



# **Journées de formation médicale continue Tiaret 30 au 31 mai 2014**



Dr Anne Dulioust



# **Journées de formation médicale continue Tiaret 30 au 31 mai 2014**



Dr Anne Dulioust

# Prise en charge du VIH en consultation généraliste. Diagnostic et orientation



**ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ**

**NATIONAL DE FRESNES**

1, allée des Thuyas  
94832 Fresnes Cedex

*Certifié  
par la Haute Autorité de Santé*

Dr Anne DULIOUST  
Chef de service de Médecine  
EPSNF  
Fresnes



19-05-2014

## SANTÉ

Lutte contre le Sida/Mondial-2014 : "campagne de sensibilisation au profit des supporters algériens" (Tahmi).

*Le temps d'Algérie*

- ▶ 60 centres de dépistage
- ▶ 10 centres de référence délivrant des antirétroviraux (ARV)

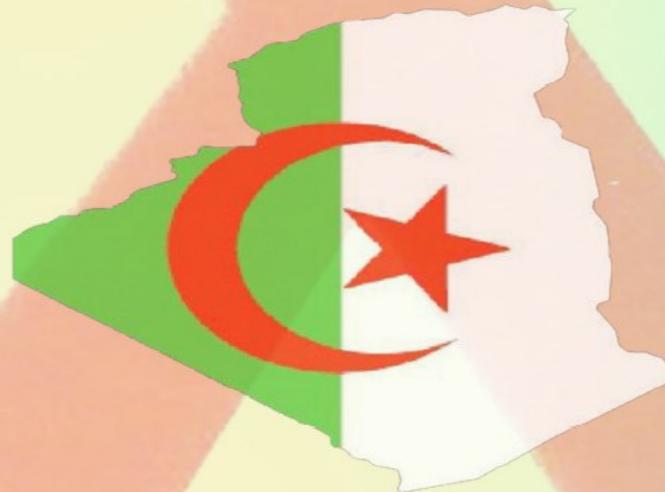


*REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE*

*Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière*

***Rapport d'activité sur la riposte nationale  
au VIH/sida en Algérie***

*Période considérée :2012/ 2013*



# Épidémiologie de l'infection par le VIH en Algérie

## ANNÉE 2008

- 7500 séropositifs.
- 869 SIDA déclaré.
- 60 nouveaux cas en 2008

## 1ER SEMESTRE 2009

- 7500 séropositifs.
- 869 SIDA déclaré.
- 60 nouveaux cas en 2008

## ANNÉE 2013

- 8258 séropositifs.
- 1460 SIDA déclaré.
- 6798 séropositivité asymptomatique

Même si aucune région du territoire n'est épargnée, les régions d'Alger et d'Oran sont les plus touchées. La transmission hétérosexuelle, essentiellement locale, reste la principale voie par laquelle les personnes contractent le VIH (> 90 %). La tranche d'âge la plus touchée est celle des 25 – 49 ans.

# UN PEU D'ÉPIDÉMIOLOGIE

- ❑ L'Algérie est un pays à épidémie peu active dans la population générale avec une séroprévalence inférieure à **0,1%** mais concentrée dans certaines populations clés :
  - professionnelles du sexe [PS] (3.95% en 2007),
  - les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes [HSH] (10 % en 2008)
  - les patients consultant pour une infection sexuellement transmissible [IST] (2.42% en 2007).
  
- ❑ 1<sup>er</sup> cas de sida en 1985
- ❑ Stabilisation du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH ces dernières années, entre 700 à 800 cas par an au lieu des 2080 prévus par Spectrum.
- ❑ VIH1 à plus de 99%.

# Epidémie peu active en population générale mais concentrée

- ❑ Concentration dans certaines populations :  
PS : 3,95 % , HSH : 10,5 % ; CDI : 2,8 % ; personnes détenues, hommes en uniforme, routiers.
- ❑ Répartition inégale sur le territoire algérien : enquête de prévalence réalisée en 2007 chez les PS  
Tamanrasset : 7,0 %  
Tiaret : 10,7 %  
Frenda : 12,9 % .
- ❑ Rôle probablement déterminant des interactions entre les PS et la population générale par l'intermédiaire des populations passerelles.

