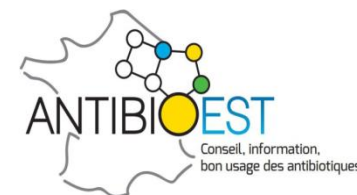




Infection par le VIH : comment alléger la prise en charge ?

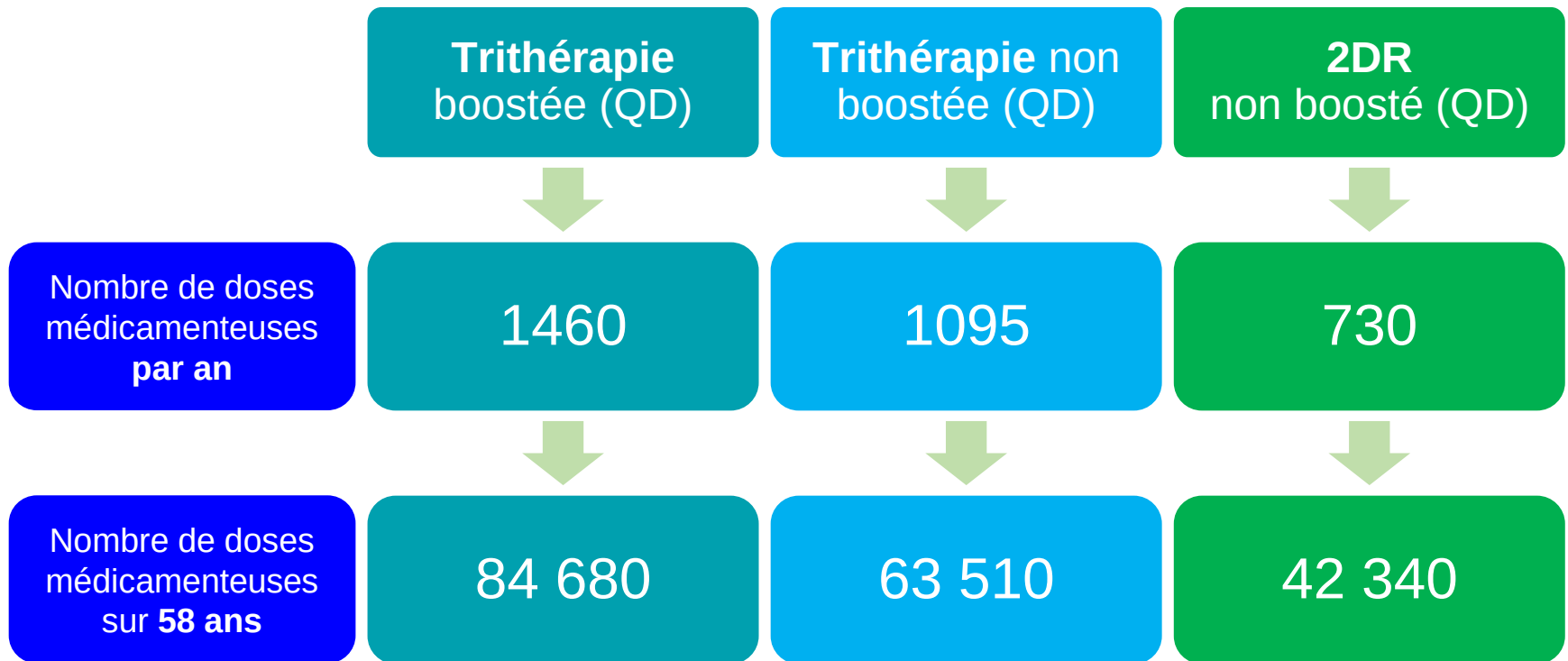
Professeur Thierry MAY
13^{ème} Journée Régionale d'Infectiologie
Nancy, 10 novembre 2018





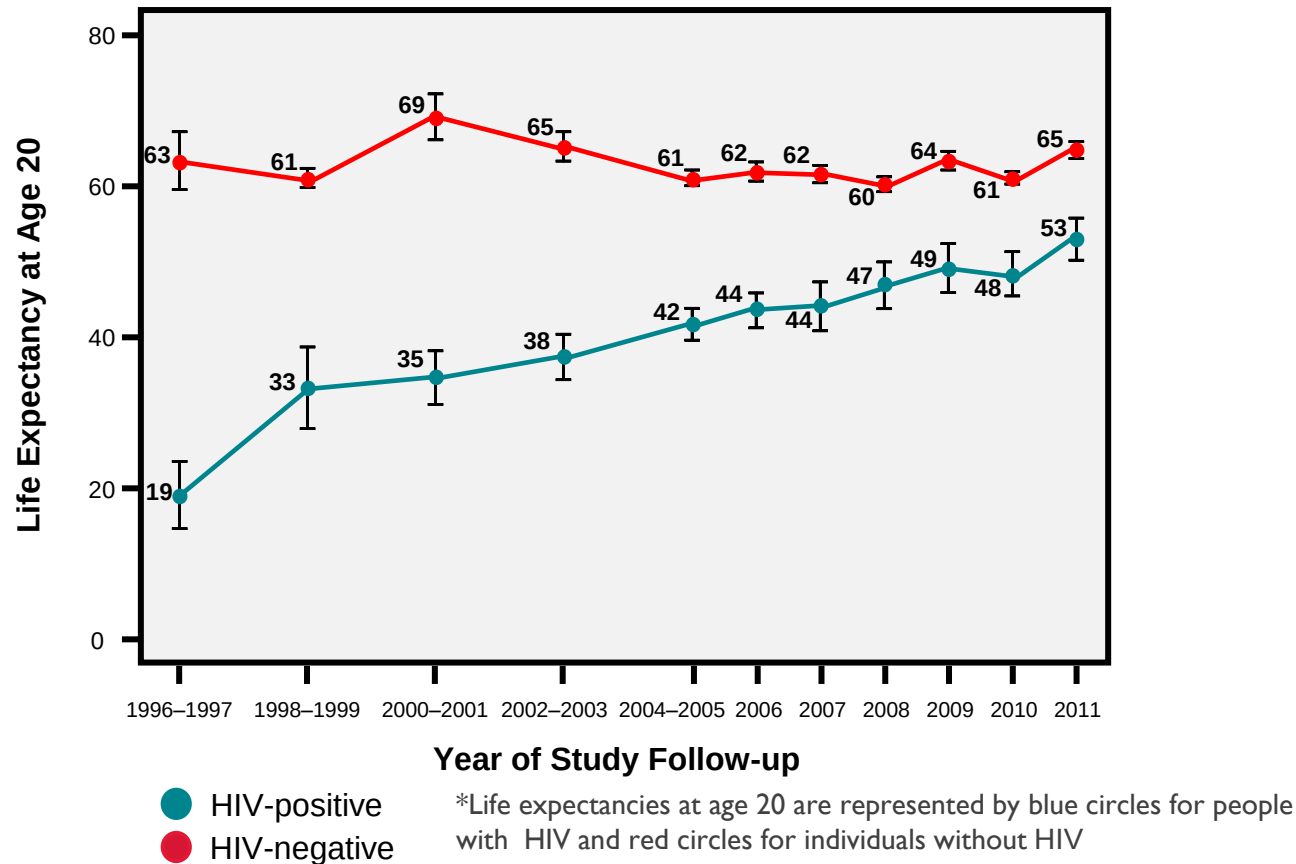
Les patients sont désormais exposés aux ARV pendant des décennies

Un patient de 20 ans ayant débuté son traitement ARV entre 2008 et 2010 peut espérer fêter son 78^e anniversaire



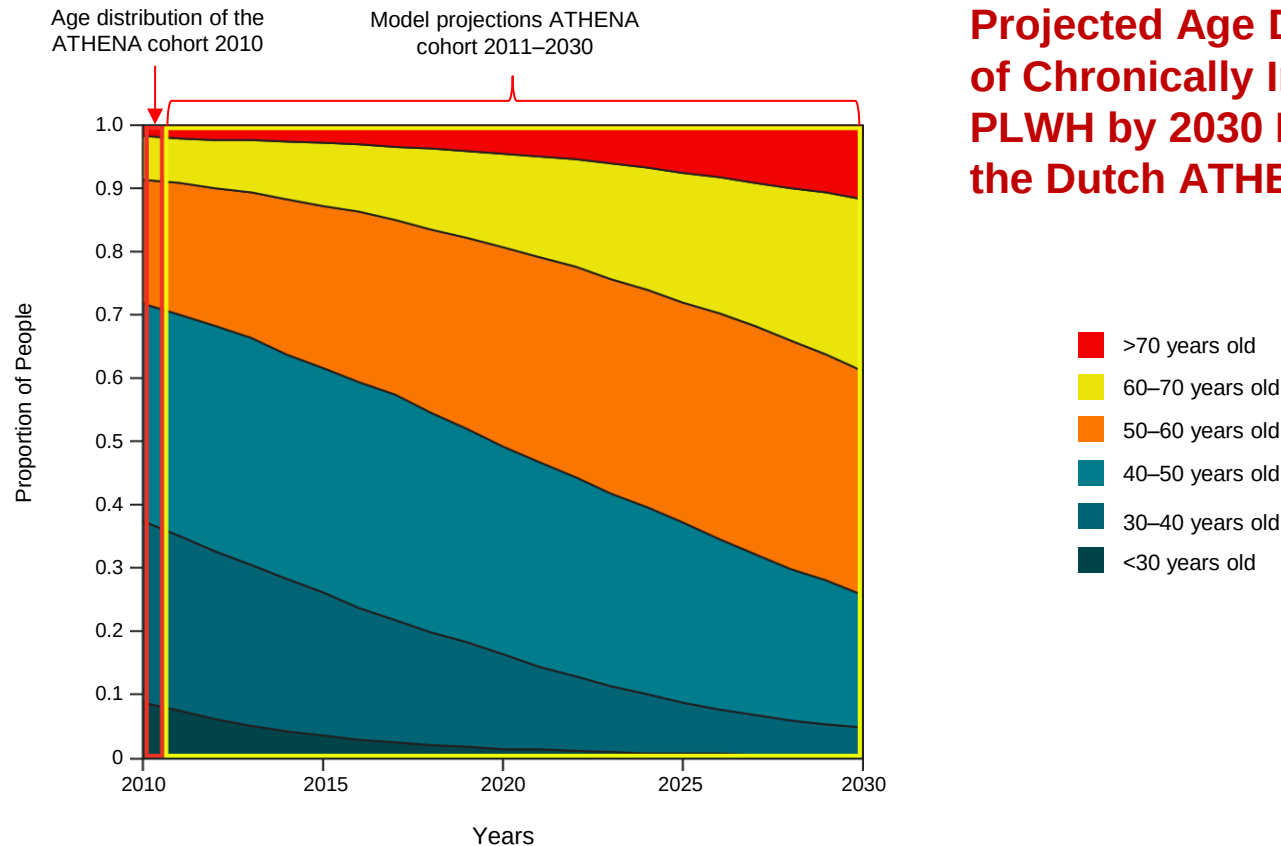
L'écart entre l'espérance de vie des PVVIH et celle des personnes vivant sans le VIH diminue

