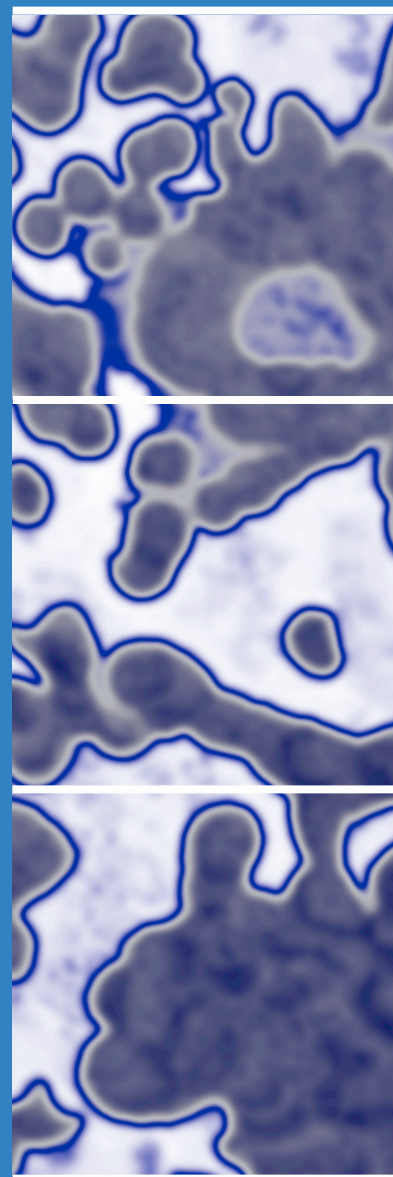


# VIH – état actuel des connaissances sur le dépistage et le diagnostic

Informations à l'intention des médecins



Office fédéral  
de la santé publique



#### **Impressum**

##### **Editeur:**

Office fédéral de la santé publique (OFSP) en collaboration avec la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFS)  
juin 2000

##### **Informations:**

Section sida  
case postale, 3003 Berne  
Tél. 031 323 88 11  
Fax 031 322 24 54

##### **Rédaction finale:**

Flavia Schlegel, OFSP, Berne  
Wolfgang Wettstein, Kommunikationsberatung und Medienarbeit, Zurich

##### **Document de base:**

«Document de base sur le test à VIH 1999», CFS, Berne.  
Josef Jost, Jörg Schüpbach, Bertino Somaini, tous CFS.  
Lukas Meyer, Aide suisse contre le sida; Martin Boess, Sida Info Doc Suisse; Claudia Kamber, OFSP  
Collaboration: Sous-commission clinique de la CFS.  
Peter Erb, Sous-commission sérologie, immunologie et virologie de la CFS

##### **Traduit de l'allemand par:**

Sophie Neuberg

##### **Layout:**

Gerber Typografik, Berne

##### **Commandes:**

Sida Info Doc Suisse  
case postale 5064, 3001 Berne  
Tél. 031 318 32 70  
Fax 031 311 05 65  
E-Mail [bestellungen@aid.ch](mailto:bestellungen@aid.ch)  
ou sur [www.admin.ch/bag/aids](http://www.admin.ch/bag/aids)  
Langues disponibles: français, allemand, italien

Reproduction autorisée avec indication de la source (également extraits).

<b>Préface</b>	4
<b>1 Informations actuelles concernant le dépistage du VIH</b>	5
1.1 Test de dépistage: seulement après conseil et information	5
1.2 Test de dépistage: seulement après accord	5
1.3 Construire une relation de confiance	6
1.4 Protection des données et déclarations	6
1.5 Test de dépistage positif et assurances	6
1.6 Test de dépistage positif en vacances et en voyage	7
1.7 Perception de soi, sexualité, entourage	8
<b>2 Informations actuelles concernant l'anamnèse</b>	9
2.1 Raisons de vouloir un test de dépistage	9
2.2 Diagnostic du VIH: rarement avant un sida déclaré	11
2.3 Caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida en Suisse jusqu'à fin 1999	11
<b>3 Informations actuelles concernant le diagnostic du VIH</b>	14
3.1 Les différentes méthodes de dépistage	14
Dépistage des anticorps: trois mois de délai pour qu'il soit fiable	14
Test express: résultat au bout de 30 minutes; s'il est positif, il doit être confirmé	14
Dépistage direct du virus: le dépistage peut avoir lieu rapidement	15
Tests combinés: recherche simultanée des anticorps et de l'antigène p24	15
Tests de confirmation: dépistage sur un nouvel échantillon	15
Mesure de la charge virale (viral load): importante pour contrôler le traitement	16
3.2 Demande de dépistage: selon l'anamnèse	16
3.3 Erreurs donnant lieu à des résultats erronés	16
<b>4 La prophylaxie post exposition (PEP) hors environnement médical</b>	17
<b>5 Informations actuelles sur le traitement de l'infection par le VIH</b>	18
5.1 Succès et limites des traitements	19
Résistances	19
Comportement préventif malgré le traitement	20
5.2 Début du traitement: quand?	20
Traitement de la primo-infection	20
Traitement rapide	21
Traitement tardif	21
Démarrer plus tôt ou plus tard?	21
Effets secondaires des médicaments	22
5.3 La fidélité au traitement: un facteur de succès	22
Difficultés à être fidèle au traitement	23
Comment encourager la fidélité au traitement	23
<b>6 Adresses</b>	24
<b>7 Publications</b>	26
Adresses de commande	28

# Préface

Chers collègues, chères collègues,

Les multithérapies qui existent depuis quelques années pour le traitement de l'infection par le VIH ont transformé la signification du test de dépistage du VIH. Nous disposons désormais de nouvelles possibilités de diagnostic.

Jusqu'à l'apparition des multithérapies, le fait d'être au courant d'une infection par le VIH n'avait que peu d'effet sur le traitement. A présent, le test de dépistage est devenu important pour le traitement. En effet, le fait d'être au courant d'une infection par le VIH et les autres diagnostics qui suivent logiquement sont des facteurs importants pour décider d'un traitement. Et une découverte rapide de l'infection conditionne le début rapide d'une multithérapie qui sera en mesure de prolonger nettement l'espérance de vie d'une personne séropositive et, malgré les effets secondaires, d'améliorer grandement sa qualité de vie.

Un diagnostic tardif de l'infection par le VIH diminue les chances de succès des multithérapies. La connaissance précoce d'une infection par le VIH permet de décrire l'infection avec exactitude au moyen de la charge virale et du nombre de CD4, et d'effectuer un pronostic fiable sur la progression de la maladie. De plus, les observations cliniques indiquent désormais que les multithérapies sont particulièrement efficaces lorsqu'elles sont entamées dès la phase de primo-infection.

Même si ces résultats ne sont pas encore confirmés et si le meilleur moment pour commencer une multithérapie est encore sujet à controverses, il est important de reconnaître les symptômes d'une primo-infection, afin de pouvoir discuter avec vos patient(e)s de l'éventualité d'une infection par le VIH et des possibilités de traitement.

«VIH – état actuel des connaissances sur le dépistage et le diagnostic» s'adresse en particulier à celles et ceux d'entre vous qui n'ont pas à s'occuper chaque jour de cas de VIH et de sida.

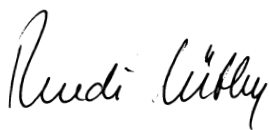
Cette brochure

- résume les connaissances actuelles sur le dépistage et le diagnostic;
- se penche sur les aspects sociaux, juridiques, techniques et médicaux du diagnostic du VIH;
- propose un bref aperçu des multithérapies existantes;
- indique quelles publications et quelles institutions répondent à vos questions.

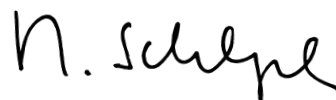
Nous voulons vous aider

- à aborder avec vos patient(e)s les questions délicates liées au dépistage du VIH;
- à continuer à communiquer la nécessité du sexe à moindres risques et de l'usage de drogues à moindres risques (safer sex et safer use);
- à prendre suffisamment de temps pour faire le tour du problème lors des conseils sur le dépistage;
- à penser à l'éventualité d'une infection par le VIH lorsque vous êtes confronté(e) à des symptômes de primo-infection, et à envisager le cas échéant une prophylaxie post exposition.

Nous espérons y parvenir et vous remercions de votre engagement dans le soutien et le conseil des personnes touchées par le VIH.



Professeur Dr méd. Ruedi Lüthy  
président de la Commission fédérale  
pour les problèmes liés au sida



Dr méd. Flavia Schlegel  
cheffe de la section sida  
Office fédéral de la santé publique

# 1 Informations actuelles concernant le dépistage du VIH

## 1.1 Test de dépistage: seulement après conseil et information

Avant d'effectuer un test de dépistage du VIH, il faut avoir obtenu l'accord du patient/de la patiente, celui-ci/elle-ci ayant connaissance de toutes les données utiles (informed consent).

L'accord éclairé (informed consent) englobe les aspects techniques, sociaux, juridiques et médicaux.

Le test de dépistage du VIH doit toujours être accompagné de conseils détaillés et d'informations individuelles.

Cela est important pour plusieurs raisons:

**L'anamnèse des risques** permet de faire la différence entre craintes justifiées et injustifiées d'une infection par le VIH.

**Des informations sur les risques réels**, tels que relations sexuelles non protégées ou risques pris lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse peuvent mener à un changement d'attitude et à un renforcement durable des mesures individuelles de prévention.