# ALGERIE

Nombre de  
cas/an

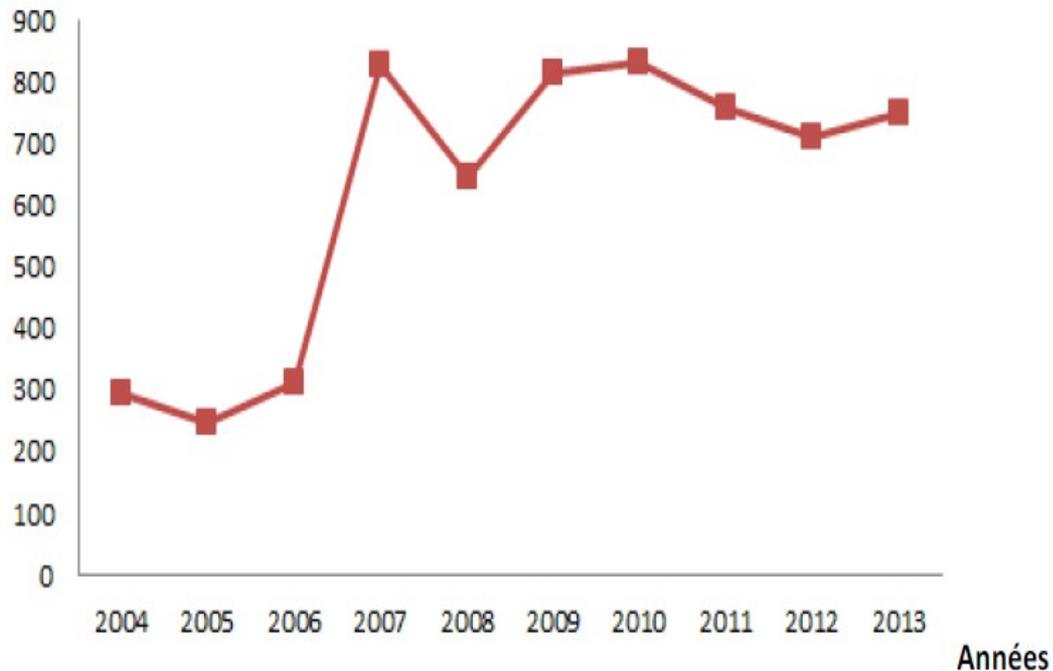


Figure 1 : Evolution par année du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH (source LNR)

**IL EXISTE UNE DIFFERENCE D'ENVIRON UN FACTEUR 3 ENTRE  
DONNEES CNR ET ESTIMATIONS ONUSIDA**

# Estimation et projections de Spectrum

- ❑ Estimations fin 2013, **23 725 PVIH**
- ❑ **15 166** ont besoin des traitements ARV.
- ❑ **55 % des** personnes infectées sont des femmes.
- ❑ La tranche d'âge de 20 – 35 ans est la plus touchée par l'épidémie.
- ❑ **854** le nombre des femmes enceintes séropositives donnant une naissance par an.
- ❑ **257** le nombre estimé de nouvelles infections du VIH pédiatriques par an.
- ❑ **782** le nombre estimé d'enfant d'enfants âgés entre 1 et 4 ans vivant avec le VIH.
- ❑ **15 000** personnes ignoreraient leur statut sérologique.

**Tableau 1 récapitulatif des PVIH sous ARV de 2008 à 2013**

<b>Tableau 1 : Répartition des patients suivis au niveau des CDR</b>					
<b>(Source : Bilan des activités des CDR : années 2006, 2007, 2008, 2009,2010, 2011, 2012 et 2013)</b>					
Année	PVIH sous ARV		PVIH suivies mais non éligibles aux ARV		Total PVIH suivies
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
2006	682	67,19 %	333	32,80 %	1015
2007	830	64,79 %	451	35,20 %	1281
2008	1111	60,54 %	724	39,45 %	1835
2009	1526	65,13 %	817	34,86 %	2343
2010	2221	66.18 %	1135	33.82 %	3356
2011	2680	66 ,22%	1367	33,77%	4047
2012	3396	90,68%	349	9,32%	3745
2013	4640	97,30%	129	2,70%	4769

