

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

Congrès de la SFLS - 19 octobre 2017
Philippe Morlat pour le groupe d'experts



GROUPE D'EXPERTS VIH 2017

Arnaud BLANC
Fabrice BONNET
Françoise BRUN-VEZINET
Dominique COSTAGLIOLA
François DABIS
Pierre DELOBEL
Albert FAYE
Hugues FISCHER
Cécile GOUJARD
Marlène GUILLON
Bruno HOEN
Marianne l'HENAFF

Olivier LORTHOLARY
Laurent MANDELBROT
Sophie MATHERON
Philippe MORLAT
Lionel PIROTH
Isabelle POIZOT-MARTIN
David REY
Christine ROUZIOUX
Anne SIMON
Anne-Marie TABURET
Pierre TATTEVIN

Déclarations publiques d'intérêts sur cns.sante.fr

Avantages en nature sur transparence.sante.gouv.fr

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

Recommandations 2017: une mise en ligne progressive

Janvier 2017 :

Traitement antirétroviral de l'adulte (initiation / optimisation / échec)

Primo infection à VIH

Résistance du VIH1 aux ARV

VIH 2 et diversité des VIH 1

Juillet 2017

Traitement antirétroviral de l'adulte (actualisation: initiation / optimisation)

Co-infections par les virus des hépatites virales

Octobre 2017

Epidémiologie

AES

Accès aux soins et qualité de vie

Congrès de la SFLS - 19 octobre 2017

Philippe Morlat pour le groupe d'experts

Recommandations 2017:

parution de l'ensemble prévue pour décembre 2017



Textes finalisés

Cancers (*en instance de mise en ligne*)

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

Désir d'enfant et grossesse

Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH



Textes en cours de finalisation

Dépistage et Prévention

Co-morbidités chez les PVVIH

Infections chez l'adulte: prophylaxies et traitements curatifs

Annexes pharmacologiques

Traitement antirétroviral de l'adulte (nouvelle actualisation)

Congrès de la SFLS - 19 octobre 2017

Philippe Morlat pour le groupe d'experts

Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte asymptomatique

Commission coordonnée par B Hoen

Initiation d'un premier traitement antirétroviral
chez l'adulte asymptomatique
Bruno Hoen

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

Associations d'antirétroviraux recommandées 2016

Associations recommandées - Noms commerciaux (DCI)	Coût mensuel (€)	Coût annuel (€)
Eviplera® (ténofovirDF/emtricitabine + rilpivirine)	681,90	8 183
Truvada® + Prezista® / Norvir® (ténofovirDF/emtricitabine + darunavir/r)	869,66	10 423
Triumeq® (abacavir/lamivudine + dolutégravir)	928,43	11 141
Stribild® (ténofovirDF/emtricitabine/elvitégravir/cobicistat)	977,09	11 725
Truvada® + Isentress® (ténofovirDF/emtricitabine + raltégravir)	1020,33	12 240
Truvada® + Tivicay® (ténofovirDF/emtricitabine + dolutégravir)	1060,30	12 724

Initiation d'un premier traitement antirétroviral
chez l'adulte asymptomatique

Bruno Hoen

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

Associations d'antirétroviraux recommandées 2017

(prix public ville TTC sur http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it/index.php ; consulté le 12 octobre 2017)

Associations recommandées - Noms commerciaux (DCI)	Coût mensuel (€)	Coût annuel (€)
TénofovirDF/emtricitabine (Gé) + Edurant® (rilpivirine)	446,43	5 357
TénofovirDF/emtricitabine (Gé) + Prezista®/Norvir® (darunavir/r)	627,29	7 527
Eviplera® (ténofovirDF/emtricitabine/rilpivirine)	681,90	8 183
TénofovirDF/emtricitabine (Gé) + Isentress® (raltégravir)	736,65	8 840
Abacavir/lamivudine (Gé) + Tivicay® (dolutégravir)	769,92	9 239
TénofovirDF/emtricitabine (Gé) + Tivicay® (dolutégravir)	788,93	9 467
Truvada® + Prezista®/Norvir® (ténofovirDF/emtricitabine + darunavir/r)	854,26	10 251
Genvoya® (ténofovir AF/emtricitabine/elvitégravir//cobicistat)	882,16	10 586
Triumeq® (abacavir/lamivudine/dolutégravir)	928,43	11 141
Truvada® + Isentress® (ténofovirDF/emtricitabine + raltégravir)	963,62	11 563
Truvada® + Tivicay® (ténofovirDF/emtricitabine + dolutégravir)	1015,90	12 191

Optimisation d'un traitement antirétroviral en situation de succès virologique

Commission coordonnée par B Hoen

Optimisation et génériques

Le groupe d'experts recommande [BIII]:

- *de favoriser, lors de la réflexion en vue d'un switch, la prescription des associations d'ARV les moins coûteuses, lorsqu'à l'issue d'un choix basé sur les critères d'efficacité, de tolérance et de facilité de prise, plusieurs options restent possibles*
- *de proposer aux PVVIH, dont la situation individuelle le permet, des switches dans un objectif de réduction des coûts, sous réserve :*
 - 1) *d'explicitier clairement au patient la motivation du changement et les éventuelles contraintes de prise en résultant,*
 - 2) *de recueillir sa pleine adhésion à cette attitude.*
- *de mettre en place des actions sensibilisant les différents acteurs (PVVIH, médecins, pharmaciens, soignants) au coût des traitements ARV et des études ayant pour objectif de démontrer la non-infériorité de traitements moins onéreux.*

NB: une substitution vers des ARV génériques amenant à augmenter le nombre de comprimés n'est pas recommandée chez les patients en situation de précarité

Co-infections par les virus des hépatites

Commission coordonnée par L Piroth

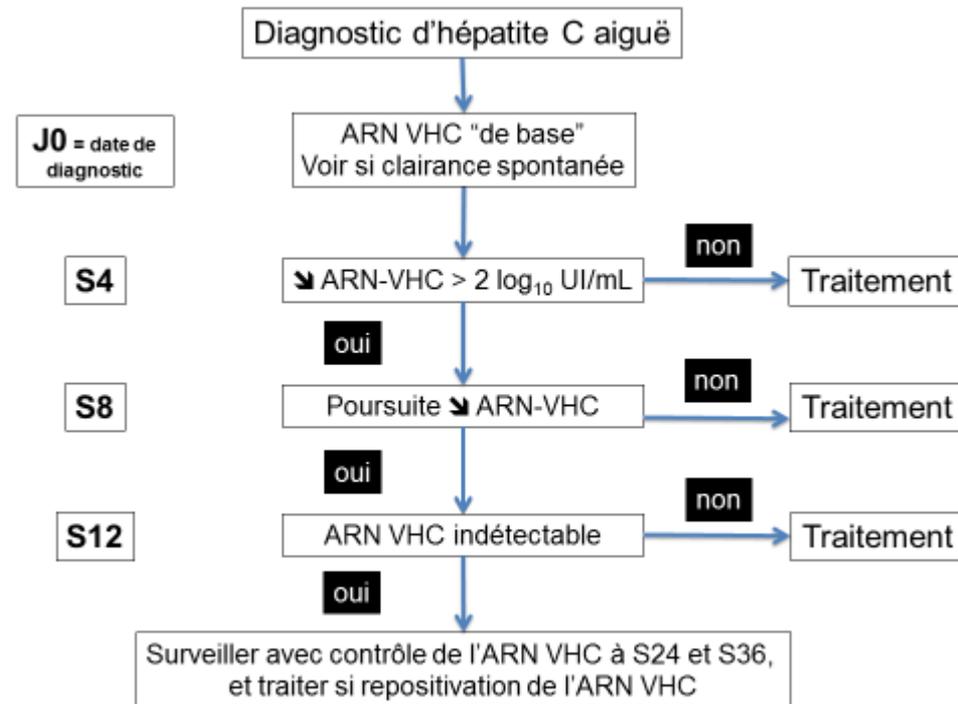
Congrès de la SFLS - 19 octobre 2017
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

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

Hépatite C aiguë

Algorithme de décision thérapeutique

- Traitement dès qu'éradication spontanée apparaît improbable
- Modalités de traitement identiques à celle de l'hépatite C chronique (sans toutefois utiliser la bithérapie sofosbuvir + ribavirine)
- Prévention de la recontamination

