Actualisation des connaissances sur le VIH Pourquoi une nouvelle politique de dépistage

Dr N. BERNARD

Les nouvelles stratégies de dépistage du VIH/SIDA/IST

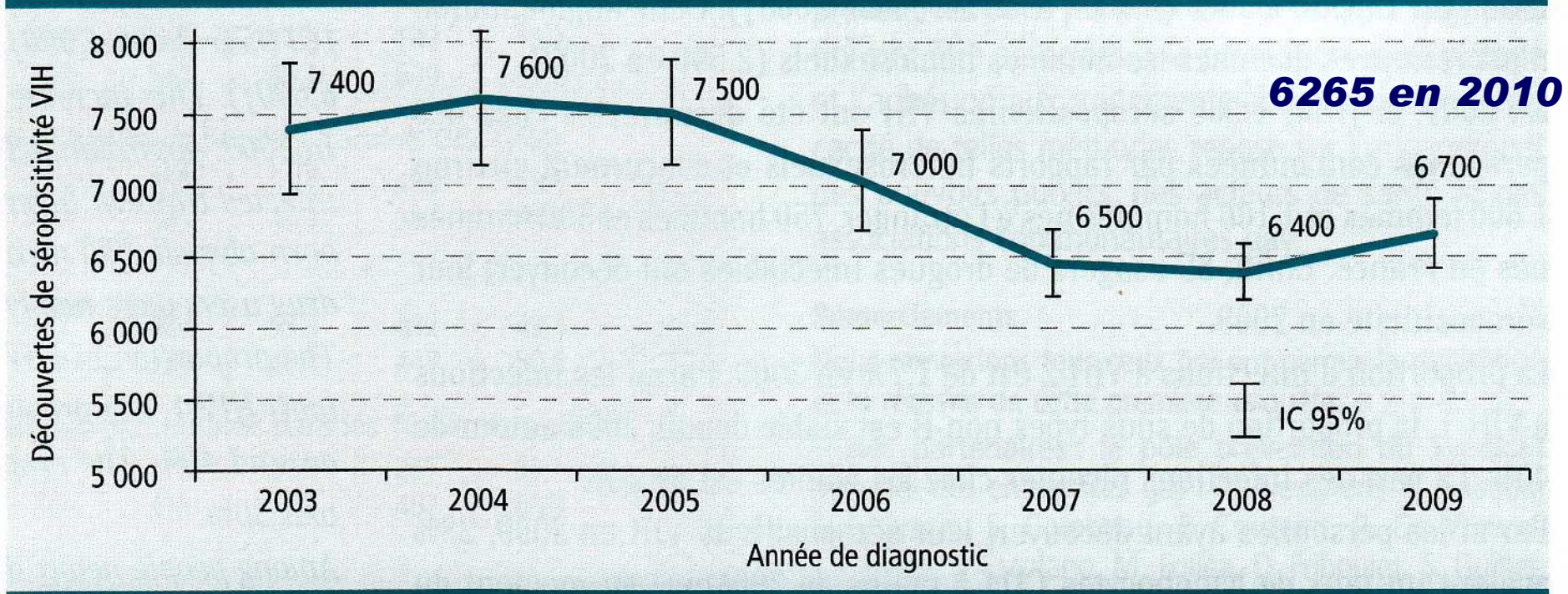
SFLS

12 décembre 2011

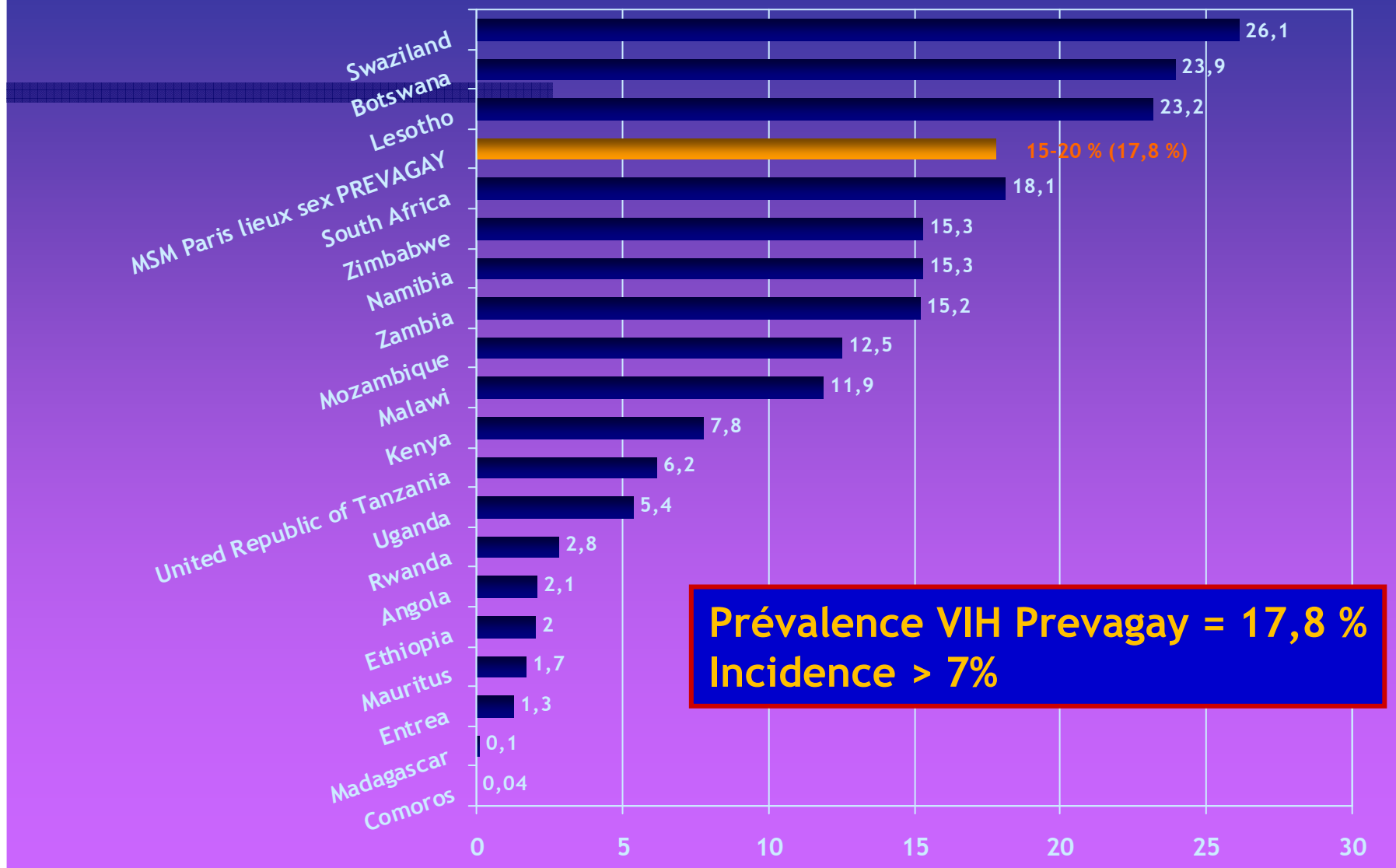
5 constats …

Toujours autant de nouvelles contaminations …

Figure 1 Estimations du nombre de découvertes de séropositivité VIH (France, données au 31/03/2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) / *Figure 1 Estimates of the number of newly diagnosed HIV infections (France, data reported by 31/03/2010 adjusted for reporting delays, underreporting and missing values)*



Une épidémiologie inquiétante…



Diapo G Pialoux; Sources : OMS et Anrs/sneg

Trop de découvertes tardives...

<u>En 2009 :</u>

- Lors de la découverte de la séropositivité :
  - 10% stade de primo-infection
  - 63% stade asymptomatique
  - 12% stade symptomatique non SIDA
  - 15% très tardivement au stade SIDA

Stade clinique au moment de la découverte de séropositivité VIH, selon le mode de transmission - France, 2009

HSH

- asymptomatiques 62%
- sida 11%
- symptomatiques non sida 9%
- primo-infection 18%

N = 2451

Hommes Hétéro

- asymptomatiques 56%
- sida 23%
- symptomatiques non sida 16%
- primo-infection 6%

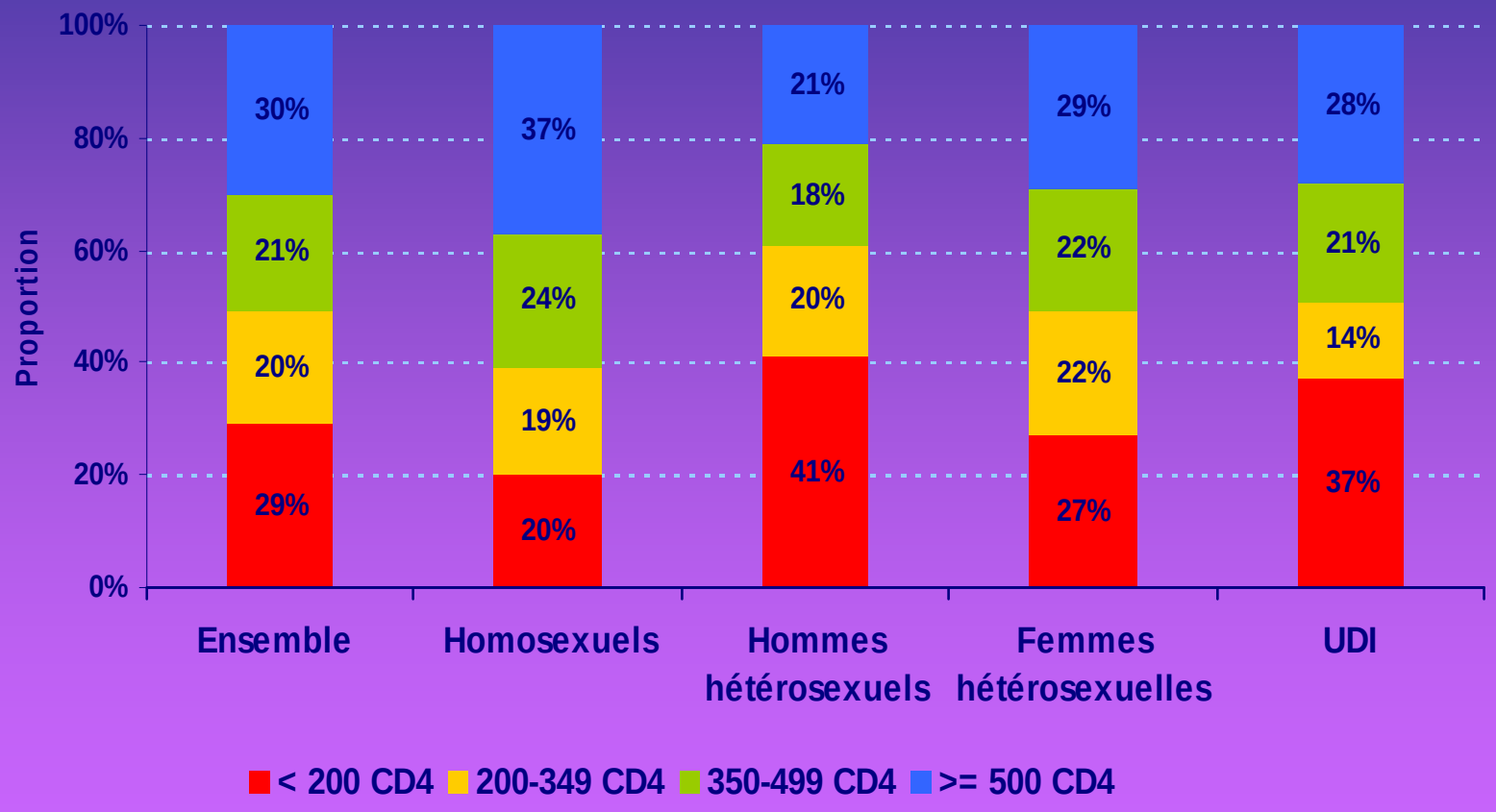
N = 1882

Femmes Hétéro

- asymptomatiques 73%
- sida 12%
- symptomatiques non sida 11%
- primo-infection 4%