**Les patient(e)s qui confondent le test de dépistage avec une mesure préventive** et se font tester de manière répétée après une prise de risque réelle ou supposée doivent être incités à remettre en cause leur comportement. Ainsi, il est possible de parler des comportements à risques ou des problèmes individuels en rapport avec le sexe à moindres risques ou l'usage de drogues à moindres risques.

**Informé sur les caractéristiques réelles du test.** Ainsi, il faudra mentionner le fait que le test n'est fiable que trois mois après l'infection. Eventuellement, il faudra expliquer les avantages et la fiabilité limitée du test lors d'une primo-infection – avec un test aux antigènes p24 ou un test combiné (voir chapitres 3 et 5).

## 1.2 Test de dépistage: seulement après accord

Il n'existe aucune loi permettant d'effectuer un test de dépistage du VIH sans l'accord (informed consent) du patient/de la patiente. Cela vaut également pour la loi sur les épidémies.

Vu les conséquences aussi bien médicales que sociales et juridiques d'un résultat de test positif, le test de dépistage du VIH ne peut pas être considéré comme une analyse de routine pour laquelle l'accord tacite peut être supposé.

### 1.3 Construire une relation de confiance

**Conseiller et informer le patient/la patiente de manière individuelle et détaillée permet d'instaurer une relation de confiance entre le médecin et le patient/la patiente. Cette relation de confiance est d'une importance capitale lors d'un résultat de test positif et pour gérer les conflits qui en découlent.**

Si vous avez des questions concernant l'entretien de conseil et d'information sur le test de dépistage, il peut être utile pour vous en tant que médecin de vous adresser aux centres spécialisés dans le VIH (voir adresses au chapitre 6) et de vous informer sur les offres de conseil et d'accompagnement des antennes de l'Aide suisse contre le sida.

### 1.4 Protection des données et déclarations

**Si le test de dépistage est effectué sur avis d'un médecin, ce dernier est soumis au secret médical prescrit par la loi.**

Dans le cas où un(e) patient(e) souscrit une assurance complémentaire, il/elle doit habituellement signer un accord permettant à la compagnie de s'informer auprès du médecin.

**Si le test est pratiqué dans un centre de dépistage anonyme ou de manière anonyme dans un cabinet médical, il n'y a pas de problèmes en matière de protection des données. Le centre de dépistage n'a connaissance ni du nom ni du résultat de test des personnes qui s'y rendent.**

Les résultats de tests positifs confirmés doivent être déclarés à l'OFSP de manière anonyme. Ainsi, la protection des données est assurée au sein du système de déclaration. L'ordonnance sur la déclaration (RS.818.141.1) est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 1999. Sur intervention du préposé à la protection des données, de personnes directement touchées et de l'Aide suisse contre le sida, la protection des données a entre-temps été améliorée au niveau de la mise en œuvre de cette ordonnance.

Sur ce sujet, voir également:

Bulletin OFSP 10/99 «Nouveautés dans le système de déclaration VIH et sida».

### 1.5 Test de dépistage positif et assurances

**Pour l'assurance maladie obligatoire, un résultat de test de dépistage du VIH positif ne présente pas d'inconvénients. Les personnes atteintes du VIH/sida peuvent changer de caisse d'assurance maladie sans problèmes. Dans ce cas, les assureurs n'ont pas le droit de poser des questions sur la santé.**

**Dans le cas d'une assurance maladie complémentaire, d'une assurance vie, d'une assurance indemnité journalière (perte de gain par suite d'une maladie)**

Le Tribunal fédéral des assurances a décrété dans un arrêt de 1990 qu'une infection à VIH asymptomatique doit être considérée comme une maladie et que les assureurs sont en droit d'émettre des réserves à l'encontre d'une «maladie à VIH et de ses suites» et d'une «faiblesse immunitaire et de ses suites». Cette décision a dissipé les doutes qui

**et d'une assurance retraite complémentaire auprès d'une caisse de pension, une sélection selon les risques et des questions concernant l'état de santé sont autorisées.**

**Si l'assuré(e) ne déclare pas un résultat de test positif qui lui est connu, il/elle enfreint son devoir de déclaration et court le risque que la compagnie d'assurance résilie le contrat.**

existaient quant à l'obligation pour les assureurs de fournir des prestations pour des mesures médicales. En même temps, cette décision a ouvert la voie dans le domaine complémentaire à une sélection stricte des assuré(e)s selon leurs risques. L'arrêt du TFA du 12 mars 1998 a confirmé cette décision. Cette nouvelle décision part du principe que dans l'état actuel des connaissances scientifiques, un traitement rapide de l'infection par le VIH est indiqué, puisqu'il permet d'atténuer en partie les conséquences négatives d'un test de dépistage positif. Certains contrats d'assurance prévoient des clauses de libre passage et de transfert, mais moyennant le respect de certains délais. Il est indiqué de demander conseil à une personne compétente (par exemple à l'Aide suisse contre le sida ou à une de ses antennes locales).

Sur ce sujet, voir également:

Mary Haour-Knipe et al. «Discrimination institutionnelle en rapport avec le VIH en Suisse», Bulletin OFSP 5/99 «Droit et VIH/sida», newsletter, Aide suisse contre le sida, Zurich.

«Réinsertion professionnelle des personnes qui vivent avec le VIH/sida. Un dossier à l'attention des services de consultation, des personnes touchées et du public intéressé», Aide suisse contre le sida, Zurich, 1999.

## **1.6 Test de dépistage positif en vacances et en voyage**

**Plusieurs pays interdisent l'entrée sur leur territoire aux personnes atteintes du VIH/sida.**

Bien souvent, l'entrée sur le territoire n'est accordée que pour participer à un congrès, rendre visite à sa famille ou suivre des traitements médicaux. L'entrée sur le territoire n'est donc possible qu'à condition de passer le diagnostic sous silence, ce qui est particulièrement difficile lorsque des médicaments antirétroviraux sont du voyage.

Sur ce sujet, voir également:

Département des affaires étrangères, «Tableau récapitulatif des dispositions prises par certains pays envers les voyageurs internationaux concernant les tests de dépistage des anticorps anti-VIH (sida)», Berne, mars 2000.

## 1.7 Perception de soi, sexualité, entourage

**Aujourd'hui encore, le diagnostic d'une infection par le VIH transforme profondément la perception qu'une personne a d'elle-même ainsi que son statut.**

**L'infection par le VIH peut également avoir un effet négatif sur la sexualité et la vie de couple des personnes atteintes.**

**Malgré les progrès enregistrés par la société ces dernières années face aux personnes séropositives ou malades du sida, il arrive encore que ces personnes soient victimes de discriminations et de stigmatisations, par exemple sur leur lieu de travail ou lors de la recherche d'un emploi ou d'un logement.**

A l'heure actuelle, les réactions à un test positif ne sont généralement pas dramatiques au point que l'on doive parler de traumatisme psychique causé par le résultat. Néanmoins, des réactions dépressives sont fréquentes.

Un grand nombre de personnes séropositives souffrent de dysfonctionnement sexuel dû à la peur de contaminer leur(s) partenaire(s). Elles doivent éventuellement faire face à une stigmatisation et à des réactions de rejet de la part de leurs partenaires amoureux ou sexuels lorsqu'elles exigent la pratique du sexe à moindres risques afin de ne pas les contaminer.

Sur ce sujet, voir aussi:

Giovanna Meystre-Agustoni et al. «La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida», Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne, 1998.

«Les personnes avec le VIH/sida et leur sexualité. Aide-mémoire pour les intervenants», Aide suisse contre le sida, Zurich, 1998.

«La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida». Infothèque Sida 1/2000, Sida Info Doc Suisse, Berne, 2000

Mary Haour-Knipe et al. «Discrimination institutionnelle en rapport avec le VIH en Suisse», Bulletin OFSP 5/99.



## 2 Informations actuelles concernant l'anamnèse

Afin de déterminer les risques en détail, il est utile de connaître dans chaque cas les raisons principales d'effectuer un test de dépistage et les données actuelles de l'épidémie, en particulier la prévalence dans les différents groupes sociaux et le risque de contamination selon la voie de transmission.

### 2.1 Raisons de vouloir un test de dépistage

Il existe diverses raisons et occasions d'effectuer un test de dépistage du VIH. Les plus importantes sont:

- primo-infection supposée;
- peur de s'être infecté par voie sexuelle ou par échange de seringues;
- grossesse;
- nouvelle liaison amoureuse;
- base pour une décision thérapeutique;
- accident du travail impliquant du matériel infecté;
- demande d'assurance privée.

#### **Primo-infection supposée**

Bien souvent, divers symptômes peuvent être observés en phase de primo-infection (voir chapitre 5):

- symptômes de type mononucléose;
- fièvre avec exanthème;
- ganglions lymphatiques enflés et fièvre;
- fièvre avec muguet buccal;
- méningite virale;
- fièvre avec lymphocytes réactifs apparaissant à l'analyse sanguine.

Ces symptômes ne sont pas uniquement spécifiques au VIH. Cependant, il convient de vérifier cette possibilité. Cela vaut également pour des symptômes existant depuis longtemps ou difficiles à soigner.

#### **Peur de s'être infecté par voie sexuelle ou échange de seringues**

Sans anamnèse détaillée des risques pris et sans conseils concernant les conséquences d'un test éventuellement positif, il n'est pas recommandé d'effectuer le test. Si la situation à risque a eu lieu moins de 72 heures avant l'entretien de conseil, il faudra parler de la possibilité d'une prophylaxie post exposition (voir chapitre 4).

