



Comité de coordination
Régionale de lutte contre
l'infection par le Virus de
l'Immunodéficience
Humaine

COREVIH DES PAYS DE LA LOIRE
Séance plénière
8 décembre 2016

Séance plénière 08-12-2016



COREVIH
Pays de la Loire

ORDRE DU JOUR (1/2)

Ouverture par le [Dr. Eric BILLAUD](#), Président du COREVIH

- ◇ Présentation du **bulletin épidémiologique régional 2015** du COREVIH publié dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le Sida , [Solène.PINEAU](#) , [TEC Biostatisticienne COREVIH Pays de la Loire](#)

- ◇ Point d'étape sur la **réforme des COREVIHs** – [Audrey BOUMIER](#), coordinatrice du COREVIH Pays de la Loire

- ◇ **Migrants et VIH en Pays de la Loire**
 - Présentation d'une action de dépistage au sein des Restos du Cœur - [Dr Bruno BOUR](#), CH du Mans
 - Présentation de l'étude « parcours médical des migrants primo-arrivants à Angers » [Mme Delphine DOUILLET](#), interne du DESC d'urgence – CHU d'Angers
 - Plan d'action 2017-2018 du COREVIH des Pays de la Loire – [Dr. Eric BILLAUD](#), Président du COREVIH Pays de la Loire

ORDRE DU JOUR (2/2)

◇ Actualités Prévention en Pays de la Loire– outils diversifiés

- **TASP** : Présentation des résultats de l'étude PARTNER - [Dr. Hikombo HITOTO, CH Le Mans](#)
- **PREP** : Point d'étape sur le déploiement dans les Pays de la Loire – [Jérémy Léonard, AIDES 44](#)
- **AUTOTEST VIH-VHC** : Point d'étape sur le déploiement en Pays de la Loire et présentation de la thèse du Dr. Maxime BERRIEAU – [Dr. Eric BILLAUD, Président du COREVIH Pays de la Loire](#)
- **Sexualités et addictions** : retour sur le congrès de la SFLS – [Audrey BOUMIER, coordinatrice du COREVIH Pays de la Loire](#)

◇ **Actualités : RECO VIH 2016, [Dr. Valérie RABIER, CHU d'Angers](#)**

◇ **Questions diverses**

12h30-14h : Déjeuner



COREVIH
Pays de la Loire

OUVERTURE DE LA SEANCE

Liste des votants

Collège 1 :

- 1- Dr. Eric BILLAUD
- 2- Dr. Valérie RABIER (supp.)
- 3- Mme Pauline MARTINEZ
- 4- Dr. Hikombo HITOTO (supp.)
- 5- Dr. Sophie LEAUTEZ-NAINVILE (supp.)
- 6- siège vacant
- 7- Mme Patricia CORADETTI
- 8- M. Daniel BERNIER
- 9- Mme Valérie PARIS
- 10- Mme Geneviève LEVRON DELOSTAL

Collège 2 :

- 11- Mme Valérie TREBILLON
- 12- siège vacant
- 13- Dr. Thierry LESPAGNOL(supp.)
- 14- Dr. Colette GESLIN
- 15- Mme Martine LEROY
- 16- Siège vacant

Collège 4 :

- 22- Mme Valérie PONDAVEN
- 23- Mme Irène ABOUDARAM
- 24- Pr. François RAFFI

Collège 3 :

- 17- Siège vacant
- 18- P. MALO
- 19- Mme Eliane S. DIDYME
- 20- M. Jean Yves LE MAGUERESSE
- 21- Mme Mery FAZAL-CHENAI

→ Quorum si 13 votants présents



Présentation du bulletin épidémiologique régional 2015 du COREVIH

(publié dans le cadre de la journée mondiale de lutte
contre le Sida 2016)

-



*Mme Solène PINEAU, TEC-Biostatisticienne du COREVIH
Pays de la Loire*

2015

Bulletin Epidémiologique Annuel

VIH et SIDA

des Pays de la Loire



COREVIH
Pays de la Loire

www.corevih-pdl.fr

➡ Données Santé Publique France

- Systèmes de surveillance LaboVIH
- Déclaration obligatoire (DO)

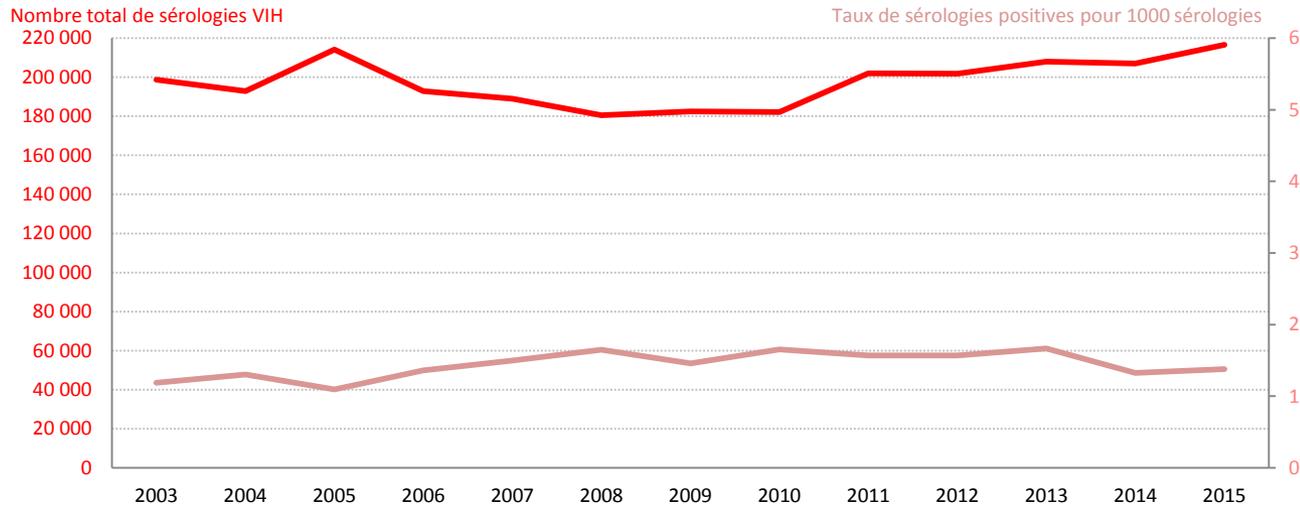
➡ Données Nadis®

- Extraction de la base régionale Nadis®
- Données en temps réel
- Contrôle continu de la qualité des données par les Tecs (Techniciens d'études cliniques) du COREVIH

Dépistage

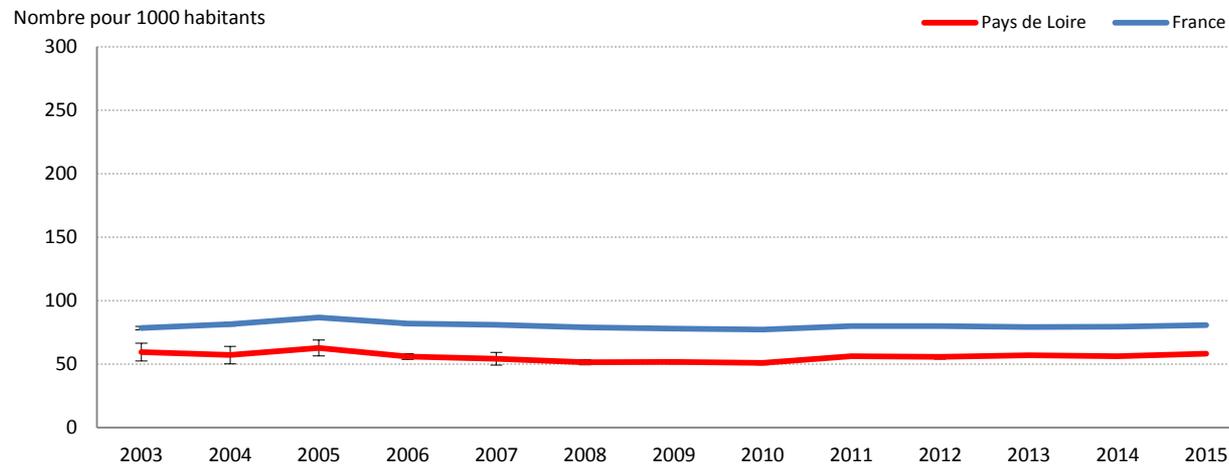
Evolution du nombre total de sérologies VIH et du taux de sérologies positives pour 1000 sérologies réalisées

Pays de la Loire



Source : INVS, données LaboVIH - situation au 31/12/2015

Evolution du taux de sérologies VIH, pour 1000 habitants

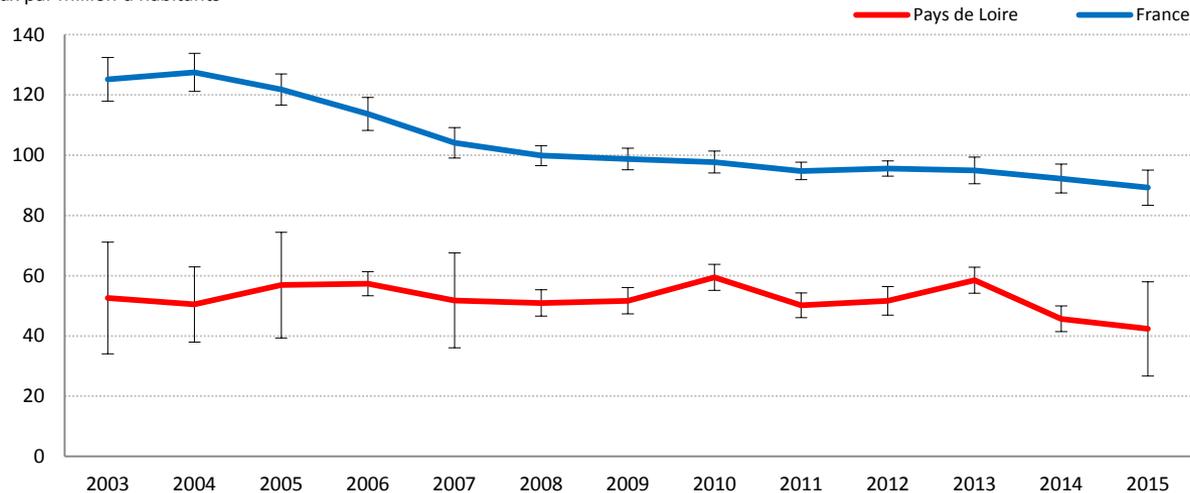


Source : INVS - situation au 31/12/2015, données provisoires corrigées pour les délais de déclaration et pour la sous-déclaration

Découvertes de séropositivité VIH en Pays de Loire

Evolution du taux de découvertes de séropositivité au VIH, par million d'habitants

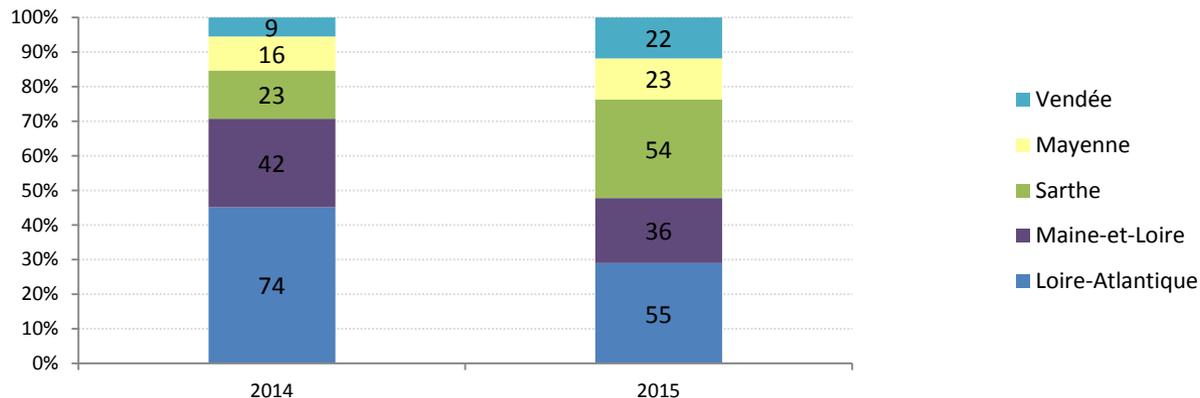
Taux par million d'habitants



Source : InVS - situation au 31/12/2015, données provisoires corrigées pour les délais de déclaration et pour la sous-déclaration

Par département

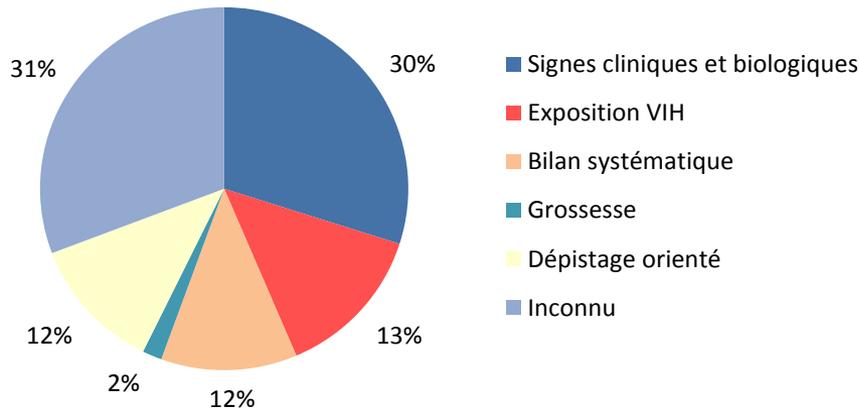
Taux de découvertes de séropositivité au VIH, par million d'habitants



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2015

Motifs de réalisation des sérologies positives

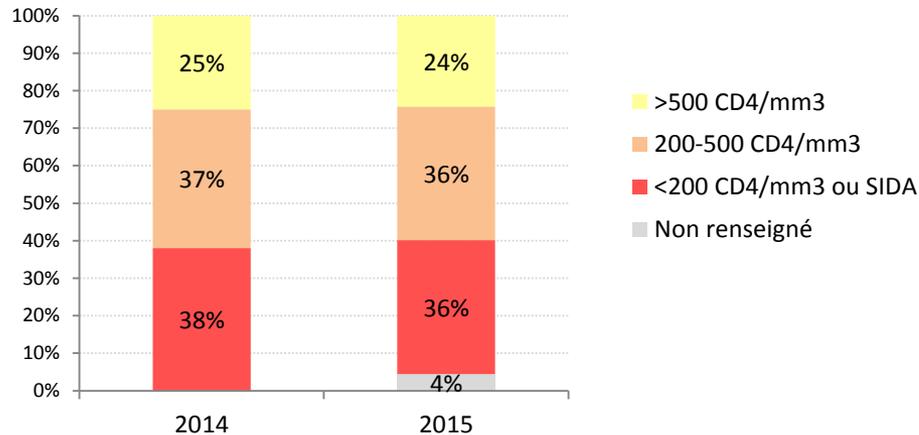
Pays de la Loire



Source : InVS - Surveillance du VIH - données au 31/12/2015 non corrigées pour la sous-déclaration

Dépistage tardif (Moins de 200 CD4/mm³ ou stade SIDA)

