

Epidémiologie

BEH Bulletin
épidémiologique
hebdomadaire



30 novembre 2010 / n° 45-46

Numéro thématique – L'infection à VIH-sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence

Special issue – HIV/AIDS in France in 2009: HIV testing, new diagnoses and incidence

p.449 **Éditorial / Editorial**

p.450 **Sommaire détaillé / Table of contents**

Coordination scientifique / *Scientific coordination of the issue* : Françoise Cazein et Caroline Semaille, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et pour le comité de rédaction du BEH : Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé, Paris, France et Bruno Morel, Agence régionale de santé Rhône-Alpes, Lyon, France

L'état des lieux du dépistage

5 millions* de tests de dépistage réalisés chaque année, soit 77 sérologies VIH pour 1 000 habitants et par an et de très fortes disparités régionales.

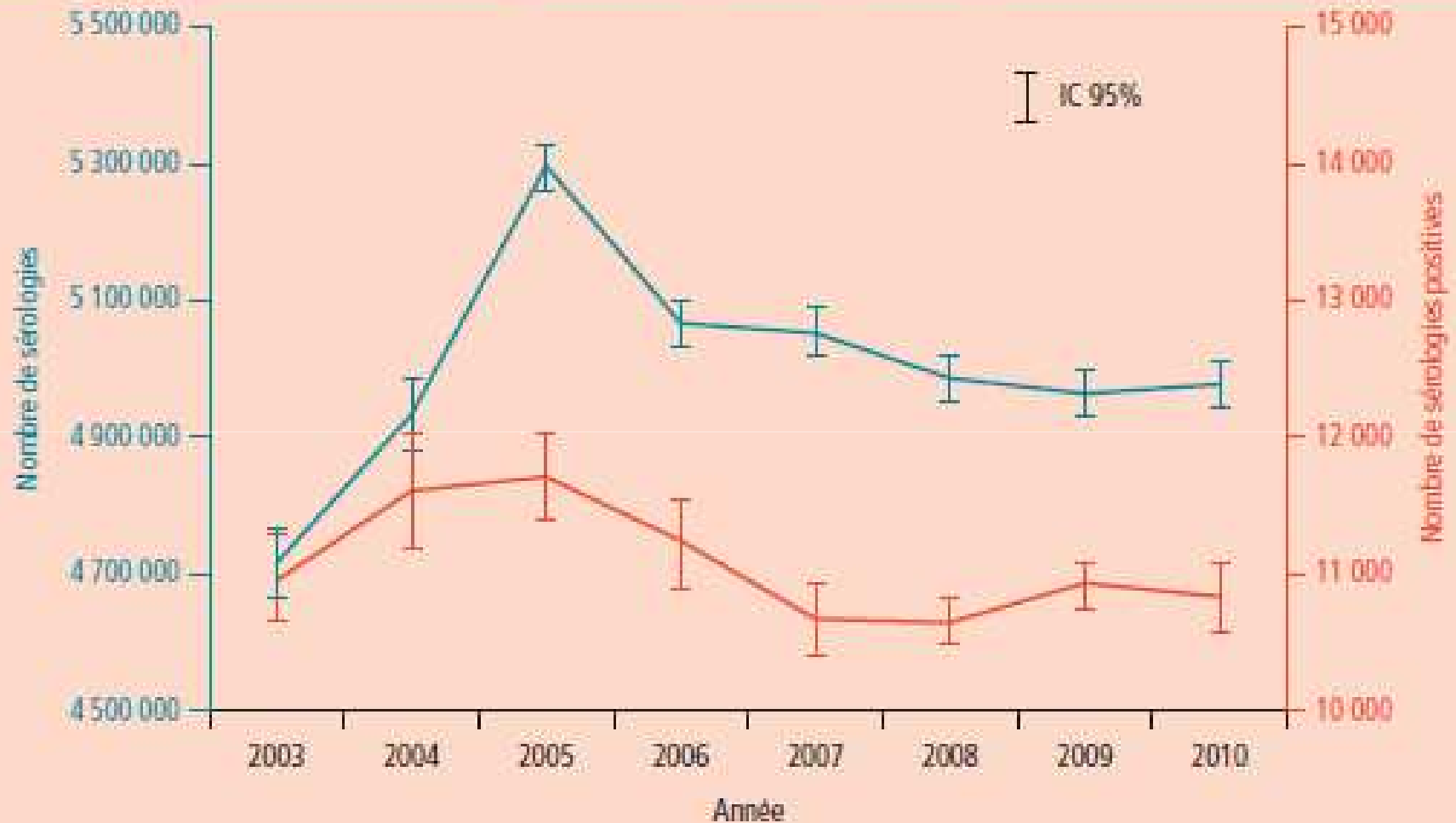
**dont 8% en CDAG, 77% en ville*

10 836 sérologies pour le VIH confirmées positives en 2010

- IC95% [10 377-11 295]. Stable depuis 2007 (figure 1).
 - Dont 12% en CDAG, 40% en ville.
- Soit 167 par million d'habitants (9 fois plus en Guyanne)
- Soit 2,2 pour 1000 sérologies réalisées
 - 8,7/1000 en Guyanne, 4,4/1000 en IDF)
 - 3,5/1000 en CDAG

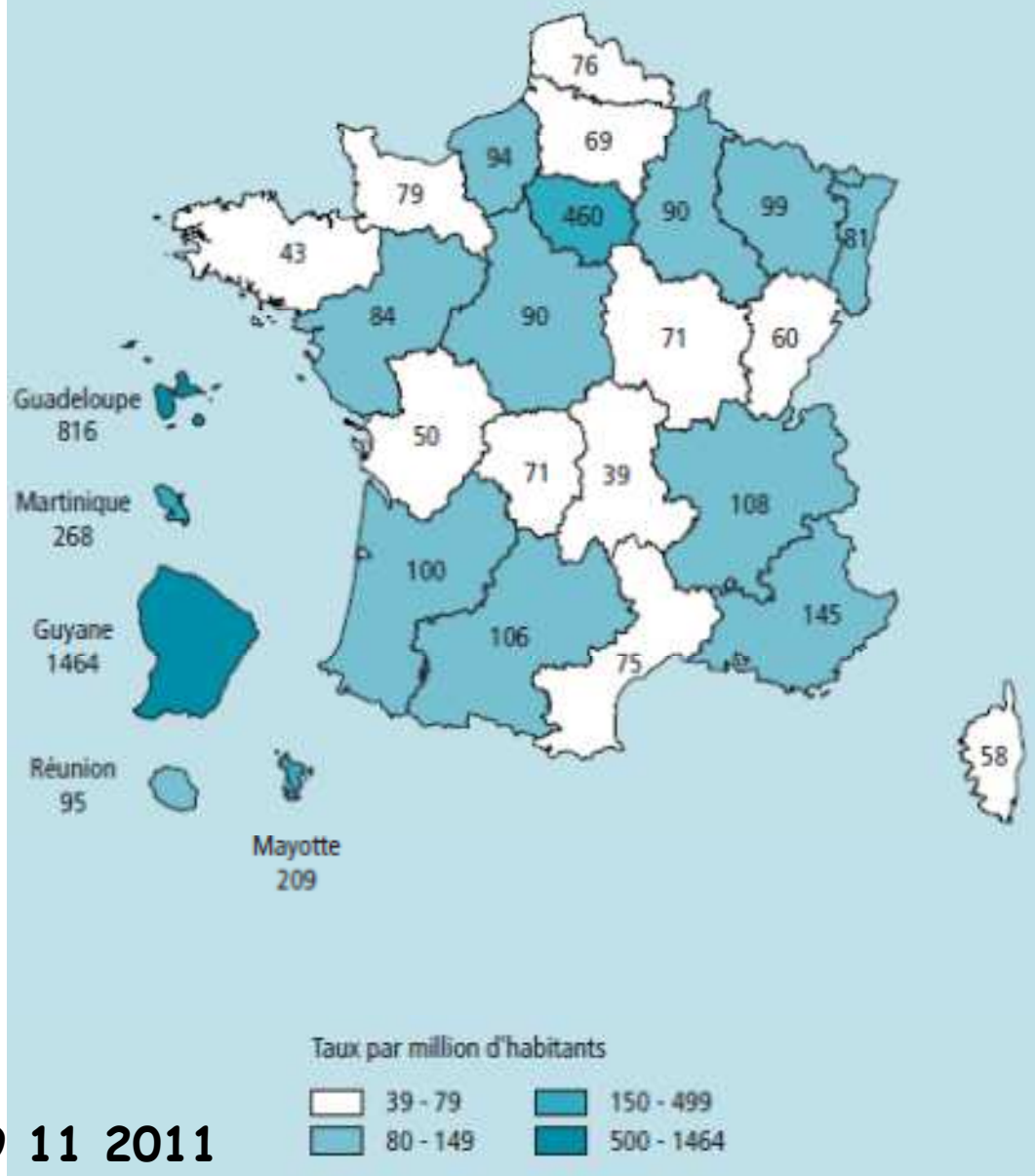
F. Cazein et coll. BEH 43/44 - 29 novembre 2011

