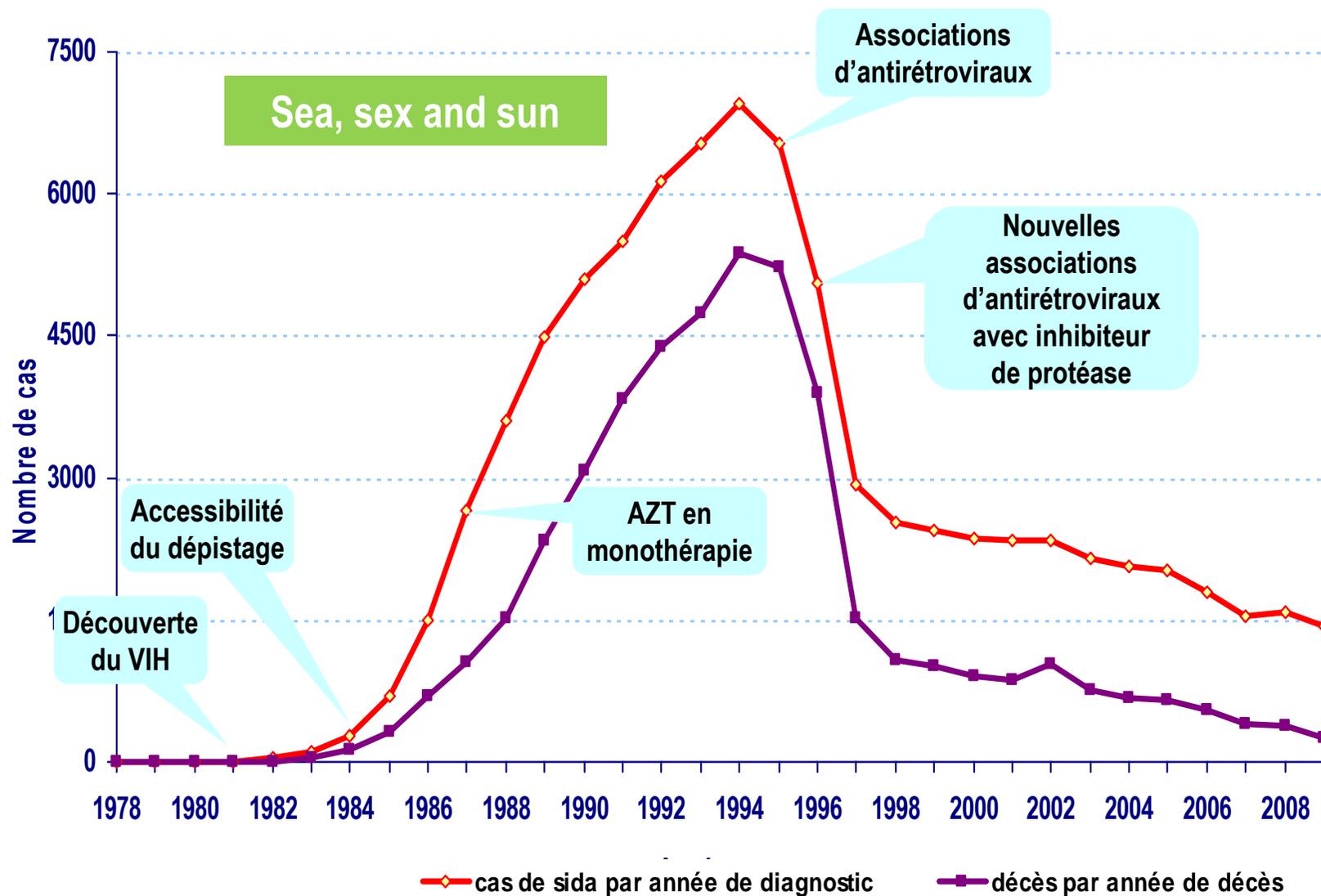


# VIH et IST : souffle-t-on le chaud ou le froid ?

Professeur Thierry MAY  
Nancy, le 14 octobre 2017

# Nombre de cas de sida par année de diagnostic et de décès par année de décès

France 1978 - 2009



# Objectifs ONUSIDA pour mettre fin au SIDA d'ici à 2030

d'ici 2020 :

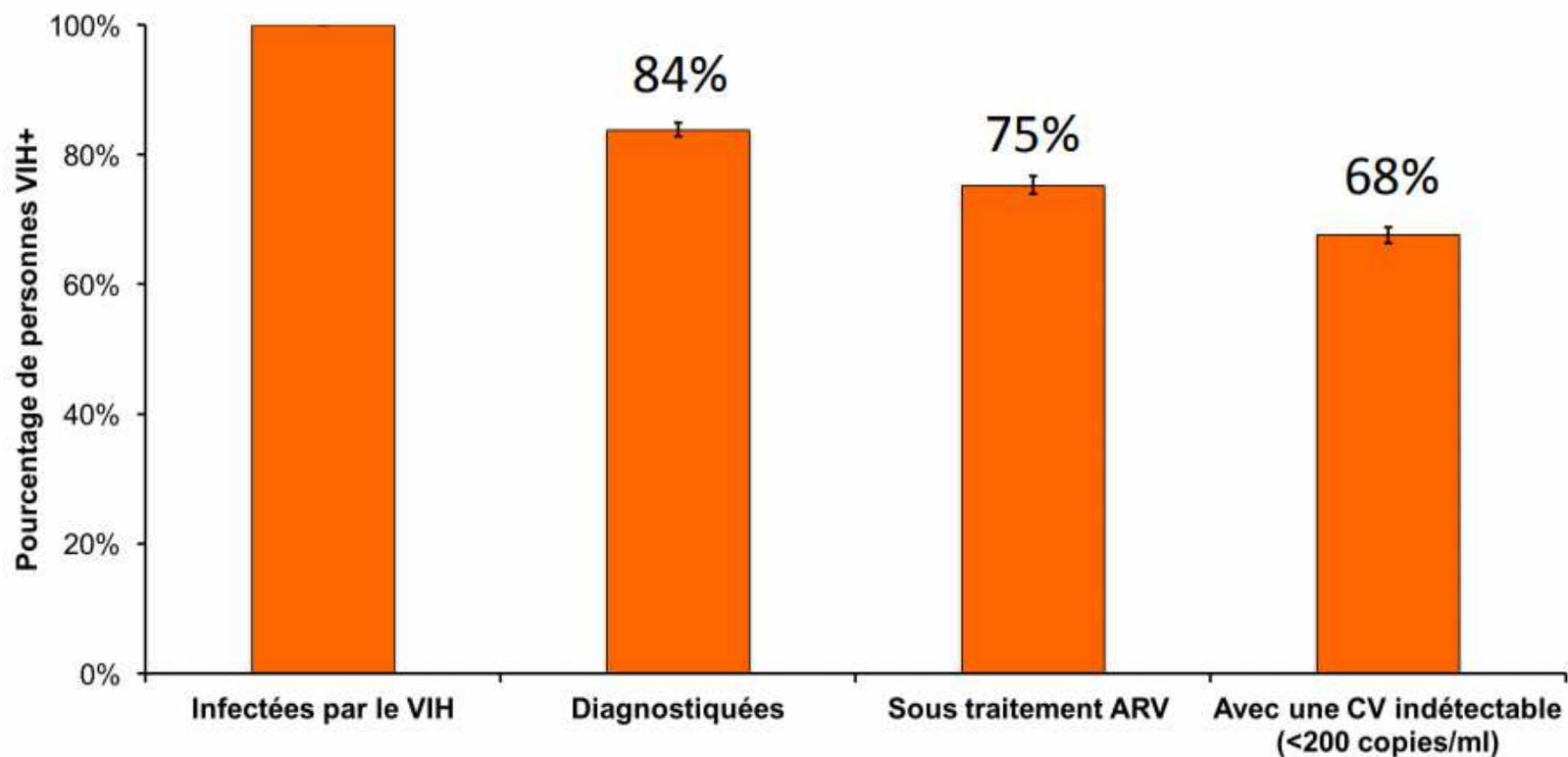


d'ici 2030 :



- 90% (puis 95%) des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique ;
- 90% (puis 95%) des personnes connaissant leur séropositivité, reçoivent des traitements antirétroviraux ;
- 90% (puis 95%) des personnes sous traitements antirétroviraux ont une charge virale indétectable.

# Cascade de la prise en charge en France en 2013\*



\* Résultats provisoires

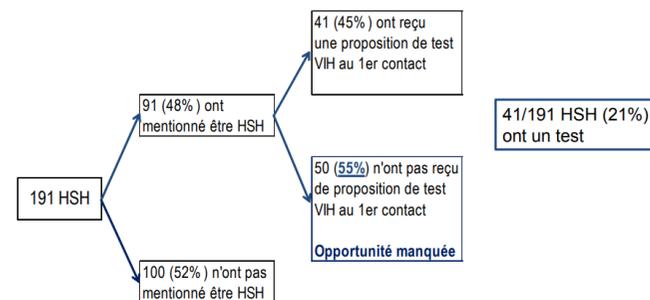
# Quels sont les leviers pour enrayer l'épidémie ?

## Test and treat

- Dépistage des personnes s'ignorant infectées
  - Eviter les « occasions manquée »
  - Dépistage hors les murs
  - Auto-tests
- Traiter et contrôler toutes les personnes diagnostiquées
  - Accès aux soins

### Etude ANRS – Opportunités Résultats

#### Opportunités manquées de dépistage / HSH asymptomatiques



### Etude ANRS – Opportunités Résultats

#### Proposition de test VIH à la 1<sup>ère</sup> consultation selon le symptôme\*

Symptômes associés au VIH *	N	Proposition de test VIH
Infections bactériennes récurrentes	87	2 ( 2%)
Adénopathie généralisée persistante	46	5 (11%)
Zona	35	5 (14%)
Perte de poids ≥10% inexpliquée	45	7 (16%)
Diarrhées ≥1 mois	36	6 (17%)
Fièvre ≥1 mois	22	5 (23%)
Infections sexuellement transmissibles	101	54 (53%)

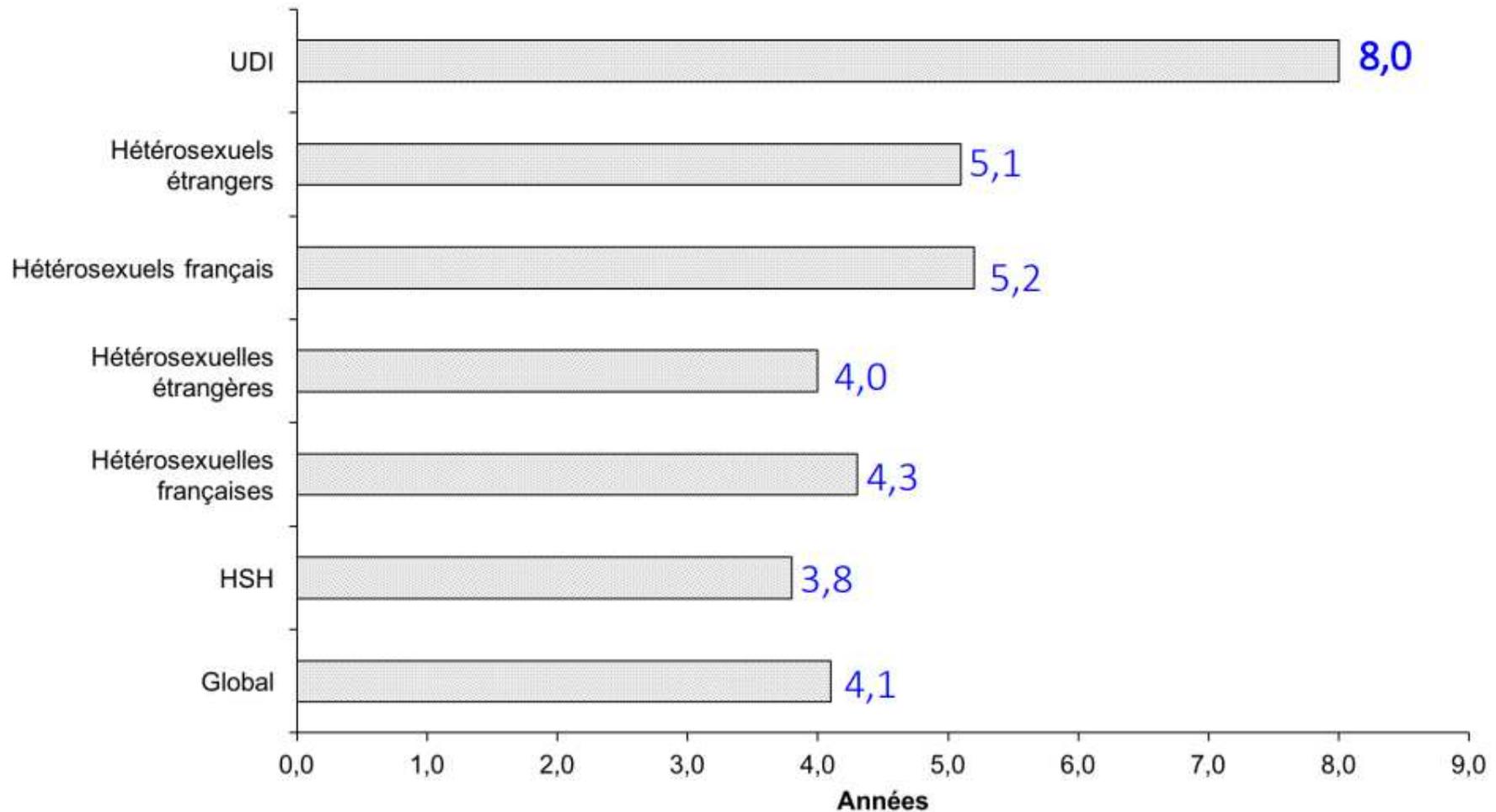
\*Symptôme le plus ancien durant la période de 3 ans à 3 mois avant le diagnostic de VIH qui a amené les patients à consulter