N = 2129

Nombre de CD4 lors de la découverte de séropositivité VIH, selon le mode de transmission - France, 2009



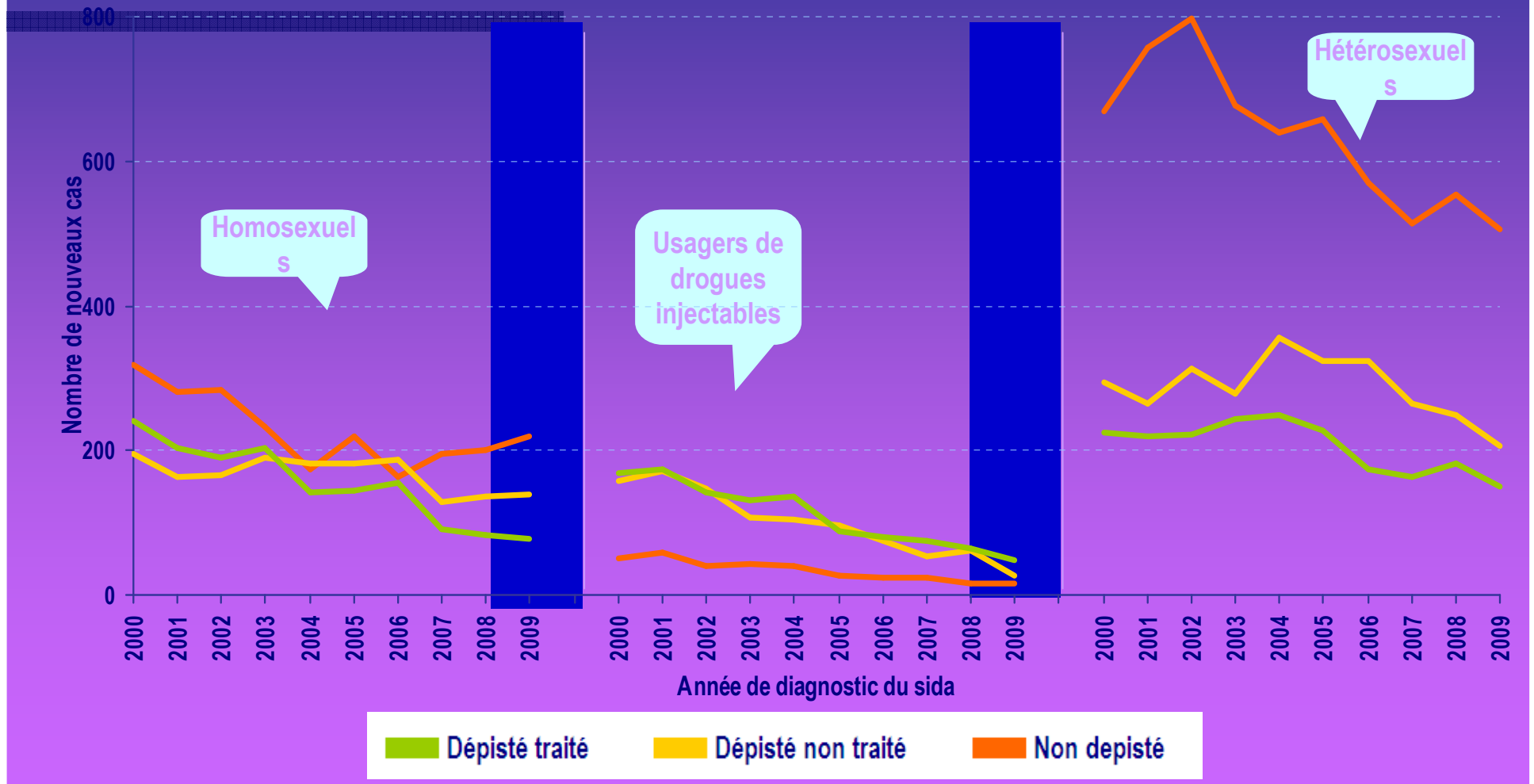
Données au 30/09/2010 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

50 000 personnes ignorent qu'elles sont contaminées par le VIH ou ne se font pas suivre :

- ☛ A l'origine de plus des deux tiers des nouvelles contaminations

- ☛ Surcroît de décès de 10,9 % attribuable à une prise en charge tardive

Cas de sida selon la connaissance de la séropositivité et la prise d'un traitement antirétroviral avant le sida, par mode de contamination - France, 2000 - 2009



Données au 30/09/2010 corrigées pour les délais et la sous-déclaration

Les stratégies usuelles de prévention n'ont pas permis de réduire notablement l'incidence de l'infection par le VIH !

2 notions « nouvelles » …

« Treatment as Prevention »
« TasP »

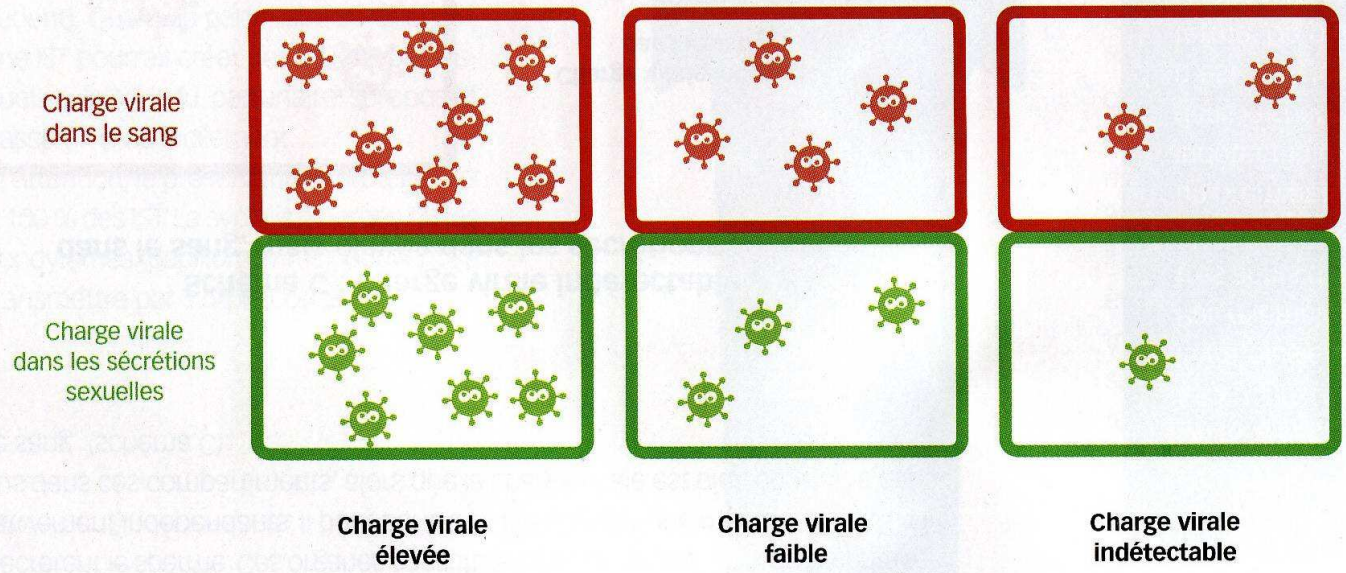
Le traitement ARV des personnes atteintes ↘ considérablement le risque de transmission

ARV, charge virale et transmission (1)

- LIEN ENTRE CV ET TRANSMISSION
  - T Quinn (2000) : publication majeure sur les rapports en CV plasmatique et transmission du VIH
  - Cu-Uvin (2006) : CV plasmatique et CV dans les sécrétions cervico-vaginales (97 femmes avec ou sans HAART)
  - Vettore (2006) : corrélation significative entre CV plasmatique et CV dans les sécrétions cervico-vaginales

CV plasmatique et CV dans les sécrétions sexuelles

Schéma B :
La charge virale dans les sécrétions sexuelles



En général, il y a une bonne corrélation entre la charge virale dans le sang et celle dans les sécrétions sexuelles.

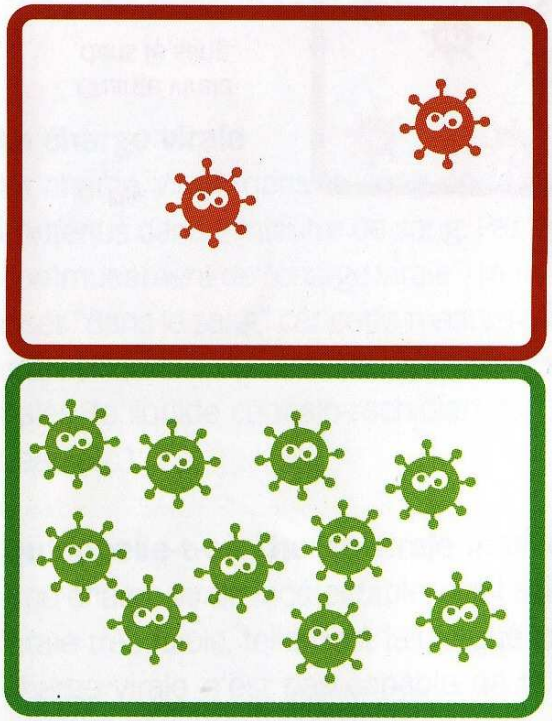
ARV, charge virale et transmission (2)

Mais la corrélation n'est pas parfaite : CV dans le tractus génital alors que CV plasmatique contrôlée :

* compartiments ?
* diffusion moins bonne des ARV ?
* IST concomitante ?

CV < 20 dans le sang, mais élevée dans les sécrétions sexuelles

Schéma C : Charge virale indétectable dans le sang, mais élevée dans les sécrétions sexuelles



Charge virale indétectable dans le sang…

… mais plus importante dans les sécrétions sexuelles.

Il arrive que parfois la charge virale dans les sécrétions sexuelles soit plus importante que dans le sang.
C'est notamment le cas lorsque :
- les médicaments anti-VIH prescrits passent moins bien dans les sécrétions sexuelles.
- en cas d'infection sexuellement transmissible (syphillis, chaude-pisse, etc).

