

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 32

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

par

PRIEUR SOPHIE

née le 27 décembre 1979 à Montbéliard

présentée et soutenue publiquement le 05 mai 2010

**PROMOUVOIR LE DÉPISTAGE DU VIH DANS LES PAYS DE
LA LOIRE PAR LA CRÉATION D'UN SITE INTERNET À
L'USAGE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Président du Jury : Monsieur le Professeur P. RAFFI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur J-L. ESNAULT

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	2
Table des matières.....	9
Liste des abréviations.....	11
INTRODUCTION.....	12
GÉNÉRALITÉS.....	14
I Le point sur la pandémie.....	14
A À l'échelle mondiale.....	15
B Le VIH en France.....	17
C La situation épidémiologique dans les Pays de la Loire.....	18
II Les stratégies de dépistage.....	19
A Dans le monde.....	19
B En France.....	21
1 Les CDAG.....	23
2 Les tests de dépistage rapide.....	24
3 Les laboratoires.....	25
4 Le counseling.....	26
5 Les associations de lutte contre le sida.....	27
6 La déclaration obligatoire.....	27
C Constat d'échec, changer de paradigme.....	27
III La création des COREVIH.....	28
CE QU'IL FAUT RETENIR EN 2010.....	31
I Les recommandations de l'HAS.....	31
A Octobre 2008.....	31
B Octobre 2009.....	32
II Les acteurs du dépistage.....	33
A Les CDAG.....	33
B Les tests de dépistage rapide.....	34
C Les laboratoires.....	35
D Le counseling.....	35
E Les associations de lutte contre le sida.....	36
F La déclaration obligatoire.....	37

MÉDECINE GÉNÉRALE ET VIH.....	38
I Le médecin généraliste face au VIH.....	38
II Médecine générale et dépistage.....	39
III Prérequis au projet.....	40
IV Notre projet.....	41
PROPOSITION D'UN OUTIL INTERNET.....	42
I pourquoi réaliser un site internet destiné aux professionnels?.....	42
A Pourquoi un site internet sur le sida?.....	42
B Avantages.....	43
C Limites du support.....	44
II Les caractéristiques technologiques.....	44
III Contenu scientifique.....	45
IV Présentation du site.....	45
A Accueil.....	45
B COREVIH.....	46
C Dépistage.....	46
D Épidémiologie.....	46
E Modes de transmission.....	47
F Rappels sur l'infection par le VIH.....	47
G Traitements.....	47
H AES.....	47
I Médicosocial.....	48
J Bibliographie du site.....	48
K Commentaires des MG pour faire évoluer le site.....	48
V Validation, test et mise en place.....	48
VI Évolutivité et interact.....	49
VII Évaluation.....	50
VIII Communication autour du site.....	50
IX Certification.....	50
CONCLUSION.....	52
ANNEXES.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	68

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH:	Allocation Adulte Handicapé
AES:	Accident d'Exposition au Sang
ALD:	Affection Longue Durée
ARS:	Agence Régionale de Santé
ARV :	Antirétroviral
CDAG:	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC:	Centers for Disease Control and prevention
CIDDIST:	Centre d'Information, de Dépistage, de Diagnostic des IST
CISIH:	Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
CNS:	Conseil National du Sida
COREVIH:	COordination RÉgionale de lutte contre le VIH
DDASS:	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DFA:	Départements Français d'Amérique
DREES:	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FMC:	Formation Médicale Continue
HAS:	Haute Autorité de Santé
HSH:	HomoSexuels Hommes
IF :	Inhibiteurs de Fusion
INNTI :	Inhibiteur Non Nucléosidique de le Transcriptase Inverse
INTI:	Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
INVS:	Institut de Veille Sanitaire
IP :	Inhibiteur de la Protéase
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
MDPH:	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG:	Médecins Généralistes
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PMA:	Procréation Médicalement Assistée
TME :	Transmission Mère - Enfant
TPE :	Traitement Post Exposition
REVIH-Hep:	RÉseau ville hôpital VIH-Hépatites
SIDA:	Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise
UDI:	Utilisateurs de Drogues Intraveineuses
VIH:	Virus de l'Immunodéficience Humain

INTRODUCTION

Plus de vingt ans après l'apparition du sida, et une dizaine d'années après l'arrivée des trithérapies, la question du dépistage reste d'une actualité pressante.

Les principales recommandations sur le dépistage remontent à 1988, avec la mise en place des centres de dépistage anonyme et gratuit. Le dépistage relève alors d'une démarche individuelle. A cette époque, il n'existe pas de traitement efficace, il n'y a donc pas de bénéfice personnel immédiat à connaître son statut sérologique. Au risque de se retrouver confronté à une infection au pronostic mortel, s'ajoute la crainte de stigmatisation et de rejet social. Les politiques de santé publique concentrent alors leur message sur la prévention lors des rapports homosexuels principalement, et à l'égard des usagers de drogue.

Depuis la fin des années 1990, les principes, modalités et stratégies de dépistage de l'infection par le VIH sont confrontés à un certain nombre d'évolutions, porteuses de possibles remises en question. Ces évolutions ont concerné aussi bien la prise en charge des personnes porteuses du VIH que le contexte épidémiologique du dépistage ou ses modalités techniques.

L'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques ou prophylactiques a renforcé l'intérêt d'un diagnostic précoce de l'infection en terme d'amélioration de la qualité de vie, de morbi-mortalité, et de réduction de transmissibilité du virus. On peut aujourd'hui en parler comme d'une infection chronique nécessitant un traitement à vie.

La déclaration obligatoire du sida, puis celle de la séropositivité, à partir de 2003, permettent de chiffrer l'importance des retards au diagnostic, et en 2005, on estime que 48% des personnes malades du sida ignorent leur séropositivité au moment du diagnostic du sida.

Pour une prise en charge plus précoce (médicale, psychologique et sociale), le dépistage de l'infection par le VIH doit donc faire l'objet d'une mobilisation particulière. Les actions doivent être intensifiées vers les populations ayant des comportements à risques mais il faut également penser à aborder le sujet en population générale comme le précisent les dernières recommandations de l'HAS à ce sujet. Elles sont d'ailleurs centrées sur le médecin généraliste

et insistent sur son rôle particulièrement crucial dans la prévention et le dépistage. Il demeure en effet un interlocuteur privilégié avec les patients, et est donc particulièrement concerné par cette nouvelle stratégie qui vise une meilleure connaissance du statut sérologique des français, à des fins individuelles et collectives. Ces recommandations s'inscrivent également dans le cadre des missions des COREVIH régionaux, c'est à dire information, homogénéisation et harmonisation des pratiques.

Une enquête réalisée début 2008 auprès des médecins généralistes de la communauté urbaine de Nantes révèle une demande d'information sur le VIH et son dépistage, ainsi qu'un renforcement du lien ville-hôpital.

C'est donc dans ce contexte de remaniement du dépistage, et pour répondre à leur demande, qu'avec l'aide du COREVIH, nous avons proposé un site internet destiné aux médecins généralistes des Pays de la Loire, région française qui réalise le moins de sérologies VIH.

Celui-ci met à leur disposition un outil leur expliquant le dépistage et ses nouvelles modalités, ainsi que la marche à suivre en cas de découverte de séropositivité. S'y ajoutent des informations sur les données épidémiologiques actuelles du VIH, la clinique, ses thérapeutiques, leur évolution et quelques aides concernant sa prise en charge médico-sociale.

Une fois validé par le COREVIH et évalué par un panel de médecins généralistes, il pourra être mis en ligne et sera accessible depuis le site du COREVIH, par l'intermédiaire d'un code, à l'adresse suivante: <http://www.corevih-pdl.fr/depistage/>

GÉNÉRALITÉS

I. Le point sur la pandémie

C'est en 1981 que le CDC d'Atlanta décrit les premiers cas de pneumocystoses puis de sarcomes de Kaposi liés à un déficit immunitaire grave chez de jeunes homosexuels [1].

Des cas similaires avaient déjà été observés en France et aux États Unis dès la fin des années 70. Un agent infectieux transmis par voie sexuelle est alors fortement suspecté.

Cette affection est d'abord connue sous le nom de GRID (Gay-related immune deficiency) aux États-Unis [2] ou «gay syndrome», avant d'adopter l'appellation SIDA en juillet 1982 devant l'atteinte non exclusive des homosexuels [3]. On la considère alors comme la maladie des quatre «H» (Homosexuels, Haïtiens, Héroïnomanes, Hémophiles») et une citoyenne américaine déclare, « cette maladie affecte des homosexuels, des drogués ,des haïtiens, des hémophiles, grâce à Dieu, elle ne s'est pas encore propagée parmi les êtres humains » ...illustrant bien le climat de l'époque. [4]

En 1983, les Pr Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi de l'Institut Pasteur de Paris parviennent à isoler l'agent responsable qui sera ultérieurement nommé Virus de l'Immunodéficience Humaine ou HIV [5]. Le VIH 1, responsable de plus de 98% des infections VIH dans le monde est le premier identifié, puis le VIH 2 en 1986.

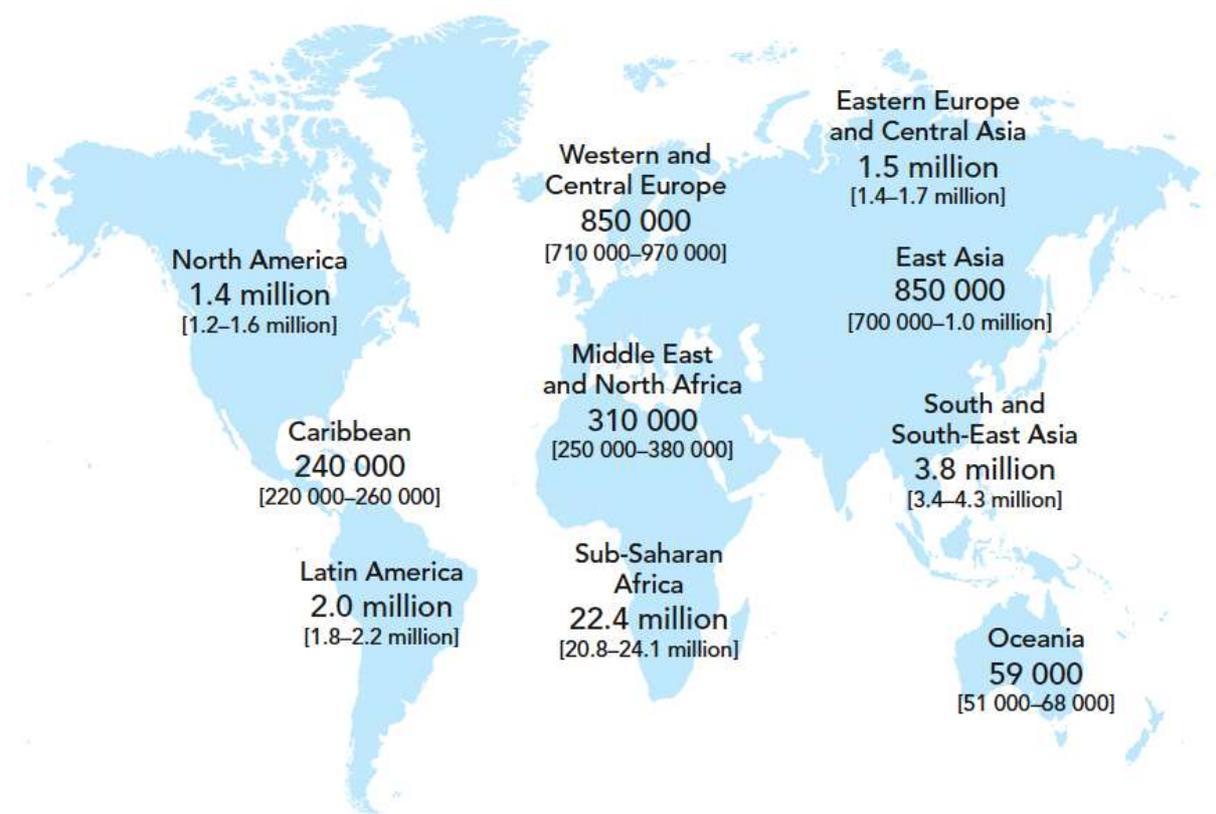
Rapidement, les modes de transmission se précisent et les premiers tests de dépistage ELISA apparaissent en 1985 alors que l'épidémie explose dans un contexte de libération sexuelle, d'augmentation de la toxicomanie intraveineuse, de développement des transports internationaux et des transfusions sanguines.

En 1987, apparaît l'AZT, premier composé antirétroviral, suivi des trithérapies en 1996.

Bien que très lourds initialement, les schémas thérapeutiques se modifient, les effets indésirables sont réduits, et leur efficacité est grandissante jusqu'à rendre le virus indétectable.

Malgré cette avancée, c'est une véritable pandémie qui touche la planète avec près de 30 millions de morts et 33,4 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde en 2008. [6]

Figure 1 - Adults and children estimated to be living with HIV, 2008 :
33.4 million [31.1–35.8 million] [6]



A. A l'échelle mondiale [6]

La pandémie du SIDA est la plus grave de notre époque contemporaine, et n'est actuellement toujours pas maîtrisée. Elle constitue une catastrophe sanitaire sans précédent dans les pays en développement.

