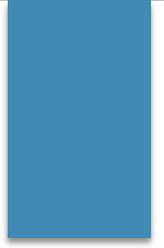


Formation santé sexuelle: VIH

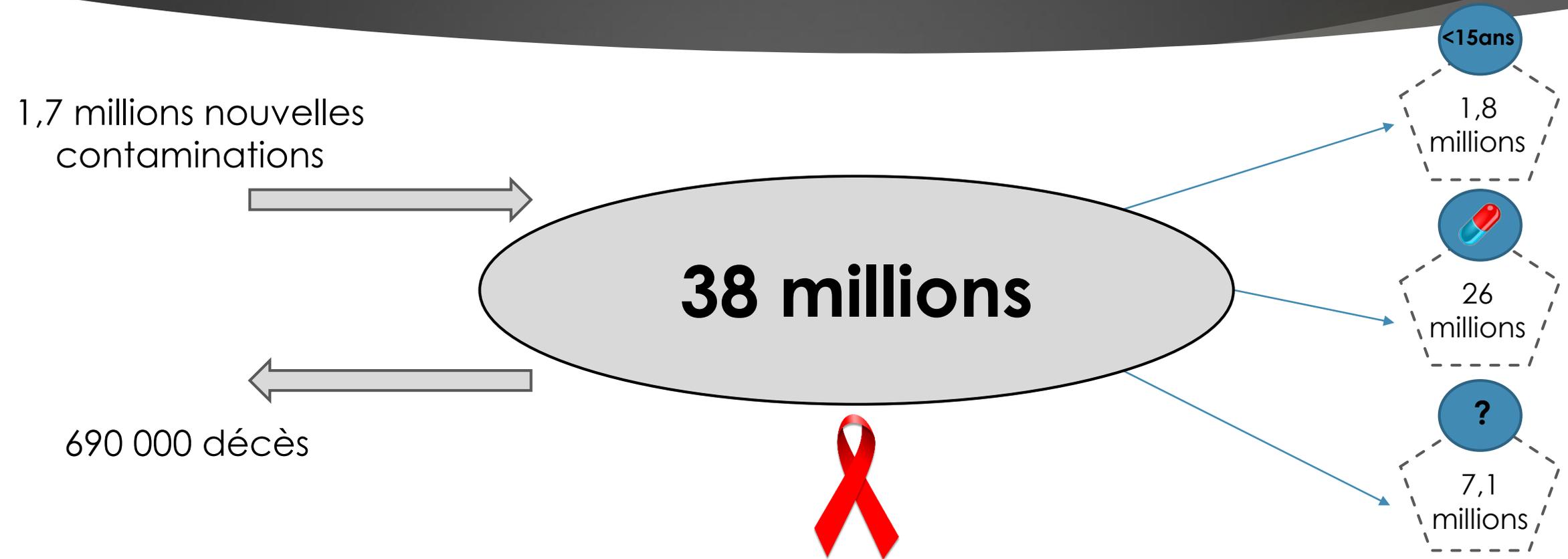
DR MARIE BISTOQUET - PRATICIEN ATTACHÉ MIT CHU MONTPELLIER