Espérance de vie à l'âge de 20 ans selon le statut sérologique en Californie de 1996 à 2011



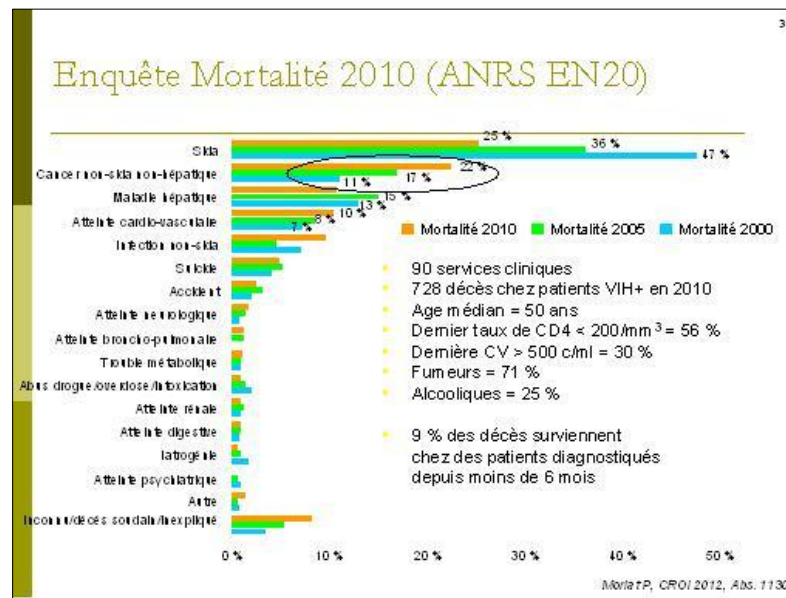
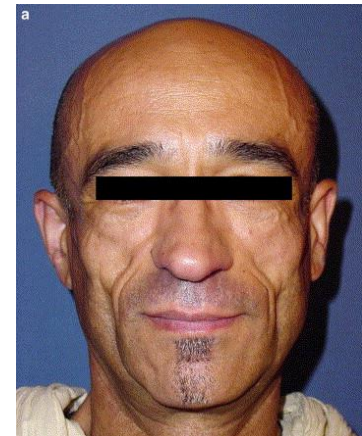
Vieillessement de la population des PVVIH

- Cohorte observationnelle de 10.000 patients VIH suivis en Hollande de 1996 à 2010
- **En 2030, 73% de la population VIH sera > 50 ans et 39 % sera ≥ 60 ans**



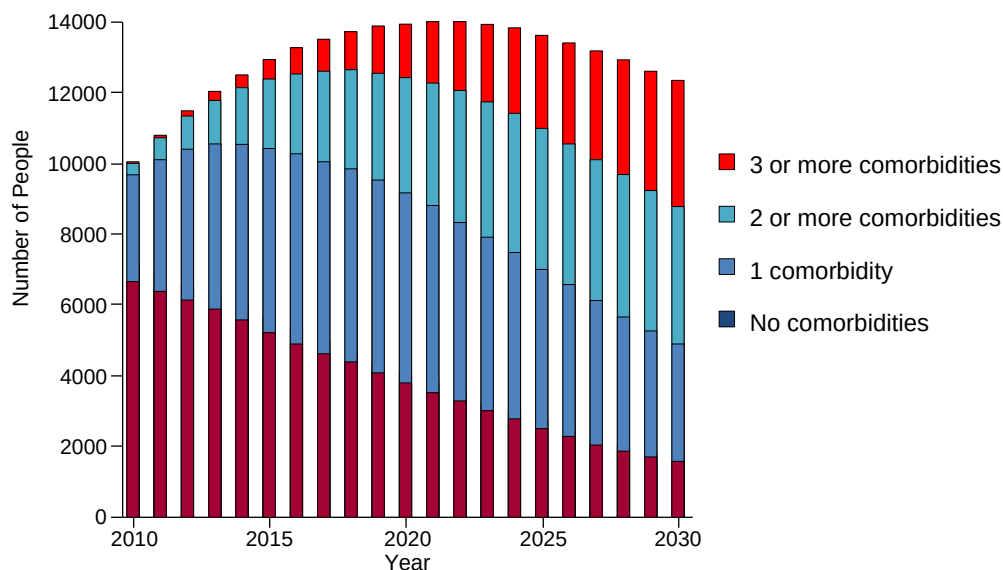
Les comorbidités à risque accru

- Risques cardiovasculaires et troubles métaboliques
- Risques pulmonaires
- Co-infections par le virus des hépatites
- Atteinte rénale
- Cancers
- Ostéoporose

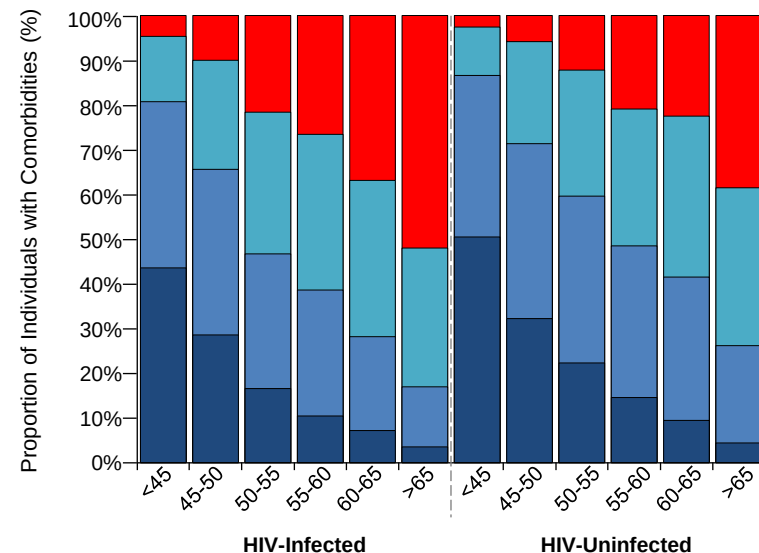


Les comorbidités augmentent chez les PVVIH

Prédiction du nombre de comorbidités chez des PVVIH 2010–2030



Prédiction du nombre de comorbidités selon l'âge et le statut sérologique 2010–2030



Note: The model did not incorporate all diseases that affect HIV+ persons; most notably, the model did not include neuropsychiatric disorders (ie, depression).

Les comorbidités à risque accru

Mais :

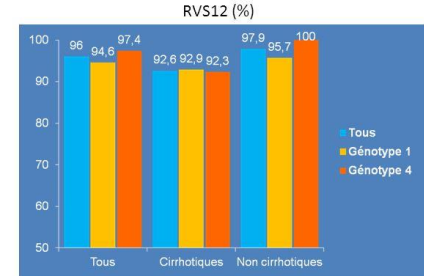
- Guérison du VHC
- Meilleure couverture vaccinale : HPV, VHB
- Ttt ARV plus précoce : prévention cancers viro-induits
- Utilisation des ARV ayant la plus faible toxicité au long cours notamment sur la fonction rénale, l'os et le SNC



Essai ANRS HC30 : daclatasvir + asunaprevir + PR chez les co-infectés VHC/VIH

RVS12 = 96,0 %
(72/75) (IC 95 % =
91,6-100)

