

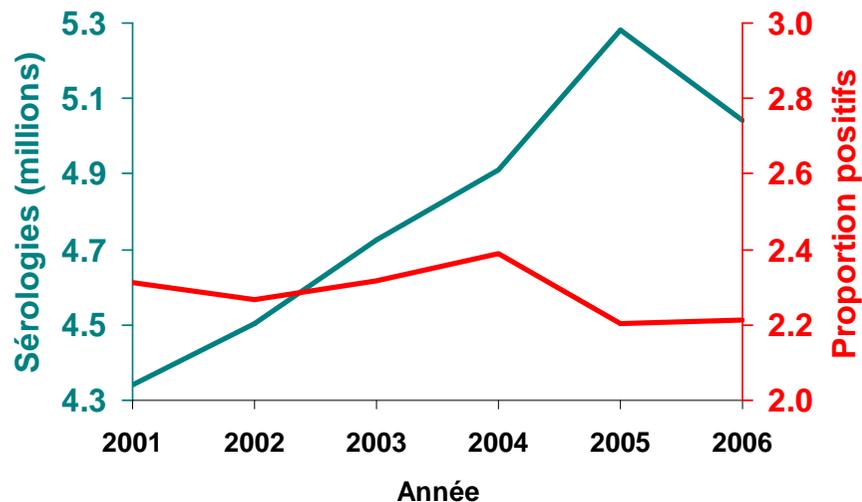
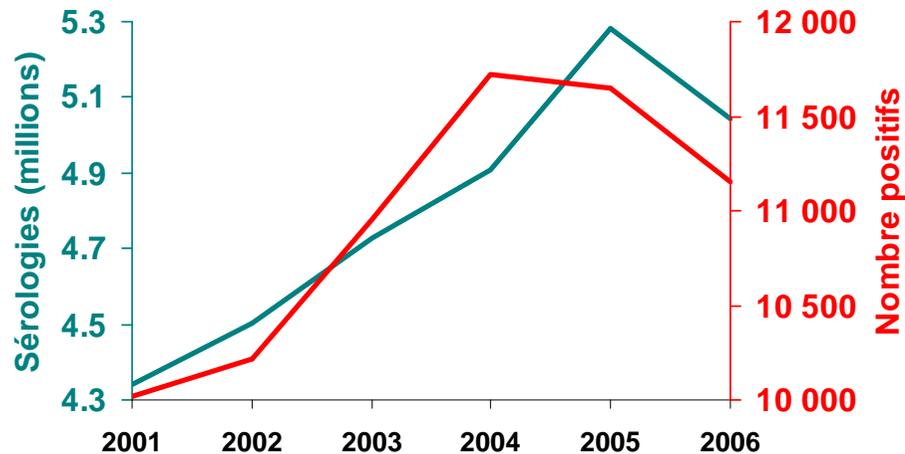
Le Dépistage du VIH en France: CHANGER DE PARADIGME

Pr Willy Rozenbaum
Président du CNS
JNI 2008

Sérologies VIH en laboratoire

	2001	2002	2003	2004	2005
Participation	81 %	78 %	80 %	82 %	86 %
<i>Extrapolation à l'ensemble des laboratoires</i>					
Nombre de sérologies (millions)	4,3	4,5	4,7	4,9	5,3
Sérologies VIH(+)	10 000	10 200	11 000	11 700	11 600
Proportion sérologies VIH(+)	2,3 ‰	2,3 ‰	2,3 ‰	2,4 ‰	2,2 ‰