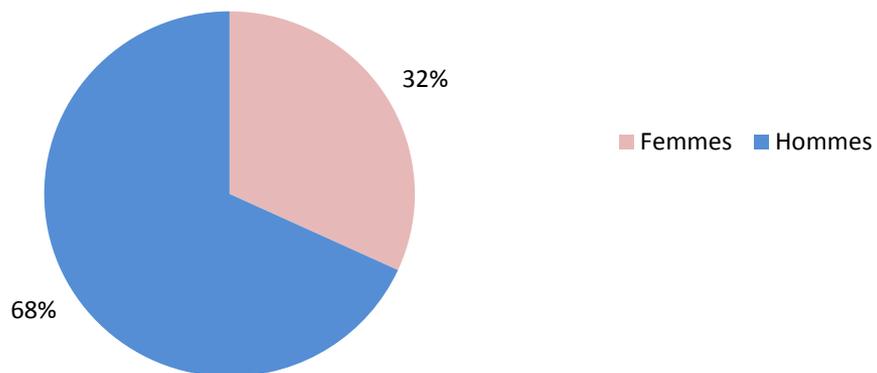
Pays de la Loire



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2015

Par sexe

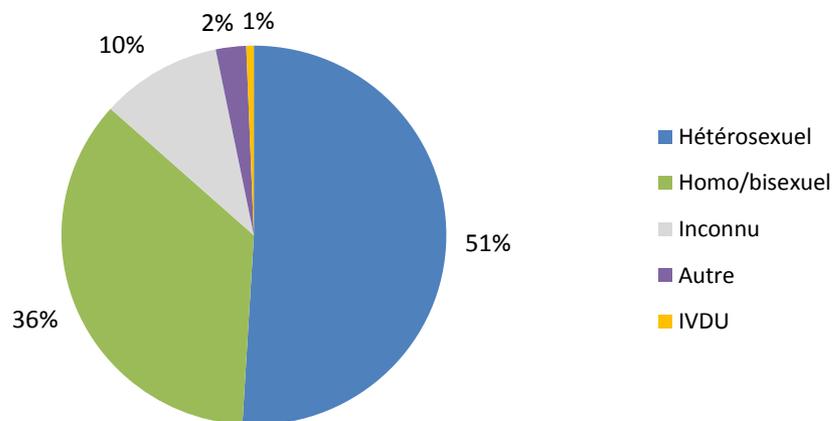
Pays de la Loire



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2015

Par mode de contamination

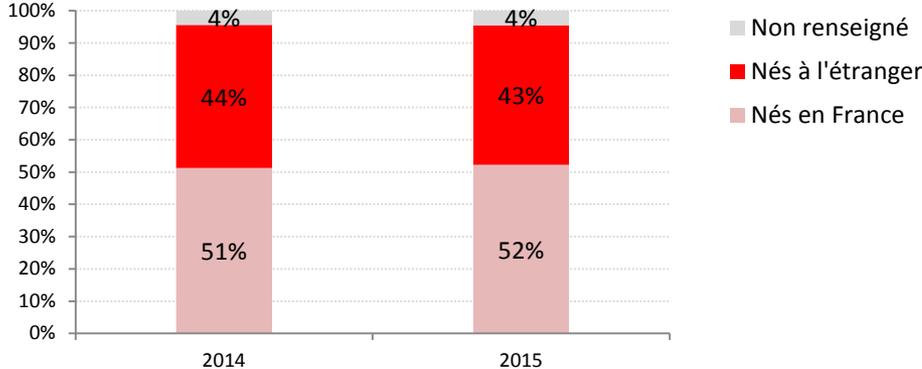
Pays de la Loire



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2015

Par pays de naissance

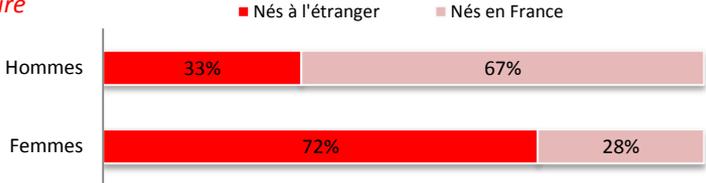
Pays de la Loire



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2015

Par pays de naissance et par sexe

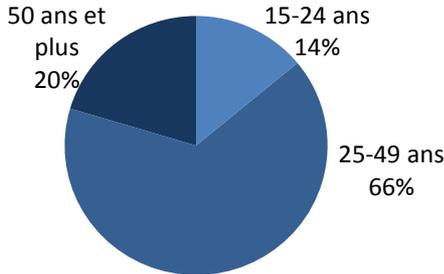
Pays de la Loire



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2015

Par tranche d'âge

Pays de la Loire

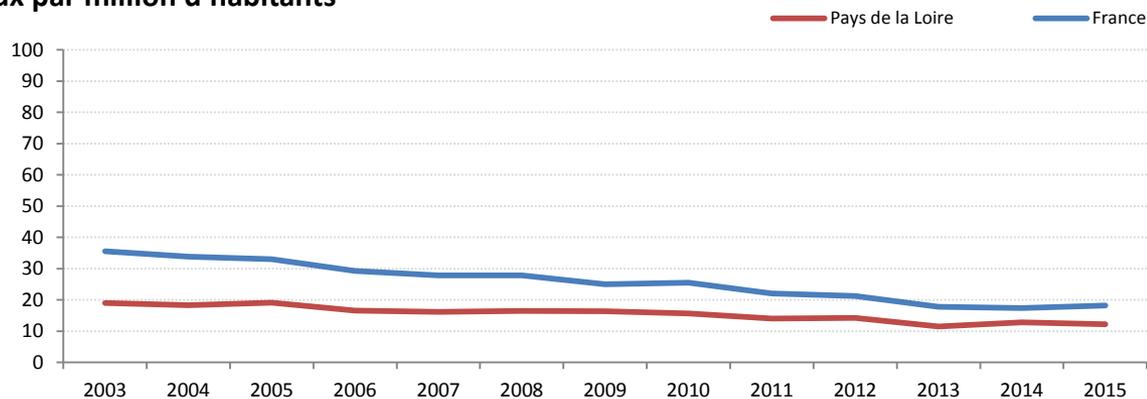


Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2015

Nouveaux cas de SIDA et décès

Nouveaux diagnostics SIDA

Taux par million d'habitants



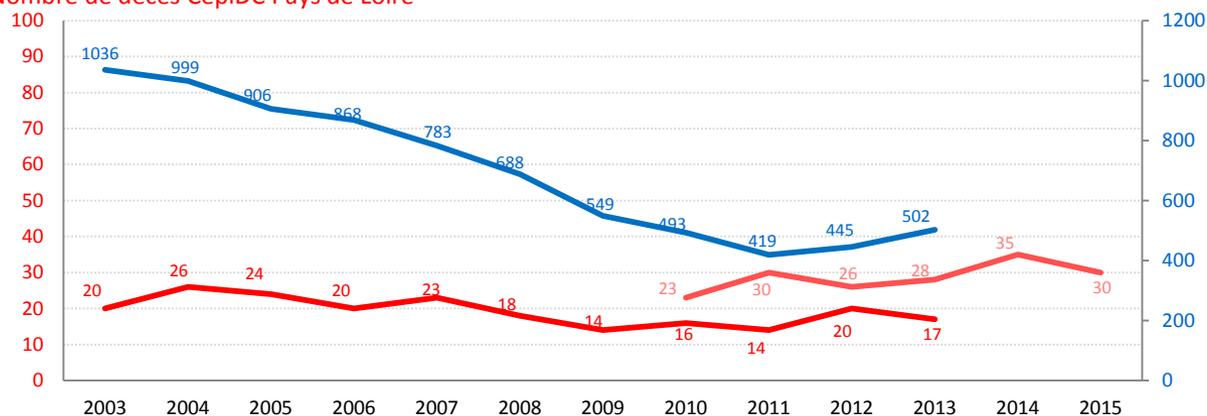
Source : InVS - situation au 31/12/2015, données provisoires corrigées pour les délais de déclaration et pour la sous-déclaration

Décès des personnes infectées par le VIH

Nombre de décès Nadis® Pays de Loire

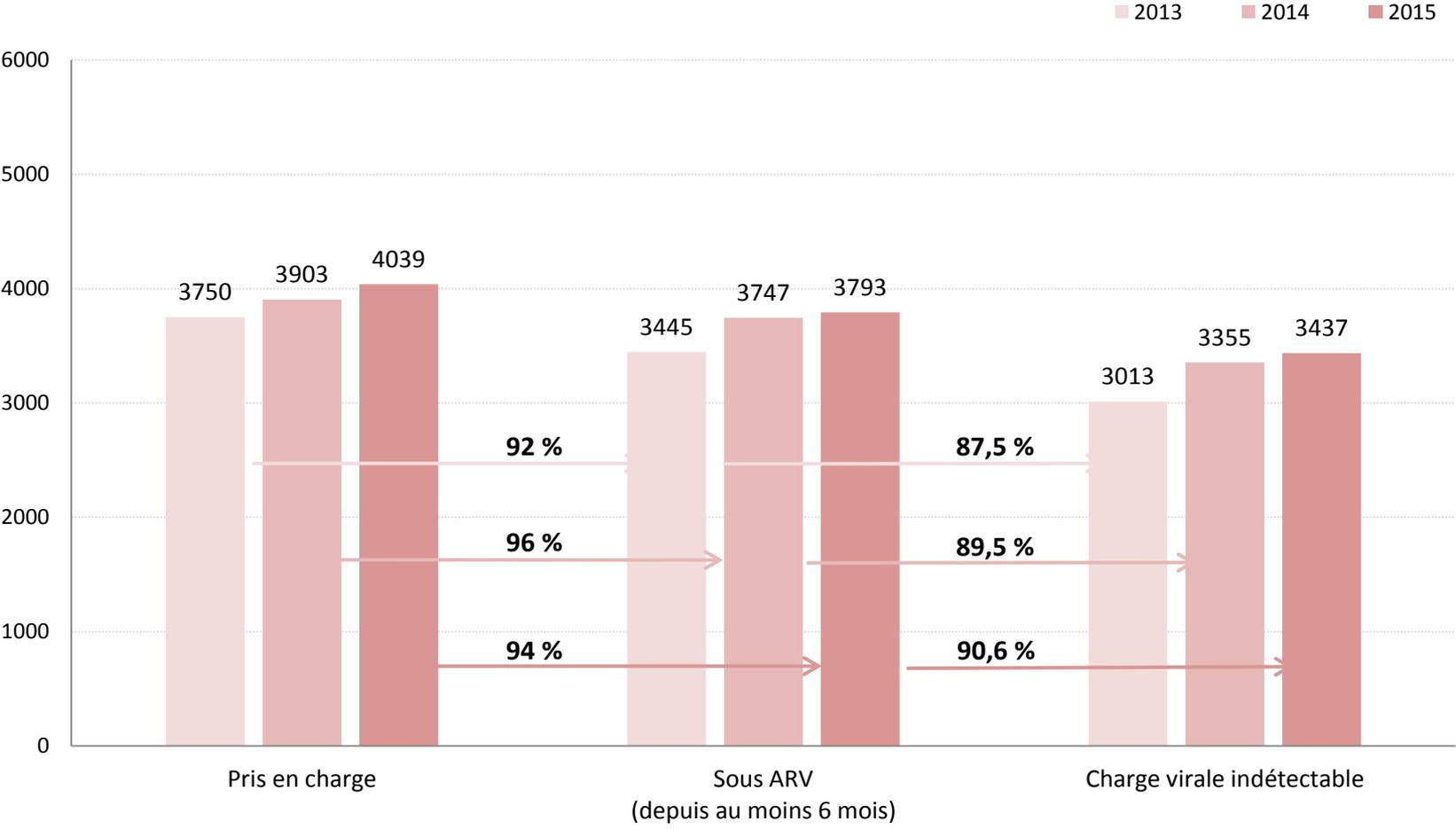
Nombre de décès CépiDC Pays de Loire

Nombre de décès CépiDC France



Sources : Inserm CépiDC – Décès liés à l'infection VIH et Nadis® - Décès de patients infectés par le VIH quelle qu'en soit la cause

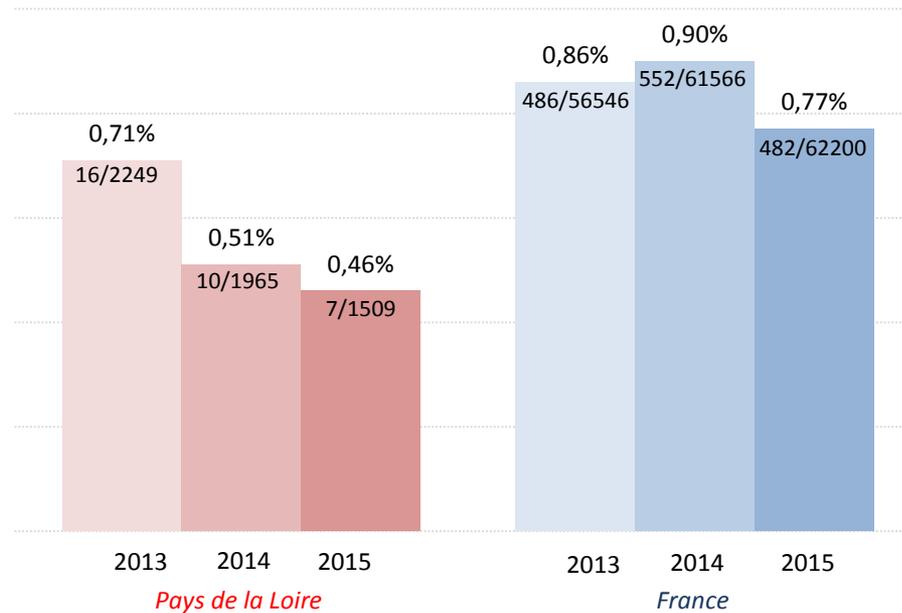
Prise en charge en Pays de la Loire (2013-2015)



Source : Données issues de Nadis®, base gelée au 31/12/2015

Dépistage par Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TRODs)

Taux de TRODs positifs parmi les TRODs réalisés



Associations habilitées en PDL : AIDES, ALIA, Logis Montjoie et le CPEF 53.

7 personnes dépistées par TROD :

- 4 migrants
- 2 ayant des relations sexuelles avec des hommes,
- 1 usager de drogue.

Ciblage de personnes à risque toujours moins efficace, taux de positivité plus faible qu'au niveau national.

Conclusion

- Plus de 5900 découvertes VIH/an en France.
- Infection par voie sexuelle prédominante (87% des cas).
- Plus de 216 000 sérologies VIH = 58 sérologies pour 1 000 habitants. (56 en 2014)
- Activité régionale de dépistage stabilisée, mais pas d'amélioration du taux de séropositivité.
- En PDL, 157 découvertes VIH. Taux de positivité de l'activité TROD < France entière.
- Depuis le 15 septembre 2015, nouvel outil de dépistage = autotest, effets visibles en 2016 dans le BEA de 2017.

En Pays de la Loire,

Dépistage insuffisant et/ou pas assez ciblé.

Mode de contamination homosexuelle prédominant chez les hommes.

Les femmes infectées sont principalement d'origine étrangère.



COREVIH Pays de la Loire
CHU de Nantes – Hôtel Dieu
7^{ème} Ouest
Place Alexis Ricordeau
44035 Nantes Cedex

Tél : 02.40.08.43.67
Fax : 02.40.08.31.81

contact@corevih-pdl

www.corevih-pdl.fr





REFORME DES COREVIHs



Éléments de contexte

- **Janvier 2016 :**
 - Loi de modernisation du système de santé → renforce la démocratie sanitaire, mise en place d'une santé de parcours et approche populationnelle.
 - Réforme des régions administratives → fusion des ARS / implantation des COREVIH ?
- **Février 2016 :** Publication (HCSP) du rapport d'évaluation finale du plan national de lutte contre le VIH-Sida et les IST 2010-2014 → *Plan non renouvelé*
- **Mars 2016 :** Publication (HCSP) du rapport sur la santé sexuelle et reproductible → *constat = « montée en puissance des actions liées à la vie affective et sexuelle des patients à travers les actions des COREVIH »*

ET AUSSI :

- **2005 :** année de publication des textes de création des COREVIH → *révision nécessaire*
- **Depuis 2013 :** Recommandations d'experts VIH « MORLAT » → *« Evolution du rôle des COREVIH vers une approche de prise en charge de la santé sexuelle ».*



Rappel du calendrier



- Décembre 2015 : consultation SFLS
- Janvier 2016 : consultation TIC
- De février à mars 2016 : Travaux et concertation du GTN
- 20 juin 2016 : Auditions organisées au Ministère (Associations, SFLS, TIC, Corevih...)
- Fin Septembre 2016 : retour des contributions des COREVIH (Bureau du COREVIH PDL le 22-09-2016)
- Octobre 2016 (SFLS) : présentation du contenu des projets de textes + conférences téléphoniques GTN-COREVIH
- **Novembre 2016 : transmission par la DGOS des projets de textes → ULTIME CONCERTATION**
- **28 novembre 2016 : RDV de la SFLS, la TIC, SIDACTION et AIDES avec le Cabinet de la Ministre de la Santé**



Les grands objectifs de cette réforme

Faire évoluer le modèle « COREVIH » vers:

- Une structure de référence/expertise régionale, reconnue et consultée par les instances
- Ayant des objectifs négociés, adaptés aux réalités des territoires concernés
- Contribuant à élaborer et coordonner avec les tutelles la déclinaison de la politique de lutte contre le VIH et les IST à tous les niveaux territoriaux avec les partenaires impliqués
- Avec un budget « sanctuarisé » et autonome



Quid des missions historiques des COREVIH ?

→ Adaptations nécessaires au contexte:

- Elargissement à la Santé sexuelle incontournable (hors périnatalité) et « accompagnement » des CeGIDD permettant d'améliorer les cibles (VIH/IST) : Prévention, Dépistage, Entrée dans le Soins

 - Garder un objectif « Qualité » pour le Parcours de Santé, le maintien dans les Soins

 - Recueil médico-épidémiologique toujours et
 - Evaluation/Recherche permettant d'affiner la politique de lutte VIH/IST
-

1 décret + 2 arrêtés

- Modifie mais n'annule pas les dispositions actuelles du code de la santé publique
- **4 modifications**
 - Découpage territoriale
 - Nombre de membre
 - Les missions
 - La mise en place de CPOM



Le décret : découpage , implantation territoriale et membres

« **Les directeurs généraux des ARS** sont chargés du découpage territorial des COREVIH et de la détermination des établissements publics sièges., **à partir des critères fixés par un arrêté du ministre chargé de la santé.** »

○ Au plus tard avant le 30 avril 2017

○ Nombre de membre au plus = 50



le décret : cinq missions + une (1/3)

1/ contribuer à l'élaboration de la déclinaison régionale du dispositif de programmation de la politique nationale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine, à la demande de l'agence régionale de santé, dans le cadre du projet régional de santé défini aux articles L. 1434-1 et suivants du présent code et du schéma régional de santé ;

2/ favoriser la mise en place de parcours de santé auprès des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention, de la promotion et de l'éducation pour la santé, de la santé communautaire, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;



le décret : cinq missions + une (2/3)

3/ concourir à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, **de la prévention, des dépistages et de la promotion de la santé** chez des populations clés du virus de l'immunodéficience humaine , à l'évaluation et à l'harmonisation de ces pratiques, tout au long du parcours de santé ;

4/ procéder au recueil des données médico-épidémiologiques mentionnées à l'article R. 3121-36 du présent code et à l'analyse des données à des fins de connaissance de l'évolution des besoins territoriaux et de programmation régionale. **Toutes autres données utiles à l'évaluation de l'outil de programmation de la politique nationale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine défini par un arrêté du ministre chargé de la santé peuvent être également recueillies ;**



le décret : cinq missions + une (3/3)

5/ participer à la recherche épidémiologique et de santé publique sur l'infection par le VIH, **en transmettant les données épidémiologiques, rendues anonymes, à l'ATIH et à l'INSERM** en charge de la Base de Données Hospitalière Française sur l'infection à VIH (FHDH-ANRS CO4, pour French Hospital Database on HIV).

→ Dans le cadre de **décisions expresses du directeur de l'agence régionale de santé**, **le comité peut exercer des missions de coordination** dans le cadre des **infections sexuellement transmissibles** dont le VIH dans une approche globale de santé sexuelle et **la coordination des activités des CeGGID** dans le respect des dispositions existantes.