ARV, charge virale et transmission (3)

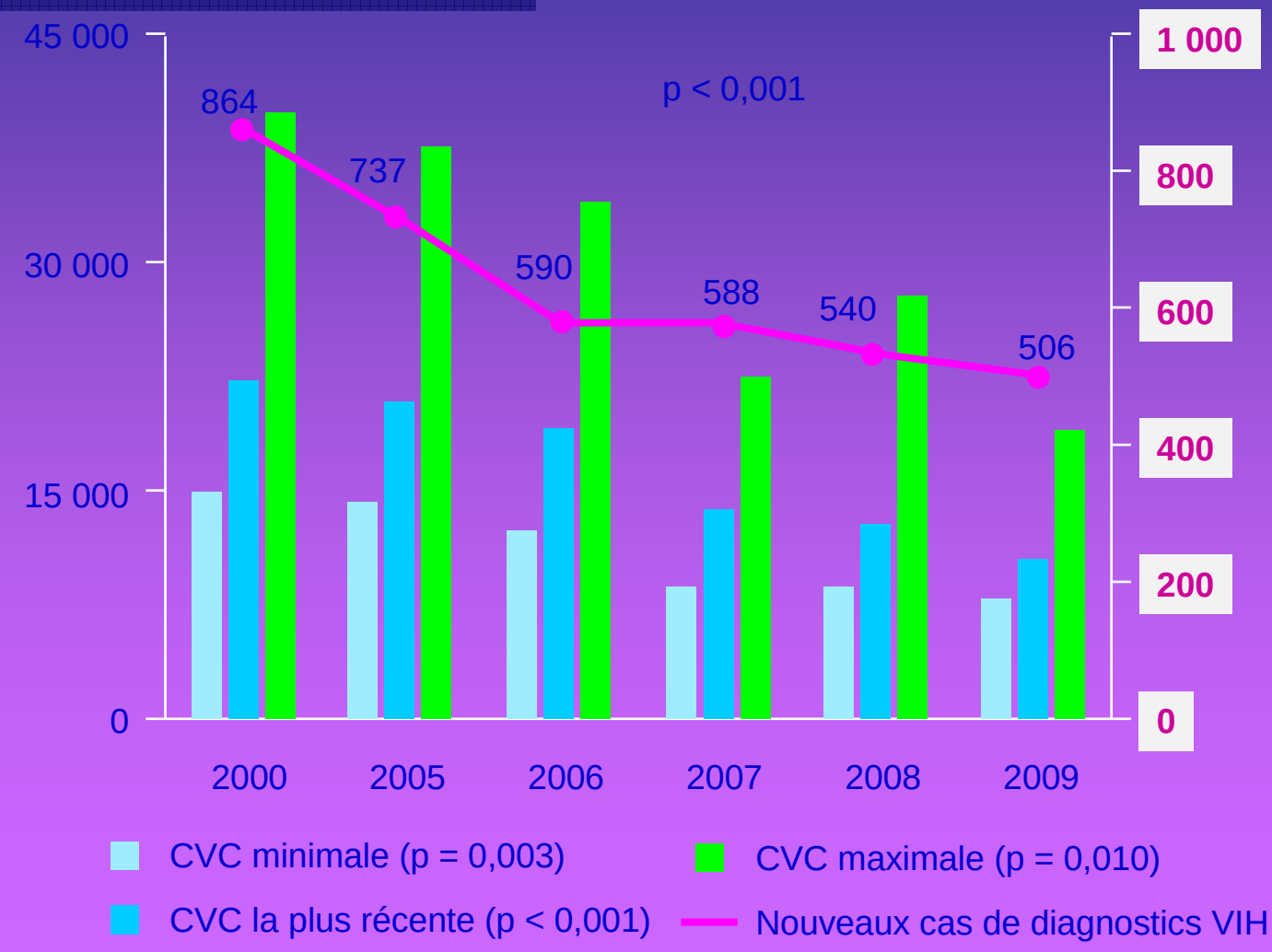
- **COUPLES HETEROSEXUELS SERO-DIFFERENTS** (sous HAART/ non sous HAART):
  - Castilla (2005) : 393 couples (0 / 8,6 % prévalence séroconversion)
  - Melo (2006) : 93 couples (0 / 6 séroconversions)
  - Barreiro (2006) : 62 couples (0 transmission/)
  - Méta-analyse de S Attia (2009) / 5021 couples hétérosexuels sérodifférents : le tt réduit le risque de transmission de 92 %
  - D Donnel (2010) / 3381 couples de 7 pays d'Afrique, sur plus de 24 mois- dt 349 des personnes infectées ont débuté un tt ARV : 1 seule contamination = il n'y a pas de risque zéro !

ARV, charge virale et transmission (4)

- **COUPLES HOMOSEXUELS SERO-DIFFERENTS/ HSH :**
  - Cohorte homosexuelle masculine : le tt réduit de 60 % le risque de transmission

Diminution de la CV communautaire et des nouveaux cas d'infections à VIH, San Francisco, 2004-2009

CV communautaire (CVC) minimale, maximale, ou plus récente et nouveaux cas d'infections à VIH



Das M, CROI 2011, Abs. 1022

« Prévention positive »

(abord avec les personnes vivant avec le VIH)

La prévalence des rapports non protégés (anaux ou vaginaux) diminue de 57 % quand les PVVIH connaissent leur statut
(Méta-analyse / Marks JAIDS 2005)

Le taux de transmission est 3,5 fois supérieur quand les PVVIH ne connaissent pas leur statut
(Modèle mathématique / Marks AIDS 2006)

(NB : 75 % des PVVIH connaitraient leur statut aux USA)

Prévention : abord avec les personnes vivant avec le VIH (1)

- Quand aborder la prévention au cours d'une consultation de soins ? = trouver le moment !
- Comment ?
  - Un espace d'écoute +++
  - + des informations = répondre aux questions!
  - MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION DE PREVENTION, PAR DES PROFESSIONNELS FORMES A L'ECOUTE : « counseling »

De l'observance thérapeutique à ….

…l' Education thérapeutique !

Prévention : abord avec les personnes vivant avec le VIH (2)

- **Mais aussi**
  - L'efficacité du traitement et l'observance
  - Le soutien à l'information du partenaire
  - La consultation du couple

  - La contraception
  - Les projets parentaux et la grossesse

  - Les troubles sexuels

  - Le dépistage et le traitement des IST …

Education thérapeutique ! (ETP)

1 conviction …

Le traitement post-exposition (TPE)

Truvada : 1/j

+

Kaletra : 2 matin et soir

pendant 1 mois

Peu évalué ….

- En santé publique, intérêt non conforté….
- Intérêt à titre individuel
  - Personnes habituées à se protéger, couples séro-différents

⇒ accessibilité et évaluation doivent être améliorées !

Un temps pour la prévention !!!

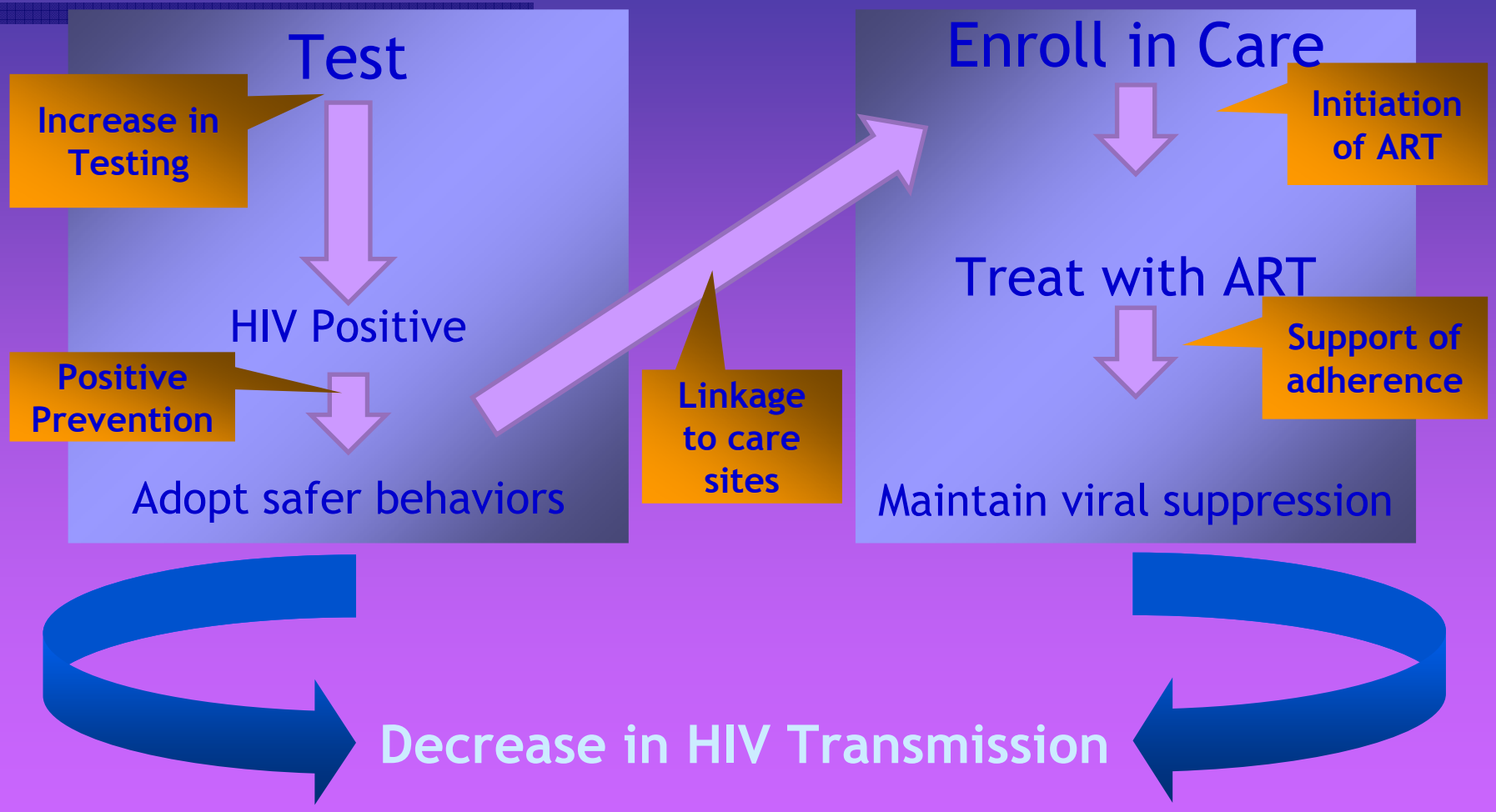
- Beaucoup d'angoisse et de culpabilité…

- Essayer de faire cheminer la personne sur sa « prise de risque »….

(fragilité psychologique, alcoolisation exceptionnelle ou répétée, difficultés sexuelles….)

Alors, le dépistage : un outil de prévention?

Un concept à valider
Le « Test and Treat » !



D'après Wafaa El-Sadr

Autrement dit…

De l'intérêt du DEPISTAGE /TRAITEMENT PRECOCE

- DEPISTER
  - Un temps pour parler de prévention +++
  - Eviter des transmissions materno-fœtales ...

