

Infection VIH

Dépistage:

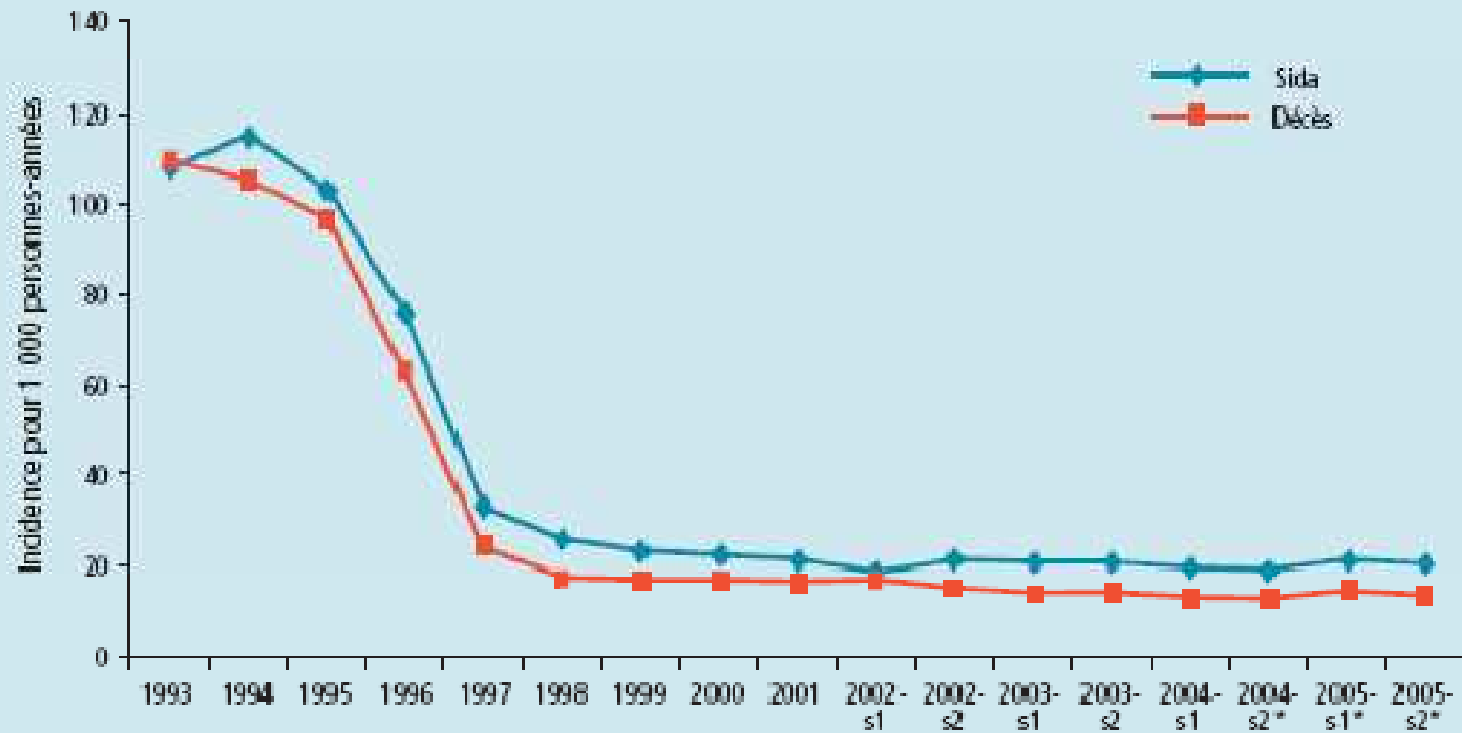
faire mieux: pourquoi, comment?

Parce que

- *La précocité de la prise en charge est une clé du succès thérapeutique:*

On ne meurt (quasiment) plus du sida en France, comme dans les autres pays riches I

Figure 3 Incidence des nouveaux cas de sida et décès, France, 1993-2005
Figure 3 Incidence of new AIDS cases and deaths, France, 1993-2005



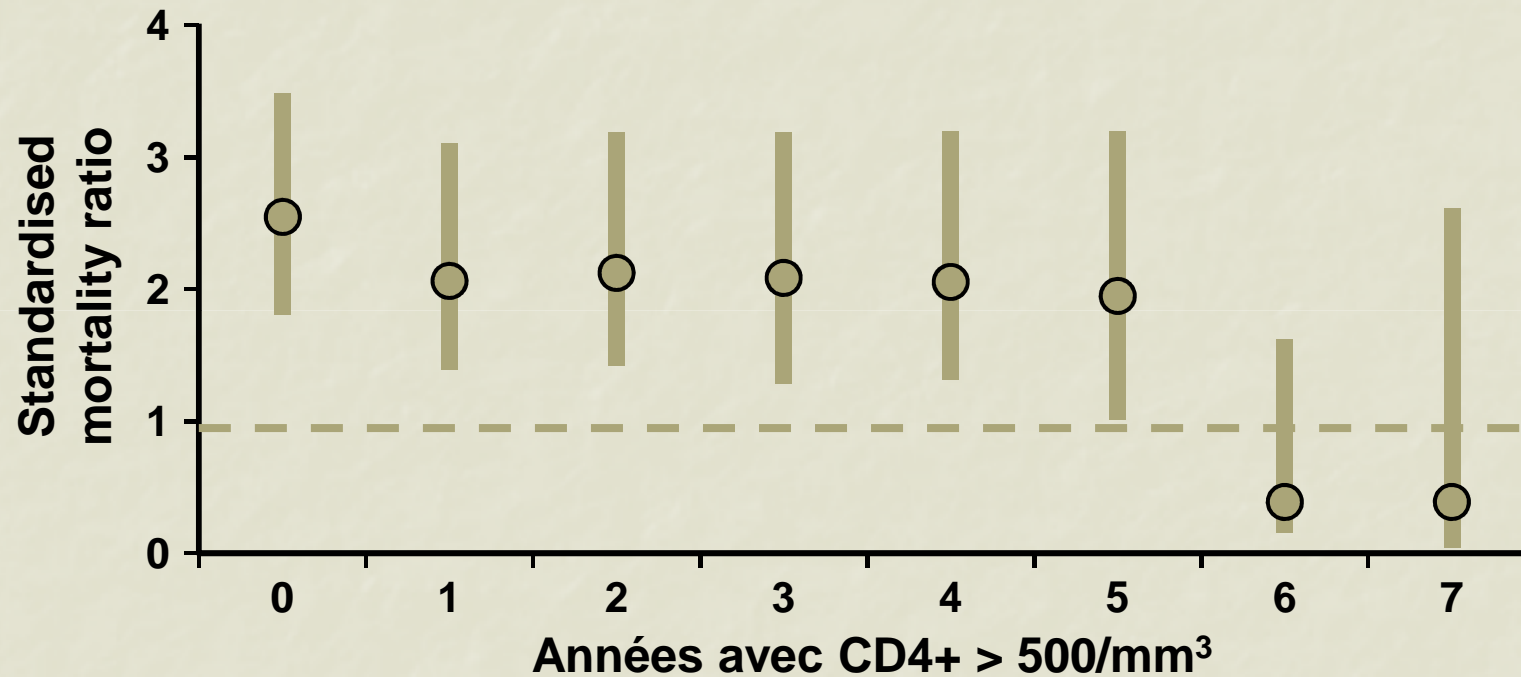
* Données corrigées du délai de déclaration

Une personne vivant avec le VIH,
bénéficiant d'un traitement efficace,
bloquant la réplication du virus et
permettant la restauration du système
immunitaire, a

***une espérance de vie normale,
si ce résultat thérapeutique est
maintenu pendant 6 ans ou plus.***

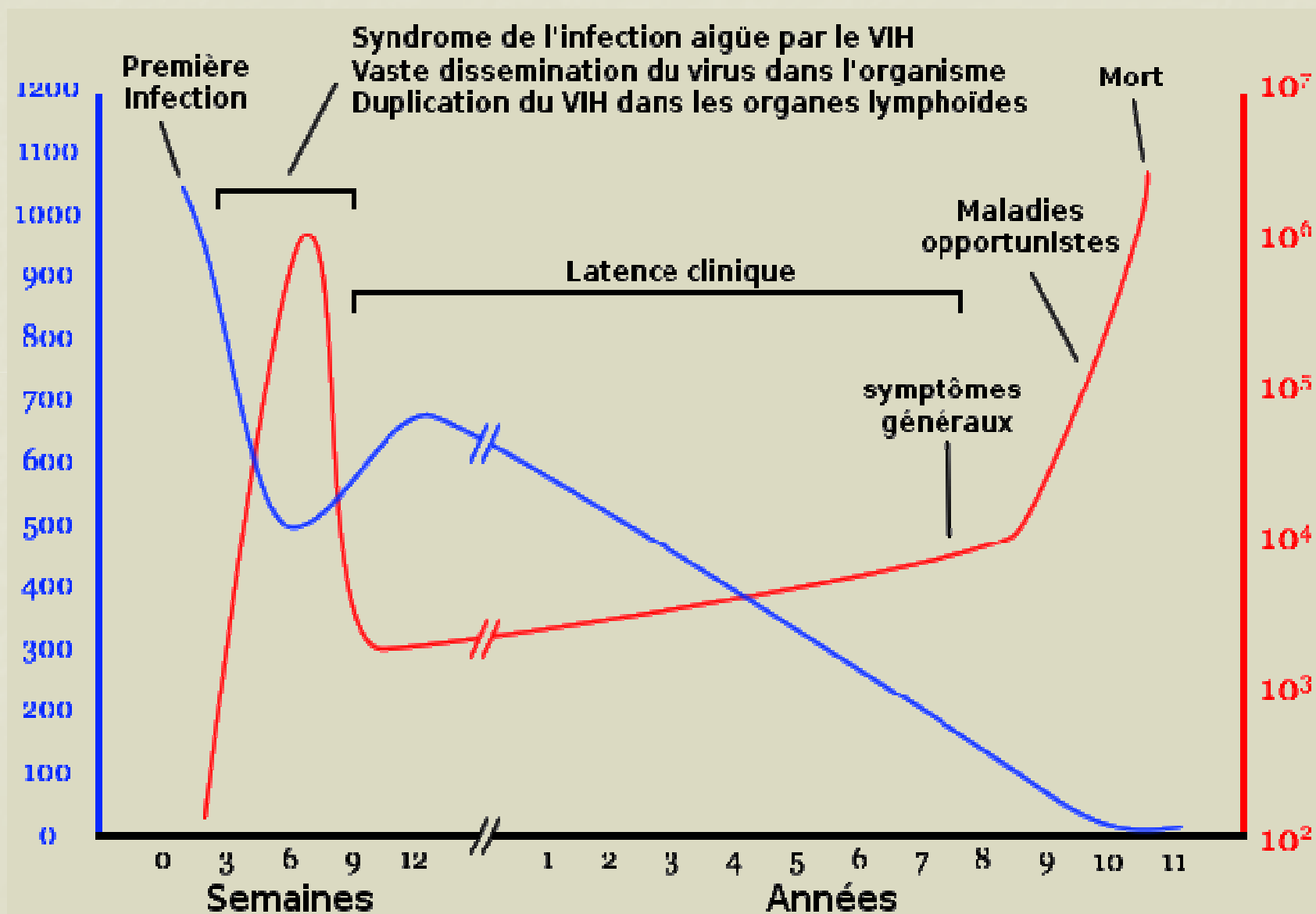
Dans le rapport « Yeni » 2008 , « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH – recommandations du groupe d'expert » : Ledwden et al. HIV infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. J. AIDS, 2007, 46: 72-77