# Comment dépister ?

- Laboratoire de ville avec une ordonnance
- Les CeGIDD : fusion CDAG – CIDDIST
- Les TROD VIH et désormais VHC par les acteurs communautaires
- Les Autotests VIH en vente en pharmacie et sur Internet



# Temps médian en année entre l'infection et l'initiation du TARV en France en 2013\*



\* Résultats provisoires

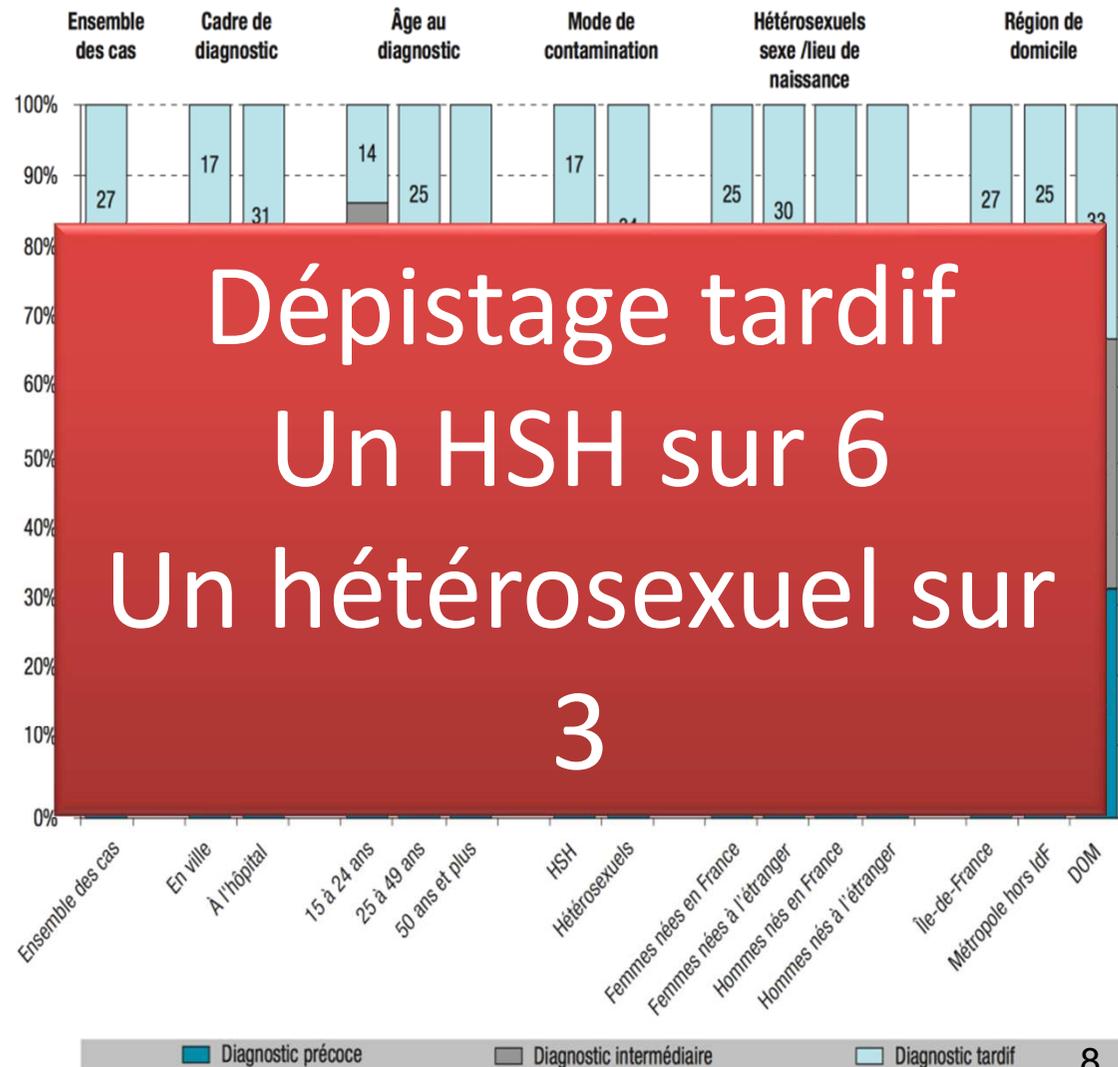
# Dépistage précoce/tardif

## Diagnostic tardif

- CD4 < 200/mm<sup>3</sup>
- SIDA
- Primo-infection exclue

## Diagnostic précoce

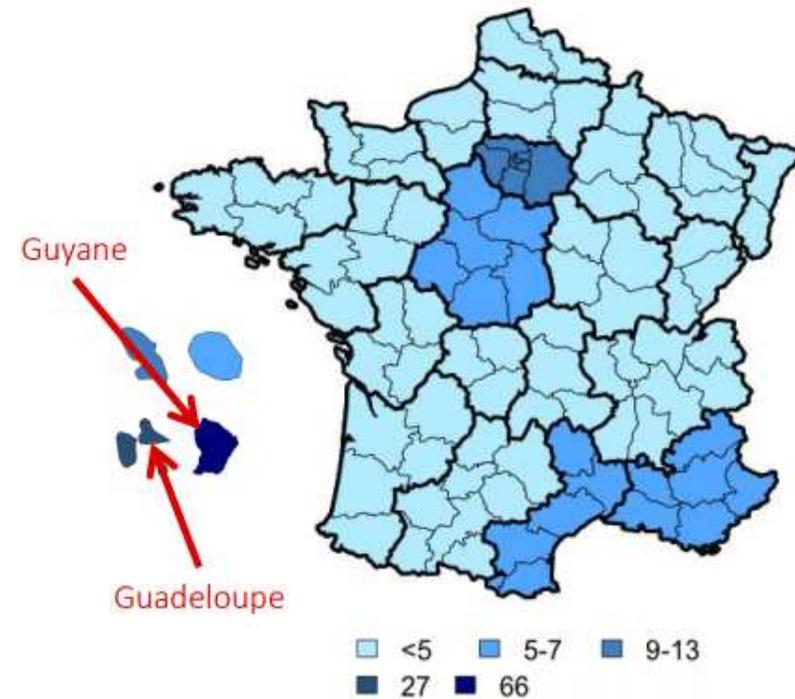
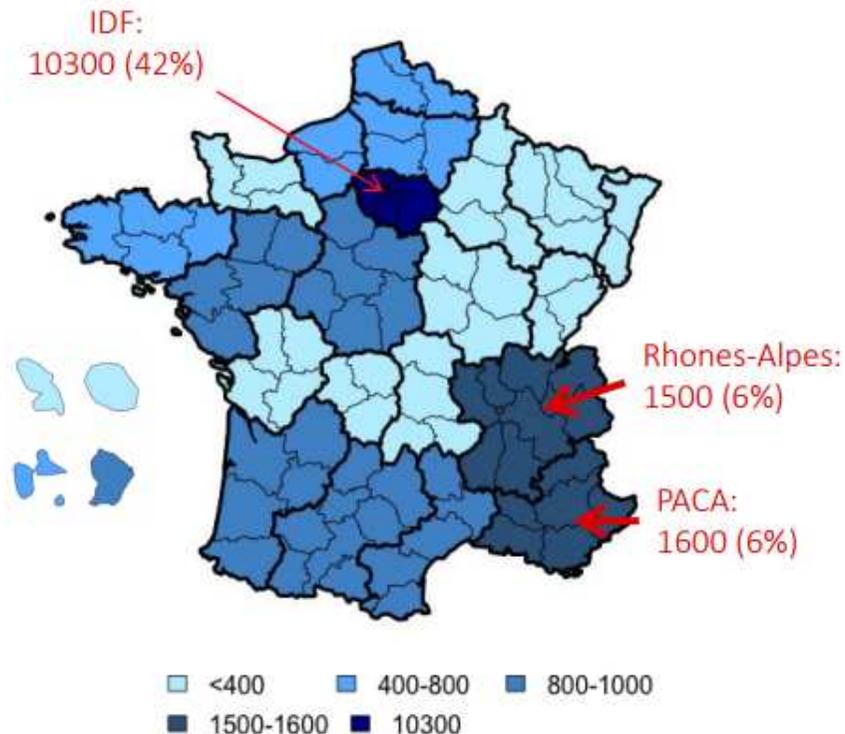
- CD4 > 500/mm<sup>3</sup>
- Primo-infection
- Sida exclu



# Epidémie cachée en 2013 par région

Nombre de PVVIH non diagnostiquées :  
24 800 (22 400-26 700)

Nombre de PVVIH non diagnostiquées  
pour 10000 habitants : 5,9 (5,3 – 6,4)



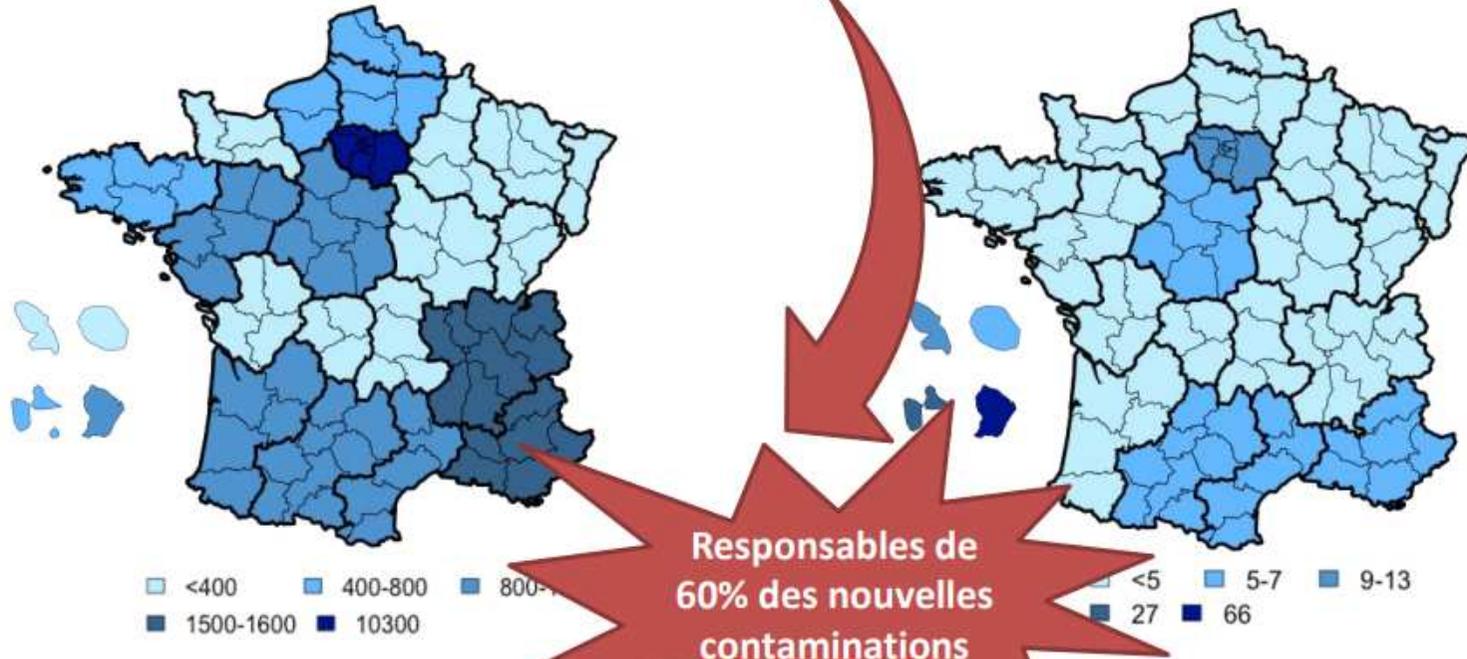
Plus de 50% des PVVIH non diagnostiquées résident dans 3 régions

Taux très élevés en Guyane, Guadeloupe puis IDF et Martinique

# Epidémie cachée de VIH

Nombre de personnes infectées non diagnostiquées : 24 800 (22 200 – 27 000)

Nombre de personnes infectées non diagnostiquées / 10 000 : 6,2 (5,6 – 6,8)



# Nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité en 2013

24800 PVVIH non diagnostiquées :

- 70% des hommes
- 40% HSH\*\*
- 40% hétérosexuel(le)s d'origine étrangère\*\*\*
- 20% hétérosexuel(le)s français
- <2% UDI

\*\*~20% des HSH d'origine étrangère (29,2% AME\_HAITI; 27,8% EUROPE; 27,0% AUTRES; 15,9% AFSS)

\*\*\* Femme : 80,5% AFSS; 12,9% AME\_HAITI  
Homme : 71,5% AFSS; 13,4% AME\_HAITI

	Taux de prévalence du VIH non diagnostiqué pour 10000*
HSH	304 (256-352)
UDI	49 (25-86)
Femmes hétérosexuelles étrangères	40 (31-50)
Hommes hétérosexuels étrangers	38 (29-53)
Femmes hétérosexuelles françaises	1 (1-1)
Hommes hétérosexuels français	2 (1-2)
Total Hommes	9
Total Femmes	3
<b>Total</b>	<b>6</b> (5-6)

Caractéristiques des participants selon leur statut biologique VIH dans l'étude PREVAGAY 2015, France. Données pondérées

