

DOSSIER DE PRESSE

2024

1er décembre
Journée de lutte contre le VIH et les
IST



CONTACT PRESSE :

Jeanne Musial, chargée de communication - jmusial@ch-tourcoing.fr - 03 20 69 49 49

EDITO

La journée mondiale de lutte contre le SIDA est l'occasion de mettre en lumière la lutte contre l'épidémie liée au VIH, toujours présente dans le monde et en France. Malgré les grandes avancées thérapeutiques et les outils de préventions multiples, nous peinons à infléchir la course de l'épidémie. En 2023, 5500 personnes se sont découvertes séropositives pour le VIH en France, chiffre en légère augmentation depuis 2021 (mais toujours inférieur à 2019). Les diagnostics tardifs restent fréquents et exposent aux complications.

Nous disposons pourtant de tous les outils pour parvenir aux objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé 2030 et atteindre notre ambition d'une région Hauts-de-France sans nouvelle contamination.

Cette ambition est portée par de nombreux acteurs sur le territoire, réunis au sein de la coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH), qui agit en appui de l'ARS et avec son soutien financier. Le premier décembre est l'occasion pour tous les acteurs de mettre en avant leurs actions. Elle est indispensable, les objectifs ne peuvent pas se réaliser sans des acteurs agissant au plus près des populations, en prenant en compte leur diversité pour adapter les messages et les offres de prévention et de soins.

Ce dossier de presse a pour objectifs de mettre en avant les chiffres clefs de l'épidémie, de parler des actualités mondiales, nationales et régionales qui peuvent influencer sur la prévention et la prise en charge du VIH, et d'explicitier les actions du COREVIH qui, historiquement centré sur le VIH, élargit progressivement son champ d'intervention à l'ensemble de la santé sexuelle.



SOMMAIRE

1

Epidémiologie : Le VIH en chiffres

2

Le 1er décembre : les messages clés selon ONUSIDA

3

Actualités pour le 1er décembre

Campagne ONUSIDA

Campagne Santé Publique France

4

Le COREVIH en action

5

FOCUS

La sérophobie, un combat toujours d'actualité

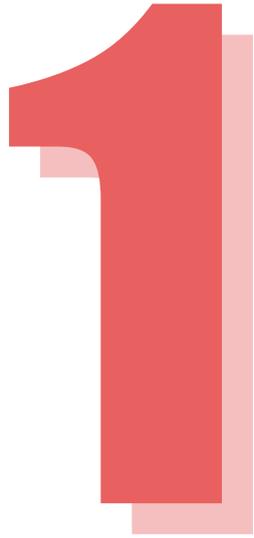
Les nouvelles recommandations de prise en charge du VIH

Le CeGIDD pénitentiaire

Les dispositifs "VIH Test" et "Mon test IST"

6

Actualité scientifique régionale



Epidémiologie

Le VIH en chiffres

Données de suivi VIH dans le monde

source : ONUSIDA 2024/ Données 2023



39,9

millions de personnes vivaient avec le VIH



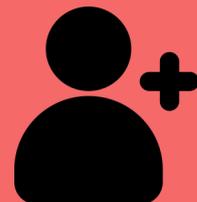
86%

de personnes séropositives connaissaient leur statut sérologique



30,7

millions de personnes avaient accès au traitement antirétroviral



1,3

millions de nouvelles contaminations

Prévalence du VIH chez les populations vulnérables



5%

chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse



3%

chez les travailleuses et travailleurs du sexe



7,7%

chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes



9,2%

chez les personnes transgenres

Lutte contre les discriminations dans le monde



67

pays criminalisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe



145

pays criminalisent la consommation ou la possession personnelle de produits stupéfiants



168

pays criminalisent la certaines formes de commerce du sexe



143

poursuivent l'exposition au VIH ou la transmission du virus

Evolution entre 2000 et 2023 : un recul de l'épidémie



Le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté d'1/3 car l'espérance de vie augmente



le nombre de décès annuel liés au SIDA à diminué de 2/3



le nombre de nouvelles contaminations annuelles à diminué de 50%

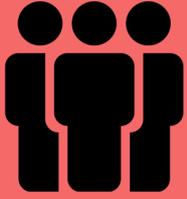
Un décès par minute dû au SIDA en 2023 dans le monde, et pourtant, une baisse des ressources consacrées à la lutte. Dans le monde, les objectifs de dépistage et de traitement ne sont toujours pas atteints.

La lutte contre le VIH reste toujours un enjeu majeur de santé dans le monde.

Données de suivi VIH en France

Source : bulletin santé publique 2024/ Données 2023

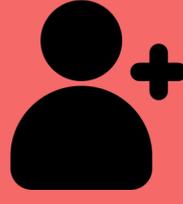
Répartition par mode de contaminations



Environ 7,5 millions
de sérologies VIH réalisées
par les laboratoires de
biologie médicale



