

PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET SUIVIES À L'HÔPITAL EN 2012

// CARE PATHWAYS OF PEOPLE LIVING WITH HIV AND FOLLOWED UP IN HOSPITAL IN 2012

Christine Jacomet¹ (cjacomet@chu-clermontferrand.fr), Louis Cormerais¹, Fleur Peyrol^{1,2}, Marguerite Guiguet³, Anne Simon⁴, Pauline Berland¹, David Rey⁵, Cédric Arvieux⁶, Pascal Pugliese⁷, Laurent Gerbaud^{1,2}

¹ CHU Clermont-Ferrand, France

² EA 4681, Peprade, CHU Clermont-Ferrand, France

³ Inserm U943, Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris, France

⁴ CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁵ CHU Strasbourg, France

⁶ CHU Rennes, France

⁷ CHU Nice, France

Soumis le 02.01.2014 // Date of submission: 01.02.2014

Résumé // Abstract

Objectifs – Les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont fait l'objet d'une enquête nationale (Vespa2). De façon complémentaire, nous avons voulu décrire les recours à l'offre de soins des PVVIH.

Patients et méthodes – Enquête transversale multicentrique portant sur les PVVIH ayant consulté un jour donné d'octobre 2012 dans 59 services hospitaliers (appartenant à 21 Corevih).

Résultats – Au total, 653 PVVIH ont participé à l'enquête (âge médian 48 ans, 32% de femmes, 58% en situation de précarité). La durée médiane de suivi était de 12 ans (IQR:[5-19]), 86% étaient sous traitement antirétroviral depuis plus d'un an dont 59% avaient des CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$ et 83% une charge virale < 50 copies/ml. La fréquence de la surveillance hospitalière était tous les 3 à 4 mois pour 58%, plus rapprochée pour 11%, plus espacée pour 32%. Au cours des six derniers mois, le nombre moyen de consultations médicales a été de 3,8 ($\pm 4,2$) et 64% des patients ont consulté un médecin généraliste ou un spécialiste de ville. Depuis leur diagnostic VIH, 13% des patients ont été confrontés à un refus de soin. La séropositivité n'a pas été dévoilée à 20% des spécialistes de ville consultés récemment.

Conclusion – Cette enquête confirme tout l'intérêt d'une bonne coordination des soins entre médecine de ville et hôpital. La précarité des PVVIH doit être prise en compte ainsi que leur difficulté à annoncer leur séropositivité aux soignants.

Objectives – Living conditions of people living with HIV (PLWH) have been documented in a national survey (VESPA2). In addition, we wanted to describe the use of care by PLWH.

Patients and methods – Multicenter cross-sectional survey on PLWH who consulted HIV specialists on a chosen day of October 2012 in 59 hospitals (21 COREVIH).

Results – A total of 653 PLWH participated to the survey (median age 48 years old, 32% were women, 58% lived in precarious situations). The median duration of follow up was 12 years (IQR: [5-19]), 86% were on antiretroviral therapy for more than one year, of whom 59% had CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$ and 83% an HIV RNA (viral load) < 50 copies/ml. The frequency of hospital surveillance was 3-4 months for 58% of the patients, shorter for 11% of them and longer for 32%. Over the past six months, the average number of physician visits was 3.8 (SD 4.2) of whom 64% consulted their GP or city specialists. Since their diagnosis, 13% of patients have been confronted to denial of care. HIV seropositivity has not been communicated to 20% of city specialists seen recently.

Conclusion – This study emphasizes the importance of care coordination. The social insecurity PLWH are facing as well as their difficulty to disclose their seropositivity to caregivers must be taken into account.

Mots-clés : VIH, Parcours de soins

// **Keywords**: HIV, Care pathways

Introduction

Les objectifs du plan VIH-sida 2010-2014 et des Recommandations du groupe d'experts 2013 sont d'améliorer la qualité et la globalité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), en tenant compte de l'évolution du profil de la maladie

et des comorbidités associées, ainsi que des spécificités socioéconomiques des populations concernées^{1,2}.

