

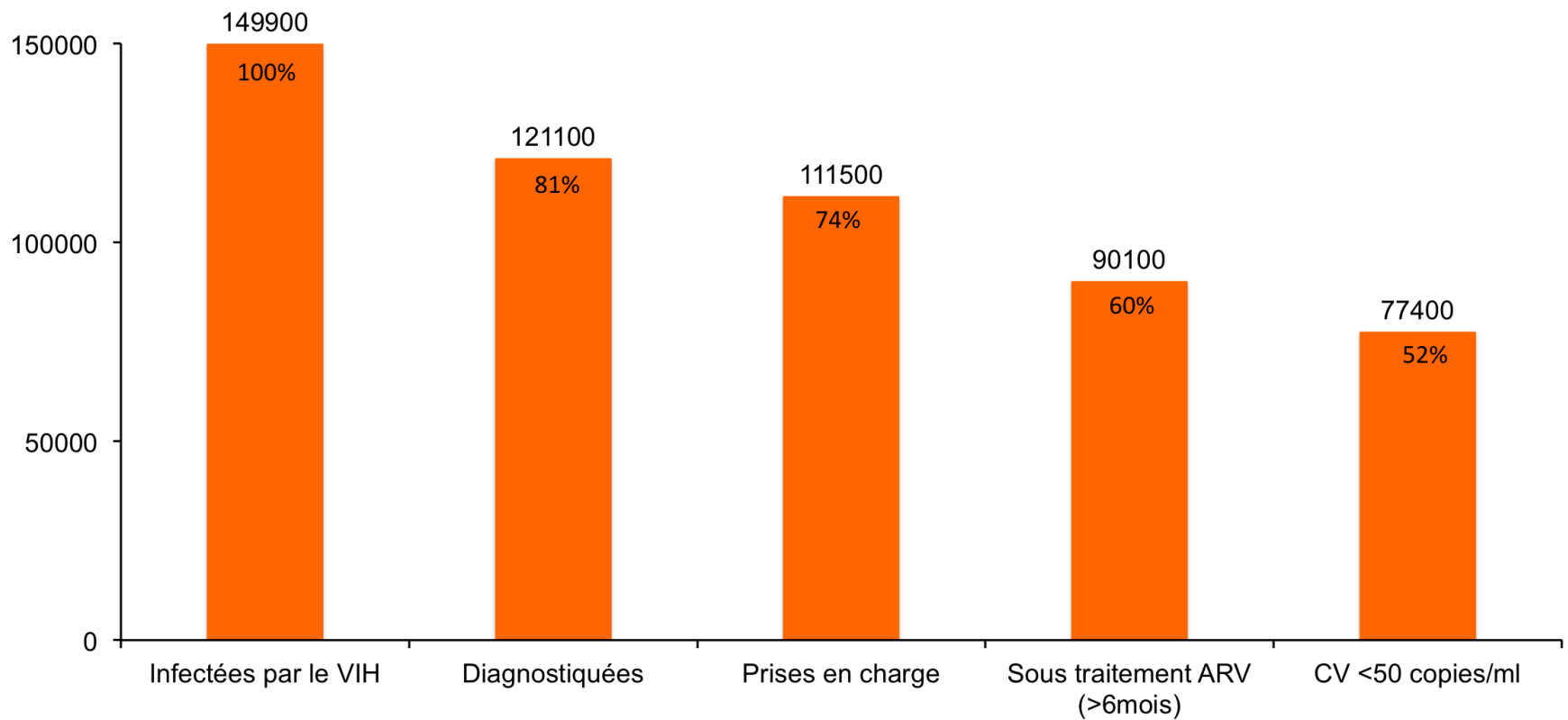
# **VIH/SIDA**

## **Améliorer le dépistage**

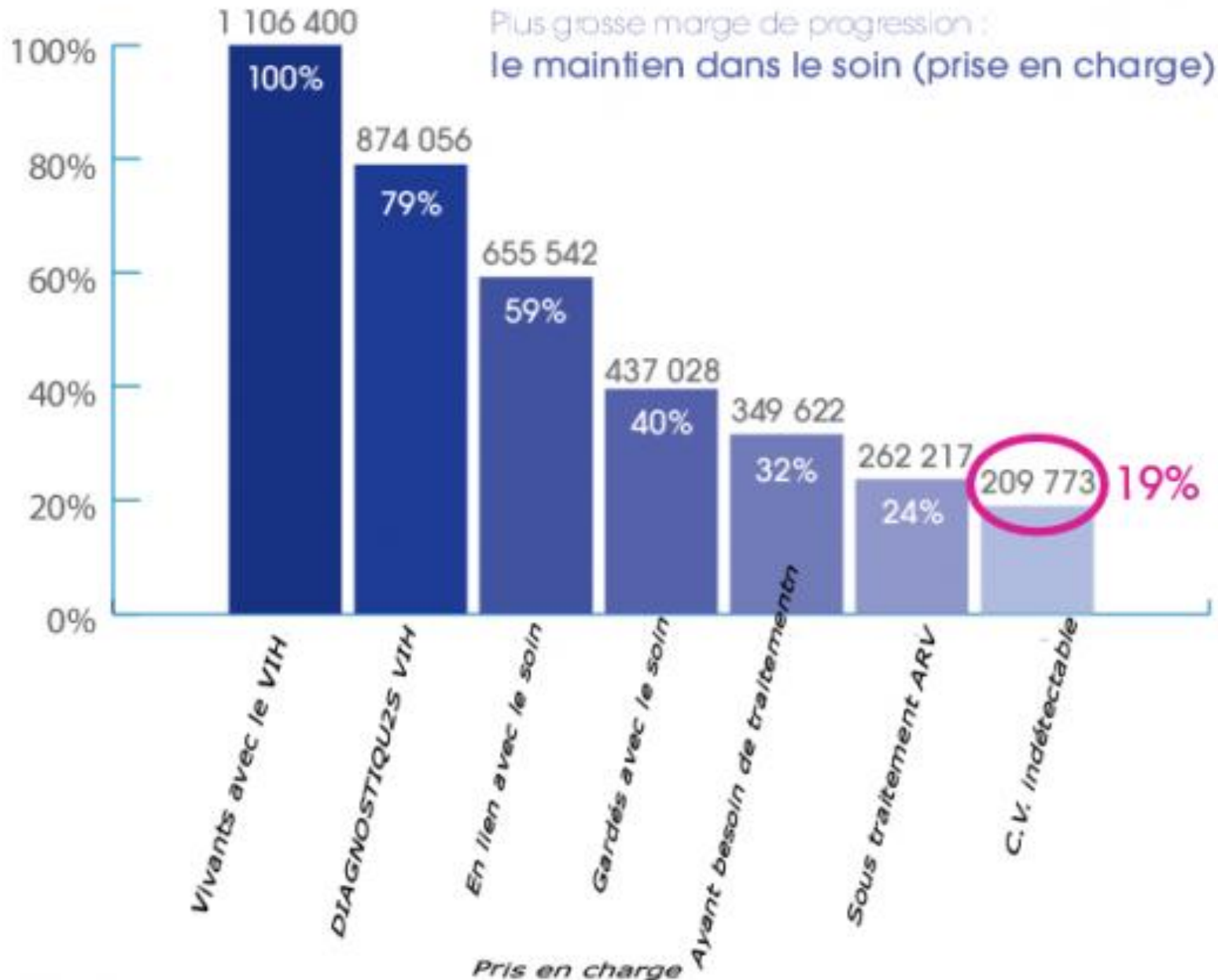
**XII<sup>ème</sup> rencontre des Amicales de Paris**  
**17 janvier 2015**

Professeur Alain Sobel  
Président du Corevih Ile de France Sud  
Centre de Diagnostic et de Thérapeutique  
Hôtel-Dieu

# Cascade de la prise en charge en France en 2010



# La "cascade" US (d'après Gardner, CID, 2011)



# Contexte en France du dépistage VIH

- 4,96 millions de tests faits en 2008 (65% en transfusion et transplantation; 8% en CDAG; <10% à l'hôpital)
- Estimation du nombre d'infections méconnues : 30 000 = 20% des personnes infectées l'ignorerait
- Stabilisation du nombre de nouveaux cas d'infections par le VIH
  - Nombre estimé de découverte d'infections par le VIH : 6500/an

# Retard au dépistage

## Infection diagnostiquée encore trop tardivement :

- Env. 30% des sujets pour lesquels un diagnostic de Sida a été porté avaient un retard du dépistage
- Cf enquête « Opportunités Manquées »

## Facteurs mis en évidence / retard du dépistage:

- âge > 40 ans (personnes âgées ++)
- nationalité étrangère (Afrique subsaharienne surtout)
- transmission hétérosexuelle
- femmes migrantes
- sexe masculin
- le fait d'être en couple et le fait d'avoir des enfants

# Intérêt individuel et collectif du dépistage précoce

- traitement plus précoce réduisant morbidité et mortalité
- réduction du risque de transmission
- prophylaxie des infections opportunistes
- réalisation de certains vaccins (plus efficaces / CD4 élevés)

## stratégie de prévention secondaire

- le dépistage/counseling pourrait être associé à une réduction des pratiques à risque.

