

VIH. Consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral

Ce document a été élaboré à la demande des associations de patients, en vue de promouvoir un suivi partagé et coordonné pour les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine, tout au long d'un parcours de soins et de santé adapté tant à l'hôpital qu'en ville.

L'infection par le VIH est désormais une maladie chronique pour laquelle l'efficacité des traitements permet aux patients d'obtenir et de maintenir un bon état de santé et une réelle autonomie de vie. Pourtant, la prise en charge et le suivi au long cours ne doivent pas s'infléchir, car la vulnérabilité des personnes infectées par le VIH est importante et la fréquence des diverses pathologies, non directement liées au VIH mais souvent favorisées par lui (cancers, maladies cardiovasculaires et métaboliques, affections hépatiques ou osseuses et vieillissement) que peut présenter une personne vivant avec le VIH (PVVIH) justifie des soins préventifs et curatifs adaptés.

La mise en place d'un traitement antirétroviral (ARV) dès le diagnostic d'infection, quels que soient le statut immunitaire, le niveau de charge virale pour le VIH, et son suivi annuel relèvent exclusivement du suivi hospitalier. Cependant, les progrès thérapeutiques permettent désormais, après l'obtention d'une réponse virale optimale, une prise en charge hospitalière plus espacée et un suivi partagé et concerté avec les professionnels en ville, principalement les médecins généralistes.

En alternance avec les étapes nécessairement hospitalières (prise en charge initiale et bilan annuel de synthèse incluant la réévaluation des traitements ARV), le suivi au long cours des PVVIH privilégie un suivi partagé et coordonné entre les médecins généralistes et les référents hospitaliers.

La fiche concerne le patient adulte stable du point de vue virologique, et son objet est de traiter, dans le cadre d'un parcours de santé personnalisé partagé entre l'hôpital et la ville, du repérage et de la prise en charge des comorbidités les plus fréquentes, ainsi que des actions de prévention et points d'attention à observer dans le suivi au long cours de la PVVIH.

La fiche s'adresse principalement aux médecins généralistes qui ont un rôle central pour assurer la coordination de la prise en charge des maladies chroniques et pour mission d'apporter des soins de santé primaires dans le suivi au long cours des PVVIH. Elle s'adresse également aux patients, aux référents hospitaliers et autres professionnels impliqués dans le parcours des PVVIH.

Ce qu'il faut savoir

En France, le nombre de découvertes de séropositivité à VIH est estimé à près de 6 600/an et reste stable depuis 2007¹.

La majorité des personnes séropositives traitées ont une charge virale contrôlée, grâce à l'efficacité des molécules antirétrovirales, et à l'instauration précoce du traitement ARV. Le maintien d'une stabilité immuno-virologique est toutefois conditionné à l'adhésion constante au traitement.

Par ailleurs, les études relèvent des taux de comorbidités supérieurs à ceux de la population générale pour la même tranche d'âge et leur survenue plus précoce. Certaines comorbidités peuvent être directement liées à l'infection VIH, ou aux effets secondaires des anciennes générations de traitements (lipodystrophies).

Les personnes de plus de 50 ans représentent près de la moitié des PVVIH suivies en France. Grâce aux progrès thérapeutiques concernant les antirétroviraux, l'espérance de vie des PVVIH traitées est aujourd'hui proche de celle de la population générale.

L'ensemble des recommandations va dans le sens d'un suivi hospitalier, pluridisciplinaire, pour la primo-prescription et le suivi des PVVIH non stables sur le plan immuno-virologique, et préconise un suivi partagé et coordonné des patients stabilisés avec une implication plus importante des professionnels exerçant en ville. Un bilan de synthèse annuel hospitalier est recommandé depuis 2007 et permet d'optimiser le parcours de soins du patient ; il était réalisé en 2012, pour 56 %² des personnes suivies. Il consiste en un bilan complet et comprend une estimation du niveau immuno-virologique, un bilan physique, un bilan biologique et métabolique (surveillance hématologique, hépatique, rénale, lipidique, glycémique, bilan infectieux, etc.), un bilan clinique et une évaluation de la situation sociale. Il peut nécessiter des examens complémentaires, une prise en charge paramédicale ou des consultations spécialisées. Il intègre systématiquement une consultation médicale de synthèse.

Les données à disposition soulignent les faibles files actives de PVVIH au sein de la patientèle des médecins généralistes (un ou deux patients en moyenne). Les données des enquêtes³ relèvent que les médecins généralistes interrogés sont plutôt favorables au suivi de ces patients dans le cadre des soins courants. Ils sont également favorables à un suivi partagé, dans le cadre d'une prise en charge de soins de premier recours, pour le repérage et la prise en charge des comorbidités. Ils expriment toutefois l'expression d'un besoin et un désir de formation sur le VIH.

Ce qu'il faut faire

La fiche présente, à destination des médecins généralistes, les éléments de repérage, de prévention et de prise en charge de certaines pathologies et comorbidités, dont la fréquence ou les risques sont accrus chez les PVVIH, par rapport à la population générale, et nécessitent une attention particulière dans le suivi au long cours.

Elle concerne les PVVIH :

- une fois le diagnostic posé et le traitement ARV mis en place ;
- **stables du point de vue virologique** (charge virale inférieure au seuil de détection du laboratoire).

Elle ne porte pas sur les champs de la prévention et du dépistage du VIH, et n'aborde pas les éléments de suivi qui relèvent principalement du suivi hospitalier : bilan de synthèse annuel, bilan immunologique et bilan ou tests liés au suivi de l'infection et du traitement par ARV.

La fiche s'appuie principalement sur les rapports d'experts du VIH français et européens.

La prise en charge des comorbidités repérées repose, pour la plupart d'entre elles, sur les rapports d'experts du VIH, et sur les recommandations en population générale. Cependant, du fait d'une vulnérabilité accrue des PVVIH, certains examens complémentaires, ou la fréquence à laquelle ils doivent être réalisés, font l'objet de recommandations spécifiques.

¹ Selon l'INVS au 23 novembre 2015.

² Donnée issue d'une enquête réalisée en 2012 dans 59 services hospitaliers de 21 COREVIH.

³ Étude en Pays de la Loire, 2015 (Hall N, Crochette N, Blanchi S, Lavoix A, Billaud E, Baron C, *et al.* Family physicians and HIV infection. *Médecine Mal Infect.* 2015 Dec;45(11-12):456–62).

Éléments incontournables

- Favoriser l'adhésion du patient à la prise en charge et au traitement proposé, pour maintenir une charge virale inférieure au seuil de détection du laboratoire (moins de 50 copies/mL).
- Tenir compte des risques d'interactions entre traitement ARV et certains autres traitements.

Ce document suit le déroulé d'une consultation en deux grandes étapes de la prise en charge

Étape 1. L'évaluation globale au cours de la consultation

- ▶ Favoriser l'adhésion et la prise régulière des traitements ARV
- ▶ Repérer un état de vulnérabilité
- ▶ Évaluer l'état nutritionnel
- ▶ Évaluer l'activité physique et lutter contre la sédentarité
- ▶ Repérer les addictions
- ▶ Évaluer le statut vaccinal et favoriser la vaccination
- ▶ Repérer les troubles psychiques et cognitifs
- ▶ Prendre en compte la santé sexuelle

Étape 2. Gérer le risque accru de certaines pathologies associées

- ▶ Le risque cardio-vasculaire et les troubles métaboliques
- ▶ Le risque pulmonaire
- ▶ Les co-infections par les virus des hépatites
- ▶ Le risque rénal
- ▶ Les risques de cancer
- ▶ Le risque d'ostéoporose

Étape 1. Évaluation globale au cours de la consultation

Favoriser l'adhésion à la prise en charge et la prise régulière des traitements ARV

La prise en charge doit être considérée dans sa globalité et adaptée au patient.

L'adhésion thérapeutique est influencée par de nombreux déterminants, tels que le sentiment d'efficacité personnelle d'un patient, sa connaissance et sa compréhension des risques de la maladie, ses attentes face au traitement et les bénéfices perçus de celui-ci.

Considérer l'adhésion du patient, c'est prendre en compte à la fois la régularité de la prise de son traitement sans oubli et le suivi de son traitement au long cours sans interruption, son adhésion à sa prise en charge, mais également son environnement social, son accès aux soins.

Les nouvelles associations d'ARV ont permis de simplifier les schémas thérapeutiques, d'alléger le nombre de traitements prescrits, et contribuent ainsi à améliorer l'adhésion au traitement. Cependant, les thérapeutiques complexes ou associées entre elles demandent des changements ou des adaptations importantes et peuvent être difficiles à suivre par le patient. L'engagement du patient dans ses soins peut varier voire décliner au fil du temps pour diverses raisons.

