

Données épidémiologiques et populations
exposées

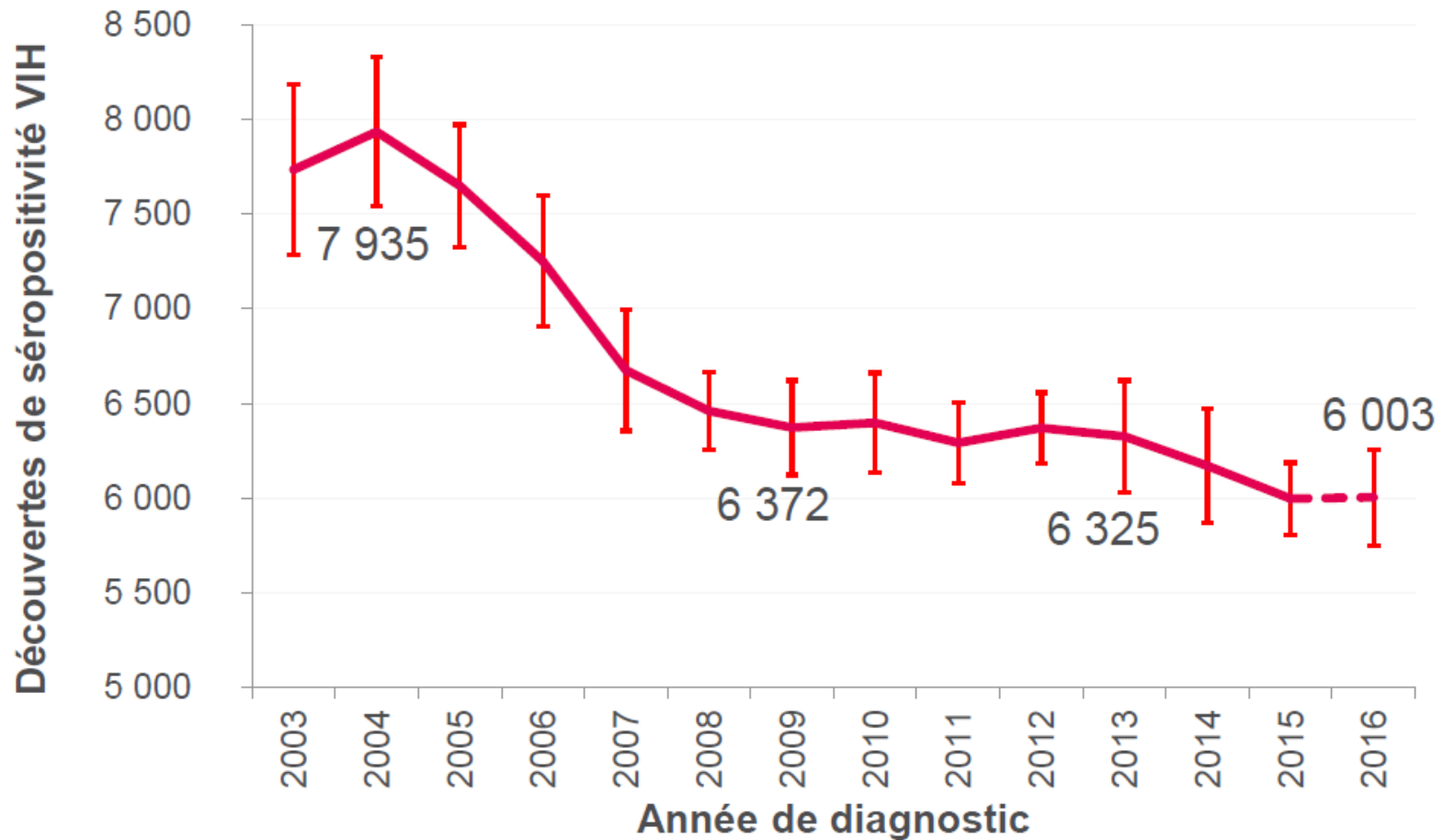
Modes de transmission et pratiques à
risque associées

