Plan SIDA 2010-2014

La généralisation du dépistage : une arme pour la lutte contre le VIH

Pr Christian Rabaud

29-3-2012

Axe 2 : Dépistage

- Proposer, dans le système de soins par les professionnels de santé de premiers recours, un test de dépistage à la population générale
- Offrir un dépistage ciblé et régulier pour certaines populations
- Réorganiser le dispositif actuel des CDAG/CIDDIST et expérimenter des centres de santé sexuelle
- Mettre en œuvre un dépistage en milieu communautaire
- Améliorer le dépistage des IST
- Renforcer les compétences des professionnels
- Améliorer le lien entre dépistage et prise en charge

La politique actuelle montre ses limites

- **7 000 à 8 000** nouvelles contaminations par an entre 2004 et 2007 [IC = 5500 – 9300]

  - Taux d'incidence estime par l'InVS en 2008 :
    - 10 /1 000 par an chez les HSH
    - 0,9 /1 000 par an chez les UDI
    - 0,5 /1 000 par an chez les femmes étrangères
    - 0,4 / 1 000 par an chez les hommes étrangers
    - 0,04 / 1 000 par an chez les femmes hétérosexuelles françaises
    - 0,06 / 1 000 par an chez les hommes hétérosexuels français

- Estimation de **6 500 nouveaux diagnostics en 2008**
  (Déclaration obligatoire du VIH/Sida, InVS)

Réservoirs méconnus …

- 50 000 personnes ignorent qu'elles sont contaminées par le VIH ou ne se font pas suivre
- Surcroît de décès de 10,9 % attribuable à une prise en charge tardive
- A l'origine de plus des deux tiers des nouvelles contaminations (Traitement ARV ↘ considérablement le risque de transmission)

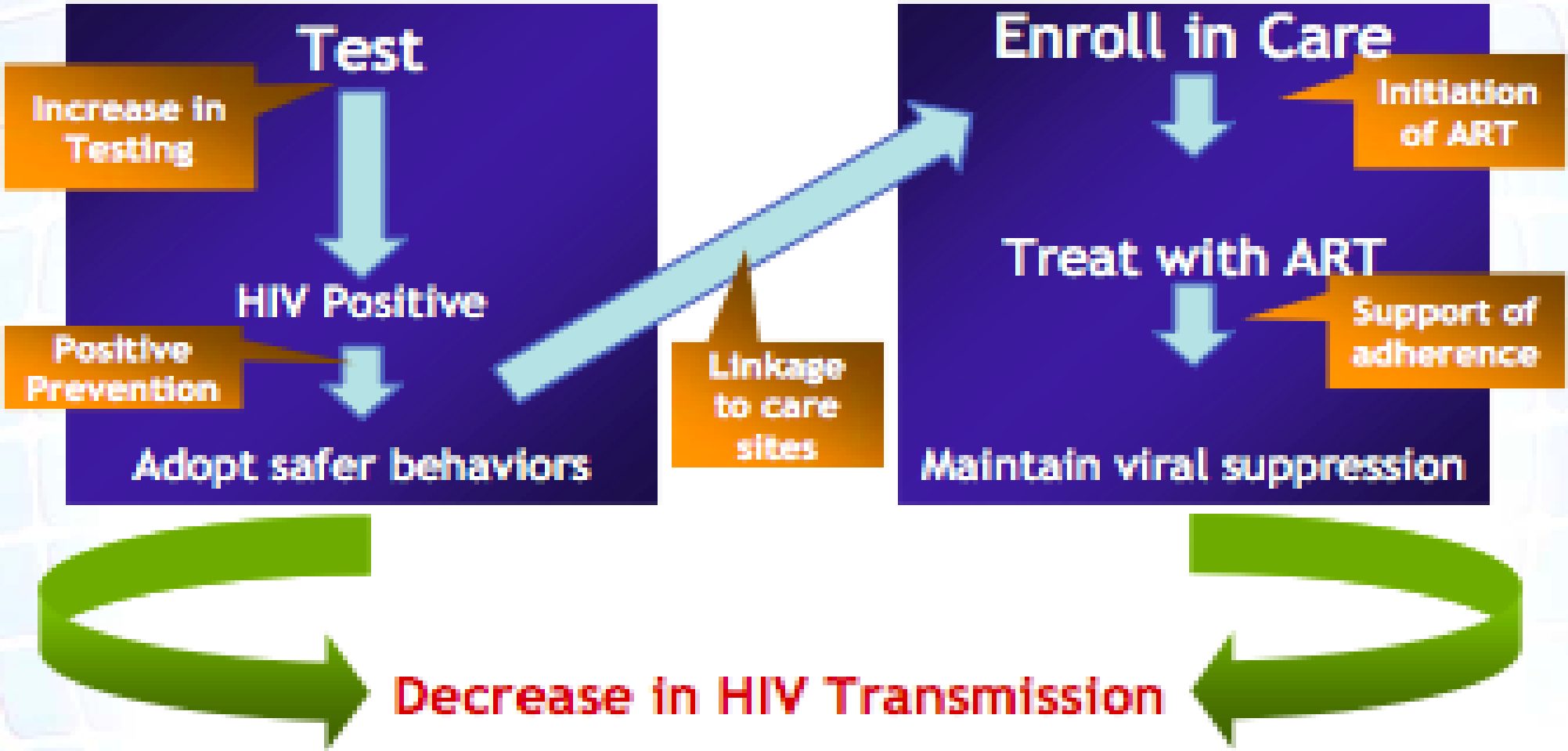
Épidémiologie de l'infection par le VIH
Recommandations