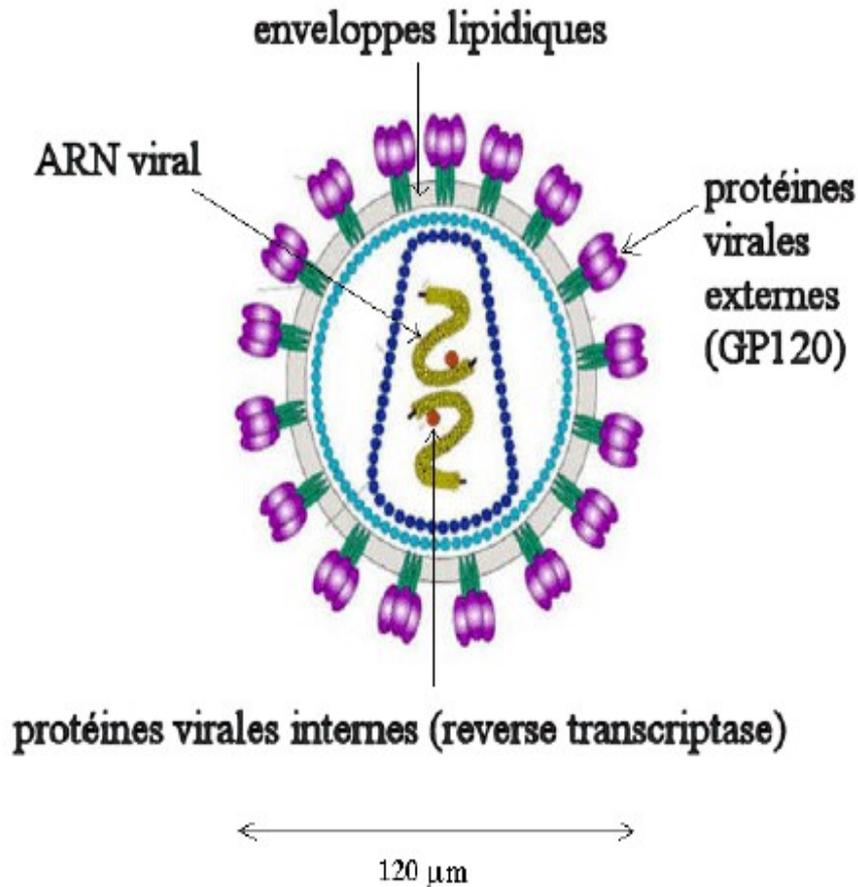
# Transmission materno-foetale

- En 2013, 200 femmes séropositives (121 en 2012) ont été traitées par ARV :
  - ▶ 175 naissances dont 17 contaminations due à la prise en charge tardive (8,5 %).
- En population générale, 87,3 % des femmes ont entendu parler du Sida mais seules 9,2 % ont une bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention.

Enquête MICS4 portant sur  
38000 femmes âgées de 15 à 49 ans



# Le virus du SIDA



- Le VIH est un rétrovirus (=virus dont le matériel génétique est de l'ARN qui est transcrit en ADN par une enzyme particulière : la transcriptase inverse).

