

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

n°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CARAUX-PAZ Pauline

Née le 17/11/1980 à Paris 15^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le : 21 Octobre 2009

Prise en charge tardive de l'infection par le VIH

Président : Professeur Gilles PIALOUX
Directeur : Docteur François-Xavier LESCURE

DES de Médecine Générale

Remerciements :

Pour m'avoir permis de réaliser ce travail dans son service, mes remerciements s'adressent en premier lieu au Professeur Pialoux, président du jury, puis aux membres de ce jury : le Professeur Pialoux, le Professeur Katlama et le Professeur Bouchaud qui m'honorent de leur présence.

Le Docteur François-Xavier Lescure, mon directeur de thèse et ami m'a toujours encouragé dans la poursuite de ce travail. Je l'en remercie sincèrement.

Un grand merci également pour l'aide précieuse de Véronique Godard puis d'Anne Adda pour les requêtes informatiques

Les membres du groupe de travail : le Dr Christine Barbier, le Dr Françoise Linard, le Dr Guillaume Le Loup, le Dr Michel Ohayon ont montré un vif intérêt pour le sujet de ma thèse. Qu'ils en soient remerciés.

Merci à Marco et à ma petite Anna de m'avoir donné le temps et la force de terminer ce travail, sans oublier mes parents et mes frères pour leur soutien à mes côtés depuis toujours.

Table des matières :

1 Introduction

1.1 Entrée en matière

1.2 Les données de la littérature

1.3 La problématique du recours tardif

2 Matériels et méthodes :

2.1 Mise en place de l'étude

2.2 Les objectifs de cette étude

2.3 Méthode de sélection des patients en recours tardif

2.4 Choix des variables quantitatives et qualitatives

2.4.1 Les variables socio-démographiques

2.4.2 Les variables du parcours de soin du patient

2.4.3 Les variables de l'itinéraire de vie du patient

2.4.4 Les variables du schéma relationnel du patient

2.4.5 Les variables cliniques et biologiques

2.5 Méthodes statistiques

3 Les résultats :

3.1 Effectif de population en recours tardif

3.2 Caractéristiques socio-démographiques des patients en recours tardif

3.3 Variables liées au parcours de soins du patient en recours tardif

3.4 Variables liées à l'itinéraire de vie

3.5 Schéma relationnel des patients en recours tardif

3.6 Caractéristiques cliniques et biologiques

3.7 Les données épidémiologiques la file active des patients infectés par le VIH

4 La discussion :

4.1 Les principaux résultats de l'étude

4.1.1 Evolution du recours tardif dans le temps

4.1.2 Profil des patients en recours tardif et son évolution

4.1.3 Le parcours de soin des patients en recours tardif

4.1.4 Situation socio-économique et familiale des patients en recours tardif

4.1.5 Stade clinique des patients en recours tardif

4.1.6 Patients en recours tardif par rapport aux données de la file active

4.2 Forces et faiblesses de ce travail

4.2.1 Les forces de ce travail

4.2.2 Les faiblesses de ce travail

4.3 Littérature et hypothèses sur le recours tardif

4.3.1 Notre étude face à la littérature

4.3.2 Mes hypothèses face au recours tardif

4.4 Perspectives

5 Conclusion

6 Les annexes

6.1 Annexe 1 : Courrier aux médecins référents de l'hôpital Tenon

6.2 Annexe 2 : Fiche de recueil de données

7 Bibliographie

8 Permis d'imprimer

1. Introduction :

1.1 Entrée en matière:

Dans les pays du Nord, depuis 1996, l'efficacité des antirétroviraux (ARV) a permis de diminuer le nombre de cas de SIDA chez les patients traités. Les ARV permettent de réduire de façon importante la réplication du VIH et de protéger le système immunitaire des personnes traitées. Les cas de SIDA rapportés à partir de cette période l'étaient pour la plupart chez des patients non traités qui, dans 65%¹ des cas ne connaissaient pas leur séropositivité. Il a été démontré que les patients ayant des lymphocytes CD4 supérieurs ou égaux à 500/mm³ sous traitement ARV avaient une mortalité comparable à celle de la population générale (source ANRS CO3 Aquitaine et ANRS CO8 Aproco/Copilote).

Le moment du dépistage, puis de l'accès aux soins pour assurer la prise en charge thérapeutique des patients est un moment essentiel. Il est devenu un domaine d'attention majeure puisqu'il engage les chances relatives au pronostic de la maladie. Selon les différentes études¹⁻¹⁰, de 15% à 30% des patients séropositifs pour le VIH sont dépistés à un stade tardif. A partir des années 2000, les programmes de dépistage et la politique de prévention, avec une meilleure connaissance des pratiques à risque, n'ont pas permis de faire diminuer ces chiffres. Même dans les pays où les multithérapies sont largement diffusées, de trop nombreux patients accèdent aux soins à un stade avancé de l'infection, défini par un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200/ mm³ ou à un stade SIDA¹¹ lors du premier recours à l'hôpital. Or, la prise en charge d'une séropositivité VIH à un stade tardif est une réelle perte de chance pour le patient. On constate chez ces patients une

surmortalité ¹⁰ dans les années qui suivent la découverte et une proportion plus élevée de maladies opportunistes les classant en stade SIDA d'emblée.

Pendant mon internat, j'ai pris en charge des patients infectés par le VIH. Lors de mes stages, j'ai été frappée par la part de patients ayant une première prise en charge à un stade tardif. En m'occupant de ces patients il m'a semblé difficile d'expliquer cette arrivée si tardive dans le système de soin par une méconnaissance des pratiques à risques ou de la maladie. Le recours tardif aux soins des personnes infectées par le VIH reste un problème majeur dans la prise en charge des patients séropositifs dans les pays du Nord.

1.2 Les données de la littérature :

Différentes études ont déjà été réalisées s'intéressant au recours tardif (RT) aux soins chez des patients infectés par le VIH.

L'enquête FHDH (French Hospital Database on HIV) ¹⁰ a étudié la fréquence, les déterminants et les conséquences du RT aux soins pour les patients infectés par le VIH en France. La population étudiée a été incluse dans l'étude entre Janvier 1997 et le 31 Décembre 2002. La définition choisie pour le RT aux soins dans cette étude était d'avoir moins de 200/mm³ CD4 et/ou d'être en stade SIDA lors de la première prise en charge. Le risque relatif de mortalité associé à une prise en charge tardive était de 12,7 les six premiers mois après l'inclusion dans la FHDH et restait significativement plus élevé pendant les quatre premières années, comparativement aux sujets pris en charge moins tardivement.

L'enquête ANRS-VESPA ¹²⁻¹⁸ réalisée de décembre 2002 à octobre 2003 s'est intéressée à décrire de façon précise la vie des personnes séropositives en France;

ceci avec l'objectif d'identifier ce qui pouvait être amélioré dans la prise en charge ou dans les dispositifs sociaux. C'était une étude multicentrique sur toute la France chez des patients adultes, français ou étrangers vivant en France depuis au moins six mois et découverts séropositifs pour le VIH depuis au moins six mois. Cette enquête descriptive s'est intéressée à toute la population des patients séropositifs en France, sans faire de distinction entre les patients qui avaient été dépistés à un stade tardif ou non.

Une équipe de recherche, sous la responsabilité scientifique de Marcel Calvez (Laboratoire d'anthropologie et de sociologie, Université Rennes 2, Rennes) s'était intéressée au RT aux soins des personnes séropositives pour le VIH. Cette enquête appelée l'enquête RETARD ^{1, 9, 19} a été réalisée dans six services hospitaliers d'Ile de France et de la région Midi Pyrénées. La principale hypothèse émise pour expliquer ce RT était l'absence de reconnaissance de soi comme preneur de risques. La population d'enquête était composée de 267 personnes dont 57% d'hommes et 43% de femmes. 64% des personnes étaient nées à l'étranger (dont 85% nées en Afrique subsaharienne). Les résultats de l'enquête RETARD montraient trois points importants :

- (1) Une grande diversité de situations sociales.
- (2) Des modalités différenciées d'accès au dépistage
- (3) Des perceptions contrastées des risques de transmission.

Enfin, une étude publiée dans le BEH ⁷ (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) en Avril 2002 s'intéressait également aux facteurs associés à la découverte de la séropositivité au VIH à un stade d'immunodépression avancé. Cette étude

multicentrique avait été réalisée entre juin 1999 et mars 2000. Les résultats de cette enquête montraient que, plus d'un tiers des patients dépistés après 1996, avaient découvert leur séropositivité tardivement (38%). Le facteur lié au retard diagnostic retrouvé était l'âge avancé. Leurs résultats n'avaient pas montré de relation entre dépistage tardif et sexe masculin, pays d'origine des patients ou contamination par voie hétérosexuelle. Ils avaient confirmé la forte association qui existait en région PACA entre l'usage de drogues et le retard au diagnostic VIH.

Malgré des programmes politiques nationaux favorisant le dépistage et la connaissance des pratiques à risques, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité à un stade avancé de la maladie, était toujours aussi importante. Ces différentes études essayaient de comprendre les déterminants du RT chez les personnes séropositives pour le VIH. Elles montraient qu'il existait une grande diversité de patients atteints par le RT et une surmortalité associée au RT.

1.3 La problématique du recours tardif:

Une des problématiques a été de définir le recours tardif. La définition est différente selon les études. Elle peut être biologique, s'intéressant au seul taux de CD4, ou associée à un critère clinique. Ce critère clinique est la survenue d'une maladie opportuniste classant le patient au stade C (classification CDC) d'évolution par le VIH qui est le stade SIDA.

Le service de Maladies infectieuses de l'hôpital Tenon a une file active importante de patients séropositifs pour le VIH. L'hôpital situé dans le 20^{ème} arrondissement de Paris accueille des patients d'origines ethniques très variées avec une grande mixité sociale. Certains patients sont en situation de grande précarité sociale et familiale. Il est difficile d'emblée de décrire le patient-type qui serait en recours tardif. La base de

données du service est riche avec une forte proportion de nouveaux patients. Elle sera probablement évocatrice des tendances des années étudiées.

Existe-t-il un profil spécifique de patient associé au recours tardif ?

Quelles sont les raisons qui ont conduit à ce retard de prise en charge de l'infection par le VIH ? Ce retard est-il dû à une méconnaissance des pratiques à risque ? Est-il lié à une difficulté d'accès au système de soin français ?

Devant les nombreuses questions entourant ce sujet, une meilleure connaissance des patients en RT a semblé prioritaire. La question principale choisie pour cette étude a été la suivante : Existe-il un profil spécifique de patient associé au recours tardif ?

2. Matériel et méthode:

2.1 Mise en place de l'étude:

Pour m'aider dans ma recherche, un groupe de travail composé de plusieurs membres a été créé. Ce groupe de travail comprenait le Professeur Pialoux, Chef du service de Maladies infectieuses, le Docteur François Xavier Lescure, PH dans le service de Maladies infectieuses, le Docteur Françoise Linard, psychiatre dans le service de Maladies infectieuses, le Docteur Christine Barbier, médecin à la DRASSIdF, le Docteur Guillaume Le loup, PH dans le service de Maladies infectieuses et le Docteur Michel Ohayon, médecin généraliste, attaché dans le service et coordinateur médical du comité de rédaction de SIDA Info service.

Notre première réflexion s'était portée sur le type d'étude à réaliser. Avions-nous encore à apprendre d'une étude quantitative sur le sujet du RT ? Nous avons décidé d'aller plus loin que les études déjà publiées sur ce sujet. Pour cela, nous allons introduire dans notre étude quantitative, des variables orientées sur le parcours de soin ou sur l'itinéraire de vie des patients. De même il était intéressant de réaliser une étude quantitative comparative appariée. Celle-ci comparerait les patients en RT avec des patients en recours non tardif aux soins. Ce type d'étude devrait aider à mieux comprendre les déterminants du RT. Dans un second temps il serait intéressant de réaliser une étude qualitative par sous-groupe de population.

Dans le cadre de ma thèse de médecine, nous avons décidé de réaliser une étude rétrospective descriptive des patients en RT.

2.2 Les objectifs de cette étude:

Mon objectif principal, dans le cadre de ma thèse de médecine, a été de décrire la population des patients, séropositifs pour le VIH, en RT aux soins suivis à l'hôpital Tenon, ceci, en mobilisant des données socio-démographiques mais également des données du parcours de soin et de l'itinéraire de vie des patients.

Les objectifs secondaires ont été les suivants :

- Rechercher s'il a existé une modification dans le temps de ces déterminants en comparant différentes périodes d'étude.
- Comparer dans un deuxième temps, les caractéristiques socio-démographiques, épidémiologiques et cliniques des personnes ayant un RT du VIH par rapport à ceux bénéficiant d'une prise en charge non tardive.

Mieux comprendre les patients en recours tardif aux soins permettra peut être de les dépister plus tôt et d'éviter ainsi les comorbidités et la surmortalité associée à ce recours tardif.

2.3 Méthode de sélection des patients en recours tardif :

La première prise en charge des patients sélectionnés devait avoir lieu entre le 1^{er} janvier 2000 et le 30 juin 2007 à l'hôpital Tenon.

Nous avons décidé de définir un patient en RT par deux critères ; l'un clinique et l'autre biologique. Ces critères étaient les suivants: un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ (ou inférieur à 15%) et/ou la survenue d'une pathologie opportuniste définissant le stade SIDA, ceci, au moment de la première prise en charge de cette séropositivité VIH.

La sélection des patients séropositifs pour le VIH en RT aux soins s'est déroulée entre les mois de juin 2007 et avril 2008. Le mode d'entrée dans le système de soin

pouvait se faire par la consultation, par l'hôpital de jour (HDJ) ou lors d'une hospitalisation dans le service de Maladies infectieuses et tropicales. La date de découverte de séropositivité pour le VIH pouvait être récente ou ancienne si le patient n'avait jamais été suivi. Le patient devait ne jamais avoir reçu de traitement antirétroviral antérieurement. Ce qui comptait, c'était la première prise en charge du patient qu'elle fasse ou non suite à un dépistage récent.

Pour sélectionner tous les patients en RT entre janvier 2000 et juin 2007, une requête informatique a été lancée. Pour définir cette requête, nous avons sélectionné tous les patients séropositifs pour le VIH venus pour la première fois à l'hôpital Tenon entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 juin 2007. Nous avons sélectionné ceux qui avaient un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ ou 15% lors de la première prise en charge. Nous avons défini un délai de trois mois (90 jours) entre la date de premier recours aux soins et la date du premier taux de CD4 renseigné. Ceux-ci constituaient un premier groupe de patients.

Puis, nous avons sélectionné tous les patients qui déclaraient une pathologie classant en stade SIDA dans les trois mois (90 jours) suivant la première prise en charge de leur séropositivité VIH. Ceux-ci constituaient le deuxième groupe de patients.

Certains patients appartenaient aux deux groupes. Ils avaient un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ et une pathologie opportuniste classant en stade SIDA lors de la première prise en charge. Après addition des deux groupes et élimination des doublons j'ai obtenu un premier échantillon de patients séropositifs pour le VIH en RT aux soins. D'autres données étaient également renseignées dans la base informatique DIAMM. Elles m'ont permis d'affiner mon échantillon de patients en RT

aux soins. La variable « prise d'un traitement antirétroviral antérieur » était renseignée. J'ai donc éliminé tous les patients pour qui la réponse était positive.