Pour favoriser l'adhésion thérapeutique, il est important de valoriser la continuité des soins et un langage commun entre les différents professionnels. Face à des patients complexes, les professionnels doivent combiner leurs compétences et communiquer les informations pertinentes tant au niveau de l'adhésion thérapeutique que des objectifs thérapeutiques et de leur degré d'atteinte.

À l'occasion des consultations, le professionnel de santé s'appuie sur des techniques de communication (écoute active, dire, faire-dire, redire) et d'entretien motivationnel, proposées par la HAS⁴⁵ (cf. annexe 1) :

- s'assurer de la bonne compréhension par le patient ou ses proches des informations, des conseils, des précautions à prendre spécifiques de leur situation ;
- reconnaître les efforts du patient ou de ses proches, encourager les comportements bénéfiques à la santé et les soutenir ;
- faciliter l'expression du patient sur ses difficultés à suivre les thérapeutiques ou à modifier des habitudes de vie ou à s'adapter à la maladie et à sa gestion dans la vie quotidienne ;
- analyser, comprendre ces difficultés et rechercher des solutions avec le patient ou ses proches, en tenant compte de leurs ressources personnelles et sociales.

En fonction de l'évaluation de la situation et des besoins du patient, une concertation entre les professionnels de santé impliqués dans le parcours du patient peut être nécessaire pour proposer au patient des séances d'éducation thérapeutique en soutien de la stratégie thérapeutique.

Repérer un état de vulnérabilité

Il est important de repérer, chez ces patients, un état de vulnérabilité physique, sexuelle, psychologique (cf. troubles psychiques et cognitifs) et sociale, afin de lui proposer un parcours de soins adapté préservant son autonomie et respectant ses choix.

Une perte d'autonomie doit être systématiquement recherchée et évaluée afin de proposer des aides adaptées, au besoin, en faisant appel aux services sociaux hospitaliers (vérification des droits acquis auprès du régime général de l'Assurance maladie ou d'un autre régime, prise en charge dans le cadre de l'ALD, assurance vieillesse et droits à la retraite, etc.).

La consultation hospitalière annuelle est en effet l'occasion de réexaminer la situation psycho-sociale et d'autonomie du patient et d'adapter la prise en charge en accord avec le médecin traitant.

⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire

⁵ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

Évaluer l'état nutritionnel

- L'état nutritionnel doit être évalué régulièrement chez la PVVIH, afin de repérer des troubles alimentaires quantitatifs ou qualitatifs : une dénutrition, un surpoids, une obésité.
- L'IMC doit être suivi, et un bilan nutritionnel effectué au besoin. Les apports non alimentaires sont recherchés (compléments alimentaires hyperprotéinés, millepertuis, jus de pamplemousse, kaolin, etc.), car ils peuvent avoir des interactions avec les traitements médicamenteux.
- Des mesures hygiéno-diététiques sont proposées ; une consultation de diététique peut être proposée (médecin nutritionniste ou un[e] diététicien[e]), selon les possibilités et les besoins du patient.

Évaluer l'activité physique et lutter contre la sédentarité

L'activité physique n'est pas contre-indiquée chez les PVVIH. Elle a des effets bénéfiques sur la condition physique et l'état de santé, comme en population générale.

La PVVIH a un risque cardio-vasculaire majoré. Un avis médical est recommandé avec, au minimum, une évaluation du niveau de risque cardio-vasculaire, avant de commencer une activité physique d'intensité au moins modérée (cf. HAS 2018 *guide activité physique – publication à venir*). Elle justifie d'une épreuve d'effort préalable avant de commencer ou poursuivre une activité physique d'intensité élevée, et un avis cardiologique peut alors être requis.

L'OMS⁶ recommande, en population générale, de réduire le temps passé aux activités sédentaires, et de pratiquer une activité physique régulière pendant au moins 30 minutes/jour ou 150 minutes/semaine d'activité modérée, au moins 3 fois par semaine.

Repérer les addictions

Les pratiques addictives sont retrouvées plus fréquemment chez les PVVIH qu'en population générale, notamment au tabac et au cannabis avec une consommation et un niveau de dépendance plus élevés (consommation de tabac chez 50 à 60 % des PVIH *versus* 20 à 30 % en population générale), et associés à un usage plus fréquent d'autres substances psychostimulantes.

La consommation des différentes substances addictives augmente le risque de mauvaise adhésion au traitement ARV et aggrave ses conséquences sur la charge virale.

1. Favoriser le sevrage tabagique

L'arrêt du tabac permet de réduire de 20 % le risque cardio-vasculaire, et chez les fumeurs de plus de 50 ans qui s'arrêtent de fumer, le risque accru cardio-vasculaire lié au tabagisme disparaît dans les 5 ans.

Il permet également d'arrêter le déclin du VEMS d'un sujet ayant une BPCO⁷, et de réduire la morbidité et la mortalité liée au cancer bronchopulmonaire⁸, en population générale comme pour les PVVIH.

Le repérage et l'aide au sevrage tabagique reposent sur les outils et actions proposés, par la HAS, en population générale : algorithme de dépistage, tests de Fagerström, exemples de conseils d'arrêt⁹, etc.

2. Repérer une addiction à l'alcool

Selon l'enquête Vespa, la consommation excessive d'alcool¹⁰ (plus de 30 g ou 3 verres/jour,) concerne 27 % des PVVIH¹¹ traitées par ARV ; le *binge drinking*¹² en concerne 9,4 %. Cette consommation est retrouvée de façon plus

⁶ http://www.who.int/topics/physical_activity/fr/

⁷ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/fr/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive

⁸ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-05/rapport_depistage_cbp.pdf

⁹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

¹⁰ 1 verre standard = 10 g d'alcool pur, soit 10 cl de vin à 12°, 25 cl de boissons à 5°, 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40°

¹¹ http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/27/pdf/2013_26-27.pdf

importante, chez les personnes contaminées par usage de drogues injectables (UDI) (hommes et femmes de façon quasi équivalente) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

La consommation d'alcool est associée à une moins bonne adhésion au traitement antirétroviral, à une toxicité accrue des ARV, et à plus de comportements ou pratiques à risque (sexuelles ou non).

Les interventions brèves réalisées en médecine générale et soins de santé primaire sont efficaces, aussi bien chez les hommes que les femmes, pour réduire :

- une consommation d'alcool à risque et problématique ;
- les complications liées à l'alcool chez les personnes non dépendantes.

L'évaluation de la consommation et le niveau de dépendance sont estimés à partir des outils, proposés par la HAS et utilisés en population générale¹³ (questionnaire FACE : [FAT Alcohol Consumption Evaluation]).

3. Repérer une addiction au cannabis

Comme pour l'alcool et le tabac, les interventions brèves et les entretiens motivationnels peuvent réduire de manière significative l'usage de drogues, dont le cannabis.

L'évaluation de la consommation et le niveau de dépendance sont estimés à partir des outils de repérage précoce, proposés par la HAS, et utilisés en population générale (questionnaire CAST [Cannabis Abuse Screening Test]).

4. Repérer une addiction à d'autres substances y compris psychoactives (cf. pratiques sexuelles à risque)

D'autres substances que celles citées ci-dessus sont à rechercher car elles sont fréquemment consommées en association à d'autres substances addictives : cathinones, méthamphétamines, GHB, kétamine, cocaïne, et présentent des risques cliniques et/ou psychiques (cf. annexe 2).

Comme en population générale, le repérage d'une addiction à la cocaïne repose sur les recommandations¹⁴ de la HAS. Il s'agit de repérer :

- une polyconsommation de produits/médicaments, auxquels le patient est dépendant ;
- une automédication dont le risque d'interaction avec le traitement ARV est recherchée.

Évaluer le statut vaccinal et favoriser la vaccination

Certaines vaccinations sont recommandées chez les PVVIH car elles présentent un risque accru pour certaines infections pouvant bénéficier d'une protection vaccinale : grippe, infections invasives à pneumocoque, hépatite B, infections à papillomavirus.

La vaccination en cas d'immunodépression présente certaines particularités qui justifient des recommandations spécifiques :

- le risque de survenue de maladies vaccinales après vaccination par vaccins vivants. Certains vaccins vivants (viraux ou bactériens) peuvent donc être contre-indiqués, selon le niveau d'immunodépression ;
- la diminution de l'immunogénicité des vaccins pouvant justifier des schémas vaccinaux particuliers ;
- un risque accru pour certaines infections justifiant la recommandation de vaccinations spécifiques.

Les vaccins recommandés pour les PVVIH sont ceux du calendrier vaccinal en vigueur. Sont spécifiquement recommandées les vaccinations contre la grippe, les infections invasives à pneumocoque, l'hépatite A, l'hépatite B et les infections à papillomavirus pour les garçons et les filles entre 11 et 19 ans et les HSH de moins de 26 ans.

