

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Lucie BIDOUZE**

Le 04 juin 2018

**Complications dépistées lors du bilan annuel en hôpital de jour des personnes vivant avec le VIH à  
l'hôpital Joseph Ducuing de Toulouse, en 2016.**

Directeur de thèse : Dr Martin MICHAUD

### JURY :

<b>Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur Pierre DELOBEL</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Pauline LANSALOT-MATRAS</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur Martin MICHAUD</b>	<b>Assesseur</b>

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2017**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

**P.A Médecine générale**

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

## P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

## P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

### P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve      Médecine Générale

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale  
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOUA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan  
Dr LATROUS Leila

## Remerciements au jury

### **Monsieur le Pr Pierre Mesthé**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury, même un lundi, et je vous en remercie.

Je vous ai choisi pour vous avoir vu et entendu présider les thèses de mes confrères s'étant prêté à l'exercice avant moi, pour votre talent d'orateur et la pertinence de vos remarques, mais aussi pour votre écoute et votre gentillesse.

### **Monsieur le Pr Pierre Delobel**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de m'apporter votre expertise. Je garde un souvenir heureux de mon passage d'externe au SMIT, de votre sens de la pédagogie et la passion que vous mettez dans votre pratique.

### **Madame le Dr Pauline Lansalot Matras**

Merci d'accepter de participer à mon jury. Votre avis en tant que présidente de la COREVIH m'est important et je n'ai pas oublié votre rigueur d'infectiologue et votre patience lorsque je demandais votre avis médical pendant mon internat aux urgences de Rodez.

### **Monsieur le Dr Bruno Chicoulaa**

Je te remercie de siéger dans mon jury, je garde un très bon souvenir de notre collaboration à E respect. Mon stage d'externat à tes côtés et auprès de tes associés m'a convaincue. Vous avez très sûrement influencé mon choix pour la médecine générale, à ma grande joie.

### **Monsieur le Dr Martin Michaud**

Martin, je te remercie. D'avoir été mon interne au Smit, mon chef de clinique au PUG et mon senior à Joseph Ducuing. Avec bienveillance, pédagogie, flegme et bien sur ton humour hors du commun.

Si l'apprentissage de la médecine est un compagnonnage c'est certainement auprès de toi que j'ai le plus appris, et comment mieux finir ce parcours qu'en t'ayant comme directeur de thèse ?

Merci de m'avoir proposé ce projet et m'avoir si bien dirigée et épaulée. Sache toute l'affection et l'admiration que j'ai pour toi.

Je suis heureuse d'avoir dans ce travail mis en lumière une petite partie du formidable travail que vous faites à Joseph Ducuing, avec un professionnalisme, une rigueur, une curiosité indéniable, mais également une humanité, une écoute, un soutien des patients, libre de tout jugement, que je n'ai jamais vu ailleurs.

## Table des matières

<b>LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>2</b>
<b>I INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>II MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>5</b>
II.1 SCHEMA DE L'ETUDE .....	5
II.1.1 <i>Objectif Principal</i> .....	5
II.1.2 <i>Critères de jugement</i> .....	5
II.2 METHODES DE RECUEIL DES INFORMATIONS .....	5
II.3 POPULATION ETUDIEE .....	6
II.3.1 <i>Critères d'inclusion</i> .....	6
II.3.2 <i>Critères d'exclusion</i> .....	6
<b>III RESULTATS.....</b>	<b>6</b>
III.1 SELECTION DES PATIENTS .....	6
III.2 CARACTERISTIQUES DES PATIENTS.....	7
III.3 COUVERTURE VACCINALE .....	8
III.4 HEPATITES VIRALES.....	9
III.5 BILAN NEPHROLOGIQUE.....	10
III.6 BILAN CARDIO-METABOLIQUE .....	10
III.7 BILAN D'OSTEOPOROSE .....	12
III.8 BILAN CARCINOLOGIQUE.....	13
III.9 CONSOMMATION DE TOXIQUES .....	14
III.10 BILAN BIOLOGIQUE REALISE LE JOUR DE L'HDJ.....	14
III.11 SYNTHESSES ET PROPOSITIONS.....	15
<b>IV DISCUSSION.....</b>	<b>15</b>
IV.1 RESULTATS PRINCIPAUX .....	15
IV.2 BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE .....	16
IV.3 EPIDEMIOLOGIE .....	17
IV.4 LA COUVERTURE VACCINALE : INSUFFISANTE.....	17
IV.5 LES HEPATITES : CO-INFECTION ET VACCINATION .....	18
IV.6 LE RISQUE RENAL .....	19
IV.7 LE BILAN CARDIO-METABOLIQUE .....	19
IV.8 L'OSTEOPOROSE.....	21
IV.9 LE BILAN CARCINOLOGIQUE : UN DEPISTAGE EFFICACE .....	21
IV.10 LA CONSOMMATION DE TOXIQUES .....	22
IV.11 LA SYNTHESE .....	22
IV.12 ET LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE ? .....	23
IV.12 PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS .....	24
<b>V CONCLUSION .....</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>29</b>



## Liste des acronymes et abréviations

ARV : Antirétroviraux

CV : Charge Virale

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite

ECG : Electrocardiogramme

ET : Ecart Type

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FDR : Facteurs de Risque

$\gamma$ GT : Gamma Glutamyl-Transpeptidase

HDJ : Hospitalisation De Jour

HDL : High Density Lipoprotein

HPV : Human Papilloma Virus

HTA : Hypertension Artérielle

LDL : Low Density Lipoprotein

pvVIH : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

PSA : Antigène prostatique spécifique

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## I INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est aujourd'hui devenue une maladie chronique (1). En effet, chez les patients de plus de 60 ans infectés par le VIH, la mortalité observée n'est plus liée aux pathologies infectieuses secondaires, mais essentiellement aux comorbidités et aux pathologies liées à l'âge (2).

L'enquête Mortalité 2010 décrit les causes de mortalité des adultes infectés par le VIH en France. Elle indique que le SIDA (Syndrome de l'Immunodéficience Acquis) représente seulement un quart des causes de décès des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (pvVIH) (3).

Les pvVIH ont un niveau de facteurs de risque plus élevé que la population générale (4) pour les pathologies cardiovasculaires, les maladies osseuses, neurologiques, rénales, hépatiques et les tumeurs ; Ceci s'explique par la présence :

- d'une activation immune persistante,
- du virus du VIH lui-même (augmentant les risques cardiovasculaires et de certains cancers),
- des traitements antirétroviraux (ARV) qui peuvent induire des troubles métaboliques (dyslipidémies) ; d'une atteinte rénale ou hépatique,
- d'une possible co-infection avec d'autres virus hépatotropes,
- d'un mode de vie associant parfois addictions (tabac, drogues...) et stress.

Grâce aux avancées thérapeutiques, certains patients sont porteurs du virus depuis plusieurs décennies. Aux problématiques de santé du vieillissement s'ajoutent les comorbidités de cette maladie et de ses traitements.

Le rapport Morlat préconise la réalisation d'un bilan de synthèse annuel pour la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de ces comorbidités ainsi qu'une réévaluation du traitement ARV (4). Ce rapport intitulé « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH » détaille les recommandations d'experts. C'est une référence nationale à destination des professionnels de santé.

L'Hôpital Joseph Ducuing, à l'origine Hôpital Varsovie, est créé en octobre 1944 par des médecins et des unités de combattants espagnols des Forces Françaises de l'Intérieur, pour soigner les républicains espagnols réfugiés de la guerre d'Espagne.

Sa vocation sociale est réaffirmée en 1950 avec la création des Amis de la Médecine Sociale présidée par le Pr Ducuing. Les patients atteints par le VIH ont été pris en charge par les médecins de l'hôpital Joseph Ducuing dès le début de l'épidémie. Actuellement, 8 médecins suivent des pvVIH, ce qui fait de l'Hôpital Joseph Ducuing la 2<sup>ème</sup> file active de pvVIH en Midi-Pyrénées après le CHU. Comme recommandé, des bilans en hospitalisation de jour font partie de la prise en charge du patient, comprenant une consultation avec le médecin spécialiste interniste ou infectiologue, une consultation avec un cardiologue, un bilan proctologique ou gynécologique selon le sexe et les antécédents du patient, ainsi qu'un bilan biologique et immunologique.

L'objectif de ce travail était de décrire les complications dépistées lors de cette hospitalisation de jour, et d'évaluer son intérêt dans la prise en charge pluridisciplinaire des personnes vivant avec le VIH.

## **II MATERIEL ET METHODES**

### **II.1 Schéma de l'étude**

L'étude réalisée était une étude quantitative, rétrospective, descriptive, observationnelle et monocentrique menée sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2016.

#### **II.1.1 Objectif Principal**

L'objectif principal était de décrire les complications dépistées lors de l'hospitalisation de jour pour bilan annuel des pvVIH.