Après avoir obtenu mon échantillon de patients en RT, un travail manuel de vérification des dossiers dans la base informatique a été nécessaire : ceci notamment pour éliminer les patients consultant pour la première fois à Tenon en RT mais ayant déjà été suivis dans un autre centre. Cette donnée ne pouvait être retrouvée que manuellement en lisant les observations des médecins référents des patients. Cette vérification manuelle a été très longue mais nécessaire : elle a permis de sélectionner une population de patients séropositifs pour le VIH, représentative des patients en RT.

Les critères d'inclusion étaient donc les suivants :

- Une première prise en charge de la séropositivité VIH entre le 1^{er} janvier 2000 et le 30 juin 2007 dans le service de Maladies infectieuses de l'hôpital Tenon**
- Un premier taux de CD4 connu inférieur à 200/mm³ et/ou une pathologie opportuniste classant en stade SIDA dans les 90 jours suivant la date de première prise en charge.**

Les critères d'exclusion étaient:

- un suivi antérieur dans un autre centre**
- un traitement antirétroviral antérieur.**

2.4 Choix des variables quantitatives et qualitatives :

Nous avons décidé, avec les membres du groupe de travail, quelles seraient les variables susceptibles de décrire au mieux cette population en RT. Il était important de prendre en compte la faisabilité du recueil des données. Il était prévu que la stratégie du recueil des données se ferait en trois temps : dans un premier temps, lors d'une requête informatique, qui permettra d'extraire les données de la base informatique du service (logiciel utilisé : DIAMM) ; dans un deuxième temps, pour les données manquantes, en explorant le dossier médical des patients ; dans un troisième temps en interrogeant les médecins référents des patients sélectionnés.

Nous avons regroupé les variables en cinq catégories: des variables socio-démographiques, des variables concernant le parcours de soin du patient, des variables concernant l'itinéraire de vie du patient, des variables concernant le schéma relationnel du patient et des variables cliniques et biologiques. La lettre au médecin référent ainsi que la fiche de recueil des données figurent en annexe 1 et 2.

2.3.1. Les variables socio-démographiques :

Les variables socio-démographiques choisies sont les suivantes :

- 1- La date de séropositivité VIH et la période du diagnostic de la séropositivité VIH. Trois périodes diagnostiques (DG) ont été définies : la période 1 allant du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2002 ; la période 2 allant du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2004 et la période 3 allant du 1^{er} janvier 2005 au 30 juin 2007.

Les périodes DG ont été choisies pour avoir un effectif de patients le plus équilibré possible dans les trois périodes. La politique migratoire a changé en France entre les années 2000 et 2007. Nous allons voir si les lois de novembre

2003 et de juillet 2006 relatives à l'immigration ont eu un impact sur les populations migrantes de mon étude au cours des périodes DG 2 et 3.

- 2- Le sexe, avec trois possibilités: le patient est un homme, une femme ou transgenre.
- 3- L'âge en années au moment du diagnostic de séropositivité VIH. Nous avons défini également un classement par tranche d'âge. Les tranches d'âge étaient les suivantes : inférieur à 20 ans ; de 20 à 30 ans ; de 30 à 40 ans, de 40 à 50 ans ; de 50 à 60 ans et un âge supérieur à 60 ans.
- 4- Le mode de contamination. Celui-ci pouvait être par voie sexuelle en précisant sur le mode homosexuel, hétérosexuel ou bisexuel, par toxicomanie intra veineuse, par transmission materno-fœtale, par transfusion ou par un mode indéterminé de contamination.
- 5- L'origine géographique (l'origine géographique est ici définie par le pays de naissance). Chaque pays est renseigné dans mon étude mais nous avons également créé des groupes de pays. Les groupes de pays étaient les suivants: la France, l'Afrique subsaharienne, le Maghreb, le Continent américain, l'Asie, l'Europe, la région Caraïbes, les départements français d'Amérique (DFA), le Moyen-Orient ou autre.

2.3.2 Les variables concernant le parcours de soin du patient :

- 6- Les circonstances de découverte de la séropositivité pour le VIH. Celles-ci pouvaient être: un accident d'exposition au sang (AES), un bilan de santé systématique, une grossesse, des symptômes évocateurs d'infection opportuniste, une prise de risque, un dépistage au sein d'un couple, une hospitalisation, autres (bilan pré-nuptial, chirurgie...) ou indéterminées.

Un bilan de santé systématique correspondait à une prise de sang au cours de laquelle était réalisé un bilan biologique complet dont une sérologie VIH. Le bilan de santé ne concernait pas spécifiquement un dépistage du VIH. C'était par exemple le bilan complet réalisé par la Sécurité Sociale à la demande des patients ou du médecin. La découverte au cours d'une grossesse correspondait aux patientes non connues séropositives pour le VIH et qui, au cours du bilan de leur grossesse découvraient leur séropositivité. Concernant les symptômes évocateurs de maladie opportuniste, j'ai inclus dans cette catégorie les patients qui consultaient pour un ou plusieurs symptômes cliniques. Ce symptôme suggérait au médecin la possibilité d'une immunodépression et il prescrivait une sérologie VIH. Par exemple, ces symptômes pouvaient être : une candidose orale, des infections à répétition, des lésions cutanées évocatrices de prurigo, de Kaposi... La variable « suite à une prise de risque » concernait les patients qui réalisaient un dépistage du VIH suite au vécu d'une situation considérée comme à risque de transmission, par exemple: suite à un rapport sexuel non protégé ou suite au partage de seringue lors d'un épisode de toxicomanie intraveineuse. La variable « suite à un dépistage au sein d'un couple » concernait les patients en couple chez qui, l'un des membres du couple avait découvert sa séropositivité VIH, l'autre membre du couple allait donc se faire dépister. La découverte pouvait se faire au cours de l'hospitalisation de patients auxquels était réalisée une sérologie VIH au résultat positif. Si la sérologie VIH avait été faite par le médecin traitant en ville avant l'hospitalisation, le patient ne rentrait pas dans cette catégorie de circonstance de découverte. Pour finir, la catégorie « autre » regroupait différents autres modes de découvertes de séropositivité VIH : notamment la réalisation de la sérologie au cours d'un bilan préopératoire, au

cours d'un bilan de fertilité, au cours d'un bilan prénuptial ou encore avant un prêt bancaire.

7- Le lieu de dépistage était une variable du parcours de soin. Celui-ci pouvait être un laboratoire de ville, l'hôpital public, un CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit), une clinique, l'hôpital d'un pays étranger, un centre de santé gratuit non CDAG, une autre structure effectuant des dépistages ou un lieu inconnu.

Les centres de santé gratuits non CDAG regroupaient les dispensaires, les centres de la Croix Rouge, les centres d'accueil de Médecin du Monde, les centres médico-sociaux.

8- Le prescripteur de la sérologie VIH pouvait être un médecin hospitalier, un médecin de ville, un recours spontané au dépistage par le patient, le médecin d'une clinique, un autre médecin (travaillant par exemple en dispensaire, Croix Rouge, MDM), un autre prescripteur ou un prescripteur inconnu.

Le « médecin de ville » était un médecin exerçant une activité libérale en ambulatoire : médecins généralistes mais aussi certains spécialistes qui consultaient en ville. Ce médecin de ville pouvait être le médecin traitant du patient ou non. Le recours spontané concernait les patients qui se faisaient faire une sérologie VIH sans prescription médicale, notamment en allant dans les CDAG.

9- L'existence d'un dépistage antérieur et la date de celui-ci.

10- La notion de « perdu de vue » : Le patient en recours tardif inclus dans mon étude était-il « perdu de vue » en fin d'année 2007 ou avait-il continué son suivi régulièrement dans le service après le dépistage tardif ?

11- La mortalité : le patient en recours tardif inclus dans mon étude était-il décédé en fin d'année 2007 ?

2.3.3 Les variables concernant l'itinéraire de vie des patients :

Ce sont des variables qui relèvent de l'histoire personnelle du patient.

12- Le pays d'origine du patient, le statut ou non de personne immigrée et la date d'arrivée en France en cas de patient immigré.

Le terme de migrant a été difficile à définir. La définition retenue pour ma thèse était la suivante : toute personne résidant en France et étant née dans un pays étranger. Un migrant pouvait être étranger ou avoir acquis la nationalité française.

13- Le délai entre la date d'arrivée en France et la date de découverte de la séropositivité chez les personnes migrantes en RT.

14- La validité du titre de séjour au moment du diagnostic.

15- Le type de titre de séjour au moment de la prise en charge de la séropositivité.

Les résultats pour cette variable pouvaient être: aucun titre de séjour, une carte nationale d'identité française (CNI), être européen, une carte ou demande de réfugié(e) politique, une carte de résident, un visa étudiant, une carte de séjour temporaire ou un type de titre inconnu.

Etaient « européens », les patients ayant la nationalité d'un pays de l'Union Européenne et qui, donc pouvaient vivre et travailler en France sans avoir besoin de demander un visa. La carte de résident permettait de vivre et travailler légalement en France. Elle était souvent donnée pour une période de dix ans.

16- La protection sociale des patients en RT ainsi que le type de protection sociale.

- 17- La présence ou non d'une activité professionnelle au moment du diagnostic de séropositivité. En cas de présence d'une activité professionnelle, celle-ci devait être renseignée. Le temps d'activité professionnelle était également une donnée à renseigner : temps plein, temps partiel ou inactif.
- 18- Le niveau d'étude du patient. Les différentes propositions étaient : un niveau d'étude primaire, secondaire, technique, supérieur ou indéterminé.
- 19- La présence ou non d'une consommation d'alcool et la quantification de cette consommation.
- 20- Le tabagisme par catégorie de fumeur (ancien fumeur, fumeur actuel, n'a jamais fumé) et la quantification de ce tabagisme en nombre de cigarettes par jour.
- 21- La présence ou non d'une toxicomanie actuelle ou ancienne. En cas de toxicomanie actuelle ou ancienne, le type de drogue devait être renseigné.
- 22- Le type de logement du patient au moment de la découverte de la séropositivité. Le type de logement pouvait être: un logement propre (locataire ou propriétaire), aucun logement, un hébergement auprès de membres de la famille, un hébergement chez des amis, un hébergement en SAMU Social ou en foyer, à l'hôtel, une résidence étudiante, une institution, ou un type de logement inconnu.
- 23- La présence ou non d'un revenu, que celui-ci soit déclaré ou non.
- 24- La perception ou non d'allocations par l'état français et si possible il était important de préciser le type d'allocation.

2.3.4 Les variables concernant le schéma relationnel des patients :

C'était des variables concernant la sexualité des patients mais aussi leur statut matrimonial et familial.

- 25- Les pratiques sexuelles des patients en RT aux soins : homosexuelle, hétérosexuelle, bisexuelle ou indéterminée.
- 26- Le statut matrimonial du patient au moment de la prise en charge de la séropositivité.
- 27- L'existence ou non d'enfants vivant en France ou à l'étranger, et le nombre d'enfant par patient.

2.3.5 Les variables cliniques et biologiques :

- 28- Le taux de CD4 par mm³ ou en pourcentage au moment du diagnostic.
- 29- La charge virale (CV) VIH en copies/ml au moment de la prise en charge de la séropositivité.
- 30- La présence ou non d'une ou plusieurs pathologies opportunistes classant en stade C au moment de la découverte de la séropositivité. Le type de maladie opportuniste au moment du diagnostic devait être précisé.
- 31- La présence ou non d'une co-infection par le virus de l'hépatite C (VHC) au moment de la première prise en charge.
- 32- La présence ou non d'une co-infection par le virus de l'hépatite B (VHB) au moment de la première prise en charge.
- 33- La présence de troubles psychiques au moment de la découverte de la séropositivité VIH. En cas de réponse positive, le type de trouble psychique sera précisé.

34- La consommation ou non de psychotropes au moment de la première prise en charge.

35- La présence d'un ou plusieurs antécédents de maladie sexuellement transmissible (MST) et le type de MST.

36- Le type de virus VIH : VIH1, VIH2 ou les deux.

Nous avons donc au total 36 variables à renseigner pour chacun des patients en recours tardif.

Certaines données épidémiologiques des patients composant la file active de patients séropositifs pour le VIH du service étaient disponibles pour les années 2000 et 2007. La définition de la file active était la suivante : patients pris en charge dans le cadre d'une infection par le VIH, au moins une fois dans le service à l'occasion d'une consultation, d'un bilan type HDJ, d'un bilan biologique ou d'une hospitalisation durant une année définie. Elles permettront une comparaison avec les données des patients en RT de mon étude.

2.5 Méthodes statistiques :

Les statistiques ont été réalisées à partir du logiciel SPSS version 14.0. Les données descriptives quantitatives ont été rendues en moyenne et écart type et les données qualitatives en nombre absolu et pourcentages. Les analyses comparatives qualitatives (par période) ont fait appel aux tests de Chi deux de Pearson ou au test exact de Fisher en fonction des conditions d'utilisation. Les analyses comparatives des données quantitatives ont utilisé le test de student ou le test non paramétrique de Kruskal-Wallis en fonction des conditions.

3. Résultats :

3.1 Effectif de la population en recours tardif :

Après avoir sélectionné tous les patients séropositifs pour le VIH, présentant une première prise en charge de leur infection par le VIH entre le 1er janvier 2000 et le 30 juin 2007 et présentant un stade clinique de SIDA et/ou un taux de CD4 inférieur à 200 par mm³ au moment de leur première prise en charge, j'ai obtenu un échantillon de 383 patients. Après vérification manuelle des dossiers et exclusion des patients qui n'étaient pas en RT, j'ai obtenu un échantillon final de N=332 patients.

Le tableau 1 montre la répartition des patients en RT selon les années d'étude. A noter qu'en 2007 la sélection des patients a été faite sur les six premiers mois de l'année et non sur douze mois entiers. Le nombre de patients séropositifs pour le VIH en RT pris en charge à l'hôpital Tenon était le plus important au cours de l'année 2003 avec 65 patients (19,6%) pris en charge. Cet effectif était le moins important au cours des six premiers mois de l'année 2007 avec 13 patients pris en charge.

Tableau 1: Répartition des patients en recours tardif selon les années d'étude :

Période diagnostique	Années d'étude	Effectifs	Effectifs	Pourcentage
1	2000	33	126	37,90%
	2001	41		
	2002	52		
2	2003	65	103	31%
	2004	38		
3	2005	46	103	31,10%
	2006	44		
	2007	13		
Total		332	332	100%

3.2 Caractéristiques socio-démographiques des patients en recours tardif :

Parmi les 332 patients en recours tardif, 114 étaient des femmes (34,3%) et 218 des hommes (65,7%). La répartition par sexe des patients en RT a évolué au cours des années étudiées (tableau 2). On constate une augmentation du nombre de patients en RT de sexe féminin au cours du temps et une diminution du nombre de patients en RT de sexe masculin, sans que la différence soit statistiquement significative ($p=0,162$).