Figure 1 Sérologies VIH réalisées et sérologies confirmées positives, LaboVIH, France, 2003-2010 /
Figure 1 HIV tests performed and HIV positive tests, LaboVIH, France, 2003-2010



2b - Sérologies VIH positives par million d'habitants (LaboVIH), France, 2010

2b - HIV positive tests per million inhabitants (LaboVIH), France, 2010



A partir de la notification obligatoire

Trente ans après l'identification
des premiers cas de sida, 6 300
personnes ont découvert leur
séropositivité pour le VIH, en
2010

chiffre stable depuis 2007.

*32% des diagnostics sont réalisés par des
médecins de ville*

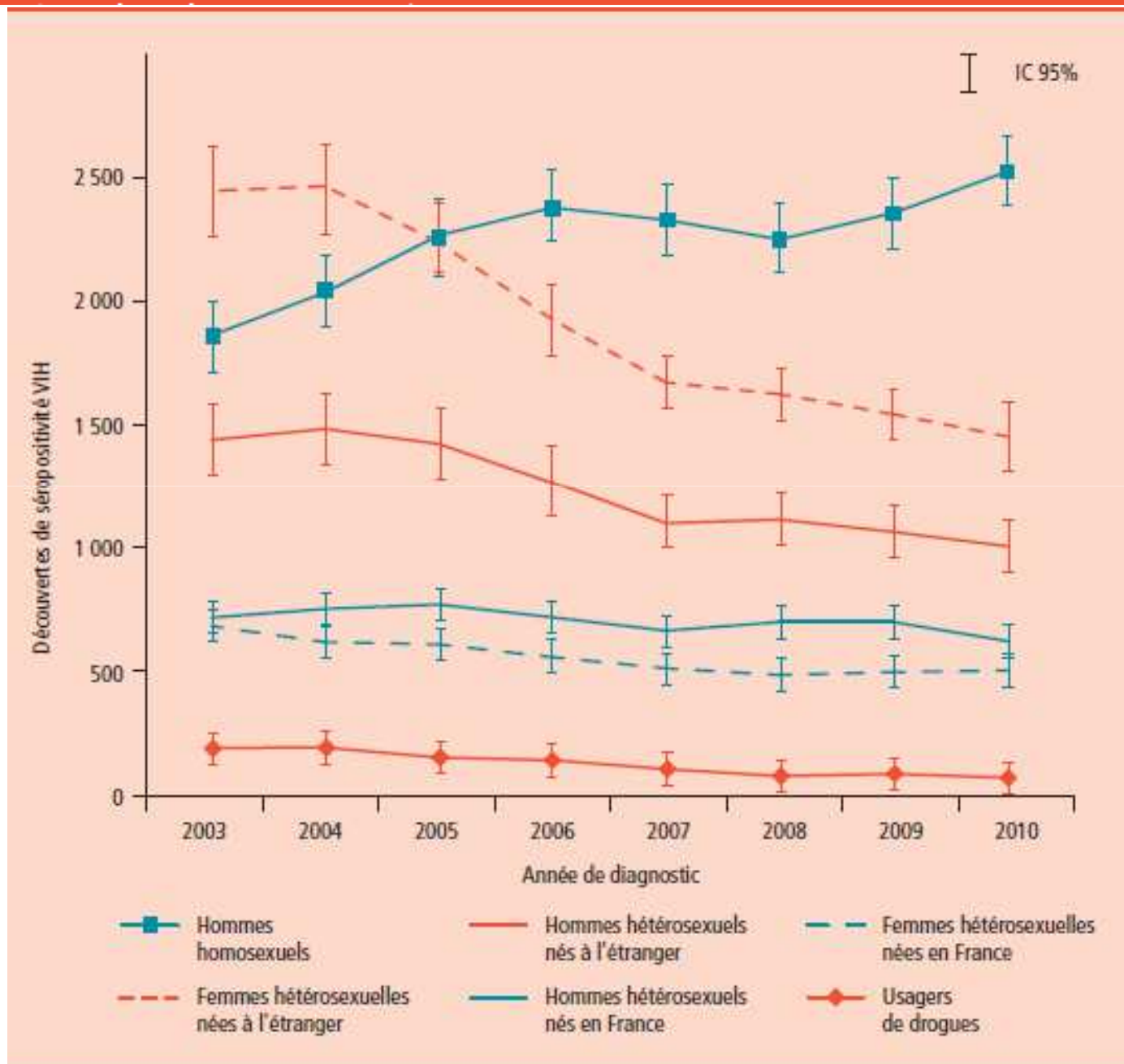
Sexe, âge, origine

- **68% sont des hommes** (57% en 2003)
- **Age moyen:** 37,9 ans (f. 36,3 – h 38,7)
 - 25 à 49 ans: 70 %
 - 50 ans et plus: 18 % (12% en 2003)
- **Plus de la moitié nés en France**, un tiers en Afrique sud-saharienne (avec des disparités régionales)

Modes de contamination

- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes: 40% des diagnostics (2500), en augmentation surtout chez les moins de 25 ans