+ 10 000
français ignorent
leur séropositivité



Près de 5500
découvertes de
séropositivités

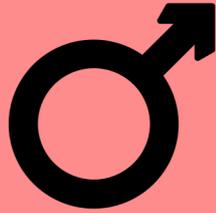


43%
des infections ont été
découvertes à un stade tardif
de l'infection

Répartition des contaminations par sexe



32%
de femmes cis



66%
d'hommes cis



2%
de personnes transgenres

Répartition par tranche d'âge



17%
moins de 25 ans

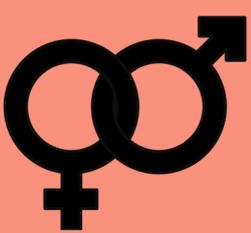


61%
25 - 49 ans

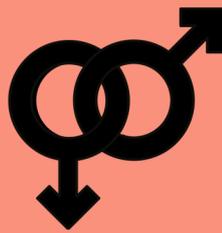


22%
50 ans et plus

Répartition par mode de contaminations



55%
par rapport
hétérosexuels



40%
hommes ayant des rapports
sexuels avec des hommes



2%
par rapport sexuel pour
les personnes transgenres



1%
liés à l'usage de
drogues injectables

Répartition des nouvelles contaminations par pays de naissances



42%
sont des personnes
nées à l'étranger



38%
en Afrique subsaharienne



7%
sur le continent
américain



5%
en Europe

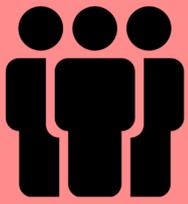


7%
autre zone
géographique

Données de suivi VIH dans les Hauts-de-France

Source : bulletin Santé Publique France 2024/ Données 2023

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/publications/#tabs>



4495

Nombre de personnes
suivies dans les
Hauts de-France



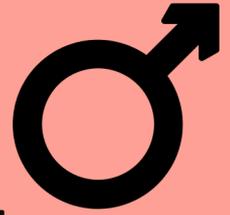
50

Age moyen des
personnes suivies

Répartition des contaminations par sexe



32,5%
de femmes



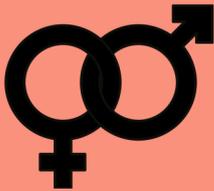
67,3%
d'hommes



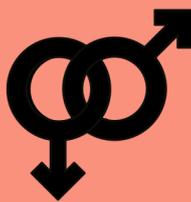
0,2%

de personnes transgenre

Répartition par mode de contamination



45%
de personnes
hétérosexuelles



37%
de personnes
homosexuelles



3%
d'usagers de drogues IV

Pourcentage de personnes traitées



97%

sont traitées

Pourcentage de personnes avec une charge virale indétectable

| = |

94%

Répartition des contaminations par pays de naissance



55%

en France



15%

en Afrique occidentale



2%

en Afrique Orientale



25%

dans une autre région

Personnes vivant avec le VIH en France et dans les Hauts-de-France :

Indicateurs de suivis issus des données hospitalières nationales

Tous les ans, grâce aux COREVIH, des données médico-épidémiologiques portant sur les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leur suivi sont collectées afin de nourrir la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH). Ces données sont utilisées afin de réaliser les indicateurs de prise en charge du VIH au niveau national et régional. Elles sont complémentaires de celles de la déclaration obligatoire, en permettant de préciser les caractéristiques médico-épidémiologiques des nouvelles découvertes d'infection et d'étudier le suivi de cette maladie chronique. Ces indicateurs sont des outils précieux et permettent d'objectiver d'éventuelles disparités dans les territoires sur le plan épidémiologique et de prise en charge médicale.

En France

Le rapport 2024 collige les informations de **112401** PVVIH suivis en 2022. Ces données de suivi montrent que la moitié des PVVIH ont entre 43,9 et 61,2 ans et que 28,7% des PVVIH ont plus de 60 ans.

64,1% des cas sont des hommes cis et 56,8% sont nés en France. Le mode de transmission reste essentiellement hétérosexuel (49,4%). La moitié des diagnostics ont été réalisés entre 1996 et 2013 et 26% des PVVIH ont été diagnostiqués avant 1996. Ainsi, les PVVIH représentent une population vieillissante et ayant un historique thérapeutique long contre cette maladie. Ainsi, au VIH s'ajoute les comorbidités associées à l'âge (maladies cardio-vasculaires, cancers).

Sur le plan thérapeutique, 97,5% des PVVIH diagnostiqués et suivis sont sous traitement et 96,4% d'entre-eux ont une charge virale inférieure à 200 copies /mm³ (93% inférieure à 50 copies/mm³), signant l'indétectabilité et donc **l'absence de risque de transmission**.

Cette réussite se fait malgré la proportion importante d'individus ayant un historique de traitement multiple et d'échecs antérieurs, et grâce aux nouvelles thérapeutiques antirétrovirales. Malheureusement, la proportion de PVVIH n'ayant pas une immunité restaurée reste importante avec 27,9% de personnes ayant des CD4<500/mm³. Cette immunité non restaurée expose aux risques de complications infectieuses et cancéreuses.

En région

Dans les Hauts-de-France, les indicateurs sont calculés à partir de **3807** personnes suivies en 2022. Les résultats sont similaires à ceux de la France entière, quoi que la population soit légèrement plus jeune, à 68,1% homme cis et plus souvent nés en France (65,6%). 97% des personnes suivies ont une charge virale inférieure à 200 copies/mm³ (93% <50/mm³) et un quart gardent des CD4 inférieurs à 500/mm³.

Ces chiffres sont plutôt stables depuis 2019 et mettent en avant notre capacité à maintenir un suivi et un traitement efficace sur le plan virologique chez la quasi-totalité des personnes suivies. La proportion importante de patients ne parvenant pas à remonter leur taux de CD4 au-dessus de 500/mm³ malgré les traitements, met en avant deux enjeux de recherche et de santé publique. Le premier est la recherche de moyens permettant de restaurer cette immunité. La seconde est de travailler au dépistage précoce des infections par le VIH, la découverte tardive étant associée à la difficulté d'obtenir une restauration immunitaire. Enfin, les bons résultats dans le suivi ne doivent pas faire oublier d'éventuelles disparités sous-régionales sur le plan épidémiologique mais également dans l'accès au dépistage et dans l'accès à une prise en charge. L'objectif des années à venir sera de mieux préciser les éventuelles disparités et à agir tant dans le dépistage que sur la prise en charge en prenant en compte les caractéristiques des différents territoires.