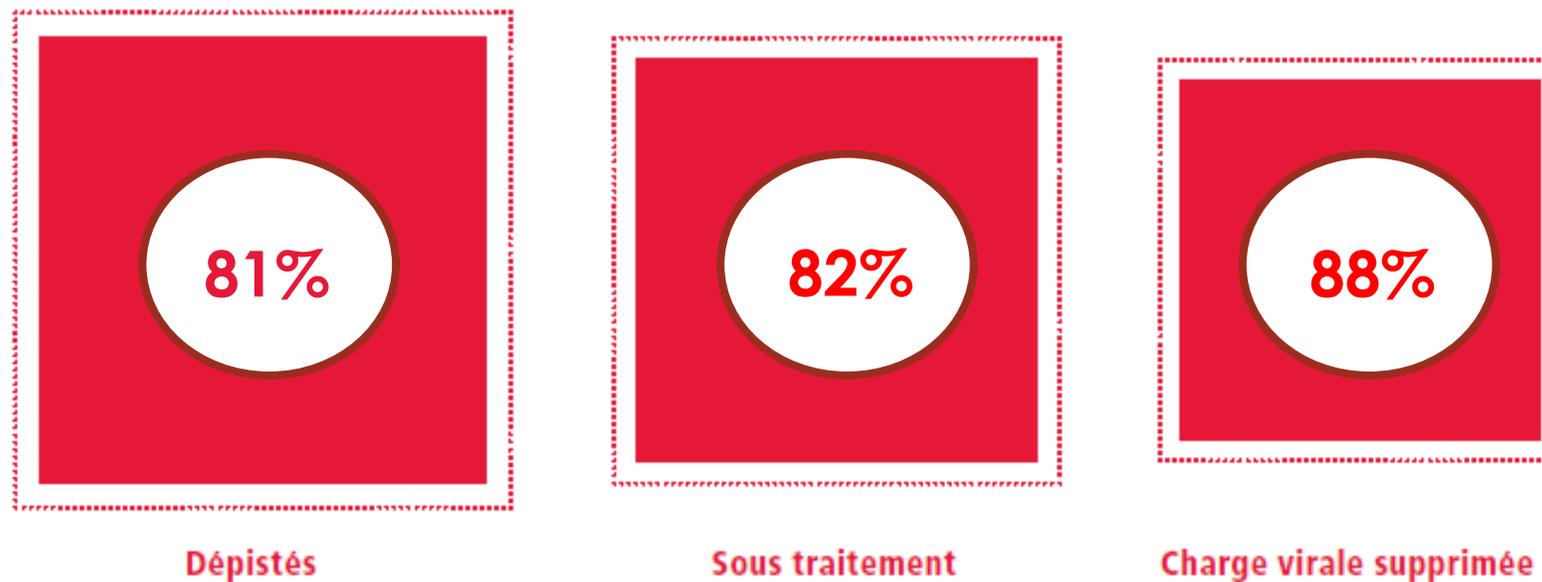
19 OCTOBRE 2021

Epidémiologie



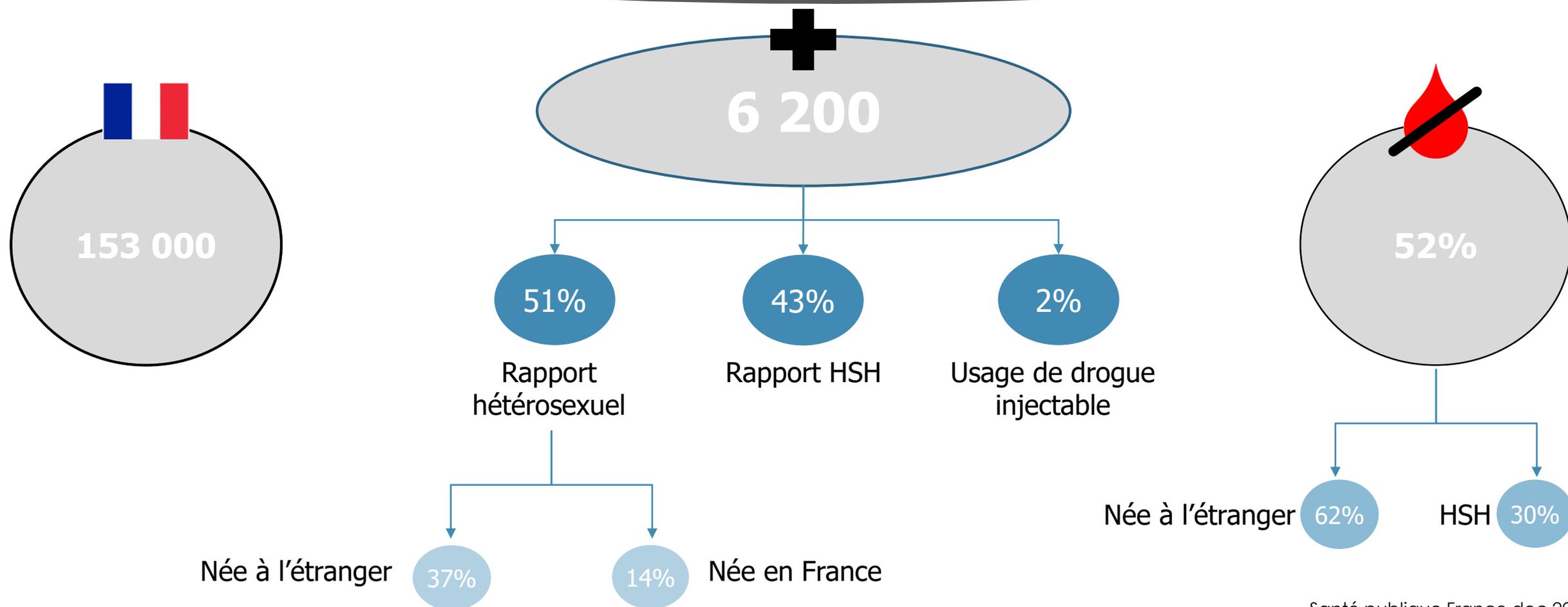
Chiffres clefs



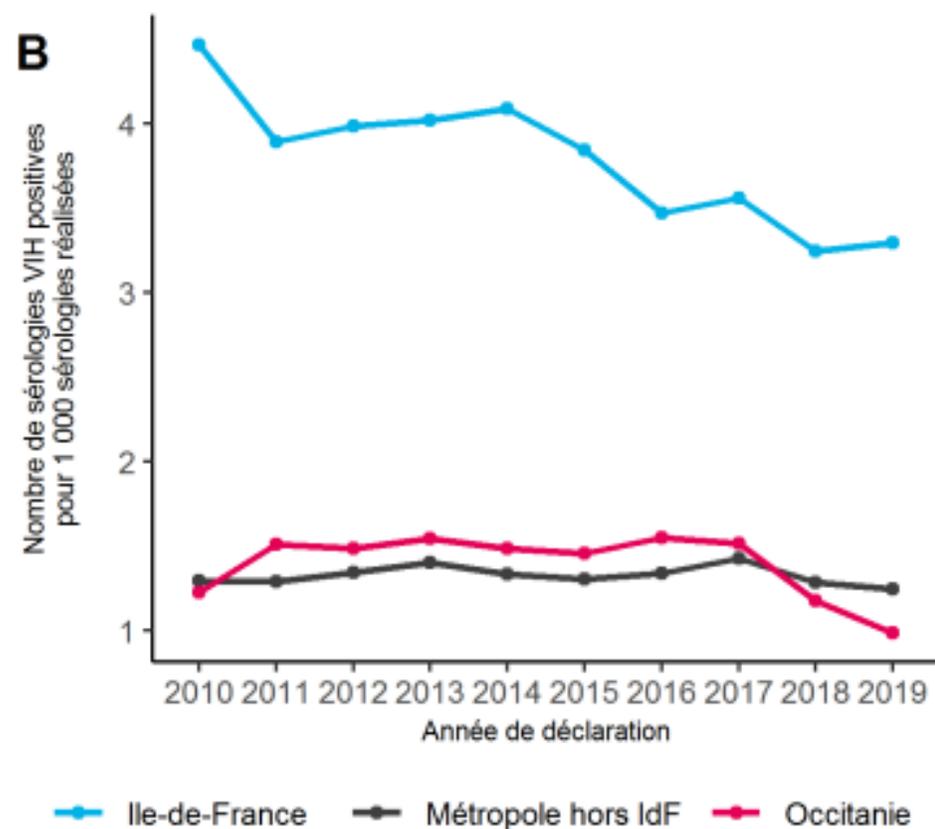


59% des personnes vivant avec le VIH ont leur charge virale supprimé

France



Estimation du nombre de nouveau diagnostic par an



Source : LaboVIH 2019, Santé publique France.

