

.....

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

.....

Dépistage et prise
en charge des
comorbidités chez
l'adulte vivant avec
le VIH

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Dépistage et prise en charge des comorbidités chez l'adulte vivant avec le VIH (Recommandation)
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Actualiser les recommandations du suivi et de prise en charge des comorbidités des adultes vivant avec le VIH
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : PVVIH adultes ; Professionnels concernés par le thème : infectiologues, internistes, généralistes, psychiatres, addictologues, cardiologues, néphrologues, hépatologues, rhumatologues, médecins de santé publique, tout autre professionnel de santé impliqué dans le suivi des PVVIH ; Associations de patients
Demandeur	Ministère de la santé et de la prévention
Promoteur(s)	Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Pilotage du projet	Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse
Auteurs	Groupe de travail sous la direction du Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux : Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis ; Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de Guadeloupe ; Dr Nathalie De Castro, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris ; Pr Maxime Hentzien, infectiologue, CHU de Reims ; Dr Mojgan Hessamfar-Joseph, médecin de santé publique, CHU de Bordeaux ; Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier ; Madame Hélène Meunier, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV ; Pr Olivier Robineau, infectiologue, CHU de Tourcoing.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la DGS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées par la direction des affaires juridiques du Ministère de la Santé et de la Prévention. Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessible les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.
Validation	Version du [18 juin 2024]
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.cns.sante.fr et www.anrs.fr

Conseil national du sida et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

ANRS | Maladies infectieuses émergentes
PariSanté Campus - 2, rue d'Oradour-sur-Glane
75015 Paris

Sommaire

1. Prévention du risque cardiovasculaire	8
1.1. L'infection par le VIH est-elle un facteur de risque d'athérosclérose et de maladies cardiovasculaires ?	8
1.2. Comment mesurer le risque cardiovasculaire ?	8
1.3. Quelle prise en charge et prévention du risque cardiovasculaire ?	13
1.4. Qui adresser à une consultation cardiologique ?	13
1.5. À quelle fréquence doit-on réaliser une consultation cardiologique avec ECG ?	14
1.6. Quelle démarche entreprendre si la TA de votre patient est $\geq 140/90$ mmHg lors de votre consultation ?	14
2. Les dyslipidémies	16
2.1. Données épidémiologiques	16
2.2. Comment diagnostiquer une dyslipidémie ?	16
2.3. Quels sont les objectifs de prise en charge du LDL-Cholestérol ?	17
2.4. Quels sont les principes généraux de prise en charge d'une hypercholestérolémie ?	19
2.4.1. Mesures générales : diététique – incitation à l'exercice – arrêt du tabac et contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire	19
2.4.2. Faut-il modifier le traitement antirétroviral ?	19
2.4.3. Traitements hypolipémiants	20
2.4.4. Quelle prise en charge pour les hypertriglycéridémies ?	21
3. Maladies endocriniennes et métaboliques au cours de l'infection par le VIH	22
3.1. Le diabète	22
3.1.1. Données épidémiologiques	22
3.1.2. Chez qui doit-on réaliser un dépistage du diabète de type 2 ?	22
3.1.3. Comment prendre en charge un diabète chez une PVVIH ?	23
3.1.4. Le syndrome métabolique	24
3.1.4.1. Quelle définition du syndrome métabolique ?	24
3.1.4.2. Quelle prise en charge d'un « prédiabète » et du syndrome métabolique ?	24
3.2. L'hypogonadisme	25
3.2.1. L'hypogonadisme chez l'homme	25
3.2.1.1. Epidémiologie et clinique	25
3.2.1.2. Comment rechercher un hypogonadisme chez l'homme ?	25
3.2.2. L'hypogonadisme chez la femme	26
3.3. Les dysthyroïdies	26
3.4. Le risque osseux et la vitamine D	27
3.4.1. Ostéonécrose	27
3.4.2. Ostéoporose	27

3.4.2.1.	L'ostéoporose est-elle plus fréquente chez les PVVIH ?	27
3.4.2.2.	Faut-il proposer un dépistage de l'ostéoporose chez les PVVIH ?	28
3.4.2.3.	Quelle prise en charge de l'ostéoporose ?	29
3.4.3.	Faut-il doser et supplémenter en vitamine D ?	29
4.	Poids et infection par le VIH	31
4.1.	Définition, épidémiologie, facteurs associés à la prise de poids et son impact.	31
4.2.	Traitement antirétroviral et prise de poids	31
4.2.1.	Anti-intégrases et prise de poids	31
4.2.2.	TAF, TDF et prise de poids	31
4.2.3.	Autres ARV et prise de poids	31
4.3.	Surveillance du poids et des autres paramètres liés	32
4.4.	Spécificités de la prise en charge d'une surcharge pondérale	32
4.4.1.	Organisation générale de la prise en charge du surpoids et de l'obésité	32
4.5.	Qui adresser au spécialiste ?	33
4.6.	Prise en charge de l'obésité	33
4.7.	Spécificité de la prise en charge de la surcharge pondérale chez les PVVIH	33
4.7.1.	Réversibilité de la prise de poids sous antirétroviraux	34
4.7.2.	Place des traitements médicamenteux chez les PVVIH	34
4.7.3.	Place de la chirurgie bariatrique chez les PVVIH	34
5.	L'atteinte rénale au cours de l'infection par le VIH	36
5.1.	Qu'est-ce que la maladie rénale chronique chez les personnes vivant avec le VIH et comment la mesurer ?	36
5.2.	Données épidémiologiques : prévalence, déterminants et impact de la maladie rénale chronique chez les PVVIH.	38
5.3.	Quel bilan néphrologique chez les PVVIH ? Quelles indications ?	38
5.3.1.	Quel bilan ?	38
5.3.2.	Quelles indications ?	38
5.4.	Quand adresser le patient à un néphrologue ?	39
5.5.	Prise en charge initiale de la maladie rénale chronique chez les PVVIH	39
5.5.1.	Evaluation initiale	39
5.5.1.1.	Evaluation de la sévérité	39
5.5.1.2.	Evaluation du risque de progression et d'évolution vers un traitement de suppléance rénale	39
5.5.1.3.	Le diagnostic étiologique	40
5.5.1.4.	Evaluation du risque cardiovasculaire	40
5.5.1.5.	Recherche de complications :	40
5.6.	Mesures de néphroprotection	40
5.6.1.	Information du patient et éducation thérapeutique	40
5.6.2.	Mesures de néphroprotection et éducation du patient	40

5.7.	Suivi de la PVVIH atteinte de maladie rénale chronique	42
5.8.	Méthodes de suppléance de la MRC dans le contexte de la PVVIH	43
5.8.1.	Epuration extra-rénale	43
5.8.2.	Transplantation rénale	43
5.9.	Rein et antirétroviraux	43
5.9.1.	Toxicité rénale des ARV	43
5.9.2.	Adaptation posologique des ARV en cas de maladie rénale chronique	44
5.9.3.	« Long-acting » et maladie rénale chronique	44
6.	Morbidité hépatique chez les PVVIH	45
6.1.	Epidémiologie des atteintes hépatiques au cours de l'infection par le VIH	45
6.2.	Quel bilan pratiquer au décours de la découverte d'une cytolyse aiguë ?	45
6.3.	Quelles sont les complications hépatiques des antirétroviraux ?	46
6.3.1.	Atteinte hépatique précoce	46
6.3.2.	Anomalies tardives et chroniques du bilan hépatique : stéatose et stéatohépatite (MASH : <i>metabolic-associated steatohepatitis</i>)	47
6.3.3.	Maladie vasculaire du foie et VIH	49
6.4.	Surveillance du bilan hépatique	49
7.	Troubles psychiatriques	50
7.1.	Données épidémiologiques	50
7.2.	Quelle est la clinique des maladies psychiatriques les plus fréquentes au cours de l'infection par le VIH ?	50
7.2.1.	Dépression	50
7.2.2.	Troubles anxieux	51
7.2.3.	Autres troubles	51
7.3.	Comment dépister les troubles anxieux et dépressifs ?	51
7.4.	Quelle prise en charge pour les troubles anxieux et dépressifs ?	52
7.4.1.	Mesures générales et d'accompagnement	52
7.4.2.	Traitement à visée psychiatrique	52
7.5.	Quand demander un avis spécialisé devant un trouble dépressif ou anxieux ?	54
7.6.	Symptômes d'allure psychotique	54
8.	Addictions	55
8.1.	Données épidémiologiques	55
8.2.	Comment repérer et prendre en charge ?	55
8.2.1.	La problématique du tabac	56
8.2.2.	Les autres addictions	57
8.3.	Vers qui orienter ?	57
9.	Le déclin cognitif	58
9.1.	Quels sont les principaux éléments physiopathologiques des TNC chez les PVVIH ?	58

9.2. Quelles classifications et quelle épidémiologie pour les TNC chez les PVVIH ?	58
9.3. Quels sont les facteurs associés aux TNC chez les PVVIH ?	58
9.4. Qui dépister et à quelle fréquence ?	59
9.5. Comment dépister ?	60
9.6. Comment procéder au diagnostic ?	60
9.7. Quelle prise en charge pour ces PVVIH ?	61
10. Le risque pulmonaire (hors infections)	63
10.1. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'emphysème.	63
10.2. Les cancers pulmonaires	64
10.3. L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)	64
11. L'infection par le VIH chez le sujet âgé	65
Table des annexes	66
Participants	85
Table des figures	87
Table des tableaux	88
Abréviations et acronymes	89

1. Prévention du risque cardiovasculaire

1.1. L'infection par le VIH est-elle un facteur de risque d'athérosclérose et de maladies cardio-vasculaires ?

Trois facteurs expliquent l'augmentation du risque cardiovasculaire chez les PVVIH :

- **Les effets propres de l'infection à VIH** via l'inflammation chronique et l'activation immunitaire persistante qui favorisent la thrombose et l'athérosclérose, comme cela a été mis en évidence par les résultats de l'essai SMART il y a déjà 15 ans. Le surrisque d'infarctus persistait chez les PVVIH traitées entre 2003 et 2009 même après avoir atteint un bon contrôle virologique dans la cohorte des vétérans américains.
- Les PVVIH ayant un nadir de CD4 < 200/μL, un mauvais contrôle virologique de l'infection virale et des CD8 élevés (témoin de l'hyperactivation immunitaire) ont un risque cardiovasculaire accru bien qu'il soit difficile à mesurer exactement en l'absence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire.
- **Une fréquence plus élevée de facteurs de risque cardiovasculaires traditionnels**, en particulier le tabagisme, l'hypertension artérielle (notamment chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne), l'insuffisance rénale chronique, les troubles métaboliques mais aussi des autres facteurs de risque non traditionnels tels que l'utilisation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, amphétamines et dérivés) ou l'alcool, la dépression, le stress, la précarité socio-économique ou la co-infection par le VHC.
- **L'exposition aux antirétroviraux**
Les combinaisons antirétrovirales (ARV) plus anciennes ont été suspectées dans le risque de survenue d'infarctus du myocarde, en particulier l'exposition prolongée aux inhibiteurs de la protéase (IP) ou l'utilisation de l'abacavir (ABC), avec des résultats discordants, mais des études plus récentes montrent que l'effet des ARV sur le risque vasculaire est bien inférieur à celui des autres facteurs de risque.

1. Il faut considérer que l'infection VIH est un facteur de risque supplémentaire d'athérosclérose et/ou d'insuffisance cardiaque dans certaines situations, en particulier chez des patients ayant débuté leur traitement tardivement (nadir CD4 < 200/μL), ayant un mauvais contrôle virologique, une longue exposition sous IP ou lipodystrophiques (tableaux 1 et 2). (Grade B)

1.2. Comment mesurer le risque cardiovasculaire ?

2. Une évaluation du risque d'évènement cardiovasculaire doit être systématiquement proposée chez les PVVIH, à partir de 40 ans chez l'homme et 45 ans chez la femme, puis tous les 5 ans au minimum (figures 1 et 2). (Grade B)

Tableau 1 : Facteurs associés à un risque cardiovasculaire augmenté (adapté à partir des recommandations de l'European Society of Cardiology 2021 (ESC) et America Heart Association (AHA) 2018

Facteurs traditionnels de risque cardiovasculaire* :

- Hypercholestérolémie familiale ;
- Tabagisme actuel § ;
- IMC ≥ 25 kg/m² ;
- Hypertension artérielle permanente traitée ou non ;
- Diabète sucré ;
- Insuffisance rénale chronique ;
- Histoire familiale de mort subite ou de maladie cardiovasculaire chez un parent du premier degré (homme < 55 ans, femme < 65 ans) ;
- LDL-cholestérol $\geq 1,16$ g/L** ;

Facteurs aggravant le risque cardiovasculaire* :**

- Cancer ;
- BPCO, syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) ;
- Facteurs hormonaux : ménopause précoce, hypogonadisme ;
- Migraine ;
- Facteurs socio-économiques défavorables ;
- Troubles anxiodépressifs ;
- Maladies inflammatoires chroniques ;
- Utilisation de substances psychoactives ;
- Consommation d'alcool excessive ;
- Facteurs spécifiques à l'infection par le VIH :
 - ARN VIH non contrôlé
 - Nadir des CD4 < 200/ μ L
 - CD8 > 800/ μ L
 - Hépatite C chronique (non traitée pendant plusieurs années) ;
 - Exposition cumulée > 10 ans aux IP ;
 - Lipodystrophie, syndrome métabolique.

* Facteurs de risque pris en compte dans la plupart des modèles de calcul du risque cardio-vasculaire

** Seuil pris en compte dans le score européen SCORE2 : ≥ 3 mmol/L soit 1,16 g/L

*** Ces facteurs augmentent le risque cardiovasculaire, ils doivent être considérés pour moduler le calcul du risque, notamment chez des patients qui n'ont pas de facteur de risque traditionnel.

§ Dans la population générale, après sevrage tabagique, le risque cardiovasculaire diminue rapidement dans les 5 années suivantes, mais plusieurs études ont montré qu'il reste plus élevé pendant 10 à 15 ans comparativement aux personnes n'ayant jamais fumé.

Score de risque d'évènement cardiovasculaire



La société Européenne de cardiologie ainsi que l'EACS recommandent l'utilisation du Systématique Coronary Risk Evaluation (SCORE, récemment actualisé : SCORE2 et SCORE2-OP) (lien du site <https://u-prevent.com/calculators> et QR code du site U-PREVENT pour la mesure du risque cardiovasculaire selon SCORE 2).

L'exemple du score européen est reporté ci-dessous (figure 1) pour les populations à faible risque (dont fait partie la France) et doit être interprété au regard de la présence d'autres facteurs de risque ou d'autres facteurs aggravant le risque de maladie cardiovasculaire (figure 2).

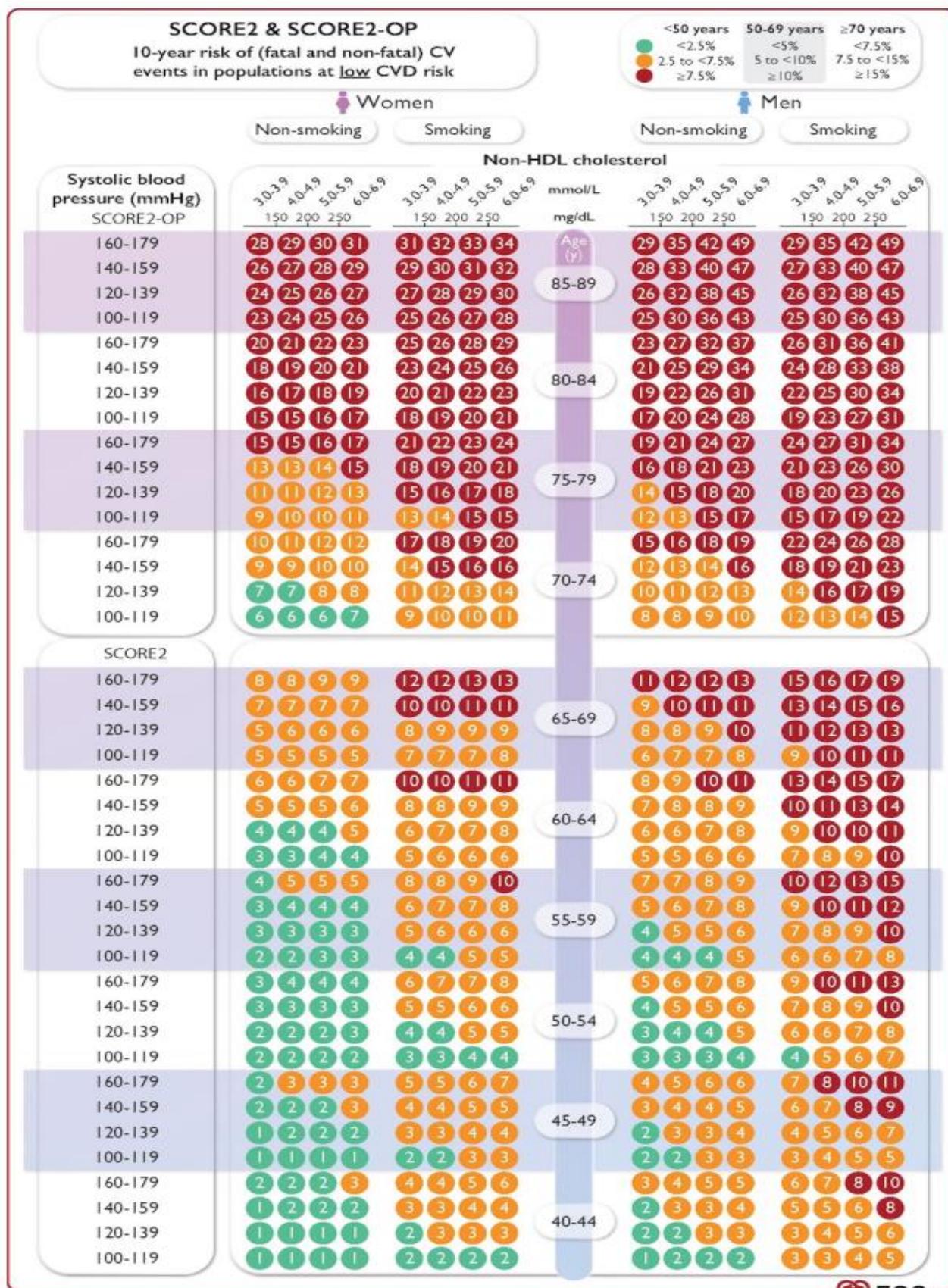


Figure 1: Systematic Coronary Risk Estimation 2 and Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons (SCORE2 et SCORE2- OP) : évaluation du risque à 10 ans de la survenue d'événements cardiovasculaires fatals ou non (IDM ou AVC) chez des personnes sans facteurs de risque connu.

