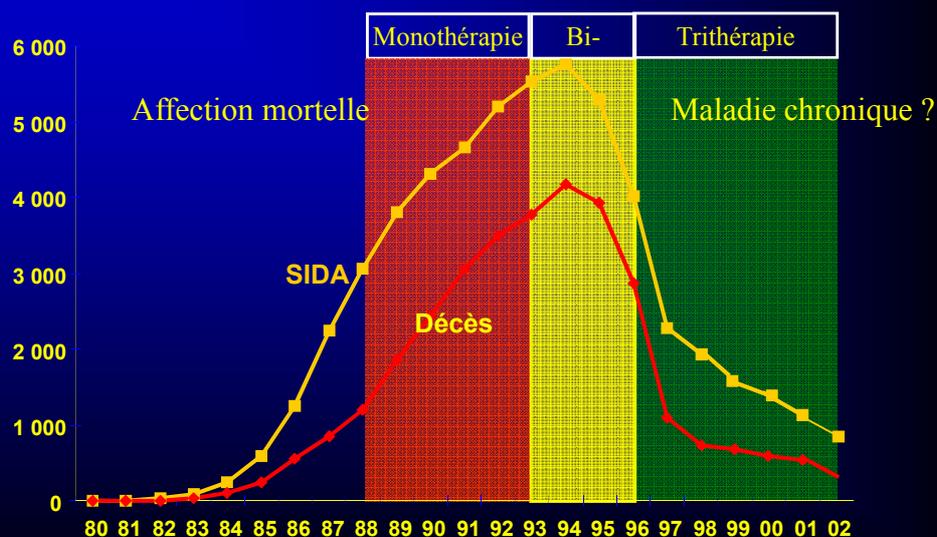


# L'infection par le VIH/SIDA : une maladie chronique émergente

Philippe Morlat  
Université et CHU de Bordeaux



## Impact des trithérapies sur le nombre de nouveaux cas de SIDA et de décès chez les PVVIH en France



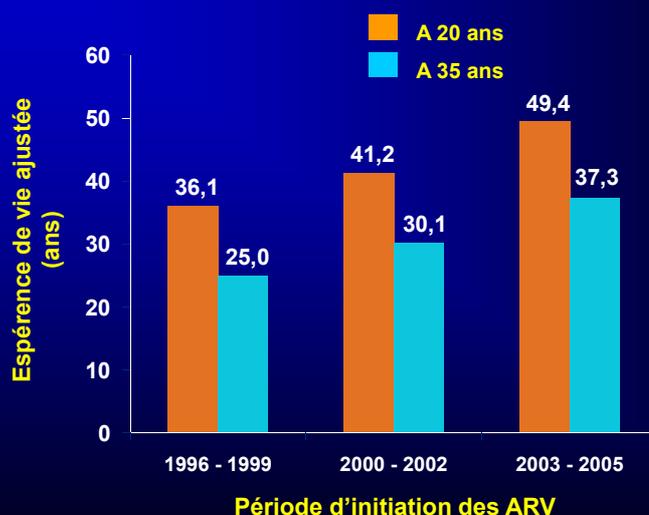
## Taux de mortalité des PVVIH sous traitement antirétroviral efficace comparée à la population générale

	Personnes			Taux de mortalité			
	Délai de truncature (années)	avec CD4 >500 (N)	Décès (n)	*	(IC 95%)	SMR	(IC 95%)
→	0	1208	37	0,7	(0,5-0,9)	2,5	(1,8-3,5)
→	1	1156	29	0,6	(0,4-0,8)	2,1	(1,4-3,1)
→	2	1083	26	0,6	(0,4-0,9)	2,2	(1,4-3,2)
→	3	1031	22	0,7	(0,4-0,9)	2,1	(1,3-3,2)
→	4	967	18	0,7	(0,4-1,0)	2,1	(1,3-3,4)
→	5	864	12	0,6	(0,3-1,0)	1,9	(1,0-3,2)
→	6	763	2	0,2	(0,0-0,4)	<b>0,5</b>	<b>(0,1-1,6)</b>
→	7	610	1	0,2	(0,0-0,5)	<b>0,5</b>	<b>(0,0-2,6)</b>

\*pour 100 personnes-années

Cohortes ANRS CO3 Aquitaine et ANRS CO8 APROCO-COPILOTE, Lewden et al JAIDS 2007

## Espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) selon la période d'initiation des ARV



ART Cohort Collaboration. Lancet. 2008.