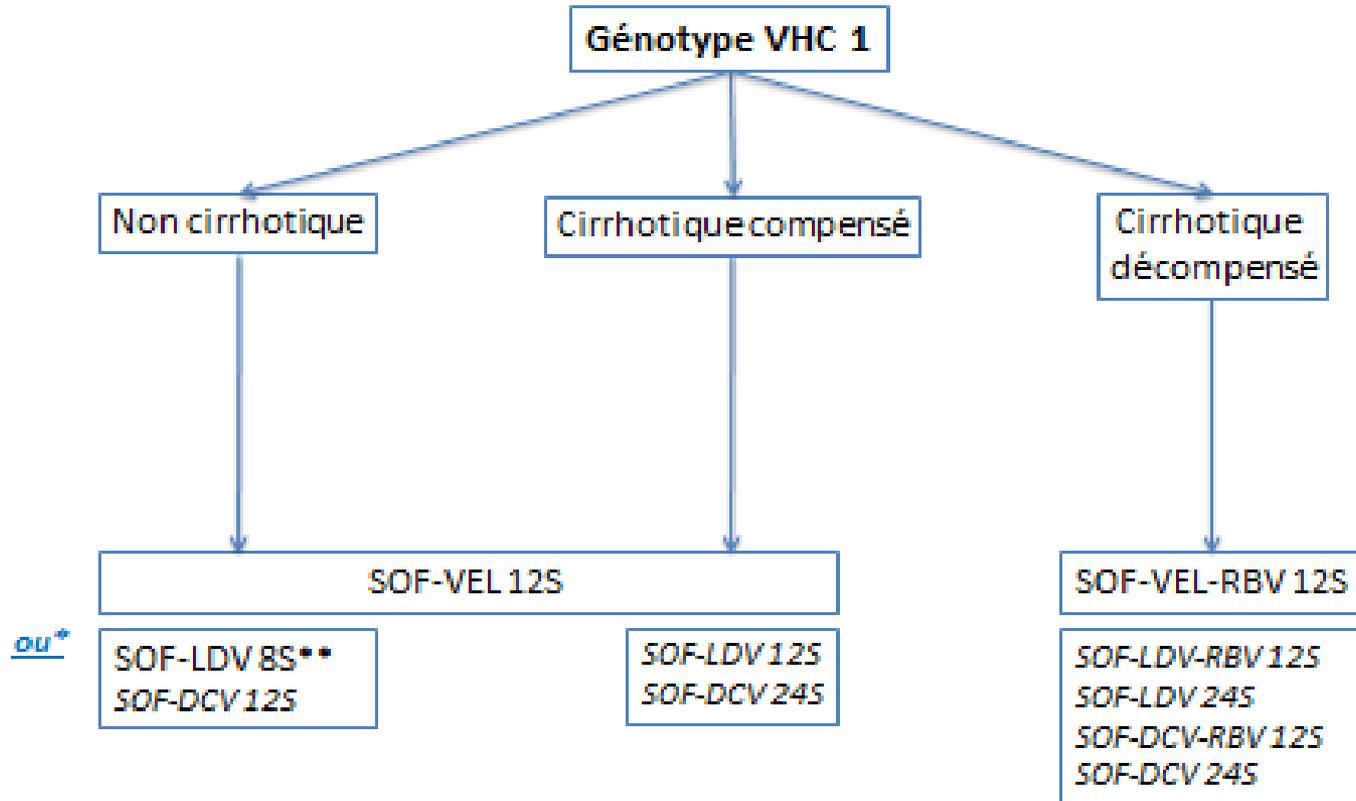


Hépatite C chronique

Objectif : éradiquer le VHC chez toutes les PVVIH co-infectées

- traiter **toutes** les PVVIH co-infectées VIH-VHC
- faciliter l'accès et la mise sous traitement
- choisir des options thérapeutiques qui, à efficacité équivalente, peuvent s'appliquer au plus grand nombre (orales et pangénotypiques)
- et ont peu d'interactions médicamenteuses avec les antirétroviraux communément utilisés

Recommandations pour le traitement de l'hépatite chronique C génotype 1 chez les PVVIH

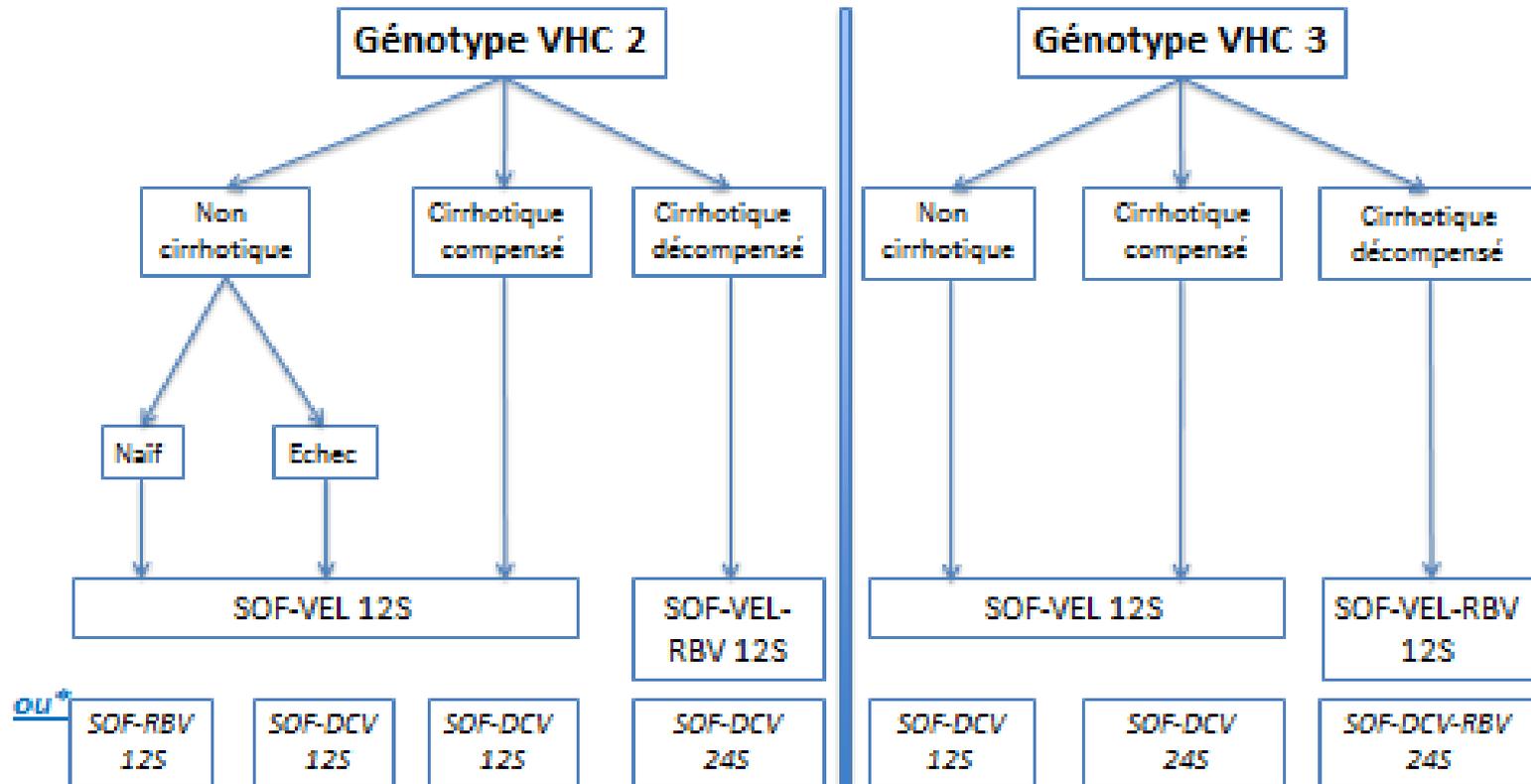


S = semaines
DCV = daclatasvir LDV = ledipasvir RBV = ribavirine SOF = sofosbuvir VEL=velpatasvir

* essentiellement si problème d'interactions avec le traitement antirétroviral (cf section « interactions »)