2

Le 1er décembre

**Les messages clés selon
ONUSIDA et l'OMS**

Objectif: Mettre fin au VIH/SIDA d'ici 2030

L'**OMS** souligne des points essentiels :

- Chaque personne devrait pouvoir bénéficier des services de santé nécessaires, où et quand elle en a besoin, y compris des services de prévention, de traitement et de soins du VIH ;
- Favoriser l'accès à la prévention, un outil pour responsabiliser et protéger ;
- Combattre la stigmatisation et la discrimination ;
- Donner la priorité aux populations vulnérables, marginalisées et clés et faire en sorte de les atteindre ;
- Promouvoir l'accès aux traitements qui sauvent des vies afin de supprimer la charge virale du VIH.

Pour mettre fin à l'épidémie du VIH/SIDA, l'**ONUSIDA** a fixé 3 objectifs de santé publique ambitieux mais atteignables appelés les « 3x95 ».

Objectif 3 x 95

95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique

95% des personnes dépistées et suivies reçoivent un traitement antirétroviral

95% des personnes traitées ont une charge virale indétectable et ne transmettent plus le virus

Ces objectifs, repris par la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle en France, prévoient, via un raisonnement en cascade, que 95 % des personnes infectées soient diagnostiquées d'ici 2030, faisant ainsi du dépistage le premier levier pour mettre fin à l'épidémie.

Diagnostiquer, c'est en effet permettre aux personnes d'accéder à un traitement antirétroviral devenu, lui aussi, un outil de prévention puisque l'on sait aujourd'hui qu'une personne séropositive sous traitement avec une charge virale indétectable ne transmet plus le virus : « Indétectable = Intransmissible » (I=I).

Le dépistage, premier levier pour vaincre l'épidémie

Les traitements soignent et protègent mais seules les personnes qui connaissent leur statut sérologique peuvent en bénéficier.

Alors que nous disposons d'un éventail d'outils de dépistage : tests classiques en laboratoires, TROD communautaires, ventes d'autotests en pharmacie, lieux dédiés comme les CeGIDD ou les CPEF, encore trop de personnes ignorent leur séropositivité ou la découvrent trop tardivement.

Le dépistage du VIH doit encore être intensifié, notamment auprès des populations les plus exposées et/ou les plus éloignées des dispositifs de prévention, au même titre que celui des autres IST.

La révolution i = i encore trop méconnue

Depuis 40 ans, la science a fait d'immenses avancées à tel point que nous pouvons dire aujourd'hui qu'une personne séropositive qui bénéficie d'un traitement efficace ne transmet plus le virus.

**On parle de la révolution i=i
(indétectable = intransmissible)**

Comment cela est-il possible ? Le traitement antirétroviral bloque le virus et l'empêche de se multiplier. La charge virale baisse alors progressivement pour atteindre une valeur en dessous du seuil détecté en laboratoire. On dit alors que la charge virale est indétectable. Elle est trop basse pour pouvoir contaminer d'autres personnes. Les traitements antirétroviraux qui avaient pour objectif initial de traiter et améliorer l'espérance et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH deviennent un moyen de prévention très efficace.

Cette découverte présente à la fois un intérêt individuel, puisqu'elle est un puissant vecteur de mieux-être pour les personnes séropositives, et de lutte contre la sérophobie. Elle présente aussi un intérêt collectif en étant un moyen efficace d'atteindre l'objectif zéro nouvelle contamination d'ici 2030.

Cette avancée reste largement méconnue. Ainsi, selon un sondage du CRIPS Ile-de-France, 73% des Français ignorent qu'une personne séropositive sous traitement ne peut pas transmettre le virus. Il convient donc de diffuser largement le message.

3

Actualités

Pour le 1er décembre

Campagne ONUSIDA 2024 pour la journée mondiale de lutte contre le VIH

“Suivons le chemin des droits”



“ Le monde peut mettre fin au sida si les droits de chacun sont protégés.

Avec les droits de l'Homme au centre, avec les communautés en tête, le monde peut mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.

Les progrès substantiels réalisés dans la lutte contre le VIH sont directement liés aux progrès réalisés dans la protection des droits de l'Homme. À leur tour, les progrès réalisés dans le cadre de la lutte contre le VIH ont galvanisé des progrès plus larges dans la réalisation du droit à la santé et le renforcement des systèmes de santé.

Mais les lacunes dans la réalisation des droits de l'Homme pour tous empêchent le monde de s'engager sur la voie de l'éradication du sida et nuisent à la santé publique, et aujourd'hui une recrudescence des attaques contre les droits menace de saper les progrès accomplis.

En savoir plus : <https://www.unaids.org/fr/2024-world-aids-day>

Campagne Santé Publique France 2024 pour la journée mondiale de lutte contre le VIH

“Tous les 3 mois teste-toi”



Tous les 3 mois, on change de saison, et tous les 3 mois, il faut se faire dépister des infections sexuellement transmissibles (IST) - y compris le VIH pour les personnes séronégatives !

Peu importe ses pratiques : si on a plusieurs partenaires, il faut se faire tester tous les trimestres pour être pris en charge le plus tôt possible en cas d'infection. C'est le meilleur moyen de savoir où on en est et d'être plus serein dans sa sexualité.

Pour nous protéger, pensons à répéter nos dépistages.

Plus d'infos : <https://www.sexosafe.fr/campagne/123>

4

Le COREVIH en action

Actualité du COREVIH

Hauts-de-France

2024

Violences sexistes et sexuelles

Le COREVIH Hauts-de-France fédère et coordonne sur la région un groupe de réflexion pluridisciplinaire inhérent aux enjeux et problématiques des Violences Sexistes et Sexuelles. Cette année, les professionnels ont à cœur d'organiser une journée de formation pour les professionnels de la région, l'actualisation des connaissances constituant un levier prégnant dans l'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes victimes de violences.