- Mettre en œuvre une politique de dépistage de l'infection à VIH permettant de traiter tous les patients qui relèvent de la recommandation de mise sous traitement

⇒Amélioration de la santé des personnes atteintes

et permettrait d'espérer un meilleur contrôle de l'épidémie (RDRs ; TasP …)

Le « Test and Treat » !



D'après Wafaa El-Sadr

Essai HPTN 052 : essai randomisé de prévention de la transmission du VIH par le traitement ARV chez des couples sérodifférents (TasP)

Couples sérodifférents stables, en bonne santé
sexuellement actifs, CD4 350-550/mm^3

Randomisation

Traitement ARV immédiat	Traitement ARV différé (CD4 < 250/mm^3)

Critère de jugement principal "transmission"
Nombre de transmissions "intracouple"

Critère de jugement principal clinique
Evénements cliniques OMS de stade 4, tuberculose pulmonaire, infection bactérienne grave et/ou décès

Essai HPTN 052 : les inclusions

10 838 individus screenés

Principales raison d'exclusion :
- **3 058 VIH+ mais CD4 hors limites**
- **2 565 VIH- mais conjoint VIH+ inéligible**
- **308 couples séroconcordants**
- **155 inéligibles du fait de leur vie sexuelle**

1 763 couples (3 526 individus) randomisés

ARV immédiat 886 couples

ARV différé 877 couples

Essai HPTN 052 : les transmissions

Critère principal transmission

28/04/2011 : le comité de surveillance recommande la diffusion immédiate des résultats

Nombre total de transmission de VIH-1 : 39

- Transmissions intracouple : 28
  - ARV immédiat 1
  - ARV différé 27
- Autres transmissions : 11