** choix préférentiel possible en l'absence d'interactions

Recommandations pour le traitement de l'hépatite chronique C génotype 2 ou 3 chez les PVVIH



S = semaines

DCV = daclatasvir LDV = ledipasvir RBV = ribavirine SOF = sofosbuvir VEL = velpatasvir

* essentiellement si problème d'interactions avec le traitement antirétroviral (cf section « interactions »)

Effet sur ARV		Effet sur anti-VHC										
		Ribavirine (RBV)	Simeprévir (SMV)	Daclatasvir (DCV)	Sofosbuvir (SOF)	Sofosbuvir (SOF) / Ledipasvir (LDV)	Sofosbuvir (SOF) / Velpatasvir (VEL)	Sofosbuvir (SOF) / Velpatasvir (VEL) / Voxilaprévir (VOX)	Grazoprévir (GZR) / Elbasvir (EBR)	Glécoprévir (GLE) / Pibrentavir (PIB)	Paritaprévir/ritonavir (PTV/r) / Ombitasvir (OBV) - 2D	
Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)	Zidovudine (ZDV)	Déconseillé	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	
	Didanosine (ddI)	Déconseillé	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	
	Ténofovir (TDF)	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible STP + surveillance rénale Eviter si clairance < 60 ml/min	Possible STP + surveillance rénale	Possible STP + surveillance rénale	Possible	Possible	Possible	
	Ténofovir (TAF)	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	
	Emtricitabine (FTC)	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	
	Lamivudine (3TC)	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	
	Abacavir (ABC)	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	
Inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	Efavirenz (EFV)	Possible	Déconseillé	Possible ⚠ DCV à 90 mg qd + STP	Possible	Possible	Déconseillé	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	
	Nevirapine (NVP)	Possible	Déconseillé	Possible ⚠ DCV à 90 mg qd + STP	Possible	Possible	Déconseillé	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	
	Etravirine (ETR)	Possible	Déconseillé	Possible ⚠ DCV à 90 mg qd + STP	Possible	Possible	Déconseillé	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Déconseillé	
	Doravirine (DORA)	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible STP DORA+++	
	Rilpévirine (RPV)	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible STP RPV++ + surveillance ECG	Possible STP RPV++ + surveillance ECG	
Inhibiteurs de protéase du VIH (IP)	Atazanavir (ATV/r)	Possible	Déconseillé	Possible ⚠ DCV à 30mg qd + STP	Possible	Possible STP ATV + risque augmenté d'ictère	Possible STP ATV + surveillance bilirubine	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Possible ATV 300mg <u>avec</u> RTV, en même temps que le 3D + STP	
	Darunavir (DRV/r)	Possible	Déconseillé	Possible DVC 60mg qd + STP	Possible	Possible	Possible	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Possible DRV 800mg qd <u>avec</u> RTV, en même temps que le 3D + STP Pas de résistance élargie aux IP	
	Lopinavir (LPV/r)	Possible	Déconseillé	Possible DVC 60mg qd + STP	Possible	Possible	Possible	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	
	Fosamprenavir (FPV/r)	Possible	Déconseillé	Déconseillé	Possible	Possible	Déconseillé	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	
	Tipasnavir (TPV/r)	Possible	Déconseillé	Possible DVC 60mg qd + STP	Possible + STP SOF	Possible + STP SOF/LDV	Déconseillé	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	Contre-indiqué	

Congrès de la SFLS - 19 octobre 2017
Philippe Morlat pour le groupe d'experts

MEDICALE 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

Hépatite C chronique

Après guérison

- ne pas cesser le suivi même au vu d'une amélioration de l'élastométrie hépatique, qui n'a de valeur que pour rechercher une éventuelle aggravation de la fibrose hépatique;
- toujours encourager les mesures de réduction des risques (alcool, tabac, obésité, activité physique);
- ne pas oublier les éventuelles manifestations extra-hépatiques.

En cas d'échec du traitement

- identifier/écarter une réinfection;
- caractériser le type d'échec et les causes possibles de l'échec;
- discuter le retraitement en réunion de concertation multidisciplinaire;

Accidents d'exposition sexuelle et au sang

Commission coordonnée par D Rey

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

Indication de TPE après exposition sexuelle

	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

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

Personnes ignorant 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% 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)

Indication de TPE après exposition au sang

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	positif		inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important: <ul style="list-style-type: none"> - Piqure profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse) 	TPE recommandé	TPE non recommandé *	TPE recommandé
Intermédiaire: <ul style="list-style-type: none"> - Coupure avec bistouri - Piqure avec aiguille IM ou SC - Piqure avec aiguille pleine - Exposition cutané-muqueuse avec temps de contact > 15 minutes 	TPE recommandé	TPE non recommandé *	TPE non recommandé
Faible <ul style="list-style-type: none"> - Piqures avec seringues abandonnées - Crachats, morsures ou griffures, autres cas 	TPE non recommandé		

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

Traitement post-exposition au VIH

Durée totale du traitement: **28 jours** (*infection de la plupart des macaques après un TPE de 10 j*)

Choix préférentiel:

- **ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine** (bonne tolérance, simplicité de prise (monoprise en 1cp ou 2cps [si TDF/FTC générique], faible risque d'interaction médicamenteuse, moindre coût).
- La probabilité d'exposition à un virus porteur de résistances aux INNTI est extrêmement faible dans la situation d'un AES où l'on ignore le statut sérologique du sujet source. **La rilpivirine doit néanmoins être évitée lorsque** le sujet source est connu comme PVVIH porteur d'un virus à risque de résistance à cette molécule (polymorphisme 138, génotype cumulé, histoire thérapeutique).
- Il faut informer le patient de la nécessité de prendre la rilpivirine avec des **aliments**, et prendre en compte le risque d'**interaction** avec les inhibiteurs de la pompe à protons et anti-H2.

Traitement post-exposition au VIH

- Choix alternatifs :
 - **ténofovir DF / emtricitabine** (préférentiellement sous forme générique)
+ **darunavir/r** (3 cps en 1 prise/j)

ou
raltégravir (3 cps en 2 prises/j) voire elvitégravir/c (1cp/j) ou dolutégravir (2 cps en 1 prise/j)

(données insuffisantes avec ténofovir AF..)
- Situations particulières:
 - insuffisance rénale préexistante: zidovudine / lamivudine peut être utilisé à la place de ténofovir DF / emtricitabine
 - femme enceinte : association ténofovir DF / emtricitabine + darunavir/r (800mg/100 une fois/jour au cours du premier semestre et de 600mg/100 deux fois par jour au cours du dernier trimestre).

Indication de la sérovaccination VHB

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) de la personne source	
	positif	inconnu
Vacciné répondeur <i>(anti-HBs > 10 mUI/ml, ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)</i>	rien	rien
Vacciné non répondeur <i>(anti-HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti-HBs > 100 mUI/ml dans le passé)</i>	Immunoglobulines *	rien **
Non vacciné	Immunoglobulines * + vaccin	vaccin **

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique sub-saharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples

Un suivi biologique post AES simplifié et harmonisé

Exposition sexuelle

J 1-4	<ul style="list-style-type: none">- Sérologie VIH- Sérologie VHC- Sérologie syphilis- Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si non vacciné)- ALAT- Créatinine, test de grossesse (si indication de TPE)- PCR chlamydia et gonocoque *
S2	<ul style="list-style-type: none">- ALAT, créatinine (si TPE et co-morbidité ou crainte de iatrogénie)
S6	<ul style="list-style-type: none">- Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec CV détectable)- Sérologie syphilis- PCR chlamydia et gonocoque *- ALAT et ARN VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source)
S12	<ul style="list-style-type: none">- Sérologie VIH si TPE- Sérologie VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source)- Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée, et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu)

* Indications : femme < 25 ans, homme < 30 ans, ou HSH ou sujet symptomatique.