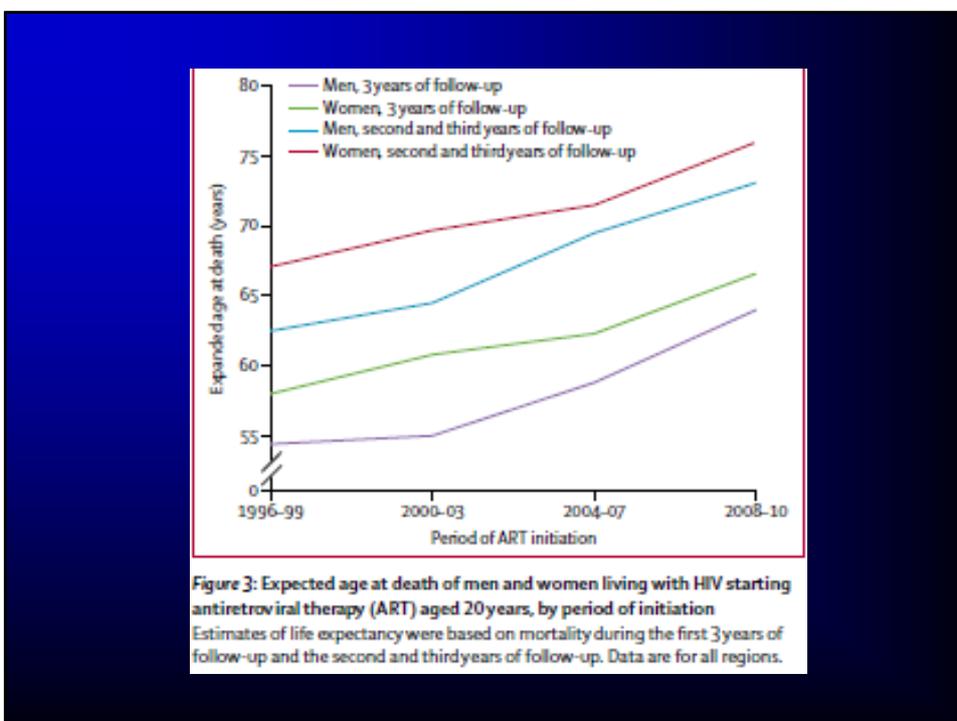
# Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies

The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration\*

**Summary**  
**Background** Health care for people living with HIV has improved substantially in the past two decades. Robust estimates of how these improvements have affected prognosis and life expectancy are of utmost importance to patients, clinicians, and health-care planners. We examined changes in 3 year survival and life expectancy of patients starting combination antiretroviral therapy (ART) between 1996 and 2013.

**oa**  
**Open Access**

**Lancet HIV 2017**  
 Published Online  
 May 10, 2017  
[http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30066-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30066-8)



## Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population

Aysel Gueler<sup>a,\*</sup>, André Moser<sup>a,b,\*</sup>, Alexandra Calmy<sup>c</sup>,  
Huldrych F. Günthard<sup>d,e</sup>, Enos Bernasconi<sup>f</sup>, Hansjakob Furrer<sup>g</sup>,  
Christoph A. Fux<sup>h</sup>, Manuel Battegay<sup>i</sup>, Matthias Cavassini<sup>j</sup>,  
Pietro Vernazza<sup>k</sup>, Marcel Zwahlen<sup>a</sup>, Matthias Egger<sup>a,l</sup>,  
for the Swiss HIV Cohort Study, Swiss National Cohort

www.thelancet.com/hiv Published online May 10, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30066-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30066-8)