Le vaccin BCG est contre-indiqué quel que soit le niveau de lymphocytes T.CD4 (CD4).

La vaccination par des vaccins vivants est réalisable pour toutes les PVVIH, en cas de taux de CD4 > 200/mm³.

En cas de taux de CD4 < 200/mm³, le référent hospitalier proposera la(les) vaccination(s) à réaliser.

En l'absence d'immunodépression, certaines recommandations sont les mêmes que dans la population générale.

¹² *Binge drinking* : correspond à une consommation épisodique massive d'alcool (biture expresse, ivresse aiguë), à partir de 6 verres standard (soit 60 g d'alcool) par occasion. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpiib_v2.pdf

¹³ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpiib_v2.pdf

¹⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_951095/fr/prise-en-charge-des-consommateurs-de-cocaine

Tableau. Vaccinations des PVVIH

Profil de patient	Vaccins	Recommandations
Vaccins spécifiquement recommandés		
Pour toute PVVIH	Vaccin grippe saisonnière	Recommandé annuellement selon le schéma vaccinal en vigueur
	Vaccin inactivé pneumocoque	La vaccination est recommandée de façon systématique avec un schéma renforcé : <ul style="list-style-type: none"> - chez l'adulte non préalablement vacciné - 1 dose de vaccin conjugué 13-valent (VPC13) suivie d'une dose de vaccin polysidique 23-valent (VPP23) au moins 8 semaines après - chez l'adulte préalablement vacciné par le vaccin polysidique 23-valent - l'injection du vaccin conjugué 13-valent est réalisable si la vaccination antérieure remonte à plus de 1 an ; l'injection ultérieure du VPP23 sera pratiquée avec un délai minimal de 5 ans par rapport à la date d'injection du VPP23.
	Vaccin inactivé Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination recommandée pour toutes les PVVIH n'ayant aucun marqueur virologique du VHB (sérologie effectuée lors du bilan initial à l'hôpital). - Chez l'adulte non antérieurement vacciné : 3 injections de 40 g d'antigènes (double dose d'Engerix B20) à M0, M1, M2, puis une 4^e dose, à M6. Réaliser un contrôle d'anticorps anti-HBs après vaccination et une fois/an, injection de rappel si anticorps anti-HBs < 10 UI/mL.
Tout HSH PVVIH co-infectées par le VHC ou le VHB Toute PVVIH présentant une hépatopathie chronique ou une consommation excessive d'alcool Toute PVVIH voyageant en zone d'endémie du VHA	Vaccin inactivé hépatite A	<p>La vaccination est indiquée chez tout patient non immun, en cas de facteurs de risque, selon un schéma identique à celui de la population générale.</p> <p>La sérologie préalable de l'hépatite A est recommandée et fait partie du bilan initial à l'hôpital.</p> <p>Réaliser un contrôle d'anticorps anti-VHA (IgG) 1 à 2 mois après la 2^e injection.</p>
Pour les HSH, jusqu'à 26 ans	Vaccin inactivé papillomavirus humains	<p>Recommandation de la vaccination avec un schéma à 3 doses (M0, M2, M6).</p> <p>Intégralité du schéma de <u>vaccination</u>¹⁵ en complément du dépistage organisé des lésions précancéreuses et cancéreuses par frottis cervico-utérin (HAS 2017).</p> <p><i>La vaccination devra s'accompagner de la poursuite du dépistage des lésions ano-génitales.</i></p>
Pour les PVVIH, chez les filles comme les garçons de 11 à 19 ans ¹⁶		Vaccination recommandée (pour les garçons également dans le cas du VIH) selon le même schéma que la population générale, avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus.

¹⁵ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf.

¹⁶ La fiche concerne les PVVIH adultes ; il s'agit d'un rappel de la recommandation de vacciner les 11-14 ans avec rattrapage jusqu'à 19 ans (filles et garçons).

Profil de patient	Vaccins	Recommandations
Vaccins vivants envisageables lorsque le taux de CD4 autorise la vaccination (CD4 > 200/mm³)		
Pour toute PVVIH	Rougeole-oreillons-rubéole	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie rougeole systématique, préalable à la vaccination. - Puis vaccination des patients non immuns par 2 doses de vaccin ROR à au moins 1 mois d'intervalle. - Chez la femme en âge de procréer : vérifier l'absence de grossesse et de contraception pendant 2 mois après la vaccination.
	Varicelle	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie varicelle systématique, préalable à la vaccination. - Vaccination des patients non immuns par 2 doses espacées de 4 à 8 semaines. - Chez la femme en âge de procréer : la grossesse doit être évitée dans les 2 mois suivant la vaccination.
	Fièvre jaune	Obligatoire pour les résidents de Guyane en l'absence de contre-indication Schéma en 1 injection.
Vaccination recommandée comme en population générale		
Pour toute PVVIH	Diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche	Les rappels sont à faire tous les 10 ans après 13 ans , en raison du risque de baisse de l'immunité contre le tétanos et la diphtérie.
	Vaccin conjugué contre les infections invasives à méningocoque C	Au-delà de 12 mois et jusqu'à 26 ans : 2 injections espacées de 6 mois.

Repérer les troubles psychiques et cognitifs

Le VIH est un virus neurotrope qui atteint le SNC dès le début de l'infection, pouvant être facteur de déclin cognitif, particulièrement lorsque sa réplication virale n'est pas contrôlée. Le fonctionnement cognitif des PVVIH peut également être impacté par des comorbidités associées, et peut lui-même avoir un impact sur l'adhésion au traitement ARV.

Une dégradation de l'état psychique est également retrouvée chez les PVVIH (13 % des PVVIH ont connu un épisode dépressif majeur), avec un risque accru de décès par suicide par rapport à la population générale (rapport allant de 1 à 7,4).

Le sur-risque est encore plus important pour les HSH, dont 49 % ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie, et 19 % d'entre eux ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, soit 5 fois plus que dans la population générale.

1. Repérer un syndrome dépressif

Le dépistage d'une dépression est recommandé pour toute PVVIH, **au moins tous les 2 ans**.

Le repérage d'une dépression peut s'effectuer, comme en population générale, à partir des recommandations de la HAS¹⁷ pour la prise en charge de premier recours.

2. Repérer un déclin cognitif

Un test de repérage¹⁸ peut être proposé aux personnes qui présentent des facteurs de risque cognitif :

- liés à l'infection virale (nadir de CD4 < 200/mm³, antécédents d'infections opportunistes du SNC, mauvaise adhésion au traitement ARV, charge virale plasmatique détectable) ;

¹⁷ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours -

¹⁸ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf

- liés à la personne (âge > 50 ans, co-infection par le VHC, facteurs de risque vasculaire, consommation de substances psychoactives, troubles psychiatriques, syndrome d'apnées du sommeil) ;
- en cas de plainte cognitive.

Le médecin généraliste peut s'appuyer sur l'approche intégrée proposée par le CMG et la FCMRR en population générale ou le *Mini Mental State Examination (MMSE)* proposé par les recommandations de la HAS, en population générale¹⁹.

Prendre en compte la santé sexuelle

La santé sexuelle est un champ de la prise en charge qui doit être abordé avec toutes les personnes, infectées ou non

Les PVVIH représentent une population vulnérable, particulièrement en ce qui concerne les HSH et les personnes migrantes ou des DOM.

Le risque d'infection sexuellement transmissible (IST) est particulièrement important, chez les PVVIH ayant des pratiques sexuelles à risque (rapports anaux, partenaires multiples, pratiques pouvant associer l'injection de drogues de synthèse psychoactives [SLAM]) (étude Vespa).

Des études récentes rapportent toutefois une absence de transmission virale au sein de couples ayant des rapports sans préservatif et sous condition d'une bonne adhésion au traitement, d'une charge virale indétectable depuis plus de 6 mois, et en absence de toute infection génitale chez les deux partenaires.

La santé sexuelle sera abordée, lors de la consultation, en s'appuyant notamment sur le modèle de communication brève relative à la sexualité (CBS).

- **Se rendre disponible pour le patient** (ex. : *avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ?*)
- **Intervenir** : poser des questions, (ex. : *Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? Comment vivez-vous vos relations sexuelles ? etc.*)
- **Personnaliser l'approche** en mettant en évidence les, difficultés rencontrées (ex : *quelles difficultés rencontrez-vous dans l'utilisation des préservatifs ? etc.*)
- **Proposer des solutions** : donner des informations et, avec le patient, définir les mesures qui devraient ou pourraient être prises ou orienter vers d'autres ressources. Le médecin peut se référer et orienter le patient, en cas de besoin, vers le CEGIDD²⁰ le plus proche, ou une association de patients.