Modalités : un à trois sites de prélèvements selon circonstances (NB : absence de remboursement en juin 2017 du test gonocoque)

Exposition au sang

J 1-7	<ul style="list-style-type: none">- Sérologie VIH- Sérologie VHC- Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si non vacciné)- ALAT- Créatinine, test de grossesse (si indication de TPE)
S2	<ul style="list-style-type: none">- ALAT, créatinine (si TPE et co-morbidité ou crainte de iatrogénie)
S6	<ul style="list-style-type: none">- Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec CV détectable)- ALAT et ARN VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source)
S12	<ul style="list-style-type: none">- Sérologie VIH *- Sérologie VHC- Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée, et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu)

* la sérologie VIH à S12 en l'absence de TPE n'est maintenue que du fait de son caractère réglementaire (arrêté du 1er août 2007 dont nous recommandons la modification)

Cancers

Commission coordonnée par I Poizot-Martin

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

Immunothérapie

Bilan Pré-thérapeutique

Interrogatoire et examen clinique :

- Recherche d'un ATCD récent d'infection ou de fièvre (à explorer de façon appropriée), d'une symptomatologie digestive (nausées, troubles du transit), pulmonaire (toux, dyspnée), neurologique (céphalées, neuropathie périphérique), cutanée (éruption), rhumatologique (arthralgie).
- Evaluation du performans status et des constantes (poids, taille, IMC, pouls, TA, température)
- Récupération de l'ensemble des traitements en cours

Examens de laboratoire :

- Sanguins : hémogramme, plaquettes, glycémie, ionogramme, réserve alcaline, calcium, phosphore, acide urique, urée, créatininémie, clairance de la créatinine, bilirubine totale, ASAT, ALAT, GGT, phosphatase alcaline, albumine, CRP, anticorps antinucléaires, anti-TPO, anti-thyroglobuline, TSH, T4, Cortisol et ACTH mesurés à 8 heures, LH, FSH, oestradiol, testostérone ; Charge virale EBV, HHV8, PCR CMV si sérologie CMV positive, IGRA-tuberculose, sérologie VHB (et ADN VHB si AgHBs+ ou Ac HBc isolé), VHC si non disponible (et ARN VHC si sérologie positive)
- Urinaires : Protéinurie sur échantillon (urines du matin, à jeun (g/l) combinée à un dosage de la créatininurie (mmol/l) et analyse du sédiment urinaire

Imagerie : radio du thorax de référence ou scanner thoracique avec coupes sériées fines, clichés avec et sans injection

Bilan pré-thérapeutique : Avant chaque cure d'immunothérapie (à jeun)

- Sanguin : Hémogramme, plaquettes, albumine, ionogramme, calcium, magnésium, phosphore, ASAT, ALAT, bilirubine totale, phosphatases alcalines, GGT, glycémie, LDH, CRP, TP, créatininémie, clairance de la créatinine, typage lymphocytaire, charge virale VIH
- Urinaire : protéinurie, glycosurie sur les urines du matin

Bilan pré-thérapeutique : tous les 3 cycles d'immunothérapie

- TSH (T3, T4 si TSH anormale),
- anticorps antinucléaires, anti-TPO
- Patient coinfecté VHB (AgHBs+ ou AC HBc isolé) : ADN VHB
- Patient coinfecté VHC : ARN VHC

Calendrier de dépistage carcinologique chez une PVVIH

	Profil patient	Périodicité
Échographie hépatique associée à un dosage de l'alpha-fœtoprotéine	Cirrhose, quelle que soit la cause	Tous les 3 à 6 mois
	Coinfection VHB et ADN VHB >2000 UI/mL Coinfection VHB et sujet âgé de plus de 50 ans Coinfection VHB et sujet originaire d'Asie ou Afrique subsaharienne quel que soit l'âge ATCD familial de cancer hépatocellulaire	Tous les 6 mois
Examen proctologique (+/- cytologie anale et anoscopie haute résolution)*	HSH rapports anaux ATCD de condylomes ATCD de conisation ATCD de lésions du col	Bilan initial systématique ; périodicité du suivi individualisée
Cytologie cervico-utérine : <u>Examen annuel durant les trois premières années de suivi</u>	Si CD4 > 500/mm ³ et charge virale VIH indétectable et absence d'anomalie sur les 3 cytologies consécutives	Tous les 3 ans
	Si ATCD de cytologie anormale (quel que soit le grade) Si ATCD de conisation	Une fois par an
Colposcopie	Si cytologie anormale gradée LSIL ou HSIL Si HPV + au niveau du col	À la demande
	Si ATCD de conisation ou si CD4 <200/mm ³	Une fois par an

	Profil patient	Périodicité
Recherche d'une infection à HPV au niveau du col	Si ASC-US à la cytologie cervicale et CD4 >500 et CV VIH indétectable et plusieurs cytologies antérieures consécutives normales	À la demande
Examen de la peau et de la muqueuse buccale	Tous les patients	Une fois par an
Recherche de mélanome	Sujets à risque (www.e-cancer.fr)	Tous les 6 mois
Palpation des seins et mammographie	Femmes âgées de 50 à 74 ans (dès 40 ans en cas d'ATCD familial)	Tous les deux ans
Recherche de sang dans les selles (Test Immunologique)	Hommes et femmes âgés de 50 ans à 74 ans	Tous les 2 ans
Toucher rectal	Hommes âgés de 50 à 75 ans	Une fois par an
Cytologie urinaire**	Hommes et femmes Exposition professionnelle pendant un an et plus à des carcinogènes chimiques (anyline, cyclophamide)	Tous les 6 mois à partir de la 20ème année qui suit la période d'exposition

* Pour le dépistage des lésions de haut grade précancéreuses.

*** : Vigilance en cas d'ATCD de radiothérapie pelvienne

Dépistage du cancer broncho-pulmonaire

- Le groupe d'experts **recommande de rechercher par TDM un CBP** chez les PVVIH **devant toute symptomatologie thoracique suspecte** (toux persistante, hémoptysie, douleur...) ou **altération de l'état général** (notamment un amaigrissement)
- Le dépistage par TDM faible dose du CBP chez les PVVIH fumeurs asymptomatiques ne peut à ce jour faire l'objet d'une recommandation de bonne pratique, compte tenu du positionnement de l'HAS en population générale. Le groupe d'experts est favorable à la mise en place d'une expérimentation à l'instar de l'expérimentation de dépistage du CBP chez les sujets ayant été exposés professionnellement à des agents cancérogènes en population générale.
- **La lutte contre le tabagisme et la consommation de cannabis chez les PVVIH doit être renforcée** et un rapprochement vers les centres d'addictologie ou antitabac est fortement encouragé.

Vaccination HPV

Vaccination HPV

- **Chez les jeunes filles :**

- la vaccination HPV est recommandée à l'âge de 11 ans et en rattrapage jusqu'à 19 ans révolus, selon un schéma à trois doses (0, 2, 6 mois) en fonction de l'AMM des vaccins GARDASIL ®, GARDASIL 9 ®.

- Dans la mesure où le vaccin CERVARIX® ne permet pas une prévention des lésions condylomateuses, le groupe d'experts recommande de préférer les autres vaccins.

- Le dépistage du cancer du col par la cytologie cervico-utérine doit être maintenue selon les modalités définies pour les FVVIH.

- **Chez les garçons infectés par le VIH**, le groupe d'experts recommande la vaccination à l'âge de 11 ans et en rattrapage jusqu'à 19 ans révolus avec le vaccin GARDASIL ® ou GARDASIL 9 ® avec un schéma à trois doses en fonction de l'AMM du vaccin (0, 2, 6 mois). Le rattrapage pourra être étendu jusqu'à l'âge de 26 ans chez les HSH.

- **Le groupe recommande que les conditions d'accès à la vaccination anti-HPV soient relayées plus fortement par les CEGGID.**

- **Le groupe rappelle que le dépistage des lésions anogénitales doit être maintenu chez les sujets qui ont bénéficié d'une vaccination HPV.**

RCP

- La RCP nationale ONCOVIH mise en place dans le cadre du réseau CANCERVIH, soutenue par l'INCa et la DGOS facilite l'articulation entre les réseaux régionaux de cancérologie et les COREVIH et permet d'optimiser la prise en charge des cancers. Le développement des RCP de recours régional en lien avec la RCP nationale doit être encouragé.