- TRAITER
  - pour éviter l'immunodépression et l'apparition des symptômes
  - limiter la diffusion de l'épidémie : nouveau concept : « TasP = Treatment as prevention » car un traitement efficace réduit le risque de transmission du VIH

Autrement dit…

Dépistage et nouvelles stratégies de prévention de la transmission du VIH

(Chapitre 4 du rapport Yeni 2010)

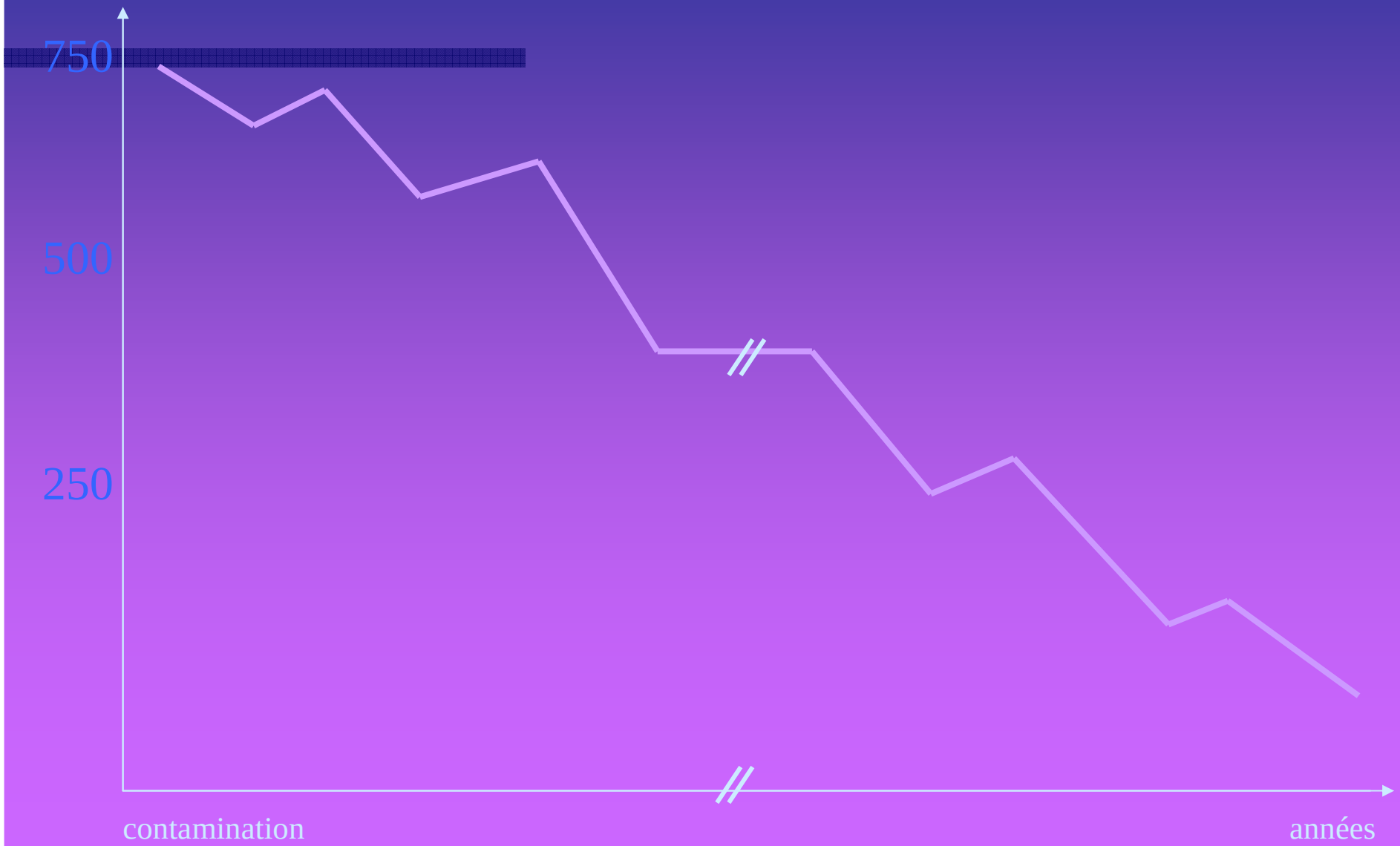
- **AVANT**
  - Méthodes de prévention comportementales *

* retarder le 1er acte sexuel, diminuer le nbre de partenaires sexuels, promouvoir l'utilisation du préservatif, diminuer l'échange de seringues, diminuer l'usage de substances par voie injectable

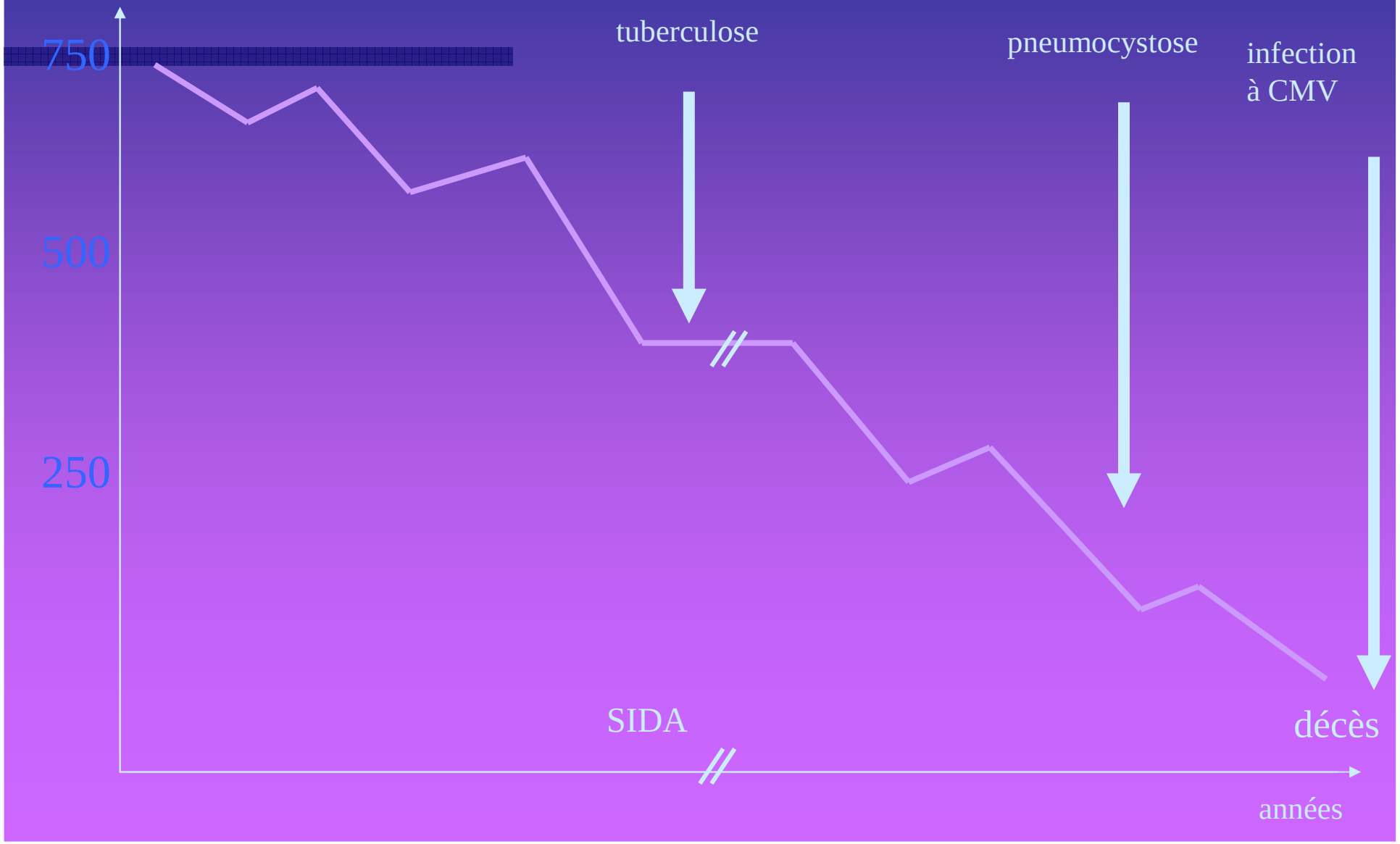
- **MAINTENANT**
  "Prévention combinée en population"
  - Méthodes de prévention comportementales *
  - + élargissement des indications du **dépistage**
  - + traitement ARV dans un but de réduction de la transmission du VIH

