

Enjeux du dépistage VIH- le dépistage Tardif

Bakhao NDIAYE

1985 : premiers tests de dépistage du VIH

- Pronostic de la maladie péjoratif
- Possibilités thérapeutiques limitées
- Bénéfice individuel imperceptible
- Forte stigmatisation

« l'exceptionnalisme » du VIH/sida

Aujourd'hui : une stratégie optimum du dépistage

- Au niveau individuel : une morbidité et une espérance de vie que l'on peut espérer équivalente à la population générale si prise en charge précoce
- Au niveau collectif :
 - une probabilité plus forte de voire modifier le comportement de ceux qui se savent contaminés;
 - Baisse de la charge virale sous cART donc impact sur la transmission

Prise en charge tardive du VIH

Country	Author, year	Definition	Prevalence	
Australia	Hocking et al., 2000	< 8 weeks from diagnosis to AIDS event	249/1021	(24%)
Spain	Castilla et al., 2002	HIV-positive test in the same/preceding month as AIDS event	8499/30778	(28%)
US	Klein et al., 2003	CD4 < 200 cells/ μ L	167/388	(43%)
Scotland	Manavi et al., 2004	CD4 < 200 cells/ μ L	249/1021	(24%)
Canada	Krentz et al., 2004	CD4 < 200 cells/ μ L	93/241	(39%)
Italy	Girardi et al., 2004	CD4 < 200 cells/ μ L or AIDS in preceding month	379/968	(39%)
UK and Ireland	Sullivan et al., 2005	CD4 < 200 cells/ μ L	301/977	(33%)
France	Lanoy et al., 2007	CD4 < 200 cells/ μ L, or clinical AIDS	6687/ 18721	(36%)
Italy	Borghini et al., 2008	CD4 < 200 cells/ μ L, or clinical AIDS	332/844	(39%)
Croatia	Begovac et al., 2008	CD4 < 200 cells/ μ L, or clinical AIDS	MSM: 24/86 Heterosex: 34/58	(28%) (59%)

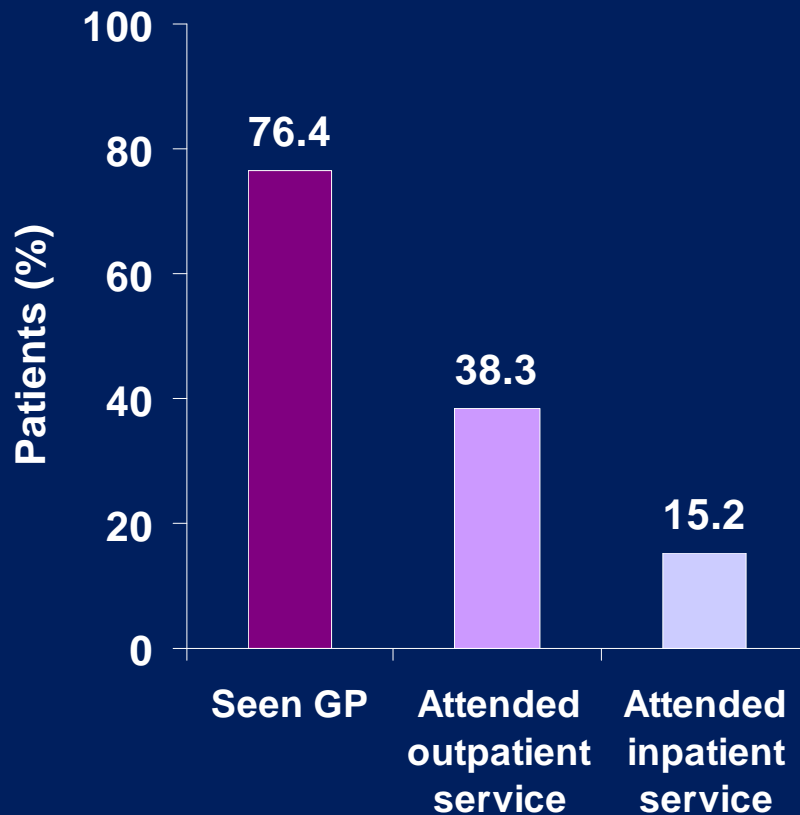
- Augmenter l'acceptabilité du dépistage
- Accroître le nombre de personnes infectées dépistées
- Augmenter la proportion des personnes testés qui reçoivent leurs résultats
- Diminuer le délai entre la contamination et le diagnostic
- Diminuer le nombre de personnes contaminées qui ne reçoivent pas les soins appropriés