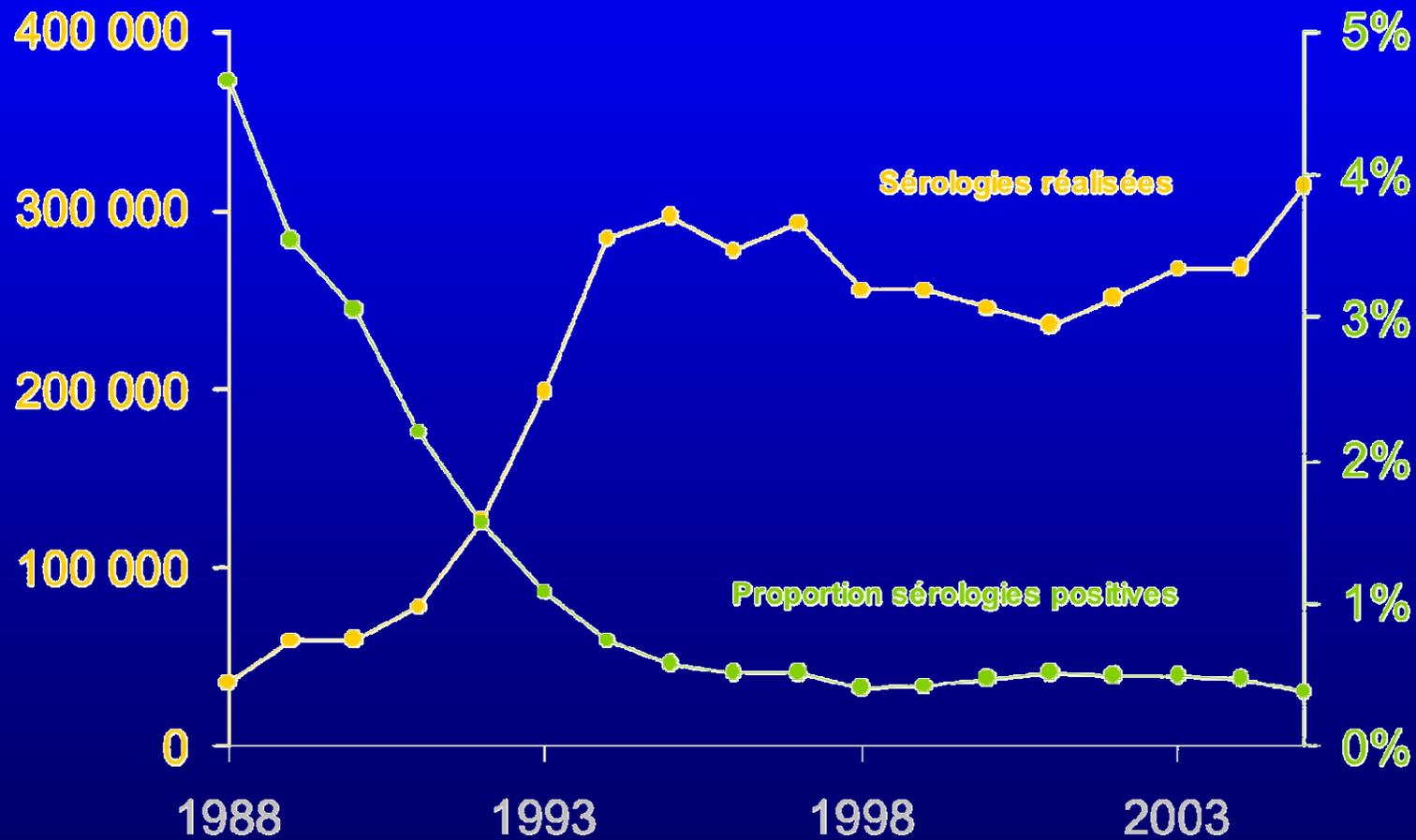
Dépistage du VIH en 2006



- 4 300 laboratoires
- **5 millions de sérologies réalisées dont $\frac{3}{4}$ en ville**
- **11 100 sérologies confirmées positives dont 38% en ville**
- **2,2 sérologies positives pour mille**

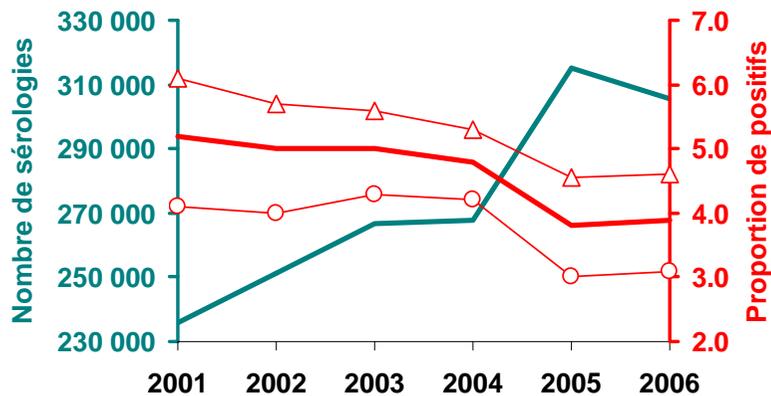
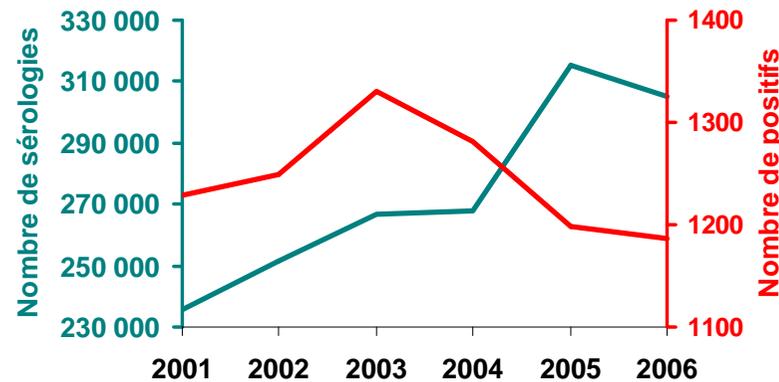
Nombre sérologies VIH et proportion positives