L'enquête Vespa2 a récemment apporté des informations sur l'état de santé et les conditions de vie des PVVIH³. De façon complémentaire,

nous avons voulu décrire les parcours de soin des PVVIH prises en charge par les équipes hospitalières en France en 2012.

L'objectif principal a été de décrire, chez les PVVIH, quels étaient en 2012 les recours aux offres de soins hospitalière et libérale, que ce soit pour le suivi de leur infection VIH ou non. Les objectifs secondaires ont été de définir le profil de ceux qui consultent en ville, d'en rechercher les conséquences sur leur parcours de soins et d'étudier les caractéristiques de ceux qui ne dévoilent pas leur séropositivité à tous les soignants.

Patients et méthodes

Recueil des données

Nous avons réalisé une enquête transversale multicentrique « un jour donné » portant sur l'ensemble des PVVIH présentes le jour d'activité maximale dans la semaine du 15 au 19 octobre 2012 au sein de Centres hospitaliers universitaires (CHU) et de Centres hospitaliers généraux (CHG). Le recrutement des services a été fondé sur le volontariat *via* les coordinateurs des Comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih).

Étaient éligibles les PVVIH âgées de 18 ans ou plus, parlant le français, ayant connaissance de leur séropositivité depuis plus de six mois, et étaient incluses celles ayant donné leur accord et pour lesquelles un technicien d'étude clinique (TEC) était disponible.

L'enquête comportait quatre questionnaires, dont une fiche d'inclusion remplie par le médecin pour toutes les PVVIH éligibles renseignant le sexe, l'âge, la durée du déplacement domicile-hôpital, le type de médecin référent déclaré à la sécurité sociale, le stade de l'infection VIH et les données biologiques les plus récentes. Pour les personnes incluses, un 2^e questionnaire était renseigné à partir du dossier médical et rapportait l'ancienneté du VIH et le mode probable de contamination, ainsi que la présence de pathologies chroniques actives. Le 3^e questionnaire, renseigné par le TEC au cours d'un entretien, complétait les informations sur la situation sociodémographique, les recours aux soins, les examens complémentaires et les médicaments. Enfin, un auto-questionnaire permettait d'évaluer la satisfaction vis-à-vis des offres de soins, les modalités de recherche d'informations sur le VIH et les traitements. Il renseignait également sur l'état de forme physique au moyen d'une échelle de réponse allant de 0 (très fatigué) à 100 (en pleine forme) et intégrait le score Epices (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé), score individuel quantitatif calculé à partir de 11 questions binaires liées au mode de vie et à l'état de santé. Le score Epices varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum) ; est considérée en situation de précarité une personne présentant un score supérieur à 30,17⁴.

Le protocole a fait l'objet d'une déclaration au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine

de la santé (CCTIRS) et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Les données ont été saisies par le Service de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand.

Analyse statistique

Les données recueillies dans la fiche d'inclusion des PVVIH ayant participé à l'enquête ont été comparées à celles des PVVIH n'y ayant pas participé. Les questionnaires ont ensuite fait l'objet d'une analyse descriptive. Les résultats sont présentés en effectif et pourcentage pour les variables qualitatives, et en moyennes (et écarts-type associés) ou médianes (et intervalles interquartiles associés) pour les variables quantitatives. Le test du Chi² ou exact de Fisher a été utilisé pour comparer les proportions et les comparaisons de moyenne ont été effectuées au moyen du test de Student. Le risque d'erreur consentie a été fixé à 5%.

Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées afin de rechercher les facteurs associés au fait, pour un patient, de ne pas dévoiler sa séropositivité à un soignant et ceux associés à une prise en charge en ville. Les variables introduites dans les modèles ont été le sexe, l'âge, les variables cliniques et biologiques, et les variables pour lesquelles la valeur de p obtenue en analyse bivariée était inférieure à 0,20. La méthode *stepwise* (sélection pas à pas) a ensuite été appliquée. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratio (OR) et d'intervalle de confiance à 95% (IC95%) associé.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS[®] version 9.3.