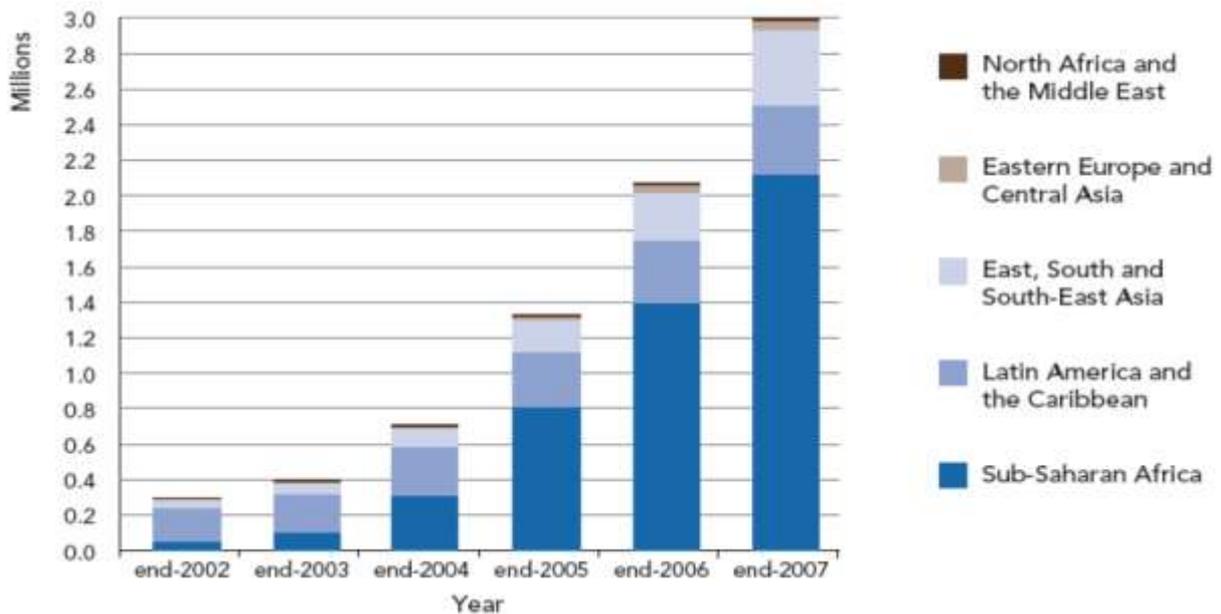
Le nombre de patients vivants avec le VIH augmente chaque année, jusqu'à atteindre **33,4 millions en 2008**, dont 47% de femmes, et 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans.

Malgré une diminution du nombre annuel de nouvelles infections et les messages de prévention, **2,7 millions de personnes sont nouvellement infectés en 2008**, soit environ 7000 par jour. Les décès se montent à 2 millions en 2008 dont 280000 enfants.

L’afrique sub-saharienne reste la région la plus touchée du globe. On y trouve 2/3 des personnes séropositives, 2/3 des nouvelles infections, et 3/4 des décès dans le monde.

Il existe tout de même une petite diminution de la mortalité traduisant un meilleur accès au dépistage et aux soins dans les pays en voie de développement, mais il reste insuffisant malgré l’urgence actuelle, en particulier en Afrique sub saharienne où le sida demeure la principale cause de mortalité des adultes.

Figure 2 - Nombre de personnes traitées par antirétroviraux dans les pays en voie de développement [7]



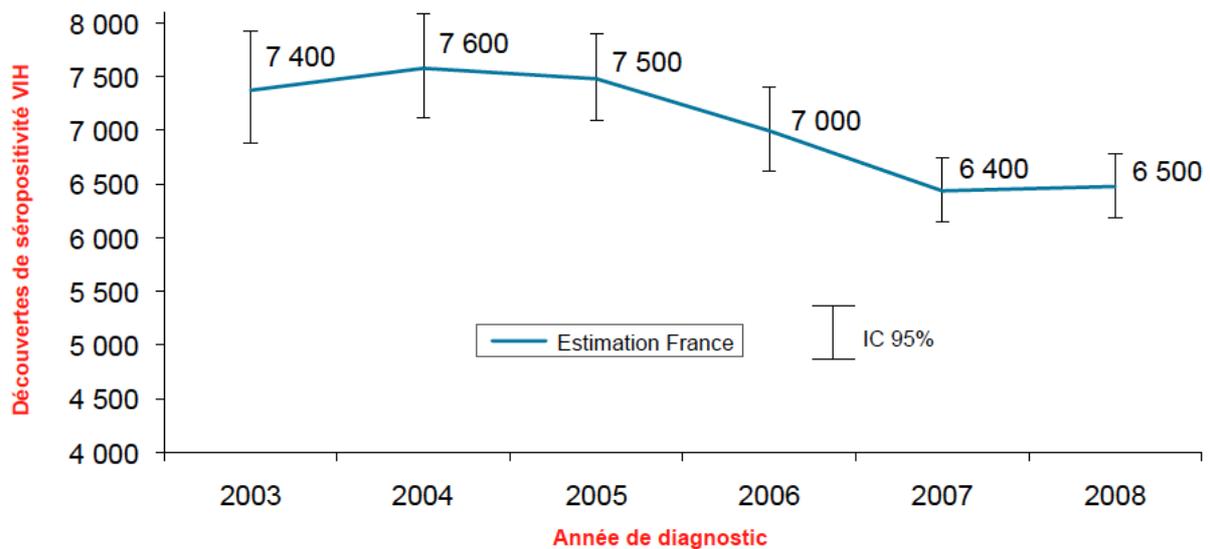
B. Le VIH en France [8][9][10]

L'épidémie s'est ralentie mais continue, et la prévalence de l'infection par le VIH est estimée de **113000 à 141000** personnes atteintes en 2007. [11]

Les français sont dépistés en moyenne à hauteur de **5 millions de sérologies par an**, ce qui nous place au second rang des pays d'Europe de l'Ouest, derrière l'Autriche en 2006.

Cela représente **77%o habitants testés** en 2008 et on estime à **6500** le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité.

Figure 3 - Estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH par année de diagnostic, France - Données au 31/12/2008 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration [8]



Certaines régions sont plus touchées que d'autres, notamment les DOM-TOM, la Guyane en tête avec un taux de découverte de 1146/million d'habitants, et en France métropolitaine, l'Île-de-France (265 cas/million d'habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Alsace, et Midi-Pyrénées (de 83 à 71/million d'habitants).

Quant aux diagnostics de sida, bien qu'en constante diminution depuis une dizaine d'années, ils se stabilisent à **1550** en 2008. La contamination par rapports hétérosexuels y prédomine à 64%.

En tout, cela représente environ 90000 patients suivis, dont 1700 décèdent par an.

L'activité de dépistage se stabilise donc de façon préoccupante, en terme de nombre de sérologies réalisées, de découvertes de séropositivité VIH et de nouveaux cas de sida alors que les données épidémiologiques sont inquiétantes: **[12]**

- d'une part, le nombre de séropositivités découvertes chez les HSH augmente, ce qui traduit un accroissement des comportements à risque et un relâchement des attitudes de prévention,
- d'autre part on estime qu'un tiers des personnes séropositives en France l'ignorent, soit **36000** personnes. Chez elles, les conduites préventives sont de fait plus rares,
- de plus le dépistage reste tardif puisque 50% des découvertes se font à moins de 350 CD4/mm³, presque un tiers à moins de 200/mm³ et que **13%** se font au stade sida. En 2005, 48% des personnes malades du sida ignorent leur séropositivité au moment du diagnostic du sida **[13]**,
- les personnes de nationalité étrangère sont toujours plus touchées par le virus et, dans 71% des cas, leur nationalité est celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne. Ce chiffre s'explique par la progression de l'infection en Afrique, où la contamination hétérosexuelle et materno-foetale est très élevée.

C. La situation épidémiologique dans les Pays de la Loire [14]

Le taux de recours au dépistage en Pays de la Loire (**51‰ habitants**), très inférieur à la moyenne nationale (77‰ habitants), **est le plus faible de France Métropolitaine.**

Néanmoins, le dépistage y semble plus ciblé et plus précoce.

Ainsi, **194** séropositivités ont été découvertes en 2008, classant les Pays de la Loire au **9° rang des régions les plus touchées de France métropolitaine.**

Cette évolution peu favorable est liée à la situation en Loire-Atlantique, département le plus touché de la région avec un taux de découverte de séropositivité en constante augmentation

depuis 2004.

En ce qui concerne les nouveaux cas de sida, les Pays de la Loire se situent au **17° rang des régions les plus touchées**, avec 31 nouveaux cas en 2008.

Les proportions de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne, de femmes et de contaminations hétérosexuelles qui étaient en augmentation depuis le début de l'épidémie semblent se stabiliser. Ceci s'explique essentiellement par une proportion des contaminations par rapports homosexuels plus importante dans la région (61%) qu'au niveau national (37%) pour les hommes, bien que, de manière générale, les modes de contamination les plus fréquents restent les rapports hétérosexuels.

Le dépistage y est également trop tardif, mais une évolution semble se dessiner, comme au niveau national, vers un diagnostic plus fréquent à un stade asymptomatique (63%).

Dans la région, la part de patients de nationalité étrangère ayant découvert leur séropositivité est inférieure à la moyenne nationale (22% vs 39% en France métropolitaine).

En tout, ce sont près de 2800 séropositifs ou sidéens qui sont suivis dans les établissements de santé ligériens en 2008.

II. Les Stratégies de dépistage

A. dans le monde

La stratégie de dépistage du VIH/sida, mise en place dans les années 80, constitue une rupture avec les techniques classiques du contrôle sanitaire des maladies infectieuses, puisque moins interventionniste, et en faveur d'une prévention basée sur la responsabilisation individuelle et d'un dépistage volontaire avec recueil du consentement du patient, conseil et respect de la confidentialité. [15]

Cette conception du dépistage était alors justifiée par: [16]

- les risques de stigmatisation, de discrimination et même parfois de violences à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/Sida,
- les bénéfices individuels limités du dépistage en l'absence de traitement efficace.

Ces principes illustrent ce que certains ont qualifié d' « exceptionnalisme » du VIH/Sida, c'est à dire une approche largement dérogoire du cadre général du contrôle des maladies transmissibles, très protectrice des droits de l'individu.

Or elle ne permet plus aujourd'hui de répondre aux besoins en matière de diagnostic, de traitement et de contrôle de l'infection par le VIH. Non seulement elle échoue à identifier de façon précoce les personnes infectées qui pourraient bénéficier d'un traitement antirétroviral, mais elle pourrait perpétuer la stigmatisation associée au VIH en centrant le dépistage autour de la notion de comportement à risque.[16]

Il s'agit, selon De Cock, de « considérer désormais le VIH/Sida comme les autres maladies chroniques infectieuses pour lesquelles un diagnostic précoce est essentiel afin de délivrer des thérapeutiques et des mesures préventives appropriées, dans le respect du consentement éclairé et de la confidentialité ».[17]

L'idée d'un dépistage en routine proposé dans des structures d'offres de soins variées, émerge[18][19]. Ce changement de paradigme en matière de dépistage de l'infection par le VIH a d'ailleurs été progressivement intégré au niveau international.

L'OMS a infléchi sa position sur le dépistage dans le sens de la systématique dès 2004. Elle s'est ainsi prononcée en faveur d'une politique d'offre au dépistage en routine dans les pays en développement confrontés à une forte prévalence d'infection par le VIH et disposant d'un accès aux traitements antirétroviraux [20]. Et plus récemment, en 2007, elle a produit de nouvelles recommandations à l'intention des professionnels de santé dans les structures de soins, proposant la mise en place de stratégies « opt-out » [21]. Le patient demeure libre de refuser mais ce n'est plus lui qui sollicite, le counseling pré-test est alors transformé en un recueil de consentement, l'essentiel du travail de prévention étant confié aux entretiens post-test.

Aux USA, les CDC ont révisé leurs recommandations en matière de dépistage dès 2006: il est désormais recommandé pour les patients dans toutes les structures d'offres de soins après notification que le test sera réalisé sauf si le patient s'y oppose (« opt-out screening »), le consentement général aux soins étant considéré comme suffisant. [22]

En France, celles du CNS de décembre 2006 s'accordent à dire que le modèle de dépistage mis en place au début de l'épidémie ne correspond plus aux besoins, ni aux techniques nouvelles. [13]

B. en France

Les premiers tests de sérodiagnostics apparus en 1985 ont permis de sécuriser les dons de sang [23], puis les dons d'organes en 1987 [24], la procréation médicalement assistée et les militaires en mission à l'étranger. Il n'est proposé de façon systématique qu'aux femmes enceintes et aux personnes incarcérées. Pour toute autre circonstance, les pouvoirs publics se sont prononcés contre tout dépistage systématique.

Depuis 20 ans, en France comme ailleurs, le dépistage est conçu comme un acte médico-social et éducatif visant la responsabilisation individuelle fondée sur l'information plutôt que la contrainte. Son efficacité repose donc sur la modification volontaire des comportements des personnes infectées et appartenant aux groupes à risque. Le dépistage n'est autorisé qu'à la demande de la personne ou avec son accord [25]. La circulaire DGS/PGE/1C du 28 octobre 1987 a même exclu « la généralisation du test à l'ensemble des malades » hospitalisés dans les établissements de santé.