CDAG 1988-2005





Dépistage en CDAG, 2006

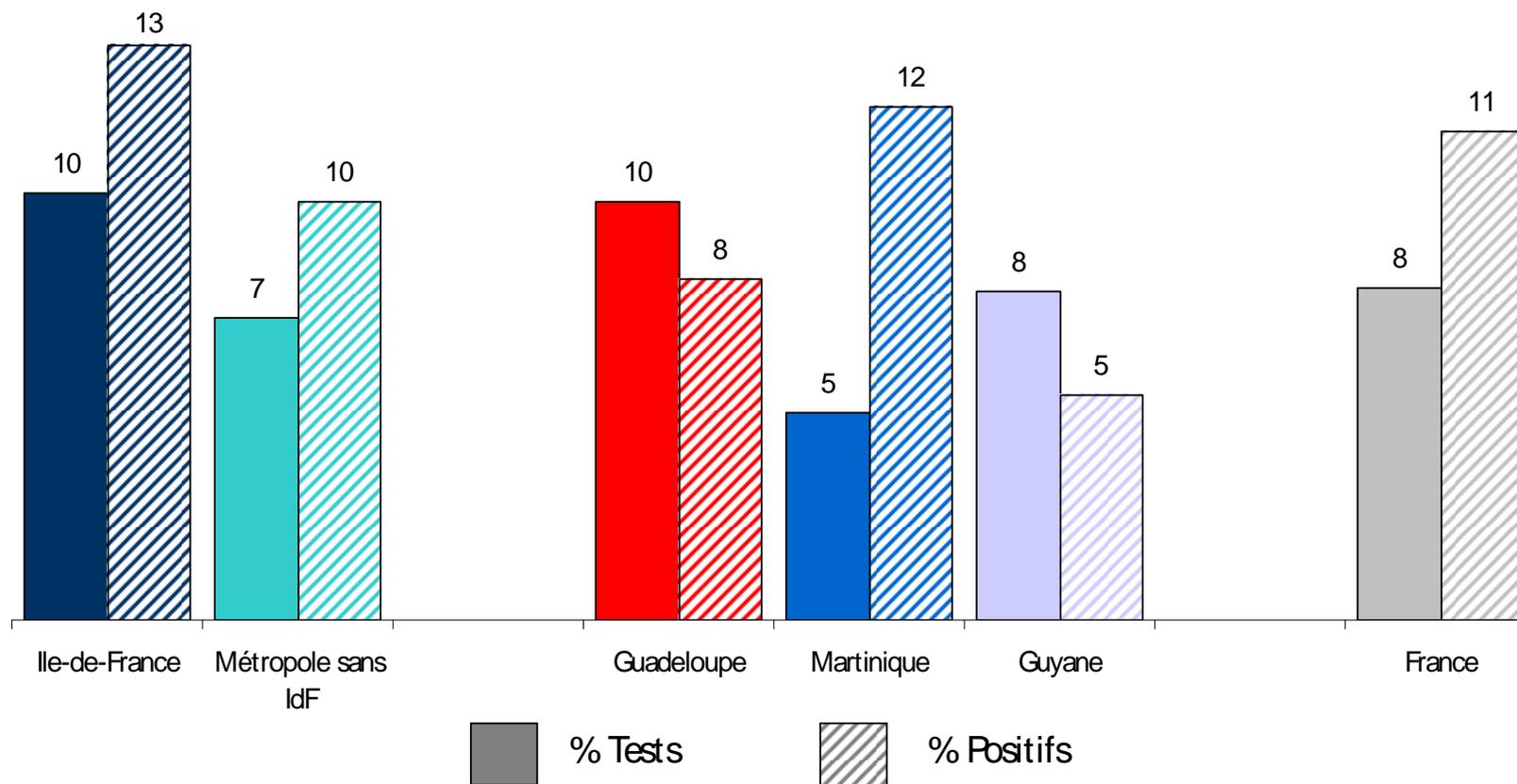


— Tests — % Total —△— % Hommes —○— % Femmes

- 357 000 personnes accueillies
- 305 000 sérologies
- 1200 sérologies positives
- 3,9 positifs pour mille
 - 3,1 ‰ femmes
 - 4,6 ‰ hommes