Histoire naturelle et traitement de
l'infection VIH

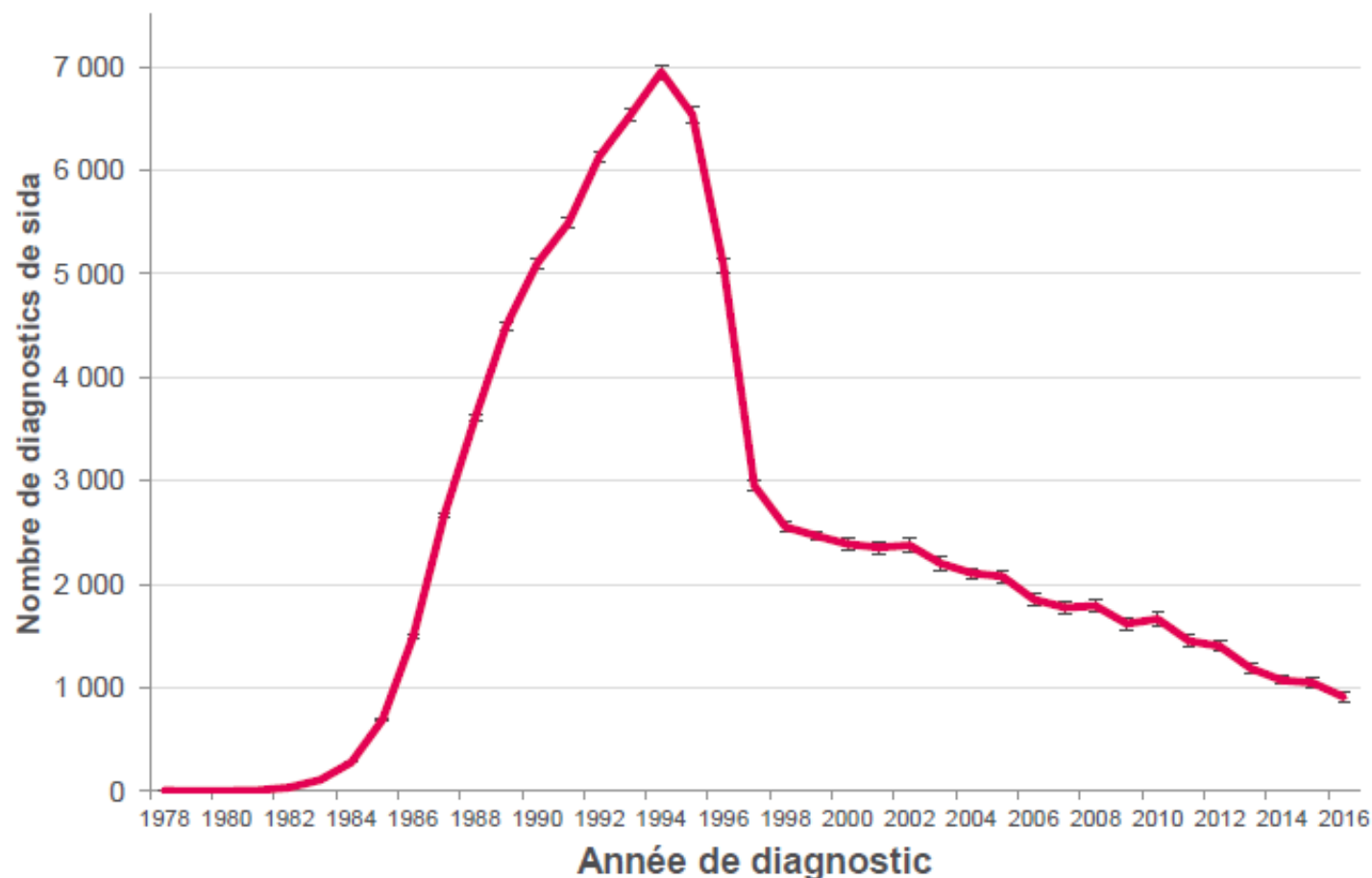
Dr Pauline Lansalot-Matras

Données épidémiologiques

ENVIRON 6 000 PERSONNES [5 750-6 250] ONT DÉCOUVERT LEUR SÉROPOSITIVITÉ EN 2016

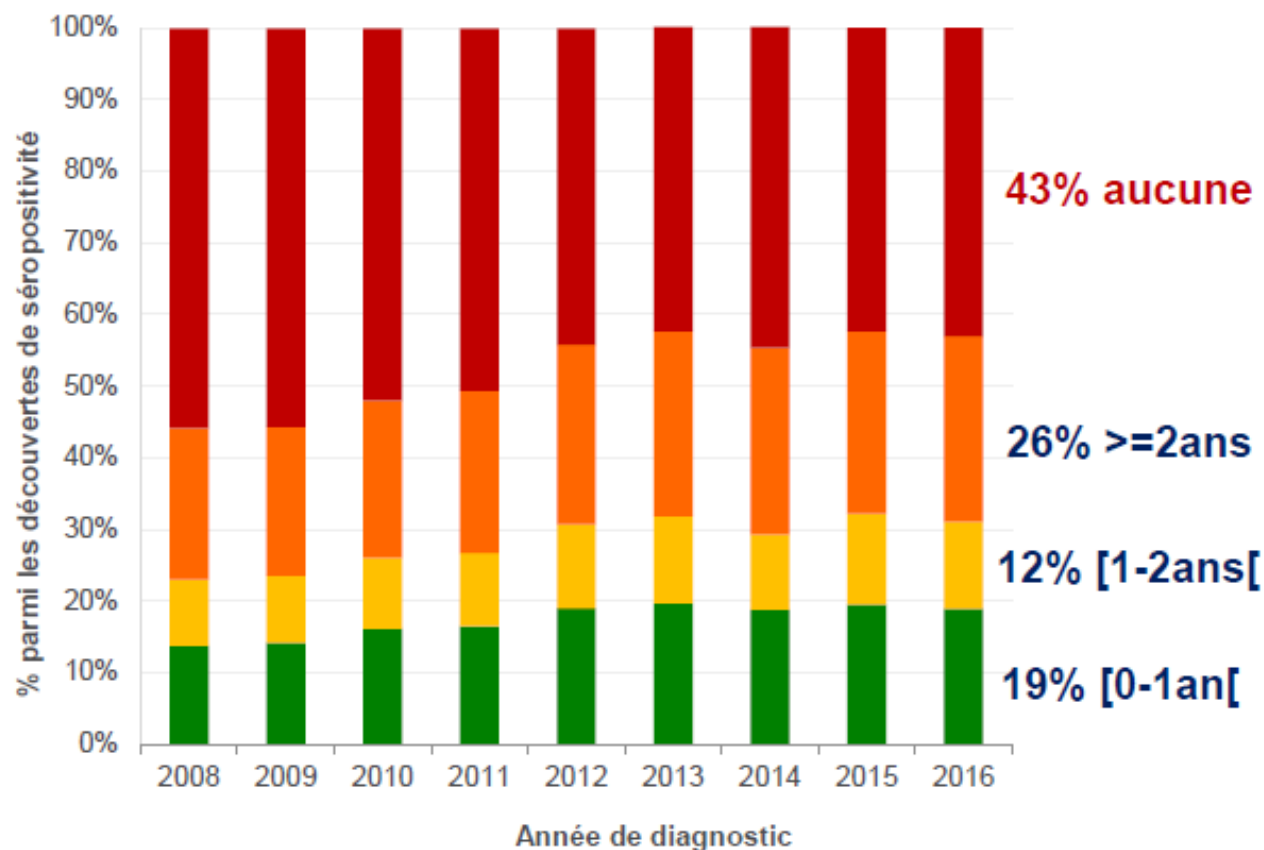


ENVIRON 900 NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE SIDA EN 2016



La plupart des cas de sida (76% en 2016) ont été diagnostiqués chez des personnes qui n'avaient pas reçu d'ARV avant le sida

ANTÉCÉDENTS DE SÉROLOGIES VIH ET DÉLAI DEPUIS LA DERNIÈRE SÉROLOGIE NÉGATIVE



Pour 43% des découvertes en 2016, pas d'antécédent de sérologie : le 1^{er} test VIH a permis le diagnostic.