Premier arrêté (1/2)

- Fixant les principes de détermination du nouveau découpage géographique des COREVIH
 - Pour la mise en place du découpage territorial les DG ARS procèdent à la réalisation d'un diagnostic des **besoins régionaux et locaux** des personnes vivant le VIH en tenant compte des territoires et **des populations cibles plus particulièrement.**
-



Premier arrêté (1/2)

Les DG ARS doivent veiller à :

- la nécessité de couvrir l'ensemble du territoire de la région de manière à favoriser l'égal accès des personnes vivant avec le VIH ;
 - la création, en tant que de besoin, **de délégations territoriales** de proximité dans le cadre de la réorganisation géographique ;
 - favoriser la **mutualisation** des fonctions assurées par les Corevih notamment pour les fonctions supports, et la formation
 - **Fixer dans le cadre de CPOM (contrat pluri annuel d'objectif et de moyen) avec les établissements sièges des orientations relatives aux COREVIH qui leur sont rattachés.**
-

Deuxième arrêté

« Les mandats des membres des COREVIH actuellement en place **sont exceptionnellement prolongés jusqu'au 30 avril 2017.**

De manière transitoire les comités continuent d'exercer leur mission dans le cadre des zones géographiques telles qu'elles sont définies au 31 décembre 2015 ».



STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE





Contexte

- ✓ Evaluation du plan VIH/IST 2010-2014
- ✓ Recommandations du HCSP sur la santé sexuelle et reproductive

Objectif : transformer l'approche par pathologie et par risque en une **approche globale.**

Transmission du projet de texte par la DGS le 19 octobre 2016 pour contributions des COREVIH

→ transmission de notre contribution le 2 novembre 2016



COREVIH
Pays de la Loire

Orientations stratégiques : 7 axes

AXE I – AGIR SUR LES DETERMINANTS IMPACTANT LA SANTE SEXUELLE

AXE II – PROMOUVOIR LA SANTE SEXUELLE POUR TOUTES ET TOUS, A TOUT AGE, DANS UNE APPROCHE GLOBALE

AXE III – AMELIORER LE PARCOURS DE SANTE EN MATIERE D'IST DONT LE VIH ET LES HEPATITES VIRALES : PREVENTION, DEPISTAGE, PRISE EN CHARGE MEDICALE

AXE IV – AMELIORER LA SANTE REPRODUCTIVE

AXE V – PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS SPECIFIQUES DES POPULATIONS ET LES DEPARTEMENTS D'OUTRE MER

AXE VI - PROMOUVOIR LA RECHERCHE ET LES CONNAISSANCES EN SANTE SEXUELLE

AXE VII – RENFORCER LA COORDINATION NATIONALE ET TERRITORIALE POUR

ASSURER UN MEILLEUR ACCES A LA SANTE SEXUELLE



COREVIH
Pays de la Loire

3 principaux commentaires

1/ Une **approche populationnelle** à renforcer

2 / Une **visibilité de l'offre et du parcours** de santé sexuelle à améliorer par des dispositifs efficaces et repérables

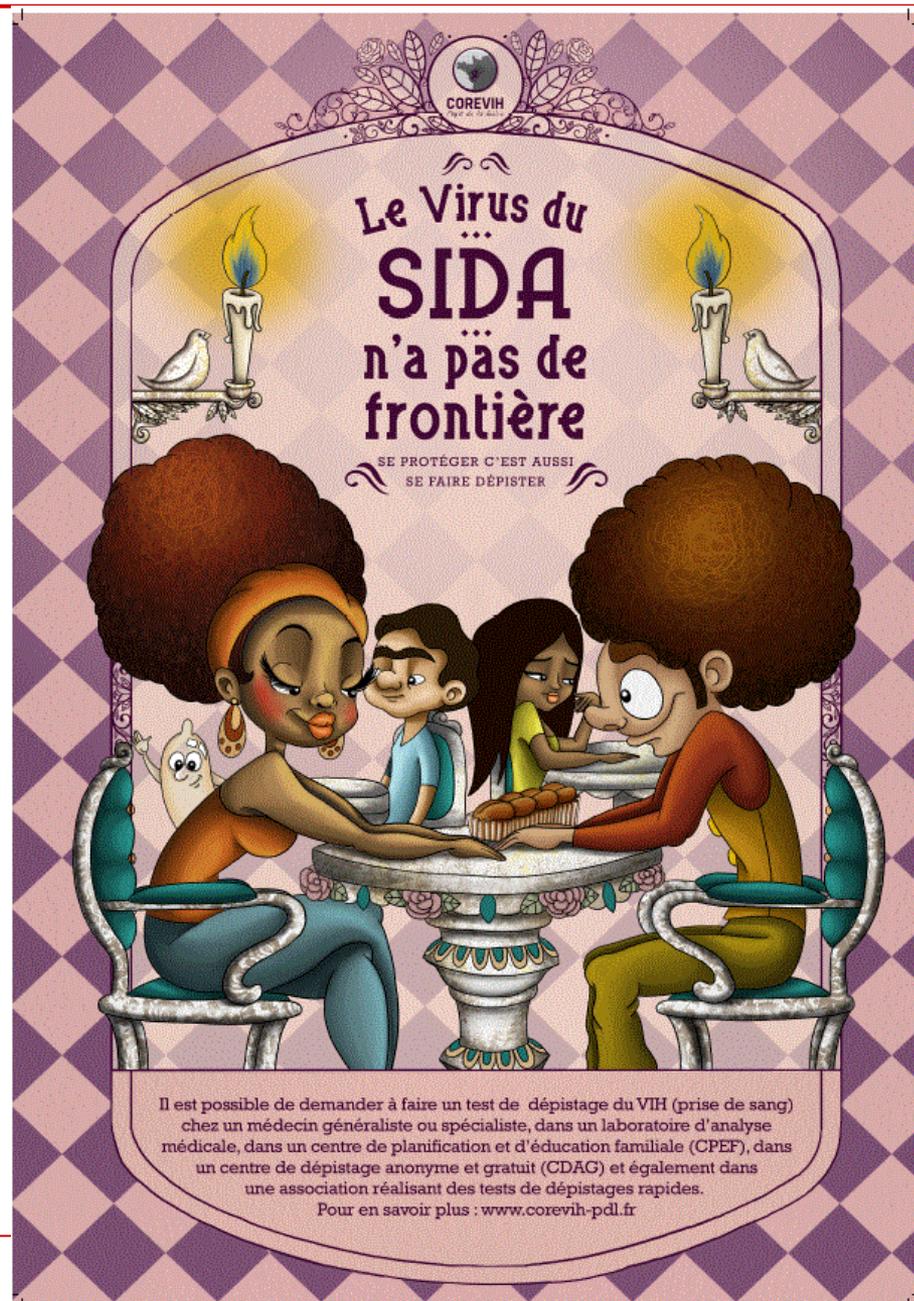
3 / Un pilotage et une **déclinaison régionale** de la SNSS, à structurer : → place et rôle du COREVIH dans la déclinaison de cette stratégie ?

- Coordination des CEGIDD ?

- Intégration dans l'élaboration du nouveau Projet régional de Santé (PRS) ?



MIGRANTS ET VIH en PAYS DE LA LOIRE





COREVIH
Pays de la Loire

Dépistage de l'infection par les virus B, C et HIV en situation de précarité :

Expérience aux Restos du cœur

Bruno Bour CH Le Mans - pour le groupe de dépistage





COREVIH
Pays de la Loire

Conflit d'intérêts

Gilead qui soutien cette action





COREVIH
Pays de la Loire

Pourquoi est-ce d'actualité?



La pauvreté augmente chaque année en France

Entre 2006 et 2014 le nombre de pauvres a augmenté de 800 000
le nombre d'immigrés a augmenté de 700 000

En 2015 les Restos ont soutenus 960 000 personnes, soit 40% de plus qu'en 2008

La prévalence de l'infection par les virus B (VHB) et C (VHC) est élevée chez les personnes en situation de précarité, notamment chez les migrants

Selon la structure d'accueil et l'origine des migrants

VHB → 7 à 15%

VHC → 2 à 5%





COREVIH
Pays de la Loire

Pourquoi est-ce toujours d'actualité?



Le Rapport Dhumeaux fixe les recommandations ministérielle (2016)

- Poursuivre et élargir les stratégies de dépistage incluant les populations à risque dont les migrants
- Associer dans tous les cas la recherche des trois virus VHB, VHC et VIH
- Proposer une vaccination contre l'hépatite B aux personnes dépistées dont les tests sont négatifs



La Démarche bénévole



En 2012-2013, une première expérience au Mans:

- 134 personnes (5%) des 2500 bénéficiaires ont été prélevées pour VHB, VHC, VIH
- 3% étaient infectées par le virus C
- 100% d'entre elles ont pu être prises en charge et traitées

Depuis extension du dépistage à 11 villes supplémentaires





COREVIH
Pays de la Loire



Comment se réalise le dépistage

Formation préalable des bénévoles des centres par le Médecin dépisteur

Information des bénéficiaires par les bénévoles et voie d'affiche

Dépistage **un jour donné dans le centre de distribution**

Dépistage anonyme et gratuit sur place

- IDE du CeGIDD (prise de sang)
- Médecin du CH et/ou du CeGIDD (consultation)
- SOS Hépatites (information prévention)

Attribution d'un **numéro de prélèvement identifiant la personne** dépistée

Rendu individuel des résultats sur place 15 jours plus tard par le médecin dépisteur



COREVIH
Pays de la Loire

En cas de résultats positifs



A la remise des résultats

-Prélèvement complémentaire sur place

-Prise immédiate de rendez-vous hospitalier avec l'Hépatologue (VHB, VHC) ou l'Infectiologue (VIH)

-Contact avec l'assistante sociale si besoin



En cas de résultat négatif pour le VHB: Proposition de vaccination



-Première injection réalisée sur place

-Les deux injections suivantes

*par le médecin traitant quand il y en a un

*par le centre de vaccination si non

Dans tous les cas étude et éventuelle remise à jour du calendrier vaccinal (DTP ± C)



COREVIH
Pays de la Loire

Les Résultats - Les bénéficiaires



Dépistage proposé aux 21000 personnes inscrites dans les centres de distribution des 12 villes de **2014 et 2015**



1343 personnes vues par un médecin et prélevées (6.4%)

61% femmes (n= 817)

Age moyen: 43.5 ± 14 ans



COREVIH
Pays de la Loire



Les Résultats – Origine Géographique des bénéficiaires N = 1343

Métropole 52.7%

Ratio F/H

1,6

Hors Métropole 47.3%

Ratio F/H

1,5



Afrique 70%

Maghreb 36.3%

Afrique noire 33.4%

Europe Centrale 12.2%

Europe 16,5%

Europe Ouest 4.3%

Asie 5.8%

Amériques 4.1%

Moyen Orient 3.7%



COREVIH
Pays de la Loire



Les Résultats – Facteurs de Risque N= 1343

Sexuels 14,5%

Homosexualité 1,5%
Rapports non protégés > 2 partenaires dans l'année 10%
Violence sexuelle 3%

Sanguins 20%

Piercing + Tatouages 12%
Transfusion avant 1992 4,5%
Toxicomanie active ou ancienne 3,5%



79% des personnes testées sont venus chercher leur résultat



COREVIH
Pays de la Loire

Les Résultats – Virus B

44 données manquantes

N = 1343



Infection active

Ag HBs + Ac HBs – Ac HBc -

= 2.1%

N= 29

Absence de contage

Ag HBs - Ac HBs – Ac HBc -

= 57.2%

Contage guéri

Ag HBs - Ac HBs + Ac HBc +

= 12.5%

Vaccination effective

Ag HBs - Ac HBs + Ac HBc -

= 24.4%

Anticorps HBc isolé

Ag HBs - Ac HBs - Ac HBc +

= 3.5%

37%

N= 45



COREVIH
Pays de la Loire

Les Résultats – Virus B - Vaccination



Expérience de vaccination VHB au Mans 2015 et 2016

→ **154 personnes sans contact avec le VHB**

-12 personnes ont été exclues

-27 personnes ne sont pas venues chercher leur résultat



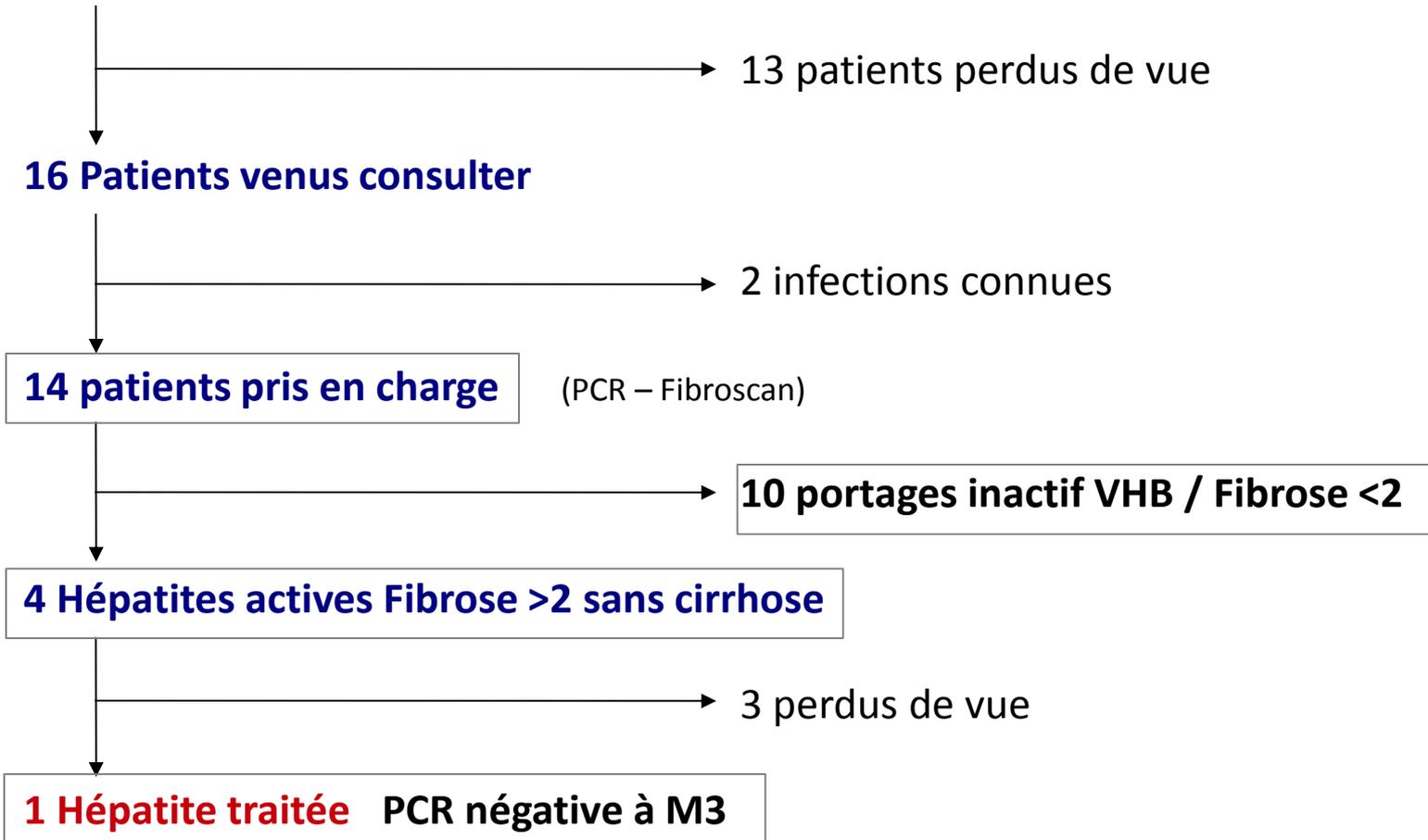
→ **Vaccination VHB proposée à 115 personnes**

| | |
|------------------------------------|--------------------|
| Première injection faite sur place | N= 84 - 73% |
| Refusée | N= 31 - 37% |



COREVIH
Pays de la Loire
29 VHB +

Prise en charge - Virus B positifs





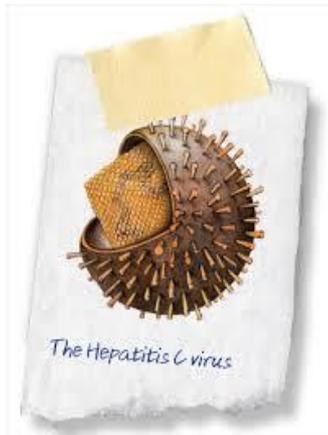
COREVIH
Pays de la Loire



Les Résultats – Virus C et VIH = 1343

28 VHC positifs → **1.9%** dont 4 co-infections VHB

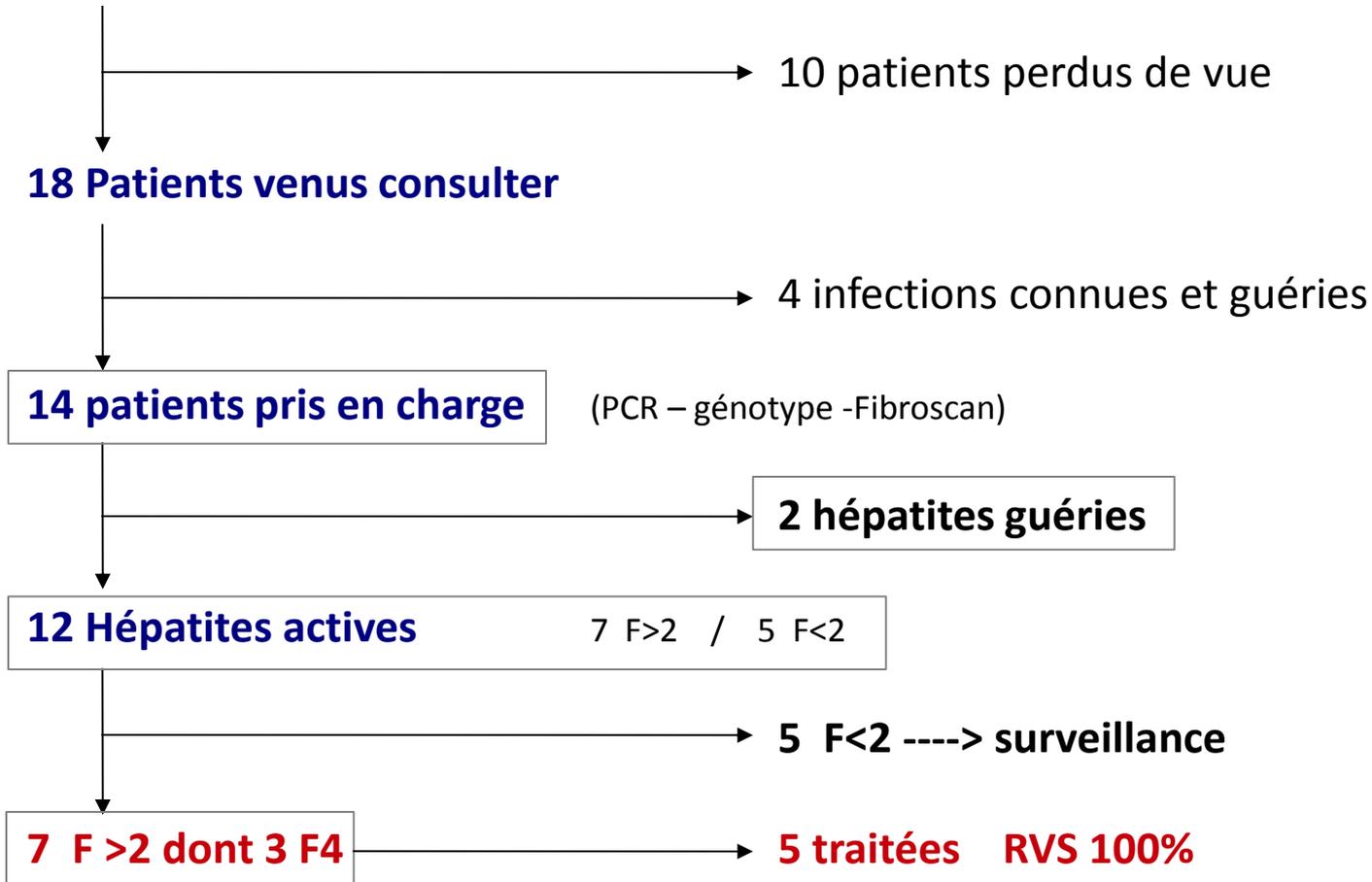
4 VIH positifs → **0.3%** dont 0 co-infections VHB ou VHC