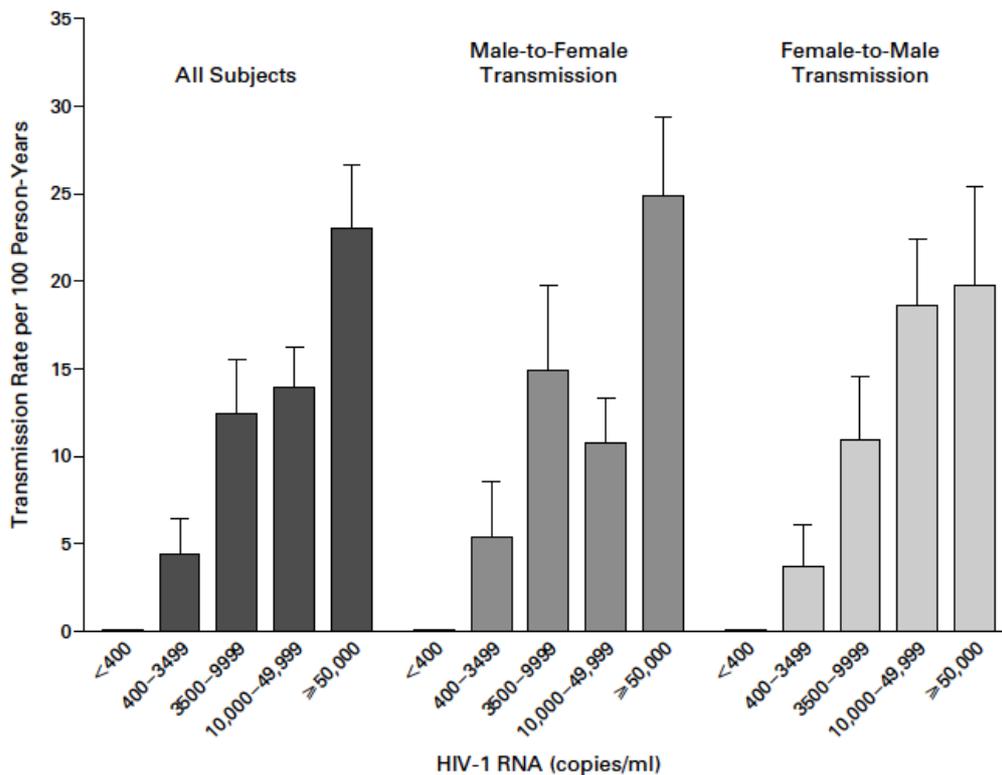
La question d'une refonte de la stratégie du VIH se pose aujourd'hui en France. Elle est alimentée par le constat de dépistages réalisés trop tardivement et par les mutations proposées aux États Unis [26][27][28], et s'oriente vers un test proposé de façon plus routinière et l'utilisation des tests rapides. [29]

En effet, depuis 1996, l'introduction des multithérapies antirétrovirales a modifié la progression de la maladie en diminuant les taux d'infections opportunistes, d'hospitalisation et de mortalité. Il devient donc essentiel de faire un diagnostic le plus précoce possible de l'infection pour 2 raisons:

- Au niveau individuel , il permet la mise en oeuvre précoce d'interventions thérapeutiques ou prophylactiques réduisant la morbi-mortalité, la prise en charge précoce adaptée chez la femme enceinte séropositive afin de réduire le risque de transmission verticale materno-foetale, de proposer une prophylaxie des infections opportunistes ou certaines vaccinations, et favorise des comportements de prévention [30],
- Au niveau collectif , on cherche à limiter la propagation de l'épidémie par la responsabilisation des personnes porteuses du VIH dont on peut espérer une modification des comportements à risque [31], de plus la réduction de la charge virale obtenue par un traitement antirétroviral efficace est associée à une diminution de

l'infectivité. [32][33]

Figure 4 - Mean rate of heterosexual transmission of HIV-1 among 415 couples, according to the sex and the serum HIV-1 RNA level of the HIV-1-positive partner [32]



De plus, si l'on considère l'aspect financier, plusieurs études «coût-efficacité» américaines et canadiennes ont démontré le bénéfice d'un dépistage de routine dans la population générale en permettant, à un coût raisonnable, d'améliorer la survie des personnes infectées et de réduire le taux de nouvelles contaminations.[34][35][36]

En 2006, le CNS a également élaboré des recommandations autour de 5 axes, afin d'identifier plus précocement les personnes ignorant leur contamination: [13]

- élargissement du dépistage: dans les régions à forte prévalence (à toute la population sexuellement active, lors de toute consultation médicale), aux HSH, dans l'offre globale d'un bilan de santé, associés au dépistage des hépatites, au moment de l'incarcération... mais toujours avec l'accord du patient

- rôle des CDAG

- questions d'anonymat
- évolution du counseling
- recours aux TDR sanguins

Ces recommandations visent à élargir l'offre de dépistage, jugée insuffisante, et à la banaliser. Pour cela, il recommande de former les médecins généralistes à la proposition du dépistage, à la réalisation du TDR et au rendu du test.

A cette époque, le dispositif de dépistage est le suivant:

1. Les CDAG

Dispositif mis en place par le ministère de la Santé, à partir de 1988 en France, au niveau de chaque département afin de faciliter l'accès au dépistage en supprimant les barrières liées au coût et au risque de non-confidentialité des résultats [37]. Les CDAG sont implantés dans des établissements de santé ou des dispensaires. Certains disposent d'antennes, en particulier dans les prisons. [38]

Leurs missions concernent « l'aide à l'adoption d'attitudes personnelles de prévention, le diagnostic, l'accompagnement vers une prise en charge adaptée et le soutien dans le maintien d'attitudes préventives au long cours pour les personnes atteintes », et doivent être effectuées par une équipe pluridisciplinaire. De même, leurs actions doivent s'articuler avec les partenaires locaux, en particulier les médecins généralistes. [39]

En 2006, il en existe 307 en France et représentent environ 8% du total des sérologies réalisées en 2006, et 11% des sérologies positives. [40]

9 sont localisées dans les Pays de la Loire et sont responsables de 11% des tests VIH de la région [14]. Le consultant y reçoit un numéro et reste donc anonyme. Le dépistage y est gratuit et les résultats lui sont transmis sous 8 jours par un médecin.

Ces consultations trouvent leurs limites à plusieurs niveaux:

- la population les fréquentant entre 2000 et 2004 est jeune, 51% ont moins de 25 ans, et déclare plus de comportements sexuels à risque (multipartenariat et usage non systématique du préservatif) que la population générale, or il apparaît nécessaire de renforcer le dépistage dans les générations plus âgées et en particulier dans les populations ne se considérant pas à risque: les français hétérosexuels, les « seniors », les

personnes mariées avec enfants, sans pratique du multipartenariat, les divorcés, séparés ou veufs, qui sont susceptibles d'entamer de nouvelles relations sexuelles... car encore une fois, les dépistages tardifs surviennent chez des patients n'imaginant pas pouvoir être contaminés,

- leurs horaires sont souvent restreints,
- la nécessité de se rendre dans un hôpital,
- toutes les zones ne sont pas couvertes par manque de subventions adaptées et de personnels motivés. [12]

2. Les tests de dépistage rapide [41]

Il s'agit de tests unitaires, à lecture subjective, de réalisation simple et fournissant un résultat en moins de 30 minutes généralement. Ils peuvent être réalisés sur sang total, salive, sérum et plasma en fonction de la (des) matrice(s) revendiquée(s) par le fabricant pour son produit.

La plupart d'entre eux disposent d'un processus de contrôle interne (en général sous la forme d'un anticorps dirigé contre une IgG humaine) permettant d'assurer la validation du processus de réalisation du test.

Les plus récents permettent de détecter les anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. Certains peuvent aussi différencier les deux types de virus, en revanche, ils ne détectent pas l'Antigène p24.

Ces tests ont fait l'objet de développements dans le cadre du dépistage de l'infection par le VIH, en marge des tests ELISA, mais bien que leur utilisation ait été encouragée par l'OMS dès le début des années 1990, notamment dans les pays à faibles ressources, leur apparition sur le marché des pays développés est relativement récente.

Et en 2007, en France, les TDR du VIH ne sont utilisés que dans le cadre des laboratoires de biologie.

3. Les laboratoires

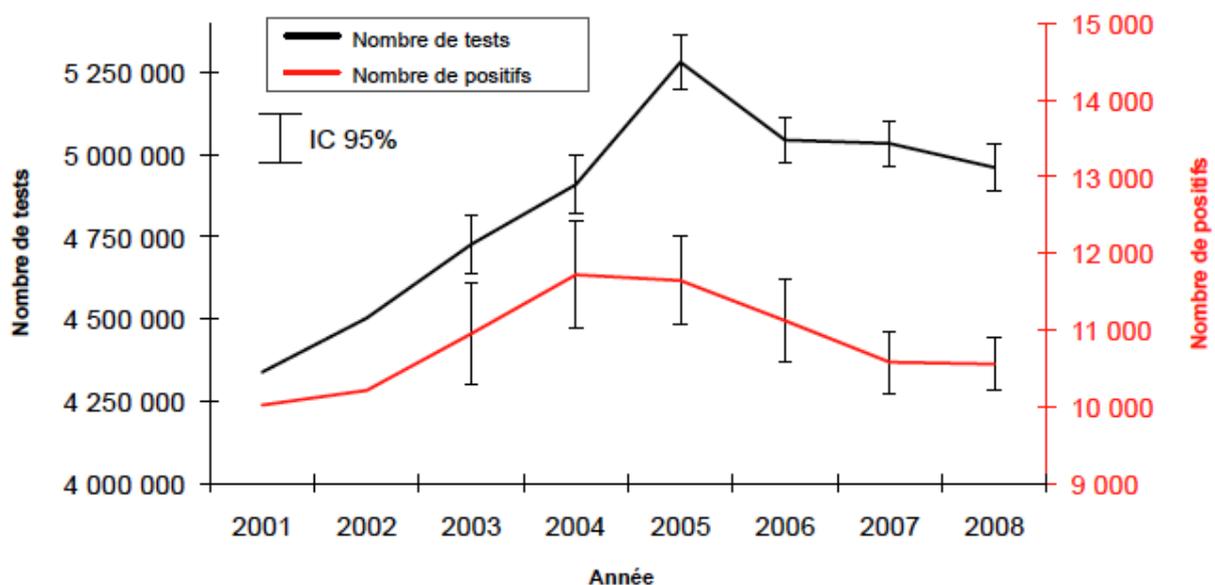
Le réseau LaboVIH surveille l'activité de dépistage du VIH et regroupe environ 4300 laboratoires d'analyse de biologie médicale de ville et hospitaliers. [42]

Il montre que le nombre de tests VIH réalisés par année a diminué depuis 2005, année de déclaration du VIH/sida «grande cause nationale», et a maintenant tendance à se stabiliser. En 2008, 4,96 millions de tests ont été effectués, dont 8% dans les CDAG. [8]

10600 sont confirmées positives dont 12% réalisées en CDAG, c'est à dire 2,1‰ sérologies positives. (3,5‰ dans les CDAG).

Bien sur, ces sérologies confirmées positives ne correspondent pas toutes à des découvertes de séropositivité puisqu'elles incluent des sérologies faites plusieurs fois pour la même personne dans des laboratoires différents.

Figure 5 - Sérologies VIH réalisées et sérologies confirmées positives, France, 2001- 2008 [8]



4. Le counseling

Stratégie préventive apparue dans les années 1990, le counseling consiste à aider une personne à comprendre et à résoudre un problème (information et conseil). L'objectif est ici d'évaluer sa demande pour l'aider à envisager le changement suite au test. [43]

Cette aide doit commencer dès l'accueil des personnes qui viennent se faire dépister, et doit être renforcée dans le cadre de consultations liées à une prise de risque, un changement de vie sexuelle, de rupture, ou de prescription de contraceptif.

On définit 2 temps de counseling, chacun impliquant d'avoir suffisamment de temps pour permettre au patient et au médecin de s'exprimer:

- pré-test: l'objectif est de permettre un consentement éclairé au dépistage et la compréhension par le consultant du processus de dépistage. Les éléments d'information classiques sont développés (préservatif et son utilisation, relations du patient, différences de risques selon les pratiques...),
- post-test: permet d'expliquer les résultats, qu'ils soient positifs ou négatifs. En cas de test négatif, cela doit être l'occasion d'inscrire le consultant dans un processus de prévention et de réduction des risques. En cas de test positif, il est important de prévoir un temps de consultation adapté pour l'annonce du diagnostic et des relais spécialisés pour la prise en charge spécialisée et le suivi, une approche ou un suivi psychologique peut être nécessaire. Enfin, il faut s'enquérir du(des) partenaire(s).

La consultation de dépistage est un moment propice pour aborder la vie affective et sexuelle de la personne, pour faire le point sur les pratiques, les risques et discuter des moyens de prévention les plus adaptés. Elle peut être l'occasion d'évaluer les capacités du patient à s'approprier des moyens de prévention et à les proposer dans les relations amoureuses et sexuelles (personnes séropositives notamment), et d'identifier des déterminants de vulnérabilité (langue, culture, prostitution, facteurs psychiques, pratiques à risques...).

5. Les associations de lutte contre le Sida

C'est grâce aux associations que les malades ont été pris en compte, et qu'ils sont aujourd'hui au centre de dispositifs faits de médecins, de travailleurs sociaux et de psychologues.

Leurs actions ont évolué depuis 20 ans, toujours dans l'optique de faire avancer les choses.

Elles n'étaient, jusqu'à présent, pas habilitées au dépistage et concentraient donc leurs actions sur l'écoute, le soutien, la communication, et la défense des populations touchées par le sida.

Leur rôle est décisif, tant en manière d'accompagnement psychologique et social des personnes séropositives et de leurs familles, qu'en matière de prévention (distribution de préservatifs, contact auprès des populations à risque, campagnes d'information...)

6. La déclaration obligatoire

Le VIH, quel qu'en soit le stade est une maladie à déclaration obligatoire chez l'adolescent de 13 ans et plus et l'adulte, depuis avril 2002 [44]. La déclaration anonymisée à la DDASS est obligatoire pour le médecin et le biologiste depuis 2003. Tout biologiste découvrant une sérologie VIH positive doit le déclarer, le clinicien devant compléter la procédure, en faisant la part, si possible, entre les sérologies VIH positives déjà connues et les primo-découvertes.

Elle semble de plus en plus exhaustive et est estimée à 71% en 2008. [45]

De même, la notification des cas de sida est obligatoire depuis 1986. Or pour la période 2004-2006, la sous déclaration est estimée à la hausse à 34%. [46]

C. Constat d'échec, changer le paradigme

La France est un des pays où se font le plus de tests de dépistage: plus de 5 millions par an, dont les trois quarts sont réalisés par les laboratoires de ville. [10]

Malgré cela, on observe non seulement la persistance de l'épidémie de VIH mais également un nombre constant de nouveaux cas d'infection chaque année.

Il persiste un retard au dépistage, et donc un accès aux soins à un stade trop avancé de la maladie, ce qui est de mauvais pronostic puisqu'à l'origine d'une surmortalité. Lors des 6 premiers mois le risque de mortalité est 14 fois supérieur. Et ce risque reste supérieur pendant 6 ans, même si celui-ci est décroissant et ce malgré l'efficacité des antirétroviraux. [13]

Aujourd'hui, les gens qui développent un sida sont ceux qui n'ont pas été dépistés.