Ces situations à risque sont en particulier:

- rapports sexuels vaginaux ou anaux non protégés avec une personne séropositive ou supposée séropositive;
- rapports sexuels oraux (fellation) avec éjaculation, ou cunnilingus pendant les règles avec une personne séropositive ou supposée séropositive;
- utilisation de seringues déjà utilisées par une personne séropositive ou supposée séropositive.

### **Grossesse**

En cas de grossesse, il est recommandé de procéder à une anamnèse des risques concernant une infection par le VIH ainsi qu'à un test de dépistage. Si la femme est séropositive, le risque de transmission à l'enfant est d'environ 25%<sup>1</sup> pendant la grossesse, la naissance et l'allaitement si aucune mesure n'est prise. Lorsque la femme enceinte et le nouveau-né sont traités par médicaments, que la naissance a lieu par césarienne et que le nouveau-né n'est pas allaité au sein, le risque de transmission passe à moins de 5%.<sup>2</sup> Dans le Bulletin OFSP 44/1998, des «Recommandations pour le traitement antirétroviral pendant la grossesse» ont été publiées. A la suite de la prescription plus fréquente de ces traitements, l'incidence a nettement baissé en Suisse: elle est passée de 1,4 à 0,6 pour 10 000 naissances (période du 1<sup>er</sup> juillet 1991 au 30 juin 1994 comparée à la période du 1<sup>er</sup> juillet 1994 au 30 juin 1997).

<sup>1</sup> En Suisse, ce taux était un peu plus bas pour la période de trois ans du 1<sup>er</sup> juillet 1991 au 30 juin 1994 : entre 15,6 et 19,7% (26 à 33 enfants sur 167 nés de mères séropositives). Ceci est dû au fait que pendant cette période, on pratiquait déjà des naissances par césarienne. Voir Ch. Kind, abstract pour la Conférence Internationale sur le Sida de Genève 1998.

<sup>2</sup> Pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 1994 au 30 juin 1997, le taux est passé en Suisse à 6,5%/10,1% (9/14 sur 138), mais toutes les mères n'ont pas suivi les mesures indiquées. Sur les 45 mères ayant suivi une prophylaxie complète au ZDV et ayant accouché par césarienne, aucune n'a mis au monde un enfant séropositif. Voir Ch. Kind, abstract pour la Conférence Internationale sur le sida de Genève 1998.

### **Nouvelle liaison amoureuse**

La demande de test de dépistage dans ces conditions émane souvent du désir de pouvoir renoncer aux préservatifs dans la nouvelle relation. Pendant l'entretien, il faut aborder les risques éventuellement courus par le passé par le/la partenaire et conseiller le cas échéant à celui-ci/celle-ci de se soumettre également au test de dépistage. Renoncer au sexe à moindres risques n'est sûr que si les deux partenaires sont absolument fidèles ou s'ils s'en tiennent toujours aux règles du sexe à moindres risques lors de rapports sexuels en dehors de la relation.

### **Base pour une décision thérapeutique**

Il est nécessaire de connaître sa séropositivité pour pouvoir se décider pour ou contre une multithérapie.

### **Accident du travail impliquant du matériel infecté**

Lorsqu'une infection semble possible, par exemple après une blessure avec une seringue, il faut effectuer un test de dépistage des anticorps anti-VIH et parler avec la personne concernée de la possibilité d'une prophylaxie post-exposition (voir chapitre 4).

### **Demande d'assurance privée**

A partir d'une certaine somme en jeu, les compagnies d'assurance vie et autres assurances privées conditionnent la conclusion du contrat à un résultat de test négatif. Les conséquences négatives éventuelles de cette clause que les assureurs sont en droit d'exiger doivent être abordées avec le/la patient(e). Il faudra conseiller à celui-ci/celle-ci de s'adresser aux services de conseil existants (par exemple auprès de l'Aide suisse contre le sida).

Sur ce sujet, voir aussi:

Bulletin OFSP 18/98, «Concept de test VIH 98.

Nouvelles directives» et Bulletin OFSP 48/99

«Nouveautés dans le diagnostic de l'infection par le VIH et complément au concept de test VIH 1998». On y trouve les explications concernant la marche à suivre pour la prophylaxie post exposition et en cas de primo-infection supposée, ainsi que dans les autres situations (voir aussi chapitres 3 et 4).

## 2.2 Diagnostic du VIH: rarement avant un sida déclaré

**Dans le cadre des déclarations de cas de sida, la question du premier résultat positif de test de dépistage du VIH est posée. On constate des différences notables selon la voie de transmission.**

**Environ la moitié des hommes hétérosexuels n'apprennent leur statut séropositif pratiquement qu'avec le diagnostic de sida.**

Pour les usager(s) de drogues intraveineuses, la valeur médiane est de huit ans, c'est-à-dire qu'au moment du diagnostic de sida, ces personnes savaient déjà depuis huit ans qu'elles étaient séropositives. Parmi les hommes homosexuels, cette période est beaucoup plus courte avec une valeur médiane d'un peu plus de deux ans et demi.

Parmi le groupe ayant une voie de transmission hétérosexuelle, le diagnostic de VIH semble avoir lieu encore bien plus tard, avec une différence nette entre les hommes et les femmes. La moitié des hommes n'apprennent leur statut séropositif pratiquement qu'avec le diagnostic de sida. Par contre, pour la moitié des femmes de ce groupe, le premier diagnostic de VIH a eu lieu au moins un ou deux ans avant le diagnostic de sida.

## 2.3 Caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida en Suisse jusqu'à fin 1999

(Etat au 31 mars 2000)

**Les laboratoires d'analyses de confirmation suisses ont déclaré 24 422 résultats positifs sur l'ensemble des tests pratiqués jusqu'en 1999. Le nombre de tests confirmés positifs a atteint un maximum de 2 144 en 1991 et est en baisse depuis. En 1999, 601 résultats positifs ont été déclarés.**

**En Suisse, 200 000 à 300 000 tests de dépistage des anticorps anti-VIH sont effectués chaque année (dons de sang exclus). La fréquence des tests dans la population est donc élevée aussi bien dans la population générale (59% des personnes âgées de 17 à 45 ans se sont fait tester au moins une fois jusqu'en 1997), que dans des groupes de population spécifiques.**

### Cas de sida

Total des déclarations (1983–1999)	6780
Nombre de décès déclarés sur ce total jusqu'au 31 mars 2000	4914
Proportion de femmes (déclarations)	23,4%
Nombre de nouveaux cas (1999)	270–320

#### Modes d'infection (cas diagnostiqués en 1999)

contacts sexuels entre hommes	26,2%
injection de drogues	24,0%
contacts hétérosexuels	45,9%
transmission de la mère à l'enfant	–
transfusions de sang et produits sanguins	2,2%
cas inclassables	1,6%

Proportion de femmes (diagnostics 1999)	27,3%
---	-------

Groupes d'âge (cas diagnostiqués de 1993 à 1999)	masculin	féminin
enfants de moins de 13 ans	<1%	<2%
13 à 29 ans	12%	20%
30 à 44 ans	61%	69%
plus de 44 ans	26%	10%

### Infections par le VIH

Déclarations des laboratoires (1985–1999)	24 422
Nombre estimé de personnes infectées depuis le début de l'épidémie (personnes décédées comprises)	16 000–26 000

Proportion de femmes (déclarations)	31,3%
-------------------------------------	-------

Estimation des nouvelles infections par année	500–600
---	---------

#### Principaux modes d'infection actuellement

contacts sexuels entre hommes	27%
injection de drogues	14%
contacts hétérosexuels	59%
transmission de la mère à l'enfant	<0,3%
transfusions de sang et produits sanguins	<0,1%

Proportion de femmes (tests 1999)	35,6%
-----------------------------------	-------

Groupes d'âge (tests 1994–1999)	masculin	féminin
enfants de moins de 13 ans	1%	2%
13 à 29 ans	24%	44%
30 à 44 ans	50%	43%
plus de 44 ans	24%	11%

### Tendances

Nouveaux cas de sida: le nombre annuel de nouveaux cas de sida a régressé depuis 1995. Cette évolution s'explique principalement par l'utilisation de traitements combinés antirétroviraux très efficaces chez les personnes séropositives qui se trouvent au stade pré-sida. La proportion d'infections par contacts hétérosexuels, et par conséquent la proportion de femmes infectées, sont en constante augmentation.

Décès: après une période de constante augmentation et un pic en 1994, le nombre de décès chez les personnes séropositives n'a cessé de diminuer en Suisse. Selon les déclarations jusqu'au 31 mars 2000, environ 120 personnes atteintes du sida ou du VIH sont décédées en 1998, ce qui représente moins de 20% du chiffre de 1994. Comme pour les nouveaux cas de sida diagnostiqués, cette diminution s'expliquerait principalement par le recours à des thérapies antirétrovirales très efficaces.

### Tendances

Le nombre de nouvelles infections diagnostiquées est en régression depuis 1992, cette tendance étant surtout sensible chez les personnes qui s'injectent des drogues et chez les hommes homosexuels. La plupart des nouvelles infections sont transmises par voie sexuelle (contacts homosexuels et hétérosexuels). Depuis 1990, les contacts hétérosexuels sont à l'origine de la plus grande proportion de nouveaux cas diagnostiqués (plus de 50% des cas depuis 1997). Parmi ces cas, on trouve principalement les sous-groupes suivants: contacts sexuels avec des personnes originaires de pays où la transmission prédominante du VIH est hétérosexuelle (dont plus de la moitié chez des personnes elles-mêmes originaires de tels pays), avec des personnes s'injectant des drogues, avec des personnes séropositives et avec des partenaires occasionnels.