Autrement dit…

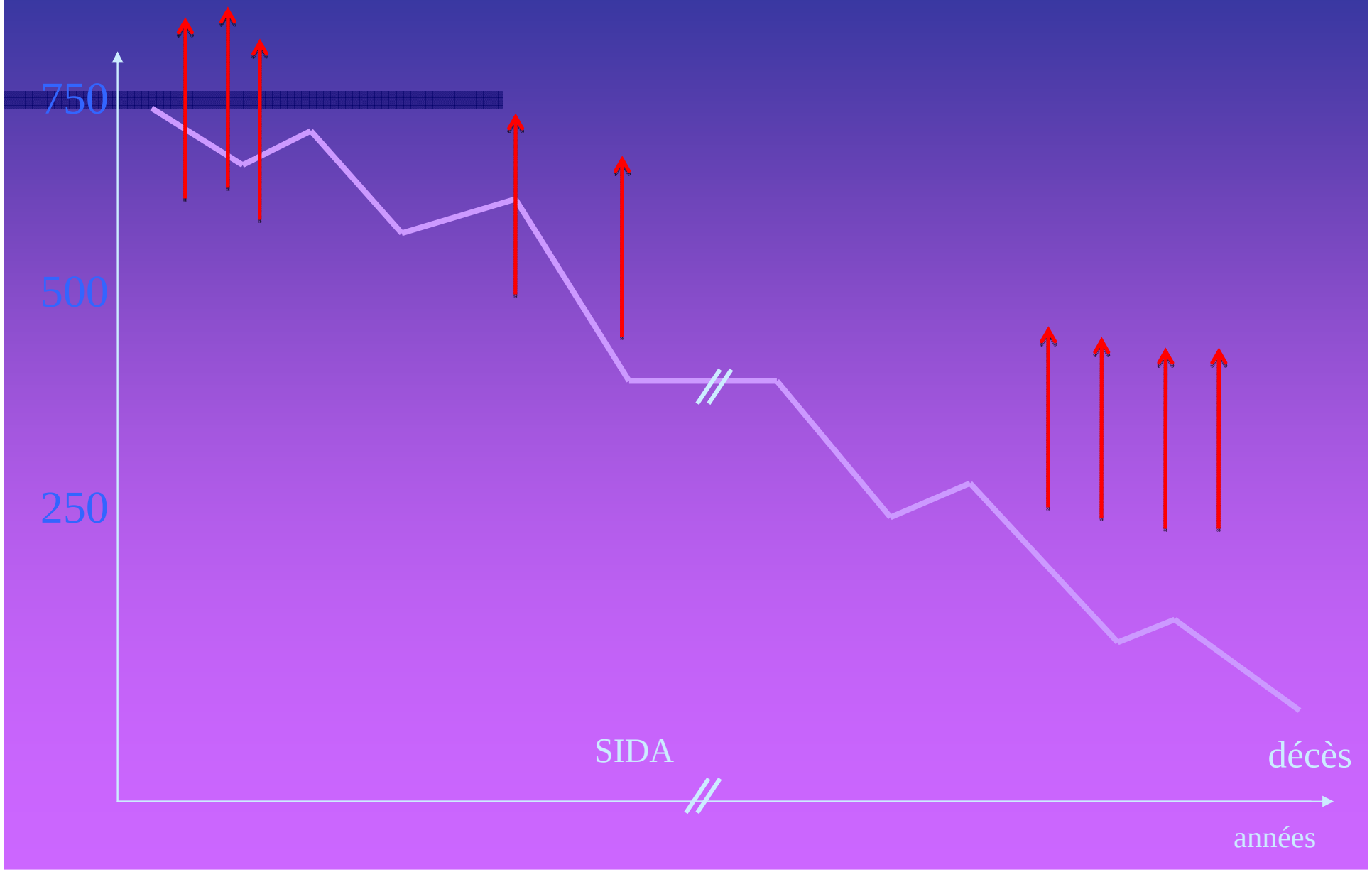
Evolution du taux de CD 4

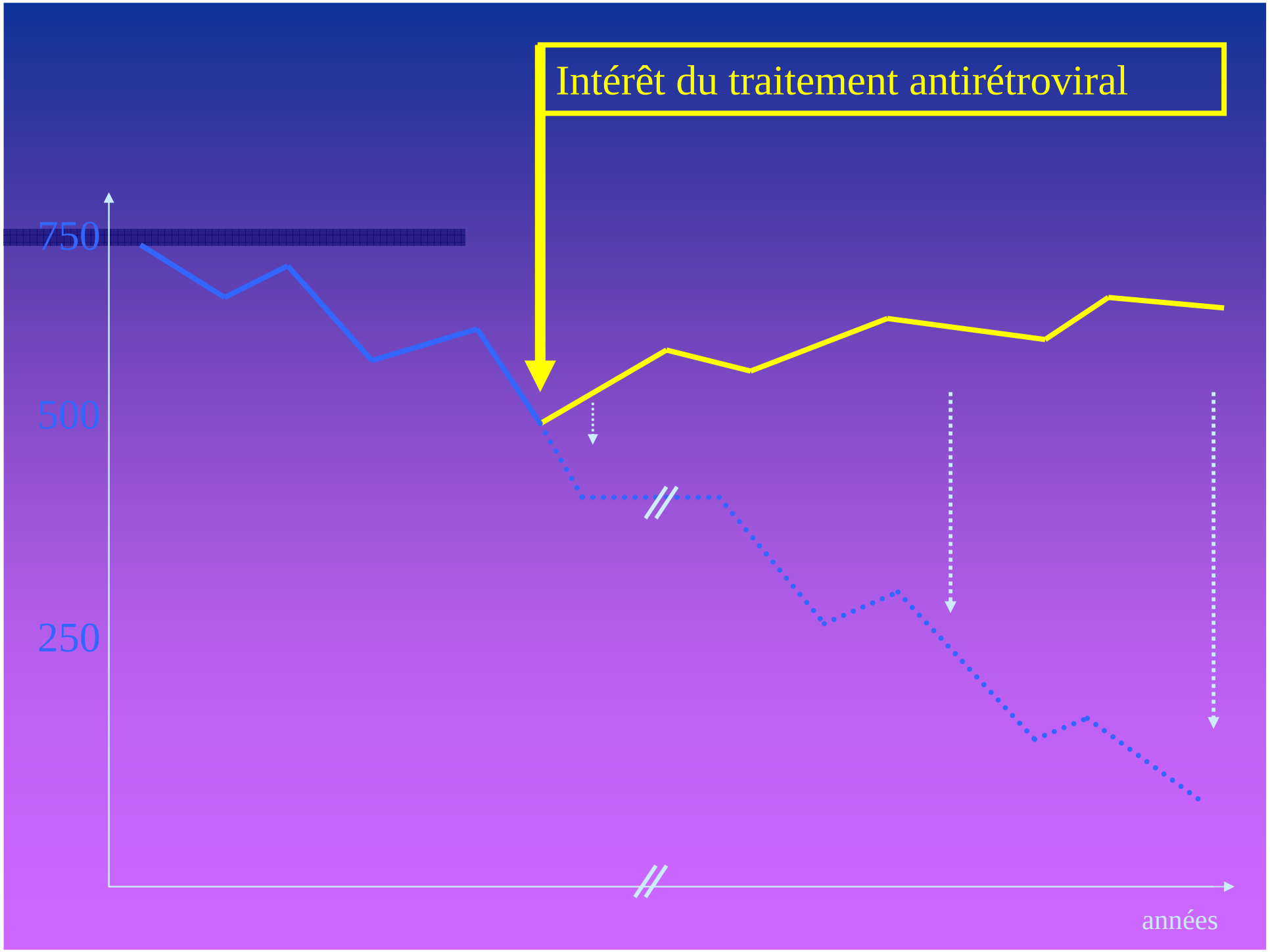


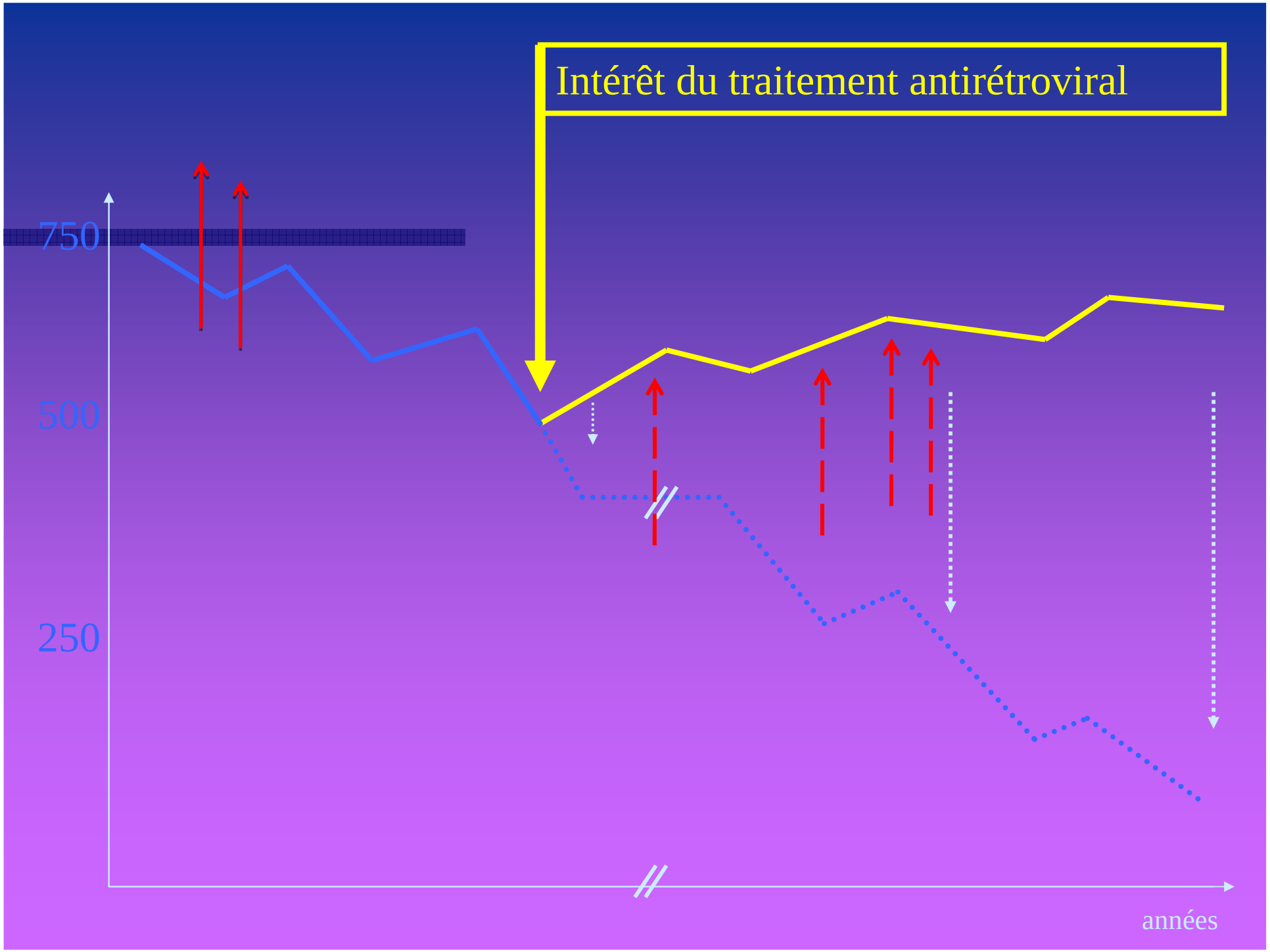
Sans traitement ARV : surviennent les infections opportunistes