Epidémiologie

Commission coordonnée par D Costagliola

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

Figure 1 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic (Données au 31/12/2015 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)

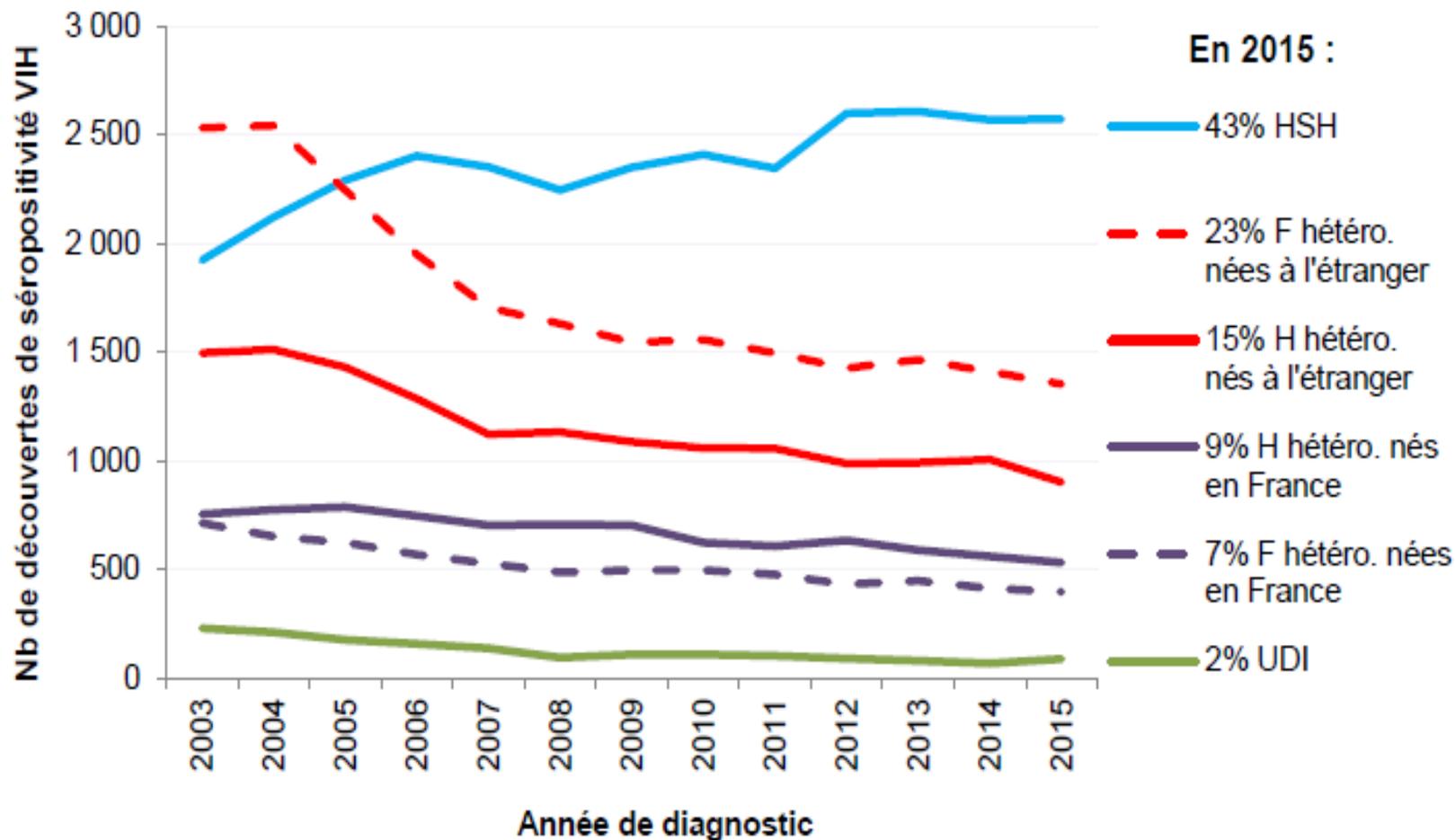
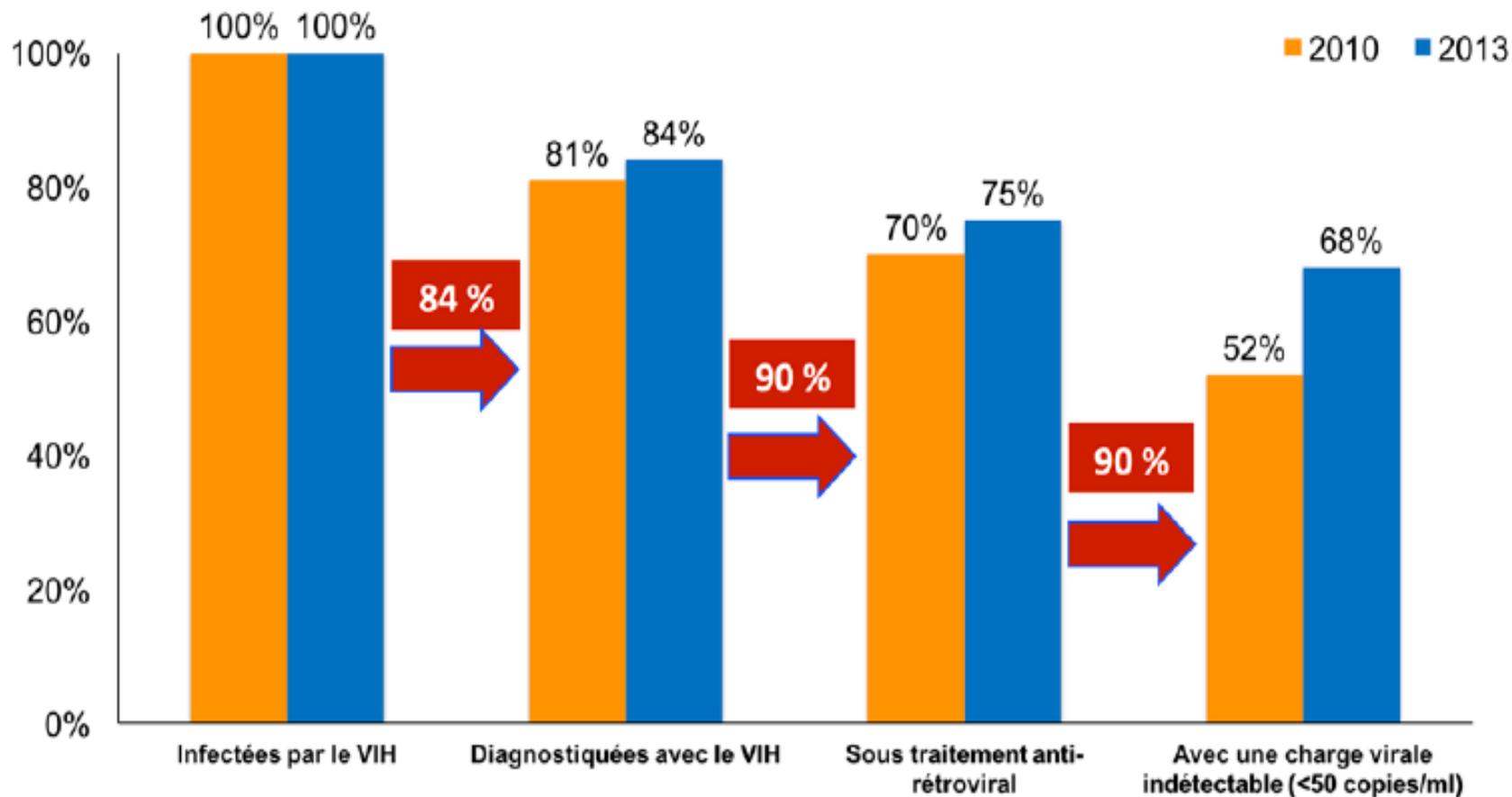
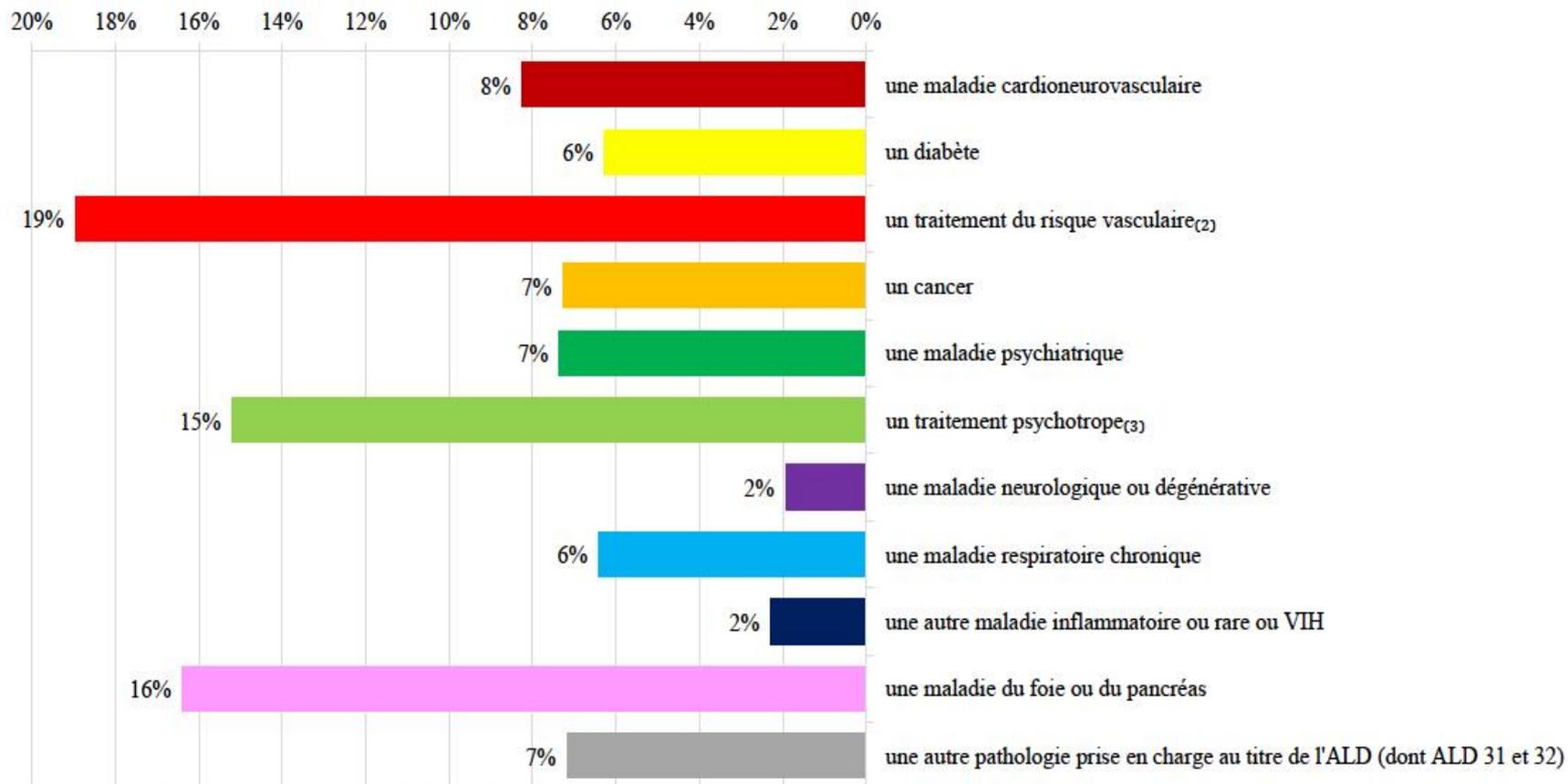