Résultats

L'enquête a été réalisée au sein de 59 services appartenant à 21 Corevih ; 15 services avaient une file active de plus de 800 PVVIH, 31 une file active comprise entre 300 et 800 et 13 une file active inférieure à 300. Parmi les 876 PVVIH vues en consultation, 46 n'étaient pas éligibles (21 ne parlaient pas français, 21 connaissaient leur séropositivité depuis moins de six mois, 1 était mineure et 3 sans cause identifiée), et 653 (79%) ont participé à l'enquête. La cause principale de non inclusion était le refus de participation par manque de temps après la consultation (N=90). Les femmes ont moins souvent participé à l'enquête que les hommes (73% vs 82%, p=0,03).

Les personnes incluses étaient majoritairement des hommes (68%), nés en France (71%), vivant en milieu urbain (36%), en activité professionnelle (52%) et d'âge médian 48 ans (tableau 1). Parmi les PVVIH incluses, 58% présentaient un score Epices définissant leur précarité. La quasi-totalité des PVVIH avaient une couverture sociale en cours de validité, 17% n'avaient pas de mutuelle. Le médecin référent était le médecin généraliste pour 90% des PVVIH incluses.

L'infection VIH était connue depuis 12 ans en médiane (intervalle interquartile, IQR: [5-19]) ; le mode de contamination était des rapports hétérosexuels

Tableau 1

Caractéristiques démographiques et sociales des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital et ayant participé à l'enquête (N=656). France, 2012

		Effectif	%
Sexe^a	Hommes	441	68
Âge médian^a (IQR)		48 [40-54]	
Continent de naissance^a	Europe	503	77
	- dont France	464	71
	Afrique	131	20
	Amérique	10	2
	Asie	7	1
Mode de contamination^a	Hétérosexuel	282	44
	Homo-bisexuel	251	39
	Usager de drogue	57	9
	Accident sanguin	4	1
	Transfusé	11	2
	Transmission materno-fœtale	5	1
	Inconnu/autre	37	6
Lieu de vie^a (nombre d'habitants)	>250 000	202	31
	10 000-250 000	234	36
	2 000-10 000	104	16
	<2 000	108	17
Activité professionnelle^a	Temps plein	267	41
	Temps partiel	69	11
	Sans activité	162	25
	Minima sociaux	153	23
Précarité^b	Moyenne du score Epices	36,95 (±22,76)	
	Score Epices >30,17	361	58
Couverture sociale^b	Régime général	544	87
	CMU	73	12
	AME	6	1
	Aucune	5	1
Mutuelle^b	Privée	463	74
	Aucune	108	17
	CMUc	57	9
Médecin référent déclaré à la sécurité sociale^b	Médecin généraliste	563	90
	Spécialiste VIH	33	5
	Autre spécialiste	4	1
	Aucun	25	4

IQR : intervalle interquartile ; CMU : couverture maladie universelle ; CMUc : CMU complémentaire ; AME : aide médicale d'État.

^a Le sexe, l'âge, le continent de naissance, le mode de contamination, le lieu de vie et l'activité professionnelle sont inconnus pour 4, 3, 2, 6, 5 et 2 PVVIH respectivement.

^b Le score Epices, la couverture sociale, la mutuelle et le médecin référent déclaré à la sécurité sociale sont inconnus pour 30, 25, 25 et 28 PVVIH respectivement.

dans 44% des cas, homosexuels dans 39% des cas ; 21% des sujets étaient classés sida; 94% étaient sous traitement antirétroviral (ARV), 86% depuis plus d'un an pour une durée médiane de 10 ans (IQR: [5-16]) (tableau 2). La valeur médiane du nadir des CD4 était de 217/mm³, 59% avaient des CD4 au-dessus de 500/mm³ et 83% des personnes sous ARV avaient une charge virale indétectable (<50 copies/ml). Parmi ces patients, 56% n'avaient pas d'autre pathologie chronique, 15% étaient porteurs d'une hépatite virale B ou C, avec ou sans comorbidité associée, et 30% avaient au moins une autre pathologie chronique. La valeur médiane de l'état de forme physique perçue était de 70 (IQR: [50-90]).