La part des personnes avec antécédents de sérologie VIH n'augmente plus depuis 2013.

Répartition stable depuis 2013

90-90-90: Un traitement pour tous



36,9 millions de personnes vivent avec le VIH



75 % savent qu'ils sont séropositifs au VIH.
Le reste ne le sait pas



3 personnes sur 5 vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral



Et seulement 47 % ont une charge indétectable du VIH

Objectifs de traitement 90-90-90

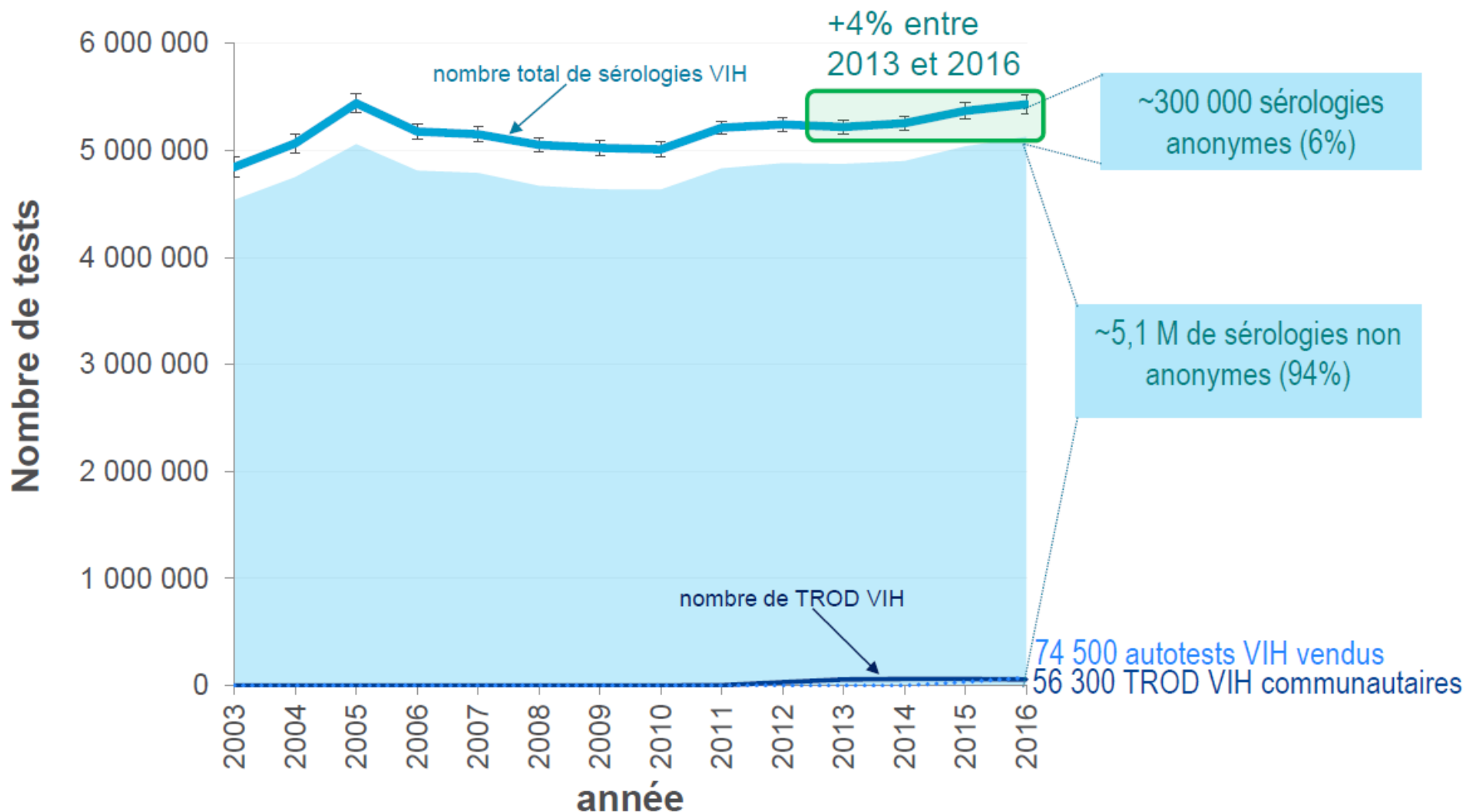
30 millions de personnes sous traitement d'ici à 2020

90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur STATUT (cut état sérologique)