Cohortes APROCO et AQUITAINE

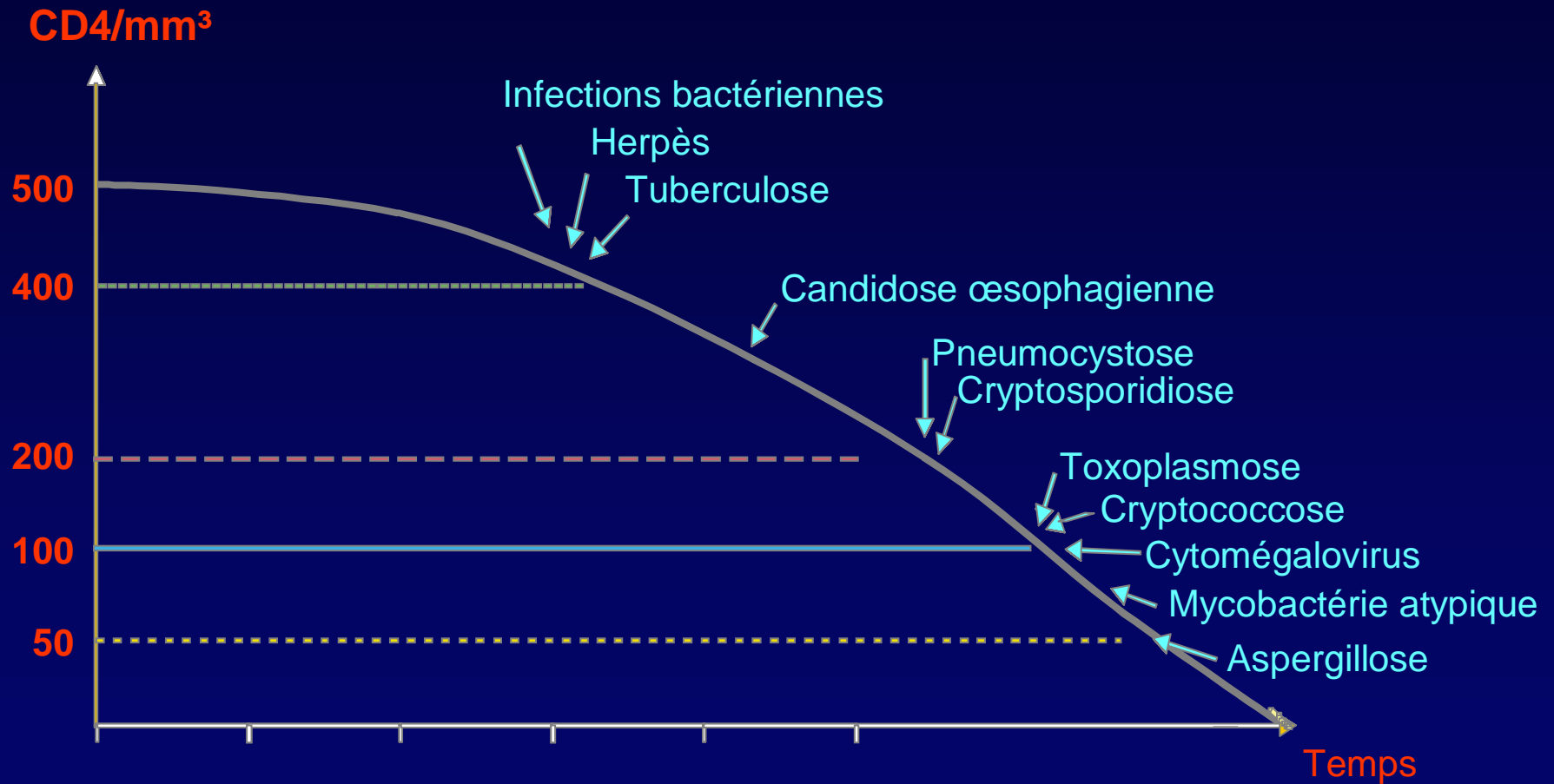


Standardized mortality ratio = mortality in HIV-infected patients / mortality in general population

Histoire naturelle de la maladie



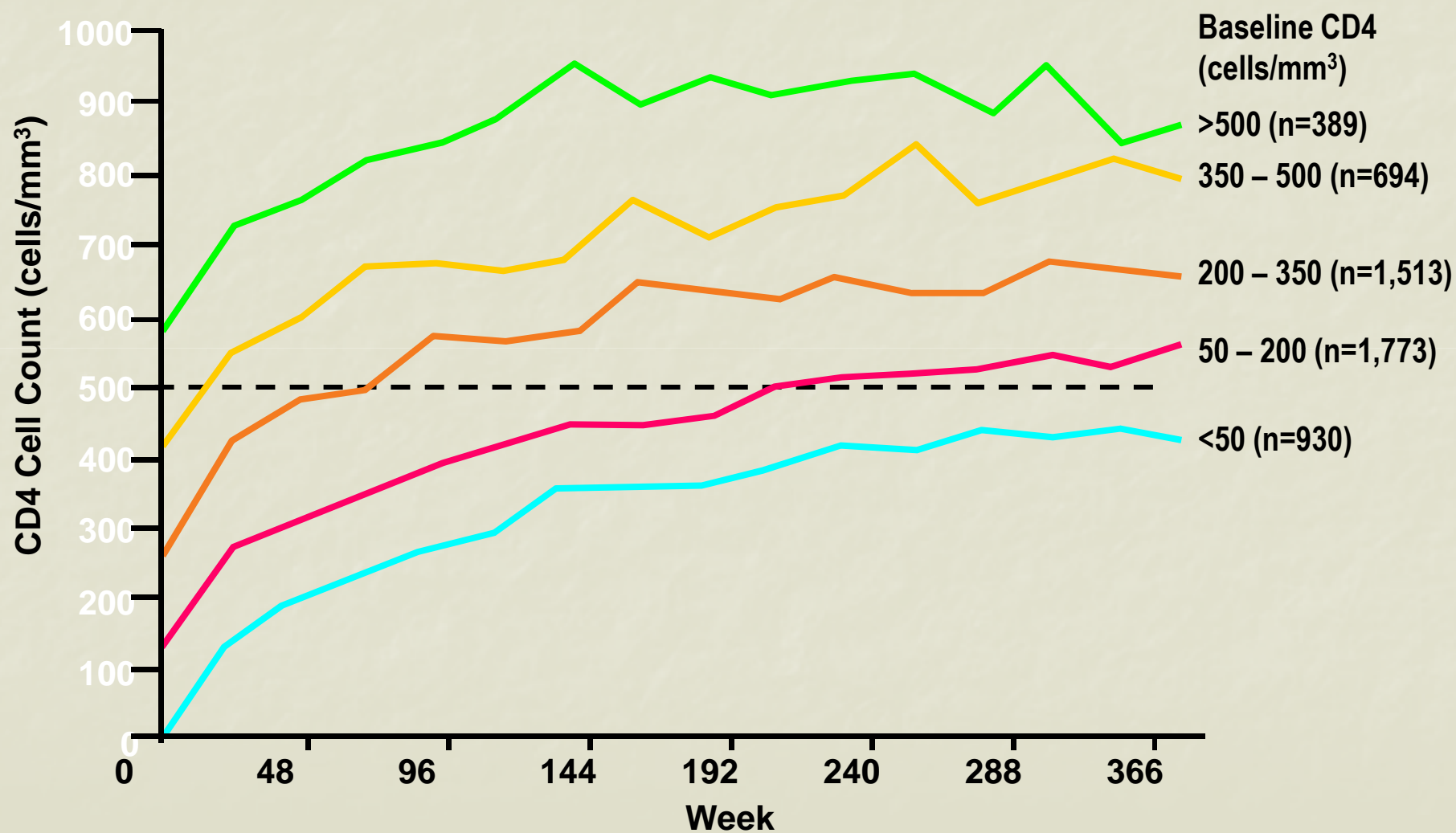
Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4



Traiter suffisamment tôt

- Diminue le risque d'infection opportuniste et de sida
- Et permet une meilleure restauration immunitaire

La remontée du taux des CD4 est dépendante du Nadir



Mais aussi parce que

- ***Le traitement peut être un outil de contrôle de l'épidémie***

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

- AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR
L'INTERET DU TRAITEMENT COMME
OUTIL NOVATEUR DE LA LUTTE CONTRE
L'EPIDEMIE D'INFECTIONS A VIH
 - 09/04/2009

- Le traitement est ***utilisé depuis 1994 dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant***, avec une grande efficacité
- Depuis 1998, ***les prophylaxies post exposition*** visent à éviter la transmission
- De nombreuses études montrent la ***diminution du risque de transmission sexuelle dans les couples séro-discordants avec la diminution de la charge virale sous traitement***, indépendamment des autres pratiques de prévention.
- Des données tirés de l'étude SMART sur la modification des comportements des personnes sous traitement montrent que ***les personnes infectées prennent moins de risque après la mise sous traitement***, et que ces pratiques se maintiennent dans le temps.