AIDS 2017, Vol 31, No 3

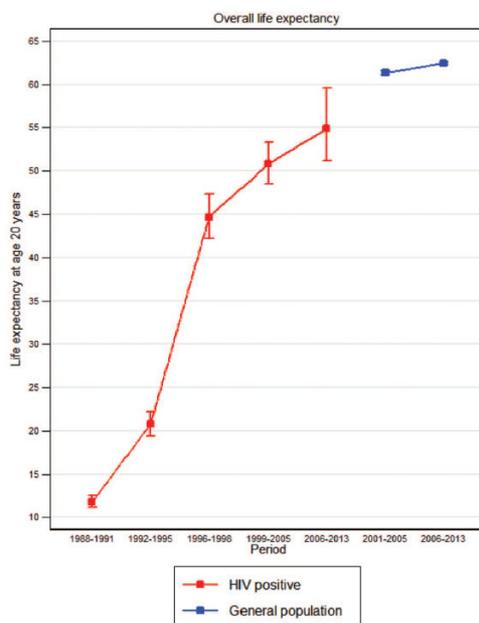
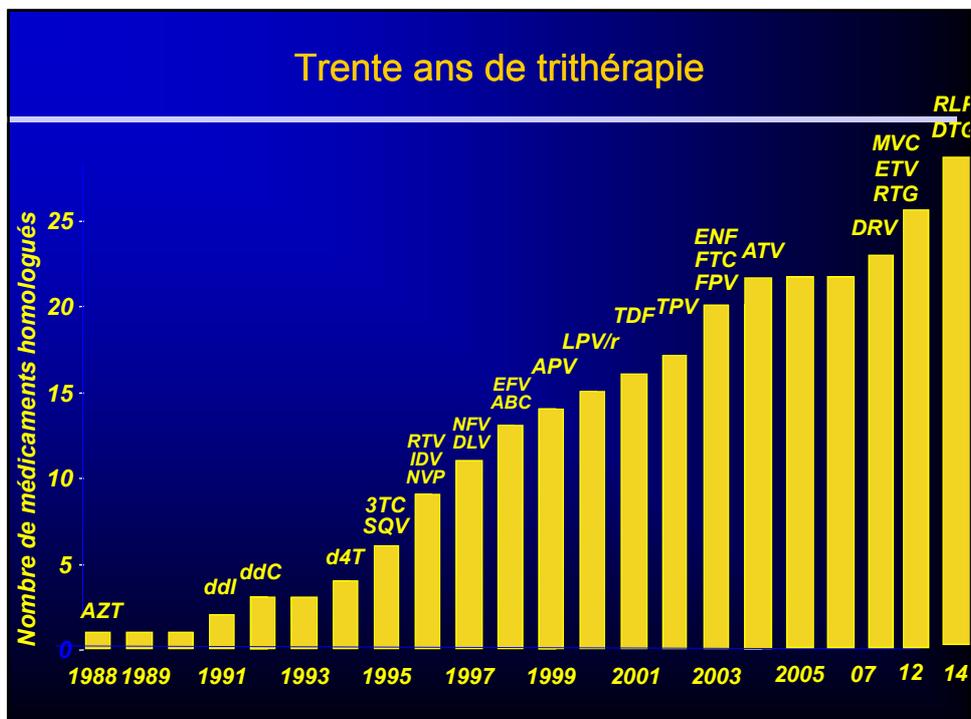


Fig. 2. Life expectancy at age 20 years in patients enrolled in the Swiss HIV Cohort Study, from monotherapy (1988–1991) to recent combination ART era (2006–2013), and in a matched sample from the general Swiss population (2001–2013). ART, antiretroviral therapy.

Comment en est-on  
arrivé à ces résultats ?



Traitement antirétroviral (ARV) de plus en plus précoce puis universel : il est recommandé d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH

( USA 2012 / France 2013 /.. OMS 2016)

L'infection VIH: une affection chronique chez des patients à risque de polypathologies

## Evolution de la répartition des causes de décès des PVVIH en France entre 2000 et 2010

Causes de décès	Mortalité 2000 (n = 964 *)	Mortalité 2005 (n = 1042 †)	Mortalité 2010 (n = 728)
<b>SIDA</b>	<b>47%</b>	<b>36%</b>	<b>25%</b>
<b>Cancer NSNH</b>	<b>11%</b>	<b>17%</b>	<b>22%</b>
<b>Atteinte hépatique</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>11%</b>
<b>Atteinte cardiovasculaire</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>	<b>10%</b>
<b>Autre</b>	<b>22%</b>	<b>24%</b>	<b>32%</b>