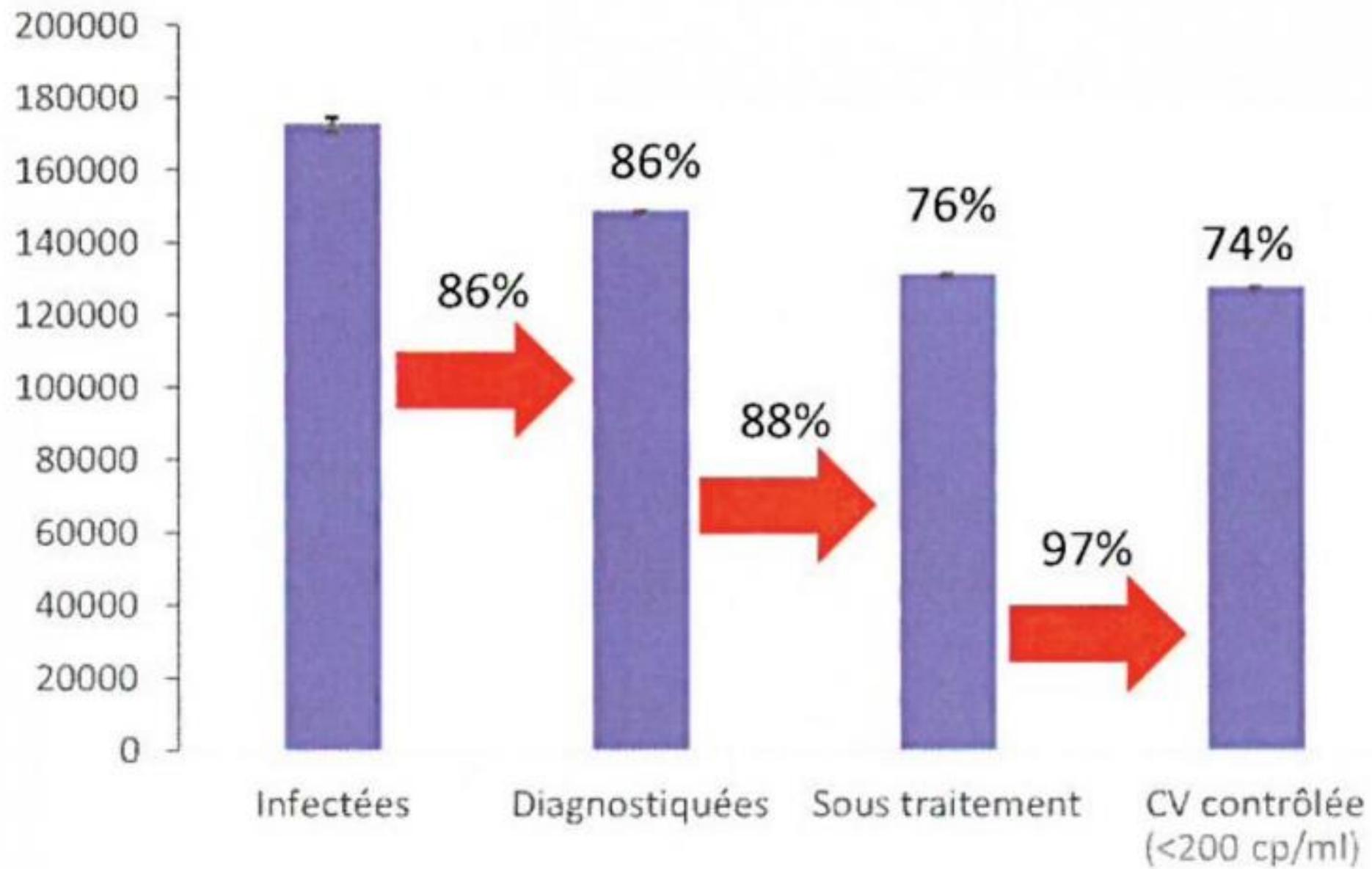
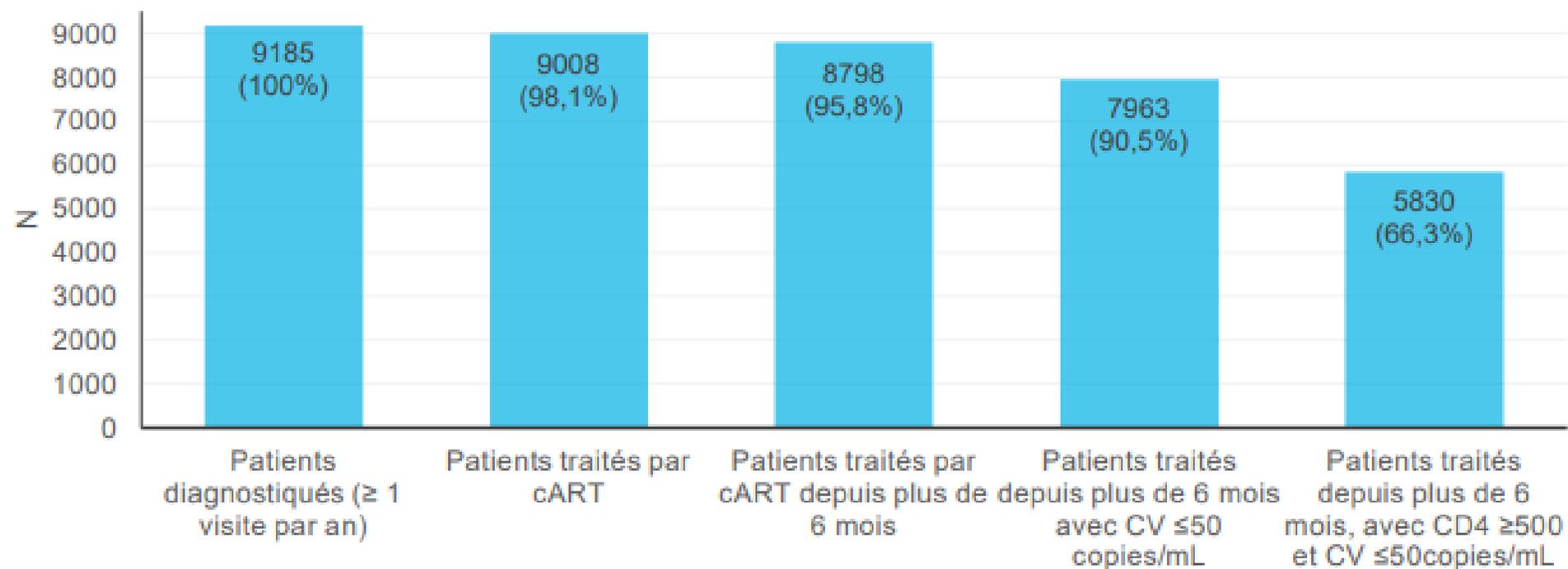
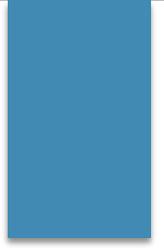