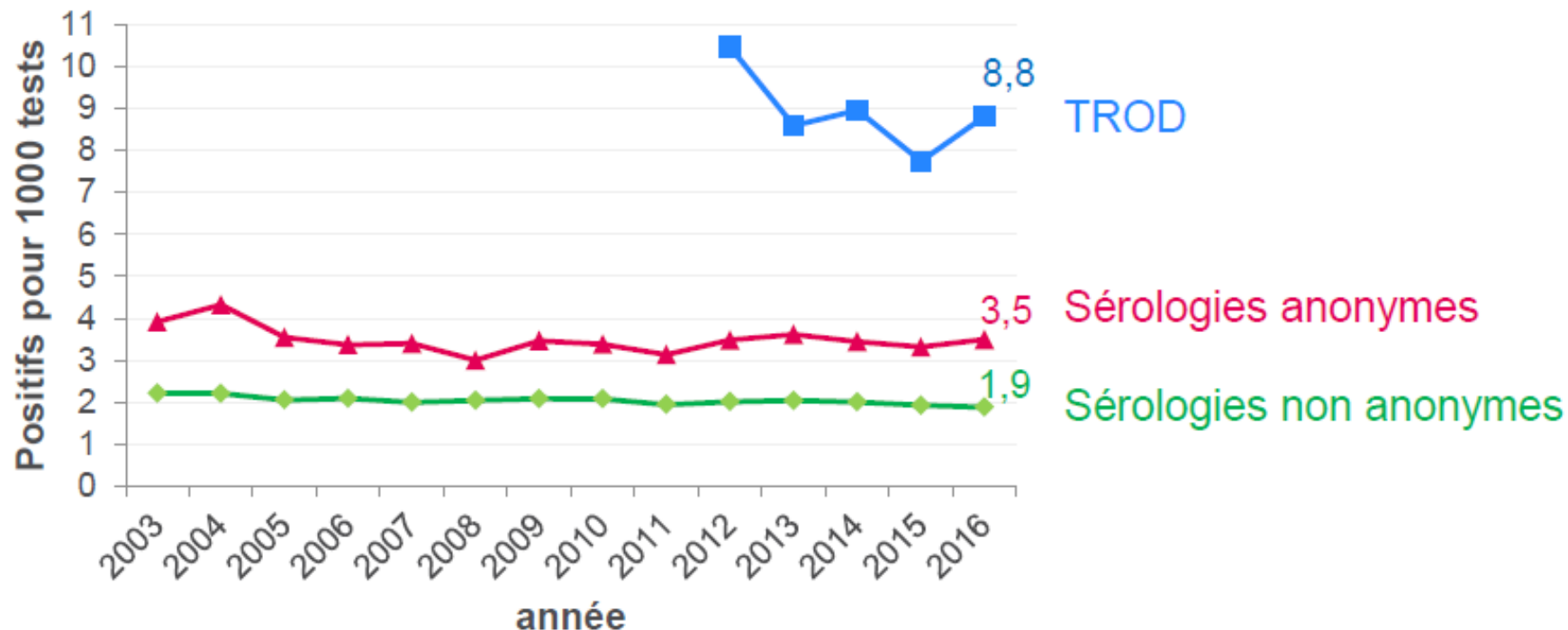
90 % (cut conscientes de leur état sérologique) de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral

90 % des personnes sous traitement antirétroviral ont une charge virale indétectable

5,4 MILLIONS DE SÉROLOGIES VIH RÉALISÉES EN 2016



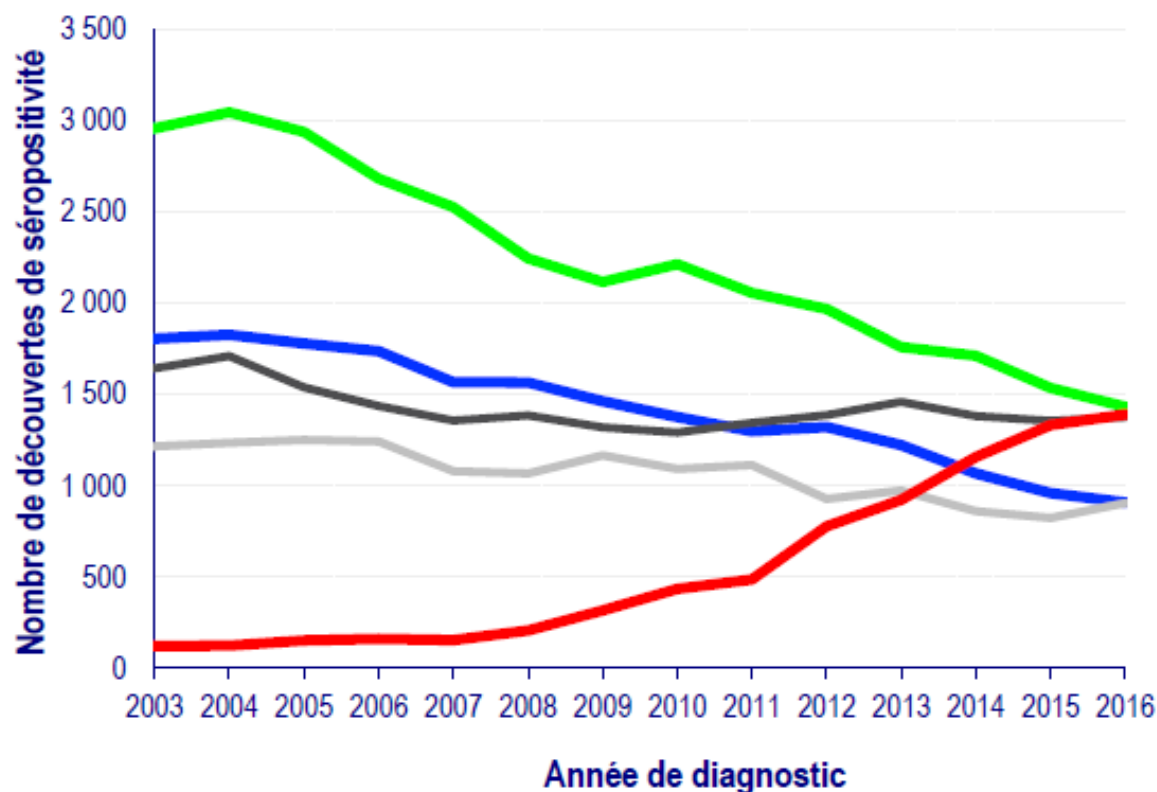
COMPARAISON ENTRE SÉROLOGIES CONFIRMÉES POSITIVES ET TROD POSITIFS



Les sérologies classiques en laboratoires représentent l'immense majorité des tests positifs : 10 700 sérologies confirmées positives en laboratoires (9 600 non anonymes et 1 100 anonymes), moins de 500 TROD positifs en 2016.