Tableau 2 : Année DG et sexe :

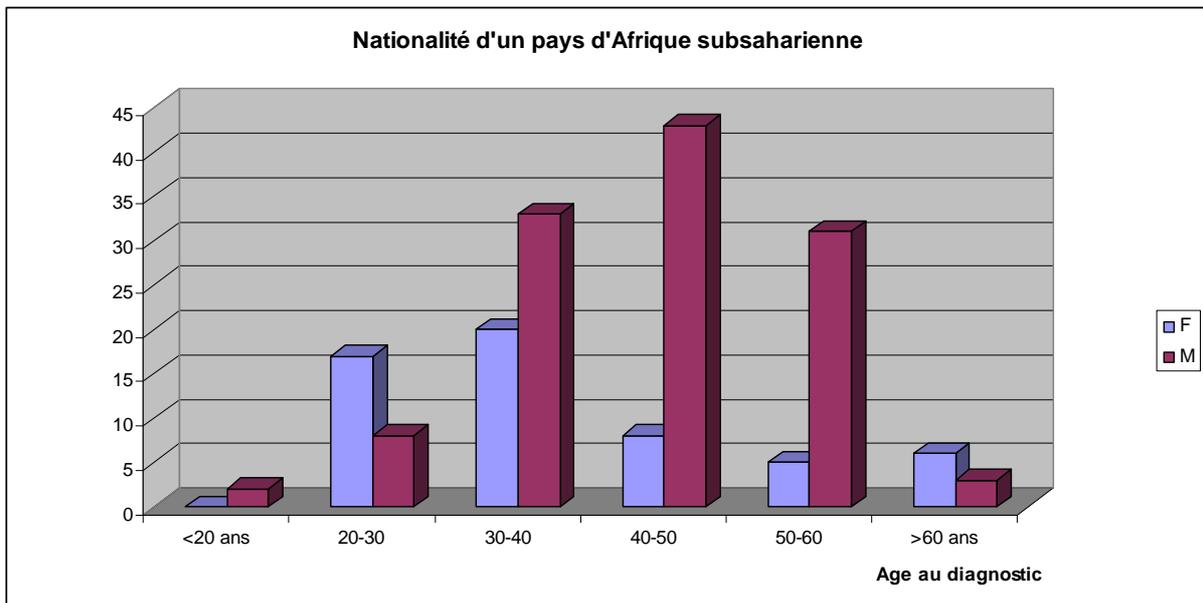
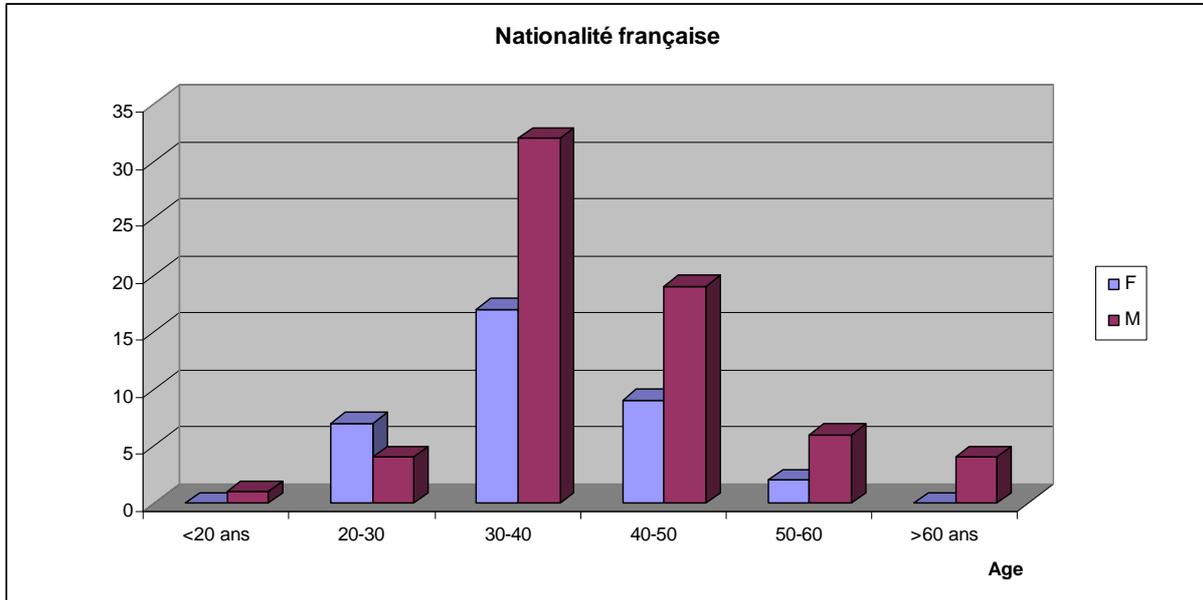
Période diagnostique DG	sexe		Total
	F	M	
1	39	87	126
	31,00%	69,00%	100,00%
2	32	71	103
	31,10%	68,90%	100,00%
3	43	60	103
	41,70%	58,30%	100,00%
Total	114	218	332
	34,30%	65,70%	100,00%

La figure 1 montrait la répartition des patients en RT selon le sexe et par classe d'âge. Les patients en RT de sexe masculin étaient plus nombreux entre 30 et 50 ans alors que les patients de sexe féminin étaient plus nombreux entre 20 et 40 ans. La figure 2 montrait cette même répartition mais selon l'origine géographique. On retrouvait un décalage d'âge entre les patients de sexe masculin et féminin originaires d'Afrique subsaharienne.

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe par classe d'âge



Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par classe d'âge et par sexe, selon la nationalité :



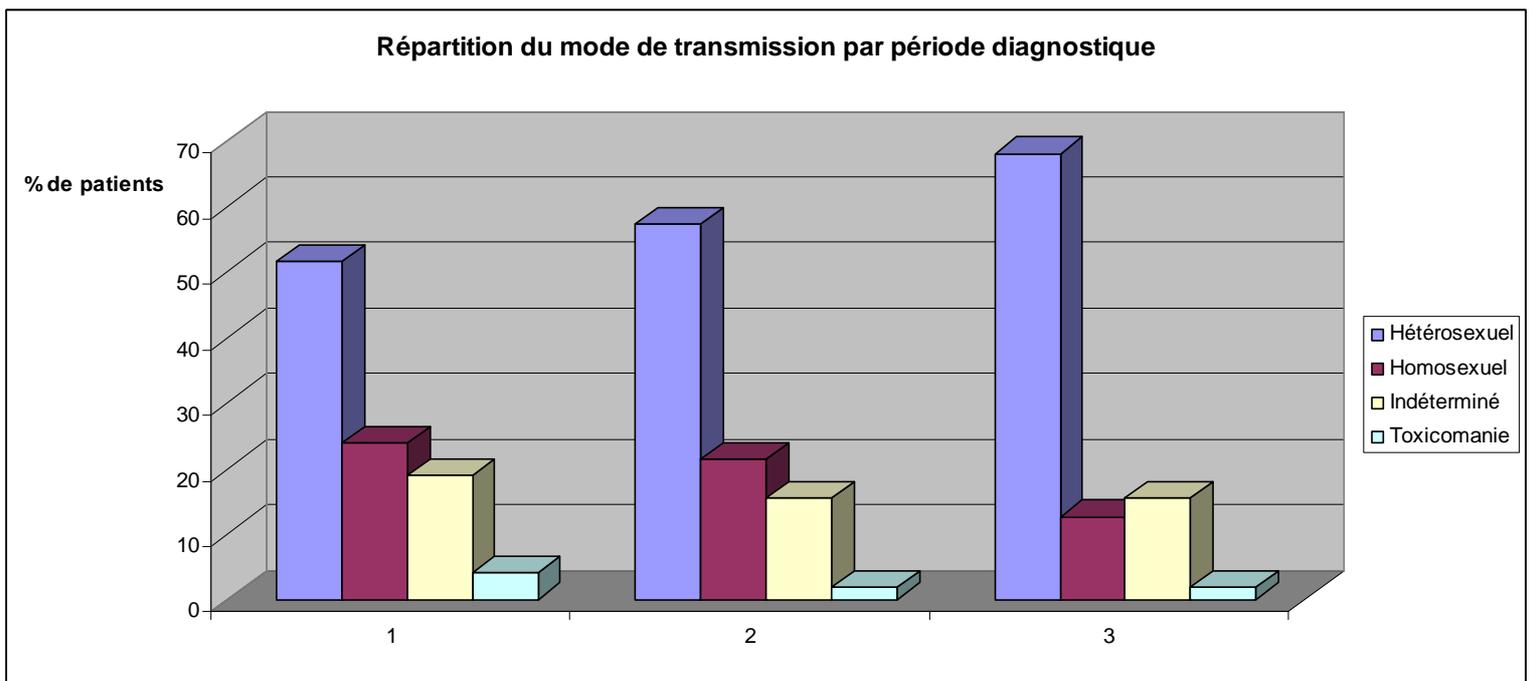
L'âge moyen était de 40,92 ans. L'âge moyen passait de 39,3 ans en période DG 1 à 41,3 ans en période DG 2 et à 42,5 ans en période DG 3. ($p=0,13$)

Le mode de transmission du VIH le plus fréquent était le mode hétérosexuel avec 194 patients qui ont été contaminés sur ce mode (58,4%), puis 65 sur le mode homosexuel (19,6%), 56 de façon indéterminée (16,9%), 9 par toxicomanie intraveineuse (2,7%), 6 sur le mode bisexuel (1,8%), 1 de transmission materno-fœtale et 1 par transfusion. L'étude des modes de transmission du VIH au cours des années (tableau 4 et figure 3) montrait une évolution. Le pourcentage des patients en RT contaminés par transmission hétérosexuelle était en augmentation au cours des périodes DG d'étude, passant de 51,6% pendant la période diagnostique (DG) 1 puis à 57,3% pendant la période DG 2 puis à 68% pendant la période DG 3. Par contre le pourcentage de patients en RT contaminés par transmission homosexuelle était en diminution au cours des périodes d'années diagnostiques 1 à 3 (23,8% pour année DG1 ; 21,4% pour année DG2 ; 12,6% pour année DG3). La contamination par toxicomanie intraveineuse restait exceptionnelle depuis 2000. Au cours du temps, la variation des modes de transmission du VIH chez les patients en RT n'était pas statistiquement significative ($p=0,312$).

Tableau 3 : Année DG et mode de transmission :

Période diagnostique	Mode de transmission							Total
	Bisexuel	Hétérosexuel	Homosexuel	Indéterminé	Materno-fœtale	Toxicomanie IV	Transfusion depuis 1978	
1	2	65	30	24	0	5	0	126
	1,60%	51,60%	23,80%	19,00%	0,00%	4,00%	0,00%	100,00%
2	3	59	22	16	1	2	0	103
	2,90%	57,30%	21,40%	15,50%	1,00%	1,90%	0,00%	100,00%
3	1	70	13	16	0	2	1	103
	1,00%	68,00%	12,60%	15,50%	0,00%	1,90%	1,00%	100,00%
Total	6	194	65	56	1	9	1	332
	1,80%	58,40%	19,60%	16,90%	0,30%	2,70%	0,30%	100,00%

Figure 3 : Répartition des modes de transmission par période DG :



Concernant l'origine géographique des patients en recours tardif : 176 patients étaient originaires d'Afrique subsaharienne (53%), 101 patients étaient d'origine française (30,4%) et 55 patients d' « autres origines ». Pour le détail des autres origines voir le tableau 4 fourni ci-après.

Tableau 4 : Année DG et origine géographique

Période diagnostique	Groupe de pays										Total
	France	ASS*	Autres origines								
			Amérique	Asie	Caraïbes	DFA*	Europe	Maghreb	Moyen orient	Autres*	
1	43	66	5	1	4	3	1	3	0	0	126
	34,10%	52,40%	4,00%	0,80%	3,20%	2,40%	0,80%	2,40%	0,00%	0,00%	100,00%
2	26	56	3	2	2	1	5	6	1	1	103
	25,20%	54,40%	2,90%	1,90%	1,90%	1,00%	4,90%	5,80%	1,00%	1,00%	100,00%
3	32	54	1	1	4	1	2	6	0	2	103
	31,10%	52,40%	1,00%	1,00%	3,90%	1,00%	1,90%	5,80%	0,00%	2,00%	100,00%
Total	101	176	9	4	10	5	8	15	1	3	332
	30,40%	53,00%	2,70%	1,20%	3,00%	1,50%	2,40%	4,50%	0,30%	0,90%	100,00%

* ASS : Afrique Subsaharienne ; DFA : Départements français d'Amérique ; Autres : pays n'appartenant pas aux différents groupes créés.

3.3 Variables liées au parcours de soins du patient en recours tardif :

Concernant les circonstances de découverte de la séropositivité VIH (tableau 5): 131 patients (39,5%) avaient découvert leur séropositivité VIH au cours d'une hospitalisation, 89 patients (26,8%) suite à des symptômes évocateurs, 43 patients (13%) au cours d'un bilan de santé systématique, 19 patientes (5,7%) au cours d'une grossesse, 15 patients (4,5%) dans un « autre » cadre (bilan préopératoire, pré-nuptial...), 11 patients (3,3%) suite à un dépistage au sein d'un couple, 2 patients (0,6%) suite à une prise de risque et pour 22 patients (6,6%) les circonstances de découverte étaient inconnues.

En comparant les trois périodes d'étude, on constatait une augmentation du nombre de patients qui découvraient leur séropositivité par un bilan de santé systématique. Ce pourcentage passait de 6,3% en période DG 1 à 14,6% en période DG 3. On pouvait noter une diminution du nombre de femmes découvrant leur séropositivité au cours d'une grossesse. Le pourcentage de ces femmes passant de 7,1% pendant la période 1 à 5,8% au cours de la période 2 puis à 3,9% au cours de la période 3.

Tableau 5 : Circonstances de découverte du VIH selon la période DG :

Période diagnostique	Circonstance de découverte du VIH								Total
	Hospitalisation	Symptômes évocateurs	Bilan de santé systématique	Grossesse	Prise de risque	Dépistage au sein d'un couple	Autres*	Indéterminée	
1	51	38	8	9	1	4	6	9	126
	40,50%	30,20%	6,30%	7,10%	0,80%	3,20%	4,80%	7,10%	100%
2	34	27	20	6	1	3	3	9	103
	33,00%	26,20%	19,40%	5,80%	1,00%	2,90%	3,00%	8,70%	100%
3	46	24	15	4	0	4	6	4	103
	44,70%	23,30%	14,60%	3,90%	0%	3,90%	5,80%	3,90%	100%
Total	131	89	43	19	2	11	15	22	332
	39,50%	26,80%	13%	5,70%	0,60%	3,30%	4,50%	6,60%	100%

Autres* : bilan de fertilité (4), bilan gynécologique (1), bilan préopératoire (5), bilan pré-nuptial (4), prêt bancaire (1).