- les personnes des deux sexes ayant des rapports hétérosexuels: 57% (3600) des diagnostics:
 - stable depuis 2007
 - en augmentation chez les plus de 50 ans.
- **UDIV: 70 cas**

Figure 4 Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic, France (données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-



Motifs de dépistages:

- présence de signe cliniques: 35 %
 - Primo-infection ou stade tardif
- Exposition récente au VIH: 23 %
- Bilan systématiques: 19 %
 - Dont le bilan prénatal

Stade clinique à la découverte de la séropositivité

- 11 % au stade de la primo-infection
- 63 % à un stade asymptomatique
- 12 % à un stade symptomatique non Sida
- 15 % au stade Sida

Stade immunologique à la découverte de la séropositivité

- 29 % moins de 200 lymphocytes CD4 par mm³
- 20 % entre 200 et 349
- 21 % entre 350 et 499
- 30 % à 500 et plus

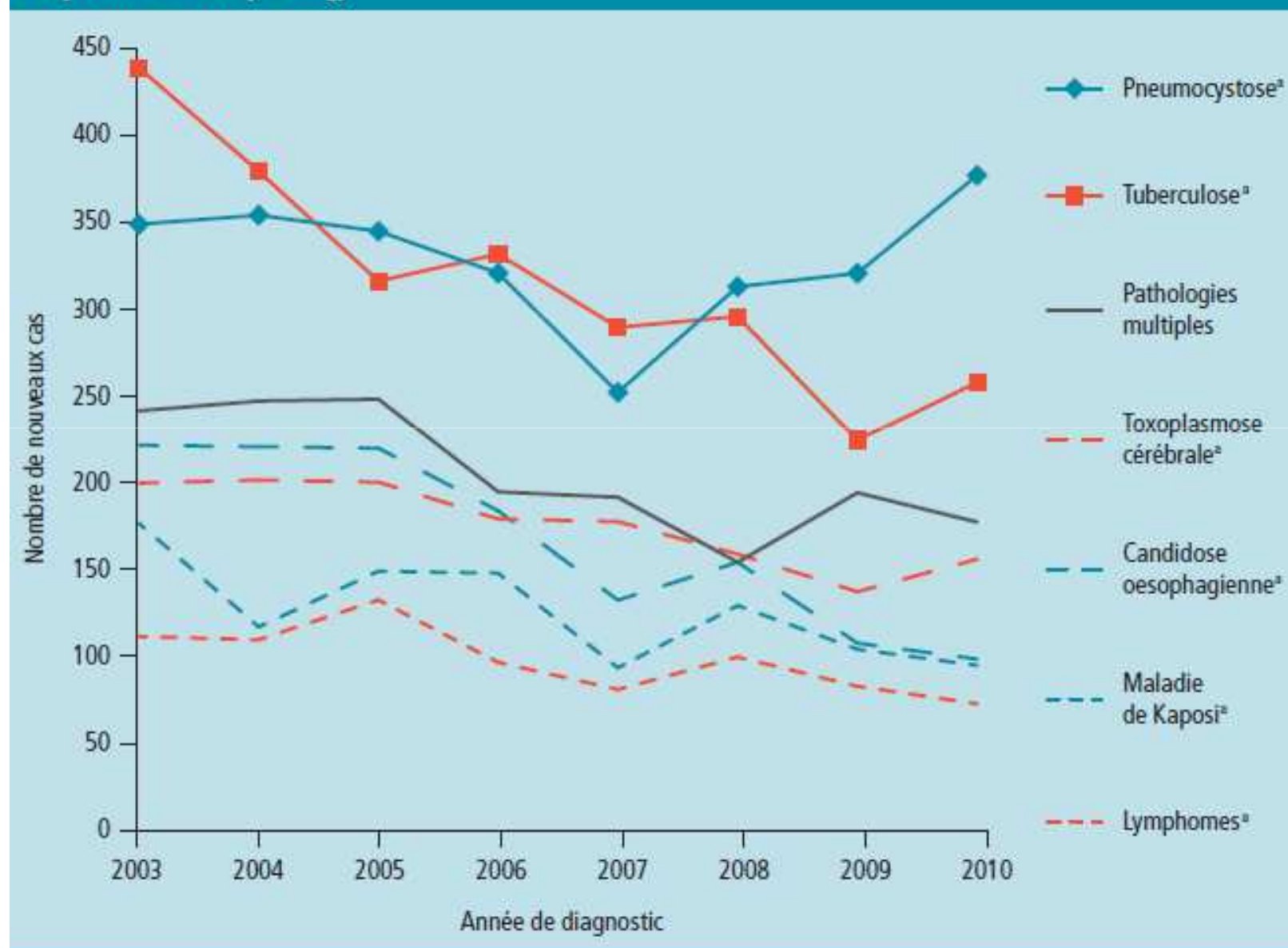
**le sérodiagnostic est porté très
tardivement dans près d'un cas
sur trois**

