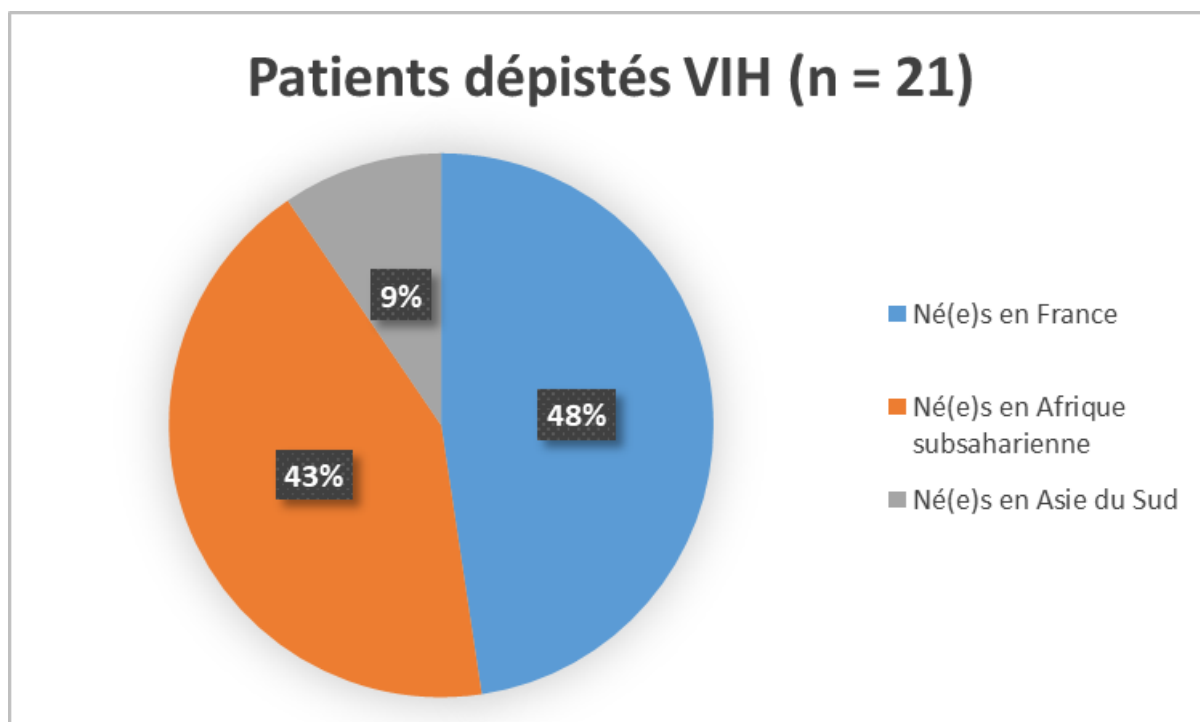
Il ne semble pas raisonnable de recommander la mise en place d'un dépistage universel du VIH dans les services de médecine d'urgences au vu du très faible nombre de patient ne présentant pas d'indication à la réalisation d'un test de dépistage VIH ; cependant le taux d'opportunité manquée de dépistage suggère la mise en place de plusieurs mesures. Premièrement, il semblerait intéressant d'entreprendre une réactualisation des connaissances au près des cliniciens concernant les indications devant amener à dépister le VIH, ainsi que la nécessité d'évaluer les pratiques sexuelles à risque. Deuxièmement, il semblerait pertinent de mettre en place une équipe infirmier dédiée à l'identification des patients à risque VIH dans le cadre d'un dépistage ciblé, associé à une évaluation de la santé sexuelle dans son ensemble.

