

Maladies transmissibles : Directive de l'Office fédéral de la santé publique concernant le dépistage du VIH chez l'adulte dans les cabinets médicaux, les centres de soins ambulatoires, les services d'urgences et les hôpitaux

Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins

Provider-initiated counselling and testing (PICT) désigne les situations dans lesquelles le prestataire de services (médecins, corps médical) prend l'initiative de prodiguer des conseils et de proposer, le cas échéant, un dépistage du VIH, lorsqu'il existe une probabilité d'infection par le virus en question. C'est le cas, d'une part, pour certaines pathologies (maladies indicatrices d'une infection à VIH) et, d'autre part, en présence de certains groupes de population, tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (indication épidémiologique). A l'instar de 2013, la directive actualisée vise trois objectifs. Elle doit permettre au médecin :

1. de diagnostiquer à temps une primo-infection à VIH,
2. de penser à une infection VIH avancée face à des symptômes ou à un tableau clinique inexplicables et
3. de mener un entretien de conseil préventif, ainsi que de proposer un dépistage du VIH s'il suspecte des comportements sexuels à risque.

L'infection à VIH est souvent diagnostiquée trop tardivement. En présence de certaines pathologies, l'infection à VIH n'est pas évoquée comme cause potentielle ou maladie annexe : tableaux cliniques évoquant une mononucléose, les infections sexuellement transmissibles, leucopénie / thrombopénie et lymphadénopathie inexplicables, tuberculose, affections neurologiques, etc.

Dans ces situations, comme chez les femmes enceintes et les donneurs d'organes, le fait de ne pas conseiller ou de ne pas proposer de test VIH est une erreur. Le but que poursuit l'OFSP en édictant la présente directive est de préciser quand, pour quels sujets et à quel degré d'urgence un dépistage VIH est médicalement indiqué. On distingue à cet égard si le test VIH est :

- a) expressément recommandé ;
- b) recommandé ;
- c) proposé au patient.

Afin de faciliter l'obtention d'un consentement éclairé, le médecin peut se référer à la présente directive de l'OFSP. Celle-ci s'inspire pour une large part de la publication « HIV in Europe », adaptée pour la Suisse et approuvée par la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS).

L'OFSP l'a mise en vigueur en la publiant dans son bulletin, ainsi que dans le Bulletin des médecins suisses.

Pourquoi a-t-on besoin d'une directive de l'OFSP concernant le dépistage du VIH ?

En Suisse, 30 % des infections à VIH sont diagnostiquées à un stade avancé de déficience immunitaire ($CD4 < 200/\mu l$) et 45 % à un stade où un traitement antiviral serait déjà clairement indiqué ($CD4 < 350/\mu l$) [1,2].

Le diagnostic tardif du VIH présente plusieurs risques : augmentation de la morbidité, de la mortalité, des coûts pour le système de santé, un taux plus élevé de transmission, et une moins bonne réaction au traitement. Le diagnostic précoce d'une infection à VIH apporte de ce fait de nombreux avantages en termes de prévention secondaire. C'est pourquoi la détection précoce doit constituer, outre la prévention primaire, une stratégie centrale de la santé publique. Le diagnostic précoce de VIH nécessite des approches novatrices permettant d'améliorer les offres de tests à l'intention des groupes qui présentent un risque élevé d'infection à VIH.

C'est dans ce contexte que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'ancienne commission Clinique et thérapie (CCT) ont publié, en mai 2007, des recommandations, régulièrement actualisées depuis, destinées à augmenter le nombre d'entretiens-conseils et de dépistages du VIH initiés par les médecins (provider-initiated counselling and testing (PICT)). PICT signifie la réalisation à titre volontaire d'entretiens-conseils et de tests VIH sur l'initiative du médecin lorsqu'il estime qu'un test VIH est indiqué. Dans les situations où le tableau clinique et/ou les résultats du laboratoire font supposer qu'une infection à VIH pourrait être la cause de la pathologie ou constituer une maladie associée, le médecin doit informer le patient de la nécessité de réaliser un dépistage du VIH. Cette démarche, qui permet de confirmer ou surtout d'exclure une infection à VIH, fait partie d'un examen médical rationnel. Elle s'applique également si les informations à disposition semblent indiquer un risque accru d'exposition au VIH.