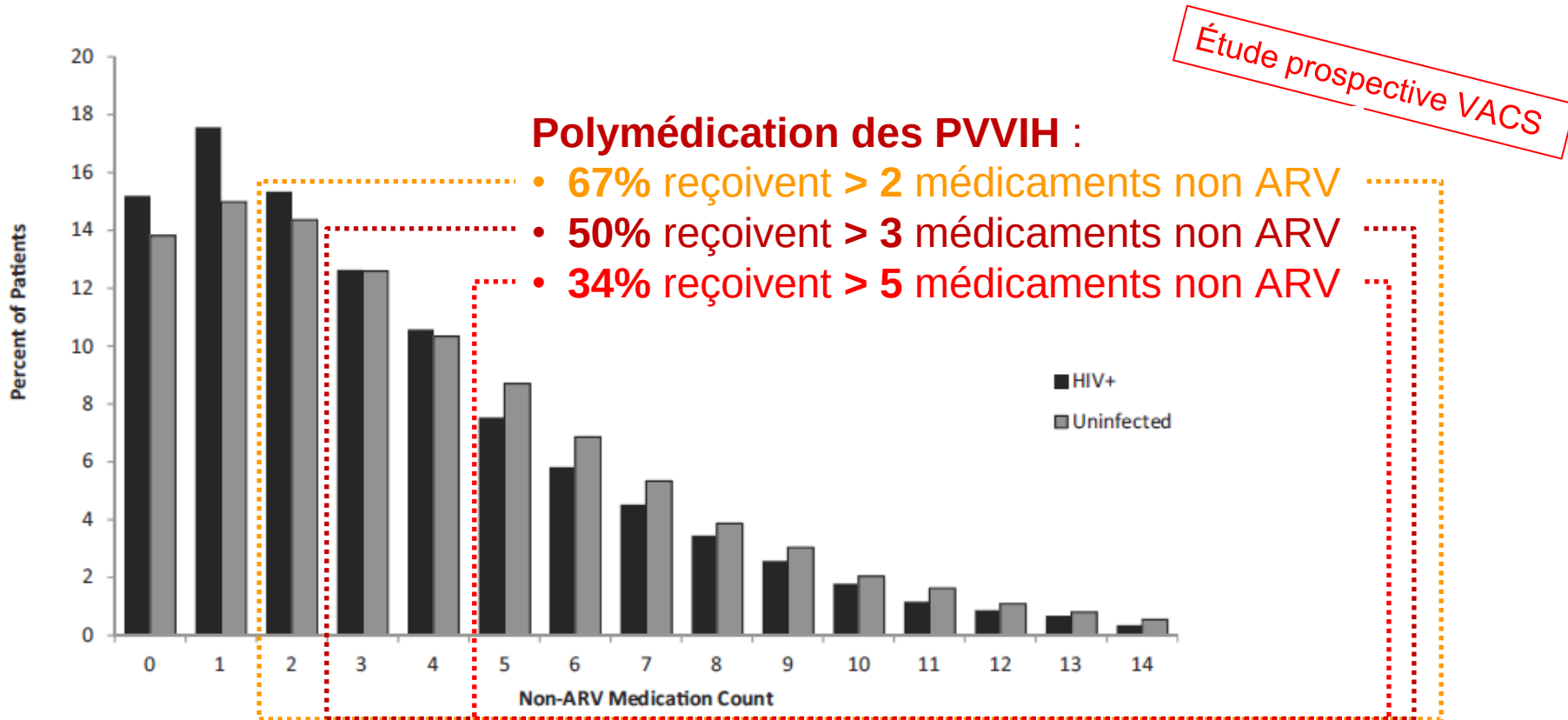
RVS12 = 92,6 %
chez les patients
avec cirrhose



- Prévention des conduites addictives

La polymédication accroît indépendamment les risques d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, d'hospitalisations et de mortalité

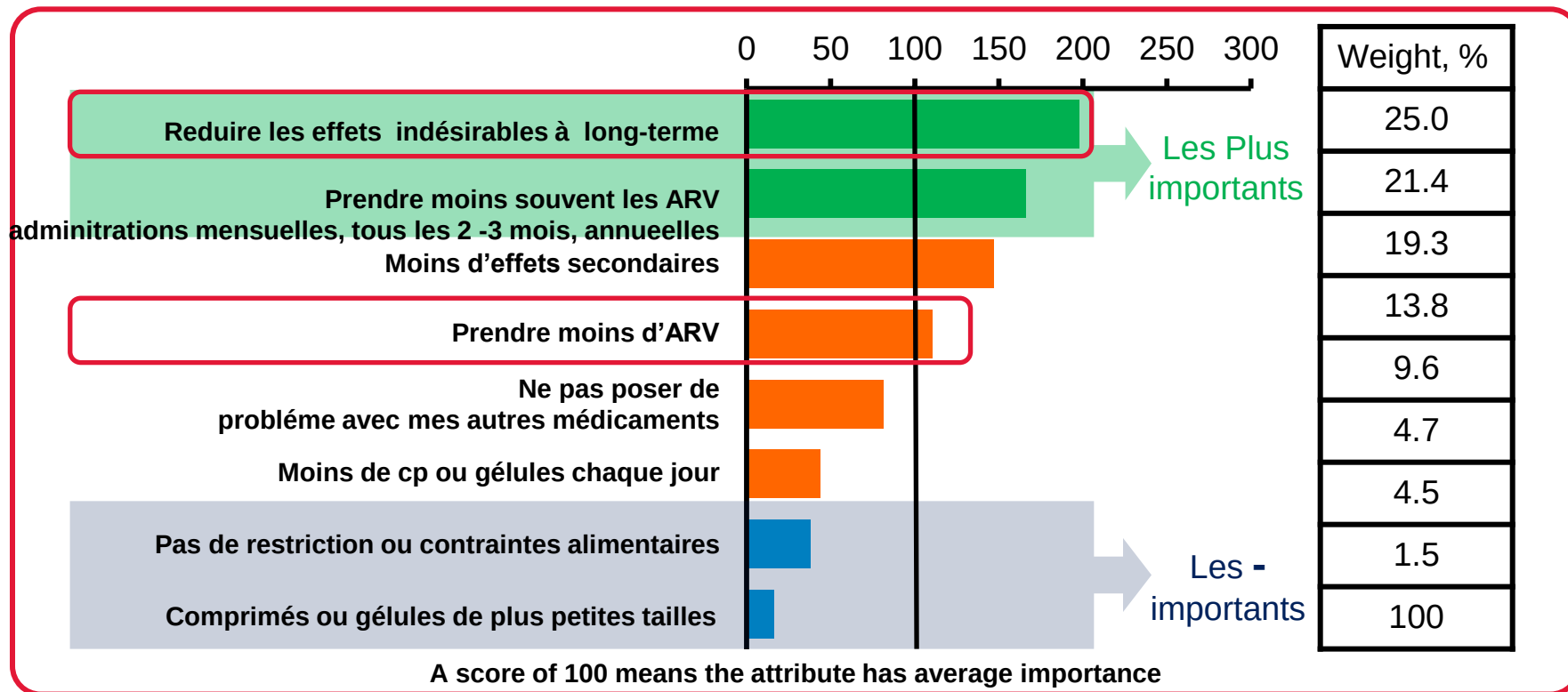
- Le nombre médian de **médicaments non ARV** chez les PVVIH étaient de **3**



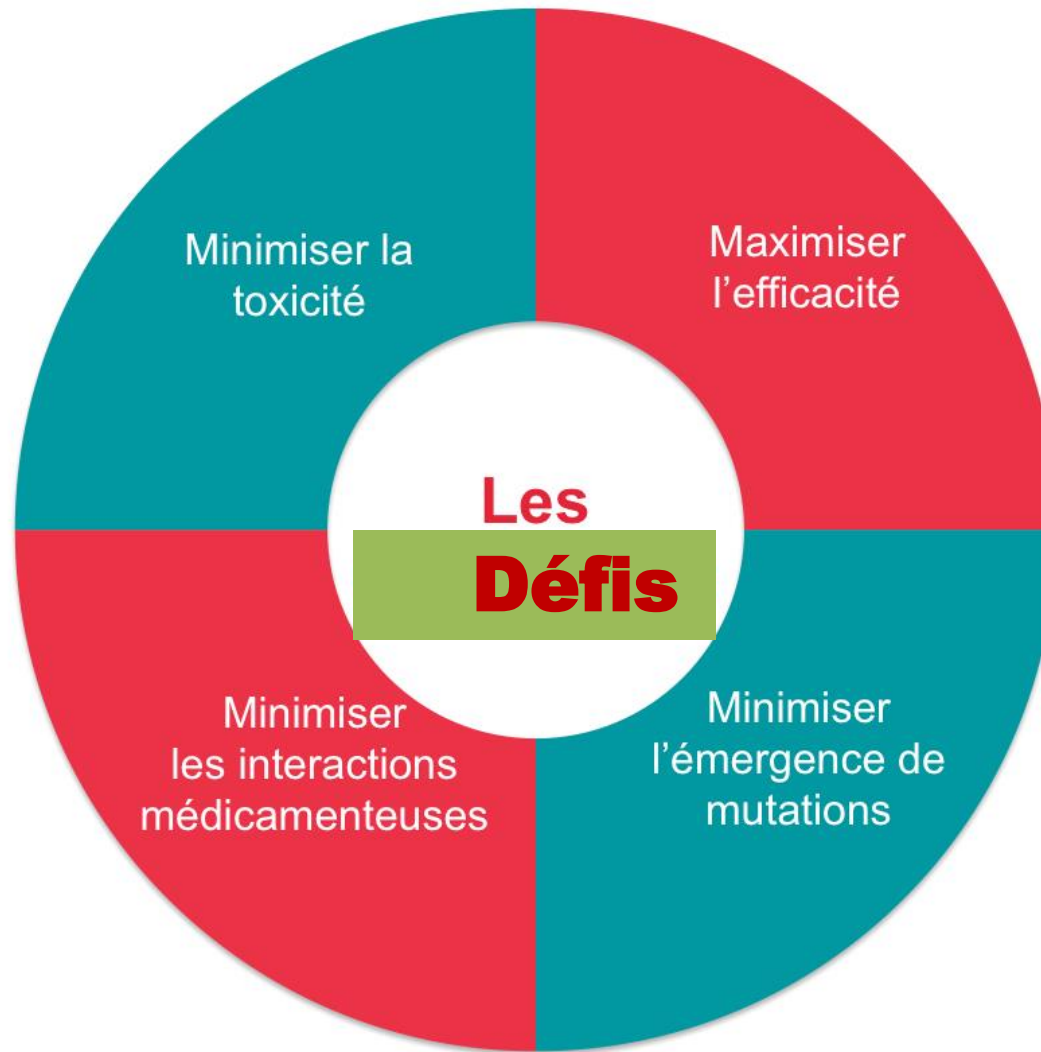
- Dans les deux groupes, les médicaments les plus prescrits étaient : les **hypolipémiants**, les **antihypertenseurs** (IEC/ARAII, calcium bloqueurs et β -bloquants, diurétiques), les **antidépresseurs**, les **IPP**, les agents **hypoglycémiant**s, et les **antalgiques**.