Carcéral

Le COREVIH Hauts-de-France participe aux réflexions régionales, à la suite de la parution du rapport d'état des lieux des parcours de vie dans le milieu carcéral, dans la perspective globale d'améliorer la santé sexuelle des personnes placées sous-mains de justice. Aujourd'hui, les acteurs de terrain se réunissent par trimestre dans l'objectif de récolter de façon régulière des données de santé sexuelle et de prévention auprès des Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Les travaux menés cette année visent à élaborer des conduites régionales.

Prévention et prise en charge du VIH

Les nouvelles recommandations françaises de prise en charge du VIH et de sa prévention sont sorties en 2024. Le COREVIH organise des groupes de travail avec pour objectif une facilitation et une harmonisation des pratiques à l'échelle régionale.

LES GROUPES PROJETS ACTIFS

CHEMSEX

Le chemsex est un problème de santé publique. Outre l'addiction aux drogues, il favorise les prises de risques et les infections sexuellement transmissibles. Issu du projet parcours Chemsex en Artois et de l'état des lieux inhérent à ce dernier, le COREVIH Hauts-de-France compte un groupe de travail Chemsex visant à élargir la réflexion à l'ensemble de la région et à améliorer les parcours des chemsexers dans le traitement de leurs addictions et des infections associées à cette pratique.

Migrants

En accord avec le cadre stratégique fixé par la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, le COREVIH Hauts-de-France porte une réflexion régionale axée sur le public migrant, réunissant les différents acteurs du territoire. Initié en 2023, le groupe de travail a été réactivé en cette fin d'année 2024 et poursuit comme objectif l'amélioration de la prise en charge et la filiarisation des personnes migrantes.

5

FOCUS

sur les dynamiques
autour du VIH et des IST

FOCUS

La sérophobie en France

Un combat toujours d'actualité

« Ce rejet injustifié des personnes séropositives porte un nom : la sérophobie. La peur de se découvrir séropositif-ve, alimentée par la méconnaissance de la réalité de la vie avec le VIH, représente un frein important au dépistage. Les stigmatisations et les discriminations sont inacceptables, elles brisent des vies et font le lit de l'épidémie de VIH/sida. » **Camille Spire, Présidente de AIDES.**



La sérophobie est le terme employé pour désigner toute discrimination spécifique au VIH/ Sida. Ce type de discrimination consiste à placer une personne dans une situation différentielle et/ou à la priver de ses droits sur la base de son état de santé, en l'occurrence de son statut sérologique. Dans sa définition générale, la stigmatisation résulte de la persistance de stéréotypes, de représentations particulières, de fausses croyances au sujet d'une personne ou d'un groupe de personnes, instaurant ainsi des rapports de pouvoir et de domination entre les individus.

L'image stéréotypée des PVVIH prend sa source au début de l'épidémie, dans les années 80. L'urgence sanitaire associée au caractère inédit et singulier de la maladie a permis le développement d'une politique de contrôle extrême des groupes sociaux les plus touchés par l'infection. En témoigne l'appellation des 4H, utilisée aux Etats-Unis par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pour désigner les catégories d'individus aux comportements dits à risques : héroïnomanes, homosexuels, hémophiles, Haïtiens.





Où en est-on

Une étude Ifop pour AIDES menée en juin 2024 auprès d'un échantillon de 1500 personnes montre que la sérophobie qui marqua l'atmosphère des années 1980/1990, mêlant idées reçues, violences et discriminations envers les personnes séropositives, est loin d'avoir disparue de la société française. Voici quelques chiffres.

24 %, soit un quart des Français-es, ignorent qu'une personne séropositive sous traitement peut avoir une espérance de vie équivalente à celle d'une personne séronégative.

Rejet et stigmatisation des personnes séropositives

D'après cette étude, en 2024, les personnes séropositives restent perçues comme une source d'un certain malaise dans la société : **14 %** des Français-es indiquent être mal à l'aise à l'idée de fréquenter le même cabinet médical qu'une personne séropositive, **16 %** à l'idée d'avoir un-e collègue de travail séropositif-ve, et près d'un quart (21 %) seraient gênés-es à l'idée qu'un-e enseignant-e de leur enfant soit porteur-se du VIH.

Si **91 %** des Français-es continueraient de voir un-e de leurs amis-es s'ils-elles apprenaient sa séropositivité, cette bienveillance s'arrête lorsque la relation est plus intime : moins de la moitié des Français-es (46 %) continueraient de fréquenter une personne avec laquelle ils-elles avaient des relations sexuelles s'ils-elles apprenaient sa séropositivité.

Plus inquiétant, les personnes séropositives et personnes en stade sida sont encore considérées comme une minorité à exclure de la société par une partie de la population : ainsi, l'isolement des malades du sida est soutenu par **11 %** des Français-es (contre 24 % en 1988).

Source : Étude Ifop pour AIDES : « 1984-2024 : La sérophobie en France et les représentations du VIH »



La sérophobie n'est pas sans conséquences alarmantes sur la qualité de vie des personnes qui en sont victimes.

La première d'entre elles est d'**ordre social** et touche directement les individus. Les retombées psychologiques de la stigmatisation sont notables, à commencer par l'exposition des PVVIH à un haut niveau d'anxiété. Une étude réalisée aux Pays-Bas entre 2018 et 2019 et retranscrite dans la revue The Lancet a sondé les ressentis des personnes vivant avec le VIH. Près de la moitié des participants à l'étude affirment éprouver un niveau de stress dit médium et **31%** d'entre eux affirment que leur statut sérologique est « très lourd » à porter. Stress causé par la crainte des effets secondaires des traitements mais également par le « regard des autres ».