Part des CDAG par région

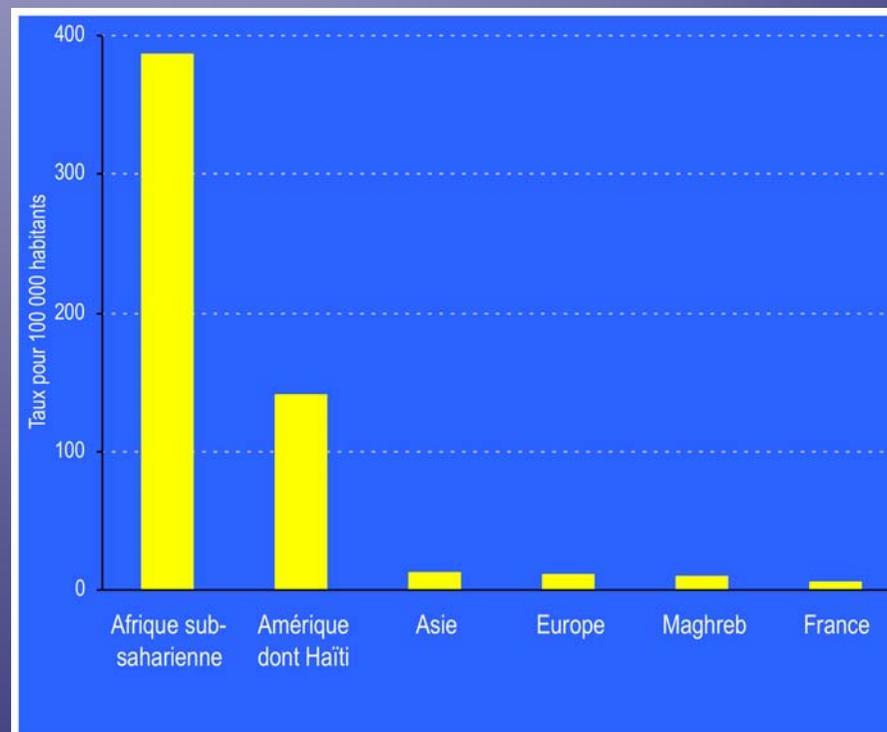


Réseau LaboVIH, 2006, InVS

Population particulière : Les migrants

Taux de découvertes des séropositivité/100 000 hab.

Nationalité	Taux/100 000 h
Afrique subsaharienne	386 (H: 281, F: 509)
Amériques (dont Haïti)	141
Asie	12
Europe	11
Maghreb	10
France	5 (H: 8, F: 2)



Population par nationalités = source INSEE, population au 1^{er} janvier 2005

Les enjeux:

Les personnes contaminés qui l'ignorent

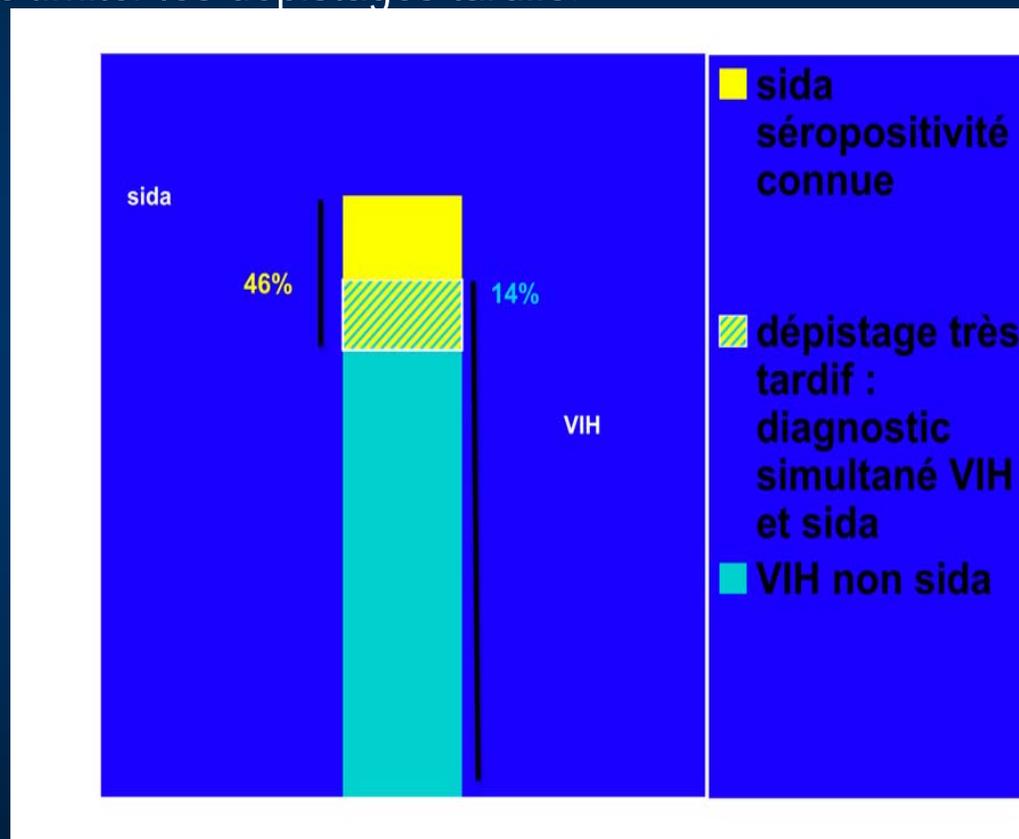
- Prévalence estimée de l'infection par le VIH en France en 2007: 113 000 à 141 000 personnes
- Nombre de patients suivis: 83 000 à 100 000 (ANRS CO4 et FHDH)
- 5200 nouvelles infections (AC23) et 1700 décès.
- **Nombre de personnes estimé qui ne connaîtrait pas leur infection par le VIH: 36 000 (13 000 à 58 000)**