### Répartition géographique

Environ trois quarts des personnes atteintes du sida ou du VIH habitent dans des agglomérations urbaines des cantons de Zurich, Genève, Vaud, Berne et Bâle-Ville.

### Comparaison internationale des cas de sida

Nombre de cas de sida déclarés en 1998 pour 100 000 habitants	
Espagne	10,8
Suisse	5,9
Italie	4,4
France	3,4
Autriche	1,3
Allemagne	1,1

### Situation globale (ONUSIDA, décembre 1999)

Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida réparties en	33,6 millions
Afrique	68 %
Asie et Australie	22 %
Amérique centrale et Amérique du Sud	5 %
Amérique du Nord	3 %
Europe	2 %
Nouvelles infections en 1999	5,6 millions
Décès dus au VIH/sida en 1999	2,6 millions

### Progression des infections par le VIH parmi les personnes originaires des pays sub sahariens

Dans l'ensemble, le taux de personnes testées séropositives originaires de pays d'Afrique sub-saharienne est passé de 5% en 1990 à 21% en 1998.

En raison de la manière dont les déclarations sont formulées, on ne peut pas savoir si les infections ont eu lieu dans le pays d'origine ou en Suisse. La prévalence élevée du VIH dans les pays d'origine de ces personnes et la distribution des sous-types de VIH (les pays sub sahariens présentent d'autres sous-types que la Suisse) dans les résultats positifs laissent supposer que la plupart des infections ont été contractées dans le pays d'origine.

Sur ce sujet, voir aussi:  
«Sida et VIH en Suisse. Situation épidémiologique fin 1998», Berne, OFSP 1999.

# 3 Informations actuelles concernant le diagnostic du VIH

**En plus du test de dépistage des anticorps anti-VIH le plus souvent utilisé, on dispose aujourd'hui d'autres tests en mesure de dépister le virus directement ou de documenter la progression d'une infection par le VIH. Le concept de test VIH décrit quand utiliser quel test à bon escient.**

Sur ce sujet, voir aussi: Bulletin OFSP 18/1998 «Concept de test VIH 1998. Nouvelles directives» et Bulletin OFSP 48/1999 «Nouveautés dans le diagnostic de l'infection par le VIH et complément au concept de test VIH 1998».

## 3.1 Les différentes méthodes de dépistage

**Dépistage des anticorps: trois mois de délai pour qu'il soit fiable**

**Même dans des conditions optimales, il faut toujours compter en général plus de trois semaines, dans certains cas exceptionnels jusqu'à trois mois et plus, pour que les anticorps puissent être dépistés par les tests de la troisième génération.**

Un résultat négatif de test de dépistage du VIH ne peut donc être considéré comme «suffisamment fiable» que trois mois après la dernière prise de risque.

**Test express: résultat au bout de 30 minutes; s'il est positif, il doit être confirmé**

**En plus des tests réalisés par les laboratoires d'analyses, il existe aujourd'hui également un test express de dépistage des anticorps anti-VIH autorisé par l'OFSP et qui répond aux exigences posées à un test de dépistage du VIH de la troisième génération.**

Le test permet de dépister les anticorps dans le sérum ou le plasma. Moyennant le recours à un réactif supplémentaire, on peut – avec la même sensibilité<sup>3</sup> et la même spécificité<sup>4</sup> – utiliser une goutte de sang prélevée au bout du doigt.

**Dans le cas d'un résultat positif ou douteux, il faut, comme avec tout autre test de dépistage des anticorps anti-VIH, envoyer un échantillon de sang à un laboratoire pour confirmation. Un résultat positif ou douteux ne doit pas être considéré comme positif tant qu'il n'est pas confirmé.**

Le test express peut être utilisé:

- par les médecins exerçant en cabinet.
- dans les centres de dépistage et de conseil dirigés par des médecins et qui pratiquent des prises de sang.
- dans les hôpitaux (par exemple pour un diagnostic rapide en cas de blessures avec une seringue pour décider d'une prophylaxie post exposition éventuelle).

<sup>3</sup> Sensibilité: combien de personnes séropositives sont-elles découvertes? Si la sensibilité est de 99,9%, 999 séropositifs sur 1000 sont découverts, un résultat est faussement négatif.

<sup>4</sup> Spécificité: combien de personnes séronégatives sont-elles découvertes? Si la spécificité est de 99,9%, 999 séronégatifs sur 1000 sont découverts, un résultat est faussement positif.

<sup>5</sup> En Suisse, il est interdit de délivrer au public des tests destinés à dépister des maladies infectieuses, décret sur les trousse de diagnostic in vitro (IVD), (SR 818.152.1.).

Par contre, le test express ne peut pas être effectué en pharmacie ni être délivré aux particuliers.<sup>5</sup> Son utilisation en cabinet médical est soumise à des contrôles périodiques de qualité: environ trois à quatre fois par an, des séries externes avec des échantillons codés séropositifs et séronégatifs doivent être testées.

**Les tests dits «home tests» sont pratiqués sur l'urine ou la salive. On ne connaît pas leur fiabilité au début d'une infection. C'est pourquoi ces tests ne sont pas autorisés pour le diagnostic en Suisse.<sup>6</sup>**

#### **Dépistage direct du virus (antigène p24): le dépistage peut avoir lieu rapidement**

**Un test p24 négatif ne peut pas être le garant de la non-infection avant expiration du délai de trois mois. C'est pourquoi il faut faire en plus un test de dépistage des anticorps (ou un test combiné) au bout des trois mois.**

Au cours des premiers jours et semaines suivant l'infection, avant que le virus ne se soit assez multiplié pour provoquer la production d'anticorps, aucun test de dépistage des anticorps n'est fiable (le test express non plus). Cette période, appelée «fenêtre diagnostique» peut être raccourcie d'environ six jours en moyenne, si on utilise un test d'antigène p24 qui dépiste une protéine du VIH, ou un test combiné d'anticorps et d'antigène p24.

#### **Tests combinés: recherche simultanée des anticorps et de l'antigène p24**

**Un test réactif combiné ne permet pas de déterminer ce qui a été dépisté: l'antigène p24, les anticorps ou les deux. C'est pourquoi ce test ne peut pas être employé comme test de dépistage de l'antigène p24.**

**Un résultat de test combiné négatif n'est fiable – de même que pour les tests de dépistage des anticorps uniquement – que trois mois après la dernière prise de risque.**

La sensibilité des tests combinés est nettement plus élevée que celle des tests de la troisième génération. Ainsi, il y a moins de résultats faussement négatifs, parce que le dépistage porte non seulement sur les anticorps, mais aussi sur l'antigène p24. La sensibilité à l'antigène p24 est suffisamment grande pour dépister les primo-infections.

#### **Tests de confirmation: dépistage sur un nouvel échantillon**

**Tout résultat positif ou douteux d'un des tests mentionnés ci-dessus doit être vérifié au moyen d'un nouvel échantillon de sang envoyé à un laboratoire d'analyses pour confirmation. Un résultat positif ou douteux ne doit pas être considéré comme positif tant qu'il n'est pas confirmé.**

Selon les directives publiées dans le Bulletin OFSP N° 18 «Nouveautés dans le diagnostic de l'infection par le VIH et complément au concept de test VIH 1998», du 27 avril 1998, on peut employer à cet effet Western Blot, le test d'antigène p24 avec test de neutralisation, un deuxième test de dépistage des anticorps différent du premier ou la PCR-VIH-1. Si le doute persiste, il faudra envoyer un échantillon au Centre national pour les rétrovirus de Zurich.

<sup>6</sup> Ceci n'est pas valable pour des buts de recherche. Ainsi, l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich a pu utiliser le test sur la salive pour sa «Zurich Men's Study 1998». Les résultats ont été utilisés à des fins statistiques uniquement et n'ont pas été communiqués aux participants.

### **Mesure de la charge virale (viral load): importante pour contrôler le traitement**

**Pour déterminer l'indication d'une thérapie antirétrovirale et contrôler l'efficacité de celle-ci, il est utile de connaître le nombre de particules de VIH dans le plasma sanguin.**

En Suisse, on pratique à cet effet la PCR-ARN-VIH-1. Pour les rares cas d'infection par le VIH 2, un autre test peut être effectué au Centre national pour les rétrovirus. La PCR-ARN-VIH-1 permet de déterminer la charge virale mais n'est pas adaptée au diagnostic du VIH lui-même et ne peut donc pas remplacer le dépistage de l'antigène p24.

## **3.2 Demande de dépistage: selon l'anamnèse**

**Le laboratoire ne peut choisir la combinaison de tests adéquate que si la commande indique la question de diagnostic qui se pose.**

Après une anamnèse détaillée des risques, il faut décider si un test de dépistage des anticorps suffira à diagnostiquer une infection par le VIH (au moins trois mois passés depuis l'exposition), ou si un test d'antigène ou un test combiné devra être effectué, par exemple lorsqu'une primo-infection est supposée.

Comme aucun résultat de test négatif n'est complètement fiable pendant trois mois suivant l'exposition, il faudra refaire un test anticorps ou un test combiné au bout des trois mois.