Annexes

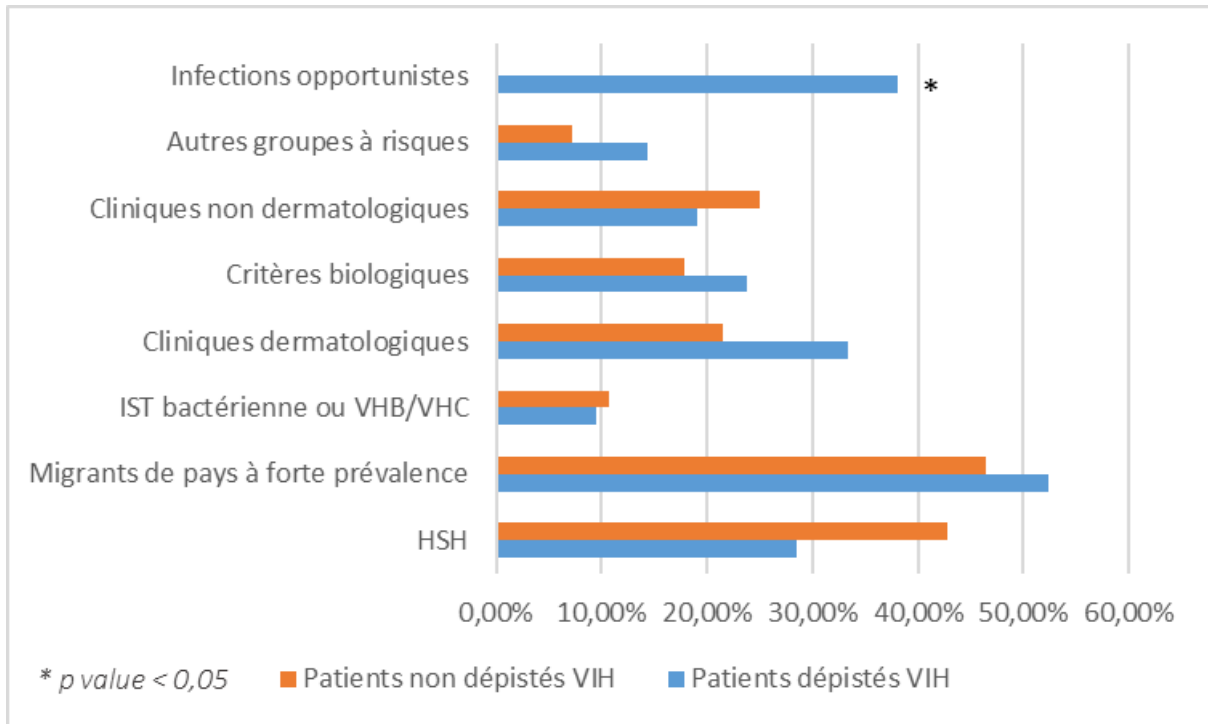
Annexe 1 : Répartition géographique des pays de naissance des patients dépistés



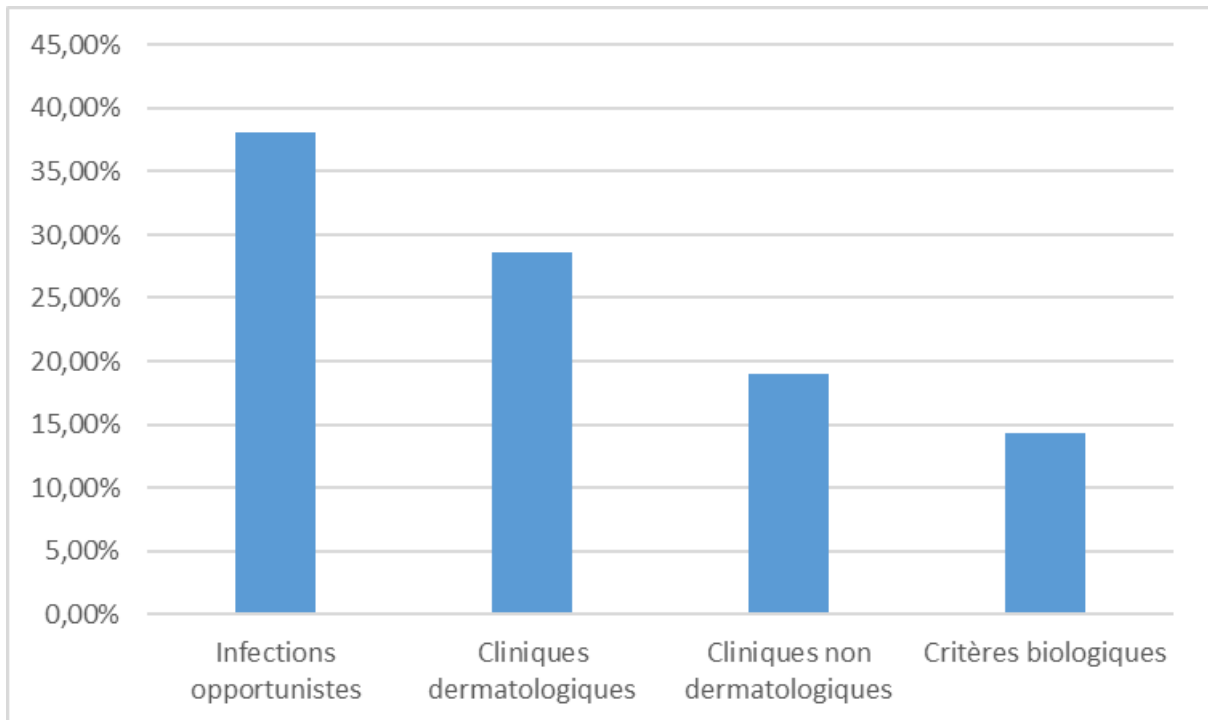
Annexe 2 : Répartition géographique des pays de naissance des patients non dépistés