	Statut biologique VIH				Ensemble		p(Chi2)
	Séronégatif		Séropositif****		N=2 646		
	N=2 213	N=433	N=2 646	%	IC95%		
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
<b>Établissement de recrutement pour l'enquête</b>							0,014
Bars ou clubs (sans sexe)	41,9	[34,2-50,0]	30,4	[22,0-40,3]	40,3	[32,9-48,0]	
Backrooms, saunas, sexclubs (avec sexe)	58,1	[50,0-65,8]	69,6	[59,7-78,0]	59,7	[51,9-67,1]	
<b>Classe d'âge</b>							<0,001
18-24 ans	13,4	[10,5-16,9]	3,7	[1,8-7,5]	12,0	[9,5-15,1]	
25-34 ans	26,6	[23,3-30,2]	16,6	[11,9-22,8]	25,2	[22,2-28,5]	
35-44 ans	21,9	[19,2-24,9]	27,3	[20,6-35,2]	22,7	[20,6-25,3]	
45 ans et plus	38,0	[33,0-43,3]	52,4	[43,5-61,0]	40,1	[35,4-44,9]	
<b>Avoir suivi des études supérieures</b>	65,8	[61,9-69,4]	54,8	[46,6-62,8]	64,2	[60,6-67,7]	0,010
<b>Né en France</b>	81,5	[78,5-84,2]	91,5	[86,4-94,8]	83,0	[80,3-85,3]	0,001
<b>Lieu de résidence</b>							0,012
Département enquêté	48,3	[44,7-51,9]	62,6	[54,5-70,1]	50,3	[46,9-53,7]	
Région enquêtée	22,5	[19,6-25,7]	19,6	[14,1-26,5]	22,1	[19,4-25,0]	
Autres régions françaises	21,7	[18,7-24,9]	13,9	[9,1-20,6]	20,6	[17,8-23,6]	
Étranger	7,6	[5,6-9,8]	3,9	[1,4-10,3]	7,0	[5,3-9,3]	
<b>Se définir comme homosexuel</b>	82,2	[79,1-84,9]	92,2	[86,6-95,6]	83,6	[80,8-86,0]	0,002
<b>Fréquentation de la scène gay dans les 12 derniers mois</b>							
Bars (sans sexe)	73,1	[68,3-77,4]	73,6	[65,0-80,7]	73,2	[68,5-77,4]	0,898
Saunas	68,5	[63,0-73,5]	65,2	[55,7-73,6]	68,1	[62,8-72,9]	0,520
Backrooms	46,1	[40,6-51,3]	65,6	[57,2-73,2]	48,9	[43,7-54,1]	<0,001
Lieux extérieurs de drague	31,0	[28,0-34,2]	32,4	[25,5-40,2]	31,3	[28,5-34,1]	0,740
Sites de rencontres sur Internet	55,9	[52,5-59,3]	57,1	[49,2-64,6]	56,1	[52,8-59,3]	0,775
Applications de rencontres géolocalisées gays	58,8	[54,7-62,8]	54,5	[45,9-62,8]	58,2	[54,2-62,0]	0,331
<b>Plus de 10 partenaires masculins dans les 12 derniers mois</b>	42,3	[38,5-46,1]	60,5	[53,0-67,5]	44,9	[41,3-48,5]	<0,001
<b>Au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique VIH différent ou inconnu dans les 12 derniers mois*</b>	26,7	[23,7-30,0]	61,2	[53,6-68,3]	31,7	[28,6-35,1]	<0,001
<b>Connaissance de la PrEP</b>	54,4	[51,2-57,7]	74,9	[66,3-81,9]	57,4	[54,3-60,4]	<0,001
<b>Utilisation de la PrEP dans les 12 derniers mois**</b>	4,4	[3,0-6,4]	/	/	/	/	/
<b>Consommation d'au moins 6 verres d'alcool avant ou pendant les rapports sexuels</b>	58,1	[53,5-62,6]	59,0	[50,6-66,9]	58,2	[54,0-62,3]	0,836
<b>Consommation d'au moins un produit psychoactif avant ou pendant les rapports sexuels dans les 12 derniers mois (cocaïne, GBL, GHB, ecstasy, héroïne, amphétamines, kétamine, crack, méphédronne, cathinones)</b>	18,2	[15,4-21,4]	36,4	[29,1-44,3]	20,8	[18,1-23,8]	<0,001
<b>Au moins une IST dans les 12 derniers mois</b>	15,0	[12,6-17,9]	33,9	[27,3-41,2]	17,7	[15,3-20,4]	<0,001
<b>Test de dépistage VIH dans les 12 derniers mois</b>	63,4	[60,1-66,7]	/	/	/	/	/
<b>Infection VIH diagnostiquée</b>	/	/	90,5	[84,3-94,4]	/	/	/
<b>Sous traitement antirétroviral***</b>	/	/	94,9	[91,9-96,8]	/	/	/
<b>Test de dépistage VHC dans les 12 derniers mois</b>	38,5	[35,1-42,1]	57,8	[49,5-65,6]	41,3	[38,2-44,5]	<0,001
<b>Être vacciné contre l'hépatite B</b>	62,6	[59,4-65,8]	65,2	[57,6-72,1]	63,0	[60,0-65,9]	0,026
<b>Être vacciné contre les méningites à méningocoques C</b>	13,6	[11,8-15,6]	19,5	[14,8-25,2]	14,4	[12,7-16,4]	0,068

## Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015

BEH n° 18 – juillet 2017

Prévalence de la séropositivité chez 2646 HSH = 16 %

\* Parmi les HSH pratiquant la pénétration anale avec un partenaire stable ou des partenaires occasionnels.

\*\* Parmi les HSH connaissant la PrEP.

\*\*\* Parmi les HSH séropositifs avec une infection VIH diagnostiquée.

\*\*\*\* Séropositifs diagnostiqués et non diagnostiqués.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

GBL : gamma-butyrolactone ; GHB : acide gammahydroxybutyrique ; IST : infections sexuellement transmissibles.

# Comment traiter ?

## 2 Inhibiteurs Nucléosidiques

Abacavir + Lamivudine (Kivexa®)



Emtricitabine + Tenofovir (Truvada®)  
(Descovy®)



+

### 1 Inhibiteur Non-Nucléosidique

Etravirine (Intelence®)  
Rilpivirine (Edurant®)



### 1 Inhibiteur de Protéase

Atazanavir (Reyataz®)  
Darunavir (Prezista®)  
Ritonavir (Norvir®)



### 1 Antiintégrase :

Raltégravir (Isentress®)  
Elvitégravir  
Dolutégravir (Tivicay®)



OU

Trithérapie en 1 gélule/j

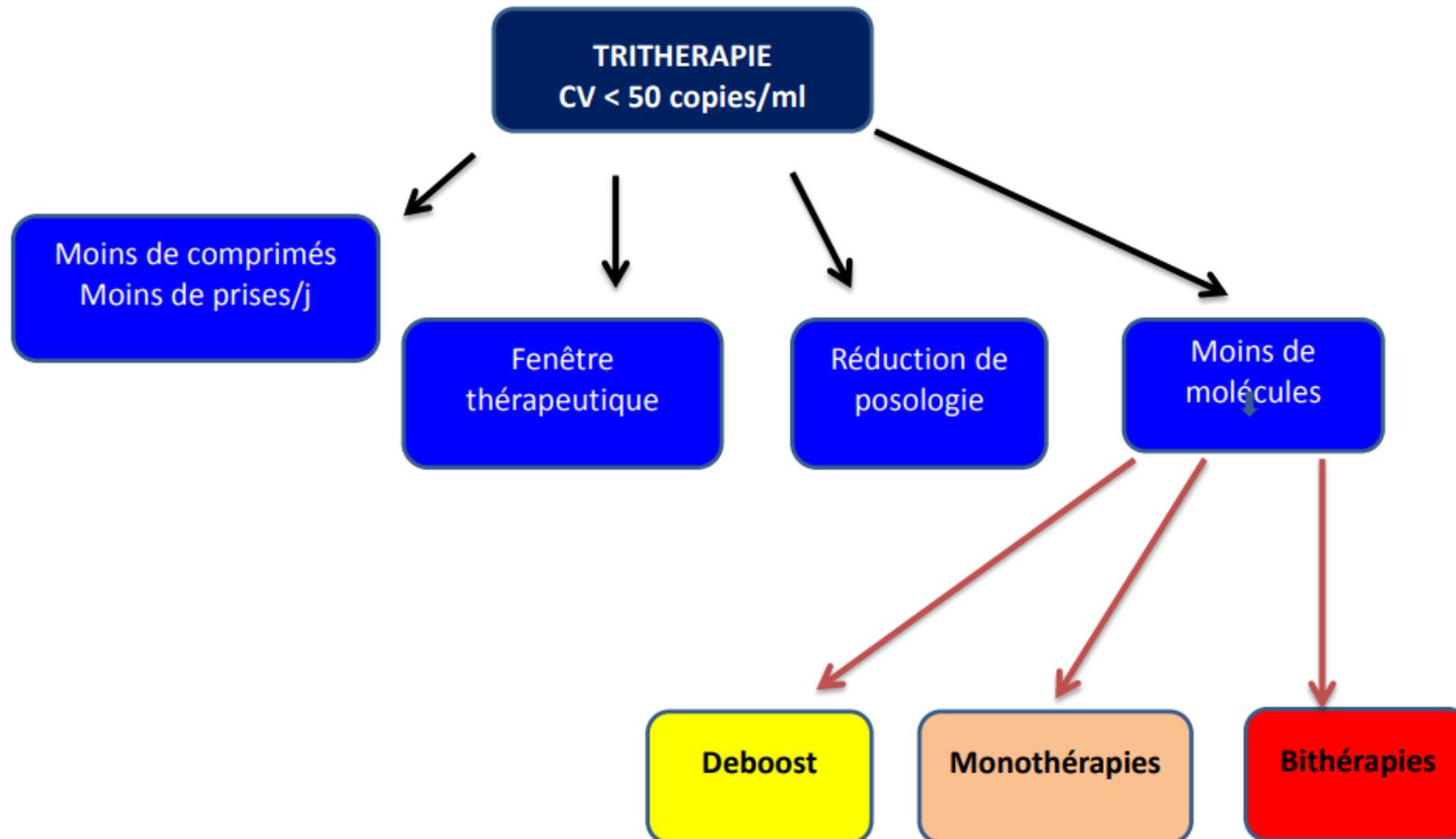
Atripla®  
Eviplera® Odefsey®



Stribild®  
Triumeq® Genvoya®

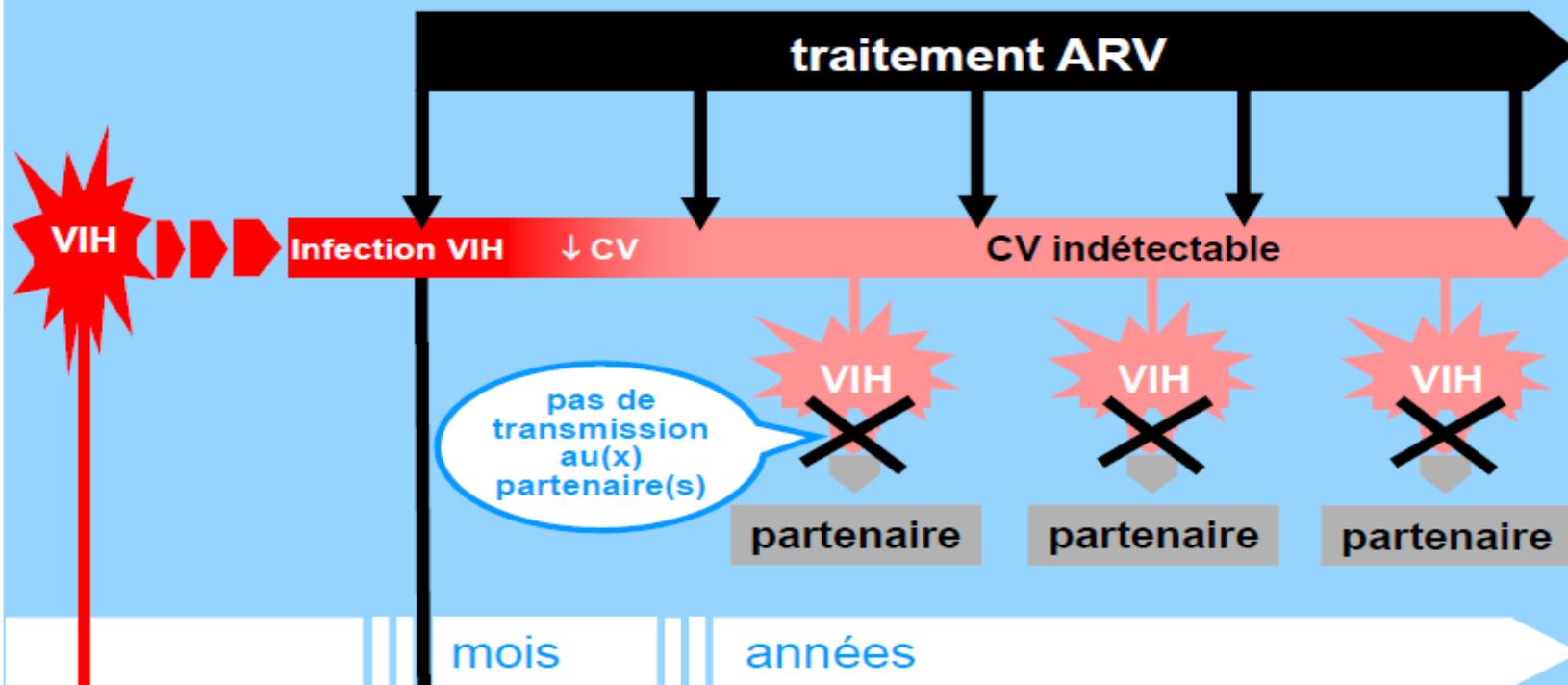


# Comment alléger la trithérapie ?



# Treatment as Prevention (TasP)

traitement des personnes infectées  
pour prévenir la transmission secondaire



# Comment améliorer la prévention ?



**Circoncision masculine**

**Traitement des IST**



**Microbicides pour femme**



**Preservatif masculin et féminin**



**PREVENTION combinée du VIH**

**Seringues à usage unique**



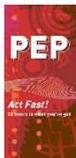
**Prophylaxie Pré Exposition (PrEP)**



**Dépistage du VIH**



**Traitement Post Exposition (TPE)**



**Intervention comportementale**



**Traitement comme Prévention (TaSP)**



# Les Différentes Modalités de PrEP



**Comprimé**



**Gel**



**Implant**



**Anneau Vaginal**

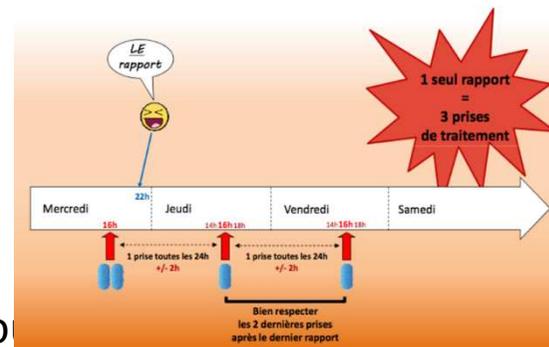


**Injections**

- ✓ Idéalement: effet prolongé, tolérance, efficacité, faible cout et facilité d'utilisation
- ✓ Choix multiples et amélioration de l'efficacité
- ✓ Combinaisons d'antiviraux augmentent l'efficacité
- ✓ Combinaisons potentielles: anneau et contraception