Ce retard au dépistage se reflète également dans la prévalence de l'infection par le VIH non diagnostiquée puisqu'on estime en moyenne que **40000 personnes infectées ignorent leur séropositivité en France.** [13]

Parmi ces personnes qui ignorent leur séropositivité, il y a celles qui n'imaginent même pas avoir pu être contaminées, et celles qui ne veulent rien en savoir, malgré d'éventuelles pratiques sexuelles à risque. Il faut lutter contre ces deux « aveuglements » à l'origine d'une prise en charge trop tardive, tout en gardant à l'esprit la prévention. [47]

En outre, qui dit dépistage tardif dit méconnaissance de sa séropositivité par le patient, qui peut transmettre la maladie aux autres; en terme de santé publique, il y a un effet de réservoir de contamination. [25]

Rotheram-Borus et al. ont ainsi proposé cinq objectifs à atteindre pour un dépistage efficace: [49]

- accroître le nombre de personnes à haut risque qui sont dépistées,
- diminuer le délai entre la contamination et la détection de l'infection,
- augmenter l'acceptabilité du dépistage,
- augmenter la proportion de personnes testées recevant leurs résultats,
- augmenter la proportion de personnes dépistées positives qui bénéficient d'une prise en charge.

III. La création des COREVIH

Le COREVIH est une organisation territoriale de référence pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients infectés par le VIH et à la lutte contre l'infection à VIH en général.

Son instauration en 2005 correspond à une évolution du dispositif des CISIH afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques et au contexte actuels de l'épidémie. [49]

Il en existe 28 en France qui sont composés de 30 membres au total, élus pour un mandat de 4 ans renouvelable. Ils sont pluridisciplinaires et regroupent des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico sociaux, des professionnels de santé et de l'action sociale, des malades et des usagers du système de santé, et des personnes qualifiées.

Trois missions sont mises en avant:

- favoriser la coordination des professionnels de soin, de l'expertise clinique, paraclinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé,
- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'**harmonisation des pratiques**
- procéder à l'analyse des données médicoépidémiologiques

Les COREVIH doivent établir un rapport d'activité chaque année (décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005). Ce rapport est mis à la disposition de l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre le VIH dans le territoire de référence du COREVIH. Il est destiné aux ARS, services déconcentrés, autorités de tutelle du territoire concerné et permet de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis.

Autrement dit, ils sont au centre de la problématique actuelle et sont chargés de communiquer avec les autres professionnels de santé et associations, afin de faire connaître les nouvelles stratégies de dépistage. L'homogénéisation des pratiques devient primordiale.

Le COREVIH des Pays de la Loire

Le Corevih des Pays de la Loire a pour siège d'implantation le centre hospitalier universitaire de Nantes et pour territoire de référence la région Pays de la Loire.

Sa création date de début 2008, de même que la constitution du bureau. Le Président actuel étant le Dr Éric Billaud, et la coordinatrice Melle Audrey Blatier.

6 commissions sont mises en place:

- dépistage
- AES
- bilan des structures
- éducation thérapeutique et qualité de vie
- communication
- e-nadis

Leur site internet est crée en 2010: <http://www.corevih-pdl.fr>

CE QU'IL FAUT RETENIR EN 2010

C'est dans ce contexte de défaillance du système, associant un retard ou une absence de dépistage alors que les thérapies antirétrovirales se montrent de plus en plus efficaces, qu'émergent de nouvelles recommandations sur les modalités du dépistage et du diagnostic biologique de l'infection par le VIH.

I. LES RECOMMANDATIONS DE L'HAS

A. Octobre 2008

Dans un premier temps, en Octobre 2008, l'HAS a recommandé de supprimer l'obligation de réaliser l'analyse de dépistage par deux techniques différentes, et de les remplacer par un test combiné détectant les anticorps anti-HIV-1 et anti-HIV-2 et l'antigène p24, toujours à confirmer en cas de positivité. Elle recommande par ailleurs la mise en place de projets évaluant l'offre de TDR en situation d'urgence et auprès des populations insuffisamment touchées par le modèle classique de dépistage . Ces mesures ont pour but de faciliter le dépistage afin de pouvoir le proposer au plus grand nombre. [50]

Dans cette perspective de l'utilisation d'une seule technique dans le cadre de l'analyse de dépistage, le recours à un test ELISA combiné dit de 4^o génération apparaît comme un choix pertinent, au regard de ses performances actuelles. Il convient néanmoins de ne pas méconnaître les limites de ce type de technique, en particulier face à des sous-types viraux rares, et les situations spécifiques sur le plan virologique qui pourront nécessiter un contrôle sérologique à 3 mois ou au delà, selon l'appréciation du médecin prescripteur en liaison avec le biologiste. [51]

Ces dernières générations de tests sont caractérisées par une amélioration de la sensibilité de détection de l'infection précoce par le VIH, quelque soit la souche virale (même s'ils peuvent être pris en défaut par des variants du groupe O et le VIH-2), ils ont en effet été conçus pour détecter les anticorps anti-VIH et l'antigène p24 de façon simultanée, améliorant ainsi la sensibilité au cours de la phase de séroconversion. Leur seuil de détection de l'Ag p24 doit être au moins équivalent au seuil minimal requis par la réglementation européenne en vigueur

pour les tests de détection de l'Ag p24 seul. [52]

La fenêtre sérologique est ainsi réduite et peut être estimée, pour ces réactifs, entre 24,5 et 26 jours après la contamination (en tenant compte d'une phase initiale d'une durée moyenne de 11 jours après le contage au cours de laquelle la réplication du VIH est limitée aux muqueuses et aux tissus lymphatiques)[53]. Dans ces conditions, un résultat négatif de l'analyse de dépistage 6 semaines après l'exposition pourra être considéré comme excluant une infection par le VIH lors de cette exposition, en l'absence de signes cliniques évocateurs d'une primo-infection ou d'un contexte particulier.

Le maintien du double prélèvement afin d'établir le diagnostic définitif d'une infection par le VIH ne semble pas devoir être remis en question, dès lors qu'il s'agit d'une règle de prudence permettant d'écartier toute erreur d'étiquetage ou de manipulation. L'analyse de confirmation, par western blot ou immuno blot, devra être réalisée sur le prélèvement initial afin de permettre une orientation diagnostique rapide et la différenciation des infections dues au VIH-1 et au VIH-2. Sur le second prélèvement il est recommandé de pratiquer une nouvelle analyse de dépistage (avec le réactif utilisé initialement ou un autre).

B. Octobre 2009

Puis, en octobre 2009, il est recommandé de proposer un test à tout usager du système de soins (15-70 ans), parallèlement au maintien et au renforcement d'un dépistage ciblé et régulier des populations à risque (HSH, migrants, population des DFA, femmes en situation de vulnérabilité) et des femmes enceintes (1ère consultation prénatale, au cours du 3ème trimestre si exposition aux risques et au futur père au 4ème mois). Le patient est informé du fait que le test, dont le résultat est confidentiel, est proposé à tous les patients, et est parfaitement libre de le refuser. [54]

Ainsi, proposer le dépistage au tout venant permet de lutter contre la stigmatisation et de mieux travailler en direction des populations à risque.

Les médecins généralistes sont donc ici largement sollicités étant donnée leur position centrale dans le dispositif de dépistage.

En résumé, 3 objectifs sont à remplir pour permettre un accès à un traitement plus précoce et à

des soins optimaux:

1. élargir l'offre de dépistage en mobilisant les généralistes, et d'une manière plus générale, en proposant le test dans toutes les structures de prise en charge de la vulnérabilité, et éventuellement envisager des actions décentralisées en partenariat avec les milieux associatifs,
2. banaliser le dépistage et simplifier sa réalisation avec les TDR,
3. améliorer les pratiques, former les médecins au diagnostic de la primo-infection, au dépistage, et à l'annonce de la séropositivité.

Le dépistage doit donc être intensifié parallèlement au maintien de la politique de prévention. Pour y parvenir, les tests de dépistage rapide sont mis en avant, le counseling est modifié, et plusieurs catégories d'intervenants sont sollicités. On part du principe que lever le doute sur une séropositivité étant une démarche anxigène, il est, pour beaucoup, plus aisé d'accepter un test plutôt que d'en faire la demande.

II. Les acteurs du dépistage

A. Les CDAG

Leur participation au dépistage doit être intensifiée par divers moyens:

- renforcer leur capacité à accueillir les populations à fort risque d'exposition,
- orienter leur activité vers les populations en situation de difficultés d'accès aux soins,
- leur permettre de proposer l'accès au traitement prophylactique post-exposition,
- les financer en fonction des besoins et selon les objectifs fixés localement,
- élargir les horaires d'ouverture dans les zones à haute prévalence,
- rendre possible la levée d'anonymat lors de la consultation médicale pour favoriser l'accompagnement dans le parcours de soin.

B. Les tests de dépistage rapide

Leur recours ne vise pas à concurrencer ou remplacer les dispositifs traditionnels de dépistage mais plutôt à constituer une offre de dépistage complémentaire dont on considère qu'elle peut se révéler plus adaptée pour certains. Pour cela, ils doivent être diffusés, et le CNS propose de rendre possible leur réalisation par le personnel médical ou par délégation de tâches après validation des compétences.

En effet, leur plus large utilisation pourrait offrir certains avantages: [40][41][55]

- suppression de l'angoisse, souvent insupportable, générée par le temps d'attente du résultat,
- récupération plus importante des résultats puisqu'il se fait au sein de la même consultation,
- simplicité d'utilisation qui offre l'opportunité de toucher des populations particulièrement à risque (HSH, populations précaires, marginalisés, hors du système de santé, sans droit ouvert à la sécurité sociale...) et éventuellement par des professionnels non-médecins (offre exclusivement médicalisée à l'heure actuelle),
- meilleure acceptabilité qu'une prise de sang,
- **rapidité de résultat en cas d'urgence**: accouchement, pathologie aigüe évocatrice du stade SIDA, AES (permettant la réduction de TPE non justifiés)...
- possibilité d'un dépistage « hors les murs » (locaux d'associations ou dispositifs mobiles),

Au total, les recommandations recensées au niveau international et publiées depuis 2000 reconnaissent toutes les bénéfices potentiels de l'utilisation des TDR, dans l'objectif notamment d'améliorer le diagnostic précoce de cette infection et de réduire les barrières au dépistage. Leur utilisation sur les lieux de soins, **cabinets médicaux**, CDAG, associations médicales humanitaires, est à l'étude. Des expérimentations sont actuellement en place dans certains services d'urgences d'hôpitaux parisiens ou provinciaux et CDAG.

A noter tout de même que ces tests rapides connaissent des limites quant à leur sensibilité, bien qu'elle soit en augmentation, surtout lors des phases précoces de l'infection et sur les variants non-B [56]. De même, leur spécificité est inférieure au test Elisa, ce qui le rend indispensable en cas de test positif. Malgré cela, ils restent intéressants car permettent d'atteindre les individus qui ne se font pas dépister ou pas suffisamment par rapport à leur exposition au risque.

Ils attendent de figurer à la nomenclature de la sécurité sociale, et ne sont donc pas remboursés actuellement.

C. les laboratoires

La récente ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale (articles L 6211-8 à L6211-10 du code de la santé publique) autorise les biologistes à réaliser un test de dépistage du VIH à la simple demande du patient, sans ordonnance. De plus, «les biologistes sont à présent responsables du prélèvements jusqu'au rendu du résultat» et doivent donc tout faire pour un rendu de résultat de qualité, soit en mettant en lien vers un médecin généraliste soit en expliquant eux même le résultat.

D. Le counseling

Dans le cadre des nouvelles recommandations, le counseling pré et post test doit être adapté. En s'effectuant sur un temps restreint il peut retrouver une place essentielle dans l'acte de dépistage. Il doit désormais favoriser la proposition du dépistage, avec ou sans counseling en fonction des situations, et délivrer ensuite une information adaptée, l'annonce des résultats s'accompagnant toujours de conseil, quels qu'ils soient.

« Dans la majorité des cas, le caractère intrusif du counseling dans la vie privée du patient, notamment dans sa vie sexuelle, peut poser problème au médecin non-spécialiste qui aborde difficilement cette question avec un patient dont il peut être le médecin de famille. L'obligation d'un counseling pré-test peut donc apparaître comme un frein à la proposition de test. Souvent, faute d'une formation jugée suffisante ou par manque de temps au sein de la consultation, les médecins n'effectuent pas le counseling ou ne proposent pas le dépistage. De plus, de nombreuses enquêtes démontrent que les patients non-infectés par le VIH ne changent pas leur attitude de prévention malgré le counseling. En étant dispensé de ce counseling, le médecin pourrait d'autant plus facilement proposer le test au patient à l'occasion d'autres examens pratiqués de façon plus courante » . Finalement, d'après le CNS, le counseling semble intéressant dans les demandes de dépistage suite à des prises de risque ou après des changements dans la vie sexuelle, dans les structures spécialisées dans le dépistage des IST et pourrait être fait par du personnel formé, sans le limiter à la sphère médicale (milieu associatif). [13]

Après le test, il faut aider le patient à comprendre et à surmonter le résultat de son test VIH, lui fournir tous les renseignements nécessaires, l'aiguiller éventuellement vers d'autres services. Il est essentiel de parler prévention. [57]

E. Les associations de lutte contre le sida

Le souhait d'une rupture avec un modèle de dépistage très centralisé et médicalisé et d'une réintégration du dépistage dans la politique de prévention a été avancé, et le ministère de la santé s'est déclaré, fin novembre 2007, favorable à l'expérimentation de TDR du VIH par les associations dans le cadre de la recherche biomédicale. Plusieurs études visant à évaluer la faisabilité et l'impact d'une offre de dépistage combinant l'usage des TDR, une mise en oeuvre du dépistage par des non professionnels de santé et une approche communautaire du counseling sont notamment en cours en 2009.

L'étude ANRS COM'TEST par exemple, conduite sous l'égide de l'ANRS en partenariat avec l'association AIDES, évalue la faisabilité auprès des HSH d'un dépistage communautaire de l'infection par le VIH par des TDR dans les locaux associatifs de 4 villes de France métropolitaine.

