

# ECNp 2021

## Rapport du jury

### Signataires du rapport

- Coordonnateur : Pierre-Yves ROBERT
- Président du jury : Marc BRAUN
- Responsable UNESS : Olivier PALOMBI
- Rédacteurs : Charles CAZANAVE, Elise DELUCHE, Bruno EVRARD, Nemat JAAFARI, Thomas LAFON, Guillaume LARID, Pierre-Marie LEBLANC, Aymeric ROUCHAUD, Léa RENAUDIN, Philippe VIGNON.

### Avertissement

Ce rapport s'applique uniquement à l'ECNp de Mars 2021 il est rédigé par les responsables de l'ECNi test, et n'engage pas le conseil scientifique, qui est lui responsable de la rédaction des épreuves de l'ECNi de Juin.

### Contenu des épreuves

Les épreuves étaient constituées de

- 120 QI issues de la banque SIDES
- 2 dossiers de LCA issus de la banque SIDES
- 5 dossiers progressifs issus de la banque SIDES (DCP1 dossiers 1, 2, 3, 4, 6)
- 13 dossiers progressifs neufs, issus d'une commande du jury auprès de rédacteurs sélectionnés (DCP 1 Dossier 5, et tous les dossiers DCP2 et 3)

Toutes les épreuves corrigées sont accessibles sur la banque locale SIDES de chaque université partenaire.

### Commentaires généraux

Sur les 9129 inscrits, 8563 étudiants ont passé les épreuves de bout en bout ce qui témoigne d'une très bonne assiduité.

La volonté du jury a été de proposer des dossiers discriminants, en accord strict avec les référentiels.

Le jury assume avoir privilégié la qualité des dossiers plutôt que la diversité des disciplines. Par ailleurs, Nous rappelons que les rédacteurs travaillent indépendamment, et qu'il est impossible d'éviter la redondance, ou au contraire l'absence, de certaines pathologies à l'échelle d'une session d'épreuve complète.

Le jury rappelle également que la pathologie qui sert de support à un dossier permet d'interroger les connaissances des étudiants sur des registres de raisonnement clinique différents, et sur des aspects différents du programme.

Le jury assume avoir recherché la rédaction de dossiers difficiles et discriminants, et n'avait pas demandé de dossiers courts. Nous rappelons que la difficulté d'un dossier n'est jamais corollée de façon automatique à sa capacité à discriminer les meilleurs étudiants.

Enfin, le jury assume avoir recherché des dossiers qui interrogent davantage le raisonnement clinique, et l'approche compétence, dans l'esprit à venir de la réforme du 2<sup>e</sup> cycle, plus que des questions de mémorisation.

N°	Spécialité	Rédacteur	Pathologies	Mediane	Kurtosis	Skewness
<b>EPREUVE DCP 1</b>						
DP1	MPR	Banque SIDES	Handicap	15,44	2,2	-1,04
DP2	Endocrino	Banque SIDES	Diabète	12,61	1,86	-0,55
DP3	ORL	Banque SIDES	Epistaxis	15,89	1,9	-0,84
DP4	Dermato	Banque SIDES	Erythème	13,07	1,2	-0,46
DP5	Psychiatrie	Dossier neuf	Tentative de suicide	10,93	0,17	-0,14
DP6	Pédiatrie	Banque SIDES	Douleurs abdo	13,47	2,68	-0,76
<b>EPREUVE DCP2</b>						
DP1	Rhumato	Dossier neuf	Ostéoporose	10,93	-0,06	-0,07
DP2	Mal infectieuses	Dossier neuf	Adenopathie	10,1	0,41	-0,21
DP3	Urgences-Réa	Dossier neuf	Pneumopathie communautaire	14,53	2,08	-0,83
DP4	Onco	Dossier neuf	Cancer gastrique	9,2	0,74	-0,16
DP5	Neuro	Dossier neuf	Rupture d'anévrisme	12,93	0,27	-0,57
DP6	Rhumato	Dossier neuf	Chordocalcinose	12,8	0,47	-0,58
<b>EPREUVE DCP3</b>						
DP1	Urgences-Réa	Dossier neuf	Grippe	11,87	0,84	-0,42
DP2	Mal infectieuses	Dossier neuf	IST et VIH	12,27	1,18	-0,47
DP3	urgences-Réa	Dossier neuf	Insuffisance rénale aiguë	11,87	2,5	-0,84
DP4	Onco	Dossier neuf	Cancer du sein	9,73	0,95	-0,08
DP5	Rhumato	Dossier neuf	Polyarthrite rhumatoïde	10	0,46	-0,2
DP6	HGE	Dossier neuf	Hémorragie digestive	11,6	0,04	-0,19
<b>LCA</b>						
LCA 1		Banque SIDES	Rivaroxaban vs Enoxaparin	14,93	2,61	-0,79
LCA 2		Banque SIDES	Noninvasive coronary angiography	13,23	1,65	-0,64
<b>QUESTIONS ISOLEES</b>						
QI		Banque SIDES		13,81	-1,18	-0,91