COREVIH
Pays de la Loire
28 VHC +

Prise en charge - Virus C positifs





COREVIH
Pays de la Loire

Messages



- 4% de la population dépistée est infectée par un ou plusieurs virus (VHB, VHC, VIH)
- 79% des personnes ont reçu le résultat de leur dépistage
- 48% des personnes infectées ont été prises en charge
- 50% des patients évalués ont une fibrose \leq F2 et 10% une cirrhose constituée
- 82% des patients évalués ont bénéficié d'un traitement ou d'une surveillance
- 75% des personnes sans contact avec le VHB acceptent une première dose de vaccin

L'extension du dépistage est souhaitable

Chacun peut participer

*on compte sur vous
C. Bouché*

Contact : bbour@wanadoo.fr 06 78 15 72 93



COREVIH
Pays de la Loire

Remerciements

Amiens

Carcassonne
Créteil

Dunkerque

Le Mans

Mantes la Jolie

Montélimar
Nancy
Rennes

Saint Briec

Saint Denis
Villeneuve saint Georges

Eric N'Guyen Khac
Anne-Sophie Fresse
Pierre Belalbre
Hervé Hagège
Isabelle Rosa
Laurent Costes
Cécile Richez
Florence Lecrivain
Bruno Bour
Sophie Blanchi
Isabelle Flécharde
Fanny Darand
Julie Lefin
Jean-Jacques Laurichesse
Véronique Peronne
Gilles d'Abrigeon
Hélène Barraud
Faouzi Souala
Zeined Ben Ali
Olivier Nouel
Corrine Daniel
Hélène Labadie
Louis Bettan

du
Schmilblick
aux
Restos du coeur
LA FOLLE HISTOIRE





COREVIH
Pays de la Loire

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

« PARCOURS MÉDICAL DES MIGRANTS PRIMO-ARRIVANTS À ANGERS »

MME DELPHINE DOUILLET, INTERNE DU DESC D'URGENCE – CHU D'ANGERS

Parcours médical des migrants primo-arrivants à Angers.

Dr Delphine DOUILLET – DUPONT

Sous la direction du **Dr VANDAMME Y.-M.**

Introduction (1)

→ **Définitions** : Parcours de soins, migrant, primo-arrivant.

→ **Situation migratoire**

- **en Europe et en France**

- **dans la région Pays de la Loire :**

- Augmentation de 4,5%
 - Région au 3ème rang

- **dans le département :**

| | |
|-------------|---|
| 2012 | - 410 personnes étrangères s'étant présentées à la préfecture - 407 demandes d'asile |
| 2014 | - 579 personnes étrangères s'étant présentées à la préfecture - 480 demandes d'asile |

Tableau 1 : Chiffres du rapport d'activité de la préfecture du 49.

Introduction (2)

◆ Etat de santé de personnes migrantes

- Psycho-traumatismes [1]
- Maladies infectieuses
- Maladies cardiovasculaires
- Diabète
- Etat bucco-dentaire

◆ Bilan de santé recommandé [2]

- NFS, glycémie, tuberculose, VIH, VHB, VHC, examen bucco-dentaire, EPS/EPU, électrophorèse de l'hémoglobine.
- Dépistage cancer

[1] FAZEL M., WHEELER J., DANES J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet journal*, April 9-15;365(9467):1309-14

[2] COMEDE. *Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. France* : 2015

Introduction (3)

Etude aMASE (Advancing Migrant Access to Health Service in Europe)

- 2 249 migrants vivants dans 9 pays d'Europe : Belgique, Allemagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Suisse, et Royaume-Uni.
- L'analyse préliminaire a porté sur 1 784 répondants.
- Résultats principaux :
 - proportion importante de migrants vivant en EU avait été infectée **APRES** la migration (entre de 35 et 49%).
 - particulièrement chez les homo/bisexuels et les usagers de drogues IV.

Introduction (4)

→ **L'Accueil associatif :**

- Espace accueil ► CVH (Centre de Valorisation de l'Humain) Janvier 2016

→ **Guichet unique à la préfecture**

Introduction (5)

Parcours médical

→ Les centres de premier recours médicaux publics :

- la **PASS** (permanence d'accès aux soins de santé),
- le **SMIT** (service de maladies infectieuses et tropicales),
- la **PASS périnatalité**,
- le **CDAG** (centre de dépistage anonyme et gratuit),
- le **centre Flora Tristan** (centre de planification familiale) et les autres services,
- le **CLAT** (centre de lutte antituberculeuse).

→ Les centres de premier recours médicaux associatifs :

- **Médecins du Monde**,
- la **Croix Rouge Dentaire**.

Objectifs de l'étude et critères de jugement

▶ Objectif principal

→ Décrire le parcours médical des migrants primo-arrivants majeurs sans couverture maladie à Angers

▶ Objectif secondaire

→ Décrire les pathologies observées

▶ Critère de jugement principal :

→ Lieux et nombre de consultations

▶ Critères de jugement secondaires :

→ Les différentes pathologies diagnostiquées

→ Le délai entre l'arrivée en France et le diagnostic de ces pathologies

→ La réalisation des tests de dépistages

Méthodologie

→ Etude épidémiologique rétrospective descriptive

▶ Population :

- Critères d'inclusion

Les migrants primo-arrivants majeurs sans couverture maladie ni assurance voyage sur Angers en 2012 s'étant présentés à la plateforme Espace Accueil.

- Période d'inclusion : Janvier 2012 à Décembre 2012

- Période de suivi de cette population : Janvier 2012 à Décembre 2014

▶ Intervention = Recueil de données

▶ Ethique et réglementation

Schéma de l'étude

En 2012

:

Population étudiée
Espace accueil : 464 personnes

Se sont-ils adressés aux centres de premier recours ?

De 2012

- La PASS aux urgences
- La PASS périnatalité
- Le SMIT
- Autres services du CHU
- Le centre de planification familiale Flora Tristan
- Le CLAT
- Médecins du Monde
- La Croix Rouge dentaire

Jusqu'en 2014

Résultats (1)

1) Description de la population (1)

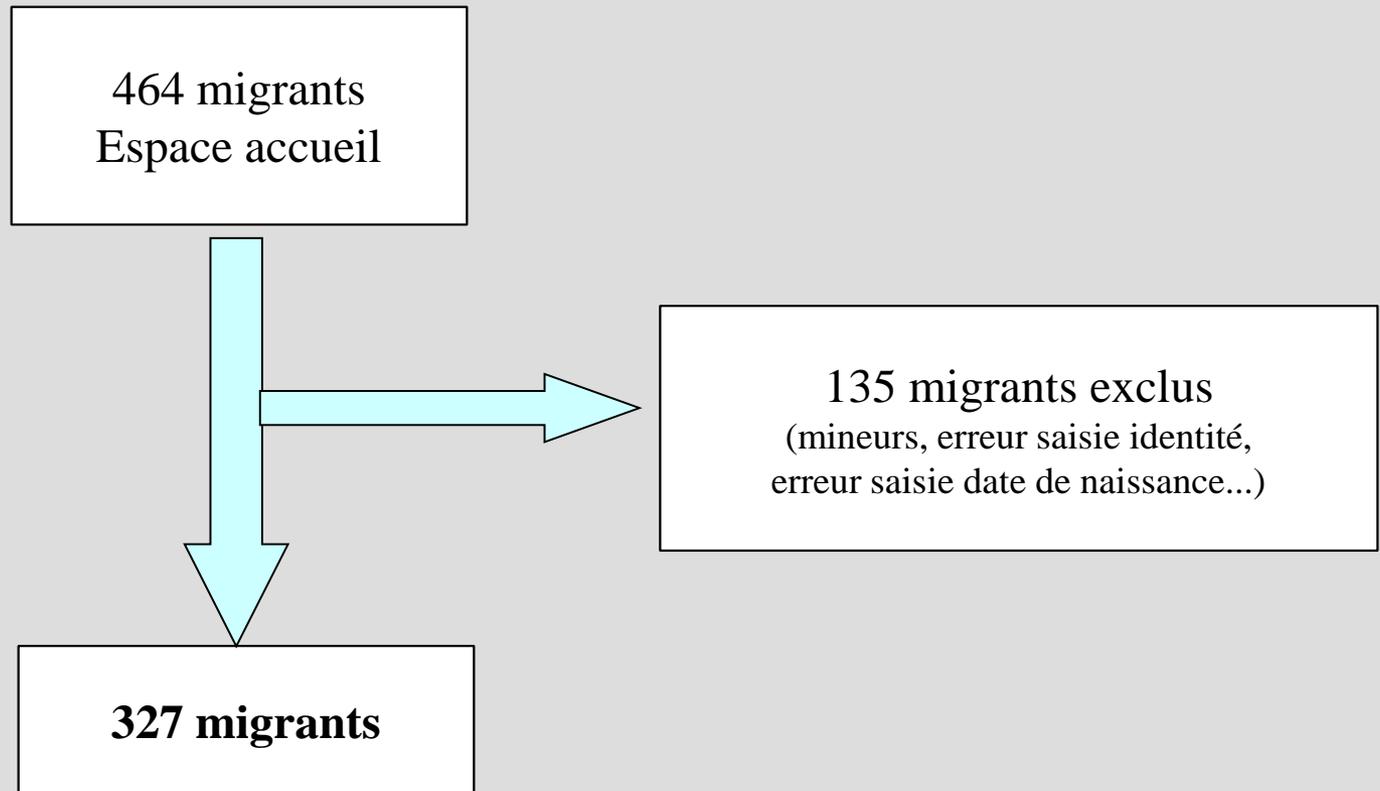


Figure 1 : De l'enregistrement à Espace Accueil à la population étudiée.

Résultats (2)

1) Description de la population (2)

◆ **Sexe** : sexe ratio 0,98

◆ **Age moyen** : 32 ans

◆ **Régions d'origine**

| | |
|-----------------|---|
| → Afrique | 190/327 (58,1%) dont Corne de l'Afrique 34,9% |
| → Europe | 71/327 (21,7%) |
| → Caucase | 54/327 (16,5%) |
| → Asie | 9/327 (2,8%) |
| → Proche Orient | 3/327 (0,9%) |

Tableau 2 : Répartition en fonction des régions d'origine

Résultats (3)

1) Description de la population (3)

◆ Situation familiale

| Situation familiale | N = 327 (%) |
|---------------------------------|-----------------|
| → Migrant avec enfant(s) | 169/327 (51,7%) |
| → Personne seule | 128/327 (39,1%) |
| → Migrant en couple sans enfant | 30/327 (9,2%) |

Tableau 3 : situation familiale des migrants

◆ Langues parlées

- ✓ Somali (20,8%)
- ✓ Russe (14,4%)
- ✓ Arabe (13,1%)

Résultats (4)

2) Parcours médical (1)

◆ **Recours médical : 109 migrants n'ont pas consulté (33%).**

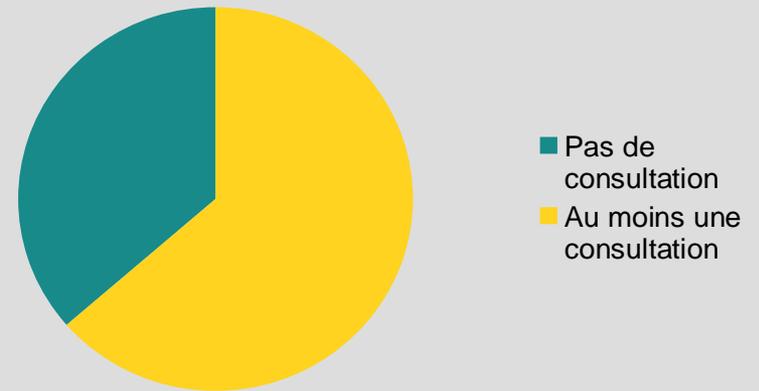


Figure 2 : Diagramme des personnes ayant ou non consulté.

Résultats (4)

2) Parcours médical (2)

◆ **Recours médical : 109 migrants n'ont pas consulté (33%).**

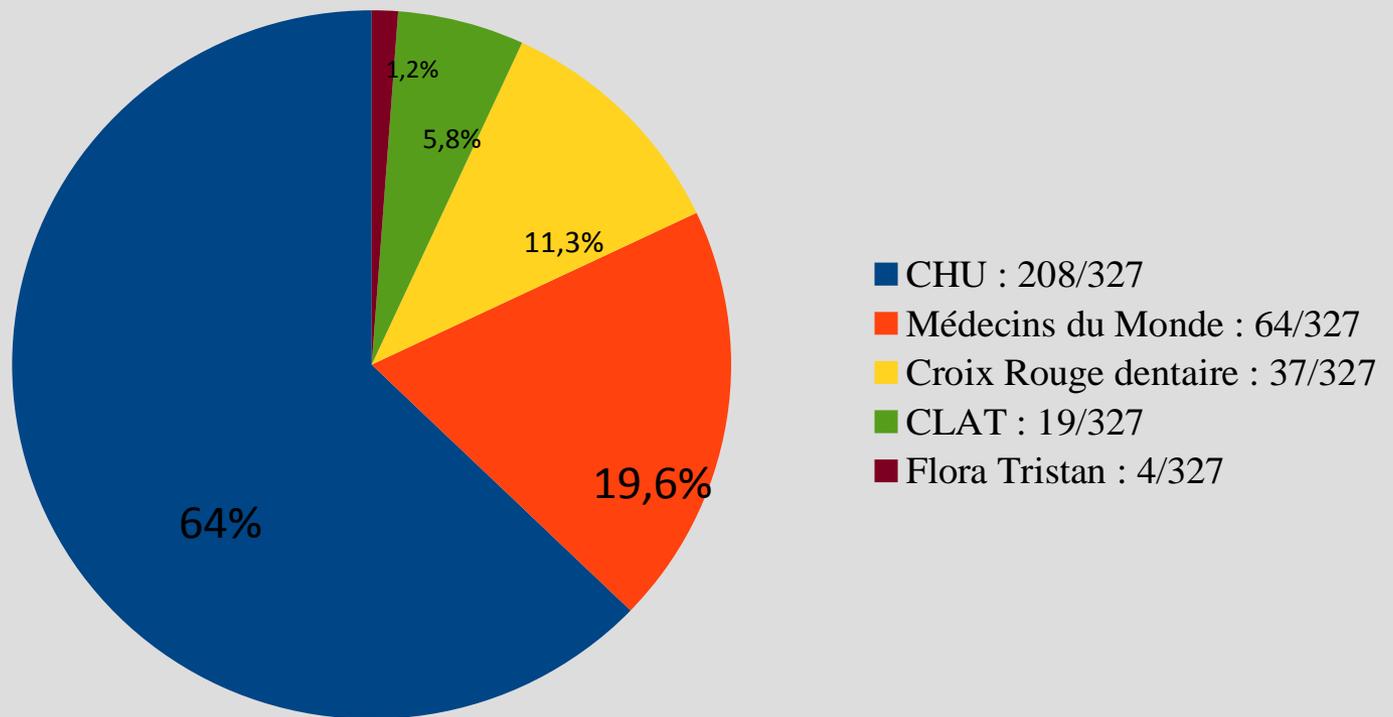


Figure 3 : Diagramme de la répartition des consultations dans les centres de premiers recours.