Les membres d'associations peuvent désormais recevoir une formation au counseling privilégiant la réduction des risques, bien que la pratique du conseil soit déjà implantée massivement dans les associations et des organismes comme Sida-Info-Service. En effet, dans la mesure où la population s'adressait à eux dans le cadre des activités de prévention ou pour trouver l'adresse d'un CDAG près de leur domicile, ils ont souvent effectué la tâche de conseil pré-test dévolue aux centres de dépistage ainsi que les démarches de soutien et d'accompagnement en cas de découverte d'une séropositivité.

F. La déclaration obligatoire

Pour palier à la sous déclaration, L'InVS a diffusé en 2007 un document unique permettant la déclaration du VIH et du sida. Cette déclaration anonyme est basée sur une double circulaire remplie par un médecin et le biologiste qui a effectué la sérologie.

MÉDECINE GÉNÉRALE ET VIH

I. Le médecin généraliste face au VIH

Depuis sa découverte, l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients infectés par le VIH a fluctué selon les années.

Dès le début de l'épidémie, un large consensus international de responsables de santé publique assigne aux MG un rôle très actif dans la lutte contre le VIH. Pour renforcer ce rôle clé, la circulaire du 4 juin 1991 met en place les réseaux ville-hôpital. [58]

Au cours de la première décennie, au moins un MG sur deux a déjà été confronté à des malades atteints par le VIH, le plus souvent dans les grandes villes. [59]

On constate par la suite, dès le début des années 90, malgré la volonté des pouvoirs publics, que l'engagement des MG dans la prise en charge de ces patients s'avère être minoritaire. A l'opposé on observe une banalisation et une large diffusion de la prescription des tests de dépistage, probablement liées à l'obligation de proposition du test en 1993 pour les consultations prénatales et prénuptiales et à l'incarcération, ou bien liées à la demande des patients mieux informés par les médias.

Le 1^{er} Janvier 2008, le certificat prénuptial disparaît. Instauré par le régime de Vichy en 1942 afin de prévoir et éduquer les couples sur l'hygiène de vie, les IST et la contraception, il est déclaré inutile à cette époque où « 80% des couples qui se marient vivent ensemble depuis des années, et 50% des naissances ont lieu hors mariage » (Etienne Blanc, député de l'Ain), sans compter que la sécurité sociale économise ainsi 14 millions d'euros par an puisqu'il représentait 32% des sérologies réalisées en 2000 (associé aux cas où des couples stables décidaient d'abandonner l'usage du préservatif). [60]

Ainsi, après une période de forte implication des MG, la plupart d'entre eux se sont progressivement démobilisés.

Autre problème, la pathologie du VIH n'étant enseignée en cours universitaire que depuis les années quatre-vingt-dix, une partie des médecins ne doit ses connaissances dans ce domaine qu'à une formation effectuée à leur propre initiative. Or, le rythme effréné de l'évolution des données a pu en décourager certains, les exposant à un sentiment de non compétence. De même, il faut du temps pour acquérir et mettre à jour ses connaissances et les MG orientent

leurs formations en fonction de leur pratique.

On retrouve également les barrières discriminatives dont tout médecin peut être inconsciemment imprégné, elles dépendent de préjugés sociaux, de facteurs émotionnels [61]. La difficulté peut exister également lorsqu'il faut aborder des sujets embarrassants comme la sexualité, ainsi que le montre l'étude de 1994, en particulier si les patients sont homosexuels.[62]

Les auditions effectuées par le CNS confirment que de nombreux médecins ont du mal à aborder les questions liées au dépistage, intimes, intrusives et préfèrent souvent éviter le sujet. Il y a donc nécessité à aider les médecins, notamment les généralistes. [13]

II. Médecine générale et dépistage

Depuis la loi du 13 août 2004, sur le parcours de soins coordonné, le médecin généraliste assure le premier niveau de recours aux soins. Il est fréquemment choisi comme médecin traitant par les patients. En ce sens, il a plusieurs missions, dont celle d'assurer une prévention personnalisée. En effet, le cadre confidentiel de la consultation, l'échange privilégié et la relation de confiance qu'il établit avec ses patients peuvent lui permettre d'aborder des questionnements en lien avec la pathologie VIH et de proposer un dépistage du VIH, tout en laissant le patient autonome dans ses choix.

Dernièrement, on perçoit une volonté d'impliquer de nouveau le médecin généraliste dans cette activité de dépistage, d'autant plus qu'en tant qu'action spécifique en santé publique, il s'agit d'une des fonctions du MG définie au niveau européen, tout comme le développement de la promotion et de l'éducation de la santé, l'orientation vers les autres intervenants médicaux, la continuité des soins et la rédaction des certificats médicaux (ALD, déclaration anonyme obligatoire) [63].

Au regard de ces possibles changements de stratégies, il a paru intéressant de faire le point sur les pratiques actuelles de dépistage de cette catégorie importante d'acteurs de la prévention.

III. Prérequis au projet [65]

Suite aux constats précédemment énoncés, une étude transversale descriptive a été réalisée par le Docteur Bérengère GARRY, avec l'aide du REVIH-Hep (Réseau ville hôpital VIH-Hépatites), en janvier 2008, auprès de la population des médecins généralistes de Nantes Métropole afin d'appréhender leurs pratiques de dépistage du VIH, de mettre en évidence les difficultés rencontrées à la proposition d'un test VIH et d'évaluer leurs besoins en termes de formation autour de l'infection à VIH.

303 questionnaires ont ainsi pu être exploités, révélant une certaine hétérogénéité des prises en charge. Néanmoins certains points nécessitent d'être soulignés.

Il est mis en évidence les difficultés toujours existantes à proposer un test en tant que médecin généraliste du fait de la nécessité d'aborder le thème de la sexualité. La plus fréquemment rencontrée étant la sensation d'intrusion dans la vie privée du patient.

Toutes ces difficultés à aborder le thème des pratiques sexuelles, quelles que soient les raisons, sont connues. Néanmoins, elles apparaissent comme un des freins les plus importants au dépistage du VIH et justifient des changements dans les pratiques de dépistage, notamment par l'allègement du counseling pré-test. [65]

Parmi les difficultés à proposer un test de dépistage du VIH, une de celles pouvant être avancée est le manque de temps en consultation de médecine générale. Les consultations de médecine générale durent en moyenne 16 minutes [66] et la proposition d'un dépistage du VIH a longtemps été vue comme demandant une longue durée de consultation, par la nécessité de réaliser un counseling adapté au patient. Cette démarche préventive pouvait paraître lourde, complexe et limiter les propositions de dépistage, et serait donc en partie résolue par une banalisation du test et donc sa réalisation plus routinière. [67]

Beaucoup de médecins ressentent un isolement vis-à-vis de l'hôpital. Un tiers n'a, en effet, aucun référent hospitalier et on imagine le désarroi du médecin annonçant son infection par le VIH à un patient sans soutien spécialisé familial. C'est pourquoi il est nécessaire de renforcer le lien ville - hôpital.

L'un des objectifs était d'évaluer les besoins en termes de formation des médecins généralistes de Nantes Métropole vis-à-vis du VIH. En effet, ceci semble important pour sensibiliser de nouveau les médecins à l'importance de la prévention et du dépistage du VIH

afin de pouvoir prendre en charge plus précocement les personnes séropositives. Cela permettrait également de leur apporter une aide dans la prise en charge des personnes séropositives. Dans ses recommandations de 2009, la société française d'infectiologie insiste sur la nécessité d'accéder aux savoirs nécessaires par l'intermédiaire d'associations de formation médicale continue ou des facultés de médecine, avec l'appui des COREVIH qui favorisent la mise en oeuvre des formations, leurs diffusions et celui des réseaux de santé [69].

77% des médecins semblaient intéressés par des propositions de formation sur le dépistage, la prise en charge et le suivi des patients séropositifs. De même, 86% d'entre eux souhaitaient recevoir un prospectus avec les coordonnées des référents VIH sur le CHU de Nantes et abordant les AES.

Mais la FMC demande un investissement personnel, en temps notamment, et nombreux médecins privilégient d'autres spécialités ou pathologies plus fréquemment rencontrées au quotidien.

IV. Notre projet

Une prise de conscience de l'importance de la demande d'information des médecins, mais aussi des obstacles les empêchant d'y accéder, a permis de constater à quel point l'outil internet pourrait être un vecteur intéressant pour compléter l'information médicale apportée aux MG, et ainsi réaliser un lien «ville-hôpital».

En effet, actuellement, cette information semble insuffisante, et est principalement transmise sur support papier.

Aussi nous avons contacté une vingtaine de médecins afin de tester leur intérêt pour un tel projet, et recueillir les renseignements qu'ils souhaiteraient pouvoir y trouver.

10 ont été contactés au hasard dans l'agglomération nantaise (cf. annexe 6) et une dizaine en Vendée.

PROPOSITION D'UN OUTIL INTERNET

I. Pourquoi réaliser un site internet destiné aux professionnels?

L'infection par le VIH en particulier reste un problème de santé publique mondiale en 2010, les actions sur la prévention et le dépistage doivent donc être prioritaires.

Depuis 1985, de très nombreuses campagnes de prévention de l'infection par le VIH ont été mises en oeuvre, utilisant tous les supports médiatiques possibles. Le vecteur internet, en complément des autres médias, pourrait être un moyen supplémentaire pour communiquer avec les MG qui semblent demandeurs de plus d'information sans pouvoir y consacrer le temps suffisant. Par ce biais, c'est une information médicale de qualité, validée et indépendante de tout intérêts commerciaux qui vient à eux.

A. Pourquoi un site internet sur le SIDA?

À l'heure actuelle, un des problèmes identifiés de la lutte contre le VIH/SIDA est le retard au diagnostic et à l'accès aux soins. De nombreuses causes peuvent l'expliquer. L'obtention d'une meilleure qualité de vie des patients infectés par le VIH grâce aux progrès réalisés au niveau thérapeutique (apparition de nouveaux ARV, meilleure connaissance des schémas thérapeutiques efficaces et leur substitution, meilleure gestion des effets secondaires dus au traitement) a pu faire croire que le SIDA était une maladie vaincue, entraînant un relâchement de la prévention, tant au niveau du public et de son investissement personnel qu'au niveau de l'information sur la maladie et de son dépistage de la part des pouvoirs publics, des médias et du corps médical. Or actuellement, l'accent doit être clairement mis sur la nécessité d'un dépistage de toutes les catégories de population.

Internet joue un rôle essentiel dans la circulation d'information. De nos jours, nous sommes immergés dans ces nouvelles technologies. Notre réflexe n'est plus comme par le passé d'aller rechercher une information dans sa bibliothèque, mais bien d'allumer son ordinateur et de se connecter à Internet pour y chercher une réponse.

Pour cette raison, nous avons envisagé la création d'un site Internet d'information sur le VIH, avec pour priorité la délivrance d'informations aux médecins concernant le VIH et les nouvelles modalités de dépistage. Le but immédiat de notre site étant de les familiariser avec cette pathologie et ses évolutions, et leur permettre un accès rapide à des données claires et concises. Ainsi, nous espérons qu'ils se sentiront investis et à l'aise face au dépistage et aux questionnements de leurs patients.

B. Avantages

Le site peut et doit donner une information simple, claire, efficace, actualisée, validée et accessible. Il doit être également synthétique et dynamique, pour éviter au visiteur d'avoir à chercher trop loin les réponses aux questions qu'il se pose. Ainsi exploité, l'outil internet présente de nombreux intérêts.

Par exemple, le support informatique facilite la mise à jour des données validées médicalement. Elle devra être réalisée très régulièrement du fait de l'évolution très rapide des connaissances sur ce sujet.

L'un des autres atouts est d'être disponible en permanence, alors que les personnes ne sont pas toujours amenées à l'être (week-end, congés...). D'où l'intérêt d'un site d'information où le praticien trouvera rapidement des réponses à ses questions, que ce soit pour lui même ou pour ses patients.

De plus, selon les résultats d'un panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale dans les Pays de la Loire en 2007, 85% des généralistes utilisent l'ordinateur de façon courante dans leur activité professionnelle [69]. On peut ainsi espérer les toucher en utilisant au mieux ce support technologique.

Pour finir, l'interactivité, d'une importance capitale, que propose internet peut être produite entre autres par l'intermédiaire du courrier électronique qui permet au fil des critiques de modeler le contenu voire la forme du site.

C. Limites du support

L'équipement des médecins de ville: tous ne souhaitent pas avoir l'accès à internet ou tout du moins l'utiliser dans leur pratique professionnelle.

La moyenne d'âge des médecins libéraux est de 48 ans en 2005 et ils sont la profession médicale présentant la plus forte proportion de membres âgés de plus de 55 ans (26,2% en 2005) [70], or Nabarette et al. ont montré que cette tranche d'âge utilisait significativement moins les sites médicaux, elle ne représentait en effet que 8,9% des visiteurs. [71]

A l'opposé, on peut imaginer que les jeunes médecins, sensibilisés depuis toujours à l'outil informatique et à internet, seraient enclins à utiliser de tels sources d'informations dans leur pratique.

II. Les caractéristiques technologiques

- le choix entre les technologies HTML et Flash ®

Dans la création de pages internet, deux technologies coexistent:

- * HTML utilisé dans la grande majorité des pages internet, est idéal pour la gestion du texte et des images. Par contre, il nécessite l'utilisation d'autres technologies pour gérer les vidéos et les animations. La mise en page est proche du traitement de texte, laissant peu de place à la créativité. A chaque changement de page, un temps de chargement est nécessaire.

- * Flash assure une grande souplesse dans la navigation, une esthétique plus étudiée et surtout ne nécessite aucun temps de chargement entre deux pages. L'inconvénient réside dans la réalisation qui est plus complexe notamment lorsque le contenu est important. [72]

- le choix entre les technologies statiques et dynamiques:

- * en statique, tout se passe comme dans un livre. L'ensemble du contenu est tout d'abord écrit, on fait réaliser par un spécialiste la mise en page. Le problème survient dès lors qu'on veut rajouter une page. Comme pour un livre, il faut alors modifier l'ensemble des menus de navigation et ceci ne peut être fait que par une personne spécialisée.