Concernant le lieu de réalisation du dépistage de la séropositivité VIH (tableau 6) : pour 168 patients (50,6%), le test de dépistage a été réalisé à l'hôpital public, pour 55 patients (16,6%) en laboratoire de ville, pour 5 patients (1,5%) en CDAG, pour 5 patients en clinique privée (1,5%), pour 5 patients (1,5%) à l'hôpital dans un pays étranger (continent africain le plus souvent), pour 88 patients (26,5%) le lieu de dépistage n'était pas renseigné, pour le reste (2,4%) dans d'autres structures de dépistage.

Entre 2000 et 2007, on constatait chez les patients en RT une augmentation de l'utilisation du laboratoire de ville comme lieu de dépistage avec 10,3% de dépistés en laboratoire de ville pendant la période diagnostique 1 puis 20,4% pendant les périodes DG 2 et 3. L'hôpital public restait un des lieux où les patients en recours tardif se faisaient dépister majoritairement au cours des trois périodes d'étude.

Tableau 6 : Lieu de dépistage selon la période DG :

Période diagnostique	Lieu de dépistage								Total
	CDAG	Clinique/ Hôpital privé	Hôpital pays étranger	Hôpital public	laboratoire ville	Croix Rouge/ MDM/ dispensaire	Autres	Indéterminé	
1	1	2	1	69	13	1	1	38	126
	0,80%	1,60%	0,80%	54,80%	10,30%	0,80%	0,80%	30,20%	100,00%
2	1	3	4	40	21	1	1	32	103
	1,00%	2,90%	3,90%	38,80%	20,40%	1,00%	1,00%	31,10%	100,00%
3	3	1	0	59	21	1	0	18	103
	2,90%	1,00%	0,00%	57,30%	20,40%	1,00%	0,00%	17,50%	100,00%
Total	5	6	5	168	55	3	2	88	332
	1,50%	1,80%	1,50%	50,60%	16,60%	0,90%	0,60%	26,50%	100,00%

Concernant le médecin prescripteur du dépistage (tableau 7) : pour 169 patients (50,9%), le médecin prescripteur du dépistage était un médecin hospitalier,

(spécialité précisée ou non : gynécologie, cardiologie, oncologie, dermatologie..), pour 56 patients (16,9%), le médecin prescripteur était un médecin de ville, pour 5 patients (1,5%), il n'y avait pas de médecin prescripteur (le recours au dépistage était spontané sans ordonnance), pour 4 patients (1,2%), le médecin prescripteur exerçait en clinique privée, pour 7 patients (2,1%), le prescripteur du dépistage ne rentrait dans aucune des différentes catégories citées précédemment (MDM par exemple ou médecin africain) et pour 91 patients (27,4%), cette donnée n'était pas renseignée.

Au cours de la période DG 2, on notait une augmentation des dépistages tardifs réalisés par des médecins de ville ; passant de 11,9% à 21,4% ; et une diminution des prescriptions faites par les médecins hospitaliers ; passant de 51,6% à 43,7% ; cette différence s'atténuait ensuite pour la période DG 3.

Tableau 7 : Prescripteur du dépistage selon la période DG :

Période diagnostique	Prescripteur du dépistage								Total
	médecin hospitalier	médecin ville	MDM/croix rouge/dispensaire	médecin Afrique	médecin clinique	Autre	Inconnu	Recours spontané	
1	65	15	1	0	2	0	42	1	126
	51,60%	11,90%	0,80%	0,00%	1,60%	0,00%	33,30%	0,80%	100,00%
2	45	22	2	0	1	1	31	1	103
	43,70%	21,40%	1,90%	0,00%	1,00%	1,00%	30,10%	1,00%	100,00%
3	59	19	1	1	1	1	18	3	103
	57,30%	18,50%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	17,50%	2,90%	100,00%
Total	169	56	4	1	4	2	91	5	332
	50,90%	16,90%	1,20%	0,30%	1,20%	0,60%	27,40%	1,50%	100,00%

La variable « dépistage antérieur » était une variable peu renseignée avec 226 données manquantes. Mais on retrouvait 92 patients (27,8%) en RT qui avaient déjà eu un dépistage antérieur.

Concernant les patients perdus de vue: parmi les 332 patients en RT aux soins, 79 patients (23,8%) n'étaient plus suivis dans le service en 2007. La proportion de « perdus de vue » était plus importante pour la période DG 1 (27,8%) et DG 2 (27,2%) que pendant la période DG 3 (15,5%).

Tableau 8 : Patients « perdus de vue » en 2007 selon la période DG :

Période diagnostique	Perdu de vue en 2007		Total
	NON	OUI	
1	91	35	126
	72,20%	27,80%	100,00%
2	75	28	103
	72,80%	27,20%	100,00%
3	87	16	103
	84,50%	15,50%	100,00%
Total	253	79	332
	76,20%	23,80%	100,00%

Concernant la mortalité des patients en RT, en observant le nombre de patients décédés de 2000 à 2007 on retrouvait 26 personnes décédés (7,8%) entre 2000 et 2007.

3.4 Variables liées à l'itinéraire de vie

Concernant le statut d'immigré : on retrouvait 229 patients (69%) immigrés et 103 patients (31%) qui n'étaient pas immigrés. L'évolution au cours des trois périodes DG du pourcentage de patients immigrés en RT était de 65,1% pendant la période DG 1, de 74,8% pendant la période DG 2 et de 68% au cours de la période DG 3.

Chez les patients migrants (229 patients), nous avons calculé le délai entre la date d'arrivée en France et la date de séropositivité pour le VIH. Cette donnée était renseignée pour 145 patients (63,3%). On constatait au cours des trois périodes d'étude, un allongement du délai entre l'arrivée en France du patient et la date de découverte de séropositivité. La moyenne passe de 50,62 mois en période DG 1 à 88,85 mois et 83,41 mois en période DG 2 et 3.

Concernant les patients migrants (230 patients) : 48 patients (20,9%) avaient un titre de séjour valable au moment de la première prise en charge, 68 patients (29,5%) n'avaient pas de titre de séjour valable et pour 114 patients migrants, cette donnée n'est pas renseignée. Le pourcentage de patients migrants en RT qui avaient un titre de séjour valable augmentait, passant de 19,9% en période DG 1 et 2 à 30% en période DG 3.

Chez les patients migrants qui avaient un titre de séjour valable au moment de la première prise en charge (48 patients) : 31 patients migrants avaient la nationalité française, 6 patients étaient européens, 1 patient était réfugié politique, 3 patients avaient une carte de résident, 5 patients avaient une carte de séjour temporaire (visa touristique de trois mois par exemple) (tableau 9).

Le nombre de personnes migrantes dépistées tardivement et qui avaient la nationalité française augmentait au cours des trois périodes diagnostiques d'étude, passant de 56,2% et 58,3% au cours de la période DG 1 et 2 puis à 75% au cours de la période DG 3.

Tableau 9 : Type de titre de séjour selon la période DG :

Période diagnostique	Type de titre de séjour						Total
	carte résident	CNI*	européen	réfugié politique	visa provisoire	Inconnu	
1	1	9	1	1	3	1	16
	6,30%	56,20%	6,30%	6,30%	18,60%	6,30%	100,00%
2	0	7	4	0	0	1	12
	0,00%	58,30%	33,30%	0,00%	0,00%	8,30%	100,00%
3	2	15	1	0	2	0	20
	10,00%	75,00%	5,00%	0,00%	10,00%	0,00%	100,00%
Total	3	31	6	1	5	2	48
	6,20%	64,60%	12,50%	2,10%	10,40%	4,20%	100,00%

* CNI : Carte Nationale d'Identité Française

Concernant l'existence d'une protection sociale valide au moment de la première prise en charge : 149 patients (44,9%) avaient une protection sociale valide, 61 patients (18,4%) n'avaient pas de protection sociale valide, et pour 122 patients (36,7%) cette donnée n'était pas renseignée.

En cas de protection sociale valide (149 patients) (tableau 10), pour 134 patients cette protection sociale était la Sécurité Sociale française, pour 8 patients l'Aide Médicale d'Etat (AME), pour 2 patients la Couverture Maladie Universelle (CMU), pour 1 patient une assurance privée et pour 4 patients cette protection sociale valide n'était pas connue.

Tableau 10 : Type de protection sociale selon la période DG :

Période diagnostique	Type de protection sociale					Total
	AME	assurance privée	CMU	inconnue	SS	
1	3	0	0	2	53	58
	5,20%	0,00%	0,00%	3,40%	91,40%	100,00%
2	2	1	1	1	33	38
	5,30%	2,60%	2,60%	2,60%	86,80%	100,00%
3	3	0	1	1	48	53
	5,60%	0,00%	1,90%	1,90%	90,60%	100,00%
Total	8	1	2	4	134	149
	5,40%	0,70%	1,30%	2,70%	89,90%	100,00%

Concernant le statut professionnel au moment de la première prise en charge (tableau 11): 214 patients (64,5%) déclaraient avoir une activité professionnelle, 116 patients (34,9%) n'avaient pas d'activité professionnelle et pour 2 patients cette donnée n'était pas renseignée.

Entre les trois périodes DG d'étude il n'existait pas de différence statistiquement significative quand à la répartition des patients en RT ayant une profession ou non.

Tableau 11 : Profession selon la période DG :

Période diagnostique	Profession			Total
	non	oui	inconnue	
1	43	82	1	126
	34,10%	65,10%	0,80%	100,00%
2	38	64	1	103
	36,90%	62,10%	1,00%	100,00%
3	35	68	0	103
	34,00%	66,00%	0,00%	100,00%
Total	116	214	2	332
	34,90%	64,50%	0,60%	100,00%

Concernant le niveau d'études des patients en recours tardif (tableau 12): 123 patients (37%) avaient un niveau d'étude primaire, 98 patients (29,5%) avaient un niveau d'étude secondaire, 78 patients (23,5%) avaient fait des études supérieures, 28 patients (8,4%) avaient fait des études techniques et pour 5 patients (1,5%) cette donnée n'était pas renseignée.

Tableau 12 : Niveau d'étude selon la période DG :

Période diagnostique	Niveau d'étude					Total
	Primaire	Secondaire	Supérieur	Technique	inconnu	
1	45	38	31	10	2	126
	35,70%	30,20%	24,60%	7,90%	1,60%	100,00%
2	35	31	25	11	1	103
	34,00%	30,10%	24,30%	10,70%	1,00%	100,00%
3	43	29	22	7	2	103
	41,70%	28,20%	21,40%	6,80%	1,90%	100,00%
Total	123	98	78	28	5	332
	37,00%	29,50%	23,50%	8,40%	1,50%	100,00%

Concernant la consommation d'alcool chez ces patients en RT (tableau 13) on retrouvait : 215 patients (64,8%) ne consommant jamais d'alcool, 26 patients (7,8%) déclarant une consommation d'alcool et pour 28 patients cette donnée n'était pas renseignée. Par ailleurs, on ne retrouvait pas de différence significative au cours des années d'étude concernant la consommation d'alcool.

Tableau 13 : Consommation d'alcool selon la période DG :

Période diagnostique	Consommation d'alcool initiale			Total
	non	oui	inconnue	
1	70	28	28	126
	55,60%	22,20%	22,20%	100,00%
2	68	35	0	103
	66,00%	34,00%	0,00%	100,00%
3	77	26	0	103
	74,80%	25,20%	0,00%	100,00%
Total	215	89	28	332
	64,80%	26,80%	8,40%	100,00%

Concernant le tabagisme chez les patients en RT (tableau 14), on notait que 151 patients (45,5%) déclaraient n'avoir jamais fumé, 67 patients (20,2%) se déclaraient

« fumeurs », 34 patients (10,2%) se déclaraient « ancien fumeur » et pour 80 patients (24,1%) cette donnée n'était pas renseignée.

Au cours des trois périodes d'étude on notait une stabilité de la proportion des patients fumeurs.

Tableau 14 : Catégorie de fumeur selon la période DG :

Période diagnostique	Catégorie de fumeur				Total
	ancien fumeur	fumeur actuel	n'a jamais fumé	inconnue	
1	3	21	30	72	126
	2,40%	16,70%	23,80%	57,10%	100,00%
2	16	26	58	3	103
	15,50%	25,20%	56,30%	2,90%	100,00%
3	15	20	63	5	103
	14,60%	19,40%	61,20%	4,90%	100,00%
Total	34	67	151	80	332
	10,20%	20,20%	45,50%	24,10%	100,00%

Concernant la consommation de drogue (actuelle ou ancienne) : pour 20 patients (6%) il existait une consommation de drogue actuelle ou ancienne.

Concernant le type de logement des patients en RT au moment de leur première prise en charge (tableau 15): Cette variable était renseignée pour 113 patients. Parmi eux : 39 patients (34,5%) avaient leur propre logement, 24 patients (21,2%) vivaient chez un membre de leur famille, 20 patients vivaient chez des amis (17,7%), 16 patients (14,2%) vivaient en foyer ou hébergés par le SAMU Social, 8 patients (7,1%) n'avaient aucun logement, 4 patients (3,5%) vivaient à l'hôtel, 1 patient vivait (0,9%) en résidence étudiante, 1 patient (0,9%) vivait en institution.

On constate, au cours des différentes années d'étude, une augmentation avec une différence statistiquement significative ($p=0,042$) des patients en RT qui vivaient

dans leur propre logement. Leur pourcentage passe de 25,7% pendant la période DG 1 à 34,6% puis à 40,4% au cours de la période DG 3.

Tableau 15: Type de logement selon l'année DG :

Période diagnostique	Type de logement								Total
	propre logement	aucun/SDF/Squat/Emmaüs	foyer/SAMU social	hôtel	Institution	résidence étudiante	vit chez des amis	vit chez la famille	
1	9	2	5	2	0	0	11	6	35
	25,70%	5,70%	14,30%	5,70%	0,00%	0,00%	31,40%	17,10%	100,00%
2	9	2	4	0	0	0	4	7	26
	34,60%	7,70%	15,40%	0,00%	0,00%	0,00%	15,40%	26,90%	100,00%
3	21	4	7	2	1	1	5	11	52
	40,40%	7,70%	13,50%	3,80%	1,90%	1,90%	9,60%	21,10%	100,00%
Total	39	8	16	4	1	1	20	24	113
	34,50%	7,10%	14,20%	3,50%	0,90%	0,90%	17,70%	21,20%	100,00%

Concernant le type de revenu des patients en RT (tableau 16) : cette donnée était non renseignée pour 111 patients. Par contre, 201 patients (60,5%) avaient un salaire, donc, un travail qu'il soit légal ou non, à temps plein ou à temps partiel.

Tableau 16 : Type de revenu selon la période DG :

Période diagnostique	Revenu				Total
	aucun	salaire	allocation	inconnu	
1	2	74	1	49	126
	1,60%	58,70%	0,80%	38,90%	100,00%
2	1	61	4	37	103
	1,00%	59,20%	3,90%	35,90%	100,00%
3	4	66	8	25	103
	3,90%	64,10%	7,80%	24,30%	100,00%
Total	7	201	13	111	332
	2,10%	60,50%	3,90%	33,40%	100,00%

3.5 Schéma relationnel des patients en recours tardif :

Concernant les pratiques sexuelles des patients en RT (tableau 17), il y avait 240 patients (72,3%) qui déclaraient avoir des rapports sexuels de type hétérosexuel, 61 patients (18,4%) qui avaient des rapports sexuels de type homosexuel, 8 patients (2,4%) qui avaient des rapports de type bisexuel et pour 23 patients (6,9%), cette donnée n'était pas connue. La proportion de patients ayant des rapports de type hétérosexuels augmentait au cours du temps, de même que la proportion de patients ayant des rapports de type homosexuel diminuait ($p=0,353$).

