

Dépistage du VIH : nouvelles stratégies et contexte épidémiologique

Stéphane Le Vu, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

Séminaire Réseau de santé Paris Nord, Paris - 27 mai 2011



1 POURQUOI CHANGER . . . D'ÉCHELLE ?

- Pour améliorer le pronostic
- Pour réduire les transmissions
- Parce que l'on peut

2 CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN FRANCE

- Nouvelles contaminations par groupe
- Activité de dépistage et de diagnostic
- Diagnostic tardif par groupe

3 MISE EN PRATIQUE DES NOUVELLES MODALITÉS

- Recommandations HAS et plan national
- Expérimentations ANRS
- Evaluation

1 POURQUOI CHANGER . . . D'ÉCHELLE ?

- Pour améliorer le pronostic
- Pour réduire les transmissions
- Parce que l'on peut

2 CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN FRANCE

3 MISE EN PRATIQUE DES NOUVELLES MODALITÉS

Dépister plus pour améliorer le pronostic

- Minimiser le délai entre infection et traitement améliore le pronostic (risques décès, sida, infections opportunistes)
- Or ce délai est trop long pour au moins la moitié des personnes diagnostiquées aujourd'hui
- Dépistage tardif : en France et de façon similaire dans les pays industrialisés à épidémie concentrée :
 - 28% des diagnostics à moins de 200 CD4/ mm^3
 - 49% à moins de 350

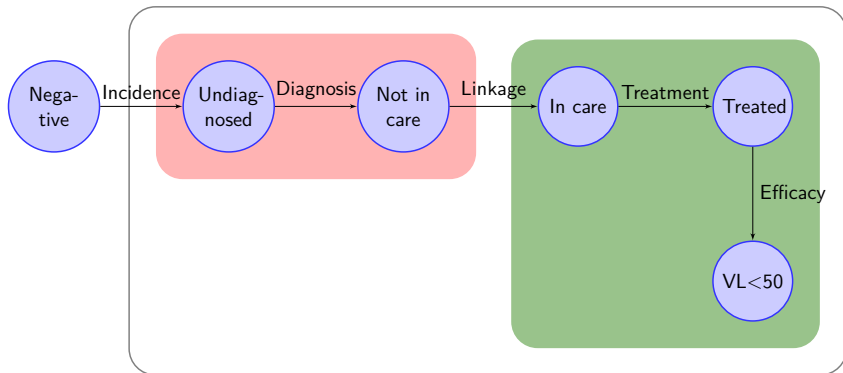
Dépister plus pour réduire la transmission

- Diminution des comportements à risque après connaissance de la séropositivité ?
- Traitement comme prévention : pourquoi ?
 - Traitements actuels mieux tolérés et plus efficaces peuvent être commencés tôt
 - Charge virale indétectable réduit le risque de transmission
 - Observation d'une réduction de 92% de la transmission dans les couples hétérosexuels sérodiscordants traités
 - Modélisations et quelques études écologiques suggèrent une méthode de prévention pouvant bénéficier à l'ensemble de la population ... mais dont l'efficacité est sensible au nombre de partenaires

Dépister plus pour réduire la transmission

Suite

- Traitement comme prévention : [comment ?](#)



Contexte favorable au changement

- Au delà du modèle **Voluntary Counselling and Testing**, hérité du contexte de début de l'épidémie (stigmatisation, bénéfice limité et peur du dépistage obligatoire)
- **Relativiser le counselling** orienté en fonction des risques permet une banalisation notamment auprès des soignants
- Changement de point de vue global sur le dépistage : CDC, OMS
- **Tests rapides** mais surtout délocalisés (salive, sang total)
- Modèles indiquent des **rapports coût-efficacité favorables**

Pourquoi changer ?