## Réponses aux questions

Un total de 103 fiches de signalement sont remontées au jury via les 42 centres d'examen. Le jury a revu l'intégralité des questions pour lesquelles une fiche a été rédigée, ainsi que toutes les questions dont le taux de bonnes réponses était inférieur à 30%.

Au final, 8 questions ont été neutralisées.

2 questions étaient bâties en QRU avec un énoncé de QRM. Elles ont été jugées pertinentes, car il était impossible de cocher plusieurs réponses. Le jury les a conservées car la rédaction en QRU était à l'avantage des étudiants.

Session DCP1 :

DP1 : Question 4 annulée, car le premier item « autre » pouvait être interprété de façon ambiguë.

Session DCP2 :

DP2: Question 8 annulée, car présumée impossible à répondre pour les étudiants qui souffrent d'un trouble de la vision des couleurs.

Question 11 annulée (cf commentaires)

DP5: Question 3 annulée

DP6 : Question 3 annulée

Session DCP3:

DP1: Question 9, car l'appellation « Épanchement pleural compressif » pouvait dérouter devant un épanchement gazeux (pneumothorax ici), le terme « épanchement » étant habituellement réservé aux épanchements liquidiens.

DP3: Question 4, l'Item "Un tracé d'hyperkaliémie menaçant le pronostic vital à court terme" a été neutralisé car il s'agissait d'une hyperkaliémie, mais non sévère. L'Item a été jugé trop difficile.

DP4 : Question 11 annulée

Session QI :

Question 79 : Item « Nombre total de types d'opiacés prescrits à inscrire dans le carré » neutralisé

## Commentaires des rédacteurs

### Dossier de Psychiatrie :

Il s'agit d'un dossier de psychiatrie qui aborde trois problématiques principales : le suicide, les attaques de panique et la schizophrénie.

Lors de sa rédaction, les deux attentes principales autour de ce dossier concernaient principalement (1) la gestion de la crise psychiatrique aux urgences (tentative de suicide, attaque de panique et trouble délirant) et (2) l'analyse sémiologique d'un patient délirant.

La distribution des notes suivait un modèle de courbe de Gauss. La moyenne du dossier était de 10,93/20, avec une note maximale de 19,33/20.

Les données épidémiologiques du suicide et de la schizophrénie étaient bien connues des étudiants, ce qui était considéré comme une question difficile.

De façon plus surprenante, de nombreux étudiants ont pu faire des erreurs de diagnostic concernant le trouble panique et se sont laissés tenter par des diagnostics différentiels (distracteurs) pourtant bien moins plausibles.

Il pourrait être intéressant pour les étudiants d'améliorer l'apprentissage autour de la gestion des psychotropes, en particulier en urgences ou des traitements injectables :

- 69,69 % des étudiants ont choisi de proposer un traitement d'urgence par benzodiazépines injectable contre la volonté du patient pour une « simple » attaque de panique

- seulement 18,4 % des étudiants savaient que, si le patient est d'accord, un traitement antipsychotique retard injectable peut être proposé dès la première décompensation psychotique après stabilisation (ceci augmentant le confort pour certains patients et l'observance dans l'immense majorité des cas).

Il serait aussi important d'améliorer l'apprentissage de la sémiologie psychiatrique, en particulier des psychoses. Pour illustration, nous sommes toujours étonné de voir la confusion qui existe entre un délire paranoïde (délire typique de la schizophrénie, pluri-thématique, non systématisé, s'appuyant sur plusieurs mécanismes) et le délire paranoïaque dans le cadre des troubles délirants persistant (délire bien structuré, uni-thématique, principalement interprétatif). Nous pensons que, pour bien intégrer ces notions complexes, il est important de rencontrer des patients – afin de comprendre ce qu'est un délire, une désorganisation psychique ou une catatonie pour ne prendre que ces exemples (comme il est nécessaire d'avoir écouté des souffles valvulaires pour pouvoir les repérer dans le futur). L'apport de vidéos pourrait être un support aussi intéressant.