Figure 12 : Cascade de la prise en charge dans les soins, Occitanie 2018

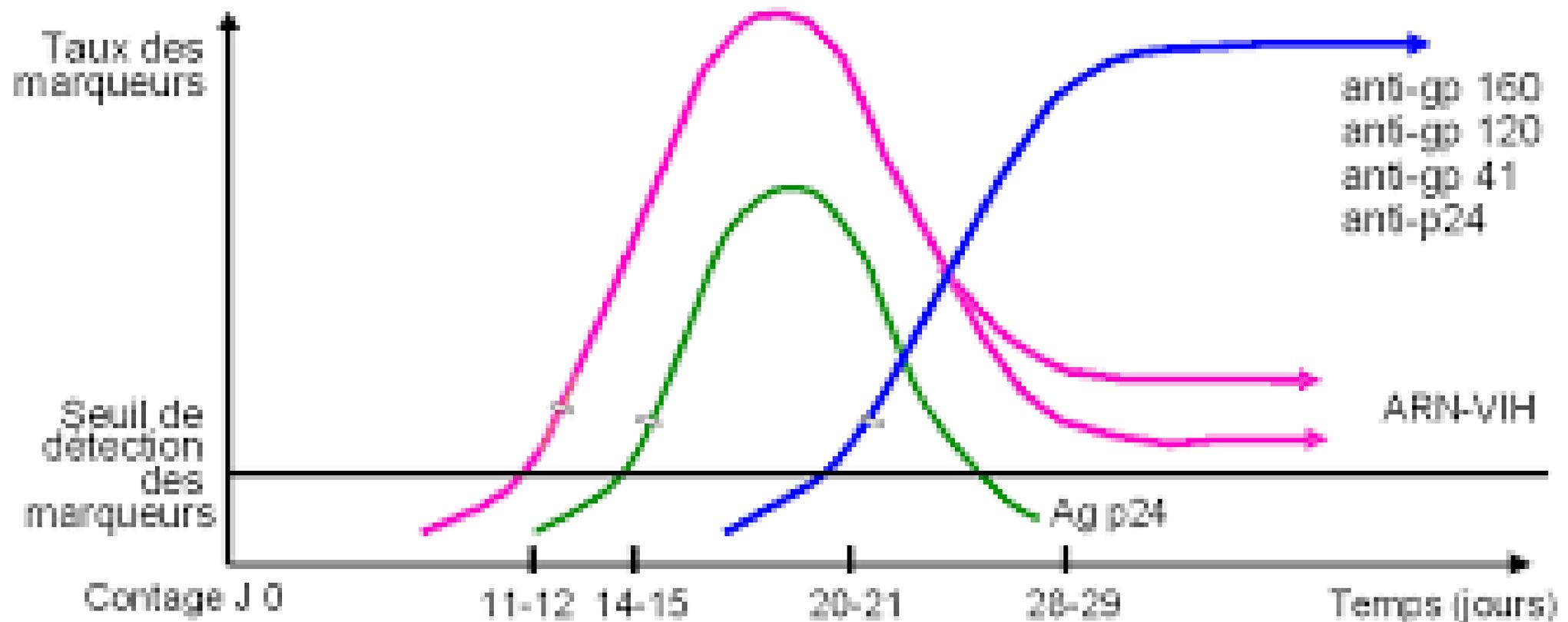


cART : combined antiretroviral therapy; CV : charge virale

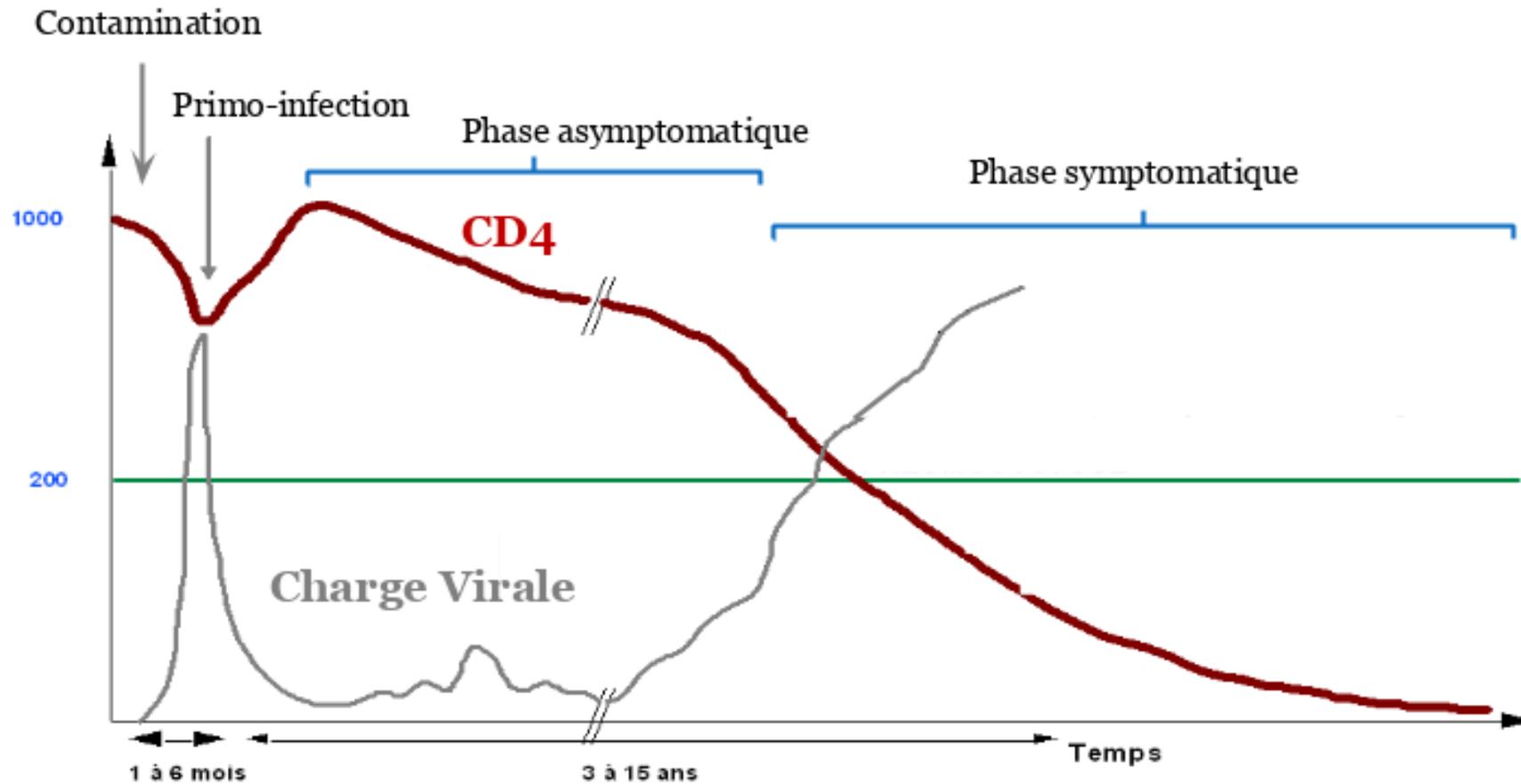
Histoire naturelle



Evolution marqueurs

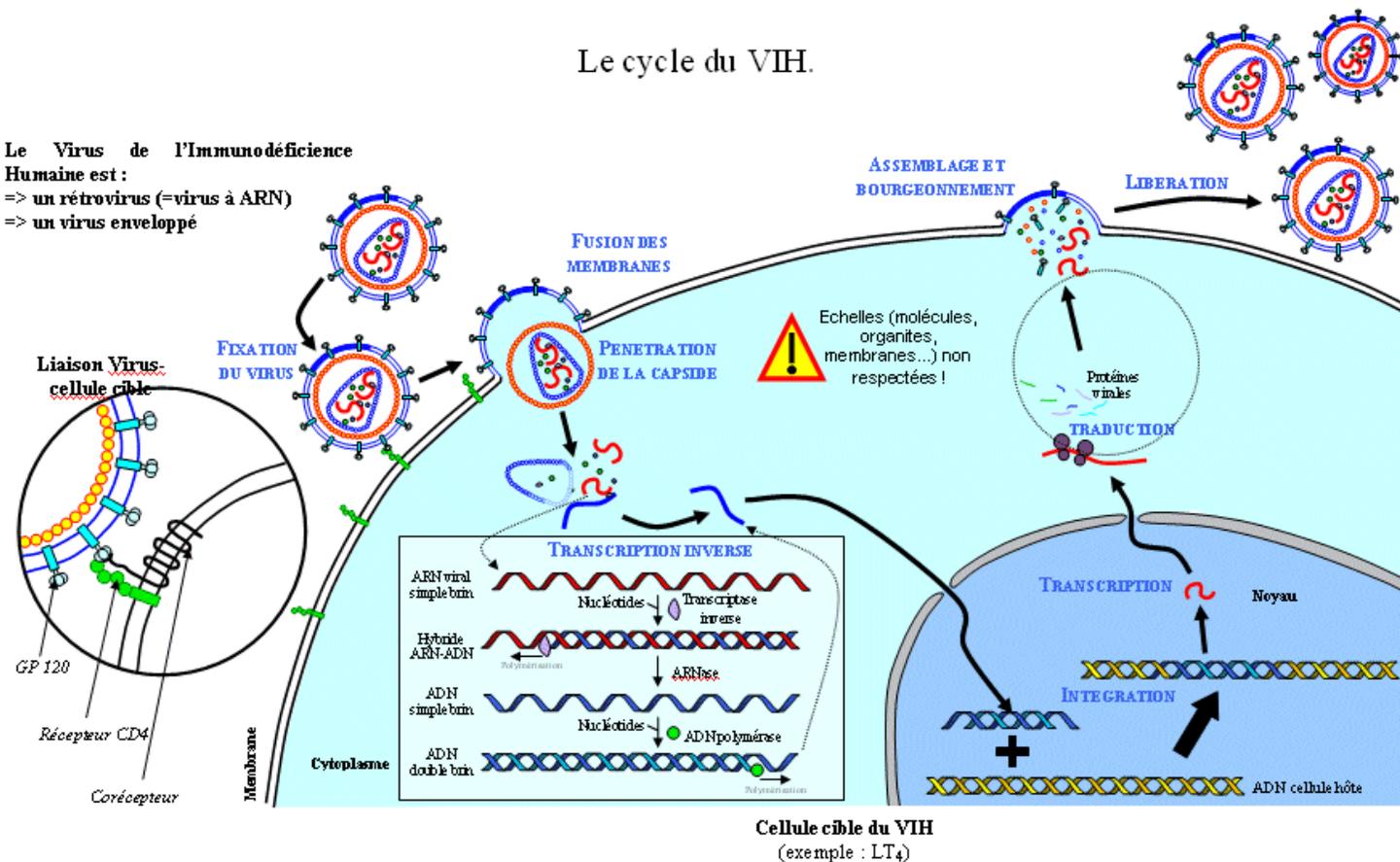


Evolution naturelle

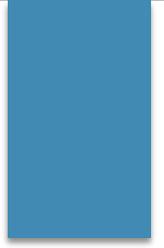


Virus

Le Virus de l'Immunité Humaine est :
=> un rétrovirus (=virus à ARN)
=> un virus enveloppé



Modes de transmission



Sexuelle

- ▶ **Pour 1 rapport non protégé avec personne VIH+ non traitée**
 - rapport anal réceptif $\approx 1 - 2 \%$
 - rapport anal insertif $\approx 0,1 - 0,2 \%$
 - rapport vaginal réceptif $\approx 0,08 \%$
 - rapport vaginal insertif $\approx 0,04 \%$
 - rapports oro-génitaux risque très faible ($\leq 0,04 \%$)

MODULATION du RISQUE

**Personne source en primo-infection, en stade tardif, avec CV élevée: RR x $\approx 3 - 10$
Présence d'ulcérations ou de sang (IST, viol, ...) RR x $\approx 2 - 5$**

Parentérale

- Professionnelle (AES par piqure) 0, 24 %
- Echange de seringue 0, 63 %

MODULATION du RISQUE

Charge virale sanguine de la personne source
Gravité de l'exposition

Mère-enfant

▶ 3 situations à risque:

- In utero: augmente si primo-infection pendant la grossesse
- Per partum: augmente si césarienne non programmée
- Allaitement

Si traitement ARV efficace

Transmission < 1 % si charge virale indétectable lors de l'accouchement
Problème de la toxicité possible des antirétroviraux

Si absence traitement ARV

- En France: en moyenne risque que de 15-20 %
- Pays du Sud: plus élevé car allaitement maternel plus important

Publics cibles

Populations clefs

62 % des nouvelles infections à VIH dans le monde

27x

personnes
originaires
pays à forte
prévalence

26x

hommes
ayant des
rapports
sexuels
avec des
hommes

29x

usagers de
drogue
injectable

30x

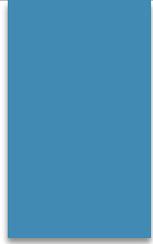
professionnelles
du sexe

13x

femmes
transgenres

... plus de risques de
contamination

Dépistage



Indications

Qui ?