Mais les TROD sont proposés à des populations particulières : c'est pourquoi leur taux de positivité est 4 fois plus élevé que celui des sérologies classiques non anonymes.

LES DÉCOUVERTES EN RAISON DE « SIGNES CLINIQUES » OU D'« EXPOSITION RÉCENTE » CONTINUENT À DIMINUER



Motif de réalisation
de la sérologie en 2016 :

- 24% Signes cliniques ou biologiques
- 23% Dépistage orienté*
- 23% Bilans, grossesse
- 15% Exposition récente
- 15% Autre

*Dépistage orienté : personnes vues en consultation pour une pathologie autre que le VIH (IST, AEG, hépatites, autres...) ou dans un contexte suggérant une contamination possible (prise de risque datant de plus de 6 mois, arrivée d'un pays où l'épidémie est généralisée, etc)

Nombres de personnes qui ignorent leur séropositivité en 2013

24800 PVVIH non diagnostiquées :

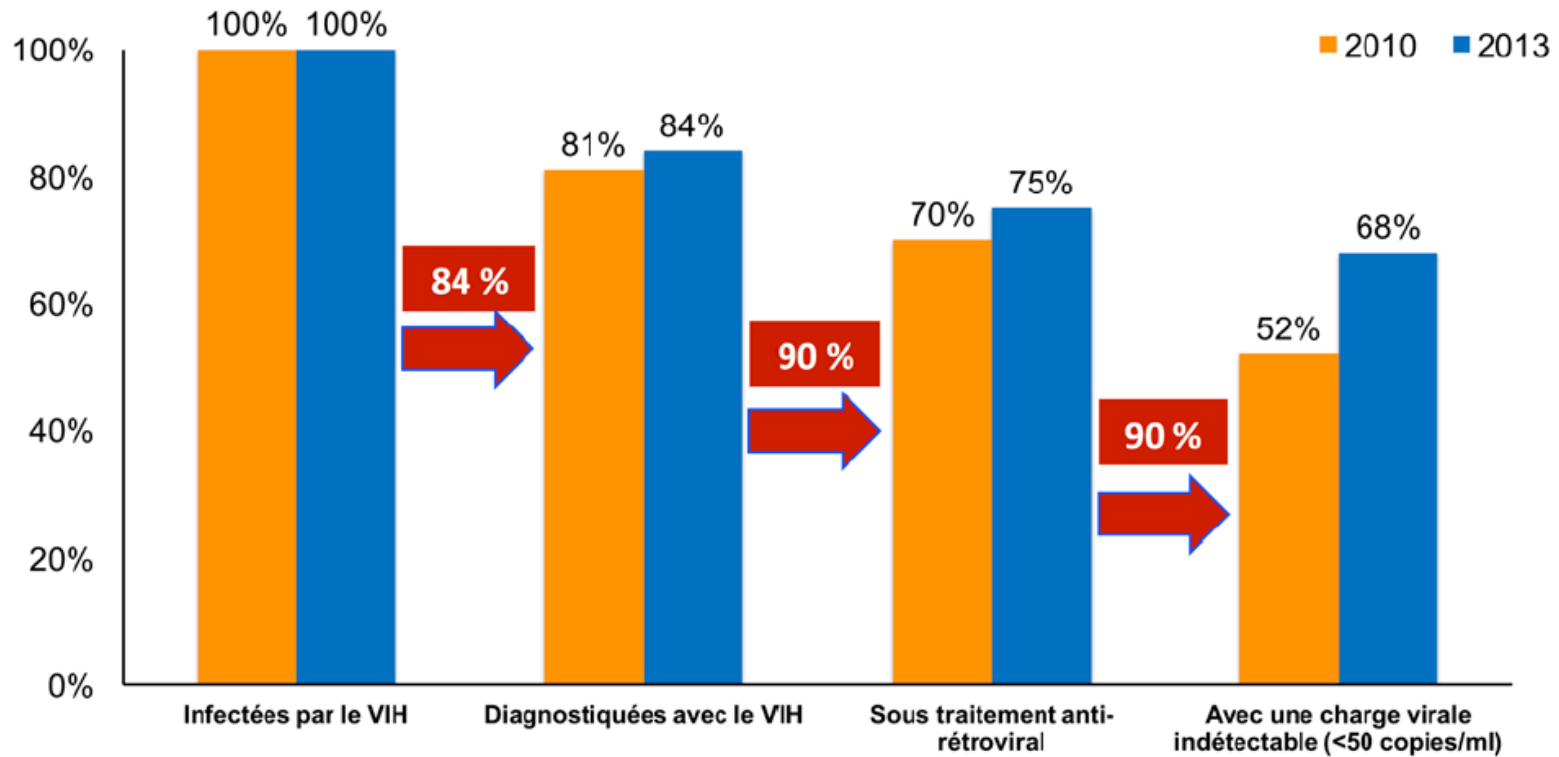
- 70% des hommes
- 40% HSH**
- 40% hétérosexuel(le)s d'origine étrangère***
- 20% hétérosexuel(le)s français
- <2% UDI

**~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
Total	6 (5-6)

Figure 3 : Cascade de la prise en charge en France en 2010 et 2013.