Or l'exposition à un plus haut niveau d'anxiété favorise la précarité sociale : isolement, repli sur soi, exclusion des cercles de sociabilité, développement de troubles de santé mentale, paupérisation... Dans sa réalité concrète, la vie privée est également touchée de plein fouet par la sérophobie. L'enquête Ipsos de 2018 précise que près d'1 personne sur 2 a renoncé à son désir de parentalité, près de **40%** ont renoncé à se pacser ou à se marier en raison de leur statut sérologique ou encore que 8 personnes sur 10 ont craint et/ou vécu une séparation ou un divorce suite à l'annonce de leur séropositivité.

La deuxième conséquence est d'**ordre sanitaire**. La crainte d'un résultat positif et de ses conséquences constitue l'un des principaux freins au dépistage. En France, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité est estimé à environ **24 000**, autant de personnes susceptibles de transmettre le virus sans le savoir. Aussi, lutter contre la sérophobie, c'est lutter contre le virus lui-même et s'engager à poursuivre l'objectif « Zéro nouvelle contamination d'ici 2030 ». De plus, les discriminations perpétrées dans le milieu médical ont pour effet d'éloigner les personnes séropositives des parcours de soins et ainsi de renforcer les inégalités sociales de santé.

FOCUS

Les nouvelles recommandations de prise en charge des PVVIH 2024

Prise en charge du VIH en France en 2024 : de nouvelles recommandations.

Le conseil National du SIDA et des Hépatites Virales (CNS), la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'agence Nationale de recherche sur le SIDA, les hépatites, la tuberculose et les maladies émergentes (ANRS-MIE) ont publié conjointement en cette fin d'année 2024 les nouvelles recommandations de prise en charge du VIH. Ce rapport d'expert a pour objectif de synthétiser les connaissances de manière pratique afin d'améliorer la prévention, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de ces complications et des pathologies associées à cette maladie.

Outre la mise à jour des thérapeutiques indiquées en première ligne de traitement ou dans le suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), ce rapport présente des avancées :

- **Il met à jour des indications de traitement de post-exposition au VIH (TPE) :** peu de Français connaissent ce mode de prévention du VIH qui consiste à initier une trithérapie dans les suites d'un rapport sexuel potentiellement contaminant. Ce traitement est disponible dans tous services d'urgences et dans tous les CeGIDD. Il doit être débuté le plus tôt possible et pas plus tard que 48 h après le rapport à risque.
- **Il élargit la Prescription de la Prophylaxie de Pré-exposition au VIH (PrEP) :** ce rapport insiste sur l'efficacité de ces traitements qui consistent en la prise d'un traitement anti-rétroviral avant les rapports sexuels potentiellement à risque de transmission du VIH. Les indications de la PrEP sont élargies en incluant non seulement les personnes à haut risque d'exposition au VIH, mais aussi à celles qui en font la demande. Le rapport insiste sur la nécessité d'inclure dans les programmes de PrEP les jeunes, et plus particulièrement les jeunes femmes. Ainsi, ces recommandations proposent une possibilité de prescription de ces médicaments par des professionnels de santé autres que les médecins dans le cadre de protocoles de coopération (infirmiers, sage-femmes) ;

- **Il ouvre la voie à l'allaitement maternel en France chez les femmes vivant avec le VIH et ayant une infection par le VIH parfaitement contrôlée et suivie.** La décision d'allaitement doit être conjointe et discutée selon les critères liés à l'infection par le VIH et les possibilités de suivi de l'enfant et de la mère qui doivent être rapprochés ;
- **Il met à jour la prise en charge des comorbidités, fréquentes dans une population vieillissante (prévention et traitement de certains cancers, des maladies cardiovasculaires) ;**
- **Il insiste sur la nécessité d'améliorer la qualité de vie des PVVIH par leur traitement et par la facilitation de leur accès au soin et de leur inclusion dans la société.**

Ces recommandations nécessitent une diffusion large, une adaptation aux différents corps de métiers et la réalisation de travaux locaux, régionaux et nationaux en vue d'améliorer les parcours de prévention, de soins et de suivi en ville et en secteur hospitalier. Le COREVIH Haut-de-France a initié en cette fin d'année plusieurs groupes de travail en vue de faciliter l'accès et la prescription du TPE et d'homogénéiser la prise en charge de la périnatalité (suivi de grossesse, allaitement, suivi du nouveau-né) à l'échelle régionale. D'autres groupes de travail vont être créés en vue d'améliorer la prise en charge extra-hospitalière des PVVIH et de diffuser les nouveautés de prise en charge. L'objectif étant toujours d'améliorer la qualité de vie des PVVIH au plus près de leur lieu de vie.

FOCUS

La prévention en milieu pénitentiaire

Le CeGIDD pénitentiaire

Concernant les Hauts-de-France, le CeGIDD pénitentiaire existe uniquement pour les établissements pénitentiaires de Lille-Sequedin et de Lille-Annoeullin. Il s'agit d'une exception régionale sur habilitation de l'ARS.

Sensibilisation et prévention auprès des personnes détenues

Dans le cadre de la lutte contre le VIH et les hépatites, des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont indispensables en milieu carcéral. Ces actions, dirigées par les professionnels de santé des unités sanitaires, sont souvent mises en œuvre par des organismes spécialisés comme les CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) qui interviennent directement en détention.

CeGIDD en Milieu Pénitentiaire : une équipe spécialisée et pluridisciplinaire

En milieu pénitentiaire, le CeGIDD est composé d'un médecin et d'une infirmière spécialisée en sexologie, tous deux à temps plein. Ils sont également en lien avec d'autres professionnels tels que psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et un infectiologue de TG.

Organisation et services des CeGIDD en détention

- **Dépistage à l'arrivée** : réalisé avec l'accord des détenus ;
- **Consultations PSCeGIDD** : remise des résultats et évaluation des risques sexuels et sanguins, avec dépistage rapide (TROD) en cas de violences ;
- **Consultations CeGIDD** : suivi pour risques répétés, avant ou pendant l'incarcération (parloirs, unités de vie familiale, permissions, etc.).