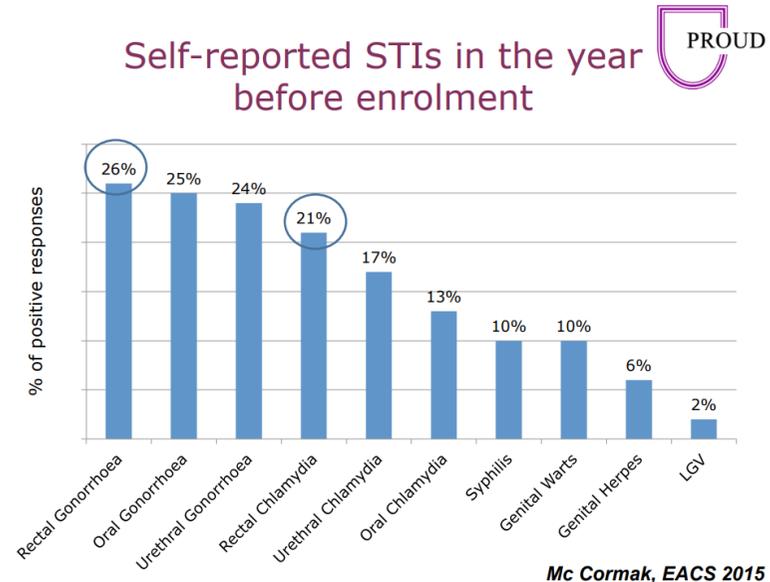
# Le Traitement Pré-Exposition : PrEP

- Nouvelle stratégie de prévention visant à proposer à une personne non infectée par le VIH, n'utilisant pas systématiquement le préservatif et à haut risque de contamination
- S'adresse en particulier :
  - Gays et transsexuels ayant des relations sexuelles avec des hommes
  - Travailleur(se)s du sexe
- 2 schémas de prises du Truvada:
  - Prise continue (1 cp/j)
  - À la demande
- Efficacité démontrée par essais Ipergay et Pro
- Disponibilité dans les services hospitaliers en charge du VIH et certains CeGIDD
- Remboursé à 100 % par la Sécurité Sociale



# Essai PROUD

- 545 HSH inclus
  - 276 mis sous PrEP
  - 269 non traités
  - Conseils de prévention pour tous
- Sur 1 an :
  - 3 infections par le VIH dans le bras PrEP
  - 19 infection dans le bras « non traités »
- Protection de 86%
  - 1 infection évitée pour 13 sujets traités





# PROUD : résultats à long terme

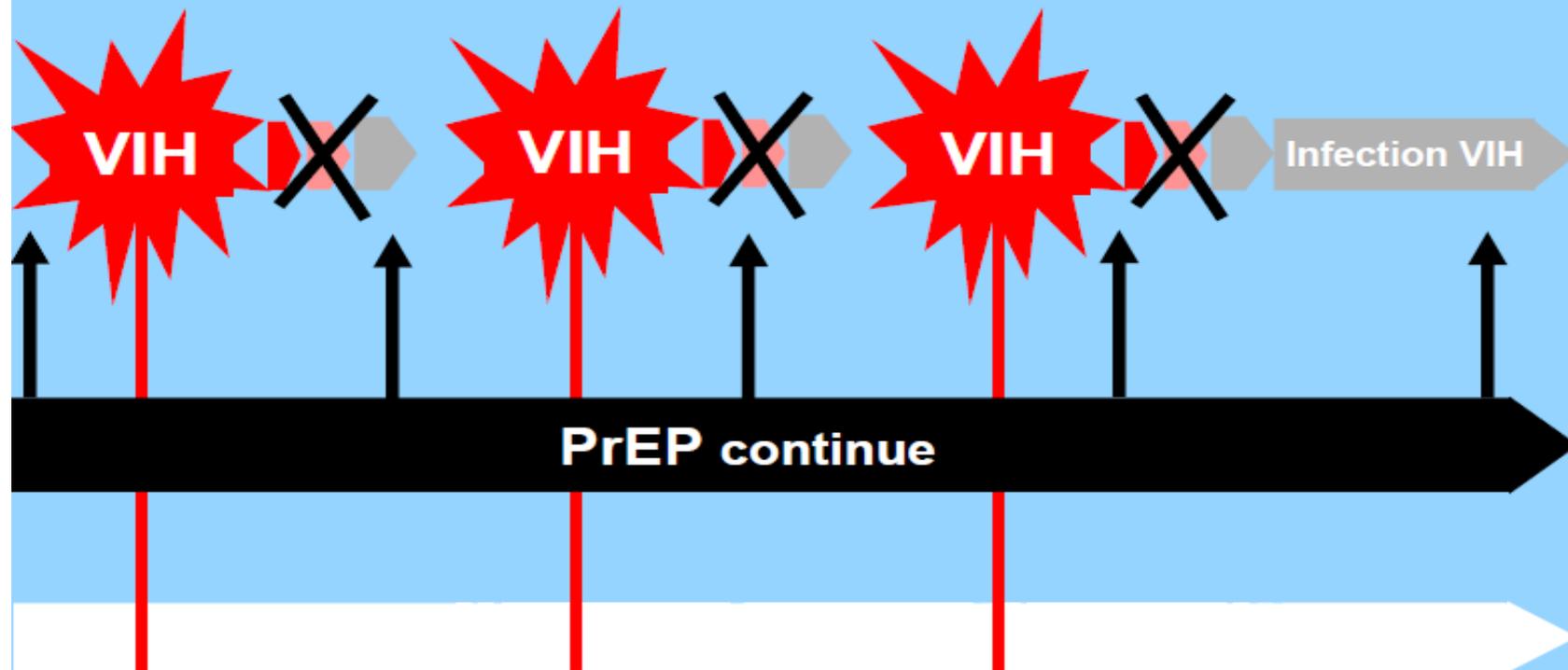
	Phase initiale		Phase secondaire (PrEP pour tous)	
	Traitement immédiat	Traitement différé	Traitement immédiat	Traitement différé
Infection VIH (n)	4	21	5	1
Total <u>personne/années</u>	254	223	424	356
Incidence (pour 100 PA)	1,6	9,4	1,2	0,3
Ratio (IC <sub>90</sub> )	6,0 (2,5-16,2)		0,2 (0,02-1,3)	
Difference (IC <sub>90</sub> )	7,9 (4,2-11,5)		- 0,9 (- 1,9 ; 0,08)	

## Incidence des IST

Ratio (n/100 PA)	Phase initiale		Phase secondaire (PrEP pour tous)	
	Traitement immédiat	Traitement différé	Traitement immédiat	Traitement différé
<u>Gonocoque</u> rectal	35,3 (81/229)	33,0 (67/203)	31,4 (129/411)	32,6 (116/356)
Chlamydia trachomatis rectal	33,6 (77/229)	21,7 (44/203)	33,1 (136/411)	29,8 (106/356)
Syphilis	19,4 (46/237)	13,2 (28/212)	31,1 (132/424)	25,9 (93/359)

*Lacey, et al. BASHH June 2017*

# Prophylaxie pré-exposition (PrEP) en prise continue



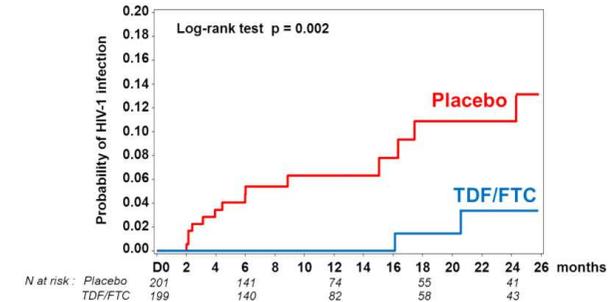
*validée aux Etats-Unis pour Truvada® (FTC+TDF) en prise orale quotidienne*

# Essai Ipergay (ANRS)

- PrEP intermittente en encadrement des rapports à risque
- Inclusion de 414 HSH
  - 206 sous TDF-FTC
  - 208 sous placebo
  - Conseils de prévention pour tous
- Sur 1 an :
  - 2 infection dans le bras « traités »
  - 14 infections dans le bras placebo
- Protection de 86%
  - 1 infection évitée pour 18 patients traités



## Incidence de l'infection VIH-1 (analyse en ITT modifiée)



Suivi moyen de 13 mois: 16 sujets infectés  
**14 bras placebo** (incidence: 6.6/100 PA), **2 bras TDF/FTC** (incidence: 0.9/100 PA)

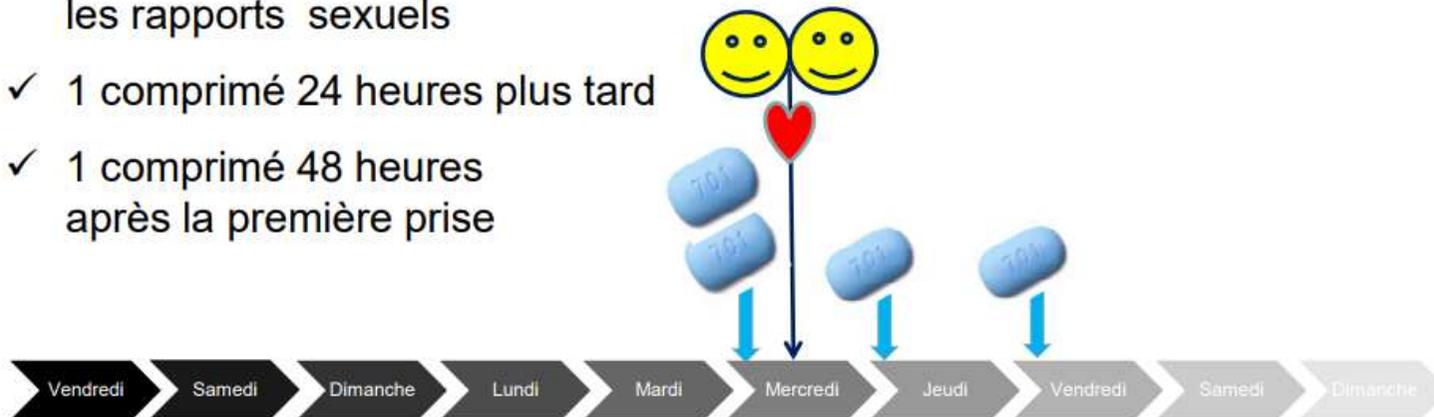
**Réduction de 86% de l'incidence du VIH-1 (95% CI: 40-99, p=0.002)**  
 Nombre de sujets à traiter un an pour prévenir une infection: 17



	TDF/FTC, n = 199		Placebo, n = 201	
IST	N pt (%)	N IST	N pt (%)	N IST
Toutes IST	76 (38)	133	65 (32)	143
Chlamydirose	43 (22)	61	34 (17)	48
Gonococcie	38 (19)	50	45 (22)	67
Syphilis	19 (10)	19	19 (10)	25
VHC	3 (< 2)	3	3 (< 2)	3

## Ipergay : PrEP à la Demande

- ✓ 2 comprimés 2-24 heures avant les rapports sexuels
- ✓ 1 comprimé 24 heures plus tard
- ✓ 1 comprimé 48 heures après la première prise



# En pratique ?

- TRUVADA® (ténofovir disoproxil et emtricitabine) est le seul médicament autorisé en France pour la PrEP.
  - Un kit d'information destiné aux prescripteurs et aux utilisateurs de TRUVADA® dans la PrEP est disponible sur [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr).
  - Dans la PrEP, TRUVADA® doit être utilisé uniquement chez les personnes dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH est négatif selon un test ELISA de 4<sup>e</sup> génération. Ce test est fiable dès 6 semaines après la dernière prise de risque.
  - Le schéma de prévention par TRUVADA® validé par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est le suivant :
    - **Prise continue = 1 comprimé par jour.**

En cas de prise continue le traitement est réputé efficace après 7 jours de prise chez les hommes et 21 jours chez les femmes. Il doit être poursuivi jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.
  - Il existe un schéma alternatif avec TRUVADA® (hors AMM) :
    - **Prise discontinue** (ce schéma ne doit pas être utilisé chez les hommes infectés par le virus de l'hépatite B). Ce schéma n'a été étudié que chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
      - ▶ 1<sup>re</sup> prise : 2 comprimés à prendre en même temps entre 2h et 24h avant le rapport sexuel,
      - ▶ 2<sup>e</sup> prise : 1 comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 1<sup>re</sup> prise,
      - ▶ 3<sup>e</sup> prise : 1 comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 2<sup>e</sup> prise.
- En cas de rapports répétés, poursuivre avec 1 comprimé par jour jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.

HAS

Validé par le Collège de la HAS, ce document a été élaboré à partir des données de l'AMM, des études et des recommandations disponibles.