1. Les risques d'IST

► Favoriser une stabilité immunovirologique (contrôle de la charge virale) et l'adhésion au traitement ARV

Les recommandations issues de la réévaluation de la stratégie de dépistage ont rappelé que le maintien d'une charge virale indétectable permet de réduire le risque de transmission du VIH à un partenaire²¹.

► Favoriser la vaccination et le dépistage des IST

- Les vaccinations anti-VHB, anti-VHA et anti-HPV (papillomavirus) sont particulièrement recommandées dans le cadre de la stratégie nationale de santé²² (cf. vaccinations).
- Pour le dépistage, il s'agit de promouvoir la réalisation d'examen réguliers (anuscopie et/ou colposcopie, en général une fois par an) en fonction des critères de risque et du statut HPV (cf. repérer un cancer à HPV).
- Le dépistage de la syphilis est effectué lors du bilan initial à l'hôpital ; il doit être effectué, ainsi que celui de *Chlamydia* et gonocoque, tous les **3 à 6 mois** chez les personnes ayant des partenaires multiples.

¹⁹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/gm_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf

²⁰ CEGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

²¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

²² http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

- L'usage du préservatif est à promouvoir afin d'éviter les contaminations par les IST.

► Repérer et prévenir un contexte à risque

Le « *chemsex* » concerne l'ensemble de pratiques sexuelles associées à la consommation de produits psychoactifs (principalement des stimulants). Cette pratique augmente le risque d'IST (cf. annexe 2).

Comme pour la population générale, chaque consultation peut être le moment d'échanger avec le patient sur les addictions et d'autres contextes à risque :

- l'usage de certaines substances (alcool, stimulants sexuels, cocaïne, etc.) favorise des comportements sexuels à risque de transmission du VIH en cas de réplication virale persistante ;
- repérer des antécédents de violence physique subie, ou un environnement à risque de violence ;
- proposer, si besoin, un accompagnement par un addictologue, un psychologue, un sexologue, etc. ;
- promouvoir l'usage du préservatif (masculin et féminin) pour les PVVIH, lors de relations occasionnelles.

2. Favoriser une contraception en tenant compte du traitement ARV

Certains traitements ARV inducteurs et/ou inhibiteurs enzymatiques (IP, ritonavir, cobicistat et certains INNTI) diminuent l'efficacité de certains œstroprogestatifs, progestatifs ou implants contraceptifs.

- Les femmes vivant avec le VIH ont besoin d'un suivi gynécologique plus fréquent que celles de la population générale.
- Pour toute contraception orale, il est recommandé de vérifier les interactions possibles avec les antirétroviraux (<http://www.hiv-druginteractions.org>). Le choix de la contraception dépendra de ces interactions. Il pourra être nécessaire de modifier le traitement ARV.
- Informer sur les risques et les modalités d'une Contraception d'urgence, notamment à partir de la fiche mémo élaborée par la HAS²³.

Si la patiente a reçu un traitement ARV inducteur enzymatique au cours des 4 dernières semaines, il est préconisé d'utiliser une contraception d'urgence non hormonale : dispositif intra-utérin au cuivre, qui peut être placé jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé.

Si l'utilisation d'un tel dispositif est impossible, il est recommandé de doubler la dose standard de lévonorgestrel de 1,5 mg à 3 mg afin de compenser la réduction de la concentration plasmatique du lévonorgestrel.

Il est demandé à la patiente de notifier tout effet indésirable, notamment en cas d'utilisation concomitante de produits à base de plantes, pouvant induire des interactions avec le traitement ARV.

3. Accompagner un désir de grossesse ou une aide médicale à la procréation (AMP)

La grossesse n'est pas un facteur aggravant l'évolution de l'infection par le VIH. Elle est cependant considérée comme à risque et nécessite un suivi interdisciplinaire de la future mère et de l'enfant pendant ses premiers mois de vie.

Le risque de transmission mère-enfant (TME) est faible pour les femmes traitées, présentant une charge virale indétectable. Il n'existe pas de transmission verticale père-enfant du VIH.

Les traitements ARV en sont une prévention très efficace s'ils sont pris régulièrement.

L'allaitement maternel reste contre-indiqué en France, notamment du fait de la présence des ARV.

Dans la mesure du possible, il convient d'anticiper une éventuelle grossesse, notamment sur le plan médicamenteux, afin de réduire au maximum les risques :

- de toxicité fœtale ;
- de transmission de la mère à l'enfant. Les traitements ARV sont une prévention très efficace contre la transmission mère-enfant (TME) s'ils sont pris régulièrement.

La grossesse d'une PVVIH est considérée comme étant à risque et nécessite un suivi interdisciplinaire ainsi qu'un suivi pédiatrique de l'enfant pendant les premiers mois de vie :

- orienter vers le référent hospitalier pour anticiper et choisir les molécules compatibles avec la grossesse ;

²³ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/contraception_urgence_officine_maj_juillet2015.pdf

- les praticiens doivent expliquer les conditions nécessaires pour une procréation naturelle sans risque.

Une AMP peut être envisagée selon les mêmes critères que ceux appliqués en population générale. La prise en charge doit être faite par une équipe pluridisciplinaire, comportant les spécialistes de l'AMP, un virologue (microbiologiste), un psychologue ou psychiatre et un médecin spécialiste du VIH, et en cas de co-infection un spécialiste des hépatites B et C.

Étape 2. Gérer le risque accru de certaines pathologies associées

Les risques cardio-vasculaires et troubles métaboliques

1. Le risque cardio-vasculaire

Chez les PVVIH, le risque de maladies cardio-vasculaires est 1,6 à 2 fois plus élevé qu'en population générale ; le risque d'infarctus du myocarde (IDM) est 1,5 fois plus élevé.

L'augmentation du risque cardio-vasculaire peut être expliquée par :

- une fréquence plus élevée de coronopathies, survenant plus précocement, avec une prévalence supérieure d'athérosclérose ;
- une fréquence plus élevée de certains facteurs de risque habituels, tels qu'un tabagisme important et/ou la prise de substances psychoactives ;
- les effets de l'infection à VIH elle-même (inflammation, activité immunitaire, etc.) ;
- les effets secondaires de certains ARV.

► Évaluer le risque cardio-vasculaire

Le niveau de risque cardiovasculaire global est évalué selon la classification européenne du risque cardio-vasculaire, qui utilise les données de l'interrogatoire et l'outil SCORE (*Systematic Coronary Risk Estimation*). Ce risque est majoré par le niveau d'inflammation, liée à l'infection VIH, qui accélère les lésions vasculaires²⁴.

L'infection à VIH est un facteur de risque cardio-vasculaire, dont il faut tenir compte pour l'évaluation du risque cardio-vasculaire, et la prise en charge des différents facteurs de risque associés.

► Prévention et prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire

Des modifications du mode de vie sont recommandées²⁵ en première intention, quel que soit le niveau de risque cardio-vasculaire :

- promouvoir une alimentation équilibrée et adaptée au profil du patient, au besoin, avec l'aide d'un(e) diététicien(ne) ;
- promouvoir une activité physique régulière et une réduction au temps passé à des activités sédentaires ;
- corriger d'éventuels facteurs de risque cardio-vasculaire : profil lipidique, tabagisme, HTA, etc.

► Hypertension artérielle

La pression artérielle doit être contrôlée **tous les ans** chez toutes les PVVIH, avec les taux cibles appliqués en population générale.

La prise en charge des PVVIH hypertendues se base sur les recommandations en vigueur pour la population générale.

Avant de proposer un traitement antihypertenseur, vérifier le risque d'interaction avec le traitement ARV, à partir des outils à disposition : logiciels d'aide à la prescription, tables spécifiques proposées par l'EACS.

Ces interactions concernent principalement les inhibiteurs calciques. Elles peuvent être recherchées à partir du site <https://www.hiv-druginteractions.org/>

²⁴ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_-_evaluation_du_risque_cardiovasculaire.pdf

²⁵ HAS 2017, Fiche mémo – Modifications du mode de vie dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire

2. Troubles métaboliques

► Les dyslipidémies

Les PVVIH présentent fréquemment des anomalies lipidiques ((hypercholestérolémie [LDL], hypertriglycéridémie), qui contribuent aux facteurs de risque cardio-vasculaires, Elles varient selon l'âge, l'état nutritionnel, le terrain génétique et l'état d'immunodépression, et peuvent être dues à certains antirétroviraux.

La recherche d'une anomalie lipidique se fait dans le cadre de l'évaluation globale de risque cardio-vasculaire.

La réalisation de ce bilan est recommandée²⁶ par la HAS, tous les 5 ans. Il peut être plus fréquent :

- après une intervention thérapeutique visant à abaisser le LDLc ; il est alors réalisé 3 et 6 mois après la mise sous traitement ;
- 6 mois après tout changement de traitement ARV ;
- et en cas de survenue d'une lipohypertrophie.

