



# Incidence et facteurs de risque de rupture de suivi chez les patients du réseau VIH de Maine-et-Loire

Yves-Marie Vandamme, Valérie Rabier, Amélie Neveu, Pascale Fialaire, Jean-Marie Chennebault, Pierre Abgueuen, Eric Pichard.

CHU Angers, France

## RESUME

### Objectifs

Le premier déterminant du pronostic de l'infection VIH aujourd'hui est le suivi médical avec une espérance de vie se rapprochant de celle de la population générale lorsqu'il est bien réalisé. Nous avons voulu évaluer l'importance des perdus de vue dans notre file active et ses déterminants.

### Matériel et méthodes

Une étude est réalisée de décembre 2003 à avril 2012 et consiste à comparer les patients non-vus depuis plus d'un an, définis comme perdus de vue aux patients de la file active de l'année 2011. Sont exclus les patients décédés ou ayant déménagé. L'incidence, les critères sociaux, démographiques et médicaux ont été comparés par analyse multi-variée.

### Résultats

L'incidence des perdus de vue est estimée à 1,36 pour 10 personnes-années sur la période d'étude. Les principaux facteurs de risque statistiquement significatifs (p<0.05) sont l'absence de médecin traitant (OR19,12; IC<sub>95%</sub>[7,5-49,9]), l'âge de diagnostic <40ans (OR3,34; IC<sub>95%</sub>[1,52-8,34]), l'origine Afrique sub-saharienne (OR2,12; IC<sub>95%</sub>[1,14-3,94]), la couverture maladie universelle (OR3,00; IC<sub>95%</sub>[1,49-5,83]), le diagnostic récent <2ans (OR2,86; IC<sub>95%</sub>[1,33-5,79]), l'absence de traitement anti-rétroviral (OR5,32; IC<sub>95%</sub>[2,60-10,50]), l'échec virologique (OR4,35; IC<sub>95%</sub>[1,91-9,28]). Les facteurs protecteurs sont le stade clinique SIDA au diagnostic (OR0,33; IC<sub>95%</sub>[0,10-0,82]) et l'activité professionnelle (OR0,39; IC<sub>95%</sub>[0,2-0,71]). La distance lieu habitation - hôpital ne ressort pas comme un facteur significatif.

### Conclusion

Chaque année des patients sont perdus de vue. Cet évènement peut passer inaperçu pour un patient au sein de files actives qui ne cessent d'augmenter. L'évaluation des facteurs de risque permet de mieux définir les profils à risque, d'y consacrer plus d'attention, de mieux les sensibiliser à l'importance du suivi et de la prise de traitement. Ce travail permet une éducation thérapeutique ciblée

## INTRODUCTION

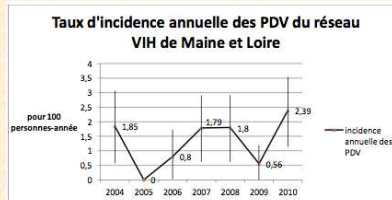
- ☞ La file active de patients séropositifs VIH au CHU d'Angers est passé de 362 à 619 patients entre 2001 et 2011. Cela s'est traduit par une augmentation du nombre moyen de patients suivi par médecin passant de 90,5 à 123,8 patients/médecin sur la même période.
- ☞ Aucun moyen de dépistage systématique n'était mis en place au CHU d'Angers pour détecter les perdus de vue (PDV). Charge à chaque médecin de reprogrammer en consultation un patient non venu à la dernière consultation avec des risques d'oubli liés à l'augmentation de la charge de travail.
- ☞ A l'heure du succès immuno-virologique des anti-rétroviraux (ARV), la pierre angulaire de la réussite du traitement est le suivi régulier en consultation qui permet de détecter le moment adéquat pour débuter les ARV, de sensibiliser le patient à l'observance et de renouveler l'ordonnance du patient.
- ☞ Nous avons donc cherché à évaluer l'incidence des perdus de vue dans notre file active et les facteurs de risques (FdR) associés chez les patients.

