

**« Améliorer le dépistage
pour traiter plus tôt. »**

Yazdan Yazdanpanah
C.H.Tourcoing,
Faculté de Médecine de Lille

Prevalence des patients prise en charge tardivement

Pays	Auteur, année	Definition	Prevalence
Australia	Hocking et al., 2000	< 8 weeks from diagnosis to AIDS event	249/1021 (24%)
Spain	Castilla et al., 2002	HIV-positive test in the same/preceding month as AIDS event	8499/30778 (28%)
US	Klein et al., 2003	CD4 < 200 cells/ μ L	167/388 (43%)
Scotland	Manavi et al., 2004	CD4 < 200 cells/ μ L	249/1021 (24%)
Canada	Krentz et al., 2004	CD4 < 200 cells/ μ L	93/241 (39%)
Italy	Girardi et al., 2004	CD4 < 200 cells/ μ L or AIDS in preceding month	379/968 (39%)
UK and Ireland	Sullivan et al., 2005	CD4 < 200 cells/ μ L	301/977 (33%)
France	Lanoy et al., 2007	CD4 < 200 cells/ μ L, or clinical AIDS	6687/ 18721 (36%)
Italy	Borghini et al., 2008	CD4 < 200 cells/ μ L, or clinical AIDS	332/844 (39%)
Croatia	Begovac et al., 2008	CD4 < 200 cells/ μ L, or clinical AIDS	MSM: 24/86 (28%) Heterosex: 34/58 (59%)

Adapted from Girardi et al. JAIDS 2007;46:S3

Prevalence des patients prise en charge tardivement (Nord- Pas-de-Calais 1997-2007)

Définition ATS	Prévalence			p
	Total N= 1819	NPDC N=1218	Bruxelles N= 601	
CD4 < 50 ou Sida	323 (17.6%)	221 (18.1%)	102 (17.0%)	0.31
CD4 < 200 ou Sida	570 (31.3%)	373 (30.6%)	197 (32.8%)	0.18
CD4 < 350 ou Sida	957 (52.9%)	614 (50.4%)	343 (57.1%)	0.21

délai entre diagnostic et début de suivi
 > 6 mois : 11.8%
 < 6 mois : 88.2%

Facteurs de risque de prise en charge tardive

Multivariable regression for predicting delayed access to care (DAC) among 18,721 patients from the French hospital database diagnosed between January 1997 and December 2002

Variable	All patients	Patients with DAC	%	OR	95% CI (OR)
Sex and sub-Saharan African migrant status					
Non-migrant women	4259	1242	29.2	1	
Migrant women	1317	466	35.4	1.48	(1.29–1.70)
Non-migrant men	12,167	4517	37.1	1.59	(1.45–1.73)
Migrant men	978	462	47.2	1.87	(1.62–2.17)
Age (years)					
< 30					
30–40					
40–50					
50–60					
>60					
Transmission group					
MSM					
IDUs					
Heterosexuals	8382	3135	37.4	1.55	(1.42–1.69)
Other or unknown	2411	968	40.1	1.62	(1.46–1.80)

Personnes à risque d'infection par le VIH <> des personnes à risque de prise en charge tardive

**Proposer le test VIH à
l'ensemble de la population?**

-
- Evaluer à l'aide d'un modèle de simulation mathématique en terme d'efficacité, de coût, et de coût-efficacité, les différentes stratégies de dépistage du virus VIH en France
 - Dans quelle population des tests de dépistage doivent être proposés ?
 - la totalité de la population
 - populations à risque
 - A quel rythme en fonction de la population étudiée ?
 - 1 test proposé de manière ponctuelle
 - 1 test est proposé tous les 5 ans, 3 ans, *etc...*

Coût-efficacité de différentes stratégies de dépistage : population totale

Variable	Current practice	Current practice and screen once	Current practice and screen every 5 years	Current practice and screen annually
Time from HIV infection to diagnosis, months	24	22	18	9
Mean CD4 count at detection, cells/μl	370	379	400	444
HIV infections detected at presentation with AIDS, %	25	23	17	9
HIV cases				
Mean discounted quality-adjusted survival, QALM	242.81	244.12	245.13	246.35
Mean Δ in number of 2^o HIV cases (10 years) compared to current practice, %	--	-7.7	-10.5	-17.9
Population †				
Mean undiscounted survival, months	479.56	479.57	479.59	479.61
Mean discounted quality-adjusted survival, QALM	268.77	268.78	268.78	268.76
Mean discounted lifetime costs per person, 2007 €	1,360	1,420	1,570	2,220
Incremental cost-effectiveness	--	95,100	934,800	Dominated*

QALM: quality-adjusted life-month; QALY: quality-adjusted life-year

* A dominated strategy has a higher cost and an equal or lower quality-adjusted life expectancy than some combination of other strategies.

