

Diagnostic tardif de l'infection VIH

Anne Marie Sanchis

Florence Julien

Louis Cormerais

Olivier Lesens

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

CHU de Clermont Ferrand



Introduction

- Un certain nombre de patients sont découverts séropositifs tardivement, à l'occasion d'une infection opportuniste
- Infection sévère, perte de chance



Objectifs

- Décrire cette population
 - Profil commun?
 - Auraient-ils pu être dépistés plus tôt?
- A l'occasion de cet entretien:
 - Revenir sur la période importante et douloureuse de la découverte du diagnostic chez ces patients diagnostiqués tardivement
 - Clarifier des éléments mal compris



Bénéfice pour le patient en terme de soutien psychologique?

Méthode

- Recherche des patients diagnostiqués au stade SIDA du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2006
- Caractéristiques démographiques, infection classante, CD4
- Sollicitation pour un entretien d'au moins 3/4h → questionnaire avec questions fermées et semi-ouvertes
- Période: avril-mai 2007



Résultats

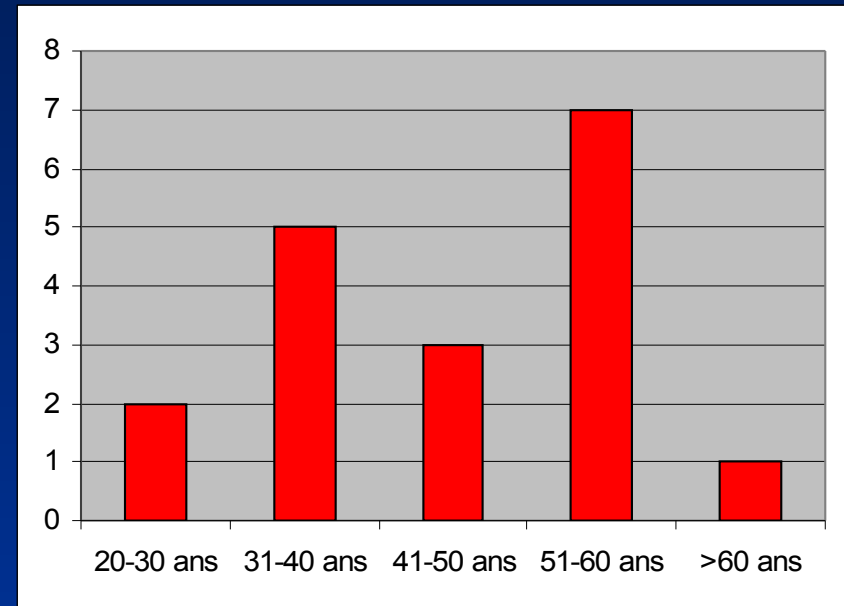
- 41 patients éligibles
- 6 décédés, 1 ininterrogeable (LEMP), 1 hospitalisé en psychiatrie, 2 refus, 13 injoignables ou indisponibles