La charge virale comme outil de prévention et ses déterminants

- Dès 2000 L'étude de Quinn conclut que « *la charge virale est le prédicteur majeur du risque de transmission hétérosexuel du VIH1 et que la transmission est rare chez les personnes chez lesquelles le niveau de charge virale est inférieur à 1 500 copies/mL* ».
- « *swiss statement* » : « *nous pouvons dire à un couple dont l'un des partenaires est séropositif traité avec un taux de virus indétectable qu'ils peuvent avoir un enfant sans avoir à s'inquiéter de la contamination du partenaire non infecté. Après une prise de risque, on peut renoncer à un traitement préventif ... si la personne avec laquelle a eu lieu le contact critique ne présente pas de charge virale.* ». Bernard Hirschel
30 Novembre 2007

- ***Une méta-analyse de S. Attia parue en 2009 dans Aids.*** résume les données concernant le risque de transmission en fonction du traitement antirétroviral et du niveau de charge virale uniquement chez des couples hétérosexuels séro-différents:
 - *« Chez les patients traités avec une CV <400 copies/ml (2 études, 0 transmission, 291 patients-années), aucun cas de transmission et la borne supérieure de l'intervalle de confiance à 97.5% était de 1,27 pour 100 patients-années,(I.E. compatibles avec jusqu'à une transmission pour 79 patients-années).*
 - *impossible de déduire des données un seuil en dessous duquel le risque serait nul et d'affirmer que le risque chez un patient dont la CV est < à 40 copies/ml serait bien inférieur à 1/100 000 actes sexuels comme cela a été écrit dans le document de la commission fédérale suisse sur le SIDA.*
 - *Néanmoins, on peut conclure des données disponibles, que le risque de transmission est significativement plus élevé chez les patients non traités (10 études, 456 transmissions, 9998 patients-années) avec un taux de transmission de 5.6 pour 100 patients-années (IC à 95 % : 3.3-9.7) que chez les patients traités (5 études, 5 transmissions, 1098 patients-années) avec un taux de transmission de 0.5 pour 100 patients-années (IC à 95 % : 0.2-1.1), soit une réduction de 92% ! » D. Castagliola*

Le traitement un outil de contrôle de l'épidémie? A condition de traiter

- ***beaucoup plus de patients séropositifs,***
 - seule l'augmentation du nombre de personnes traitées de 50 % à 75 % des personnes infectées permettrait de faire baisser le nombre de transmission de l'infection à VIH1
- ***Mieux***
 - corrélation entre le niveau de la charge virale dans le plasma et le risque de transmission sexuelle
- ***et plus tôt***
 - ***L'amélioration du dispositif de dépistage, est la condition première de toute stratégie misant sur l'effet des traitements pour réduire l'épidémie.***

Traiter pour prévenir ?

- Il devient possible ***d'envisager de démarrer un traitement plus précocement***, à un stade auquel le bénéfice thérapeutique n'est pas manifeste, pour ce seul bénéfice préventif.
- En tout état de cause, la prescription d'un traitement pour son effet préventif devra répondre à une ***demande exprimée par le patient***.

Avec quelques réserves

- ***Le risque résiduel reste un fait irréductible***
 - Pas de critères d'exposition ni de seuil de CV en dessous duquel le risque de transmission est nul.
 - L'existence possible d'un risque faible mais non nul de transmission exige en premier lieu que les personnes sous traitement comme leurs partenaires en soient pleinement informés.

L'état du dépistage en France

Constat épidémiologique

***Surveillance du dépistage
et du diagnostic
de l'infection VIH et du
sida, France, 2008***

BEHWeb n°2 • 27 novembre 2009

Données globales sur le VIH et le sida en France, actualisées pour l'année 2008:

- ***la surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH),***
 - l'ensemble des LABM de ville et hospitaliers, (environ 4 300 laboratoires.
 - Chaque biologiste collecte le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives pour la première fois par son laboratoire
- ***La notification obligatoire des diagnostics d'infection VIH***
 - mise en place en 2003; elle est initiée par les biologistes et complétée par les cliniciens
- ***la notification obligatoire (DO) de SIDA:***
 - les cliniciens doivent déclarer, depuis 1986, tout patient présentant une pathologie inaugurale de sida
- *coordonnés par l'Institut de veille sanitaire*

En 2008

- ***cinq millions de sérologies VIH*** ont été réalisées dont 8% en CDAG
 - ***77 p.1 000 habitants***
- ***10 600 ont été confirmées positives,*** [IC95% : 10 200-10 900], dont 11% en CDAG
 - idem 2007
 - ***165 cas par million d'habitants***
 - *Guyane: 1 833 par million - Guadeloupe: 663 – IDF: 458 - Martinique 403*
- ***2,1 sérologies confirmées positives pour 1 000 tests*** (3,1 pour 1000 en CDAG)

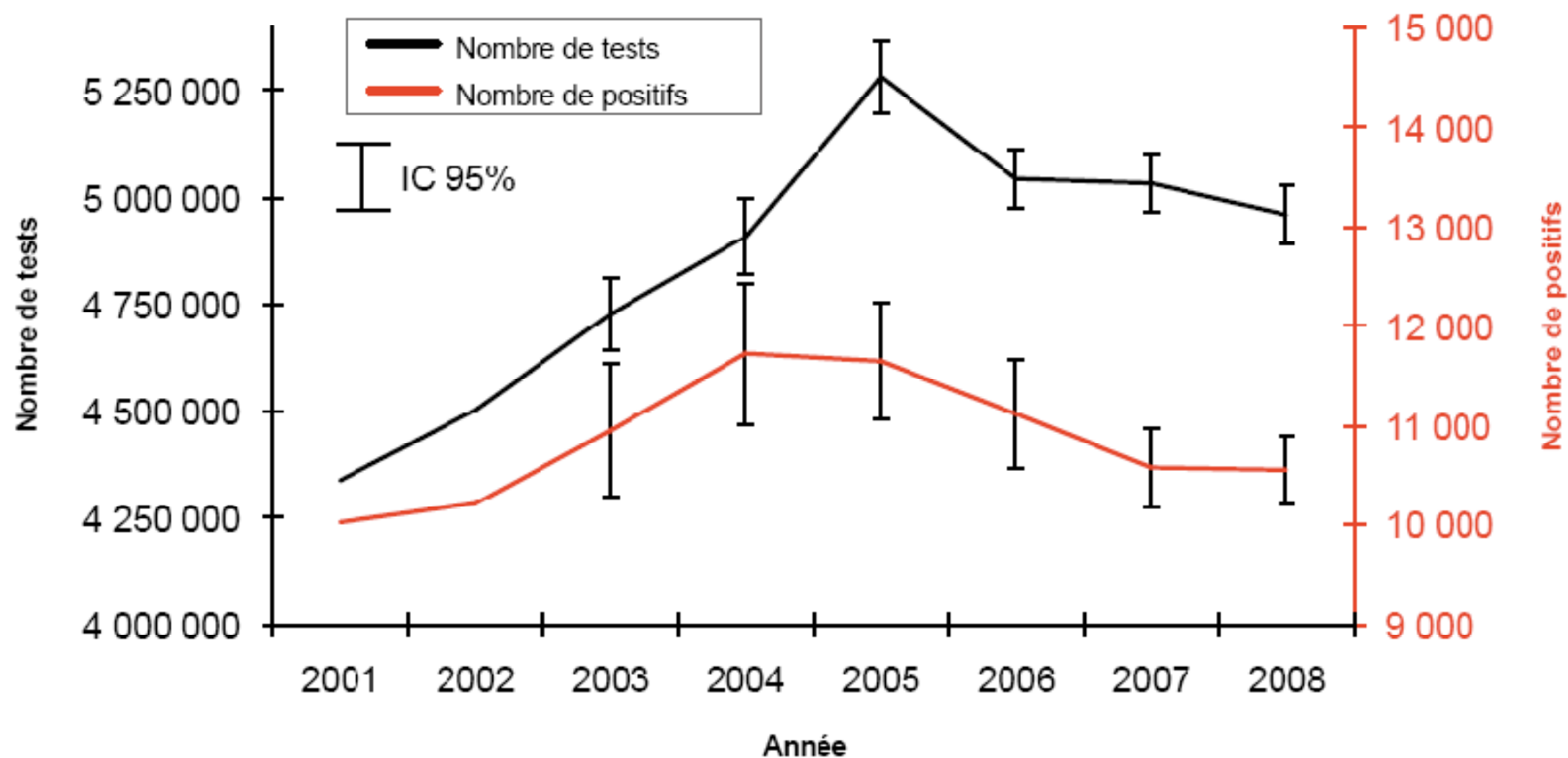
En 2008

- ***le nombre réel de découvertes de séropositivité est estimé à environ 6 500 en 2008*** (6 476 [IC95% : 6 188-6 780]).
 - La diminution significative observée entre 2005 et 2007 ne s'est pas poursuivie en 2008
- ***Les taux de découvertes s'échelonnent de 31 à 83 par million d'habitants,***
 - hormis la Martinique (223), l'Ile-de-France (265), la Guadeloupe (425) et la Guyane (1 146).