**FUSION**

Entrée du matériel génétique viral dans la cellule

**TRANSCRIPTION INVERSE**

Transformation de l'ARN viral en ADN

**INTEGRATION**

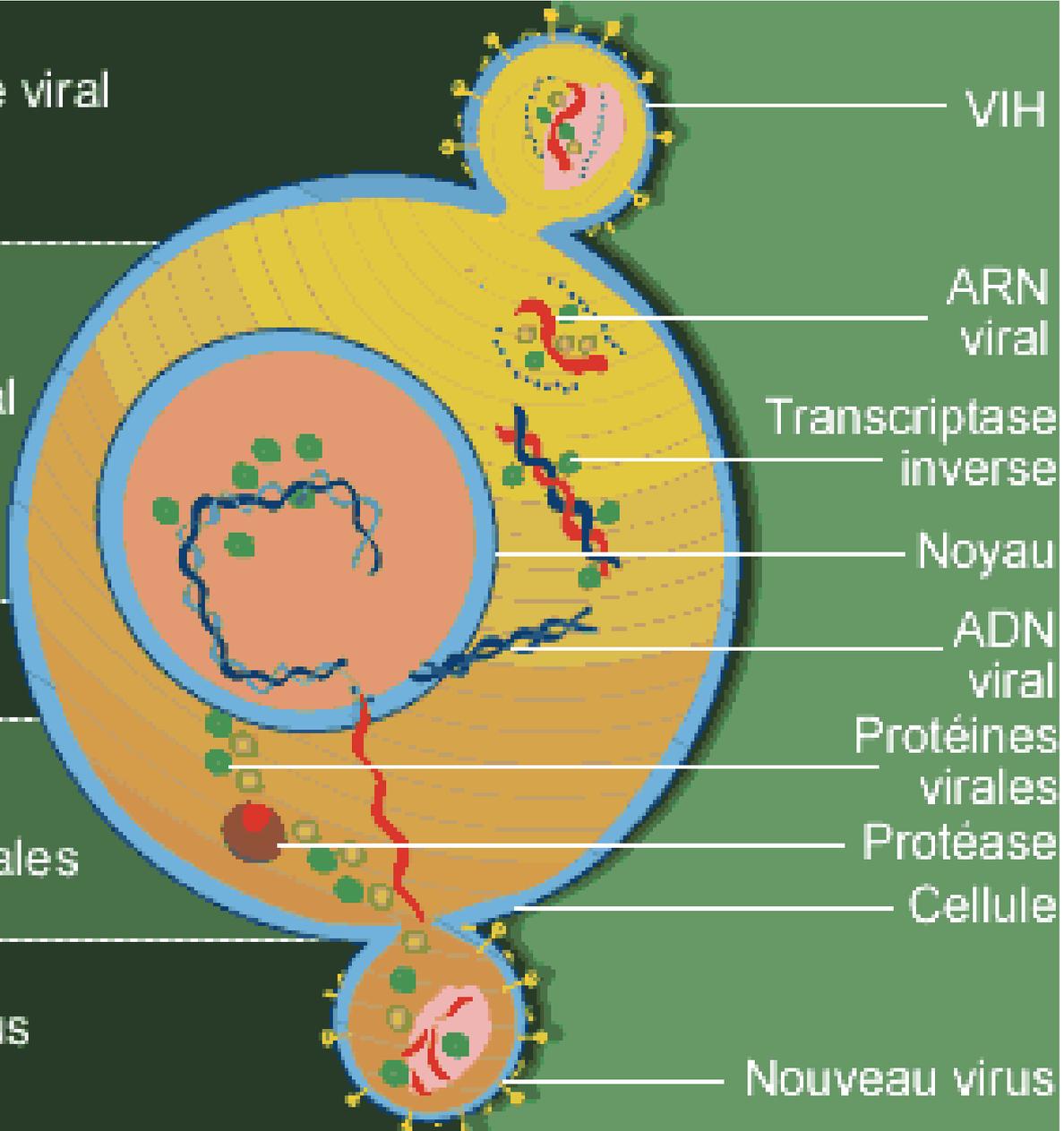
Intégration de l'ADN viral

**TRADUCTION ET MATURATION**

Fabrication des protéines virales

**LIBERATION**

Production d'un nouveau virus



# Intérêt du dépistage VIH

- au niveau individuel,
  - un diagnostic précoce permettant
    - un traitement immédiat
    - une surveillance médicale
  - limiter la co-transmission,
  - un ajustement du comportement préventif
- au niveau collectif,
  - une réduction de la prévalence en diminuant la transmission



Moins de complications

# Avec qui aborder le dépistage ?

- Les groupes exposés:
  - Les homosexuels masculins : VIH, hépatites
  - les migrants et originaires des DFA : VIH, hépatites
  - les usagers de drogue : VHC, VIH, VHB
  - Les travailleurs du sexe : VIH, hépatites, syphilis
  - les personnes séropositives et leurs partenaire(s)
- En population générale :
  - les jeunes sexuellement actifs : VIH, hépatites
  - Les personnes sexuellement actives ayant des comportements à risque mais qui n'appartiennent pas à un groupe à risque
  - les personnes n'ayant jamais été testées pour le VIH

# A quelle occasion ?

- Demande du patient : certificat, arrêt du préservatif, accident de préservatif, changement de partenaire, prise de risque
- Signes évocateurs d'IST
- Signes évocateurs de tuberculose
- Lors du suivi d'un PVVIH
- Lors d'une consultation gynécologique (frottis, grossesse, IVG, contraception, signes cliniques, infertilité ...)