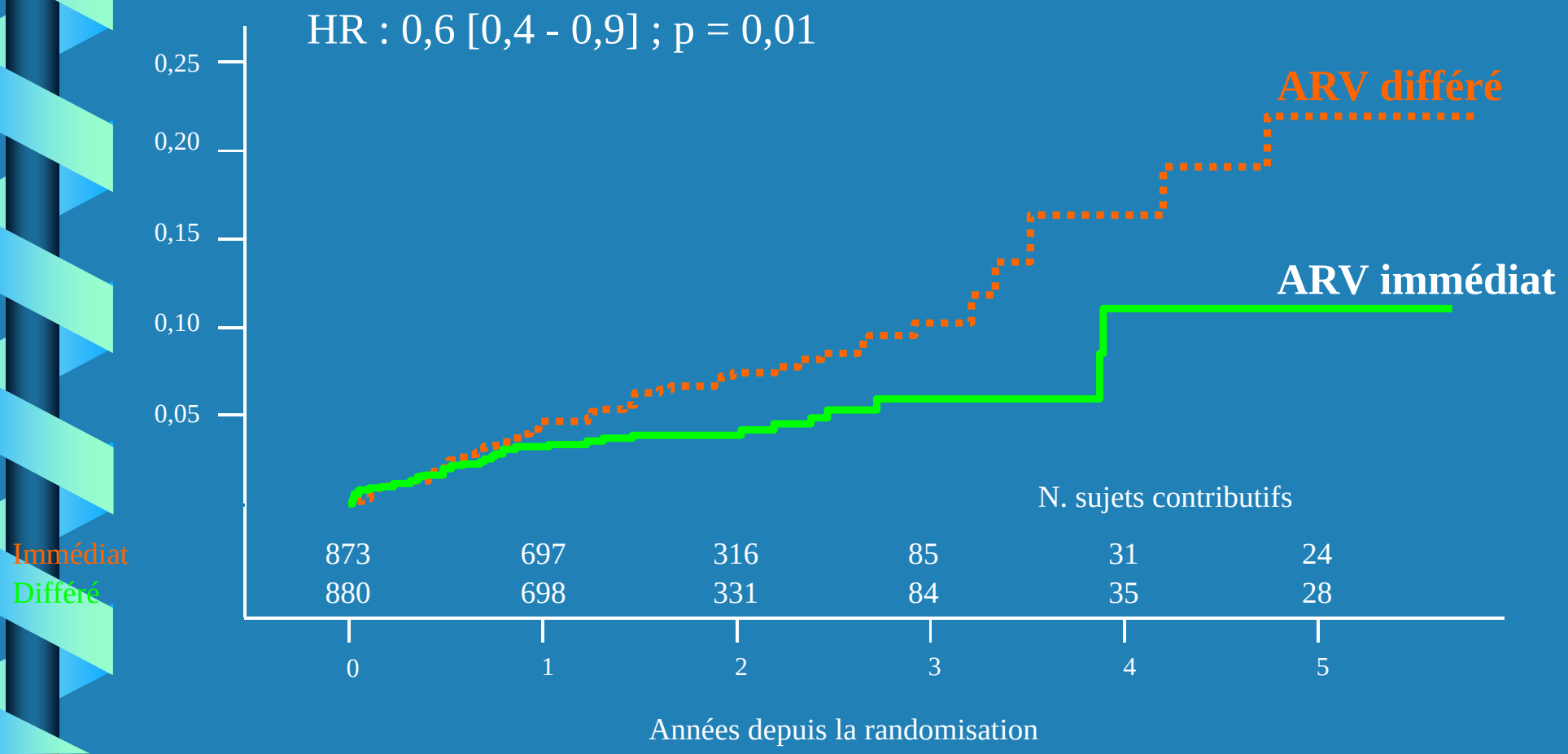
HR : 0,04 ; IC 95 % : 0,01 - 0,27 ; p < 0,001

- **18/28 (64 %) transmissions proviennent de participants ayant des CD4 > 350/mm³**
- **23/28 (82 %) transmissions ont été enregistrées en Afrique sub-saharienne**
- **18/28 (64 %) transmissions ont eu lieu dans le sens homme-femme**