Résultats (5)

2) Parcours médical (3)

| | CHU | Nombre de consultation (%) |
|--|--|----------------------------|
| 1) Urgences - PASS | | |
| 2) Gynécologie-Obstétrique PASS périnatalité | | |
| 3) SMIT | | |
| | Chirurgie viscérale | 7/542 (1,3%) |
| | Hépto-Gastro-Entérologie | 6/542 (1,1%) |
| | Chirurgie plastique | 5/542 (0,9%) |
| | Psychiatrie | 4/542 (0,7%) |
| | Aide Médicale à la procréation | 3/542 (0,6%) |
| | Neurologie | 2/542 (0,4%) |
| | Néphrologie, Pneumologie, Tabacologie, Anesthésie, | 1/542 (0,2%) |

Tableau 4 : Répartition des consultations dans les différents services du CHU

Résultats (6)

2) Parcours médical (4)

- ◆ Délai entre l'arrivée en France et le premier contact médical : 6 mois
- ◆ Nombre de consultations par patient

| Nombre de consultation | N (%) |
|------------------------|------------|
| 1 à 5 | 148 (67,9) |
| 6 à 10 | 52 (23,8) |
| > 10 | 18 (8,3) |

Tableau 5 : Nombre de consultations par patient.

Résultats (6)

2) Parcours médical (4)

- ◆ Délai entre l'arrivée en France et le premier contact médical : 6 mois
- ◆ Nombre de consultations par patient
- ◆ Travail en réseau :

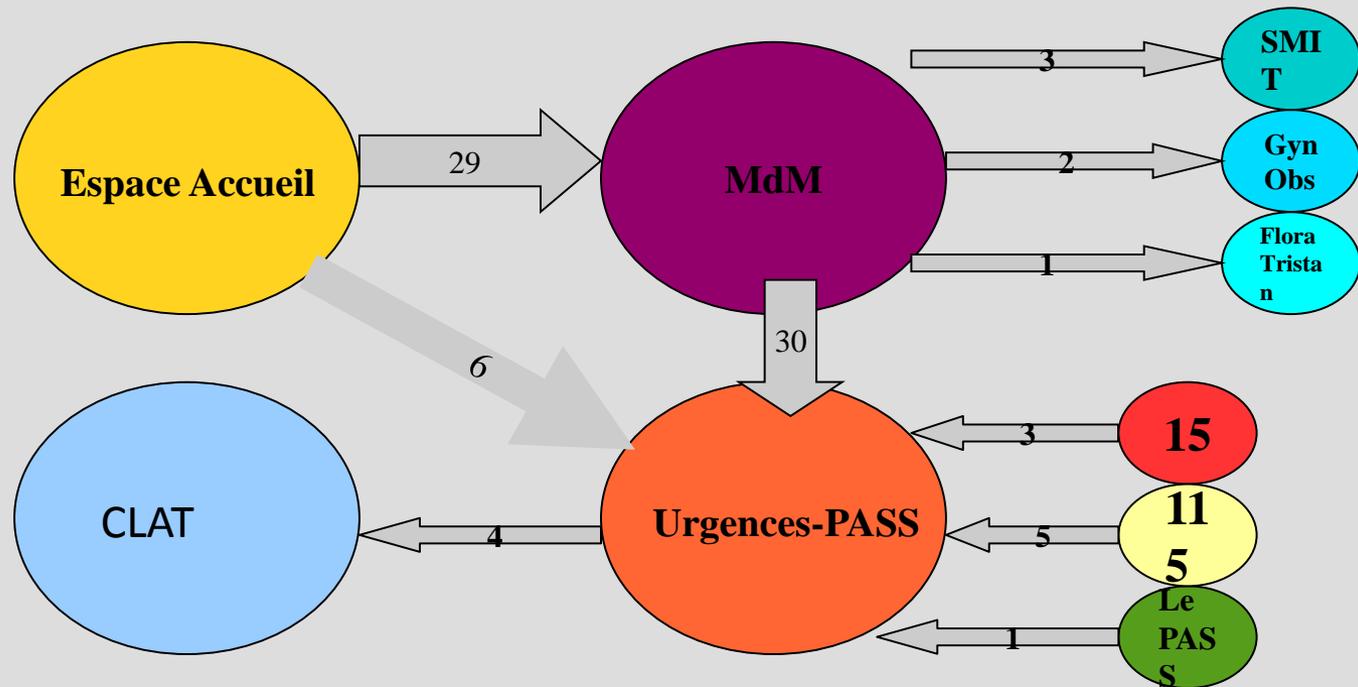


Figure 4 : Nombre de patients adressé entre les structures.

Résultats (7)

2) Parcours médical (5)

◆ Motifs de recours

:

| Motifs de recours | Proportion (%) |
|---------------------------------|----------------|
| ▪ Syndromes algiques | 183/930 (19,7) |
| ▪ Gynécologie-Obstétrique | 174/930 (18,7) |
| ▪ Infectieux | 97/930 (10,4) |
| ▪ Dentaire | 64/930 (6,9) |
| ▪ Psychologique / Psychiatrique | 60/930 (6,5) |

Tableau 6 : Motifs de recours.

Résultats (8)

2) Parcours médical (6)

♦ **Errance diagnostique** : pas de réel diagnostic posé dans 23,4% des consultations (162/691).

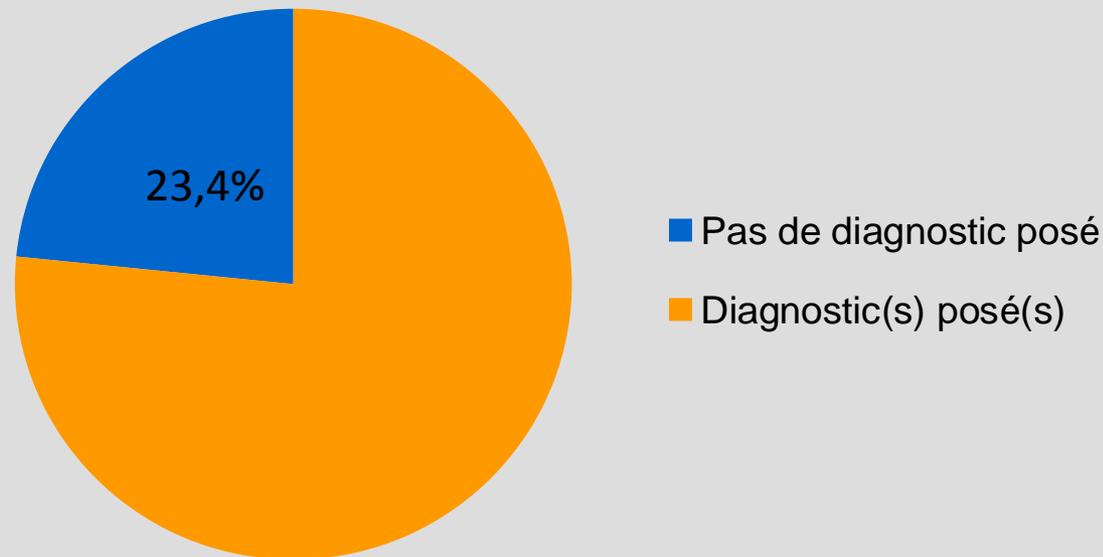


Figure 5 : Proportion des diagnostics posés ou non.

Résultats (9)

2) Parcours médical (7)

♦ Les diagnostics posés :

Gynéco-obstétrical

Infectieux

Odontologie

Psychiatrique

Rhumatologique

Neurochirurgie

1/630 (0,2)

Résultats (10)

3) La réalisation des dépistages (1)

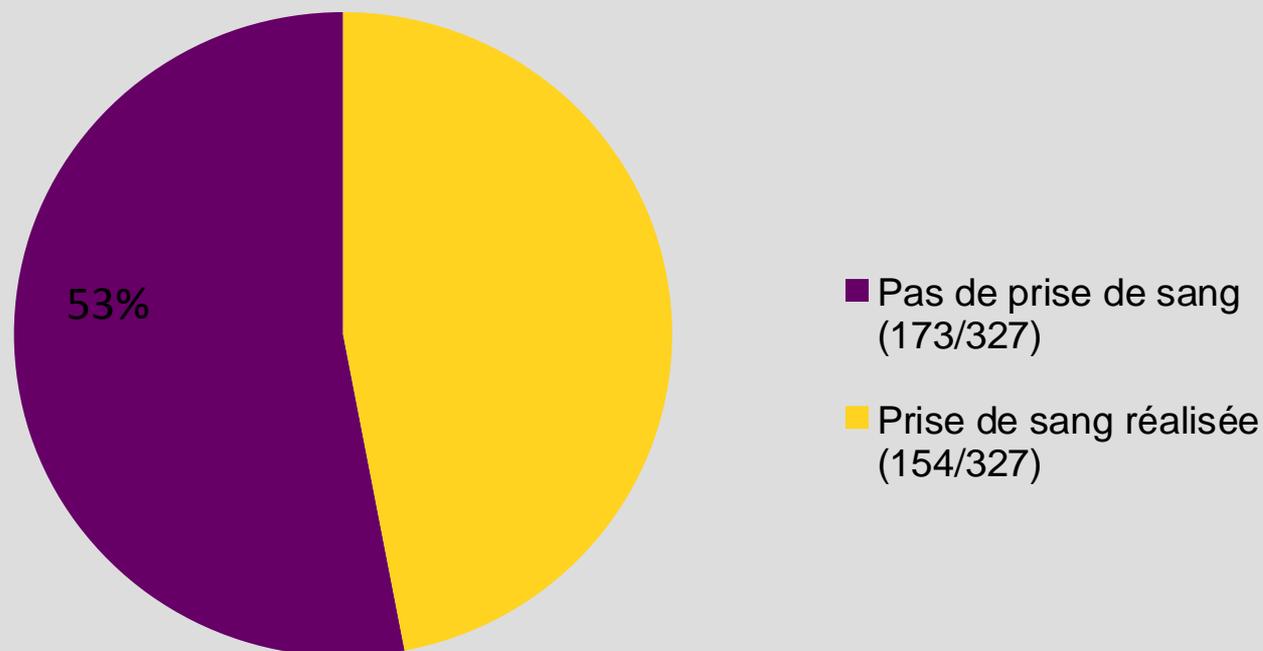


Figure 6 : Proportion des bilans sanguins réalisés ou non.

Résultats (10)

3) La réalisation des dépistages (1)

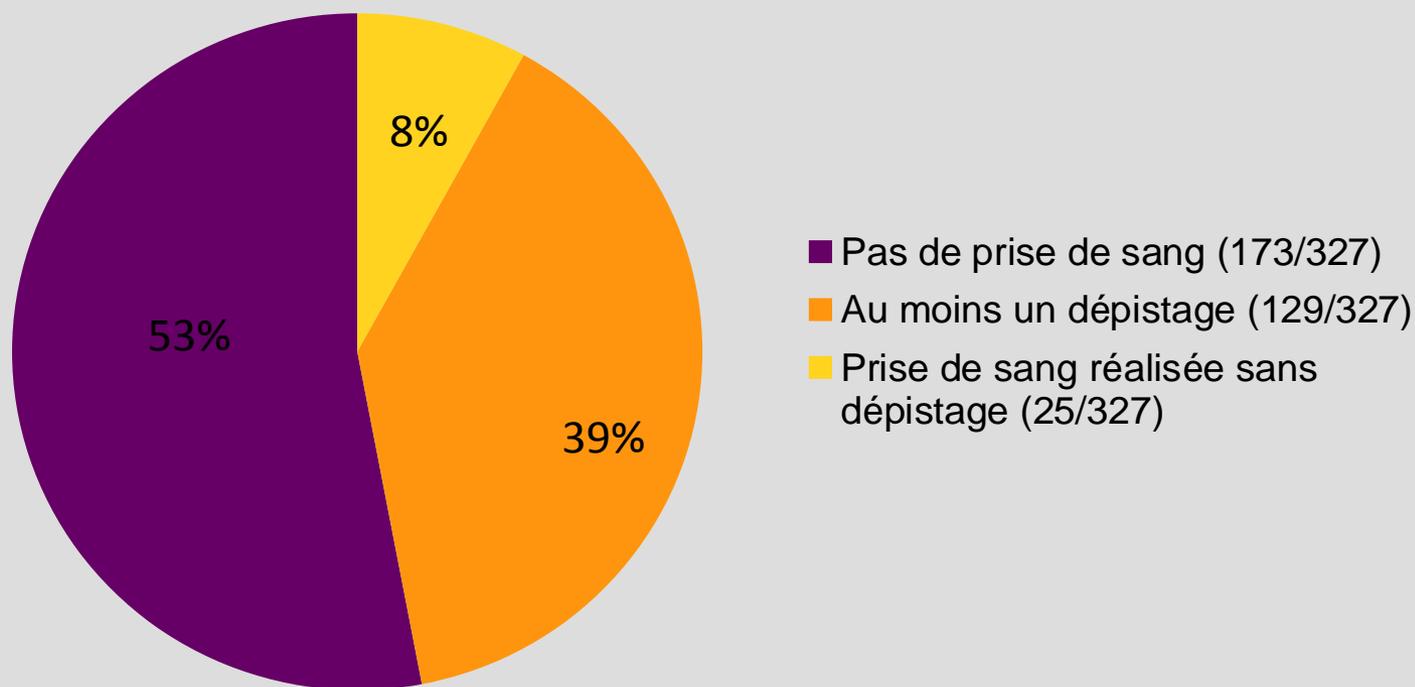


Figure 6 : Proportion des bilans sanguins réalisés ou non.

Résultats (11)

3) La ré

2,5% tests de dépistages combinés complets

| Dépistage | Taux de dépistage sur la population totale (%) | Taux de positivité parmi les dépistages faits (%) |
|--------------------------------------|--|---|
| Frottis cervico-vaginal | 12/167 (7,3) | - |
| NFS | 94/327 (28,7) | <ul style="list-style-type: none"> • Anémie : 40/94 (42,6) • Hyperéosinophilie : 9/94 (9,6) |
| Sérologie VIH | 39/327 (11,9) | 7/39 (17,9) |
| Sérologie VHB | 44/327 (13,4) | 2/44 (4,5) |
| Sérologie VHC | 30/327 (9,2) | 2/30 (6,7) |
| Tuberculose : QUANTIFéron® | 10/327 (3,1) | 6/10 (60) |
| IDR + Radiographie thoracique | 19/327 (5,8) | → 1/19 Tuberculose maladie (5,3) → 3/19 ITL (15,8) |
| Sérologie bilharziose | 6/191 (3,1) | 3/6 (50) |
| Examen parasitologique des selles | 3/191 (1,6) | 0 |

Tableau 7 : Taux de dépistage et taux de positivité

Résultats (12)

3) La réalisation des dépistages (3)

| Lieu | Nombre de dépistages | Nombre de dépistages / nombre de consultations dans ce lieu (%) |
|----------------------------------|-----------------------------|--|
| Gynécologie – Obstétrique CHU | | 87/142 (61,3) |
| SMIT | | 47/48 (97,9) |
| Urgences - PASS | | 19/218 (8,7) |

Tableau 8 : Lieu et réalisation des dépistages en fonction du nombre de consultation par lieu.

| Pathologies diagnostiquées | Délai moyen entre arrivée et diagnostic |
|-----------------------------------|--|
| Tuberculose maladie | 6 mois et 6 jours |
| VIH | 1 an, 6 mois et 11 jours |
| VHB | 2 ans, 3 mois et 1 jour |
| VHC | 2 ans, 7 mois et 11 jours |

Tableau 9 : Délai entre l'arrivée en France et le diagnostic de ses pathologies.

Résultats (14)

2) Parcours administratif



◆ Le délai entre arrivée en France et premier contact à Espace accueil : **3,6 jours.**



◆ Le délai moyen d'obtention d'une couverture maladie est de **9mois et 11 jours.**

◆ **75%** des patients n'ont pas de couverture santé alors qu'ils pourraient théoriquement en bénéficier.

Discussion (1)

◆ Parcours de soins

- Personnes n'ayant pas consulté [1]
- Peu de consultation par patients [2] et des délais longs avant le premier contact médical
- CHU premier centre de recours dont la PASS-urgences
- Deuxième : Gynécologie-obstétrique
- Troisième : SMIT
- Actions majeures de Médecins du Monde et de la Croix Rouge dentaire
- Le CLAT

[1] GABORET C., MARI C., MATHIEU C. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport Médecins du Monde 2014. Octobre 2015.

[2] Sécurité sociale. Programme Maladie. Nombre annuel de consultations de médecins par habitant 1990-2008 à partir des chiffres de l'OCDE. Juin 2010.

Discussion (2)

◆ Parcours médical (suite) :

- Motifs : syndromes algiques [1,2]
- Errance diagnostique
- Principaux diagnostics

◆ Les dépistages :

- Peu de dépistages, non combiné
- Taux de positivité élevé
- Retard de diagnostic

◆ Parcours administratif :

- Bon fonctionnement d'Espace Accueil
- Mise en place du guichet unique [3]
- Obtention couverture maladie

[1] RITSNER M, et al. Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *Am J Psychiatry* 2000;157(3):385-92.