# Situations diagnostiques variées

- Demande de la personne
- Accident d'exposition sexuelle ou professionnelle
- Bilan d'une IST (personne et partenaires)
- Signes cliniques pouvant évoquer :
  - une primo-infection
  - une complication classante ou non du Sida
- Une découverte fortuite lors d'un bilan de santé

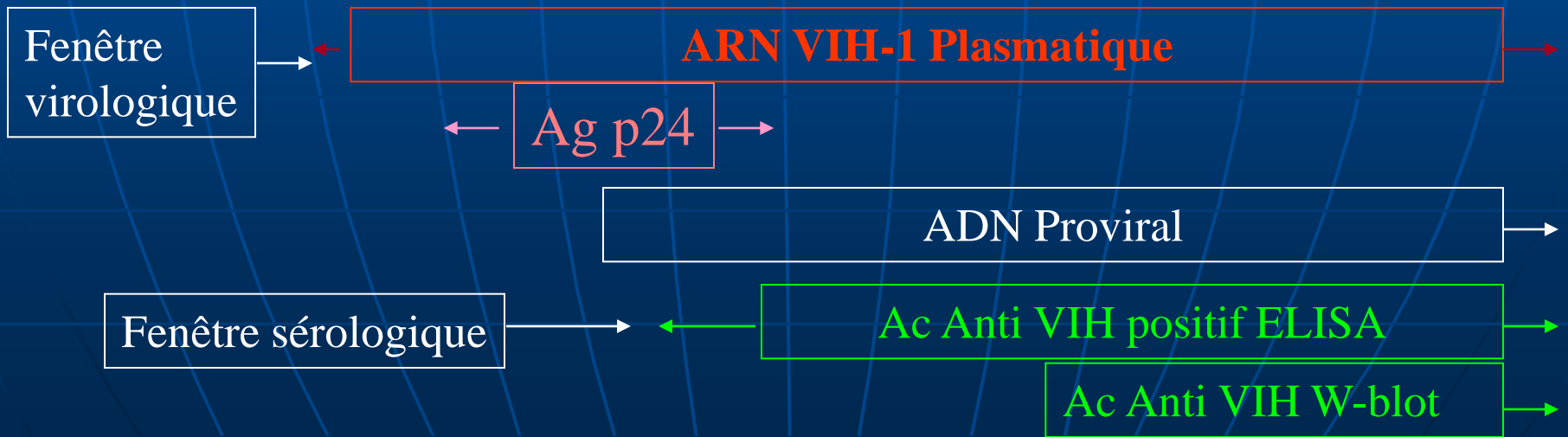
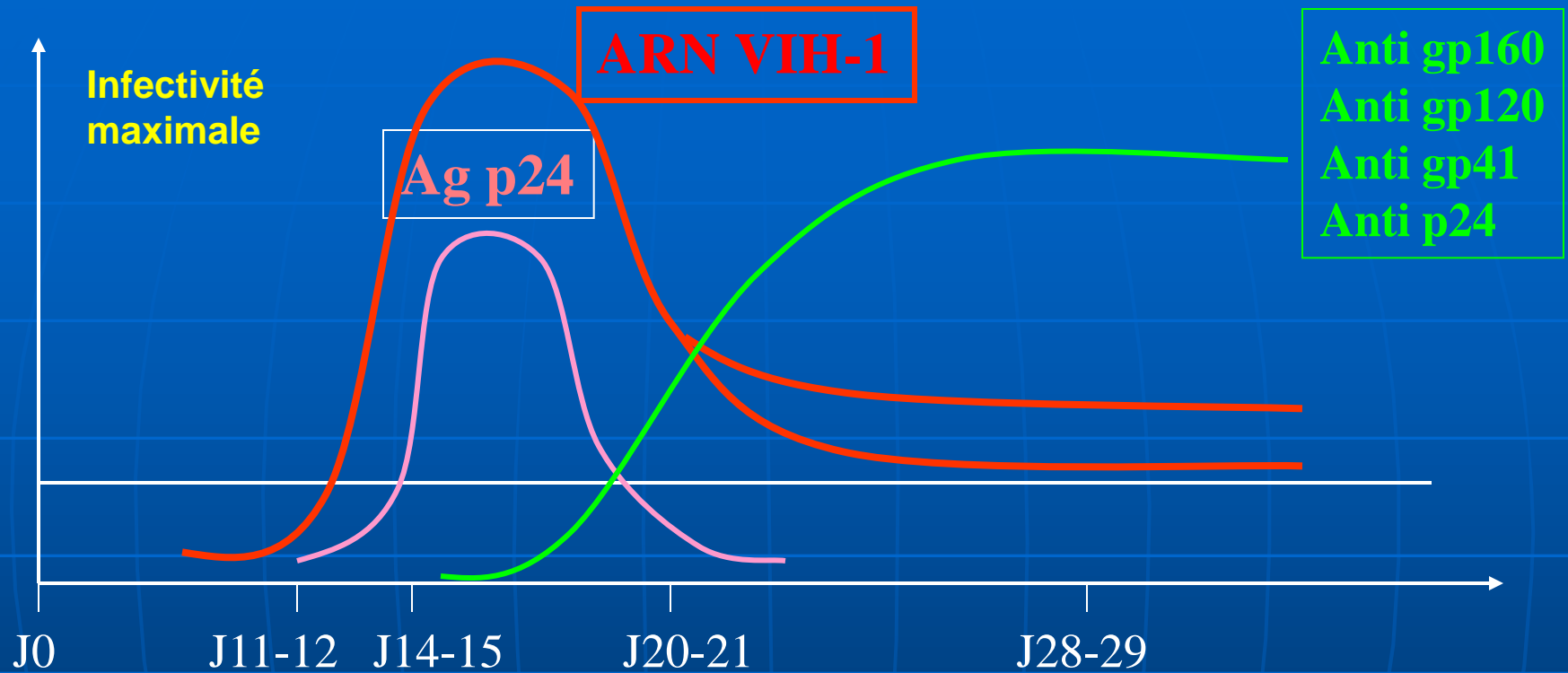
Consentement préalable nécessaire