## **3.3 Erreurs donnant lieu à des résultats erronés**

**Les résultats erronés sont en général dus à des erreurs dans la démarche. Par exemple:**

- **Le concept de test VIH n'a pas été suivi.**
- **Des échantillons sanguins ont été échangés.**
- **L'échantillon a été souillé par du sang séropositif.**
- **Les données ont été mal transcrites (entre la machine à dépistage et la feuille de résultats).**
- **Les critères de séropositivité n'ont pas été utilisés de manière suffisamment restrictive (dans le cas du test Western Blot).**
- **Le test a été interprété de manière erronée (en particulier pour le test Western Blot).**
- **Le résultat communiqué a été mal interprété par le médecin traitant.**

N'oublions pas qu'un résultat faussement négatif peut être dû à une séro-conversion tardive dans certains cas rares.

Un résultat faussement positif peut être corrigé rapidement grâce au contrôle de la progression.



## 4 La prophylaxie post exposition (PEP) hors environnement médical

**La PEP est une possibilité d'intervention dans les premières heures (72 heures maximum) suivant une situation à haut risque d'infection.**

**Son but est d'empêcher la séroconversion, et elle sera conseillée selon l'estimation de la situation à risque.**

**Pour la PEP, on applique une multithérapie antirétrovirale pendant deux à quatre semaines.**

**Il est dans tous les cas recommandé de prendre contact avec un centre de traitement du VIH.**

**Pour la PEP, il faut considérer les points suivants:**

- Une indication de PEP sans équivoque est rare.
- La PEP ne peut pas garantir que l'infection sera évitée.
- Comme la PEP est accompagnée d'effets secondaires, elle ne doit pas être prescrite à la légère.
- La PEP est une prophylaxie, pas un moyen de prévention.

### **Déclaration des PEP**

#### **Romandie**

Centre hospitalier universitaire vaudois  
Dr P. Sudre  
Division autonome de médecine préventive hospitalière  
1011 Lausanne  
Tél. 021 314 53 43

#### **Tessin**

Ambulatorio per le malattie infettive  
Dr E. Bernasconi  
Ospedale Civico  
6900 Lugano  
Tél. 091 805 60 21

#### **Suisse allemande y compris Grisons**

Centre hospitalier universitaire de Zurich  
Section maladies infectieuses et hygiène hospitalière  
Rämistr. 100  
8091 Zurich  
Tél. 01 255 25 41

Si, après une situation à haut risque d'infection, le délai pour la PEP a été dépassé ou s'il a été décidé de ne pas y avoir recours, on observera si le patient/la patiente présente des symptômes de primo-infection et on attirera son attention sur ces symptômes. De plus, comme pour toute infection par le VIH supposée, on pratiquera les tests adéquats

Sur ce sujet, voir aussi:

Bulletin OFSP 50/97 «Recommandations préliminaires pour la prophylaxie post exposition du VIH hors environnement médical».

Tous les cas d'exposition au VIH hors environnement médical pour lesquels une PEP est prescrite doivent être déclarés en détail à l'une des adresses ci-contre. Les formules peuvent être également demandées à l'une de ces adresses. Celles-ci répondent aussi aux questions sur la PEP.

Au sujet de la PEP en milieu médical, voir aussi:

Bulletin OFSP 7/97, «Mise à jour sur les expositions au VIH en milieu médical. Mesures générales, chimioprophylaxie, déclaration».

## 5 Informations actuelles sur le traitement de l'infection par le VIH

Lorsqu'une multithérapie est appliquée et fonctionne bien, l'espérance de vie des personnes séropositives augmente nettement. La multithérapie ne guérit pas. Mais on peut espérer que cette thérapie permette d'inhiber la multiplication du virus de manière durable et fasse ainsi de l'infection par le VIH une maladie chronique contrôlable au moyen de médicaments.

La thérapie peut être entamée à trois moments (voir graphique ci-dessous):

- thérapie de la primo-infection
- thérapie rapide
- thérapie tardive.

Pour cette raison, les deux principes suivants s'appliquent pour les multithérapies:

Le succès de la thérapie dépend fortement de la fidélité thérapeutique.

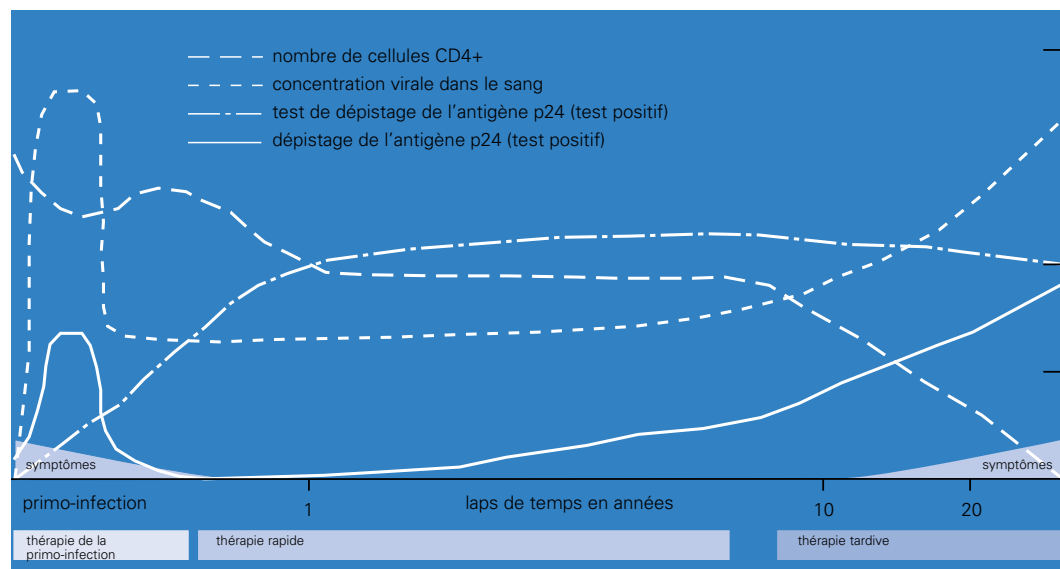
La première chance est la meilleure.

Il n'y a toujours pas de réponse définitive à la question de savoir quel est le moment idéal pour démarrer une multithérapie.

En raison de la multiplication rapide du VIH et de sa capacité de mutation, une prise irrégulière des médicaments de la multithérapie favorise le développement de résistances. C'est pourquoi la multithérapie nécessite une haute fidélité thérapeutique.

Vu la complexité du traitement et les progrès rapides, il est recommandé de s'adresser à un centre de traitement du VIH avant de démarrer ou de modifier une multithérapie.

Sur ce sujet, voir aussi: Bulletin OFSP 44/98 «Traitement de l'infection par le VIH. Recommandations 1998».



## 5.1 Succès et limites des traitements: la multiplication du virus est freinée, mais il n'est pas éliminé

**Pour le traitement de l'infection par le VIH, des substances de différentes familles sont autorisées (NRTI, NNRTI, inhibiteurs de la protéase). Pour une multithérapie contre le VIH, on utilise en général trois substances de deux familles différentes.**

**Si le traitement est suivi fidèlement et qu'il fonctionne bien, la concentration du virus peut passer en dessous du niveau dépistable par les tests les plus sensibles; le système immunitaire reprend des forces (nombre de CD4).**

**Mais il n'est pas possible d'éliminer complètement le virus de l'organisme avec les médicaments dont nous disposons actuellement, ni de guérir ainsi l'infection définitivement.**

**Deux ans après le début du traitement, un peu plus de la moitié seulement des personnes traitées n'ont encore pas plus de 400 copies d'ARN de VIH/ml de sang.**

### Résistances

**Il serait souhaitable de pratiquer des tests de résistance avant de commencer un traitement. Cependant, l'interprétation des résultats est encore si difficile que cette méthode n'est pas encore utilisée largement.**

Ainsi, c'est l'usage de plus en plus fréquent des multithérapies qui a permis au cours des dernières années de faire baisser nettement la mortalité des personnes séropositives.

Si le traitement est interrompu, la concentration du virus remonte dans la plupart des cas en l'espace de quelques jours. L'infection continue à progresser. Une multithérapie est par conséquent une thérapie sans fin prévisible. Des tentatives d'interruptions temporaires ou de simplifications du traitement ne sont effectuées que dans le cadre d'études (Swiss Intermittent Therapy Trial par exemple).

A ce moment, la moitié des personnes prend toujours la trithérapie d'origine, l'autre moitié a changé de médicaments pour assurer le succès du traitement. Les possibilités thérapeutiques sont limitées du fait du développement de résistances, de résistances croisées et des effets secondaires.

Au Centre de traitement du VIH de Genève, une étude a été effectuée de janvier 1996 à juillet 1998 avec des personnes nouvellement infectées.<sup>7</sup> Les virus des 82 patient(e)s pour lesquels une primo-infection avait été diagnostiquée ont été analysés pour mettre en évidence des résistances génotypiques. 9 des 82 personnes (11%) étaient porteuses d'un type de virus VIH-1 résistant à une ou plusieurs substances utilisées dans les multithérapies.<sup>8</sup>

Sur ce sujet, voir aussi:

Bulletin OFSP 5/2000 «Résistance du VIH-1 contre des médicaments antirétroviraux en Suisse».

<sup>7</sup> «The Lancet», Vol. 354, 28 août 1999, pp. 729–733 et 697.