Figure 3 : Cascade de la prise en charge en France en 2010 et 2013.



Nombre estimé de PVVIH = 153 000 en 2013

Pourcentage de PVVIH avec au moins une des pathologies listées (SNIIRAM 2014)



Source : SNIIRAM / Régime Général + Sections Locales Mutualistes

Note : une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

⁽²⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral - ni aigus ni chroniques -, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète

⁽³⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie psychiatrique

Facteurs de risques et morbidités chez les PVVIH suivies en France

- **Données combinées 2015 de la Cohorte Aquitaine (ANRS CO3) et de la FHDH (ANRS CO4)** [n = 44781 ; âge médian = 50 ans]
 - Coinfection VHC 14 % ; Coinfection VHB 6%
 - Tabagisme actif 43,2%
 - **Surpoids** ($25 < \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) **25,4%** ; **obésité** ($\text{IMC} \geq 30$) **7,8 %**.
- **Données 2014 de la Cohorte Aquitaine** [n = 4066 ; âge médian = 53 ans]
 - **HTA : 47,9%** ; diabète 14,2 % ; LDL-cholestérol $> 1,6 \text{ g/L}$ 20,2 %
 - **22,2 % ont 5 à 10 % de probabilité de survenue d'un évènement cardiovasculaire dans les 5 ans et 15,5% ont > 10 % de risque.**
 - Insuffisance rénale chronique ($< 60 \text{ ml/mn}$: 14,3 % ; $< 30 \text{ ml/mn}$: 1,4 %)
 - **ATCD** d'évènement cardiovasculaire 11,1% (coronaropathie 6,5 % , AVC 3,1 %) ; cancer : 11,5 % ; fracture pathologique : 5,1% ; dépression: 12,8 %

Dépistage et Prévention

Commission coordonnée par F Dabis

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

Recommandations 2017 relatives au dépistage (1)

- **Populations clés :**
 - **dépistage annuel** chez HSH, UDI et pour les personnes originaires d'une zone géographique à forte prévalence d'infection VIH (Afrique Sub-saharienne, DFA et en particulier en Guyane)
 - **dépistage tous les 3 mois** si HSH à haut risque d'exposition, particulièrement séjournant en Ile-de-France, PACA, Rhône Alpes et DFA.
 - En pratique, toute opportunité de dépistage devra être encouragée auprès de ces groupes
- **Dépistage en population générale au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans.** (*Sans omettre les indications usuelles .. signes cliniques évocateurs d'immuno-dépression ou de primo-infection, tuberculose, IST..), prise de risque, viols, incarcérations*).

Recommandations 2017 relatives au dépistage (2)

- Les **trois modalités de dépistage** (par un professionnel de santé, une association ou à l'initiative de l'individu lui-même) **doivent toutes être encouragées.**
- **La pluralité des lieux de dépistage est un atout** : structure associative, CeGIDD , médecins libéraux , séjours hospitaliers, urgences hospitaliers, médecine du travail, médecine universitaire, laboratoires d'analyse biologiques, lieu de privation de liberté, pharmacies, individus
- Dans tous les cas, **le dépistage du partenaire** sera un objectif.
- **Dépistage conjoint VIH, VHB et VHC**

Dépistage coordonné des IST en population générale

(adapté de Société Française de Dermatologie et HAS 2017)

- Dépistage conjoint VIH-VHB-VHC au moins une fois au cours de la vie
- Dépistage VIH à chaque changement d'orientation de vie (dont multi-partenariat)
- Dépistage VIH lors de tout recours aux soins en l'absence de dépistage antérieur
- Dépistage VHB (AgHBs, Anti-HBs, Anti-HBc) en l'absence d'antécédent de vaccination (PCR delta en cas d'Ag HBs positif)
- Dépistage VHC (Ac anti-VHC) s'il n'a jamais été réalisé
- Test d'amplification des acides nucléiques pour *Chlamydia trachomatis* par auto-prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 30 ans et dans le 1^{er} jet urinaire chez les hommes de 15 à 30 ans, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire. (l'utilisation d'une PCR mixte permet également le dépistage de l'infection à gonocoque)

* Les recommandations en matière de vaccination sont détaillées dans une autre section du chapitre

Dépistage coordonné des IST au sein des populations clés

(adapté de Société Française de Dermatologie et HAS 2017)

Travailleurs/ses du sexe

En complément des recommandations pour la population générale, renouveler tous les ans le dépistage de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (en l'absence de vaccination), voire plus fréquemment en cas de prise de risque

HSH et personnes transgenres à risque élevé

- Sérologie VIH et VHC au minimum tous les six mois (ARN VHC si sérologie positive);
- Dépistage de la syphilis au moins une fois par an;
- Recherche de gonocoques et Chlamydia, par prélèvement urinaire, anal et pharyngé (du fait de la fréquence élevée du portage asymptomatique) tous les trois mois (la prise en charge plafonnée pour le dépistage de ces IST est aujourd'hui un frein à au diagnostic);
- Sérologie VHB et VHA suivies d'une vaccination en cas de sérologies négatives.