En présence d'anomalies lipidiques, plusieurs actions graduées sont proposées :

- proposer des mesures hygiéno-diététiques comme en population générale ;
- mettre en place un traitement hypolipémiant.

Si le taux reste élevé malgré ces actions, l'avis du référent hospitalier peut être requis, pour envisager de modifier le traitement ARV, en lien, si besoin, avec l'instauration d'un traitement hypolipémiant.

Avant de proposer un traitement par statine, vérifier le risque d'interaction avec le traitement ARV à partir des outils à disposition : logiciels d'aide à la prescription, tables spécifiques proposées par *l'European AIDS Clinical Society*.

► Le diabète

Le repérage et la prise en charge d'un diabète de type 2²⁷ et des risques de complications associées sont identiques à ceux en population générale ; la metformine est également proposée en première intention.

Des interactions doivent être recherchées à partir du site <https://www.hiv-druginteractions.org/>

Le risque pulmonaire

1. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Le risque relatif de BPCO est supérieur à celui de la population générale. Ce risque augmenté chez les PVVIH pourrait être lié à un excès de facteurs de risque tels que la consommation de tabac, de cannabis, ou aux antécédents d'infections bronchopulmonaires dont la pneumocystose.

Il existe des risques d'interactions entre certains corticoïdes et certains ARV.

Le repérage et la prise en charge de la BPCO chez le PVVIH sont identiques à ceux de la population générale (recommandations²⁸ du guide du parcours de soins de la HAS) :

► Évaluer la consommation de tabac et de cannabis (cf. addictions) et informer sur les risques.

► Évaluer le niveau de risque de BPCO, comme en population générale.

- L'utilisation de l'autoquestionnaire²⁹ (cf. annexe 3), utilisé en population générale, permet au patient fumeur d'évaluer son niveau de risque d'atteinte bronchique, et d'envisager une démarche thérapeutique.
- Chez toute PVVIH de plus de 40 ans exposée au tabac avec symptôme évocateur de BPCO, ou exposée à un tabagisme chronique (> 20 paquets-années chez l'homme ou 15 paquets chez la femme), une spirométrie est

²⁶ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039802/fr/principales-dyslipidemies-strategies-de-prise-en-charge

²⁷ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2

²⁸ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/fr/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive

²⁹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire_depistage_bpco_gold_web.pdf

proposée. En cas d'anomalie, elle sera complétée par une EFR. La fréquence de la spirométrie est **annuelle** en cas de diagnostic positif.

► Vérifier les interactions entre le traitement ARV et certains corticostéroïdes.

Afin de minimiser le risque de syndrome de Cushing et de perturbation de la fonction surrénale, la béclo méthasone doit être privilégiée en cas de traitement de BPCO par corticoïdes inhalés chez les sujets recevant des inhibiteurs des cytochromes (ritonavir, cobicistat).

2. Tuberculose

Les PVVIH migrantes en provenance de zones d'endémie, ainsi que celles dont le taux de CD4 est inférieur à 200, doivent être considérées comme particulièrement à risque de tuberculose maladie, notamment en l'absence de traitement antérieur d'infection tuberculeuse latente.

Les PVVIH ayant un niveau de CD4 > 200/mm³ doivent néanmoins avoir bénéficié d'un dépistage³⁰ de l'infection tuberculeuse latente, et d'un traitement en cas de diagnostic positif.

La prise en charge³¹ et les mesures de prévention vis-à-vis de la tuberculose maladie, sont celles appliquées en population générale, avec toutefois une attention spécifique :

- sur la stabilité immuno-virale pour toute PVVIH, qui doit être obtenue ou conservée ;
- à destination des personnes migrantes en provenance de zones à forte prévalence.

En cas de traitement, il convient de tenir compte des interactions avec les ARV et du risque de toxicité hépatique cumulative des ARV et des antituberculeux.

Les co-infections par les virus des hépatites

Les co-infections par les virus des hépatites VHC, VHB et VHD sont plus fréquentes qu'en population générale (entre 16,5 et 19 % *versus* 0,75 % pour le VHC, 7 % *versus* 0,65 % pour le VHB et 12 % *versus* 4 % pour le VHD chez les co-infectées VHB).

L'accès universel aux nouveaux traitements pour le VHC a permis d'améliorer leur prise en charge, abaisser les effets secondaires et augmenter les taux de guérison.

Pour autant, la co-infection par le VIH majore le risque de fibrose hépatique. Par ailleurs, il demeure des risques d'interactions médicamenteuses avec certains traitements ARV (IP et inhibiteurs de la NS5A), et des risques importants de recontamination après traitement d'un VHC, principalement chez les HSH vivant avec le VIH ayant des pratiques sexuelles à haut risque.

D'autre part, même en cas de stabilité immunologique, le risque d'évolution vers un hépatocarcinome est supérieur chez les PVVIH.

Le dépistage des hépatites est effectué de façon systématique lors du bilan hospitalier. Les principaux points d'attention sont :

- le risque d'interaction entre les ARV (traitement VIH) et le(s) traitement(s) pour les hépatites ;
- l'effet potentiel du traitement ARV sur le VHB en cas de co-infection avec le VHB, ainsi le Ténofovir, ayant une double activité sur le VIH et les hépatites, doit être privilégié ;
- la nécessité d'un suivi au long cours en présence d'une fibrose ou une hépatopathie compte-tenu du risque d'hépatocarcinome ;
- le risque de réinfection à VHC pour les PVVIH ayant des pratiques sexuelles à risque ;
- la vaccination de l'entourage pour l'hépatite A et l'hépatite B qui doit être favorisée, notamment en cas d'hépatite B chronique.

³⁰ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2021762/fr/tests-in-vitro-de-depistage-de-l-infection-tuberculeuse-latente-par-detection-de-production-d-interferon-gamma

³¹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/actualisationlap_tuberculose_web_.pdf

La prévention contre les infections par les virus des hépatites concerne toutes les PVVIH mais particulièrement les HSH, UDI et détenus (cf. santé sexuelle).

Il convient de favoriser la vaccination anti-VHA, anti-VHB (cf. vaccinations) pour les personnes non protégées et contrôler son efficacité par le titrage des anticorps **1 à 2 mois après la réalisation du schéma vaccinal**.

1. Co-infection à VHC

Un dépistage du VHC³² doit être proposé à toutes les PVVIH :

- en cas de sérologie négative pour le VHC, proposer une surveillance sérologique régulière tous les **6 à 12 mois**, chez les PVVIH dont l'exposition au risque persiste. En cas de suspicion d'infection récente, la HAS recommande de refaire le dosage des Ac anti-VHC 3 mois après ;
- en cas de PCR positive, orienter le patient vers le référent hospitalier car un traitement est indiqué ;
- en cas d'infection à VHC traitée ou guérie, un contrôle de l'ARN doit être réalisé systématiquement³³.

Après traitement ou guérison, le dépistage d'une recontamination repose sur la PCR VHC tous les 6 à 12 mois, en cas de facteurs de risque. En cas de diagnostic positif, l'avis du référent hospitalier est requis.

2. Co-infection à VHB

Un dépistage du VHB doit être proposé à toutes les PVVIH :

- toutes les PVVIH doivent être vaccinées en cas de sérologie VHB négative ;
- en l'absence de séroprotection, proposer une surveillance sérologique régulière tous les 6 à 12 mois, chez les PVVIH dont l'exposition au risque persiste ;
- toutes les hépatites B diagnostiquées doivent être traitées.

Précisions : le traitement ARV contenant du Ténofovir (et dans une moindre mesure lamivudine ou emtricitabine, qui ne doivent pas être prescrites sans être associées à un autre antiviral actif sur le VHB) est efficace sur le VHB.

3. Évaluer et prendre en charge l'atteinte hépatique

En l'absence de fibrose hépatique, la prise en charge des hépatites (VHC et VHB) est la même qu'en population générale.

La surveillance de la fibrose doit être effectuée, même après traitement du VHC.

Chez les PVVIH co-infectées VIH-VHC et/ou VIH-VHB, l'évaluation de la fibrose est effectuée **tous les 12 mois**³⁴, par biopsie ou méthode non invasive³⁵.

4. Évaluer le risque d'hépatocarcinome (cf. cancers)

Une échographie est proposée **tous les 6 mois** aux PVVIH pré-cirrhotiques ou cirrhotiques, et/ou co-infectées par le VHB avec facteurs de risque (ADN VHB > 2 000 UI/mL, et âgées de plus de 50 ans ou originaires d'Asie ou d'Afrique subsaharienne). Elle peut être associée au dosage d'alpha-fœto-protéine.