Des besoins non couverts demeurent dans la population PVVIH: enquête patients

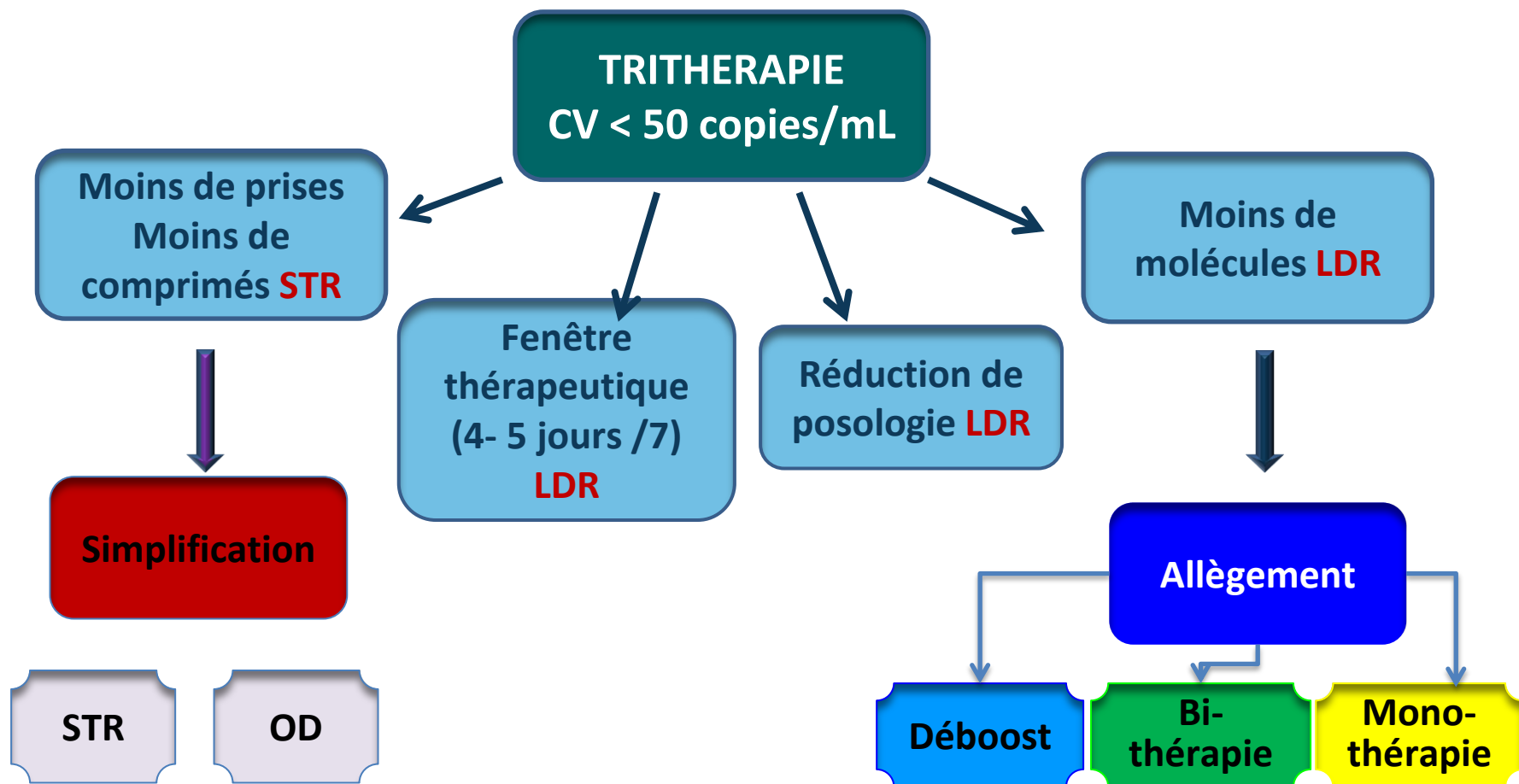
- 73% interrogés sont inquiets des effets à long terme des RV



Les défis actuels de la prise en charge



Développer et utiliser des nouvelles stratégies de maintenance



LDR : Less Drug Regimen (réduction de l'exposition); **STR** : Single Tablet Regimen (traitement en un comprimé unique)

D'après le rapport *Prise en charge 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 (juillet 2017)

Pourquoi proposer un allègement ?

- Traitement continu, lassitude vis-à-vis d'un traitement
 - « lourd » permanent
 - observance sur la durée
 - qualité de vie
- Réduction du coût
- Principe de la « juste posologie »
 - meilleur rapport bénéfice/risque
- Effets secondaires à long terme
 - nécessité de modification pour effets secondaires
 - prévention de la toxicité cumulée dans une population vieillissante
- Adaptation thérapeutique chez des patients avec comorbidités
 - prévention des interactions



Simplification thérapeutique

- Simplifier le schéma thérapeutique
 - diminuer les dosages
 - diminuer les fréquences d'administration
 - diminuer le nombre de médicaments
- Utiliser des antirétroviraux ayant une meilleure tolérance



Mise à disposition en décembre 2018

Simplification thérapeutique : pour qui ?

Le patient candidat parfait

- Traitement ARV stable depuis au moins 6 mois
- Infection VIH contrôlée (CV < 30 copies/ml)
- Taux de CD4 élevé
- Bonne adhérence au traitement
- Peu ou pas d'antécédents d'échec virologique
- Pas d'antécédent de mutation de résistance aux ARV de la possible simplification
- Généralement pas la femme enceinte

Simplifier le traitement

- **Mise sous traitement précoce**

Diminution de la morbidité : essai START – ANRS

- 72 % pour les événements sévères SIDA
- 39 % pour les événements sévères non SIDA

- **Diminuer la dose**

Darunavir : 800 mg → 400 mg + 2 INTI – essai DARULIGHT
• 92 % de succès à 1 an

- **Diminuer le coût par l'usage de génériques**

Essai ANRS – GOTA : impact d'intervention au niveau des prescripteurs et des patients



Allégement en bithérapie

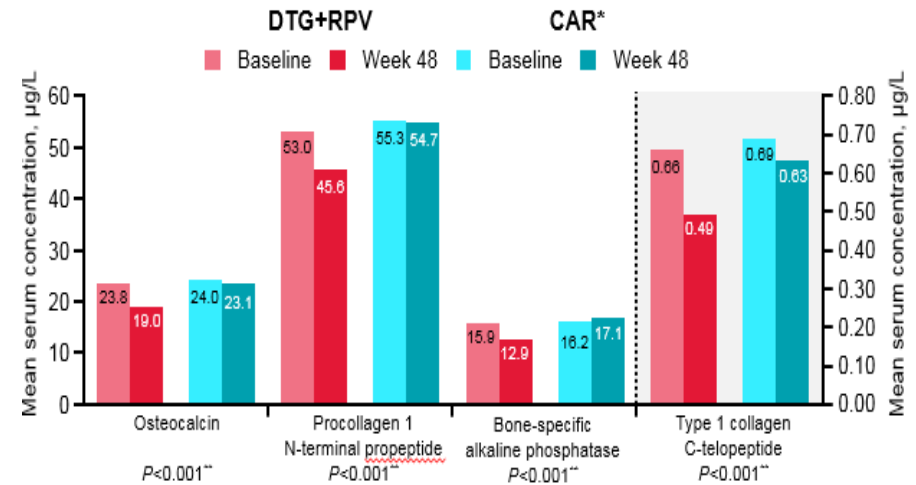
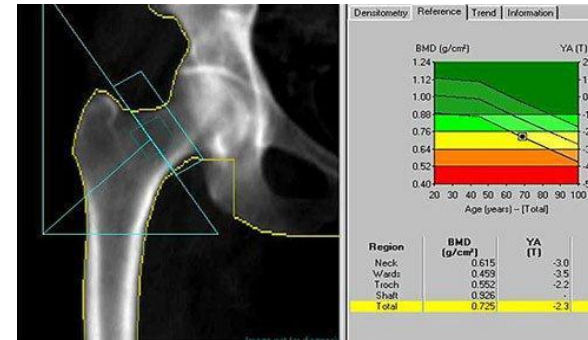
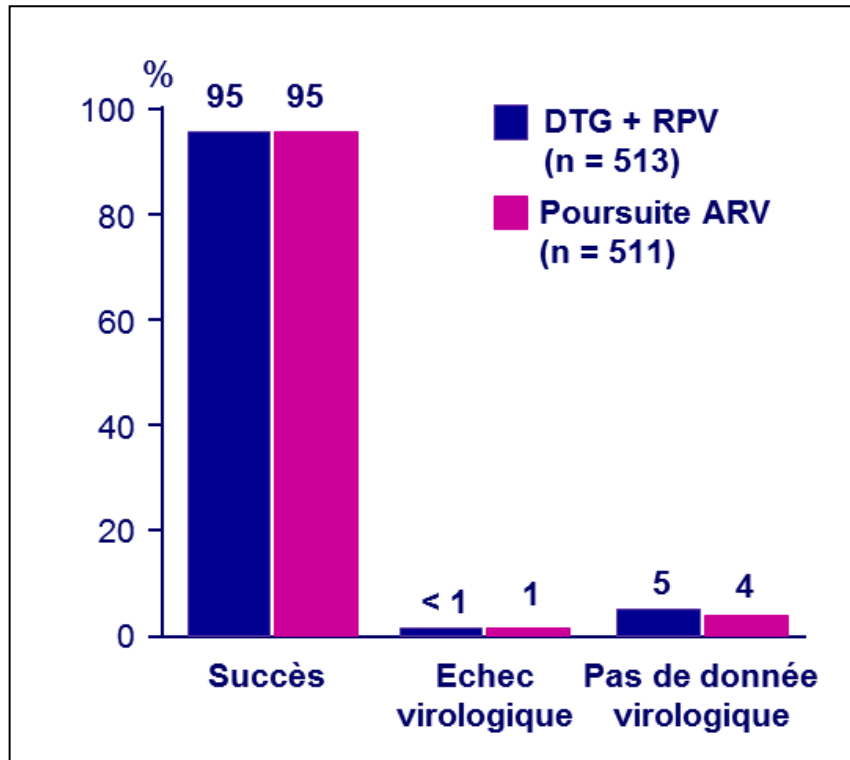
Epargne de classe : INTI, IP