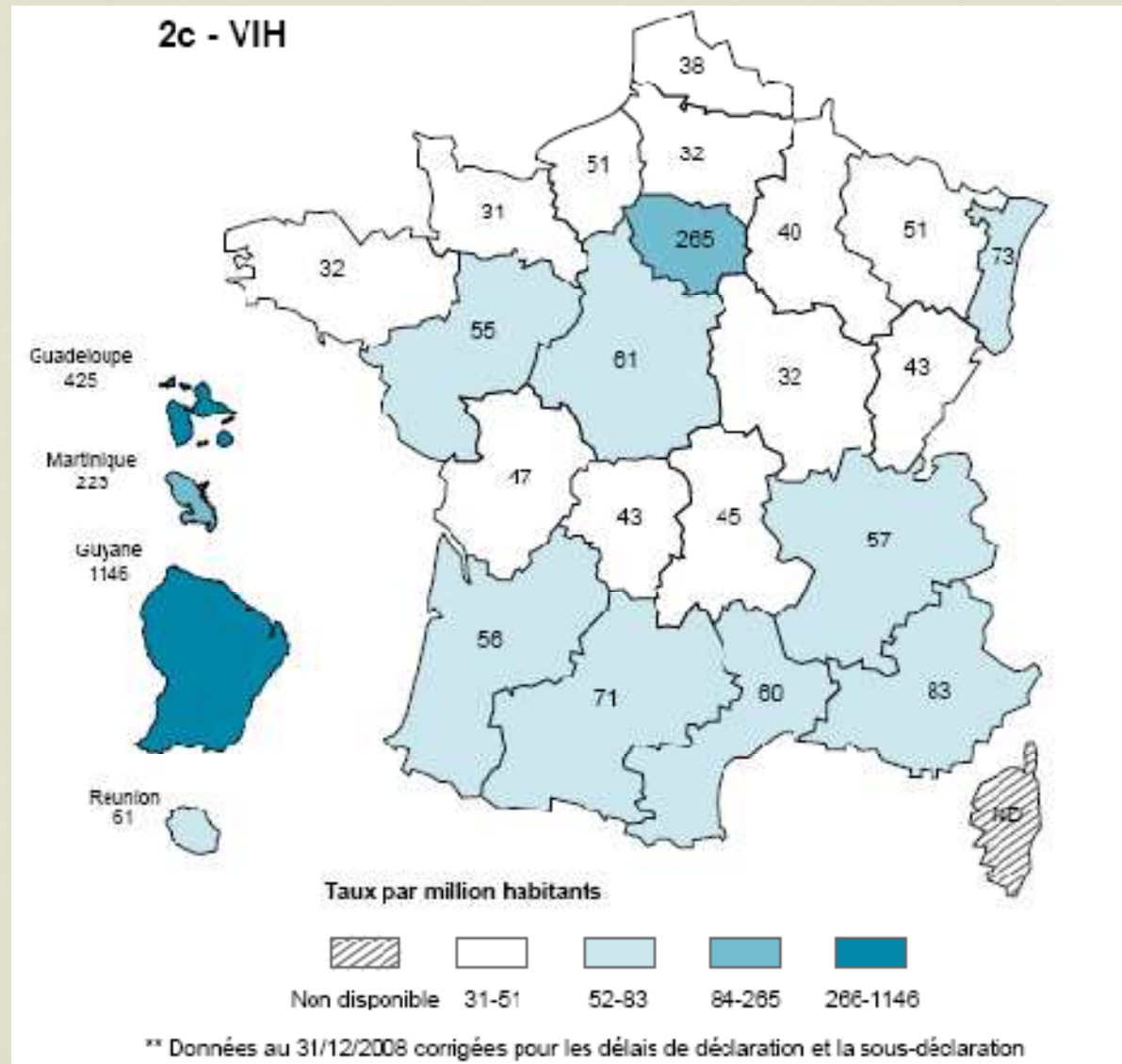
sida

- Au 31 décembre 2008, le nombre total de cas de sida notifiés ***depuis le début de l'épidémie était de 64 292.***
- En tenant compte des délais de déclaration et de la sous-déclaration, ***le nombre de personnes ayant développé un sida est estimé à environ 81 200 et celles vivantes au 31 décembre 2008 à 34 600.***
- On estime à environ ***1 550 [IC95% : 1 500-1 600]*** le ***nombre de diagnostics de sida en 2008***, à partir des 624 notifications reçues (figure 4).
 - ***ce nombre s'est stabilisé en 2008, après une baisse antérieure.***

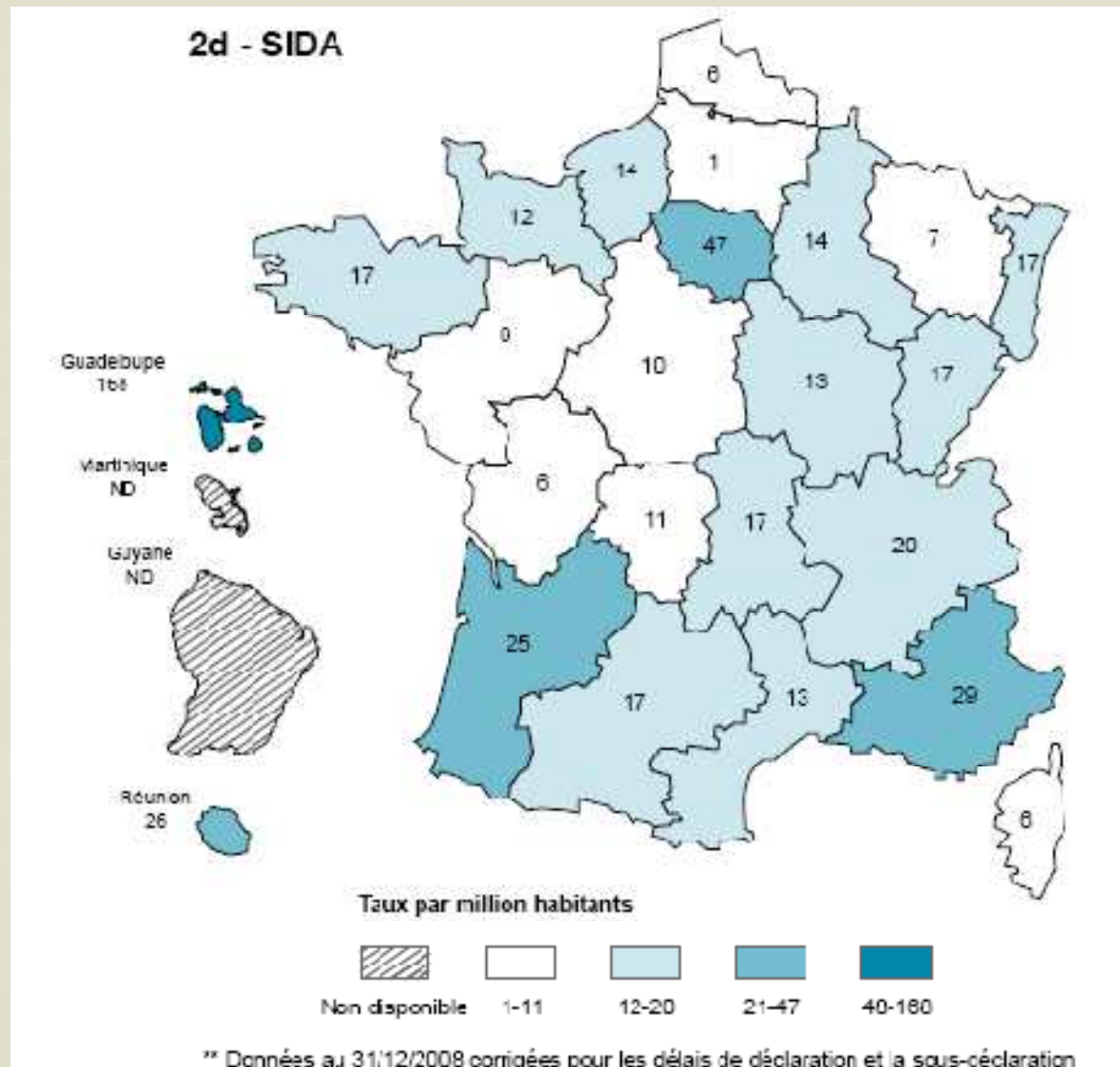
Figure 1. Sérologies VIH réalisées et sérologies confirmées positives, France, 2001- 2008



Taux de découvertes de séropositivité VIH**/million d'habitants (DO VIH)