† Population results include added costs and life expectancy losses associated with secondary HIV cases.

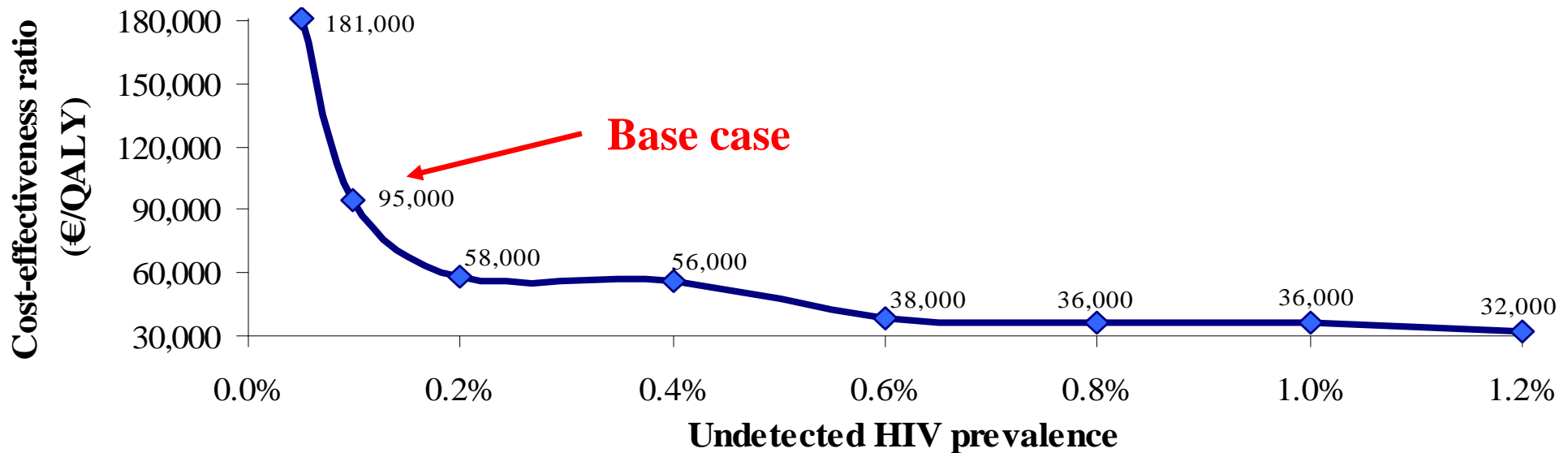
- Si $\text{ratio } C/E < \text{PIB par habitant du pays} =$
stratégie très coût-efficace
- Si $\text{ratio } C/E < 3 * \text{PIB par habitant du pays} =$
stratégie coût-efficace

PIB par habitant France = 30 000 €

Ratio coût-efficacité (C/E) d'autres stratégies de dépistage recommandées en France

Stratégies de dépistage	Ratio C/E (€)	Pays de réalisation de l'analyse
Cancer du col : frottis cervical tous les 3 ans ; femme de 25 à 65 ans	2 520 €/ année de vie gagnée	France
Cancer du colon : hémocult tous les 2 ans; âge 50-74 ans	3 400 €/ année de vie gagnée	France
Cancer de sein : mammographie femmes de 50-65 ans	21 000 €/ année de vie gagnée	France
Carcinome hépatocellulaire chez patients cirrhotiques : échographie et alpha-foetoprotéine 2 fois par an	49 700 €/QALY	Etats-Unis
Dépistage des infections à Chlamydiae chez les femmes de moins de 25 ans	27 330 – 208 820 €/QALY	Angleterre
Dépistage des infections à Chlamydiae chez les femmes et les hommes de moins de 25 ans	40,210 - 294,050 €/QALY	Angleterre
Dépistage et traitement si nécessaire d'hépatite C en prison	74,100 €/QALY	Angleterre et Pays de Galles

Coût-efficacité de tester une fois l'ensemble de la population en fonction du taux de prévalence des non dépistés



Coût-efficacité du dépistage : les populations à risque

Fréquence du test	Population générale	HSH	UDI	Guyane
Stratégie actuelle	--	--	--	--
Une fois	95 100	21 600	33 800	Dominée
Tous les 5 ans	934 800	70 200	46 300	31 200
Annuel	Dominée	121 900	57 500	48 700

« Des stratégies nouvelles à mettre en oeuvre et à évaluer : proposition de dépistage en population générale et dépistage ciblé »

Devant la persistance d'un retard au dépistage affectant de façon plus particulière certains groupes de population ne se considérant pas comme « à risque »,, il apparaît opportun de développer une stratégie visant à une meilleure connaissance du statut sérologique de la population générale.