Tableau 17 : Pratiques sexuelles selon la période DG :

Période diagnostique	Pratiques sexuelles				Total
	hétérosexuel	homosexuel	bisexuel	indéterminée	
1	83	28	3	12	126
	65,90%	22,20%	2,40%	9,50%	100,00%
2	75	20	3	5	103
	72,80%	19,40%	2,90%	4,90%	100,00%
3	82	13	2	6	103
	79,60%	12,60%	1,90%	5,80%	100,00%
Total	240	61	8	23	332
	72,30%	18,40%	2,40%	6,90%	100,00%

Concernant la situation de famille des patients en RT (Tableau 18): 194 patients (58,4%) vivaient seuls, 125 patients vivaient en couple (37,7%) et 13 patients avaient une situation familiale inconnue.

Tableau 18 : Situation de famille selon la période DG :

Période diagnostique	Situation de famille			Total
	Seul(e)	En couple	inconnue	
1	67	57	2	126
	53,20%	45,30%	1,60%	100,00%
2	60	37	6	103
	58,30%	36,00%	5,80%	100,00%
3	67	31	5	103
	65,10%	30,20%	4,80%	100,00%
Total	194	125	13	332
	58,40%	37,70%	3,90%	100,00%

Seul(e) : Célibataire, divorcé(e), séparé(e), veuf(ve). En couple : marié(e), concubin(e), pacsé(e).

Les résultats montraient que 130 patients (39,2%) avaient au moins un enfant, 37 patients (11,1%) n'avaient pas d'enfant et pour 165 patients, cette donnée n'était pas renseignée.

3.6 Caractéristiques cliniques et biologiques

Concernant le taux de CD4 au moment de la première prise en charge de leur séropositivité VIH (tableau 19) : le taux de CD4 moyen était de 106,8/mm³ avec un écart-type de 90,8. Les valeurs allant de 1 CD4 à 529 CD4 chez les patients en RT.

Tableau 19 : Moyenne et écart-type du taux de CD4 selon la période DG :

Période diagnostique	Premiers CD4/mm ³	
	Moyenne	Ecart-type
1	106,85	92,128
2	93,22	70,721
3	120,57	105,056
Total	106,88	90,895

Le taux moyen de charge virale plasmatique VIH chez les patients en recours tardif au moment de leur première prise en charge, était de 179410 copies/ml.

Concernant la présence d'une maladie opportuniste classant en stade SIDA : 167 patients (50,3%) avaient une pathologie opportuniste définissant le stade SIDA au moment de la première prise en charge de leur séropositivité VIH.

On constatait au cours des périodes diagnostiques d'étude une augmentation du pourcentage de patients en RT ayant une maladie opportuniste au moment de la première prise en charge ($p=0,037$). On obtenait, pour la période DG1, un pourcentage de 48,4% d'infections opportunistes, pour la période DG2, un pourcentage de 42,7% et pour la période DG 3 de 60,2%. La répartition des différentes infections opportunistes est présentée dans le tableau 21 et la figure 4.

Tableau 20 : Infections opportunistes selon la période DG :

Période diagnostique	Infection opportuniste		Total
	NON	OUI	
1	65	61	126
	51,60%	48,40%	100,00%
2	59	44	103
	57,30%	42,70%	100,00%
3	41	62	103
	39,80%	60,20%	100,00%
Total	165	167	332
	49,70%	50,30%	100,00%

Figure 4 : Répartition du type d'infection opportuniste :

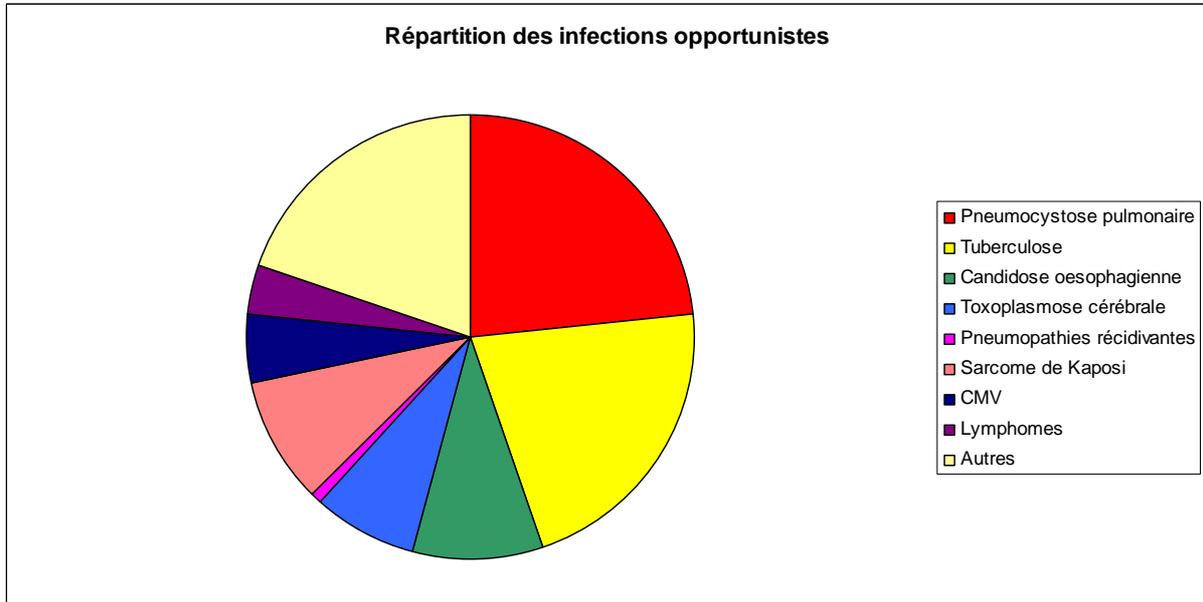


Tableau 21 : Type d'infection opportuniste selon la période DG :

Période diagnostique	Pathologies opportunistes									Total	Effectif de patient
	Pneumocystose pulmonaire	Tuberculose	Candidose œsophagienne	Toxoplasmose cérébrale	Pneumopathie récidivante à pneumocoque	Sarcome de Kaposi	CMV	Lymphome	Autres*		
1	18	17	5	5	1	11	0	4	11	72	61
	25,0%	23,6%	6,9%	6,9%	1,4%	15,3%	0,0%	5,5%	15,3%	100%	
2	12	15	4	6	0	5	2	1	12	57	44
	21,0%	26,3%	7,0%	10,5%	0,0%	8,8%	3,5%	1,7%	21,0%	100%	
3	22	15	12	6	1	4	9	3	21	93	62
	23,6%	16,1%	12,9%	6,4%	1,1%	4,3%	9,7%	3,2%	22,6%	100%	
Total	52	47	21	17	2	20	11	8	44	222	167
	23,40%	21,20%	9,40%	7,70%	1,00%	9%	4,90%	3,60%	19,80%	100%	

*Autres : cachexie liée au VIH, cryptosporidiose, infections à mycobactérie atypique

Concernant les co-infections par les virus de l'hépatite B et C chez les patients en recours tardif (tableau 22) :

Pour l'hépatite B : 288 patients avaient un antigène Hbs (AgHbs) négatifs (86,7%), 25 patients avaient un AgHbs positifs (7,5%), pour 19 patients le statut de l'AgHbs n'était pas connu.

On constatait au cours des différentes périodes d'étude, une diminution statistiquement significative ($p=0,034$) du pourcentage des patients en RT, étant porteurs du virus de l'hépatite B. On passait de 11,1% de patients avec un AgHbs positif pendant la période DG 1 à 7,8% pendant la période DG2 et à 2,9% pendant la période DG 3.

Tableau 22 : Infection par le VHB selon la période DG :

Période diagnostique	Ag Hbs			Total
	Négatif	Positif	Inconnu	
1	101	14	11	126
	80,20%	11,10%	8,70%	100,00%
2	89	8	6	103
	86,40%	7,80%	5,90%	100,00%
3	98	3	2	103
	95,10%	2,90%	1,90%	100,00%
Total	288	25	19	332
	86,70%	7,50%	5,70%	100,00%

Pour l'hépatite C : 293 patients avaient une recherche d'anticorps anti VHC négative (88,3%) et 21 avaient une recherche d'AC VHC positive (6,3%), pour 18 patients, la sérologie VHC était inconnue ou non renseignée (tableau 23).

On ne notait pas de différence statistiquement significative de la positivité des anticorps anti VHC au cours des différentes périodes d'étude chez les patients en RT.

Tableau 23 : Infection par le VHC selon la période DG :

Période diagnostique	AC VHC			Total
	Inconnu	Négatif	Positif	
1	9	109	8	126
	7,10%	86,50%	6,30%	100,00%
2	6	91	6	103
	5,80%	88,30%	5,80%	100,00%
3	3	93	7	103
	2,90%	90,30%	6,80%	100,00%
Total	18	293	21	332
	5,40%	88,30%	6,30%	100,00%

Concernant l'antécédent de MST chez les patients en RT (tableau 24) : 43 patients (13%) avaient déjà eu au moins un antécédent de MST, 289 patients (87%) n'avaient pas d'antécédent de MST. Au cours des différentes périodes d'étude le pourcentage de MST passait de 14,3% pendant la période DG1 à 16,5% pendant la période DG 2 et à 7,8% pendant la période DG 3 (p=0,149).

Concernant le type de MST retrouvé : il y avait 13 syphilis, 3 gonococcies, 9 condylomes, 11 herpes anal ou génital.

Tableau 24: MST selon la période DG :

Période diagnostique	MST		Total
	NON	OUI	
1	108	18	126
	85,70%	14,30%	100,00%
2	86	17	103
	83,50%	16,50%	100,00%
3	95	8	103
	92,20%	7,80%	100,00%
Total	289	43	332
	87,00%	13,00%	100,00%

3.7 Les données épidémiologiques du service de maladies infectieuses de l'hôpital Tenon pour les années 2000 et 2007 :

Voici quelques données épidémiologiques chez les patients séropositifs pour le VIH formant la file active de l'hôpital Tenon pour les années 2000 et 2007 présentées dans le tableau 25.

Le service de maladies infectieuses avait une file active de 2862 patients en 2000 dont 131 patients (4,6%) nouvellement diagnostiqués. En 2007, la file active était composée de 3007 patients dont 103 patients (3,4%) nouvellement diagnostiqués. La proportion de patients de sexe masculin suivis dans cette file active passait de 82,7% en 2000 à 73% en 2007 (et pour les patients de sexe féminin de 17,3% en 2000 à 27% en 2007). L'âge moyen des patients de sexe masculin passait de 40,9 ans en 2000 à 45,1 ans en 2007. L'âge moyen des patients de sexe féminin passait de 37,9 ans en 2000 à 40,6 ans en 2007. En 2000, le mode de contamination était pour 59,8% des patients de la file active, de type homosexuel contre 8,7% de type hétérosexuel. Chez les patients nouvellement diagnostiqués en 2000 : pour 39,7% le mode de contamination était de type homosexuel contre 38,9% de type hétérosexuel. En 2007, le mode de contamination était pour 44,6% des patients de type homosexuel contre 28,7% de type hétérosexuel. Chez les patients nouvellement diagnostiqués en 2007 : pour 33,9%, le mode de contamination est de type homosexuel contre 51,4% de type hétérosexuel.

On a retrouvé 28 infections opportunistes en 2000 et 24 en 2007, avec, au premier rang, la tuberculose (57,1% en 2000 et 45,8% en 2007).

Chez les nouveaux patients diagnostiqués, le taux moyen de CD4 était de 408,2/mm³ en 2000 et de 396,3/mm³ en 2007.

Tableau 25 : Tableau comparatif des patients de la file active et des patients en RT en 2000 et 2007 :

	2000			2007		
	File active		Recours tardif	File active		Recours tardif
		nouveaux DG			nouveaux DG	
Effectif	2862	131 (4,6%)	33	3007	103 (3,4%)	13
SEXE						
Hommes	2368 (82,7%)		24 (72,7%)	2194 (73%)		8 (61,5%)
Femmes	494 (17,3%)		9 (27,3%)	812 (27%)		5 (38,5%)
AGE MOYEN						
Age moyen hommes	40,9		40,5	45,1		35,6
Age moyen femmes	37,9		30,7	40,6		44,1
Décès	38			24		
MODE DE TRANSMISSION						
Homosexuel	1713 (59,8%)	52 (39,7%)	10 (30,3%)	1342 (44,6%)	35 (33,9%)	2 (15,4%)
Hétérosexuel	249 (8,7%)	51 (38,9%)	20 (60,6%)	862 (28,7%)	53 (51,4%)	10 (76,9%)
Toxicomanie	220 (7,7%)	2 (1,5%)	0	171 (5,7%)	0	0
"autres"	462 (16,1%)	7 (5,3%)	0	290 (9,7%)	4 (4%)	0
Indéterminé	218 (7,6%)	19 (14,5%)	3 (9,1%)	314 (10,4%)	11 (10,7%)	1 (7,7%)
CD4 /mm3						
Moyenne		408,2	102,57		396,3	162,6
Médiane		349,5	94		367,7	122,2
INFECTIONS OPPORTUNISTES						
Total	28		12	24		12
Tuberculose	16 (57,1%)		5 (41,6%)	11 (45,8%)		3 (25%)
Encéphalopathie due au VIH				1 (4,2%)		1 (8,3%)
Candidose œsophagienne	2 (7,1%)		2 (16,7%)	2 (8,3%)		
Pneumocystose	3 (10,7%)		1 (8,3%)	3 (12,5%)		2 (16,7%)
LEMP				1 (4,2%)		1 (8,3%)
Cachexie du au VIH				1 (4,2%)		
Kaposi	2 (7,1%)		1 (8,3%)	2 (8,3%)		
Cryptococcose	1 (3,6%)					1 (8,3%)
CMV				1 (4,2%)		
Neurosyphilis						1 (8,3%)
Toxoplasmose	1 (3,6%)		1 (8,3%)	1 (4,2%)		1 (8,3%)
Isosporose				1 (4,2%)		1 (8,3%)
Cryptosporidiose	1 (3,6%)		1 (8,3%)			1 (8,3%)
Pneumopathie bactérienne récurrente	2 (7,1%)		1 (8,3%)			

Tableau 26 : Tableau récapitulatif :

	Période diagnostique						Total	
	1		2		3			
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Patients en recours tardif	126	37,90%	103	31,00%	103	31,10%	332	100%
Sexe:								
Femme	39	34,20%	32	28,10%	43	37,70%	114	100%
Homme	87	39,90%	71	32,60%	60	27,50%	218	100%
Mode de transmission								
Hétérosexuel	65	33,50%	59	30,40%	70	36,10%	194	100%
Homosexuel	30	46,20%	22	33,80%	13	20,00%	65	100%
Toxicomanie IV	5	55,60%	2	22,20%	2	22,20%	9	100%
Indéterminé	24	42,90%	16	28,60%	16	28,60%	56	100%
Groupe de pays								
France	43	42,60%	26	25,70%	32	31,70%	101	100%
Afrique Subsaharienne	66	37,50%	56	31,80%	54	30,70%	176	100%
Autres	17	30,90%	21	38,20%	17	30,90%	55	100%
Âge								
Moyenne d'âge	39,3		41,3		42,5		40,9	
Variables immuno-virologiques								
Taux de CD4 (/mm3)	106,85		93,22		120,57		106,88	
Charge Virale VIH (copies/ml)	446594		14068		29951		179410	
Variable clinique								
Infections Opportunistes	61	36,50%	44	26,30%	62	37,10%	167	100%
Co-infections								
AgHbs positif	14	56%	8	32%	3	12%	25	100%
ACVHC positif	8	38,10%	6	28,60%	7	33,30%	21	100%

4. Discussion :

4.1 Les principaux résultats de l'étude :

.....4.1.1 Evolution du RT dans le temps :

Le nombre de patients en RT restait stable au cours des années 2000 à 2007.