**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

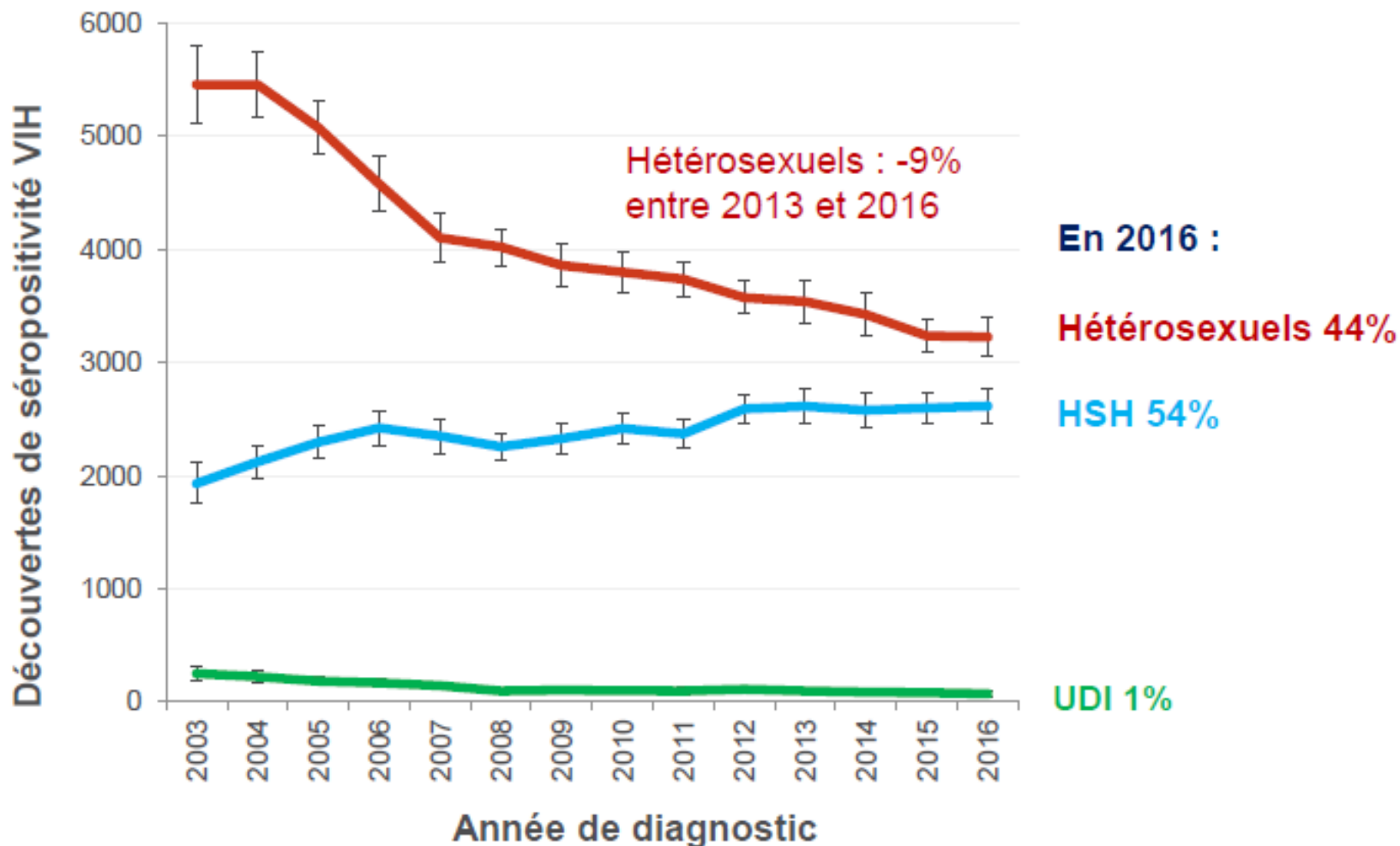
Épidémiologie de l'infection
à VIH en France
(juillet 2017)

Populations clés à dépister

- ▶ HSH: au moins une fois par an, voire tous les 3 mois chez ceux à haut risque d'exposition
- ▶ UDI
- ▶ Personnes originaires des pays de forte prévalence

Modes de transmission et pratiques à risque associées

DIMINUTION DES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ CHEZ LES HÉTÉROSEXUELS MAIS PAS CHEZ LES HSH



Risque de transmission du VIH

EXPOSITIONS SEXUELLES

► Estimation moyenne (d'après Peter et al, AIDS 2014)

Pour un rapport non protégé avec personnes VIH+ non traitée

- Rapport anal réceptif ~ 1-2%
 - Rapport anal insertif ~ 0,1-0,2%
 - Rapport vaginal réceptif ~ 0,08%
 - Rapport vaginal insertif ~ 0,04%
 - Rapports oro-génitaux très faible $\leq 0,04\%$
-
- Majoration du risque
 - Personne source en primo-infection, en stade tardif, avec CV élevée RR x 3-10
 - Présence d'ulcérations ou de sang (IST, viol...) RR x 2-5

