DEPISTAGE ET PREVENTION DES INFECTIONS A VIH

OBJECTIF

Dépister les infections à VIH et les accompagner d'une intervention éducative dans une approche globale des IST.

MODULATION

- Consultants appartenant aux populations clés (les plus exposées au risque d'infection) :
  - Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) : **dépistage tous les trois mois** ;
  - Les usagers de drogues injectables (UDI) : **dépistage tous les ans** ;
  - Les personnes originaires de zones de forte prévalence, principalement d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes : **dépistage tous les ans**.

- **Consultants de 16 à 70 ans sans risque n'ayant jamais bénéficié d'un dépistage du VIH.**

- Consultants ayant eu ou non un test, et ayant un/une :
  - Diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, d'une tuberculose ;
  - Grossesse ou projet de grossesse (femme et conjoint) ;
  - Viol ;
  - Prescription d'une contraception ou IVG ;
  - Incarcération ;
  - Exposition à haut risque sexuel / sanguin ou professionnel.

- Consultants faisant la demande d'un test : la démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage de l'infection au VIH doit continuer d'être encouragée et facilitée.

REPERAGE ET INTERVENTION

- **Le questionnaire socio-administratif et médical**

- **Repérage et évaluation d'un niveau de risque**

(cf. annexe 1)
La démarche générale d'approche globale des IST est proposée dans la fiche IST (cf. fiche IST).

- Par questionnement
  - Echanger avec le(la) consultant(e) sur la réalisation antérieure d'un test VIH et son ancienneté.

    Rechercher des situations médicales au cours desquelles un(e) consultant(e) **sans risque** (16 - 70 ans en population générale) aurait pu bénéficier d'un test de dépistage du VIH :
    - lors d'une intervention chirurgicale ;
    - lors d'une grossesse, de la grossesse de la conjointe ;
    - lors d'une consultation chez le médecin traitant, chez le gynécologue ;
    - lors de la visite médicale en médecine universitaire, en centre de PMI ou de Planning familial, dans une PASS ou un dispensaire ;
    - etc.
  - Repérer la situation du consultant et les situations à risques, apprécier le niveau de prise de risque. Les populations clés décrites dans la modulation sont en moyenne à haut risque. Cependant, le professionnel de santé, **selon son jugement clinique, peut adapter la fréquence du dépistage en fonction du risque individuel de la personne** (par exemple : HSH ayant mis en place des mesures de prévention adaptées).
  - Consultants demandant spontanément un dépistage du VIH : repérer la situation du consultant et les situations à risques.

    Exemple :
    « *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui à vouloir bénéficier d'un test de dépistage du VIH ?* »

- **Exploration complémentaire**

Pas d'exploration spécifique.

- **Examen biologique, clinique et paraclinique**
  - **Examen biologique**
    - Le dépistage du VIH par sérologie Elisa de 4ème génération doit être fait avec une information éclairée du consultant (cf. annexe 2).
    - La sérologie Elisa comprend la détection combinée des Ac anti-VIH 1 et 2 et de l'Ag P24 :

      Si sérologie Elisa positive : test de Western Blot pour confirmation de la séropositivité du résultat (cf. algorithme en annexe 3).
    - **En fonction des populations et de la réalisation récente ou non de sérologies Hépatite B et C, ces 2 sérologies peuvent être proposées conjointement à la sérologie VIH.**
      - Populations clés : proposition systématique des sérologies hépatite B et C en l'absence de test récent.
      - Population des 16 - 70 ans : proposition des sérologies hépatite B et C en fonction des facteurs de risque et en l'absence de test récent.

- Pour rappel, les TROD VIH et les autotests ADVIH n'ont pas de place dans l'activité des CES car la sérologie VIH est accessible. D'autre part, tout résultat de TROD (positif ou négatif) doit être confirmé par une sérologie VIH (test Elisa de 4ème génération), alors que pour les autotests ADVIH seuls les résultats positifs nécessitent d'être confirmés par une sérologie VIH.