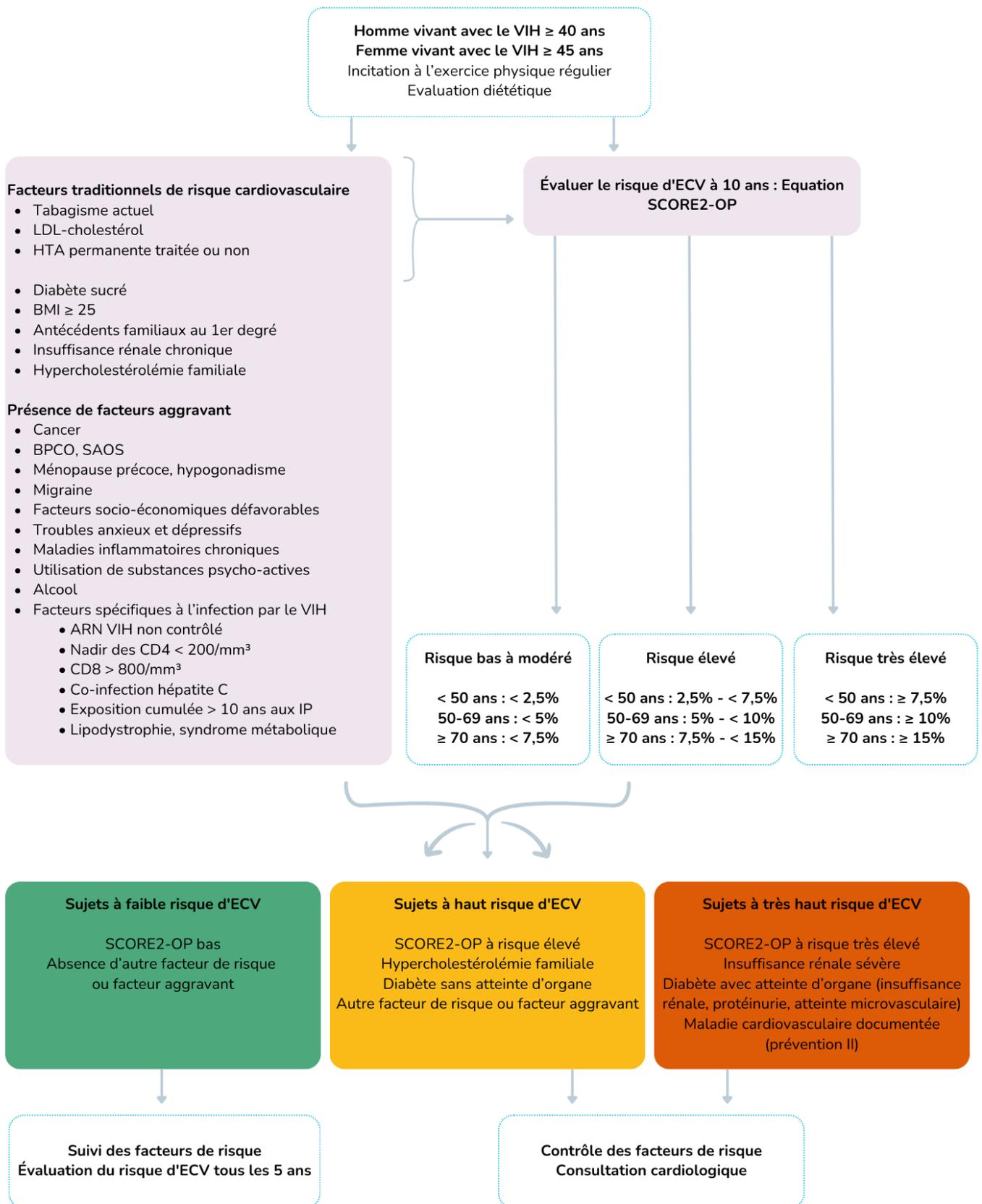


Figure 2: Evaluation du risque d'évènement cardiovasculaire (ECV) chez les PVIH

1.3. Quelle prise en charge et prévention du risque cardiovasculaire ?

3. L'attitude de dépistage et de suivi doit être la même que dans la population générale, mais en considérant que dans certains cas l'infection VIH est un facteur de risque à part entière. (Grade B)
4. En prévention primaire, l'objectif principal est de proposer une prise en charge thérapeutique dont l'efficacité sur la réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire a été démontrée dans la population générale. Cette démarche doit faire partie du bilan annuel des PVVIH, en particulier après 40 ans chez l'homme et 45 ans chez la femme :
 - Prise en charge du sevrage du tabagisme, de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives, du stress et de la dépression ; (Grade A)
 - Éducation hygiéno-diététique ; (Grade A)
 - L'éducation diététique doit pouvoir s'appuyer sur une consultation spécialisée. L'exercice physique régulier et soutenu doit être proposé (cf paragraphe « Prise en charge initiale » du chapitre « Suivi de l'adulte vivant avec le VIH ») ; (Grade A)
 - Prise en charge d'une hypercholestérolémie, d'un diabète et/ou d'une hypertension artérielle selon les recommandations en population générale (voir ci-après) ; (Grade A)
 - Discuter une modification du traitement ARV en cas d'utilisation prolongée d'IP, ou en cas de prise de poids importante sous traitement ARV, mais uniquement si une alternative existe ; (AE)

La modification du traitement ARV est une mesure qui aura peu d'effet pour diminuer le risque cardiovasculaire en l'absence de prise en charge des autres facteurs de risque (notamment le tabagisme ou la prise en charge d'un surpoids/obésité).
 - Chez les patients à risque très élevé de présenter un évènement cardiovasculaire, et en plus des mesures de contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, une faible posologie d'aspirine peut être discutée (75-100 mg/j), au cas par cas, en prévention primaire si le risque hémorragique est faible (grade B), même si, en l'absence d'études spécifiques, le bénéfice de cette stratégie n'est pas démontré.

1.4. Qui adresser à une consultation cardiologique ?

5. Les situations suivantes doivent faire réaliser un bilan cardiovasculaire systématique afin de dépister une atteinte asymptomatique (AE) :
 - Les personnes à risque d'évènement cardiovasculaire élevé ou très élevé (tableau 2) ;
 - Les personnes de plus de 50 ans désirant reprendre une activité physique ;
 - Les personnes de plus de 50 ans et présentant plus de 1 facteur de risque majeur même asymptomatiques, pour des compléments d'examens le cas échéant.

Tableau 2 : PVVIH à haut ou très haut risque cardiovasculaire (CV)

Les sujets à haut risque sont ceux avec :

- un SCORE2 entre 2,5 et 15% selon l'âge (figure 2) ;
- ou une hypercholestérolémie familiale génétique ;
- ou un diabète sans atteinte d'organe ;
- ou d'autres facteurs de risque ou facteurs aggravants.

Les sujets à très haut risque sont ceux avec :

- un SCORE2 \geq 7,5, 10, ou 15% selon l'âge (figure 2) ;
- ou une insuffisance rénale chronique sévère ;
- ou un diabète avec atteinte d'organe (insuffisance rénale, protéinurie, atteinte microvasculaire) ;
- ou une maladie cardiovasculaire documentée (prévention secondaire).

1.5. À quelle fréquence doit-on réaliser une consultation cardiologique avec ECG ?

6. Une consultation de cardiologie avec ECG doit être réalisée : (AE)

- Tous les 6 à 12 mois : selon l'évènement antérieur en prévention secondaire ;
- Tous les ans en prévention primaire : en cas d'hypertension artérielle compliquée, diabète ou insuffisance rénale ;
- Tous les 5 ans en prévention primaire chez les sujets de plus de 50 ans sans facteur de risque.

1.6. Quelle démarche entreprendre si la TA de votre patient est \geq 140/90 mmHg lors de votre consultation ?

7. L'HTA est définie de manière consensuelle comme une PA \geq 140/90 mmHg mesurée en consultation et persistante dans le temps.

La mise en évidence de tels chiffres au cours d'une consultation doit faire mesurer la PA en dehors du cabinet médical, au domicile du patient afin de confirmer le diagnostic d'HTA, par automesure tensionnelle (AMT) ou par mesure ambulatoire de la PA (MAPA). (AE)

Modalités de l'automesure tensionnelle (AMT) (HAS 2016)

- Utiliser un appareil validé et de préférence avec un brassard huméral
- Former le patient à la technique de l'automesure tensionnelle (et si besoin son entourage)
- Prendre les mesures en position assise, au repos avec l'avant-bras posé sur la table
- Effectuer 3 mesures le matin avant le petit déjeuner et la prise de médicaments, 3 mesures avant le coucher, 3 jours de suite (« règle des 3 »), en espaçant les mesures de quelques minutes

- Demander au patient de noter par écrit les valeurs de PA (systolique et diastolique) et de la FC observées
- Moyenne des valeurs de PA en AMT ou en MAPA (diurne) correspondant à une HTA :
 - AMT : PAS \geq 135 mmHg et/ou PAD \geq 85 mmHg
 - MAPA sur 24 heures : PAS \geq 130 mmHg et/ou PAD \geq 80 mmHg

8. Les principes de prise en charge reposent en premier lieu sur les mesures d'hygiène de vie (cf chapitre « Suivi de l'adulte vivant avec le VIH »), incluant une restriction sodée et le contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire. (Grade A)
9. Prise en charge thérapeutique de l'HTA : en première intention, il est recommandé d'initier une bithérapie médicamenteuse (associant IEC ou ARA II + inhibiteur calcique) si les mesures hygiéno-diététiques ne sont pas suffisantes pour espérer une amélioration significative des chiffres tensionnels. (Grade A)

2. Les dyslipidémies

2.1. Données épidémiologiques

Les anomalies lipidiques sont présentes chez plus de la moitié des PVVIH. Dans la cohorte Aquitaine, une dyslipidémie est relevée chez 62% des PVVIH en 2021.

Dans le détail, un cholestérol total > 5,2 mmol/l (2,00 g/L) est notée chez 53% des personnes, un cholestérol LDL > 3,4 mmol/L (1,3 g/L) chez 43% et des triglycérides > 2,3 mmol/L (2 g/L) chez 21% des PVVIH.

- 10.** Les mesures d'hygiène de vie et alimentaires, ainsi qu'une incitation à l'exercice physique doivent être proposées dès le début de la prise en charge des PVVIH et rappelées tout au long de leur suivi (Cf chapitre « Suivi de l'adulte vivant avec le VIH »). (Grade A)

De nombreux ARV ont un impact direct sur les taux plasmatiques des lipides, variable selon la classe et la molécule.

- **Le ténofovir alafénamide (TAF) présente un profil lipidique moins favorable que le ténofovir disoporoxil fumarate (TDF).**
- **Parmi les INNTI**, l'efavirenz (EFV), moins prescrit actuellement, est responsable d'une augmentation des triglycérides et du cholestérol total, alors que la névirapine (NVP) a un profil lipidique favorable avec une augmentation du cholestérol HDL. La rilpivirine (RPV), combinée au TDF, a un effet neutre sur les paramètres lipidiques. Les rares études disponibles avec la doravirine (DOR) montrent également un profil neutre sur les lipides de cette molécule combinée le plus souvent avec le TDF dans une combinaison thérapeutique en un comprimé par jour.
- **Le ritonavir**, IP du VIH et utilisé en booster du darunavir (DRV) a un effet direct hépatique sur la production de VLDL avec une hypercholestérolémie-LDL et une hypertriglycéridémie dès les premiers mois du traitement ARV et est associé à une augmentation du risque cardiovasculaire.
- **Les données de tolérance des INI** montrent que ces molécules n'ont pas ou peu d'effets sur les lipides.

2.2. Comment diagnostiquer une dyslipidémie ?

- 11.** La prescription d'un bilan lipidique ne doit se concevoir que dans le cadre d'une évaluation globale du risque cardiovasculaire. (Grade A)

- 12.** Il est recommandé d'évaluer le risque cardiovasculaire (RCV) en prévention primaire à l'aide de l'outil SCORE2 (40-69 ans) et SCORE2-OP (après 70 ans) qui estime à 10 ans la probabilité d'événements cardiovasculaires fatals ou non (IDM ou AVC) chez les personnes sans maladie cardiovasculaire connue (voir tableau 3). (Grade A)

Tableau 3 : populations justifiant une évaluation du risque cardiovasculaire

Chez les PVVIH, l'évaluation systématique peut être envisagée chez :

- Tous les hommes > 40 ans sans facteur de RCV ;
- Toutes les femmes > 45 ans sans facteur de RCV ;
- Patients présentant ≥ 1 facteur de RCV majeur (antécédents familiaux de MCV, tabagisme, HTA, dyslipidémie, obésité ou toute autre comorbidité à RCV) ;
- Patients présentant certaines comorbidités (BPCO, maladie inflammatoire chronique, SAOS, pathologies spécifiques liées au sexe).

13. Le bilan lipidique doit être réalisé dans les circonstances suivantes (recommandations HAS 2017 adaptée à la prise en charge de l'infection par le VIH) (voir tableau 4) : (Grade A)

Tableau 4 : réalisation du bilan lipidique (A)

- Bilan initial de prise en charge de l'infection par le VIH ;
- Six mois après l'initiation ou la modification d'un traitement ARV (si normal, à renouveler tous les 5 ans lors de l'évaluation du risque cardiovasculaire par l'équation SCORE2/OP) ;
- Prise de poids, survenue d'une lipohypertrophie, IMC > 30 kg/m², apparition d'un autre facteur de risque CV : HTA, prédiabète et diabète, tabagisme, insuffisance rénale chronique modérée à sévère ;
- Survenue d'un évènement cardiovasculaire ;
- Antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce avant 55 ans chez un parent du premier degré de sexe masculin ou avant 65 ans chez un parent du premier degré de sexe féminin ;
- 1 et 3 mois après une intervention thérapeutique visant à abaisser le LDLc.

2.3. Quels sont les objectifs de prise en charge du LDL-Cholestérol ?

Tableau 5 : catégories de risque d'évènement cardiovasculaire à 10 ans d'après les équations de risque SCORE2 et SCORE2-OP (population générale)

Risque de Maladie cardiovasculaire à 10 ans	<50 ans	50- 69 ans	≥70 ans
Bas à modéré : la prise en charge des facteurs de risque est à considérer	< 2,5%	< 5%	< 7,5%
Elevé : la prise en charge des facteurs de risque est à considérer	2,5% - 7,5%	5% - 10%	7,5% - 15%
Très élevé : la prise en charge des facteurs de risque est recommandée	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%

14. En prévention primaire, chez les sujets à haut risque et très haut risque de maladie cardiovasculaire (voir tableau 5 et figure 3) : (Grade A)

- Dans un premier temps, l'objectif de cholestérol LDL doit être < 1 g/L (2,6 mmol/L) avec une réduction ≥ 50% du LDL-cholestérol basal en association avec le contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaires ;

- Dans un second temps, si malgré la prise en charge le risque de maladie cardiovasculaire n'est pas réduit, l'objectif de LDLc sera porté à < 0,7 g/L (1,8 mmol/L) pour les personnes à haut risque et à < 0,55 g/L (1,4 mmol/L) pour les personnes à très haut risque de maladie cardiovasculaire à 10 ans.

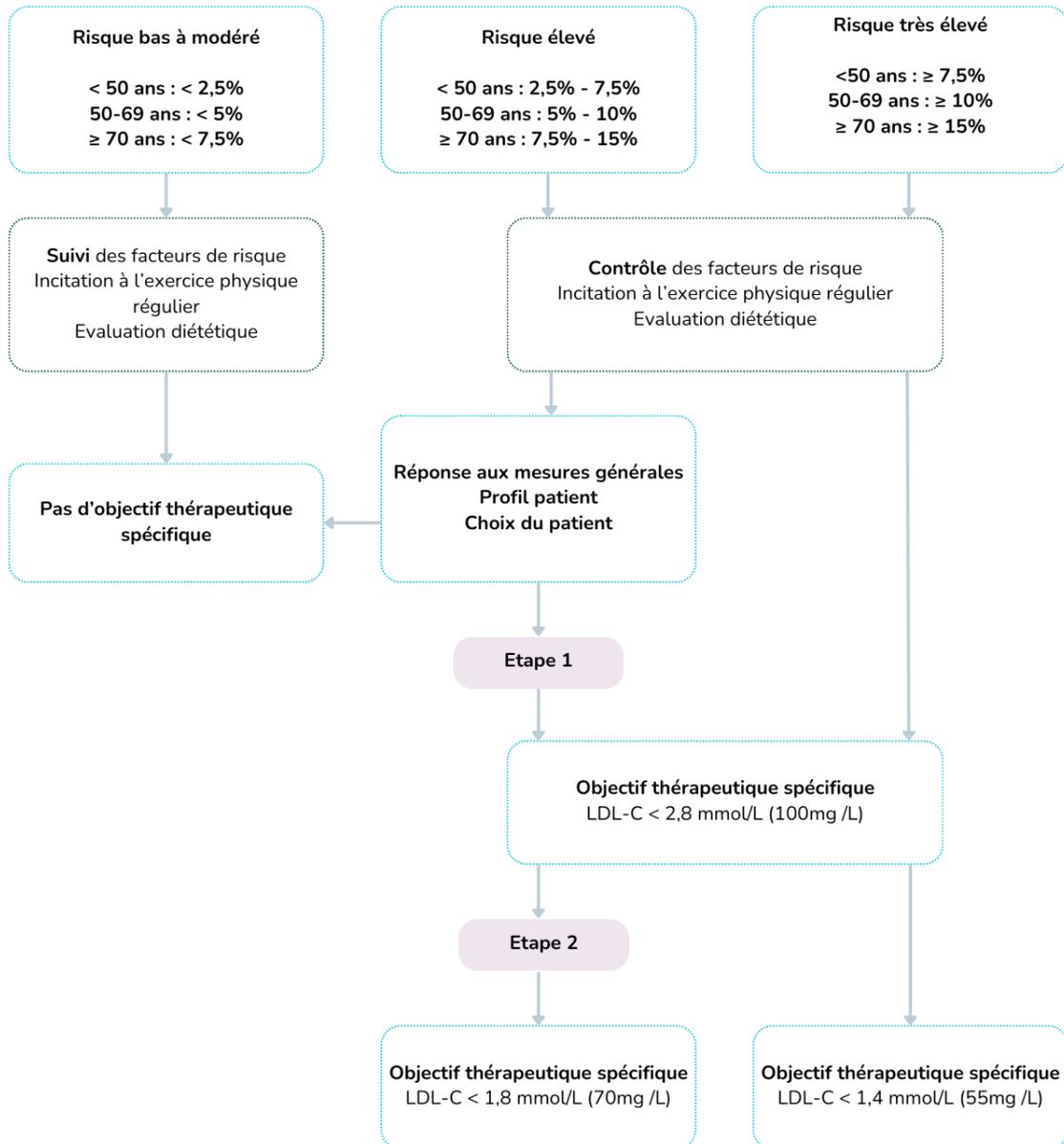


Figure 3: Objectifs thérapeutiques du LDL-Cholestérol en fonction de l'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire selon l'équation SCORE2 (prévention primaire).

15. Populations spécifiques : (Grade A)

- Les patients diabétiques sans atteinte d'organe doivent être considérés à haut risque cardiovasculaire (voir ci-dessus) ;
- Les patients diabétiques avec atteinte d'organe (clairance de créatinine < 45 mL/mn/1,73m² ; clairance de créatinine entre 46 et 59 mL/mn/1,73m² et présence d'une microalbuminurie 30-300 mg/g ou 3-30 mg/mmol ; protéinurie > 300 mg/g ou 30 mg/mmol ; atteinte microvasculaire rénale, rétinopathie, neuropathie) doivent être considérés à très haut risque de maladie cardiovasculaire (voir ci-dessus) ;
- En cas de maladie cardiovasculaire avérée (prévention secondaire) ou de syndrome coronaire aiguë récent, l'obtention d'un LDLc < 0,55 g/L doit être obtenue si possible en 6 semaines ;
- Une hypercholestérolémie-LDL > 1,9 g/L doit faire rechercher une hypercholestérolémie familiale génétique.

2.4. Quels sont les principes généraux de prise en charge d'une hypercholestérolémie ?

2.4.1. Mesures générales : diététique – incitation à l'exercice – arrêt du tabac et contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire

Cf paragraphe « Prise en charge initiale » du chapitre « Suivi de l'adulte vivant avec le VIH »

2.4.2. Faut-il modifier le traitement antirétroviral ?

16. La persistance d'un LDLc supérieur à l'objectif de concentration cible malgré l'adaptation de la diététique doit faire discuter une modification du traitement ARV si celui-ci contient des IP/r ou de l'EFV, en s'assurant que les ARV restent actifs sur le virus. (AE)
17. Le remplacement de l'IP/r ou de l'EFV par un INNTI moins délétère sur les lipides, ou par un INI doit être discuté. (Grade A)
18. Le remplacement d'une trithérapie contenant du TAF vers un schéma de bithérapie par DTG/3TC est associé à une amélioration du profil lipidique sur l'ensemble des paramètres avec notamment une réduction de 2 à 6% du LDL-cholestérol selon le traitement antérieur. (Grade A)

L'impact clinique de ces modifications thérapeutiques sur le risque cardiovasculaire est peu documenté à ce jour dans la population des PVVIH.

19. Si la question du remplacement d'un IP/r ou de l'EFV doit être systématiquement évaluée, en tenant compte de l'histoire virologique, le remplacement du TAF par du TDF doit prendre en compte également le risque rénal et le risque osseux. Le remplacement du TAF par une bithérapie à base de DTG associé à RPV ou 3TC peut être envisagé chez les patients à haut

risque vasculaire, mais doit s'accompagner de précautions concernant l'histoire virologique VIH et hépatite B. (AE)

2.4.3. Traitements hypolipémiants

- 20.** Lorsqu'aucune des mesures précédemment citées n'a permis de mettre le LDLc à l'objectif, ou que ces mesures ne permettraient de toute façon pas d'espérer atteindre l'objectif, l'étape suivante est la mise en route d'un traitement par statines. (voir tableau 6) (Grade A)
- 21.** Les statines sont le traitement de référence pour abaisser le taux de LDLc avec un rapport bénéfice/risque favorable démontré dans des études en prévention primaire et secondaire en population générale et au cours de l'infection par le VIH. (Grade A)
- 22.** Seules les statines non métabolisées ou peu métabolisées par le CYP450 sont recommandées avec les boosters ritonavir ou cobicistat (cf annexe « Pharmacologie » du chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH). Elles doivent être initiées à des posologies progressivement croissantes.
- La pravastatine (10 à 40 mg/j) n'a pas d'interaction avec les ARV. (Grade B)
 - La rosuvastatine (5 à 20 mg/j mg/jour) s'est montrée plus efficace sur le LDLc que la pravastatine (40 mg/j) dans un essai contrôlé chez des patients recevant un IP (Essai ANRS VIHstatine) quel que soit cet IP et a été bien tolérée. (Grade B)
 - La fluvastatine présente un profil d'interaction a priori favorable mais elle n'a pas fait l'objet d'études dans le contexte de l'infection par le VIH. (AE)
 - L'atorvastatine (10 à 80 mg/j) peut être utilisée même en présence d'inhibiteur du CYP450 à doses progressivement croissantes et en limitant les doses à 10 mg/j si associé à ATV/r, et 20 mg/j si associé à DRV/r. (AE)
 - La pitavastine (4 mg/j) a un profil proche de la fluvastatine. Son utilisation en prévention primaire est associée à une réduction des événements cardiovasculaires chez les PVVIH. Elle n'est pas disponible en France à ce jour. (Grade A)
- 23.** En dehors du syndrome coronaire aigu, il est conseillé de démarrer la statine à faible posologie (5 ou 10 mg/j) puis d'augmenter progressivement jusqu'à l'atteinte de l'objectif de concentration de LDLc. Un contrôle du bilan lipidique est recommandé dans un délai de 8 à 12 semaines après le début du traitement ou après une adaptation posologique jusqu'à obtention des valeurs cibles. (AE)

Que faire si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint sous statines ?