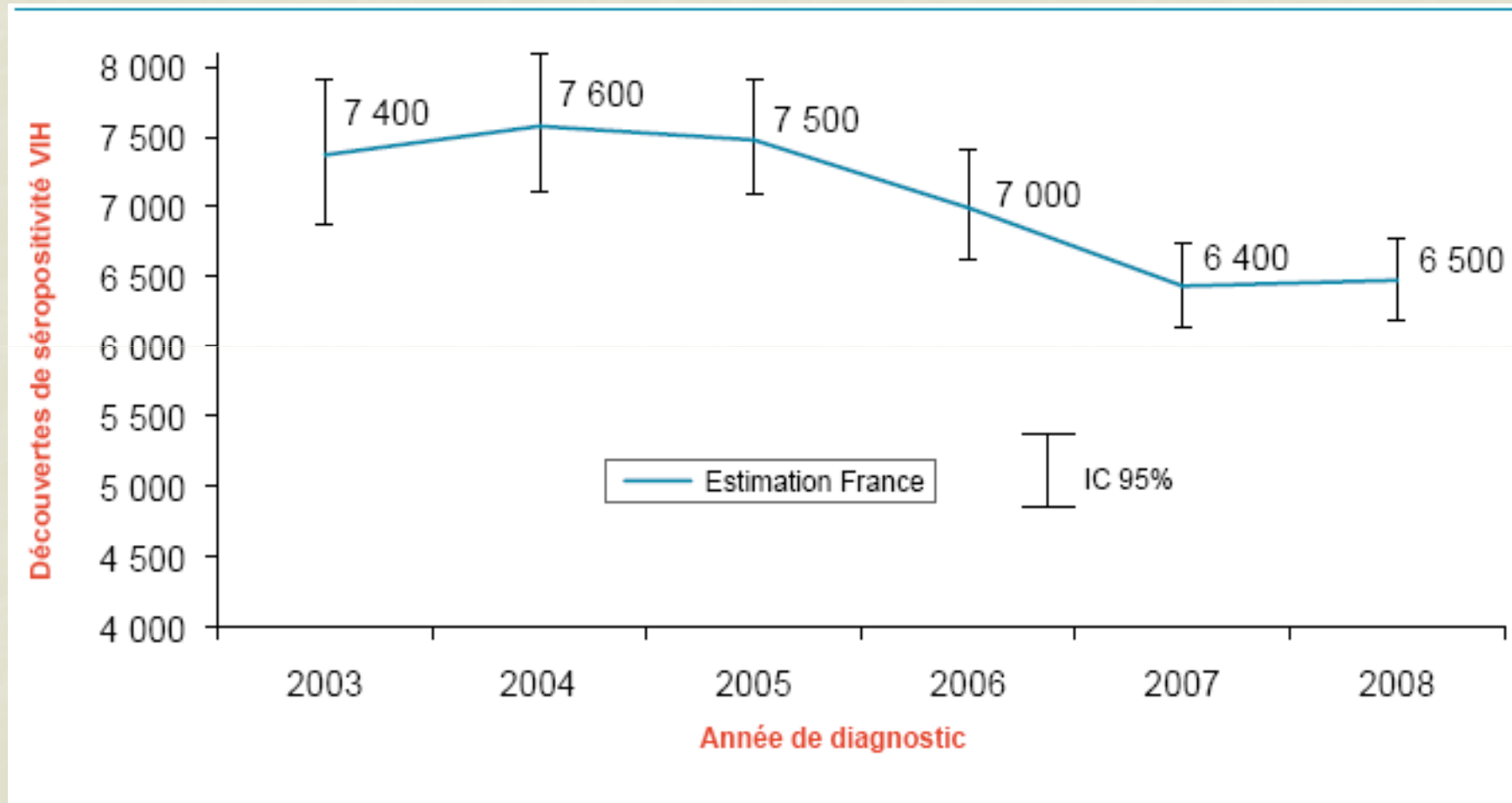


Taux de cas de sida**/million d'habitants



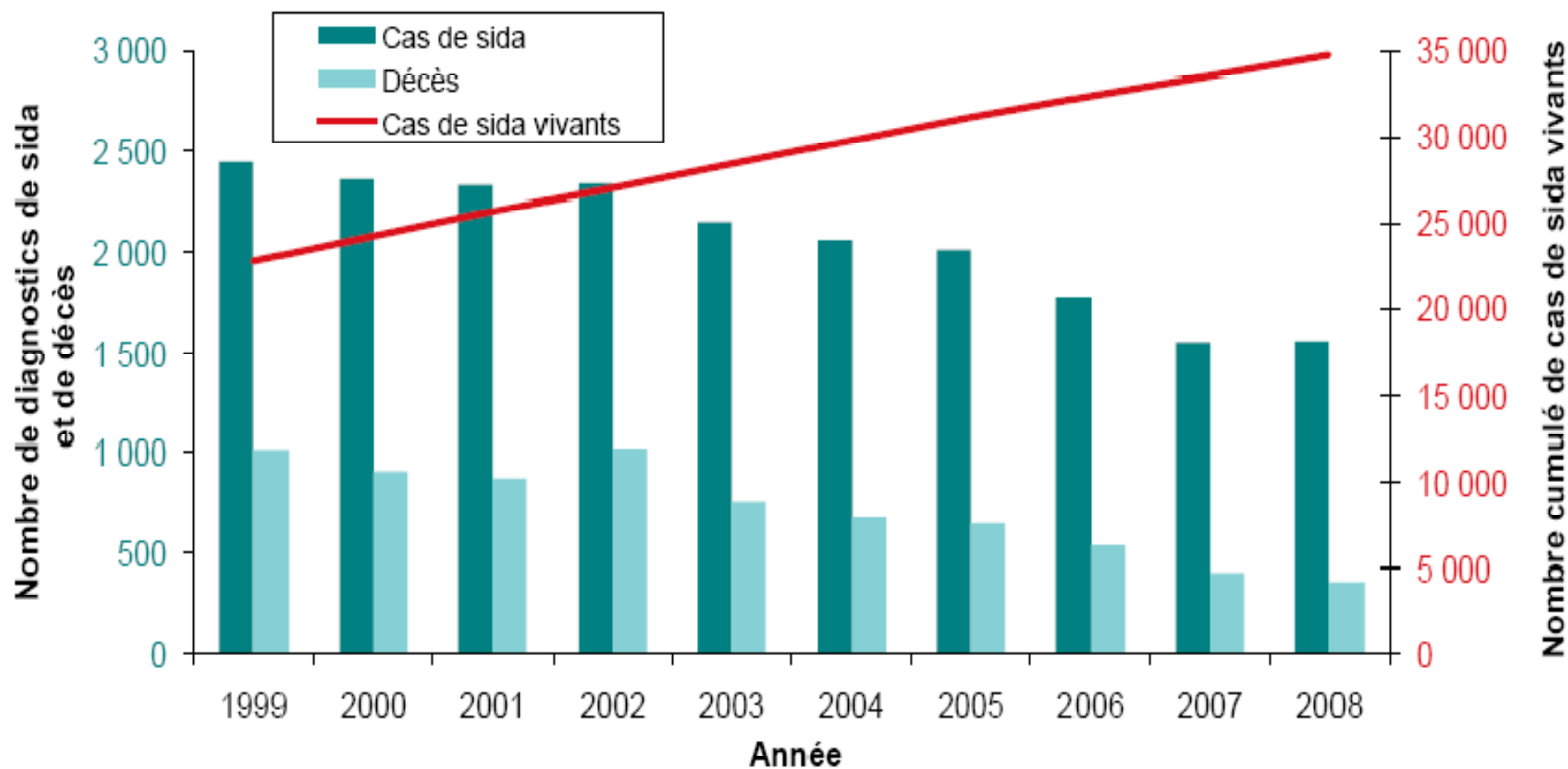
Estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH par année de diagnostic

Données au 31/12/2008 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration



Cas de sida par année de diagnostic, par année de décès et cas de sida vivants au 31 décembre

Données au 31/12/2008 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration



***Caractéristiques des
personnes
diagnostiquées avec une
infection à VIH
ou un sida, France, 2008***

Françoise Cazein et al. 02/10/2009

Institut de veille sanitaire et Centre
national de référence pour le VIH, Tours,

A partir de systèmes de surveillance coordonnés par l'InVS:

- ***la notification obligatoire du VIH et du sida***
 - Pour la première fois, elles incluent le nombre de CD4 au diagnostic, introduit dans la fiche de notification fin 2007
- ***la surveillance virologique menée par le Centre national de référence (CNR) du VIH.***
 - ***test d'infection récente*** pour déterminer la proportion des contaminations dans les six mois précédents,
 - et ***sérotypage*** afin de suivre l'évolution des sous-types du VIH circulant en France.

Sexe, âge et nationalité

- ***En 2008, 67% des personnes découvrant leur séropositivité sont des hommes,*** proportion qui augmente régulièrement depuis 2003 (58%).
- ***L'âge moyen au diagnostic d'infection à VIH en 2008 est de 38,2 ans.*** L'âge moyen a augmenté chez les femmes depuis 2003 (de 33,7 à 36,0 ans), il est stable chez les hommes, autour de 39 ans.
- ***Les personnes de nationalité étrangère représentent 41% des découvertes de séropositivité,*** en diminution depuis 2003 (52%).

Découvertes de séropositivité VIH en 2008 par nationalité et sexe

Nationalité	Femmes		Hommes		Total	
	N *	%	N *	%	N *	%
France	746	35,2	3 071	70,5	3 816	58,9
Afrique subsaharienne	1 106	52,2	772	17,7	1 878	29,0
Amériques (sans Haïti)	82	3,9	141	3,2	223	3,4
Europe	43	2,0	164	3,8	208	3,2
Autres **	142	6,7	208	4,8	350	5,4
Total	2 119	100,0	4 357	100,0	6 476	100,0

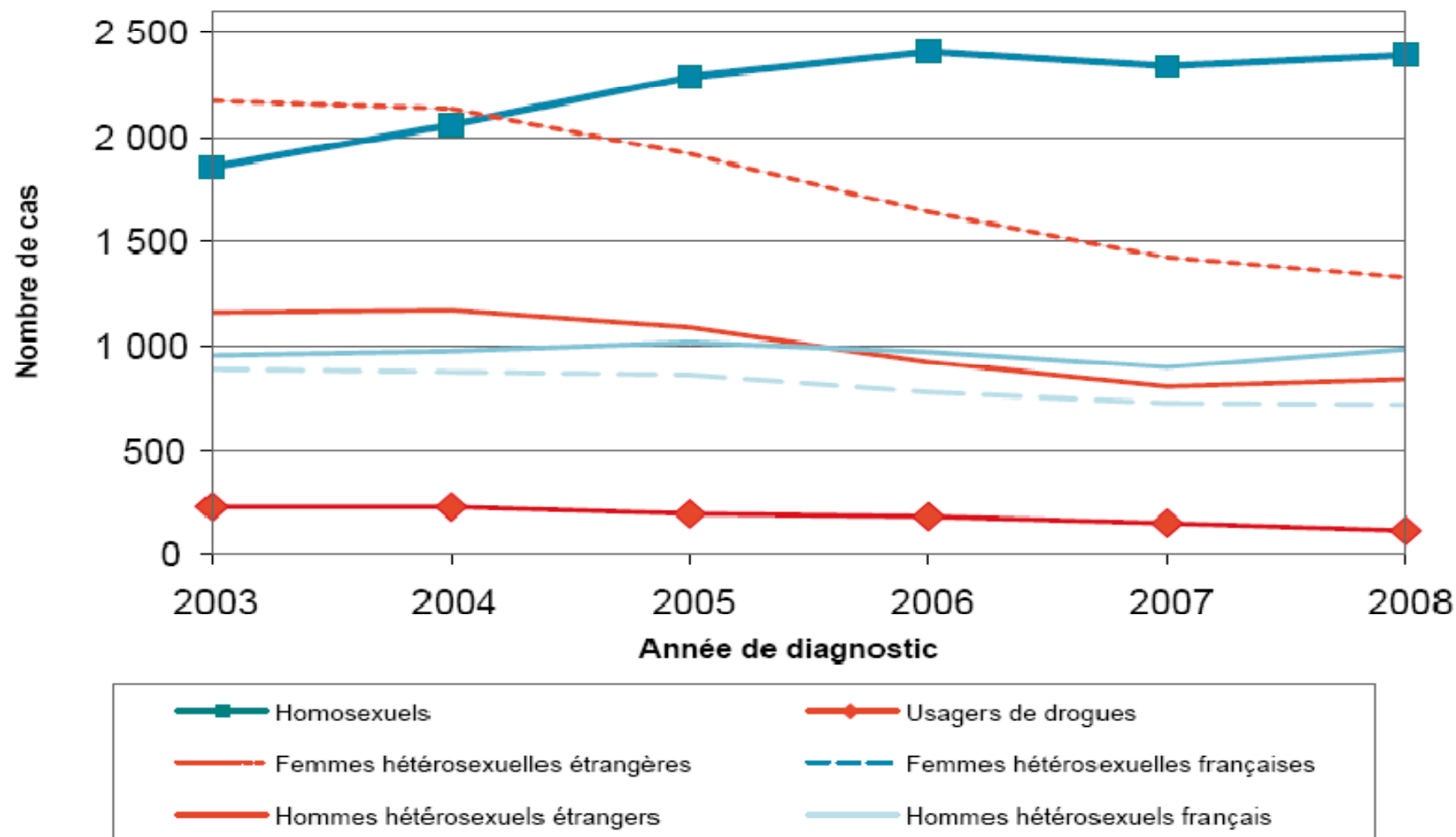
* Données corrigées pour les délais de déclaration, pour la sous-déclaration et pour les valeurs manquantes

** Haïti, Afrique du Nord, Asie, Océanie

Mode de contamination et nationalité

- ***60% ont été contaminées par rapports hétérosexuels,***
 - en majorité des femmes (53%) et des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (51%).
- ***37% par rapports homosexuels***
 - majoritairement de nationalité française (90%),
 - Leur nombre a augmenté entre 2003 et 2006, puis s'est stabilisé autour de 2 500 cas.
- ***et 2% par usage de drogues injectables.***

Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, nationalité et année



Données au 31/12/2008 corrigées pour les délais de déclaration, la sous déclaration et les valeurs manquantes

BEHWeb n°2 • 27 novembre 2009

Motifs de dépistage

- ***Le premier motif de dépistage en 2008 reste la présence de signes cliniques ou biologiques liés au VIH (35%).***
- ***Les autres motifs*** sont une exposition au VIH (25%), un bilan systématique(15%).
- ***La grossesse*** est un motif de dépistage chez 24% des femmes africaines et 9% des Françaises.
- ***Les homosexuels*** sont plus souvent dépistés suite à un risque d'exposition au VIH (34%) que les hétérosexuels (22%).

