

# Retard aux soins et « perdus de vue »

**Si le retard aux soins dépend largement du retard au dépistage, il est aussi tributaire de l'entrée et du maintien dans une démarche de soins. À ce titre, des efforts restent à fournir afin de promouvoir une prise en charge optimale.**

Le traitement universel des personnes vivant avec le VIH est un mot d'ordre qui gagne en puissance. En témoignent l'intitulé de certaines stratégies, comme « Universal test and treat » (« Dépistage et traitement universel ») ou encore « Seek, test, treat, and retain » (« Rechercher, dépister, traiter et retenir »), et la révision de certaines politiques nationales. Un double effet est escompté : une moindre morbidité/mortalité des personnes atteintes et la réduction de la transmission du virus du fait de l'effet préventif des traitements. Un même marqueur est prédictif de cet effet : la réduction de la charge virale. Trois étapes dans le parcours de soins font ainsi l'objet d'une attention particulière : l'accès à une prise en charge après le diagnostic, l'initiation d'un traitement et le maintien dans une démarche de soins.

Ces trois étapes se retrouvent dans la « cascade » (voir graphique ci-contre) élaborée par Virginie Supervie et Dominique Costagliola, de l'Inserm et de l'université Pierre-et-Marie-Curie, qui présente le déclin successif, en France, entre le nombre de personnes infectées par le VIH, celui des personnes diagnostiquées, celui des personnes prises en charge, celui des personnes sous traitement antirétroviral et, enfin, celui des personnes en situation de succès thérapeutique (charge virale inférieure à 50 copies/ml de sang).

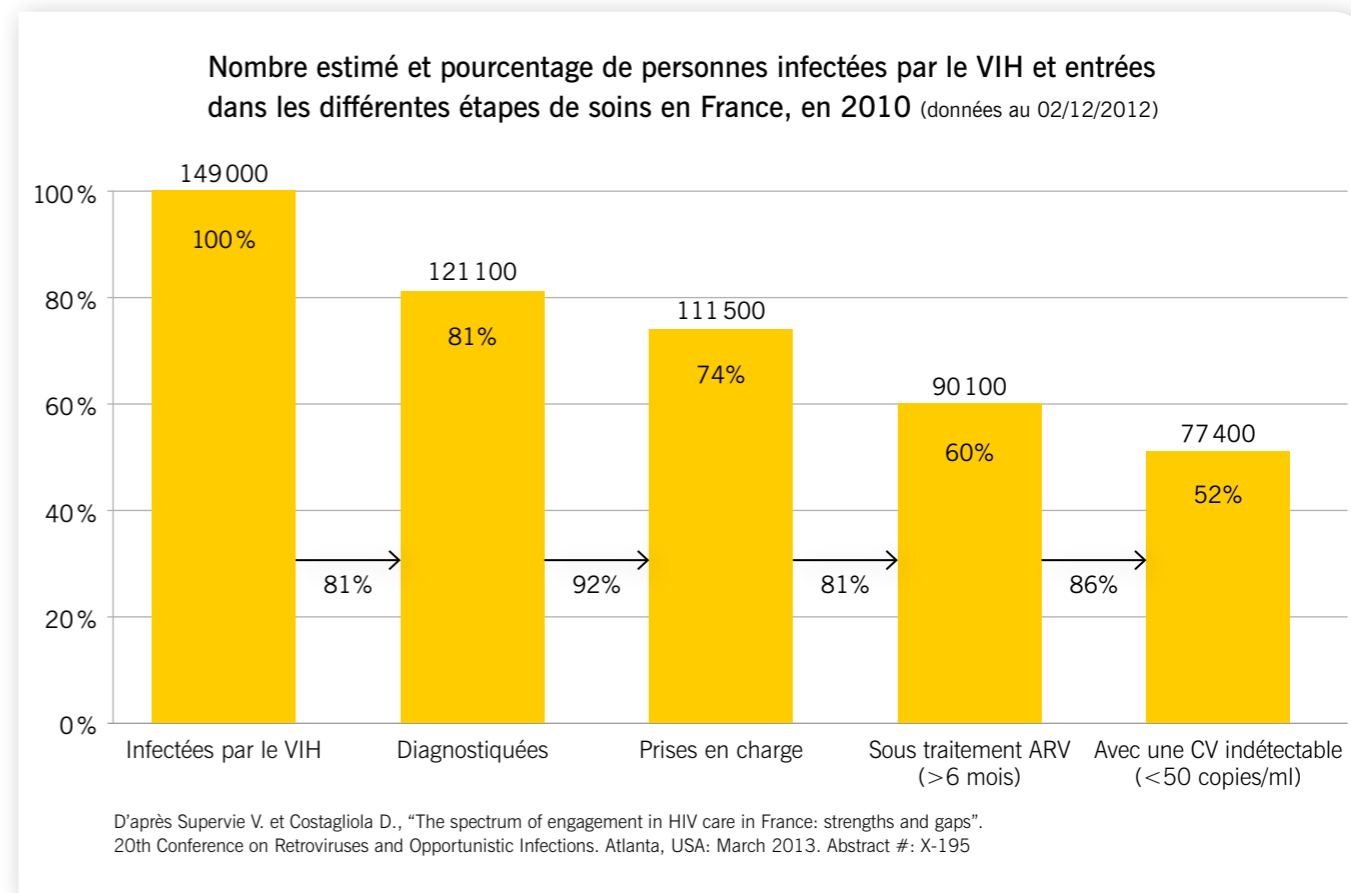
**Le recours à une prise en charge.** En France, environ 10 000 personnes connaissant leur séropositivité ne sont pas prises en charge et plus d'un quart des personnes nouvellement diagnostiquées consultent plus de trois mois après l'annonce de leur séropositivité. Le délai entre diagnostic et prise en charge est toutefois en baisse constante au cours de l'épidémie<sup>1</sup> : entre 1982-1989, plus de 30 % des personnes ne consultaient pas dans les six mois suivant le diagnostic, de 1990 à 1996, moins de 12 % des personnes se trouvaient dans cette situation et de 1997 à 2003, ce taux est passé à 3,5 %. Une tendance qui devrait être confirmée par les résultats de la dernière enquête ANRS-Vespa.