Utilisateurs de drogues intraveineuses

Sérologie VIH et VHC tous les ans (ARN VHC si sérologie positive);

Sérologie VHB suivie d'une vaccination en cas de sérologie négative

* Les recommandations en matière de vaccination sont détaillées dans une autre section du chapitre

Recommandations 2017 relatives à la prévention

- Aucune approche préventive isolément n'est susceptible de faire régresser l'épidémie de manière durable et significative
- **La combinaison de l'ensemble des approches préventives est très synergique, et probablement suffisante pour réduire l'incidence des nouvelles infections VIH si leur utilisation se fait à des niveaux élevés et en l'adaptant aux différents contextes géographiques, populationnels et épidémiologiques.**
- Leur déploiement ne pourra probablement pas se faire sans **moyens supplémentaires.**

Le déploiement d'une telle politique volontariste à San Francisco associant à un accroissement du dépistage et au traitement universel la fourniture d'une offre de PrEP et la lutte contre la stigmatisation a permis d'atteindre des résultats significatifs en termes de réduction des nouveaux diagnostics d'infection VIH.

Recommandations 2017 relatives à la prévention

- **Investir dans les programmes de prévention en prenant en compte les différences épidémiologiques** entre :
 - population générale et populations clés
 - France, PACA, Rhône-Alpes et TFA par rapport au reste de la France
- **Soutenir des interventions préventives régulières, diversifiées et spécifiques envers les populations clés** (dont utilisateurs de Chemsex)
- Mettre en place des évaluations reposant sur:
 - une **utilisation régulière des données de surveillance épidémiologique** (nombre et caractéristiques des nouveaux diagnostics, activité de dépistage, utilisation des différentes modalités de prévention..)
 - une **meilleure surveillance des comportements notamment dans les populations clés** (enquêtes répétées).
- Domaines de recherche et expérimentation : notification des partenaires, dépistage par auto-prélèvement, prophylaxie des IST, dispositif de médiation en santé et réduction des risques liés au Chemsex.

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

Recommandations relatives au suivi des PVVIH

- Permettre à toute PVVIH l'accès à un **programme d'éducation thérapeutique**
- Elargir le périmètre de l'ETP à des **composantes de santé mentale et sexuelle** et à la **prévention des principales morbidités** ;
- Rechercher systématiquement tout au long du suivi les **addictions** et proposer une prise en charge ;
- Réaliser le **suivi en coordination avec le médecin traitant**, en maintenant une **synthèse annuelle hospitalière**:

gestion de l'infection par le VIH et du traitement, information sur les moyens de prévention de la transmission du VIH et des autres IST, dépistage des hépatites virales, de la syphilis et des autres IST, bilan gynécologique, prise en charge proctologique en cas d'antécédent de lésion HPV et chez les tous les HSH, dépistage des cancers et autres comorbidités)

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'anus
- * 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]*

Recommandations relatives à l'organisation des soins apportés aux PVVIH

- Développer les alternatives de suivi en particulier les **protocoles de coopération infirmière**
- Développer **les partenariats avec les associations** dans les parcours complexes des patients
- Faire entrer l'infection par le VIH dans les indications des **consultations « complexes ou à fort enjeu de santé publique »**
- A l'hôpital, promouvoir une consultation valorisée, dans le cadre du **« forfait prestation intermédiaire »**

Soins dans les lieux de privation de liberté

- Systématiser et de renouveler la proposition de dépistage en cours de l'incarcération, y compris en collaboration avec le CEGIDD
- Faciliter la réalisation de TROD, y compris par des intervenants associatifs habilités
- Expérimenter et évaluer les autotests dans le dépistage dans les établissements pénitentiaires
- Respecter le principe d'équivalence avec le milieu ouvert pour les mesures de prévention et de réduction des risques, notamment par le respect de programmes d'échanges de seringue en détention
- Respecter, chez les PVVIH, l'application de la loi sur l'aménagement et la suspension de peine pour raisons médicales

COREVIH

- Maintenir une structure de lien fort entre le ministère de Santé et le groupe de travail technique national (GTN) COREVIH
- S'appuyer sur les nouvelles missions des COREVIH et la Stratégie nationale de santé pour participer à l'élaboration des politiques régionales de santé sexuelle et encourager la création de centres de santé sexuelle
- Négocier entre les COREVIH et les ARS des plans d'action pluriannuels soutenant ces nouvelles missions
- Engager une réflexion sur le financement des COREVIH pour faciliter l'utilisation des fonds dont ils disposent dans le cadre de leurs nouvelles missions

Désir d'enfant et grossesse

Commission coordonnée par L Mandelbrot

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

Désir d'enfant chez les PVVIH. Il est recommandé:

- de proposer aux PVVIH qui ont un projet de procréation une **prise en charge pré-conceptionnelle** (modalités de conception, fertilité et histoire VIH) ;
- d'évaluer les **conditions d'une procréation naturelle selon 3 volets** :
 - . virologique : traitement antirétroviral au long cours avec bonne observance et **charge virale plasmatique <50 copies/ml depuis au moins 6 mois** ;
 - . génital : **absence d'infection, d'inflammation ou de lésion génitale chez l'homme et la femme** (vérifiée au besoin par prélèvements microbiologiques et spermologiques)
 - . **fertilité** de l'homme et de la femme : **explorations à envisager en cas d'âge de la femme > 35 ans et/ou antécédents à risque d'infertilité**
- de **débuter un traitement ARV**
- de **ne pas proposer de PrEP (Prophylaxie pré-exposition)** sauf situations exceptionnelles ;
- **d'orienter vers l'AMP** les couples **en cas d'infertilité** ;
- **de traiter la co-infection par le virus de l'hépatite C chez les femmes avant de débiter une grossesse** afin de ne pas exposer le fœtus au traitement ;
- **de contrôler la sérologie VIH du ou de la partenaire non-infecté(e)** tous les 6 mois et de façon plus rapprochée chez la femme en cas de grossesse (AIII).

Il est recommandé en cours de grossesse:

- d'utiliser, sauf cas particuliers, une **trithérapie associant deux INTI et un IP/r**; (en première intention : l'association abacavir + lamivudine en l'absence d'allèle HLA B5701, ou ténofovir + emtricitabine ou zidovudine + lamivudine ; un IP/r à base de darunavir, ou en alternative atazanavir ou lopinavir) ;
- **chez une femme ne prenant pas encore un traitement ARV**, de le débiter le plus précocement possible après le diagnostic, quel que soit le terme de la grossesse ;
- **chez une femme prenant un traitement avant d'être enceinte**, dans la mesure du possible, de privilégier les ARV recommandés ci-dessus. L'efavirenz ne doit pas être prescrit avant 12 semaines d'aménorrhée (SA).
- **chez une femme débutant tardivement le traitement (au 3e trimestre de grossesse)**, d'envisager selon la charge virale initiale et l'âge gestationnel un renforcement par l'ajout de raltégravir ou à défaut d'enfuvirtide (BII) ;

Les ARV les plus récents (rilpivirine, etravirine, elvitégravir/cobicistat, dolutégravir), ne sont pas recommandés chez la femme enceinte ; ils ne doivent être prescrits que lorsque ce choix est nécessaire pour des raisons de tolérance chez la femme et/ou d'efficacité.

Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH

Commission coordonnée par A Faye

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

Indications thérapeutiques

- Tout enfant infecté par le VIH-1 doit recevoir un traitement antirétroviral **au plus tard dans le mois suivant le diagnostic** (All).
- **Dans certaines situations ce traitement est à initier encore plus rapidement (dans les 2 semaines)**
 - chez tous les enfants de moins de 24 mois afin d'éviter le développement d'une forme évolutive précoce et sévère avec encéphalopathie ;
 - chez les enfants symptomatiques (CDC B ou C) ;
 - chez les enfants asymptomatiques ou peu symptomatiques (CDC N ou A) :
 - * ayant des CD4 < 750/mm³ (20%) entre 2 et 3 ans et <500/mm³ (20%) entre 3 et 5 ans),
 - * ou < 200/mm³(15%) après 5 ans.
- Il est recommandé que le **délai d'initiation soit porté à un minimum de 4 semaines en cas d'infection neuro-méningée à cryptococcoque ou à *Mycobacterium tuberculosis*.**
- Toutes les **mesures d'accompagnement et d'aide à l'adhésion au traitement** jugées nécessaires doivent être immédiatement mises en œuvre pour la réussite du traitement.