La consultation médicale hospitalière était programmée pour 99% des PVVIH, correspondant à la surveillance habituelle pour 90% d'entre elles,

à une évolution de la maladie, une initiation ou un changement de traitement pour 7% et à une autre raison dans 3% des cas. La fréquence de la surveillance hospitalière était majoritairement de 3 à 4 mois (58%), plus rapprochée (1 à 2 mois) dans 11% des cas, plus espacée (5 à 6, voire jusqu'à 12 mois) dans 32% des cas (tableau 3). Des consultations d'éducation thérapeutique ont été proposées à 25% des PVVIH, mais acceptées par 16%, un tiers des refus étant motivés par des problèmes d'organisation. Un bilan annuel a été réalisé chez 56% des PVVIH, presque toujours à l'hôpital. Au cours de l'année précédente, 19% des PVVIH ont consulté un service d'urgence (taux identique chez les personnes ayant une charge virale <50 copies/ml) et 22% ont été hospitalisées une journée ou plus (18% plus d'un jour), pour une durée médiane de 4 jours (IQR: [2-10]). Au cours des 6 derniers mois, 74% des PVVIH suivies à l'hôpital

Tableau 2

Caractéristiques de l'infection à VIH et de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies à l'hôpital et ayant participé à l'enquête (N=653). France, 2012

		Effectif ou médiane [IQR]	%
Ancienneté du VIH^a (ans)		12 [5-19]	
Classification CDC^a	A	380	60
	B	119	19
	C	134	21
CD4/mm³ (tous les PVVIH)	Dernière valeur	548 [399-746]	
	Nadir	217 [100-329]	
Traitement ARV^b	En cours	614	94
	<i>dont <6 mois</i>	24	4
	<i><12 mois et >6 mois</i>	31	5
	<i>>12 mois</i>	550	91
Durée du traitement ARV^c (ans)		10 [5-16]	
Charge virale^b (copies/ml) (tous les PVVIH)	<50	518	80
	<500	592	91
Comorbidité (plusieurs comorbidités possibles chez un patient)	HBV/HCV seul ou avec autre pathologie chronique	97	15
	Pathologie chronique :	196	30
	<i>Cardiovasculaire</i>	78	12
	<i>HTA</i>	70	11
	<i>Diabète</i>	38	6
	<i>Cancer</i>	11	2
	<i>Insuffisance rénale sévère</i>	10	2
	<i>Autre</i>	93	14
Aucune pathologie chronique		360	55
État de forme perçue^a		70 [50-90]	

ARV : antirétroviral ; HTA : hypertension artérielle.

^a L'ancienneté du VIH, la classification CDC, la valeur du Nadir CD4 et l'état de forme perçue sont inconnus pour 27, 20, 30 et 37 PVVIH respectivement.

^b La dernière valeur CD4, le traitement ARV, la charge virale VIH sont inconnus pour 3, 1 et 2 PVVIH respectivement.

^c Données chez les PVVIH traitées depuis plus d'un an ; 44 données manquantes.

Tableau 3

Recours aux offres de soins et révélation de la séropositivité des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies à l'hôpital et ayant participé à l'enquête (N=653). France, 2012

		Effectifs	%	Pourcentage de PVVIH pour qui le soignant connaissait la séropositivité
Fréquence de la surveillance hospitalière du VIH^a	1-2 mois	55	11	
	3-4 mois	300	58	
	5-12 mois	164	32	
Consultation d'éducation thérapeutique^b	Proposition	157	25	
	Réalisation	102	16	
Dans la dernière année	Réalisation d'un bilan annuel ^b	353	56	
	Consultation aux urgences ^b	127	19	
	Hospitalisation plus d'un jour ^b	111	18	
Dans les 6 derniers mois	Consultation de médecins			
	Généraliste	390	60	96
	Spécialiste hospitalier	204	31	100
	Spécialiste de ville	114	17	81
	Consultation d'autres soignants			
	Dentiste	210	32	67
	Kinésithérapeute / ostéopathe	82	13	48
	Psychologue	82	13	89
Infirmier	58	9	71	
Homéopathe, acupuncteur...	30	5	70	

^a Fréquence de surveillance connue chez 519 PVVIH parmi les 587 incluses lors de leur surveillance habituelle.