**L'initiation d'un traitement, entre recommandations et pratique.** Aux États-Unis, l'initiation d'un traitement est désormais

recommandée quel que soit le nombre de CD4 au moment du diagnostic<sup>2</sup>. En France, cette question pourrait être à l'ordre du jour des prochains travaux du groupe d'experts dirigés par le Pr Morlat sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. À ce jour, leurs dernières recommandations<sup>3</sup> préconisent le traitement des personnes dont le nombre de CD4 est inférieur à 500/mm<sup>3</sup> de sang. Pour les autres, le traitement est recommandé dans certaines situations : une très forte charge virale plasmatique, une baisse rapide des CD4, une coinfection VHC ou VHB, un âge supérieur à 50 ans, des facteurs de risque cardio-vasculaire ou encore le souhait de la personne d'initier un traitement à visée de prévention de la transmission du virus. Ces recommandations sont déjà, en 2010, plus favorables à l'extension du traitement que les stratégies européennes de 2011<sup>4</sup>.

Pour autant, sur la période 2005-2010, le nombre médian de CD4 des personnes à l'initiation d'un traitement est de 257<sup>5</sup> (il n'est par ailleurs que de 359 à la découverte de séropositivité). Et, en 2010, seulement 30 % des personnes découvrent leur séropositivité quand leur nombre de CD4 est supérieur à 500/mm<sup>3</sup>, c'est-à-dire à un stade où le traitement de l'infection n'est pas – encore – recommandé, sauf à visée prophylactique ; 40 % à un stade intermédiaire – nombre de CD4 compris entre 200 et 500 – et un dernier tiers à un stade où le système immunitaire est déjà largement dégradé – nombre de CD4 inférieur à 200. Mais, ces dernières années, le délai entre découverte de séropositivité et mise sous traitement est également en constante diminution : il passe en effet de onze mois en 2005 à deux mois en 2010<sup>6</sup>.