Enfin, pour la préparation des ECN, nous conseillons aux étudiants d'être performants sur les questions légales (en particulier sur la question des hospitalisations sous contraintes). Il s'agit de questions sur la loi, très faciles à poser, très faciles à corriger et extrêmement fréquentes dans les sujets de psychiatrie. Dans ce dossier par exemple, 46,98 % des étudiants ont commis une erreur de modalité d'hospitalisation (choisissant des soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) ou des soins psychiatriques en péril imminent (SPPI) alors que la situation imposait un SPDT « classique »).

Nous restons satisfaits des résultats des étudiants face à ce dossier qui n'était pas si

facile. Nous nous félicitons aussi du bon déroulé des examens et nous remercions chaleureusement les organisateurs.

#### Dossiers d'oncologie : DCP2 dossier 4 et DCP 3 dossier 4

##### DCP2 Dossier 4

Q2 et 3 Dans le texte il est précisé : « Le reste de l'examen clinique est rassurant ». Le jury a estimé que cela sous-entend l'absence de récurrence de l'hématémèse ou de saignement actif.

Q4 Il n'y a aucune notion de syndrome inflammatoire dans le texte ou dans la biologie. Un patient en oncologie n'a pas systématiquement un syndrome inflammatoire, heureusement.

Q5 On ne parle pas de stade TNM pour le T4d . Il n'y a pas besoin de la taille pour le T4d car c'est une tumeur diffuse du sein non mesurable. Pour la question du traitement, elle figure en page 404-405 du collège d'oncologie.

##### DCP3 Dossier 4

Q5 : FISH = DDISH = CISH.

La question du traitement est abordée page 404-405 du collège d'oncologie.

Q10 Le cancer est à gauche. Le site/picc est TOUJOURS posé du côté opposé au cancer. Donc le site sera forcément à droite. Donc vous pouvez répondre à la question.

Q11 Dans les items 226 & 330, figure le traitement des TVP, y quand on va prescrire le traitement, et donc le score de wells. Il est vrai que dans le collège de pneumologie cet item n'est pas à connaître mais il l'est dans le livre de cardiologie. Cette question a été jugée trop difficile et a été annulée.

Q14 Les effets secondaires du Tamoxifène doivent être connus. Le cancer du sein est à gauche et la patiente a été opérée à gauche en conséquence (post-opératoire n'est pas pose de picc car cela ne se fait pas au bloc opératoire mais post chirurgie du cancer du sein ). Le picc a été posé à droite car c'est toujours du côté opposé au cancer. Les affirmations sont donc différentes et indépendantes.

#### Dossiers de rhumatologie : DCP 2 Dossiers 1 et 6, et DCP 3 dossier 5

##### DCP2 dossier 6

Effectivement le collège dit que l'analyse biochimique systématique du liquide articulaire n'est pas obligatoire. Pour autant, est-ce faux de le faire ? Cette question pouvant prêter à confusion et n'ayant pas été discriminante, (2% d'écart de bonne réponse), la question a été annulée.

Pour les phosphatases alcalines, leur présence dans le bilan de chondrocalcinose articulaire est quelque chose de bien établi et consensuel. Il n'y a pas d'obstacle au maintien de cet item.

Pour rappel, les dérivation septales sont uniquement V1 V2 V3.

##### DCP3 Dossier 5

La présence d'arthrose digitale n'empêche pas une patiente de développer une polyarthrite rhumatoïde dans les suites. Par ailleurs, il y a un très bon taux de bonne réponse sur le diagnostic d'arthrose et sur le diagnostic de PR sur ce dossier.

Remarques plus générales :

Le jury est globalement satisfait de la manière dont les étudiants ont répondu au dossier de chondrocalcinose.

Pour le dossier d'ostéoporose, le jury est en revanche extrêmement surpris et déçu que la quasi totalité des étudiants ne sache pas lire une électrophorèse des protéines : 7890 étudiants sur 8599 ont vu un pic de gammaglobulines dans ce dossier, alors que le pic était en beta 2 et qu'il y avait une hypogammaglobulinémie franche.

De manière globale, les domaines de connaissance où les lacunes se font sentir sont principalement les connaissances physiopathologiques et physiologiques (par exemple la question sur les métalloprotéases), ainsi que la thérapeutique, en particulier les modalités d'administration des traitements et les bilans pré-thérapeutiques (par exemple, trop peu d'étudiants qui demandent une EPS avant le traitement par METHOTREXATE).