Cohen M, IAS 2011, Abs. MOAX0102

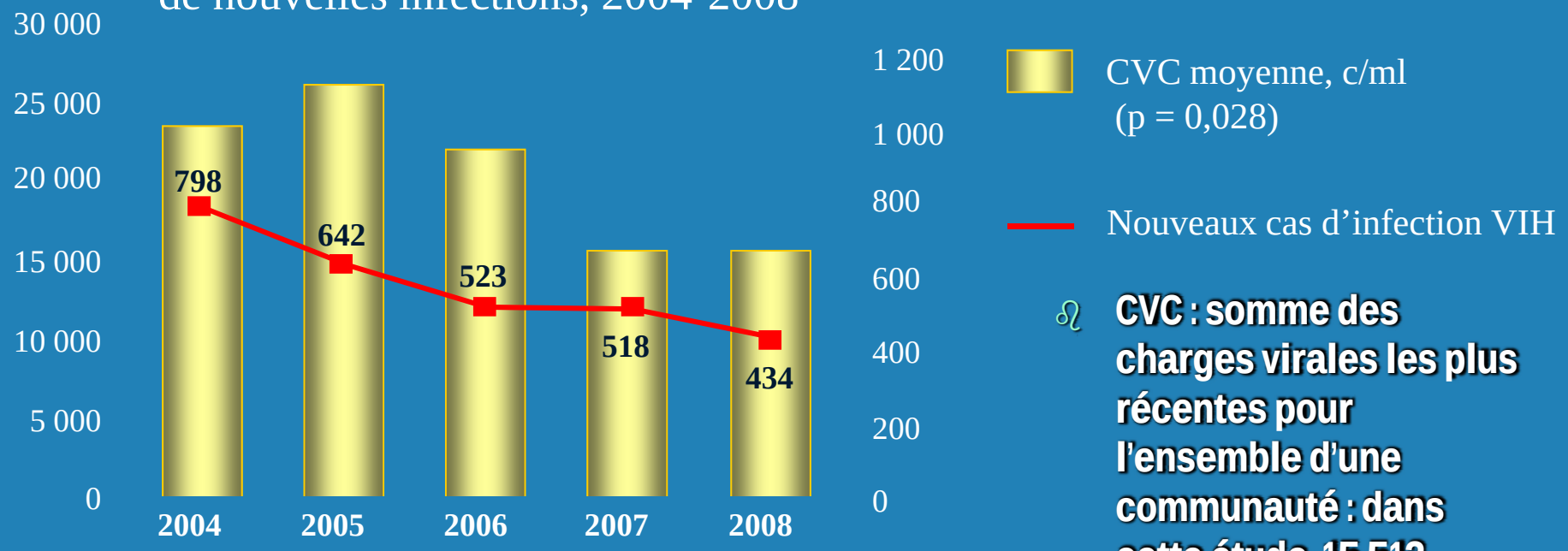
Essai HPTN 052 : l'évolution clinique

Probabilité de survenue du critère de jugement clinique
(décès, OMS stade 4, tuberculose pulmonaire ou infection bactérienne grave)



Evaluation de la charge virale communautaire (CVC) et des nouveaux cas d'infection

Evolution de la CVC moyenne et du nombre de nouvelles infections, 2004-2008



- **CVC : somme des charges virales les plus récentes pour l'ensemble d'une communauté : dans cette étude, 15 512 patients suivis à San Francisco**

- **Diminution significative de la CVC et du nombre de nouveaux cas d'infection VIH sur la période 2004-2008**

Das-Douglas M, CROI 2010, Abs. 33

Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis

Suzanna Attia[a], Matthias Egger[a,b], Monika Müller[a], Marcel Zwahlen[a] and Nicola Low[a,b]

Objectives: To synthesize the evidence on the risk of HIV transmission through unprotected sexual intercourse according to viral load and treatment with combination antiretroviral therapy (ART).

Design: Systematic review and meta-analysis.

Methods: We searched Medline, Embase and conference abstracts from 1996–2009. We included longitudinal studies of serodiscordant couples reporting on HIV transmission according to plasma viral load or use of ART and used random-effects Poisson regression models to obtain summary transmission rates [with 95% confidence intervals, (CI)]. If there were no transmission events we estimated an upper 97.5% confidence limit.

Results: We identified 11 cohorts reporting on 5021 heterosexual couples and 461 HIV-transmission events. The rate of transmission overall from ART-treated patients was 0.46 (95% CI 0.19–1.09) per 100 person-years, based on five events. The transmission rate from a seropositive partner with viral load below 400 copies/ml on ART, based on two studies, was zero with an upper 97.5% confidence limit of 1.27 per 100 person-years, and 0.16 (95% CI 0.02–1.13) per 100 person-years if not on ART, based on five studies and one event. There were insufficient data to calculate rates according to the presence or absence of sexually transmitted infections, condom use, or vaginal or anal intercourse.

Conclusion: Studies of heterosexual discordant couples observed no transmission in patients treated with ART and with viral load below 400 copies/ml, but data were compatible with one transmission per 79 person-years. Further studies are needed to better define the risk of HIV transmission from patients on ART.