^b La consultation d'éducation thérapeutique, la réalisation d'un bilan annuel, la consultation aux urgences, l'hospitalisation plus d'un jour sont inconnus pour 17, 20, 1 et 25 PVVIH respectivement.

ont également consulté un autre médecin (généraliste, spécialiste hospitalier, spécialiste de ville) pour un nombre moyen de 3,8 consultations (\pm 4,2)

et 54% des patients ont eu recours au moins une fois à d'autres soignants. Au cours de leur suivi, 82 PVVIH (13%) ont été confrontées à un refus

de soins à l'annonce de leur séropositivité, principalement par des dentistes et, dans la grande majorité des cas, il y a plus d'un an ; seules 12 PVVIH (2%) y ont été confrontées au cours de l'année précédente. Mais lors des consultations récentes, si 96% des patients ont révélé leur séropositivité à leur médecin généraliste, cela n'a pas toujours été le cas, en particulier à 20% des spécialistes de ville, 33% des dentistes et 53% des kinésithérapeutes. Les patients « non-annonceurs » – n'ayant pas dévoilé leur infection à au moins un soignant consulté récemment (N=135) vs les autres (N=359) – sont ceux qui travaillaient ($p=0,0122$), avaient une infection moins avancée ($p=0,0289$) et une absence de comorbidité ($p=0,0166$). En analyse multivariée, il n'y avait pas de caractéristiques particulières des « non-annonceurs ». Un report des soins pour raisons financières a été rapporté par 24% des PVVIH. Il concernait les soins dentaires dans 68% des cas.

Au total, 64% des PVVIH interrogées ont consulté récemment en ville un médecin généraliste et/ou spécialiste (tableau 4). L'étude des facteurs associés à un recours en ville montrait un recours plus fréquent des femmes (OR: 1,6 [1,03-2,5]) et des personnes affiliées à une mutuelle complémentaire autre que la CMUc (OR: 2,20 [1,33-3,64]). Un plus grand recours aux soins de ville n'était pas associé à un rythme de suivi hospitalier particulier, mais l'était à la consultation d'un service d'urgence (OR: 2,03 [1,19-3,44]).

Dans les 30 jours qui précédaient leur consultation, 20% des PVVIH avaient réalisé un examen radiologique et 66% un bilan biologique, prélevé exclusivement à l'hôpital ou en laboratoire de ville pour respectivement 72% et 14% d'entre elles ; quel que soit le lieu, leur choix reposait sur un critère de simplicité d'accès. Pour 54%, la dispensation des ARV était effectuée exclusivement en officine de ville, principalement pour des raisons de simplicité, et pour 33% exclusivement en pharmacie hospitalière, principalement pour discrétion. L'approvisionnement en officine de ville se faisait dans leur pharmacie habituelle. Des problèmes d'approvisionnement ont été rapportés par 26% des PVVIH se faisant délivrer leur ARV en ville et par 12% de celles se les procurant à l'hôpital, ceci ayant conduit à des interruptions de traitement chez 3% d'entre elles.

Discussion

L'offre de soins concernant l'infection VIH est considérée aujourd'hui hospitalo-centrée, c'est pourquoi, comme pour l'enquête Vespa2, l'enquête « parcours de soins » s'est déroulée dans les services hospitaliers, et ses résultats peuvent s'appliquer à la population VIH+ en France³. Il faut cependant rappeler que, logiquement, certaines PVVIH échappent aux enquêtes hospitalières : les personnes diagnostiquées récemment, les personnes VIH+ non diagnostiquées, celles diagnostiquées mais non suivies et celles exclusivement suivies en ville, dont le nombre augmente et devrait continuer d'augmenter.