Les ateliers santé et prévention en milieu pénitentiaire

Dans le cadre de son action pluridisciplinaire, le CeGIDD en milieu pénitentiaire met également en place des ateliers de santé pour sensibiliser et éduquer les personnes détenues sur des sujets cruciaux de prévention et de réduction des risques.



Les différents ateliers

- Ateliers réduction des dangers et des dommages (RDRD)
- Ateliers de Santé Sexuelle
- Ateliers « Respect »

Dans le cadre des ateliers « proto », en collaboration avec Addictions Hauts-de-France, les personnes détenues ont exploré divers modes d'expression artistique pour sensibiliser aux problématiques liées aux addictions. Ces ateliers ont abouti à la création de flyers, de BD immersives et d'un morceau de RAP engagé interprété par l'artiste Ismaël Métis.

Formation des équipes pénitentiaires sur la transidentité

En collaboration avec le personnel soignant et les équipes de l'administration pénitentiaire, des sessions de formation sont organisées pour sensibiliser les professionnels à la transidentité. Ces formations permettent une meilleure prise en charge et un accueil respectueux des personnes détenues transgenres.

Une collaboration étroite pour une prévention efficace

Grâce à cette organisation et à une approche collaborative intégrant le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et l'administration pénitentiaire, le CeGIDD en milieu pénitentiaire contribue à une réponse sanitaire adaptée aux enjeux de santé publique en matière de VIH et d'hépatites, tout en apportant un soutien individualisé et respectueux pour chaque personne détenue.

FOCUS

Les dispositifs “VIH Test” et “Mon test IST”

Depuis le **1er janvier 2022**, il est désormais possible de réaliser un dépistage du VIH dans tous les laboratoires d'analyses médicales en France, sans avance de frais, sans ordonnance et sans rendez-vous.



Ce dispositif **VIH TEST**, aussi appelé "**Au labo sans ordo**", est ouvert à tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, aux bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) et aux mineurs assurés sociaux accompagnés d'un parent ou tuteur.

Ne sont pas éligibles à l'offre VIH TEST :

- Les personnes sans couverture sociale ;
- Les personnes mineures ;
- Les personnes souhaitant l'anonymat.

Près de 6 millions de tests de dépistage du VIH sont réalisés chaque année en France. Malgré ce chiffre, de nombreuses personnes porteuses de l'infection ne connaissent pas leur statut sérologique et ne sont dépistées qu'à un stade avancé. Par conséquent, ce retard alimente l'épidémie.

Le COREVIH Hauts-de-France et l'Agence Régionale de la Santé ont mis en place, depuis juillet 2022, un numéro vert à destination des biologistes, permettant de contacter un médecin spécialiste du VIH de la région, qui pourra accompagner l'annonce d'un résultat positif, et orienter le patient vers le soin dans le service de son choix, et dans les meilleurs délais.

Élargissement de l'offre aux IST depuis septembre 2024



Depuis le **1er septembre 2024**, l'accès direct aux dépistages d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) que le VIH est possible à la demande du patient, sans ordonnance et sans rendez-vous, dans tous les laboratoires de biologie médicale, y compris les laboratoires des établissements de santé.

Ce dispositif appelé « Mon test IST » vient compléter « VIH Test ». Ces dépistages sont réalisés sans avance de frais pour les moins de 26 ans dans le cadre de « Mon test IST » et pour tous pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Le COREVIH Hauts-de-France va participer à la formation des acteurs de terrain pouvant être amenés à prendre en charge des personnes ayant bénéficié de ce dispositif.

6

Actualité scientifique **régionale**

Nous présentons la synthèse de travaux réalisés par des acteurs de la région Hauts-de-France sur les publics, les acteurs ou à partir de données collectées par le COREVIH.

La PrEP en région en 2024

La prophylaxie de pré-exposition au VIH (PrEP) consiste à la prise d'un traitement antirétroviral de manière préventive afin de ne pas être infecté par le VIH. Elle est disponible en France depuis 2016.

Entre 2016 et juin 2023, **84 997** personnes ont initié la PrEP en France dont **4618** dans les Hauts-de-France (données EPI-PHARE). Plus de **90%** des usagers de PrEP sont des hommes. Après une baisse pendant les premières vagues de l'épidémie de COVID-19, le nombre d'initiations semble s'être stabilisé autour de **10 000** par semestre. Devant la stabilité des cas d'infections récentes par le VIH dépistés chaque année, ce nombre semble être largement en dessous des nécessités.

Le premier défi de la PrEP est donc d'augmenter le nombre de primo-prescriptions. Pour cela, une autorisation de prescription aux médecins généralistes a été délivrée en 2021. Ceci a entraîné une hausse des prescriptions sans différence visible dans le profil de bénéficiaires en termes de sexe et d'âge. L'âge médian de mise sous PrEP est de 34 ans (27-44) soit très proche de l'âge médian de diagnostic de l'infection par le VIH (36 ans) (EPI-PHARE). Il est donc nécessaire d'inciter les plus jeunes à entrer dans un parcours de PrEP.