- 24.** La combinaison de statines à faibles doses associées à l'ézétimibe (rosuvastatine 10 mg ou atorvastatine 10 mg en association avec ézétimibe 10 mg) représente une alternative séduisante à l'augmentation des doses de statines (voir tableau 6). (Grade A)

Dans plusieurs essais thérapeutiques en population générale, cette combinaison était non-inférieure dans la prévention du risque cardiovasculaire et permettait d'obtenir plus souvent des valeurs de LDL-cholestérol à l'objectif qu'une augmentation de dose de la statine (rosuvastatine

20 mg ou atorvastatine 40mg). De plus la stratégie de combinaison était associée à une meilleure tolérance que l'augmentation des doses de statines.

- 25.** Les essais portant sur l'utilisation de l'evolocumab ou l'alirocumab (anticorps monoclonal anti-PCSK9) ont montré une réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire en prévention secondaire en population générale. (Grade A)

Conditions de remboursement en France des anticorps anti-PCSK9 (evolocumab et alirocumab) :

- Patient adulte présentant une maladie cardiovasculaire artérioscléreuse établie (IDM, AVC non hémorragique, AOMI symptomatique) (prévention secondaire) dont le LDL-cholestérol n'est pas à l'objectif ($\geq 0,7$ g/L) sous dose maximale tolérée de statine et ézétimibe, ou intolérant à l'une de ces deux classes ;
- Patient adulte avec une hypercholestérolémie familiale hétérozygote à très haut risque cardiovasculaire, insuffisamment contrôlée par un traitement optimisé et nécessitant un traitement par LDL-aphérèse (LDL-c > 2 g/L en prévention secondaire et LDL-c > 3 g/L en prévention primaire).

Tableau 6 : quelle stratégie pour atteindre les objectifs de LDL-cholestérol ?

Stratégie	Baisse moyenne du LDL-cholestérol	Molécules
Statine à intensité modéré	30%	Simvastatine, Pravastatine
Statine à haute intensité	50%	Rosuvastatine, Atorvastatine
Statine à haute intensité + ézétimibe	65%	Ezétimibe en association ou seul si intolérance aux statines
i-PCSK9*	60%	Inhibiteur de PCSK9 réservé à des catégories de patients spécifiques**
i-PCSK9 + Statine à haute intensité	75%	
i-PCSK9 + Statine à haute intensité + ézétimibe	85%	

*inhibiteur de la protéine convertase subtilisine/kexine de type 9

**voir ci-dessus

2.4.4. Quelle prise en charge pour les hypertriglycéridémies ?

- 26.** Pour les hypertriglycéridémies, l'intervention d'une diététicienne et une adaptation du traitement ARV, en privilégiant les molécules les moins pourvoyeuses de dyslipidémie (cf. ci-dessus), suffisent le plus souvent. (AE)
- 27.** En cas de taux de TG > 5 g/L de façon prolongée, un traitement par fibrates est recommandé dans la population générale. Cependant, le bénéfice clinique sur le risque cardiovasculaire d'un traitement par fibrates n'est pas démontré. (Grade A)
- 28.** En cas d'hypertriglycéridémie sévère (> 10 g/L) et persistante, exposant au risque d'ostéonécrose et de pancréatite aiguë, les mesures diététiques doivent être drastiques et un traitement par fibrates est justifié. (AE)

3. Maladies endocriniennes et métaboliques au cours de l'infection par le VIH

3.1. Le diabète

3.1.1. Données épidémiologiques

L'incidence du diabète de type 2 chez les PVVIH a été étudiée dans plusieurs grandes cohortes européennes, avec des combinaisons ARV anciennes sans extrapolation possible aux associations recommandées depuis 2010. Le risque de diabète associé à l'infection par le VIH pourrait en effet être aujourd'hui proche de celui de la population générale. Des travaux récents font toutefois état d'une incidence élevée chez les PVVIH vieillissante.

3.1.2. Chez qui doit-on réaliser un dépistage du diabète de type 2 ?

29. Selon la HAS, les sujets symptomatiques ou asymptomatiques pour lesquels un dépistage du diabète doit être fait répondent aux critères suivants : (Grade A)

Population générale :

- Age > 45 ans ;

Et un ou plusieurs des marqueurs et/ou facteurs de risque de diabète suivants :

- surpoids, défini par un IMC ≥ 28 kg/m² ;
- sédentarité, définie par l'absence d'activité physique régulière (30 minutes, 3 fois par semaine) ;
- origine géographique non caucasienne et/ou migrante ;
- antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'accouchement d'un ou plusieurs enfants de poids de naissance > 4 kg ;
- antécédent familial de diabète chez un apparenté du 1er degré (père, mère, fratrie) ;
- traitement en cours ou antécédent de diabète induit (antipsychotiques atypiques, corticoïdes, etc.) ;
- anomalie de la glycorégulation ou prédiabète (glycémie à jeun comprise entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,26 g/l (7,0 mmol/l)).

Population à haut risque cardiovasculaire :

Le diabète de type 2 doit également être recherché chez les sujets ayant des facteurs de risque cardiovasculaire, répondant au critère suivant :

- âge > 45 ans ;

Et un ou plusieurs des marqueurs de risque de diabète suivants :

- hypertension artérielle traitée ou non traitée, définie par une pression artérielle systolique > 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique > 90 mmHg et/ou une hypertension artérielle connue traitée ;

- dyslipidémie traitée ou non traitée, définie par une HDL-cholestérolémie 0,35 g/L (0,9 mmol/l) ou une triglycéridémie > 2 g/L (2,3 mmol/l).

Population en situation de précarité :

Le diabète de type 2 doit être recherché chez les sujets répondant au critère suivant :

- Age > 45 ans et score EPICES > 30.

30. Pour repérer les sujets à risque de diabète, la HAS propose d'utiliser un questionnaire validé tel que le FINDRISK2 (FINnish Diabetes Risk Score) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf. (AE)

Le diabète de type 2 est défini par :

- une glycémie à jeun (jeûne de 8 h) ≥ 7 mmol/L (1,26 g/L) et vérifiée à 2 reprises ;
- ou la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) $\geq 11,1$ mmol/L (2 g/L) ;
- ou une glycémie (sur plasma veineux) $\geq 11,1$ mmol/L (2 g/L) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose

31. Comme en population générale, chez les PVVIH à risque de diabète, un dépistage doit être proposé tous les 1 à 3 ans. En cas de « pré-diabète » le dosage de la glycémie sera répété tous les ans.

Chez les PVVIH sans risque de diabète, le dépistage peut être étendu à 5 ans. (AE)

3.1.3. Comment prendre en charge un diabète chez une PVVIH ?

32. Le diagnostic d'un diabète doit conduire, le plus tôt possible, à une consultation de diabétologie. (AE)

33. En dehors de quelques particularités évoquées ci-dessous, le traitement et le suivi sont identiques à ce qui est recommandé en population générale (cf. recommandations de la HAS 2019).

- Le traitement devra toujours comporter une prise en charge hygiéno-diététique. (Grade A)
- En cas de survenue d'un diabète, l'utilisation d'ARV plus favorables sur le plan métabolique peut être privilégiée (RPV, DOR) mais l'efficacité de cette stratégie n'a pas été évaluée. (AE)
- La prise de poids sous INI ou IP doit également faire discuter une modification thérapeutique. (AE) Avant d'envisager une modification thérapeutique pour limiter le risque métabolique, il convient de récupérer les antériorités des tests de résistance, ou à défaut les antériorités thérapeutiques, pour ne pas prendre le risque d'un échec virologique (cf chapitre « Adaptation du traitement antirétroviral en situation de succès virologique chez l'adulte vivant avec le VIH »).

- 34.** Concernant le choix du traitement médicamenteux du diabète, la metformine doit être utilisée en première intention, en débutant à dose faible (500 mg deux fois par jour) et en évaluant la tolérance digestive. (Grade A)
- 35.** Dans des études pharmacocinétiques, le DTG augmente significativement l'exposition de la metformine de 79% à 145% selon la dose de DTG pouvant justifier une surveillance accrue des glycémies en cas d'introduction ou d'interruption d'un traitement comprenant du DTG chez un patient sous metformine. (Grade B)
- 36.** En l'absence de complication cardiovasculaire évoluée, d'insuffisance rénale sévère, ou de pronostic défavorable de la maladie VIH, l'objectif d'HbA1c doit être, dans la majorité des cas, inférieur à 7 %. (Grade A)
- 37.** En plus des recommandations de prévention et de dépistage cardiovasculaire, du contrôle de la pression artérielle (objectif < 130/80 mmHg), du bilan lipidique (cf. chapitres correspondants), les patients diabétiques devront bénéficier régulièrement des examens de dépistage des complications microvasculaires du diabète (rétinopathie, néphropathie, neuropathie), avec examen clinique, recherche de microalbuminurie, et fond d'œil. (Grade A)

3.1.4. Le syndrome métabolique

3.1.4.1 Quelle définition du syndrome métabolique ?

Tableau 7 : les critères diagnostiques du syndrome métabolique

<i>Au moins 3 critères parmi les 5 suivants</i>	
Obésité abdominale : appréciée par la mesure du tour de taille*	≥ 94 cm chez l'homme ≥ 80 cm chez la femme
Pression artérielle	PAS ≥ 130 et/ou PAD ≥ 85 mmHg
Triglycérides	≥ 1,5 g/L (1,7 mmol/L)
HDL Cholestérol	< 0,4 g/L (1 mmol/L) chez l'homme < 0,5 g/L (1,3 mmol/L) chez la femme
Glycémie à jeun	≥ 1 g/L (5,6 mmol/L)

* Les valeurs données ici sont valides pour la population d'origine caucasienne ou africaine. Chez la PVVIH la présence d'une lipodystrophie lipodystrophie clinique peut remplacer ce critère.

3.1.4.2 Quelle prise en charge d'un « prédiabète » et du syndrome métabolique ?

- 38.** La présence d'un « prédiabète » ou d'un syndrome métabolique (tableau 7) impose une prise en charge globale visant à prévenir l'apparition d'un diabète ou d'atteintes cardiovasculaires.

Cette prise en charge comporte :

- Education hygiéno-diététique (cf paragraphe « Prise en charge initiale » du chapitre « Suivi de l'adulte vivant avec le VIH ») (Grade A) ;

- Arrêt du tabac (Grade A) ;
- Traitement de l'hypertension artérielle si besoin (Grade A) ;
- Modification du traitement ARV en favorisant les molécules dont le profil métabolique est plus favorable, en s'assurant qu'il n'y a pas de risque d'échappement virologique (antériorités thérapeutiques et génotypes). (AE)

3.2. L'hypogonadisme

3.2.1. L'hypogonadisme chez l'homme

3.2.1.1. Epidémiologie et clinique

Le diagnostic clinique de l'hypogonadisme chez les hommes vivant avec le VIH (HVVIH) peut être difficile. Les patients présentent souvent des symptômes non spécifiques ou des symptômes qui se superposent à d'autres comorbidités telles que le diabète, des troubles de la fonction thyroïdienne, le VHC, l'augmentation du BMI.

Chez les HVVIH, le rôle des traitements ARV reste controversé mais une étude française sur 240 patients retrouvait une association de l'hypogonadisme avec la prise d'EFV, un âge supérieur à 43 ans et un taux de graisse corporelle totale supérieur à 19 % qui pourraient être utilisés comme critères d'identification des HVVIH à haut risque d'hypogonadisme.

3.2.1.2. Comment rechercher un hypogonadisme chez l'homme ?

39. Les méthodes qui mesurent directement la testostérone libre ne sont pas fiables et ne doivent pas être utilisées.

Une alternative valable et peu coûteuse consiste à calculer la testostérone libre avec l'équation de Vermeulen qui utilise les concentrations de testostérone totale, d'SHBG et d'albumine. Les dosages doivent être pratiqués sur deux prélèvements à quelques jours d'intervalle le matin, moment où la sécrétion est maximale dans le cycle nyctéméral, à jeun et au repos. L'hypogonadisme biologique est défini par un taux de testostérone sérique libre calculée < 70 pg/mL. (AE)

40. Il est recommandé d'effectuer un dosage de testostérone en cas de présence d'un ou plusieurs signes suivants et particulièrement chez un homme de plus de 40 ans : (Grade B)

- Troubles de la fonction sexuelle (dysfonction érectile / troubles de la libido) ;
- Syndrome métabolique ;
- Ostéoporose/ostéopénie ;
- Syndrome dépressif ;
- Asthénie persistante ;
- Amyotrophie ;

- BMI > 30 kg/m² et ≥ 27,5 kg/m² pour la population asiatique.

Le dosage est à demander le matin avant 9h, à renouveler après 7 jours : testostérone totale, albuminémie, SHBG

L'hypogonadisme biologique est défini par une testostérone libre calculée < 70 pg/mL, grâce au lien suivant : <https://www.issam.ch/freetesto.htm>

Un dosage de FSH et LH sera demandé s'il existe un diagnostic biologique d'hypogonadisme.

3.2.2. L'hypogonadisme chez la femme

Une étude montre que les femmes vivant avec le VIH (FVVIH) sont trois fois plus susceptibles que les femmes séronégatives d'avoir une aménorrhée prolongée sans insuffisance ovarienne. Une publication française de 2016 retrouve qu'il existe une réserve ovarienne significativement plus basse chez les FVVIH. Une étude dans la cohorte suisse réalisée entre 2010 et 2018 chez des FVVIH présentant une infection virologiquement contrôlée, retrouve un âge de survenue de ménopause précoce avant 45 ans chez 10% des FVVIH, avant 40 ans pour 2%. L'âge médian des FVVIH à la ménopause était d'environ 2 ans de moins que celui rapporté pour les femmes séronégatives dans cette cohorte.

- 41.** Après avoir éliminé une grossesse, il est recommandé de réaliser un dosage de FSH et œstradiol chez une femme en âge de procréer présentant une aménorrhée ou des signes cliniques évocateurs de ménopause. (Grade B)

3.3. Les dysthyroïdies

Hypogonadisme et dysthyroïdie ont des points d'appels cliniques communs. En l'absence de signe clinique spécifique, des dosages biologiques à la recherche d'anomalies hormonales sur ces deux axes sont justifiés.

- 42.** Il est recommandé de réaliser un dosage de TSH* en première intention devant les principaux signes cliniques évocateurs de dysthyroïdie ou dans les populations à risque** (Grade B)

- Tachycardie ou bradycardie ;
- Hyper ou hypotension artérielle ;
- Hypercholestérolémie ;
- Hypothermie ou fébricule persistant ;
- Asthénie sévère ;
- Troubles de l'humeur ;
- Trouble de la fonction sexuelle, aménorrhée ;
- Prise de poids inexplicée ;

- Troubles des phanères et cutanés ;
- Myxœdème.

*Si le taux de TSH est anormal, il doit être recontrôlé et le dosage de T4L doit être réalisé

**Antécédent personnel ou familial de pathologie auto-immune, antécédent ou pathologie thyroïdienne : antécédent de thyroïdite subaiguë, de goitre, antécédent de chirurgie ou d'irradiation thyroïdienne ou cervicale, traitements à effet thyroïdien potentiel (amiodarone, lithium, agents de contraste radiographique iodés, interférons ou autres cytokines).

3.4. Le risque osseux et la vitamine D

3.4.1. Ostéonécrose

43. Il n'y a pas de spécificité de la prise en charge dans le contexte du VIH par rapport aux ONA en général. En cas de suspicion clinique, l'IRM confirme le diagnostic. La scintigraphie dépiste des formes multifocales. (AE)

3.4.2. Ostéoporose

3.4.2.1. L'ostéoporose est-elle plus fréquente chez les PVVIH ?

La prévalence de l'ostéoporose chez les PVVIH varie de 3 à 22% et se situe à un niveau plus élevé que dans la population générale, dans des études concernant majoritairement des hommes jeunes (âgés en moyenne de 40 ans). Chez les FVVIH ménopausées, la prévalence de l'ostéoporose paraît majorée, de l'ordre de 42% versus 23% chez les femmes non infectées.

Tableau 8 : les facteurs de risque de l'ostéoporose (adapté d'après AFSSAPS 2005)

- Age
- BMI actuel ou passé ≤ 18
- Corticothérapie actuelle ou ancienne
- Tabagisme, alcoolisme
- Antécédents de fracture de l'extrémité du fémur chez les parents du 1^{er} degré
- Antécédents personnels de fracture
- Pathologie neuromusculaire
- Ménopause
- Hypogonadisme
- Hyperthyroïdie
- Hyperparathyroïdie primitive
- Faible activité physique (< 3 metabolic equivalent of task (MET) (questionnaire ONAPS 27*))
- Faible consommation alimentaire de calcium** (< 900 mg/jour)
- Carence en vitamine D
- Facteurs spécifiques chez les PVVIH :

- Nadir CD4 < 200/μL ou stade SIDA
- Co-infection par le VHC
- Traitement par IP ou TDF

ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

*Lien web : <https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/10/Grille-ONAPS-PAQ.pdf>

**Lien web : <http://www.grio.org/espace-gp/calcul-apport-calcique-quotidien.php>

3.4.2.2. Faut-il proposer un dépistage de l'ostéoporose chez les PVVIH ?

44. Le niveau de prévalence de l'ostéoporose ne justifie pas un dépistage systématique généralisé chez les PVVIH. Cependant, le groupe d'experts recommande qu'un dépistage ciblé par ostéodensitométrie soit proposé aux patients selon les facteurs de risque classiques (tableau 8) et dans les conditions de remboursement actuelles, après l'avis rendu par la HAS et qui sont précisées dans le tableau 9. (AE)

Tableau 9 : Indications de l'ostéodensitométrie pour un premier examen (adapté de HAS 2006)

Dans la population générale (quels que soient l'âge et le sexe) :

En cas de signes d'ostéoporose :

- Découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ;
- Antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts, du rachis cervical).

En cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose :

- Corticothérapie systémique (de préférence au début) prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose $\geq 7,5$ mg/jour d'équivalent prednisone ;
- Antécédent documenté de pathologie ou de traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose ;
- Hypogonadisme (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse [traitement prolongé par un analogue de la Gn-Rh]), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive et ostéogénèse imparfaite).

Chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse), indications supplémentaires (par rapport à la population générale) :

- Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1er degré ;
- Indice de masse corporelle < 19 kg/m² ;
- Ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause.

Dans la population VIH, outre les facteurs ci-dessus :

- Homme > 60 ans ;

- Homme entre 50 et 60 ans et IMC \leq 18 ;
- Homme entre 50 et 60 ans, IMC entre 20 et 23, et nadir de CD4 < 200/ μ L, ou traitement par TDF et/ou IP.

3.4.2.3. Quelle prise en charge de l'ostéoporose ?

45. Pour la prise en charge de l'ostéoporose, le groupe d'experts recommande : (Grade B)

Si le T-score est < -2,5 DS, le patient sera adressé en consultation de rhumatologie.

En présence d'une ostéoporose, il convient de rechercher une étiologie qui nécessiterait un traitement spécifique (carence en vitamine D, hyperparathyroïdie, autre endocrinopathie) et de réaliser :

- Hémogramme ;
- Electrophorèse des protides ;
- Calcémie, phosphorémie ;
- Phosphatases alcalines ;
- Créatininémie ;
- 25-OH vitamine D ;
- TSH, PTH ; testostérone, FSH et LH selon le contexte ;
- La calciurie des 24 heures n'est réalisée qu'en présence d'un antécédent de lithiase urinaire.

Le dosage des marqueurs du remodelage osseux n'est pas recommandé, ni pour le diagnostic ni pour le suivi de ces patients.

46. L'indication et le choix du traitement est à discuter avec le rhumatologue. (AE)

47. La DMO doit être contrôlée après 2 à 3 ans chez les patients ostéopéniques traités. (AE)

48. La prévention de l'ostéoporose et de l'ostéopénie repose sur les mesures hygiéno-diététiques usuelles, la prise en charge du sevrage tabagique et de l'alcoolisme, le maintien d'une activité physique en charge, et sur la supplémentation en vitamine D et l'ajustement des apports calciques alimentaires (1000 mg/j). (Grade B)

3.4.3. Faut-il doser et supplémenter en vitamine D ?

49. Le dépistage d'un déficit en vitamine D n'est recommandé que chez les sujets ayant des facteurs de risque d'ostéoporose et pour lesquels une supplémentation a démontré son efficacité dans la diminution du risque fracturaire. (Grade B)

Parmi les autres situations pouvant justifier un dosage de vitamine D pour la HAS, se trouvent les suspicions de rachitisme ou d'ostéomalacie (fatigue musculaire, douleurs osseuses), les situations de malabsorption, les personnes âgées avec chutes répétées, les hospitalisations pour exacerbation de BPCO, le bilan initial d'insuffisance rénale chronique.

50. Les modalités d'administration de la vitamine D sont discutées. Si une administration quotidienne de 400-800 UI/j semble préférable, pour des raisons de commodité et d'observance, le groupe de recherche et d'information sur l'ostéoporose (GRIO) recommande d'utiliser des posologies unitaires fortement dosées en vitamine D3 de 50 000 UI en administration mensuelles. Des conseils alimentaires doivent s'assurer d'un apport quotidien en calcium suffisant. (Grade B)

4. Poids et infection par le VIH

4.1. Définition, épidémiologie, facteurs associés à la prise de poids et son impact.

Surpoids et obésité sont définis par les valeurs suivantes :

- Le surpoids est défini par un indice de masse corporelle (IMC) entre 25 et < 30 kg/m² ;
- L'obésité de classe I est définie par un IMC entre 30 et < 35 kg/m² ;
- L'obésité de classe II est définie par un IMC entre 35 et < 40 kg/m² ;
- L'obésité de classe III est définie par un IMC ≥ 40 kg/m².