Simplification de la prise

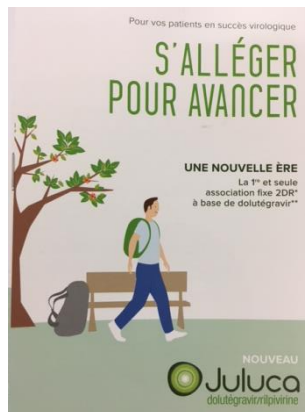
Réduction de la toxicité potentielle / long terme

COMBINAISONS VALIDEES	
Maintenance	Dolutégravir + Rilpivirine (SWORD) Dolutégravir + 3 TC (LAMIDOL) Raltégravir + Etravirine (ETRAL) Darunavir + 3 TC (DUAL) Cabotégravir + Rilpivirine (LATTE 2)
Induction	Darunavir + Raltégravir (NEAT) Dolutégravir + 3 TC (GEMINI)

Essais Sword : DTG + RPV en switch



Bénéfice sur les marqueurs osseux



disponible depuis le 07/11/18

Traitements intermittents à cycle court

- Bénéfices :
 - allègement « universel » : toute trithérapie
 - pas de changement des molécules en cours
 - moindre exposition cumulée des ARV
 - adhésion au schéma thérapeutique
 - qualité de vie
 - coût des ARV : - 40 %



- Questions en cours :
 - latence virale ou raison pharmaceutique ?
 - réservoirs et compartiments ?
 - mutations archivées et allègement ?
 - quelle population éligible ?

Traitements intermittents à cycle court

JACQUES
LEIBOWITCH

Pour en finir
avec le SIDA



PLON

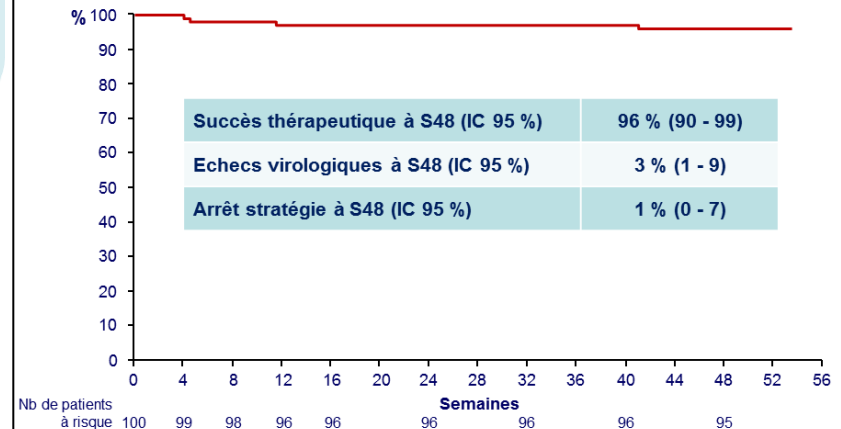


Réduire le nombre de prise Thérapie à cycle court

- **4 jours** de traitement, 3 jours de non prise 1-3
- **5 jours** de traitement, 2 jours de non prise 4-6

- Essai ANRS 162D

Probabilité de succès thérapeutique (courbe de Kaplan-Meier)

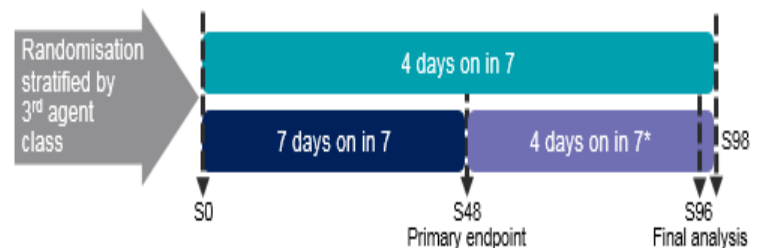


- **3 échecs virologiques** (à S4, S8, S40 avec CV à 785, 124 et 969 c/ml) avec resuppression après reprise du traitement 7 jours sur 7

- Essai Quatuor – ANRS
en cours

ANRS 170 (QUATUOR)⁷

Open-label, multicentre, prospective, randomised, parallel group, non-inferiority study: n=640 patients



Stratégies pour réduire la fréquence d'administration

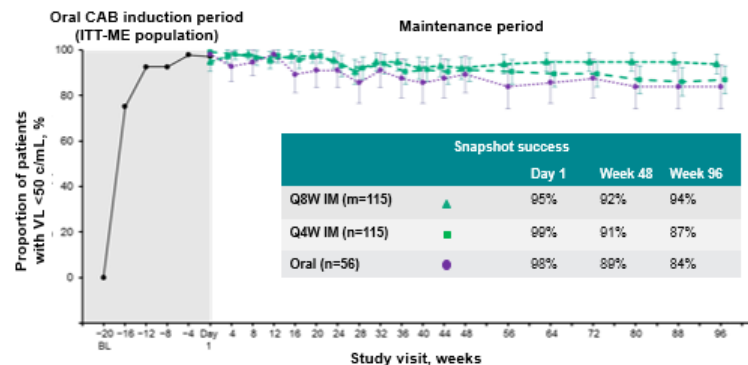


**ARV à action prolongée -
Injectables à action
prolongée**

Cabotégravir & Rilpivirine

(LATTE-2, FLAIR, ATLAS et ATLAS2M) 7-10

LATTE-2: Week 96 Results HIV-1 RNA <50 c/mL by Snapshot (ITT-ME)

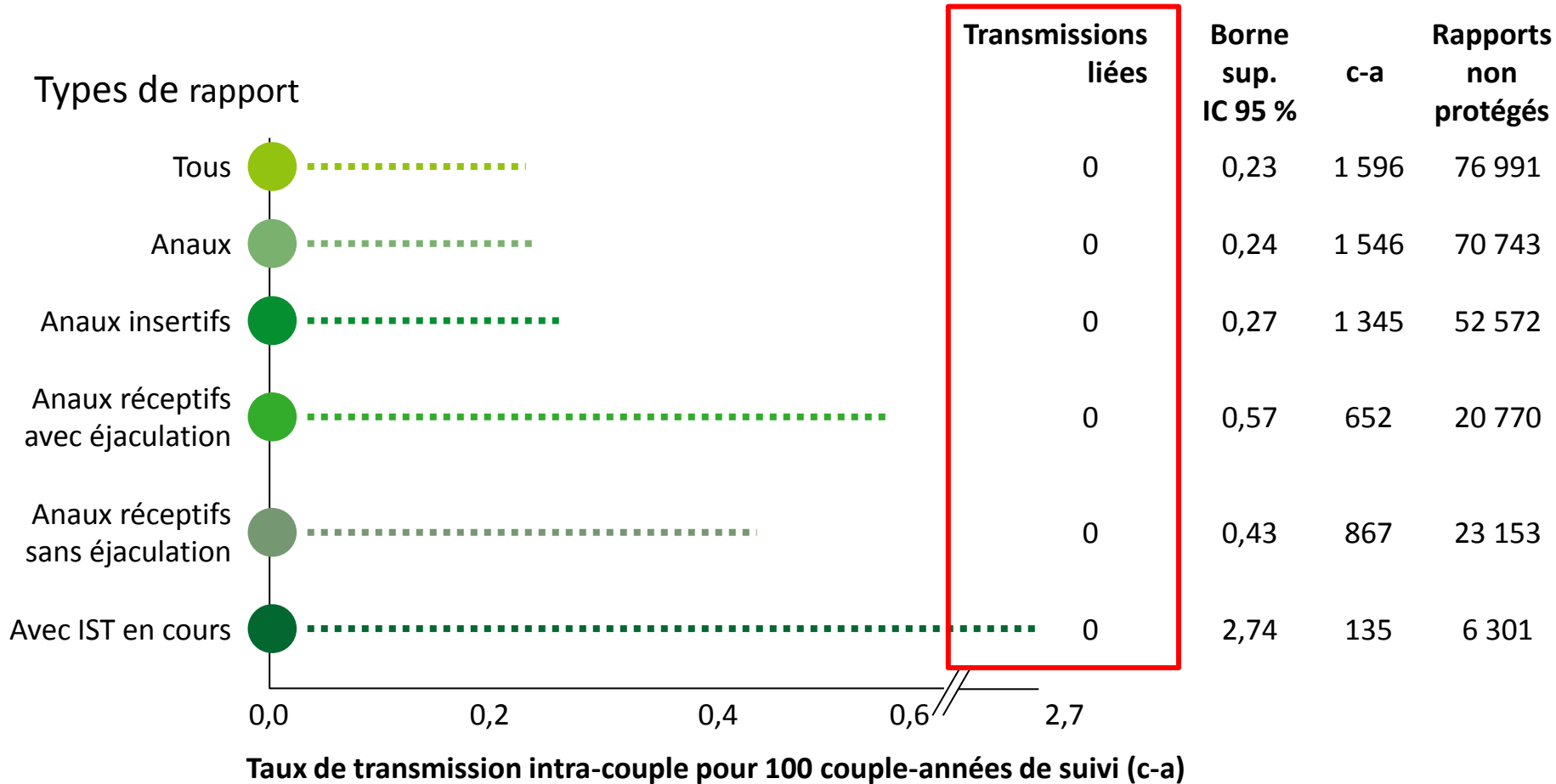


IM, Intramuscular; ITT-ME, Intent to treat maintenance exposed;
Q4W, every 4 weeks; Q8W, every 8 weeks