- * en dynamique, un spécialiste réalise d'abord une sorte de canevas qui servira automatiquement à la mise en page de toutes les pages ajoutées au site, de même les menus

tiendront compte automatiquement de l'ajout d'une nouvelle page. Il créé par la suite des outils qui permettront le développement du site.

III. Contenu scientifique

La fiabilité et la qualité des informations présentées ont été l'élément majeur de préoccupation lors de la conception.

Elles sont issues des données de la littérature, d'organismes tels que l'InVS, et des dernières conférences de consensus de l'HAS.

Une fois rédigé, la totalité du contenu a été soumis à la validation du bureau et des commissions dépistage et AES du COREVIH.

IV. Présentation du site

Le site sera annexé à celui du COREVIH des Pays de la Loire.

Il a été réalisé en collaboration avec Thomas JOVELIN, data manager du COREVIH.

Il sera possible d'y accéder, grâce à un code (cf annexe 1), depuis un onglet situé sur la page d'accueil du site du COREVIH des Pays de la Loire.

Son contenu est divisé en 9 rubriques. S'y ajoutent les sources bibliographiques et une adresse e-mail permettant aux MG de nous transmettre leurs commentaires.

A. Accueil

Cette page expose à l'internaute la raison d'être du site et le contenu qu'il pourra y trouver.

L'illustration des Pays de la Loire et de quelques villes permet au médecin de cliquer sur la ville la plus proche de lui et d'accéder ainsi aux coordonnées des médecins impliqués dans le VIH, services hospitaliers et CDAG de proximité. (cf annexe 2)

Il bénéficie ainsi d'informations lui permettant de joindre ces services en cas de besoin, ou d'y adresser un patient.

B. COREVIH

Cet onglet permet d'être redirigé vers le site du COREVIH qui l'héberge.

De plus, l'accès au site se fait grâce à l'utilisation d'un code à rentrer depuis l'espace membre de la page d'accueil du COREVIH.

C. Dépistage

Cette rubrique se présente sous la forme d'un arbre dynamique orientant le MG dans sa pratique de dépistage: qui, où, quand et comment dépister? (cf annexe 4)

Elle lui détaille également les modalités à suivre en cas de découverte de sérologie positive: annonce, déclaration obligatoire, ALD, dépistage des partenaires, prévention...

D. Épidémiologie

La rubrique «épidémiologie» est elle même séquencée en trois: (cf annexe 3)

- le VIH dans le monde et en Europe
- le VIH en France
- le VIH dans les Pays de la Loire

Elle rassemble les données épidémiologiques les plus récentes, communiquées la plupart par l'OMS, l'InVS et l'ORS.

Elles donnent une idée sur les nouveaux cas de VIH, leur répartition dans la population fonction de l'âge, du sexe, des pratiques sexuelles et de la nationalité, et reflètent bien l'ampleur de la pandémie.

Le MG voit ainsi comment cibler son dépistage vers les populations les plus exposées, tout en dépistant le reste de sa patientèle.

E. Modes de transmission

Nous y abordons la transmission sanguine, sexuelle et materno-foetale du virus. Cette dernière est moins connue du MG en terme d'avancées, de thérapeutiques et de recours possible à la PMA. Il peut ainsi se trouver en difficulté face aux questions de ses patientes découvrant leur séropositivité, ou séropositives enceintes.

Fort de ces données, il pourra mieux les orienter lors du désir de grossesse et être porteur d'espoir quant à la santé du futur enfant.

F. Rappels sur l'infection par le VIH

Il s'agit là de rappels virologiques, cliniques et biologiques sur la primo-infection (cf annexe 5), la phase chronique de la maladie, le sida. Les infections opportunistes sont également détaillées.

Le MG y trouvera la liste des signes cliniques devant l'inciter à dépister son patient.

Inversement, la perspective d'épargner à ses patients de telles complications, liées à l'immunodépression, par une prise en charge précoce, doit l'inciter à dépister plus.

G. Traitements

Cette page présente les antirétroviraux: leur mode d'action selon les différentes classes, leurs objectifs et indications, les bénéfices attendues mais également leurs effets indésirables et leur échec parfois.

Nous y insistons sur la nécessité d'être vigilant quant aux possibles interactions médicamenteuses existant avec d'autres molécules que le MG serait amené à prescrire dans le cadre d'un suivi quelconque.

H. AES

Cette page détaille:

- la conduite à tenir en cas d'AES
- les actions à entreprendre
- les indications du TPE
- le TPE
- le suivi biologique après exposition

I. Médicosocial

Différents thèmes y sont abordés tels que déclaration obligatoire, ALD, et MDPH.

Nous joignons à chaque thème un modèle de certificat pré-rempli afin de faciliter leur pratique.

J. Bibliographie du site

Elle précise l'origine de toutes les informations notifiées au sein des différentes rubriques.

K. Commentaires des MG pour faire évoluer le site

Cette partie du site met une adresse e-mail à disposition des MG afin qu'ils puissent nous faire part de leurs remarques, suggestions de contenu ou de modifications. En l'état actuel des choses, il n'est pas prévu de développer un forum de discussion.

V. Validation, test et mise en place

Après la phase de création du contenu, celui-ci a été proposé à la correction aux intervenants spécialisés des différentes commissions du COREVIH des Pays de la Loire.

Un groupe de médecins généralistes est également invité à le tester depuis leur cabinet fin avril 2010, puis à nous faire connaître les problèmes ou les anomalies éventuelles qu'ils rencontreront au niveau du contenu ou de la navigation.

La validation définitive est prévue lors de la prochaine réunion du bureau et de la commission de dépistage du COREVIH qui se tiendra le 20 mai 2010.

Une fois toutes ces étapes passées, le site pourra être mis en ligne à l'adresse suivante:

<http://www.corevih-pdl.fr/depistage/>

L'accès y sera conditionné par l'insertion d'un login «corevih» et d'un mot de passe «depistage». (cf annexe 1)

VI. Evolutivité et interactivité

L'évolutivité du site sera le dernier axe de développement, indispensable à l'adaptation du site aux attentes des médecins.

Actuellement, le site est dans sa version initiale.

Depuis cette période, nous sommes dans l'attente des commentaires du COREVIH et de quelques MG qui l'auront testé pour les dernières adaptations.

Il faudra ensuite régulièrement ajouter des contenus supplémentaires pour permettre aux médecins d'accéder à des données qui ne soient pas obsolètes.

En ce qui concerne l'interactivité, l'adresse internet du service figure sur la page d'accueil. Elle permet aux MG d'envoyer par e-mail leurs remarques éventuelles sur le contenu du site. Si elles sont jugées pertinentes, la rubrique concernée pourra être modifiée en conséquence.

VII. Évaluation

Dans un second temps, l'impact du site devra être évalué. Bien que complexe, un certain nombre de paramètres peuvent être pris en compte:

- le nombre de visiteurs ainsi que le nombre de pages vues, l'hébergeur du site disposant d'un compteur d'accès
- la quantité de commentaires retournés sur la boîte mail du site
- l'éventuelle augmentation du nombre de sérologies réalisées dans les Pays de la Loire

Tout en sachant qu'une augmentation de l'activité de dépistage dans la région ne saurait être liée exclusivement à la mise en place de ce site puisqu'il est complémentaire des autres modes de communication (recommandations de l'HAS, FMC, affiches...), ainsi que du travail des associations de lutte contre le sida.

VIII. Communication autour du site

Les MG seront informés de son existence, ainsi que du code d'accès par courrier et mailing. Son adresse figure sur tous les communiqués papier du COREVIH: courrier, brochures et affiches à venir. Le fichier ADELI, établi par la DREES, dépendante du Ministère de la Santé, a été utilisé, ainsi que le mailing du Conseil de l'Ordre, afin de répertorier l'ensemble des médecins et de tenter un maximum d'exhaustivité.

Sa fréquentation sera susceptible de varier en fonction des choix qui seront faits quant à son développement, ses mises à jour, mais aussi selon les moyens utilisés pour le faire connaître.

Et il ne faut pas oublier que ce site n'est pertinent que s'il s'inscrit dans une campagne d'information faisant intervenir d'autres médias.

IX. Certification

A terme, nous devons chercher à obtenir la certification HON, gage de fiabilité et de crédibilité des informations médicales mises à disposition sur le net.

La fondation H.O.N, Health on the Net, est une organisation non gouvernementale créée en 1995 dont l'objectif est de promouvoir le développement et les applications de nouvelles technologies de l'information, notamment dans les domaines de la médecine et de la santé.

Elle accrédite les sites qui répondent au cahier des charges défini par l'organisation, par l'intermédiaire d'un code qui est aujourd'hui le code éthique le plus largement utilisé pour les sites Web de santé. [73]

Celui-ci contient 8 items:

- Autorité: qualification des rédacteurs
- Complémentarité: compléter et non remplacer la relation patient-médecin
- Confidentialité: préserver la confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site
- Attribution: citer la/les source(s) des informations publiées et dater les pages de santé
- Justification: justifier toute affirmation sur les bienfaits ou les inconvénients de produits ou traitements
- Professionnalisme: rendre l'information la plus accessible possible, identifier le webmestre, et fournir une adresse de contact
- Transparence du financement: présenter les sources de financements
- Honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale: séparer la politique publicitaire de la politique éditoriale

CONCLUSION

L'étude des dernières recommandations françaises met en avant la nécessité d'un dépistage plus large de la population. Les enjeux de ce changement de stratégie sont les personnes contaminées qui l'ignorent et le dépistage tardif. Il faut arriver à dépister précocement et garantir l'accès aux soins tout en conservant les valeurs fondamentales du dépistage. Ainsi, on observerait une diminution de la fréquence des comorbidités liées au virus. Sans oublier que la mise sous traitement réduit la contagiosité des personnes. Ce retard au diagnostic est donc préjudiciable non seulement pour le patient mais aussi pour la collectivité en général.

Si l'on tient compte de cette réactualisation de la littérature, le médecin de famille a sa place plus que jamais dans le processus de dépistage du VIH, puisqu'il est appelé à conseiller les patients dans leur quotidien, les examiner régulièrement, leur expliquer leurs droits en tant qu'assurés sociaux... toujours dans le respect du secret professionnel.

L'amélioration de la prise en charge du patient passe par une meilleure information médicale. Cependant, les contraintes de l'exercice professionnel ne permettent pas toujours au médecin de se former, et il doit cibler les sujets les plus fréquemment retrouvés dans sa pratique quotidienne. Ainsi, les médecins de la communauté urbaine de Nantes semblent demandeur d'informations sur le dépistage, comme l'indiquent les résultats du questionnaire diffusé début 2008, mais se heurtent à un problème de temps.

Devant ce constat et dans le cadre de ses missions d'information et d'harmonisation des pratiques, le COREVIH a souhaité s'investir en développant un site internet répondant aux attentes des médecins.

Le but de ce travail est ainsi d'inciter le plus grand nombre de généralistes à dépister, en les impliquant dans des pratiques en évolution, plus exhaustives et pertinentes, et en leur apportant les informations nécessaires pour bien le faire, et répondre aux questions de leurs patients, sans leur demander pour autant de se spécialiser dans cette pathologie.

L'intérêt n'étant pas de surcharger les connaissances médicales des généralistes en matière de VIH mais d'intégrer l'aspect pluridisciplinaire de cette pathologie et la place centrale du praticien de ville en matière de dépistage.

Ajouté à cela, il est nécessaire de renforcer le lien ville-hôpital afin que chaque médecin puisse faire appel à un référent hospitalier en cas de besoin, qu'il s'agisse d'orienter un patient récemment dépisté ou de répondre à des questions pratiques quant au dépistage.

A terme, nous espérons que notre site pourra contribuer à renforcer l'effort de dépistage.

Cependant, de nouvelles évaluations seront nécessaires afin de s'assurer que le site remplit effectivement ses objectifs. D'autre part, une implication des différents acteurs du COREVIH des Pays de la Loire sera essentielle pour lui assurer un développement à long terme et conjointement, les MG devront être régulièrement informés de son existence et des informations qu'il pourrait leur apporter.

Par ailleurs si ce site rencontre un accueil favorable de la part des MG des Pays de la Loire, il pourrait être intéressant de le diffuser aux autres professionnels de santé: gastro-entérologues, gynécologues, dentistes, sage-femmes... toujours dans le cadre de l'harmonisation des pratiques qui incombe au COREVIH.

Annexe 1 : LE SITE INTERNET

Le site est en cours de réalisation, il ne s'agit donc pas encore de sa version définitive.

<http://www.corevih-pdl.fr/depistage/>

login: corevih

mot de passe: depistage

Annexe 2 : PAGE D'ACCUEIL

COREVIH



Le dépistage du VIH

dans la région des

Pays de la Loire

Accueil

Le COREVIH

Epidémiologie

Mode de
transmission

Clinique

Dépistage

Traitement

Médicosocial

Liens utiles



Annexe 3 : ÉPIDÉMIOLOGIE

COREVIH



Le dépistage du VIH
dans la région des
Pays de la Loire

Accueil

Le COREVIH

Epidémiologie

Mode de transmission

Clinique

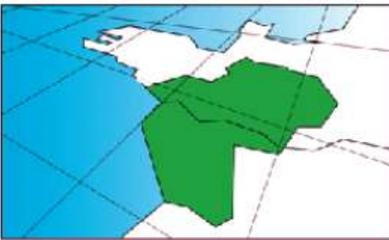
Dépistage

Traitement

Médicosocial

Liens utiles

EPIDEMIOLOGIE

Le VIH en Pays de la Loire	
Le VIH en France	
Le VIH dans le monde	

Annexe 4 : TESTS DE DÉPISTAGE RAPIDE

Il s'agit de tests immunologiques unitaires à lecture visuelle subjective, réalisables sans appareillage sophistiqué auprès du patient, sur prélèvement de sérum, plasma, sang total ou salive (moins bonne sensibilité) et permettant une réponse en moins de 30 minutes par détection des anticorps anti VIH 1 et 2.