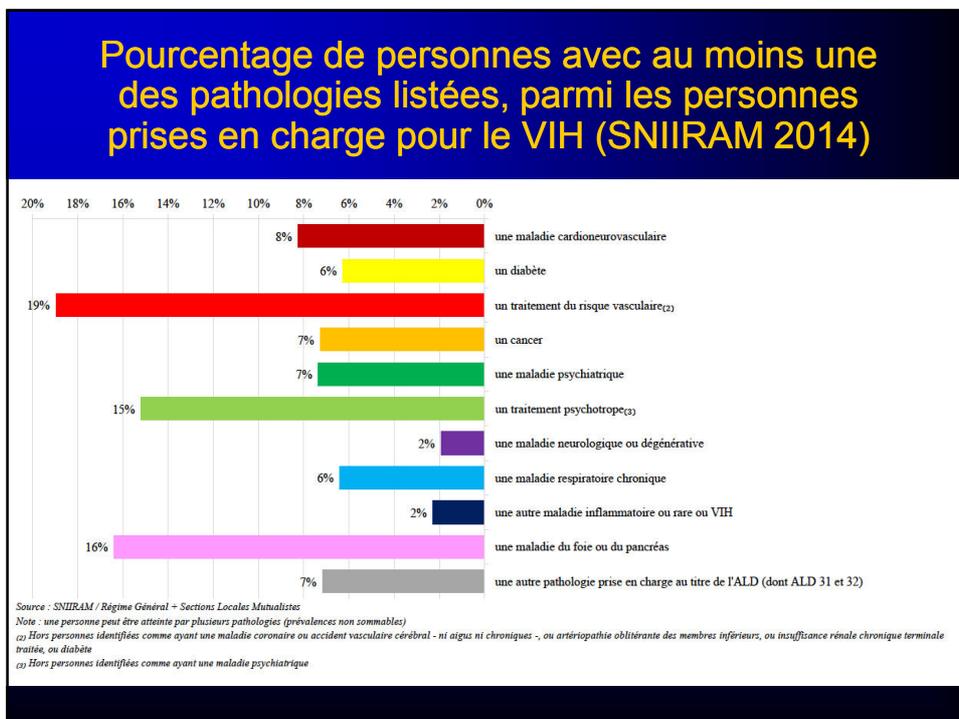
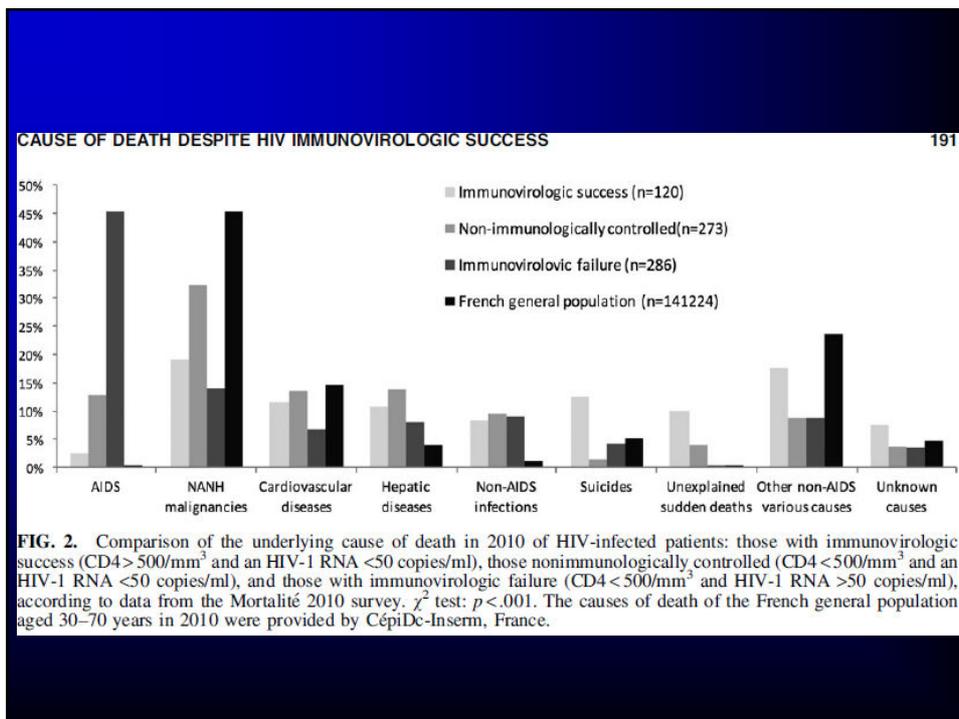
\* Nombre total de décès déclarés en 2000

† Nombre total de décès déclarés et documentés en 2005

AIDS RESEARCH AND HUMAN RETROVIRUSES  
Volume 33, Number 2, 2017  
© Mary Ann Liebert, Inc.  
DOI: 10.1089/aid.2016.0222