Populations Clés

HSH
UDI
Personnes originaires pays forte
prévalence



une fois par an

Population Générale



**au moins une
fois entre 15 et
70 ans**

Quand ?

dès que possible

**Signes cliniques ou biologiques primo-infection /
immunodépression**

Contextes particuliers :
IST, Tuberculose, Cancer, Viol, Incarcération...

Acteurs et Outils

Professionnels de santé

Médecins libéraux
CeGIDD
Médecine universitaire
Médecine du travail
Séjour hospitalier / SAU

SEROLOGIE



Associations

TROD



Individu lui-même

AUTO-TEST

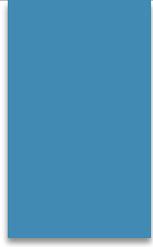


Consentement
libre et éclairé

Confidentialité et
possibilité
anonymat

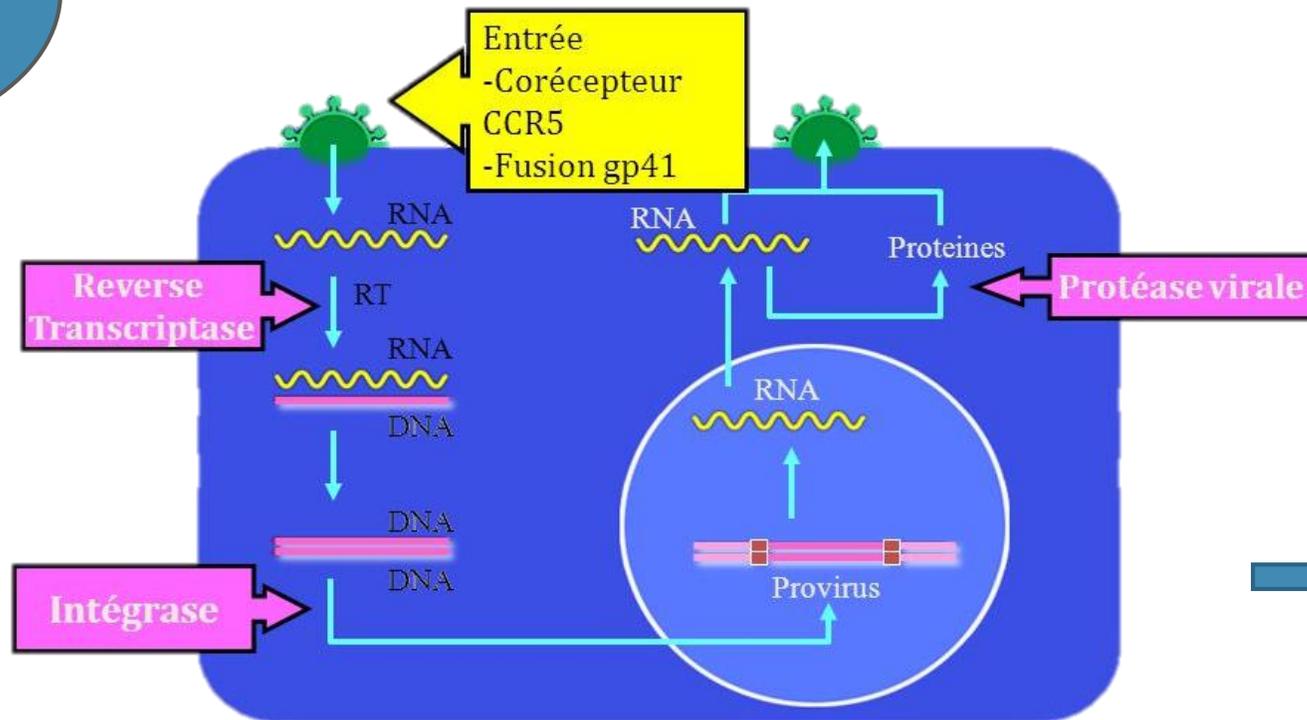
Accessibilité

Traitements



ARV

1996
Trithérapie



4 grandes Familles

- inhibiteur nucléotidique reverse transcriptase (INTI)
- Inhibiteur non nucléotidique reverse transcriptase (INNTI)
- inhibiteur Protéase (IP)
- Inhibiteur Intégrase (INI)

2 INTI + 1 autre famille

ARV – Objectifs

Cliniques

Amélioration rapide des
symptômes
Observance
Qualité de vie

Immunologiques

Reconstitution
immunitaire
CD4 > 500/mm³

Virologiques

Diminution des réservoirs sanguins
Indétectabilité pour éviter sélection
de mutations de résistance

Épidémiologiques

Diminution du risque de
transmission sexuelle, sanguine et
mère-enfant

ARV – Bénéfices

Réduction des infections et cancers non SIDA

Réduction des troubles neurocognitifs

Réduction des troubles cardio-vasculaires

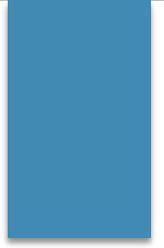
Réduction du vieillissement prématuré

Réduction du risque de transmission

ARV - Recherches

- **Vaccin**
- **Allègement thérapeutique : traitement injectable, bithérapie, diminution de prises**
- **Réservoir : guérison de la maladie**

Suivi



Médical – Infectiologue

- **Suivi :**

- annonce diagnostique et mise en place du traitement (déclaration obligatoire)
- consultations tous les mois pendant 3 mois
- consultations tous 3 mois pendant 1 an
- consultations tous 6 mois en fonction de l'état du patient

- **A chaque consultation :**

- Contrôle de l'observance et gestions des effets indésirables aux traitements (métaboliques, neurologiques, neuropsychologiques, digestifs, lipodystrophies...)
- Prise en charge des comorbidités (cardiovasculaire, cancers, ostéo-articulaire...), mise à jour vaccinations
- Contrôle bilan biologique (contrôle immuno-virologique, dépistage IST)

Médical – Pluridisciplinaire

- Médecin généraliste
 - mise en place 100%
 - suivi maladie chronique
- Proctologue / Gynécologue
 - Homme : surveillance annuelle (anuscopie)
 - Femme : FCV tous les ans pendant 3 ans puis tous les 3 ans si normal **
- Nutritionniste
- Addictologue

Social

ET

Assistante Sociale:

- Ouverture droit :