18 patients inclus

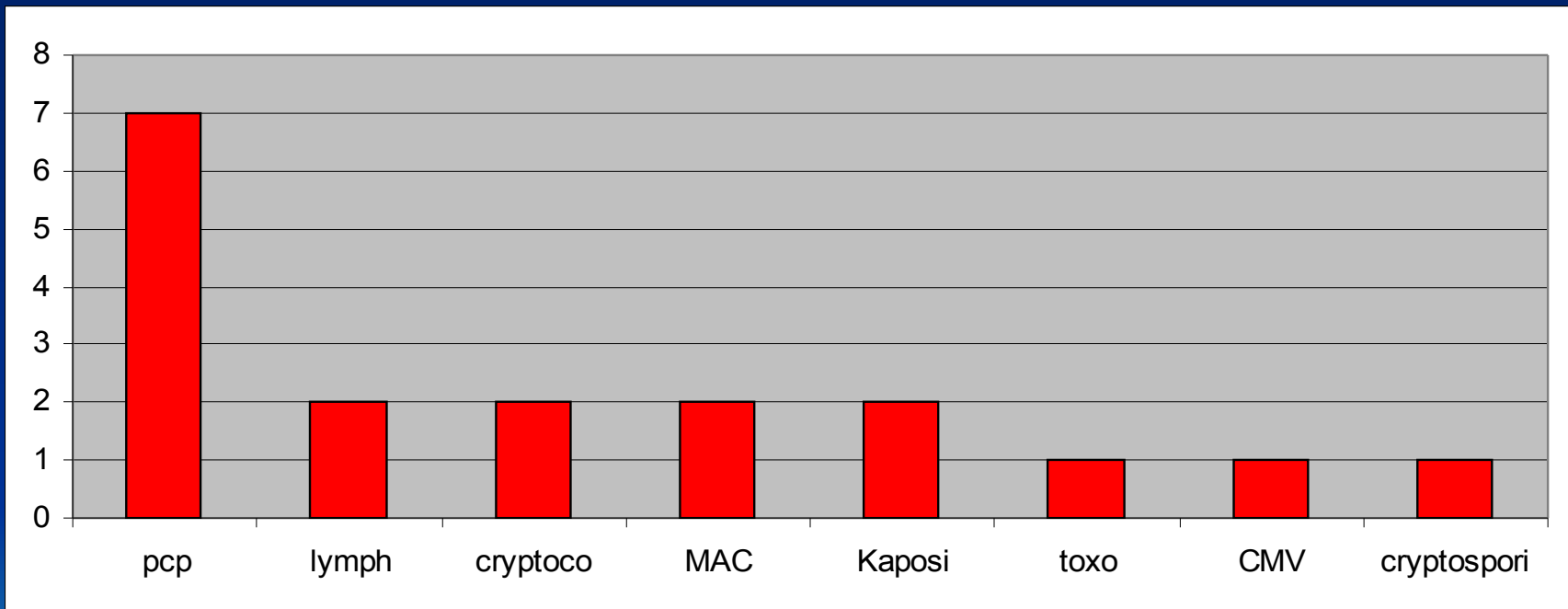
Caractéristiques des 18 patients

- 5 femmes, 13 hommes
- Âge moyen: 43 ans \pm 3
- 2 origine africaine (1 carte de séjour, 1 réfugié politique), une originaire d'Amérique du Sud (carte de séjour)



Infections classantes

- Symptôme le plus fréquent conduisant au test: amaigrissement, dyspnée



- Moyenne des CD4 au diagnostic: 95 ± 18

Information/compréhension (1)

- Tous parlent et écrivent le français

Certificat d'étude	CAP, BEP	Bac	Etudes supérieures
2	8	4	4

Salariés	Prof indépendante	chômage	retraité	invalidité
13	1	2	1	1

Information/compréhension (2)

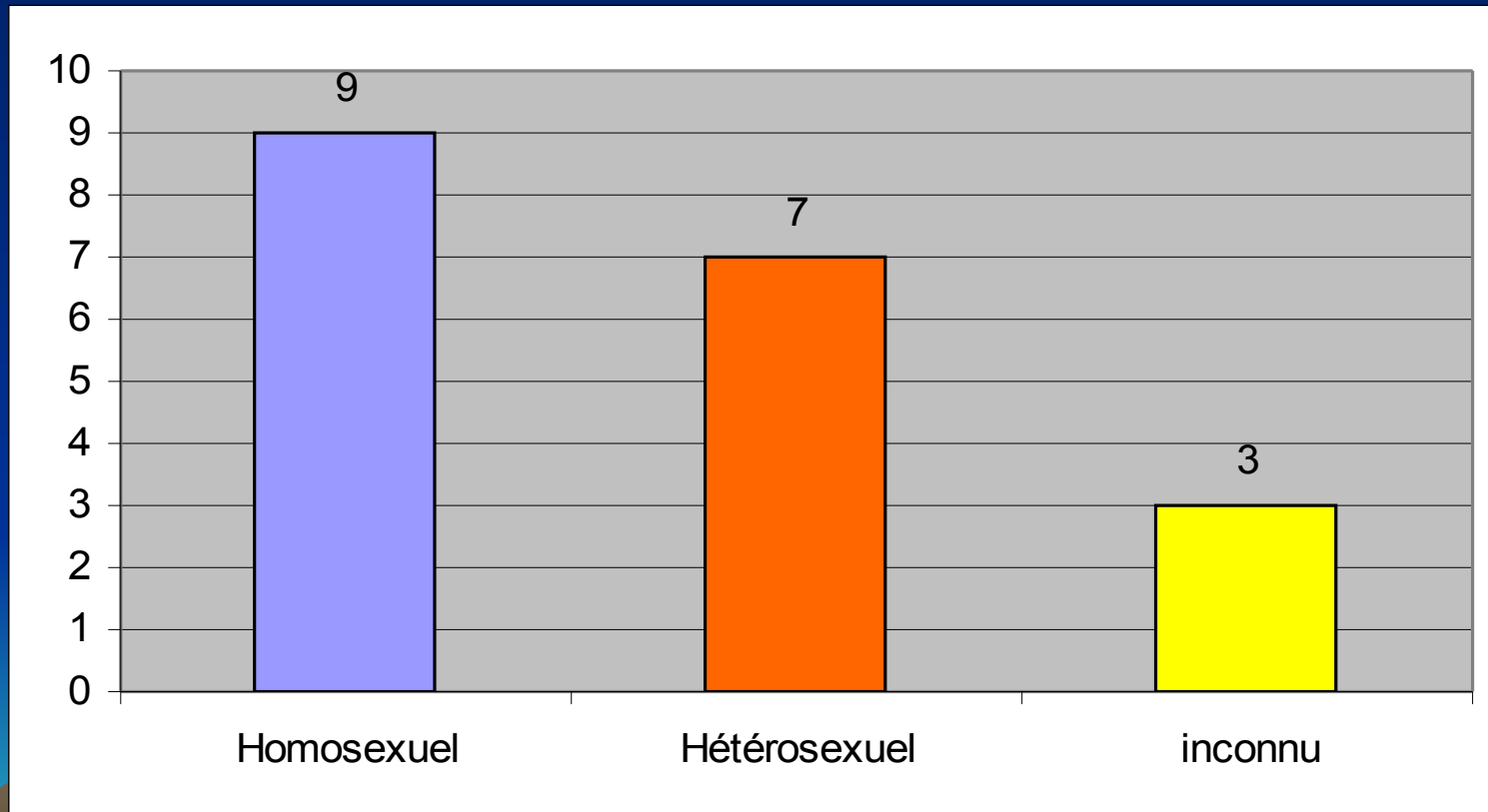
- Connaissance des centres de dépistage: 79%
- 84% avaient un suivi médical (2 patients africains n'ayant pas de MG)
- Erreurs dans le mode de transmission, notamment, « la fellation ne transmet pas le VIH »
- le diagnostic était associé à l'idée de mort à plus ou moins brève échéance pour 58%, à la déchéance physique pour 21%, à la ségrégation pour 11%