# Comment faciliter la demande et l'offre?

- Mise à disposition de documents d'informations en salle d'attente
- Evoquer la santé sexuelle dès la première consultation
- Aborder le thème sans jugement, en étant respectueux de l'intimité de la personne
- En intégrant un test dans un bilan plus complet (avec accord)
- En rassurant sur la confidentialité.

# *La demande de dépistage ne se résume pas à une simple prescription (1)*

- **C'est aussi un moment propice pour :**
  - aborder la vie affective et sexuelle
  - faire le point sur les pratiques et les risques
  - discuter des moyens de prévention les plus adaptés
  - évaluer les capacités à s'approprier et à proposer des moyens de prévention

# *La demande de dépistage ne se résume pas à une simple prescription (2)*

*Mais est utile aussi pour....*

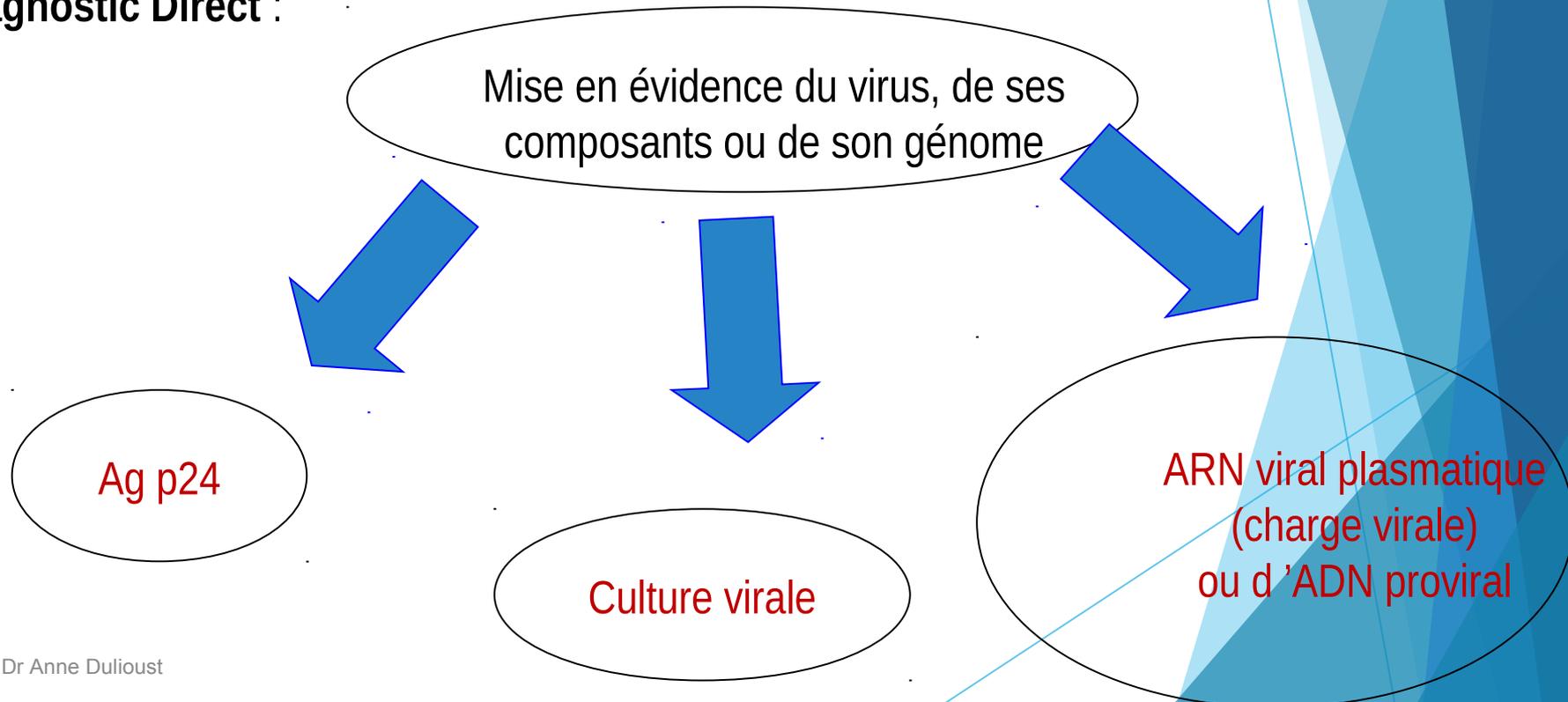
- **Identifier les facteurs de vulnérabilité**
  - difficulté d'accès à l'information et aux outils de prévention
  - facteurs psychiques (syndrome dépressif, goût ou indifférence au risque), perte de contrôle par addictions, isolement familial
  - pratiques sexuelles à risque (échangisme, relations anonymes, sodomie) ou exposant à lésions génitales
- **Donner une explication sur les préservatifs (mise en place, avantages, inconvénients)**
- **Information : brochures, adresses, sites internet**