- **Examen clinique et paraclinique**
  - Repérer des signes de primo-infection par le VIH, ou de comorbidités ;
  - Rechercher d'autres IST : cf. fiche « IST » ;
  - Rechercher les hépatites B et C : cf. fiches « Hépatite B » et « Hépatite C ».

- **Intervention éducative et/ou accompagnement dans la prise en charge**

  Une démarche globale et des éléments sur la démarche de notification au(x) partenaire(s) sont proposés dans la fiche IST (cf. fiche IST). Pour rappel, l'annonce du résultat se fait lors d'un entretien individuel.

  Les moyens de prévention sont nombreux et permettent de convenir de ce qui est le plus adapté à la situation individuelle d'une personne :
  - Des associations, sites, brochures pour s'informer ;
  - La promotion du préservatif et autres moyens : masculin, féminin, digues dentaires (par exemple : à partir d'un préservatif masculin), gants, gels, etc. ;
  - Le traitement post-exposition ;
  - La vigilance sur des signes d'infections et la rapidité de la prise en charge des IST ;
  - La Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP), le traitement comme prévention (TASP) ;
  - Les TROD, les autotests ADVIH ;
  - Les laboratoires de ville[1] ;
  - Les structures de prise en charge ;
  - Etc.

- **<u>Résultat Elisa négatif</u> :**
  - Une explication du résultat avec des informations sur la période de latence avant l'apparition des anticorps anti-VIH et la recommandation de refaire le test en cas d'exposition récente. Selon jugement clinique, le médecin de CES pourra proposer de refaire le test Elisa au CES.
  - **Echanger sur les moyens de prévention mis en œuvre ou pouvant être mis en place en prenant en compte la situation individuelle de la personne afin de convenir de moyens adaptés**.

    Exemples de situations :
    - Personne à haut risque (populations clés) : le professionnel de santé peut informer sur les différents accès possibles à d'autres tests de dépistage pour assurer une continuité, par exemple les TROD auprès d'associations (si la personne se sent plus en confiance au sein de l'association), les autotests ADVIH en pharmacie, la possibilité de réaliser une sérologie en allant directement dans un laboratoire de biologie, etc. Il sera rappelé la nécessité de confirmation par un test en laboratoire.
    - **Adulte exposé à un haut risque de contracter le VIH, et non infecté par le VIH** (cf. annexe 4) : une information sur la **PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition)** peut être donnée.

[1] Depuis le 1er janvier 2022, il est possible d'effectuer un dépistage dans un laboratoire de ville sans avance de frais, sans ordonnance et sans rendez-vous.

- **Résultats Elisa et Western Blot positifs :**

  Les échanges sont axés sur le soutien pour faire face à l'impact de l'annonce, faciliter l'accès aux services de traitement, de soins et de prévention (https://www.who.int/publications/list/9789242595568/fr/).

  Exemples :

  - Informer le patient d'une manière simple et claire et lui laisser le temps d'y réfléchir ;
  - S'assurer de la compréhension de la signification du résultat ;
  - Expliquer l'étape de validation du résultat par une autre équipe médicale ;
  - L'aider à surmonter les émotions qui l'envahissent ;
  - Parler avec lui de ses inquiétudes immédiates et l'aider à déterminer auprès de qui il pourra trouver un soutien immédiat dans son entourage ;
  - Fixer un rendez-vous pour le nouveau prélèvement de sang, dans une structure spécialisée en infectiologie ou dans un CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic) ;

  Se mettre en relation avec le médecin traitant (cf. fiche « Gestion des événements médicaux préoccupants ou graves »).

SYNTHESE, ORIENTATION, SUIVI

Sérologie réalisée au CES.

- **Synthèse**

  Dans la synthèse peuvent être évoqués :

  - Le rendez-vous pour l'annonce du résultat ;
  - Le fait qu'une information a été donnée sur la PrEP, à revoir avec son médecin traitant ;
  - La date du prochain dépistage pour les populations clés ;
  - Les coordonnées du CeGIDD ou d'une association plus proche ;
  - La date d'un prochain contact individuel convenu ;
  - Etc.