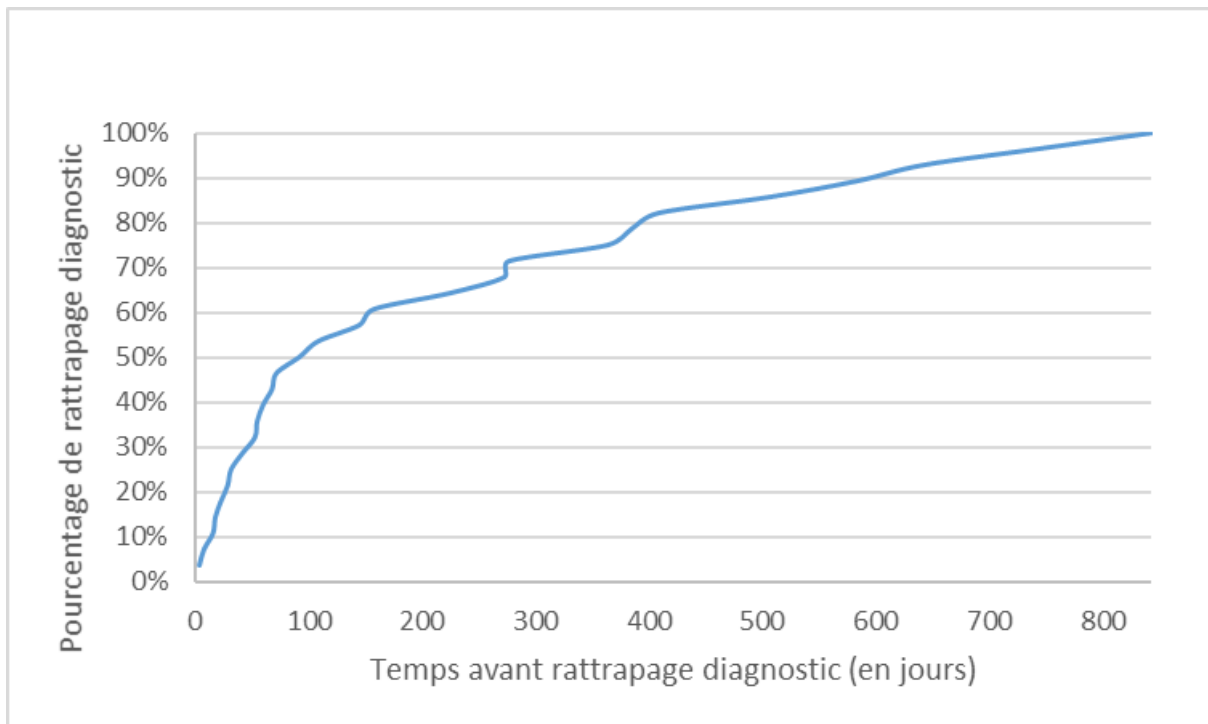
Annexe 3 : Indications aux dépistages VIH selon groupe dépisté et non dépisté