Les TDR actuels marqués CE, en cours d'évaluation, sont utilisés sur sérum ou sang total et ne détectent que les anticorps pour la plupart. Ils sont considérés comme équivalents en terme de sensibilité en primo-infection aux tests ELISA de 3^e génération pour les meilleurs d'entre eux. Leur coût est actuellement élevé: 12€ vs 1,30€ le test ELISA.

Objectifs principaux

- Obtenir un diagnostic rapide et donc une prise en charge adaptée tout aussi rapide
- Faciliter l'accès à la connaissance du statut sérologique
- Faciliter l'accès aux possibilités de prise en charge préventive et thérapeutique
- Faciliter l'accès au dépistage des populations fuyant les institutions, marginalisées, hors du système de santé, sans droits à l'assurance maladie...

Principes

- Il est toujours nécessaire d'obtenir le consentement éclairé du patient
- Informer que le résultat est remis au cours de la même consultation et rendu sous forme de «test négatif / invalide / positif»
- En cas de résultat positif, il est nécessaire de l'associer à un test de confirmation par ELISA

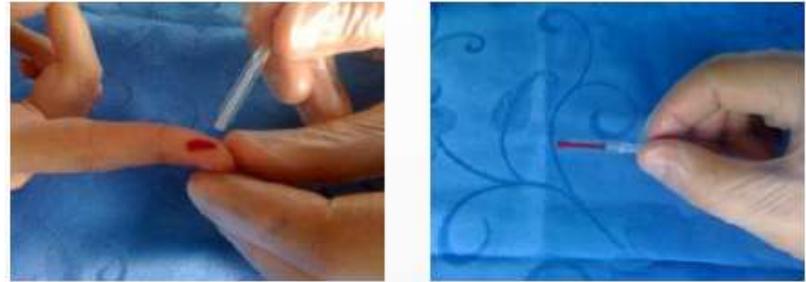
Mode d'emploi

Il est détaillé ici un exemple d'utilisation de TDR sur sang total:

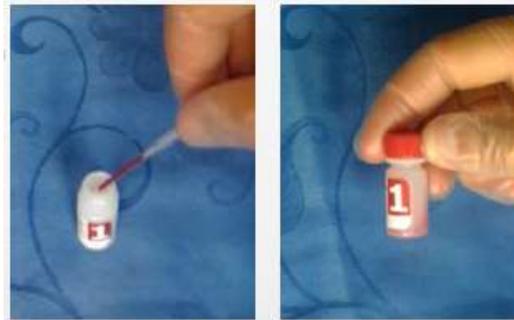
1. piquer le doigt du patient et former une goutte de sang



2. prélever un peu de sang par pipette ou autre...



3. vider le sang dans le flacon 1, le fermer et homogénéiser par 2 inversions



4. vider le contenu des flacons 1, puis 2, puis 3 dans la cupule de dépôt du test et lire le résultat immédiatement

- l'échantillon dilué du patient est absorbé à travers une membrane sur laquelle est fixé un mélange de protéines spécifiques du VIH 1 et 2
- une solution colorante bleue révèle, en cas de positivité, la présence d'Ac capturés sur la membrane à l'étape précédente
- un point «contrôle» doit apparaître dans tous les cas pour valider le test



5. Résultats obtenus en moins de trois minutes



Document mis à disposition par le laboratoire Nephrotek

Le TDR sur sang total ou sur sérum/plasma peut être proposé:

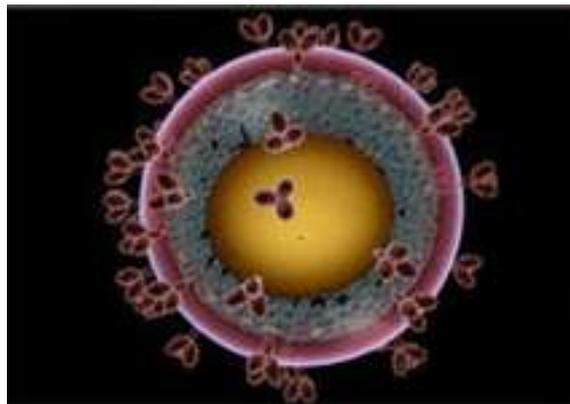
- Pour les situations d'urgence suivantes :
 - **AE Sang** : au patient source
 - **AE Sexuel** : aux 2 partenaires
 - **Accouchement** : à toute femme enceinte de statut sérologique VIH inconnu ou ayant été exposée au VIH depuis le dernier test réalisé
 - **Urgence diagnostique** : à tout patient présentant des signes évocateurs d'un stade sida
- Dans tous ces cas, il est nécessaire de réaliser un ELISA combiné le plus rapidement possible, quelque soit le résultat du TDR.

Annexe 5 : PRIMOINFECTION

La primo-infection VIH est la période qui suit la contamination par le VIH. Elle correspond à la phase de séroconversion.

En 2008, sur les 6500 découvertes de séropositivité VIH en France, seules 11% ont été dépistées précocement en phase de primo-infection.

On estime qu'environ 50% des primo-infections HIV sont symptomatiques, mais la plupart du temps elles ne sont pas identifiées correctement, leur présentation clinique étant trompeuse et pouvant donner le change avec une infection virale banale. Or, il est important d'en faire le diagnostic, le patient pouvant ainsi bénéficier d'un suivi spécialisé et modifier ses comportements à risque afin de ne pas transmettre le virus. De plus, une fois cette phase passée, le patient redevient asymptomatique pendant plusieurs années.



LA PRIMO-INFECTION SYMPTOMATIQUE

Les symptômes surviennent en général brutalement, 10 à 15 jours après la contamination.

Syndrome pseudo-grippal

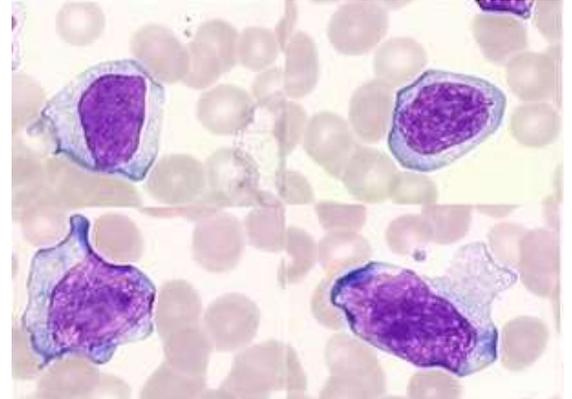
- fièvre élevée 90%
- pharyngite 70%, évoquant une MNI
- éruption cutanée maculopapuleuse 50%: prédomine au tronc (peu banal chez un adulte)
- adénopathies superficielles multiples 50%
- myalgies, arthralgies
- asthénie, amaigrissement
- signes digestifs rares

- ulcérations buccales et/ou génitales
- neurologiques 10%: syndrome méningé, mono ou polynévrite, paralysie faciale

Face à un syndrome grippal sévère de l'adulte, accompagné d'une des manifestations citées, le médecin généraliste doit prescrire une sérologie VIH par test ELISA de 4^o génération.

Manifestations biologiques

- thrombopénie 75%
- leuconéutropénie 50%
- lymphopénie initiale puis 15 jours plus tard hyperlymphocytose +/- syndrome mononucléosique, augmentation des LTCD8+ et diminution des LTCD4+
- hépatite aiguë cytolytique disparaissant en quelques semaines



Ces manifestations, cliniques et biologiques, persistent au moins 15 jours puis régressent spontanément. Elles sont accompagnées d'une séroconversion.

De nombreuses études ont établie une corrélation entre la primo-infection symptomatologique et le risque d'évolution plus rapide de la maladie.

LA PRIMO-INFECTION ASYMPTOMATIQUE

Ces symptômes manquent ou passent inaperçus dans la moitié des cas, la primo-infection se traduit alors uniquement par une séroconversion, c'est à dire l'apparition d'anticorps anti-VIH 1 ou 2. Elle survient entre la 3^o semaine et le 3^o mois après la contamination.

Cette période est marquée par une forte virémie et l'infection du système lymphoïde dont l'intensité serait en rapport avec le pronostic ultérieur.

Dans les deux cas, la production virale est intense mais brève du fait de la réaction immunitaire, mais les patients sont hautement contagieux avant cette réaction, raison pour laquelle il est essentiel de les identifier.

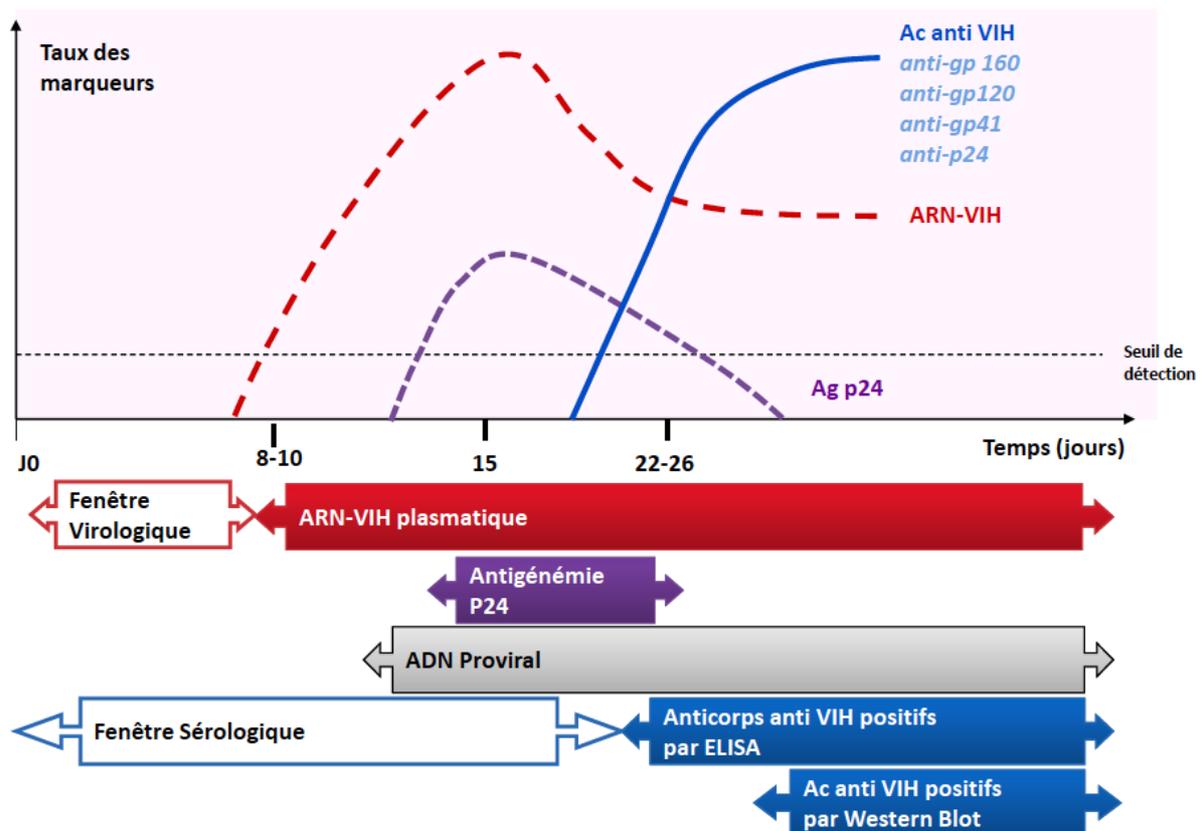
DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

- ARN VIH: marqueur le plus précoce, détectable 8 à 17 jours après le contage mais rarement recherché à visée diagnostique
- Ag p24: détectable 12 à 15 jours après la contamination, persiste 15 jours puis disparaît
- Ac anti VIH: détectable dès le 21^e jour.

En pratique, il est recommandé de réaliser un test de dépistage par test ELISA de 4^e génération, permettant de détecter l'Ag p24 ainsi que les Ac anti VIH 1 et 2.

Attention, car cet examen peut être négatif si réalisé trop précocement, et sera donc à répéter.

Représentation schématique des marqueurs virologiques au cours de la primo-infection par le VIH en l'absence de traitement



Marqueurs virologiques. Source: ANRS

TRAITEMENT

Il n'est plus recommandé de traiter systématiquement une primo-infection aujourd'hui, en dehors de quelques situations précises (*Rapport Delfraissy 2004*):

- si les symptômes sont sévères, en particulier en cas de symptômes neurologiques et/ou durables
- en cas de survenue d'emblée d'infection opportuniste
- en cas de déficit immunitaire sévère précoce ($CD4 < 200-350/mm^3$)

Mais dans tous les cas, la surveillance du patient doit être très rapprochée.

CONCLUSION

Le diagnostic est difficile car la présentation est peu spécifique, mais il demeure une priorité à titre individuel et collectif afin de limiter le risque majoré de transmission du VIH au cours de cette phase où la virémie est élevée.

Le médecin généraliste joue donc ici un rôle essentiel.

La prise en charge au cours de cette période, indépendamment de l'indication thérapeutique, doit comprendre le dépistage du ou des partenaires (voire des enfants), l'explication des méthodes de prévention de la transmission du virus, en particulier par voie sexuelle et materno-foetale chez la femme.



Annexe 6 : médecins généralistes interrogés sur la Communauté Urbaine de Nantes

REZÉ

Dr Véronique LACROIX

7 rue Chatelier

44000 REZÉ

souhaite un site interactif
coordonnées des CDAG, d'un médecin à joindre si question ou problème
intéressée par la présentation des TDR
conduite à tenir en cas de résultat positif
premières informations à donner à un patient qui découvre sa séropositivité

ORVAULT

Dr DANAIS Jacques

3 allée Salvador Dali

44700 ORVAULT

aimerait pouvoir envoyer des mails par l'intermédiaire du site pour pouvoir mieux
communiquer avec l'hôpital (le font déjà avec la parasitologie)
actualisations et référentiels concernant le dépistage
intéressé par les TDR, ainsi que tout le cabinet, càd les Docteurs RUFFIN François-Xavier,
CHOTARD Jacques, LEVÊQUE Philippe, et LUCAS-LEVÊQUE Marylène

COUERON

Dr PEZIER Henri

27 boulevard Paul Langevin

44200 COUERON

conduite à tenir en cas d'AES au cabinet: quand traiter? probabilité faible ou forte?

comment faire la déclaration d'accident de travail

souhaite un discours uniforme avec guide lines

intéressé par les TDR: qui fournira? coût? péremption?