Dépistage : UK recommendations

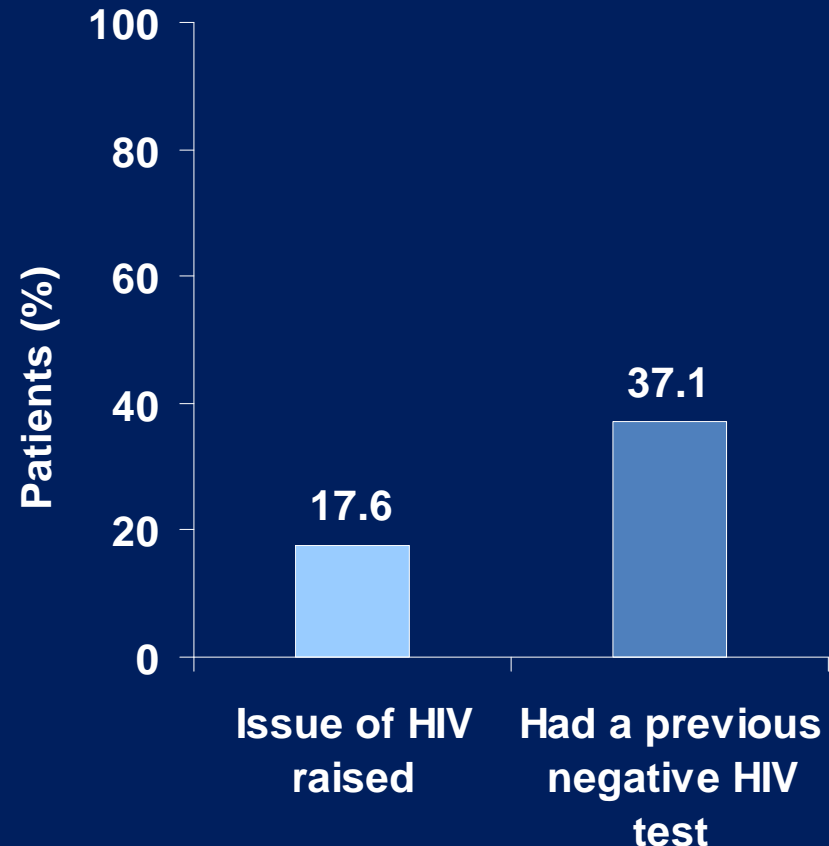
Testing should be routinely performed	<ul style="list-style-type: none"> Blood donors Dialysis patients Organ transplant donors and recipients
Testing is recommended in following <u>settings</u>	<ul style="list-style-type: none"> Sexual health clinics Antenatal services Termination of pregnancy services Drug dependency programmes Treatment of those with TB, hepatitis B or C, or lymphoma
Testing should be routinely offered and recommended in following <u>patients</u>	<ul style="list-style-type: none"> All cases where HIV enters the differential diagnosis All patients diagnosed with an STI All sexual partners of HIV-positive individuals All MSM and female sexual contacts of MSM All IDUs All individuals from countries with HIV prevalence > 1% All individuals with sexual contact with individuals from countries with HIV prevalence > 1%
Testing should be considered in general practice and all general medical admissions	If local HIV prevalence > 2 in 1000