Les Enjeux: Le dépistage tardif

Retard au dépistage

Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida en 2006

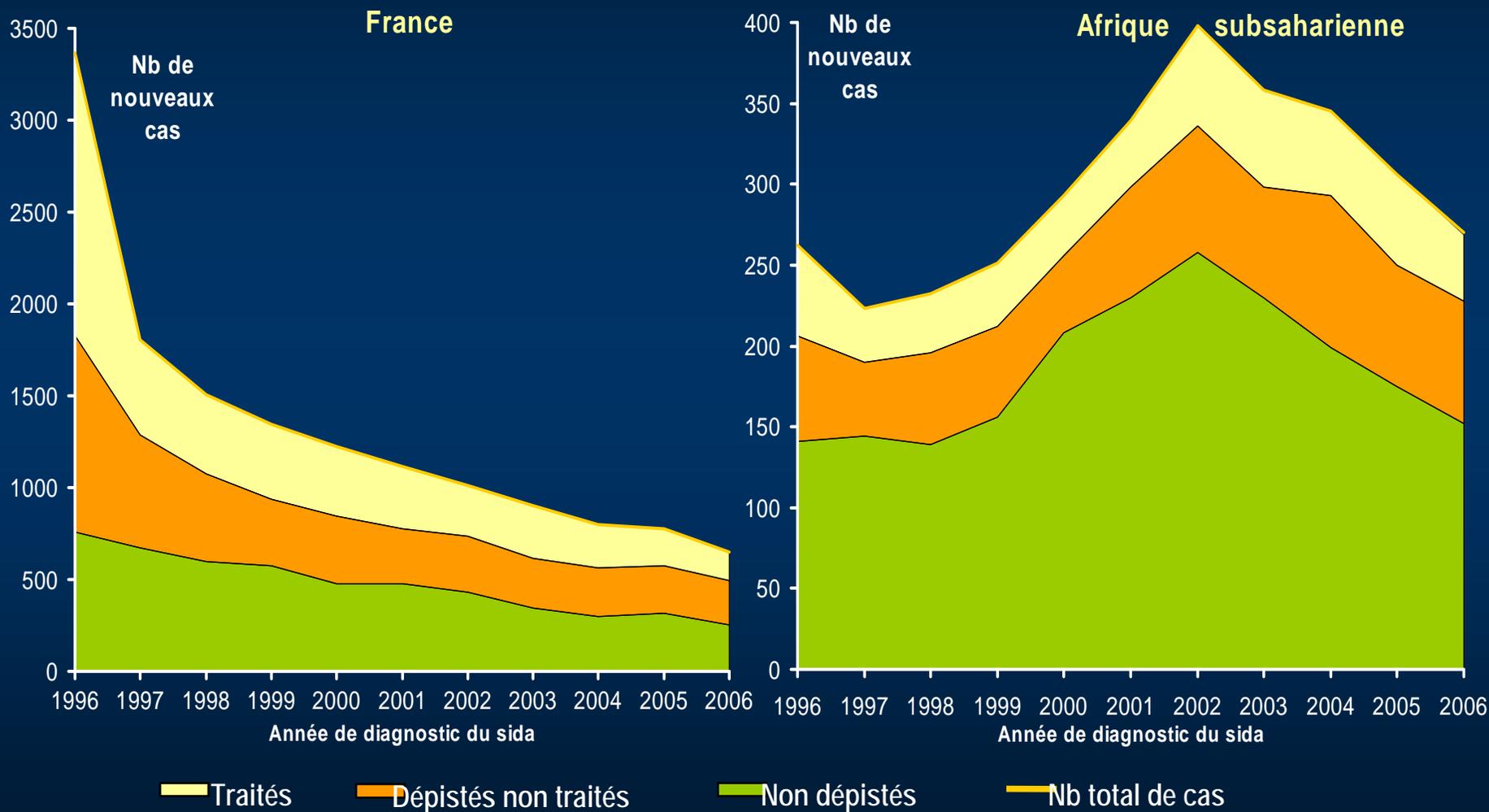
- Dépistage précoce indispensable à la prise en charge optimale des personnes atteintes par le VIH d'où l'intérêt de limiter les dépistages tardifs.
- Retard au dépistage évalué par confrontation des résultats de surveillance du VIH et du sida
- Les dépistages les plus tardifs (diagnostic simultané VIH et sida) peuvent être rapportés soit au nombre de découvertes de séropositivité, soit au nombre de cas de sida, ce qui donne des proportions très différentes.