- Bénéfice individuel et collectif de la connaissance du statut et de la mise sous traitement
- Dépister plus . . . évite des dépenses
- À condition d'**atteindre effectivement les personnes positives non diagnostiqués**
- À condition d'assurer l'efficacité du **lien vers le soin** et du traitement

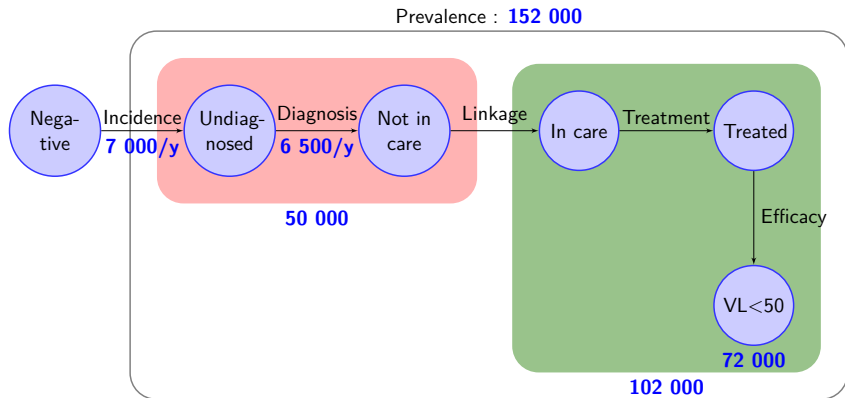
1 POURQUOI CHANGER . . . D'ÉCHELLE ?

2 CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN FRANCE

- Nouvelles contaminations par groupe
- Activité de dépistage et de diagnostic
- Diagnostic tardif par groupe

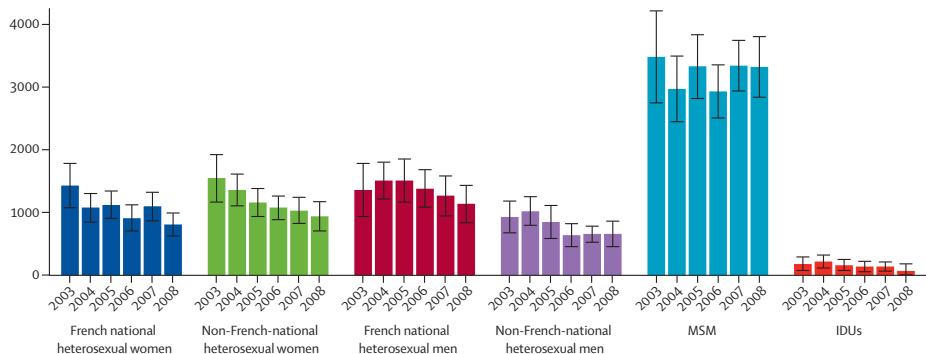
3 MISE EN PRATIQUE DES NOUVELLES MODALITÉS

Contexte épidémiologique en France



Rapport Yéni 2010

Nouvelles infections, 2003-2008



Taux d'incidence en 2008

Mode de transmission	Sous-population (18-69 ans)	Incidence	Taux	IC95%
Hétérosexuel	Femmes françaises	810	4	[3 ;5]
	Hommes français	1140	6	[4 ;8]
	Femmes étrangères	940	54	[40 ;68]
	Hommes étrangers	660	35	[24 ;46]
Homosexuel		3320	1006	[857 ;1155]
Usage drogue IV		70	91	[0 ;237]
Total		6940	17	[15 ;19]

TABLE: Nombre de nouvelles infections et taux d'incidence pour 100 000 personne-années, par population en 2008