Missed opportunities by physicians

Survey population: 263 Africans in London diagnosed as HIV-positive



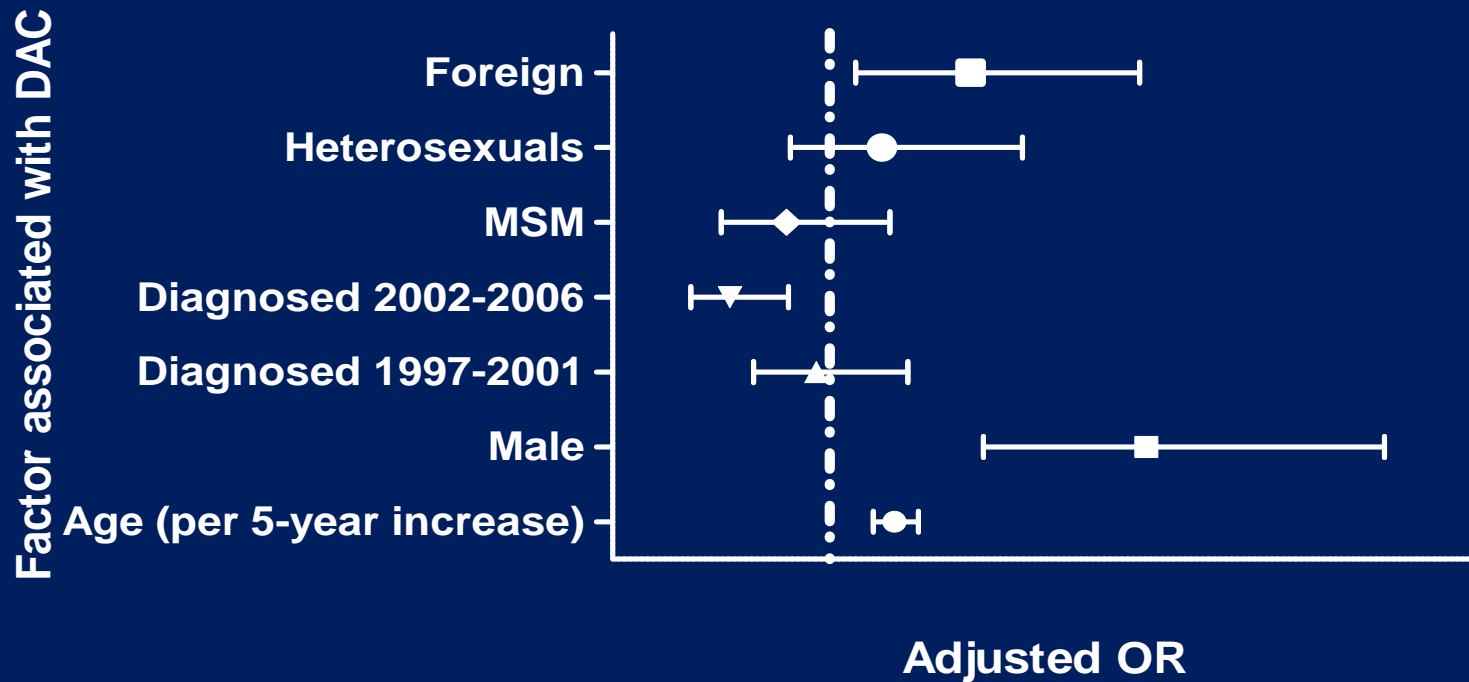
Not tested in the year prior to diagnosis