Il est, comme l'ensemble des publications de la HAS, disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Mars 2017

# PrEP en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2017

Patients (Median, IQR) or (%)	N= 2805
Age	38 (30-44)
Français	88,9%
Hommes	98,6%
Femmes	0,4% (n=12)
Transgenres	0,2% (n=6)
MSM	97,4%
Chemsex	19,9%
ISTs dans les 12 mois	30,6%
PEP dans les 12 mois	10,9%
PrEP à la demande	<b>59%</b>

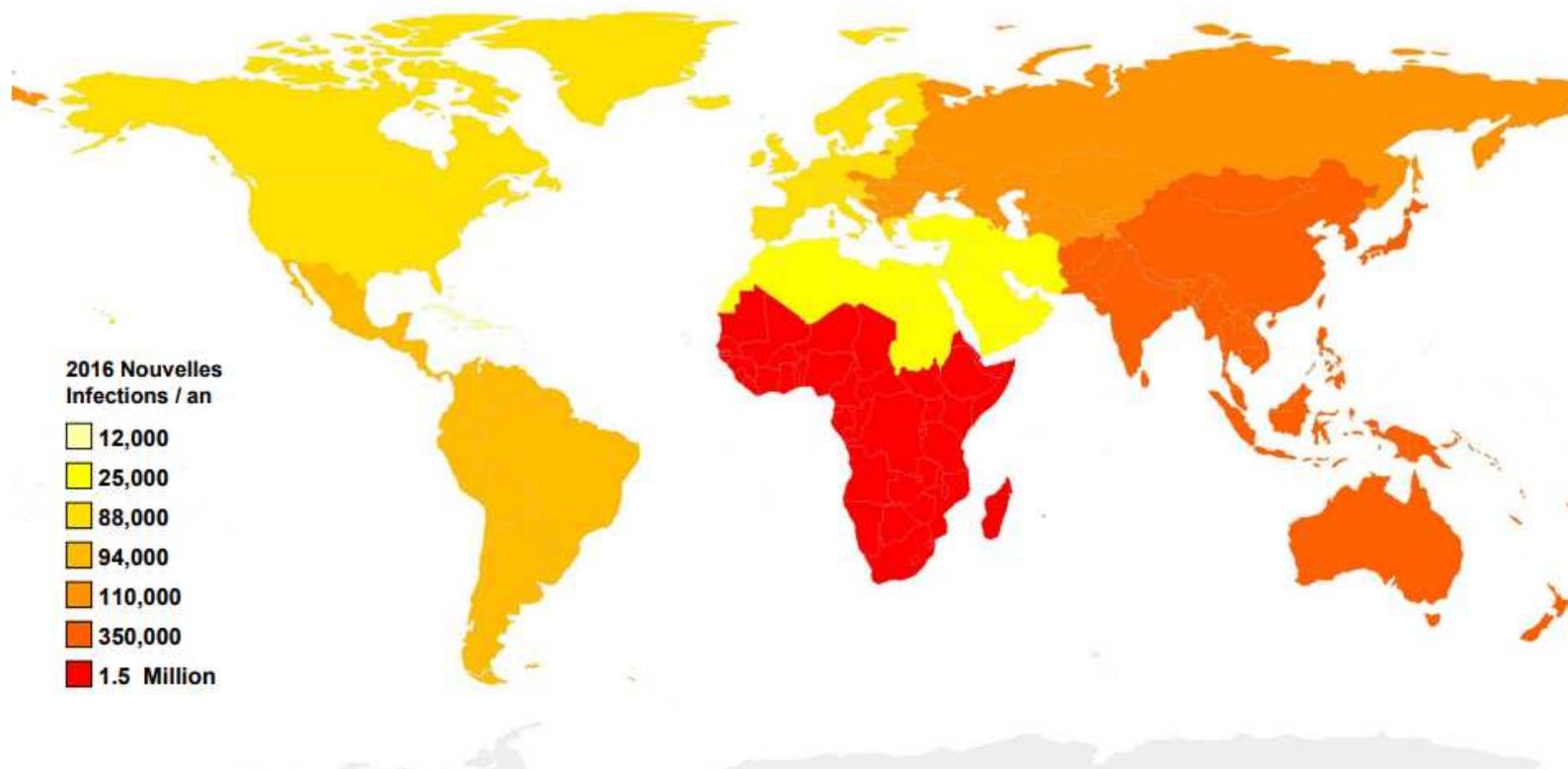


4 séroconversions sur 1100 patients-années de suivi (0,34/100 PY)

Variables		Total, n (%)	À la demande, n (%)	Continu, n (%)
IST dans les 12 mois précédent	Toutes	36	52	46
	Gonococcies	12	50	49
	Chlamydiae	11	52	46
	Syphilis	9	53	44
	VHB	0,2	20	80
	VHC	0,2	50	50
Utilisation de drogues psychoactives	Toutes (cocaïne, GHB, MDMA, mephredone...)	23	58	41
PEP dans les 12 derniers mois	Au moins une fois	10	59	39

**Facteurs de risque de transmission du VIH**

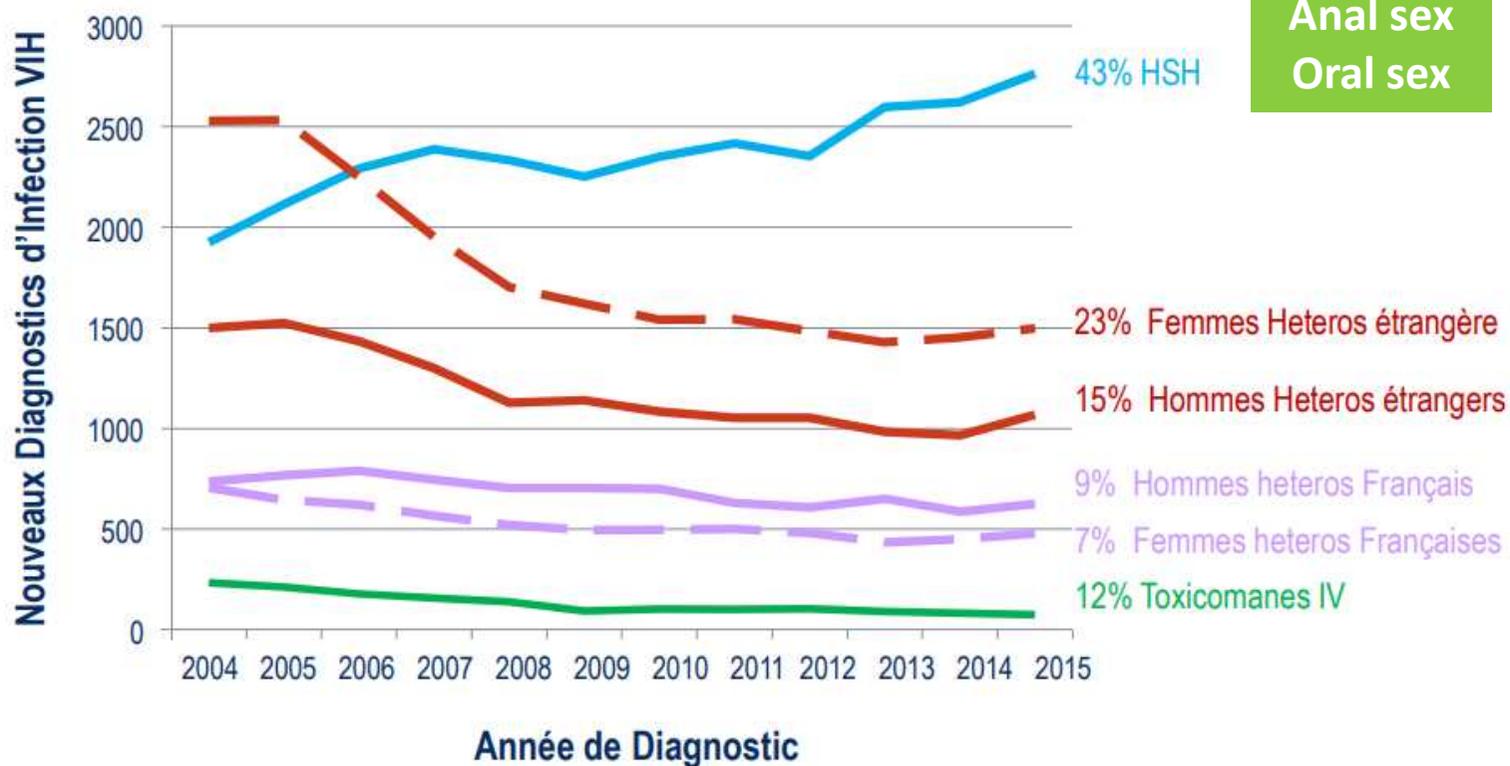
## 2.1 Millions de Nouvelles Infections VIH en 2015 6000 Nouvelles Infections Chaque Jour !



UNAIDS. Report 2016.

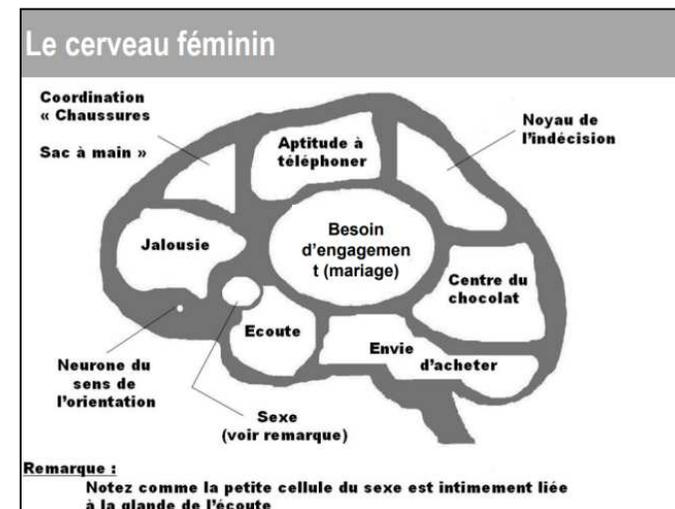
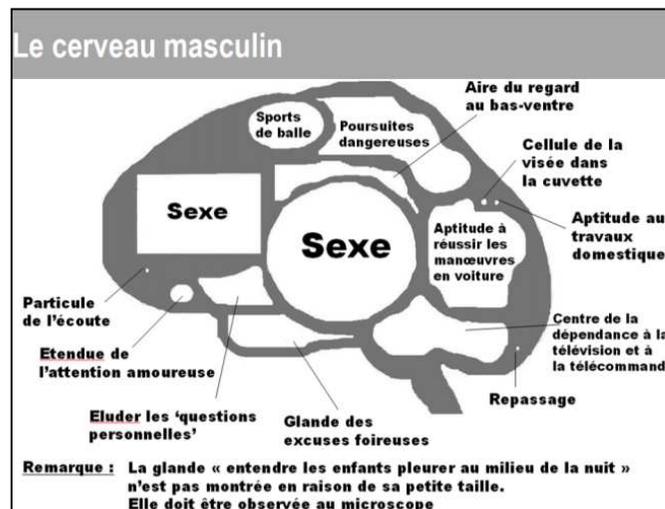
# Augmentation des Nouvelles Infections VIH chez les HSH en France

6000 Nouvelles Découvertes d'Infection VIH en 2015



# Addiction sexuelle, hypersexualité

- 5 % environ de la population, prédominance masculine
- Selon étude sur 207 patients atteints d'hypersexualité :
  - 17% ont perdu leur travail au moins une fois
  - 28% ont eu une histoire d'infection sexuellement transmissible
  - 39% ont rompu avec leur conjoint
  - 78% ont rencontré au moins une fois une « panne sexuelle »
- **L'hypersexualité** a débuté avant l'âge de 18 ans pour 54% d'entre eux et entre 18 et 25 ans pour 30% d'entre eux





# Cybersex



Internet addictogène surtout chez les + jeunes et/ou vulnérables  
CYBERSEX : correspond à l'usage d'internet pour engager des activités sexuelles

- pornographie
- sex chats, webcams
- Recherche de partenaires sexuels
- Ou des jeux de rôle en 3D

Cooper: « **Triple A** model



- **Accessibility** (millions of sexual sites constantly accessible)
- **Affordability** (free or low prices on sexual sites)
- **Anonymity** (the online user is not physically seen and may consider himself as undetectable to others) »

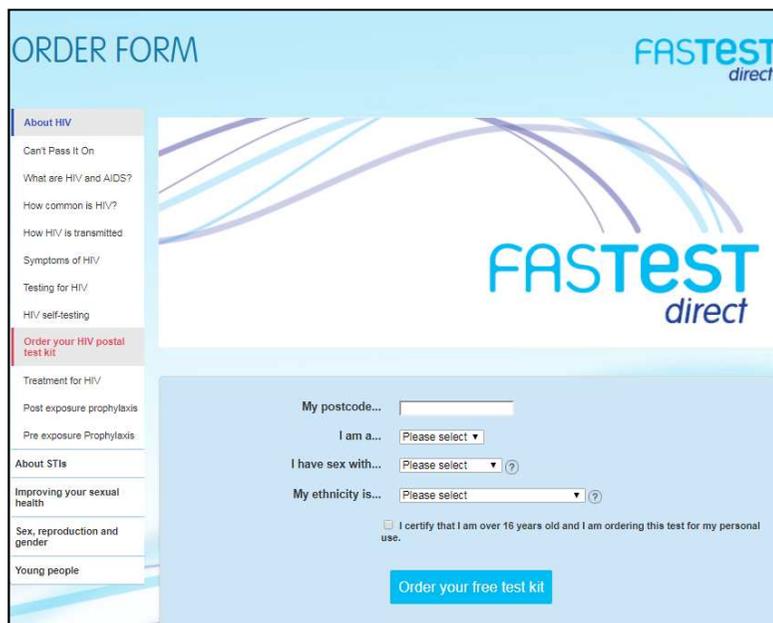


## Les applications de rencontres et sites internet

- ▶ Etre présent sur les applis de rencontre, y avoir des entretiens de RDR, informer, orienter,...
- ▶ Hornet, Grindr, Scruff, Planetroméo , Barbeback zone : HSH
- ▶ Etre aussi présent sur les sites internet de rencontres sexuelles tarifées : élargir le public cible aux seuls HSHs.