## PATIENTS ET METHODES

- Etude rétrospective de type cas-témoins.
- Groupe des perdus de vue constitué entre décembre 2003 et décembre 2011
- Perdus de vue : patients sans consultation de suivi ou hospitalisation depuis au moins un an
- Groupe témoin = (file active 2011) – (perdus de vue 2011 + suivis intermittents)
- Exclusion mineurs, patients décédés et transferts de suivi dans un autre centre
- Analyse multivariée par régression logistique des variables :
  - Démographiques (âge, sexe, pays de naissance, distance lieu habitation-hôpital)
  - Sociaux (activité professionnelle, statut marital, couverture sociale)
  - Médicaux ( stade clinique et immuno-virologique lors du diagnostic, lors de la perte de vue, présence d'un médecin traitant)

## RESULTATS

- ✓ 54 patients PDV sur la période 2003 2011
- ✓ Taux d'incidence à 1,36 pour 100 personnes-année (0 ; 2, 39)



Caractéristiques	PDV	File active 2011	OR ajusté	p
N	54	617		
<b>SEXE</b>				
Homme	41	413	1.48 (0.80 ; 2.74)	0.21
Femme	13	204		
<b>PAYS D'ORIGINE</b>				
France	29	499	0.31 (0.18 ; 0.55)	<0.0001
<b>Afrique subsaharienne</b>	16	102	2.1 (1.1 ; 3.95)	0.019
Amérique du Sud	1	1		
Europe hors France	2	5		
Asie	0	3		
Océanie	1	0		
Amérique du Nord	0	1		
Afrique du Nord	0	2		
Indéterminée	5	4		
<b>DISTANCE DOMICILE/CHU</b>				
Angers	26	276	1.14 (0.65 ; 1.99)	0.64
< 20 km	4	94	0.45 (0.14 ; 1.3)	0.13
> 20 km dans le département	13	161	0.9 (0.42 ; 1.78)	0.75
Hors département	11	86	1.52 (0.77 ; 3.22)	0.21
<b>ASSURANCE MALADIE</b>				
Sécurité sociale seule	8	72	1.31 (0.59 ; 2.95)	0.5
<b>SS et CMU-C</b>	16	76	2.96 (1.56 ; 5.62)	0.001
<b>SS et Mutuelle privée</b>	24	429	0.38 (0.21 ; 0.66)	<0.0001
AME/ soins urgents	2	2		
Non renseigné	4	37		
<b>AGE AU DIAGNOSTIC</b>				
<30 ans	22	225	1.19 (0.67 ; 2.11)	0.54
Entre 30 et 39 ans	24	200	1.64 (0.93 ; 2.89)	0.08
<b>≥ 40 ans</b>	8	185	0.4 (0.18 ; 0.88)	0.02
Non renseigné	2	7		

Caractéristiques	PDV	File active 2011	OR ajusté	p
N	54	617		
<b>STADE CLINIQUE LORS DE PDV</b>				
Stade A et B	41	426	1.36 (0.73 ; 2.52)	0.33
<b>Stade C</b>	7	191	0.34 (0.14 ; 0.77)	0.007
6				
Non renseigné				
<b>STADE BIOLOGIQUE LORS DE PDV</b>				
CD4 > 350 /ml	31	448	0.54 (0.31 ; 0.95)	0.03
<b>200-350 /ml</b>	15	85	2.38 (1.24 ; 4.55)	0.007
<b>50-200 /ml</b>	3	48	0.7 (0.20 ; 2.39)	0.79
CD4 < 200/ml	5	36		
Non renseigné				
<b>HAART</b>				
Oui	35	568	0.23 (0.13 ; 0.42)	<0.0001
<b>Non</b>	17	49	5.23 (2.71 ; 10.07)	<0.0001
Non renseigné	2			
<b>ECHEC VIROLOGIQUE (sans HAART)</b>	2.04 (1.54)	1.31 (0.84)	(0.22 ; 1.24)	0.006
CV moyenne (écart-type)	23	536	0.14 (0.08 ; 0.26)	<0.0001
<b>CV &lt; 2.3 log copies/ml</b>	12	38	4.31 (2.07 ; 8.98)	<0.0001
<b>CV ≥ 2.3 log copies/ml</b>				
<b>SUIVI MEDICAL</b>	40	606		
<b>PRIMAIRE</b>	14	11	19.12 (7.5 ; 49.9)	<0.0001
Médecin traitant				
Pas de médecin traitant				