#### **II.1.2 Critères de jugement**

Les critères de jugement pour l'objectif principal étaient les complications cliniques, biologiques et les comorbidités constatées lors du bilan réalisé en HDJ. Ils concerneraient l'infection VIH, son contrôle, son traitement et la couverture vaccinale, les co-infections par les hépatites, l'état de santé cardio-métabolique, la fonction rénale, l'ostéoporose, les cancers et la consommation de toxiques.

### **II.2 Méthodes de recueil des informations**

Les données ont été recueillies grâce à une fiche standardisée de renseignements complétée par le médecin hospitalier lors de la venue de chaque patient (Annexe 1). Elle se divisait en 12 sous parties : l'état civil et les antécédents, une analyse critique du traitement, les vaccinations, les co-infections, un bilan néphrologique, un bilan cardio-métabolique, un bilan d'ostéoporose, un bilan carcinologique, un point sur la santé sexuelle, les addictions, l'éducation thérapeutique, un bilan biologique du jour, complétées par une synthèse et des propositions. Cette fiche a été établie selon les recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge des pvVIH(4).

Le bilan biologique réalisé systématiquement comprenait : un hémogramme avec plaquettes, un dosage des transaminases, gamma glutamyl-transpeptidase, phosphatases alcalines, bilirubine totale et conjuguée, un dosage de la créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG), une glycémie à jeun et un bilan lipidique à jeun : cholestérol total, LDL cholestérol et HDL cholestérol, triglycérides.

Etaient également effectués : un bilan immunologique avec numération des populations lymphocytaires T, CD4/CD8, et un dosage de la charge virale (CV). Enfin, sur le plan

urinaire, une recherche d'une protéinurie (bandelette urinaire) et dosage du rapport protéinurie/créatininurie étaient réalisés.

Les autres prélèvements biologiques, examens radiologiques ou consultations spécialisées étaient décidés par le clinicien demandeur de l'hospitalisation de jour en fonction du profil du patient et ses antécédents, en respectant la circulaire du 19 novembre 2007 définissant les critères d'une hospitalisation de jour (circulaire n° 415 DHOS/DGS/2007 du 19 novembre 2007).

## **II.3 Population étudiée**

### **II.3.1 Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion étaient : patient de plus de 18 ans, porteur du VIH et ayant bénéficié d'un bilan annuel VIH à l'hôpital Joseph Ducuing entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2016.

### **II.3.2 Critères d'exclusion**

Ont été exclus les patients dont les dossiers étaient insuffisamment renseignés pour permettre l'analyse des données.

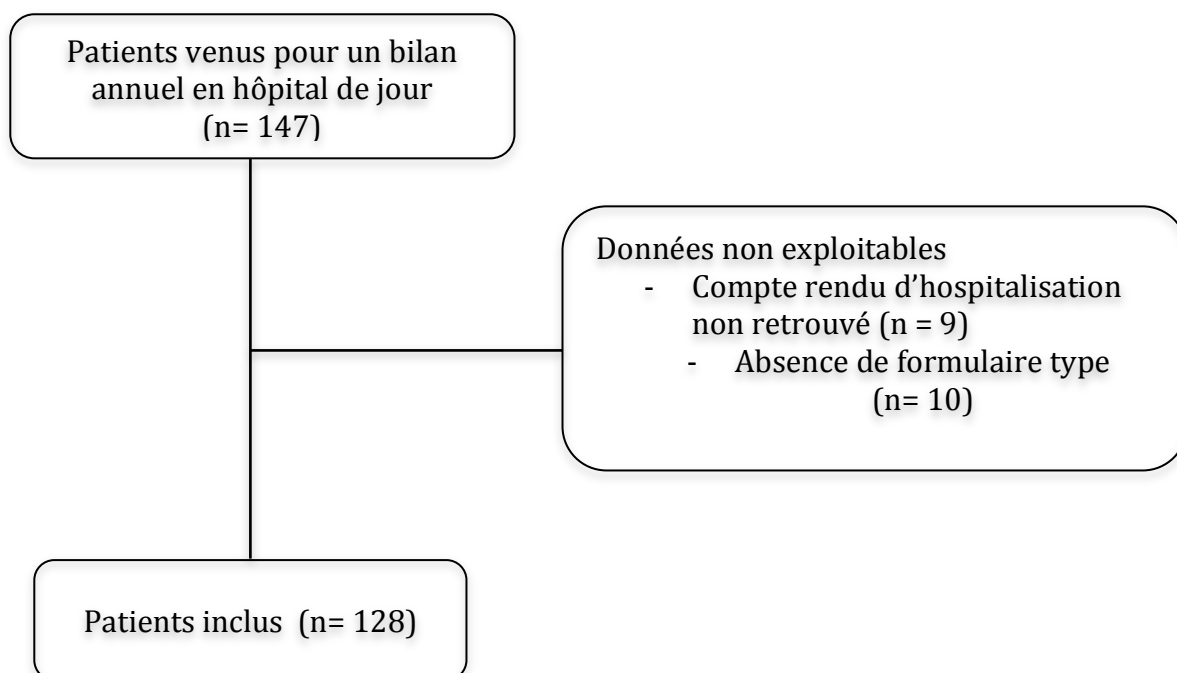
## **III RESULTATS**

### **III.1 Sélection des patients**

Le processus de sélection des patients et des dossiers est représenté sur la **Figure 1**.

Les données ont été extraites via le logiciel Portail contenant les comptes rendus médicaux. Les données manquantes ont été recherchées sur Nadis, le dossier médical structuré partagé entre professionnels utilisé pour le VIH. Après application des critères de sélection, 128 dossiers ont été inclus.

**Figure 1** : Flow chart de sélection des patients.



### III.2 Caractéristiques des patients

Les caractéristiques des patients sont résumées dans le **tableau 1**.

L'immense majorité (98%) des patients bénéficiait d'un traitement spécifique : 88% par trithérapie, 8% par bithérapie (10 patients) et 4% (5 patients) par monothérapie d'inhibiteur de protéase. L'évaluation numérique globale moyenne donnée par le patient (tolérance, simplicité, nombre de comprimés et de prises) était de 9.3/10.

Onze pour cent des patients avaient une charge virale positive sur le bilan réalisé le jour de l'HDJ.

**Tableau 1** : les caractéristiques des patients

<b>Sexe</b>	
Hommes, % (n)	67% (n=86)
Femmes	33% (n=43)
Age (moyenne +/- Ecart type (ET))	49,1 +/- 7,8
Année d'infection par le VIH (moyenne, année +/- ET)	16 +/-10
Stade Sida	17% (n=22)
Traitement spécifique en cours	98% (n=127)
Evaluation du traitement par le patient	9,3/10

(moyenne)	
Existence d'une résistance génotypique	
Inconnue (non réalisée)	31%(n=40)
Non	44%(n=57)
Oui	25% (n=33)
Nadir CD4<200 /mm3	36% (n=46)
Charge Virale positive	11% (n=14)
CD4 (moyenne +/- ET) nombre/mm3	668 +/- 303
CD8 (moyenne +/- ET) nombre/mm3	825 +/- 390
Rapport CD4/CD8 (moyenne +/- ET)	0,81

### III.3 Couverture vaccinale

Le **tableau 2** représente la couverture vaccinale pour les vaccins Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTP), la grippe et le pneumocoque des patients inclus.

Les recommandations vaccinales nationales pour le DTP pour la population atteinte du VIH préconisent un rappel tous les 10 ans pour la population adulte. Pour la grippe une vaccination annuelle est recommandée, pour le pneumocoque une dose de vaccin conjugué 13-valent suivie d'une dose de vaccin polysidique 23-valent, au moins 2 mois après le vaccin conjugué 13-valent. Les modalités précises d'injections supplémentaires ne sont, à l'heure actuelle, pas établies (4).

**Tableau 2 : la couverture vaccinale**

<b>DTP % (n)</b>	
A jour	46% (n=60)
Non à jour	33% (n=42)
Donnée manquante	21% (n=27)
<b>Pneumocoque % (n)</b>	
A jour	19% (n=24)
Non à jour	67% (n=87)
Donnée manquante	14% (n=18)
<b>Grippe % (n)</b>	
A jour	25% (n=32)
Non à jour	64% (n=82)
Donnée manquante	11% (n=15)

### III.4 Hépatites virales

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée chez les patients non immunisés vis-à-vis du VHA (IgG anti-VHA négatifs), en cas de co-infection par le VHC ou le VHB, en cas d'hépatopathie chronique et chez les patients à risque d'exposition (homosexuels, toxicomanes intraveineux et voyageurs en zone d'endémie).

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée en l'absence de marqueur sérologique du VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs et anti-HBc négatifs).

Le **tableau 3** présente le statut vaccinal vis-à-vis des hépatites A et B des patients, mais également la présence d'une co-infection par les hépatites B (6%) et C (15%).