# Evaluation d'un portail Internet proposant dépistage par autotest via sites de rencontres



- 5.000 kits commandés
- 3.000 ont transmis leur résultat
- 1 % : VIH positif
- 20 % : pas de sérologie antérieure
- 40 % : dernière sérologie > 1 an
- 15 % : rapports sexuels généralement sous alcool/drogue
- 30 % : rapports anaux sans préservatif dans les 3 derniers mois

Sources internet	Nombre	Résultats (%)	Âge moyen	Résultats positifs
<a href="#">Grindr</a>	1 697 (34,1 %)	1 057 (62,2 %)	32	12
Facebook	1 685 (33,9 %)	1 009 (59,9 %)	32	8
<a href="#">Moteurs de recherche</a>	1 216 (24,4 %)	677 (55,7 %)	28	4
Site du THT	358 (7,2 %)	218 (60,1 %)	31	4
<a href="#">Autres</a>	19 (0,4 %)	12 (63,2 %)	35	0

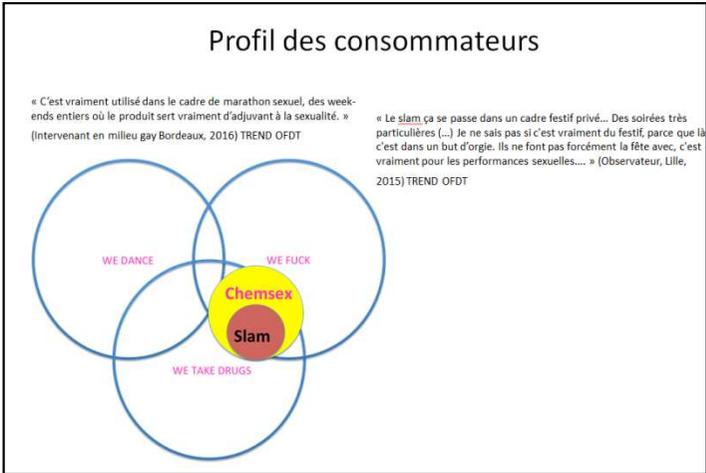
Sites de recrutement



# Chemsex et slam

## Chemsex :

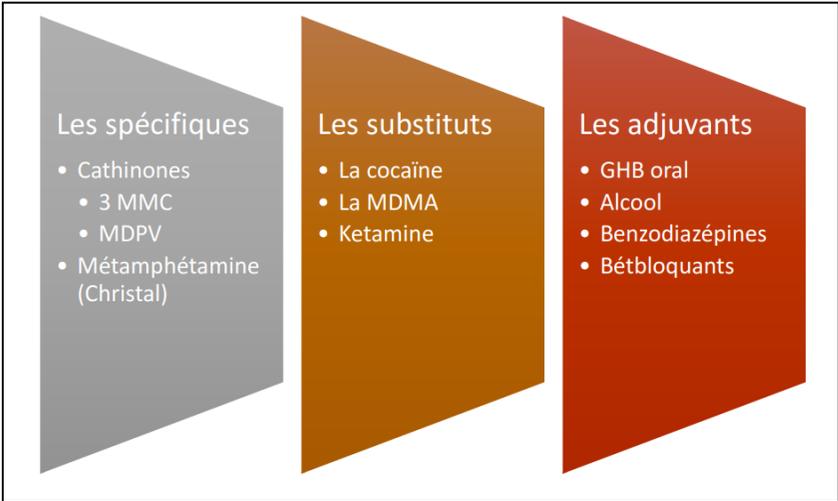
Usage de substances psychoactives en contexte sexuel



## Slam :

Usage intraveineux de SPA en contexte sexuel

SUBSTANCE	EFFETS D'ATTENTE
Alcool	euphorie, stimulation, relaxation - d'inhibitions
Cannabinoïdes	euphorie, relaxation, ralentir délai de réaction, distortions perceptives
Opiïdes	euphoria, somnolence, sédation
Stimulants (cocaïne, méthamphétamine)	excitation, énergie, endurance
Club Drugs (MDMA/Ecstasy, GHB)	hallucinations, sensibilité tactile -inhibition
Drogues Dissociatives (Ketamine, PCP, DXM)	dépersonnalisation, delirium, altération fonctions motrices
Hallucinogènes (LSD, Champignons, Mescaline)	Hallucinations perceptions altérées



# Résultats : prévalence du slam = 2,9 %

NB : 85 % des HSH VIH+ ont eu un questionnaire saisi

Pratique du slam  
chez les HSH  
Hôpital Tenon

Paramètres	HSH non slameurs		HSH slameurs		p
	n = 1126	97,1%	n = 34	2,9%	
<b>Nationalité</b>					
France	918	81,5%	28	82,4%	NS
Autre	208	18,5%	6	17,6%	
<b>Age (en années)</b>					
Moins de 30	61	5,4%	2	5,9%	NS
30 à 50	614	54,5%	24	70,6%	
sup à 50	451	40,1%	8	23,5%	
Moyenne	48,80	(42,6 - 55)	44,10	(39,23 - 49,92)	0,00346
<b>Durée de séropositivité (en années)</b>					
0 à 10	375	33,3%	14	41,2%	NS
supérieure à 10	751	66,7%	20	58,8%	
moyenne	16,5	(7 - 22,9)	13,2	(5,28 - 20,92)	NS
<b>Stade OMS</b>					
A	851	75,6%	29	85,3%	NS
B	45	4,0%	1	2,9%	
C	230	20,4%	4	11,8%	
<b>Nadir du taux de CD4</b>					
0 à 199	400	35,5%	6	17,6%	0,0211
200 à 499	547	48,6%	17	50,0%	
500 ou plus	160	14,2%	11	32,4%	
moyenne	256	(135 - 408)	340	(232,5 - 534,25)	0,0134
<b>Traitement antirétroviral</b>					
non	31	2,8%	1	2,9%	NS
oui	1095	97,2%	33	97,1%	
<b>Dernier taux de CD4</b>					
0 à 199	27	2,4%		0,0%	NS
200 à 499	284	25,2%	8	23,5%	
500 ou plus	799	71,0%	26	76,5%	
moyenne	640	(478,25 - 835)	658,5	(505,5 - 799,25)	NS
<b>Dernière charge virale VIH</b>					
indétectable	917	81,4%	28	82,4%	NS
détectable	209	18,6%	6	17,6%	
<b>Coinfection VHB (Ag HBs +)</b>					
oui	80	7,1%		0,0%	NS
<b>Coinfection VHC (ac anti VHC +)</b>					
oui	89	7,9%	17	50,0%	3,97 e-10
<b>Syphilis (TPHA positif)</b>					
oui	246	21,8%	16	47,1%	0,00497

# L'utilisation du préservatif

## Les jeunes délaissent le préservatif: "Je redoute plus les cancers que le sida"

Actualité / Société / Santé / Par [Claire Hache](#), publié le 03/12/2013 à 10:46, mis à jour le 28/11/2014 à 16:41

856  
partages

f Partager

Tweeter

g+ Partager



14  
réactions



### Témoignages : pourquoi ils ne mettent plus de préservatifs

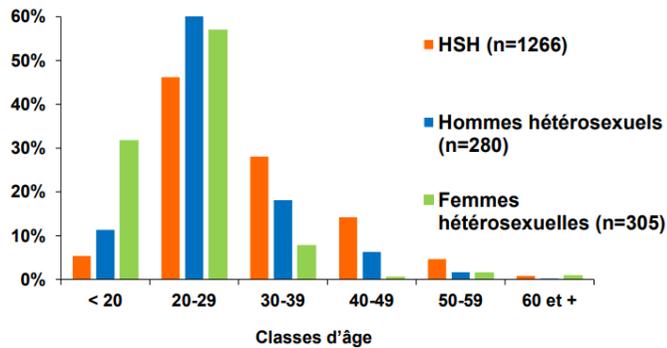
Les gays sont soumis à une double contrainte : se protéger du VIH avec un préservatif OU prendre des risques et se sentir coupable (ou jugé). Pourtant, certains assument désormais, depuis que le tabou du bareback est tombé dans les années 2000, l'abandon – régulier ou sporadique – du préservatif. Comment l'expliquent-ils ? Nous avons demandé aux lecteurs de TÊTU de témoigner...

# Infections Sexuellement Transmissibles

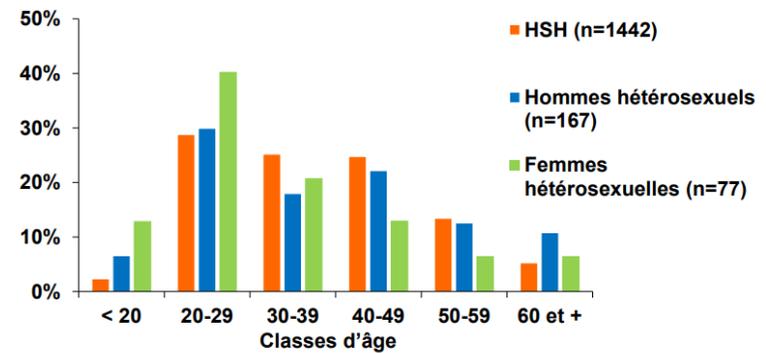
- Incidence VIH élevée notamment jeunes HSH
- 35 à 49% de contamination des migrants en Ile de France
- Intérêt TROD et Autotests
- Rôle des Cegidd

# Répartition des IST dans la population

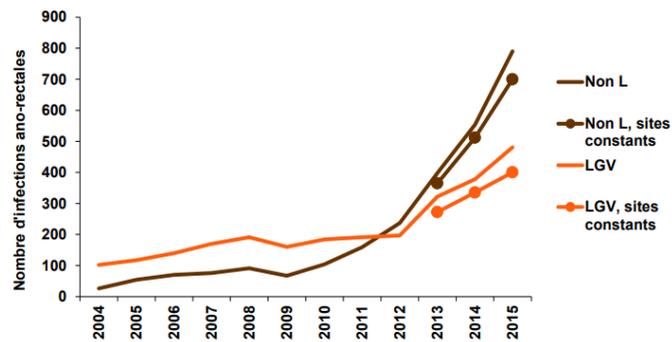
## Infections à gonocoque déclarées en 2015 : prédominance des jeunes de 20-29 ans



## Syphilis précoces déclarées en 2015 par âge et sexe



## Infections ano-rectales à *chlamydia trachomatis* : fortes augmentations depuis 2012

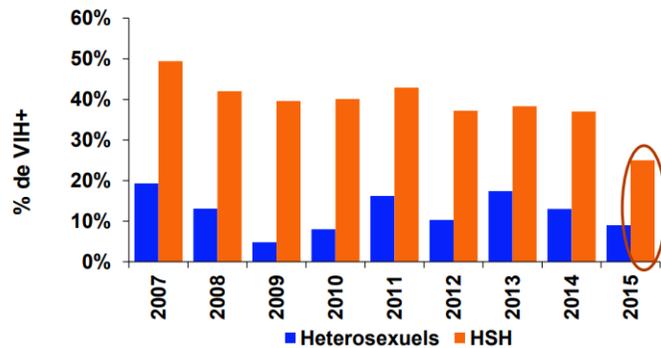


## Infections ano-rectales à *chlamydia trachomatis* en 2015

	LGV	Non L
% d'HSH	98%	97%
Age médian	39 ans	33 ans
% VIH+	71%	29%

# Augmentation des IST chez les HSH

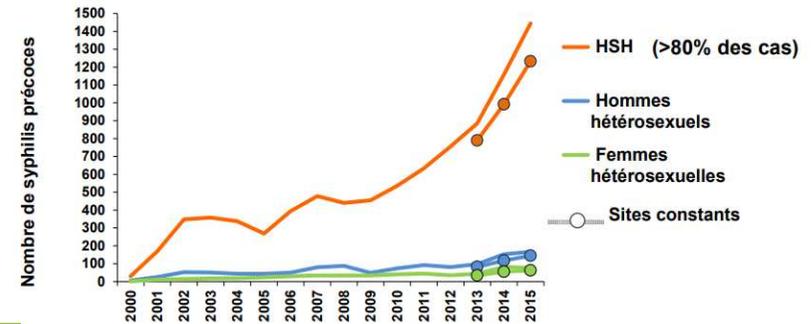
## 25 % de co-infections par le VIH chez les HSH diagnostiqués pour une syphilis précoce en 2015



18<sup>e</sup> JNI, Saint-Malo, du 21 au 23 juin 2017

Source : Santé publique France, réseau RéIST, 2007-2015

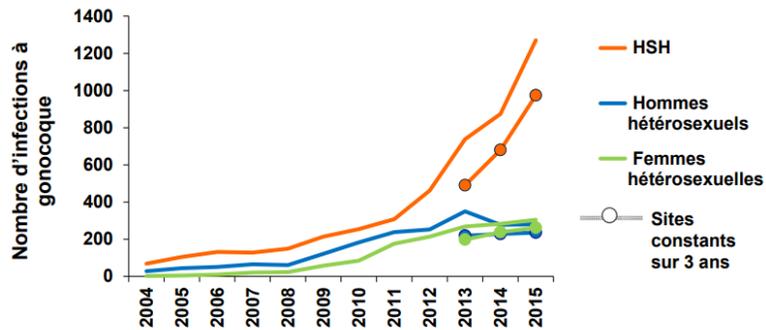
## Syphilis précoces : augmentation de 56% chez les HSH entre 2013 et 2015