Les personnes asiatiques devraient être classées en surpoids sur la base d'un IMC compris entre 23 et 27 kg/m² et en obésité à partir d'un IMC à 28 kg/m².

Il n'y a pas de définition consensuelle d'une prise de poids significative chez les PVVIH.

Une augmentation du poids de 5% pourrait être pertinente car associée au risque d'insulinorésistance, mais elle ne prend pas en compte d'autres paramètres de la prise de poids (masse maigre/masse grasse, répartition de la prise de poids, qualité du tissu adipeux...).

4.2. Traitement antirétroviral et prise de poids

4.2.1. Anti-intégrases et prise de poids

Les INI de 2^e génération que sont le DTG et le BIC ont été associés à une prise de poids, laquelle serait plus importante qu'avec les INI 1^{re} génération, que ce soit en initiation ou en switch, en particulier dans les 6 mois à deux premières années suivant l'introduction ou le switch. Cette prise de poids semble plus importante dans les populations d'Afrique subsaharienne et dans les populations Nord-Américaines que dans les populations européennes.

4.2.2. TAF, TDF et prise de poids

Plusieurs études sont en faveur d'une prise de poids après prise de TAF que ce soit en première ligne ou dans une situation de switch.

4.2.3. Autres ARV et prise de poids

De manière générale, les IP ont été associés à des prises de poids supérieures à celle observées sous INNTI.

L'EFV a été plutôt associé à un effet neutre vis-à-vis de la prise de poids même si une lipohypertrophie avec prise de poids a pu être décrite chez des patients sous ce traitement, en combinaison avec les INTI.

Concernant la DOR, il n'a pas été noté de prise de poids significative comparativement au DRV ou à l'EFV.

4.3. Surveillance du poids et des autres paramètres liés

51. Le poids doit être surveillé au moins annuellement chez les PVVIH, ce qui est également proposé en population générale dans le guide du parcours de soins « surpoids et obésité de l'adulte » publié par la HAS en 2023. (AE)

Il doit être également mesuré à chaque changement de traitement et 6 mois après. Il est important à cette occasion d'évaluer la dynamique de la courbe de poids pour identifier tout signe d'alerte.

Il doit s'accompagner de la mesure du tour de taille (à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale, bras le long du corps, en position debout) et du calcul de l'indice de masse corporelle.

4.4. Spécificités de la prise en charge d'une surcharge pondérale

4.4.1. Organisation générale de la prise en charge du surpoids et de l'obésité

52. Seule une évaluation multidimensionnelle et souvent pluriprofessionnelle permet de comprendre la situation et de personnaliser les soins et l'accompagnement, d'améliorer la qualité de vie. Le traitement du surpoids et de l'obésité ne se résume pas à l'atteinte d'un objectif pondéral. Il vise à promouvoir la santé grâce à des modifications des habitudes de vie, le traitement du retentissement sur la santé, l'amélioration de la qualité de vie, l'accompagnement de la souffrance des personnes. (AE)

53. L'évaluation d'une personne en surpoids ou obésité repose sur les étapes suivantes : (AE)

- Evaluer l'état de santé globale, rechercher le retentissement et les complications ;
- Evaluer les habitudes et le contexte de vie ;
- Repérer précocement des signes de perturbations de l'alimentation et de troubles des conduites alimentaires et orienter vers une prise en charge spécialisée ;
- Dépister systématiquement, évaluer et accompagner précocement les difficultés psychologiques, les troubles psychiatriques, les situations à risque ;
- Dépister systématiquement, évaluer et accompagner précocement toute forme de vulnérabilité sociale, familiale, professionnelle ;
- Savoir rechercher une dénutrition, particulièrement chez une personne âgée ;
- Recourir à un avis spécialisé si une obésité de cause rare est suspectée.

Au terme de l'évaluation, la complexité de la situation est définie pour co-construire un projet personnalisé de soins et d'accompagnement.

- Une situation de surpoids (IMC entre seuils 25 kg/m² et 29,9 kg/m²) ou d'obésité (IMC < seuil 35 kg/m², classe I) est dite non complexe en l'absence de complications somatiques et/ou psychopathologiques associées.

- Une situation d'obésité est dite complexe du fait de la sévérité de l'obésité (IMC \geq seuil 35 kg/m², classe II) OU du cumul de facteurs associés : complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques, retentissement fonctionnel, retentissement important sur la vie quotidienne et la qualité de vie, troubles du comportement alimentaire associés à des troubles psychopathologiques, problématique sociale, antécédents d'échecs du traitement de l'obésité.
- Une situation d'obésité est dite très complexe en cas d'aggravation par l'obésité d'une maladie chronique somatique et/ou psychique exposant à un risque majeur pour la santé ; OU en cas d'obésité de classe III (IMC \geq seuil 40 kg/m²) et du cumul de facteurs associés : situation de handicap fonctionnel ou périmètre de marche limité, retentissement professionnel, social, familial, non-atteinte des objectifs de perte de poids et de modifications des habitudes de vie ; OU de contre-indication de la chirurgie bariatrique ; OU d'échec de la chirurgie bariatrique.

4.5. Qui adresser au spécialiste ?

54. Les patients présentant les situations suivantes devront être orientés vers un médecin spécialiste de l'obésité (niveau 2 de recours) : (AE)

- IMC \geq 35 kg/m² ;
- Altérations cardiométaboliques difficiles à contrôler ;
- Infertilité, présence d'un syndrome des ovaires polykystiques ;
- Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique ;
- Impact marqué sur la qualité de vie et sur l'état de santé ;
- Pathologie psychiatrique et psychopathologique sous-jacente ; présence d'un facteur aggravant à type de traumatisme psychique, présence de médicaments obésogènes, accès de boulimie épisodiques ;
- Obésité apparue dans l'enfance persistante à l'âge adulte ;
- Antécédent d'au moins 2 épisodes de rebond pondéral ;
- Echec de prise en charge de niveau 1 ;
- Grossesse après chirurgie bariatrique.

4.6. Prise en charge de l'obésité

Les moyens à disposition pour la prise en charge de l'obésité, appuyée par les professionnels des différents niveaux de recours relèvent d'objectifs personnalisés au patient.

4.7. Spécificité de la prise en charge de la surcharge pondérale chez les PVVIH

55. Les PVVIH doivent pouvoir bénéficier de la même prise en charge de l'obésité que la population générale. Le médecin en charge du patient doit, le cas échéant, adresser la PVVIH à un niveau de recours adapté. (AE)

56. Le médecin en charge du patient doit également évaluer la possibilité d'optimiser le traitement ARV chez un patient en situation d'obésité : (AE)

- Pour adapter les posologies d'ARV suites à des dosages médicamenteux réalisés dans les situations les plus extrêmes, en particulier en cas d'échec virologique. Néanmoins, à

ce jour, aucune recommandation d'adaptation de posologie au poids des patients n'est disponible ;

- Pour évaluer la balance bénéfico-risque d'un changement du traitement ARV vers des molécules non/moins associées à une prise de poids, en particulier chez les PVVIH chez lesquelles une prise de poids significative a été observée sous traitements ARV ;
- La surcharge pondérale n'est pas un critère suffisant à lui seul pour contre-indiquer un traitement par médicaments injectables. Néanmoins des aiguilles adaptées à la morphologie du patient sont nécessaires si BMI >30kg/m². Il est recommandé de vérifier que les concentrations résiduelles des molécules restent dans les cibles thérapeutiques car l'échec virologique lié à des concentrations sous-optimales est plus fréquent chez les personnes en surpoids.

4.7.1. Réversibilité de la prise de poids sous antirétroviraux

57. A ce jour, la variabilité des résultats et la durée de suivi de ces différentes études est insuffisante pour recommander une stratégie ARV et adapter le traitement des patients ayant une prise de poids excessive sous ARV.

Le changement d'ARV ne doit être envisagé que si l'imputabilité de l'ARV est forte, en prenant en compte la chronologie de la prise de poids par rapport à l'initiation du traitement, et les autres facteurs associés à la prise de poids.

Le remplacement d'un INI par un INNTI (DOR, RPV) et du TAF par du TDF, de l'ABC, du 3TC ou FTC ou une association sans INTI peuvent néanmoins être proposés, bien que l'efficacité de cette stratégie ne soit pas démontrée à ce jour. (AE)

Le seuil à partir duquel privilégier un changement de traitement ARV en raison d'une prise de poids excessive n'est également pas défini. Certains auteurs ont proposé, pour les essais thérapeutiques, l'atteinte d'un IMC à plus de 30 kg/m² ou, pour ceux ayant déjà un IMC supérieur à 30 kg/m² au moment de l'initiation du traitement, une prise de poids de plus de 10%.

4.7.2. Place des traitements médicamenteux chez les PVVIH

58. Les données concernant l'efficacité des traitements médicamenteux de l'obésité chez les PVVIH ne sont que préliminaires et ne permettent pas de recommander une attitude différente de celle proposée en population générale. Les interactions médicamenteuses doivent toujours être vérifiées. (AE)

4.7.3. Place de la chirurgie bariatrique chez les PVVIH

59. La chirurgie bariatrique est de plus en plus pratiquée chez les PVVIH. Bien que les données d'efficacité de cette chirurgie soient peu nombreuses chez les PVVIH, la chirurgie bariatrique doit être systématiquement évaluée chez les PVVIH pouvant en bénéficier. (AE)

60. Etant donné la complexité du traitement ARV chez les patients traités par une chirurgie bariatrique, le groupe de travail recommande de rapprocher le suivi des charges virales VIH tous les 3 mois la première année et de suivre les concentrations plasmatiques des ARV pour optimiser si besoin le traitement ARV (AE).

Cette mesure peut être proposée :

- Avant la chirurgie pour évaluer les concentrations plasmatiques initiales ;
- Dans le mois qui suit la chirurgie ;
- Puis tous les trois mois la première année.

5. L'atteinte rénale au cours de l'infection par le VIH

En 2021, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC), définie par un débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$, était de 15,8% dans la cohorte Aquitaine dans une population dont l'âge médian était de 55 ans (données non publiées). La prévalence de la maladie rénale chronique augmente par ailleurs lorsque l'on prend en compte la présence d'une protéinurie, elle-même prédictive de la mortalité et des événements cardiovasculaires chez ces patients. Cette prévalence augmente avec l'âge et pourrait atteindre plus de 30 à 40% chez les PVVIH de plus de 70 ans en France.

5.1. Qu'est-ce que la maladie rénale chronique chez les personnes vivant avec le VIH et comment la mesurer ?

La maladie rénale chronique (MRC) est définie, indépendamment de sa cause, par la présence, pendant plus de 3 mois

– **D'un ou plusieurs marqueurs d'atteinte rénale :**

- Albuminurie ou protéinurie.

Elle est mesurée sur un échantillon d'urine prélevé à toute heure de la journée (mais préférentiellement les secondes urines du matin) avec dosage simultané de la créatininurie et est catégorisée de la façon suivante (le terme de microalbuminurie n'est plus utilisé)

A1 : Albuminurie normale : albuminurie/créatininurie (A/C) $< 3 \text{ mg/mmol}$ (30 mg/g) ;

A2 : Albuminurie modérément augmentée : A/C entre 3 et 30 mg/mmol (30-300 mg/g) ;

A3 : Albuminurie augmentée : A/C $> 30 \text{ mg/mmol}$ ($>300 \text{ mg/g}$).

Il faut rappeler que la protéinurie ou l'albuminurie peuvent être transitoirement augmentées dans les situations suivantes : infection urinaire, fièvre, insuffisance cardiaque congestive, protéinurie orthostatique, exercice physique intense moins de 24 heures auparavant, menstruations.

Le rapport protéinurie/créatininurie doit être demandé si l'on souhaite rechercher une protéinurie tubulaire (rapport albuminurie/protéinurie < 0.5), notamment en cas de néphrotoxicité tubulaire des antirétroviraux (principalement le TDF).

- Hématurie: GR $> 10/\mu\text{L}$ ou 10 000/mL (après avoir éliminé une cause urologique) ;
- Leucocyturie : GB $> 10/\mu\text{L}$ ou 10 000/mL (en l'absence d'infection) ;
- Marqueurs de dysfonction tubulaire : dyskaliémie, acidose métabolique, glycosurie normoglycémique, anomalie de la calcémie ;
- Anomalie morphologique à l'échographie rénale : asymétrie de taille, contours bosselés, reins de petite taille, rein unique, reins polykystiques ;
- Anomalie histologique rénale.

- **Et/ou d'une insuffisance rénale chronique (IRC) définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) estimé < 60 mL/min/1,73 m² :**
 - Le débit de filtration glomérulaire est estimé à partir de la créatininémie, l'âge et le sexe en utilisant l'équation Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). Le seuil convenu pour définir la baisse du débit de filtration glomérulaire est < 90 mL/min/1,73 m².
 - Le calcul du DFGe prendra en compte une baisse initiale (dans les premières semaines uniquement) du DFGe après l'introduction du cobicistat, du DTG, du BIC, du RAL et/ou de la RPV, liée à une interaction avec les transporteurs tubulaires de la créatinine sans baisse du débit de filtration glomérulaire mesuré. Cette baisse se produit dans les semaines qui suivent l'introduction de ces ARV, puis se stabilise dans le temps. Les paramètres urinaires ne sont pas modifiés ni le DFG estimé avec la cystatine C. Des facteurs de correction du DFGe ont été proposés (tableau 10) mais doivent être utilisés avec prudence puisque leur validation n'a pas été réalisée.

La maladie rénale chronique (MRC) est définie en 6 stades de sévérité croissante (tableau 11).

Tableau 10 : facteur de correction du débit de filtration glomérulaire estimé, (mL/min/1.73 m²)

Traitement ARV	Facteur de correction
Dolutégravir	DFGe* + 17
Cobicistat	DFGe + 13
Bictégravir (10)	DFGe + 11
Raltégravir	DFGe + 9
Rilpivirine	DFGe + 9

*DFGe : débit de filtration glomérulaire estimé

Tableau 11 : stadification de la maladie rénale chronique

Stade	DFGe (mL/min/1,73 m ²)	Définition
1	> 90	Marqueur(s) d'atteinte rénale* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Marqueur(s) d'atteinte rénale* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59 Stade 3B : entre 30 et 44	Insuffisance rénale chronique modérée
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

*Marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois sur deux ou trois examens consécutifs.

5.2. Données épidémiologiques : prévalence, déterminants et impact de la maladie rénale chronique chez les PVVIH.

En 2021, la prévalence de l'IRC définie par un DFGe < 60 mL/min/1.73m² était de 15,8% dans la cohorte Aquitaine dans une population dont l'âge médian était de 55 ans. Globalement, le risque rénal est multiplié par un facteur de 2 à 10 dans la population VIH comparée à la population générale.

5.3. Quel bilan néphrologique chez les PVVIH ? Quelles indications ?

5.3.1. Quel bilan ?

61. En France, la HAS recommande un dépistage annuel des populations à risque rénal, avec un dosage sanguin de la créatininémie et un dosage du rapport albuminurie/créatininurie. Le résultat de créatininémie doit être transmis avec l'estimation du DFG selon la formule CKD-EPI.

Certains ARV (DTG, BIC, RAL, RPV) ou booster pharmacologique (cobicistat) peuvent majorer la créatininémie et conduire à une sous-estimation du DFG (voir tableau 10). (Grade A)

62. Chez les patients exposés au TDF, le bilan néphrologique doit inclure également une phosphorémie à jeun, une recherche de glycosurie et un rapport protéinurie/créatininurie annuel (tous les 6 mois si DFG < 60 mL/min/1,73m² ou de diminution > 5 mL/min/1,73m²/an). (Grade B)

5.3.2. Quelles indications ?

63. Les indications du dépistage de la MRC en France, selon la HAS, sont : (Grade A)

- le diabète ;
- l'hypertension artérielle traitée ou non ;
- la maladie cardiovasculaire athéromateuse ;
- l'insuffisance cardiaque ;
- l'obésité (IMC > 30 ou 35 kg/m²) ;
- les maladies de système ou auto-immunes (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde...) ;
- les affections urologiques (malformation urinaire, infections urinaires récidivantes, etc.) ;
- les antécédents familiaux de maladie rénale avec insuffisance rénale évolutive ;
- les antécédents de néphropathie aiguë ;
- les traitements néphrotoxiques antérieurs (en particulier AINS, chimiothérapie, etc.) ;
- l'exposition aux produits de contraste iodés, radiothérapie ciblant l'aire rénale, etc. ;
- l'exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure) ;
- L'infection par le VIH justifie un dépistage initial au diagnostic de l'infection, puis annuel de la maladie rénale (créatininémie, DFGe CKD-EPI et mesure du rapport albuminurie/créatininurie) du fait de sa prévalence plus importante dans cette population mais également du fait de son impact potentiel pour guider le choix et la posologie des traitements ARV.

64. Chez les patients de moins de 50 ans, en l'absence de prise de néphrotoxique, de facteur de risque rénal et en absence de protéinurie initiale, le suivi du rapport albuminurie/créatininurie peut être réalisé de manière plus espacée tous les 2-3 ans. (AE)

5.4. Quand adresser le patient à un néphrologue ?

65. De manière générale, tout patient dont le bilan détecte une maladie rénale chronique (voir tableau 11) et/ou des troubles métaboliques d'origine rénale (hypophosphorémie, glycosurie normoglycémique) pourrait bénéficier d'un avis néphrologique. (AE)

66. Une évaluation néphrologique est urgente dans les situations suivantes : (AE)

- Glomérulonéphrite rapidement progressive, insuffisance rénale aiguë, calcul, hydronéphrose, tumeur, hypertension artérielle réfractaire, syndrome néphrotique, œdèmes, hématurie, signes extra-rénaux et généraux associé à la MRC ;
- MRC stade 3B, 4, 5 (DFGe < 45 mL/min/1,73 m²) ;
- MRC progressive : baisse accélérée du DFGe > 5 mL/min/1,73m²/an ;
- MRC avec complication(s) : anémie, dyskaliémie, acidose métabolique, anomalie phosphocalcique ;
- MRC héréditaire, gammopathie monoclonale.

5.5. Prise en charge initiale de la maladie rénale chronique chez les PVVIH

5.5.1. Evaluation initiale

L'évaluation initiale définit le stade de la MRC, évalue son risque de progression vers les stades plus avancés avec pour les stades 4 et 5 la nécessité d'anticiper un traitement de suppléance (dialyse, transplantation rénale), évalue le risque cardiovasculaire, recherche des complications de la MRC (à partir du stade 3), et évalue les besoins psycho-socio-professionnels du patient.

5.5.1.1. Evaluation de la sévérité

L'évaluation de la sévérité se fait grâce à la stadification de la MRC et au niveau d'albuminurie (Tableau 11).

5.5.1.2. Evaluation du risque de progression et d'évolution vers un traitement de suppléance rénale

Plusieurs paramètres sont pris en compte pour évaluer le risque de progression vers le stade MRC5 :

- La diminution du débit de filtration glomérulaire
- Protéinurie et albuminurie
- L'hypertension artérielle :
- L'étiologie de la MRC
- Le score KFRE

5.5.1.3. Le diagnostic étiologique

L'identification de la cause de la maladie rénale permet de mettre en place les traitements spécifiques et non spécifiques permettant de ralentir la progression de la maladie, voire dans certains cas de guérir la néphropathie.

Outre les étiologies classiques d'atteintes rénales en population générale – principalement liées aux comorbidités, et outre la toxicité des ARV, certaines néphropathies sont spécifiquement observées au cours de l'infection par le VIH :

- **La néphropathie associée au VIH (HIV-associated nephropathy – HIVAN)**
- **La hyalinose segmentaire et focale**
- **La néphropathie à dépôts de complexes immuns** (HIV-associated immune complex kidney disease - HIVICK)
- **La microangiopathie thrombotique (MAT)**
- **La lymphocytose infiltrative diffuse** (Diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome - DILS)
- **Le syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire** (immune reconstitution Inflammatory syndrome - IRIS)

5.5.1.4. Evaluation du risque cardiovasculaire

67. Le risque cardiovasculaire est élevé en cas de MRC, encore plus élevé en présence d'albuminurie. La recherche d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, de maladie cardiovasculaire, en particulier athéromateuse, doit être systématique. (Grade A) L'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire est détaillée dans le chapitre cardiovasculaire.

5.5.1.5. Recherche de complications :

La recherche de complications propre à la MRC s'effectue à partir du stade 3A/3B (DFGe < 60 ou < 45 mL/min/1,73 m²) :

- Anémie
- Troubles phosphocalciques
- Rétention hydrosodée, troubles hydroélectrolytiques
- Dénutrition
- Symptômes du syndrome urémique au stade MRC5

5.6. Mesures de néphroprotection

5.6.1. Information du patient et éducation thérapeutique

68. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante de la stratégie thérapeutique. Elle doit être proposée à tous les patients, quel que soit le stade de la maladie rénale (AE) (Cf paragraphe « Education thérapeutique » du chapitre « Suivi de l'adulte vivant avec le VIH »).