Une mise à jour des recommandations a été publiée dans le bulletin de l'OFSP 47/2013, sous le titre « Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins » [3]. Celle-ci s'appuie fortement sur la publication « HIV in Europe ».

Cette publication a été rédigée par un comité comprenant des représentants de diverses associations de cliniciens européens et comporte des contributions provenant du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe [4] et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Du point de vue scientifique, elle se fonde essentiellement sur l'étude HIDES (HIV Indicator Diseases Across Europe Study – étude européenne des maladies indicatrices du VIH) dont la méthode documente les maladies indicatrices dans lesquelles la prévalence des infections à VIH non diagnostiquées est supérieure à 0,5 % [5,6].

La directive européenne a été adaptée pour la Suisse et approuvée par la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS, anciennement Commission fédérale pour les problèmes liés au sida, CFPS). L'OFSP l'a mise en vigueur en la publiant dans son bulletin, ainsi que dans le Bulletin des médecins suisses.

La directive actualisée renvoie également au Concept suisse de test VIH, toujours en vigueur, qui décrit la procédure de test de dépistage des enfants de mère séropositive.

La directive est valable pour tous les médecins (ou autre personnel médical mandaté par ceux-ci) en Suisse, aussi bien pour ceux qui exercent en cabinet que pour ceux qui sont employés par un hôpital, un service de soins ambulatoires ou un service d'urgences, et quelle que soit leur spécialité. Le seul élément déterminant est la symptomatologie ou le tableau clinique. ■

But de la directive

Le dépistage du VIH sur l'initiative des médecins doit être envisagé systématiquement pour toutes les maladies indicatrices du VIH. Il doit aussi tenir compte de la différence de prévalence des infections à VIH en fonction des groupes de population lors du conseil au patient.

Les maladies indicatrices du VIH peuvent être subdivisées en quatre catégories :

1. symptômes de **primo-infection à VIH** (tableau 1) ;
- 2a. **maladies indicatrices du sida** (tableau 2a) ;
- 2b. maladies liées à une prévalence d'infections à VIH non diagnostiquées > 0,5% (tableau 2b) ;
- 2c. maladies pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée peut avoir des répercussions particulièrement graves sur la prise en charge clinique du patient (tableau 2c).

L'infection à VIH est particulièrement contagieuse durant et immédiatement après la **primo-infection** [7]. Ce n'est que lorsque celle-ci est reconnue que la personne concernée peut être conseillée sur la façon de protéger ses partenaires d'une infection. Les bénéfices possibles d'un changement de comportement (protection contre le VIH) sont donc maximaux durant cette phase ; plus le diagnostic est posé tardivement, plus ils sont limités.

Un traitement antirétroviral (TAR) peut être indiqué durant la phase de primo-infection. Cette procédure fait actuellement l'objet de travaux de recherche [8-13]. Les conditions doivent en être discutées avec le spécialiste VIH. Aussi longtemps que l'efficacité d'un traitement immédiat de la primo-infection ne sera pas prouvée scientifiquement, le médecin ne pourra administrer ce traitement qu'en incluant le patient dans une étude (Swiss HIV Cohort Study, SHCS, par exemple).

Des études randomisées contrôlées sur les conséquences de l'absence ou de l'administration tardive d'un traitement chez les personnes présentant une **maladie indicatrice du sida** ont apporté des preuves suffisantes. Ne pas recommander de test VIH dans ces circonstances constituerait une mauvaise pratique clinique.

En outre, il existe des maladies, pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée peut avoir des répercussions particulièrement graves sur la prise en charge clinique du patient. **L'exclusion d'une infection à VIH est impérative notamment avant l'administration de médicaments immunosuppresseurs.**

Enfin, le test devrait être proposé au moins une fois par année à toute personne appartenant à un **groupe présentant une prévalence élevée d'infection à VIH** (indication épidémiologique). Tant qu'il n'est pas anonyme, le test sur ces personnes est pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire même si celles-ci ne présentent pas les maladies indicatrices susmentionnées.

Recommandations

1. **Recommander expressément** de faire **immédiatement** un test VIH à toute personne présentant des symptômes d'une primo-infection selon le tableau 1.
2. **Recommander expressément** de faire un test VIH à toute personne (sans test VIH positif préalable dans son dossier) présentant une maladie potentiellement indicatrice du VIH figurant dans le tableau 2a.