[2] WESTERMEYER J. Somatization Among Refugees: An Epidemiologic Study. *Psychosomatics*, Volume 30, Issue 1, May 1989, Pages 34-43]

[3] CIMADE. A guichets fermés de la CIMADE. Rapport du 16 Mars 2016. [en ligne], URL : http://www.lacimade.org/FMG/pdf/somte_cimc.pdf

Discussion (3)

Limites et apports de l'étude

◆ Limites

- Etude rétrospective de dossiers médicaux
- Population cible
- Biais de suivi
- Pas de donnée sur la médecine générale libérale

◆ Apports

- Peu de données sur cette population
- Pas d'étude avec ce schéma
- Meilleure connaissance de notre réseau et des points à améliorer

Discussion (4)

Propositions et perspectives

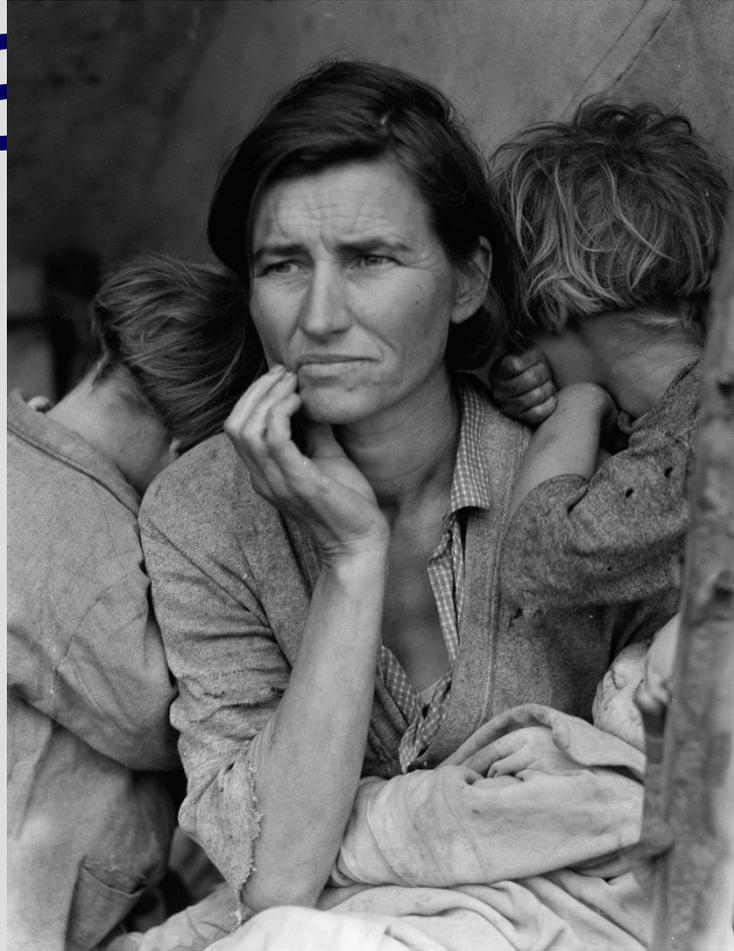
- ◆ Proposer un **bilan de santé** systématique minimal recommandé
- ◆ Accélérer l'obtention d'une **couverture maladie**
- ◆ **Sensibiliser** les professionnels de santé à la prise en charge de ces patients
[1]
- ◆ Créer une **PASS bucco-dentaire** et **psychiatrique**
- ◆ **Rapprocher** les différents acteurs

[1] AUBRY A. *Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Interêt d'un réseau médecine de ville-PASS. Thèse de médecine générale. Mars 2011. Université Paris Descartes (Paris V)*

Conclusion

- ◆ **Angers : ville d'accueil des migrants primo-arrivants.**
- ◆ **Dispositif déjà en place pour la prise en charge médicale**
- ◆ **De nombreuses perspectives d'amélioration de ce réseau**

Merci de votre



Migrant Mother - Dorothea LANGE – 1936 - Etats-unis

Parcours médical des migrants primo-arrivants à Angers.

Dr Delphine DOUILLET – DUPONT

Sous la direction du **Dr VANDAMME Y.-M.**



COREVIH
Pays de la Loire

REFLEXION sur un Plan d'action 2017-2018

du COREVIH des Pays de la Loire

Dr. Eric BILLAUD, Président du COREVIH Pays de la Loire

A réfléchir , A écrire, A mettre en œuvre !!

Quelques pistes :

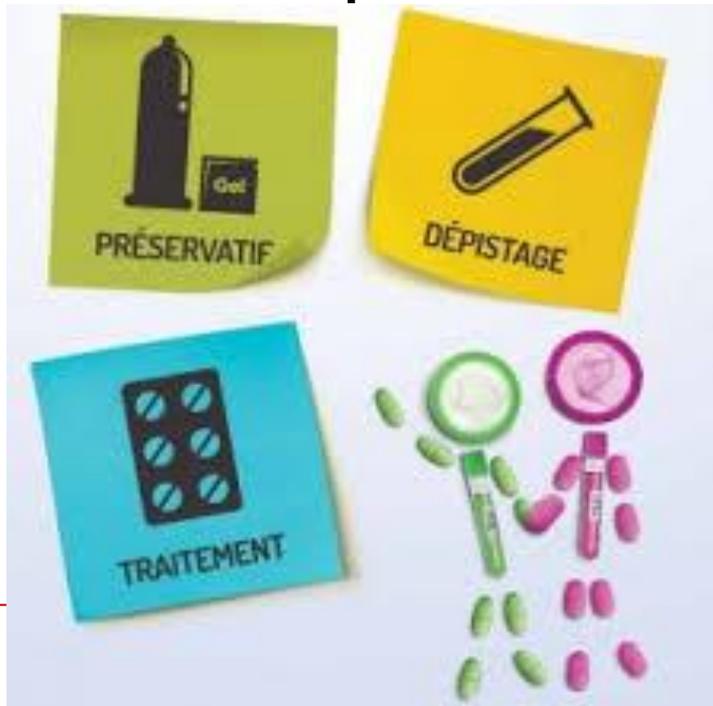
- Aspect épidémiologique de l'infection VIH chez les migrants en PDL
- Accès aux droits et aux soins (Parcours)
- Rôle des ACT
- Représentations / approche transculturelle de la maladie
- Sexualité
- Nutrition, alimentation
- Médiation / interprétariat
- Femme et violence
- Précarité
- Communication / prévention ciblée

COREVIH Pays de la Loire



Actualités Prévention en

Pays de la Loire



-

outils diversifiés



TASP : Présentation des résultats de l'étude PARTNER

Dr. Hikombo HITOTO, CH Le Mans



PREP :

Point d'étape sur le déploiement dans les Pays de la Loire

Jérémy Léonard, AIDES 44

○ Lien vers la vidéo – témoignages :

[AIDES.mov](#)



Déploiement des autotests VIH en Pays de la Loire





COREVIH
Pays de la Loire

Bilan quantitatif à l'échelle nationale à 1 an

○ Entre **100 000 et 140 000** autotests vendus par plus de **11 200 pharmacies**
(un peu plus d'une pharmacie sur deux)

→ Soit entre **1500 et 2 000** tests par semaine

Nombre moyen d'autotests vendus/pharmacie = **1,4 – 3,2**

Nombre moyen d'autotests vendus/pharmacie :

- En fonction de la **localisation** de la pharmacie =
 - En zone rurale = 0,7 – 1,9
 - En zone urbaine = 1,9 – 3,8
 - En centre commercial = 2,3 – 8,3

→ prédominance des ventes **en zones urbanisées**

○ Plus de 80% des pharmaciens ont suivi une formation

AUTOTEST VIH BILAN À 1 AN



illico
PHARMA

— La santé chez vous —

Votre pharmacie en ligne
www.illicopharma.com

**25% DES UTILISATEURS
COMMANDENT PLUS D'UN
AUTOTEST**

9/10
note de satisfaction

AAZ
Tous vos tests santé

www.autotest-sante.com

**S'AGIT-IL D'UN PREMIER
DÉPISTAGE ?**

Si oui, seraient-ils allés en centre
de dépistage si
l'autotest n'est pas disponible ?

60%

Avaient déjà
effectué un
dépistage avant

En moyenne, le
dernier dépistage
remontait à 3.5 ans

40%

DÉCLARENT QU'IL
S'AGIT D'UN PREMIER
DÉPISTAGE DU VIH

Parmi eux, **55%** NE SERAIENT
PAS ALLÉS EN CENTRE DE DÉPISTAGE
SI L'AUTOTEST N'ÉTAIT PAS
DISPONIBLE EN PHARMACIE



72%
HÉTÉRO

19%
HOMO

9%
BI

55%

ACHÈTENT UN 2^{ÈME} AUTOTEST POUR SE RETESTER

45%

POUR LEUR PARTENAIRE

87%

13%

63%

37%

Utilisation et intention d'utilisation des autotests VIH chez les HSH : Étude réalisée en Pays de la Loire

Maxime Berrieau

30/11/2016



Méthodes de dépistage

- ▶ Dépistage sanguin : CeGIDD et laboratoire
- ▶ TROD : CeGIDD et associations autorisées
- ▶ Autotest : réalisation et lecture par l'intéressé

Tests rapides de dépistage du VIH

- ▶ Résultats obtenus en 15 mn (autotest VIH)
- ▶ Réalisation simple par échantillon sanguin
- ▶ Ne constituent pas un diagnostic biologique, nécessité de confirmation par un test sanguin (tests combinés de 4^{ème} génération)
- ▶ Coût entre 25 et 28 euros pour l'autotest VIH (Les TROD étant réalisés gratuitement) : pas de prise en charge assurance maladie et mutuelles





ÉTAPE 5. LECTURE DU RÉSULTAT DE L'AUTOTEST

AUTOTEST NÉGATIF

Si votre autotest se termine en un premier ou deuxième, votre résultat est négatif.

Il existe plusieurs raisons possibles :

Le résultat est négatif parce que :



AUTOTEST POSITIF

Si votre autotest se termine à l'un des six premiers à sixième, votre résultat est positif.

Il existe plusieurs raisons possibles :

Vous êtes diabétique parce que :



VOUS ÊTES POSITIF POUR UN AUTOTEST NÉGATIF

VOUS ÊTES PROBABLEMENT SÉROLOGIQUE

Autotest "0" ou un autre résultat négatif

Si vous avez un résultat négatif, cela signifie que votre glycémie est inférieure à 100 mg/dL. Si vous avez un résultat positif, cela signifie que votre glycémie est supérieure à 100 mg/dL.

Si vous avez un résultat négatif, cela signifie que votre glycémie est inférieure à 100 mg/dL. Si vous avez un résultat positif, cela signifie que votre glycémie est supérieure à 100 mg/dL.

VOUS ÊTES POSITIF POUR UN AUTOTEST POSITIF

VOUS ÊTES PROBABLEMENT DIABÉTIQUE

1. CHANGÉ DE MÉDICAMENT, DE DOSE, DE TYPE DE MÉDICAMENT, DE MÉTHODE D'APPLICATION, DE MÉTHODE DE TEST, DE MÉTHODE DE TEST.
2. VOS NIVEAUX DE SUCRE SONT EN CONSTANTE EN AUGMENTATION, PUIS MOINS, VOUS ÊTES MALADE, STRESSÉ, ÉMOTIONNÉ, EN ALCOOL.
3. PÉRIODES DE MALAISE, EN ALCOOL.

Vous devez consulter votre médecin pour un diagnostic et un traitement appropriés. Consultez votre médecin si vous avez des symptômes de diabète.

© 2014 Abbott Diabetes Care Inc. Tous droits réservés. Ce document est un document de confidentialité. Les informations contenues dans ce document sont destinées à être utilisées uniquement à des fins médicales. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Abbott Diabetes Care Inc. est formellement interdite. Les informations contenues dans ce document sont destinées à être utilisées uniquement à des fins médicales. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Abbott Diabetes Care Inc. est formellement interdite.



Nombre de TROD communautaires réalisés et positifs (source DGS) et comparaison avec les sérologies réalisées en laboratoire, dans les mêmes régions (source LaboVIH), pour 10 régions françaises dénombant 94% des TROD positifs en 2013

| Régions | Dépistage communautaire | | | | LaboVIH | | |
|----------------------------|-------------------------|---------------|---------------|------------|----------------------|----------------------|------------|
| | Associations | TROD réalisés | TROD positifs | | Sérologies réalisées | Sérologies positives | |
| | N | N | N | /1 000 | N | N | /1 000 |
| Midi-Pyrénées | 2 | 802 | 14 | 17,5 | 214 669 | 357 | 1,7 |
| Guyane | 2 | 2 052 | 24 | 11,7 | 46 293 | 426 | 9,2 |
| Nord-Pas-de-Calais | 2 | 1 761 | 20 | 11,4 | 295 557 | 261 | 0,9 |
| Île-de-France | 10 | 25 430 | 255 | 10,0 | 1 324 955 | 5 191 | 3,9 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 4 | 4 823 | 48 | 9,9 | 474 328 | 892 | 1,9 |
| Aquitaine | 7 | 2 512 | 22 | 8,8 | 252 311 | 328 | 1,3 |
| Pays-de-la-Loire | 2 | 2 013 | 16 | 7,9 | 205 367 | 347 | 1,7 |
| Rhône-Alpes | 3 | 3 018 | 23 | 7,6 | 462 518 | 799 | 1,7 |
| Languedoc-Roussillon | 4 | 2 730 | 20 | 7,3 | 229 172 | 316 | 1,4 |
| Guadeloupe | 3 | 2 625 | 15 | 5,7 | 80 134 | 238 | 3,0 |
| France entière | 60 | 56 546 | 486 | 8,6 | 5 207 559 | 11 278 | 2,2 |

Hypothèses de recherche

- ▶ Les autotests VIH constituent une alternative de dépistage intéressante vis-à-vis d'un groupe à risque que sont les HSH
- ▶ Les autotests VIH sont utilisés plutôt par des HSH n'ayant pas ou peu recours aux techniques habituelles de dépistage

Objectifs de l'étude

- ▶ **Objectif principal** : estimer l'utilisation des autotests VIH chez les HSH
- ▶ **Objectif secondaire** : estimer l'intention d'utilisation des autotests VIH chez les HSH n'y ayant jamais eu recours

Élaboration du questionnaire

- ▶ Collaboration du COREVIH et de l'association AIDES
- ▶ Questionnaire anonyme uniquement en ligne, validé par le comité de recherche du COREVIH des Pays de la Loire
- ▶ Création d'un flyer avec flash code (accès direct au questionnaire)
- ▶ Utilisation du logiciel LIMESURVEY hébergé par le site du COREVIH
- ▶ Étude descriptive quantitative
- ▶ Avril à juillet 2016
- ▶ Critères d'inclusion : être un homme ayant des relations sexuels avec des hommes séronégatif ou ignorant son statut sérologique vis-à-vis du VIH



En collaboration avec le **COREVIH**
Pays de la Loire

Donnez-nous votre avis

Dans le cadre d'une étude régionale sur l'acceptabilité des auto-tests VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, séronégatifs ou ignorant leur statut sérologique, un questionnaire bref et anonyme est mis en ligne. Pour y répondre, vous pouvez utiliser le flash code ci-dessous ou aller sur le site du COREVIH Pays de la Loire :

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



Merci d'avance !

Pour tout complément d'information : autotest@corevih-pdl.fr

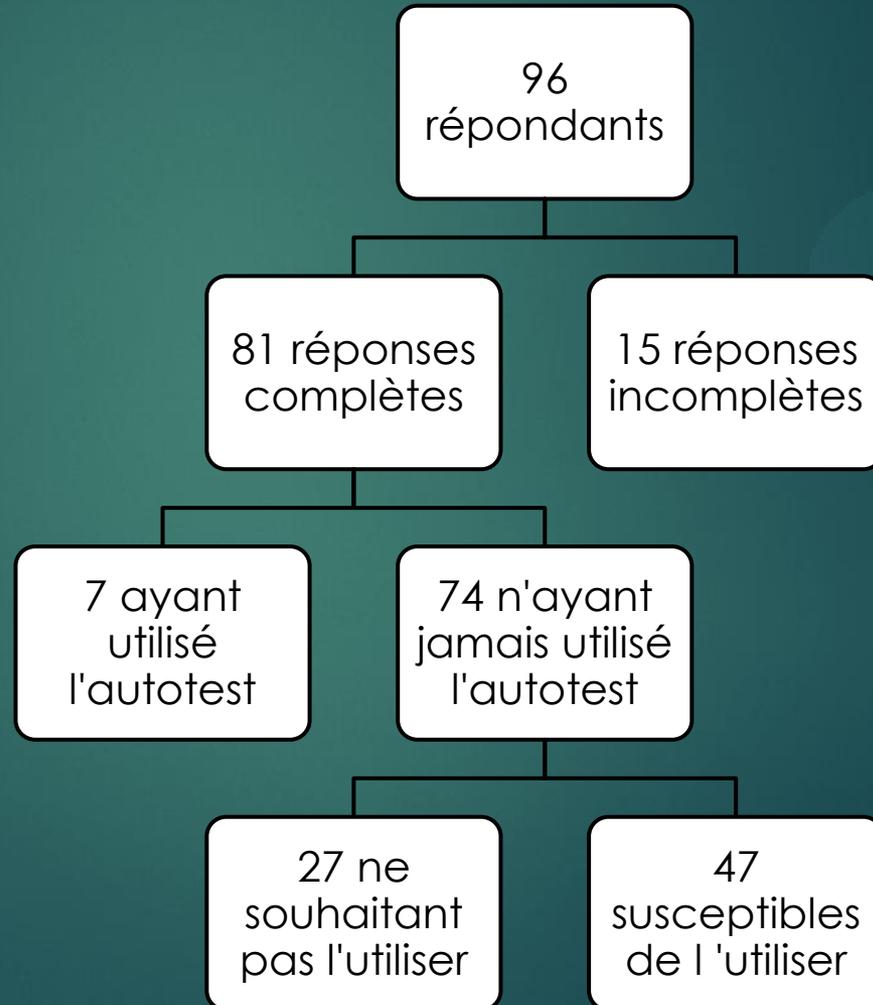
Diffusion du questionnaire

- ▶ Site internet du COREVIH des Pays de la Loire
- ▶ Réseaux sociaux communautaires
- ▶ Forums communautaires
- ▶ Associations Gays des Pays de la Loire
- ▶ 3 Gayprides de la Région
- ▶ Diffusion dans le magazine WAGMAG
- ▶ Sorties sur lieux de rencontres extérieurs et saunas Gays

- ▶ Analyse des résultats avec le logiciel SAS 9.4
- ▶ Comparaison des HSH souhaitant utiliser l'autotest versus ceux ne souhaitant pas l'utiliser
- ▶ Comparaison des groupes avec test χ^2 et Fisher

Résultats

- ▶ 81 réponses interprétables



Résultats :

Données socio démographiques

- ▶ Age moyen: 33,7 ans
- ▶ 92,6 % nés en France
- ▶ 46,3 % habitent dans la Région des Pays de la Loire
- ▶ 50,6 % en situation d'emploi
- ▶ 7,4 % avec une activité de travailleur du sexe
- ▶ 65,4 % niveau Bac +2 et plus