5.6.2. Mesures de néphroprotection et éducation du patient

69. Les mesures de néphroprotection incluent (tableau 12) :

- L'éviction de médicaments néphrotoxiques, y compris en automédication (AINS...), lors des examens d'imagerie ou des préparations de coloscopies, en particulier en cas de situation aiguë sévère. (Grade A)
- L'usage des médicaments ARV potentiellement néphrotoxiques, même si non encore contre-indiqués au stade de la maladie rénale de la PVVIH devraient être évités dans la mesure du possible.
- En particulier, les patients sous TDF devraient voir leur traitement ARV modifié soit vers le TAF, soit vers d'autres molécules non néphrotoxiques. (Grade A)
- La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires. (Grade A)
- Les règles hygiéno-diététiques. (Grade A)

Tableau 12 : mesures de néphroprotection en cas d'insuffisance rénale selon la HAS

Information à donner	Compétences, comportements attendus
→ Mesures de néphroprotection	
Médicaments et produits néphrotoxiques Médicaments à élimination rénale	Connaître les médicaments et produits (compléments alimentaires) néphrotoxiques Comprendre l'intérêt d'éviter l'automédication (se renseigner auprès du médecin ou du pharmacien) Connaître les risques d'accumulation et d'effets indésirables des médicaments à élimination rénale
Examens radiologiques comportant injections de produits de contraste iodés, de gadolinium	Connaître les précautions à prendre lors d'examens radiologiques, pour être capable de prévenir les praticiens
Risque professionnel: plomb, mercure, cadmium, solvants organiques, etc. impliquer le médecin du travail	Connaître les précautions à prendre dans le cas d'exposition professionnelle, pour être capable d'en parler avec le médecin du travail
Rôle aggravant du tabac	Comprendre l'importance de l'arrêt du tabac
→ Modification des facteurs de risque cardiovasculaire	
Risque cardiovasculaire lié au tabac	Comprendre l'importance de l'arrêt du tabac
Risque cardiovasculaire lié à l'alcool	Comprendre l'importance de limiter la consommation d'alcool
Intérêt de l'automesure de la pression artérielle (si HTA) (annexe 4), du poids	Réaliser l'automesure, tenir un carnet de suivi Impliquer pharmacien/infirmier (information, transmission de documents, vérification de la bonne réalisation des mesures)
Éviter le surpoids, l'obésité, la sédentarité	Mettre en œuvre et maintenir des modifications de son mode de vie (équilibre diététique et activité physique)
→ Conseils pour l'activité physique	
Expliquer le rôle bénéfique de l'activité physique (sur la fonction rénale et le risque cardiovasculaire)	Comprendre les bénéfices de l'exercice physique Avoir une activité physique régulière (30 minutes cinq fois par semaine KDIGO 2012), se fixer des objectifs atteignables
→ Conseils diététiques	
Équilibre alimentaire Adapter les apports énergétiques afin d'atteindre et de maintenir un IMC < 25 kg/m ²	Savoir en quoi consiste une alimentation équilibrée adaptée à ses besoins nutritionnels et mettre en œuvre les modifications nécessaires pour y parvenir
Apports en eau : ni restreints ni forcés, adaptés à la soif, à la diurèse, à la maladie causale (polykystose rénale, lithiases, infections urinaires)	Savoir gérer l'état d'hydratation : adapter les apports liquidiens en fonction de la diurèse et de situations particulières : œdème, risques de déshydratation (hyperthermie, diarrhées, vomissements, canicule ou forte chaleur)
Sel: connaître les aliments riches en sel, le rôle de l'excès de sel sur la protéinurie et la pression artérielle.	Savoir adapter la restriction sodée Connaître les situations où il convient d'augmenter les apports en sel pour compenser la perte de sel

Protéines : connaître les conséquences de l'excès de protéines. Adapter les apports en protéines en fonction du poids et du stade de l'insuffisance rénale.	Contrôler les apports en protéines (connaître les aliments riches en protéines) et moduler en fonction du risque de dénutrition
Calcium, phosphore, potassium Connaître les conséquences des manques ou des excès de calcium, phosphore et potassium	Connaître les aliments riches en phosphore, en calcium et en potassium (annexe 13) et adapter suivant ses besoins (hyper/hypokaliémie, troubles phosphocalciques)
→ Protection du capital veineux	
Connaître les précautions à prendre pour protéger les avant-bras de tout prélèvement sanguin	
→ Signes, symptômes, traitements	
Surveiller et connaître les signes et symptômes de la MRC (savoir réagir, qui prévenir)	
Connaître et comprendre les techniques de soins, traitements, effets indésirables possibles et la planification des examens de routine (en particulier le suivi biologique de la fonction rénale)	

Source : [Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte \(MRC\) \(has-sante.fr\)](#)

5.7. Suivi de la PVVIH atteinte de maladie rénale chronique

70. Le suivi recommandé par la HAS en 2021 d'une personne atteinte de maladie rénale chronique en population générale est indiqué dans le tableau 13. Il est à coordonner au suivi spécifique de l'infection par le VIH. (AE)

Tableau 13 : Suivi clinique et biologique de la MRC avant l'épuration extra-rénale, en l'absence de complications ou de facteurs de progression rapide

Examens biologiques et fréquence	Stades 1, 2 et 3A (DFGe ¹ ≥ 45)	Stade 3B (DFGe entre 30 et 44)	Stade 4 (DFGe entre 15 et 29)	Stade 5 avant EER (DFGe < 15)
Consultation de suivi	MG au moins 1/an	MG : au moins 1/6 mois Si néphrologue (en alternance avec une IPA ²) : au moins 1/an	MG : au moins 1/3 mois Néphrologue IPA ² ou infirmière de parcours, en alternance : au moins 1/6 mois	Une consultation par mois en alternance MG, Néphrologue, IPA ² ou infirmière de parcours Néphrologue : au moins 1/3 mois
EAL ³	1/an	1/an	1/an	1/an
Glycémie (chez non-diabétique)	1/an	1/an	1/an	1/an
Ag HBs (non vacciné) Ac anti-HBs (vacciné) ⁴	-	1/3 ans	1/an	1/an
Créatininémie	1/an	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois	tous les mois
Albuminurie ou protéinurie	1/an	tous les 1 à 6 mois	tous les 3 à 6 mois	selon néphrologue
Na ⁺ , Cl ⁻ , K ⁺ , HCO ₃ ⁻ , calcium, phosphore	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois	tous les mois
Hémogramme avec compte réticulocytes	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Ferritine sérique ⁵	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Albuminémie	-	1/an	tous les 1 à 6 mois	tous les 1 à 6 mois
Parathormone	-	selon la concentration initiale et la progression	tous les 1 à 6 mois	tous les 3 à 6 mois

Phosphatase alcaline	-	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Urée sanguine	-	-	tous les 1 à 3 mois	tous les 1 à 3 mois

¹ Débit de filtration glomérulaire à partir de l'équation CKD-EPI et exprimé en mL/min/1,73m².

² IPA : infirmière de pratique avancée.

³ EAL : explorations des anomalies lipidiques.

⁴ Taux cible souhaité : Ac anti-HBs > 10 UI/L

⁵ Conditions de prélèvement : les marqueurs du métabolisme du fer doivent être prélevés à distance d'une inflammation aiguë ; en cas de dosages répétés, il est préférable de les réaliser dans le même laboratoire ; le fer sérique et la transferrine doivent être prélevés le matin à jeun. La ferritine sérique est l'examen de première intention de recherche d'une carence en fer. En cas d'anomalie, le couple fer sérique et transferrine nécessaires pour le calcul du coefficient de saturation de la transferrine est réalisé en deuxième intention.

Source : [Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte \(MRC\) \(has-sante.fr\)](#)

5.8. Méthodes de suppléance de la MRC dans le contexte de la PVVIH

5.8.1. Épuration extra-rénale

71. Toutes les modalités d'épuration extrarénale (hémodialyse, dialyse péritonéale) peuvent être proposées chez les PVVIH. (AE)

5.8.2. Transplantation rénale

Depuis 2010, les données s'accumulent quant à l'efficacité et la sécurité de la transplantation rénale chez les PVVIH.

72. Lorsque la transplantation rénale est envisagée, le choix du traitement ARV doit se porter vers des schémas à faible risque d'interaction médicamenteuse et idéalement sans booster, tels que les schémas à base d'INI. Dans le cas où du ténofovir est indiqué, le TAF doit être préféré au TDF pour limiter le risque de néphrotoxicité déjà présent avec les immunosuppresseurs. (Grade B)

5.9. Rein et antirétroviraux

5.9.1. Toxicité rénale des ARV

Plusieurs thérapeutiques ARV peuvent être responsables d'altération de la fonction rénale :

- **Il s'agit essentiellement du TDF par toxicité tubulaire essentiellement**
- **D'autres molécules sont également responsables de toxicité rénale, notamment les anciens IP tels que l'atazanavir et l'indinavir (qui n'est plus commercialisé)**
- **Enfin, d'autres ARV sont responsables d'une diminution artificielle du DFGe de l'ordre de 10 à 20% par blocage de la sécrétion tubulaire de créatinine** mais sans que cela ne traduise une altération vraie de la fonction rénale : il s'agit du DTG, du BIC, mais aussi du RAL, du cobicistat et de la RPV avec des effets additifs.

5.9.2. Adaptation posologique des ARV en cas de maladie rénale chronique

73. En cas de maladie rénale chronique, les posologies de certains ARV (notamment 3TC, FTC) devront être adaptées à la fonction rénale. (Grade A)

5.9.3. « Long-acting » et maladie rénale chronique

74. Il est à noter qu'aucun des traitements de longue durée d'action actuellement disponibles (CAB-LP, RPV-LP, lenacapavir (LEN)) ne nécessite d'adaptation posologique chez le patient insuffisant rénal chronique, même si l'insuffisance de données incite à être prudent chez les patients avec un DFGe < 15 mL/min/1,73m² lors de l'usage du LEN. (AE)

6. Morbidité hépatique chez les PVVIH

6.1. Epidémiologie des atteintes hépatiques au cours de l'infection par le VIH

Des anomalies hépatiques aiguës et transitoires sont fréquentes chez les PVVIH et peuvent être dues aux intolérances médicamenteuses (ARV et comédications), aux pathologies associées (hépatites aiguës, toxicomanies, consommation excessive d'alcool) et à d'autres événements intercurrents aigus.

Comme dans la population générale, la stéatose hépatique pourrait devenir la première cause d'hépatopathie chronique et donc de cirrhose. Des données récentes suggèrent que le VIH pourrait être un facteur de risque supplémentaire de stéatose hépatique.

6.2. Quel bilan pratiquer au décours de la découverte d'une cytolyse aiguë ?

75. Outre la cause iatrogène liée aux ARV, la prise en charge d'une découverte d'une anomalie hépatique et notamment d'une élévation des transaminases doit faire rechercher une cause médicamenteuse autre, une prise médicamenteuse masquée ou de l'auto-médication. La recherche de consommation de toxique dont l'alcool, et une recherche d'infection virale aiguë doivent être réalisées également en première intention (figure 4). (AE)

Les examens de première intention et en l'absence de cause clinique évidente et transitoire comportent : NFS, TP, GGT, Phosphatases alcaline, bilirubine directe et indirecte, sérologies des infections virales en l'absence d'immunité (IgM VHA, Ag HBs, Ac anti-HBc, sérologie VHC ou PCR VHC si sérologie positive connue, IgM VHE +/- PCR VHE), sérologie syphylis.

Quelle que soit la cause, un contrôle de la cytolyse sera à réaliser.

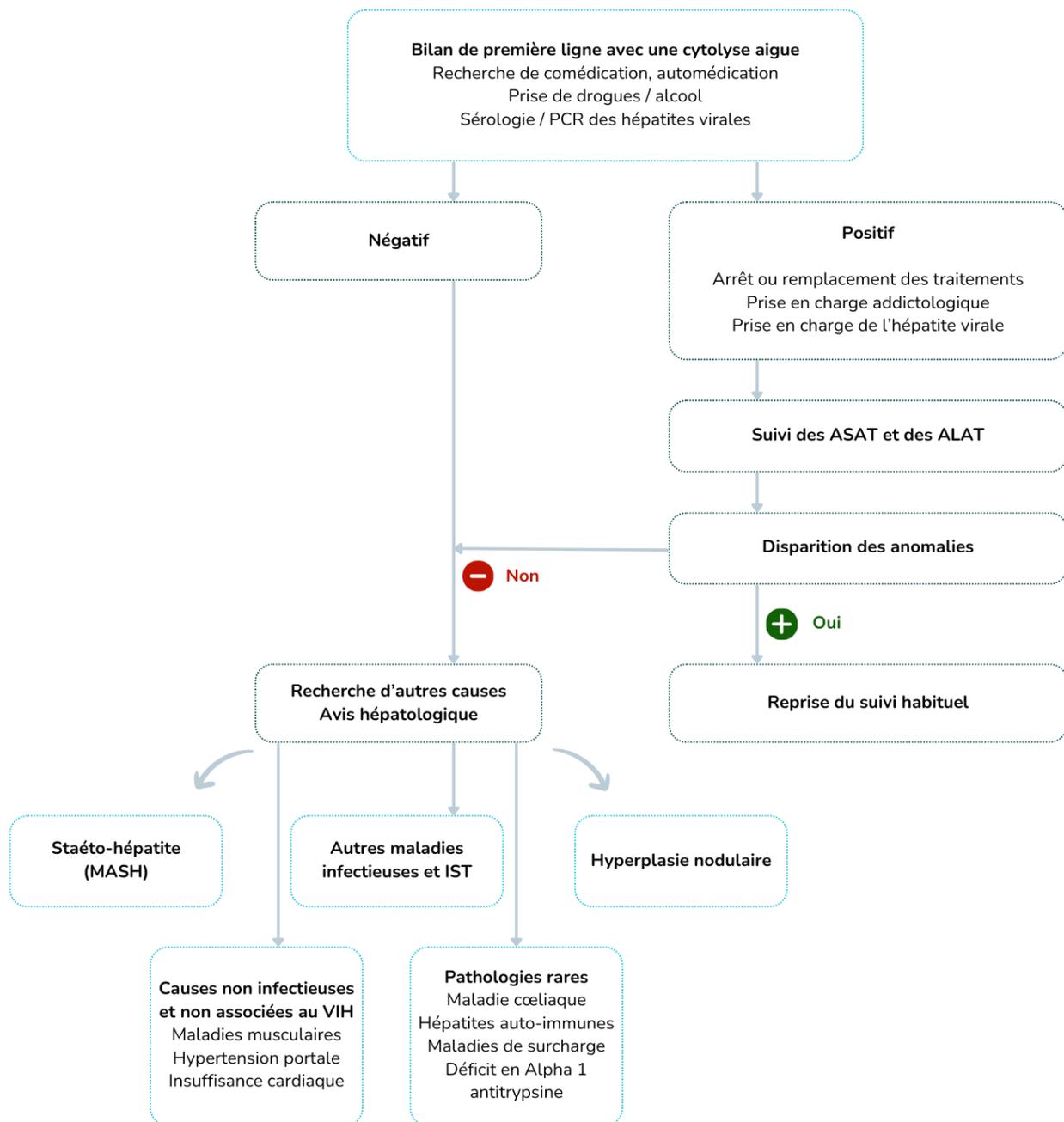


Figure 4: Prise en charge d'une découverte d'élévation des transaminases (d'après EACS 2022)

6.3. Quelles sont les complications hépatiques des antirétroviraux ?

6.3.1. Atteinte hépatique précoce

Le mécanisme physiopathologique est le plus souvent de type immuno-allergique et se retrouve surtout pour la catégorie des INTI et INNTI.

Pour la NVP et l'ABC, l'atteinte hépatique peut être associée à une fièvre et des signes cutanés parfois sévères, imposant l'arrêt du traitement. Pour l'ABC, le facteur prédisposant est la présence de l'allèle HLA B*5701.

Les cytolyses survenant à la suite de l'instauration d'un traitement ARV sont devenues rares et sont souvent associées à un autre événement intercurrent.

76. En pratique, en cas d'anomalies précoces du bilan hépatique et/ou de symptômes associés à l'atteinte hépatique, des signes de gravité doivent être recherchés, conduisant à l'arrêt des ARV si aucune autre cause n'est suspectée : (AE)

- Signes d'hypersensibilité ;
- Ictère à bilirubine conjuguée ;
- Insuffisance hépatocellulaire avec une baisse du taux de prothrombine et du facteur V
- Et/ou augmentation des transaminases supérieure à 5 fois la normale ;
- Ou en cas de persistance d'une cytolysé inexpliquée < 5 fois la normale au-delà de 3 mois.

6.3.2. Anomalies tardives et chroniques du bilan hépatique : stéatose et stéatohépatite (MASH : *metabolic-associated steatohepatitis*)

L'utilisation de molécules moins hépatotoxiques met aujourd'hui la cause médicamenteuse directe des atteintes hépatiques chroniques au second plan chez les PVVIH. Les ARV peuvent cependant être co-responsables de stéatose ou de stéatohépatite mais ce phénomène est à réévaluer avec la diminution de l'usage des IP et l'augmentation de l'usage des INI favorisant la prise de poids.

Chez les PVVIH mono-infectées, la prévalence de la stéatose varie, selon les études, entre 13 et 65% pour la stéatose hépatique et la stéatohépatite serait 2 fois plus fréquente que chez les personnes non infectées par le VIH. Près de la moitié des PVVIH présentant une élévation inexpliquée des transaminases auraient une stéatose hépatique. Un quart des stéatoses hépatiques seraient associées à une fibrose avancée.

77. Dépistage de la maladie stéatosique du foie (figure 5) :

La recherche d'une stéatose est recommandée à l'aide d'une échographie hépatique chez les patients présentant une obésité, un syndrome métabolique, ou une élévation inexpliquée des transaminases.

En cas d'argument en faveur d'une stéatose hépatique, un test sanguin simple peut être proposé (FIB-4 ou le NAFLD Fibrosis score (NFS)), permettant d'éliminer une fibrose associée. (Grade B)

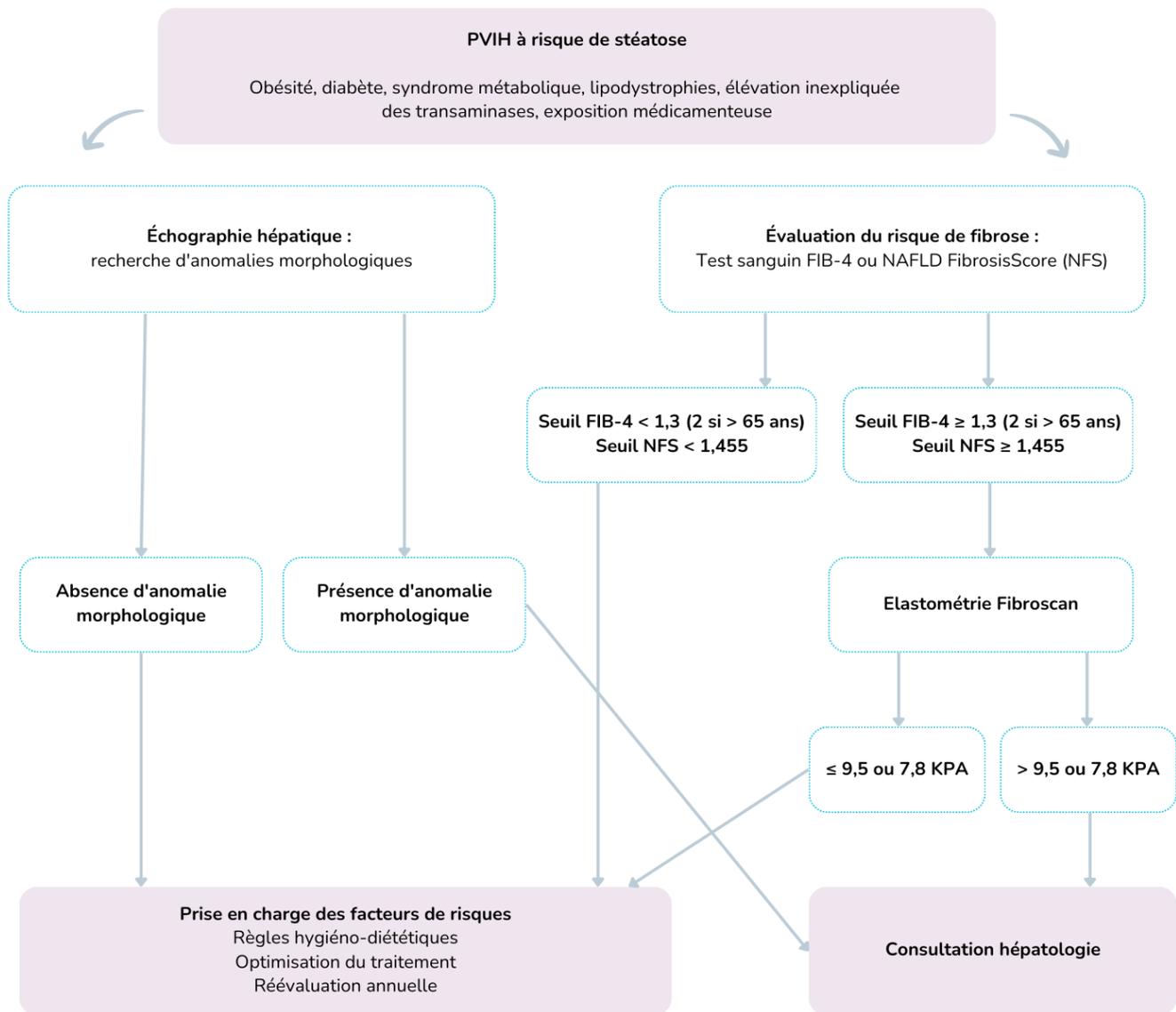


Figure 5: Procédure diagnostique en cas de suspicion de stéatose hépatique (d'après EACS 2023).