Tableau 1. Facteurs de risque de PDV dans la file active VIH du Maine-et-Loire

## DISCUSSION

- ☞ Le taux d'incidence retrouvé est cohérent aux données de la littérature. L'étude française de NDIAYE et al.(1) retrouve un taux d'incidence de 3,5 pour 100 personnes-année alors que la cohorte EUROSIDA (2) retrouve un taux de 2,68 pour 100 personnes-année.
- ☞ La tendance inférieure de notre taux d'incidence s'explique par la définition de PDV « réels » et non pas seulement les patients n'ayant pas consulté depuis plus d'un an. Une enquête poussée pour chaque patient non vu depuis plus d'un an a permis d'exclure les patients décédés, les transferts de suivi. De même les suivis intermittents (patient PDV ayant reconsulté sur la période d'étude) ont été exclus, ce qui tend aussi à diminuer le taux d'incidence.
- ☞ Parmi les FdR identifiés dans la littérature, nous retrouvons l'âge jeune au moment de la rupture du suivi, des éléments évocateurs d'un bas niveau social comme l'absence d'activité professionnelle ou la couverture médicale universelle. L'origine étrangère et notamment sub-saharienne, seule région néanmoins analysable, l'absence de prise d'ARV et les personnes en échec virologique ressortent aussi comme FdR. Un stade clinique C est un facteur protecteur favorisant probablement le suivi médical du fait des complications et d'une prise de conscience par le patient des risques liés à l'infection VIH. Le niveau de CD4 haut protecteur est probablement un reflet de la prise du traitement ARV.
- ☞ Le mode de contamination ne ressort pas dans notre étude comme FdR, possiblement par manque de puissance, alors que les contaminations hétérosexuelle ou par usage de drogues intra-veineuse (UDIV) sont retrouvées dans la littérature. De même, le niveau immunitaire au diagnostic a déjà été identifié. Il n'a pas été intégré à l'analyse multivariée dans notre étude, car ne ressortant pas en univarié.
- ☞ Enfin, l'éloignement habitation - hôpital, variable origine non évaluée auparavant ne ressort pas comme un FdR.

## CONCLUSION

- Cette évaluation a permis d'objectiver un nombre non négligeable de PDV dans notre file active.
- L'étude des FdR a pour but de nous aider à mieux définir les patients « à risque » de PDV. Alors même que la littérature sur le sujet est relativement pauvre, les éléments dont nous disposons tant sur l'incidence que les FdR sont cohérents avec notre étude.
- Une origine étrangère, un bas niveau social, un patient en échec virologique sont des éléments qui doivent nous alerter.
- Ces résultats poussent à traiter tôt les patients, car il semble clairement que cela améliore le suivi.
- Le bénéfice de cette évaluation a été d'avoir pu recontacter certains patients via leur médecin traitant, ce qui a permis de reprendre un suivi aux consultations depuis. Nous tentons actuellement d'évaluer ce bénéfice.

(1) Ndiaye, B., K. Ould-Kaci, et al. (2009). "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." *AIDS* 23(14): 567-75

(2) Mocroft, A., O. Kirk, et al. (2008). "Loss to follow-up in an international, multicentre observational study." *HIV Med* 9(5): 261-9