CMU

AME

PASS

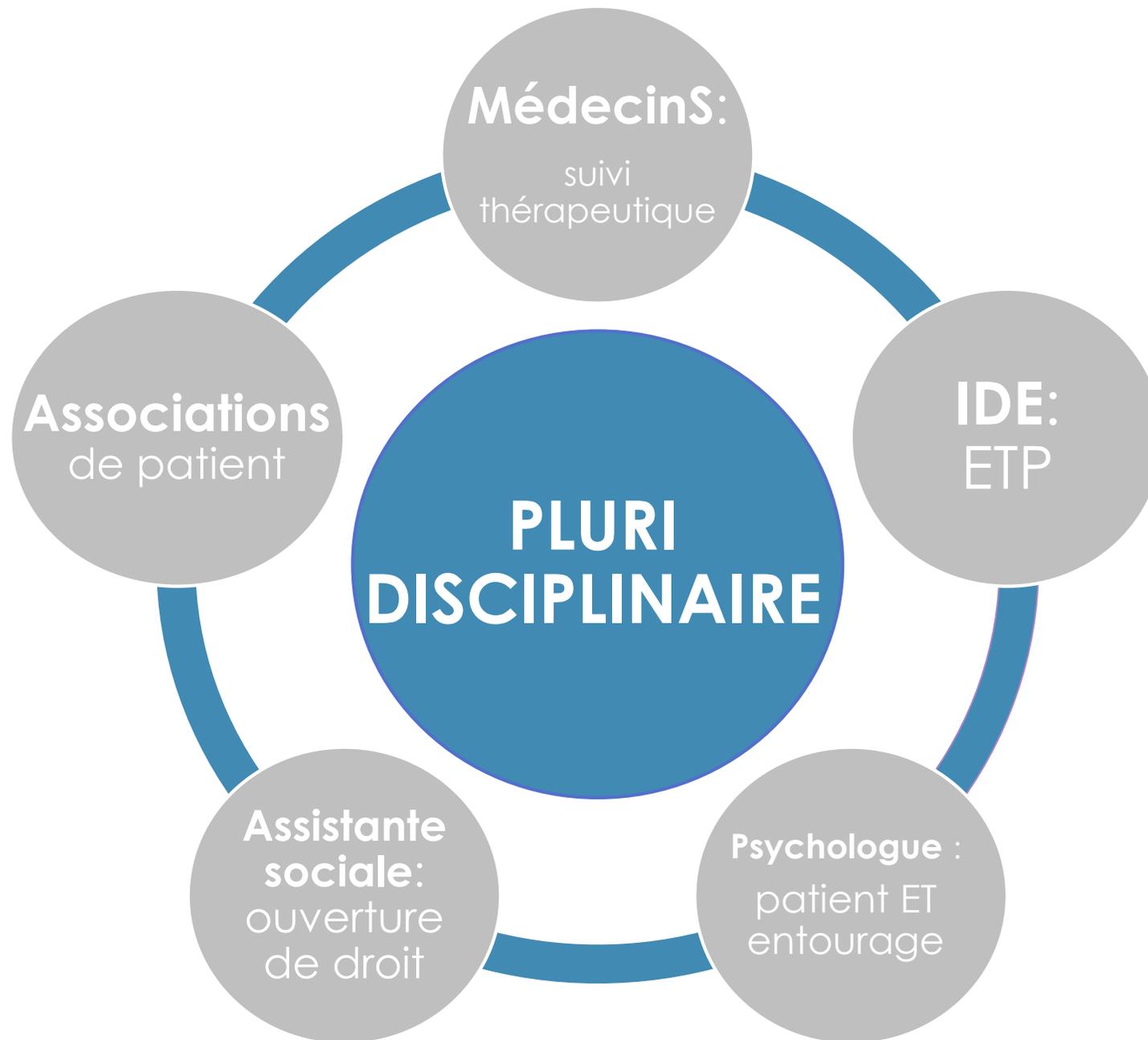
- Vieillesse / comorbidité:

APA

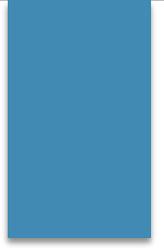
MDPH

Société:

- Un diagnostic qui continue à stigmatiser :
 - ▶ maladie honteuse
- La gestion du secret
- Se mobiliser pour garder l'espoir :
 - ▶ entourage, associations, patient expert
- Renforcement biographique :
développement de la dimension communautaire

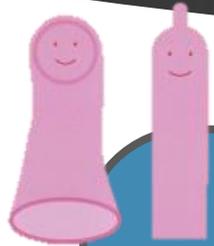


Prévention





Réduction Des Risques



Préservatif

Protection IST

Efficacité théorique 98%

Efficacité réelle 64-80%

Interne / externe

Utilisation matériel unique

Chemsex / slam



Vaccination

Hépatite A

Hépatite B

Papilloma virus (HPV)

(Méningocoque C)



TasP = Treatment as Prevention

Transmission Hétérosexuelle:

- ▶ Réduction de 93% (IC95%: 78-98) du risque relatif de transmission du VIH avec traitement précoce (*HPTN 052*)
- ▶ 0 à 1 contamination pour 38 500 relations non protégée (*SupervieV, BrebantR (UMRS1136, INSERM et Université Pierre et Marie Curie, Paris)*)

Transmission Homosexuelle:

- ▶ Absence de transmission intra-couple (*PARTNER*)
- ▶ 0 à 1 contamination pour 7 600 relations non protégée (*SupervieV, BrebantR (UMRS1136, INSERM et Université Pierre et Marie Curie, Paris)*)

▶ Transmission Materno-foetale:

- ▶ Aucun cas de transmission materno-foetale si CV <50cp/ml et ARV initiés avant grossesse (*Mendelbrot et al; HIV/AIDS, CID 2015*)



PrEP = Prophylaxie Pré-Exposition

► Utilisation de médicaments antirétroviraux en prévention de l'acquisition du VIH chez des personnes non infectées



Indications :

- HSH et transgenres
- Couples sérodifférents (en absence TasP)
- Situations individuelles :
 - UDI avec partage de seringues
 - personnes en situation de prostitution exposée à des rapports sexuels non protégés
 - personne en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH

Contre indications :

- séropositivité au VIH ou sérologie VIH inconnue
- signes ou symptômes d'infection aiguë par le VIH
- troubles rénaux avec créatinine <60 ml/min ou signes de tubulopathie
- allaitement
- hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients du produit.