## Dossiers d'infectiologie

DCP2 dossier 2

- Item 153 IOA
- Item 169 Zoonoses
- Item 173 Prescription et surveillance des anti-infectieux
- Item 216 Adénopathies superficielles

**Commentaire général :** globalement DP de haut niveau, avec des difficultés, notamment microbiologiques, ce qui explique une note médiane plutôt basse à 10,11 (note max à 17,37 tout de même).

**Q1 :**

Taux de réussite : 72 %, discrimination : F.

Tout était vrai, pas de gros piège.

La notion de piqûres de tiques la moins cochée (un quart ne l'a pas retenue) était là pour illustrer la tularémie dont l'une des voies d'inoculation peut passer par ce biais (surtout chez les chasseurs).

**Q2 :**

Taux de réussite : 85 %, discrimination : F.

Tout était vrai, pas de gros piège.

Le mélanome a été le moins coché des 5 alors qu'il faut tout de même systématiquement y penser dans ce contexte.

**Q3 :**

Taux de réussite : 33 %, discrimination : F.

Seulement un tiers d'entre vous a retenu ce diagnostic (et seulement 10 % pour l'adénite staphylococcique alors que je pensais que ce serait le principal distracteur).

De façon générale, une adénopathie inflammatoire chez un propriétaire de chat doit faire évoquer en priorité ce diagnostic, même en l'absence de griffure récente ou rapportée. La mémoire peut défaillir ou bien la contamination peut aussi se faire sur le léchage d'une zone blessée... bref, tout n'est pas toujours aussi simple dans la vie et les nouvelles méthodes docimologiques comme les Tests de concordance de scripts (TCS) permettront de mieux appréhender ce genre de situation.

Le lymphome dans ce contexte n'était pas un diagnostic prioritaire.

**Q4 :**

Taux de réussite : 12 %, discrimination : I.

QRM complexe vu le taux de réussite très bas.

La CRP (71 % de coche) et la ponction ganglionnaire pour examen direct (74 %) n'apportent pas grand-chose dans ce contexte de suspicion de maladie des « griffes » du chat. Ceci est bien écrit dans l'ECN. PILLY p. 232 (« la sérologie est le test diagnostique de 1<sup>ère</sup> intention »).

**Q5 :**

Taux de réussite : 55 %, discrimination : C.

Ici la question n'était pas de savoir s'il fallait traiter ou pas, mais si l'on traite alors l'AZM est l'AB de référence.

**Q6 :**

Taux de réussite : 13 %, discrimination : F. Item A inacceptable.

QRM complexe vu le taux de réussite très bas.

La « très bonne biodisponibilité orale » était un peu excessive, et « bonne » ou « correcte » aurait été des qualificatifs plus adaptés. En pratique courante, les macrolides sont quasi exclusivement dispensés par voie orale que ce soit dans ce cas, les IST ou bien les infections respiratoires non compliquées.

Avec l'histoire du Covid, tout le monde (ou presque) sait désormais qu'AZM allonge le QT.

**Q7**

Taux de réussite : 22 %, discrimination : I. Réponse B indispensable.

Une biopsie exérèse du ganglion n'est pas indispensable pour confirmer le diagnostic et même, en pratique, rarement réalisée dans ce contexte ; en revanche, elle peut être intéressante en cas de doute diagnostique pour examen anapath et PCR, cette dernière étant plus sensible que la culture (qui doit être réalisée par des labo spécialisés et sur milieux spéciaux) pour confirmer le diagnostic.

**Q8 :**

Taux de réussite : 74 %, discrimination : F.

Bon taux de réussite à cette question et je m'en réjouis (et je suis désolé pour la (les) personne(s) qui est (sont) daltonienne(s), la question a été annulée à cause de cela.

Pas d'artéfacts ici de coloration (qui sont à l'origine de grosses tâches de colorants), mais de magnifiques cocci violets en amas, donc du staphylocoque, sans pour autant pouvoir préjuger de l'espèce à ce stade.

**Q9 :**

Taux de réussite : 15 %, discrimination : I.

En effet, en théorie les 2 espèces de staphylocoque étaient correctes, mais seule l'espèce *S. aureus* peut entraîner une adénite pyogène.

**Q10 :**

Taux de réussite : 7 %, discrimination : I. Réponse B inacceptable

QRM très difficile, mais pas tant que cela *in fine*.