Bien que le recrutement se soit effectué sur le volontariat des centres et que les personnes non francophones aient été exclues – mais elles étaient très peu nombreuses – la population étudiée approche la représentativité de la population infectée par le VIH en France. Les caractéristiques démographiques et médicales en particulier, les proportions de personnes traitées et la réponse immunologique et virologique au traitement sont sensiblement identiques à celles décrites par la FHDH (Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH) et estimées par l'enquête Vespa2^{3,5}. Elles permettent de valider les parcours de soins relatés ici, et ce probablement parce que cette enquête a été particulièrement bien acceptée (taux de participation de 79%).

Ainsi, les caractéristiques démographiques, sociales et médicales jusque-là connues, comme l'état immunovirologique très satisfaisant de plus de la moitié des PVVIH, sont à nouveau précisées, et notamment les lieux de vie et le fort pourcentage de PVVIH en situation de précarité⁶. En effet, en population générale en France, la moyenne du score Epices est évaluée à 26,8 ($\pm 22,9$) chez les hommes et 28,7 ($\pm 22,9$) chez les femmes, alors que dans la population de cette étude, elle est de 37,0 ($\pm 22,8$)⁴.

Le Rapport des experts⁷ recommandait, en 2012, un rythme de surveillance tous les 3 à 6 mois dès la stabilisation de la réponse virologique, avec une adaptation si nécessaire. Notre étude montre une individualisation du rythme de surveillance, avec le plus souvent une fréquence de visite tous 3-4 mois, mais une fréquence plus rapprochée pour 11% des PVVIH et plus espacée (5-6, voire 12 mois) pour 32%. Le taux de consultations en urgence (19%), et ce taux est identique chez les PVVIH ayant une charge virale contrôlée, est comparable à celui de la population générale (20%)⁸. Le taux d'hospitalisation complète dans l'année (18%) est proche de celui estimé à dans l'enquête Vespa2 (24%)³. En revanche, le nombre moyen de consultations médicales de 3,8 ($\pm 4,2$) au cours des 6 derniers mois est un résultat original de cette enquête. Les PVVIH ayant consulté en ville leur médecin généraliste ou spécialiste sont plus souvent des femmes, qui consultent plus fréquemment aux urgences et font appel à un large éventail de services, avec un parcours de soin dense, comme cela est décrit dans d'autres enquêtes⁸.

Les refus de soins persistent en 2012, mais à faible taux, les patients ne contactant peut-être plus les soignants réticents à les prendre en charge. Le silence sur l'infection VIH vis-à-vis des soignants reste encore important mais, cependant, aucun facteur n'est clairement associé à l'annonce/non annonce, y compris les refus de soins antérieurs. Les soignants doivent donc toujours ouvrir la discussion à ce sujet puisque l'infection VIH module la prévention primaire et le rythme de suivi des comorbidités.

Les soucis financiers engendrent un moindre recours aux soins pour près d'un quart des patients, alors que les dernières données concernant la population générale ne faisaient état d'un frein à l'accès

Tableau 4

Facteurs associés à la déclaration d'au moins une consultation de ville (médecin généraliste, spécialiste de ville) dans les 6 derniers mois pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies à l'hôpital et ayant participé à l'enquête (N=653). France, 2012