Modalités

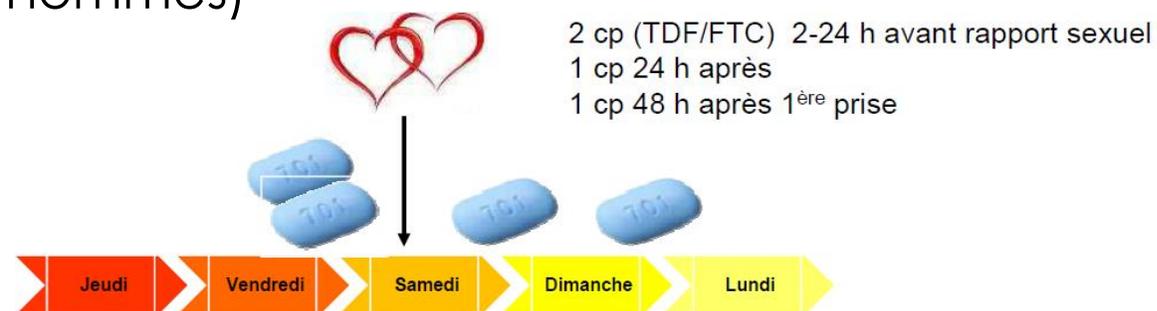
Prise continu : un comprimé tous les jours

- homme : 7 jours pour être « protégé »
- femme : 21 jours pour être « protégé »

Suivi: Consultation tous les 3 mois

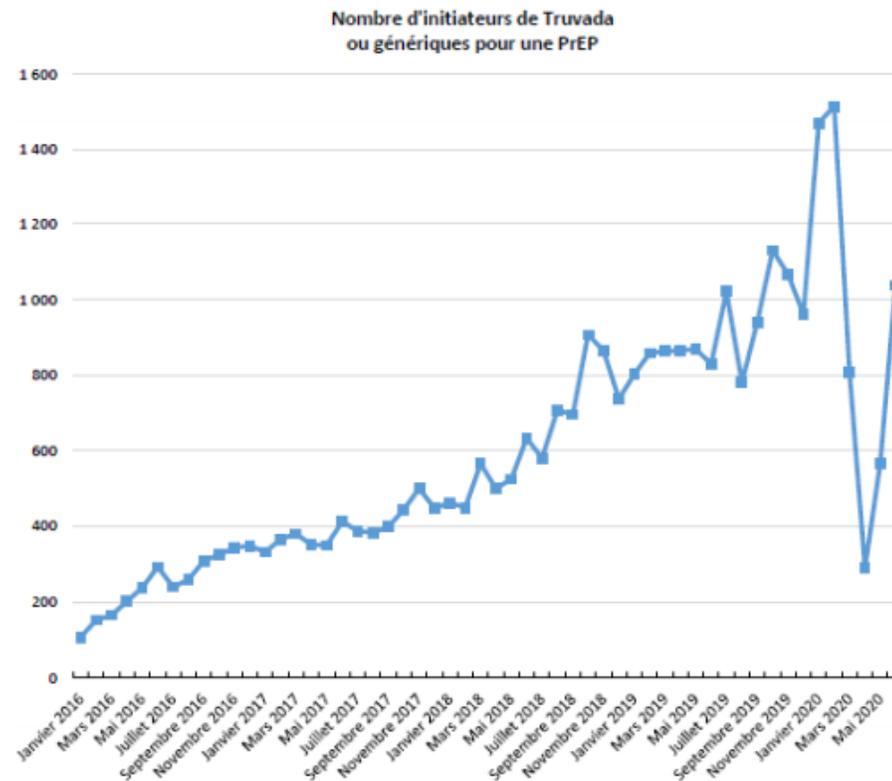
- Contrôle biologique standard
- Dépistage IST + Sérologie

Prise discontinu : (uniquement pour les hommes)



Epidémiologie PrEP en France

Entre le 01/01/2016 et 30/06/2020 juin 2020 : 32 042 personnes ont initié une PrEP par Truvada® ou génériques en France



- **+ 57% / fin juin 2019**
N= 20 478 au 30 /06/19

- Caractéristiques sociodémographiques des initiateurs de PrEP : =
- 97% hommes, 37 ans

- **↘ ↘ ↘ 50 à 80% en mars, avril et mai 2020 / Janvier Février**

TPE = Traitement Post Exposition



Dans les 48h suivant l'AES

- ▶ **Objectif:** éviter transmission VIH suite AES
- ▶ **Modalité:** trithérapie antirétrovirale (Lamivudine/Ténofovir/Doravirine) pendant 28 jours

| | Statut VIH de la personne source | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|------------------------------|--|
| | Positif | | Inconnu | |
| Risque et nature de l'exposition | CV détectable | CV < 50 copies/ml * | Groupe à prévalence élevée** | Groupe à prévalence faible ou inconnue |
| Rapport anal réceptif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport anal insertif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport vaginal réceptif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport vaginal insertif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Fellation réceptive avec éjaculation | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive | TPE non recommandé | TPE non recommandé | TPE non recommandé | TPE non recommandé |

| | Statut VIH de la personne source | | |
|---|----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | Positif | | Inconnu |
| Risque et nature de l'exposition | CV détectable | CV < 50 copies/ml | |
| Important : – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse) | TPE recommandé | TPE non recommandé* | TPE recommandé |
| Intermédiaire : – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn | TPE recommandé | TPE non recommandé* | TPE non recommandé |
| Faible : – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures ou griffures, autres cas | TPE non recommandé | | |

► **Suivi** post AES :

| | |
|--------------|--|
| J 1-4 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie syphilis - Sérologie VHC - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnu</u>) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non-vacciné</u>) - ALAT - créatinine, test de grossesse (<u>si indication de TPE</u>) - PCR chlamydia et gonocoque* |
| S2 | - ALAT, créatinine (<u>si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie</u>) |
| S 6 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (<u>si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable</u>) - Sérologie syphilis - PCR chlamydia et gonocoque* - ALAT et ARN VHC (<u>chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source</u>) |
| S 12 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH <u>si TPE</u> - Sérologie VHC (<u>chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source</u>) - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>) |

Sexuel

| | |
|--------------|---|
| J1-J7 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnu</u>) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non-vacciné</u>) - ALAT - créatinine, test de grossesse (<u>si indication de TPE</u>) |
| S2 | - ALAT, créatinine (<u>si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie</u>) |
| S6 | Sérologie VIH (<u>si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable</u>) ALAT et ARN VHC (<u>si ARN VHC+ chez sujet source</u>) |
| S12 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>) |

Professionnel