**avec des pertes de chance conséquentes
pour ceux et celles qui vont se voir
proposer un traitement antirétroviral dans
ces conditions.**

1500 cas annuels de cas de Sida

- 60 % des cas de Sida ont découvert leur séropositivité au stade Sida
- Le délai d'entrée dans le Sida est 2 fois plus court (5,9 v. 10,2) chez les personnes non traitées

Figure 2 Pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes chez les adultes (France - Données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) / Figure 2 Number of newly diagnosed AIDS indicative diseases in adults (France - Data up to 31/12/2010 adjusted for reporting delays and underreporting)



Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014 propose

- d'intensifier et de diversifier les stratégies de dépistage, notamment par les médecins généralistes qui devraient **systematiquement proposer le test, y compris en dehors de tout risque repéré.**
- Sans oublier le **dépistage répété des populations les plus touchées,**
- ni le **dépistage dans les services d'urgence** qui a déjà fait la preuve de sa relative utilité [4],
- et de développer le **dépistage à organisation communautaire** et d'autres approches innovantes qui restent à expérimenter

Avec comme objectifs

- Que les diagnostics très précoces deviennent la seule forme d'entrée dans les soins.
- Faire chuter la charge virale communautaire et donc la transmission,
 - comme cela a été récemment démontré au sein de couples sérodifférents (Cohen MS, et al; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Eng J Med. 2011;365:493-505.
- Evaluer l'efficacité de ces mesures, en terme de chute d'incidence des nouvelles contaminations



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Dépistage de l'infection par le VIH
en France**

Stratégies et dispositif de dépistage

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Octobre 2009

www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**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
CONSEIL NATIONAL DU SIDA

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

16 NOVEMBRE 2006

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 généralistes*

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

- ce 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.

Dépistage ciblé

- *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.

Dépistage ciblé

- *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

Dépistage ciblé: la grossesse

- 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
- Proposer un *test de dépistage aux futurs pères* au cours de l'examen du 4^e mois du futur père prévu par l'Assurance-maladie

Dépistage ciblé

- 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 poly adénopathies, 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%)

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.

- *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*

Encourager et faciliter le dépistage volontaire.

- Soutenir la mise en œuvre par les *structures associatives* de dispositifs spécifiques de dépistage.
- Dans ce cadre, les conditions d'utilisation des *TDR* fixées par le premier volet des présentes recommandations devront être respectées

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.*

estimation de l'impact clinique et du coût-efficacité du dépistage généralisé

- la réalisation d'un seul test VIH volontaire en routine dans la population française réduit le délai entre l'infection par le VIH et le diagnostic, augmente le taux des CD4 lors du diagnostic, améliore la survie chez les patients infectés, réduit les infections secondaires à dix ans
- et est associée à des rapports coût-efficacité considérés comme acceptables.
- Un dépistage plus fréquent se justifie d'un point de vue économique dans les populations qui présentent un risque plus élevé telles que les HSH, les UDI et la population de Guyane française.