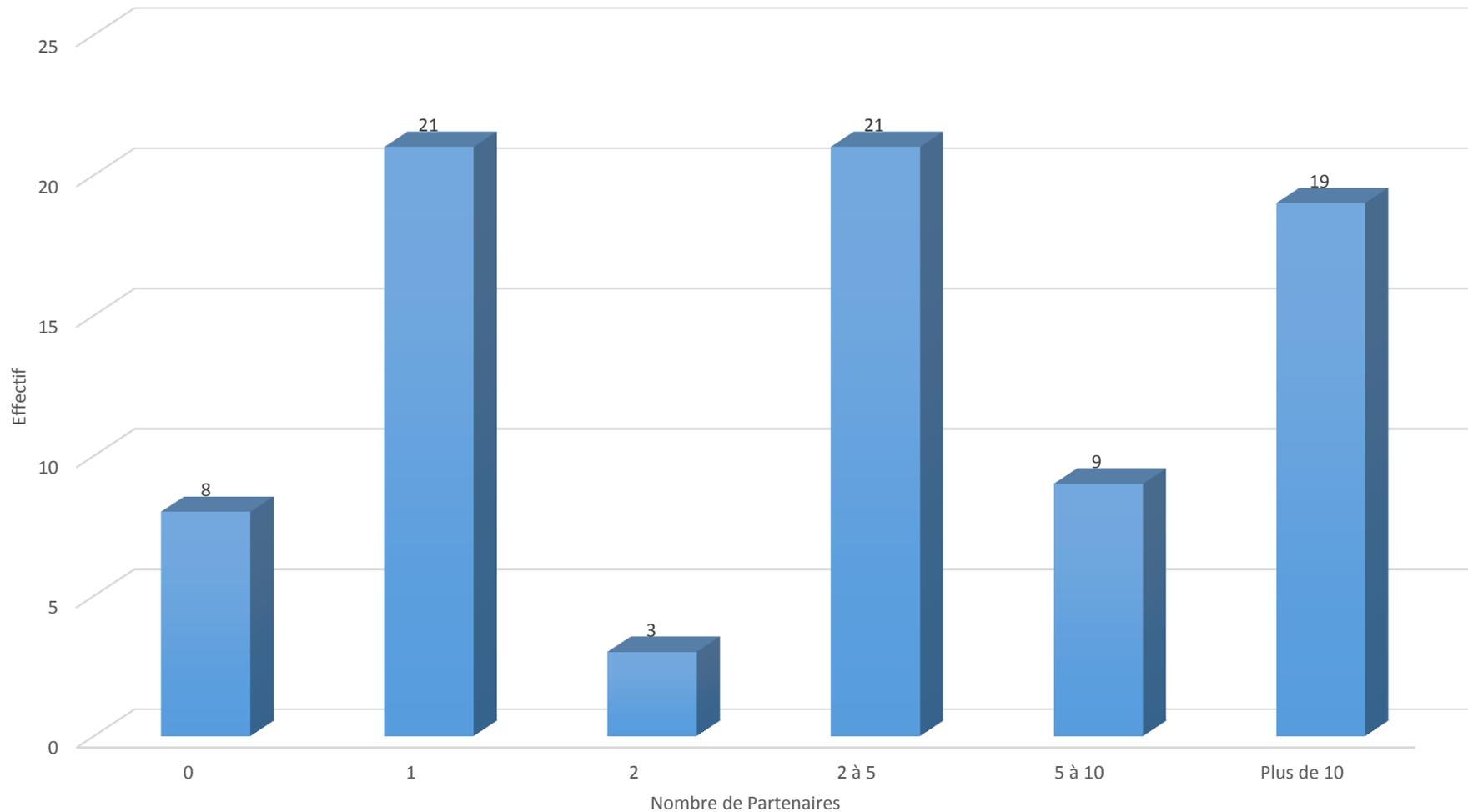


Résultats

Vie sexuelle et dépistage

- ▶ **19,8 %** : jamais dépistés vis-à-vis du VIH
- ▶ 21 % : ne connaissent pas leur statut sérologique
- ▶ 63 % : dépistage une fois ou moins d'une fois par an
- ▶ 23 % : plus de 10 partenaires dans les 6 derniers mois
- ▶ 41 célibataires : 29 % se protègent à chaque rapport

Nombre de partenaires les 6 derniers mois



Résultats

Utilisateurs de l' autotest

- ▶ 7 utilisateurs (8,6%)
- ▶ Tous déjà dépistés vis-à-vis du VIH
- ▶ Connaissaient leur statut sérologique
- ▶ Dépistage régulier
- ▶ 2 utilisations dans un délai inférieur à 3 mois après rapport à risque
- ▶ Raisons principales de l'utilisation :
 - ▶ Résultats rapides
 - ▶ Réalisation facile
 - ▶ Discrétion

Résultats

Intention d'utilisation

- ▶ 91,4% n'avaient jamais utilisé l'autotest
- ▶ 23 % ne connaissaient pas
- ▶ 63,5% susceptibles de l'utiliser
- ▶ Raisons du refus :
 - ▶ Prix trop élevé
 - ▶ Absence d'accompagnement
 - ▶ Satisfaction des méthodes habituelles

Résultats

Comparaison

Personnes ne souhaitant pas utiliser l'autotest

- ▶ 7,4 % jamais dépistés
- ▶ 59,3 % de dépistages en CDAG
- ▶ 7,4 % ne connaissaient pas leur statut sérologique
- ▶ 28 % : dépistage moins d'une fois par an

Personnes souhaitant l'utiliser

- ▶ 29,8 % jamais dépistés
- ▶ 37,9 % de dépistage en CDAG
- ▶ 38,3 % ne connaissaient pas leur statut sérologique
- ▶ 42 % dépistage moins d'une fois par an

Résultats

Avis général

- ▶ 85 % : information insuffisante dans les médias
- ▶ 87,7 % : estiment le counseling important
- ▶ 61,7% : satisfaction des méthodes habituelles de dépistage
- ▶ 64 % : délai de 3 mois non satisfaisant

Discussion

Points forts

- ▶ Diffusion élargie sur l'ensemble de la région
- ▶ Parmi les premières études depuis la commercialisation de l'autotest
- ▶ Répond à l'objectif

Biais et limites

- ▶ Effectif faible malgré une large diffusion
- ▶ Population (intérêt pour le sujet)
- ▶ Questionnaire uniquement en ligne

Discussion

- ▶ Un certain intérêt pour l'autotest
- ▶ Campagne médiatique insuffisante
- ▶ Utilisation et intention d'utilisation : des profils différents
- ▶ Coût
- ▶ « Window period »

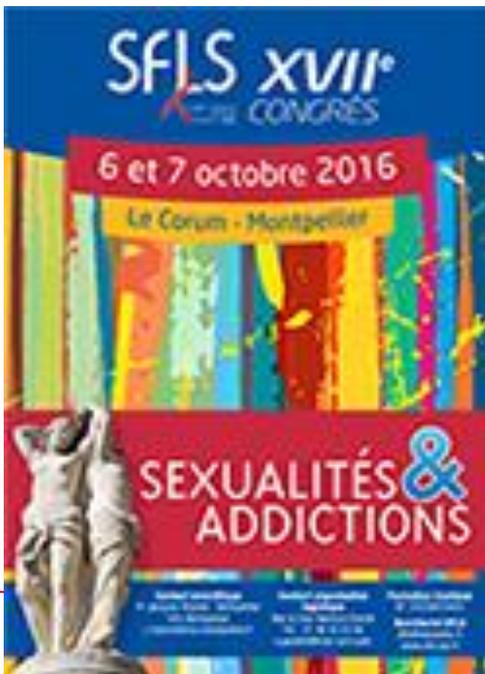
Conclusion

- ▶ Nécessité d'insister sur l'importance du dépistage et des techniques proposées notamment en médecine générale (opportunités manquées)
- ▶ Outil intéressant et bien accepté
- ▶ Devenir des patients testés positifs ?
- ▶ Intérêt d'une diffusion ciblée et gratuite



Sexualités et addictions :

Retour sur le congrès de la SFLS



Audrey BOUMIER,
coordinatrice du COREVIH Pays de la Loire



CORE VIH
Pays de la Loire





Rapport Morlat 2016 :

Des nouveautés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Dr. Valérie RABIER, CHU d'Angers

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Congrès de la SFLS - 7 octobre 2016
Philippe Morlat pour le groupe d'experts



GROUPE D'EXPERTS VIH 2016

Arnaud BLANC
Fabrice BONNET
Françoise BRUN-VEZINET
Dominique COSTAGLIOLA
François DABIS
Pierre DELOBEL
Albert FAYE
Hugues FISCHER
Cécile GOUJARD
Marlène GUILLON
Bruno HOEN
Marianne l'HENAFF

Olivier LORTHOLARY
Laurent MANDELBROT
Sophie MATHERON
Philippe MORLAT
Lionel PIROTH
Isabelle POIZOT-MARTIN
David REY
Christine ROUZIOUX
Anne SIMON
Anne-Marie TABURET
Pierre TATTEVIN

Déclarations publiques d'intérêts sur <http://www.cns.sante.fr>

Avantages en nature sur <https://www.transparence.sante.gouv.fr>

Commission « Traitement antirétroviral »

Sous la direction du Professeur Bruno HOEN, CHU Pointe à Pitre

F. BONNET, *CHU Bordeaux*

C. DELAUGERRE, *CHU Saint-Louis, Paris*

P. DELOBEL, *CHU Toulouse*

C. GOUJARD, *CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre*

M. L'HÉNAFF, *TRT-5, ARCAT, Paris*

H. FISCHER, *TRT-5, Act Up, Paris*

M. GUILLON, *CERDI - UMR CNRS Université d'Auvergne*

D. REY, *CHU Strasbourg*

C. ROUZIOUX, *CHU Necker-Enfants malades, Paris*

A-M. TABURET, *CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre*

P. TATTEVIN, *CHU Rennes*

Congrès de la SFLS - 7 octobre 2016

Philippe Morlat pour le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte asymptomatique

Initiation d'un premier traitement antirétroviral
chez l'adulte asymptomatique

Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Initiation d'un traitement antirétroviral chez l'adulte asymptomatique

- Il est recommandé d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4, y compris s'il est $> 500 /\text{mm}^3$ (AI)
- L'initiation précoce du traitement ARV est associée à plusieurs bénéfices dont le patient doit être informé :
 - cliniques : réduction des comorbidités associées à l'infection par le VIH (AI)
 - immunologiques (BII)
 - réduction du risque de transmission du VIH (AI)
- Lorsque le niveau de lymphocytes CD4 est $> 500/\text{mm}^3$ et stable, l'introduction du traitement ARV peut être différée en cas de non-adhésion immédiate du patient au projet thérapeutique

Options recommandées pour l'initiation d'un premier traitement ARV

| 2 INTI | INNTI | Nb cp/ Nb prises par jour | Commentaires |
|---|----------------------------------|---------------------------------|---|
| TénofovirDF/Emtricitabine 245/200 mg x 1 | Rilpivirine 25 mg x 1 | 1/1 | Uniquement si CV < 5 log copies/ml. Précaution si CD4 < 200/mm ³ Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale. Prise au cours d'un repas. Association à un IPP contre-indiquée |
| 2 INTI | INI | | Commentaires |
| TénofovirDF/Emtricitabine 245/200 mg x 1 | Dolutégravir 50 mg x 1 | 2/1 | Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale. Peu d'interactions médicamenteuses avec le dolutégravir |
| Abacavir/Lamivudine 600/300 mg x1 | Dolutégravir 50 mg x 1 | 1/1 | Uniquement si HLA-B*5701 négatif Peu d'interactions médicamenteuses avec le dolutégravir |
| TénofovirDF/Emtricitabine 245/200 mg x 1 | Elvitégravir/C 150/150 mg x 1 | 1/1 | Association contre-indiquée si clairance de la créatinine < 70 ml/min. Précaution si clairance de la créatinine < 90 ml/min. Surveillance rénale. Interactions médicamenteuses avec cobicistat |
| TénofovirDF/Emtricitabine 245/200 mg x 1 | Raltégravir 400 mg x 2 | 3/2 | Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale. Pas d'interaction médicamenteuse avec le raltégravir |
| 2 INTI | IP/r | | Commentaires |
| TénofovirDF/Emtricitabine 245/200 mg x1 | Darunavir/r 800/100 mg x 1 | 3/1 | Intérêt particulier dans les indications suivantes : - immunodépression avancée - charge virale plasmatique élevée - nécessité d'entreprendre un traitement sans délai - femme enceinte Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min. Surveillance rénale. Interactions médicamenteuses avec le ritonavir |

Initiation d'un premier traitement antirétroviral
chez l'adulte asymptomatique

Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Modifications significatives des recommandations (1)

- La réalisation d'un test génotypique incluant la recherche de mutations de résistance dans le gène de l'intégrase est recommandée avant l'initiation du premier traitement ARV (**AII**) et cette recherche doit être inscrite sur la liste des actes remboursés par la sécurité sociale
- Le groupe d'experts a décidé de ne plus retenir ATV/r dans les options préférentielles comme 3^{ème} agent d'une première trithérapie car il est moins bien toléré que DRV/r à court, moyen et long terme et n'apporte pas de bénéfice en termes d'efficacité ou de simplicité par rapport à DRV/r
- Le groupe d'experts a décidé de ne plus retenir EFV dans les options préférentielles comme 3^{ème} agent d'une première trithérapie compte-tenu de la disponibilité de plusieurs autres choix en 1 comprimé/jour, avec des profils de tolérance plus favorables et une efficacité équivalente ou supérieure

Initiation d'un premier traitement antirétroviral
chez l'adulte asymptomatique

Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Modifications significatives des recommandations (2)

- Si on choisit un INNTI comme 3^{ème} agent pour l'instauration d'un premier traitement ARV, il est recommandé d'utiliser la rilpivirine, à condition que la CV avant l'initiation du traitement soit inférieure à 5 log c/ml
- L'association raltégravir + darunavir/r en initiation de traitement antirétroviral peut constituer une alternative lorsque les INTI ne sont pas utilisables (par exemple HLA B*5701 et insuffisance rénale)

Initiation d'un premier traitement antirétroviral
chez l'adulte asymptomatique

Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Coût des différentes associations d'antirétroviraux recommandées

| Associations recommandées - Noms commerciaux (DCI) | Coût mensuel (€) | Coût annuel (€) |
|--|------------------|-----------------|
| Eviplera® (ténofovirDF/emtricitabine + rilpivirine) | 681,90 | 8 183 |
| Truvada®+Prezista®/Norvir® (ténofovirDF/emtricitabine+darunavir/r) | 869,66 | 10 423 |
| Triumeq® (abacavir/lamivudine + dolutégravir) | 928,43 | 11 141 |
| Kivexa® + Isentress® (abacavir/lamivudine + raltégravir) | 950,33 | 11 404 |
| Stribild® (ténofovirDF/emtricitabine/elvitégravir/cobicistat) | 977,09 | 11 725 |
| Truvada® + Isentress® (ténofovirDF/emtricitabine + raltégravir) | 1020,33 | 12 240 |
| Truvada® + Tivicay® (ténofovirDF/emtricitabine + dolutégravir) | 1060,30 | 12 724 |

Initiation d'un premier traitement antirétroviral
chez l'adulte asymptomatique

Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Principes et règles à respecter

- Tous les principes et règles des recommandations de 2015 sont maintenus

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Bruno Hoen

**PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH**
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Principes et règles à respecter (1)

- **Historique des traitements antirétroviraux**
 - Echecs virologiques antérieurs
 - ATCD d'intolérance et d'allergie à des ARV prescrits antérieurement
 - Ré-analyse de tous les tests génotypiques de résistance réalisés antérieurement avec les algorithmes les + récents (génotype cumulé)
- **Situations à risque d'échec virologique en cas de réduction du nombre d'ARV actifs**
 - Durée de traitement préalable
 - une diminution du nombre d'ARV ne devrait pas être réalisée au cours des 24 premiers mois d'un trt initié en phase chronique
 - Lorsque le traitement a été initié au moment de la primo-infection, une diminution du nombre d'ARV n'est pas souhaitable
 - Blip ou charge virale <50 copies/ml mais avec signal détectable
 - *Charge virale ADN-VIH élevée*

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Bruno Hoen

Principes et règles à respecter (2)

- **Situations particulières**

- Prendre en compte le risque lié à l'arrêt un médicament ayant une bonne diffusion cérébrale en cas d'antécédent d'encéphalite
- Rechercher systématiquement un polymorphisme sur le codon 138 en cas de switch vers une association intégrant la rilpivirine
- Si infection chronique par le VHB ne pas arrêter un ARV actif sur le VHB (TDF, FTC ou 3TC), ou discuter l'introduction d'entécavir

- **Suivi après un changement de traitement antirétroviral**

- Tolérance clinique et biologique évaluée à M1
- CV VIH plasmatique contrôlée à M1 et M3
- Si efficacité et tolérance confirmées à M3, reprise du suivi semestriel

Recommandation : en raison du nombre de paramètres à prendre en compte, il est recommandé que les décisions de modification de traitement dans les situations complexes soient prises au cours de réunions de concertation pluridisciplinaire [AIII]

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Bruno Hoen

Principes et règles à respecter

- Tous les principes et règles des recommandations de 2015 sont maintenus

Nouveautés 2016

- L'optimisation d'un traitement antirétroviral chez un patient en succès immunovirologique a pour objectif d'individualiser le traitement pour gagner en tolérance et/ou simplicité d'administration et prévenir la toxicité de certains médicaments tout en maintenant l'efficacité immunovirologique
- Le groupe d'experts recommande que cette réflexion sur l'optimisation du traitement antirétroviral se fasse une fois par an à l'occasion du bilan annuel de synthèse
- Plusieurs options d'optimisation et allègement du traitement antirétroviral permettent de s'affranchir du dogme de la trithérapie obligatoire à condition de respecter les principes et règles de sécurité rappelées dans ce chapitre
- L'indication de la réalisation d'un test génotypique de résistance sur l'ADN-VIH cellulaire doit être prise en RCP. Dans ces conditions, ce test doit être inscrit sur la liste des actes remboursés par la sécurité sociale
- La mesure de la charge virale cellulaire ADN-VIH peut être demandée au cas pas cas pour étayer une décision d'allègement thérapeutique, même si elle n'est pas inscrite sur la liste des actes biologiques remboursés par la sécurité sociale

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Options pour simplifier la prise du traitement ARV (1)

- Diminution du nombre de prises et/ou de comprimés
 - Switch de IP/r en 2 prises par IP/r 1 prise (DRV/r ou ATV/r)
 - Switch de RAL + TDF/FTC par EVG/c/TDF/FTC
 - Switch de IP/r + TDF/FTC par EVG/c/TDF/FTC
 - Switch de INNTI + 2 INTI par EVG/c/TDF/FTC
 - Switch de IP/r + TDF/FTC par RPV/TDF/FTC

 - Switch d'une trithérapie efficace par ABC/3TC/DTG
- Réduction de dose
 - INNTI + 2 INTI : diminution de la dose d'EFV de 600 mg/j à 400 mg/j

 - IP/r + INTI :
diminution de la dose d'IP ?