FIB-4 : <http://medicalcul.free.fr/fib4.html>

NAFLD Fibrosis score (NFS) : <http://medicalcul.free.fr/naflid.html>

78. Quand dépister une stéatose ?

La fréquence de réalisation du dépistage reste discutée. Sa réalisation à la suite d'une découverte d'un diabète (pour laquelle une imagerie hépatique est recommandée) ou à la suite de l'apparition d'une cytolyse persistante semble faire consensus. Une prise de poids rapide dans le cadre d'un syndrome métabolique peut également faire proposer un nouveau dépistage. (AE)

79. La modification des traitements ARV pour des molécules qui seraient moins associées à un risque métabolique et/ou à une prise de poids doit être évoquée mais ne repose pour l'heure sur aucune évidence. (AE)

6.3.3. Maladie vasculaire du foie et VIH

L'hyperplasie nodulaire régénérative est une entité anatomopathologique rare dont les mécanismes physiopathologiques restent mal définis. Elle est considérée comme une maladie vasculaire du foie à l'origine de troubles de perfusion hépatique. Le diagnostic est évoqué sur l'association thrombopénie et cholestase anictérique, sur la présence d'une hypertension portale sans insuffisance hépatocellulaire et sur un taux de protéine S abaissé comparativement au taux de protéine C.

80. En cas de survenue d'anomalies tardives et/ou chroniques du bilan hépatique, il est recommandé : (AE)

- dans tous les cas, de considérer l'intérêt d'une discussion multidisciplinaire incluant un hépatologue ;
- de rechercher une hépatite virale A ou B ou C si absence de séroprotection ; ou une réactivation de l'hépatite B chez une PVVIH exposée à une immunosuppression ; ou une surinfection delta chez les PVVIH avec Ag HBs positif ; ou une hépatite E chronique si immunodépression ; de réaliser une sérologie syphylis ;
- d'écarter une cause toxique (alcool, drogues, médicaments, plantes) ;
- de vérifier l'absence d'interaction médicamenteuse ;
- de vérifier l'hépatotoxicité potentiellement majorée des ARV ;
- de rechercher des arguments indirects en faveur d'une MASH ;
- d'éliminer une hépatite auto-immune ou de surcharge (fer, cuivre) ;
- de demander une ponction biopsie hépatique après concertation avec un hépatologue en l'absence de cause évidente et/ou en cas de nécessité pour le suivi.

6.4. Surveillance du bilan hépatique

81. Un bilan annuel hépatique doit être proposé à toutes les PVVIH (ASAT, ALAT, GGT) (AE)

Des bilans plus fréquents peuvent être réalisés, principalement en cas de :

- changements de traitements : à réaliser dans les 3 mois suivant la modification thérapeutique ;
- pathologies hépatiques chroniques ;
- IST ;
- Introduction de traitements hépatotoxiques.

7. Troubles psychiatriques

7.1. Données épidémiologiques

Les troubles psychiatriques constituent une des plus importantes comorbidités dans l'infection par le VIH.

Les retentissements de la dépression, des troubles anxieux et de la suicidalité sont considérables, tout d'abord en termes de souffrance pour la personne mais également sur le plan sociétal et économique.

L'existence d'une anxiété ou d'une dépression sont étroitement associées à une altération de la qualité de vie des PVVIH.

En dehors des conduites addictives (traitées par ailleurs), les autres troubles fréquemment observés sont les troubles de stress post-traumatiques (TSPT) (jusqu'à 28% dans une méta-analyse de données internationales) et les troubles paniques.

Les symptômes psychotiques sont plus rares mais atteignent 12% dans un registre canadien. Ils doivent faire rechercher une addiction aux produits stupéfiants ou une maladie du système nerveux central associée, liée ou non à l'infection par le VIH en fonction du niveau d'immunodépression, et sont associés à un excès de mortalité.

82. Il est rappelé la nécessité de vérifier le statut VIH chez les patients hospitalisés pour un motif psychiatrique. (Grade B)

Enfin, les conséquences en terme de risque de suicide sont conséquentes : Le risque de décès par suicide est 100 fois plus élevé chez les PVVIH que dans la population générale. L'évaluation du risque de suicide doit être priorisée chez les PVVIH affectés de troubles psychiatriques.

83. L'évaluation du risque de suicide doit être priorisée chez les PVVIH affectées de troubles psychiatriques. (Grade A)

7.2. Quelle est la clinique des maladies psychiatriques les plus fréquentes au cours de l'infection par le VIH ?

7.2.1. Dépression

La dépression est classée par l'OMS comme l'une des principales causes d'incapacité dans le monde et elle contribue largement à la charge mondiale de morbidité.

La dépression est caractérisée par une tristesse persistante et une perte d'intérêt dans des activités que l'on apprécie habituellement, durant 14 jours ou plus, une perte d'énergie et d'appétit; un sommeil perturbé; une anxiété; une concentration réduite; éventuellement une agitation. Le patient peut ressentir des sentiments d'inutilité, de culpabilité ou de désespoir, des pensées d'automutilation ou des idées suicidaires.

7.2.2. Troubles anxieux

Les troubles anxieux sont caractérisés par des sentiments d'anxiété et de peur. Ils regroupent le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique, les phobies, le trouble d'anxiété sociale, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et les TSTP.

La sémiologie comprend des troubles somatoformes (sécheresse de la bouche, sensations de tension interne, de « souffle coupé », impression d'étouffement, paresthésies, éruptions dermatologiques), mais également des symptômes allant de difficultés de concentration à l'idée de mort imminente. Certains symptômes évoquent des pathologies cardiaques (douleur ou gêne thoracique), gastriques (diarrhées, vomissements, nausées ou gênes abdominales), neurologiques (sensations de vertige, d'instabilité, de tête vide, tremblements, impression d'évanouissement) ou encore psychiatriques (déréalisation ou dépersonnalisation).

7.2.3. Autres troubles

Les troubles psychotiques sont plus rares. Ils peuvent se manifester par des interprétations délirantes, des éléments de persécution, des hallucinations acoustico-verbales et justifient un avis spécialisé d'autant plus rapide que l'adhésion aux éléments délirants est importante, que ces idées sont menaçantes et associées à des troubles du comportement ou une anxiété importante.

7.3. Comment dépister les troubles anxieux et dépressifs ?

L'essentiel du diagnostic va se faire au décours de l'entretien, c'est une clinique de la parole. Pendant la consultation, on recherche la sémiologie classique des troubles psychiatriques : tristesse de l'humeur, péjoration de l'avenir, troubles de la concentration, exaltation, délire ou hallucinations, idées suicidaires...

84. Le dépistage des troubles dépressifs et anxieux et du risque suicidaire peut reposer sur des outils simples. (AE)

- Le questionnaire PHQ9 (voir annexe 1) comporte ainsi une dizaine d'items à compléter par le clinicien avec le patient. Un score PHQ-9 de ≥ 10 s'est avéré avoir une excellente sensibilité et spécificité pour détecter toute gravité de dépression (respectivement, 78% et 96%) et de dépression majeure (respectivement, 91% et 89%).
- L'auto-questionnaire de l'échelle CES-D (voir annexe 2) peut être renseigné par la personne seule (score seuil de diagnostic de dépression de 17 pour les femmes et 23 pour les hommes).
- L'échelle HAD (voir annexe 3) est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété

(total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

La présence de troubles cognitifs peut découler du processus dépressif mais aussi être révélateur d'une atteinte du SNC liée au VIH.

85. Le test Montreal Cognitive Assessment (MoCA, www.mocatest.org, voir annexe 4) peut alors être utile pour dépister un TNC associé qui justifiera un bilan étiologique, le cas échéant. (AE)

7.4. Quelle prise en charge pour les troubles anxieux et dépressifs ?

7.4.1. Mesures générales et d'accompagnement

86. La prise en charge des troubles psychiatriques doit respecter un certains nombres d'étapes. (AE)

- La mise en évidence de symptômes dépressifs doit faire éliminer un trouble organique :
 - lipodystrophie ;
 - hypothyroïdie hypogonadisme, insuffisance surrénale ;
 - carence en B12 ;
 - troubles cognitifs, AVC, démence débutante ;
 - origine toxique ou médicamenteuse (addictions, neuroleptiques, opioïdes...).
- Les mesures générales doivent être systématiquement proposées :
 - respecter le rythme nyctéméral ;
 - pratiquer une activité physique régulière ;
 - éviter la consommation d'alcool et autres substances toxiques ;
 - encourager une activité sociale régulière ;
 - poursuivre les activités habituellement intéressantes ou plaisantes.
- Un soutien psychologique doit être proposé.
- Certains ARV (INNTI, INI) ont été associé à la survenue d'épisodes dépressifs.

Les données de pharmacovigilance doivent conduire à la prudence dans la prescription des INI en cas de terrain psychiatrique préexistant, et faire envisager leur imputabilité en cas de survenue d'une symptomatologie psychiatrique, en particulier dans les premiers mois de traitement.

Le remplacement de l'EFV par la RPV ou le DRV/r est ainsi associé à une amélioration de l'anxiété et de la qualité du sommeil mais l'impact sur les symptômes de dépression sont moins documentés.

La RPV et la DOR sont parfois également associées à des effets secondaires neuropsychiques (vertiges, rêves anormaux, insomnie, voire anxiété et dépression), mais à une fréquence moindre qu'avec l'EFV.

Il y a peu de donnée pour proposer des stratégies validées par des essais cliniques et les situations devront être analysées au cas par cas.

7.4.2. Traitement à visée psychiatrique

87. Les troubles dépressifs et anxieux ne justifient pas tous un traitement médicamenteux. (AE)

Les critères qui doivent orienter vers la mise en route d'un traitement médicamenteux antidépresseur sont contextuels :

- rupture brutale et récente dans le comportement ;
- altération du fonctionnement quotidien ;
- expression d'idées suicidaires ;
- mais aussi demande du patient.

Un traitement antidépresseur est également indiqué dans les situations suivantes :

- épisodes dépressifs majeurs ;
- prévention des récurrences d'épisodes dépressifs majeurs ;
- trouble panique, avec ou sans agoraphobie ;
- troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ;
- trouble d'anxiété sociale ;
- état de stress post-traumatique (ESPT).

L'administration d'un antidépresseur est associée à une amélioration de la qualité de vie liée à la santé et à l'adhérence thérapeutique.

88. Les inhibiteurs de recapture de sérotonine (par exemple sertraline 50 mg/j ou paroxétine 20 mg/j en une prise par jour, en débutant à demi-dose) sont privilégiés en raison de leur bonne tolérance, de leur efficacité, ainsi que d'un métabolisme hépatique limité. (Grade A) Les interactions avec les ARV doivent néanmoins être vérifiées au cas par cas. (cf annexe « Pharmacologie » du chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH »).

89. Si un effet sédatif est recherché ou que coexistent des troubles du sommeil, une molécule comme la mirtazapine (15 mg le soir, à augmenter si besoin jusqu'à 45 mg le soir) peut être envisagée. (AE)

90. En cas d'anxiété importante, un traitement de courte durée par anxiolytique type bromazepam ou alprazolam peut être envisagé en attendant de l'efficacité de l'antidépresseur mais en restant vigilant sur les risques d'installation rapide d'une dépendance. (AE)

Sur le plan pharmacologique, les antipsychotiques « classiques » (halopéridol, chlorpromazine) sont associés à des effets neurologiques, sédatifs et endocriniens qui leur font préférer actuellement les antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine, quetiapine, aripiprazole, amisulpride). Ces derniers présentent cependant des effets métaboliques (induction de résistance à l'insuline, dyslipidémie, prise de poids parfois importante) à prendre en compte dans le cadre d'une association avec un traitement ARV. Des interactions médicamenteuses avec les ARV existent, avec un risque d'augmentation de l'exposition aux antipsychotiques pouvant nécessiter un ajustement des posologies.

7.5. Quand demander un avis spécialisé devant un trouble dépressif ou anxieux ?

91. Certaines situations cliniques justifient un avis spécialisé : (AE)

- Echec d'un traitement bien conduit à posologie efficace pendant au moins 3 semaines avec persistance des troubles (insomnie rebelle, tristesse permanente, désinvestissement pour les activités habituelles) ;
- Verbalisation d'idées suicidaires insistantes, associées à un scénario suicidaire et/ou ne cédant pas au traitement ;
- Virage de l'humeur sur un mode hypomaniaque ou maniaque après introduction d'un antidépresseur ;
- Altération majeure du contact ou du comportement avec retrait important, apparition d'idées de culpabilité ou autoaccusations inadaptées, voire délirantes ;
- Et bien sûr, demande spontanée du patient d'être pris en charge sur un plan psychologique ou psychiatrique.

7.6. Symptômes d'allure psychotique

92. La présence de symptômes d'allure psychotique (interprétations délirantes, éléments de persécution, hallucinations acoustico-verbales) justifie un avis spécialisé d'autant plus rapide que l'adhésion aux éléments délirants est importante, que ces idées sont menaçantes et associées à des troubles du comportement ou une anxiété importante. (AE)

8. Addictions

8.1. Données épidémiologiques

93. Le dépistage et une proposition systématique de prise en charge des addictions doivent donc être effectués lors de la prise en charge initiale du patient et tout au long de son suivi (voir annexes 5 à 7). (Grade A)

L'étude conduite dans la cohorte ANRS CO3 Aquivih NA entre 2018 et 2020 (n=660) montrait que 35,5% des PVVIH étaient des fumeurs actuels de tabac dont les deux tiers avaient une dépendance moyenne à très sévère ; parmi les 82,8% de consommateurs d'alcool, près de 40% avaient une consommation excessive ou à risque. Une consommation de cannabis dans l'année était retrouvée chez 20% des personnes et d'autres substances psychoactives illicites chez 12% d'entre elles (poppers, cocaïne, amphétamines, ecstasy, cathinones de synthèse...). Une pratique de CHEMSEX était retenue chez 10,5% des PVVIH de cet échantillon soit 21,7% des PVVIH HSH, ce qui est assez proche des prévalences retrouvées au plan international dans un contexte de rapide extension du phénomène, le slam de son côté restant à des niveaux de prévalence nettement plus faibles.

8.2. Comment repérer et prendre en charge?

94. L'utilisation de questionnaires de consommation (AUDIT ou FACE pour l'alcool, Fagerström pour le tabac (voir annexe 5), CAST pour le cannabis) doit être proposée, au mieux au cours du remplissage des PROs, de façon régulière tout au moins au cours du bilan annuel de synthèse. (AE)
95. La prise en charge peut dans un premier temps s'appuyer sur une stratégie de repérage précoce et d'intervention brève par le médecin telle que recommandée par la HAS (AE) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte (voir annexe 6).

- **Le repérage et l'évaluation du risque consistent en l'administration des questionnaires tels que décrits ci-dessus. L'intervention brève a pour but de :**
 - Restituer les résultats des questionnaires de consommation ;
 - Informer sur les risques concernant la consommation de substance ;
 - Evaluer avec le consommateur ses risques personnels et situationnels ;
 - Identifier les représentations et les attentes du consommateur ;
 - Echanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation ;
 - Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation ;
 - Proposer des objectifs et laisser le choix ;
 - Evaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation ;
 - Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;

- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum ([Drogues Info Service \(drogues-info-service.fr\) ; Alcool Info Service \(alcool-info-service.fr\) ;](http://Drogues Info Service (drogues-info-service.fr) ; Alcool Info Service (alcool-info-service.fr) ;));
 - D'orienter vers des patients experts en addictologie.
- **La phase d'accompagnement doit permettre de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme :**
- Elle soutient l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange ;
 - Elle soutient l'abstinence ou la modération et renforce les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.) ;
 - En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou d'addiction, une consultation de type entretien motivationnel (psychologue formé) ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

8.2.1. La problématique du tabac

La consommation de tabac chez les PVVIH (36% à plus de 50% selon les études) est supérieure à celle observée dans la population générale chiffrée à 31,9% en 2021 en France. Il existe un gradient social marqué du tabagisme avec un écart de 15 points entre les revenus les plus faibles et les plus élevés.

- 96.** La consommation de tabac chez les PVVIH constitue donc un problème essentiel dans la prise en charge de ces personnes et des mesures de soutien à l'arrêt de la consommation de tabac doivent être impérativement proposées régulièrement au cours du suivi. (Grade A)
- 97.** En cas de tabagisme, le dépistage d'un syndrome dépressif associé doit être systématique. (AE)
- 98.** Les patchs et formes orales (gommes, pastilles, comprimés, inhalateurs ou sprays buccaux) sont utilisables en tant que substitut nicotinique et ont montré leur efficacité en terme de stratégie de réduction des risques en population générale. (Grade A)

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les traitements par substituts nicotiniques (TSN) sont remboursés à 65% par l'Assurance Maladie.

Le ticket modérateur peut être pris en charge par la complémentaire santé. Le remboursement de ces traitements a été simplifié car il n'est plus soumis à un plafonnement annuel (150 € par an auparavant), et **les pharmacies peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits.**

- 99.** Les autres stratégies médicamenteuses possibles sont les suivantes :
- Si le bupropion a une efficacité légèrement supérieure à celle du placebo, sa prescription chez les PVVIH doit, en raison des interactions possibles avec les traitements ARV métabolisés par le cytochrome P450, faire adapter le traitement ARV. (Grade A)
 - Le tartrate de varénicline a l'avantage de ne pas avoir d'interaction avec le cytochrome P450. Toutefois, au 01 octobre 2024, la varénicline est en rupture durable. (Grade A)

- La cigarette électronique constitue aussi un outil de réduction des risques lorsque le sevrage de nicotine n'est pas souhaité ou n'est pas possible. (Grade A)

Les échecs du sevrage tabagique restent nombreux initialement mais les traitements actuels donnent de meilleures chances de succès et la probabilité de succès augmente avec le nombre de tentatives de sevrage. Il faut persévérer et cela finira par marcher.

8.2.2. Les autres addictions

- 100.** Chez les sujets dépendants aux opiacés, les traitements de substitution constituent un facteur majeur de stabilisation, de prévention de transmission du VIH et des hépatites virales et d'amélioration de l'observance aux ARV. (Grade A) Il existe néanmoins d'importantes interactions ARV-méthadone à connaître (cf. annexe « Pharmacologie » du chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH »).

8.3. Vers qui orienter ?

- 101.** Pour les personnes en situation d'addiction, les modes d'entrée dans la filière de prévention et soins en addictologie sont être multiples. (AE)

Les structures de recours du dispositif médico-social sont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), qui disposent également de Consultations jeunes consommateurs (CJC) pour les patients les plus jeunes.

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) peuvent de leur côté accueillir des usagers qui ne sont pas encore dans une démarche de soins par rapport à leur addiction mais où ils vont pouvoir bénéficier d'un premier accompagnement avec notamment du matériel de réduction des risques de contamination infectieuse (matériels stériles, seringues, pipes à crack, etc.).

En milieu hospitalier, il faudra recourir aux structures d'addictologie de niveau 1, 2 ou 3 (ELSA – Équipe de liaison et de soins en addictologie, CSAPA hospitaliers, hôpitaux de jour d'addictologie, unités d'hospitalisation MCO et/ou SSR).

9. Le déclin cognitif

9.1. Quels sont les principaux éléments physiopathologiques des TNC chez les PVVIH ?

Une étude transversale française récente a ainsi montré, chez des PVVIH de plus de 50 ans avec un bon contrôle viro-immunologique une atteinte plus fréquente des petits vaisseaux cérébraux, en lien avec l'âge, l'hypertension artérielle, et un nadir CD4 bas. L'hypertension artérielle constitue un facteur contrôlable à considérer systématiquement dans le suivi des PVVIH.

9.2. Quelles classifications et quelle épidémiologie pour les TNC chez les PVVIH ?

La classification dénommée HAND (pour HIV-associated neurocognitive disorders), élaborée en 2007 selon les critères de Frascati, distingue trois niveaux de gravité croissante en fonction des résultats obtenus lors d'une évaluation neuropsychologique détaillée d'au moins 5 domaines neurocognitifs, et des conséquences dans les activités de la vie quotidienne :

1. Déficit cognitif asymptotique, (ou Asymptomatic Neurocognitive Impairment (ANI)) défini par une diminution de plus d'un écart type dans au moins deux domaines cognitifs, mais sans retentissement dans la vie quotidienne.
2. Trouble cognitif modéré, (ou Mild Neurocognitive Disorder (MND)), répondant aux mêmes critères que l'ANI, mais associé à un retentissement sur la vie quotidienne, sans pour autant remplir les critères de démence.
3. Démence associée au VIH, (ou HIV Associated Dementia (HAD)), définie par une diminution d'au moins 2 écarts types dans au moins deux domaines cognitifs, avec retentissement marqué sur la vie quotidienne.

L'incidence des formes les plus sévères, en rapport historiquement avec le VIH dans le cadre d'une encéphalopathie, a drastiquement diminué chez les PVVIH traitées avec contrôle virologique, laissant place aux ANI et MND majoritairement.

9.3. Quels sont les facteurs associés aux TNC chez les PVVIH ?

On définit ainsi trois niveaux d'imputabilité des autres facteurs que le VIH, à rechercher systématiquement (2) :

1. importante : l'impact des autres facteurs est majeur
2. modéré : l'impact des autres facteurs est présent
3. et mineur : l'impact des autres facteurs est négligeable

Ainsi, il est essentiel de rechercher systématiquement des facteurs contributifs aux TNC chez les PVVIH, qu'ils soient spécifiques ou non.