Of 76.4% patients who saw a GP

Facteurs de risque de la prise en charge tardive des patients VIH

844 newly diagnosed patients from Modena, Italy
between 1992 and 2006



VIH- cas prévalent: en France

■ Patients VIH	106 000 – 134 000
■ Patients VIH non dépistés	18 000 – 61 000

Rapport Conseil National du SIDA

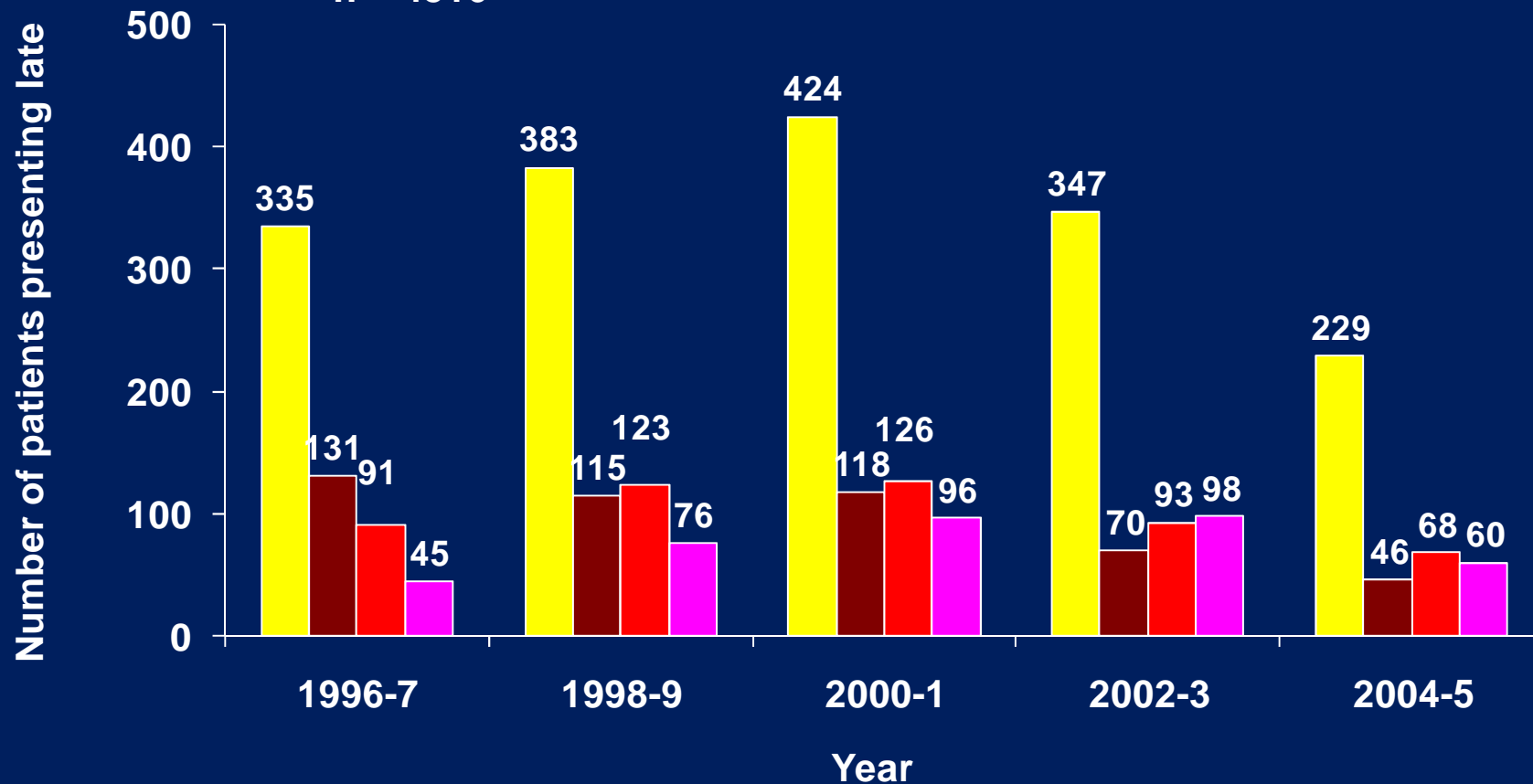
Facteurs de risque de la prise en charge tardive des patients VIH

Variable	All patients	Patients with DAC	%	OR	95% CI (OR)
Sex and sub-Saharan African migrant status					
Non-migrant women	4259	1242	29.2	1	
Migrant women	1317	466	35.4	1.48	(1.29–1.70)
Non-migrant men	12,167	4517	37.1	1.59	(1.45–1.73)
Migrant men	978	462	47.2	1.87	(1.62–2.17)
Age (years)					
< 30	4557	1005	22.1	1	
30–40	8215	2914	35.5	1.89	(1.74–2.06)
40–50	3833	1726	45.0	2.79	(2.53–3.07)
50–60	1479	710	48.0	3.05	(2.69–3.46)
>60	637	332	52.1	3.46	(2.91–4.12)
Transmission group					
MSM	5773	1750	30.3	1	
IDUs	2155	834	38.7	1.75	(1.56–1.95)
Heterosexuals	8382	3135	37.4	1.55	(1.42–1.69)
Other or unknown	2411	968	40.1	1.62	(1.46–1.80)