InVS, données VIH et sida au 30/06/2007

Cas de sida selon la connaissance de la séropositivité et la prise d'un traitement antirétroviral avant le sida, par nationalité

1996-2006



Les deux graphiques ne sont pas à la même échelle

InVS, données redressées au 30/06/2006

Retard au dépistage

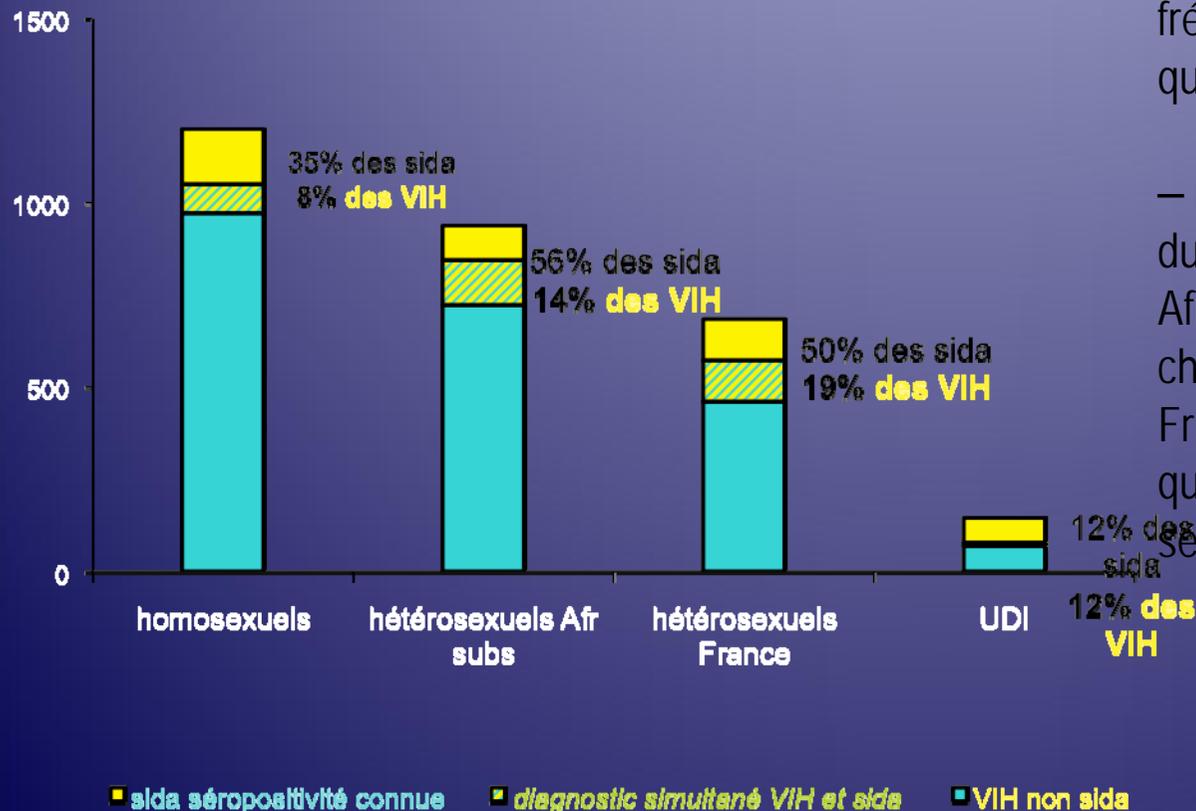
Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics sida en 2006