Eron J, et al. IAB 2017. Oral MOAX0205LB

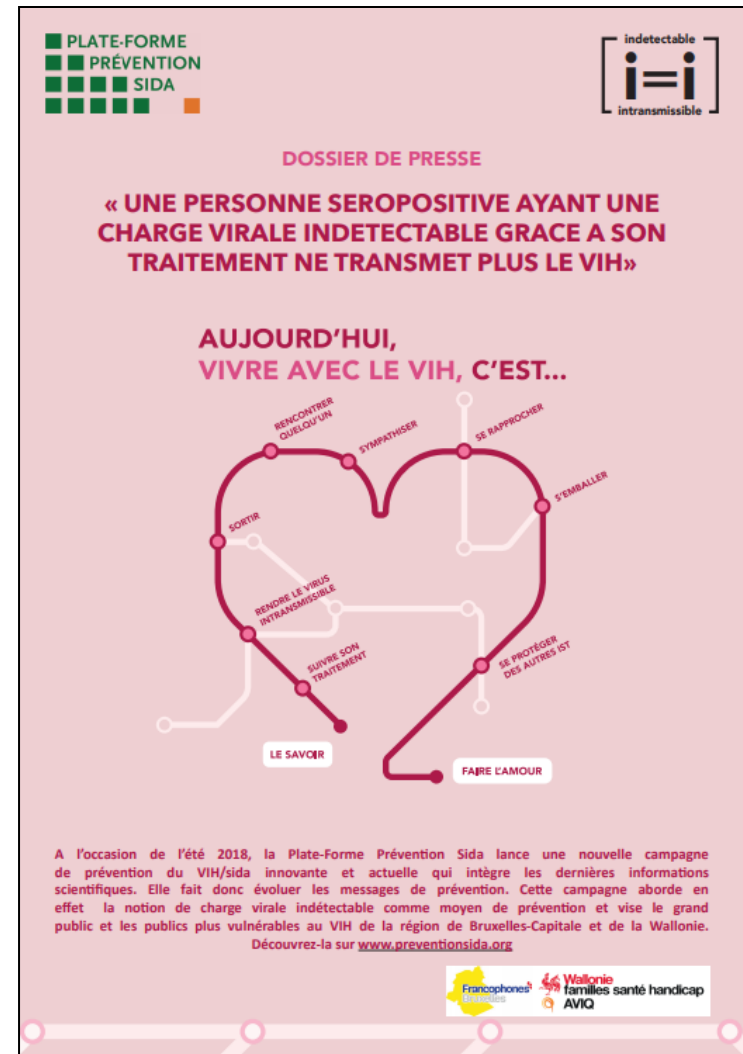
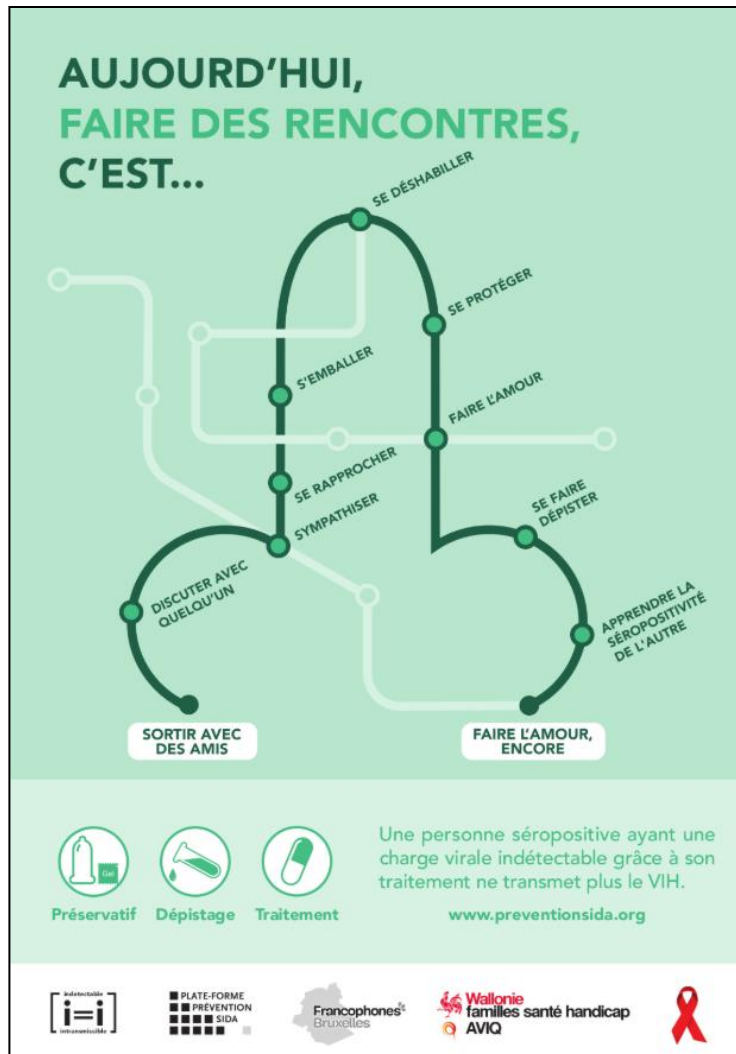
Simplification de la prévention : Charge Virale indétectable = 0 transmission

Etude PARTNER2 : transmission selon la pratique sexuelle du partenaire VIH-



- Conclusion :** CV indétectable = pas de transmission sexuelle
(Undetectable = Untransmissible)

Simplification de la prévention



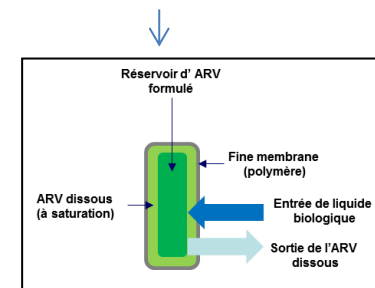
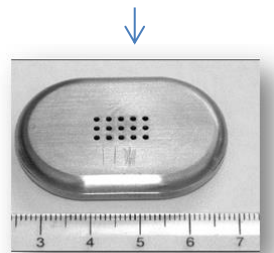
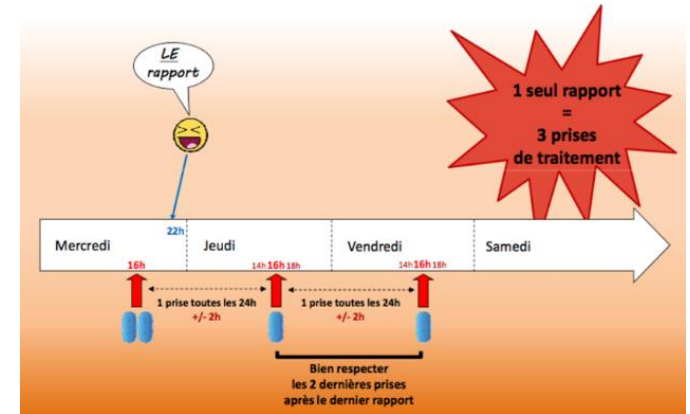


La manière la plus sûre de ne pas contracter le VIH au cours d'une relation sexuelle est aujourd'hui de l'avoir avec une personne contaminée par le VIH, traitée depuis plus de 6 mois.

Cela rend la personne contaminée et traitée plus attrayante qu'une personne séro-ignorante.

Simplification de la prévention : la PrEP

- PrEP intermittente : Ipergay
- Objectifs :
 - augmenter l'utilisation
 - améliorer l'observance
 - améliorer la tolérance
- A l'avenir : 1 fois/semaine ou 1 fois/mois
 - implants injectables, rechargeables ou solubles



Efficacité de la PrEP en continu et à la demande en vie réelle

Etude ANRS-Prevenir : % d'utilisation de la PrEP ou du préservatif

2 279 rapports sexuels évalués chez 1 102 participants ayant dépassé la visite M3

	PrEP en continu n = 1 088 rapports	PrEP à la demande n = 1 191 rapports	Total n = 2 279
Utilisation globale de la PrEP	98,2	81,2	89,2
Utilisation correcte*	95,8	96,2	96,1
Pas de PrEP	1,8	18,8	10,7
Préservatifs	18,9	21,6	20,4

* ≥ 1 cp avant (< 24 h) et 1 cp (< 24 h) après le rapport

Incidence du VIH (suivi moyen 7 ± 4 mois)

Schéma PrEP	Suivi (patients-année)	Incidence VIH pour 100 patients-année (IC 95 %)
En continu	443	0 (0 - 0,8)
À la demande	506	0 (0 - 0,7)

• Conclusions

- Très bonne efficacité de la PrEP en vie réelle, qu'elle soit prise en continu ou à la demande : estimation de 85 infections VIH évitées
- Bonne tolérance : aucun EIG ni d'arrêt de traitement liés à TDF/FTC
- Tendance à une augmentation des comportements sexuels à risque

Mais Chemsex dans IPERGAY

Composés détectés dans les cheveux des 69 participants

Composés	N patients	%
Cocaïne	47	68,1
MDMA	31	44,9
Kétamine	26	37,7
Sildenafil	23	33,3
Ephédrine	18	26,1
Tramadol	15	21,7
Méphédronne*	14	20,3
4 MEC*	12	17,4
Codéine	9	13,0
Nefopam	7	10,1
Tadalafil	7	10,1
Methamphétamine	6	8,7
Ethyphénidate	5	7,2
Amphétamine	4	5,8
Methylone	4	5,8
Dextrométorphan	4	5,8