Schéma thérapeutique possible
Schéma possible mais contraignant
Evaluation en cours

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Bruno Hoen

Options pour simplifier la prise du traitement ARV (2)

- diminution du nombre d'antirétroviraux
 - **Monothérapie d'IP/r (uniquement avec DRV/r)**
 - Switch de trithérapie vers une bithérapie
 - **LPV/r + 3TC**
 - **ATV/R + 3TC**
 - **DRV/r + 3TC**
 - **DTG + 3TC**
 - **INI + INNTI**
 - **RAL + MVC**
 - **IP/r + RAL**
- « dé-boost »
retrait du ritonavir en association avec atazanavir
- diminution du nombre de jours de traitement
prises discontinues (5 jours/7), ARV à longue durée d'action

Schéma thérapeutique possible

Schéma possible mais de façon restreinte

Evaluation en cours

Schéma thérapeutique non recommandé

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Bruno Hoen

Nouvelles options de switch en 2016

- Diminution du nombre d'ARV
 - Switch de 2 INTI + 1 IP/r vers DRV/r + RPV
 - **Monothérapie par Dolutégravir**
- Diminution du nombre de jours de traitement
 - 4 ou 5 jours consécutifs/7
- Remplacement de TDF par TAF

Schéma thérapeutique possible

Schéma possible, au cas par cas

Médicament non encore disponible

Schéma thérapeutique non recommandé

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Modification du traitement ARV et réduction des coûts

- Le groupe d'experts recommande de [BIII]:
 - favoriser, lors de la réflexion en vue d'un changement de traitement, la prescription des associations d'ARV les moins coûteuses, lorsqu'à l'issue d'un choix basé sur les critères d'efficacité, de tolérance et de facilité de prise, plusieurs options restent possibles
 - proposer aux PVVIH, dont la situation individuelle le permet, des switches dans un objectif de réduction des coûts, sous réserve :
 - d'explicitier clairement au patient la motivation du changement et les éventuelles contraintes de prise en résultant
 - de recueillir sa pleine adhésion à cette attitude.
 - mettre en place des actions sensibilisant les différents acteurs (PVVIH, médecins, pharmaciens, soignants) au coût des traitements ARV et des études ayant pour objectif de démontrer la non-infériorité de traitements moins onéreux

Prise en charge des situations d'échec virologique

Prise en charge des situations d'échec virologique
Bruno Hoen

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Evaluation de la situation d'échec

- Dans l'évaluation d'une situation d'échec virologique, en cas d'échec d'amplification de l'ARN VIH plasmatique, on peut envisager, après concertation avec le virologue, **la réalisation d'un test génotypique de résistance sur l'ADN VIH dans les cellules du sang périphérique**. Le profil de mutations de résistance effectué à partir de l'ADN-VIH est toutefois moins informatif que celui obtenu en cumulant l'ensemble des tests génotypiques de résistance effectués à partir du virus plasmatique lors des échecs précédents
 - On doit donc tenir compte des mutations identifiées mais on ne peut exclure l'existence de mutations non détectées (mauvaise valeur prédictive négative)
 - Il est indispensable de tenir compte des résultats de tous les tests génotypiques de résistance réalisés antérieurement (génotype cumulé)
 - Les résultats des tests génotypiques de résistance antérieurs doivent être réinterprétés à l'aide de l'algorithme le plus récent de l'AC11 de l'ANRS

Place des INTI dans le traitement ARV de rattrapage d'un échec virologique

- En cas de multirésistance aux INTIs (≥ 3 TAM + M184V), il peut persister une activité résiduelle de l'abacavir et du ténofovir. Toutefois, le maintien d'INTI en cas de multirésistance à cette classe d'antirétroviraux ne se justifie pas lorsqu'au moins trois autres antirétroviraux pleinement actifs sont disponibles
- Avant d'arrêter un INTI actif sur le VHB (lamivudine/emtricitabine, et surtout ténofovir), il est impératif de vérifier le statut VHB du patient

Réplication virale résiduelle localisée à un compartiment anatomique

- Réplication virale résiduelle dans le système nerveux central
 - Une réplication virale résiduelle dans le LCR est définie par une CV détectable dans le LCR alors que la CV plasmatique est indétectable
 - Dans cette situation, le profil de mutations de résistance et le tropisme du VIH dans le SNC peuvent être différents de celui observé dans le compartiment sanguin
 - Les ARV suivants peuvent avoir un intérêt dans ces situations
 - INTI : abacavir, zidovudine (en l'absence d'autre choix possible)
 - INNTI : névirapine
 - IP/r : darunavir
 - INI : raltégravir, dolutégravir
 - Antagonistes de CCR5 : maraviroc (si tropisme R5 dans le LCR)
- Réplication virale résiduelle dans le compartiment génital
 - Des cas exceptionnels de discordance sang/sperme avec une CV élevée dans le sperme de façon prolongée ont été rapportés
 - En allègement thérapeutique, mis à part la monothérapie de DRV/r pour laquelle les données virologiques sont rassurantes, la survenue d'une réplication virale résiduelle dans le compartiment génital ne peut être exclue

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Congrès de la SFLS - 7 octobre 2016

Primo-infection – Cécile Goujard et groupe d'experts



Commission « Primo-infection à VIH »

Sous la direction de C GOUJARD, CHU Bicêtre

A. CHERET, *CHU Bicêtre*

C. LASCOUX-COMBE, *CHU Saint-Louis*

A. LE PALEC, *TRT 5, Sida info service*

L. MEYER, *CHU Bicêtre*

L. MORAND-JOUBERT, *CHU Saint Antoine*

J.PACANOWSKI, *CHU Saint Antoine*

C.ROUZIOUX, *CHU Necker-Enfants malades*

Contexte épidémiologique

L'épidémie VIH reste active en France, avec:

- Une estimation de **6900** nouvelles infections (2012) qui **ne diminue pas** depuis 2007
- Une insuffisance de diagnostics au moment de la primo-infection: **11% seulement des découvertes de séropositivité** (N= 6584 nouveaux cas en 2014)
- Une insuffisance de diagnostics à un stade précoce (1) test d'infection récente (infection < 6 mois) ou (2) primo-infection ou > 500 CD4/mm³: 25% et 39% des nouveaux cas
- Des **diagnostics plus précoces chez les HSH** que dans les autres groupes de transmission

Diagnostic virologique

- Le diagnostic d'une primo-infection par le VIH est une **urgence virologique**, évoqué devant
 - Test ELISA négatif avec une forte suspicion clinique ou d'exposition;
 - Test ELISA avec ≤ 5 bandes sur le Western blot;
- **La charge virale ARN-VIH devient l'examen clef du diagnostic de primo-infection** et les résultats doivent pouvoir être obtenus en moins de 48 heures
- **La recherche de l'antigène p24 ne doit plus être prescrite pour la confirmation du diagnostic de primo-infection**
- Les **autotests** et **tests rapides (TROD)** peuvent être pris en défaut pour le diagnostic de primo-infection: ils peuvent être négatifs en infection aiguë (Western blot négatif) et se positivent inconstamment en infection récente (Western blot indéterminé, ≤ 5 bandes)
- Le dépistage d'une personne recevant une **PrEP** repose sur le test ELISA et la PCR VIH

Résistance aux ARV du VIH au moment de la primo-infection

La fréquence de mutations de résistance aux ARV observée sur les virus des patients en primo-infection est stable ces dernières années, avec en 2014, une fréquence de virus ayant au moins une mutation de résistance de **9,3%**, avec :

- Résistance INTI: 4,3%
- Résistance INNTI: 8,4% (dont 6% à rilpivirine ou étravirine)
- Résistance IP: 2,4%
- Résistance INI: 2,7% (mutations E157Q et R263K)

Indications et modalités du traitement antirétroviral

Tout patient diagnostiqué en primo-infection VIH relève d'un **traitement antirétroviral rapide** (au mieux 24-48h) associant

- 2 INTI
 - TDF/FTC
- 3^{ème} agent
 - IP/r (darunavir/ritonavir, 800/100 mg)
 - INI (dolutégravir)
- Ce choix est fait en l'absence des résultats du typage HLA-B*5701 et du test génotypique de résistance aux ARV
- Le traitement sera adapté selon ces résultats

Indications et modalités du traitement antirétroviral

Situations particulières

- Grossesse : TDF/FTC associé à darunavir/ritonavir (800/100 mg) ou **raltégravir** (dont la tolérance pendant la grossesse est mieux connue qu'avec les autres INI); le traitement sera intensifié en cas de primo-infection pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse (TDF/FTC + IP/r + raltégravir ou enfuvirtide)
- Primo-infection au cours d'une PrEP: TDF/FTC associé à IP/r ou INI en attendant le résultat du test génotypique de résistance
- Primo-infections **VIH et VHC** concomitantes: traiter le **VIH en priorité**, en tenant compte d'éventuelles anomalies hépatiques

Objectifs du traitement antirétroviral rapide

Le traitement antirétroviral doit être initié rapidement après la confirmation du diagnostic de primo-infection avec des objectifs:

- Cliniques : amélioration rapide des symptômes;
- Virologiques : diminution des réservoirs sanguins d'autant plus rapide que le traitement est initié tôt;
- Immunologiques : préservation du taux de lymphocytes TCD4 et restauration immune avec obtention d'un ratio CD4/CD8 >1 d'autant plus fréquentes que le traitement est initié plus tôt;
- Épidémiologiques : diminution du risque de transmission sexuelle, sanguine et mère-enfant

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Congrès de la SFLS - 7 octobre 2016
Infection VIH 2 - Diversité des VIH 1
Sophie Matheron et groupe d'experts



Commission

« Infection VIH-2 / Diversité des VIH-1 »

Sous la direction de S. MATHERON, CHU Bichat-Claude Bernard, Paris

- F. BARIN, *CHU Tours*
- F. BRUN-VEZINET, *CHU Bichat-Claude Bernard*
- M.-L. CHAIX, *CHU Necker-Enfants malades*
- F. DAMOND, *CHU Bichat-Claude Bernard*
- H. FISCHER, *TRT-5, Act-Up*
- J.-C. PLANTIER, *CHU Rouen*
- F. SIMON, *CHU Saint-Louis-Lariboisière*

Infection par le VIH-2 (1)

Le groupe d'experts recommande:

- d'initier le traitement,
 - chez tous les patients symptomatiques
 - **chez les patients asymptomatiques avec**
 - **CD4 < 500/mm³**
 - **ou diminution annuelle de CD4 > 30/mm³**
 - **ou charge virale plasmatique détectable**
 - **ou âge > 40 ans**
 - **ou comorbidités**
- de contrôler la charge virale plasmatique et le nombre de lymphocytes CD4 tous les 6 mois chez les patients asymptomatiques sans indication au traitement.
- de prescrire systématiquement un **traitement préventif de la transmission mère-enfant.**

Infection par le VIH-2 (2)

- de réaliser systématiquement un **génotype RT, protéase, intégrase** avant de débiter le traitement
- de choisir comme traitement de première ligne **2 INTI +1 IP/r (darunavir/r) ou 1 INI**
- en cas d'échec thérapeutique;
 - d'appliquer la stratégie de gestion validée pour VIH-1 (*observance, dosage plasmatique, génotype (TI, protéase, tropisme, et intégrase si 2^{ème} ligne d'INI*)
 - Les VIH 2 sont naturellement **résistants aux INNTI et à l'enfuvirtide** mais sont **sensibles aux anti-CCR5** en cas de tropisme viral R5 documenté
- de continuer d'inclure les patients dans la cohorte nationale ANRS CO5 pour améliorer les connaissances.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Congrès de la **SFLS** - 7 octobre 2016

Résistance au VIH 1

F Brun-Vezinet et groupe d'experts



Commission

« Résistance du VIH-1 aux antirétroviraux »

Sous la direction de F. BRUN-VÉZINET, CHU Bichat-Claude-Bernard

- V. CALVEZ, *CHU Pitié-Salpêtrière*
- M-L. CHAIX, *CHU St Louis-Lariboisière,*
- D. COSTAGLIOLA, *INSERM U 943 et université Paris-6*
- C. DELAUGERRE, *CHU Saint-Louis*
- D. DESCAMPS, *CHU Bichat-Claude-Bernard*
- J. IZOPET, *CHU Toulouse*
- M. L'HÉNAFF, *TRT-5, ARCAT*
- A-G. MARCELIN, *CHU Pitié-Salpêtrière,*
- S. MATHERON, *CHU Bichat-Claude-Bernard,*
- G. PEYTAVIN, *CHU Bichat-Claude-Bernard,*
- C. ROUZIOUX, *CHU Necker-Enfants-malades*

Congrès de la SFLS - 7 octobre 2016

F Brun-Vezinet et groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

RECOMMANDATIONS (1)

- Prescrire un test génotypique de résistance lors du diagnostic de l'infection à VIH (AII), ou sur le dernier prélèvement disponible avant de débuter le traitement (AII) ;
- Analyser les gènes de la RT, protéase et **intégrase** sur ce premier prélèvement
- Rendre le premier résultat du génotype de résistance accompagné de l'identification du sous-type de VIH-1 (AII) ;
- Prescrire un test génotypique de résistance en cas d'échec virologique en s'assurant que le patient était sous traitement antirétroviral au moment du prélèvement (AI) ;
- Choisir le traitement de relais le plus souvent possible lors de concertation multidisciplinaire associant cliniciens, virologues et pharmacologues ;

RECOMMANDATIONS (2)

- Prescrire un test de détermination génotypique du tropisme uniquement quand la prescription d'antagonistes de CCR5 est envisagée (AI), sur l'ARN ou l'ADN VIH selon la situation ;
- Demander la réinterprétation des résultats des anciens tests génotypiques avec l'algorithme le plus récent en cas de changement de traitement et de tenir compte de l'analyse des génotypes cumulés (AII) ;
- Des **recommandations sur l'intérêt de la détection des populations résistantes minoritaires ne peuvent pas être formulées** dans l'état actuel des connaissances (BIII).

Nouveauté : génotype de résistance dans l'ADN cellulaire

Les tests génotypiques de résistance effectués à partir de l'ADN-VIH des PBMC peuvent apporter des informations :

- Chez des patients en succès virologique et pour lesquels la question d'un changement de traitement se pose, si aucun résultat sur le plasma n'est disponible, ou pour identifier des mutations non recherchées sur des tests génotypiques antérieurs (ex : rilpivirine et étravirine)
- Chez un **nouveau-né infecté** par voie materno-foetale et sous traitement et n'ayant pas eu de test sur plasma,
- Chez un **sujet en primo- infection** et sous traitement et n'ayant pas eu de test sur plasma.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Congrès de la SFLS - 7 octobre 2016
AES – David Rey et groupe d'experts



Commission « Prise en charge des accidents d'exposition au sang et sexuelle chez l'adulte »

Sous la direction de D. REY, CHU Strasbourg

- D. ABITEBOUL, *GERES*
 - E. BOUVET, *CHU Bichat-Claude-Bernard*
 - E. CASALINO, *CHU Bichat-Claude-Bernard*
 - N. CHARPENTIER, *AIDES*
 - L. CUZIN, *CHU Toulouse*
 - J. GHOSN, *CHU Paris centre, site Hôtel Dieu*
 - F. LOT, *Santé Publique France*
 - A. LE PALEC, *TRT-5, Sida info service*
- Personne auditionnée:*
- C. RABAUD, *CHU Nancy*

CHOIX DES ARV (28 jours)

- **Choix préférentiel:**
 - TDF/FTC/RPV** (un comprimé/jour)
 - Bonne tolérance, simplicité de prise et coût moindre
 - Nécessité de prise alimentaire et IPP contre indiqués
- **Autres choix:**
 - TDF/FTC + darunavir 800 /r (3 comprimés en 1 prise/j)
 - TDF/FTC + raltegravir (3 comprimés en 2 prises /jour)
 - TDF/FTC/elvitegravir/c (1 comprimé/jour)

INTI: AZT/3TC (un comprimé deux fois par jour) si atteinte rénale (abacavir non recommandée en raison du risque de survenue d'hypersensibilité, le typage HLA-B*5701 ne pouvant être réalisé en urgence).



Merci

-à tous les membres du groupe et des commissions

- au CNS (Patrick Yeni, Julien Bressy, Alexandra Moussou)

- à l'ANRS (Jean-François Delfraissy)

et pour votre attention



QUESTIONS DIVERSES





COREVIH
Pays de la Loire



12h30 DEJEUNER – REPAS DE NOEL
Self du CHU de Nantes
9^{ème} étage
Aile Est

**Le COREVIH vous souhaite des joyeuses
fêtes de fin d'année !!**





COREVIH
Pays de la Loire



Menu de Noël 08.12.16



Apéritif

Kir framboise ou Cocktail sans alcool

Entrée

Foie gras de canard.

Chutney oignons, olives & pain d'épices

Plat

Suprême de pintade farci à la confiture d'Orange.

Abricots & Pruneaux.

Sauce au vinaigre de cidre

Poêlée Ardéchoise & Pommes Duchesse

Fromage + Salade

Pavé d'Affinois

Dessert

Duo de pommes spéculoos

& Clémentine



Joyeux Noël