En présence d'une infection VHB contrôlée et en l'absence de cirrhose, la fréquence d'examen est abaissée (échographie tous les 3 à 4 ans).

³² https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald_6_vhc_actualisation_dec_2007_.pdf (n°6)

³³ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050355/fr/strategies-de-depistage-biologique-des-hepatites-virales-b-et-c

³⁴ Rapport EACS 2017 – recommandations 9.0.

³⁵ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/rapport_fibrose_mel.pdf

5. Prévenir le risque de réinfection et de complications

- Favoriser le maintien du contrôle de l'infection par le VIH.
- Repérer pour prévenir les pratiques à risque.

Le risque rénal

Le risque rénal est multiplié d'un facteur de risque de 5 à 10 chez les PVVIH, comparé à la population générale, qu'il s'agisse d'insuffisance rénale chronique ou aiguë.

La prévalence des néphropathies a diminué depuis l'utilisation des ARV hautement actifs (ART). Cependant, l'incidence reste stable, du fait d'atteintes rénales liées :

- aux comorbidités cardio-vasculaires et métaboliques (néphroangiosclérose, hyalinose, néphropathie diabétique, glomérulopathie) ;
- au vieillissement de la population ;
- à l'infection par le VIH (néphropathies, microangiopathies thrombotiques, glomérulonéphrites à complexes immuns) ;
- à un déficit immunitaire éventuel associé (néphropathies interstitielles infiltratives, néphropathies interstitielles infectieuses, glomérulonéphrites post-infectieuses) ;
- et à l'impact de l'exposition cumulée et prolongée à certains ARV (tubulopathies proximales, lithiases rénales, néphropathies). Il s'agit notamment du Ténofovir, et de l'Atazanavir ;

Une diminution de la charge virale sous traitement est associée à une amélioration de la fonction rénale.

Les PVVIH présentent des facteurs spécifiques, à l'origine de néphropathies, de lithiases, de modification du DFG ou de la créatininémie : nadir de CD4 < 200/mm³, une exposition à certains ARV, et des atteintes secondaires aux comorbidités cardio-vasculaires rencontrées chez les PVVIH.

Le risque d'atteinte rénale justifie la nécessité d'évaluer de façon régulière la fonction rénale des PVVIH.

1. Repérer et surveiller une atteinte rénale

- ▶ **Chez toutes les PVVIH, un bilan rénal est effectué une fois/an, à partir des recommandations^{36 37 38} de la HAS en population générale : créatininémie et mesure du DFG, bilan biologique sur échantillon urinaire (protéinurie, rapport albuminurie/créatininurie).**

Le bilan est également effectué pour tout changement de traitement ARV, lors d'une exposition à un traitement néphrotique hors ARV, et tous les 6 mois en cas d'au moins deux facteurs de risque rénal.

- ▶ **Prendre en compte les spécificités de certains traitements ARV**

Certains traitements ARV peuvent avoir un impact sur le DFG ou être responsables de lithiases et nécessitent des examens complémentaires :

Traitement	Action	Fréquence
Ténofovir	Phosphorémie à jeun Glycosurie	Après 2 à 4 semaines de traitement et tous les 3 à 6 mois en l'absence de risques rénaux
Atazanavir	Prévenir les risques de lithiases : rappeler les consignes d'hydratation	Lors de chaque consultation

³⁶ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald19_lap_nephropathie_juin_07.pdf

³⁷ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_mrc_web.pdf

³⁸ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/evaluation_du_debit_de_filtration_glomerulaire_et_du_dosage_de_la_creatininemie_dans_le_diagnostic_de_la_maladie_renale_chronique_chez_ladulte_-_fiche_butts.pdf

► Informer le patient sur les risques de néphrotoxicité

Comme en population générale, il convient d'informer le patient sur le risque de néphrotoxicité de certains traitements parfois pris en automédication (antibiotiques, antalgiques, produits psychoactifs, etc.)

2. En cas de bilan anormal

Comme en population générale, chez les patients présentant un risque d'insuffisance rénale, ou en cas de bilan anormal, un second bilan dans les 3 mois suivants est nécessaire (si possible dans le même laboratoire).

Le caractère chronique de l'atteinte rénale est établi en présence d'un des signes suivants : diminution du DFG < 60ml/min/1,73 m², protéinurie ou albuminurie, hématurie, leucocyturie, anomalie morphologique à l'échographie rénale.

Le recours au néphrologue est recommandé en cas de doute sur la nature de la maladie rénale ou de nécessité d'examens spécialisés pour le diagnostic étiologique.

Le référent hospitalier sera également contacté en cas de bilan anormal, pour une éventuelle modification de dose de traitement ARV.

Les risques de cancer (cf. annexe 4)

Le risque de cancer est augmenté en raison de la répllication du VIH, d'une immunodépression (nombre et nadir³⁹ de CD4), de l'exposition à des virus oncogènes (HPV, VHB, VHC, EBV) et/ou à une forte consommation de toxiques (tabac, alcool, cannabis).

Certains cancers sont plus présents chez les PVVIH qu'en population générale, notamment le cancer anal, le cancer bronchopulmonaire, le cancer cutané et la maladie de Hodgkin. Cette prévalence augmentée est due, pour certains d'entre eux, à une surreprésentation de pratiques ou comportements à risque (surconsommation de tabac, de cannabis, d'alcool, risques sexuels, etc.).

Certains groupes sont plus à risque pour certains cancers, dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour le cancer anal, lequel est fortement associé à une infection à HPV, quel que soit le sexe.

Concernant le cancer de l'utérus, son incidence est élevée chez les femmes séropositives, même si ce risque est 2 fois plus faible en cas de traitement ARV de plus de 6 mois.

Le repérage d'un cancer est le même qu'en population générale, avec toutefois une vigilance particulière pour ceux présentant un risque accru pour les PVVIH (cancer de l'anus, lymphomes, cancers liés à la consommation de tabac, aux co-infections virales, cancers cutanés et cancers dus à une infection à HPV).

1. Repérer un cancer lié à la consommation de tabac, de cannabis et d'alcool (cf. addiction)

Le cancer bronchopulmonaire est 2,5 plus fréquent qu'en population générale, et d'apparition plus précoce (50 ans en moyenne contre 65 ans). Il est essentiellement dû à une surconsommation de tabac et de cannabis ; il est également corrélé à la baisse des CD4.

2. Repérer un cancer cutanéomuqueux

Le risque de cancer cutané est multiplié par 2,6 chez les PVVIH pour les carcinomes spinocellulaires et de 2,1 pour les carcinomes basocellulaires. Les facteurs de risque sont similaires à ceux de la population générale ; il existe également une corrélation avec le nombre de CD4 (taux bas).

La réalisation d'un examen annuel de repérage d'un cancer cutanéomuqueux est recommandée par les experts, pour toutes les PVVIH, indépendamment de la charge virale et du taux de CD4 : examen⁴⁰ systématique de la peau et des muqueuses, comme recommandé en population générale, en cas de facteurs de risque.

³⁹ Nombre le plus bas de CD4 relevé depuis la contamination.

⁴⁰ <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau-Medecins-generalistes>

L'examen annuel est réalisé **tous les 6 mois**, comme en population générale, à partir des recommandations⁴¹ de la HAS et de l'INCa, en cas de lésion suspecte ou pour les sujets à risque : phototype cutané de type I ou II, antécédents de coups de soleil, dommages actiniques, antécédents personnels ou familiaux de mélanome cutané.

En cas de suspicion de cancer cutané, la conduite à tenir est identique à celle en population générale.

3. Repérer un cancer à HPV⁴²

► Proposer un dépistage adapté à l'âge, au sexe, et au risque lié aux pratiques sexuelles.

Patient	Examens	Fréquence
Toute PVVIH ayant des rapports anaux et toute personne ayant des antécédents de condylomes et femmes ayant présenté une dysplasie ou cancer du col	Proposer un examen proctologique +/- cytologie anale	- En absence d'anomalie au bilan initial : rythme annuel - En cas d'anomalie repérée : fréquence définie par le gastro-entérologue ou le proctologue
HSH < 26 ans	Proposer la vaccination HPV (Gardasil 9)	
Femmes⁴³ (tout âge)	Proposer une cytologie cervico-utérine ⁴⁴ (cf. annexe 5)	Femmes sans antécédent de lésion malpighienne intra-épithéliale cervicale avec cytologie initiale normale : tous les 3 ans, comme en population générale, après 3 cytologies annuelles consécutives normales (si charge virale contrôlée et CD4 > 500/mm ³) Dans les autres cas , cytologie cervicale contrôlée tous les ans
	Proposer une colposcopie	En cas de cytologie cervico-utérine antérieure anormale après conisation

4. Repérer un lymphome

Les lymphomes représentent la deuxième cause de décès par cancer chez les PVVIH, particulièrement en ce qui concerne les lymphomes non hodgkiniens (classant SIDA), même si leur incidence a diminué.