Facteurs contributifs aux TNC incitant au dépistage opportuniste (cf table 14).

- âge du patient ;
- consommation de produits psychoactifs ;
- troubles psychiatriques ;
- antécédents de pathologie cérébrale et notamment les traumatismes crâniens, les infections opportunistes du SNC ;
- co-infection par le VHC ;
- diabète ;
- hypertension artérielle ;
- syndrome métabolique ;
- syndrome d'apnées du sommeil ;
- pathologie cérébrovasculaire, dont la maladie des petits vaisseaux et les accidents vasculaires cérébraux.

9.4. Qui dépister et à quelle fréquence ?

102. Nous proposons, et pour des raisons de faisabilité, un dépistage opportuniste à réaliser environ tous les deux ans, qui pourra être éventuellement raccourci à un an en cas de cumul de facteurs ou d'évolution clinique (tableaux 14 et 15). (AE)

Tableau 14 : indication de dépistage des troubles neurocognitifs chez une PVVIH

Facteurs liés à l'infection virale :

- nadir CD4 < 200/μL ;
- antécédents d'infections opportunistes du SNC ;
- charge virale plasmatique détectable sous le traitement en cours.

Facteurs liés à l'hôte :

- âge > 60 ans ;
- coinfection par le VHC ;
- facteurs de risque vasculaire ou pathologie cérébrovasculaire avérée ;
- consommation de substances psychoactives ;
- troubles psychiatriques ;
- syndrome d'apnées du sommeil ;
- syndrome de fragilité ;
- Mauvaise observance aux thérapeutiques ARV et non ARV.

Plaintes cognitives spontanées ou dépistées par un questionnaire, ou rapportées par l'entourage.

Tableau 15 : questionnaire de plainte cognitive - proposition du groupe d'experts

Questionnaire	4 niveaux de réponse :
(1) «Vous arrive-t-il de ressentir des troubles de la mémoire par exemple, oubliez-vous des rendez-vous ou des évènements récents ? »	<ul style="list-style-type: none"> • jamais • parfois • souvent • très souvent
(2) «Vous arrive-t-il d'avoir l'impression d'être plus lent pour raisonner, planifier des activités ou résoudre des problèmes ? »	
(3) « Avez-vous des difficultés pour vous concentrer ou focaliser votre attention ? Par exemple, suivre une conversation, lire un livre ou regarder la télévision ».	Une réponse «très souvent» à au moins l'un de ces items témoignerait d'une plainte cognitive

9.5. Comment dépister ?

103. Pour sa simplicité et sa bonne acceptabilité, le MoCA (Montreal Cognitive Assessment, www.mocatest.org, voir annexe 4) doit être utilisé préférentiellement. (AE)

104. Parallèlement à l'utilisation de ces échelles simplifiées de dépistage des TNC, il est indispensable d'évaluer la présence de symptômes dépressifs. Il est possible de s'aider d'échelles appropriées validées en langue française comme le questionnaire PHQ9 (www.depression-primarycare.org) ou l'auto-questionnaire CES-D puisqu'une dépression avérée peut altérer la performance cognitive (voir annexes 1 et 2). De plus, il serait utile de disposer d'une évaluation des activités de la vie quotidienne. (AE)

9.6. Comment procéder au diagnostic ?

105. En cas d'anomalies au dépistage, les patients doivent être orientés vers une consultation spécialisée de neurologie ou de neuropsychologie, voire de psychiatrie. (AE)

Cette orientation pourra aussi être discutée en cas de plaintes ou de syndrome anxiodépressif persistant, malgré un MoCA normal. Il est important que les centres de référence de prise en charge du VIH aient un accès facilité à une telle consultation, ou à une structuration régionale, par exemple via les COREVIH/CORESS.

106. Devant un TNC avéré chez une PVVIH, l'enquête étiologique doit être systématique. (AE)

Elle vise donc à rechercher une cause acquise de TNC :

- Maladies cérébrovasculaires ;
- Maladies inflammatoires ou tumorales du SNC ;
- Maladies dégénératives ;
- Infection par le VHC ou le tréponème pâle (syphilis) ;
- Hypothyroïdie ;
- Carence vitaminique (B1, B12) ;
- Syndrome d'apnées du sommeil.

L'infection à VIH pourrait être une cause contributive de ces troubles, ou-bien simplement un facteur supplémentaire, loin derrière l'impact d'autres facteurs.

9.7. Quelle prise en charge pour ces PVVIH ?

107. Trois objectifs principaux doivent être poursuivis chez les PVVIH affectées de TNC (voir figure 6) : (AE)

- Le premier objectif doit toujours être de s'assurer de l'indéfectabilité de la charge virale VIH dans le plasma grâce à un traitement ARV ainsi que dans le LCS. Une optimisation du traitement ARV pourra être proposée en favorisant le recours à des ARV actifs dans le compartiment cérébral, en fonction notamment des génotypages de résistance objectivés sur la charge virale amplifiée dans le LCS et tenant compte des antécédents de résistance dans le plasma.
- Le deuxième objectif est de corriger les facteurs de risque de troubles cognitifs : traitement étiologique d'une infection, correction d'une carence vitaminique, contrôle des facteurs de risque métaboliques et cardiovasculaires, limitation de la prise de toxiques et de la consommation de psychotropes, prise en charge d'un syndrome dépressif associé, prise en charge d'un syndrome d'apnées du sommeil etc.
- Le troisième objectif, non spécifique, est le maintien de bonnes conditions de vie, dans un environnement propice au maintien à domicile, en réduisant les risques de chute, d'accidents, de prise médicamenteuses, et en maintenant un niveau d'adéquation d'interactions sociales de la personne grâce notamment à la mise en place d'aides sociales, notamment grâce à des structures associatives. La compréhension des enjeux par l'entourage du patient, avec l'accord du patient, est un atout important dans sa prise en charge. En cas de troubles cognitifs sévère, une protection juridique doit être envisagée.

108. Une optimisation de la diffusion ARV dans le SNC garde un intérêt dans le cas particulier d'un échappement virologique compartimenté dans le SNC, défini par une charge virale VIH détectable dans le LCS, discordante d'une charge virale indétectable dans le plasma. Cette répllication résiduelle dans le SNC peut être associée à une symptomatologie clinique neuropsychique subaiguë (troubles cognitifs voire démence liée au VIH, myélite) et associe généralement des anomalies à l'IRM (encéphalique et/ou médullaire) et des anomalies du LCS (pléïocytose, hyperprotéïnorachie). Dans ce cas particulier, le degré de diffusion des ARV et le quotient inhibiteur dans le LCS sont des éléments à prendre en compte dans le choix thérapeutique. (Cf chapitre « Diagnostic, suivi virologique et analyse de la résistance aux antirétroviraux » et « Adaptation du traitement antirétroviral en situation d'échec chez l'adulte vivant avec le VIH »). (Grade B)

109. En cas d'échappement virologique compartimenté dans le SNC, l'optimisation thérapeutique pour améliorer la diffusion des ARV dans le SNC doit être suivie d'une réévaluation clinique +/- contrôle de l'ARN VIH dans le LCS après 4 à 6 semaines. (AE)

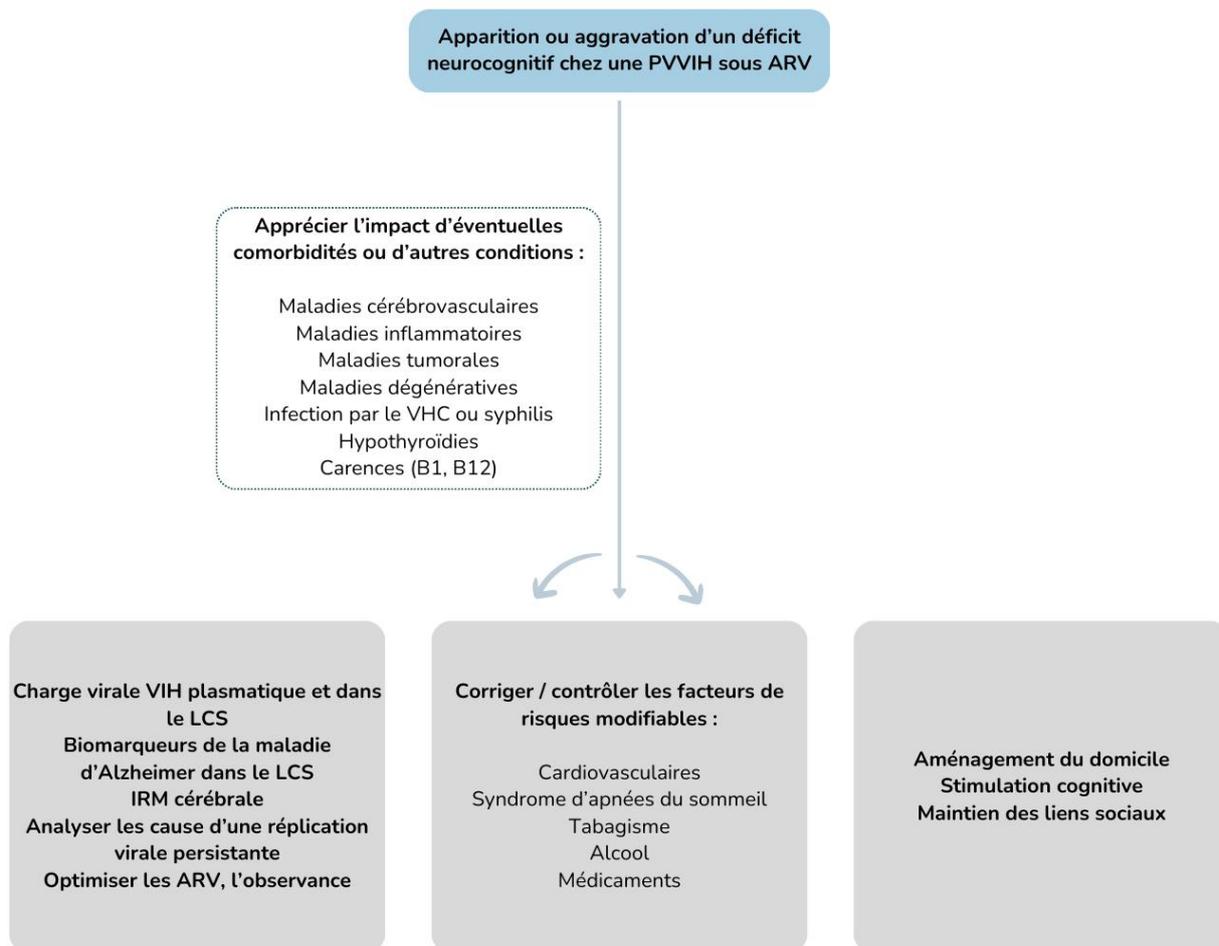


Figure 6: proposition d'algorithme de prise en charge des TNC chez les PVVIH

10. Le risque pulmonaire (hors infections)

10.1. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'emphysème.

Il est important de faire un diagnostic précoce de BPCO car des interventions (aide au sevrage tabagique, mise en place d'un traitement symptomatique et d'une réhabilitation respiratoire, vaccinations antigrippale et antipneumococcique), associées à une prise en charge et un suivi au long cours dans le cadre d'un projet de soins et d'éducation thérapeutique négocié avec le patient, sont efficaces pour limiter la dégradation de la fonction respiratoire, réduire les complications et améliorer la qualité de vie du sujet.

110. En l'absence de spécificité concernant le dépistage et le diagnostic de la BPCO chez les PVVIH, le groupe d'experts propose d'adapter celles appliquées à la population générale : (AE)

- Informer régulièrement toute PVVIH tabagique et/ou consommatrice de cannabis des complications potentielles de leur consommation, dont le risque de BPCO ;
- « Traquer » par un interrogatoire attentif chez une PVVIH de plus de 40 ans l'existence de facteurs de risque (tabagisme, exposition professionnelle, consommation de cannabis...) et l'existence de symptômes évocateurs de BPCO (toux, expectoration matinale, dyspnée) ;
- Envisager, au cas par cas, une spirométrie (avec test de réversibilité aux bronchodilatateurs) à la recherche d'une BPCO chez toute PVVIH de plus de 40 ans avec au moins un facteur de risque (tabagisme, exposition professionnelle, consommation de cannabis...) complétée par une EFR en cas d'anomalie ;
- Réaliser une spirométrie (avec test de réversibilité aux bronchodilatateurs) à la recherche d'une BPCO chez toute PVVIH de plus de 40 ans ayant un symptôme et un facteur de risque (tabagisme, exposition professionnelle, consommation de cannabis...), complétée par une EFR en cas d'anomalie ;
- Réaliser une spirométrie (avec test de réversibilité aux bronchodilatateurs) annuelle en cas de diagnostic de BPCO et entreprendre une prise en charge par des spécialistes des pathologies respiratoires et du sevrage tabagique pour optimiser les stratégies thérapeutiques et le suivi des capacités respiratoires ;
- Répéter la spirométrie (avec test de réversibilité aux bronchodilatateurs) tous les 3 à 5 ans en absence de modification de la symptomatologie ou en cas d'apparition/aggravation de symptômes ou de persistance des facteurs d'exposition
- Rechercher des comorbidités associées (notamment cardiovasculaires et cancer).

111. Le sevrage tabagique est la mesure la plus importante pour prévenir et prendre en charge une BPCO chez une PVVIH. (Grade A)

112. Il existe des interactions entre la corticothérapie inhalée et les inhibiteurs du CYP3A (atazanavir, ritonavir, cobicistat), sauf pour la béclo méthasone. (Grade B). (Cf annexe

« Pharmacologie » du chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH »)

10.2. Les cancers pulmonaires

⇒ Se référer au chapitre « Recommandations de dépistage et de prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH »

10.3. L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)

- 113.** Le premier symptôme de l'HTAP étant la dyspnée, toute dyspnée sans étiologie évidente doit inciter à réaliser un bilan minimal comprenant une radiographie pulmonaire, des gaz du sang et une échocardiographie. (AE)
- 114.** Le ritonavir et le cobicistat augmentent la concentration plasmatique des inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (IPDE5) utilisés dans ce cadre. (Grade B) (cf annexe « Pharmacologie » du chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH »).

11. L'infection par le VIH chez le sujet âgé

Les sujets âgés vivant avec le VIH, présentent une prévalence accrue, par rapport à la population générale de même âge, d'un syndrome dit « de fragilité » (« frailty ») représentant une diminution des réserves fonctionnelles, une augmentation de la vulnérabilité aux stress et agressions et un risque fortement accru de morbidité et mortalité.

115. Ce syndrome de fragilité peut être dépisté par la présence de 3 des 5 signes suivants, dits les cinq critères de Fried. (AE)

Ces critères de Fried sont des critères phénotypiques ou cliniques de fragilité (d'autres critères existent)

- Diminution de la force de préhension ;
- Allongement du temps de marche testé sur 5 m ;
- Perte involontaire de + de 5% du poids corporel ;
- Report de fatigue évalué par un questionnaire ;
- Report de perte d'énergie évalué par un questionnaire.

116. La HAS a conçu une fiche de repérage de la fragilité en soins ambulatoires pour la population générale qui peut être utilisée lors d'un bilan dans le cadre d'un dépistage opportuniste des PVVIH à travers 6 questions simples à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité (voir annexe 8). (AE)

117. En cas de suspicion de fragilité, une évaluation gériatrique standardisée peut être bénéfique. Cette évaluation est un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire du sujet, orienté vers l'identification systématique des problèmes médicaux et des capacités psychosociales et fonctionnelles dans le but d'implanter un projet de traitement et de suivi à longue durée. (Grade B)

Table des annexes

Annexe 1. Echelle de dépression PQH9	67
Annexe 2. Echelle de dépression CES-D.....	68
Annexe 3. Echelle HAD : Dépression et anxiété	70
Annexe 4. Montreal Cognitive Assesment (MoCA, www.mocatest.org)	72
Annexe 5. Test de Fagerström : addiction au tabac	73
Annexe 6. Fiche HAS : outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève – alcool, cannabis, tabac chez l'adulte	74
Annexe 7. Questionnaire de CARNES : dépistage d'une addiction sexuelle et des addictions associées	76
Annexe 8. Fiche HAS : « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? ».....	79

Annexe 1. Echelle de dépression PQH9

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? (Veuillez cocher (✓) votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) <input type="checkbox"/>	Assez difficile(s) <input type="checkbox"/>	Très difficile(s) <input type="checkbox"/>	Extrêmement difficile(s) <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.

Annexe 2. Echelle de dépression CES-D

Echelle de dépression CES-D (Center for Epidemiologic Studies- Depression)

		Jamais	Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment	En permanence	CODAGE
Durant la semaine dernière j'ai trouvé que:								
CES-D1	J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D2	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D3	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D4	J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
CES-D5	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D6	Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D7	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D8	J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
CES-D9	J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D10	Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D11	Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D12	J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
CES-D13	J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D14	Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D15	Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D16	J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
CES-D17	J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D18	Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D19	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D20	J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

Codage (sauf questions 4/8/12/16):

- Jamais = **0 pts**
- Très rarement (moins d'un jour) = **0 pts**
- Occasionnellement (1 à 2 jours) = **1 pts**
- Assez souvent (3 à 4 jours) = **2 pts**
- Fréquemment (5 à 7 jours) = **3 pts**
- En permanence = **3 pts**

Codage questions 4/8/12/16:

- Jamais = **3 pts**
- Très rarement (moins d'un jour) = **3 pts**
- Occasionnellement (1 à 2 jours) = **2 pts**
- Assez souvent (3 à 4 jours) = **1 pts**
- Fréquemment (5 à 7 jours) = **0 pts**
- En permanence = **0 pts**

Calcul du score global :

Faire la somme des points obtenus aux 20 questions

Annexe 3. Echelle HAD : Dépression et anxiété

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

Annexe 5. Test de Fagerström : addiction au tabac

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

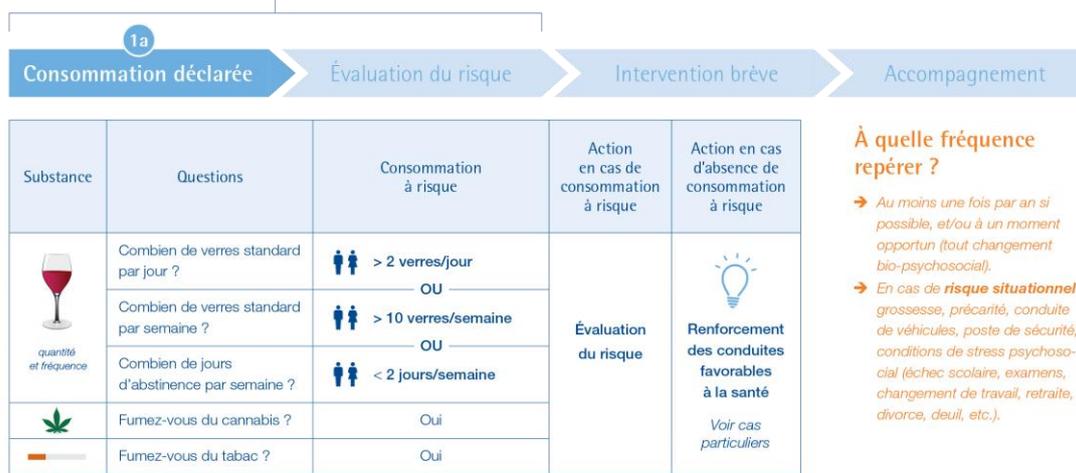
Annexe 6. Fiche HAS : outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève – alcool, cannabis, tabac chez l'adulte

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de Santé publique France, de la Fédération Addiction, de la Fédération Française d'Addictologie et de l'Association Addictions France.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
 Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 ; **renforcement des conduites favorables à la santé**
 Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 ; **intervention brève**
 Dépendance probable : H et F plus de 8 ; **proposer une consultation d'addictologie**



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcopops-prémix]),
 10 cl de vin à 12°, 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40°
 (whisky, vodka), 2,5 cl d'alcool à 45° (pastis, digestif)

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresse, ivresse aigüe) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse
www.agir-pour-bebe.fr





Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre un **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

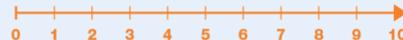
Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



DROGUES-INFO-SERVICE.FR
107 rue de la République - 93000 La Courneuve ☎ 0 800 23 13 13

ALCOOL-INFO-SERVICE.FR
107 rue de la République - 93000 La Courneuve ☎ 980 980 930

tabac
info
service

agirpourbébé

Annexe 7. Questionnaire de CARNES : dépistage d'une addiction sexuelle et des addictions associées

Questionnaire de CARNES



Addict'AIDE
LE VILLAGE DES ADDICTIONS

Ce test permet de dépister une addiction sexuelle et des addictions associées. Il comporte 25 questions dont la réponse est oui ou non.

<https://www.addictaide.fr/parcours/carnes/>

Question n°1 : Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ?

- Oui
- Non

Question n°2 : Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ?

- Oui
- Non

Question n°3 : Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ?

- Oui
- Non

Question n°4 : Êtes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ?

- Oui
- Non

Question n°5 : Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ?

- Oui
- Non

Question n°6 : Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ?

- Oui
- Non

Question n°7 : Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ?

- Oui
- Non

Question n°8 : Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?

- Oui
- Non

Question n°9 : Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ?