- **Orientation**

  - CeGIDD ;
  - Service hospitalier d'infectiologie ;
  - Médecin traitant ;
  - Association de patients : Act-up, AIDES, Sidaction, URACA, Solidarité Sida ;
  - Sida Info Service au 0 800 840 800.

- **Suivi**

  Ce thème ne fait pas l'objet d'un suivi socle des orientations. Toutefois, il est laissé à l'appréciation de chaque CES/médecin de mettre en œuvre un suivi individuel selon la situation globale du consultant.

DOCUMENTS POUR L'ASSURE

Tous les documents assurés de ce thème sont disponibles sous CESnet dans la rubrique :
Offre de services des CES/EPS/Outils/Information du consultant/Documents pour l'assuré.

BIBLIOGRAPHIE

- Loi n°2021-1754 du 23/12/2021, article 77.
- HAS. Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH. Recommandation de bonne pratique ; août 2024.
- HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Argumentaire scientifique ; mars 2017.
- HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations ; mars 2017.
- HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse de la recommandation en santé publique ; mars 2017.

ANNEXES

Annexe 1 : contexte du dépistage du VIH

Source : HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Argumentaire scientifique ; mars 2017.

Une épidémie « cachée » et un retard au diagnostic :

- En 2013, **24 800 personnes ignoraient leur séroposivité** pour le VIH, et **les hommes** représentent **73% des personnes non diagnostiquées** vivant avec le VIH (dont **2/3 chez les HSH**). Les hommes ont une **activité de dépistage** près de **2 fois inférieure à celle des femmes**. Le nombre de nouveaux cas chez les hommes est 2 fois supérieur à celui des femmes.

  Les **25-49 ans représentent 70% des découvertes** de séroposivité.

- En 2014, **40% des personnes (4 personnes sur 10) découvrent leur séropositivité à un stade tardif** (SIDA ou CD4 ≤ 200/mm^3).

- Délais longs entre l'infection et son diagnostic : **3,3 ans en médiane** (4,4 ans pour les hommes et 2,9 ans pour les femmes).

Dans les populations clés, ceux les plus exposés au risque d'infection au VIH :

- **45% des nouvelles infections** au VIH diagnostiquées en 2013 l'ont été chez les **Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH)**. Dans cette population, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués est **200 fois supérieur** à celui observé dans la population hétérosexuelle née en France métropolitaine.

- **23% des nouvelles infections** au VIH diagnostiquées en 2013 l'ont été chez les **femmes hétérosexuelles nées hors de France, principalement en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes**. Dans cette population, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués est **70 fois supérieur** à celui observé dans la population hétérosexuelle née en France métropolitaine.

- **16% des nouvelles infections** au VIH diagnostiquées en 2013 l'ont été chez les **hommes hétérosexuels nés hors de France, principalement en Afrique subsaharienne**. Dans cette population, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués est **30 fois supérieur** à celui observé dans la population hétérosexuelle née en France métropolitaine.

- **Chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI),** le nombre de nouvelles infections reste relativement faible (environ 100 nouvelles infections par an) mais ce nombre est **20 fois supérieur** à celui observé dans la population hétérosexuelle née en France métropolitaine.

Une concentration dans certaines régions et certains territoires :

- Sur les **24 800 personnes ignorant leur séroposivité** pour le VIH, **plus de 50% vivaient dans 3 régions** : Ile-de France (42%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6%) et Rhône-Alpes (6%).
- En 2013, sur les 7 100 nouvelles infections diagnostiquées, plus de 50% l'étaient dans ces 3 régions.
- Dans les départements français d'Amérique, le **nombre de personnes ignorant leur séroposivité** ne diminue pas :
  - 66 pour 10 000 habitants en Guyane ;
  - 27 pour 10 000 habitants en Guadeloupe ;
  - 9 pour 10 000 habitants en Martinique.
- Dans les départements français d'Amérique, le **nombre de nouvelles infections à VIH** reste très élevé :
  - 18 pour 10 000 habitants en Guyane ;
  - 7 pour 10 000 habitants en Guadeloupe ;
  - 3 pour 10 000 habitants en Martinique.

Annexe 2 : minimum d'informations à fournir pour le dépistage du VIH

Source : Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé https://www.who.int/publications/list/9789242595568/fr/. Dernière consultation le 26 mars 2019.