Prise en charge tardive des patients VIH

■ Total ■ MSM ■ Heterosexual men ■ Heterosexual women

n = 4516



Besoin de diversifier les offres de dépistage :

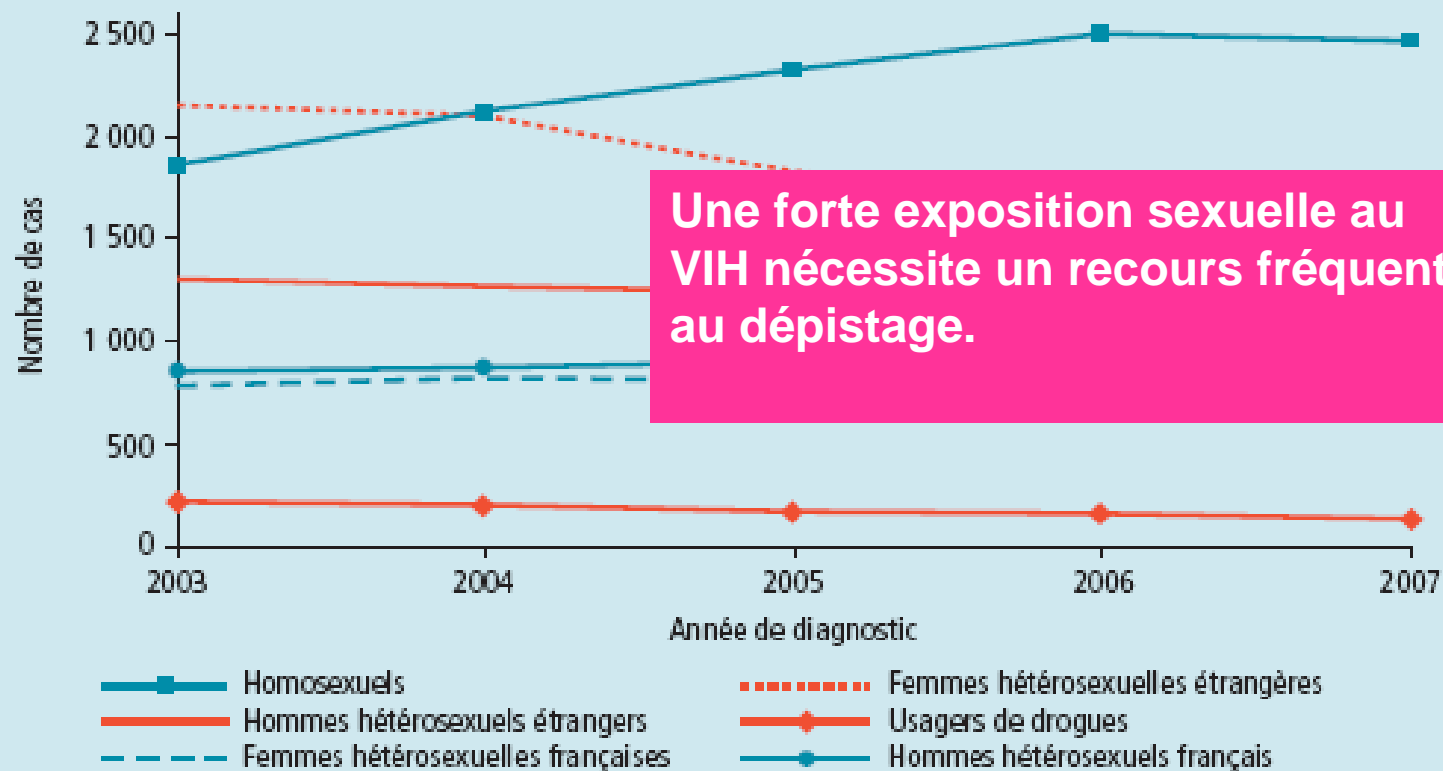
dépistage communautaire
visant les populations à risque

=

Ex: HSH, Migrants

Des avancées technologiques:
Tests rapides

Figure 4 Découvertes de sér opositivité VIH par mode de contamination, sexe, nationalité et année de diagnostic (France, données au 31/12/2007 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration)
Figure 4 HIV infections newly diagnosed by transmission group, sex, nationality and year of diagnosis (France, data reported by 31/12/2007 adjusted for reporting delays and underreporting)



NB : Les nombres de découvertes de séropositivité par mode de contamination ont été estimés en appliquant, au nombre total estimé de cas, la répartition des cas observés en enlevant ceux pour lesquels le mode de contamination était inconnu.