		Analyse univariée			Analyse multivariée	
		Consultations de ville (n=419) % ou moyenne (±écart-type)	Absence de consultations de ville (n=234) % ou moyenne (±écart-type)	p-value	OR [IC95%]	p-value
						0,0005
Catégorie de centre	Gros centre	36	35	0,4274		
	Moyen centre	53	56			
	Petit centre	12	9			
Sexe	Homme	67	71	0,3083	0,62 [0,40-0,97]	1
	Femme	33	29			
Âge		47,36 (±11,93)	47,89 (±10,30)	0,5556		
Lieu de vie	Grande agglomération	29	35	0,2818		
	Urbain	36	37			
	Semi-urbain	18	13			
	Rural	18	15			
Activité professionnelle	Travail	51	53	0,7279		
	Sans activité	26	23			
	Minima sociaux	23	24			
Score Epices		36,08 (±22,70)	38,52 (±22,84)	0,1995		
Ancienneté VIH		12,06 (±8,26)	12,97 (±8,36)	0,1899		
Traitement antirétroviral en cours	Non	7	4	0,2937		
	Oui - ≤12 mois	9	7			
	Oui - >12 mois	84	88			
Stade CDC	Catégorie A	62	57	0,2539		
	Catégorie B	17	22			
	Catégorie C	21	21			
Dernière valeur CD4 (/mm ³)	<350	16	20	0,3528		
	350-500	23	24			
	<500	61	56			
Nadir (CD4/mm ³)	<200	43	43	0,9981		
Dernière charge virale	DéTECTABLE	21	21	0,8198		
	IndéTECTABLE <6 mois	8	6			
	IndéTECTABLE ≥6 mois	71	72			
CD4>500/mm ³ et charge virale <50 copies par ml	Oui	52	48	0,3236		
Comorbidité	HBV/HCV	13	18	0,0010		
	Pathologie chronique	35	21			
	Sans pathologie chronique	52	60			
Fréquence de la surveillance	1 ou 2 mois	10	12	0,7768		
	3 ou 4 mois	58	58			
	5, 6 ou 12 mois	32	30			
Participation à des consultations d'éducation thérapeutique	Oui	17	15	0,6122		
Bilan annuel	Oui	53	60	0,0915		
Consultation dans un service d'urgence	Oui	23	12	0,0006	2,03 [1,19-3,44]	1
	Non	77	88			
Hospitalisation ≥1jour	Oui	20	13	0,0154		
Concerné par une ALD	Oui	88	89	0,8268		
Mutuelle complémentaire	Non	14	24	0,0046	1,54 [0,68-3,50]	2,20 [1,33-3,64]
	CMUc	9	9			
	Autre mutuelle	77	68			

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; ALD : affection de longue durée ; CMUc : couverture maladie universelle complémentaire.

aux soins que pour 15% de la population française⁸. Cet écart est probablement à mettre en lien avec l'important pourcentage (58%) de PVVIH en situation de précarité et le fait que 17% ne sont pas affiliées à une mutuelle complémentaire.

Si les bilans restent majoritairement effectués à l'hôpital, la dispensation des traitements a lieu aujourd'hui largement en ville, en complémentarité avec l'hôpital. Seulement un tiers des patients viennent tous les mois à l'hôpital chercher leurs ARV, ce qui constitue un tournant radical par rapport aux dernières données sur ce sujet⁹.

En conclusion, dans le but de prendre en charge de façon optimale les PPVIH en maintenant un bon contrôle immunovirologique, et tout en prenant en compte la prévention primaire et (ou) secondaire des comorbidités, une coordination entre suivi hospitalier et suivi en ville, recentrée sur le médecin généraliste et valorisée, devrait pouvoir être encore améliorée, ne serait-ce que pour aider les PVVIH à annoncer leur séropositivité aux autres soignants, elles qui se sont déjà ouverts largement aux pharmaciens. Cette prise en charge globale, avec une ouverture au-delà du VIH, nécessite en effet une coordination efficiente et sans redondance, en tenant compte des conséquences cliniques de l'infection mais aussi de la forte précarité des PVVIH. ■