<sup>8</sup> Les virus de 7 patient(e)s (8,5%) présentaient des mutations liées à une résistance à l'AZT, deux (2,4%) des mutations liées à des résistances à d'autres inhibiteurs de la transcriptase inverse. Au total, 8 sur 82 (10%) avaient une résistance génotypique à un inhibiteur de la transcriptase inverse. 3 patient(e)s sur 77 du même groupe (4%) avaient des virus résistants aux inhibiteurs de la protéase, 2 d'entre eux avaient en plus une résistance aux inhibiteurs de la transcriptase inverse. Une sensibilité diminuée à 3 ou 4 inhibiteurs de la protéase était présente chez 3 personnes; l'une d'elle était porteuse d'un type de VIH-1 qui avait 12 mutations et était ainsi résistant à plusieurs inhibiteurs de la transcriptase inverse et de la protéase. Aux Etats-Unis, environ 15% des nouvelles infections ont lieu aujourd'hui avec des virus qui résistent à un médicament, 2% avec des virus qui résistent à trois catégories de substances.

## Comportement préventif malgré le traitement

**Comme il n'y a jusqu'à présent pas de résultats applicables à la pratique concernant l'infectiosité sous multithérapies, on considère que le risque de transmettre le virus par des relations sexuelles non protégées ou l'échange de seringues existe toujours. Le sexe et l'usage de drogues à moindres risques (Safer Sex et Safer Use) s'imposent donc.**

Une multithérapie efficace fait baisser la concentration de virus dans le sang à tel point que celui-ci ne peut plus être dépisté. Souvent, la concentration de virus baisse également dans les sécrétions génitales. Statistiquement parlant, il est donc probable que l'infectiosité est plus basse dans un groupe de patients traités avec succès que dans un groupe non traité. Dans le cas individuel cependant, il n'est pas possible de trancher a priori.

## 5.2 Début du traitement: quand?

**On ne peut toujours pas dire avec certitude quand se situe le moment idéal au point de vue clinique pour démarrer une multithérapie.**

**Mais même si le moment idéal est venu de démarrer le traitement sur le plan médical, les patient(e)s peuvent avoir des raisons de le refuser ou de le repousser à plus tard. Cela ne doit pas leur faire courir le risque de désavantages dans leur suivi médical.**

**Le patient / la patiente doit avoir suffisamment de temps pour se pencher sur les différents aspects de la thérapie et opter en connaissance de cause pour ou contre le traitement.**

## Traitement de la primo-infection

**La sous-commission clinique de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida considère qu'il est indiqué de démarrer un traitement pendant la primo-infection si on peut supposer une bonne fidélité au traitement.**

La primo-infection est définie comme la courte phase (1 à 4 semaines) suivant la transmission du VIH. Elle se caractérise par une forte concentration de virus suivie d'une réponse immunitaire. Pendant cette phase, le virus se répand dans l'ensemble de l'organisme et se niche même dans des endroits difficiles à atteindre au moyen de médicaments transportés par voie sanguine. En général, la primo-infection donne lieu à des symptômes temporaires tels que:

- symptômes de type mononucléose
- fièvre avec exanthème
- ganglions lymphatiques enflés et fièvre
- fièvre avec muguet buccal
- méningite virale
- fièvre avec lymphocytes réactifs apparaissant à l'analyse de sang.

Des réflexions sur la pathogenèse et des résultats provisoires permettent de supposer qu'une multithérapie an-

tirétrovirale commencée pendant la phase de primo-infection est en mesure d'inhiber la multiplication virale beaucoup plus efficacement qu'un traitement plus tardif et permet ainsi de conserver nettement mieux les fonctions du système immunitaire. Un traitement démarré aussi rapidement permet d'empêcher le virus de s'introduire dans des parties de l'organisme (système nerveux central par exemple) que les médicaments ont du mal à atteindre. Ainsi peut-on espérer inhiber durablement la multiplication du virus.

Il n'existe pas encore de données sur les conséquences cliniques à long terme, mais on suppose actuellement que le pronostic à long terme est meilleur en cas de traitement de la primo-infection.

### Traitement rapide

**Après la primo-infection, l'infection chronique par le VIH s'installe. La sous-commission clinique considère qu'un traitement est en principe indiqué pendant cette phase.**

Dans le cas de patient(e)s asymptomatiques avec une immunité cellulaire en bon état, l'indication d'un traitement antirétroviral devra être considérée au cas par cas en tenant compte de tous les avantages et inconvénients potentiels.

### Traitement tardif (après apparition de symptômes liés au VIH)

**Sans traitement, on peut escompter en moyenne une période de dix ans sans symptômes à partir de l'infection. Une multithérapie qui ne démarre que des années après l'infection présente malgré tout un fort potentiel de réussite.**

Sur ce sujet, voir aussi:  
Bulletin OFSP 44/98 «Traitement de l'infection à VIH. Recommandations 1998». Les recommandations thérapeutiques sont mises à jour si nécessaire par la sous-commission clinique de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida.

Au sujet de la multithérapie, voir aussi les rubriques «Thérapie de choix» et «Trials» dans Infothèque Sida, Sida Info Doc Suisse, Berne.

### Démarrer plus tôt ou plus tard?

**La réplication du VIH est sujette à erreurs, c'est-à-dire que de nombreuses mutations apparaissent.**

En raison du taux élevé de réplication, ces mutations se produisent tous les jours en grand nombre. Si l'on n'inhibe pas largement la multiplication du virus au moyen d'une thérapie antirétrovirale, des génotypes spécifiques aux substances sont sélectionnés. Autrement dit, des types de virus résistant aux substances mises en œuvre sont «cultivés».

**C'est pourquoi il faut que la thérapie antirétrovirale inhibe autant que possible la multiplication du virus.**

**Ainsi, une inhibition maximale de la réplication virale peut plus facilement être atteinte au début de l'infection, lorsque la concentration du virus est basse. De ce fait, un succès durable du traitement est également plus probable que si la thérapie commence plus tardivement.**

#### **Effets secondaires des médicaments**

**L'expérience montre que les médicaments sont en général mieux supportés par les patient(e)s asymptomatiques ayant un système immunitaire intact.**

**Cependant, tous les médicaments utilisés pour les multithérapies sont susceptibles d'avoir des effets secondaires, tels que nausées, maux d'estomac, maux de tête, anémie, fatigue, météorisme, diarrhée, neuropathie, pancréatite, ulcère buccal, troubles du sommeil, cauchemars, apathie, exanthème, fièvre, multiplication des transaminases.**

Au début de l'infection, la concentration du virus est en général moins élevée que pendant la primo-infection, mais ensuite, elle remonte de plus en plus avec le temps. Les substances dont on dispose actuellement sont très puissantes en combinaison, mais n'ont tout de même qu'une efficacité limitée.

De plus, si le taux de CD4 est élevé, un traitement commencé rapidement permet de mieux préserver les fonctions immunologiques. Si on démarre un traitement à un stade plus tardif, on constate chez certain(e)s patient(e)s que les cellules CD4 ne se rétablissent plus, et ce malgré un succès au niveau virologique.

Les effets secondaires à long terme connus jusqu'à présent sont en particulier la lipodystrophie et les troubles du métabolisme des lipides et des glucides. Les multithérapies n'étant utilisées que depuis relativement peu de temps, on a encore trop peu d'expérience concernant d'autres effets secondaires éventuels à long terme.

### **5.3 La fidélité au traitement: un facteur de succès**

**Une multithérapie implique (selon le traitement appliqué) la prise de 4 à plus de 25 comprimés tous les jours à heures fixes, certains à jeun, d'autres avec les repas. Cela peut diminuer fortement la qualité de vie.**

**En général, la fidélité au traitement (adhésion) à tendance à diminuer avec le temps. De ce fait, le risque de résistances augmente.**

**Une haute fidélité au traitement est la condition du succès.**

Les résultats des premières études portant sur la fréquence des manquements au traitement conseillé chez les personnes atteintes du VIH/sida indiquent que ces personnes ne sont ni plus ni moins fidèles à leur traitement que d'autres malades chroniques. En raison de la réplication et des mutations rapides du VIH, des résistances peuvent se développer très vite si les médicaments ne sont pas pris régulièrement. En effet, le taux de substances actives passe alors souvent en dessous du seuil efficace. Pour ce qui est du développement de résistances, des interruptions dans le traitement sont nettement moins néfastes.

## Difficultés à être fidèle au traitement

Les difficultés suivantes entravent la fidélité au traitement:

- schéma de prise des médicaments compliqué
- effets secondaires
- durée de traitement imprévisible
- baisse de la qualité de vie.

## Comment encourager la fidélité au traitement

L'implication des partenaires dans la thérapie permet d'améliorer et de soutenir la fidélité au traitement.

### Médecin

- Compétence médicale élevée pour le traitement du VIH (par exemple contacts avec un centre de traitement du VIH).
- Informations exactes sur la durée du traitement, son but, le schéma de traitement, les mécanismes mis en œuvre, l'importance de la fidélité au traitement, les effets secondaires, le contrôle de la progression.
- Schéma thérapeutique défini en concertation avec le patient/la patiente en fonction de son mode de vie.
- Connaissance de la problématique de la fidélité au traitement et de solutions éventuelles.
- Soutien serré.
- Connaissance des conséquences psychosociales de l'infection par le VIH.
- Communication ouverte et honnête.
- Respect du patient/de la patiente.

### Patient/patiente

- Disposition à parler des difficultés liées à la prise des médicaments.
- Rapport serein aux méthodes de la médecine classique.
- Coopération confiante et motivée avec le médecin.
- Décision réfléchie en faveur de la multithérapie.
- Soutien de l'entourage (famille, partenaire, etc.).

Sur ce sujet, voir aussi:

«Prêt pour la thérapie? Un guide pour réussir un traitement combiné anti-VIH», Aide suisse contre le sida, Zurich 1999

«Swiss Aids Treatment News», Aide suisse contre le sida, Zurich.