Modalités du traitement antirétroviral initial

Age		<3 ans	3-6 ans	6-12 ans	>12 ans
Traitement préférentiel	Association d'INTI	ABC + 3TC (ou FTC)			ABC*+3TC ou FTC/TAF (≥35 kg)‡*
	3 ^{ème} agent	LPV/r	DRV/r	DRV/r ou ATV/r	DTG (≥40 kg) ou EVG/cobi (≥35 kg) ‡ ou DRV/r ou ATV/r
Alternatives	Association d'INTI	3TC (ou FTC) + ZDV ABC* + ZDV (intérêt chez le nourrisson et/ou l'enfant dont l'observance est incertaine)			
	3 ^{ème} agent (par ordre de préférence)	NVP** ou RAL***	LPV/r EFV ou NVP** ou RAL***		RPV ‡* ou RAL*** EFV ou LPV/r

ZDV = zidovudine; ABC = abacavir; 3TC = lamivudine; FTC = emtricitabine; LPV/r = lopinavir/ritonavir; ATV = atazanavir/ritonavir; DRV = darunavir/ritonavir; TAF : tenofovir Alafenamide; NVP = nevirapine; RAL = raltegravir; EFV = efavirenz; DTG = dolutegravir; EVG = elvitegravir; cobi = cobicistat; ATV = atazanavir. RPV=rilpivirine

*en l'absence d'HLA B57*01 (qui doit être recherché avant toute prescription d'ABC) ;

**éviter l'association NVP avec ABC

***à discuter en première ligne dans certaines situations exceptionnelles (voir texte)

‡ sous forme combinée EVG/cobi

‡*si CV < 5 log10 copies/ml

Accès aux soins et Qualité de vie

Commission coordonnée par M L'Henaff

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

Le groupe d'experts recommande:

- - de renforcer les moyens des services impliqués dans la prise en charge ambulatoire du VIH et de revaloriser les consultations des patients en situation complexe.
- - de **mettre en place, dès le début de la prise en charge et au cours du suivi, une évaluation socio-juridique** de l'accès aux droits, de l'insertion dans l'emploi et des ressources nécessaires aux besoins fondamentaux.
- - de promouvoir la mise en place d'études permettant de suivre l'évolution des indicateurs sociaux des PVVIH et des populations clés vulnérables au VIH et aux hépatites.
- - que la rédaction du protocole de soins soit la plus complète possible, surtout en cas d'affections multiples et complexes, afin d'éviter les restes à charge.
- - aux MDPH, de respecter les délais légaux d'instruction des dossiers de 4 mois, de donner la motivation des décisions de taux de handicap et de s'adapter aux spécificités du VIH.
- - que l'AME soit fusionnée avec l'Assurance maladie afin d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des étrangers en situation de vulnérabilité.
- - de relever le seuil de ressources des CMU-C, AME et ACS à la hauteur du SMIC.
- - d'assurer l'accès aux PASS à toute personne démunie, conformément à la loi, et de leur attribuer des financements à la hauteur des enjeux.
- - que la prise en charge du VIH relève automatiquement du fonds pour les soins urgents et vitaux si elle ne peut pas être prise en charge par une couverture maladie de droit commun.
- - **de mettre en place des formations en médiation en santé**, de favoriser le recours à la médiation en santé et de permettre la création de postes de médiateurs par des moyens dédiés.

Le groupe d'experts recommande:

- - de mettre en place un **dispositif public d'interprétariat médico-social** professionnel pour les publics non francophones, accessible à tous les acteurs médico-sociaux, avec un financement pérenne.
- - de développer des **programmes de prévention primaire de l'infection par le VIH, notamment pour les migrants d'Afrique subsaharienne** dont une large part se contamine en France.
- - de permettre un accès rapide à un titre de séjour donnant droit au travail pour tout étranger résidant de manière stable en France, condition nécessaire à l'accès à l'assurance maladie.
- - de favoriser le dépistage dans le droit commun des personnes migrantes par la mise en place d'un bilan de santé global librement consenti, et réalisé hors de toute procédure de médecine de contrôle.
- - de garantir que l'évaluation et l'accès au droit au séjour pour raison médicale s'opèrent dans le respect des instructions du ministère de la santé et du respect du secret médical.
- - de supprimer les franchises et forfaits pour les bénéficiaires des minimas sociaux d'un montant inférieur à celui du SMIC, afin de ne pas aggraver leur précarité.
- - de renforcer l'offre d'hébergements adaptés, de soutenir l'accès au logement social et de favoriser le maintien dans le logement des PVVIH cumulant des facteurs de vulnérabilité.
- - **de préparer le plus tôt possible le calcul des droits aux différents régimes de retraite avec l'aide d'un conseiller retraite.**

Le groupe d'experts recommande:

- - **d'intégrer dans le suivi social des PVVIH l'information sur les dispositifs de ressources et d'hébergement ou de maintien à domicile** afin de préserver des conditions de vie dignes aux PVVIH vieillissantes
- - **de former les personnels des maisons de retraite et des EHPAD** sur l'accueil des PVVIH en institution et que le financement des médicaments coûteux, dont les ARV, soit assuré dans les EHPAD afin de ne plus être un frein à l'admission des PVVIH.
- - de lutter contre les refus de soins dont font l'objet les bénéficiaires de l'AME, de la CMU-C et de l'ACS et les PVVIH du fait de leur pathologie.
- - d'améliorer l'entrée dans le parcours de santé des usagers de drogues par une mobilisation des acteurs de 1ère ligne et de soutenir le développement des actions « hors les murs » des CSAPA/CAARUD en leur en donnant les moyens financiers.
- de réviser certains éléments répressifs de la loi du 13 avril 2016 et de promouvoir un cadre légal favorisant la protection sanitaire des travailleur-ses du sexe.
- - de détacher de tout protocole psychiatrique les parcours de transition des personnes transgenres et d'instaurer pour elles une procédure de changement d'état civil déclarative, libre et gratuite.
- - d'intensifier les programmes de prévention et de dépistage en Outre-mer pour avoir un impact significatif sur la transmission du VIH.
- - **de veiller à l'application de la levée d'interdiction des soins funéraires de conservation au 1er janvier 2018**, comme prévu par la loi.
- .

Le groupe d'experts recommande:

- - de garantir aux associations qui assurent cet accompagnement pluridisciplinaire un cadre juridique et financier favorisant la pérennité de leurs actions
- - de dépénaliser la transmission du VIH et que les acteurs de la lutte contre le VIH intègrent la prévention du risque pénal dans leurs actions.
- - d'abroger l'ensemble des dispositions excluant de manière disproportionnée et injustifiée les PVVIH de certaines professions et formations.
- - de promouvoir et soutenir une approche pluridisciplinaire associative et institutionnelle et la mise en place d'initiatives communautaires de soutien par les pairs, dont les projets en santé sexuelle.

Dans les lieux de privation de liberté :

- - de systématiser et de renouveler la proposition de dépistage au cours de l'incarcération, et de **faciliter la réalisation des TROD par des intervenants extérieurs habilités.**
- - de respecter le **principe d'équivalence avec le milieu ouvert pour les mesures de prévention et de RdR**, notamment par la mise en place de programmes d'échanges de seringues, d'accès au TPE et à la PrEP.
- - de favoriser l'accompagnement des usagers de drogues en prison par les spécialistes de la prise en charge des addictions (CSAPA et CAARUD).
- - de développer le dispositif de télémédecine pour les consultations, ce qui permettrait de réduire les extractions, d'accéder aux spécialistes et d'éviter les ruptures de suivi de traitement.



Merci

- à tous les membres du groupe et des commissions

- au **CNS** (Patrick Yeni, Julien Bressy, Alexandra Moussou)

- à l'**ANRS** (Jean-François Delfraissy, F Dabis)

et pour votre attention