18<sup>e</sup> JNI, Saint-Malo, du 21 au 23 juin 2017

Source : Santé publique France, réseau RéIST, 2000-2015

## Infections à gonocoque : augmentation de 100% chez les HSH entre 2013 et 2015

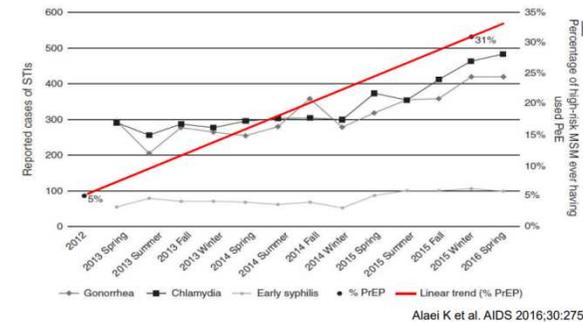


18<sup>e</sup> JNI, Saint-Malo, du 21 au 23 juin 2017

Source : Santé publique France, réseau RéIST, 2004-2015

## Augmentation des IST chez les HSH

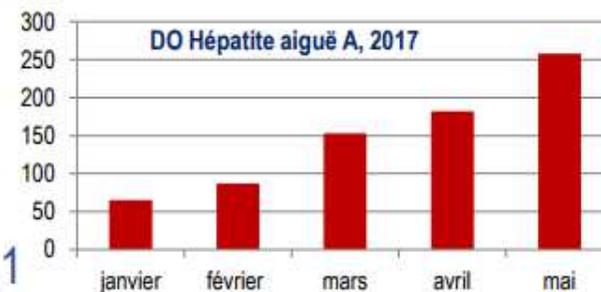
- King County, Etat de Washington de 2012 à 2016



Alaei K et al. AIDS 2016;30:2753

# Epidémie d'hépatite A

- Un total de 745 cas d'hépatite A aiguë déclarés entre janvier et mai 2017, avec un sexe ratio = 6
- Comparativement : 693 cas déclarés sur la totalité de l'année 2016, avec un sexe ratio de 1,1
- Cas rapportés dans toutes les régions, mais notamment en Ile-de-France et en Hauts de France
- Moyenne d'âge = 36 ans
- DO : souvent pas d'exposition à risque retrouvée (orientation sexuelle non recueillie)
- Investigations de cas groupés : forte proportion d'HSH



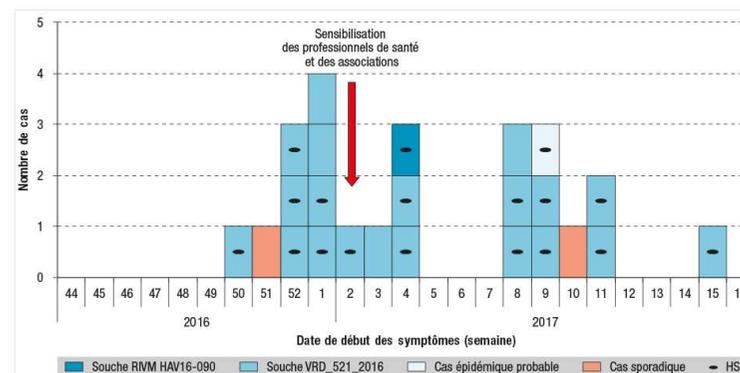
18<sup>es</sup> JNI, Saint-Malo, du 21 au 23 juin 2017

BEH

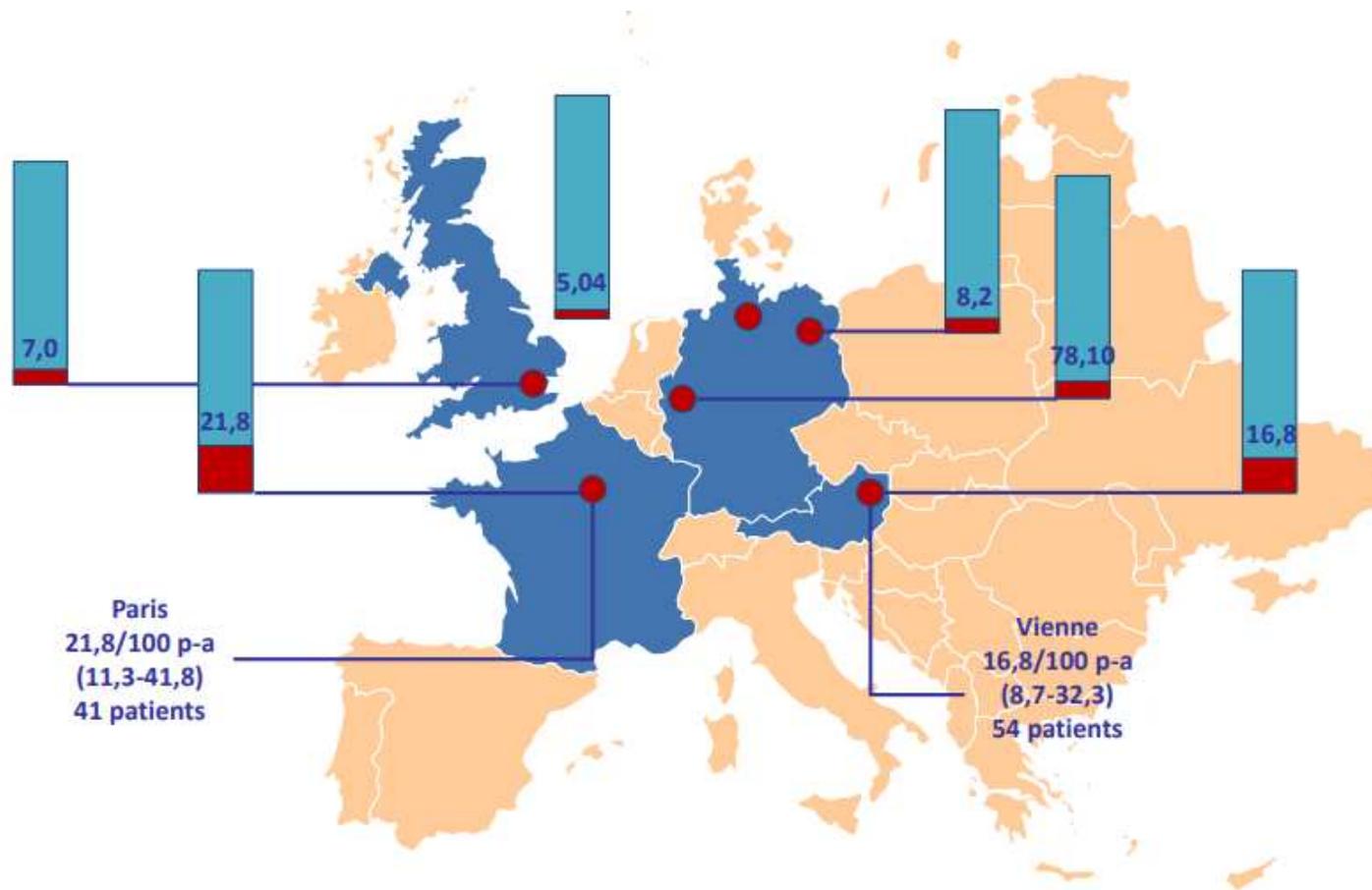
Dans l'article: **Épidémie d'hépatite A parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Rouen, décembre 2016 - avril 2017**

N° 18 - 18 juillet 2017

Figure 1 : Courbe épidémique des cas d'hépatite A de sexe masculin notifiés (N=24), Normandie (France), décembre 2016 - avril 2017



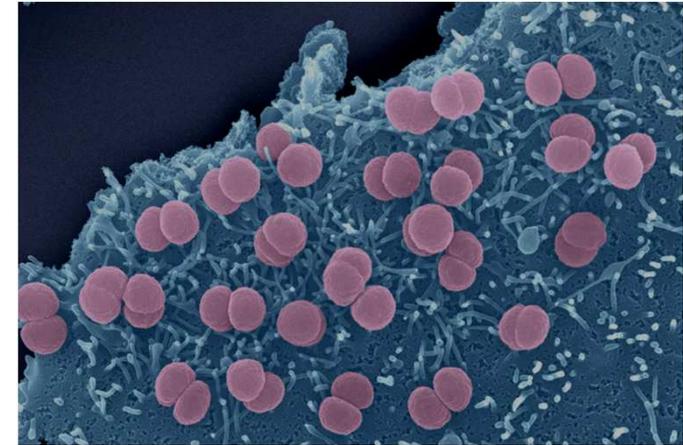
# Réinfection VHC chez les HSH guéris



→ Dépistage de réinfection tous les 3-6 mois chez les HSH co-infectés

# Méningocoque : un nouveau variant sexuellement transmissible

Des chercheurs allemands et français viennent d'identifier un variant génétique du méningocoque transmissible par voie sexuelle et particulièrement virulent. Ce variant avait provoqué, en 2013, une épidémie d'infections invasives au sein, notamment, de la communauté homosexuelle masculine aux Etats-Unis et en Europe.



[plos.org](https://plos.org)

[create account](#)

[sign in](#)

[Publish](#)

[About](#)

[Browse](#)

Search



[advanced search](#)

OPEN ACCESS PEER-REVIEWED

RESEARCH ARTICLE

## Evolutionary Events Associated with an Outbreak of Meningococcal Disease in Men Who Have Sex with Men

Muhamed-Kheir Taha , Heike Claus , Martin Lappann , Frédéric J. Veyrier , Andreas Otto , Dörte Becher, Ala-Eddine Deghmane, Matthias Frosch, Wiebke Hellenbrand, Eva Hong, Isabelle Parent du Châtelet, Karola Prior, Dag Harmsen, Ulrich Vogel

Published: May 11, 2016 • <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154047>

10  
Save

11  
Citation

2,998  
View

29  
Share

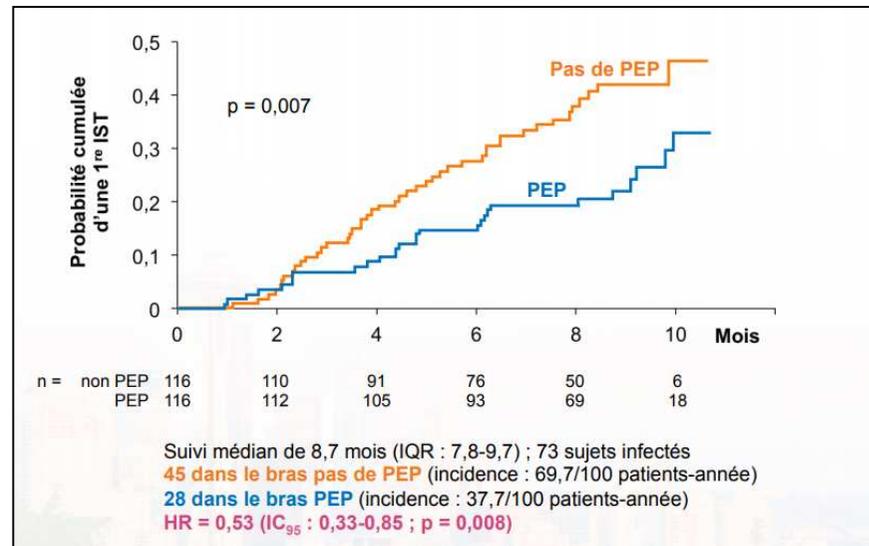
# Doxycycline en prophylaxie à la demande post-exposition dans une étude de PrEP

(ANRS-IPERGAY)

Caractéristiques (médiane, IQR) ou (n, %)	PEP Doxy (n = 116)	Pas de PEP (n = 116)
Âge (années)	38 (33-48)	39 (32-44)
Caucasiens	110 (95)	110 (95)
Niveau d'éducation secondaire	109 (94)	103 (89)
Employé	102 (88)	98 (84)
Célibataire	82 (71)	81 (70)
Antécédent d'utilisation de PEP dans IPERGAY	24 (21)	20 (17)
Consommation de substances psychoactives*	49 (42)	49 (42)
Circoncis	28 (24)	21 (18)
Infection par NG, CT ou TP**	22 (19)	16 (14)
Nombre d'actes sexuels dans les 4 semaines précédentes	10 (5-15)	10 (4-20)
Nombre de partenaires sexuels dans les 2 mois précédents	10 (4-20)	10 (5-20)

\* dans les 12 mois : ecstasy, crack, cocaïne, crystal, speed, GHB/GBL

\*\* NG : *Neisseria gonorrhoeae* ; CT : *Chlamydia trachomatis* ; TP : *Treponema pallidum*



# Populations immigrées

- Hétérogénéité de cette population
- Femmes plus nombreuses
  - Violences
  - Complications obstétricales
  - Culture
  - Parcours migratoire
  - Conditions de vie dans le pays d'accueil
- Fréquence du VIH – diagnostic tardif



# Vaccinations

- Un défaut de couverture vaccinale
  - HPV HSH
  - vaccination VHB
  - Vaccin VHA
  - Vaccin Méningocoque C



**Haut Conseil de la santé publique**

---

**AVIS**

---

relatif aux recommandations vaccinales  
contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes

---

19 février 2016

---

La vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) a été mise en place en 2007 avec pour objectif la réduction de l'incidence des lésions précancéreuses (et à terme des cancers) de la sphère génitale féminine : col de l'utérus mais aussi vulve et vagin. Dans le contexte de cette autorisation de mise sur le marché (AMM), une recommandation de vaccination pour les hommes ne pouvait reposer – outre sur une volonté de faire baisser la circulation des virus HPV oncogènes ciblés par les vaccins – que sur un objectif de prévention des verrues génitales.

Le vaccin Gardasil® a obtenu le 6 juin 2014 une modification de l'autorisation de mise sur le marché pour la prévention des lésions anales précancéreuses et cancéreuses. Par ailleurs, les connaissances relatives à l'implication des virus HPV dans la genèse d'autres cancers touchant également les hommes ont progressé. De ce fait, la question de la pertinence d'une vaccination généralisée ou ciblée des hommes contre l'HPV a été relancée.