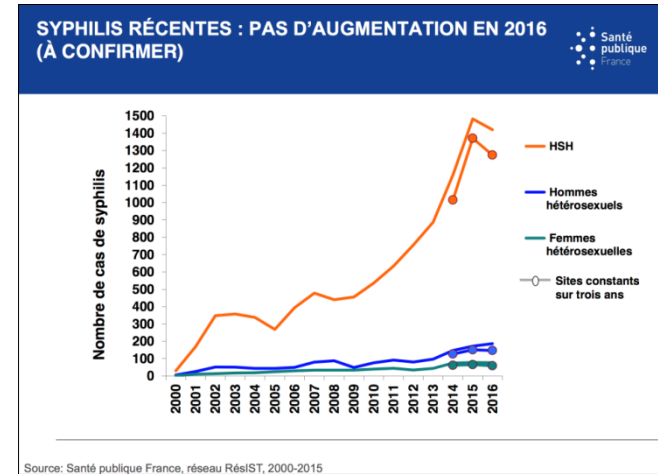
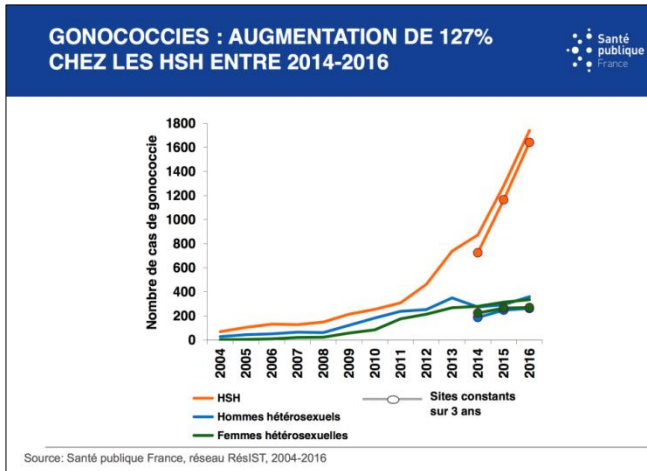
Composés	N patients	%
Methoxétamine	4	5,8
Pholcodine	4	5,8
Methiopropamine	3	4,3
PMMA	3	4,3
MDPV*	3	4,3
Metamfépramone*	2	2,9
Vardenafil	1	1,4
5F-PB22	1	1,4
Methylphénidate	1	1,4
Nalméfène	1	1,4
Diphénidine	1	1,4
Phendimétrazine	1	1,4
Phentermine	1	1,4
N-Methyl-2AI	1	1,4
Dimethylone*	1	1,4
Butorphanol	1	1,4

■ NDS (*cathinones)

■ Composés d'intérêt thérapeutique

■ Drogues « conventionnelles »

Simplification de la prévention mais...



VIH, chlamydia, syphilis ...
la meilleure défense, c'est le préservatif

pure people*

Plus d'informations sur sida-info-service.org

Ministère de la Santé
Ministère de l'Éducation Nationale
Ministère de la Culture

inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

© D.R.

Simplification du suivi en médecine générale des PVVIH

VIH. Consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral

Octobre 2018

Destiné au médecin généraliste, ce document de synthèse passe en revue les points clés de la consultation de suivi en ville pour les personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un suivi partagé et coordonné avec l'hôpital. Il concerne les patients sous traitement antirétroviral dont la charge virale est indétectable.

Étape 1. Évaluation globale au cours de la consultation

L'objectif prioritaire est le maintien d'une charge virale indétectable (inférieure au seuil de détection du laboratoire), notamment grâce à l'adhésion au traitement antirétroviral (ARV).

Points d'attention spécifiques	Conduite à tenir / Outil utilisé
Bilan annuel de synthèse	Quels sont les résultats des examens réalisés lors du dernier bilan annuel de synthèse, transmis par l'infectiologue hospitalier référent ?
Stabilité immuno-virologique	Favoriser l'adhésion à la prise en charge et la prise régulière des traitements ARV
État général	→ Lutter contre la sédentarité et favoriser une activité physique. → Repérer un état de vulnérabilité : physique, psychique et sociale.
État nutritionnel	Repérer et prévenir les troubles alimentaires qualitatifs et quantitatifs, à partir des <u>recommandations</u> de la HAS en population générale, tant pour les risques d'obésité, de surpoids que de dénutrition. Suivre l'indice de masse corporelle (IMC) et rechercher les autres apports pouvant avoir des interactions avec les traitements médicamenteux : compléments alimentaires hyperprotéinés, millepertuis, jus de pamplemousse, kaolin, etc.
Addiction(s)	Repérer et évaluer les consommations et le niveau de dépendance à partir des <u>outils</u> utilisés en population générale : tabac, alcool, cannabis et autres substances psychoactives
Statut vaccinal	→ Évaluer le statut vaccinal et suivre le calendrier recommandé à partir des <u>recommandations spécifiques</u> pour les personnes vivant avec le VIH (PPVIH). Recommander notamment la vaccination antipneumococcique, anti-VHB, anti-VHA, et HPV pour toutes les PVVIH. → Le vaccin BCG est contre-indiqué, quel que soit le niveau de lymphocytes T.CD4 (CD4). → La vaccination anti-VHB : est recommandée pour toutes les PVVIH n'ayant aucun marqueur virologique du VHB (sérologie effectuée lors du bilan initial à l'hôpital). Chez l'adulte non antérieurement vacciné : 3 injections de 40 g d'antigènes (double dose d'Engerix B20) à M0, M1, M2, puis une 4ème dose, à M6. Réaliser un contrôle d'anticorps anti-HBs après vaccination et une fois/an, injection de rappel si anticorps anti-HBs < 10 UI/mL
État psychique	Repérer une dépression, à partir des <u>recommandations</u> proposées en population générale
État cognitif	Repérer les troubles cognitifs en s'appuyant sur l'approche intégrée proposée par le CMG et la FCMRR en population générale et/ou le <i>Miri Mental State Examination</i> (MMSE) utilisé en population générale

Points d'attention spécifiques	Conduite à tenir / Outil utilisé
Santé sexuelle	Le maintien d'une charge virale indétectable permet de réduire le risque de transmission du VIH à un partenaire. → Promouvoir l'usage du préservatif pour éviter les contaminations par les IST. → Repérer et prévenir un contexte à risque : chemsex, alcool, stimulants, violences, etc. → Favoriser le dépistage des IST chez les personnes ayant des rapports multiples; il s'agit de promouvoir la réalisation d'examens réguliers : • dépistage de la syphilis, tous les 3 à 6 mois ; • dépistage du VHC tous les 3 à 6 mois ; • dépistage des chlamydia et gonocoques suivant le contexte.
Contraception	→ Adapter la contraception en fonction des besoins et du risque d'interactions possibles avec les antirétroviraux (www.hiv-druginteractions.org) → Informer sur les risques et les modalités d'une <u>contraception d'urgence</u> , en tenant compte des risques d'interaction avec le traitement ARV
Grossesse → Toxicité fœtale → Transmission mère-enfant	La grossesse d'une PVVIH est considérée comme une grossesse à risque nécessitant un suivi interdisciplinaire pendant la grossesse, puis un suivi pédiatrique de l'enfant pendant les premiers mois de vie. Une assistance médicale à la procréation (AMP) peut être envisagée selon les mêmes critères que ceux appliqués en population générale

Étape 2. Gestion du risque accru de certaines pathologies associées

La prise en charge des comorbidités repose, pour la plupart d'entre elles, sur les recommandations en population générale. Cependant, la réalisation de certains examens (indication et fréquence) dans le cadre de la surveillance, fait l'objet de recommandations spécifiques.

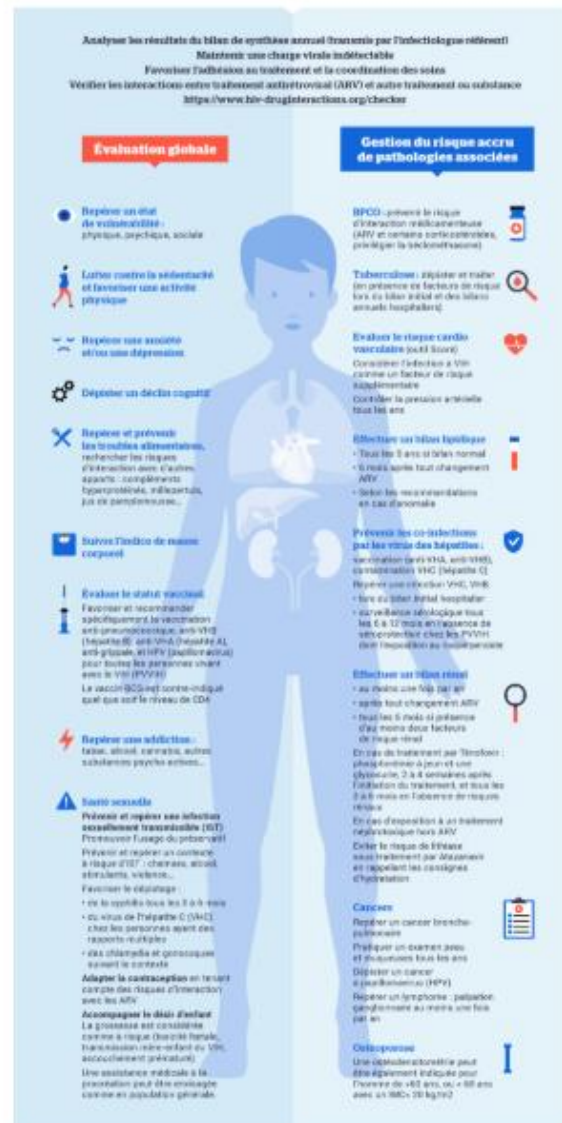
Il convient de tenir compte des risques d'interactions médicamenteuses entre les ARV et certains autres traitements (www.hiv-druginteractions.org).