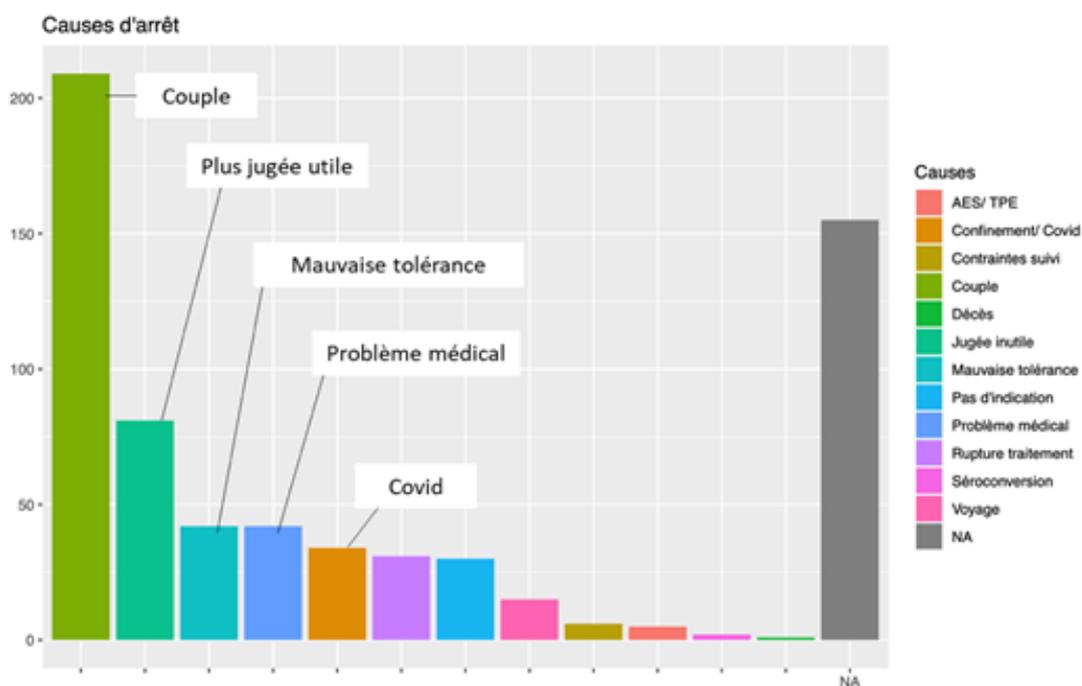
Plusieurs travaux en médecine générale ont été réalisés dans la région pour rechercher les freins à la prescription de la PrEP en médecine de ville. Des enquêtes qualitatives auprès des médecins généralistes ressortent **un besoin de formation, une difficulté à trouver une place dans la consultation de médecine générale pour aborder la sexualité, et une difficulté à identifier les personnes concernées dans une patientèle**. Pourtant, un autre travail réalisé chez des personnes suivies pour leur PrEP en médecine générale montre que, passé la crainte du jugement par le médecin, ce suivi est jugé très favorablement par les usagers car simple, accessible et dans le cadre d'une relation de confiance. La problématique reste dans la possibilité d'aborder la sexualité dans toutes ses dimensions en médecine de ville. Ceci sera probablement facilité par le développement et la valorisation de la « consultation longue en santé sexuelle » dont l'appropriation par la médecine de ville est à évaluer.

Le deuxième défi est de maintenir les individus dans la PrEP tant qu'ils sont à risque d'infection.

Au premier semestre 2023, **52 802** personnes ont eu recours à la PrEP (en initiation ou en renouvellement) soit 62% des personnes ayant initié un traitement depuis 2016. Une étude réalisée chez les personnes ayant eu au moins deux consultations pour PrEP au CeGIDD de Tourcoing et dans deux centres PrEP parisiens a montré que le taux d'incidence d'arrêt de la PrEP était de 10.8 pour 100 personnes années. Ce taux augmente à 17,2/100PA en considérant les perdus de vue comme des arrêts.

Bien que la cause d'arrêt principale soit le fait d'être en relation stable, elle ne représente qu'un tiers des raisons d'arrêt (fig 2). De plus, les personnes ayant arrêté leur traitement avaient plus souvent ≥ 2 IST dans l'année précédant l'arrêt de la PrEP que les personnes toujours sous PrEP au moment de l'étude. Ainsi, l'arrêt de la PrEP ne semble pas être essentiellement lié à l'arrêt des conduites à risque de transmission du VIH. Les séroconversions sous PrEP surviennent le plus souvent quelques semaines après l'arrêt de PrEP.

Il est donc important d'accompagner les arrêts de PrEP et de faciliter la reprise rapide en cas de besoin. Des travaux sont en cours en région Hauts-de-France pour mieux comprendre les mécanismes aboutissant à l'arrêt du traitement.



(fig 2)

Sources :

Rapport EPI-PHARE 2023 : Suivi de l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2023/>

Oberhauser et col. Patients du département du Nord ayant recours à la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), suivis par un médecin généraliste. Recueil d'opinions par étude qualitative. Thèse de diplôme d'état de docteur en médecine 2024

Garofoli et al. Incidence and factors associated with PrEP discontinuation in France. J Antimicrob Chemother. 2024 (<https://doi.org/10.1093/jac/dkae133>)

Traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Y-a-t-il encore une place pour les anciennes molécules antiretrovirales ? Une étude rétrospective.

Agnès Meybeck, Ava Diarra, Vincent Derdour, Olivier Robineau

Service Universitaire des maladies Infectieuses, Centre Hospitalier Gustave Dron, Tourcoing.

L'introduction des trithérapies en 1996 associant un inhibiteur de protéase (IP) et deux dérivés nucléosidiques de la transcriptase inverse a modifié le pronostic de l'infection par le VIH (1). Depuis les innovations thérapeutiques se sont poursuivies avec l'apparition de nouvelles classes thérapeutiques et de molécules plus efficaces et mieux tolérées. Les objectifs des traitements en 2024 vont au-delà de l'obtention d'une charge virale indétectable et d'une restauration de l'immunité, en améliorant la qualité de vie et en réduisant l'exposition aux antirétroviraux (ARV). Ainsi, les dernières recommandations HAS 2024 portant sur le traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ne positionnent plus les traitements à base d'inhibiteur de protéase en première ligne de traitement (2). Cependant certains patients ne sont pas éligibles aux trithérapies en un comprimé par jour ou STR (single tablet regimen) ou aux bithérapies STR ou aux traitements injectables de par les profils de résistance et/ou de l'historique d'efficacité et de tolérance des traitements. L'objectif de notre étude était de décrire les thérapeutiques antirétrovirales prescrites chez les PVVIH suivies depuis plus de 6 mois au centre Hospitalier de Tourcoing, centre de référence de prise en charge du VIH, puis de faire un focus sur les patients ayant reçu des inhibiteurs de protéase afin de déterminer les facteurs associés à leur poursuite.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective menée au Centre Hospitalier de Tourcoing. Toutes les PVVIH suivies depuis au moins 6 mois et ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours des derniers 18 mois ont été incluses dans une analyse descriptive des traitements antirétroviraux en cours.