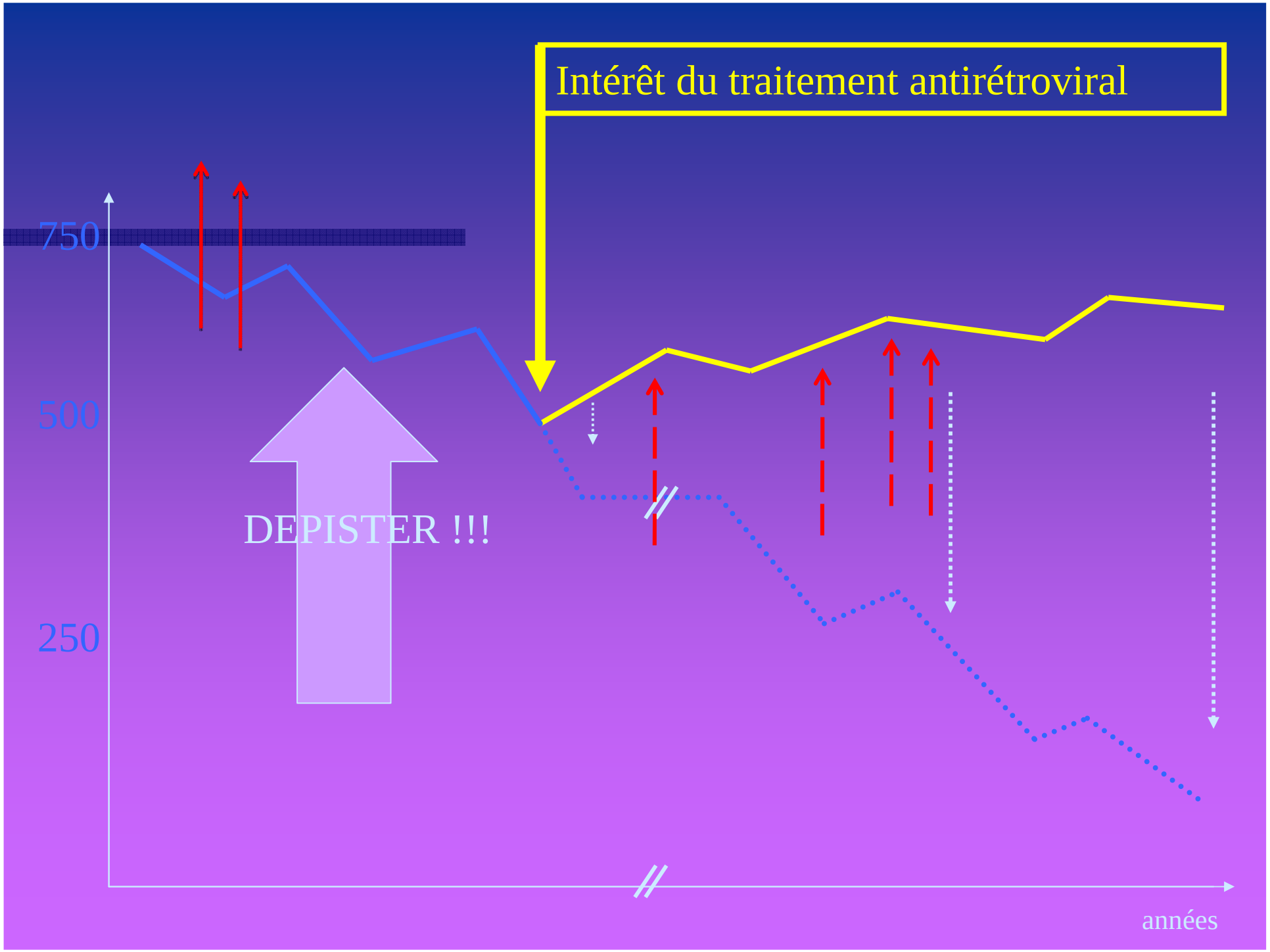


Mais aussi des contaminations possibles

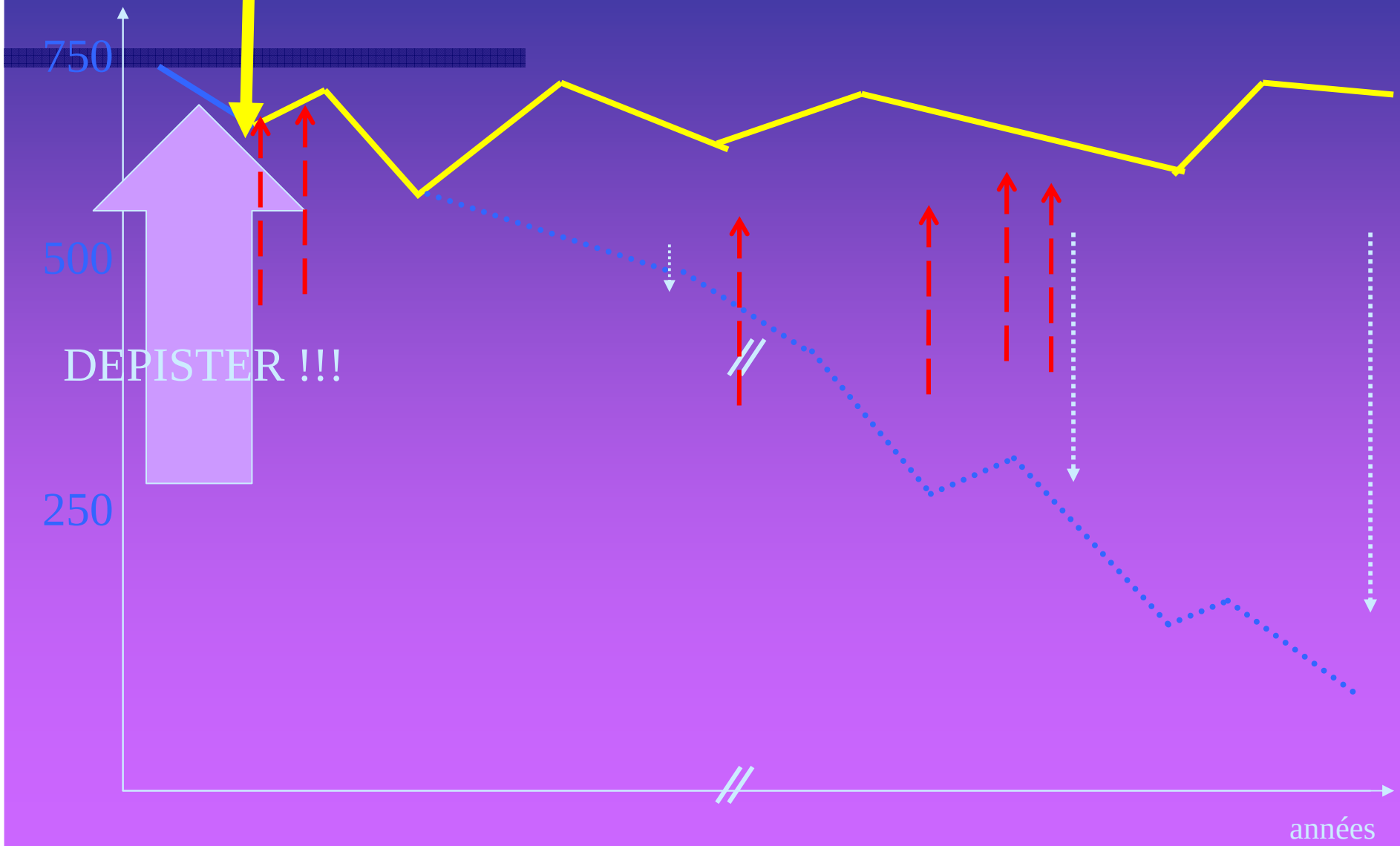



Intérêt du traitement antirétroviral
750
500
250
années


Intérêt du traitement antirétroviral
750
500
250
années


Intérêt du traitement antirétroviral
750
500
250
DEPISTER !!!
années

Intérêt du traitement antirétroviral



Dépistés, traités,
avec CV < 20

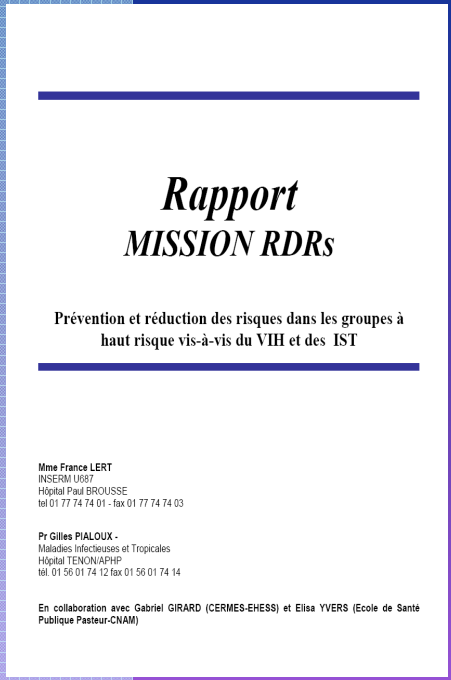
Dépistés, non traités ou
en échec

Non dépistés, non traités
50 000 ?

Transmission
et diffusion
de l'épidémie

La (nouvelle) mise en œuvre du dépistage

Plan National de lutte VIH et IST 2010-2014



Rapport
MISSION RDRs

Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST

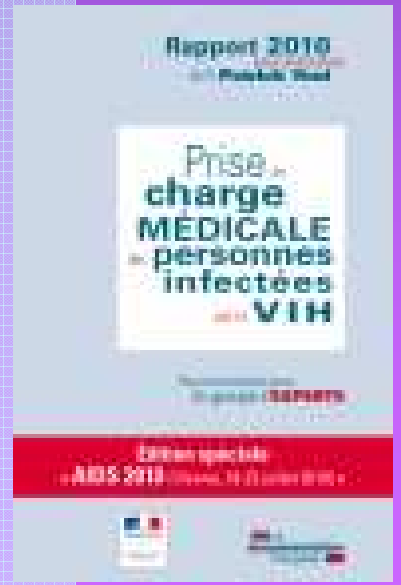
Mme France LERT
INSERM U687
Hôpital Paul BROUSSE
tel 01 77 74 74 01 - fax 01 77 74 74 03

Pr Gilles PIALOUX -
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hôpital TENON/APHP
tél. 01 56 01 74 12 fax 01 56 01 74 14

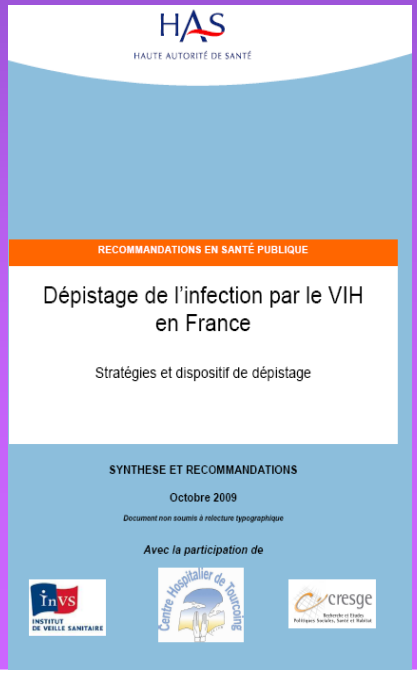
En collaboration avec Gabriel GIRARD (CERMES-EHESS) et Elisa YVERS (Ecole de Santé Publique Pasteur-CNAM)

Cour des comptes

SÉNAT



CNS
CONSEIL NATIONAL DU SIDA



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

Dépistage de l'infection par le VIH en France

Stratégies et dispositif de dépistage

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Octobre 2009

Document non soumis à relecture typographique

Avec la participation de

InVS INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE · Centre Hospitalier de Tourcoing · cresge

Repose sur 4 principes

- Poursuite de l'incitation au dépistage volontaire
- Un cadre de prescription fondé sur l'information et le consentement de la personne chez qui le dépistage est proposé / confidentialité, possibilité d'anonymat
- Diversifier l'offre et les lieux de dépistage
- Augmenter l'accessibilité (gratuité et diversité) : CDAG, dépistage en milieu communautaire (COM test) …

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 2014 (1)

- **Axe 2 : « le dépistage est au cœur de la PEC et de la prévention du VIH »**

- Le renforcement d'un **« trépied du dépistage »**
  - **Le dépistage dans le système de soins**, par les professionnels de santé de premier recours : MT +++
  - **Le dépistage par les pairs** pour les populations à forte incidence : communautaire, HSH +++ mais aussi populations vulnérables
  - **Le dépistage anonyme et gratuit** : l'actuel ! (VIH et autres IST), soutenu, réorganisé (?) = assurer les tt de premier recours pour les IST (cahier des charges)

    => création d'un réseau de centres de santé sexuelle *(bien être sexuel et affectif, grossesses non intentionnelles, violence entre sexes, mutilations……)(cf p 40 du plan)*

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 2014 (2)

- Améliorer **le dépistage des IST**, adapté aux différents publics :
  - Chlamydiae /systématique pour femmes < 25 ans, hommes < 30 ans
  - HPV / femmes de + de 25 ans par frottis cervico-utérin
  - Syphilis / HSH, personnes qui se prostituent et leurs clients, migrants, détenus et LBT
  - VHB / large pour diminuer la transmission aux partenaires et proposer vaccination aux personnes non immunisées

=> **PEC précoce ; bénéfice individuel et collectif**

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 2014 (3)

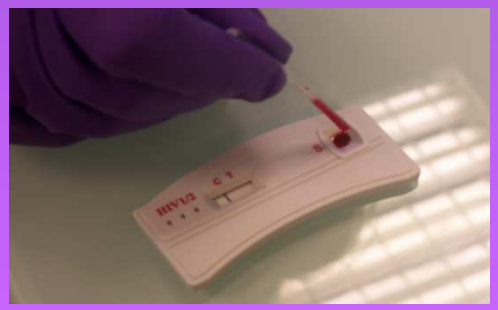
- Renforcer **les compétences des professionnels :**
  - Banaliser le dépistage
  - Proposer aux professionnels des outils pour adapter leur proposition selon les personnes
  - Counseling ---------→ « information-conseil personnalisé »
  - Besoins spécifiques des personnes handicapées

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 2014 (4)

- Mettre en œuvre un dépistage en milieu communautaire
  - « hors les murs »
  - HSH +++ mais aussi migrants, prostitué(e)s…
  - par les associations
  - grâce aux TROD
  - Expérimentations :

    CHECK POINT du Kiosque AIDES/ANRS-COMTEST

    Prédermavi / Actis



Qui ?