Points d'attention spécifiques	Conduite à tenir
Troubles cardio-vasculaires et troubles métaboliques	
Infarctus du myocarde et hypertension artérielle	L'infection à VIH est considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire supplémentaire (risque augmenté de coronopathies notamment). En cas de maladie cardio-vasculaire documentée, en prévention secondaire, le risque cardio-vasculaire est d'emblée considéré très élevé. → Évaluation du risque global par l'outil SCORE utilisé en population générale : <u>tous les ans</u> . → La pression artérielle doit être contrôlée <u>tous les ans</u> chez toutes les PVVIH, avec les taux cibles appliqués en population générale. → En cas de nécessité de traitement antihypertenseur, vérifier le risque d'interaction. (www.hiv-druginteractions.org)
Dyslipidémie	→ Si le bilan lipidique initial est normal : <u>contrôle tous les 5 ans</u> , comme en population générale. → En cas d'anomalie lipidique : fréquence adaptée, selon les recommandations en population générale. → Après tout changement de traitement ARV : <u>contrôle du bilan à 6 mois</u> .
Diabète de type 2	Le <u>dépistage d'un diabète de type 2</u> s'effectue comme en population générale. En cas de nécessité de traitement, il convient de vérifier les interactions avec le traitement ARV (www.hiv-druginteractions.org)

Consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral

8 points d'attention lors de la consultation :

- Vulnérabilité sociale
- Lutte contre la sédentarité
- État psychique
- État cognitif
- État nutritionnel
- Addiction
- Santé sexuelle
- Statut vaccinal



Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins

Commission coordonnée par F Bonnet et A Simon

Congrès de la SFLS - 19 octobre 2017
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

Bilan biologique annuel de synthèse: une approche individuelle simplifiée

De façon systématique

- **NFS plaquettes**
- Numération des **sous-populations lymphocytaires CD4 et CD8**
(Peut être réalisée tous les deux ans si ARN VIH < 50 copies/ml et derniers CD4 > 500/mm³).
- Dosage de l'**ARN VIH plasmatique**
- **Transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines**
- **Créatininémie** avec estimation du DFG par la méthode de MDRD ou CKD-EPI
- Phosphorémie si prise de ténofovir DF
- **Protéinurie et albuminurie/créatininurie** sur échantillon

De façon conditionnelle

- Glycémie à jeun (à partir de 45 ans), tous les 3 ans
 - Evaluation métabolique : triglycérides, cholestérol total, HDL et LDL:
 - bilan initial
 - 6 mois après l'initiation ou la modification d'un traitement antirétroviral
- (si ce bilan lipidique est normal, le rythme des contrôles ultérieurs sera individualisé)
- lipo-hypertrophie, prise de poids, évènement CV, modification du mode de vie
 - apparition d'un facteur de risque CV
 - 3 à 6 mois après une intervention thérapeutique visant à abaisser le LDLc

Un bilan biologique annuel complémentaire en fonction des populations

Chez les sujets exposés au risque d'IST:

- Sérologie syphilis
 - Sérologie VHC [si négativité antérieure], PCR VHC (si guérison HCV) et sérologie VHB
 - Prélèvements PCR à la recherche d'IST (chlamydiae, gonocoque) au niveau anal, urétral et gorge
 - Consultation proctologique pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'an
- * Si Anti-HBs < 10 UI, revoir statut vaccinal.

Si CD4 < 100 / mm³ :

Sérologie CMV (si séro initiale négative), antigène cryptococcique, PCR CMV et fond d'œil (si séro CMV +).

Si fumeur (symptomatique) : dépistage de la BPCO par spirométrie

Si co-infection par les virus des hépatites :

- Si co-infection par VHB ou VHC : élastométrie
- Si VHB : échographie hépatique quel que soit le degré de fibrose
- Si VHC et fibrose F3/F4 (actif ou guéri) : échographie hépatique et alphafoetoprotéine tous les 6 mois
- Si cirrhose : FOGD tous les un à trois ans
- Programme de surveillance annuelle spécifique post éradication du VHC

Bilan biologique intermédiaire: la CV peut suffire

- Dosage de l'ARN VIH plasmatique

Optionnel :

- Si CD4 < 500/mm³ : numération des sous-populations lymphocytaires
 - Si traitement par ténofovir ou autre traitement néphrotoxique : créatininémie avec estimation du DFG (MDRD ou CKD-EPI)
 - Si traitement hépatotoxique ou exposition à haut risque sexuel : transaminases, γ GT
 - Si CD4 < 100/mm³ :
 - dosage de l'antigène cryptococcique ;
 - si sérologie CMV positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil tous les 1 à 3 mois
 - En cas d'exposition à haut risque ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST :
 - dépistage des IST à chlamydia et gonocoque par PCR au niveau anal, urétral et pharyngé
 - contrôle des sérologies hépatites virales B* et C et syphilis.
- *Si Anti-HBs < 10 UI, proposer un rappel vaccinal [double dose]*

Alléger la prévention : notification aux partenaires



Organisation proposée pour un accompagnement à la notification au partenaire en France

- Une proposition d'accompagnement à la notification des partenaires **systematiquement intégrée** au parcours des patients diagnostiqués pour une IST (effectuée sur la base d'un référentiel de bonnes pratiques établi par la HAS) :

Information du patient et, en cas de consentement, élaboration d'une stratégie de notification et sélection des outils appropriés

- Une pratique de la notification formalisée au partenaire **adaptée aux différentes conditions d'exercice** :
 - CeGIDD, CPEF/PMI et services de maladies infectieuses d'une part,
 - médecine libérale,
 - structures associatives habilitées à pratiquer les TROD ou à intervenir dans le cadre de l'éducation thérapeutique
- Des professionnels et autres intervenants en santé concourant à l'activité de notification au partenaire, **identifiés et formés**
- Une activité exercée dans **un cadre réglementaire défini** et avec un **financement adapté**

1 - Concevoir l'accompagnement à la NP dans le respect du cadre légal français

- Le respect du **consentement du patient** : la notification n'est pas obligatoire ; c'est une décision basée sur un consentement libre et éclairé ; l'information au patient est un des objectifs de la notification formalisée au partenaire.
- Le respect du **secret professionnel** en cas de notification par un professionnel intervenant dans le système de santé (dont le patient ne peut délier le médecin) : la notification ne peut être qu'anonyme, mais l'anonymat peut être difficile à préserver (opposition du CNOM).
- Le **respect de la vie privée de la personne notifiée** impose la confidentialité des informations qui lui sont transmises.
- La **protection des données personnelles** de la personne notifiée par un professionnel de santé impose des obligations et des formalités auprès de la CNIL.

2 - Définir un référentiel pour l'entretien avec le patient index

- **Le professionnel de santé ou de l'accompagnement**
 - présente la démarche et ses objectifs
 - présente les outils disponibles
 - prend le temps de l'écoute et du dialogue avec le patient dans une posture de non-jugement et d'empathie
 - offre une aide qui peut porter sur :
 - l'identification des partenaires à notifier et contactables
 - l'appréciation des conséquences/de l'opportunité de notifier les différents partenaires
 - la pertinence d'opter pour une notification anonyme ou non selon les circonstances / les partenaires considérés
 - la manière d'informer les différents partenaires
 - l'enjeu d'assurer la confidentialité de la notification auprès des partenaires

3 - Proposer des modalités de notification diversifiées

Notification par le patient index

- **Le patient index procède lui-même à la notification de ses partenaires (*passive referral*)**, en les contactant par les moyens qui lui paraissent appropriés
- **La notification peut être :**
 - Non anonyme : le patient index contacte personnellement ses partenaires et se fait (re)connaître d'eux
 - *En France : correspond à la pratique informelle et spontanée de nombreux patients*
 - Anonyme : le patient recourt à des outils de notification lui permettant de conserver l'anonymat à l'égard des partenaires qu'il notifie
 - *En France : cette démarche n'est pas mise en œuvre en l'absence d'outils de notification anonyme*

4 - Se doter d'outils susceptibles d'être utilisés ou adaptés à la modalité de notification choisie et au type de partenaires à notifier

- **Echange direct avec les partenaires** : des supports d'informations peuvent aider à l'échange
- **Envoi, anonyme ou nominatif, de lettres, cartes, SMS ou e-mails via des plateformes en ligne**
 - Mises en oeuvre dans différents pays :
 - Partneralert (Belgique, <https://www.partneralert.be/F/>)
 - CheckOut (Portugal, <http://www.checkpointlx.com/checkout>)
 - Partner Waarschuwing (Pays-Bas, <https://partnerwaarschuwing.nl/>)
 - Let them know (Australie, <http://letthemknow.org.au/>)
 - inSPOT (USA, <https://www.inSPOT.org>)
 - Aucune disponible en France à ce jour
 - Dispositif Chlamyweb (INPES, septembre – octobre 2012), non évalué

Notification aux partenaires par une application Internet



Personne ne veut contracter une MST. La personne infectée ne veut pas transmettre la maladie. Pour cela, il est important d'informer son partenaire, pour éviter que de nouvelles infections soient transmises par des partenaires non traités et pour éviter que la maladie ne se propage.

Il n'est pas toujours facile d'informer personnellement son partenaire quand on a contracté une maladie sexuellement transmissible (MST). C'est pourquoi nous offrons une aide supplémentaire via ce site web. À travers ce site, vous pouvez envoyer des messages anonymes aux partenaires (sexuels) dont vous avez les coordonnées (téléphone ou adresse e-mail).

COMMENT CELA FONCTIONNE-T-IL?

VOULEZ-VOUS INFORMER QUELQU'UN?

- ✓ Votre médecin ou votre infirmière vous donnera un code.
- ✓ Introduisez votre code sur la page d'accueil.
- ✓ Introduisez les numéros de téléphone de vos partenaires (pour les texto) ou les adresses e-mail.
- ✓ Envoyez les messages (chaque message est envoyé séparément). [Voir un exemple](#)

AVEZ-VOUS REÇU UN MESSAGE?

- ✓ Introduisez le code que vous avez reçu sur la page d'accueil (écran d'accueil).
- ✓ Vous voyez immédiatement quelle MST a été annoncée.
- ✓ Imprimez [la lettre d'envoi](#).
- ✓ Contactez un [Centre de Référence SIDA \(CRS\)](#) ou votre médecin généraliste pour vous faire dépister.

LE CODE

- ✓ Contient des informations sur la MST qui a été diagnostiquée.
- ✓ Reste valable pendant 10 jours.
- ✓ Vous permet d'envoyer jusqu'à 20 messages.

**CETTE DÉCLARATION DU PARTENAIRE EST ANONYME.
VOTRE VIE PRIVÉE EST GARANTIE!**



INSTITUTE
OF TROPICAL
MEDICINE
ANTWERP

SENSOA

Un nouvel indicateur de succès thérapeutique



La pénicilline guérit, mais c'est le vin qui rend les gens heureux.

Alexandre Fleming