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).***

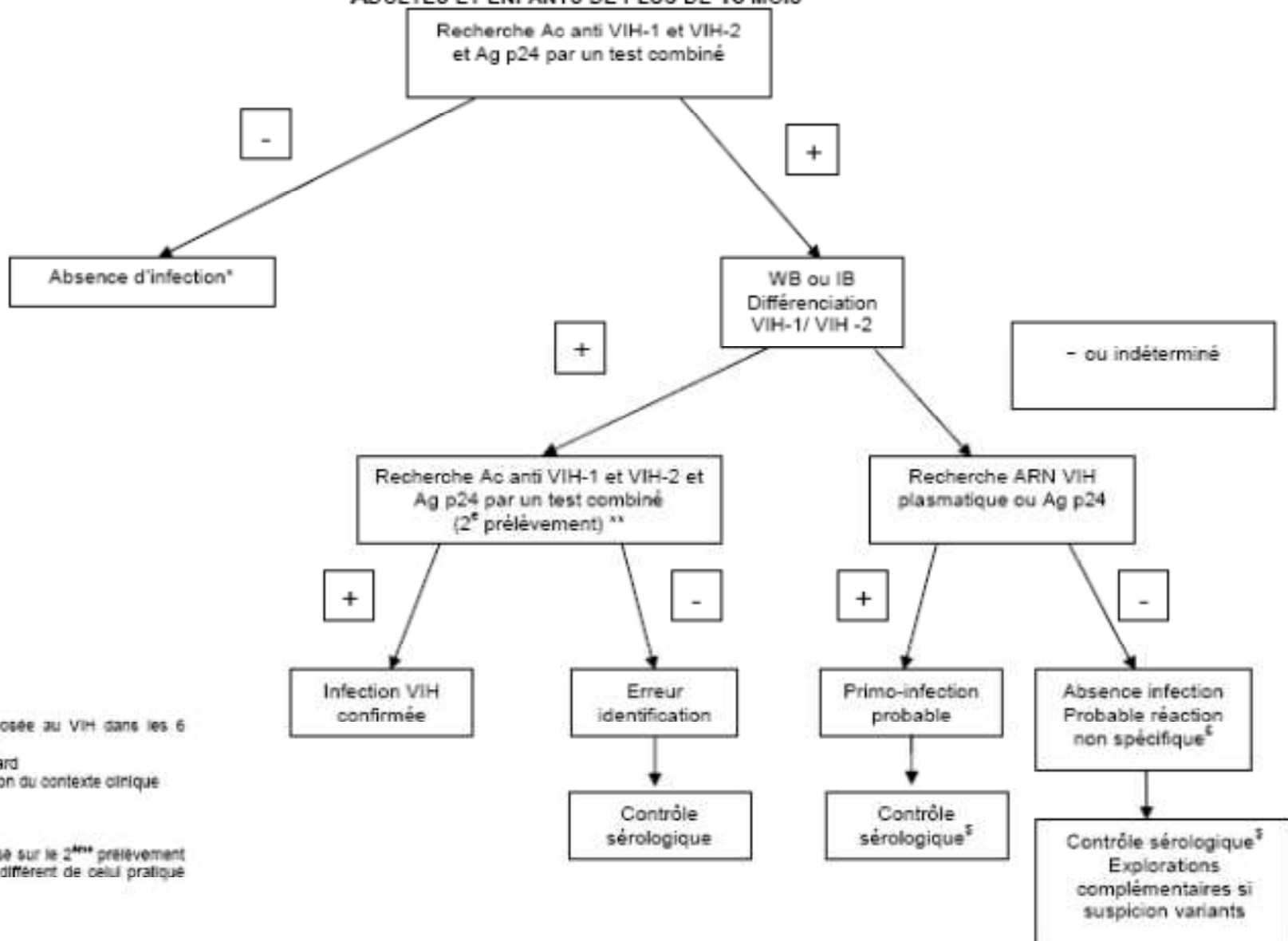
Principes généraux

- ***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