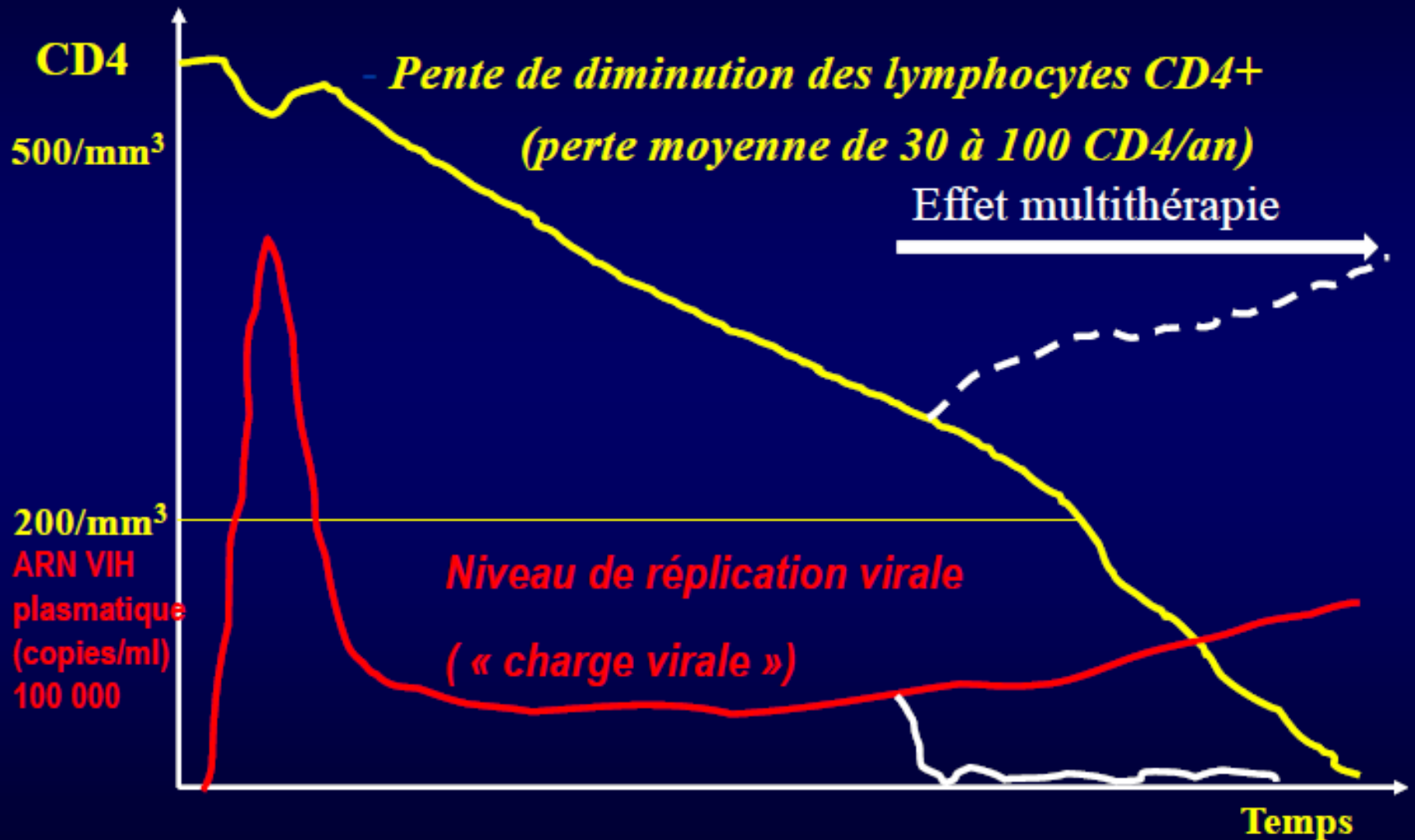
Risque de transmission du VIH

EXPOSITIONS PARENTERALES

- ▶ Estimation moyenne (d'après Peter et al, AIDS 2014)
 - ▶ Professionnelle (AES par pique) 0,24%
 - ▶ Echange de seringue 0,63%
- ▶ Modulation du risque
 - ▶ Charge virale sanguine de la personne source
 - ▶ Gravité de l'exposition

Histoire naturelle de l'infection VIH

Histoire naturelle de l'infection à VIH: Evolution des CD4 et de la Charge virale avant et sous traitement



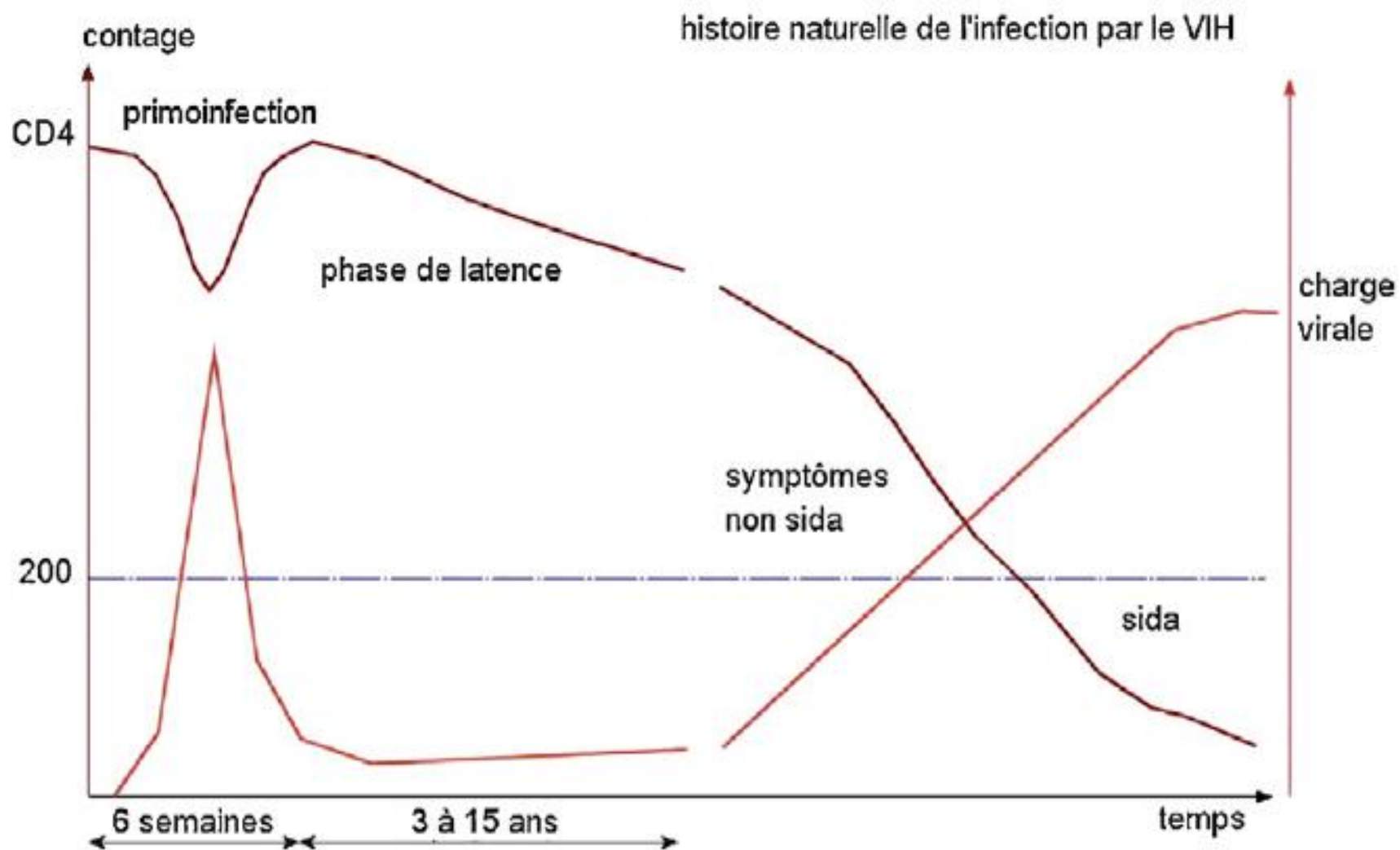


Figure 3. Histoire naturelle virologique et immunologique de l'infection par le VIH.