Le Haut Conseil de la santé publique s'est donc autosaisi afin d'envisager l'opportunité d'instaurer une stratégie de protection des garçons contre les infections à papillomavirus humains et leurs conséquences.

Le présent avis s'appuie sur un rapport. Dans ce document, le terme « homme » fait référence aux personnes de sexe masculin, adolescents et jeunes adultes.



**LE HCSP**      **AVIS ET RAPPORTS**      **LA REVUE ADSP**

---

accueil / avis et rapports / Vaccination méningococcique C au-delà de 24 ans. Actualisation

## Vaccination méningococcique C au-delà de 24 ans. Actualisation

En novembre 2014, le HCSP a recommandé la vaccination méningococcique C conjuguée pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les autres personnes âgées de 25 ans et plus, qui fréquentaient les lieux de convivialité ou de rencontre gays ou qui souhaitent se rendre à un ou des rassemblements gays. Cette recommandation concernait les personnes résidant en France et portait sur une période limitée à un an.

Les données épidémiologiques 2015 sur les infections invasives à méningocoque (IM) de sérotype C montrent que le variant particulier qui circulait dans la population HSH a diffusé en population générale mais que son lien à la communauté gay n'apparaît plus prédominant.

Par contre, il a été mis en évidence des cas d'infection du tractus uro-génital masculin liés vraisemblablement à une transmission sexuelle de ce variant qui présente des caractéristiques proches de celles du gonocoque avec notamment, pour certaines souches, la présence d'un allèle responsable d'une diminution de la sensibilité aux céphalosporines.

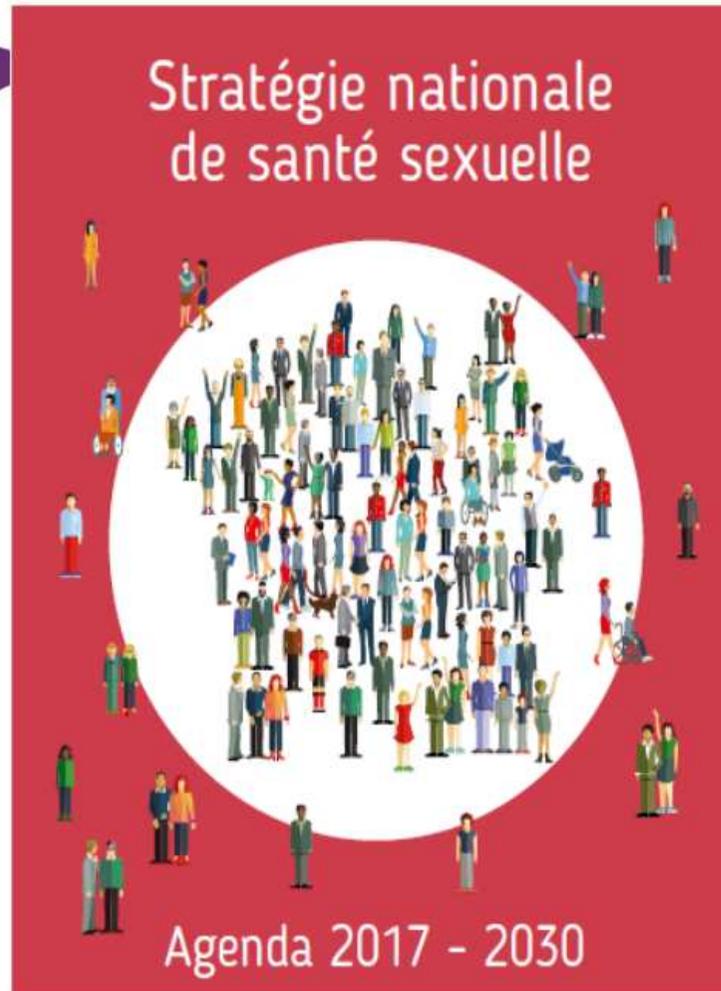
En l'absence de donnée de couverture vaccinale permettant d'évaluer l'application des recommandations de vaccinations contre le méningocoque C faites en 2013 puis en 2014, l'interprétation des données épidémiologiques est rendue difficile. En particulier les données disponibles ne permettent pas de faire la part, dans la diminution observée du nombre de cas chez lesquels un lien avec la communauté HSH est identifié, entre une évolution naturelle des IMM ou bien un impact de la vaccination dans la communauté HSH.

Le HCSP préconise ainsi de prolonger jusqu'à fin 2016 la recommandation de vaccination méningococcique C conjuguée pour les HSH et les autres personnes âgées de 25 ans et plus qui fréquentent les lieux de convivialité ou de rencontre gays ou qui souhaitent se rendre à un ou des rassemblements gays.

Cette recommandation permettra d'évaluer avant la fin de cette période l'impact de la précédente recommandation en termes de couverture vaccinale au sein de la communauté HSH.

# Stratégie nationale de santé sexuelle

DGS



**Un état de bien être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité**

**Une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles**

**Les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés (OMS)**

# AXE I – INVESTIR DANS LA PROMOTION EN SANTE SEXUELLE, EN PARTICULIER EN DIRECTION DES JEUNES, DANS UNE APPROCHE GLOBALE ET POSITIVE

Vision	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Agir précocement auprès des jeunes pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé sexuelle</li></ul>
Priorités	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Éduquer dès le plus jeune âge à la vie relationnelle et sexuelle dans le respect des droits humains</li><li>▶ Améliorer l'impact des informations en santé sexuelle, en particulier chez les jeunes</li><li>▶ Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire</li></ul>
Cibles pour 2023	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ 100 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) tout au long de leur cursus scolaire</li><li>▶ 100% des organismes de formation initiale ou continue des professionnels de santé proposent une formation complète et globale de santé sexuelle</li></ul>

## AXE II - AMELIORER LE PARCOURS DE SANTE EN MATIERE D'IST DONT LE VIH ET LES HEPATITES VIRALES : PREVENTION, DEPISTAGE, PRISE EN CHARGE

Vision	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination</li> <li>▶ Éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique</li> <li>▶ Les personnes vivant avec le VIH peuvent vivre longtemps et en bonne santé</li> </ul>
Priorités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Développer une approche globale et positive centrée sur toutes les dimensions et les déterminants de la santé sexuelle</li> <li>▶ Développer et promouvoir la prévention diversifiée pour mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.</li> <li>▶ Identifier les personnes ignorant leur séropositivité au VIH et éloignée de l'offre de dépistage pour réduire rapidement "l'épidémie cachée"</li> <li>▶ Inverser la courbe de l'épidémie des IST les plus fréquentes et/ou les plus graves (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien (LGV))</li> <li>▶ Réduire le temps entre l'infection et la mise sous traitement en favorisant l'accès rapide aux dépistages VIH, VHB, VHC, IST...et aux traitements</li> <li>▶ Développer la vaccination VHB / HPV et le rattrapage à l'adolescence</li> <li>▶ Maintenir l'accès à des thérapeutiques efficaces contre les principales IST et lutter contre la résistance aux antimicrobiens</li> <li>▶ Garantir un accès aux soins adapté pour les populations clés</li> </ul>
Cibles 2020-2030	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique en 2020</li> <li>▶ 95% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral recommandé en 2020</li> <li>▶ 95% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement indétectable en 2020</li> <li>▶ 75 % de couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents en 2023 (95% en 2030)</li> <li>▶ 60 % de couverture vaccinale de HPV chez les adolescentes en 2023 (80% en 2030)</li> <li>▶ Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves : (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien (LGV) (année de référence: 2023)</li> </ul>

## AXE III – AMELIORER LA SANTE REPRODUCTIVE

En conformité avec la convention européenne des droits de l'homme, l'État est garant de la protection et du respect des droits des personnes en matière de santé reproductive. La santé reproductive implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité avec la capacité et la liberté de décider ou non de concevoir des enfants, si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

La santé reproductive, dans la stratégie nationale de santé sexuelle, inclut la contraception, les interruptions volontaires de grossesse et la prévention de l'infertilité hors Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

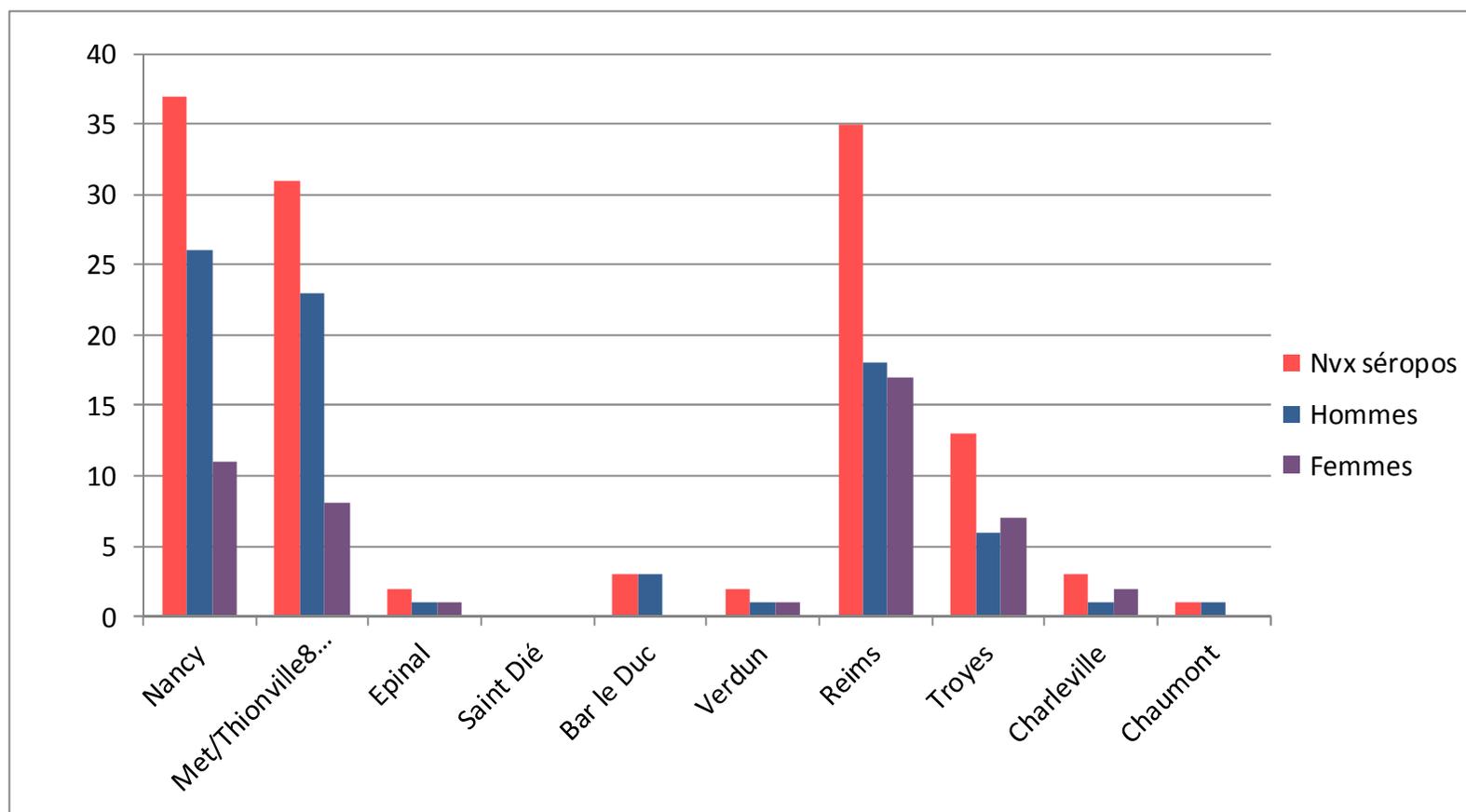
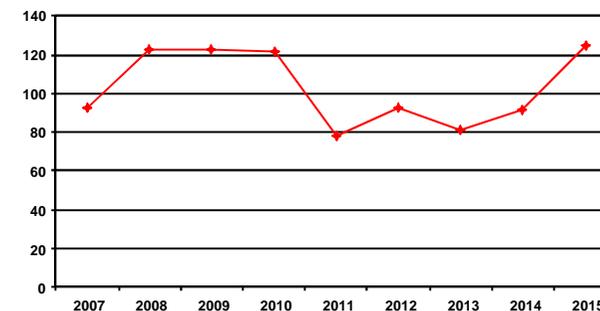
L'AMP, la grossesse et son suivi, l'accouchement, la périnatalité sont ou seront traités dans d'autres plans de santé publique en lien avec cette stratégie.

<b>Vision</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Garantir la possibilité pour les personnes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent, dans le cadre d'une sexualité satisfaisante, responsable et sûre</li><li>▶ Permettre aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles.</li></ul>
<b>Priorités</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Réduire le nombre de grossesses non désirées et non prévues<sup>4</sup></li><li>▶ Améliorer l'accès au choix de la contraception adaptée</li></ul>
<b>Cibles 2020-2030</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes<sup>5</sup></li><li>▶ 90% des demandes d'IVG sont prises en charge dans les délais définis par la HAS (5 jours).</li><li>▶ Maintenir la syphilis congénitale à un bas seuil<sup>6</sup></li><li>▶ Faciliter l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5%)</li></ul>

## AXE IV – REPONDRE AUX BESOINS SPECIFIQUES DES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES

Vision	▶ Garantir à tous les mêmes droits dans le domaine de la santé sexuelle et répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux IST
Priorités	▶ Renforcer la prévention, l'offre de dépistage et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH, VHB, VHC et aux IST ▶ Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap, des personnes vieillissantes et des personnes ayant une maladie chronique
Cibles pour 2023	▶ Réduire l'incidence des IST bactériennes dans les populations clés ▶ Objectif 95-95-95 pour le VIH par population clé ▶ 80% de couverture vaccinale au sein des populations clés

# Nouvelles découvertes VIH en 2016 : 127



# L'Epidémie de VIH à San Francisco