Annexes 4 : Critère principal ayant justifié le dépistage VIH



Annexe 5 : Pourcentage de rattrapage diagnostic en fonction du temps



Annexe 6 : Score de Denver

DENVER HIV RISK SCORE TOOL

The Denver HIV Risk Score, a clinical prediction tool, can help identify patients with increased probability of undiagnosed HIV infection. This tool was developed in Denver, but validated for use in any jurisdiction.

		Score	
Age	22-25 or 55-60	+4	
	26-32 or 47-54	+10	
	33-46	+12	
Gender	Male	+21	
Self-reported race/ethnicity	Black	+9	
	Hispanic	+3	
Sex with men, women, or both?	Men or both	+22	
Injection drugs use?	Yes	+9	
Ever been tested for HIV?	Yes	-4	
Total Score			

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.

≥50 points	Very High Risk
40-49 points	High Risk
30-39 points	Moderate Risk
20-29 points	Low Risk
<20 points	Very Low Risk

Haukoos, American Journal of Epidemiology, 2012; 175(8):838-46; Haukoos, Annals of Emergency Medicine, 2013;61(3):353-61

Bibliographie

1. Santé publique france. Bulletin de santé publique, VIH et IST bactérienne. 2021.
2. Crémieux AC, D'Almeida KW, de Truchis P, Simon F, le Strat Y, Bousquet V, et al. Undiagnosed HIV prevalence based on nontargeted screening in emergency departments. *AIDS*. 17 juill 2012;26(11):1445-8.
3. Supervie V, Costagliola D. Undiagnosed HIV prevalence in France: no evidence against universal HIV screening. *AIDS*. 28 nov 2012;26(18):2419.
4. Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS*. 31 juill 2014;28(12):1797-804.
5. Bhaskaran K. Changes in the Risk of Death After HIV Seroconversion Compared With Mortality in the General Population. *JAMA*. 2 juill 2008;300(1):51.
6. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther*. janv 2007;12(1):89-96.
7. Besson C, Goubar A, Gabarre J, Rozenbaum W, Pialoux G, Châtelet FP, et al. Changes in AIDS-related lymphoma since the era of highly active antiretroviral therapy. *Blood*. 15 oct 2001;98(8):2339-44.
8. Dal Maso L, Serraino D, Franceschi S. Epidemiology of AIDS-related tumours in developed and developing countries. *Eur J Cancer*. juill 2001;37(10):1188-201.
9. CD4+ Count–Guided Interruption of Antiretroviral Treatment. *N Engl J Med*. 30 nov 2006;355(22):2283-96.
10. Boccara F, Mary-Krause M, Teiger E, Lang S, Lim P, Wahbi K, et al. Acute coronary syndrome in human immunodeficiency virus-infected patients: characteristics and 1 year prognosis. *Eur Heart J*. 1 janv 2011;32(1):41-50.
11. Triant VA, Meigs JB, Grinspoon SK. Association of C-Reactive Protein and HIV Infection With Acute Myocardial Infarction. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. juill 2009;51(3):268-73.
12. Roul H, Mary-Krause M, Ghosn J, Delaugerre C, Pialoux G, Cuzin L, et al. CD4+ cell count recovery after combined antiretroviral therapy in the modern combined antiretroviral therapy era. *AIDS*. 13 nov 2018;32(17):2605-14.
13. Hocqueloux L, Avettand-Fènoël V, Jacquot S, Prazuck T, Legac E, Mélard A, et al. Long-term antiretroviral therapy initiated during primary HIV-1 infection is key to achieving both low HIV reservoirs and normal T cell counts. *J Antimicrob Chemother*. mai 2013;68(5):1169-78.
14. Jain V, Hartogensis W, Bacchetti P, Hunt PW, Hatano H, Sinclair E, et al. Antiretroviral Therapy Initiated Within 6 Months of HIV Infection Is Associated With Lower T-Cell Activation and Smaller HIV Reservoir Size. *J Infect Dis*. 15 oct 2013;208(8):1202-11.
15. Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 17 juill 2009;23(11):1397-404.

16. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med*. 11 août 2011;365(6):493-505.
17. Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. 2017.
18. Barber B, Hellard M, Jenkinson R, Spelman T, Stoove M. Sexual history taking and sexually transmissible infection screening practices among men who have sex with men: a survey of Victorian general practitioners. *Sex Health*. 2011;8(3):349.
19. Niforatos JD, Nowacki AS, Cavendish J, Gripshover BM, Yax JA. Emergency provider documentation of sexual health risk factors and its association with HIV testing: A retrospective cohort study. *Am J Emerg Med*. déc 2018;S0735675718309793.
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV infection--South Carolina, 1997-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1 déc 2006;55(47):1269-72.
21. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*. 22 sept 2006;55(RR-14):1-17; quiz CE1-4.
22. Lyss SB, Branson BM, Kroc KA, Couture EF, Newman DR, Weinstein RA. Detecting Unsuspected HIV Infection With a Rapid Whole-Blood HIV Test in an Urban Emergency Department. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 1 avr 2007;44(4):435-42.
23. White DAE, Scribner AN, Schulden JD, Branson BM, Heffelfinger JD. Results of a Rapid HIV Screening and Diagnostic Testing Program in an Urban Emergency Department. *Ann Emerg Med*. juill 2009;54(1):56-64.
24. Haukoos JS. Routine Opt-Out Rapid HIV Screening and Detection of HIV Infection in Emergency Department Patients. *JAMA*. 21 juill 2010;304(3):284.
25. Hsieh YH, Haukoos JS, Rothman RE. Validation of an abbreviated version of the Denver HIV Risk Score for prediction of HIV infection in an urban ED. *Am J Emerg Med*. juill 2014;32(7):775-9.
26. d'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, et al. Modest Public Health Impact of Nontargeted Human Immunodeficiency Virus Screening in 29 Emergency Departments. *Arch Intern Med*. 9 janv 2012;172(1):12.
27. Haukoos JS, Hopkins E, Bender B, Sasson C, Al-Tayyib AA, Thrun MW. Comparison of Enhanced Targeted Rapid HIV Screening Using the Denver HIV Risk Score to Nontargeted Rapid HIV Screening in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. mars 2013;61(3):353-61.
28. Haukoos JS, Lyons MS, Rothman RE, White DAE, Hopkins E, Bucossi M, et al. Comparison of HIV Screening Strategies in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 26 juill 2021;4(7):e2117763.
29. Haukoos JS, Hopkins E, Byyny RL, Conroy AA, Silverman M, Eisert S, et al. Design and Implementation of a Controlled Clinical Trial to Evaluate the Effectiveness and Efficiency of