Il existe un risque accru de maladie de Hodgkin (non classant SIDA) de 10 à 20 fois par rapport à la population générale qui perdure depuis les derniers traitements ARV.

Il n'existe pas de dépistage spécifique chez les PVVIH ; il est celui recommandé pour la population générale.

Il convient d'effectuer une palpation des aires ganglionnaires une fois/an.

Devant les signes évocateurs, notamment (une ou des) adénopathie(s) persistante(s) inexpliquée(s), le référent hospitalier doit être rapidement contacté.

D'autres cancers⁴⁵, fréquents, doivent être dépistés comme en population générale : cancer du sein⁴⁶, de la prostate⁴⁷, de la cavité buccale, cancer colorectal⁴⁸.

⁴¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane

⁴² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-place-du-double-marquage-immuno-histochimique-p16/ki67-feuille-de-route
⁴³ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf

⁴⁴ https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_cancers.pdf

⁴⁵ <http://www.eacsociety.org/files/guidelines-9.0-french.pdf>

⁴⁶ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf

⁴⁷ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf

5. Prise en charge en cas de suspicion ou diagnostic de cancer

Favoriser le maintien d'une charge virale VIH plasmatique indétectable

La prise en charge est la même qu'en population générale, en tenant compte, toutefois, des risques d'**interactions** :

- entre le traitement ARV et les médicaments antinéoplasiques ;
- entre un traitement ARV et certains antalgiques.

Une surveillance biologique peut être nécessaire, lorsque l'optimisation du traitement est incomplète.

En cas de lymphopénie provoquée par les traitements anticancéreux, une prophylaxie vis-à-vis de la pneumocystose et la toxoplasmose est instaurée et poursuivie systématiquement jusqu'à obtention d'un taux de CD4 > 200/mm³ au moins 6 mois après la fin du traitement carcinologique. En cas de sérologie négative pour la toxoplasmose, les mesures hygiéno-diététiques préventives seront rappelées afin d'éviter une primo-infection.

Comme en population générale :

- une RCP doit être organisée ;
- il convient de tenir compte des recommandations⁴⁹ vaccinales en cas de traitement par chimiothérapie.

Pour les situations d'urgence néoplasique, la priorité est donnée au traitement carcinologique

Le risque d'ostéoporose

La prévalence de l'ostéoporose est plus élevée qu'en population générale, y compris chez les femmes ménopausées⁵⁰ infectées, chez lesquelles elle peut atteindre 42 % (*versus* 23 %).

Certains facteurs de risque sont retrouvés de façon spécifique. Il s'agit des co-infections par le VHC, et/ou d'immunodépression (nadir de CD4 < 200/mm³).

Les autres facteurs de risque d'ostéoporose sont ceux retrouvés en population générale : âge > 50ans, sexe féminin, antécédents familiaux, inactivité physique, carence vitamino-calcique, tabagisme, alcoolisme, faible poids et IMC bas, ménopause, pathologies ou traitements inducteurs d'ostéoporose).

Le dépistage et la prise en charge habituels de l'ostéoporose reposent sur les recommandations^{51 52} de la HAS en population générale. La prévention repose essentiellement sur des mesures hygiéno-diététiques.

En raison des facteurs de risque spécifiques, augmentant le risque global d'ostéoporose pour les PVVIH, les experts du VIH recommandent d'élargir les indications de l'ostéodensitométrie, à l'homme séropositif de plus de 60 ans, ou de moins de 60 ans avec un IMC < 20 kg/m².

⁴⁸ [HAS 2013, Dépistage et prévention du cancer colorectal – Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé \(EPS\)](#)

⁴⁹ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf

⁵⁰ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevenir_fractures_osteoporose.pdf

⁵¹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf

⁵² https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fs_osteoporose_v2.pdf

Glossaire

ALD	Affection de longue durée
AMP	Assistance médicale à la procréation
ARV	Traitement antirétroviral
AVC	Accident vasculaire cérébral
CBP	Cancer bronchopulmonaire
DMO	Densité minérale osseuse
ECG	Électrocardiogramme
EE	Épreuve d'effort
EFR	Exploration fonctionnelle respiratoire
ESD	Échographie de stress
FDR	Facteur de risque
HAS	Haute Autorité de santé
HPV	<i>Human papilloma virus</i> (papillomavirus humain)
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
IMC	Indice de masse corporelle
INCA	Institut national du cancer
INTI	Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteurs de protéase
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MDRD	<i>Modification of Diet in Renal Disease</i>
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i>
PMA	Procréation médicalement assistée
PNDS	Protocole national de diagnostic et de soins
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SME	Scintigraphie myocardique d'effort
SNC	Système nerveux central
TNS	Traitement nicotinique de substitution
TROD	Tests rapides d'orientation diagnostique
UDI	Usager de drogue injectable
VEMS	Volume expiratoire maximal à la première seconde

Annexe 1. Élaboration d'un diagnostic éducatif (Has 2007)

Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes, sa réceptivité

Accéder, par un dialogue structuré, aux connaissances, aux représentations, aux logiques explicatives, au ressenti du patient :

- identifier ce que le patient sait et croit sur sa manière de gérer sa maladie ;
- évaluer les connaissances du patient sur la maladie, les explications de sa survenue : à quoi l'attribue-t-il ? Comment perçoit-il l'évolution de la maladie ? Son caractère de gravité ? ;
- identifier les conditions de vie et de travail ;
- évaluer les savoir-faire du patient : comment se soigne-t-il ? Comment utilise-t-il les médicaments d'une manière générale ? Comment se nourrit-il ?

Reconnaître la manière de réagir du patient à sa situation, les diverses étapes de l'évolution psychologique du patient :

- identifier les réactions du patient qui peuvent s'exprimer à des niveaux différents selon les personnes : au niveau comportemental par la recherche d'informations, d'aide, etc. ; au niveau cognitif par l'évaluation de la situation ; au niveau émotionnel par l'expression de différents affects : peur, colère, anxiété, etc. ;
- identifier la perception et l'évaluation (par le patient) des facteurs de stress, des facteurs de vulnérabilité, de ses ressources sociales : soutien à l'intérieur d'un réseau social, isolement ou non, problèmes de type relationnel, etc. ;
- être attentif à la fragilité lors de l'avancée en âge.

Reconnaître le rôle protecteur ou non des facteurs socio-environnementaux (catégorie sociale, âge, niveau et style de vie), caractéristiques socioculturelles, événements de vie stressants et intégration sociale :

- identifier la perception (par le patient) de ses ressources (optimisme, sentiment de contrôle, auto-efficacité, etc.), ou de facteurs défavorables (anxiété, image de soi dévalorisée, dépression, etc.) ;
- identifier ses besoins, ses attentes, ses croyances, ses peurs ;
- déterminer avec le patient les facteurs limitant et facilitant l'acquisition et le maintien des compétences d'autosoins, et leur utilisation dans la vie quotidienne, la mise en œuvre de son projet, et l'acquisition ou la mobilisation des compétences d'adaptation ;
- identifier les situations de précarité ou de risque social.

Chercher à connaître ce que le patient comprend de sa situation de santé et attend.

Reconnaître des difficultés d'apprentissage :

- préciser avec le patient sa demande par rapport à sa perception et à sa compréhension de l'ETP intégrée à la stratégie de soins ;
- identifier les difficultés de lecture et/ou de compréhension de la langue, un handicap sensoriel, mental, des troubles cognitifs, une dyslexie, etc.

Favoriser l'implication du patient, soutenir sa motivation. Rechercher avec le patient les modalités de gestion personnelle de sa maladie les plus adaptées à sa situation :

- tenir compte de ses demandes et de son ou ses projets ;
- permettre au patient de s'approprier le programme d'ETP ;
- hiérarchiser avec le patient ses priorités d'apprentissage, ses priorités de changements, en tenant compte du temps nécessaire pour le patient pour réaliser ces changements (planification progressive) ;
- négocier les priorités du patient en regard de celles estimées par le professionnel de santé ;
- soutenir les pratiques d'auto-évaluation gratifiantes pour le patient.