3. **Recommander** de faire un test VIH à toute personne présentant l'une des maladies pour lesquelles la prévalence des infections à VIH non diagnostiquées est > 0,5% et figurant dans le tableau 2b.
4. Dans le cas des maladies figurant dans le tableau 2c, pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée aurait des répercussions particulièrement graves sur la prise en charge clinique du patient, **proposer** un test, afin d'éviter tout autre immunosuppression pouvant avoir des effets secondaires graves et d'optimiser la réponse potentielle au traitement de la maladie indicatrice.
5. Les médecins de famille et les spécialistes proposent également à leurs patients un entretien-conseil et un test VIH, lorsqu'ils présument un risque accru d'exposition au VIH (cf. tableau 3). Après avoir minutieusement retracé l'historique de ses rapports sexuels et obtenu un conseil approfondi, le patient informé approuve explicitement le dépistage du VIH et les autres tests nécessaires ; autrement dit, aucun test n'est réalisé sans son consentement.
6. Consentement éclairé : dans toutes les situations décrites ci-dessus (et de manière générale dans la pratique médicale), l'information et le consentement du patient sont indispensables pour le test du VIH. La personne consultant pour des symptômes/douleurs fait une demande générale de diagnostic, il

Tableau 1:

Symptômes de primo-infection à VIH – Recommander le test expressément et immédiatement en présence d'au moins deux des symptômes suivants

- fièvre
- (suspicion de) méningite aseptique
- pathologie évoquant une mononucléose
- lymphadénopathie disséminée
- pharyngite érythémateuse
- éruption cutanée
- lymphocytes réactifs

Tableau 2a:
Maladies potentiellement indicatrices du sida (les plus fréquentes) – Recommander expressément le test

Tumeurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer du col de l'utérus • Lymphome non hodgkinien • Sarcome de Kaposi
Infections bactériennes:	<ul style="list-style-type: none"> • Mycobacterium tuberculosis, pulmonaire ou extra-pulmonaire • Complexe Mycobacterium avium (MAC) ou Mycobacterium kansasii, disséminé ou extra-pulmonaire • Mycobacterium, autres espèces ou espèces non identifiées, disséminées ou extra-pulmonaires • Pneumopathie récidivante ≥2/ an • Septicémie à Salmonella chez une personne de < 60 ans
Infections virales:	<ul style="list-style-type: none"> • Rétinite à cytomégalovirus • Herpès simplex, ulcère(s) > 1 mois / bronchite / pneumopathie • Leucoencéphalopathie multifocale progressive
Infections parasitaires:	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose cérébrale • Pneumonie à Pneumocystis jiroveci • Diarrhée associée à la cryptosporidiose, > 1 mois • Isosporidiose, > 1 mois • Leishmaniose disséminée • Mycoses • Candidose de l'œsophage • Candidose bronchique / trachéale / pulmonaire • Cryptococcose extra-pulmonaire

suffit alors de lui dire que, dans sa situation, le dépistage du VIH est « expressément recommandé », « recommandé » ou « proposé » par la directive de l'OFSP. Le refus d'un patient de se soumettre à un test VIH doit être expressément mentionné dans le dossier médical. Dans les rares cas où un patient n'est pas informé, l'exception sera également mentionnée dans le dossier médical. Comme exceptions pourront être envisagées des situations dans lesquelles le médecin part du principe que la discussion au sujet d'une infection à VIH serait défavorable au patient dans des circonstances données ou que l'accord du patient ne peut pas être obtenu dans le délai escompté.

7. Le contenu de cette directive décrit la « bonne pratique clinique » du médecin. Le non-respect de la directive peut constituer une violation du devoir de diligence et conduire à une mise en cause

Tableau 2b:
Autres maladies pour lesquelles la prévalence des infections à VIH non diagnostiquées est probablement > 0,5% – Recommander le test