Proposition d'un dépistage du VIH alternatif pour les HSH

- Faciliter l'accès au dépistage du VIH
 - Atteindre les personnes qui n'ont pas recours au dépistage ou ne sont pas à l'aise dans les structures de dépistage conventionnelles
- Favoriser le dépistage répété dans le temps (ex. tous les 3 mois)
- Intégrer le dépistage dans une stratégie globale de réduction des risques d'exposition au VIH
 - Lever la discontinuité entre les actions de terrain et la démarche de dépistage

Proposition d'un dépistage non médicalisé

- Difficultés (réciproques) à aborder concrètement les pratiques et les comportements sexuels dans le cadre du dépistage médicalisé
- Recours au dépistage régulier & répété / une incompréhension (jugement) de la part des soignants
- Demande et besoin d'un dépistage par les pairs, adaptée à un accès facile au recours au dépistage

Permis par les tests de dépistage du VIH à résultat rapide

**Fréquence et facteurs de risque
de la prise en charge tardive des
patients infectés par le VIH suivis
à Bruxelles et dans le Nord
Pas-de-Calais**

Objectifs

- Déterminer la proportion la prise en charge tardive et
- Etudier et les facteurs de risque
 - « d’être dépisté tôt et d’avoir un recours tardif aux soins » ou
 - « d’avoir un diagnostic tardif ».

Matériels et méthodes

- **Schéma d'étude: Cohorte** des patients suivis à Bruxelles et dans les CH de la région Nord Pas-de-Calais (NPDC).
- **Population d'étude**
 - Patients adultes infectés par le VIH
 - Suivis : Bruxelles (St Luc) et dans le NPDC (Boulogne, Dunkerque, Lens, Tourcoing, Valenciennes)
 - Ayant consulté pour la première fois après le 1^{er} janvier 1997
 - Ayant été au moins vus une fois en consultation ou en hospitalisation après la visite initiale
- **Période:**
 - Inclusion: 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2007

Prise en charge tardive (PCT) : définitions

- PCT:CD4 $<200/\text{mm}^3$ et/ ou SIDA à l'inclusion
 - « dépistés tôt arrivés tard » : PCT avec délai entre diagnostic et début de suivi > 6 mois (PCT et > 6 mois)
 - « dépistés tard arrivés tard »: PCT avec délai entre diagnostic et début de suivi ≤ 6 mois (PCT et ≤ 6 mois)

Analyse statistique

- Analyse des facteurs de risque PCT selon le délai entre le diagnostic et début suivi
 - Modèle logistique multinomial
 - » Estimation OR entre dépistés tôt arrivés tard vs. arrivés tôt
 - » Estimation OR entre dépistés tard arrivés tard vs. arrivés tôt
- Interactions étudiées: pays et variables liées en multivariée

Caractéristiques socio-démographiques

Variables	NPDC	Bruxelles	p
Sexe			<0.0001
Masculin	860 (70.6)	338 (56.2)	
Féminin	358 (29.4)	263 (43.8)	
Age			0.07
<30	386 (31.7)	155 (25.8)	
30-39	438 (36.0)	240 (39.9)	
40- 49	248 (20.4)	127 (21.1)	
>= 50	146 (12.0)	79 (13.1)	
Origine Africaine			<0.0001
Oui	265 (21.8)	278 (46.3)	
Non	953 (78.2)	323 (53.7)	
Groupe de transmission			<0.0001
Homo/bisexuel	541 (44.9)	156 (28.3)	
Hétérosexuel	622 (51.7)	385 (69.9)	
Toxicomanie	41 (3.4)	10 (1.8)	
Période d'inclusion			<0.0001
1997-1999	337 (27.7)	124 (20.6)	
2000-2002	346 (28.4)	147 (24.5)	
2003-2007	535 (43.9)	330 (54.9)	
Décès			0.27
Oui	49 (4.0)	18 (3.0)	
Non	1169 (96.0)	583 (97.0)	