- Routine Opt-out Rapid Human Immunodeficiency Virus Screening in the Emergency Department. *Acad Emerg Med.* août 2009;16(8):800-8.
30. McDonald EA, Currie MJ, Bowden FJ. Delayed diagnosis of HIV: missed opportunities and triggers for testing in the Australian Capital Territory. *Sex Health.* 2006;3(4):291.
 31. Liddicoat RV, Horton NJ, Urban R, Maier E, Christiansen D, Samet JH. Assessing missed opportunities for HIV testing in medical settings. *J Gen Intern Med.* avr 2004;19(4):349-56.
 32. Wohlgenut J, Lawes T, Laing RB. Trends in missed presentations and late HIV diagnosis in a UK teaching hospital: a retrospective comparative cohort study. *BMC Infect Dis.* déc 2012;12(1):72.
 33. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* déc 2013;13(1):200.
 34. Item 165 – UE 6 Infection à VIH : manifestations cutanéomuqueuses du VIH. *Ann Dermatol Vénéréologie.* mars 2018;145:S104-7.
 35. Pilly E. *Maladies infectieuses et tropicales: tous les items d'infectiologie.* 27e éd. Vol. Item 165 : VIH. Paris: Alinéa plus; 2019.
 36. OMS. Lignes directrices pour la prise en charge du stade avancé de la maladie à VIH et l'initiation rapide du traitement antirétroviral. 2017.
 37. *Traité de virologie médicale.* 2e éd. Vol. Infection à VIH. Paris: Société française de microbiologie Société française de virologie; 2019.
 38. Jenkins TC, Gardner EM, Thrun MW, Cohn DL, Burman WJ. Risk-Based Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Fails to Detect the Majority of HIV-Infected Persons in Medical Care Settings. *Sex Transm Dis.* mai 2006;33(5):329-33.
 39. Klein D, Hurley LB, Merrill D, Quesenberry CP. Review of Medical Encounters in the 5 Years Before a Diagnosis of HIV-1 Infection: Implications for Early Detection. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* févr 2003;32(2):143-52.
 40. Leblanc J, Burnet E, D'Almeida KW, Lert F, Simon T, Crémieux AC. The role of nurses in HIV screening in health care facilities: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* sept 2015;52(9):1495-513.
 41. Haukoos JS, Hopkins E, Byyny RL. Patient Acceptance of Rapid HIV Testing Practices in an Urban Emergency Department: Assessment of the 2006 CDC Recommendations for HIV Screening in Health Care Settings. *Ann Emerg Med.* mars 2008;51(3):303-309.e1.
 42. Leblanc J, Hejblum G, Costagliola D, Durand-Zaleski I, Lert F, de Truchis P, et al. Targeted HIV Screening in Eight Emergency Departments: The DICI-VIH Cluster-Randomized Two-Period Crossover Trial. *Ann Emerg Med.* juill 2018;72(1):41-53.e9.
 43. Santé publique France. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. *Baromètre santé 2016 Santé publique France,* 2018. 6 p.

Titre de Thèse : Evaluation des opportunités manquées de dépistage VIH aux urgences

RESUME

Contexte

Le diagnostic à la phase avancée du VIH, concerne 30% des découvertes d'infection à VIH en France. La proportion d'opportunités manquées de dépistage reste peu évaluée notamment au sein des services d'urgences. L'évaluation du sous dépistage et les mécanismes qui le sous-tendent, sont essentiels afin de diminuer la proportion de diagnostic VIH à un stade avancé ainsi que la morbidité qui y est liée.

L'objectif principal de cette étude est de mesurer le taux d'opportunité manquée de dépistage VIH au sein des urgences.

Méthode

Etude non interventionnelle de cohorte, rétrospective, monocentrique au sein du CHU de Nantes ; incluant les patients suivis par le CHU de Nantes pour infection à VIH de janvier 2012 à juillet 2022.

Résultats

53 patients ont été inclus. 92,45% (49/53) des patients présentaient une indication à un dépistage VIH lors de leurs passages aux urgences. Il a été évalué une proportion d'opportunités manquées de dépistage VIH s'élevant à 57,14% (28/49).

Conclusion

Il a été objectivé une forte proportion d'opportunités manquée de dépistage VIH (57,14%) aux sein des urgences. La réalisation d'un dépistage VIH aux urgences s'effectue en majorité à une phase tardive (90,48%) avec une forte proportion de diagnostic lors de la mise en évidence d'une infection tardive (38,1%), le reste des dépistages reliés semble être lié à un tableau clinico-biologique bruyant avec un taux d'hospitalisation au décours de la prise en charge élevée (90,4%). L'impact des opportunités manquées est non négligeable avec un délai médian nécessaire au rattrape diagnostic était de 99,5 jours, avec un risque d'évolution vers un stade avancé de l'infection VIH.

Il semble nécessaire d'améliorer les pratiques concernant le dépistage VIH au sein des services d'urgences, avec notamment une réactualisation des connaissances des équipes médicales ou la mise en place d'équipe dédiée.

MOTS-CLES

VIH, Dépistage, Retard diagnostic, Stade avancé, Opportunité manquéé, Services d'urgences