- Oui
- Non

Question n°10 : Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?

- Oui
- Non

Question n°11 : Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ?

- Oui
- Non

Question n°12 : Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ?

- Oui
- Non

Question n°13 : Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ?

- Oui
- Non

Question n°14 : Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ?

- Oui
- Non

Question n°15 : Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ?

- Oui
- Non

Question n°16 : Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ?

- Oui
- Non

Question n°17 : Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ?

- Oui
- Non

Question n°18 : Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ?

- Oui
- Non

Question n°19 : Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ?

- Oui
- Non

Question n°20 : Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ?

- Oui
- Non

Question n°21 : Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ?

- Oui
- Non

Question n°22 : Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ?

- Oui
- Non

Question n°23 : Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ?

- Oui
- Non

Question n°24 : Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ?

- Oui
- Non

Question n°25 : Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ?

- Oui
- Non

Interprétation du test CARNES

- Si la réponse est « oui » à 13 questions ou plus, le patient peut être diagnostiqué comme dépendant sexuel.

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

Cette fiche vise à répondre aux questions qui se posent sur son organisation et ses modalités en soins ambulatoires.

Un état potentiellement réversible

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible » (Rolland 2011).

Une prévalence très variable, un repérage le plus simple et le plus précoce possible

Deux modèles de critères de fragilité sont validés.

Un modèle fondé sur un phénotype « physique » qui évalue la présence chez les personnes d'un âge ≥ 65 ans de 5 critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou $\geq 5\%$ du poids) depuis 1 an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Les patients sont dits fragiles en présence de 3 critères ou plus. Ils sont dits « pré-fragiles » si au moins un des critères est présent. Si aucun des critères n'est présent ils sont considérés comme robustes (Fried 2001).

Un autre modèle de fragilité prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (Rockwood 2005).

La prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée.

Cela est souligné par l'analyse de la littérature avec une prévalence moyenne de 10 %, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58 %. Dans l'étude SHARE réalisée dans 10 pays européens la prévalence de la fragilité selon le phénotype de Fried a été évaluée pour la France à 15,5 % parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (Santos-Eggimann 2009). Cette prévalence augmente avec l'âge et elle est plus importante chez les femmes.

► Les points clés

- Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans.
- On peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.
- Faute d'un outil de repérage uniformément validé et fiable, les professionnels peuvent utiliser un questionnaire dérivé du phénotype de Fried qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance, en lui ajoutant une ou deux questions intégrant les dimensions cognitive et sociale.
- L'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est une voie à explorer et à évaluer.
- Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS).

La référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité est la réalisation d'une évaluation gériatrique globale fondée sur le modèle multidimensionnel de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS).

Il n'est cependant ni faisable ni pertinent de soumettre un grand nombre de personnes âgées vivant à leur domicile à une EGS, qui est un processus long et requérant des compétences gériatriques auxquelles il n'est pas toujours facile d'accéder en ambulatoire. **Cela pose la question d'un outil de repérage simple à utiliser** en soins primaires et qui, sans remplacer l'EGS, permette de sélectionner les personnes susceptibles d'en bénéficier.

Ce repérage nécessite l'utilisation d'outils qui doivent répondre à 3 exigences (accord d'experts) :

- simplicité d'utilisation par tous les membres de l'équipe de soins de premier recours, et accessibilité aux aides-ménagères et travailleurs sociaux ;
- sensibilité élevée pour identifier la fragilité par rapport aux résultats de l'EGS et bonne valeur prédictive négative vis-à-vis des événements défavorables tels qu'incapacités vis-à-vis des activités de la vie quotidienne (AVQ), chutes et hospitalisations ;
- validation en soins de premier recours.

Une question essentielle est le champ de ce repérage.

► Un repérage opportuniste après 70 ans

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus (niveau de preuve modéré), dans un délai de 1 à 3 ans.

La réversibilité de la fragilité n'est pas en règle générale spontanée et nécessite le plus souvent des interventions. Des interventions gériatriques fondées sur l'EGS et la coopération avec les acteurs des soins primaires peuvent réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est également possible (niveau de preuve modéré).

D'autres bénéfices potentiels peuvent découler du repérage de la fragilité : l'adaptation de la prise en charge des comorbidités et l'ajustement de la prise en charge en cas d'hospitalisation. Inversement il peut permettre à des sujets qui ne sont pas fragiles d'accéder à certains soins qui leur sont parfois refusés du fait de leur âge.

Le repérage de la fragilité ne s'adresse pas aux patients atteints d'une pathologie sévère source de perte d'autonomie (démences, dépression sévère, AVC, insuffisance cardiaque, Parkinson, etc.) pour lesquels la réalisation directe d'une EGS paraît préférable, compte tenu de la valeur prédictive négative insuffisante des outils de repérage dans ce cas.

Pour les patients atteints de cancer le questionnaire G8 (Oncodage) peut constituer une alternative à la réalisation

systématique d'une EGS, bien qu'il n'ait été validé qu'en milieu hospitalier.

Le niveau de validation des outils de repérage disponibles est insuffisant pour établir un diagnostic de fragilité et prendre des décisions sur la base de leurs seuls résultats. Enfin, la prévalence de la fragilité est faible avant 70 ans.

L'ensemble de ces éléments ne permet pas de préconiser un repérage universel de la fragilité ; le repérage gradué selon la présence de pathologies expose à méconnaître un nombre significatif de sujets fragiles mais indemnes de comorbidité ; **le repérage opportuniste peut être préconisé pour des raisons d'efficacité, afin de cibler les indications de l'EGS lorsqu'un soignant soupçonne une fragilité.**

En considérant le ratio entre la prévalence de la fragilité et les bénéfices potentiels des interventions, **on peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.**

► Un questionnaire à valider en soins primaires

Plusieurs questionnaires sont disponibles pour le repérage de la fragilité en soins primaires, mais leurs performances vis-à-vis des résultats de l'EGS et les délais avec lesquels ils prédisent les événements défavorables sont hétérogènes : il n'existe pas de consensus sur un outil uniformément fiable.

Dans ce contexte, les professionnels peuvent utiliser des outils dérivés du phénotype de Fried qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance ; on peut leur associer quelques questions prenant en compte les dimensions cognitive et sociale, sans toutefois dépasser une dizaine d'items. **Le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse correspond à ces critères et il a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires.** Il est nécessaire de le valider de façon prospective.

Le repérage peut être réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante, etc.

L'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est un élément majeur : la détection précoce des signes de fragilité par les travailleurs sociaux qui réalisent des évaluations en réponse aux demandes d'APA et par les aides-ménagères au domicile, grâce à l'utilisation d'outils adaptés, est une voie à explorer et à évaluer.

Il est préférable de former les professionnels à la démarche de repérage.

Le repérage de la fragilité ne doit être envisagé et réalisé que comme la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions visant à prévenir la perte d'autonomie, les chutes, l'institutionnalisation et l'hospitalisation.

Juin 2013

L'évaluation fondée sur l'EGS peut être faite en hôpital de jour gériatrique ou en ambulatoire, en recourant à une équipe mobile gériatrique, à un réseau de santé personnes âgées, etc. Elle doit s'attacher à évaluer les comorbidités, l'environnement social et économique qui modulent l'expression de la fragilité. Elle doit conduire à des interventions « multi domaines » de prévention qui peuvent porter sur :

- l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité ;
- la nutrition ;
- la réduction de la polymédication et l'optimisation thérapeutique ;
- la mise en place d'aides sociales, l'adaptation de l'environnement et la mobilisation des liens sociaux.

Ces interventions doivent être formalisées dans le cadre d'un plan personnalisé de soins (PPS).

La réalisation de l'évaluation et des interventions en ambulatoire pour une majorité des patients suppose de développer l'offre collective de prévention par les acteurs des soins primaires.

Un repérage négatif doit être répété si la situation du patient se modifie (événement de vie, pathologie incidente, etc).

► Indicateurs de pratique clinique

- Taux des patients âgés de 70 ans ou plus pour lesquels le résultat du repérage de la fragilité est inscrit dans le dossier médical.

► Exemple de réalisation ou de projet en cours

- Le gérontopôle de Toulouse a développé une grille de repérage de la fragilité en soins primaires dans le cadre d'une expérimentation et cette grille a été retenue par la SFGG et le CNPG (cf. annexe).
- Le projet pilote « article 70 » du 18^e arrondissement de Paris a élaboré un questionnaire spécifique destiné à être utilisé par les aides-ménagères.

La note de méthodologie et de synthèse bibliographique annexée à ce document est disponible sur le site.

Personne à prévenir pour le RDV :
 Nom :
 Lien de parenté :
 Tél :
 Nom du médecin traitant :
 Tél :
 Email :
 Nom du médecin prescripteur :
 Tél :



Informations patient

Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Tél :
 Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le :	Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<i>Pour la prise de rendez-vous :</i>	
Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr	
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).	
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	

Juin 2013

FICHE DE MODIFICATIONS DE SITUATIONS À DOMICILE

À REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE

(Urgence = état de santé qui change du jour au lendemain, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial)

Nom de la personne aidée : âge : ans

Signalement fait par : en date du : / /

Son environnement habituel

Vit seule oui non
 Isolée oui non
 Passage d'une IDE oui non
 Portage des repas oui non

Son environnement a changé

Vit seule Aidant(e) familial(e) fatigué(e)
 Est isolée
 Arrêt des passages d'une IDE
 Dysfonctionnement / repas

D'habitude

J'interviens chez la personne pour :

Le lever
 Le coucher
 La toilette haut bas
 Donner son traitement
 Préparation repas matin midi soir
 L'aide au repas matin midi soir
 Le ménage
 Le repassage
 Les sorties
 Autres

La personne accepte l'intervention facilement
 oui non

Ce n'est plus comme d'habitude

Je passe plus de temps pour ces interventions :

haut bas

 C'est plus difficile Refuse
 J'observe que certaines activités qu'elle fait seule sont plus difficiles

D'habitude quand j'interviens, elle :

Est d'humeur gaie oui non
 Communique facilement oui non
 Me reconnaît oui non
 Sait quand je passe oui non

Ce n'est plus comme d'habitude, elle :

Semble plus triste
 Est parfois agressive Est plus distante
 Me reconnaît plus difficilement
 Oublie parfois mes passages

À remplir par le responsable de secteur du SAAD

Nom du responsable du secteur :	Coordonnées ☎ :
Fiche de modifications remplie par un : <input type="checkbox"/> Agent à domicile <input type="checkbox"/> Employé à domicile <input type="checkbox"/> AVS Nombre de passage par semaine : Intervient au domicile depuis le : / /	Coordonnées ☎ :

Nature des modifications à domicile

Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Diminution autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Trouble du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Difficulté de l'aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Rupture intervention extérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Problème financier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave

Identification de la problématique au domicile : le / /

Acteurs alertés autour de la problématique : le / /

Entourage : Familial Personne de confiance Curateur/Tuteur

Professionnels : Médecin traitant IDE libérale

Ergothérapeute de l'AMSAV SSIAD AMSAV Espoir et santé centre de soins

SSIAD autre Kinésithérapeute Service social

Autre (précisez :)

Professionnels intervenant suite à l'alerte : le / /

Médecin traitant IDE libérale

Ergothérapeute de l'AMSAV SSIAD AMSAV 6 Espoir et santé centre de soins 1

SSIAD autre 1 Kinésithérapeute Service social

Autre (précisez : réseau paris nord.....)

Nature des interventions proposées : le / /

Interventions :

Résultats :

Suivi :

Réactualisation :

Participants

Coordination

Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse

Groupe de travail

Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux – (coordonnateur du groupe de travail)

Dr Arnaud Blanc, médecin généraliste, Morangis

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de Guadeloupe

Dr Nathalie De Castro, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris

Pr Maxime Hentzien, infectiologue, CHU de Reims

Dr Mojgan Hessamfar, médecin de santé publique, CHU de Bordeaux

Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier

Madame Hélène Meunier, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Pr Olivier Robineau, infectiologue, CHU de Tourcoing

Groupe de lecture

Dr Clotilde Allavena, infectiologue, CHU de Nantes

Pr Sophie Béliard, diabétologue-endocrinologue, AP-HM Hôpital de la Conception, Marseille

Pr Hubert Blain, gériatre, CHU de Montpellier

Pr Jacqueline Capeau, biologiste, AP-HP Hôpital Tenon, Paris

Pr Matthias Cavassini, infectiologue, CHUV, Lausanne, Suisse

Pr Olivier Cottencin, psychiatre addictologue, CHU de Lille

Pr Yves Cottin, cardiologue, CHU de Dijon

Dr William Durieux, médecin généraliste, Bordeaux

Pr Cécile Goujard, interniste, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Pr Mathilde Horn, psychiatre, CHU de Lille

Dr Jean-Philippe Joseph, médecin généraliste, Bordeaux

Pr Laurent Karila, psychiatre addictologue, AP-HP Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Dr Gwenael Le Moal, infectiologue, CHU de Poitiers

Mme Marianne L'Hénaff, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Pr Guillaume Martin-Blondel, infectiologue, CHU de Toulouse

Pr Philippe Morlat, interniste, CHU de Bordeaux

Dr Romain Palich, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Marie Piffaut, médecin généraliste, Toulouse

Pr Lionel Piroth, infectiologue, CHU de Dijon

Dr Sophie Seang, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Pr Pierre Tattevin, infectiologue, CHU de Rennes

Dr Marie-Anne Vandenhende, interniste, CHU de Bordeaux

Pr Corinne Vigouroux, endocrinologue-diabétologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

Groupe transversal de synthèse des recommandations VIH

Dr Fanny Alby-Laurent, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

Pr Véronique Avettand-Fenoël, virologue, CHU d'Orléans

Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux

Dr Julie Bottero, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr Olivier Bouchaud, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr André Cabie, infectiologue, CHU de la Martinique

Dr Karen Champenois, épidémiologiste, Inserm, Paris

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de la Guadeloupe

Dr Guillaume Conort, médecin généraliste, Penne-D'agennais

Dr Cyrille Delpierre, épidémiologiste, Inserm, Toulouse

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/2024)

Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris

Mr Hugues Fischer, représentant associatif, Act Up Paris, TRT-5 CHV

Pr Cécile Goujard, interniste, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Dr Christine Jacomet, infectiologue, CHU de Clermont-Ferrand (jusqu'au 01/12/2022)

Dr Marie Lachatre, infectiologue, AP-HP Hôpital Cochin et Hôpital Necker, Paris

Pr Fanny Lanternier, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Marianne L'Henaff, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Dr Florence Lot, épidémiologiste, Santé publique France

Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier

Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes

Pr Sophie Matheron, infectiologue, AP-HP Hôpital Bichat, Paris

Dr Olivier Paccoud, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Hélène Pollard, représentante associatif, Sol En Si, TRT-5 CHV

Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg

Dr Quentin Richier, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

Pr Caroline Solas, pharmacologue, AP-HM Hôpital de la Timone Marseille

Dr Cathia Soulie, virologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Roland Tubiana, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Stéphane Tuffier, médecin de santé publique, Copenhague, Danemark

Remerciements

Le CNS et l'ANRS-MIE tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Table des figures

Figure 1: Systematic Coronary Risk Estimation 2 and Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons (SCORE2 et SCORE2- OP) : évaluation du risque à 10 ans de la survenue d'événements cardiovasculaires fatals ou non (IDM ou AVC) chez des personnes sans facteurs de risque connu. ...	11
Figure 2: Evaluation du risque d'évènement cardiovasculaire (ECV) chez les PVVIH.....	12
Figure 3: Objectifs thérapeutiques du LDL-Cholestérol en fonction de l'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire selon l'équation SCORE2 (prévention primaire) (d'après 13).	18
Figure 4: Prise en charge d'une découverte d'élévation des transaminases (d'après EACS 2022)	46
Figure 5: Procédure diagnostique en cas de suspicion de stéatose hépatique (d'après EACS 2023).	48
Figure 6: proposition d'algorithme de prise en charge des TNC chez les PVVIH.....	62

Table des tableaux

Tableau 1 : Facteurs associés à un risque cardiovasculaire augmenté (adapté à partir des recommandations de l'European Society of Cardiology 2021 (ESC) et America Heart Association (AHA) 2018).....	9
Tableau 2 : PVVIH à haut ou très haut risque cardiovasculaire (CV)	14
Tableau 3 : populations justifiant une évaluation du risque cardiovasculaire	17
Tableau 4 : réalisation du bilan lipidique (A)	17
Tableau 5 : catégories de risque d'évènement cardiovasculaire à 10 ans d'après les équations de risque SCORE2 et SCORE2-OP (population générale).....	17
Tableau 6 : quelle stratégie pour atteindre les objectifs de LDL-cholestérol ?	21
Tableau 7 : les critères diagnostiques du syndrome métabolique	24
Tableau 8 : les facteurs de risque de l'ostéoporose (adapté d'après AFSSAPS 2005).....	27
Tableau 9 : Indications de l'ostéodensitométrie pour un premier examen (adapté de HAS 2006).....	28
Tableau 10 : facteur de correction du débit de filtration glomérulaire estimé, (mL/min/1.73 m ²)	37
Tableau 11 : stadification de la maladie rénale chronique	37
Tableau 12 : mesures de néphroprotection en cas d'insuffisance rénale selon la HAS	41
Tableau 13 : Suivi clinique et biologique de la MRC avant l'épuration extra-rénale, en l'absence de complications ou de facteurs de progression rapide	42
Tableau 14 : indication de dépistage des troubles neurocognitifs chez une PVVIH.....	59
Tableau 15 : questionnaire de plainte cognitive - proposition du groupe d'experts	60

Abréviations et acronymes

ABC	Abacavir
AFP	Alpha-foeto-protéine
ALAT	Alanine aminotransferase
ALD	Affection longue durée
AME	Aide médicale d'état
AMT	Automesure tensionnelle
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ARA	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
ARN	Acide ribonucléique
ARV	Antirétroviraux
ASAT	Aspartate aminotransférase
ATCD	Antécédents
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AVC	Accident vasculaire cérébral
BIC	Bictégravir
BPCO	Broncho-pneumopathie obstructive
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CHC	Carcinome hépato-cellulaire
CIN	Néoplasie intra-épithéliale cervicale
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CMV	Cytomégalovirus
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et prévention en addictologie
CV	Charge virale
CYP450	Cytochrome P450
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DGS	Direction générale de la santé
DMO	Densité minérale osseuse
DOR	Doravirine
DRV/r	Darunavir/ritonavir
DS	Déviatoin standard
DTG	Dolutegravir

ECG	Electrocardiogramme
EFR	Explorations fonctionnelles respiratoires
EFV	Efavirenz
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
ETP	Education thérapeutique du patient
FCV	Frottis cervico-vaginal
FOGD	Fibroskopie oeso-gastro-duodénale
FSH	Follicle stimulating hormone
FTC	Emtricitabine
FVVIH	Femme vivant avec le VIH
GGT	Gamma-glutamyl transferase
GRIO	Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses
HAS	Haute Autorité de santé
HBA1c	Hémoglobine glyquée
HDL	Lipoprotéines de haute densité
HPV	Virus des papillomavirus humains
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
HSIL	Lésion épidermoïde intraépithéliale de haut grade
HTA	Hypertension artérielle
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire
HVVIH	Homme vivant avec le VIH
IDM	Infarctus du myocarde
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
IGRA	Interféron-gamma release assay
IMC	Index de masse corporelle
INI	Inhibiteur de l'intégrase
INNTI	Inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	Inhibiteur nucléosidique/nucléotidique de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur de protéase
IPA	Infirmier en pratique avancée
IPDE5	Inhibiteur de la phosphodiesterase 5
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
LCS	Liquide cérébro-spinal
LDL	Lipoprotéines de faible densité

LH	Luteinizing hormone
MAPA	Mesure ambulatoire de la pression artérielle
MCV	Maladie cardio-vasculaire
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRC	Maladie rénale chronique
NASH	Stéatohépatite non alcoolique
NFS	Numération formule sanguine
ONA	Ostéonécrose aseptique
PA	Pression artérielle
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PCR	Réaction de polymérase en chaîne
PRO	Patients Reported Outcomes
PCSK9	Proprotéine convertase subtilisine/kexin type 9
PSA	Antigène spécifique prostatique
PTH	Parathormone
PUMA	Protection universelle maladie
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
QDVL	Qualité de vie liée à la santé
RCV	Risque cardio-vasculaire
RDR	Réduction des risques
RPC	Recommandation pour la pratique clinique
RPV	Rilpivirine
SAOS	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
SBHG	Sex hormone-binding globulin
SNC	Système nerveux central
TAF	Ténofovir alafénamide
TAG	Trouble anxieux généralisé
TDF	Ténofovir disoproxil fumarate
TDM	Tomodensitométrie
TNC	Troubles neurocognitifs
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TP	Taux de prothrombine
TSH	Thyréostimuline
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
3TC	Lamivudine
VHB	Virus de l'hépatite B

VHC	Virus de l'hépatite C
VHE	Virus de l'hépatite E
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VLDL	Lipoprotéines de très faible densité

L'ANRS Maladie infectieuses émergentes et le CNS, ont été missionnés par le ministre chargé de la santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales, et des IST.

L'actualisation des recommandations est placée sous la responsabilité du Pr. Pierre Delobel.

Les travaux sont réalisés sous l'égide de l'ANRS | MIE et du CNS, et de la HAS pour les chapitres ayant trait aux aspects de thérapeutique anti-infectieuse, curative et préventive.

Retrouvez tous les chapitres sur
www.cns.sante.fr et www.anrs.fr