% PCT selon la définition de PCT et le pays

Définition ATS	Prévalence			p
	Total N= 1819	NPDC N=1218	Bruxelles N= 601	
CD4 < 50 ou Sida	323 (17.6%)	221 (18.1%)	102 (17.0%)	0.31
CD4 < 200 ou Sida	570 (31.3%)	373 (30.6%)	197 (32.8%)	0.18
CD4 < 350 ou Sida	957 (52.9%)	614 (50.4%)	343 (57.1%)	0.21

% dépistés tôt arrivés tard et dépistés tard en fonction de la définition et pays

	Total n/N (%)	NPDC n/N (%)	Bruxelles n/N (%)	p
Dépistés tard arrivés tard				
CD4 < 50 ou Sida	270/323 (83.6)	195/221 (88.2)	75/102 (73.5)	0.31
CD4 < 200 ou Sida	475/570 (83.3)	329/373 (88.2)	146/197 (74.1)	0.18
CD4 < 350 ou Sida	798/957 (83.4)	535/614 (87.1)	263/343 (76.7)	0.21
Dépistés tôt arrivés tard				
CD4 < 50 ou Sida	53/323 (16.4)	26/221 (11.8)	27/102 (26.5)	0.006
CD4 < 200 ou Sida	95/570 (16.7)	44/373 (11.8)	51/197 (25.9)	0.0003
CD4 < 350 ou Sida	159/957 (16.6)	79/614 (12.9)	80/343 (23.3)	0.0005

Facteurs de risque « d'être dépistés tôt et d'avoir un recours tardif » (*dépisté tôt arrivés tard*)

- **Age** comparés à âge < 30 ans:
 - âge 30-39 ans [OR= 3,3(1,7;6,4)]
 - âge 40-49 ans [OR= 5.4(2.7;11,0)]
- **Toxicomanie par voie intraveineuse**: comparés aux HSH:
3.0 [1.1;9.5] plus fréquent
- **Hétérosexualité** comparés aux HSH :
[OR= 1.9 (1.1;3.2)] plus fréquent
- **être inclus à Bruxelles** comparé au NPC:
[OR= 2.3 (1.5;3.7)]

Facteurs de risque « d'avoir un dépistage tardif »

- **Sexe et le statut d'immigré sub-saharien** comparés aux femmes non-migrant:
 - femmes migrantes [OR= 2.2(1.5;2.7)],
 - hommes migrants [OR= 2.2(2,0;4,0)], et
 - hommes non migrant [OR= 1.9(1.2;2.8)],
- **Age** comparés à âge < 30 ans; le risque augmente quand l'âge augmente
 - âge 30-39 ans [OR= 2.0(1.8;2.7)],
 - âge 40-49 ans [OR= 2.8(2.0;4.0)],
 - âge >= 50 ans [OR= 4.1(2.8;6.0)],
- **Hétérosexualité** comparés aux HSH;
[OR= 1.6(1.1;2.1)]

Conclusion

Accès tardif aux soins

- Fréquent en France et en Belgique: 1/3 des patients
- Dépistage tardif (majorité; 83%), pas la seule cause de PCT ⇒ 17% connaissaient longtemps leur séropositivité avant recours aux soins
- Facteurs différents
 - ⇒ Stratégies différentes afin d'améliorer l'accès précoce aux soins dans ces 2 groupes

Perspectives

Programmes différenciés:

- Dépistés tôt et avoir un recours tardif:
 - simplification des mesures administratives
 - mise à disposition d'interprètes
 - meilleure coordination entre centres
- Dépisté tard
 - proposition de dépistage par les médecins généralistes aux personnes de 15 à 70 ans
 - proposition ciblée et régulière du test de dépistage aux populations à risque