Le retard au dépistage dépend du mode de contamination et de la nationalité :

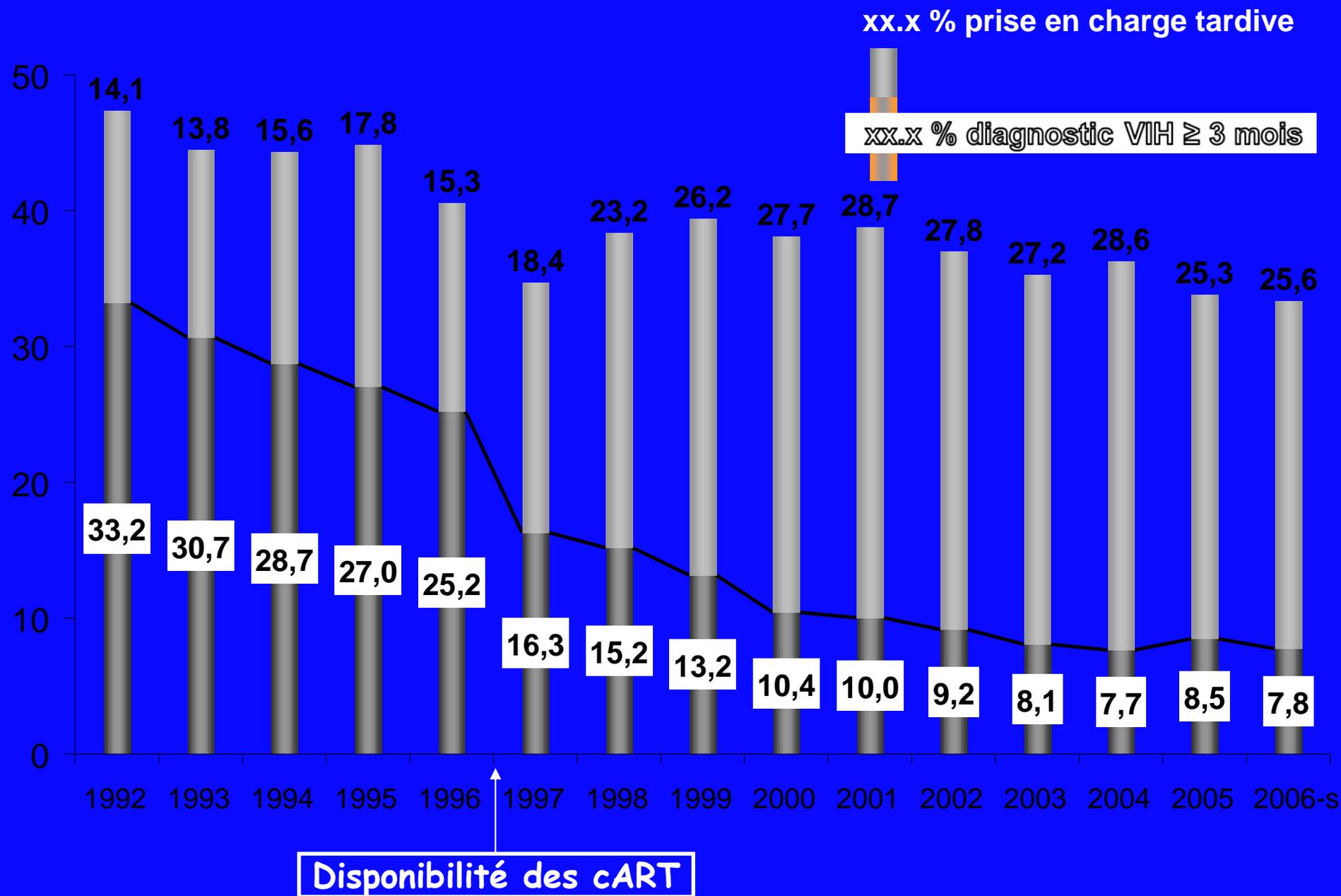
- moins fréquent chez les homosexuels à la fois parmi ceux qui découvrent leur séropositivité en 2006 (8%) et ceux qui développent un sida en 2006 (35%).

- chez les hétérosexuels :
 - parmi ceux qui développent un sida en 2006, dépistage tardif plus fréquent, tant chez les Africains (56%) que chez les Français (50%).