Cette stratégie de dépistage pourrait faire l'objet d'une déclinaison en deux volets :

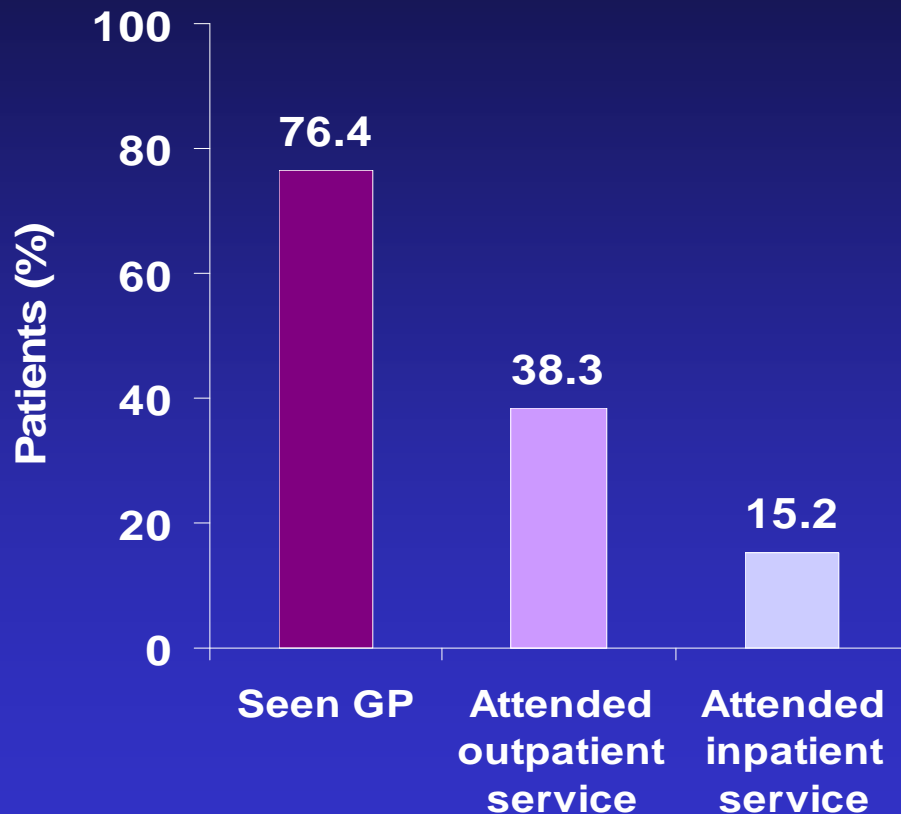
- La proposition de test de dépistage à la population générale hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, qui devra faire l'objet d'une évaluation à 5 ans afin d'évaluer quantitativement l'élargissement du dépistage et ses conséquences sur la diminution du retard au dépistage;
- En parallèle le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé et régulier pour les populations à risque »

La déclinaison opérationnelle d'une telle stratégie nécessite la participation active des professionnels et structures de santé impliqués dans la délivrance des soins primaires, et en premier lieu des médecins généralistes.

HAS 21 Octobre 2009

Opportunités manquées de diagnostic du VIH par les MG

Questionnaire auprès de 263 migrants d'Afrique Subsaharienne (RU) découvertes VIH



76% des participants
avaient consulté leur
médecin généraliste
dans l'année
précédant la
découverte de leur
séropositivité

Pas de test dans l'année
précédente le diagnostic

Etude ANRS – InVS Opportunités

Objectifs :

Chez des patients nouvellement diagnostiqués VIH
(< 6 mois)

- Evaluer la fréquence
 - Opportunités manquées de dépistage
 - Opportunités manquées de diagnostic
- Déterminer les facteurs de risque associés

Investigateur

Pr Yazdan Yazdanpanah

Co-investigateurs

Sylvie Burban, Caroline Semaille, Stéphane Le Vu

Chef de projet

Karen Champenois

Elargir l'offre de dépistage, notamment en direction des populations les plus exposées, afin de mieux répondre à leurs besoins : rôle des structures associatives



Dépistage Communautaire du VIH à Résultat Rapide auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

anRS

Agence nationale de recherches
sur le sida et les hépatites virales



La lutte contre le sida a 25 ans

Objectifs de l'étude



- Evaluer la **faisabilité**, l'**acceptabilité** et l'**impact** à moyen terme
 - D'un dépistage réalisé dans des locaux associatifs
 - Des tests de dépistage à résultat rapide
 - D'un counselling par les pairs

Projet ANRS de dépistage rapide aux urgences

- Evaluer la **faisabilité**, l'**acceptabilité** et l'**impact** à moyen terme
 - D'un dépistage réalisé aux Urgences en utilisant des tests de dépistage à résultat rapide

Importance des liens entre les dispositifs de dépistage et les services hospitaliers spécialisés et les médecins généralistes et spécialistes de ville concernés par l'accueil de patients porteurs du VIH