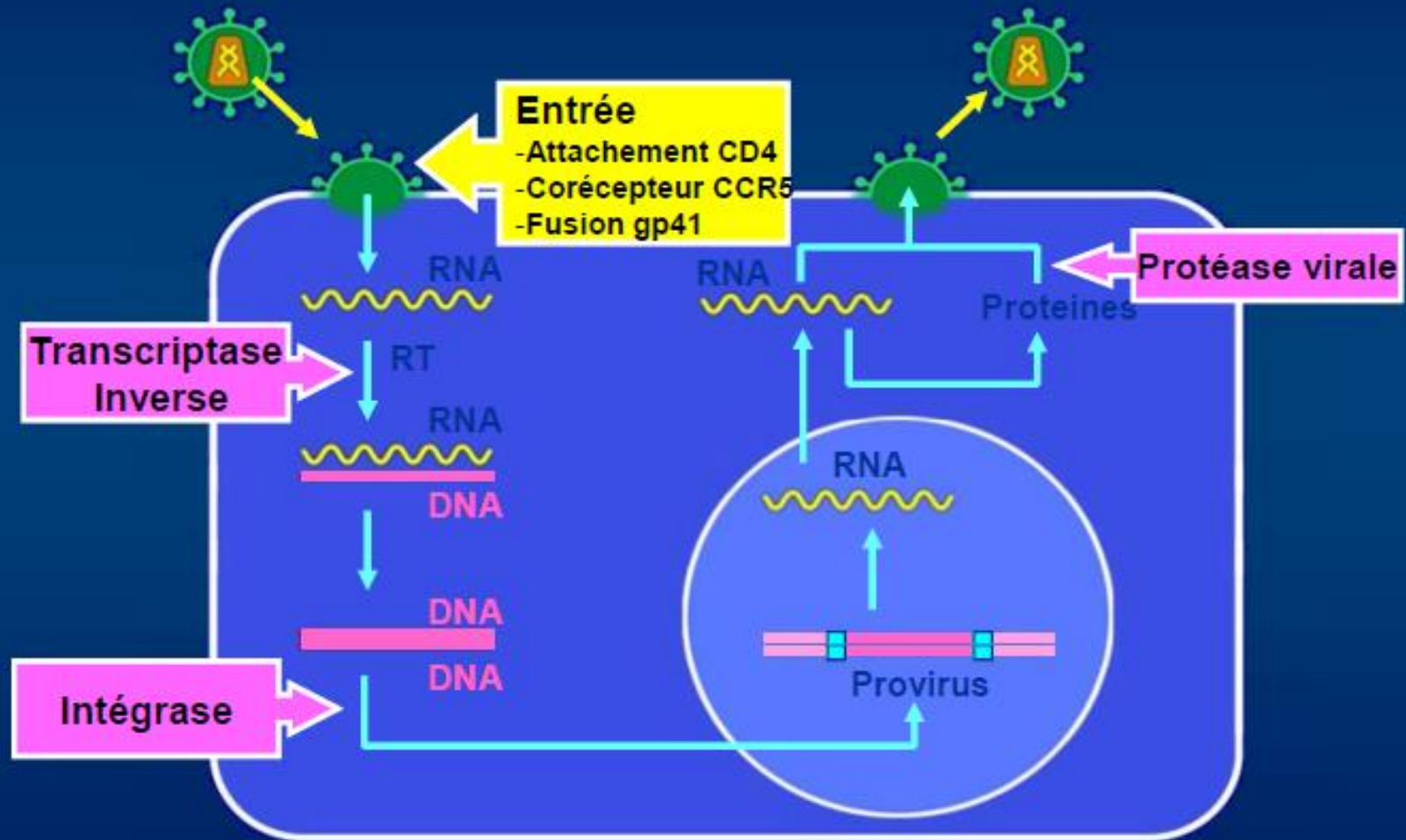
Traitement

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. These shapes are primarily located on the right side of the page, creating a modern, layered effect. The rest of the page is plain white.

Objectifs du traitement

- ▶ **Virologique:** charge virale indétectable, pour éviter la sélection de mutations de résistance
- ▶ **Immunologique:** reconstitution immunitaire, CD4 > 500
- ▶ **Clinique:** observance et qualité de vie
- ▶ **Epidémiologique :** réduction de la transmission si charge virale indétectable

Cycle VIH et cibles des antirétroviraux



Association d'antirétroviraux : Trithérapies « classiques »

« 3^{ème} agent »

**2 inhibiteurs
nucléos(t)idiques de la
transcriptase inverse (INTI)**
Tenofovir+emtricitabine
ou Abacavir + lamivudine

+ 1 inhibiteur non
nucléosidique de la
transcriptase inverse

+ 1 inhibiteur de protéase
(IP) boosté par du ritonavir

+ 1 inhibiteur de l'intégrase

Indications du traitement

- ▶ Il est recommandé d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quelque soit le nombre de lymphocytes CD4, y compris s'il est > 500 .
- ▶ Lorsque le niveau de CD4 est > 500 et stable, l'introduction du traitement ARV peut être différé en cas de non-adhésion immédiate du patient au projet thérapeutique.