- mais amélioration récente probable du recours au dépistage chez les Africains : dépistage tardif plus rare chez les Africains (14%) que chez les Français (19%) parmi les personnes qui découvrent actuellement leur séropositivité.



Evolution du pourcentage de prise en charge tardive dans ANRS CO4-FHDH



Recommandations

- Elargir l'offre de dépistage , la banaliser et améliorer sa pratique:

Accès à un traitement plus précoce et à des soins optimaux

- Connaître son statut offre les plus grandes chances de modifier son comportement:

Accès plus précoce à la prévention

Élargissement de la proposition de tests de dépistage (1)

- Généraliser la proposition de tests de dépistage, soumis à l'accord du patient, dans les régions à forte prévalence, lors de recours aux soins, pour la population sexuellement active, indépendamment de toutes recherches de pratiques à risque
- Inciter fortement au dépistage les hommes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes et les populations dont les risques d'exposition sont élevés

Élargissement de la proposition de tests de dépistage (2)

- Généraliser la proposition de tests de dépistage dans l'offre globale d'un bilan de santé au sein des PASS, des centres de santé, des CPEF, des structures de " bas seuil ", lors des IVG, dans les centres d'examens périodiques de santé des caisses d'assurance maladie et des accueils des associations humanitaires de santé.
- Généraliser les tests de dépistage VIH/sida, associés au dépistage des hépatites, dans les centres d'accueil pour usagers de drogue et par les associations en charge de la réduction des risques.

Élargissement de la proposition de tests de dépistage (3)

- Assurer une meilleure promotion par les associations de la proposition de dépistage dans le parcours spécifique d'accueil des migrants au sein d'une offre globale d'un bilan de santé.
- Soutenir les actions associatives d'accompagnement des personnes à fort risque d'exposition vers les structures de dépistage et de soins.

Élargissement de la proposition de tests de dépistage (4)

- Assurer une meilleure couverture de la proposition de tests de dépistage au moment de l'incarcération et au cours de celle-ci.
- Former des médecins généralistes à la proposition du dépistage, à la réalisation du test rapide et au rendu du test.

Rôle des CDAG (1)

- Place des CDAG à définir dans le cadre des COREVIH
- Renforcer la capacité des CDAG à accueillir les populations à fort risque d'exposition.
- Orienter l'activité des CDAG vers les populations en situation de difficulté d'accès aux soins.
- Permettre aux CDAG de proposer l'accès au traitement post-exposition.

Rôle des CDAG (2)

- Financer les CDAG hospitalières et extrahospitalières en fonction des besoins et selon les objectifs fixés localement.
- Elargir les horaires d'ouverture des CDAG dans les zones de forte prévalence.
- Rendre possible la levée de l'anonymat dans les CDAG, lors de la consultation médicale, pour favoriser l'accompagnement dans le parcours de soin.

Questions d'anonymat

- Permettre dans les DOM aux médecins de ville ou hospitaliers de pouvoir prescrire un dépistage de l'infection à VIH dont la réalisation garantisse la confidentialité ou l'anonymat.
- Intégrer dans les DOM les CDAG dans des structures de soins généralistes afin de mieux assurer confidentialité ou anonymat.

Évolution du counseling (1)

- Proposer les tests avec ou sans counseling en fonction des situations; dans ce dernier cas proposer systématiquement une orientation.
- Renforcer le counseling lors des consultations liées à des demandes de tests de dépistage après des prises de risques ou changements dans la vie sexuelle.
- Améliorer le counseling dans les structures spécialisées dans le dépistage des IST et du VIH.

Évolution du counseling (2)

- Permettre la réalisation du counseling par du personnel formé, sans le limiter à la sphère médicale.
- Rappeler aux laboratoires d'analyses biologiques les bonnes pratiques en matière de transmission des résultats.

Recours aux tests rapides sanguins de dépistage

- Évaluer la pertinence de l'utilisation d'un seul test de dépistage dans la stratégie de dépistage des anticorps anti-VIH.
- Elargir, après évaluation de leurs performances et validation par les autorités compétentes, l'utilisation des tests rapides sanguins, qui pourraient alors être les seuls tests utilisés.
- Rendre possible la réalisation de tests rapides sanguins par le personnel médical ou par délégation de tâches après validation des compétences.

Conclusions

- Rompre l'exceptionnalité du VIH/SIDA
- Banaliser et étendre l'offre de dépistage indépendante, mais n'excluant pas la recherche de comportements à risques
 - Bénéfice individuel en terme de mortalité et de morbidité
 - Bénéfice collectif en terme de contrôle de l'épidémie