**Pour atteindre une haute fidélité au traitement, il peut être indiqué de signaler aux patient(e)s l'existence d'offres de conseils sur ce sujet avant qu'ils/elles ne prennent leur décision.**

Si des problèmes de fidélité au traitement apparaissent en cours de route, une séance de conseil ou la participation à un groupe de personnes concernées peut être envisagée. La fidélité au traitement sera également simplifiée si, comme on peut l'espérer, de bons résultats thérapeutiques peuvent être atteints à l'avenir avec des schémas thérapeutiques simplifiés (moins de comprimés par jour, à prendre moins souvent).

# 6 Adresses

## **Office fédéral de la santé publique (OFSP)**

case postale  
3003 Berne  
Tél. 031 322 21 11  
Fax 031 322 95 07  
E-Mail [info@bag.admin.ch](mailto:info@bag.admin.ch)  
Internet [www.admin.ch/bag/](http://www.admin.ch/bag/)

## **Section sida**

Tél. 031 323 88 11  
Fax 031 322 24 54  
E-Mail [aids@bag.admin.ch](mailto:aids@bag.admin.ch)  
Internet [www.admin.ch/bag/aids/](http://www.admin.ch/bag/aids/)

## **Aide suisse contre le sida (ASS)**

case postale 1118  
8031 Zürich  
Tél. 01 447 11 11  
Fax 01 447 11 12  
E-Mail [aids@aids.ch](mailto:aids@aids.ch)  
Internet [www.aids.ch/](http://www.aids.ch/)

## **Sida Info Doc Suisse**

case postale 5064  
3001 Berne  
Tél. 031 312 12 66  
Fax 031 311 64 14  
E-Mail [Info@aid.ch](mailto:Info@aid.ch)  
Internet [www.aidsnet.ch/](http://www.aidsnet.ch/)

## **Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFS)**

c/o OFSP  
case postale  
3003 Berne  
Tél. 031 323 87 40  
Fax 031 322 24 54  
Internet [www.admin.ch/bag/aids/f](http://www.admin.ch/bag/aids/f)

## **Fonds national suisse de la recherche scientifique**

**Commission Sida**  
Brigitte Arpagaus  
case postale  
3001 Berne  
Tél. 031 308 23 29  
Fax 031 301 30 09  
E-Mail [barpagaus@snf.ch](mailto:barpagaus@snf.ch)

## **Office fédéral des assurances sociales (OFAS)**

Effingerstrasse 20  
3003 Berne  
Tél. 031 322 90 11  
Fax: 031 322 78 80  
E-Mail [info@bsv.admin.ch](mailto:info@bsv.admin.ch)  
Internet [www.bsv.admin.ch/](http://www.bsv.admin.ch/)

## **Centre national pour les rétrovirus**

Moussonstrasse 13  
8006 Zurich  
Tél. 01 634 38 01  
Fax 01 634 49 65

## **The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA)**

20, avenue Appia  
1211 Genève 27  
Tél. 022 791 36 66  
Fax 022 791 41 87  
E-Mail [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org)  
Internet [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

## **Centres de dépistage anonyme du VIH**

### **Romandie**

#### **Fribourg**

Hôpital cantonal de Fribourg  
Centre de transfusion sanguine  
Croix-Rouge suisse  
1700 Fribourg  
Tél. 026 426 81 80

#### **Genève**

Information et consultation Sida  
Hôpital cantonal  
1205 Genève  
Tél. 022 372 96 17 et 022 372 95 25

#### **Lausanne**

Consultation Sida  
Centre hospitalier universitaire  
Vaudois  
46, rue du Bugnon  
1011 Lausanne  
Tél. 021 314 10 22

#### **Neuchâtel**

Hôpital de la Ville de Neuchâtel  
Hôpital des Cadolles  
4, Avenue des Cadolles  
2002 Neuchâtel  
Tél. 032 722 91 03

### **Tessin**

#### **Bellinzona**

Ospedale «San Giovanni»  
Ambulatorio per le malattie infettive  
6500 Bellinzona  
Tél. 091 820 91 11

#### **Locarno**

Ospedale «La Carità»  
Reparto di medicina  
6600 Locarno  
Tél. 091 756 77 16

#### **Lugano**

Ospedale Civico  
Ambulatorio per le malattie infettive  
6900 Lugano  
Tél. 091 805 60 21

## **Mendrisio**

Ospedale «Beata Vergine»  
Consultazione HIV  
6850 Mendrisio  
Tél. 091 646 01 01

### **Suisse allemande**

#### **Argovie**

Kantonsspital Aarau  
Medizinisches Ambulatorium  
Haus 7  
5000 Aarau  
Tél. 062 838 68 12

#### **Bâle**

Aids-Beratung Kantonsspital  
Hebelstrasse 2  
4056 Bâle  
Tél. 061 265 24 31

Aids-Beratungsstelle  
Kantonsspital Liestal  
Rheinstrasse 26  
4410 Liestal  
Tél. 061 925 25 25

#### **Berne**

Anonyme HIV-Beratungs- und  
-Testsstelle am Inselspital  
3010 Berne  
Tél. 031 632 25 25

#### **Saint-Gall**

Aids-Sprechstunde Kantonsspital  
Rorschacher Strasse 95  
9007 St. Gallen  
Tél. 071 494 10 28

#### **Zurich**

Aids-Sprechstunde  
Universitätsspital  
8091 Zurich  
Tél. 01 255 23 06

Zentrum für Infektionskrankheiten  
Bellariastr. 38  
8038 Zurich  
Tél. 01 209 20 60



## Centres de déclaration et d'information PEP

### Suisse romande

Centre hospitalier universitaire Vaudois  
Dr P. Sudre  
Division autonome de médecine  
préventive hospitalière  
1011 Lausanne  
Tél. 021 314 53 43

### Tessin

Ambulatorio per le malattie infettive  
Dr E. Bernasconi  
Ospedale Civico  
6900 Lugano  
Tél. 091 805 60 21

### Suisse allemande y compris Grisons

Universitätsspital Zürich  
Abteilung Infektionskrankheiten und  
Spitalhygiene  
Rämistr. 100  
8091 Zurich  
Tél. 01 255 25 41

## Adresses des antennes régionales de l'ASS

### Aids-Hilfe Aargau

Entfelderstrasse 17  
5000 Aarau  
Tél. 062 824 44 50

### Aids-Hilfe beider Basel

Clarastrasse 4  
4058 Basel  
Tél. 061 692 21 22

### Aids-Hilfe Bern

Monbijoustrasse 32  
Postfach 5020, 3001 Bern  
Tél. 031 390 36 36

### Dialogai

Association homosexuelle  
11, rue de la Navigation  
case postale  
1211 Genève 21  
Tél. 022 906 40 40

### EMPREINTE

de la Fondation Le Tremplin  
57, Bd. Pérolles  
1700 Fribourg  
Tél. 026 424 24 84

### Sozialdienst des Kt. Glarus

Aidsprävention/-beratung  
Winkelstrasse 22  
8750 Glarus  
Tél. 055 646 66 24

### Groupe Sida Genève (GSG)

17, rue Pierre-Fatio (Rive)  
1204 Genève  
Tél. 022 700 15 00

### Aids-Hilfe Graubünden

Lürlibadstrasse 15  
7000 Chur  
Tél. 081 252 49 00

### Groupe Sida Jura

6, route de Porrentruy  
2800 Delémont  
Tél. 032 423 23 43

### Aids-Hilfe Luzern

Wesemlinrain 20  
Postfach 6183, 6000 Luzern 6  
Tél. 041 410 69 60

### Groupe Sida Neuchâtel

18, Grand-Rue  
2034 Peseux  
Tél. 032 737 73 37

### Aids-Hilfe Oberwallis

Spittelgasse 2  
Postfach 30, 3930 Visp  
Tél. 027 946 46 68

### Aids-Hilfe Thurgau/Schaffhausen

Rathausbogen 15  
8200 Schaffhausen  
Tél. 052 625 93 38

### Fachstelle für Aidsfragen Schwyz

Gotthardstrasse 31  
6410 Goldau  
Tél. 041 859 17 27

### Aids-Hilfe Solothurn

Gibelinstrasse 10  
4502 Solothurn  
Tél. 032 622 42 82

### Aids-Hilfe St. Gallen/Appenzell

Tellstrasse 4  
Postfach 8, 9001 St. Gallen  
Tél. 071 223 68 08

### Aiuto Aids Ticino

Via Zurigo 3  
Casella postale 4034  
6904 Lugano  
Tél. 091 923 80 40

### Aids-Hilfe Thurgau/Schaffhausen

Oberstadtstrasse 6  
Postfach 28  
8500 Frauenfeld  
Tél. 052 722 30 33

### Antenne Sida du Valais Romand

14, rue de Condémines  
1950 Sion  
Tél. 027 322 87 57

### Point fixe

14, rue Louis-Curtat  
1005 Lausanne  
Tél. 021 320 40 60

### Aids-Infostelle Winterthur

Technikumsstrasse 84  
Postfach 1251  
8401 Winterthur  
Tél. 052 212 81 41

### Fachstelle für Aidsfragen Zug

Zeughausstrasse 9  
6300 Zug  
Tél. 041 710 48 65

### Zürcher Aids-Hilfe

Birmensdorferstrasse 169  
Postfach 8018, 8036 Zürich  
Tél. 01 461 15 16

### Aids-Hilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4  
Postfach 207, FL-9494 Schaan  
Tél. 075 232 05 20

# 7 Publications

## Articles cités dans le texte

### Chapitre 1.4: Protection des données et déclarations

Office fédéral de la santé publique. Section épidémiologie et maladies infectieuses

Nouveautés dans le système de déclaration VIH et sida dans: Bulletin OFSP 10/99, pp. 184–185

Adresse de commande: 1

### Chapitre 1.5: Test de dépistage positif et assurances

Mary Haour-Knipe (et al.)