# Diagnostic biologique de l'infection par le VIH

## ❶ Diagnostic Indirect :

- Mise en évidence des anticorps anti-VIH (sérologie)

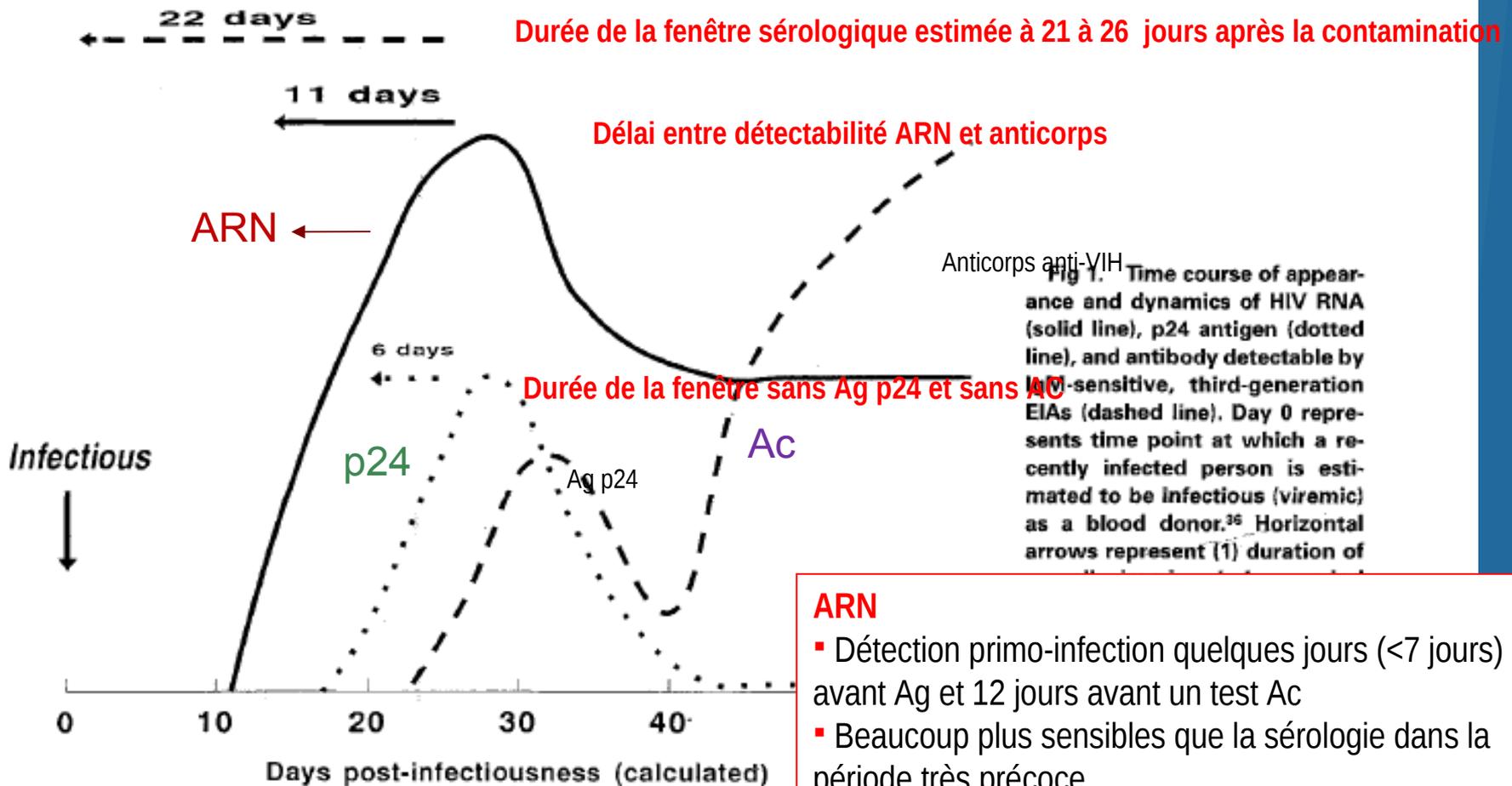
## ❷ Diagnostic Direct :