Stade clinique au dépistage

- En 2008, **11%** des personnes ayant découvert leur séropositivité ont été diagnostiquées précocement au ***stade de primo-infection,***
- **62%** à un ***stade asymptomatique,***
- **13%** à un ***stade symptomatique non sida,***
- **13%** très tardivement au ***stade sida.***

Nombre de CD4 au diagnostic

- ***en moyenne 354/mm³.***
- ***inférieur à 200 pour 29%,***
- ***Compris entre 200 et 350 pour 21%***
- ***supérieur à 350 pour 50%.***
- ***18% des homosexuels ont moins de 200/mm³ CD4 au moment du diagnostic VIH,***
- ***34% des hétérosexuels.*** 39% chez les hommes 29% chez les femmes (mais ne diffère pas selon la nationalité.
- 48% chez les UDIV

Test d'infection récente

- La part des infections récentes parmi les découvertes de séropositivité VIH-1 chez les adultes est de **32% en 2008**
- **48% chez les homosexuels**
- **23% chez les hétérosexuels**

Virus circulant en France

- La proportion ***d'infections à VIH-2*** en 2008 est de 3,0%.
- ***sous-types non B***: 43% des diagnostics d'infection à VIH-1.
- Cette proportion est beaucoup plus élevée chez les personnes d'Afrique subsaharienne (80%).

Sida

■ ***Sexe et âge:***

- 69% des diagnostics de sida concernent des hommes.
- âge moyen au diagnostic de sida: 43 ans en 2008 (femmes: 41 et hommes: 44 ans)

■ ***Mode de contamination:***

- ***contamination hétérosexuelle:*** 64% des cas, homosexuelle: 24%
- ***usage de drogues injectables.*** 9%.
- La diminution du nombre de cas de sida sur les dix dernières années se poursuit chez les UDI et chez les hommes contaminés par rapports homosexuels.
- Cette tendance semble s'inverser en 2008 chez les hommes français hétérosexuels

Sida

- ***Traitement antirétroviral pré-sida:***
 - Moins d'une personne sur cinq (18%) avait bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida
 - UDI 39% - homosexuels 19% -hétérosexuels 16%
- ***Pathologies inaugurales***
 - Pneumocystose: 28%
 - Tuberculose: 19%
 - Candidose oesophagienne: 16%
 - Toxoplasmose cérébrale: 12%
 - Autres pathologies: inférieure à 10%

Discussion

- ***Un des objectifs de la surveillance est de fournir des données permettant d'évaluer le caractère précoce ou tardif du dépistage, afin d'adapter le dépistage.***
- ***50% des découvertes de séropositivité se font en 2008 à moins de 350 CD4 et presque un tiers à moins de 200 CD4.***
- ***Recours au dépistage inégal selon le mode de contamination***
 - ***Les dépistages tardifs sont plus fréquents chez les hommes hétérosexuels, de toute nationalité : environ 40% d'entre eux découvrent leur séropositivité à moins de 200 CD4 et un sur cinq au stade sida***

Discussion

- ***Le nombre d'hommes homosexuels*** découvrant leur séropositivité, après avoir augmenté entre 2003 et 2006, se stabilise en 2007 et 2008
- ***Chez les hommes homosexuels dans la population, le nombre de découvertes de séropositivité en 2008 reste beaucoup plus élevé (725 p.100 000) que chez les UDIV (79 p.100 000) et les hétérosexuels non UDIV (10 p.100 000)***
- ***Un tiers des découvertes de séropositivité en 2008 concerne des personnes de nationalité étrangère***, en majorité d'Afrique subsaharienne, contaminées par rapports hétérosexuels

Discussion

- ***Chez les UDIV, le nombre de découvertes de séropositivité et le nombre de cas de sida diminuent toujours.***
- ***Mais les diagnostics sont trop tardifs.*** 48% de diagnostics à moins de 200 CD4 et de diagnostics au stade sida

Discussion

- Un tiers des découvertes de séropositivité en 2008 concerne des personnes de nationalité étrangère, en majorité d'Afrique subsaharienne, contaminées par rapports hétérosexuels
- Le nombre de découvertes de séropositivité dans cette population, qui diminuait depuis 2003, ne diminue plus en 2008

Discussion

La moitié des personnes diagnostiquées en 2008 ont un niveau de CD4 inférieur au seuil recommandé pour la mise sous traitement (350 CD4/mm³).



**Dépistage de l'infection par le VIH
en France
Stratégies et dispositif de dépistage**

**SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS
Octobre 2009**

www.has-sante.fr

Ces analyses et recommandations
reprennent pour l'essentiel celles
du CNS dans son

« RAPPORT SUIVI DE RECOMMANDATIONS
SUR
L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE
DÉPISTAGE DE
L'INFECTION PAR LE VIH EN France

16 NOVEMBRE 2006

***Le dépistage de l'infection
par le VIH en France :***

État des lieux

- ***Le retard au dépistage***
 - facteurs liés à un retard au dépistage: âge > à 40 ans, la nationalité étrangère et le mode de contamination par rapports hétérosexuels
 - Ce retard augmente de quatorze fois le risque de mortalité dans les six mois qui suivent l'entrée dans le système de soin - CNS, avis du 18 novembre 2008
- ***La prévalence de l'infection par le VIH non diagnostiquée est estimée à 40 000 personnes (18 000 à 61 000)***

État des lieux

- ***L'hétérogénéité de l'épidémie d'infection par le VIH en France***
 - augmentation des pratiques sexuelles à risque chez les HSH; disparités régionales importantes (l'Île-de-France et les DFA - Guyanne):
augmentation du nombre de personnes d'Afrique subsaharienne infectées
- ***Les bénéfices démontrés d'un dépistage précoce***

***De nouvelles stratégies de
dépistage à mettre en oeuvre
et évaluer***

Proposer un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans

- ***Hors toute notion d'exposition à un risque,***
- ***par les médecins généralistes,***
- ***mais aussi*** les gynécologues, la médecine universitaire, les CPEF, les PMI, les dispositifs d'accès aux soins primaires (précaires, migrants), les urgences hospitalières (expérimentations en cours).
- Nécessité d'une information et d'une communication spécifiques vers les

Proposer un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans

- Une telle stratégie de dépistage doit reposer sur les techniques recommandées par la HAS en octobre 2008 : ***test Elisa combiné.***
- Le recours aux ***TDR*** est justifié au niveau individuel dans un cadre médicalisé en cas d'urgence et au niveau collectif dans un cadre organisationnel particulier.
- Les résultats et l'impact de cette proposition doivent être ***évalués après une période de cinq ans.***

Développer l'offre de dépistage ciblé et régulier

■ ***Selon les populations***

- Homosexuels; UDIV; personnes multipartenaires; personnes originaires d'une zone de haute prévalence, DOM, prostitution, partenaires de sujet infectés
- en Guyane, la HAS recommande la proposition d'un dépistage à l'ensemble de la population générale, répétée tous les ans, dans le cadre des services de soins primaires et du recours aux soins hospitaliers.

À quel rythme ?

à partir des résultats des travaux de modélisation ou de leur transposition pour les populations cibles suivantes :

- ***Tous les ans chez les HSH multipartenaires ;***
- ***Tous les ans chez les UDI ;***
- ***Tous les ans chez les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.***
- En dehors de ces trois cas, en l'absence des données aucune recommandation plus précise sur les rythmes de dépistage n'a pu être formulée.

Développer l'offre de dépistage ciblé et régulier

■ ***Selon les circonstances***

- Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ;
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose ;
- Projet de grossesse ;
- Interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Première prescription d'une contraception ;
- Viol ;
- En cours d'incarcération

Développer l'offre de dépistage ciblé et régulier

- ***Grossesse: la HAS rappelle:***
 - un test de dépistage doit être proposé par tout professionnel de santé à ***toute femme enceinte au moment de la 1^{ère} consultation prénatale*** (loi n°93-121 du 27 janvier 1993)
 - De proposer ***un 2^{ème} test au cours du 3^{ème} trimestre*** de la grossesse aux femmes séronégatives exposées à un risque
 - L'importance qu'un ***test de dépistage soit proposé aux conjoints et futurs pères*** avant la naissance: il fait partie de l'examen du 4^e mois du futur père prévu par l'Assurance-maladie

Développer l'offre de dépistage ciblé et régulier

- encourager la ***répétition du test de dépistage*** devant la persistance d'une situation d'exposition à un risque
- ***proposer la réalisation rapide d'un test Elisa combiné, devant tout tableau clinique infectieux aigu compatible avec une primo-infection par le VIH – rôle primordial du médecin traitant***

Primo-infection par le VIH:

Yéni 2008,

- ***syndrome viral aigu persistant , Fièvre >7 jours (90%), avec polyadénopathies, signes cutanéomuqueux et /ou neurologiques et/ou exposition récente au risque:***
 - Amaigrissement (19 à 50%)
 - Éruption cutanée maculo-papuleuse (55 à 73%)
 - Ulcérations buccales et/ou génitales (30 à 40%)
 - Polyadénopathies (57%)
 - Myalgies, arthralgies (30 à 60 %)
 - Pharyngite
 - Troubles digestifs: diarrhée, nausées (33%)
 - Céphalées (29 à 55%)
 - Autres signes neurologiques (13%)

Primo-infection par le VIH:

Yéni 2008,

- ***syndrome viral aigu persistant, associé à des anomalies biologiques***
 - Thrombopénie (74%)
 - Neutropénie, anémie (35 à 26%)
 - Lymphopénies < 1000 (30%)

***améliorer et renforcer les
stratégies actuelles au sein
d'un dispositif rénové***

Encourager et faciliter le recours volontaire au dépistage.

- ***les médecins généralistes*** sont des interlocuteurs privilégiés devant toute situation d'exposition à un risque.
- ***L'utilisation des TDR en médecine générale*** pourrait faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque pour diverses raisons mais aussi améliorer l'accès aux résultats du dépistage
- les ***conditions d'utilisation des TDR*** doivent être respectées

Encourager et faciliter le dépistage volontaire.