Remerciements

À : N. Decaux, J.L. Schmit (Amiens), S. Rehaiem, P. Fialaire (Angers), J. Gerbe, P. Genet, V. Masse (Argenteuil), V. Favret, J.L. Delassus (Aulnay-sous-Bois), C. Roche, A. Foltzer (Besançon), P. Honore, O. Bouchaud (Bobigny), M. Coupard, C. Michaud (Bondy), E. Reimann, E. Rouveix (Boulogne-Billancourt), J.C. Duthé, L. de Saint Martin (Brest), S. Dydymski, H. Laurichesse (Clermont-Ferrand), F. Zeng, E. Mortier (Colombes), L. Richier (Créteil), S. Gothier, M. Buisson (Dijon), P. Choisy, F. Bonnevie (Dunkerque), C. Baringthon, A. Cabié (Fort-de-France, Martinique), H. Berthe, P. de Truchis (Garches), V. Favret, D. Troisvallets (Gonesse), S. Tassi, E. Froguel (Lagny-sur-Marne), H. Durand, P. Perre (La Roche-sur-Yon), P. Camps, E. Brottier Mancini (La Rochelle), M. Ruquet, A. Greder Belan (Le Chesnay), P. Choisy, N. Vangrunderbeeck (Lens), E. Garcia, A. Boibieux (Lyon Croix-Rousse), N. Benmakhlouf, A. Boibieux (Lyon Edouard Herriot), J.L. Ecobichon, F. Granier (Mantes-la-Jolie), A. Ivanova, I. Poizot-Martin (Marseille), V. Gregoire (Meaux), T. Akpan (Meulan), MA. Bucher, B. Christian (Metz), C. Crisol, J. Reynes (Montpellier), M. Benomar, G. Beck Wirth (Mulhouse), V. Daneluzzi (Nanterre), H. Hue, E. Billaud (Nantes), R. Doncesco, A. Sotto (Nîmes), MP. Pietri, D. Salmon (Paris Cochin), I. Turpault, W. Rozenbaum (Paris Saint-Louis), C. Lupin, A. Simon (Paris Salpêtrière), J.L. Ecobichon, H. Masson (Poissy-Saint-Germain), M. Mallet, M. Medus (Perpignan), D. Plainchamp, G. Lemoal (Poitiers), J.C. Duthé (Quimper), J. Rohan, C. Arvieux (Rennes), C. Beuscart (Saint-Brieuc), V. Ronat, A. Frésard (Saint-Etienne), MC. Duronea, P. Poubeau (Saint-Pierre, La Réunion), A. Germane, C. Gaud

(Saint-Denis, La Réunion), T. Pasdeloup (Saintes), D. Bornarel, D. Zuckman (Suresnes), P. Fischer, D. Rey (Strasbourg), MA. Bucher, P. Muller (Thionville), P. Choisy, A. Cheret (Tourcoing), G. Fajole (Tours), E. Racamier, B. Ponceau (Valence), P. Choisy, C. Fontier (Valenciennes), M. Delestan, A. Briault (Vandœuvre-lès-Nancy).

Références

- [1] Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- [2] Morlat P (Dir.). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2013. 476 p. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-vivant-avec-le-vih.html>
- [3] Dray-Spira R, d'Almeida KW, Aubrière C, Marcellin F, Spire B, Lert F et le groupe Vespa2. État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(26-27):285-92. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11584
- [4] Moulin JJ, Labbe E, Sass C, Chatain, Gerbaud L. Précarité et facteurs de risque: le score EPICES. *Rev Francoph Psycho-Oncologie.* 2006;(2):115-21.
- [5] Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH – ANRS CO4). Retour d'Informations clinico-épidémiologiques (RICE). Février 2013. http://www.ccde.fr/_fold/fl-1364308704-649.pdf
- [6] Dray-Spira R, Legeai C, Le Den M, Boué F, Lascoux-Combe C, Simon A, *et al.* Burden of HIV disease and comorbidities on the chances of maintaining employment in the era of sustained combined antiretroviral therapies use. *AIDS.* 2012;26(2):207-15.
- [7] Yéni P (Dir.). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010. 417 p. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pratrick-yeni.html>
- [8] L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2011. 342 p. <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>
- [9] de la Tribonnière X, de Grieck P, Baclet V, Dubreuil L, Alfandari S, Yazdanpanah Y, *et al.* Double dispensation des antirétroviraux en ville : bilan à un an dans l'agglomération lilloise. *Santé Publique.* 2001;13(2):151-60.

Citer cet article

Jacomet C, Cormerais L, Peyrol F, Guiguet M, Simon A, Berland, *et al.* Parcours de soins des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en 2012. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(24-25):422-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/24-25/2014_24-25_3.html