Annexe 2. Effets et risques des principales substances psychoactives consommées

Substances	Effets et risques
Cathinones	Effets assez proches de ceux d'autres psychostimulants comme l'ecstasy/MDMA pour ce qui est des effets empatho-entactogènes), risque de survenue de troubles psycho comportementaux tels que : des crises de panique prolongées, des « crises de parano » avec sentiment de persécution, des hallucinations, des délires, des idées suicidaires, des troubles dépressifs
Méthamphétamine	Risque de troubles psychocomportementaux (crise de panique, paranoïa, hallucinations)
GHB/GBL/DB	Risque de surdosage – nausées, vomissements, vertiges, somnolence, détresse respiratoire et perte de connaissance
Kétamine	Risque de « K-hole », trouble de l'humeur et du comportement, pertes de contact avec la réalité, panique
Cocaïne	Risques cardio-vasculaires et cardio-respiratoires

Annexe 3. Autoquestionnaire de dépistage de la BPCO (HAS, 2014)⁵³



Auto-questionnaire Dépistage BPCO

Faites le test : aurais-je une BPCO ?

La BPCO ou Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive est une maladie pulmonaire chronique, fréquente mais que les personnes ignorent souvent.

Si vous répondez à ces questions, cela aidera à savoir si vous avez une BPCO

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Toussez-vous souvent (tous les jours) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous plus de 40 ans ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous fumé ou fumez-vous* ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Si vous répondez positivement à trois de ces questions**, le médecin généraliste peut soit mesurer votre souffle à l'aide d'un spiromètre soit vous orienter vers un pneumologue.

Découvrir une BPCO précocement permettra de prévenir des lésions pulmonaires ultérieures. Des traitements sont disponibles pour que vous vous sentiez mieux.

* ou avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre travail ?

** deux réponses « oui » peuvent déjà constituer un signe d'alarme

Adapté de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2014

⁵³ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire_depistage_bpcO_gold_web.pdf

Annexe 4. Prise en charge des risques de cancer par profil de PVVIH

Profil de patient	Objectif	Action	Fréquence / Critères
Pour toute PVVIH	Repérer un mélanome et un cancer de la cavité buccale	Les actions de repérage sont réalisées selon les recommandations appliquées à la population générale.	Le repérage est systématique une fois par an, donc à une fréquence supérieure à la population générale.
	Repérer un cancer du poumon	Appliquer les recommandations appliquées à la population générale	
	Évaluer la consommation de tabac et d'alcool, et favoriser le <u>sevrage</u> (cf. addictologie)		
	Encourager à la pratique ou poursuite d'une activité physique adaptée		
	Évaluer et prévenir une obésité		
	Favoriser l'éducation thérapeutique	En matière de prévention des IST Dépistage cutané : rappeler l'importance de la protection solaire et d'un examen annuel voire semestriel pour les personnes à risque de mélanome	
	Favoriser la prise en charge	En cas de dépistage d'un cancer, prévoir une RCP d' <u>oncoVIH</u> en relation avec le référent hospitalier et le cancérologue	
	 Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués pendant au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie (cf. vaccination)		
Chez tout HSH ou toute personne ayant des rapports anaux ou des antécédents de condylomes ou de conisation	Repérer les risques de cancer anal	Envisager un examen proctologique Proposer un suivi régulier par un gastro-entérologue/proctologue, en collaboration avec le médecin généraliste	Tous les ans
	Éviter les risques de cancer liés à l'infection par HPV	Proposer la vaccination HPV	< 26 ans
Chez toute femme, ayant un taux de lymphocytes CD4 > 200/mm³ et en l'absence	Repérer les risques de <u>cancer de l'utérus</u> ⁵⁴	Appliquer les recommandations appliquées à la population générale Proposer une cytologie cervico-utérine et un suivi gynécologique	Tous les 3 ans, comme en population générale, après 3 cytologies annuelles consécutives normales (si charge virale contrôlée et CD4 > 500/mm ³)

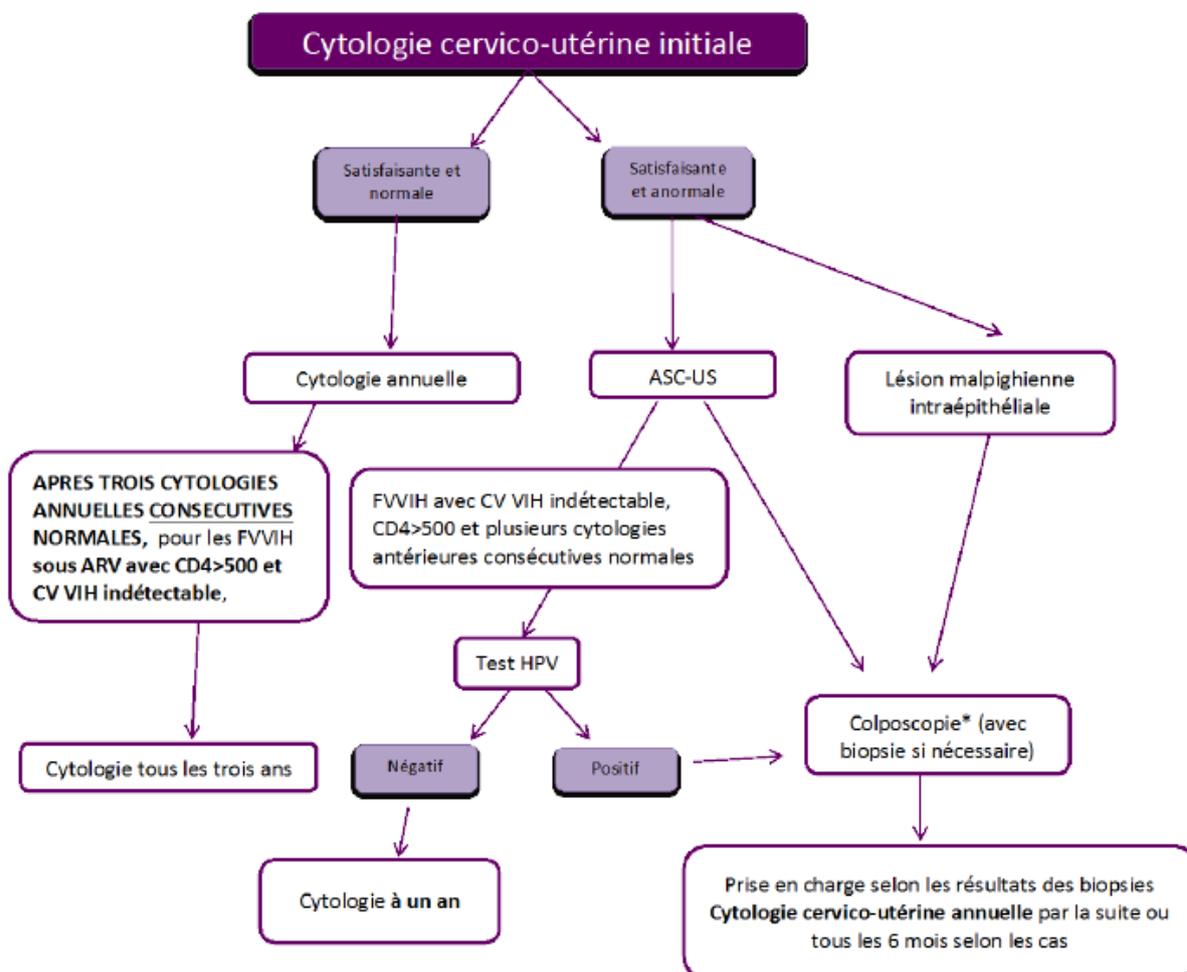
⁵⁴ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf

Profil de patient	Objectif	Action	Fréquence / Critères
d'antécédent de lésion malpighienne intra-épithéliale cervicale avec cytologie initiale normale			Dans les autres cas , cytologie cervicale contrôlée tous les ans
		Proposer une colposcopie	Devant toute anomalie cytologique ou en cas d'identification d'HPV Une fois par an en cas de conisation
	Repérer les risques de <u>can- cer du sein</u> ⁵⁵	Appliquer les recommandations appliquées à la population générale et proposer un dépistage du cancer du sein : à partir de 50 ans ou 40 ans si antécédents familiaux	Une fois par an
	Évaluer le souhait de grossesse et évaluer la contraception	Chez toute femme en âge de procréer (cf. santé sexuelle)	
Chez toute personne cirrhotique Chez toute personne présentant un VHB non contrôlé et > 50 ans ou originaire d'Asie ou d'Afrique subsaharienne ou présentant des antécédents familiaux de carcinome hépatocellulaire	Repérer les risques de cancer hépatique	Envisager une échographie hépatique ainsi qu'un dosage de l'alpha-fœtoprotéine	Tous les 3 à 6 mois Tous les 6 mois

⁵⁵<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Recommandations-et-referentiels-methodologies-d-elaboration/Outils-pour-la-pratique-des-medecins-generalistes>

Annexe 5. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Recommandations du groupe d'experts – 2017 – CNS, ANRS p. 29

https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_cancers.pdf



*Colposcopie systématique chez les FVVIH avec un taux de CD4 < 200/mm³



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr