



Plan SIDA 2010-2014

Prévention et dépistage généralisé
Traiter pour prévenir

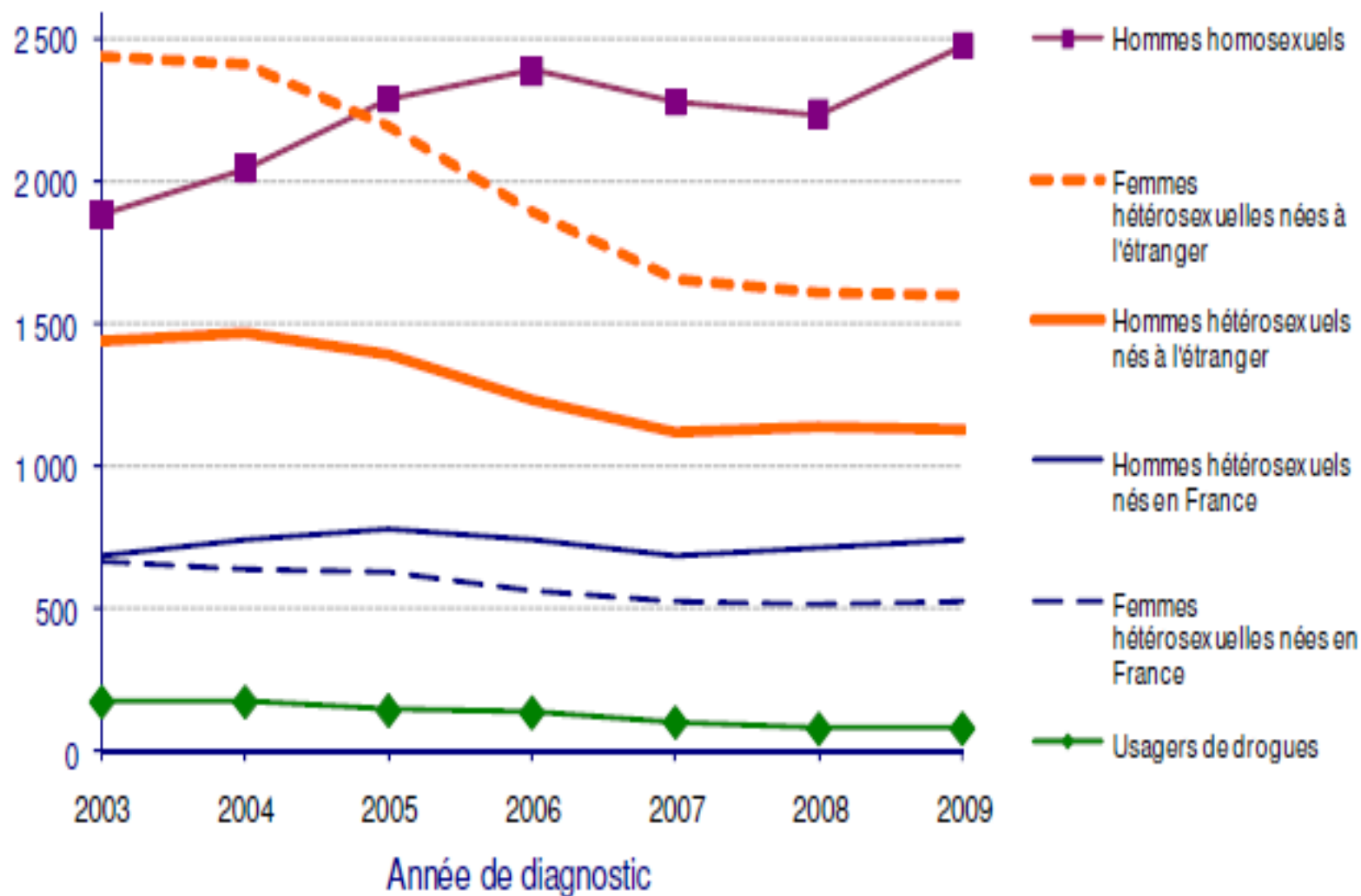
Professeur Th. MAY
Nancy, 8 octobre 2011

Constat épidémiologique

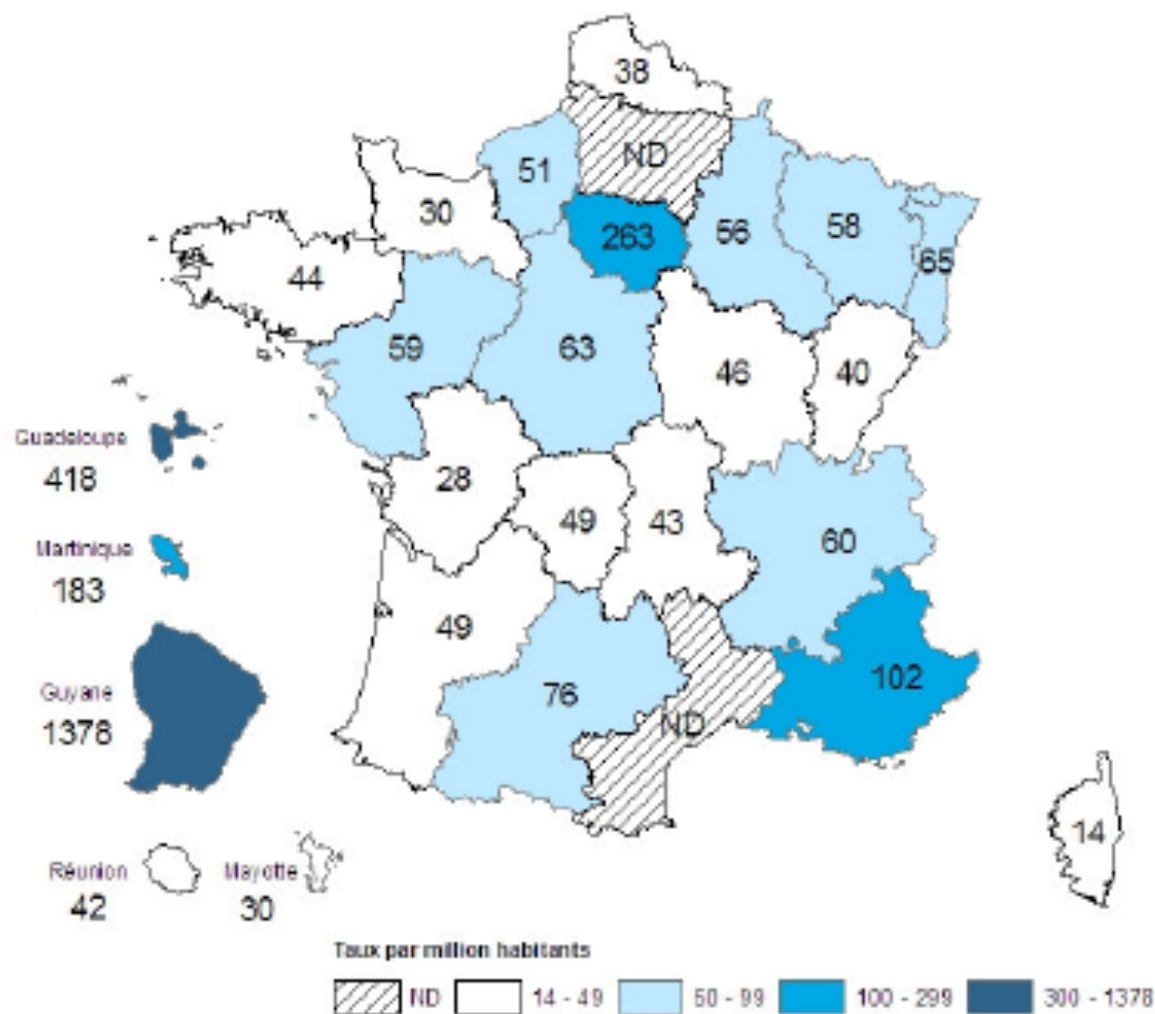


- 6.000 nouvelles contaminations/an
- 39% dépistage tardif (Sida ou CD4 < 200/mm³)
- 30.000 à 50.000 personnes seraient infectées avec méconnaissance de leur diagnostic ou non suivies à l'origine de + 2/3 des nouvelles contaminations
- Les nouveaux patients contaminés
 - **Homosexuels (50%)** (30% rapports anaux non protégés avec partenaires occasionnels)
 - **Migrants (30%)**
 - **Hétérosexuels** avec relations sexuelles non protégées hors couple

France : découvertes de séropositivité



Découvertes de séropositivité en 2009

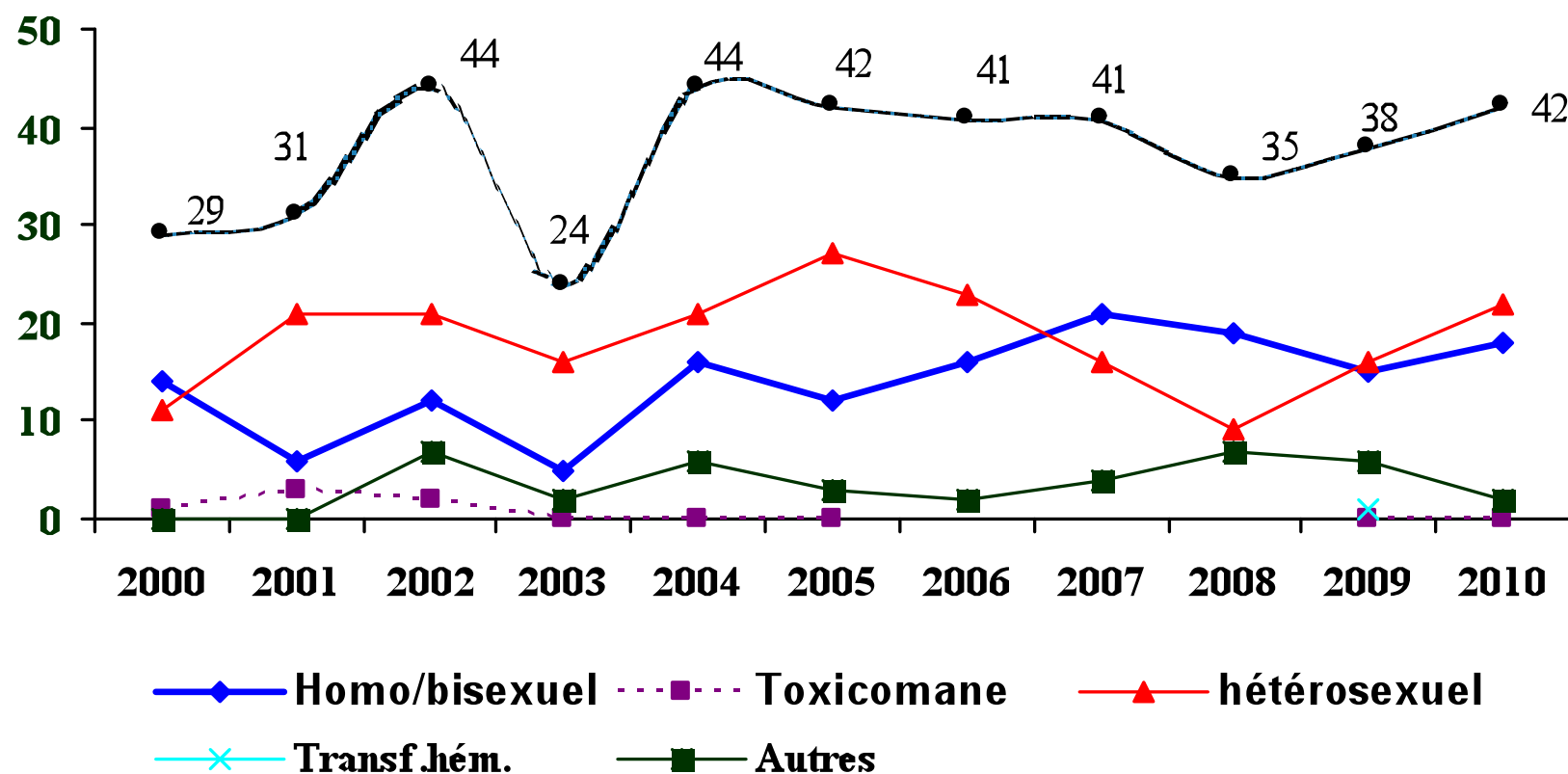


Nombre de découvertes par millions d'hab. : 103 cas/M

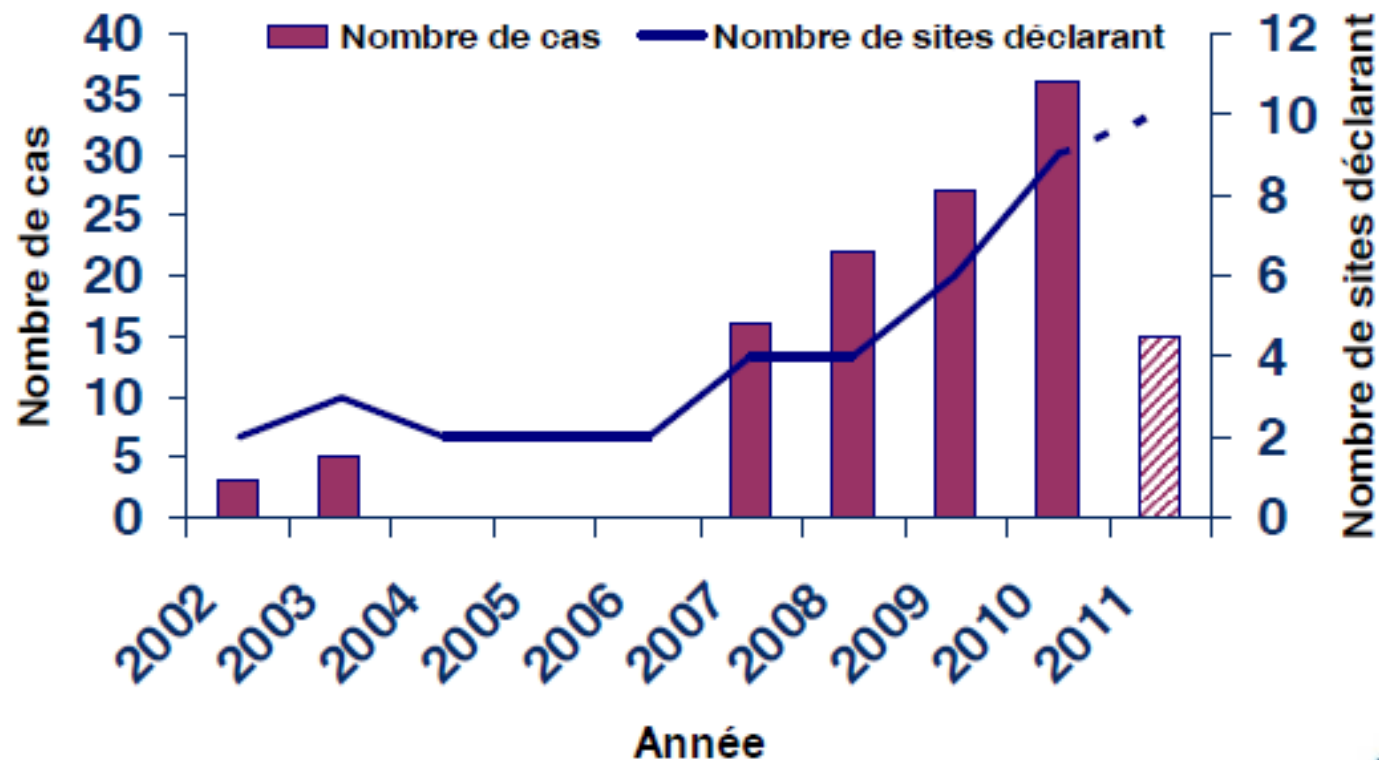
Service de Maladies Infectieuses et Tropicales - CHU Nancy



Nouvelles séropositivités



RésIST, Lorraine : Nbre de cas de syphilis déclarés et de sites participants



* Données RésIST provisoires au 31 juillet 2011

Outils de réduction de la transmission



Circoncision masculine

Préservatifs

Microbicides

Test de dépistage rapide à orientation diagnostique (TROD)

Traitement pré-exposition (PrEP)

Traitement précoce (TasP)

Traitement post exposition (TPE)

Traitement des IST

Vaccin anti-VIH



Constats sur la transmission sexuelle du VIH

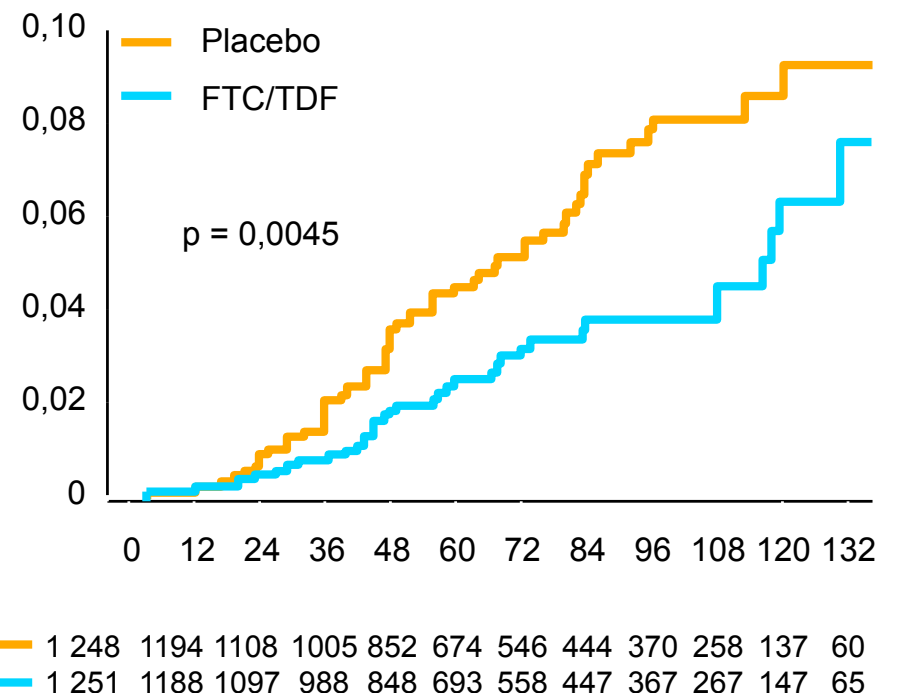
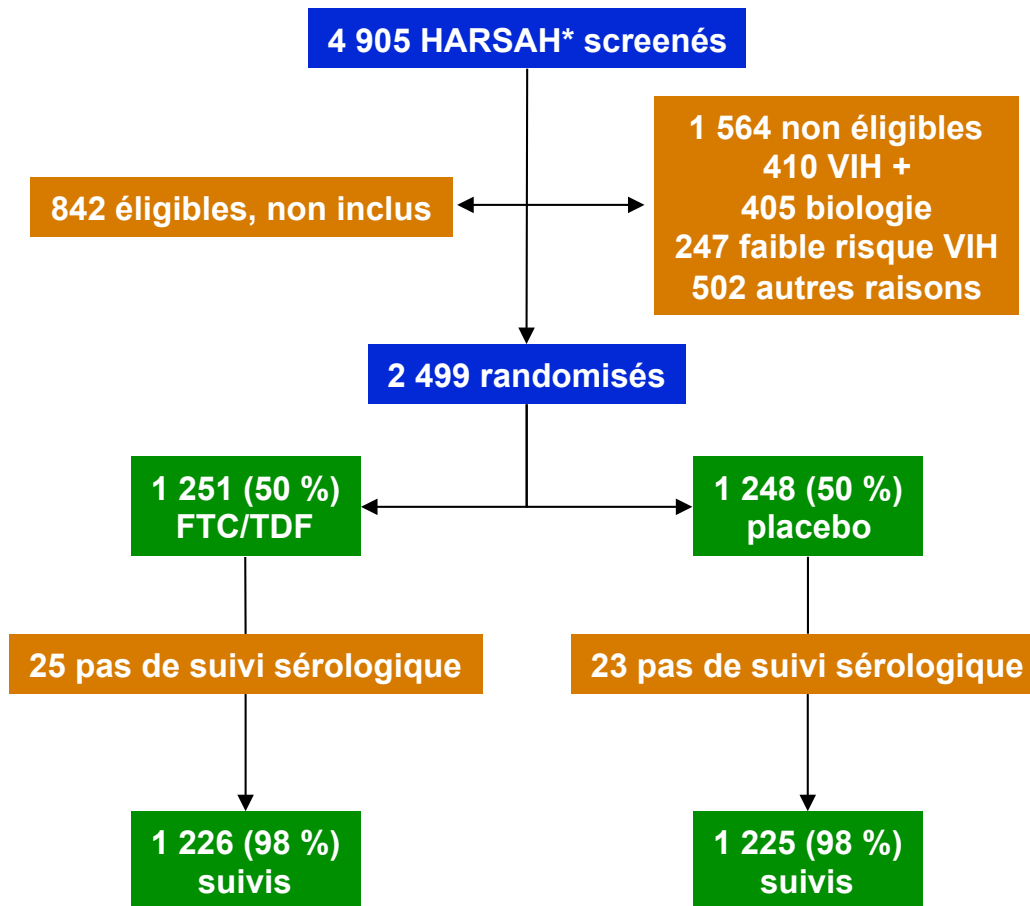


- Pas de transmission dans les couples hétérosexuels stables avec charge virale indétectable > 6 mois (recommandation suisse 01/08) (mais non validé si IST, si rapport homosexuel)
- Les patients qui se savent séropositifs limitent leur comportement à risque de contamination
 - ⇒ Bénéfice individuel et collectif du traitement en limitant la propagation du VIH
 - ⇒ Treatment as Prevention



Essai iPrEx : une nouvelle étude de preuve du concept de prophylaxie de pré-exposition (TDF/FTC par voie orale)

Schéma de l'étude



131 infections ; 83-48 = 35 infections évitées
Efficacité 42 %

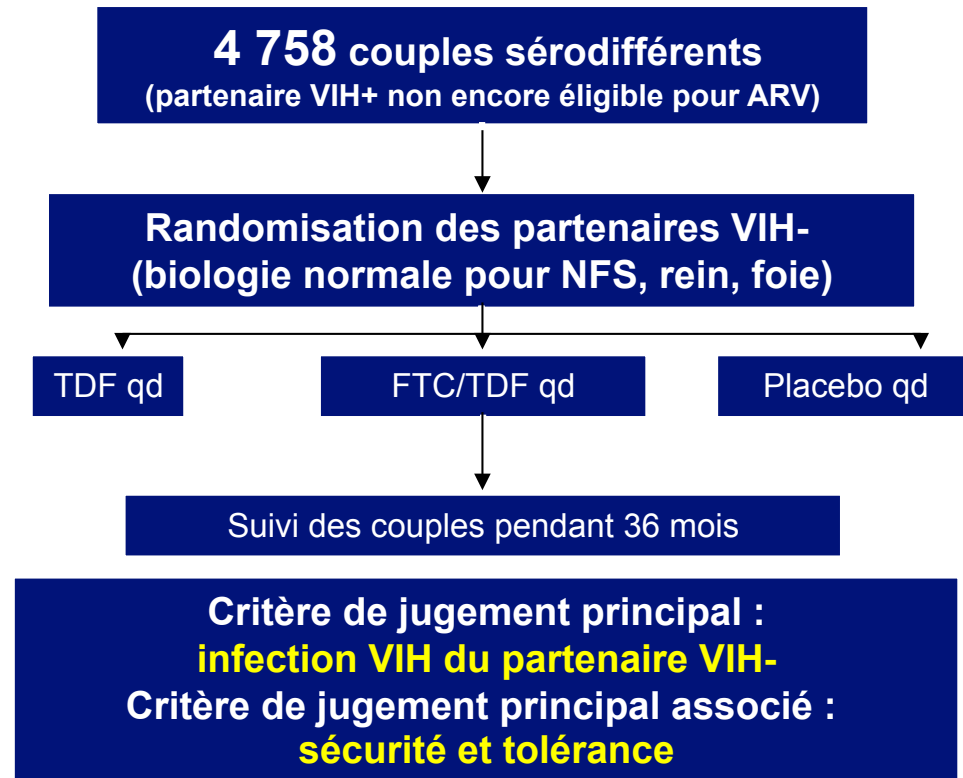
* : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Essai PrEP-Partners : PrEP chez les partenaires séronégatifs au sein de couples sérodifférents



Schéma de l'essai

- Essai randomisé double aveugle contre placebo
- Kenya et Ouganda (9 sites)
- 4 747 couples suivis
 - 38 % F – 62 % H
 - 98 % de couples mariés
 - En couple depuis 7 ans (moy)
 - Taux de suivi > 95 %
 - Taux d'observance 98 %
 - Sérologie VIH tous les mois
 - Tous les couples bénéficient d'un "paquet" prévention VIH



- 10 juillet 2011 : le comité de surveillance recommande de rendre les résultats publics et d'arrêter le bras placebo en raison de la démonstration de l'effet protecteur de la PrEP

Essai PrEP-Partners : résultats d'efficacité



Résultats d'efficacité sur l'analyse en ITT du 31 mai 2011

- 90 acquisitions du VIH
 - 12 séroconversions en cours au moment de l'inclusion
 - 78 acquisitions en cours de suivi (analyse en ITTm)

	TDF	FTC/TDF	Placebo
Nombre d'infections VIH	18	13	47
Incidence VIH /100 années-personne	0,74	0,53	1,92
Efficacité protectrice vs placebo (IC 95 %)	62 % (34 - 78)	73 % (49 - 85)	
p	0,0003	< 0,0001	

- Pas de différence d'efficacité entre TDF et FTC/TDF
- Même niveau d'efficacité chez les hommes et les femmes

Essai HPTN 052 : essai randomisé de prévention de la transmission du VIH par le traitement ARV chez des couples sérodifférents (TasP)



Couples sérodifférents stables, en bonne santé sexuellement actifs, CD4 350-550/mm³



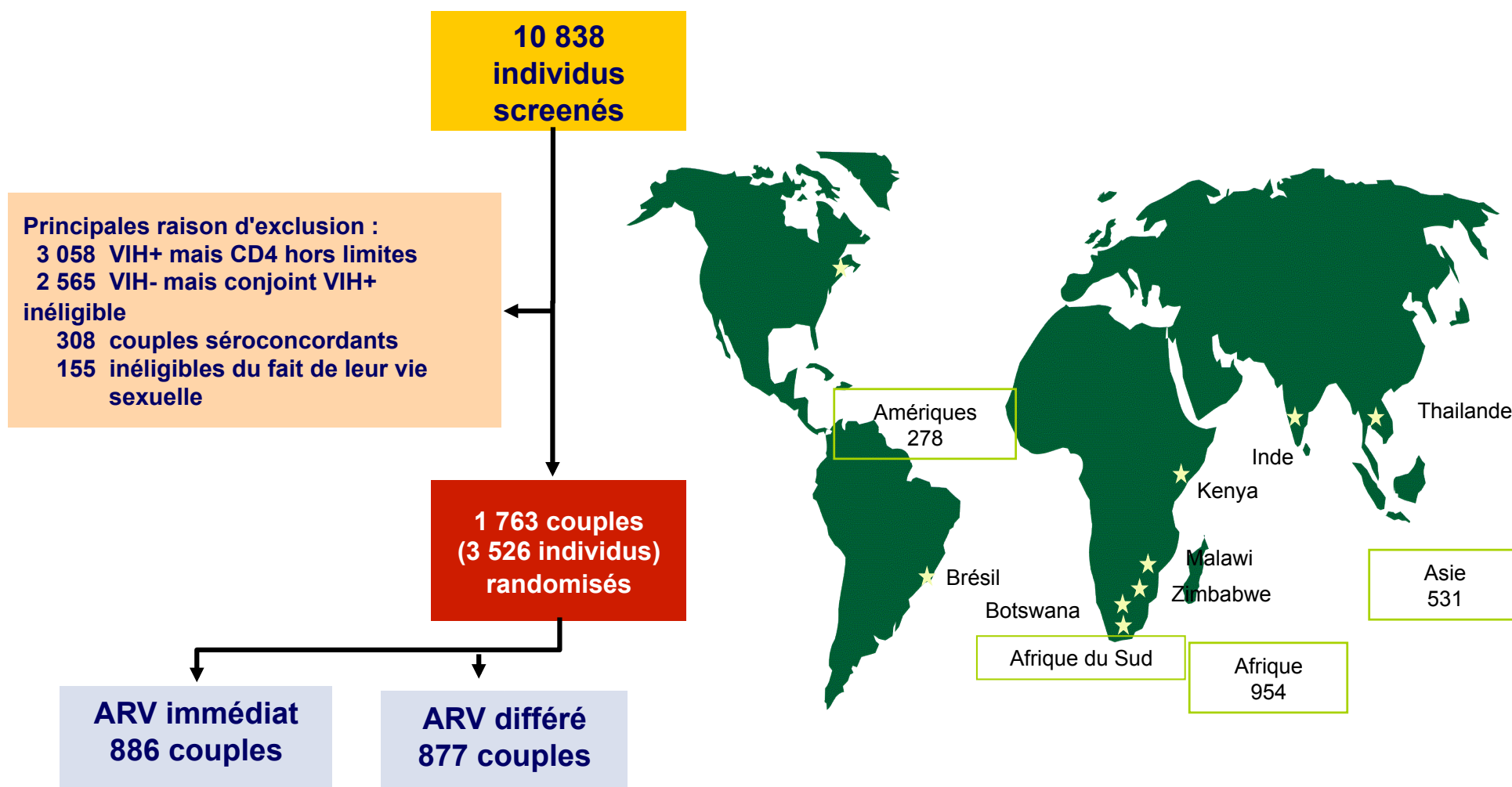
Critère de jugement principal "transmission"

Nombre de transmissions "intracouple"

Critère de jugement principal clinique

Événements cliniques OMS de stade 4, tuberculose pulmonaire, infection bactérienne grave et/ou décès

Essai HPTN 052 : les inclusions

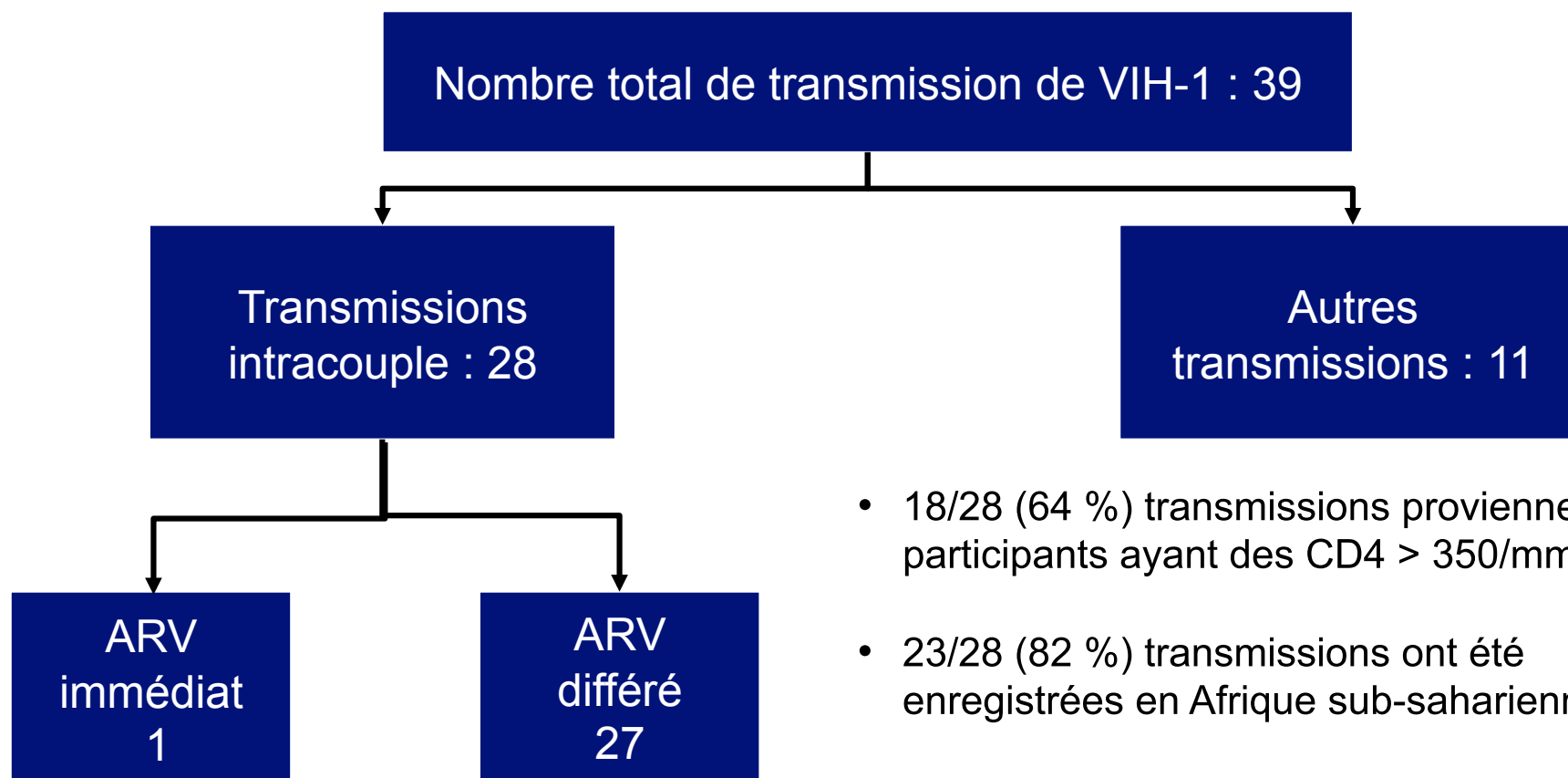


Essai HPTN 052 : les transmissions



Critère principal transmission

28/04/2011 : le comité de surveillance recommande la diffusion immédiate des résultats



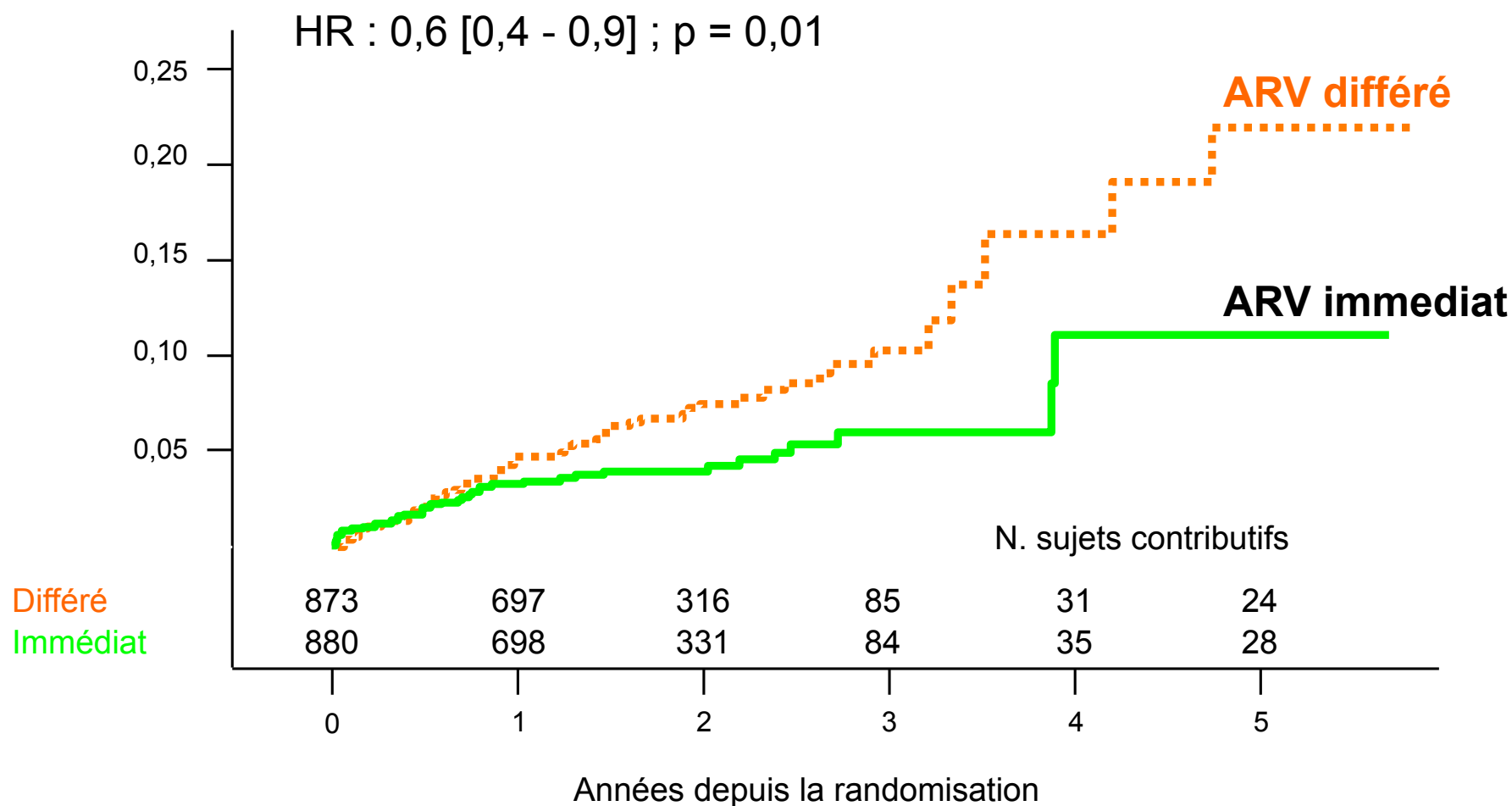
- 18/28 (64 %) transmissions proviennent de participants ayant des CD4 > 350/mm³
- 23/28 (82 %) transmissions ont été enregistrées en Afrique sub-saharienne
- 18/28 (64 %) transmissions ont eu lieu dans le sens homme-femme

HR : 0,04 ; IC 95 % : 0,01 - 0,27 ; p < 0,001

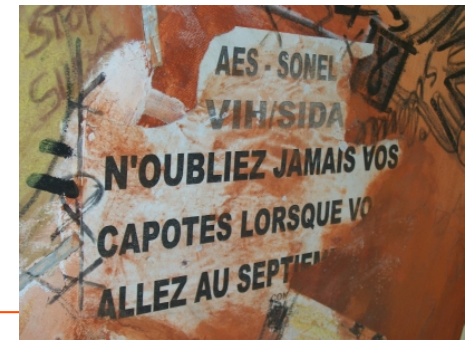


Essai HPTN 052 : l'évolution clinique

Probabilité de survenue du critère de jugement clinique
(décès, OMS stade 4, tuberculose pulmonaire ou infection bactérienne grave)



Traitement post exposition (TPE)



- Trithérapie d'urgence depuis 1997 après accident d'exposition sanguin pour les soignants
- Extension à l'ensemble de la population depuis 1998 après accident d'exposition aux sécrétions sexuelles
- Au mieux dans les 4H, toujours < 48H
- Consultation SAU : kit 72H
- Réévaluation par médecin référent, **poursuite 28 jours**
- Surveillance clinique et biologique (**effets secondaires +++**)
- Surveillance sérologique jusqu'à M4
- **Cas particulier de l'agression sexuelle** (Maternité)



Objectifs du traitement antirétroviral précoce

- Diminuer au maximum et durablement la charge virale
- Réduire la morbidité associée et prolonger la survie
- Améliorer la qualité de vie
- Rétablir et préserver la fonction immunitaire
- Réduire l'inflammation liée au VIH et ses complications associées
- Prévenir la transmission du VIH

Constats thérapeutiques



- Nouveaux schémas thérapeutiques
 - Inhibiteurs de protéase en monoprise : **Atazanavir (Reyataz®)**, **Lopinavir (Kaletra®)**, **Darunavir (Prezista®)**
 - Inhibiteurs non-nucléosidiques : **Etravirine (Intelence®)**
 - Antiprotéases : **Raltégravir (Isentress®)**
 - Inhibiteurs CCR5 : **Maraviroc (Celsentri®)**
 - Trithérapie en 1 gélule/j : **Atripla®**
- ➔ 85 % des patients suivis ont une charge virale indétectable
 - ↳ Morbidité, ↗ espérance de vie

Enquête Mortalité 2010



	2000	2005	2010
SIDA	47 %	36 %	24 %
Cancer	11 %	17 %	25 %
Hépatique	13 %	15 %	12 %
Cardiovasculaire	7 %	8 %	12 %
Autres	22 %	24 %	27 %

Constat sur les modalités de dépistage



- 5 millions de tests de dépistage/an
- Une offre de dépistage exclusivement médicalisée
 - Ville (75 %)
 - CDAG et CIDDIST (10 %)
- Taux de positivité
 - 2.2 ‰ en ville
 - 3.5 ‰ en CDAG

Freins au dépistage



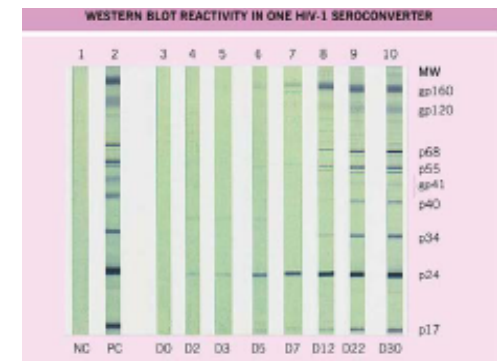
25 ans après, l'infection par le VIH n'est pas banalisée dans notre société :

- impact sur la vie affective
- impact sur la vie sociale
- discrimination et stigmatisation (étrangers malades, ...)
- stigmatisation des modes de transmission
- croyances sur l'absence d'efficacité du traitement



Nouvelles modalités de dépistage

- Stratégie en 2 temps
 - Analyse de dépistage : 1 test Elisa combiné (Ac + Ag)
 - Analyse de confirmation : W. ou I. Blot sur le même prélèvement
- Si confirmation positif
 - 2ème prélèvement pour éliminer erreur d'identité
- Délai de suivi en cas d'exposition au VIH
 - 6 semaines
 - (4 mois si traitement post exposition)



Dépistage en population générale



- Proposer un test de dépistage à la population générale (15-70 ans) par médecins généralistes indépendamment du risque d'exposition ou de contamination
 - Proposer un dépistage du VIH en cas de
 - IST, découverte Hépatite B ou C
 - Consultations gynécologiques (contraception, frottis, IVG, projet grossesse, 1ère consultation prénatale)
 - Après un risque d'exposition au VIH (rupture de préservatif, prise de risque)
 - Au décours d'une incarcération
- ⇒ Banalisation du test :
- ⇒ Counseling (information – conseil) pré et post test

Dépistage en population générale



- Bénéfice coût efficacité démontré
- Nécessité d'une information spécifique auprès des personnels de santé et de la population générale
- Evaluation des résultats dans 5 ans :
 - ↘ cas de SIDA et de décès
 - ↘ VIH non diagnostiqués
 - ↘ retard au diagnostic (CD4)



Maintien et renforcement d'un dépistage ciblé et régulier



- Aux personnes à risque d'exposition
 - Personnes ayant des partenaires multiples (> 1 au cours de l'année)
 - Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
 - Travailleurs du sexe
 - Usagers de drogues injectables
 - Personnes originaires d'une zone à forte endémie (Afrique, Caraïbes)
- Devant tableaux cliniques ou biologiques
 - Tableau évocateur de primo-infection
 - Situations cliniques mineures classant B (zona, herpes récidivant, dermite séborrhéique, candidose buccale...)
 - Certaines situations biologiques (\searrow plaquettes, \nearrow IgG)



Les tests de dépistage rapide (TROD)

- Place des TROD (test de dépistage rapide)
 - ↘ délai de rendu (90'), ↗ acceptabilité
- Recommandations dans les situations d'urgence
 - Par un professionnel de santé
 - Après obtention du consentement éclairé de la personne
 - Accident professionnel d'exposition au sang (pt source)
 - Accident d'exposition sexuelle (aux 2 partenaires)
 - Accouchement chez des femmes enceintes dont le statut sérologique n'est pas connu ou ayant eu une exposition supposée depuis le dernier test
 - Au SAU devant une pathologie aiguë évocatrice de SIDA





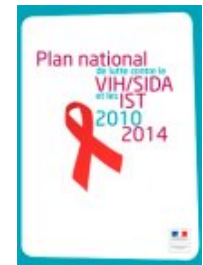
Dépistage rapide en routine aux Urgences : Résultats de 2 études parisiennes

Caractéristiques des études

	ANRS URDEP ¹	ANRS 95008/Sidaction ²
Période de l'étude	1 an (Déc 2009 - Nov 2010)	Mai 2009 - Sept 2010 (6 semaines dans chaque département)
Nombre de SAU participants	6	29
Test rapide utilisé	INTI [®] test	Ora Quick [®]
Nombre de patients éligibles	185 916 adultes (18 - 70 ans)	78 411 adultes (18 - 64 ans)
Nombre de dépistages proposés	12 081 (6,5 %)	20 962 (27 %)
Nombre de dépistages acceptés (taux d'acceptation)	8 584 (71,1 %)	13 229 (63,1 %)
Nombre de dépistages réalisés (taux de réalisation : réalisés/ éligibles)	7 824 (4,2 %)	12 754 (16,3 %)

- **Études ANRS**, conduites dans des services d'accueil des Urgences de la région parisienne
- **Objectifs** : évaluer la faisabilité et l'impact en termes de santé publique d'une offre large du dépistage rapide

Dépistage rapide en routine aux Urgences : Résultats de 2 études parisiennes



Résultats de tests rapides

	ANRS URDEP ¹	ANRS 95008/Sidaction ²
Nombre de personnes testées	7 824 + 1 248 = 9 072	12 754
Seropositivités VIH déjà connues	9	16
Faux positif	1	1
Nouvelles infections VIH découvertes	63	18
Prévalence (IC 95 %)	0,69 % (0,53 - 0,89)	0,14 % (0,08 - 0,22)

- **Caractéristiques et prise en charge médicale des sujets dépistés**

- Etude URDEP : sur les 55 patients ayant une infection confirmée par WB, 48 (87 %) ont eu une prise en charge médicale
 - âge < 30 ans : 31 %, âge > 50 ans : 15 %
 - HSH : 40 %
 - Stade sida ou CD4 < 200/mm³ : 40 %
- Etude ANRS 95008/Sidaction : sur les 18 nouveaux diagnostiqués VIH+
 - âge médian 32,9 ans ; IQR : 27 - 40)
 - 17 (94,4 %) appartiennent à un groupe à haut risque :
 - 7 HSH (taux : 2,61 % ; IC 95 % : 1,06 - 5,31)
 - 10 personnes nées en Afrique subsaharienne (taux : 1,12 % ; IC 95 % : 0,54 - 2,08)
 - 8 (44,4 %) sont symptomatiques ou avec des CD4 < 350/mm³
 - 12 (66,6 %) ont eu une prise en charge médicale

Dépistage communautaire



Utilisation des tests de dépistage rapide et acteurs communautaires non soignants

- Chez les populations pour lesquelles le dispositif actuel est insuffisant (sans droit, marginalisés, fuyant les institutions...)
- Action de proximité auprès des gays et des migrants (Association AIDES)
- Action auprès des personnes en situation de précarité

Utilisation des TROD dans un Centre de Dépistage à Paris



lundi	8h - 12h
mardi	16h - 20h30 RDV
mercredi	16h - 22h
jeudi	16h - 20h30 RDV
samedi	12h - 18h

Comportement sexuel au cours des 12 derniers mois



Partenaires occasionnels (PO, 86 %)

52 % ont été exposés au sperme lors d'une fellation avec PO

40 % ont eu au moins une PANP* avec PO

24 % ont eu au moins une PANP* avec un PO de statut positif ou inconnu

Partenaires stables (PS, 57 %)

37 % ont au moins une PANP* avec PS

10 % ont eu au moins une PANP* avec un PS de statut positif ou inconnu

30 % ont eu au moins une PANP avec un partenaire de statut positif ou inconnu

* PANP : pénétration anale non protégée



Les résultats sur 2340 dépistages

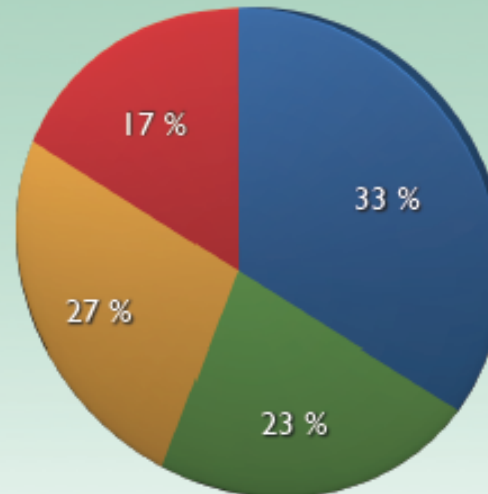


Consultants positifs VIH1 : 52 (tous confirmés) = 2,22 % [IC95 : 1,62 - 2,82 %]

Analyse des Westen Blot :

43 infections récentes dont **17 primo-infections** (5 suspectées cliniquement)

9 infections anciennes



● Primo ● IR < 2 mois ● IR > 2 mois ● Inf. ancienne



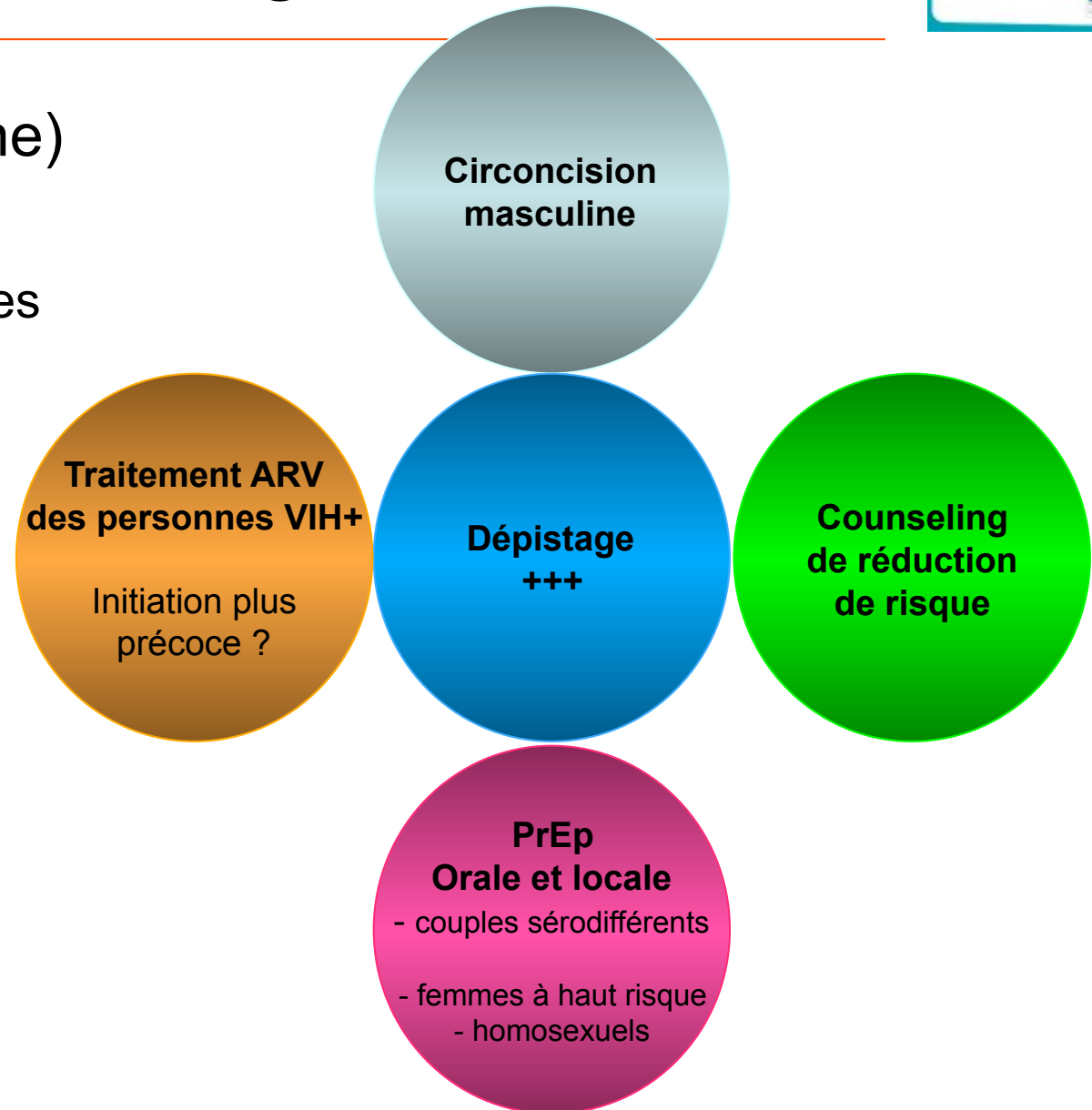
Prévention combinée du VIH : Situation d'épidémie généralisée



(Afrique subsaharienne)

Prévalence : 5 à 25 %

- environ 20 % des adultes testés
- peu de circoncision masculine
- contaminations majoritairement au sein de couples sérodifférents

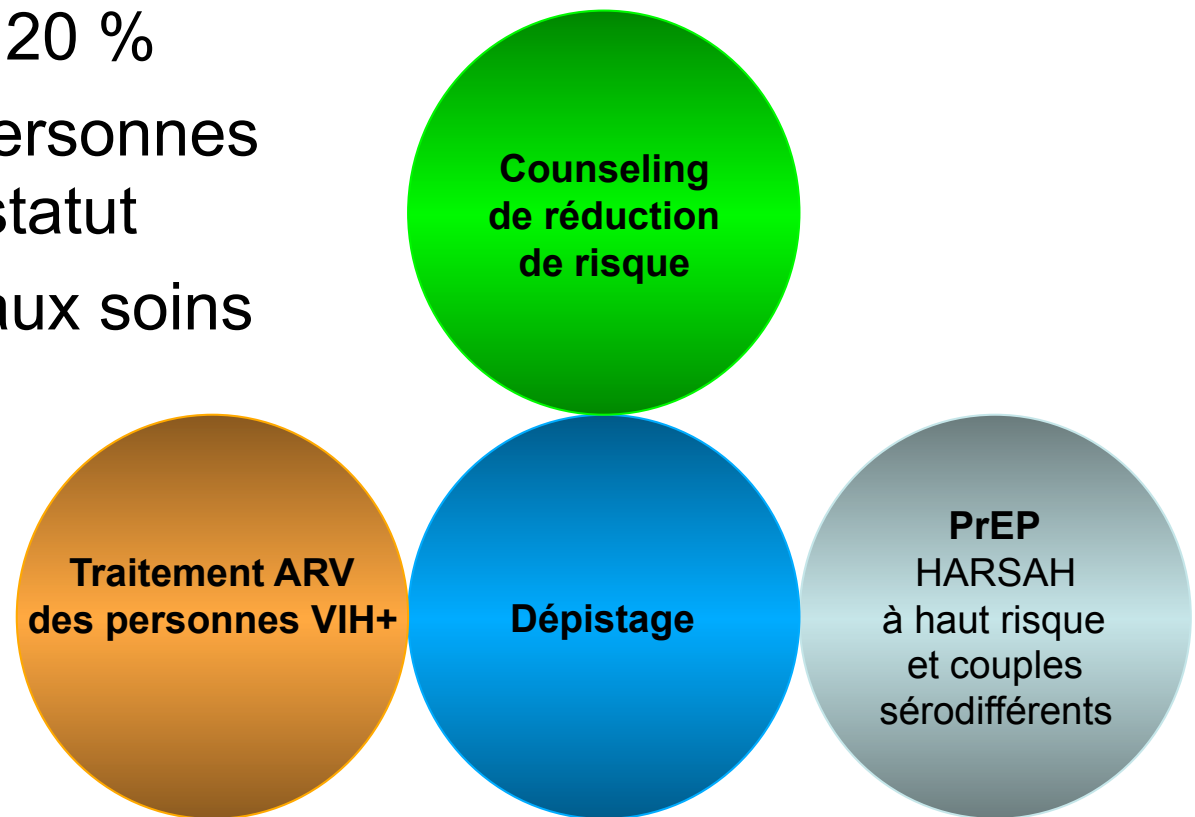


Prévention combinée du VIH : Situation d'épidémie concentrée



(homosexuels masculins aux USA ou en France)

- Prévalence environ 20 %
- environ 20 % des personnes VIH+ ignorent leur statut
- Disparités d'accès aux soins



Conclusion

- Nouvelles recommandations du dépistage
 - élargir l'offre à la population générale
 - améliorer sa pratique (x l'utilisation du TDR)
 - respect de la confidentialité
- Bénéfice d'un traitement précoce
 - bénéfice individuel
 - réduction de la transmission
- Mise en place d'une formation spécifique destinée aux médecins généralistes (CNGE, SFLS, SPILF)
- Diffusion d'une information auprès du grand public





Président : Pr. Thierry MAY

Vice Présidente : Dr Christine ROUGER

Coordinatrice : Dr Laurence BOYER

Informations



**Corevih Lorraine-
Champagne-Ardenne**

Spécialité principale :
Coordination de la prise en
charge du VIH

Vous êtes ici : [Accueil](#)



Taille du texte :



Bienvenue sur notre site

Vous entrez sur le site du Corevih Lorraine Champagne Ardenne, dont la mission principale est la coordination de la prise en charge de l'infection par le VIH. Vous y trouverez des informations sur cette pathologie et le suivi médical, ainsi que de nombreux conseils. Au niveau régional, vous y trouverez les coordonnées des différents acteurs de cette prise en charge.

Présentation du groupe

- Lieu de pratique

Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
Bâtiment Philippe Canton
54500 VANDOEUVRE LES NANCY

tél. : 03 83 15 35 36
fax : 03 83 15 35 34

Maladies Infectieuses et Tropicales
Horaires d'ouverture du secrétariat :
De 9h à 12h et de 14h à 16h30