■ ***les CDAG et CIDDIST***

- Maintenir et renforcer les missions initialement assignées aux CDAG, pour en faire des lieux de référence en matière de santé sexuelle mais aussi
- prescription d'un traitement post-exposition, réalisation du bilan initial en lien avec les services hospitaliers, des actions de dépistage décentralisées,
- ouvrir la **possibilité de lever l'anonymat**, afin de favoriser la continuité de la prise en charge

Encourager et faciliter le dépistage volontaire.

- ***rendre possible la réalisation du test de dépistage directement dans les laboratoires d'analyse de biologie médicale, sans prescription***
 - sous réserve du ***respect des conditions de remise du résultat du*** test de dépistage rappelées par la HAS en octobre 2008
 - Et du recours à un ***test Elisa combiné*** selon l'algorithme développé dans le premier volet des présentes recommandations en santé publique sur le dépistage de l'infection par le VIH

Encourager et faciliter le dépistage volontaire.

- Soutenir la mise en oeuvre par les **structures associatives** de dispositifs spécifiques de dépistage dans le *continuum* des actions de prévention en fonction des résultats des projets en cours.
- Dans ce cadre, les conditions d'utilisation des **TDR** fixées par le premier volet des présentes recommandations devront être respectées

Place du counseling

- En 1987, en l'absence de traitements efficaces, la proposition d'un test de dépistage doit s'accompagner d'une **démarche d'accompagnement** afin de réduire l'impact traumatique de l'annonce éventuelle d'une séropositivité.
- en 1996 , l'arrivée des trithérapies et la réduction de la mortalité ont modifié les stratégies de conseil: il s'est alors agi de faciliter le dépistage en proposant une promesse thérapeutique. **On est passé peu à peu de l'accompagnement à une démarche de prévention primaire** (crainte que l'existence de traitements ne banalise le risque VIH).

Place du counseling

- S'il reste pertinent dans la démarche de dépistage, comme soutien, comme accompagnement ou aide au changement, notamment des pratiques sexuelles ou à la réduction des risques,
- Le counseling ne doit pas être un obstacle à un accès précoce au dépistage, d'autant plus s'il est imposé ou s'il est pratiqué par des professionnels ou des individus peu formés à le faire.

Place du counseling

- en France le counseling est devenu plus un accompagnement des personnes séropositives qu'une aide à la prévention des personnes séronégatives.
- Celle-ci nécessite une formation spécifique aux théories du changement, aux concepts de réduction des risques sexuels et en matière de drogues injectables, une reconnaissance des environnements traumatiques fonctionnant comme freins à la prévention (abus sexuels, faible estime de soi, addictions sexuelles réactionnelles, homophobie, dépendance, économique, violence dans les couples).

adapter le counseling

- Aux modalités de dépistage et au contexte de l'offre de soins.
- ***Dans le cadre de la stratégie de dépistage universel recommandée, il peut être limité à la délivrance d'une information adaptée afin d'obtenir un consentement éclairé et à l'appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test.***

Annexe .

***Recommandations de la HAS
concernant les modalités de
réalisation du dépistage de
l'infection par le VIH
(publiées en octobre 2008)***

modalités du dépistage de l'infection par le VIH

- Le diagnostic biologique de l'infection par le VIH repose sur une ***analyse de dépistage puis analyse de confirmation.***
- ***Le maintien de la réalisation de deux techniques de dépistage sur le même prélèvement n'est plus justifié en 2008.***

Principes généraux

- ***Choix de la technique pour l'analyse de dépistage***
 - ***un test ELISA combiné*** marqué CE avec un seuil de détection de l'Ag p24 au moins équivalent au seuil minimal requis par la réglementation européenne en vigueur pour les tests de détection de l'Ag p24 seul
- ***Choix de la technique pour l'analyse de confirmation et différenciation des infections à VIH-1 et VIH-2***
 - ***western blot (WB) ou immunoblot (IB).***

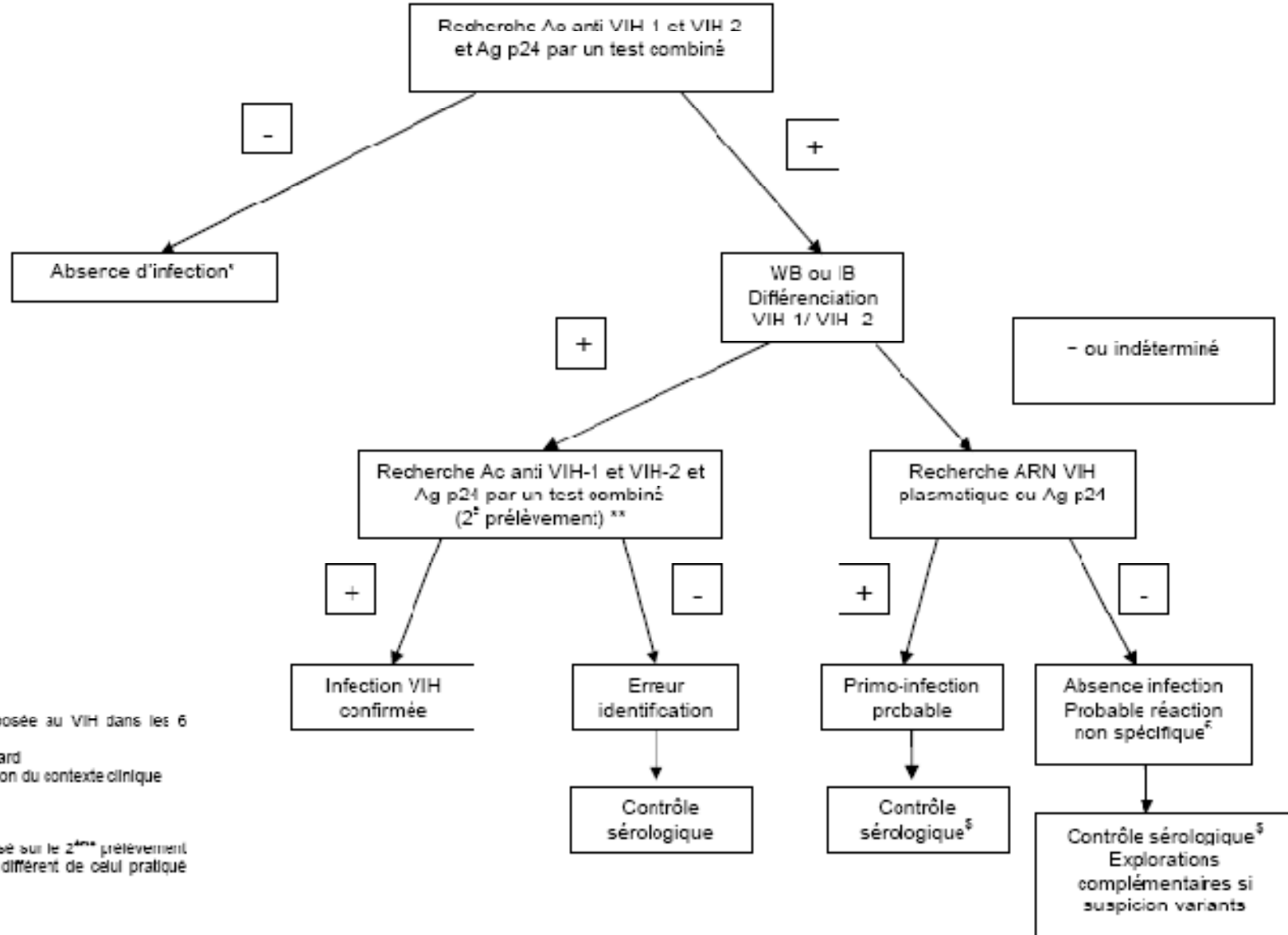
Principes généraux

- ***Si le résultat du WB ou de l'IB est négatif ou indéterminé***, un test mettant en évidence les composants du virus: ***ARN viral plasmatique (charge virale)*** ou ***l'Ag p24*** permet de reconnaître une primo-infection au stade de pré-séroconversion.
- ***deux prélèvements distincts.***
 - l'analyse de confirmation doit être effectuée sur le prélèvement initial.
 - **En cas de positivité de l'analyse de confirmation, un second prélèvement devra obligatoirement être réalisé afin d'éliminer une erreur d'identité**

Principes généraux

- ***Durée du suivi post-exposition:***
 - ***un résultat négatif du test de dépistage ELISA combiné 6 semaines après l'exposition supposée*** pourra être considéré comme signant l'absence d'infection par le VIH.
 - le délai reste de ***3 mois après l'arrêt du traitement, en cas de traitement prophylactique post-exposition***