### Causes of Death in HIV-Infected Individuals with Immunovirologic Success in a National Prospective Survey

François Goehring<sup>1</sup>, Fabrice Bonnet<sup>2,3</sup>, Dominique Salmon<sup>4,5</sup>, Patrice Cacoub<sup>6,7</sup>, Aissatou Paye<sup>2</sup>,  
Geneviève Chêne<sup>2,8</sup>, Philippe Morlat<sup>2,3</sup> and Thierry May<sup>1</sup>, for the ANRS EN20 Mortalité 2010 Study Group



## 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 < IMC < 30 kg/m<sup>2</sup>) 25,4% ; obésité (IMC ≥ 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 g/L 20,2 %
  - Probabilité à 5 ans de survenue d'un évènement cardiovasculaire: 22,2 % entre 5 et 10 %, 15,5 % >10 % .
  - Insuffisance rénale chronique (Cl créatinine < 60 ml/mn) : 14,3 % (1,4 % < 30 ml/mn).
  - ATCD d' évènement cardiovasculaire 11,1% (coronaropathie 6,5 % , AVC 3,1 %) ; cancer : 11,5 % ; fracture pathologique : 5,1% ; dépression: 12,8 %

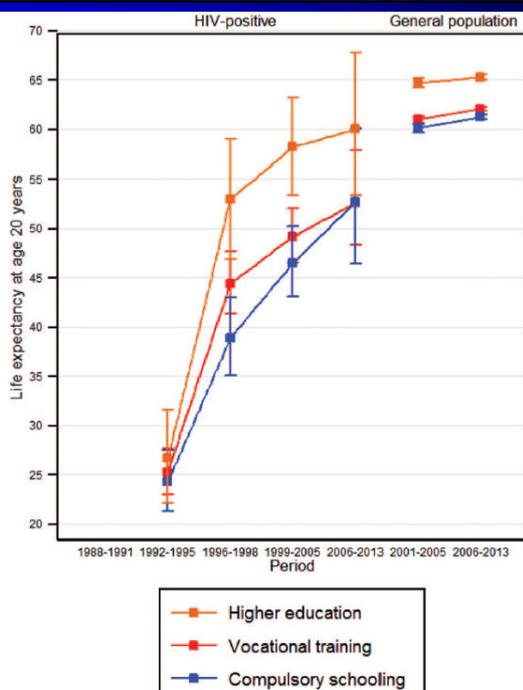
## Facteurs favorisant de cette polyopathie

- FDR traditionnels (CV et K dont tabac ++)
- Co-infections VHC / (VHB)
- Usage de drogues
- Iatrogénie (antirétroviraux et autres)
- VIH : virus et inflammation chronique / activation immune

## Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population

Aysel Gueler<sup>a,\*</sup>, André Moser<sup>a,b,\*</sup>, Alexandra Calmy<sup>c</sup>,  
 Huldrych F. Günthard<sup>d,e</sup>, Enos Bernasconi<sup>f</sup>, Hansjakob Furrer<sup>g</sup>,  
 Christoph A. Fux<sup>h</sup>, Manuel Battegay<sup>i</sup>, Matthias Cavassini<sup>j</sup>,  
 Pietro Vernazza<sup>k</sup>, Marcel Zwahlen<sup>a</sup>, Matthias Egger<sup>a,l</sup>,  
 for the Swiss HIV Cohort Study, Swiss National Cohort

www.thelancet.com/hiv Published online May 10, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30066-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30066-8)



## La chronicité de la pathologie VIH justifie une adaptation du suivi des PVVIH

- **Meilleur partage de prise en charge entre l'hôpital et la médecine de ville**
- **Amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des maladies associées** (cancer, maladies métaboliques, cardiovasculaires, neurologiques, hépatites virales chroniques..)

### Recommandations 2017 du 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 de proposer une prise en charge ;
- Réaliser le **suivi en coordination avec le médecin traitant**, en maintenant une **synthèse annuelle hospitalière** ( incluant, 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)

### Recommandations 2017 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** »

#### Sur les COREVIH

- De maintenir une structure de lien fort entre le ministère de Santé et le groupe de travail technique national (GTN) COREVIH
- De 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
- De négocier entre les COREVIH et les ARS des plans d'action pluriannuels soutenant ces nouvelles missions
- D'engager une réflexion sur le financement des COREVIH pour faciliter l'utilisation des fonds dont ils disposent dans le cadre de leurs nouvelles missions

#### Sur les soins dans les lieux de privation de liberté

- De systématiser et de renouveler la proposition de dépistage en cours de l'incarcération, y compris en collaboration avec le Cegidd
- De faciliter la réalisation de trods, y compris par des intervenants associatifs habilités
- D'expérimenter et évaluer les autotests dans le dépistage dans les établissements pénitentiaires
- De 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
- De respecter, chez les PVVIH, l'application de la loi sur l'aménagement et la suspension de peine pour raisons médicales

### Etude des parcours de soins des PVVIH en Aquitaine (PSVIH)

- Données issues de la **cohorte Aquitaine** associées à celle du **SNIIR-AM** (système national d'information de l'assurance maladie) grâce à un **appariement probabiliste** respectant à chaque étape l'anonymat des patients.