© 2009 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

AIDS 2009, **23**:1397–1404

Keywords: highly active antiretroviral therapy, infectious, prevention of HIV infections, sexually transmitted diseases, transmission probability, viral load

Constats
sur la transmission sexuelle du VIH

- Les patients qui se savent séropositifs limitent leur comportement à risque de contamination

  ⇨ Bénéfice individuel <u>et</u> collectif du traitement en limitant la propagation du VIH

  ⇨ Treatment as Prevention

Sexual behavior after ART initiation

- Within those who initiated ART (N = 349)
  - Decrease in visits reporting any unprotected sex

    Before ART : 6.2%

    After ART : 3.7%

    aOR = 0.63, p = 0.03
  - No change in sexual frequency

Deborah Donnell et al

UNIVERSITY OF WASHINGTON
INTERNATIONAL CLINICAL RESEARCH CENTER
PARTNERS IN PREVENTION

Sexual risk in past 3 months, by ARV status of HIV+ partner

Outcome measure	Not on ARV	On ARV
Self-reported lack of condom use	4761/25284(19%)	514/2943 (17%)*
Sperm on vaginal smear	521/17488 (3.1%)	56/2531 (2.2%)*
Pregnancy	339/17776 (1.9%)	42/2492 (1.7%)
Any risk indicator	5190/25713 (25%)	566/2943 (19%)*

Numbers represent 3-month couple-intervals

*$p < 0.05$ for $\chi 2$ comparing Not on ARV vs On ARV

Sullivan et al

Contenus de la prévention positive

- Information sur l'efficacité préventive du traitement et ses limites
- Information et éducation sur les méthodes de prévention (traitement, utilisation concrète des préservatifs, information et + sur la PeP)
- Soutien au dévoilement au(x) partenaire(s)
- Consultation de couple, du partenaire
- Ne pas stigmatiser le désir de couple avec une personne elle aussi séropositive

Outils de réduction de la transmission

- Circoncision masculine
- Préservatifs
- Microbicides
- Traitement pré-exposition (PrEP)
- <u>Traitement précoce (TasP)</u>
- Traitement post exposition (TPE)
- Traitement des IST
- Vaccin anti-VIH

Evolution des outils de RDRs…

Outil	Réduction du risque	Références
PreP	-44 % [15-63%] -39 % [6-60%]	2 Etudes iPrEx NEJM 23/11/10 et CAPRISA 004 Science 2010
Circoncision	- 60 %	3 études (Afrique)
Préservatif	- 80 % [35,4%-94,2%]	Méta-analyse Cochrane 2001 Weller & Davis-Beaty
Charge virale (Haart) >> TasP	- 92 %	Méta -analyse S. Attia et al Aids 2009

Adapté du Rapport Lert/Pialoux

Stratégie

Constat sur les modalités de dépistage

- 5 millions de tests de dépistage/an
- Une offre de dépistage exclusivement médicalisée
  - Ville (75 %)
  - CDAG et CIDDIST (10 %)
- Taux de positivité
  - 2.2 ‰ en ville
  - 3.5 ‰ en CDAG

Dépistage du VIH en routine en France : impact clinique et coût efficacité

Routine HIV Screening in France: Clinical Impact and Cost-Effectiveness

- Evaluer à l'aide d'un modèle de simulation mathématique en terme d'efficacité, de coût, et de coût-efficacité, les différentes stratégies de dépistage du virus VIH en France
  - Dans quelle population des tests de dépistage doivent être proposés ?
    - la totalité de la population
    - populations à risque
  - A quel rythme en fonction de la population étudiée ?
    - 1 test proposé de manière ponctuelle
    - 1 test est proposé tous les 5 ans, 3 ans, *etc*…

COMMENTS AND OPINIONS

What Is a Modest Public Health Impact?

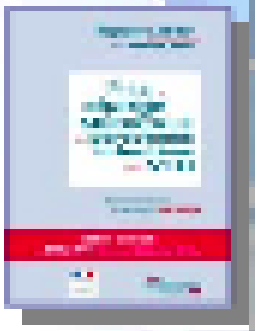
d'Almeida et al[1] evaluated routine human immunodeficiency virus (HIV) screening in 29 emergency departments (EDs). We believe that the results of this study are open to very different interpretations and conclusions:

- *The authors characterize the observed prevalence of newly diagnosed infections (0.14%) as "low."* Applying this value to all persons aged 18 to 64 years in France translates to 56 000 undetected HIV infections. To put that number in perspective, estimates of 50 000 undetected cases were sufficiently alarming to provoke recommendations on routine HIV screening. Similarly, studies from the United States and France demonstrate that routine HIV screening remains cost-effective at prevalences as low as 0.10%.[2]

Yazdan Yazdanpanah, MD, PhD
Rochelle P. Walensky, MD, MSc
Willy Rozenbaum, MD, PhD
Patrick Yeni, MD, PhD
A. David Paltiel, PhD