ST SÉBASTIEN SUR LOIRE

Dr ROUCOU Béatrice

place Cambronne

44230 ST SÉBASTIEN/LOIRE

quand demander une sérologie VIH

quand réaliser l'antigénémie p24

informations sur l'épidémiologie

intéressée par les TDR

SAINT HERBLAIN

Dr PRADIER Anne

10 avenue des Thébaudières

44800 ST HERBLAIN

intéressée par cette interface

pas de souhait particulier

VERTOU

Dr MICHAUD-SORET Aurore

7 rue de la Mortalière
44120 VERTOU

souhaite l'équivalent d'une FMC sur internet, car n'a pas lu les nouvelles recommandations de l'HAS, et n'a pas le temps d'aller aux FMC

NANTES

Dr GUILLEMIN Aleth

4 rue Fouré
44000 NANTES

trouve l'idée intéressante mais se sert peu d'internet et ne met pas non plus d'affiches dans sa salle d'attente
intéressée par une FMC

Dr OUVRARD Agnès

1 rue Hérelle
44100 NANTES

Quand pratiquer l'antigénémie p24
intérêt des TDR car a des « perdus de vue » qui ne viennent jamais récupérer leurs résultats biologiques et ne répondent plus à ses appels

Dr COTTIN Françoise et DENEUX Xavier

35 Boulevard Jean INGRES

44100 NANTES

conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au risque viral?

quand adresser à l'hôpital pour traitement?

conduite à tenir en cas de situation à risque sur le plan professionnel

mesures administratives

à quel intervalle réaliser les sérologies de contrôle

que faire devant le refus des patients de réaliser une sérologie, c'est à dire dans le cadre de

sa pratique: 1/3 des femmes enceintes, les personnes en couple depuis longtemps, la

population plus âgée, en cas de crainte car risque de mettre à jour une relation extra

conjugale en cas de sérologie positive...

problème des laboratoires qui rendent les sérologies au patient sans passer par le médecin

difficultés à aborder le sujet avec les patients

arrivent surtout à faire des sérologies au moment des MST

BIBLIOGRAPHIE

1. Centers for Disease Control and Prevention, Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles. MMWR 1981 ; 30(21) ; 1-3.
2. Altman LK. Clue found on homosexuals' precancer syndrome. The New York Times 18 juin 1982.
3. Kher U. A name for the plague. Time 27 juillet 1982.
4. GRMEK MD. Histoire du sida - Début et origine d'une pandémie actuelle. Paris : Payot ; 1989. p. 70.
5. Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-Lymphotropic Virus from a patient at risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Science 1983.
6. ONUSIDA. AIDS epidemic update 2009. Genève : ONUSIDA ; 2009.
7. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008. Genève : ONUSIDA ; 2008.
8. Cazein F, Pillonel J, Imounga L, Le Strat Y, Bousquet V, Spacciferri G, et al. Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. BEHWeb 2009(2).
9. Cazein F, Pillonel J, Bousquet V, Imounga L, Le Vu S, Le Strat Y, et al. Caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une infection à VIH ou un sida, France, 2008. BEHWeb 2009(2).
10. Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2007 ;(46-47) : 386-93.

11. Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2008. Recommandations du groupe d'experts, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Ed. Flammarion Médecine-Sciences ; 2008.
12. Institut de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996_2005. Saint-Maurice: INVS ; 2007.
13. Conseil national du sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Suivi de recommandations, adopté lors de la séance plénière du 16 novembre 2006 sur proposition de la commission « Dépistage ». Paris : CNS ; 2006.
14. Gailhard-Rocher I, Goupil MC, Tallec A. VIH et SIDA: situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2008. ORS Pays de la Loire ; 2009.
15. Heard M. Un nouveau paradigme en santé publique: droits individuels et VIH/Sida. 25 ans d'action publique en France. Th : IEP : Paris ; 2007.
16. Frieden TR, Das-Douglas M, Kellerman SE, Henning KJ. Applying public health principles to the HIV epidemic. *N Engl J Med* 2005 ; 353(22) : 2397-402.
17. De Cock KM, Johnson AM. From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *BMJ* 1998 ; 316(7127) : 290-3.
18. Beckwith CG, Flanigan TP, del Rio C, Simmons E, Wing EJ, Carpenter CCJ, *et al.* It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing. *Clin Infect Dis* 2005 ; 40(7) : 1037-40.
19. Koo DJ, Begier EM, Henn MH, Sepkowitz KA, Kellerman SE. HIV counseling and testing: less targeting, more testing. *Am J Public Health* 2006 ; 96(6) : 962-4.
20. UNAIDS, World Health Organization. UNAIDS/WHO Policy statement on HIV testing. Geneva : UNAIDS/WHO ; 2004.

21. Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA. Guide du conseil et du dépistage du VIH l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Genève : OMS ; 2007.
22. Centers for Disease Control and Prevention, Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Jansen RS, Taylor AW, *et al.* Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR* 2006 ; 55(RR-14).
23. République Française. Arrêté du 23/07/1985 modifiant l'arrêté du 17 mai 1976 relatif aux prélèvements de sang. *Journal officiel*. 24/07/1985.
24. République Française. Circulaire DGS/3B/498 du 1er/06/1987 relative au dépistage systématique des anticorps anti-VIH chez les donneurs d'organe.
25. Girard PM. VIH: proposer plus largement le dépistage. *La revue du praticien médecine générale* 2009 ; 23(818) : 186-87.
26. Delpierre C, Cuzin L, Lauwers-Cances V, Marchou B, Lang T, Nadis Group. High-Risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. *AIDS Patient care STDs* 2006 ; 20(12) : 838-47.
27. Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, *et al.* VESPA Study Group. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *Int J STD AIDS* 2007 ; 18(5) : 312-7.
28. Delpierre C, Cuzin L, Lert F. Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. *BMJ* 2007 ; 334(7608) : 1354-6.
29. Le Vu S. Le dépistage sauf avis contraire. *Transcriptases* 2007 ; 131 : 3-6.
30. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Bickham NL. Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997. *Am J Public Health* 1999 ; 89(9) : 1397-405.

31. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005 ; 39 : 446-53.
32. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med* 2000 ; 342(13) : 921-9.
33. Wawer M.J et al . Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J Infect Dis* 2005 ; 191(9) : 1391-3.
34. Paltiel A. David, Weinstein Milton C, Kimmel April D, George R. Seage III, Losina E, Zhang H., et al. Expanded screening for HIV in the United States, an analysis of cost-effectiveness *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 586-95.
35. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Pinar Bilir S, Neukermans CP, Rydzak Chara E, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly Active antiretroviral therapy *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 570-85.
36. da Silveira E, Thrasher AD, Ford CL, Nearing KA, Taiwo BO. Cost-effectiveness of screening for HIV. *N Engl J Med* 2005 ; 352(20) : 2137-9.
37. Ministère de la Santé. Circulaire DGS/PGE/1C n°85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
38. Bouvet E, Le Vu S. Les CDAG et la prise en charge de l'infection par le VIH. *Méd Sci* 2004 ; 20(12) : 1145-8.
39. Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. *Bulletin Officiel* 1998, n°98/30.

40. Institut de veille sanitaire. Dépistage du VIH dans les populations et territoires prioritaires. BEH 2008 ; (7-8) : 49-59.
41. Collet M. Le test de dépistage rapide, un outil adéquat. Le journal du sida 2007 ; 199 : 28-9.
42. Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France. BEH 2008 ; (45-46) : 434-42.
43. Jayle D, Tourette-Turgis C. Stratégies de prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. La Revue du Praticien 1995 ; 45 : 690-4.
44. Arrêté du 19 avril 2002 relatif à la notification obligatoire de l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B et de l'infection par le VIH, quel que soit le stade, Journal Officiel n°103 du 3 Mai 2002. Texte paru au JORF/LD page 08130.
45. Comment notifier l'infection à VIH et le sida ? <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/index.htm>.
46. Spaccaferri G. Estimation de la sous-déclaration des cas de sida par la méthode capture-recapture, France 2004-2006. Rapport de stage de Master 2. Diplôme : ville ; 2009.
47. Delfraissy JF. Infection par le VIH: « il faut recentrer le dépistage sur les personnes le plus à risque ». Le concours médical 2009 ; 131(3) : 77-8.
48. Rotheram-Borus MJ, Newman PA, Etzel MA. Effective detection of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr 2000 ; 25(Suppl 2) : S105-S114.
49. Circulaire n°DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 (Ministère de la santé et des solidarités) relative à l'instauration des COREVIH. 2005. Disponible sur : <http://fdvih.free.fr/texte/legislatif/Circulaire%20Corevih.pdf>.
50. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France – Modalités de réalisation des tests de dépistage. Recommandations en santé publique. Octobre 2008.

51. Ly TD, Ebel A, Faucher V, Fihman V, Laperche S. Could the new HIV combined p24 antigen and antibody assays replace p24 antigen specific assays? *J Virol Methods* 2007 ;143(1) : 86-94.
52. Constantine NT, Zink H. HIV testing technologies after two decades of evolution. *Indian J Med Res* 2005 ; 121(4) : 519-38.
53. Fiebig EW, Wright DJ, Rawal BD, Garrett PE, Schumacher RT, Peddada L, et al. Dynamics of HIV viremia and antibody seroconversion in plasma donors: implications for diagnosis and staging of primary HIV infection. *AIDS* 2003 ; 17(13) : 1871-9.
54. HAS: Dépistage de l'infection par le VIH en France – Stratégies et dispositif de dépistage. Recommandations en santé publique. Octobre 2009.
55. Branson BM. Point-of-care rapid tests for HIV antibodies. *J Lab Med* 2003 ; 27(7-8) : 288-95.
56. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Etude des performances des tests rapides de détection du VIH: performances analytiques et praticabilité des tests. version du 24 octobre 2008. Saint-Denis : Afssaps ; 2008.
57. ONUSIDA. Conseil et VIH/SIDA. Actualisation ONUSIDA. Genève, novembre 1997.
58. Morin M, Obadia Y, Moatti JP. La médecine générale face au sida. INSERM, 1997. -156p.
59. Collin B. Attitude des praticiens de ville vis-à-vis de la prise en charge et de la prévention de l'infection à VIH chez leurs patients au cabinet médical.-133p. Th : Méd : Toulouse ; 1997.
60. Massari V, Bernillon P. Plus de 600 000 sérologies pour le VIH prescrites par les généralistes en l'an 2000. *Sentinelles. Le Quotidien du médecin* 2000 ; 6817.

61. King M, Petchey R, Singh S et al. The role of general practitioner in the community care of people with HIV infection and AIDS: a comparative study of high and low prevalence areas in England. *Br J Gen Pract* 1998 ; 48(430) : 1233-36.
62. Massari V, Diaz C. Enquête européenne sur les consultations relatives au sida et les attitudes des médecins généralistes face à l'infection VIH. *Réseau Sentinelles* 1995 ; 10 : 4.
63. Définition européenne de la médecine générale. Wonca Europe 2002. Disponible sur www.cnge.fr/article.php?id_article=62.
64. Garry B. État des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Th : Med : Nantes ; 2009.
65. Epstein R, Morse D, Frankel R, Frarey L, et al. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med* 1998 ; 128(6) : 435-42.
66. Pascale Breuil-Genier CG. La durée des séances des médecins généralistes: DREES; Avril 2006. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er481/er481.pdf>.
67. Gruaz D, Fontaine D, Guye O. Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. ORS Rhône-Alpes, Lyon, Avril 2003, 92p.
68. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, Société Française de Lutte contre le Sida. Consensus formalisé : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. 2009, 115p.
69. Fraslin JJ. Pays de Loire : 85 % des généralistes sont informatisés ! 2007 i-med - Observatoire des technologies et des systèmes d'information de santé. Disponible sur: <http://www.i-med.fr/spip.php?article12>.
70. Berland PY. Synthèse générale 2005. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé ; 2006.

71. Nabarette H, Lemerchin H, Ayme S. Access to medical information on the Internet: inequality observed in the site audience. Rev Epidemiol Sante Publique 2005 ; 53(2) : 211-216.

72. Charton E. Flash mx 2004. Edit. Campus Press. Paris. 2004. 672p.

73. HON. Charte de «Health on the net» (HONcode) destinée aux sites Web médicaux et de santé. Disponible sur: http://www.hon.ch/HONcode/Conduct_f.html.

NOM : PRIEUR

PRENOM : Sophie

Titre de thèse :

Promouvoir le dépistage du VIH dans les Pays de la Loire par la création d'un site internet à l'usage des médecins généralistes.

RESUME

Dans le contexte actuel de remaniement du dépistage en France, les caractéristiques de la médecine générale répondent aux nouveaux besoins. Pourtant, au cours de sa formation initiale, le médecin généraliste n'est pas ou peu préparé au diagnostic, au dépistage, puis, le cas échéant, à l'annonce d'une séropositivité au VIH. Ceux de la Communauté Urbaine de Nantes ont exprimé le souhait d'accéder à plus d'informations à ce sujet à travers un questionnaire qui leur a été diffusé début 2008. En découle ce projet de site internet, coordonné par le COREVIH des Pays de la Loire, qui a pour objet d'inciter l'omnipraticien au dépistage, en lui en rappelant les modalités, la marche à suivre en cas de découverte d'une séropositivité, et les connaissances sur la pathologie nécessaires à cet exercice. Il s'inscrit également comme un moyen de renforcer le lien ville-hôpital.

Mots clés

Médecin généraliste - dépistage - VIH - sida - site internet - FMC- COREVIH