Lorsqu'il conseille le dépistage du VIH à un patient, le soignant doit lui fournir au minimum les informations suivantes :

- Les raisons motivant la recommandation de procéder au dépistage du VIH ;
- Les avantages du dépistage du point de vue clinique et préventif, ainsi que les risques potentiels, discrimination, abandon ou actes de violence par exemple ;
- Les services disponibles en cas de résultat positif ou négatif, y compris l'accès aux traitements antirétroviraux ;
- Le fait que le résultat sera traité de manière confidentielle et ne sera communiqué à personne d'autre que les soignants impliqués directement dans la prestation du service au patient ;
- Le fait que le patient a le droit de refuser le test ;
- Le fait que le refus du dépistage du VIH n'influera pas sur l'accès du patient à des services qui ne sont pas conditionnés par la connaissance du statut sérologique ;
- Dans le cas d'un résultat positif, une incitation à révéler cette information aux autres personnes qui ont pu être éventuellement exposées au risque de contracter l'infection à VIH ;
- La possibilité de poser des questions aux soignants.

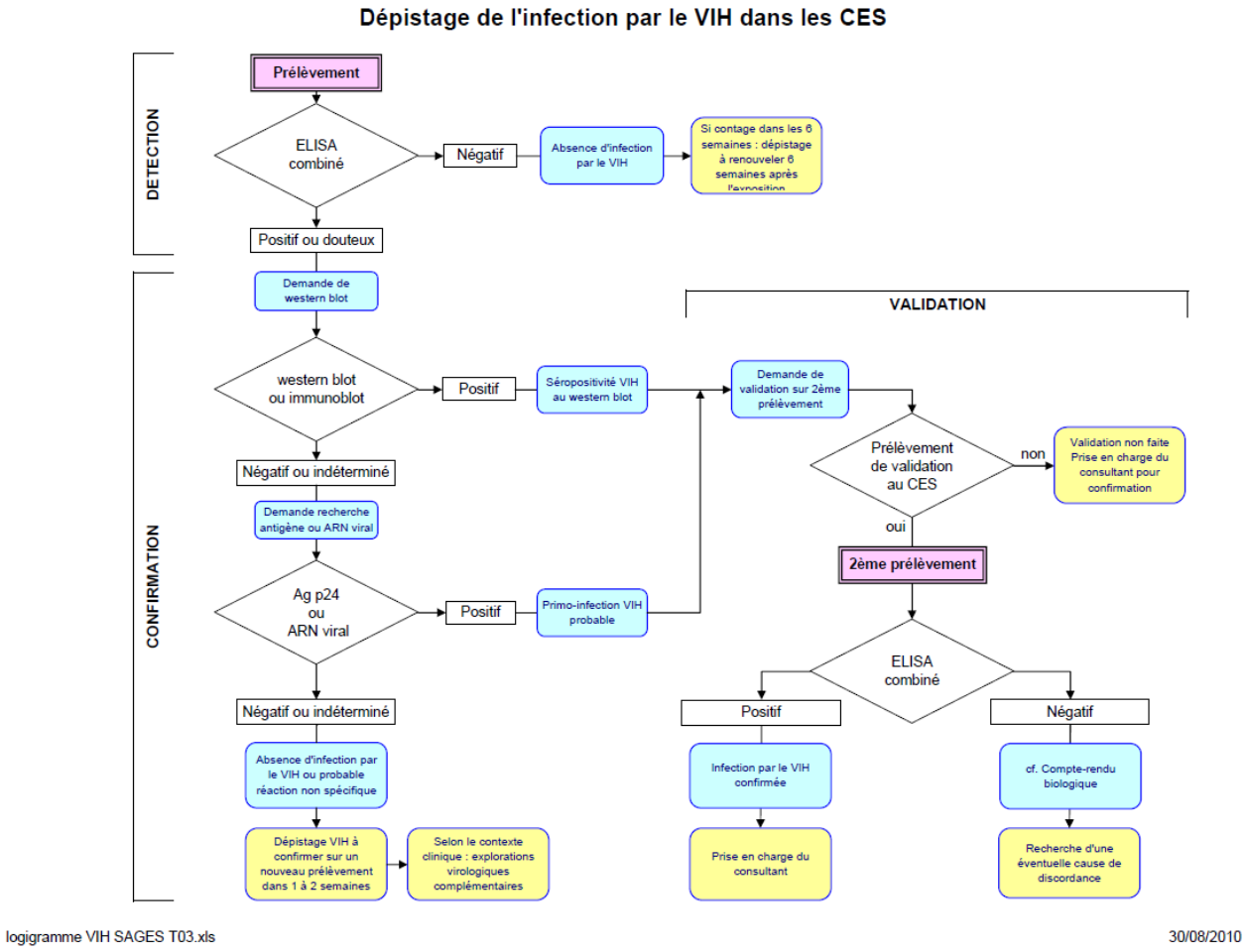
Informations complémentaires pour les femmes enceintes ou susceptibles de l'être.