**Tableau 3 : les hépatites virales**

<b>Hépatite A : vaccination indiquée (% , (n))</b>	
Oui	29% (n=37)
Non	45% (n=58)
Donnée manquante	26% (n=34)
<b>IgG anti-VHA (% , (n))</b>	
Présent	28% (n=36)
Absent	42%(n= 54)
Donnée manquante	30% (n= 38)
<b>Hépatite B (% , (n))</b>	
Infection chronique virale B	6% (n= 8)
Vacciné	39% (n=50)
Infection ancienne guérie	31% (n=40)
Non immunisé	19% (n=24)
Donnée manquante	7% (n=9)
<b>Hépatite C chronique (% , (n))</b>	
Oui	15% (n=19)
Non	81% (n=105)
Donnée manquante	4% (n=5)

Dix-neuf pour cent des patients étaient non immunisés pour l'hépatite B et relèveraient donc d'un schéma vaccinal complet renforcé, soit quatre doubles doses (soit 40 microgrammes administrés à J0, M1, M2 et M6). Pour 29% une vaccination pour l'hépatite A serait indiquée.



### III.5 Bilan néphrologique

Le **tableau 4** détaille la fonction rénale des patients, avec leur DFG en ml/min/1,74m<sup>2</sup> calculé par la formule CDK EPI et le rapport protéine sur créatinine urinaire.

Selon nos résultats, 37% des patients avaient une clairance CKD-EPI < 90 ml/min et 5% avaient une clairance < 60 ml/min ce qui correspond à une maladie rénale de stade 2. Trente-quatre pour cent des patients avaient une protéinurie > 300 mg/g de créatininurie.

**Tableau 4 : le bilan néphrologique**

<b>Clairance de la créatinine (CKD EPI) (% , (n))</b>	
>90ml/min	56% (n=73)
<90ml/min	37% (n=48)
<60ml/min	5% (n=6)
<30ml/min	2% (n=2)
<b>Rapport protéine/créatinine urinaire (% , (n))</b>	
<150 mg/g de créatininurie	49% (n=64)
<300 mg/g de créatininurie	34% (n=44)
<1000 mg/g de créatininurie	3% (n=4)
Donnée manquante	14% (n=18)

### III.6 Bilan cardio-métabolique

Le **tableau 5.1** détaille les niveaux de risque cardiovasculaire et le risque d'événement coronarien à 10 ans. Il est calculé sous forme de pourcentage, selon le nombre de facteurs de risque cardiovasculaire et les antécédents du patient (5).

Le pourcentage de ces différents facteurs de risque cardiovasculaire est détaillé dans le **tableau 5.2**.

Le **tableau 5.3** présente le dépistage de l'hypercholestérolémie et sa prise en charge. Un syndrome métabolique a été découvert dans 13% des cas. Cinquante-six pour cent des patients ont eu accès à une consultation avec une diététicienne.

Le détail de la consultation avec un cardiologue est présenté dans le **tableau 5.4**. Un bilan cardiologique complémentaire était indiqué dans 46% des cas, dont une épreuve d'effort dans 19%. Les indications des examens complémentaires étaient l'existence de symptômes cardiovasculaires (douleur thoracique, dyspnée, palpitations, oedème des membres inférieurs, claudication intermittente, souffle vasculaire, HTA), une anomalie

électrocardiographique (ECG), les personnes à haut risque cardiovasculaire de plus de 50 ans désirant reprendre une activité physique, ou ceux de plus de 50 ans et ayant  $\geq 2$  FDR (même asymptomatiques et avec un ECG normal).

Concernant la cible de LDL cholestérol, une statine était indiquée dans 7% des cas.

**Tableau 5.1 : les niveaux et nombre de facteurs de risque cardiovasculaire**

<b>Niveau de risque cardiovasculaire à 10 ans</b>	
Très faible	23% (n=30)
Faible (risque < 5%)	22%(n=28)
Modéré (risque 5 à 10%)	22% (n=28)
Intermédiaire (risque 10 à 20 %)	27% (n=35)
Elevé (risque > 20%)	6% (n=8)
<b>Nombre de facteurs de risque</b>	
0	22% (n=28)
1	22% (n=29)
2	22% (n=30)
3	22% (n=28)
4	9% (n=12)
5	1% (n=1)

**Tableau 5.2 : les facteurs de risque cardiovasculaire**

<b>Age</b>	35% (n=45)
<b>Tabac actuel</b> ou sevrage depuis moins de 3 ans	36% (n= 46)
<b>HTA</b>	15% (n=20)
<b>Diabète</b>	5% (n=7)
<b>Antécédent familial</b>	9% (n=12)
<b>Bilan lipidique</b>	
HDL < 0,4	23% (n=30)
HDL > 0,6 (facteur protecteur)	29% (n=38)
LDL > 1,6 g/l	12% (n=16)
<b>Lié au VIH</b>	
Dont - Nadir de CD4<200/m3	43% (n=33)
- Utilisation d'IP > 10 ans	2% (n=3)
- CD8 > 800/mm3	36% (n=46)

**Tableau 5.3 : le bilan lipidique**

Objectif LDL atteint	82% (n=106)
Patient sous statine	9% (n=12)
Statine indiquée	7% (n=9)
Syndrome métabolique	16% (n=13)
Consultation diététicienne	53% (n=69)

**Tableau 5.4 : la consultation cardiologique**

Consultation avec un cardiologue	95% (n=123)
Complications dépistées	27% (n=35)
Examens complémentaires recommandés	43% (n=55)
Epreuve d'effort recommandée	19% (n=25)

### III.7 Bilan d'ostéoporose

Les indications de l'ostéodensitométrie sont similaires à celles de la population générale (quels que soient l'âge et le sexe) :

En cas de signes d'ostéoporose : la découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale sans contexte traumatique ni tumoral évident, un antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur.

En cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : une corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose  $\geq 7,5$  mg/jour d'équivalent prednisone, un antécédent documenté de pathologie ou de traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose, un hypogonadisme, une hyperthyroïdie évolutive non traitée, un hypercorticisme, une hyperparathyroïdie primitive et ostéogénèse imparfaite.

Chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse), les indications supplémentaires sont : un antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1<sup>er</sup> degré ; un indice de masse corporelle  $< 19$  kg/m<sup>2</sup> et une ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause.

Il existe des facteurs de risque d'ostéoporose spécifiques chez les pvVIH qui sont un nadir CD4  $< 200$ /mm<sup>3</sup> ou stade Sida, une co-infection par le VHC, le traitement par inhibiteurs

de protéase ou ténofovir.

Ainsi, dans la population de pvVIH, doivent avoir une ostéodensitométrie, les hommes > 60 ans, ceux de < 60 ans avec IMC < 20 kg/m<sup>2</sup> ; et les hommes < 60 ans, IMC entre 20 et 23 kg/m<sup>2</sup>, et nadir de CD4 < 200/mm<sup>3</sup> (4).

Trente et un pour cent des patients avaient précédemment bénéficié d'une ostéodensitométrie et 16% avaient une indication à faire l'examen. Faute de disponibilité de densitométrie à l'hôpital Joseph Ducuing, il était recommandé dans le courrier adressé aux médecins traitants d'organiser cet examen en ville.

### III.8 Bilan carcinologique

Le dépistage du cancer du colon (via la technique de l'hémocult), ainsi que celui de la prostate gardent des indications similaires à celles de la population générale, ils sont détaillés dans le **tableau 6**. Pour le dépistage du cancer de la prostate, un dépistage par toucher rectal, à partir de l'âge de 50 ans, et selon la présence de symptômes est recommandé (4).

Les suivis proctologiques et gynécologiques sont spécifiques pour les pvVIH, selon leurs antécédents et leur nombre de CD4 et, pour les femmes, une présence d'HPV antérieure. Un bilan gynécologique est recommandé annuellement si le taux de CD4 > 200/mm<sup>3</sup>, bi-annuellement si < 200 / mm<sup>3</sup>. Ces dépistages sont détaillés dans le **tableau 6**.

**Tableau 6 : le bilan carcinologique**

<b>Cancer du côlon</b>	
Dépistage Hemocult indiqué	29% (n=37)
Dépistage réalisé (sur les cas indiqués)	32% (n=12)
Hemocult Positif	5% (n=2)
<b>Cancer de la Prostate</b>	
Dépistage indiqué	39% (n =34)
Antécédent de dépistage	8% (n=7)
Dépistage réalisé à l'HDJ	59 % (n=20)
PSA anormal	15% (n=3)
Cancer de la prostate	5% (n=1)
<b>Lésions anales</b>	

Consultation Proctologique indiquée	55% (n=71)
Antécédent de consultation proctologique	23% (n=30)
Consultation proctologique à l'HDJ	37% (n=48)
Anomalie dépistée	37,5 % (n=18)
<b>Cancer du col utérin</b>	
Consultation gynécologie HDJ	62% (n=27)
Frottis réalisés	48 % (n=13)
Anomalies dépistées	15% (n=2)
Mammographies réalisées	33% (n=9)
Anomalies dépistées	22% (n=2)

### III.9 Consommation de toxiques

Elle est détaillée dans le **tableau 7**.