Author Affiliations: ATIP-Avenir Inserm U738, Université Paris Diderot, and Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris, France (Dr Yazdanpanah); Divisions of General Medicine and Infectious Diseases, Massachusetts General Hospital, Boston (Dr Walensky); Conseil National de Sida, Paris (Dr Rozenbaum); Groupe d'Expert sur la Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Paris (Dr Yeni); and Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut (Dr Paltiel).
Correspondence: Dr Yazdanpanah, Service des Maladies Infectieuses et tropicales, Hopital Bichat Claude Bernard, 46 Rue Henri Huchard, Paris 75877, France (yazdan.yazdanpanah@bch.aphp.fr).
Financial Disclosure: Dr Yazdanpanah has received travel grants, honoraria for presentation at workshops, and con-

Rapport VIH 2010 :
Dépistage et nouvelles méthodes de prévention

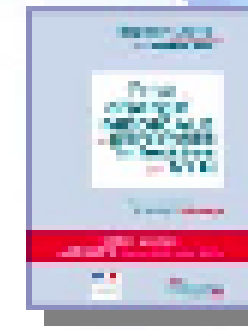


Dépistage ciblé et régulier

ATTRAPAGE

- ***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

Rapport VIH 2010 :
Dépistage en population générale



Dépistage en population générale

RATTRAPAGE

- S'adressant à ***l'ensemble de la population de 15 à 70 ans indépendamment du risque d'exposition et/ou de contamination***
- Coût-efficacité démontré (HAS, 2009; Yasdanpanah Plos 2010)
- Nécessité d'une information/communication spécifique auprès
  - des personnels de santé
  - de la population générale
- **Évaluation à 5 ans**
  - mesure de la diminution du retard au diagnostic et à la prise en charge (*taux moyen de CD4 au moment du dépistage*)
  - réduction de la proportion de personnes infectées non diagnostiquées
  - baisse du nombre de cas de sida et du nombre de décès

Les Tests Rapides (TROD)

Décrets, arrêtés, circulaires

Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence

Art. 2. – Dans les situations d'urgence prévues en annexe I du présent arrêté et dans l'impossibilité de réaliser un diagnostic biologique de l'infection à VIH 1 et 2 mentionné au premier alinéa de l'article 1er dans des délais compatibles avec la prise en charge de ces situations d'urgence, un test rapide d'orientation diagnostique détectant l'infection à VIH 1 et 2 peut être pratiqué sur sang total, sérum ou plasma, au moyen d'un réactif à lecture subjective, revêtu du marquage CE, en vue d'une prise en charge médicale adaptée. Ce test peut être réalisé par :

– un médecin exerçant en cabinet, un médecin ou un biologiste médical exerçant dans un établissement ou un service de santé ;

ANNEXE I

SITUATIONS D'URGENCE POUVANT JUSTIFIER LE RECOURS À UN TEST RAPIDE D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DE L'INFECTION À VIH 1 ET 2

1° Accident d'exposition au sang : le test rapide d'orientation diagnostique est proposé à la personne « source ».

2° Accident d'exposition sexuelle : ce test est proposé aux partenaires.

3° Au cours d'un accouchement : ce test est proposé à la femme enceinte de statut sérologique inconnu ou ayant été exposée depuis le dernier dépistage à un risque de transmission du VIH.

4° Urgence diagnostique d'une pathologie aiguë évocatrice du stade sida.

Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2)

En dehors des situations d'urgence mentionnées dans l'arrêté du 28 mai 2010 susvisé, le TROD peut être réalisé chez toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé par :

1, 2, 3 et 4 : médecin, biologiste, sage-femme, infirmier ou technicien de laboratoire

5 Un salarié ou un bénévole, non professionnel de santé, intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative mentionnée au 4°, à condition qu'il ait préalablement suivi une formation à l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH 1 et 2, dispensée et validée dans les conditions fixées à l'annexe II.