# Réponses humorales spécifiques du VIH

- La **séroconversion** survient habituellement 3 à 12 semaines après la contamination; elle est caractérisée par l'apparition quasi concomitante des anticorps spécifiques dont la production persiste en plateau jusqu'à la phase de progression de la maladie.
- Composées d'anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH:
  - Protéines d'enveloppe : gp120, gp41
  - Protéines de capsid : p24 et p 18, RT, nef, etc.

# Évolution des marqueurs au cours de la primo-infection par le VIH



## ARN

- Détection primo-infection quelques jours (<7 jours) avant Ag et 12 jours avant un test Ac
- Beaucoup plus sensibles que la sérologie dans la période très précoce
- PCR très sensibles à la variabilité du génome et nettement plus sensible à cette variabilité que les tests sérologiques.
- **ARN ne doit pas devenir un test de dépistage**

## Tests ELISA

ou EIA

1985

1986

1987

1991

1997

Actuellement  
4ème  
génération

# Techniques de dépistage des anticorps

Tests de 1ere génération : lysats de cellules infectées par VIH-1 :  
Faux négatifs, et spécificité médiocre

Tests de 2eme génération : Antigènes recombinants et peptides de  
synthèse

Tests mixtes : détection des anticorps dirigés contre le VIH-1 et VIH-2

Tests sandwich (3ème génération) :

- Sensibilité +++
- Spécificité +++

Tests combinés détectant simultanément les  
anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 et de l'antigène  
p24 (4ème génération)

# Caractéristiques d'un test de dépistage

- Simple à mettre en œuvre
- Fiable
- Reproductible (mêmes résultats chez même sujet)
- Validité : différencie sujets atteints de sujets indemnes
- Acceptable pour la population

# RESULTAT INDETERMINE OU POSITIF

## GERER L'ATTENTE DU CONTRÔLE

- Bien expliquer le dispositif
- Réduire les délais d'attente si possible
- Essayer à la fois de gérer l'angoisse et de préparer à un éventuel résultat positif
- Revoir les éventuels facteurs de risque
- Possibilité que le personne ne vienne pas chercher son résultat

# Comment rendre les résultats ?

- Expliquer les résultats (+ ou -)
- Prévoir un temps de consultation adapté pour annonce et prévoir relais pour prise en charge
- Une approche ou un suivi psychologique peuvent être nécessaires (sentiment de honte, addiction sexuelle, troubles obsessionnels..)
- Evoquer les moyens de prévention pendant le traitement et s'enquérir du partenaire
- Si DO en informer le patient
- Aborder la contraception

# Annnonce d'un résultat de test VIH : toujours importante quel que soit le résultat

- **Résultat négatif:** expliquer les délais, ne dit rien sur les partenaires non protégés, faire en sorte de rester négatif soit PREVENTION
- **Résultat indéterminé:** difficile à comprendre pour la personne; la médecine sait dire oui ou non, que cache cette incertitude?? Importance de l'histoire clinique
- **Résultat positif:** nécessité contrôle test traditionnel, gérer l'angoisse: à la fois, risque de faux positif ou résultat vraiment positif

# Annonce résultat négatif **PREVENTION (1)**

## Attention aux idées fausses :

- Les partenaires travaillant en milieu hospitalier dépistés
- Les sentiments protègent
- Les taux de transmission: risque anal le plus élevé (rapports sexuels avec des hommes et les jeunes filles voulant arriver vierges au mariage)
- Les accidents de préservatifs: utile de se protéger après
- Le test vaccin
- Le test pour 2
- Bien utiliser les préservatifs