## Comment améliorer le dépistage ?

- Le dépistage généralisé, recommandé, a un coût élevé et est-il en pratique réalisable ?
- Bien cibler les plus à risque (principale source de transmission) et répéter les tests dans ces populations
- **Recours au milieu associatif (tests rapides) et counseling communautaire**
- **Multiplier les lieux et les opportunités de test ++**
- Dans l'enquête PREVAGAY (novembre 2009) sur 886 gays rencontrés dans divers établissements de la capitale, 15 % des répondants ont déclaré être VIH+ mais l'analyse des tests pratiqués a montré que 17,7% étaient en fait VIH+
- **1 gay séropositif sur 5 s'ignorait porteur du VIH dans cette étude.**



# Marqueurs virologiques primo-infection VIH-1



# Recommandations HAS / dépistage VIH (rapport oct 2009).

## Populations cibles du dépistage répété :

- hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
- hétérosexuels avec > un partenaire sexuel sur 12 mois
- populations des départements français d'Amérique
- usagers de drogues injectables (UDI)
- personnes originaires d'une zone de haute prévalence (notamment Afrique sub-saharienne et Caraïbes)
- personnes en situation de prostitution
- personnes dont les partenaires sexuels sont VIH+

# Recommandations HAS / dépistage VIH (rapport oct 2009).

**Un dépistage VIH doit être proposé quelle que soit la population en cas de :**

- Suspicion ou diagnostic d'IST , 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

# Tests de dépistage rapide et d'orientation diagnostique (TROD)

Effectués en ambulatoire,

Par le soignant, un associatif, un autre acteur de santé,  
(après formation)

Goutte de sang total type glycémie

Résultat immédiat (sensibilité et spécificité excellentes)

Positivité à confirmer par test Elisa, cependant

TROD associés au dépistage des IST et hépatites

Les autotests adaptés à une pratique individuelle et moins encadrée de counseling débuteront en juillet 2015. (sang et éventuellement salive)

# Le dépistage ciblé en cabinet de MG à Paris

(Valentina Rocchetti, thèse de Médecine, Necker 2013)

Les sérologies prescrites en cabinet de ville sont nombreuses :

407 réponses de médecins libéraux généralistes

74,5% prescrivent  $\leq 10$  sérologies mensuelles

Dépendance géographique de la pratique

Rôle actif des médecins : 46,7% des dernières sérologies prescrites sur l'initiative du médecin

Situations à risque pas toujours bien identifiées

# CONCLUSION

20% des PVVIH ne sont pas encore connues et seraient responsables de 60% des nouvelles infections annuelles.

L'effort de dépistage doit être poursuivi et amélioré pour un bénéfice individuel et collectif indiscutable.

De nouvelles techniques sûres et rapides facilitent l'accès au dépistage,

Les acteurs du dépistage, donc les intervenants en santé publique, changent ainsi que les lieux d'intervention et les filières de prises en charge après le dépistage.

# Comment améliorer le dépistage ?

- La répétition des tests dans les groupes les plus exposés est souhaitable, mais comment identifier tous les autres qui n'ont pas de facteurs évidents d'exposition ?
- **Améliorer l'abord de la sexualité** au cours de l'enseignement
- **Relation de confiance** avec le médecin traitant (questions de sexualités difficiles à aborder, ou ignorées dans un abord de «technicien » de santé ou trop spécialisé)
- **Poursuivre les campagnes de prévention** : il reste beaucoup à faire pour changer la perception du risque dans la population générale