**ALGORITHME DE DÉPISTAGE
CAS GÉNÉRAL
ADULTES ET ENFANTS DE PLUS DE 18 MOIS**



* sauf exposition supposée au VIH dans les 6 semaines précédentes

§ 1 à 2 semaines plus tard

EA interpréter en fonction du contexte clinique

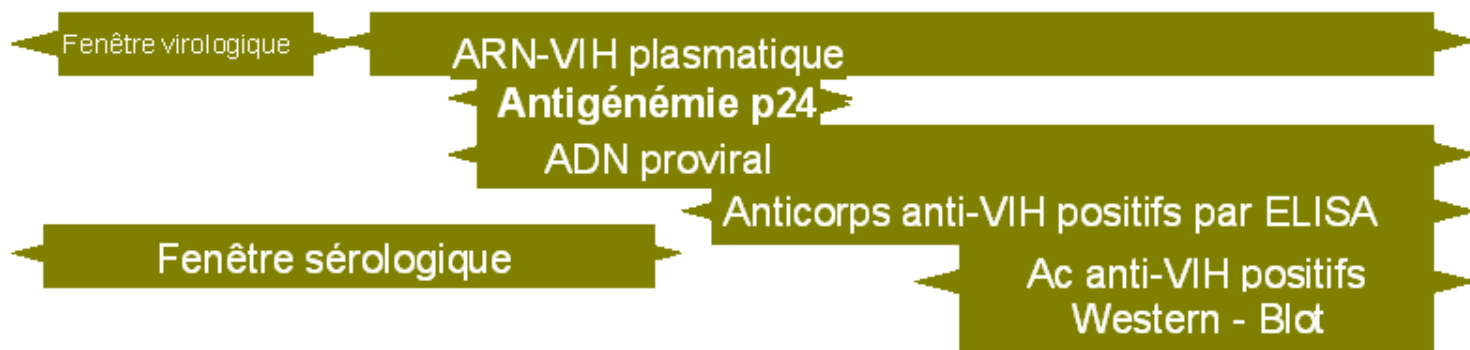
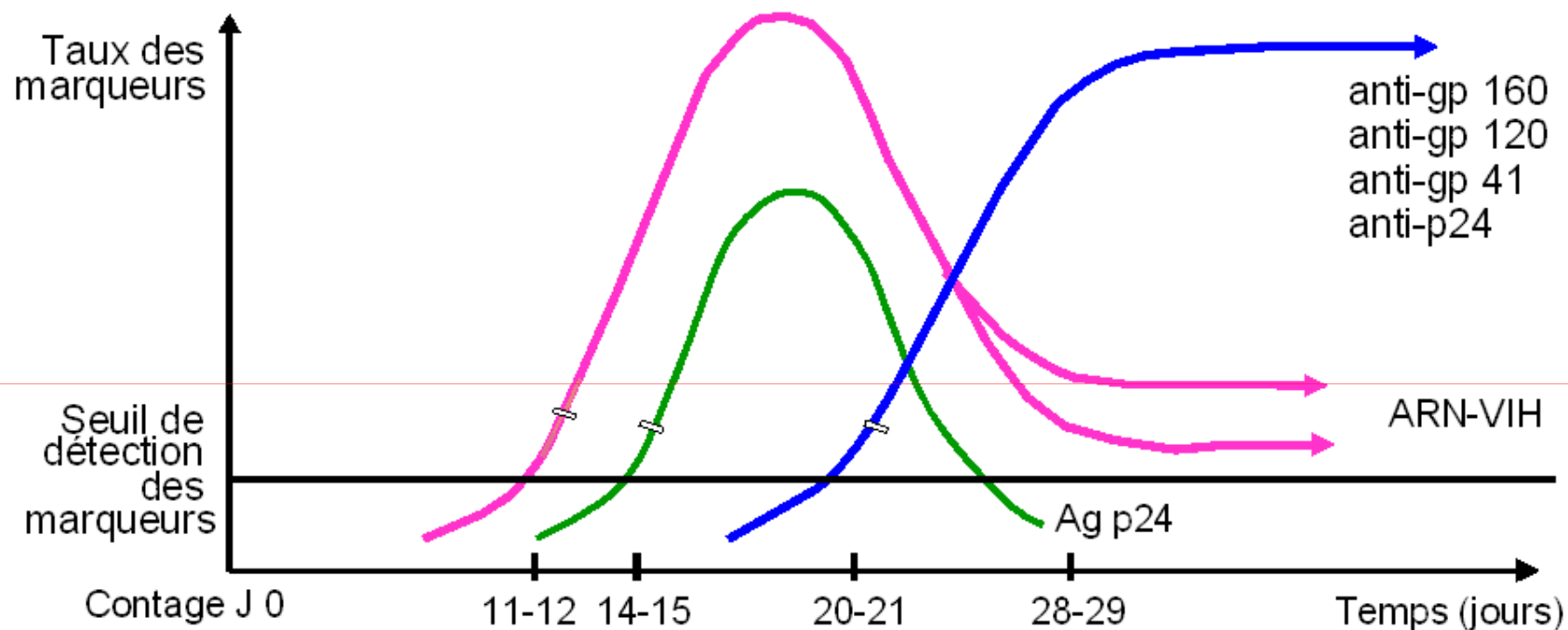
+ : résultat positif

- : résultat négatif

Ac : anticorps

** le test combiné réalisé sur le 2^{ème} prélèvement peut être identique ou différent de celui pratiqué sur le 1^{er} prélèvement.

Représentation schématique des marqueurs virologiques au cours de la primo-infection par le VIH en l'absence de traitement



Place des tests de dépistage rapide

- ***deux objectifs principaux :***
 - obtenir un diagnostic rapide dans certaines situations d'urgence
 - Accident d'exposition, sexuelle ou professionnelle, accouchement de femmes non dépistées ou exposées à un risque récent
 - faciliter l'accès à la connaissance du statut sérologique et à la prise en charge préventive et thérapeutique pour certaines populations qui ne recourent pas ou insuffisamment au dispositif classique de dépistage.
 - précaires, sans droits, irréguliers...

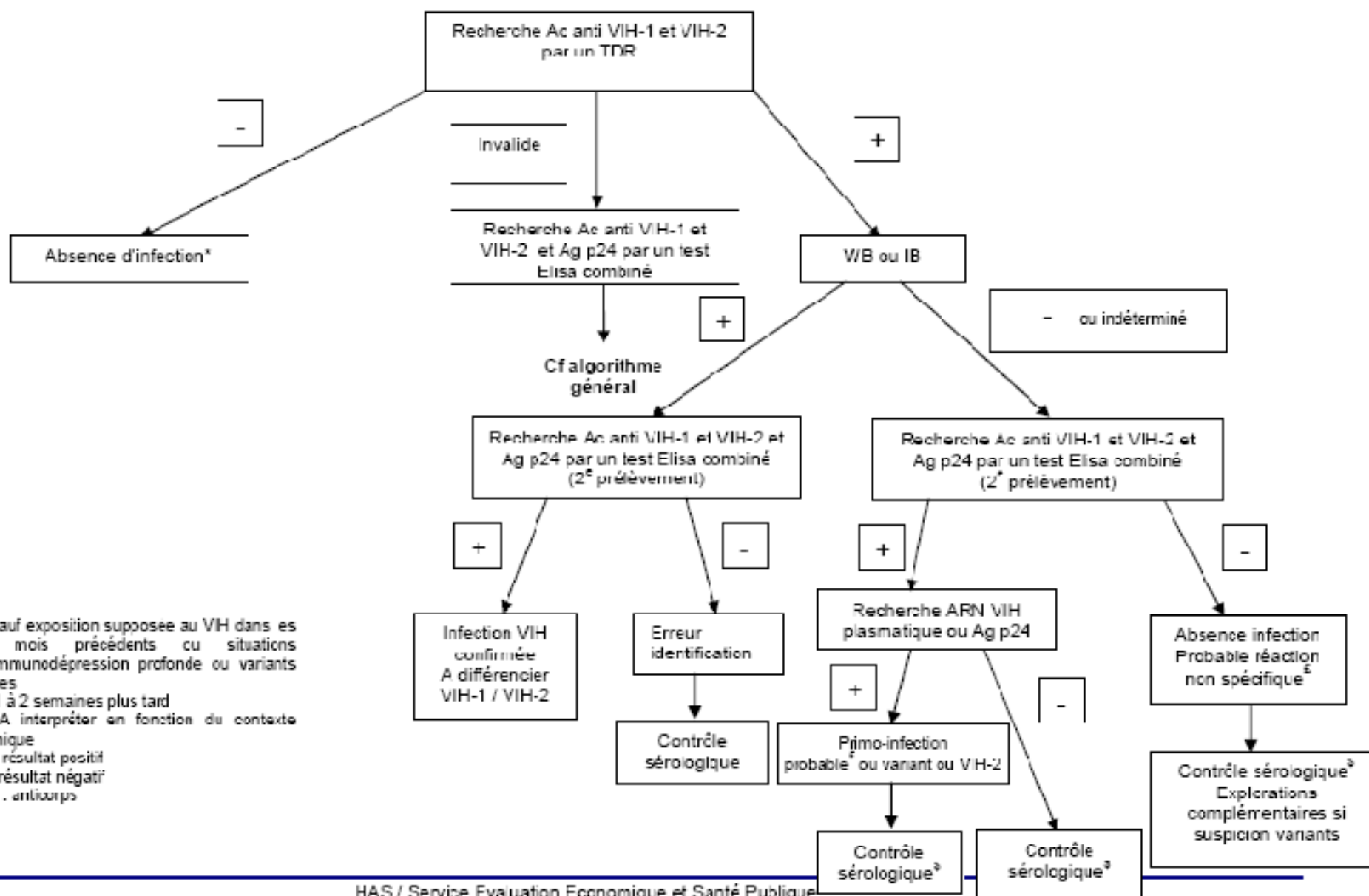
TDR: dans quel cadre

- dans des structures traditionnelles d'offre de dépistage (CDAG, CIDDIST, etc.)
- ou dans des structures alternatives (associatives);
- Par les médecins traitants ? (CNS)
- Dans tous les cas, le recours aux TDR doit s'inscrire dans le cadre d'une démarche structurée d'évaluation.
- Et ne doit être réalisé qu'avec le consentement éclairé de la personne à laquelle il est proposé (sauf urgence vitale et personne ne pouvant donner son consentement)

Les avantages des TDR

- ***rendu immédiat durant la consultation*** et possibilité de pratiquer ou prescrire le test de confirmation.
- ***En cas de résultat négatif, il faut s'assurer de l'absence de prise de risque dans les trois mois précédents, ou faire un deuxième test (délais de séroconversion).***
- Les tests rapides permettent une ***récupération plus importante des résultats par les patients***. 94 % des dépistés positifs par TDR reviennent d'eux-mêmes et 3 % après avoir été recontactés - avec les tests classiques 21 % ne reviennent (étude US) .

**ALGORITHME DE DÉPISTAGE
CAS DES TDR
ADULTES ET ENFANTS DE PLUS DE 18 MOIS**



* sauf exposition supposée au VIH dans les 3 mois précédents ou situations d'immunodépression profonde ou variants rares
 § 1 à 2 semaines plus tard
 E A interpréter en fonction du contexte clinique
 + : résultat positif
 - : résultat négatif
 Ac : anticorps

DEPISTAGE

Idées forces

Dépister tôt pour traiter tôt

- Traiter tôt pour un meilleur pronostic à long terme
- La restauration immunitaire sera d'autant plus longue que l'immunodépression était sévère à l'initiation du traitement
- Traiter pour diminuer la contagiosité

Dépister tôt pour traiter tôt

- Mais:
 - 6500 découvertes de séropositivité en 2008
 - dont 50% < 350 CD4/mm³
 - 29% < 200 CD4 par mm³
 - dont 13% au stade Sida
 - 40 000 personnes infectées ignorent leur séropositivité

Dépister plus et mieux

- Dépister une fois toute la population adulte
- Dépister les grossesses (et les pères!)
- Dépister les IST, les hépatites, les tuberculoses...
- Repérer les primo infections symptomatiques
- orienter à temps (48 h maximum) les expositions récentes vers les services d'urgence, pour une éventuelle prophylaxie

Dépister: modalités

- ***Toujours avec le consentement éclairé du patient.***
- ***Toujours deux prélèvements:***
 - Elisa combiné sur le 1^{er}, et WB de confirmation si Elisa positif
 - Elisa sur le 2^{ème}, si WB positif
- ***Délais de séroconversion***
 - Six semaines pour les tests combinés
 - Trois mois pour les TDR
 - Avant: Ag P24 ou charge virale