# Annnonce résultat négatif

## PREVENTION (2)

### Savoir utiliser un préservatif

- En avoir
- NF ou norme européenne
- Ne pas les garder au chaud
- Ne pas les déchirer avec ongles ou dents en les ouvrant
- Regarder dans quel sens il se déroule
- Le mettre avant toute pénétration et non au moment de l'éjaculation
- Qu'il y ait un réservoir ou non, bien pincer le bout du préservatif pour qu'il n'y ait pas d'air
- S'il n'est pas assez lubrifié, ne pas ajouter de corps gras mais un gel spécial hydrosoluble
- Le tenir en le retirant
- (Accès au dispositif AES)

# ANNONCE D'UN RESULTAT POSITIF (1)

- Importance essentielle de la préparation au test
- **Toujours très difficile et long**
- Moment de sidération, verdict de mort, très peu d'informations entendues
- Expliquer différence entre séropositivité VIH et SIDA
- **Infection chronique** plutôt que maladie létale
- Traitement disponible et léger en terme de prises
- Possibilité d'avoir des enfants sans risque
- Longue espérance de vie
- Sauf urgence, ne pas faire d'examen clinique ce jour-là
- **Prévenir ses partenaires récents et anciens**

# ANNONCE D'UN RESULTAT POSITIF (2)

- Informer des précautions domestiques, sexuelles et toxicomaniaques
- A qui en parler
- Soutien psychologique
- Prise en charge sociale
- Si personne étrangère, accès aux soins dans son pays
- Revoir la personne, l'écouter
- Prévoir le suivi à la sortie

**TOUT CELA PAS FORCEMENT AU MOMENT DE  
L'ANNONCE**

# Les principes de la démarche de dépistage du VIH en 2012

- Démarche volontaire ou proposition sans facteur de risque en population générale
- Consentement indispensable
- Proposition systématique : grossesse, incarcération
- Le dépistage obligatoire :
  - dons de sang, lait maternel tissus et organes
  - procréation médicale assistée
  - militaires en missions hors de France
  - agressions sexuelles et si violences policiers

# Principes des TROD

- Ag d'enveloppe : VIH-1 (gp41) et VIH-2 (gp36)
- immuno-chromatographie ou filtration sur membrane
- Migration du sérum déposé sur le support
  - par capillarité en entraînant avec lui des réactifs déjà présents sur TDR
  - rencontre des antigènes déposés sur la membrane lors de la filtration du sérum

Dr Anne Dulioust

## Les TROD VIH

- INSTI

Nephrotek



- VIKIA

Biomérieux



- ORAQUICK

Orasure/Orgente



- DETERMINE

Inverness/Alere



13/12/2010

# Dépistage conventionnel et dépistage par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans situations d'urgence (2)

- Utilisation de TROD par professionnels de santé dans certaines circonstances (aide à la prescription) :
    - patient source lors d'un accident professionnel
    - accident d'exposition sexuelle : proposition aux partenaires pour aider à décision de TPE
    - pendant grossesse et travail si statut sérologique inconnu ou risque d'exposition
    - urgence diagnostique devant pathologie évoquant un sida
- Dans cet arrêté, le TROD est toujours associé à test combiné

# Arrêté du 9 novembre 2010 réglementant l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) (1)

Attention délai d'interprétation /risque à 3 mois.

## Contexte:

- Objectifs:
  - aller au devant des publics permettre aux populations les plus exposées au risque de transmission du VIH ou les plus isolées du système de soins
  - proposer une prise en charge rapide

## Où et Par qui ?

- Par des **professionnels de santé** en établissements et service de santé (mêmes catégories que ceux de l'arrêté du 28 mai 2010)
- Par des **intervenants associatifs** (professionnels de santé ou non) dans des structures de prévention ou des structures associatives impliquées en matière de prévention sanitaire à condition que la structure dispose de **l'habilitation de l'ARS.**

Dr Anne Dulioust

*Dans cet arrêté, pas d'obligation d'associer tests combiné qd TROD -*

**MERCI**