‡ A interpréter en fonction du contexte clinique

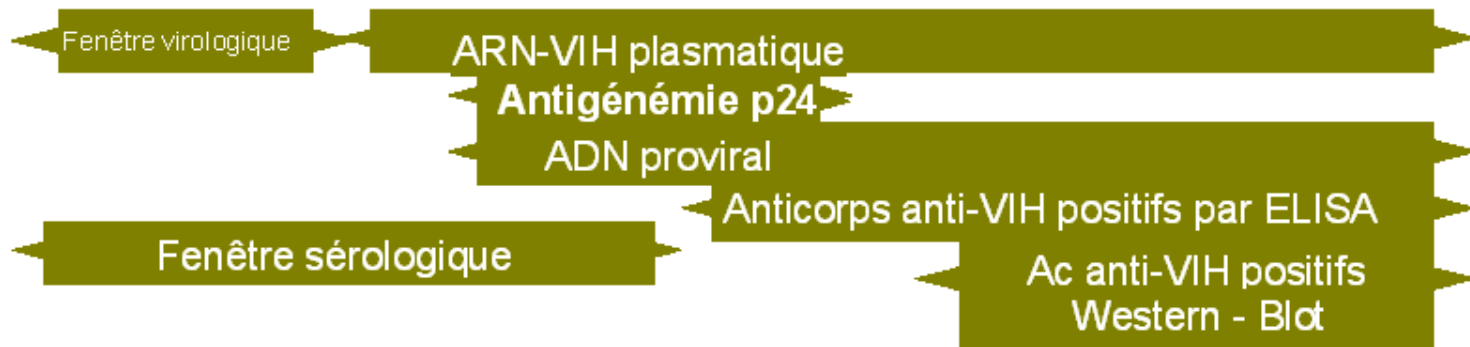
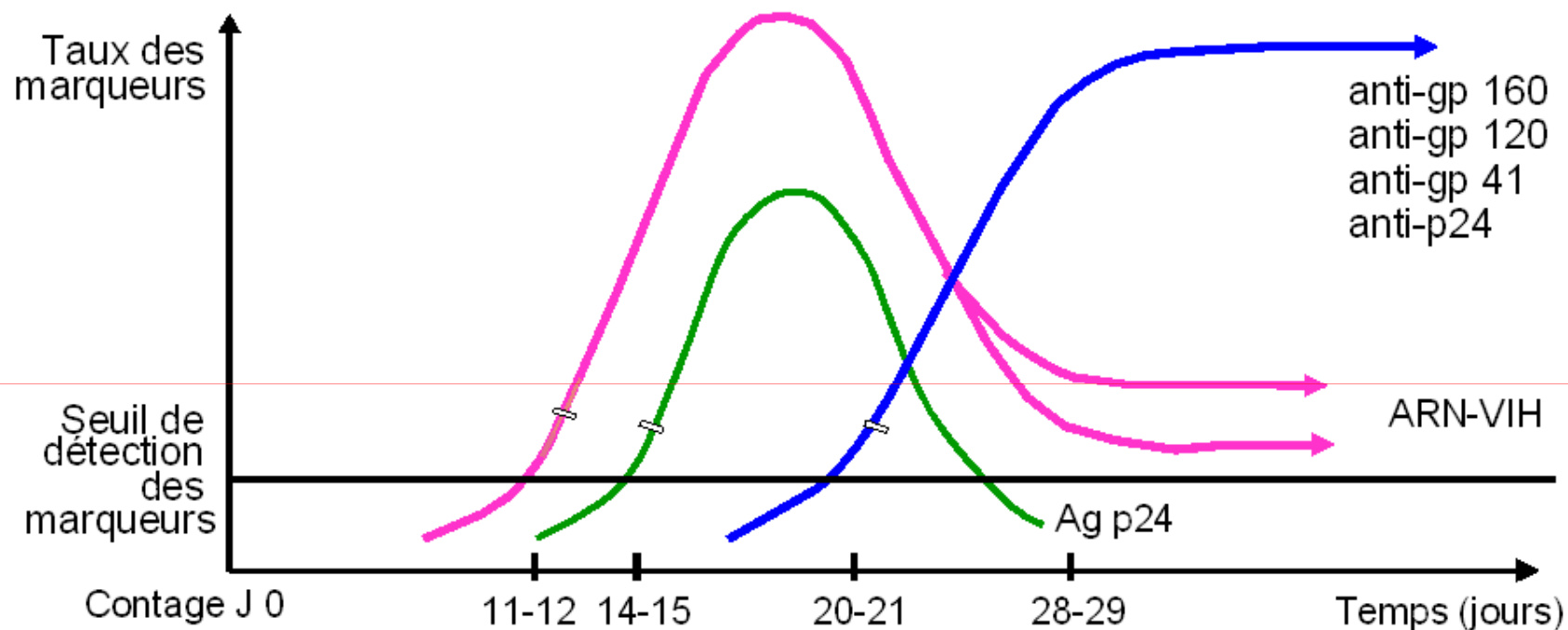
+ : résultat positif

- : 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...