**Tableau 7 : la consommation de toxiques**

<b>Tabagisme actif</b>	36% (n=46)
<b>Consommation d'alcool</b>	
Occasionnelle	30% (n=39)
Quotidienne	6% (n=8)
Exogénose chronique	4% (n=6)
Donnée manquante	4% (n=6)
<b>Consommation de drogue</b>	
Cannabis	13% (n=17)
Cocaïne	3% (n=4)
Héroïne	1% (n=1)
Donnée manquante	2% (n=2)

### III.10 Bilan biologique réalisé le jour de l'HDJ

Le bilan immunologique réalisé le jour de l'hospitalisation de jour est représenté dans le **tableau 8**. Une virémie positive était retrouvée dans 13% des cas. Trois pour cent des patients avaient des  $CD4 < 200/mm^3$ .

**Tableau 8 : le bilan immunologique prélevé le jour de l'HDJ**

<b>Nombre CD4 (/mm3)</b>	
>500	68% (n=88)
>200	27% (n=35)
<200	3% (n=4)
Donnée manquante	2% (n=2)
Virémie positive (% , n)	13% (n=17)
Virémie moyenne (copies/ml) +/- ET	21951 +/- 62275
Complément ou vérification biologique	23% (n=27)

### III.11 Synthèses et propositions

Le **tableau 9** détaille les conclusions et propositions faites à la fin des bilans annuels. Pour 20% des patients une modification thérapeutique était proposée. Une mise à jour du calendrier vaccinal était nécessaire dans 68% des cas et les propositions d'investigations complémentaires étaient majoritairement cardiologiques (46%) et gastro-entérologiques (31%).

Il est également à noter que des compléments d'examens biologiques s'avéraient conseillés pour 23% des patients.

**Tableau 9 : les synthèses et propositions de l'HDJ**

Proposition de passage en RCP VIH	2% (n=2)
Proposition de modification thérapeutique	20% (n=27)
Proposition cardiologique	46% (n=54)
Epreuve d'effort recommandée	19% (n=25)
Vaccins à mettre à jour	68% (n=79)
A vérifier	18% (n=21)
Recommandation gastro-entérologique	31% (n=37)
Recommandation psychiatrique	5% (n=6)
Complément ou vérification biologique	23% (n=27)

## IV DISCUSSION

### IV.1 Résultats principaux

Nous avons étudié 128 patients hospitalisés pour bilan annuel VIH en hospitalisation de jour à l'hôpital Joseph Ducuing en 2016, représentant 26% de la file active des patients VIH suivis sur l'établissement (501 patients en 2016).

La couverture vaccinale était insuffisante dans 68 % des cas. Elle était de 46% pour le DTP, 25% la grippe, 19% pour le pneumocoque. Une modification thérapeutique était proposée pour 20% des patients (complication, effet secondaire, prévention de toxicité). Concernant le niveau de risque cardiovasculaire, celui-ci était de très faible à élevé pour environ 20% des patients et très élevé pour 6% des patients. En outre, 13% des patients répondaient aux critères de syndrome métabolique. Selon les recommandations, un bilan cardiologique complémentaire était donc indiqué dans 46% des cas, dont une épreuve d'effort dans 19%.

Concernant la fonction rénale, 37% des patients avaient une clairance CKD-EPI < 90 ml/min et 5% avaient une clairance < 60 ml/min. Trois pour cent des patients avaient une protéinurie > 300 mg/g de créatinine urinaire.

Concernant le dépistage de lésions anales, 55% des patients avaient une indication à avoir une consultation proctologique. 37% des patients en ont bénéficié le jour de l'HDJ et une anomalie a été dépistée lors de cet examen chez 37% d'entre eux.

Une consultation de gynécologie a été effectuée chez 27 femmes (62%) avec 15% d'anomalies dépistées au frottis cervico-vaginal et 22% à la mammographie.

Une recherche de sang dans les selles était indiquée pour 29% des patients, et n'a été réalisée que chez 32% des patients concernés. La recherche était positive dans 5% des cas.

Un de nos principaux points de comparaison pour cette thèse est l'étude de l'HDJ VIH de Marseille en 2008, incluant 233 pvVIH qui représentaient 30% de leur file active (6). Leur travail, présenté aux Journées Nationales d'Infectiologie, reprend les conclusions et dépistages de leur propre bilan de synthèse annuel, similaire au nôtre.

#### **IV.2 Biais et limites de l'étude**

Le caractère rétrospectif de notre travail engendrait les biais habituels de ce type d'étude, notamment en termes de recueil de données manquantes ou non renseignées, ceci pouvant conduire à minimiser la portée des résultats.

Les patients inclus étaient ceux participants à l'HDJ, donc bien suivis et intégrés dans un réseau de soins, ils ne reflétaient que partiellement ceux de la file active ou la population générale des pvVIH. Ceci représente un biais de sélection. De même, les patients n'ayant

pas souhaité le bilan en HDJ ne sont pas pris en compte, ainsi que ceux suivis en ville, ayant déjà réalisé les dépistages et ne pouvant donc pas bénéficier de cette prise en charge.

### **IV.3 Epidémiologie**

La population de notre étude était composée en majorité d'hommes, dont l'âge moyen était de 49 ans. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des patients prenaient un traitement spécifique pour leur infection VIH. Onze pour cent avaient une charge virale positive. La durée moyenne d'infection était de 10 ans. L'évaluation numérique globale moyenne donnée par le patient comprenant la tolérance, la simplicité, le nombre de comprimés et de prises était de 9,3/10.

Si l'on compare ces données avec celles de la population française de métropole dans la base de données hospitalière française sur l'infection par le VIH (FHDH ANRS CO4), la proportion de femmes prises en charge est stable en 2011 par rapport à 2008 (33%), l'âge médian en 2011 est de 48 ans au niveau global. La séropositivité était connue depuis une durée médiane de 10,5 ans chez les femmes et de 12,6 ans chez les hommes (4). Dans l'étude VESPA 2, plus de 9 patients enquêtés sur 10 (93 %) reçoivent un traitement antirétroviral en 2011, avec une hétérogénéité selon l'ancienneté du diagnostic et les sous-groupes de patients (4). Quatre-vingt treize pour cent des personnes prenant le traitement depuis au moins 6 mois ont une charge virale < 200 copies/ml en 2011 et 88 % une charge virale < 50 copies/mL (4).

### **IV.4 La couverture vaccinale : insuffisante**

L'incidence des infections pulmonaires ou invasives à pneumocoque est supérieure chez les patients porteurs du VIH à celle de la population générale (4). Une vaccination systématique est donc recommandée selon le schéma suivant : une dose de vaccin conjugué 13-valent suivie d'une dose de vaccin polysidique 23-valent, au moins 2 mois après le vaccin conjugué 13-valent. Bien que la grippe saisonnière ne soit pas plus fréquente chez nos patients, elle peut cependant augmenter la morbi-mortalité de ces patients (4).

La couverture vaccinale des patients inclus s'avérait très insatisfaisante, même si une partie importante des données était manquante. En majorité pour le DTP, car les patients n'avaient pas leur carnet de santé sur eux ou ne connaissent pas leur statut vaccinal. Moins de la moitié des patients étaient à jour pour le DTP, moins d'un quart des patients pour la



grippe et le pneumocoque. Pour ces deux derniers vaccins, on constatait une grande réticence, voire un refus des patients.

Si l'on compare ces résultats à ceux de la population générale : pour le DTP, les résultats d'une étude sur la population française en 2001 montrent que seuls 58,4 % sont à jour de leurs rappels, ce qui signifie que 40 % de la population adulte n'est pas actuellement correctement protégée (7).

Concernant la grippe en 2007/2008 : sur les 11 618 719 personnes ciblées, le taux de couverture vaccinale globale était de 51,5 % (9,6 % chez les moins de dix ans, 15,0 % entre dix et 19 ans, 28,1 % entre 20 et 64 ans et 63,3 % pour les 65 ans et plus) (8).

Quant à la couverture vaccinale des patients VIH français d'autres régions : en 2007, sur 331 patients séropositifs VIH de la COREVIH Alsace, 71 patients (21,4 %) étaient vaccinés pour la grippe, 11 patients (3,3 %) contre le pneumocoque, et 126 (56,2 %) contre le tétanos (9). Les principaux motifs de non-vaccination étaient l'absence de proposition par le praticien, le manque d'efficacité attendue et la crainte d'un effet immunovirologique (9).

La population VIH étudiée a donc, bien que plus fragile, une plus mauvaise couverture vaccinale que la population générale française.

#### **IV.5 Les hépatites : co-infection et vaccination**

Dix-neuf pour cent des patients étaient non immunisés donc recommandés pour la vaccination hépatite B et 29% avaient une indication pour celle de l'hépatite A.

Six pour cent de patients présentaient une co-infection avec l'hépatite B et 15% avec l'hépatite C.

Du fait de modes de transmission communs au VIH et au virus de l'hépatite B (VHB), le pourcentage de personnes infectées par le VIH ayant été en contact avec le VHB (anticorps anti-HBc positif) était élevé (37,6 %), alors que la prévalence d'une infection VHB active chez les pvVIH (Ag HBs+ ou ADN VHB+) était de 7 % en France en 2004 (10).

L'infection par le VHC concerne 16 à 19% des personnes infectées par le VIH en France.