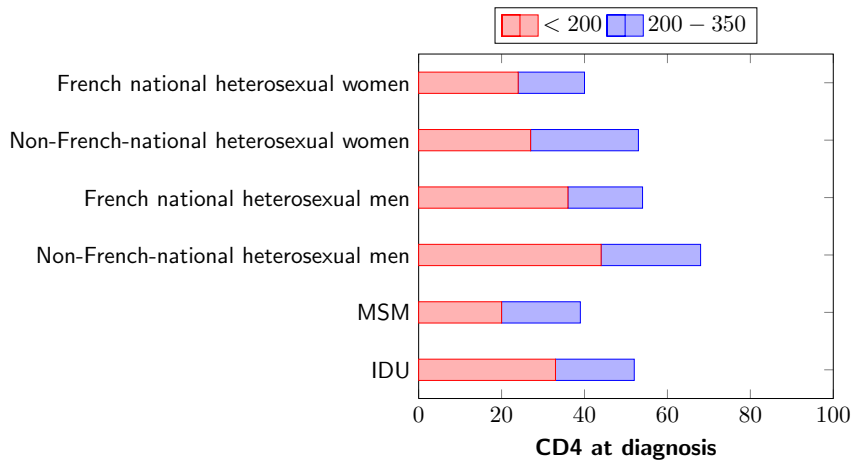
Tests de dépistage VIH

- Cinq millions de sérologies par an
- Les régions les plus touchées ont la plus forte activité de dépistage par habitant
- Globalement les populations les plus touchées semblent testées plus fréquemment

Population*	Test vie	Test 12 mois
Usagers de drogues	95 %	
MSM	86 %	48 %
Migrants d'Afrique subsaharienne	65 %	
Population générale	51 %	12 %

*sources : Coquelicot 2004 (UD pris en charge), Presse Gay 2004, Baromètres migrants 2005 (en Ile-de-France), KABP 2004

CD4 au diagnostic - 2009



- **Prépondérance de la transmission homosexuelle**, malgré un dépistage fréquent
- Taux d'incidence important parmi les hétérosexuels étrangers
- **Retard au diagnostic parmi les hétérosexuels**, particulièrement les hommes
- Les facteurs de risque de diagnostic tardif sont différents des facteurs de risque d'infection
- Deux tiers des séropositifs sont suivis et près de la moitié a une charge virale < 50 copies/ml

1 POURQUOI CHANGER . . . D'ÉCHELLE ?

2 CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN FRANCE

3 MISE EN PRATIQUE DES NOUVELLES MODALITÉS

- Recommandations HAS et plan national
- Expérimentations ANRS
- Evaluation

- Proposition de dépistage en population générale
 - 15 à 70 ans, hors notion de risque
 - Visant un « rattrapage » des infections non-diagnostiquées, non atteignables par un dépistage ciblé
 - Reposant sur les professionnels et structures délivrant des soins primaires
 - Évaluation à 5 ans

- Proposition **ciblée et régulière**
 - Tous les ans : HSH multipartenaires, UDI, multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et Caraïbes
 - Régulier (sans fréquence définie) : Hétérosexuels multipartenaires, populations des DFA, prostituées, partenaires de personnes séropositives
- Proposition de dépistage annuel en population générale de **Guyane**
- Utilisation des **tests rapides** dans un cadre médicalisé ou « un cadre organisationnel particulier »

- Proposition par les soignants (population générale et populations spécifiques)
- Programmes communautaires (notamment utilisation des tests rapides)
- Soutien et réorganisation du dispositif CDAG/CIDDIST

- Tests rapides aux urgences
 - Faisabilité de la proposition par les soignants **en routine**
 - Capacité de **détecter et mener à une prise en charge** les personnes non-diagnostiquées
- Opportunités
 - Fréquence et facteurs de risque des opportunités manquées de dépistage ou de diagnostic
- Programmes de dépistage communautaires
 - Élargir l'offre avec un environnement adapté
 - **Médicalisés ou non**
 - Pour l'instant uniquement auprès des HSH

- Capacité à dépister les personnes positives qui ne font pas ou pas assez de test
- Capacité à les lier ou à les ré-engager vers la prise en charge
- Quelle stratégie nouvelle pour améliorer le dépistage des personnes migrantes ?

- À court terme, l'activité de dépistage et le nombre de diagnostics devraient augmenter
- Après « rattrapage », on devrait observer des diagnostics plus précoces (stade clinique et CD4) et une prévalence en augmentation
- Pour un effet à terme sur l'incidence, il faudrait qu'une grande proportion de la population prévalente soit virologiquement contrôlée par les traitements et que le niveau d'exposition n'augmente pas

Merci