Dépistage généralisé

⇒ Amélioration de la santé des personnes atteintes

⇒ Assurer un meilleur contrôle de l'épidémie

(…)

Dépistage généralisé en médecine de communautaire

Réunion CNGE- SFLS- SPILF du 15 Avril 2011

Présents : P Arsac[1] (SFLS), JP Aubert (CNGE), E Billaud (SFLS), A Bottet (CNGE), P Bouttaz (SFLS), C Rabaud (SPILF), V Renard (CNGE), D Rey (SFLS)

Objectif principal :

- améliorer la prescription du dépistage VIH : donner aux praticiens les éléments clés de ce plan de santé national, revoir et intégrer les données épidémiologiques, connaître la notion de charge virale communautaire, favoriser leur rôle de santé publique de prescripteur.

Cible : Ensemble des médecins généralistes
Mais aussi les autres cliniciens de premiers recours comme les gynécologues Médicaux (Les pédiatres ne sont pas dans la cible, le dépistage généralisé n'étant proposé qu'après 15 ans) et les dermatologues de ville (qui ne sont pas des cliniciens de premier recours

Objectifs secondaires :

- proposer le test de 15 à 70 ans au-delà des populations dites à risques
- accompagner la proposition du test d'un message de santé publique
- rendre le résultat du test
- orienter les patients selon le résultat (réseau)
- informer les patients, éduquer, promouvoir le dépistage

Même s'ils ne sont très clairement pas l'outil de ce dépistage systématique, la problématique des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) devra être abordée. Ces tests sont mis à disposition de façon synchrone avec la sortie du plan. Il est donc prévu que la formation les aborde, sans y consacrer trop de temps, pour situer leur place réelle en pratique :

Méthode : Choix d'une formation présentielle => améliorer et acquérir de nouvelles compétences pour les participants - impact sur les pratiques

Champs : Savoir, savoir-faire et savoir être

Outils :

Mise en place au niveau national d'une "trousse de formation" par les experts du CNGE, de la SFLS et de la SPILF.
Outil « clé en mains »
Trousse de formation présentielle : diaporama ; ce matériel doit répondre à la partie théorique et interactive de la formation sur le dépistage - favoriser l'échange entre les participants et les experts sur la façon de proposer le test, sur le rendu du résultat .... /
Instauration d'un jeu de rôles : savoir proposer le test – savoir annoncer le résultat (+ ou -)

Modalités opérationnelles :

Déclinaison de cette formation "standardisée" auprès de formateurs régionaux (une journée de formation pour ces formateurs)
Puis déclinaison locale de cette formation auprès des M.G. sous forme de plage (soirée) de formation de 2H30
La formation sera dispensée par des binômes : un médecin généraliste enseignant- un expert VIH - médecin désigné par la COREVIH de la région où a lieu la formation
Nombre de formés par soirée : 20 à 30 participants
Pour ces formations, il serait donc remis au binôme, après formation de formateurs, les moyens pédagogiques : diaporama - mais aussi des tests pour présenter le TROD), un dossier formateur et une bibliographie.
Chaque COREVIH pourra proposer une fiche de présentation avec les personnes ressources et moyens de contact.

Module complémentaire (à envisager d'emblée) :

Prévoir que, parmi les médecins formés, certains souhaiteront aller plus loin dans l'acquisition ou la mise à jour de leurs connaissances VIH – ces médecins sont par ailleurs et par essence des relais potentiels ultérieurs de la prise en charge des patients infectés par le VIH.

Les COREVIHs devront donc, en aval des formations envisagées ci-dessus, prévoir des modules de formations complémentaires autour de la pathologie VIH dans ces différents aspects

DGS 9/9/2011
Formation des binomes : 3/2/2012

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Paris le, 23 MAR 2012

Le Directeur Général de la Santé

à

Mesdames, Messieurs les Directeurs Généraux des ARS

A l'attention du chargé de mission VIH, IST et Hépatites.

Afin que cette seconde étape puisse entrer dans sa phase opérationnelle, et pour en assurer le succès, je vous saurai gré de bien vouloir accompagner ce dispositif au niveau régional.

Pour votre information, il est prévu que l'arrêté annuel du ministère en charge de la santé inscrive ce type de formation dans la liste des orientations nationales du développement professionnel continu (DPC). A ce titre, le médecin libéral qui s'inscrirait à cette formation pourra bénéficier d'un forfait pour la prise en charge par l'organisme gestionnaire du DPC. Ces modalités devraient permettre de faciliter le déploiement de ce programme.

Mes services restent à votre disposition pour tout complément d'information.

Le Directeur Général de la Santé,

Dr Jean-Yves GRAIL