En plus des points précédemment énumérés, les informations préalables pour les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir devraient couvrir aussi les points suivants :

- Les risques de transmission du VIH au nourrisson ;
- Les mesures pouvant être prises pour diminuer la transmission mère-enfant, parmi lesquelles la prophylaxie antirétrovirale et les conseils sur l'alimentation du nourrisson ;
- Les avantages d'un diagnostic précoce du VIH pour les nourrissons.

Annexe 3 : algorithme de dépistage du VIH

Source : Schéma interne au CETAF, réalisé selon le document HAS : dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Recommandations en santé publique. Argumentaire ; octobre 2009. P.204.



Annexe 4 : traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH

Source : HAS. Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH. Recommandation de bonne pratique ; août 2024.

L'essentiel

- Le traitement préventif pré-exposition (PrEP) du VIH est un outil à part entière de la stratégie de prévention de l'infection par le VIH dont l'efficacité a été démontrée :
  - Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et chez les femmes transgenres
  - Chez les hommes et chez les femmes dans les couples hétérosexuels sérodifférents pour le VIH, et en population générale fortement exposée
  - Chez les personnes utilisatrices de drogues par voie intraveineuse (avec un moindre niveau de preuve)
- La PrEP orale par ténofovir disoproxil fumarate/emtricitabine (TDF/FTC) est le traitement de 1re intention. Elle est habituellement très bien tolérée.
- La PrEP par cabotégravir d'action prolongée (CAB-LP) par voie injectable est une alternative en 2e intention.
- Tout médecin peut prescrire la PrEP du VIH.
- Il y a peu de contre-indication à la PrEP par TDF/FTC en dehors de la présence d'une infection VIH ou d'une insuffisance rénale avec DFG <50 mL/min/1,73m^2.
- La PrEP orale par TDF/FTC peut être prescrite pendant l'allaitement ou la grossesse.
- La PrEP orale par TDF/FTC peut être prescrite :
  - Sous forme continue, en débutant avec deux comprimés lors de la 1re prise puis un comprimé par jour.
  - Sous forme discontinue, uniquement chez les hommes cisgenres ou les personnes transgenres ayant des relations anales exclusives (et hors infection chronique par le VHB) : deux comprimés au moins 2 h avant l'exposition potentielle, puis un comprimé par jour jusqu'à 48 h après la dernière exposition.
- La PrEP par CAB-LP injectable nécessite une dose de charge avec 2 injections IM à 1 mois d'intervalle suivi d'administrations tous les 2 mois.
- Un bilan biologique initial doit être prescrit pour écarter une infection VIH déjà présente ou une insuffisance rénale contre-indiquant la prescription de TDF/FTC. La recherche d'autres IST est également recommandée, de même que l'évaluation du statut immunitaire vis-à-vis des hépatites virales.

- Une consultation de suivi doit être réalisée à un mois du début de la PrEP, puis tous les 3 à 6 mois selon la fréquence des rapports sexuels à risque.
- La survenue d'une infection VIH sous PrEP est rare, et majoritairement liée à des défauts d'observance du traitement préventif ; elle nécessite un avis spécialisé rapide.