**Rupture de soins et perdus de vue.** Enfin, le maintien dans un parcours de soins doit aussi faire l'objet d'attention. Être « perdu de vue » signifie généralement ne pas avoir consulté sur une période de plus de douze mois, en milieu hospitalier comme en ville. Cela peut concerner plus de 13 % des personnes suivies<sup>7</sup>. Ce pourcentage semble peu varier selon les régions, en métropole tout du moins. Il est en effet bien plus élevé en Guyane, où il peut atteindre plus de 30 %<sup>8</sup>. Les facteurs associés semblent stables et relativement attendus : la



migration, l'usage de drogues, mais aussi un âge plus jeune que la moyenne de personnes suivies (inférieur à 30 ans). L'impact des critères cliniques est inversé selon que ces derniers sont considérés à l'entrée dans les soins ou au cours de la prise en charge. En effet, les personnes dont le nombre de CD4 est élevé et la charge virale basse à l'entrée dans les soins sont plus susceptibles d'être perdues de vue. Mais celles dont le nombre de CD4 est bas et dont la charge virale est détectable au cours du suivi, malgré la prescription d'antirétroviraux, le sont également. En ce sens, une faible adhésion au traitement est également corrélée au risque d'être perdu de vue.

**Succès virologique.** In fine, la réduction de la charge virale sous le seuil des 50 copies/ml de sang est considérée comme le critère majeur du succès d'une prise en charge. Et, au-dessous du seuil de 1 000 copies, l'effet préventif du traitement est parfois reconnu<sup>9</sup>. Mais, que l'on considère les données à l'échelle nationale comme celles issues d'enquêtes de portée plus restreinte, seules un peu plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH en France ont une charge virale contrôlée. D'importants efforts ont été déployés ces dernières années en matière de dépistage, visant à réduire le nombre de personnes séropositives ignorant leur statut. Il est en effet évident que le retard au dépistage est le premier obstacle à la prise en charge. Mais s'il est nécessaire de combler ce retard,

on ne doit pas omettre de prendre en compte les moments de la prise en charge lors desquels des ruptures peuvent advenir, que ce soit après dépistage et avant suivi médical, comme au cours du suivi, du fait de l'absence de proposition ou d'adhésion à l'initiation puis à la poursuite, sur la longue durée, du traitement. Le Dr Lise Cuzin, pour le groupe Dat'Aids de France, formule ainsi cette exigence : « Nous avons besoin de stratégies innovantes en matière de dépistage, mais nous devons encore renforcer la prise en charge globale<sup>10</sup>. » ●

<sup>1</sup> Suzan-Monti M. et al., "Reduced delays in time to first HIV consultation after diagnosis in France in the antiretroviral therapy era: the possible role of a free care system", *HIV Medicine*, 2011.  
<sup>2</sup> <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>  
<sup>3</sup> [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_2010\\_sur\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_medicale\\_des\\_personnes\\_infectees\\_par\\_le\\_VIH\\_sous\\_la\\_direction\\_du\\_Pr\\_Patrick\\_Yeni.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf)  
<sup>4</sup> [www.europeanaidscouncil.org/Guidelines/](http://www.europeanaidscouncil.org/Guidelines/)  
<sup>5</sup> Cuzin L. et al., "How long Do Physicians Wait to Start Antiretroviral Treatment in Newly Diagnosed HIV-Infected Patients?", *HIV Clin Trials*, 2011.  
<sup>6</sup> *Idem*.  
<sup>7</sup> Ndiaye B. et al., "Incidence rate and risk factors for loss to follow-up in HIV-infected patients from five French clinical centres in Northern France – January 1997 to December 2006", *International Medical Press*, 2009.  
<sup>8</sup> Nacher M. et al., "Risk Factors for Follow-up Interruption of HIV Patients in French Guiana", *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 2006.  
<sup>9</sup> Cuzin L. et al., "Can the 'seek, test, treat and retain' strategy be effective in France?", *JAIDS* 2013, sous presse.  
<sup>10</sup> *Idem*.