Application des recommandations de la HAS (octobre 2009) concernant le dépistage :

- **dépistage en population générale** (de 15 à 70 ans), dont la promotion doit être assurée dans le grand public,
- **dépistage ciblé et régulier**,
  - selon les populations (HSH, UDI, prostitution…)
  - et les circonstances (IST, BK, projet de grossesse…)

Dépistage ciblé et régulier

- ***Selon les populations***
  - les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
  - les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois
  - les populations des départements français d'Amérique (DFA)
  - les usagers de drogues injectables (UDI)
  - les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes
  - les personnes en situation de prostitution
  - les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH

- ***Selon les circonstances***
  - suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C
  - suspicion ou diagnostic de tuberculose
  - projet de grossesse
  - prescription de contraception
  - interruption volontaire de grossesse (IVG)
  - viol
  - à l'entrée en détention ou en cours d'incarcération

Cas nécessitant un dépistage systématique

Dépistage du VIH et procréation dans la population générale

- ¼ des femmes enceintes infectées découvrent leur séropositivité au cours de la grossesse. Proportion stable depuis 10 ans
  - Dépistage systématique et volontaire chez toutes les femmes lors de la consultation pré-natale.
  - Nouveau dépistage au 6ème mois afin de détecter les séroconversions chez les femmes avec :
    - – partenaire ou le conjoint infecté par le VIH ;
    - – partenaire ou le conjoint n'ayant pas effectué de test de dépistage
    - – partenaires multiples
- Chez les futurs pères et partenaires de la femme enceinte
- Lors de l'accouchement
- Autres cas :
  - Examen préconceptionnel
  - IVG
  - Infertilité
  - 6 mois avant une AMP

Les acteurs du dépistage

Les professionnels de santé

- MG, gynécologues, …
- centres de PMI, PASS, centres de planification et d'éducation familiales, …
- les services d'urgences hospitalières

…

Les associations : complètent le maillage et diversifient l'offre. 2 expérimentations :

- dépistage médicalisé : CHECK POINT du Kiosque
- dépistage non médicalisé : AIDES/ANRS-COMTEST

Conclusion

- Dépistage +++

  - classique, à généraliser ! **(rôle du MG , mais aussi des gynéco, dermato, hospitaliers…. +++)**

  - nouvelles modalités (TDR), à développer et accompagner …

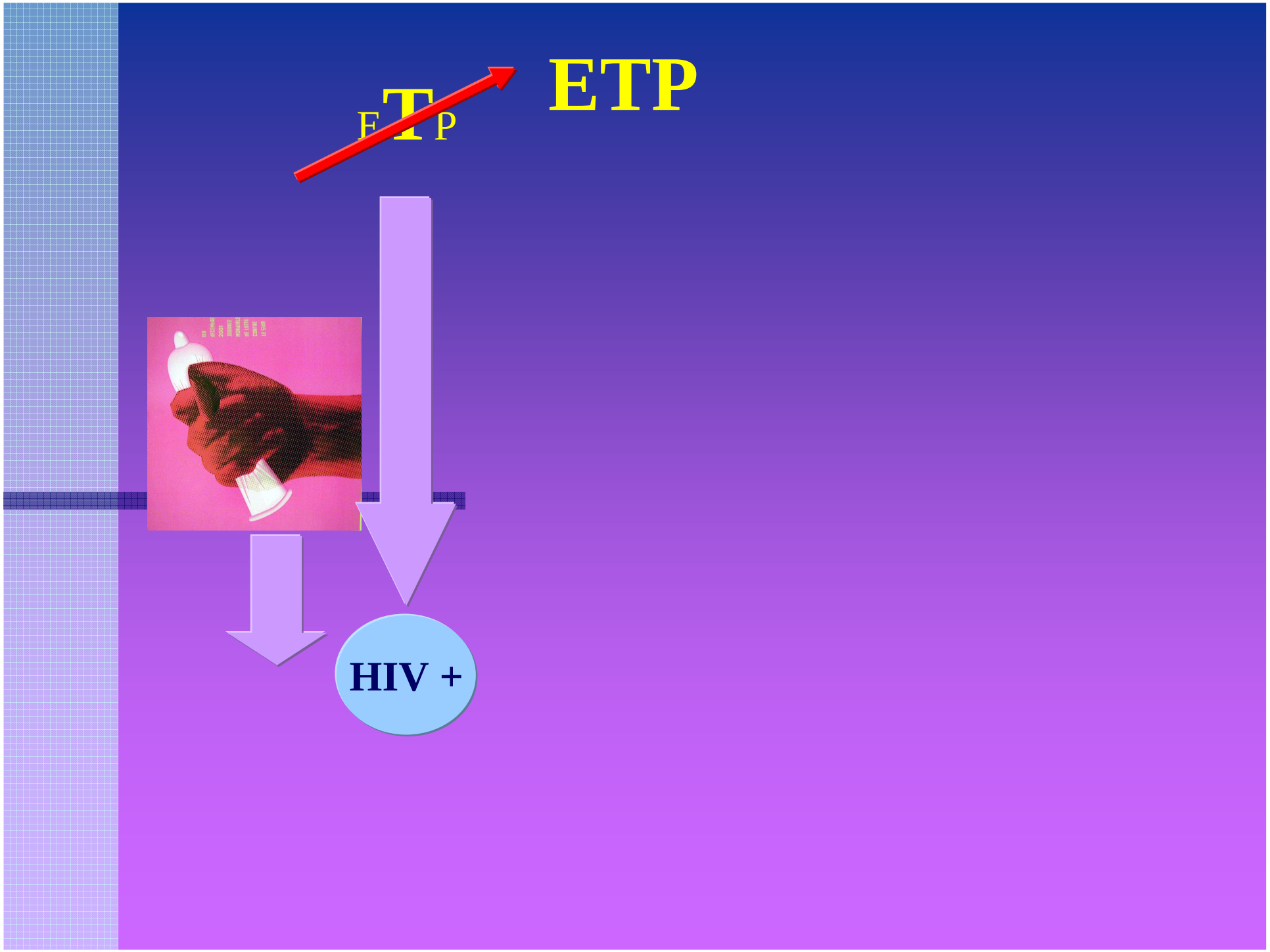
- Vers de plus en plus de personnes traitées

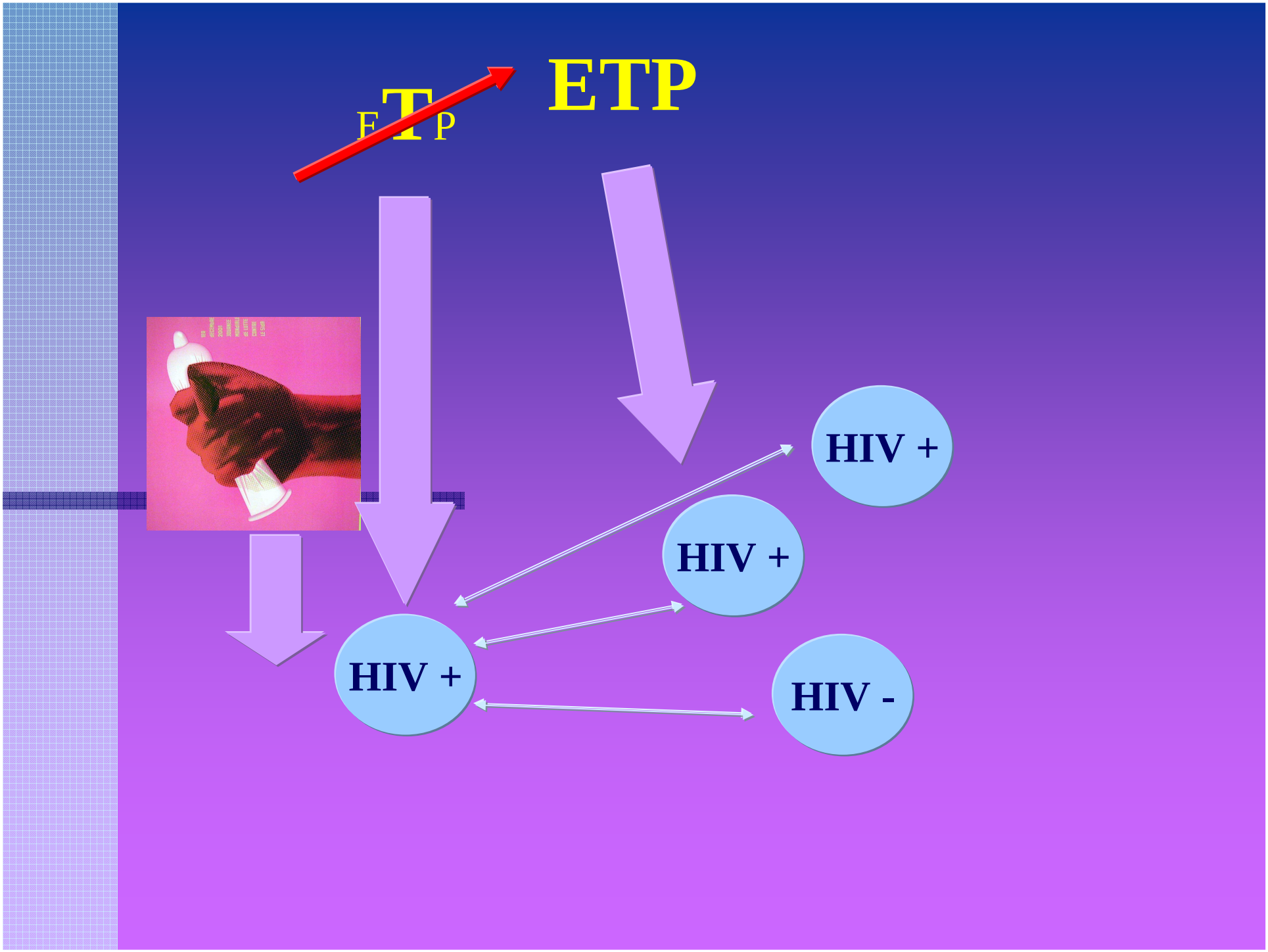
- Ne pas oublier le préservatif !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!, l'accompagnement des PVVIH, la prévention « en population générale »! …