4.1.2 Profil de patient en RT et son évolution :

Cette population était composée en majorité par des hommes (65,7%). On constatait une augmentation de la part de patients, de sexe féminin, en RT au cours de la période DG 3. Le mode de transmission le plus fréquent était de type hétérosexuel à 58,4% chez les patients en RT. Il apparaissait que les patients homosexuels étaient moins touchés par le RT (19,6%). Au cours des trois périodes d'étude on constatait une augmentation de la part de patients contaminés par voie hétérosexuelle et une baisse de la part de patients contaminés par voie homosexuelle. Plus de la moitié des patients en RT étaient originaires d'Afrique subsaharienne (53%) sans modification au cours des années DG d'étude. Le pourcentage de patients en RT et, nés en France restait important avec 30,4% des patients. La répartition par classe d'âge des patients était différente selon l'origine géographique. Chez les patients français, de sexe féminin ou masculin, la majorité des patients avait entre 30 et 40 ans lors de la première prise en charge. Par contre, chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne, les patients de sexe masculin étaient majoritaires dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans alors que les patients de sexe féminin étaient majoritaires dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Un profil majoritaire se détachait de cette étude. Il semblait être celui de patients de sexe masculin, âgés de 40 ans, migrants originaires d'Afrique subsaharienne, contaminés par des rapports de type hétérosexuel. Ce profil bien que majoritaire diminuait au cours du temps pour laisser une part plus importante à un profil plus jeune, composé de patients de sexe féminin, migrantes, originaires d'Afrique subsaharienne.

4.1.3 Le parcours de soin des patients en RT :

Le mode de découverte de la séropositivité VIH était à mettre en parallèle avec le lieu et le médecin prescripteur du dépistage. Les patients en RT découvraient leur séropositivité majoritairement au cours d'une hospitalisation ou lors de la survenue de symptômes évocateurs d'infection par le VIH. Pour la moitié des patients en RT la découverte de séropositivité VIH s'était faite à l'hôpital public et le dépistage avait été prescrit par un médecin hospitalier. Cependant on remarquait entre la période DG 1 et les périodes DG 2 et 3, une augmentation de la part de patients découvrant leur séropositivité suite à un bilan de santé systématique, une augmentation de l'utilisation des laboratoires de ville et la part plus importante du médecin de ville comme prescripteur du dépistage. La proportion de patients en RT découvrant leur séropositivité par un bilan de santé systématique avait doublé en 7 ans.

.....4.1.4 Situation socio économique et familiale des patients en RT :

La population majoritaire de cette étude était la population migrante (69%). Ces patients étaient originaires d'Afrique subsaharienne pour 53% d'entre eux. 20,9% des patients migrants avaient un titre de séjour valable au moment du diagnostic et cette proportion augmentait au cours des trois périodes DG. De même, on retrouvait

une proportion croissante, au cours des périodes DG, de patients migrants ayant une carte nationale d'identité française comme titre de séjour valable. Le délai entre la date d'arrivée en France et la date de séropositivité VIH augmentait entre la période DG 1 et les périodes DG 2 et 3 d'étude.

Chez les patients en RT, 64,5% déclaraient avoir une activité professionnelle, déclarée ou non. Le niveau d'études des patients en RT était pour la majorité un niveau de type primaire (37%) puis secondaire (29,5%), mais on retrouvait une proportion importante (23,5%) de patients qui avaient un niveau d'étude supérieur. Quand le type de logement était renseigné, on constatait qu'une majorité de patients ne possédaient pas leur propre logement (65,5%). Cependant on constatait au cours des périodes DG une augmentation de la proportion de patients qui vivaient dans leur propre logement (de 24,7% en période DG 1 à 40,4% en période DG 2). La majorité des patients en RT étaient seuls dans leur vie affective (58,4%).

Ainsi les patients en RT étaient le plus souvent isolés et vivaient dans une situation de précarité économique et sociale.

4.1.5 Stade clinique des patients en RT :

50,3% des patients sélectionnés étaient porteurs d'une infection opportuniste les classant en stade SIDA au moment de leur première prise en charge. Une différence entre les périodes d'étude a été retrouvée, la proportion d'infections opportunistes passant de 48,4% pendant la période DG 1 à 60,2% pendant la période DG 3. Le RT semblait être de plus en plus sévère au cours des différentes périodes DG d'étude. Les infections opportunistes étaient plus nombreuses ou étaient-elles mieux dépistées? Les moyens et les techniques mises en œuvre pour les rechercher étaient meilleurs en 2007 qu'en 2000 ce qui pourrait expliquer cette augmentation.

Dans cette étude les patients en RT étaient peu concernés par la co-infection par les virus des hépatites B et C. On notait une diminution significative de patients en RT co-infectés par le VHB entre les différentes périodes d'étude.

4.1.6 Patients en RT par rapport aux données de la file active :

La proportion de patients de sexe masculin était moins importante chez les patients en RT que chez les patients de la file active. De même la proportion de patients hétérosexuels était largement majoritaire dans la population de patients en RT par rapport aux patients de la file active (76,9% contre 28,7% en 2007 et 60,6% contre 8,7% en 2000). L'infection opportuniste majoritairement retrouvée chez les patients de la file active et chez les patients en RT en 2000 et en 2007 était la tuberculose.

4.2 Forces et faiblesses de ce travail

4.2.1 Les forces de ce travail:

Cette étude regroupait la sélection la plus importante de patients en RT à l'échelle d'un service de maladie infectieuse d'un hôpital. Ces 332 patients séropositifs pour le VIH formaient une grande base de travail sur le RT. Cette base de travail servira pour l'étude comparative ultérieure. Cette étude a décrit précisément les caractéristiques des patients en RT suivis à l'hôpital Tenon entre 2000 et 2007. De nombreuses variables ont été collectées qui permettaient de mieux comprendre l'itinéraire de vie des patients.

La création d'un groupe de travail multidisciplinaire a permis une réflexion plus aboutie sur le RT.

Concernant notre définition RT nous avons jugé important d'associer un critère clinique et un critère biologique. La barre des 350 CD4 n'avait pas été choisie

comme dans l'enquête RETARD¹ car elle nous avait paru moins discriminative des patients en RT. Le taux de 200 CD4 est vraiment une étape charnière en dessous duquel peuvent survenir des maladies opportunistes. Le choix d'un critère clinique était également important. Il a permis de prendre en compte des patients ayant un statut immunitaire moyen voire bon, mais chez qui la survenue d'une infection opportuniste les classait en stade SIDA. Le choix de ces critères d'inclusion a permis d'obtenir une population bien représentative du RT aux soins.

La file active de patients séropositifs pour le VIH suivis à l'hôpital Tenon pour les années 2000 et 2007 a servi de comparaison par rapport à ma population de patients en RT pour certaines données épidémiologiques. Nous avons choisi de comparer les populations des années 2000 et 2007, la première et dernière année d'étude de mon travail. Cette comparaison a permis de réaliser que les patients de la file active et les patients en RT (sous-groupe de la première) avaient des caractéristiques différentes.

La période de temps choisie pour cette étude était longue. Entre 2000 et 2007 la politique migratoire française a changé. Des campagnes de dépistage visant certains sous-groupes de population (hommes homosexuels ou les femmes originaires d'Afrique subsaharienne) ont été réalisées. Même si nous n'avons pas mis en évidence de grandes différences entre les périodes DG cette comparaison était intéressante.

.....4.2.2 Les faiblesses de ce travail :

Un profil spécifique de patient a été retrouvé mais la population des patients en RT présentait aussi d'autres profils bien différents. Pour ne pas généraliser, il était essentiel que cette étude soit complétée par des études par sous-groupes de

population. Certains sous-groupes n'étaient pas comparables tant au niveau du mode relationnel de fonctionnement qu'au niveau du statut social. Par exemple, la population de patients homosexuels français est composée de patients souvent bien informés des modes de transmission du VIH, d'un niveau social et intellectuel élevé et de fort niveau économique. Les raisons du RT chez ce type de patient étaient probablement très différentes du patient migrant.

Par ailleurs, du fait du grand nombre de variables choisies, de nombreuses données étaient restées manquantes. Nous avons initialement décidé de renseigner d'autres variables concernant le parcours de soins: le suivi antérieur par un médecin traitant en ville ou encore l'existence d'un suivi gynécologique régulier pour les femmes. Ces données nous auraient aidés à comprendre si les patients en RT étaient complètement exclus du système de soin ou non. Concernant l'itinéraire de vie des patients, il aurait été intéressant de connaître la raison de la migration des patients migrants. Était-ce pour un regroupement familial, pour des raisons politiques, médicales, économiques ou pour des études ? Concernant le schéma relationnel de ces patients, savoir s'ils avaient informé leur partenaire de leur séropositivité, était une information intéressante à collecter. Toutes ces variables étaient intéressantes pour comprendre le RT. Elles ont été impossibles à collecter par les méthodes utilisées dans cette étude. Ces variables, pour les obtenir, nécessitaient une étude qualitative en interrogeant directement les patients.

Cette étude est purement descriptive. Pour définir les déterminants du RT une étude comparative appariée serait nécessaire. L'appariement permettrait de comparer des patients de même origine ethnique ou de même mode de transmission avec une validité statistique.

4.3 Littérature et hypothèses sur le recours tardif:

4.3.1 Notre étude face à la littérature :

L'enquête FHDH (French Hospital Database on HIV) ¹⁰ a étudié la fréquence, les déterminants et les conséquences du RT aux soins pour les patients infectés par le VIH en France. La population étudiée a été incluse dans l'étude entre Janvier 1997 et le 31 Décembre 2002. La définition choisie pour le RT aux soins dans cette étude était la suivante : avoir moins de 200/mm³ CD4 et/ou être en stade SIDA lors de la première prise en charge.

Dans cette étude les facteurs associés à une prise en charge tardive étaient l'âge (odds ratio [OR] : 3,4 pour les sujets de plus de 60 ans versus ceux de moins de 30 ans [p<0,001]), le sexe et l'origine géographique (OR : 1,4 pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, 1,6 pour les hommes non originaires d'Afrique subsaharienne et 1,9 pour les hommes originaires d'Afrique subsaharienne, comparés aux femmes non originaires d'Afrique subsaharienne ([p<0,001 pour les trois OR]). Enfin, tous les groupes de transmission étaient pris en charge plus tardivement que les homosexuels (OR : 1,5, p<0,001).

Le risque relatif de mortalité associé à une prise en charge tardive était de 12,7 les six premiers mois après l'inclusion dans la FHDH et restait significativement plus élevé pendant les quatre premières années, comparativement aux sujets pris en charge moins tardivement. C'était une étude multicentrique qui mobilisait un grand nombre de patients et de ce fait de nombreuses données. Par contre les données recueillies étaient des données épidémiologiques, cette étude s'intéressait peu au parcours de soin ou à l'itinéraire de vie des patients. Or, c'est plutôt dans ce type de variable que l'on peut essayer de comprendre la raison du recours tardif.

L'enquête ANRS-VESPA ¹²⁻¹⁸ réalisée de décembre 2002 à octobre 2003 s'est intéressée à décrire de façon précise la vie des personnes séropositives en France, ceci avec l'objectif d'identifier ce qui peut être amélioré dans la prise en charge ou dans les dispositifs sociaux. C'était une étude multicentrique sur toute la France chez des patients adultes, français ou étrangers vivant en France depuis au moins six mois et découverts séropositifs pour le VIH depuis au moins six mois.

Les premiers résultats ont essayé de décrire qui étaient les personnes vivants en France avec le VIH. La répartition des personnes séropositives pour le VIH était inégale sur le territoire français : 43% des personnes atteintes vivaient en Ile de France et 15% vivaient dans la région Provence Alpes Côte d'Azur. Les hommes étaient majoritaires même si les femmes formaient une part croissante au fil des années. Les étrangers qui représentaient 6% de la population générale, représentaient 18% des personnes séropositives. Plus d'un immigré atteint sur deux (55%) était né en Afrique subsaharienne. Les hommes homosexuels constituaient dans chaque génération de patients masculins le groupe le plus nombreux, reflétant la fréquence persistante de la transmission dans cette population. A l'inverse les programmes de santé publique visant à rendre facile d'accès le matériel d'injection, puis les traitements de substitution avaient réduit la transmission du virus entre les usagers de drogue. La transmission par des rapports hétérosexuels avait une place beaucoup plus importante dans les années 2000 qu'avant 1996 (51% vs 29%).

Concernant la consommation des substances psycho-actives, elle était élevée parmi les personnes vivant avec le VIH. Les niveaux de consommation variaient fortement en fonction de l'âge, du sexe et des groupes qui composaient leur population. Le niveau élevé de consommation de médicaments témoignait d'un mal-être psychologique fréquent. 50% des patients interrogés étaient fumeurs au moment de

l'enquête. L'usage régulier d'alcool (au moins dix épisodes de consommation par mois) concernait 31% des patients. Concernant les drogues illicites, 28% des patients avaient consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Pour les médicaments psychotropes, 21% des patients interrogés déclaraient avoir pris des anxiolytiques, 14% des hypnotiques, 10% des antidépresseurs et 2% des neuroleptiques.

Les ressources disponibles dans les ménages affectés par le VIH/SIDA variaient fortement selon les groupes et la composition du foyer : les femmes, les personnes seules avec des enfants avaient les revenus les plus faibles tandis que les homosexuels et bisexuels et ceux vivant en couple sans enfant avaient les revenus les plus élevés. Si, une grande majorité des personnes atteintes avait un logement stable ou vivait en famille, une fraction, non négligeable et particulièrement élevée parmi les migrants avait un logement précaire.

Le taux des personnes vivant avec le VIH/SIDA et qui travaillaient, était faible par rapport à la population générale. La détérioration de la santé, était à l'origine d'une partie des arrêts de travail, mais l'infection par le VIH affectait aussi la perte d'emploi par d'autres voies. L'inactivité professionnelle s'accompagnait d'une perte de ressources importantes et d'une détérioration du niveau de vie.

Cette enquête descriptive était très intéressante et complète, mais elle s'intéressait à toute la population des patients séropositifs en France, sans faire de distinction entre les patients qui avaient été dépistés à un stade tardif ou non. Il était étonnant de constater l'importance des conduites addictives (alcool, tabac, substances psychoactives) chez les patients de l'enquête VESPA contrairement aux patients en RT de mon étude.

Une équipe de recherche, sous la responsabilité scientifique de Marcel Calvez (Laboratoire d'anthropologie et de sociologie, Université Rennes 2, Rennes) s'était intéressée au RT aux soins des personnes séropositives pour le VIH. Cette enquête appelée l'enquête RETARD ^{1, 9, 19} a été réalisée dans six services hospitaliers d'Ile de France et de la région Midi Pyrénées. La sélection des patients pour l'enquête s'était faite entre novembre 2003 et août 2004. Les critères d'inclusion pour cette enquête étaient : une première prise en charge du VIH entre le 01/10/1997 et le 01/10/2003 et un taux de CD4 inférieur à 350/mm³ lors de la première prise en charge. L'enquête avait été réalisée à partir de questionnaires comportant 300 questions posées à des patients sélectionnés. Les questionnaires privilégiaient une approche de l'univers relationnel de la personne infectée. Les personnes ne parlant pas bien le français avaient été exclues de l'enquête. La principale hypothèse émise pour expliquer ce recours tardif était l'absence de reconnaissance de soi comme preneur de risque.

La population sélectionnée par l'enquête était composée de 267 personnes dont, 57% d'hommes et 43% de femmes. 64% de personnes étaient nées à l'étranger (dont 85% nées en Afrique subsaharienne). Le profil des patients était donc très différent de l'enquête ANRS VESPA. Les résultats de l'enquête RETARD montraient trois points importants : une diversité de situations sociales, des modalités différenciées d'accès au dépistage et des perceptions contrastées des risques.

La diversité des situations sociales : les données socio-démographiques de la population de cette étude faisaient ressortir deux groupes importants et opposés. Un premier profil concernait des femmes jeunes (<35ans), originaires d'Afrique subsaharienne, en situation précaire et avec des réseaux relationnels fermés. Le second profil concernait des hommes de plus de 35 ans, nés en France, bien

insérés, de mode de contamination homosexuel et ayant des réseaux relationnels ouverts.

Cette enquête montrait que l'accès au dépistage ne pouvait se faire que si la personne avait pu se percevoir comme exposée à des risques de transmission du VIH. On constatait dans cette population des personnes en RT au soin, un rôle central de l'hôpital dans le dépistage de séropositivité VIH. Par ailleurs, les patients dépistés tardivement avaient peu utilisé les centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG). La quasi-totalité des personnes de l'enquête RETARD (94%) avait pris contact avec un médecin dans les trois mois qui suivaient le dépistage pour un suivi de leur séropositivité. L'accès tardif aux soins s'expliquait très largement par un accès tardif au dépistage et non par un délai important après le dépistage.

Le troisième point important de cette étude était donc la perception du risque de transmission. Cette perception était différente selon le profil du patient en RT. Le premier profil était un profil caractérisé par des conditions de vie précaire et alimenté par des jugements sociaux négatifs sur le SIDA. Les personnes de ce profil n'avaient souvent pas de réseau social de soutien. Tout ceci faisait qu'elles n'avaient souvent pas de possibilité de se percevoir comme preneuses de risques. Le second profil était composé de personnes souvent bien insérées socialement, qui croyaient en l'efficacité des thérapies et visualisaient plutôt la séropositivité pour le VIH comme une maladie chronique. La perception de risque de transmission était donc souvent également erronée dans ce deuxième profil.

Les recommandations faites à l'issue de cette étude étaient de plusieurs ordres : Essayer de dé-stigmatiser la séropositivité VIH, en particulier en direction des migrants. Cela n'aurait pas forcément d'impact immédiat sur le dépistage mais

devrait pouvoir alléger le poids négatif associé au SIDA et bénéficier aux personnes séropositives connues pour le VIH.

L'hôpital devrait être le pivot des actions de dépistage. Le test de dépistage devrait être proposé de façon plus systématique. C'était le plus souvent par cette voie que les personnes accédaient au système de soin.

Certaines limites étaient à prendre en compte dans cette étude. Notamment l'importance de mobiliser des données cliniques, ce type de données étant quasiment absentes de cette étude, celle-ci étant orientée plutôt sur le côté socio-psychologique des personnes. Des données cliniques permettraient d'affiner l'analyse des modalités et des conditions d'accès aux soins.

Par ailleurs, la définition du recours tardif avec un taux de CD4 inférieur à 350/mm³ était également discutable. Cette barrière de 350 CD4 était celle définie dans le rapport Yeni ¹¹ à partir de laquelle il est nécessaire de débiter un traitement ARV. Cette étude révélait de nouvelles connaissances importantes: de très nombreuses variables étaient renseignées et notamment de nombreuses variables qualitatives.

Par ailleurs, le recueil des données s'étant fait par des questionnaires aux patients, cette étude a exclu un grand nombre de patients étrangers ne parlant pas ou mal le français. Leur population n'était donc pas complètement représentative des patients en recours tardif.

Une étude publiée dans le BEH ⁷ (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) en Avril 2002 s'intéressait également aux facteurs associés à la découverte de la séropositivité au VIH à un stade d'immunodépression avancé.

Cette étude multicentrique (centres hospitaliers en région Provence Alpes Côte-d'Azur (PACA)) avait été réalisée entre juin 1999 et mars 2000. Les patients éligibles

étaient des patients majeurs qui avaient découvert leur séropositivité au VIH entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 mai 1999. La définition choisie de stade tardif dans cette étude était un patient en stade clinique SIDA et avec des CD4 inférieur à 200/mm³. Les patients éligibles (n=280) avaient répondu à un questionnaire.

Malgré un contexte politique national favorable au dépistage du VIH qui assurait, en France, la gratuité du test, tout en offrant la possibilité de préserver l'anonymat des personnes, les résultats de cette enquête montraient que plus d'un tiers des patients dépistés après 1996, avaient découvert leur séropositivité au VIH tardivement, à un stade déjà avancé de la maladie. Dans cette étude la proportion de diagnostics tardifs était élevée (38%).

En ce qui concernait les facteurs liés au retard du diagnostic du VIH, leurs résultats montraient une association entre l'avancée en âge et le RT au dépistage.

Contrairement aux autres études, leurs résultats n'avaient pas montré de relation entre dépistage tardif et sexe masculin, pays d'origine des patients ou contamination par voie hétérosexuelle. Ils avaient par contre confirmé la forte association qui existait en région PACA entre l'usage de drogues et le retard au diagnostic VIH.

Leurs analyses comportaient des limites, concernant l'échantillon des patients étudiés. Ceux-ci n'étaient pas représentatifs de l'ensemble des personnes de la région PACA dont l'infection avait été diagnostiquée tardivement. Ils avaient en effet choisi d'être suivis par une équipe médicale. Les personnes sans suivi médical n'avaient pas pu être prises en compte dans cette enquête. La deuxième limite concernait le pourcentage élevé de patients qui avaient refusé de participer à l'enquête et l'absence d'information à leur sujet. De plus ces études se déroulaient juste après la mise en route des trithérapies antirétrovirales. L'époque pendant laquelle eut lieu cette étude était différente de la nôtre. Dans notre étude, les

trithérapies étaient connues du grand public et, savoir qu'un traitement existait, a pu avoir une incidence sur la prise de risque face à la maladie.

4.3.2 Mes hypothèses face au RT:

Pourquoi ces patients étaient-ils pris en charge tardivement ?

L'accessibilité au système de soin français était un problème rencontré notamment pour les patients migrants. Les migrants arrivés récemment en France avaient une méconnaissance du système de soin français. L'absence de titre de séjour valable ou de protection sociale n'incitait pas à prendre contact avec un médecin. Le mode d'entrée dans le système de soin était le plus souvent l'hôpital public mais aussi des centres de santé gratuits (Croix-Rouge, Médecins du Monde...)²⁰. Il me semblerait important de renforcer les efforts de dépistage dans ces centres de santé gratuits. Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne étaient plus jeunes que les hommes au moment du dépistage²¹. Les patientes de sexe féminin avaient plus d'occasions que les hommes d'entrer en contact avec le système de soin, au cours d'une grossesse ou d'un bilan gynécologique par exemple. Il faudrait donc essayer de renforcer les actions de dépistage du VIH lors de ces consultations.

La précarité socio-économique des patients et notamment chez les migrants pouvait être une des raisons du RT. Quand la priorité pour eux était sans doute de pouvoir se nourrir ou se loger, la santé passait au second plan. Le renforcement de la politique migratoire en France, avec une première loi, pour lutter contre l'immigration clandestine en novembre 2003 et une deuxième loi relative à l'immigration et à l'intégration en Juillet 2006, n'ont pas eu d'impact sur l'évolution du nombre de patients migrants en RT dans mon étude. Cependant ces lois ont pu avoir un impact sur le délai à la prise en charge. Nous avons constaté une augmentation de ce délai

au cours des différentes années DG de mon étude. Ces lois ont aussi pu avoir des conséquences sur les conditions de vie des migrants sans papiers. La peur d'un renvoi du territoire français n'incitait pas ces patients à prendre contact avec le système de soin français, alors même qu'existait la procédure des « étrangers malades ». C'était un moyen pour les étrangers infectés par le VIH/SIDA de se maintenir sur le territoire français. On a d'ailleurs noté une explosion de ce type de demande allant de 1078 en 1998 à 28797 en 2004 (site internet de l'INED). L'isolement, l'absence de présence et de repères familiaux n'encourageaient pas le dépistage.

Pour tenter d'expliquer le RT, il fallait aussi tenir compte de l'image véhiculée par le VIH/SIDA. La peur d'être porteur de cette maladie et du regard d'autrui peut être vécue comme une mort sociale par les patients. Parfois, pour certains d'entre eux « c'était mieux de ne pas savoir »²². Pour cela et comme le recommandait l'enquête RETARD¹, il faudrait essayer de dé-stigmatiser l'infection par le VIH/SIDA et notamment auprès des migrants.

La méconnaissance de la maladie et des pratiques à risque pourrait être une raison du RT. Dans mon étude, nous constatons que les patients en RT avaient majoritairement un niveau d'études primaires ou secondaires. Le faible nombre d'années d'étude pourrait être un facteur qui favoriserait le RT, du fait d'informations au dépistage moins accessibles que pour des patients ayant un niveau d'étude supérieur. Cependant, la proportion importante de patients en RT ayant un niveau d'études supérieures était également importante (23,5%), ce qui n'était pas en faveur de cette hypothèse.

La « non reconnaissance de soi » comme personne à risque était une notion bien développée par l'enquête RETARD¹ et qui pouvait expliquer le RT. Les patients nés

en France et touchés par le RT étaient nombreux (30,4%). C'était un résultat inquiétant du fait de l'accessibilité plus aisée pour un français au système de soin. Ces patients n'avaient pas l'obstacle de la barrière linguistique ou des problèmes d'ordre financier pour accéder aux soins du fait de la Sécurité Sociale. Les patients nés en France ayant des pratiques sexuelles de type hétérosexuel étaient souvent non reconnus comme « personne à risque » par eux même et par les professionnels de santé, ceci malgré leur bonne connaissance de la maladie. Ils étaient plus souvent en contact avec le système de soin et c'est auprès de cette catégorie de patients qu'il existait probablement des occasions manquées de dépistage. Des dépistages devraient être proposés plus systématiquement par les médecins traitants en ville mais aussi par les médecins hospitaliers^{23, 24}. Pour cela peut être faut il banaliser les tests de dépistage pour les rendre plus accessibles à tous ? Le rapport du Conseil National du SIDA (CNS)²⁵ a proposé en 2006 un dépistage généralisé que l'on proposerait à toutes les personnes sexuellement actives dans les régions à fortes prévalences.

Au delà de toutes ces raisons d'ordre social ou économique, il existait aussi probablement des raisons plus profondes inscrites en chacun de nous. Par exemple, il était difficile d'expliquer la proportion persistante de patients homosexuels masculins en RT. Ces patients avaient souvent une bonne connaissance des pratiques à risques et une bonne accessibilité au système de soin. Il existait peut-être dans ces cas une dimension plus personnelle. Le déni de la maladie en banalisant l'infection par le VIH/SIDA et en poursuivant leurs pratiques à risques est cependant difficile à comprendre. Cette dimension personnelle plus profonde était à relier au vécu de chaque individu et pouvait se retrouver dans tous les groupes de population.

4.5 Perspectives :

Le travail réalisé sur cette population en RT aux soins doit être approfondi. Cette étude dressait un tableau assez complet des caractéristiques des patients en recours tardifs suivis à l'hôpital Tenon de 2000 à 2007. Elle ne permettait pas de définir les déterminants du recours tardif. Pour cela il fallait confronter ces patients dépistés tardivement avec des patients dépistés non tardivement. C'est-à-dire des patients dépistés à un stade plus précoce de la maladie. Un stade plus précoce serait un stade où le statut immunitaire est suffisant pour empêcher la survenue de maladies opportunistes et qui permet de débiter une trithérapie antirétrovirale selon les recommandations officielles.

Nous avons décidé de poursuivre ce travail par une étude comparative, comparant des patients en RT aux soins avec des patients en recours non tardif. Ce deuxième groupe de patients n'étant pas en RT, sera appelé : patients en « recours non tardif ».

Un stade non tardif est défini par un taux de CD4 supérieur à 350/mm³ lors de la première prise en charge d'une infection par le VIH et l'absence de pathologie opportuniste classant en stade SIDA.

Dans la population des patients en RT, le groupe majoritaire était composé par des hommes hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne. Ce groupe n'était pas représentatif de toute la population des patients en RT. Il paraît difficile de comparer un patient en RT hétérosexuel masculin originaire d'Afrique subsaharienne avec un patient français homosexuel.

Pour cette étude comparative nous avons apparié les 332 patients en RT avec 332 patients en recours non tardif. Les critères d'appariement choisis avec notre groupe de travail étaient les suivants : l'âge, le sexe, l'origine géographique, le mode de

transmission et l'année diagnostique de l'infection par le VIH. Ainsi, à chaque patient en RT lui a été attribué un patient en recours non tardif. Pour réaliser cet appariement entre les deux groupes, j'ai sélectionné par une requête informatique tous les patients suivis pour la première fois à l'hôpital Tenon pour une infection par le VIH entre les années 2000 et 2007, ayant un taux de CD4 supérieur à 350/mm³ et n'ayant pas d'infection opportuniste. Par ordre chronologique, j'ai sélectionné pour chaque patient en RT un témoin parmi ces patients. J'ai recherché le 1^{er} témoin consécutif du patient en RT selon des critères chronologiques, d'âge, de sexe, de mode de transmission et de l'origine géographique. J'ai ainsi attribué à chaque patient en RT un patient en recours non tardif. Les données à recueillir pour les patients en recours non tardif sont les même que celle recueillies pour les patients en RT. Cette deuxième étude complémentaire est en cours.