Cette co-infection aggrave l'histoire naturelle et le pronostic de l'infection par le VHC,

et la mortalité hépatique est la première cause de décès chez les patients co-infectés (43%) (3).

#### **IV.6 Le risque rénal**

Globalement, le risque rénal est multiplié d'un facteur de 5 à 10 dans la population infectée par le VIH comparée à la population générale, la fonction rénale étant un facteur indépendant majeur de mortalité (4).

Du fait des facteurs de risque vasculaire, du vieillissement de cette population particulière et de la néphrotoxicité potentielle des ARV (et également des traitements utilisés pour traiter les infections opportunistes), il est recommandé d'évaluer la fonction globale du rein au moins annuellement.

La majorité des ARV ayant une élimination rénale, leur posologie doit être adaptée à la fonction rénale.

Dans l'étude « vieillir avec le VIH » 9,4% des patients de plus de 50 ans avec un VIH « ancien » ont un DFG < 60 ml/min (11).

Dans une étude plus récente au sein de la cohorte Aquitaine, l'incidence de la maladie rénale chronique a été estimée à 9,5 pour 1 000 personnes-années avec des facteurs de risque classiques (âge avancé, hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie...), des facteurs liés à l'infection par le VIH (stade Sida, nombre actuel de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>) et des facteurs liés à l'exposition aux antirétroviraux, c'est-à-dire l'exposition de plus de 12 mois au ténofovir, en particulier en cas d'association avec un inhibiteur de protéase (12).

#### **IV.7 Le bilan cardio-métabolique**

La prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire est plus élevée chez les patients infectés par le VIH âgés que dans la population générale (2).

Chez les pvVIH, l'incidence de l'infarctus du myocarde a été estimée à 1,24 pour 1000 entre 2000 et 2006. Elle est plus élevée que dans la population générale avec un risque relatif d'infarctus du myocarde de 1,4 chez les hommes et de 2,7 chez les femmes (13).

En France, les maladies cardiovasculaires constituent la troisième cause de décès des pvVIH et le risque d'infarctus du myocarde y est également plus élevé que dans la population générale. L'augmentation de ce risque est due à une fréquence plus élevée de

facteurs de risque cardiovasculaire (tabac), à l'exposition aux antirétroviraux (durée d'exposition aux IP) et aux effets propres à l'infection due au VIH.

Les facteurs de risque cardiovasculaire les plus fréquemment retrouvés dans notre étude étaient le tabac (35%), l'âge (36%) et concernant ceux spécifiques au VIH le nadir de CD4 bas (43%) et les CD8 élevés (36%). A noter : 23% des patients avaient un facteur protecteur avec un HDL cholestérol élevé.

Le niveau de risque correspond au risque d'avoir un infarctus du myocarde à 10 ans, il est calculé selon le nombre de facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV) et donne un objectif de LDL à atteindre (voir annexe 1). Le niveau de risque est stratifié en cinq catégories de « très faible » à « élevé ». Les quatre premières correspondent, pour chacune, à 20% à 30% des patients, tandis que 6% présentent, eux, un risque élevé (> 20% de risque de maladie coronaire à 10 ans).

La cohorte Aquitaine ANRS CO3 suit des pvVIH depuis 1983, incluant plus de 8000 patients en 2013. Les causes de morbidité vasculaire au sein de cette cohorte comprennent des myocardopathies ischémiques à 32 %. Les niveaux de risque de leurs patients sont similaires aux nôtres (4).

Quatre vingt quinze pour cent des patients de l'HDJ avaient bénéficié d'une consultation avec un cardiologue, avec prescription d'examen complémentaires pour 43% d'entre eux et une recommandation afin de réaliser une épreuve d'effort pour 19%. Concernant le bilan lipidique : seulement 9% des patients étaient traités par une statine alors que 18% n'avaient pas atteint leur objectif de LDL.

Pour l'hospitalisation de jour de patients VIH de Marseille, le critère d'indication à une consultation avec un cardiologue était un âge supérieur à 45 ans ou plus de trois facteurs de risque cardiovasculaire. Sur les 112 patients en ayant bénéficié, 98 ont réalisé une épreuve d'effort et 15 une scintigraphie myocardique, permettant de diagnostiquer dans 17 cas une anomalie, nécessitant une coronarographie pour un patient. Sur les 102 échographies cardiaques réalisées trois valvulopathies ont pu être dépistées, ainsi qu'une HTAP, une insuffisance cardiaque et une hypertrophie cardiaque (6).

#### **IV.8 L'ostéoporose**

L'ostéodensitométrie était indiquée pour 16% des nos patients, bien que notre infrastructure ne permette pas la réalisation à l'hôpital Joseph Ducuing des densitométries, il était recommandé aux médecins traitants des patients d'en faire réaliser une en ville

Dans l'étude marseillaise, celle-ci est systématiquement réalisée si le patient présente au moins 3 facteurs de risque. Ainsi 12 ont été réalisées, permettant de diagnostiquer 5 cas d'ostéoporoses (6).

#### **IV.9 Le bilan carcinologique : un dépistage efficace**

L'étude ONCOVIH recense les nouveaux diagnostics de tumeurs en 2006 en France chez les patients infectés par le VIH. En comparaison à la population générale, le taux standardisé de morbidité a été estimé à 3,5 (IC à 95 % : 3,3 - 3,8) chez les hommes et 3,6 (IC 95 % : 3,2 - 4,0) chez les femmes et est particulièrement augmenté chez les hommes de moins de 50 ans et les femmes de moins de 40 ans (14).

Concernant le dépistage du cancer colorectal : 5% d'anomalies ont été découvertes, ce qui représente deux patients qui pourront être pris en charge en réalisant une coloscopie de dépistage.

Pour le dépistage du cancer de la prostate, 59% des patients pour lesquels le dépistage était indiqué en ont bénéficié, avec découverte d'un taux de PSA anormal pour trois d'entre eux, et d'un cancer de la prostate.

37% des patients ont bénéficié d'une consultation de dépistage du risque proctologique, ce qui a permis de dépister une anomalie chez 37,5% d'entre eux.

La prévalence et l'incidence des lésions de haut grade liées au papillomavirus aussi bien chez les hommes que les femmes pvVIH sont plus élevées que dans la population générale, et augmentent avec l'immunodépression (15). Il est indiqué de renforcer le dépistage du cancer anal chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, chez toute personne ayant des antécédents de condylomes et chez les femmes ayant présenté une dysplasie ou un cancer du col utérin, et ce de manière annuelle.

Lors de l'HDJ de Marseille, sur les 20 consultations proctologiques réalisées, quatre cas présentant des condylomes et un cancer anal ont été découverts (6).

Le suivi gynécologique des femmes porteuses du VIH, dépendant du nombre de CD4 et des antécédents gynécologiques (recherche du virus HPV) est plus rapproché que pour la population générale, avec un FCV annuel au minimum. 62% des patientes ont pu bénéficier d'une consultation gynécologique lors de l'hospitalisation de jour.

Sur les 13 FCV réalisés, une mycose et une infection à Gardnerella ont pu être diagnostiquées et traitées, une colposcopie a été demandée devant la découverte d'HPV de génotype à haut risque.

Une lésion vulvaire découverte à l'examen clinique lors de l'HDJ s'avérera être un carcinome in situ pour lequel la patiente a été prise en charge chirurgicalement.

Sur les 9 mammographies, 7 étaient normales. Pour les deux présentant une anomalie. L'une étant cotée ACR4 ; elle a amené à la réalisation d'une biopsie s'est révélée normale. L'autre a permis la découverte de micro-calcifications et a abouti à une surveillance rapprochée de la patiente.

L'échographie pelvienne demandée en HDJ devant des métrorragies a permis la découverte d'un utérus fibromateux.

A l'HDJ de Marseille, 11 patientes ont bénéficié des consultations de gynécologie, avec découverte d'un cancer du sein à la mammographie.

#### **IV.10 La consommation de toxiques**

La population générale française compte 32% de tabagiques. Dans notre étude, 36% des patients étaient fumeurs. Une exogénose chronique était présente chez 4% des patients. Ces données sont similaires à celles de la cohorte Aquitaine. D'autres consommations ont été rapportées, grâce au questionnement systématique des patients sur leurs consommations. Le risque d'interactions pharmacologiques entre antirétroviraux et drogues ou produits de substitution doit être pris en compte dans le choix des antirétroviraux.

#### **IV.11 La synthèse**

Une modification thérapeutique était proposée pour 20% des patients et une proposition de présentation en RCP VIH (organisée par le COREVIH) était faite pour 2% des patients. Une réévaluation annuelle de traitement était préconisée par les groupes d'experts et

l'apport critique d'un médecin différent du médecin habituel dans l'interrogatoire et l'examen clinique du patient est probablement souhaitable.

Une mise à jour vaccinale, tous vaccins confondus était nécessaire dans 68% des cas.

Un complément ou une vérification biologique à distance était proposé pour 23% des patients.

#### **IV.12 Et le rôle du médecin généraliste ?**

Le bilan de synthèse annuel réalisé à Joseph Ducuing est adressé aux médecins traitants. Comme indiqué dans le rapport Morlat « Le dépistage et la prise en charge de la plupart des comorbidités associées au VIH relèvent du champ de compétences de la médecine générale ».

Dans la cohorte VESPA 2 Métropole, échantillon de pvVIH suivis à l'hôpital, l'immense majorité des personnes interrogées (98 %) déclarent que leur suivi VIH est assuré principalement à l'hôpital (4). La mise en place d'un suivi partagé ville-hôpital semble pourtant être au cœur des recommandations des groupes d'experts. Il est proposé que le médecin généraliste soit impliqué dans son rôle de coordination de l'ensemble des professionnels du champ sanitaire et social, en particulier pour promouvoir l'accès aux consultations spécialisées et aux dépistages en ville. Il peut aussi assurer le suivi et le renouvellement de traitement ARV une fois le bilan immunologique stabilisé et participer à l'aide à l'observance.

Pour faciliter un accès à une information médicale adaptée aux généralistes et pour les inciter au suivi des pvVIH sont proposés : l'inscription de la maladie VIH dans le dispositif de développement professionnel continu (DPC), une revalorisation de leurs actes comme la notion de consultation clinique complexe, similaire à celle pour les maladies neurodégénératives ou les sorties d'hospitalisation, ainsi qu'un cumul d'actes pouvant bénéficier au suivi des patients ajouté à l'acte clé de consultation (tests neurocognitif, de dépression, frottis, ECG) (4).

Et qu'en est-il de l'opinion des patients ? Pour sa thèse de médecine générale, le Dr Camille Aude a interrogé des pvVIH sur leur suivi. Dans son étude, le médecin généraliste était le plus souvent au courant de l'infection par le VIH (91 % des cas), mais près de 20 % des patients déclaraient avoir changé de médecin généraliste dans les suites de leur

diagnostic d'infection par le VIH (16).

La grande majorité des patients interrogés (93 %) a déclaré un médecin traitant, qui était médecin généraliste pour près des 3/4 d'entre eux. Près de la moitié des patients voyait son médecin généraliste de façon régulière (au moins une fois tous les 6 mois), alors qu'un tiers d'entre eux disaient le voir seulement pour des problèmes aigus.

La principale raison évoquée pour ne pas consulter le médecin généraliste était le fait d'avoir déjà un suivi régulier à l'hôpital et donc l'absence d'intérêt de consulter un autre médecin (2/3 des patients) ; le manque de connaissances à propos du VIH par le médecin généraliste ou la volonté de séparer le suivi du VIH des autres problèmes de santé étaient quant à eux cités chacun par environ 1/3 des patients.

La COREVIH de Franche-Comté a mis en place, avec l'aide de l'ARS, un dossier médical partagé nommé E NADIS accessible à l'hôpital et par les médecins généralistes. Ces derniers étaient rémunérés pour leur formation à l'utilisation du logiciel, au suivi du pvVIH et pour les consultations. Etaient inclus les patients stables sous traitement ARV ou asymptomatiques sans traitement. La fréquence de suivi était de deux consultations par an pour le médecin traitant et une par an pour le médecin hospitalier. Si les difficultés informatiques semblaient au premier plan, les 25 patients inclus, les médecins hospitaliers et généralistes étaient tous satisfaits de cette prise en charge coordonnée. Les patients appréciaient la souplesse des horaires, la flexibilité du suivi et l'écoute du généraliste. Ces derniers ont été satisfaits de la formation, de la communication et des échanges faciles et sont devenus plus à l'aise dans le suivi et le dépistage du VIH (17).

#### **IV.12 Perspectives et propositions**

Bien que nos résultats mettent en lumière l'intérêt d'un suivi pluridisciplinaire dans le format d'une hospitalisation de jour pour les personnes vivant avec le VIH, il semblerait très pertinent de refaire une analyse des résultats de l'HDJ de ces mêmes patients à un an.

L'utilité serait d'évaluer la mise en place des recommandations, la mise à jour du calendrier vaccinal, les épreuves d'efforts réalisées, mais également afin d'évaluer le bénéfice des modifications thérapeutiques.

Comme abordé dans le chapitre précédent, le rôle clef du médecin généraliste dans le suivi de la pathologie chronique qu'est l'infection VIH est l'une des perspectives à développer.

L'application des recommandations du bilan de synthèse annuel qui leur est adressé, avec en particulier la mise à jour de la couverture vaccinale, la surveillance des facteurs de risque cardiovasculaire ou des dépistages carcinologiques tient de la pratique courante de médecine générale. Mon travail de mémoire de DES portera d'ailleurs sur le suivi des patients passés à l'HDJ en ambulatoire par leur médecin traitant via un questionnaire qui leur est adressé, et porte également sur la fréquence de suivi de ces patients et l'aptitude subjective du médecin à réaliser le suivi.

Enfin, en 2009 la COREVIH de Franche Comté adresse un questionnaire aux pvVIH leur proposant une hospitalisation de jour pour réaliser le bilan de synthèse annuelle. Sur les 308 réponses, 69% des patients interrogés indiquent pouvoir se libérer pour cette journée et seuls 10 expriment un refus. Les consultations les plus demandées sont la cardiologie (19%), la dermatologie (14%), la pneumologie (13%) et les consultations mémoire (12%). Quatre-vingt-dix-sept patients désirent voir leur médecin référent pour ce bilan de synthèse (18).

Il serait donc pertinent d'interroger nos patients suivis en HDJ sur leurs attentes et leur degré de satisfaction en ce qui concerne la qualité de la prise en charge.



## V CONCLUSION


Avec le vieillissement de la population des personnes vivant avec le VIH, de nouvelles problématiques apparaissent et les comorbidités deviennent alors un enjeu majeur dans leur prise en charge.


Un bilan de synthèse annuelle est recommandé pour le suivi des personnes vivant avec le VIH. Sa réalisation lors d'une hospitalisation de jour et l'utilisation d'une fiche de renseignements standardisée permettent d'aborder tous les points de manière exhaustive, de proposer une prise en charge pluridisciplinaire et le regard nouveau d'un médecin autre que le médecin habituel pour une critique constructive de la prise en charge.

Au sein de cette population suivie médicalement, la couverture vaccinale est insuffisante, le risque cardiovasculaire est certainement sous-évalué en consultation, de même que le risque rénal. Le dépistage proctologique est sous effectué en externe. Le dépistage carcinologique est nécessaire pour cette population à risque, particulièrement pour les lésions anales et les cancers gynécologiques. Une réévaluation annuelle du traitement anti rétroviral est primordiale, probablement d'autant plus pertinente qu'elle est réalisée par un autre médecin que le médecin habituel des patients.

Le médecin généraliste garde un rôle non seulement dans le dépistage du VIH mais également dans la prévention et le suivi des complications et des comorbidités.

L'analyse à un an de la mise en œuvre des recommandations émises lors du bilan annuel serait un travail complémentaire intéressant pour conforter l'intérêt du bilan annuel VIH.

*1/4*  
Toulouse le 15/05/2018  
  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 15/05/2018  
Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIE  


## BIBLIOGRAPHIE

1. Pallela FJJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining Morbidity and Mortality Among Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection. *N Engl J Med*. 1998;338(13):853–60.
2. Flexor G, Zucman D, Berthé H, Meier F, Force G, Greder-Belan A, et al. Vieillesse et infection par le VIH : Suivi de 149 patients âgés de plus de 60ans infectés par le VIH (COREVIH\*île-de-France Ouest). *Press Medicale*. 2013;42(5).
3. Roussillon C, Hénard S, Hardel L, Rosenthal E, Aouba A, Bonnet F, et al. Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2012;(46-47):541 - 5.
4. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Rapport 2013: recommandations du groupe d'experts. Paris: La documentation française; 2013.
5. Ferrières J. Évaluation Du Risque Cardiovasculaire. *Arch Cardiovasc Dis Suppl* [Internet]. 2012;4(4):248–58. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1878-6480\(12\)70840-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1878-6480(12)70840-6)
6. Zekri K, Robert C, Frentiu E, Letranchant L, Burty C, Rabaud C, et al. Dé pistage des complications des patients infectés par le VIH : Circulaire frontière novembre 2007 • Conditions de tarification en HDJ du bilan de. 2009;
7. Beytout J, Denis F, Allaert FA. Vaccinal status of the adult French population. [French, English] Description du statut vaccinal de la population adulte Française. *Med Mal Infect* [Internet]. 2002;32(12):678–88.
8. Tuppin P, Samson S, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Taux de couverture vaccinale contre la grippe en France en 2007-2008 : apport des données de remboursement du régime général. *Med Mal Infect*. 2009;39(10):780–8.
9. Mohseni-Zadeh M, Rey D, Batard ML, Beck Wirth G, Partisani ML, Lang JM, et al. Insuffisance de couverture vaccinale d'une cohorte française de patients séropositifs VIH. *Med Mal Infect*. 2010;40(12):683–90.
10. Pialoux G, Salmon D, Antona D, Strat Y Le, Piroth L, Pol S, et al. Surveillance and outbreak reports prevalence of the hepatitis C and hepatitis B infection in the HIV infected Population of France 2004 in. 2004;8–11.
11. Cuzin L, Katlama C, Cotte L, Pugliese P, Cheret A, Bernaud C, et al. Ageing with HIV: do comorbidities and polymedication drive treatment optimization? *HIV Med*. 2017;18(6):395–401.
12. Morlat P, Vivot A, Vandenhende MA, Dauchy FA, Asselineau J, Déti E, et al. Role of Traditional Risk Factors and Antiretroviral Drugs in the Incidence of Chronic Kidney Disease, ANRS CO3 Aquitaine Cohort, France, 2004-2012. *PLoS One*. 2013;8(6):2–9.
13. Boccara F. Acute coronary syndrome in HIV-infected patients. Does it differ from

that in the general population? Arch Cardiovasc Dis [Internet]. 2010;103(11–12):567–9.

14. Lanoy E, Spano JP, Bonnet F, Guiguet M, Boué F, Cadranet J, et al. The spectrum of malignancies in HIV-infected patients in 2006 in France: the ONCOVIH study. Int J Cancer. 2011;129(2):467–75.
15. Chaturvedi AK, Madeleine MM, Biggar RJ, Engels EA. Risk of human papillomavirus-associated cancers among persons with AIDS. J Natl Cancer Inst [Internet]. 2009;101(16):1120–30.
16. Aude C. Répartition des rôles ( entre le médecin généraliste et les spécialiste ) dans le dépistage , la prévention et le suivi des comorbidités des patients séropositifs pour le VIH : point de vue des patients To cite this version : HAL Id : dumas-01236218. 2015.
17. Foltzer A, Roch J francois. Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville : ou en est on? experience Franche comptoire [Internet]. 2013.
18. Foltzer A. Bilan de synthèse annuel : faisabilité et réalité [Internet]. 2009.

# Annexes

## Annexe 1

### Bilan de synthèse annuelle VIH en Hospitalisation de Jour

Circulaire N°DHOS/M2A/DGS/RI2/2007/415 du 19 novembre 2007 relative à la tarification d'un GHS au bilan de synthèse annuel dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH

Conditions de tarification en HDJ : 3 examens biologiques dont au moins un bilan immunovirologique immunovirologique + 3 examens et/ou consultations + une consultation médicale de synthèse

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Médecin responsable : \_\_\_\_\_

**Etiquette patient**

Antécédents :

Traitements

#### 1. Analyse critique du traitement

VIH connu depuis : \_\_\_\_\_ HLA B57-01 :  Positif  Négatif  Non fait

Traitement actuel : \_\_\_\_\_

Dernier bilan (date) : \_\_\_\_\_

Charge virale : \_\_\_\_\_ copies/mL

CD4 (%) \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup> ( \_\_\_\_\_ %), CD8 \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

Derniers rapport CD4/CD8 \_\_\_\_\_

Nadir de CD4 (date) : \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup> ( \_\_\_\_\_ )

Génotype de résistance (date) : \_\_\_\_\_

Effets secondaires :  Oui  Non Lesquels \_\_\_\_\_

EVA tolérance du traitement : \_\_\_\_\_ /10

Souhait du patient (*ex. prise unique, moins de comprimés*) : \_\_\_\_\_

#### 2. Vaccinations (cf annexe : rapport Morlat pages 288-289)

- Date du dernier DTP : \_\_\_\_\_ (*tous les 10 ans avec 1 dose de Coqueluche à l'âge adulte même si ATCD de Coqueluche*)

- Grippe annuelle :  Oui  Non  Ne souhaite pas - Pneumocoque :  Oui  Non  Ne souhaite pas

- Hépatite B : Ac antiHbs (titre) :  ( \_\_\_\_\_ ) - Ag Hbs  - Ac antiHbc

- HPV : indiquée :  Oui  Non (*indiqué chez HSH < 26 ans, jeunes filles de 11 à 19 ans*)

- IgG anti-VHA (date) :  négatif  positif ( \_\_\_\_\_ )

Vaccination VHA indiquée :  Oui  Non (*indiquée si hépatopathie, HSH, condition de vie précaire ou collectivité*)

#### 3. Co-infections :

Hépatite B :  oui  non Hépatite C :  oui  non

#### 4. Bilan néphrologique :

Créatininémie : \_\_\_\_\_  $\mu$ mol/L Stable ?  oui  non \_\_\_\_\_ BU :  protéine  sang  glucose

Clairance de la créatininémie : \_\_\_\_\_ ml/min (formule CKD-EPI)

Calcémie : \_\_\_\_\_ mM/L Phosphorémie : \_\_\_\_\_ mM/L

Rapport protéine / créatinine urinaire : \_\_\_\_\_ g/g de créatininurie

Glycosurie : \_\_\_\_\_

Suivi néphrologique :  oui  non mais nécessaire  non (inutile)

Conduite à tenir (si nécessaire) : \_\_\_\_\_

### 5. Bilan cardio-métabolique

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ m IMC : \_\_\_\_\_ Tour de taille : \_\_\_\_\_ cm

Poids stable :  Oui  Non \_\_\_\_\_

Signe de Frank (pli diagonal du lobe de l'oreille) :  Absent  Unilatéral  Bilatéral

Pouls périphériques : Pédieux  Droit  Gauche - Tibial postérieur  Droit  Gauche

Souffle : carotidien  Droit  Gauche - Fémoral  Droit  Gauche

Symptomatologie évocatrice : d'AOMI  Oui  Non - d'angor :  Oui  Non

Glycémie à jeûn : \_\_\_\_\_

Dyslipidémie : Cholestérol total : \_\_\_\_\_ HDL : \_\_\_\_\_ LDL : \_\_\_\_\_ TG : \_\_\_\_\_

#### Facteurs de risque cardiovasculaires :

- Âge : homme  $\geq 50$  ans ou femme  $\geq 60$  ans
  - Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce (IDM ou mort subite) :  
< 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin  
< 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin
  - Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans  (si oui : \_\_\_\_\_ PA)
  - HTA traitée ou non
  - Diabète sucré
  - HDL-cholestérol < à 0,40 g/L (1 mM/L)
  - LDL-cholestérol supérieur à 1,60 g/L
  - Infection par le VIH avec  
ARN VIH non contrôlé  
ou Nadir des CD4 < 200/mm<sup>3</sup>  
ou CD8 > 800/mm<sup>3</sup>  
ou Exposition cumulée > 10 ans aux inhibiteurs de la protéase
  - facteur «protecteur» (=soustraire un risque au score): HDL  $\geq 0,60$  g/L (1,5 mM/L)
- ➔ Nombre de facteurs de risque : \_\_\_\_\_

Niveau de risque (risque à 10 ans)	Facteurs de risque	Objectif de LDL à atteindre
<input type="checkbox"/> Très faible	sans FDR	LDLc < 2,2 g/L (< 5,7 mM/L)
<input type="checkbox"/> Faible (risque < 5 %)	avec 1 FDR	LDLc < 1,9 g/L (< 4,9 mM/L)
<input type="checkbox"/> Modérée (risque 5 à 10 %)	2 FDR	LDLc < 1,6 g/L (< 4,1 mM/L)
<input type="checkbox"/> Intermédiaire (risque 10 à 20 %)	> 2FDR	LDLc < 1,3 g/L (< 3,4 mM/L)
<input type="checkbox"/> Élevé (risque > 20 %)	Antécédents cardiovasculaire Diabète de type 2	LDLc < 1,0 g/L (< 2,6 mM/L)

Objectif LCL atteint ?  Oui  Non

Traitement hypolipémiant en cours ?  Oui  Non Introduction d'un ttt hypolipémiant ?  Oui  Non

Consultation Diététicienne effectuée :  Oui  Non  Ne souhaite pas

Intérêt d'une modification de traitement ARV ?  Oui  Non Laquelle : \_\_\_\_\_

#### Syndrome métabolique Oui Non

Syndrome métabolique si $\geq 3$ critères	
<input type="checkbox"/> Obésité abdominale	tour de taille $\geq 94$ cm chez l'homme $\geq 80$ cm chez la femme
<input type="checkbox"/> Pression artérielle	PAS $\geq 130$ et/ou PAD $\geq 85$ mmHg ou HTA connue
<input type="checkbox"/> Triglycérides	$\geq 1,5$ g/L (1,7 mM/L) ou traitement spécifique
<input type="checkbox"/> HDL Cholestérol	< 0,4 g/L (1 mM/L) chez l'homme < 0,5 g/L (1,3 mM/L) chez la femme ou traitement spécifique
<input type="checkbox"/> Glycémie à jeun	$\geq 5,6$ mmol/L (1g/L) ou diabète de type 2 connu

#### Consultation cardiologique :

Réalisée :  Oui  Non

ECG :  Normal  Anormal : \_\_\_\_\_

TA : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Indication à des explorations complémentaires (ETT + Epreuve d'effort):  Oui  Non

Indications : symptômes cardiovasculaires (douleur thoracique, dyspnée, palpitations, OMI, claudication intermittente, souffle vasculaire, HTA) – anomalie ECG (onde Q et/ou sous-décalage du ST, arythmie, extrasystoles, trouble de conduction) – personnes à haut risque cardiovasculaire -> 50 ans désirant reprendre une activité physique -> 50 ans et  $\geq 2$  FDR (même asymptomatiques et avec un ECG normal)

## 6. Bilan d'ostéoporose (Algorithme de prise en charge : cf Livret des internes)

ATCD d'ostéodensitométrie :  oui  non (date : \_\_\_\_\_)

Indication à réaliser une ostéodensitométrie :  oui  non

Recommandations : Population générale : fracture vertébrale sans contexte évident – ATCD personnel de fracture sans traumatisme majeur - corticothérapie systémique ( $\geq 3$  mois consécutifs et  $\geq 7,5$  mg/jour) – hypogonadisme, hyperthyroïdie non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie. Ménopause + ATCD fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1er degré – IMC < 19 – ménopause < 40 ans. Indications supplémentaires chez VIH : Homme > 60 ans – Homme < 60 ans + IMC < 20 – Homme < 60 ans + IMC 20-23 + nadir CD4 < 200

Ostéodensitométrie réalisée:  oui  non

Résultats et CAT : \_\_\_\_\_

Score Frax® : \_\_\_\_\_

## 7. Bilan carcinologique

Bilan gynécologique : *Recommandation* : annuel si CD4 > 200/mm<sup>3</sup> / bi-annuel si < 200 / mm<sup>3</sup>

Réalisé ce jour :  oui  non

Si oui, conclusion : \_\_\_\_\_

Dernière consultation gynécologique (date) : \_\_\_\_\_

Dernier frottis cervical : (date) : \_\_\_\_\_

Palpation des seins et mammographie indiquées :  oui  non

*Recommandation* : tous les 2 ans de 50 à 74 ans (dès 40 ans si ATCD familial de cancer du sein)

Palpation des seins et mammographie réalisés ce jour :  oui  non

Dernier examen (date) : \_\_\_\_\_ Conclusion : \_\_\_\_\_

Cancer de l'anus (examen proctologique, TR, anoscopie) :

*Recommandation* : HSH, ATCD de condylome (homme ou femme), femme avec ATCD de conisation

Dépistage indiqué :  oui  non Dépistage déjà réalisé :  oui  non

Dernier examen (date) : \_\_\_\_\_ Conclusion : \_\_\_\_\_

Cancer colo-rectal : *Recommandation* : tous les 2 ans de 50 à 74 ans

Dépistage indiqué :  oui  non

Hemocult déjà réalisé :  oui  non Hemocult réalisé ce jour :  oui  non

Dernier examen (date) : \_\_\_\_\_ Conclusion : \_\_\_\_\_

Prostate : *Recommandation* : toucher rectal annuel de 50 à 75 ans

Dépistage indiqué :  oui  non TR déjà réalisé :  oui  non TR réalisé ce jour :  oui  non

Dernier examen (date) : \_\_\_\_\_ Conclusion : \_\_\_\_\_

PSA déjà réalisé :  oui  non PSA réalisé ce jour :  oui  non

Dernier examen (date) : \_\_\_\_\_ Conclusion : \_\_\_\_\_

Peau et cavité buccale :

ATCD carcinologique :  oui  non Anomalie clinique :  oui  non

Si oui, conduite à tenir : \_\_\_\_\_

## 8. Santé sexuelle

Contraception :  oui  non Type : \_\_\_\_\_

En couple :  oui  non Rapports protégés :  oui  non \_\_\_\_\_

Sexualité active :  oui  non  non abordée  ne souhaite pas en parler

Désir d'enfant :  oui  non \_\_\_\_\_

### 9. Addiction

Consommation d'alcool :  jamais  occasionnelle  quotidienne : quantité \_\_\_\_\_

Tabac :  oui  non  sevré, année \_\_\_\_\_

Sevrage envisagé  oui  non Souhait d'une consultation spécialisée  oui  non

Bronchite chronique  oui  non Dyspnée  repos  effort  non

ATCD d'EFR  oui  non EFR réalisée ce jour  oui  non Résultats : \_\_\_\_\_

Cannabis :  oui  non Héroïne :  oui  non Cocaine :  oui  non

### 10. Education thérapeutique / Consultation d'observance

A déjà bénéficié d'une consultation d'observance (date) ?  oui  non (\_\_\_\_\_)

Consultation réalisée ce jour :  oui  non

### 11. Bilan biologique ce jour

## Synthèse et propositions pour l'année à venir :

Synthèse par le Dr \_\_\_\_\_

Médecin référent du patient : Dr \_\_\_\_\_

Complications mise en évidence et CAT  oui  non

Proposition de modification thérapeutique :  oui  non

Justification : \_\_\_\_\_

Proposition d'examens complémentaires  oui  non

Lesquelles : \_\_\_\_\_

Vaccinations à prévoir  oui  non

Lesquelles : \_\_\_\_\_

Proposition de présentation du dossier en réunion de synthèse multidisciplinaire VIH :  oui  non

**INTRODUCTION :** Il est recommandé d'effectuer un bilan annuel chez les personnes porteuses du VIH afin de dépister les comorbidités et de réévaluer le traitement. Un parcours en hospitalisation de jour pour ces patients a été mis en place à l'hôpital Joseph Ducuing.

**MATERIEL ET METHODE :** Etude quantitative, rétrospective, descriptive, observationnelle et monocentrique. L'objectif principal était de décrire les complications dépistées lors du bilan annuel VIH du 01/01/2016 au 31/12/2016. Les données ont été recueillies grâce à une fiche standardisée de renseignement.

**RESULTATS :** Sur les 129 dossiers analysés, 67% étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 49,1 ans. 98% patients étaient traités et l'évaluation des patients était de 9.3/10. Une co-infection hépatite C était notée chez 15% des patients et hépatite B pour 6%. La couverture vaccinale était de 46% pour le DTP, 25% la grippe, 19% pour le pneumocoque. Le niveau de risque cardiovasculaire était d'environ 20% pour les risque de très faible à élevé et très élevé pour 6%. Un bilan cardiologique complémentaire était indiqué dans 46% des cas, dont une épreuve d'effort dans 19%. 37% des patients avaient une clairance CKD-EPI < 90 ml/min. Une consultation proctologique était indiquée pour 55% des patients, 37% des patients en ont bénéficié et une anomalie a été dépistée chez 37% d'entre eux. Une consultation de gynécologie a été effectuée chez 62% des femmes et une complication a été dépistée au frottis dans 15% des cas, dans 22% à la mammographie. Un Hemocult a été réalisé chez 32% des patients et était positif dans 5% des cas. Pour 39% des patients un dépistage du cancer de la prostate était indiqué, et un cancer a été découvert. Une modification thérapeutique était proposée dans 20% des cas.

**DISCUSSION :** la couverture vaccinale est insuffisante, le risque cardiovasculaire est sous évalué en consultation et le dépistage carcinologique sous effectué en externe.

**CONCLUSION :** La réalisation du bilan de synthèse annuelle lors d'une hospitalisation de jour et l'utilisation d'une fiche de recueil standardisée permet d'être exhaustif. Il serait intéressant d'analyser à un an la mise en œuvre des recommandations émises.

**INTRODUCTION:** It's recommended for HIV patient to be annually tested for co-morbidities and treatment re-evaluation. A day hospitalization for these patients was set up at Joseph Ducuing Hospital.

**MATERIAL AND METHOD:** Quantitative, retrospective, descriptive, observational and monocentric study. The main objective was to describe the complications detected during the annual HIV check-up from 01/01/2016 to 31/12/2016. The data was collected using standardized form.

**RESULTS:** Of the 129 files analyzed, 67% were men. The average age was 49.1 years old. 98% patients were treated and the patient evaluation was 9.3 /10. Hepatitis C co-infection was noted in 15% of patients and hepatitis B for 6%. Immunization coverage was 46% for, 25% for influenza, 19% for pneumococcus. The cardiovascular risk level was about 20% for the risk from very low to high and very high for 6%. A complementary cardiological assessment was indicated in 46% of cases, including a stress test in 19%. 37% of patients had CKD-EPI clearance <90 ml / min. A proctological consultation was indicated for 55% of the patients, 37% of the patients benefited from it and an abnormality was detected in 37% of them. A gynecological consultation was performed in 62% of the women and a complication was detected in the smear in 15% of the cases, in 22% in the mammogram. Colon cancer screening was performed in 32% of patients and was positive for 5%. For 39% of patients prostate cancer screening was indicated, and one cancer was discovered. A therapeutic modification was proposed in 20% of cases.

**DISCUSSION:** immunization coverage is insufficient, cardiovascular risk is under-evaluated in consultation and oncologic screening isn't performed enough externally.

**CONCLUSION:** Performing the annual summary report during a day hospitalization and using a standardized form allow doctor to be exhaustive. It would be interesting to analyze, one year later, the implementation of the recommendations.