Discrimination institutionnelle en rapport avec le VIH en Suisse

dans: Bulletin OFSP 5/99, pp. 94–96

Adresse de commande: 1

Aide suisse contre le sida (éd.)

Droit et VIH/sida, newsletter

Zurich, Aide suisse contre le sida, trois à quatre éditions par an depuis 1999, gratuit

Adresse de commande: 4

Aide suisse contre le sida (éd.)

Réinsertion professionnelle des personnes qui vivent avec le VIH/sida. Un dossier à l'attention des services de consultation, des personnes touchées et du public intéressé

Zurich, Aide suisse contre le sida, 1999, 35 pp., gratuit; CHF 10.– à partir de 5 ex.

Adresse de commande: 2

### Chapitre 1.6: Test de dépistage positif en vacances et en voyage

Département fédéral des affaires étrangères, DP VI, Section protection consulaire

Tableau récapitulatif des dispositions prises par certains pays envers les voyageurs internationaux concernant les tests de dépistage des anticorps anti-VIH (sida)

Berne, mars 2000

[www.aidsnet.ch/d/tourism\\_regulations.htm](http://www.aidsnet.ch/d/tourism_regulations.htm)

Adresse de commande: 6

### Chapitre 1.7: Perception de soi, sexualité, entourage

Giovanna Meystre-Agustoni et al.

La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida

Résumé

Lausanne, IUMSP, 1998, 11 pp., gratuit

Adresse de commande: 5

Aide suisse contre le sida (éd.)

Les personnes avec le VIH/SIDA et leur sexualité.

Aide-mémoire pour les intervenants

Zurich, Aide suisse contre le sida, 1998, dépliant (A4), gratuit

Adresse de commande: 2

Sida Info Doc Suisse (éd.)

La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida

Infothèque Sida 1/2000

Berne, Sida Info Doc Suisse, février 2000, 48 pp., gratuit

Adresse de commande: 2

Mary Haour-Knipe (et al.)

Discrimination institutionnelle en rapport avec le VIH en Suisse

dans: Bulletin OFSP 5/99, pp. 94–96

Adresse de commande: 1

### Chapitre 2.1: Raisons de vouloir un test de dépistage

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida.

Sous-commission clinique (et al.)

Recommandations pour le traitement antirétroviral pendant la grossesse

dans: Bulletin OFSP 44/98, pp. 10–13

Adresse de commande: 1

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida

Concept de test VIH 98. Nouvelles directives

dans: Bulletin OFSP 18/98, pp. 7–11

Adresse de commande: 1

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida

Nouveautés dans le diagnostic de l'infection par le VIH

et complément au concept de test VIH 1998

dans: Bulletin OFSP 48/99, pp. 890–892

Adresse de commande: 1

### Chapitre 2.3: Caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida en Suisse jusqu'à fin 1999

Office fédéral de la santé publique (éd.)

Sida et VIH en Suisse. Situation épidémiologique fin 1998

Berne, OFSP, 1999, 58 pp., gratuit

Fichier PDF à télécharger:

[www.admin.ch/bag/infekt/aktuell/aids/ff/index.htm](http://www.admin.ch/bag/infekt/aktuell/aids/ff/index.htm)

Adresse de commande: 6

### Chapitre 3: Informations actuelles concernant le diagnostic du VIH

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida

Concept de test VIH 98. Nouvelles directives

dans: Bulletin OFSP 18/98, pp. 7–11

Adresse de commande: 1

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida

Nouveautés dans le diagnostic de l'infection par le VIH et

complément au concept de test VIH 1998

dans: Bulletin OFSP 48/99, pp. 890–892

Adresse de commande: 1

#### **Chapitre 4: La prophylaxie post exposition (PEP) hors environnement médical**

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida.  
Sous-commission clinique  
Recommandations préliminaires pour la prophylaxie post exposition du VIH hors environnement médical dans: Bulletin OFSP 50/97, pp. 4–6

Adresse de commande: 1

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida.  
Sous-commission clinique  
Mise à jour sur les expositions au VIH en milieu médical. Mesures générales, chimioprophylaxie, déclaration dans: Bulletin OFSP, 7/97, pp. 5–12

Adresse de commande: 1

#### **Chapitre 5: Informations actuelles sur le traitement de l'infection par le VIH**

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida.  
Sous-commission clinique  
Traitement de l'infection à VIH. Recommandations 1998 dans: Bulletin OFSP 44/98, pp. 5–9

Adresse de commande: 1

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida.  
Sous-commission clinique  
Résistance du VIH-1 contre des médicaments antirétroviraux en Suisse dans: Bulletin OFSP 5/00, pp. 104–105

Adresse de commande: 1

#### **Chapitre 5.2: Début du traitement: quand?**

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida.  
Sous-commission clinique  
Traitement de l'infection à VIH. Recommandations 1998 dans: Bulletin OFSP 44/98, pp. 5–9

Adresse de commande: 1

Sida Info Doc Suisse (éd.)  
Thérapies de choix. Recommandations pour le traitement de l'infection à VIH et le sida  
Infothèque Sida, Berne, Sida Info Doc Suisse, 2 pp., paraît tous les deux mois/6 éditions par an

Adresse de commande: 2

Sida Info Doc Suisse (éd.)  
Trials. Survol des études cliniques chez des personnes VIH-positives en Suisse  
Infothèque Sida, Berne, Sida Info Doc Suisse, 1 p., paraît tous les deux mois/6 éditions par an

Adresse de commande: 2

#### **Chapitre 5.3: La fidélité au traitement: un facteur de succès**

Aide suisse contre le sida (éd.)  
Prêt pour la thérapie? Un guide pour réussir un traitement combiné anti-VIH  
Zurich, Aide suisse contre le sida, 1999, 22 pp., gratuit  
Disponible en ligne:

[www.aidsnet.ch/publication/11193/index.html](http://www.aidsnet.ch/publication/11193/index.html)

Adresse de commande: 2

Aide suisse contre le sida (éd.)  
Swiss Aids treatment news. VIH et sida, horizons thérapeutiques  
Zurich, Aide suisse contre le sida, 6 éditions par an depuis 1996

Adresse de commande: 4

#### **Autres publications non citées dans le texte**

Office fédéral de la santé publique (éd.)  
VIH et sida. Programme national 1999 à 2003  
Berne, OFSP, 1999, 48 pp., CHF 7,20 + 2,3% TVA, n° 311.930.f

Fichier PDF à télécharger:  
[www.admin.ch/bag/aids/prev/f/index.htm](http://www.admin.ch/bag/aids/prev/f/index.htm)

Adresse de commande: 3

Office fédéral de la santé publique (éd.)  
VIH et sida. Programme national 1999 à 2003  
Berne, OFSP, 1999, 14 pp., gratuit, n° 311.931.f

Adresse de commande: 3

Office fédéral de la santé publique (éd.)  
Maladies infectieuses en Suisse 1998  
Berne, OFSP, février 2000, 40 pp., gratuit  
Adresse de commande: 6

Françoise Dubois-Arber et al.  
Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sixième rapport de synthèse 1996–1998 (Raisons de santé, 29) Lausanne, IUMSP, 1999, 120 pp., CHF 20.–

Adresse de commande: 5

Aide suisse contre le sida (éd.)  
VIH et sida. Horizons thérapeutiques.  
Guide à l'usage des personnes séropositives et des malades du sida, du personnel soignant et du corps médical  
Zurich, Aide suisse contre le sida, dossier, 1999, CHF 50.– (mis à jour régulièrement)  
Disponible en ligne:  
[www.aidsnet.ch/f/medical\\_treatment.htm](http://www.aidsnet.ch/f/medical_treatment.htm)

Adresse de commande: 2

## **Adresses de commande**

### **1. Hallwag AG**

Service lecteurs  
Nordring 4  
3001 Berne  
Tél. 031 335 55 55  
Fax 031 335 57 84

### **2. Sida Info Doc Suisse**

case postale 5064  
3001 Berne  
Tél. 031 318 32 70  
Fax 031 311 05 65  
E-Mail [bestellungen@aid.ch](mailto:bestellungen@aid.ch)  
Internet [www.aidsnet.ch/shop](http://www.aidsnet.ch/shop)

### **3. OFCL/EDMZ**

3003 Berne  
Fax 031 325 50 58  
E-Mail [verkauf.zivil@edmz.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@edmz.admin.ch)  
[www.admin.ch/edmz/](http://www.admin.ch/edmz/)

### **4. Aide suisse contre le sida**

case postale 1118  
8031 Zurich  
Tél. 01 447 11 11  
Fax 01 447 11 12  
E-Mail [aids@aids.ch](mailto:aids@aids.ch)

### **5. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)**

rue du Bugnon 17  
1005 Lausanne  
Tél. 021 314 72 92  
Fax 021 314 72 44  
E-Mail [uepp@inst.hospvd.ch](mailto:uepp@inst.hospvd.ch)

### **6. Office fédérale de la santé publique (OFSP)**

Division Epidémiologie et maladies infectieuses  
case postale  
3003 Berne  
Tél. 031 323 87 06  
Fax 031 323 87 95  
E-Mail [epi@bag.admin.ch](mailto:epi@bag.admin.ch)