5. Conclusion :

Cette étude comportait un des effectifs les plus importants concernant le recours tardif chez les personnes vivant avec le VIH. Elle décrit précisément les caractéristiques des patients diagnostiqués en recours tardif entre les années 2000 et 2007.

Le profil majoritaire dans notre échantillon semble être celui de patients masculins, hétérosexuels, migrants originaires d'Afrique subsaharienne, vivant en situation de précarité familiale et sociale. Il ne semble pas se dégager de variations dans le temps entre 2000 et 2007.

Mais devant l'hétérogénéité de l'échantillon, des études qualitatives sont nécessaires pour étudier au mieux d'autres sous-groupes de population (femme migrante isolée ou patient homosexuel dans le déni).

Ce travail sera complété par une étude comparative appariée entre ce groupe de patients en recours tardif et un groupe de patients en recours non tardif. Ce travail complémentaire permettra d'approfondir cette première étude descriptive et de mieux comprendre les déterminants du recours tardif.

Le recours tardif aux soins reste un vrai problème persistant depuis plus de vingt ans d'évolution du VIH. Malgré un pronostic amélioré depuis 1996, une des problématiques prioritaires concernant l'épidémie VIH/SIDA reste le problème du recours tardif.

Il existe probablement trop d'occasions manquées de dépistage. Pour cela, peut être, faut il banaliser les tests de dépistage pour les rendre plus accessibles à tous ?

Le rapport du Conseil National du SIDA (CNS)²⁵ a proposé en 2006 un dépistage généralisé que l'on proposerait à toutes les personnes sexuellement actives dans les

régions à fortes prévalences. Cela permettrait peut être de dé-stigmatiser l'infection par le VIH et de prendre en charge plus tôt certains patients.

Pour les patients ayant peu de contacts avec le système de soin, il faut renforcer les actions de dépistage au sein de l'hôpital public mais aussi dans les centres de santé gratuits.

6. Les annexes :

6.1 Annexe 1 : Courrier aux médecins référents de l'hôpital Tenon :

Objet : Sollicitation d'aide pour ma thèse de médecine

Chers confrères,

Je suis une ancienne interne du service et je réalise actuellement ma thèse sur des patients du service. Ma thèse concerne les patients séropositifs pour le VIH en recours tardif au soin ($CD4 < 200/mm^3$ ou infection opportuniste inaugurale). Nous avons constitué à cette occasion un petit groupe de travail avec certains d'entre vous (Michel Ohayon, Françoise Linard, Guillaume Le Loup, Gilles Pialoux et Christine Barbier de la DRASSIdF).

Je recueille des données sur certains de vos patients. A noter que certains d'entre eux ne sont pas en recours tardif mais sont sélectionnés comme « témoins ». J'ai déjà fait une première recherche de données sur DIAMM mais beaucoup sont manquantes. Vous qui suivez ces patients depuis plusieurs années devez avoir plus d'information les concernant.

Je vous transmets des fiches de recueil de données pour vos patients inclus dans mon étude. Pourriez-vous compléter ces feuilles SVP? Les données manquantes sont grisées et inscrites sous la forme « nd » dans mes questionnaires. Chaque questionnaire regroupe les données de trois patients. Je recherche des informations les concernant au moment de leur 1^{ère} prise en charge (date de l'examen clinique initial qui figure sur les feuilles).

Je vous remercie d'avance pour votre aide précieuse. Vous pouvez transmettre les feuilles de données remplies à Xavier Lescure qui se chargera de me les rendre. Je suis joignable pour toutes les questions.

Bien cordialement.

Pauline CARAUX PAZ

6.2 Annexe 2 : Fiche de recueil des données :

Fiche de recueil des données :

0. N° de dossier DIAMM :
1. Nom / Prénom
2. Nom d'appariement
3. numéro d'appariement
4. Médecin référent VIH
5. Date décès

1/ Variables socio-démographiques :

- 1-
 - a/ Date de séropositivité VIH :
 - b/ Date 1^{er} examen clinique :Tranche d'âge:
<2000 mais pas de suivi / 1^{er} janvier 2000-31 décembre 2001 / 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 / 1^{er} janvier 2004-31 décembre 2006
- 2- Sexe : homme / femme / transgenre
- 3-
 - a/ Age lors de la découverte:
 - b/ Date de naissance :
 - c/Tranche d'âge : <20 / 20-30 / 30-40 / 40-50 / 50-60 / >60
- 4- Mode de contamination :
Homosexuel ou bisexuel / hétérosexuel / drogues IV / indéterminé / inconnu
- 5-
 - a/ Pays de naissance :
 - b/ Quel groupe :France / DFA (départements français d'Amérique) / Afrique subsaharienne / Maghreb / Amérique / Asie / Europe / autre
 - c/ ville de naissance :

2/ Parcours de soins :

- 1- Circonstance de découverte du VIH :
Bilan de santé systématique (SS) / grossesse / suite à des symptômes évocateurs d'infection opportuniste / au cours d'une hospitalisation / suite à une prise de risque / AES / autres (bilan pré-nuptial, chirurgie...)
- 2-
 - a/ Lieu de dépistage :
Laboratoire de ville / hôpital / clinique privée / CDAG / autres
 - b/ Qui a prescrit le dépistage ?

Médecin de ville / médecin hôpital public / médecin clinique privée / dépistage sans prescription

3- Existence de dépistage antérieur :

a/ Oui / non / inconnu

b/ Date du dépistage antérieur :

3/ Itinéraire de vie :

Trois premières questions : chez les patients séropositifs de nationalité étrangère

1-

a/ Personne immigrée : oui / non / inconnu

b/ Pays d'origine :

c/ Date d'arrivée en France :

d/ pays de résidence:

2- Délai entre la date d'arrivée en France et la date de découverte du VIH :

3- Titre de séjour valable lors du diagnostic :

a/ Oui / non / inconnu

b/ Si oui, quel titre :

Nationalité française (double nationalité) / carte de résident (10ans) / visa étudiant / visa touristique

4- Protection sociale à la découverte:

Aucune / sécurité sociale / CMU / AME / inconnue / autre

5- Activité professionnelle au moment du diagnostic :

Oui / non / inconnue

Si oui : catégorie socioprofessionnelle : agriculteurs exploitants / artisans, commerçants et chefs d'entreprises / cadres et professions intellectuelles supérieures / professions intermédiaires / employés / ouvriers / indéterminée

Niveau d'étude : Primaire / secondaire / technique / supérieure

6- Consommation d'alcool :

a/ oui / non / inconnue

b/ Quantification : (cf. DIAMM)

7- Tabagisme :

a/ oui / non / inconnu

b/ Si oui, quantification :

8- Toxicomanie actuelle ou ancienne :

a/ Oui / non / inconnue

b/ Si oui, quel type de drogue (choix multiple possible) ?

c/ Si oui, prise d'un traitement substitutif ?

Oui / non / inconnu

9- Type de logement :

a/ Aucun / foyer / vit chez quelqu'un (amis, famille) / vit dans son propre logement / inconnu

b/ nombre de personne au foyer

10-Type de revenu :

a/ Aucun / salaire / allocations / illicites / travailleur indépendant / autres / inconnu

b/ Si allocation quel type :

Logement / familiale / adulte handicapé / parent isolé / RMI

4/ Schéma relationnel :

1- Pratiques sexuelles :

Homosexuelle / hétérosexuelle / bisexuelle

2- Statut matrimonial :

Célibataire / en couple / veuf, divorcé, séparé / inconnu

3- A-t-il ou a-t-elle des enfants ?

Oui / non / inconnu

Si oui, combien ?

5/ Clinique et biologiques :

1- Charge virale VIH au moment du diagnostic :

Par tranche : <50 / <1000 / 10 000-100 000 / >100 000

2- Taux de CD4 au moment de la découverte : (/mm³ et en %) :

Par tranche : <50 / 50-100 / 100-200 / >200

3- Pathologie classant SIDA au moment de la découverte :

a/ Oui / non / inconnue

Si oui, laquelle ?

4- Co-infection VHC au moment de la découverte du VIH:

Oui / non / inconnue

5- Co-infection VHB au moment de la découverte du VIH (Ag HBS +) :

Oui / non / inconnue

6- Présence de troubles psychiques au moment de la découverte du VIH :

a/ Oui / non / inconnu

b/ Si oui lequel ?

Trouble du sommeil / dépression / angoisse / autre

7- Consommation de psychotrope au moment de la découverte du VIH ?

Oui / non / inconnu

8- Antécédent de MST au moment de la découverte du VIH ?

a/ Oui / non / inconnu

b/ Laquelle ?

Syphilis / chlamydie / gonocoque / herpes / HPV / autres

9- Commentaire libre :

7. Bibliographie

1. Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. *Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH*
Modalités d'accès et contextes socioculturels
Rapport Final. Institut de Veille Sanitaire; 2006.
2. Krawczyk CS, Funkhouser E, Kilby JM, Vermund SH. Delayed access to HIV diagnosis and care: Special concerns for the Southern United States. *AIDS Care*. 2006;18 Suppl 1:S35-44.
3. Fonquernie L, Dray-Spira R, Bamogo E, Lert F, Girard PM. [Characteristics of newly managed HIV-infected patients: hospital Saint-Antoine, Paris 2002-2003]. *Med Mal Infect*. May 2006;36 (5) :270-279.
4. Perbost I, Malafronte B, Pradier C, et al. In the era of highly active antiretroviral therapy, why are HIV-infected patients still admitted to hospital for an inaugural opportunistic infection? *HIV Med*. Jul 2005;6 (4) :232-239.
5. Girardi E, Aloisi MS, Arici C, et al. Delayed presentation and late testing for HIV: demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. Aug 1 2004;36 (4) :951-959.
6. Baratin D, Marceillac E, Trepo C, et al. Characteristics of patients diagnosed with AIDS shortly after first detection of HIV antibodies in Lyon University hospitals from 1985 to 2001. *HIV Med*. Jul 2004;5 (4) :273-277.
7. Vernay-Vaisse C, Enel P, Bendiane M-K, Rey D, Carrieri MP, Obadia Y. Facteurs associés à la découverte de la séropositivité au VIH à un stade d'immunodépression avancé. *BEH*. 2002;N°15/2002:61-63.
8. Turner BJ, Cunningham WE, Duan N, et al. Delayed medical care after diagnosis in a US national probability sample of persons infected with human immunodeficiency virus. *Arch Intern Med*. Sep 25 2000;160 (17) :2614-2622.
9. Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. [Delayed access to care, precariousness and vulnerability of HIV-positive women]. *Med Sci (Paris)* . Mar 2008;24 Spec No 2:144-150.
10. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther*. 2007;12 (1) :89-96.

11. Yeni P, ed. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2006*.: Médecine-Sciences Flammarion; 2006.
12. Preau M, Marcellin F, Carrieri MP, et al. Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003: results from the national ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*. Jan 2007;21 Suppl 1:S19-27.
13. Heard I, Sitta R, Lert F, the VSG. Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study) . *AIDS*. Jan 2007;21 Suppl 1:S77-82.
14. Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F, the VSG. Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*. Jan 2007;21 Suppl 1:S5-12.
15. Dray-Spira R, Lert F, the VSG. Living and working with HIV in France in 2003: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*. Jan 2007;21 Suppl 1:S29-36.
16. Bouhnik AD, Preau M, Schiltz MA, et al. Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-nonconcordant and seroconcordant couples (ANRS-EN12-VESPA Study) . *AIDS*. Jan 2007;21 Suppl 1:S43-48.
17. Bouhnik AD, Preau M, Lert F, et al. Unsafe sex in regular partnerships among heterosexual persons living with HIV: evidence from a large representative sample of individuals attending outpatients services in France (ANRS-EN12-VESPA Study) . *AIDS*. Jan 2007;21 Suppl 1:S57-62.
18. Cot M, Cournut M, Le Goaster C. [First results from the ANRS-VESPA survey of persons living with HIV/AIDS]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. Feb 2005;53 (1) :79-85.
19. Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 25 juillet 2006 2006;N°31/2006.
20. *Médecin du Monde*
Rapport d'activité 2006 : Mission Banlieue St Denis Mai 2007 2007.

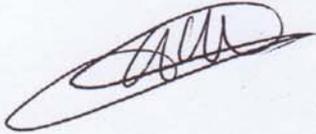
21. Valin N, Lot F, Larsen C, Gouëzel P, Blanchon T, Laporte A. Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prise en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002. *Institut de Veille Sanitaire*. 2002 2002:55.
22. TRT-5. *Journée de réflexion scientifique*
"Prise en charge tardive de l'infection par le VIH" 24 mars 2006 2006.
23. Le Vu S, Semaille C. *Dépistage anonyme de gratuit du VIH*
Profil des consultants de CDAG en 2004 - Enquête épidémiologique transversale
Novembre 2006 2006.
24. Barbier C. *"Comment améliorer l'accès au dépistage chez les femmes migrantes vivant en Ile de France?"* Mémoire pour le DU *"Enjeux et spécificités du VIH chez les femmes"* 2004-2005.
25. CNS. Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. 16 novembre 2006 2006.

PAGE DU PERMIS D'IMPRIMER

Vu : 02/10/2009

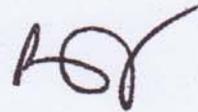
Le Président de Thèse
Université Paris 6
Le Professeur Gilles PIALOUX

Professeur Gilles PIALOUX
Maladies Infectieuses et Tropicales
HOPITAL TENON
4, rue de la Chine 75970 PARIS Cedex 20
Tél : 01 56 01 74 24 Fax : 01 56 01 74 23



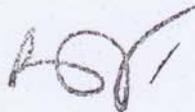
Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Paris Diderot – Paris 7
Monsieur le Professeur Benoît SCHLEMMER



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot – Paris 7 et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Résumé et mots clés

Les patients découvrant leur séropositivité pour le VIH à un stade tardif sont nombreux, autour de 30% selon les différentes études. Le pronostic de l'infection par le VIH n'est pas le même chez ces patients. Nous avons essayé de mieux comprendre les déterminants de ce recours tardif aux soins.

Le service de Maladies infectieuses de l'hôpital Tenon prend en charge une file active importante de patients séropositifs pour le VIH. Nous avons fait une étude rétrospective entre 2000 et 2007 pour étudier les caractéristiques des patients séropositifs pour le VIH dépistés tardivement. Le recours tardif a été défini par un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ et/ou une pathologie opportuniste définissant le stade SIDA au moment de la première prise en charge.

Le profil majoritaire qui semble se dégager est composé de patients de sexe masculin (65,7%), originaire d'Afrique subsaharienne (53%) et de mode de contamination hétérosexuelle (58,4%). Les variables recueillies sur le parcours de soin ou l'itinéraire de vie ne permettent pas de dégager des conclusions. Elles permettraient, complétées par une étude qualitative de mieux comprendre les raisons du recours tardif. Cette thématique renvoie à la question du dépistage encore non efficient.

Mots clés :

VIH, recours tardif, dépistage tardif