Le diagnostic a-t-il été une surprise?

- 63% n'ont jamais été testés
 - Jamais de proposition de test: 42%
 - 1 test demandé mais refusé par le MG car « pas de symptôme du SIDA »
 - 1 refus par un couple lors d'un examen pré-nuptial
 - Pour 3 autres patients, le test a été proposé à l'occasion d'un changement de MG (remplaçant)



Appartenance à un groupe à risque



Réaction au diagnostic

- Globalement, aucun n'a le sentiment d'appartenir à un groupe à risque
- La prise de risque est ancienne ou imprécise; 80% n'ont pas d'idée de la date de contamination
- 63% n'avait jamais pensé pouvoir être séropositif
- Première réaction:

Surprise	Tristesse	Peur	soulagement	Injustice	Colère
5	5	6	4	1	0

Des réactions très variées

- « J'ai toujours détesté mon corps et il me le rend bien »
- « Nous sommes tous des victimes. C'est le prix à payer pour une génération qui a milité pour la libération sexuelle »
- « J'éprouve du dégoût et de l'injustice: c'était ma 1^{ère} expérience sexuelle »
- « Un secret lourd à porter seul »
- « J'ai divorcé et j'ai enfin assumé mon homosexualité »
- « J'ai été soulagé de savoir ce que j'avais »; « J'avais peur d'avoir le cancer »
- « La découverte de ma séropositivité a été une réponse à ma dégradation physique »

Perception de la « consultation »

- Cet entretien a été un moment privilégié de confiance et d'écoute qui n'aurait pas été possible lors d'une hospitalisation
- Les patients ont été reconnaissants de ce moment
- Retour sur une période pour laquelle ils ont eu peu d'occasion de libérer leurs émotions
- Révélation d'autres problèmes liés ou non au VIH



Limites de l'étude

- Refus, patients injoignables → les 18 inclus sont-ils représentatifs des 41 éligibles?
- Bcp de non-dits non captés par le questionnaire.
- Biais: durée de suivi différente, difficultés à se remettre en situation



Au total (1)

- Pour ces patients diagnostiqués au stade SIDA:
 - Il n'y a pas de patient type: groupe très hétérogène
 - Niveau socio-économique plutôt élevé
 - L'infection VIH est plus associée à l'idée de mort qu'à une maladie chronique, que l'on peut traiter → patients peu informés des possibilités thérapeutiques et de la vie possible sous traitement



Au total (2)

- Aucun n'a l'impression d'avoir tardé à se faire dépister; difficulté à s'identifier comme une personne à risque.
- Le diagnostic reste une surprise malgré l'appartenance à un groupe à risque
- Le diagnostic peut aussi être un soulagement



Discussion 1

- La proposition de test émane le plus svt du MG (et svt du remplaçant) pour des symptômes
 - Peu de propositions de tests
 - C'est la prise de risque qui doit conduire au dépistage et non le symptôme
- Message au médecin généraliste
 - Parler plus souvent sexualité avec leurs patients (actuelle mais aussi anciennes)
 - Même si ces conduites à risque sont svt anciennes et refoulées → les patients ne s'estiment pas à risque
 - Proposer le test plus systématiquement et régulièrement pour les groupes à risque



Discussion 2

- Cet entretien
 - Apporte un bénéfice pour le patient
 - Fait partie du soutien psychologique
- Suite à donner
 - dans le cadre des Cs observance
 - Parler du VIH mais aussi des autres pb
 - Revenir sur des émotions non exprimées et des problèmes non résolus lors de l'annonce du diagnostic



Conclusion

Patients dépistés tardivement:

- Chaque cas est particulier
- Message à faire passer aux MG: parler sexualité présente et passée, proposer le test+++
- Soutien psychologique par les IDE dans le cadre des Cs observance