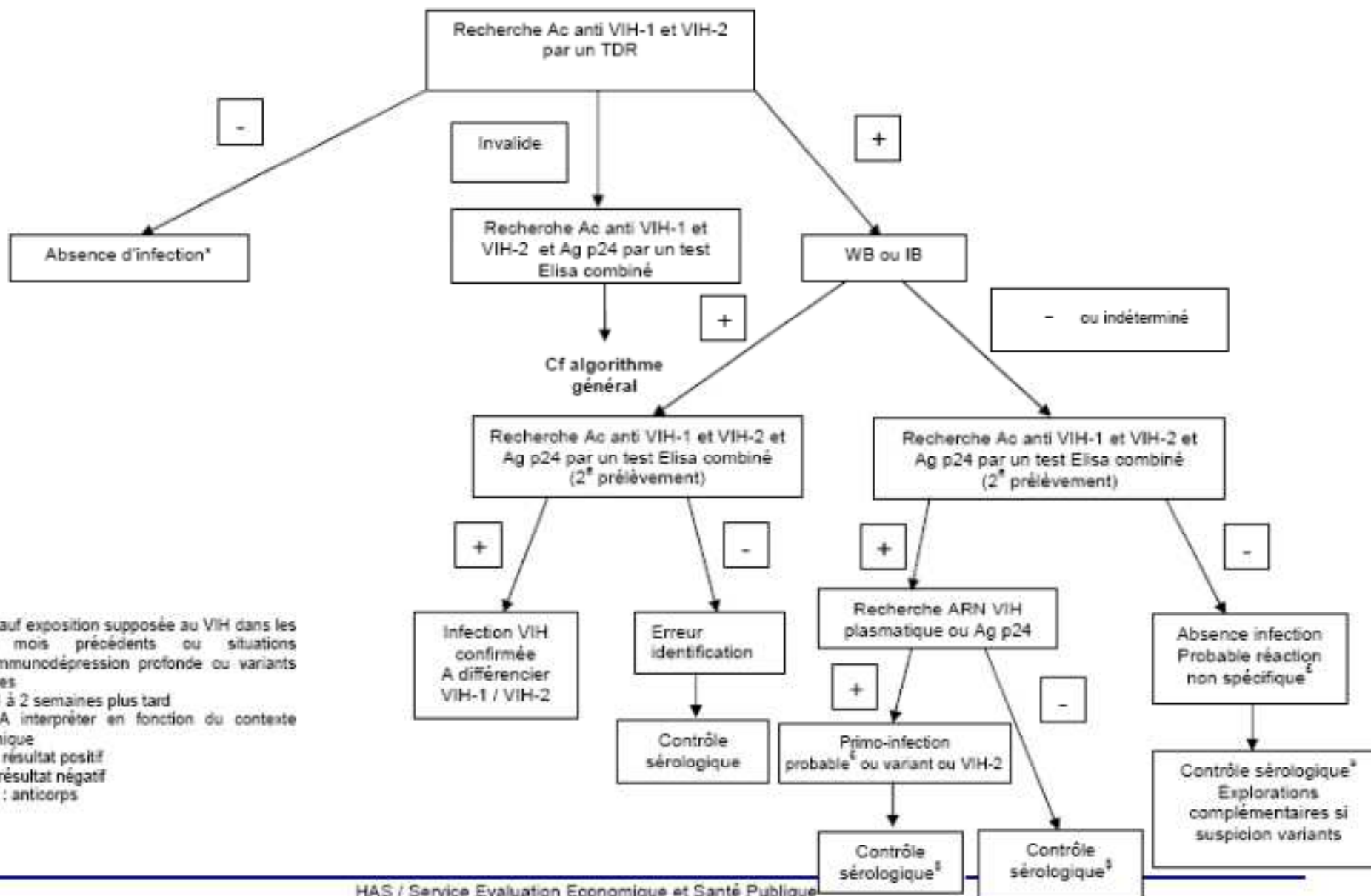
TDR: dans quel cadre

- 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 re-contactés - 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