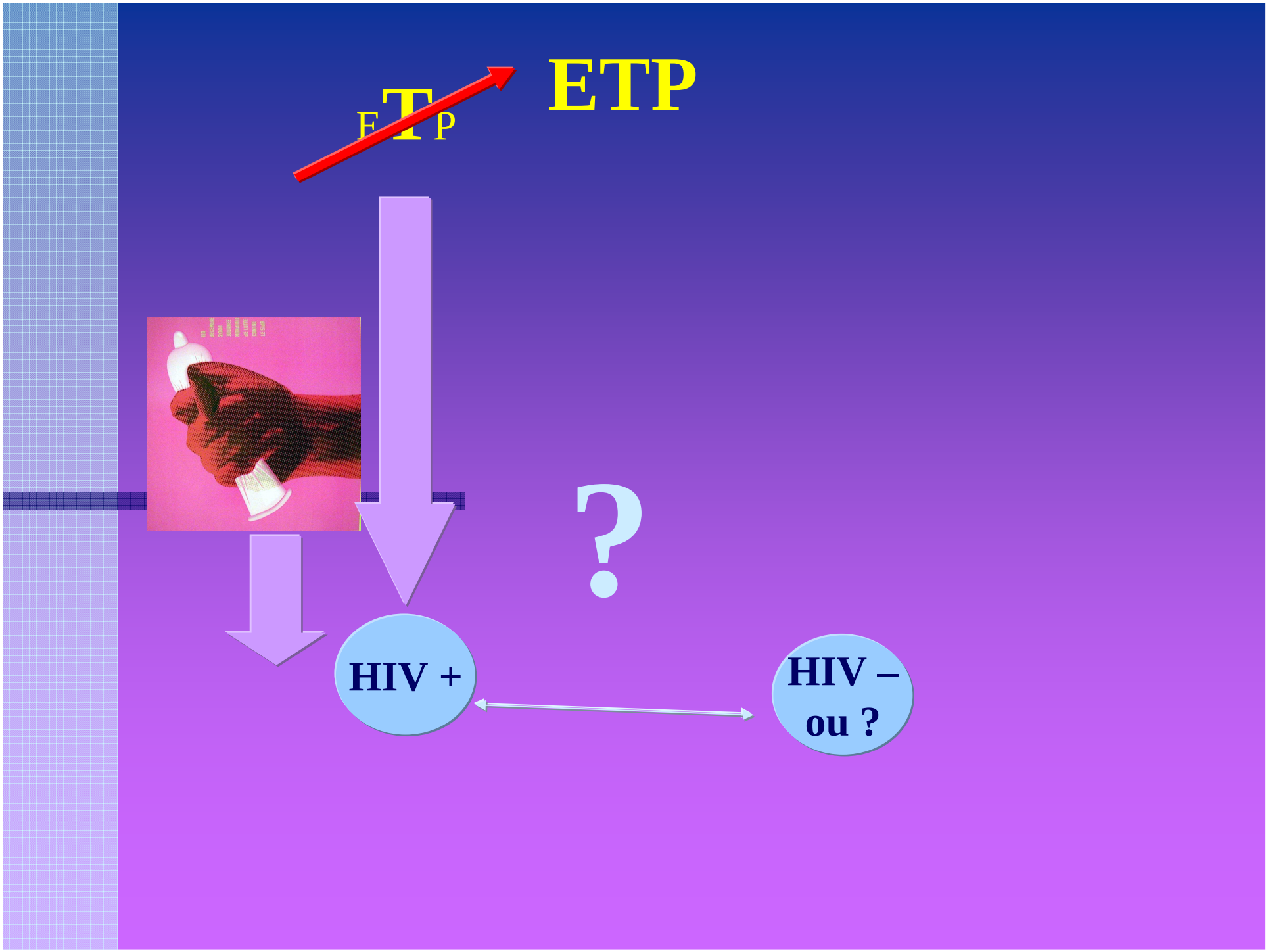
HIV +

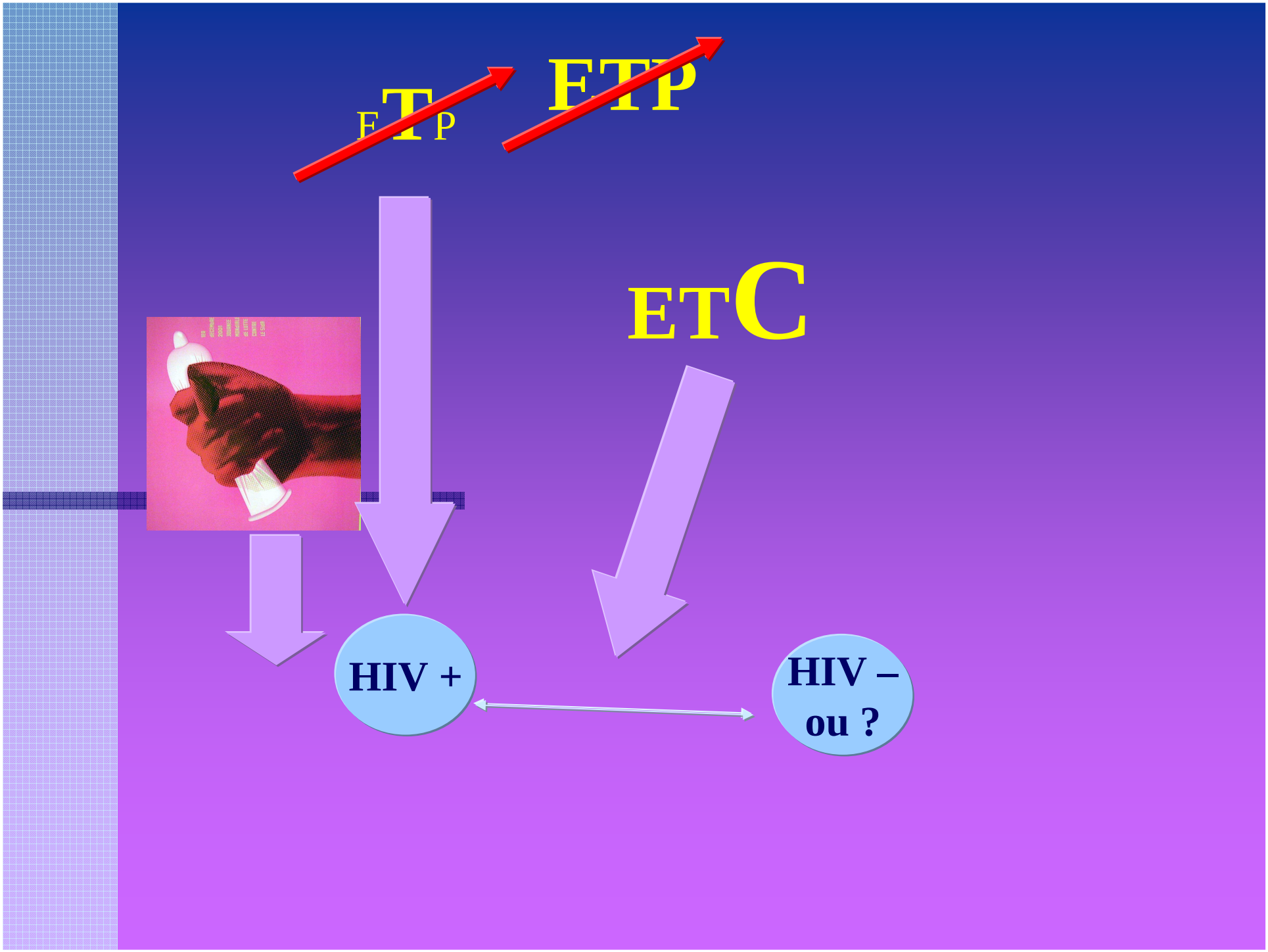
ETP

HIV +


ETP
ETP
HIV +

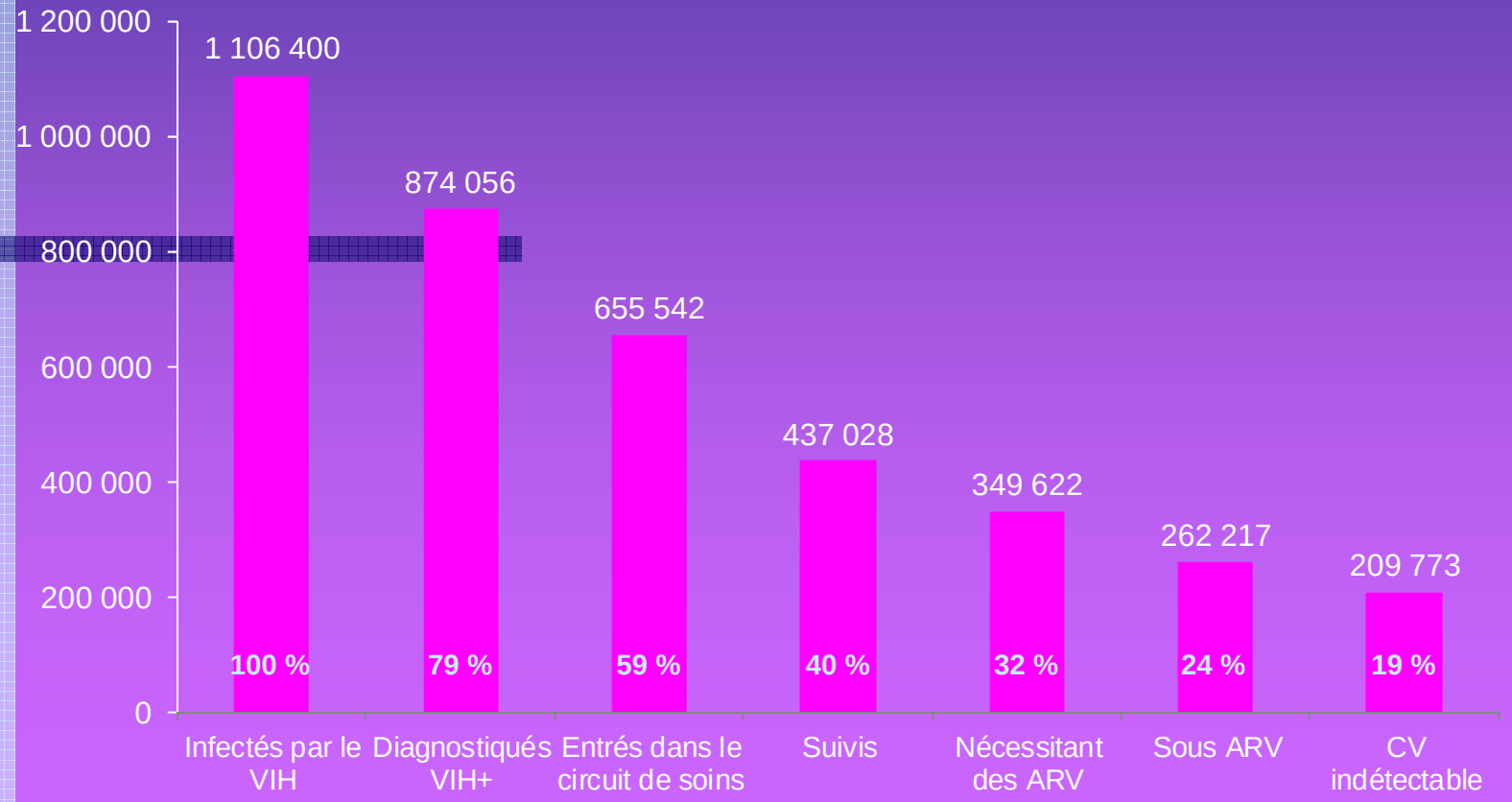

ETP
ETP
HIV +
HIV +
HIV +
HIV -


ETP
ETP
?
HIV +
HIV –
ou ?


FTP
FTP
ETC
HIV +
HIV –
ou ?

Le traitement ARV généralisé peut-il contenir l'épidémie de VIH/sida ? Les chiffres qui font douter

Etat des lieux aux USA : moins de 20 % des sujets infectés par le VIH sont sous traitement ARV et ont une CV indétectable !



Mayer KM, ICAAC 2011, Abs. H1-1148a

Etude européenne HIDES 1 : validation de situations cliniques constituant de bonnes indications de dépistage

Prévalence du VIH par situation indicatrice (SI)

	Sérologies réalisées	VIH+	Prévalence (IC 95 %)
Total	3 588	66	1,84 (1,42 - 2,34)
IST	764	31	4,06 (2,78 - 5,71)
Lymphome malin	344	1	0,29 (0,01 - 1,61)
Dysplasie cervicale ou anale	542	2	0,37 (0,04 - 1,32)
Zona avant 65 ans	207	6	2,89 (1,07 -6,21)
Hépatite B/C	1 099	4	0,36 (0,10 - 0,93)
Syndrome mononucléosique	441	17	3,85 (2,26 - 6,10)
Thrombopénie/neutropénie	94	3	3,19 (0,66 - 9,04)
Dermite séborrhéique	97	2	2,06 (0,25 - 7,24)

- Conclusions
  - La prévalence du VIH est supérieure à 0,1 % pour toutes les 8 SI
  - Toute personne se présentant dans une structure de soins avec l'une de ces 8 SI devrait se voir proposer une sérologie VIH

Sullivan A-K, EACS 2011, Abs. PS8/5