Le SGA est le plus connu (*Streptococcus pyogenes*), mais d'autres streptocoques (selon la classification de Lancefield que vous avez apprise plus jeune) peuvent d'être à l'origine d'une DHBA.

**Q11 :**

Taux de réussite : 20 %, discrimination : C. Réponse C indispensable.

La stratégie plus adaptée serait de réaliser une échographie, et s'il y a du liquide, discuter avec un chirurgien pour envisager le lavage rapidement (car il y a du matériel). Cela permet d'isoler rapidement une bactérie, d'avoir plus vite le traitement AB adapté et d'essayer de « sauver » le matériel.

Les items C et D ont été jugés trop ambigus compte-tenu de vos référentiels, et la question a été annulée.

**Q12 :**

Taux de réussite : 9 %, discrimination : I. Réponse C indispensable

QRM très difficile et peut-être aussi très spécialisé. Le lavage en urgence représente la seule solution pour « sauver » la prothèse dans ce contexte d'infection tardive aiguë (probablement de contiguïté). Les pièces mobiles sont à changer.

**Q13 :**

Taux de réussite : 4 %, discrimination : I.

QRM très difficile *a priori* d'où son caractère peu discriminant.

Il faut se rappeler la règle suivante : un staphylocoque doré sauvage (très rare, ~ 10 %) est sensible à toutes les bêta-lactamines (y compris pénicilline G).

Un staphylocoque doré sécrète très souvent une pénicillinase (~ 90 % des cas) qui, comme son nom l'indique, va hydrolyser les pénicillines (pénicilline G et A), mais pas les pénicillines M (et ça c'est à savoir absolument et c'est pour cela que l'on parle de *Staphylococcus aureus* méticilline sensible (SAMS)), ni les C1G, molécules qui représentent d'ailleurs en 2021, le traitement de référence des bactériémies à SAMS. L'acide clavulanique restaure à une activité à l'association amoxicilline / acide clavulanique (même si l'on utilise très peu cette association dite « critique » de nos jours pour traiter une infection à staphylocoque).

Enfin, un SA résistant à la méticilline (SARM) est désormais de plus en plus rare (~ 10 % de l'ensemble des SA isolés dans un CHU) et la résistance est due, dans ce cas, à une modification de PLP (PLP2a) qui confère (sauf une ou deux exceptions près) une résistance à TOUTES les bêta-lactamines (dont les pénicillines).

**Q14 :**

Taux de réussite : 37 %, discrimination : C.

Ceci est une question de cours et elle ne s'invente pas.

Gardez en mémoire le rôle important de la rifampicine dans les IOA et son activité sur le biofilm (mais son gros potentiel inducteur enzymatique à toujours avoir en tête).

**Q15 :**

Taux de réussite : 3 %, discrimination : I.

QRM complexe en effet. Les 2 principales hypothèses sont celles de l'échec du lavage et la tendinopathie aux FQ (qui apparaît très vite) et ce sont celles le plus cochées.

Les autres étant en effet plus discutables, à part peut-être la crise de goutte, très classique dans ce contexte, et surtout chez une personne âgée pour laquelle on ne comprend rien et on ne trouve rien. Le 1<sup>er</sup> réflexe à avoir lors de la reprise d'une fièvre d'une personne sous antibiotique adapté, « je lève le drap et je regarde toutes les articulations à la recherche d'une arthrite microcristalline » !

Session DCP3 DP2

- Item 144 Fièvre aiguë
- Item 158 IST
- Item 165 Infection à VIH
- Item 173 Prescription des anti-infectieux
- Item 362 AES

**Commentaire général :** globalement DP plus simple, avec cependant quelques difficultés, notamment biologiques, ce qui explique une note médiane plus élevée à 12,27 (note max à 19,09).

**Q1 :**

Taux de réussite : 77 %, discrimination : F. Items A et D indispensables

QCM simple et sans piège.

Pensez toujours chez les jeunes à refaire vite fait le point sur les vaccinations, ce d'autant qu'il n'est pas loin de ses 25 ans.

**Q2 :**

Taux de réussite : 87 %, discrimination : F. Item C indispensable.

QCM simple et sans piège.

Bien sûr examen à faire dans le respect de la pudeur, en douceur, notamment pour proposer « examen de la marge anale ».

**Q3 :**

Taux de réussite : 54 %, discrimination : C.

QCM simple et avec un petit piège sur l'espèce de *Neisseria* ;- ) même si en théorie *N. meningitidis* peut aussi rarement entraîner des urétrites...

*T. pallidum* est en revanche « archi faux » !

**Q4 :**

Taux de réussite : 15 %, discrimination : I. Item A indispensable

QCM avec un piège de coloration à la proposition B.

**Q5 :**

Taux de réussite : 76 %, discrimination : F. Item C indispensable  
QCM assez simple et sans piège.

**Q6 :**

Taux de réussite : 21 %, discrimination : F. Item D et E inacceptables.  
QCM assez simple.

Pas la « A » car le traitement est à réaliser non pas « dès la consultation réalisée », mais « dès le prélèvement réalisé au LABM ».

« E » a été jugé inacceptable, car c'est d'une part un antibiotique critique et, d'autre part, jamais de FQ en probabiliste sur une urétrite vu le pourcentage de résistance des gonocoques très élevé (> 50 %).

**Q7 :**

Taux de réussite : 57 %, discrimination : F. Items A et B indispensables.

Le seul piège, « revenir systématiquement à J3 » ou c'est « revenir à J3 si persistance symptômes ».

**Q8 :**

Taux de réussite : 42 %, discrimination : F. Item A indispensable.

QCM simple et sans piège.

La LGV fait des ulcérations / érosions et une rectite douloureuse, mais de papules verruqueuses comme ici.

**Q9 :**

Taux de réussite : 34 %, discrimination : F.

Le vaccin nonavalent est inscrit au calendrier vaccinal chez les HSH de moins de 26 ans depuis quelques années déjà et le schéma est dans ce cas à 3 injections.

Depuis peu, il est inscrit au calendrier vaccinal chez les jeunes garçons (quelle que soit leur orientation sexuelle) et dans ce cas en seulement 2 injections.

**Q10 :**

Taux de réussite : 47 %, discrimination : F. Items A et C indispensables.

Le 1<sup>er</sup> diagnostic est la syphilis et le 2<sup>nd</sup>, de principe ici, la primo-infection VIH (mais l'absence de fièvre plaide plus pour la syphilis, infection à spirochète).

**Q11 :**

Taux de réussite : 23 %, discrimination : F. Item A inacceptable, Item E indispensable.

Le TPE c'est 3 ARV (à la différence de la PrEP).

Le risque d'une infection VIH sur un rapport anal non protégé avec une PVVIH non traitée est théoriquement de 1 % ce qui est tout de même assez élevé ! **C'est le type de rapport le plus à risque de contracter le VIH.**

**Q12 :**

Taux de réussite : 8 %, discrimination : I. Item A indispensable, Item D inacceptable.

Type de question difficile, où la meilleure façon d'évaluer serait de classer les réponses par probabilité. Ici, la première probabilité est la primo-infection. En 2, la MNI ; en 3, la grippe, compte tenu de la date (14/02) ; et en 4, la toxo (une toxo symptomatique de ce type ne se voit pas tous les jours).

La syphilis est fausse car c'est ici un épisode fébrile.

**Q13 :**

Taux de réussite : 14 %, discrimination : I.

QCM difficile. Le WB sera incomplet à ce stade voire même négatif et c'est peut-être pour cela que certains ne l'ont pas coché.

La CV VIH est le 1<sup>er</sup> marqueur biologique à se positiver en cas de primo, le 2<sup>nd</sup> étant l'antigénémie p24.

**Q14 :**

Taux de réussite : 36 %, discrimination : C. Item D indispensable.

La déclaration se fait à tous les stades de l'infection.

La demande d'ALD doit être idéalement réalisée par le médecin traitant.

La « D » illustre le concept du « Test and Treat », très pratiqué en 2021 (et peut-être que l'ECN.PILLY 2020 ne l'évoque pas clairement) et particulièrement adapté à ce contexte (jeune homme, primo donc CD4 non effondré, où il faut « casser » rapidement la CV VIH pour casser la chaîne de transmission sexuelle, et, enfin, jeunes souvent demandeurs de trithérapie dès la 1<sup>re</sup> consultation).

**Q15 :**

Taux de réussite : 33 %, discrimination : F. Items A et D indispensables.

L'objectif à M6 est CV VIH indétectable (< 50 ou 20 copies/mL) et CD4 > 500/mm<sup>3</sup>.

Les vaccinations VHA et VHB (autres IST) peuvent être rapidement commencées, ce d'autant que les CD4 au stade de primo sont souvent conservés.