• Leucoplasie orale chevelue de la langue	• Dermatite / exanthème séborrhéique
• Infections sexuellement transmissibles	• Maladie à pneumocoques invasive
• Hépatite B ou C (aiguë ou chronique)	• Candidémie
• Lymphadénopathie inexpliquée	• Leishmaniose viscérale
• Leucocytopénie / thrombocytopénie inexpliquée, persistant > 4 semaines	• Psoriasis grave ou atypique
• Neuropathie périphérique d'origine inconnue	• Syndrome de Guillain-Barré
• Lymphome malin	• Mononévrite
• Carcinome pulmonaire	• Démence sous-corticale
• Carcinome anal / dysplasie	• Maladie de type sclérose en plaques
• Dysplasie cervicale	• Perte de poids inexpliquée
• Zona chez une personne de < 50 ans	• Candidose orale inexpliquée
	• Diarrhée chronique inexpliquée
	• Atteinte rénale chronique inexpliquée

de la responsabilité juridique du médecin. Ainsi ne pas proposer un test VIH dans les situations indiquées ci-dessus – comme par exemple chez les femmes enceintes ou dans le contexte de dons d'organe – est une erreur.

8. A noter que d'autres tests sont à utiliser pour le dépistage du VIH chez les enfants de mère séropositive (cf. Concept suisse de test VIH). ■

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 058 463 87 06

Bibliographie

1. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med* 2008; 9:397–405.
2. Buetikofer S, Wandeler G, Kouyos R, Weber R, Ledergerber B, and the Swiss HIV Cohort Study. Prevalence and risk factors of late presentation for HIV diagnosis and care in a tertiary referral centre in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2014; 144:w13961
3. Bundesamt für Gesundheit. HIV-Test und Beratung auf Initiative des Arztes, der Ärztin. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 2013; 47: 1–2.
4. WHO/UNAIDS. Guidance on provider initiated HIV testing and counselling in health facilities. 30. May 2007.
5. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, et al. (2013) Feasibility and Effectiveness of Indicator Condition-Guided Testing for HIV: Results from HIDES I (HIV Indicator Diseases across Europe Study). *PLoS ONE* 8(1): e52845
6. Kutsyna G on behalf of the HIDES Study Group. Which Conditions are Indicators for HIV testing across Europe? Results from the HIDES II Study. *HepHIV* 2014, Barcelona
7. Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Inf Dis* 2007; 195, 951–959.
8. Pantazis N, Touloumi G, Vanhems P, et al. (CASCADE collaboration). The effect of antiretroviral treatment of different durations in primary HIV infection. *AIDS* 2008; 22: 2441–2450.
9. Seng R, Goujard C, Desquilbet L, et al. (ANRS PRIMO and SEROCO Study Groups). Rapid CD4+ Cell Decrease after Transient cART Initiated During Primary HIV Infection (ANRS PRIMO and SEROCO Cohorts). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2008; 49: 251–258.
10. Hecht FM, Wang L, Collier A, et al. A multicenter observational study

Tableau 2c:

Maladies pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée peut avoir des répercussions particulièrement graves sur la prise en charge clinique du patient – Proposer un test

- *Maladies exigeant un traitement immunosuppresseur agressif*
 - Cancer
 - Greffe
- *Maladie auto-immune traitée par des immunosuppresseurs*
 - Lésion cérébrale primaire envahissante
 - Purpura idiopathique / thrombotique thrombocytopénique

Tableau 3:

Indication épidémiologique – Proposer un test

- Le patient appartient à un groupe présentant une prévalence élevée : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes s'injectant des drogues par voie intraveineuse, personnes issues d'un pays à forte prévalence de VIH (Afrique subsaharienne).
- Le patient évoque un comportement sexuel à risque avec une personne connue comme étant séropositive ou dans un entourage à forte prévalence de VIH.

of the potential benefits of initiating combination antiretroviral therapy during acute HIV infection. *J Inf Dis* 2006; 194:725–33.

11. Steingrover R, Jurriaans S, Grijzen M et al. Transient HAART during PHI prolongs total time of HAART in patients presenting with PHI: Data from the Dutch Primo SHM Cohort. 16th Conference on Retroviruses and opportunistic infections, Montreal February 8–11, 2009, Abstract 70bLB.
12. Fidler S, Fox J, Touloumi G, Pantazis N, et al. Slower CD4 cell decline following cessation of a 3 month course of HAART in primary HIV infection: findings from an observational cohort. *AIDS.* 2007 Jun 19; 21(10):1283–91.
13. Vernazza P. Le début du traitement – un sujet brûlant. *Swiss Aids News* 2015;1: 14–16