Concernant les PVVIH ayant reçu des IP, l'analyse a été réalisée chez les PVVIH suivies pendant au moins un an entre Janvier 2013 et Décembre 2023. Les patients n'ayant plus de suivi à partir de 2022 (sauf décès) ont été exclus. Les caractéristiques des PVVIH ayant poursuivi les IP ont été comparées à celles des PVVIH les ayant interrompus.

Résultats

L'analyse des traitements ARV en cours chez **2472** PVVIH suivies au centre Hospitalier de Tourcoing depuis plus de 6 mois, révèle que plus de la moitié des PVVIH (**61%**) reçoit une trithérapie sous la forme d'un STR (Single Tablet Regimen). Les associations d'un inhibiteur d'intégrase et de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse sous forme d'un STR sont les plus fréquemment prescrites, chez **44%** des PVVIH. Un STR associant un inhibiteur non nucléosidique et 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, était utilisé chez **17%** des PVVIH. Une bithérapie sous forme de STR était prescrite chez **19 %** de la file active. Cent quarante trois patients recevaient une bithérapie injectable long acting (6%). Si une majorité des PVVIH bénéficiaient d'un traitement ARV simplifié ou allégé, certains recevaient des combinaisons spécifiques utilisant d'anciennes molécules. On dénombrait **115** patients (5%) traités avec un IP. Parmi les PVVIH suivies depuis plus de 6 mois, **94%** avaient une charge virale indétectable.

Concernant spécifiquement la prescription des IP, au cours des 10 dernières années, parmi **3607** PVVIH vues en consultation au Centre Hospitalier de Tourcoing, **1331** (37%) ont reçu des IP, et **641** (18%) les ont reçus pendant au moins 1 an et sont encore suivis dans notre centre. Il s'agissait majoritairement d'hommes (63%) âgés en moyenne de 44 ± 13 ans. Près de la moitié des patients (48 %) étaient nés à l'étranger, notamment en Afrique subsaharienne (31%). **Trente-deux** patients (5 %) étaient co-infectés par le VHB. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension, le diabète et la dyslipidémie respectivement chez **11%**, **7%** et **6%** des patients traités par une IP. La durée médiane du traitement ARV avant l'introduction des IP était de 7 ans (IQR : 1-17), avec un nombre médian de 5 lignes différentes (IQR : 2-7). Les IP étaient principalement prescrits en association avec 2 inhibiteurs de la transcriptase inverse dans **77 %** des cas, pour une durée médiane de 3,2 ans (IQR : 2-5). À la fin de la période de suivi (médiane 8 ans, IQR : 6-9), **172** PVVIH (27 %) recevaient encore des IP. Vingt-six patients étaient décédés. Le taux de mortalité était plus élevé chez les PVVIH ayant poursuivi les IP (8,7 % vs 2,3 %, $p < 0,001$). La raison d'interruption des IP était le plus souvent une simplification (70 %). La présence de mutations de résistances génotypiques avant l'initiation d'une IP était significativement plus élevée chez les PVVIH ayant poursuivi les IP (83% vs 74%, $p = 0,01$). La présence d'au moins une charge virale > 200 copies/ml pendant le suivi était plus fréquente chez les PVVIH qui ont poursuivi les IP (17 % vs 2,8 %, $p < 0,001$).

Discussion

A l'heure actuelle dans le Nord de la France plus de 80% des PVVIH bénéficient d'un traitement ARV simple par un STR voire allégé par une bithérapie per os ou injectable. Ces résultats sont proches de ceux mis en évidence dans le dernier rapport de la cohorte nationale Française (3). Ces thérapeutiques permettent d'atteindre une charge virale indétectable chez 94% des PVVIH en cours de suivi. Malgré les nouvelles molécules disponibles, au cours des dix dernières années, près d'une PVVIH sur cinq a reçu un IP pendant au moins 1 an. Cependant moins d'un tiers des traitements par IP sont encore poursuivis. La plupart des PVVIH ont en effet bénéficié d'une simplification de leur traitement vers un STR. Les facteurs associés à la poursuite des IP sont la présence de mutations de résistance à l'initiation des IP et une charge virale détectable lors du suivi. Ceci suggère que le maintien de l'usage des IP se justifie dans des situations médicales complexes de résistance et/ou de persistance de charge virale détectable pour lesquelles des molécules ayant une barrière génétique forte comme les IP sont préférées en vue d'éviter l'apparition de résistance.

Conclusion

Cette étude révèle que la rétention à long terme des IP concerne actuellement une petite proportion de PVVIH aux situations cliniques complexes justifiant le maintien de ces molécules dans l'arsenal thérapeutique.

Références :

1. Murphy EL et al. Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease. *Annals of Internal Med* 2001 ; 135 (1)
2. VIH : Recommandations de bonnes pratiques 2024 : <https://anrs.fr/fr/actualites/actualites/vih-nouvelles-recommandations-de-bonne-pratique/>
3. Rapports des indicateurs de prise en charge des PVVIH dans les COREVIH en France 2022 : <https://anrs-co4.fhdh.fr/rapport-des-indicateurs-de-prise-en-charge-des-pvvih-dans-les-corevih-en-france-2022/>

