

Groupe Recueil Epidémiologique Lundi 12 septembre 2016

Présents : I. Arroyo, E. Bouvet, C. Burdet, C. Charpentier, A. Fournier, C. Godard, Z. Julia, R. Landman, E. Papot, A. Villemant, Y. Yazdanpanah

Par téléphone : M. Deschaud, M.A. Khuong, L. Blum

Ordre du jour :

1. Présentation des résultats préliminaires sur les perdus de vue (Anna Fournier)
2. Prévention du VIH chez les migrants (conditions de contamination, Prep...) (Charles Burdet)
3. Divers

Présentation des résultats préliminaires sur les perdus de vue (Anna Fournier).

Etude de l'incidence et des facteurs associés à la perte de vue des patients VIH+ dans deux Hôpitaux (Bichat Claude Bernard et l'Hôpital de Caen). Analyse de la File Active (FA) entre 2010 et 2016.

La présentation porte uniquement sur les patients de Bichat.

Selon la bibliographie, plusieurs études ont été faites sur les PDV, avec des définitions différentes de la perte de vue :

- Absence de bilan pendant 12 mois,
- Absence de consultation à l'hôpital pendant 1 an,
- Absence de consultation en Maladies Infectieuses pendant 1 an, etc ...

Pour Bichat, la perte de vue est définie par une absence de recours aux soins pendant 12 mois. Une vérification des PDV a été faite auprès des infectiologues, des médecins généralistes, mairies (recherche des décès).

Lorsqu'il y a un recours aux soins constaté durant la période analysée après 12 mois sans soins, la valeur de la charge virale a été analysée. Le patient a été considéré comme PDV si celle-ci était détectable (rupture de soin), mais considéré comme non PDV si celle-ci était indétectable.

214 patients (4%) ont été en rupture de suivi depuis plus de 18 mois (CV détectable lors du retour aux soins) et 428 patients (9%) sont des PDV définitifs depuis plus de 18 mois. Au total, 617 patients avec une rupture de soin de plus de 18 mois.

Plusieurs facteurs socio-démographiques sont ressortis de cette analyse : sexe masculin, pays de naissance France, mode de contamination UDIV puis hétérosexuel, pas de médecin généraliste (données vérifiées auprès du service des admissions lors des hospitalisations).

Aucun facteur de co-infection ne ressort.

Le fait d'avoir un SIDA avéré n'est pas un facteur de risque de perte de vue, contrairement au fait d'avoir un bon statut immuno-virologique et l'arrivée tardive dans le système de soin suite à la découverte du VIH.

Il faudra regarder : l'ancienneté de la prise en charge, les codes postaux d'habitation (différence selon les départements ?), le nombre de lignes de traitements, le nombre de recours, le délai entre les consultations, le nombre d'intervenants, les antécédents, et le bilan-immunovirologique.

Infection par le VIH chez les patients d'origine Maghrébine (Charles Burdet)

Etude uniquement sur Bichat, dont le but est de décrire les caractéristiques cliniques, démographiques et immunovirologiques des patients d'origine maghrébine (pays de naissance ou séjour >6 mois au Maroc, Algérie ou Tunisie). Comparaison avec les patients nés en France n'ayant jamais quitté le territoire. Appariement 2 témoins pour 1 cas, selon l'âge (+/- 5 ans) et le sexe. Résultats concernant les cas (285 patients) : 70% d'hommes, 15%

présentent un antécédent de tuberculose, pas de co-infection B ou C pour la majorité des cas. Mode de transmission hétérosexuel pour environ 50% des cas, 75% présentent un virus de sous-type B. Arrivée tardive dans le système de soin (la moitié ont des CD4<200 c/mm³ à l'arrivée) : environ 9 mois entre la découverte VIH et la 1^{ère} consultation. Actuellement, 96% ont des CD4 > 200, CV contrôlée pour 86%, 7% de PDV. Age médian est de 55 ans. Les patients témoins sont plus jeunes au diagnostic. Il y a plus de transmissions HSH chez les témoins. Les témoins ont souvent reçu plus de lignes de traitements. Les cas ont plus souvent des CD4<200 à l'arrivée dans le système de soin.

Il faudrait : regarder le nombre de CD4 et la CV à la 1^{ère} visite, la durée d'indéfectibilité, la virémie cp/année (disponible en virologie d'après C.Charpentier), la déclaration d'un médecin traitant et l'année de prise en charge. Il faudrait également faire cette même étude à l'Hôpital Beaujon.

Divers

- Etude de la prévention de l'infection par le VIH chez les migrants. Doit-on leur proposer la Prep ? Il faudrait définir le profil de contamination des migrants ayant eu une contamination récente, afin de pouvoir proposer des actions. Faut-il faire une étude descriptive ? Une comparaison ? Une enquête auprès des patients ? Ceci pourrait être un sujet de thèse médicale ou sciences sociales.
- Acceptabilité des auto-prélèvements HPV chez les femmes VIH dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'un projet de thèse proposé par la commission Femme de la COREVIH IDF Nord. L'étude n'a pas encore commencé et serait proposée sur le territoire de la COREVIH. Il y aurait un questionnaire médecin et patient. L'auto-prélèvement serait réalisé sur place (collecté et analysé à Bichat). Il faudrait 150 patients.

Problème : cet autotest est cher et non remboursé : une demande va être faite auprès du fabricant pour le financement. Autre problème logistique : il n'y a qu'une seule toilette au SMIT de Bichat.

Prochaine réunion le 17 octobre à 11h.