## Objectifs (1)

### Objectif principal

- Analyser l'ensemble des consommations de soins des PVVIH en Aquitaine à partir de bases de données existantes

### Objectifs secondaires

- Caractériser les parcours de soins des PVVIH pris en charge en Aquitaine, en tenant compte de leurs profils clinico-biologiques,
- Caractériser les coûts des différents parcours de soins
- Déterminer la pertinence des parcours de soins

## Objectifs (2)

### Objectifs secondaires (suite)

- Analyser les déterminants de consommation selon les caractéristiques des patients
- Analyser les éventuelles inégalités de prise en charge selon les profils clinico-biologiques
- Evaluation du suivi des recommandations

## Retombées attendues

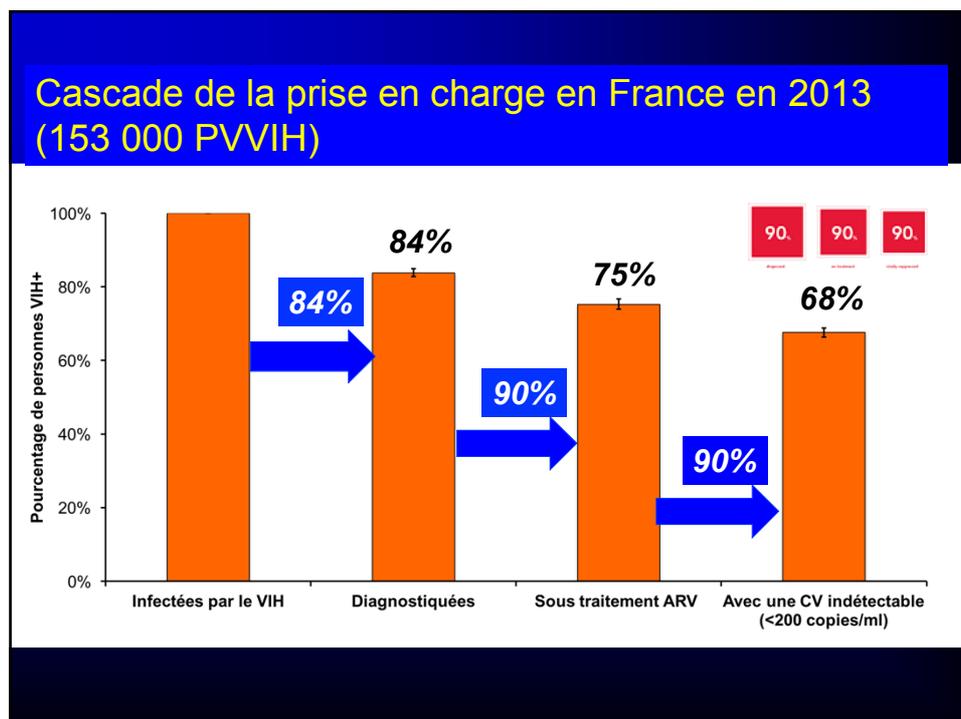
- Première description de la consommation des soins (en volume et valeur) de PVVIH suivis en France (globale et selon les caractéristiques clinico-biologiques)
- Déterminer une sur et/ou sous consommations de soins (selon la typologie de patients) en référence aux recommandations académiques / interventions auprès des praticiens pour adapter les pratiques
- Déterminer une catégorie de patients ne bénéficiant pas d'une délivrance optimale des soins
- Référence pour autres projets régionaux ou national

Chronicité ? oui mais

- Bénéfice beaucoup plus net dans les pays « riches ». [*L'espérance de vie estimée à 20 ans chez les PVVIH sous traitement est de 60% au Rwanda en 2008-2011 (vs 89% au Canada) WANDELER G, JOHNSON LF, EGGER M. Curr Opin HIV AIDS 2016;11(5):492-500.*]
- Bénéfice observé chez les patients traités et donc .. diagnostiqués

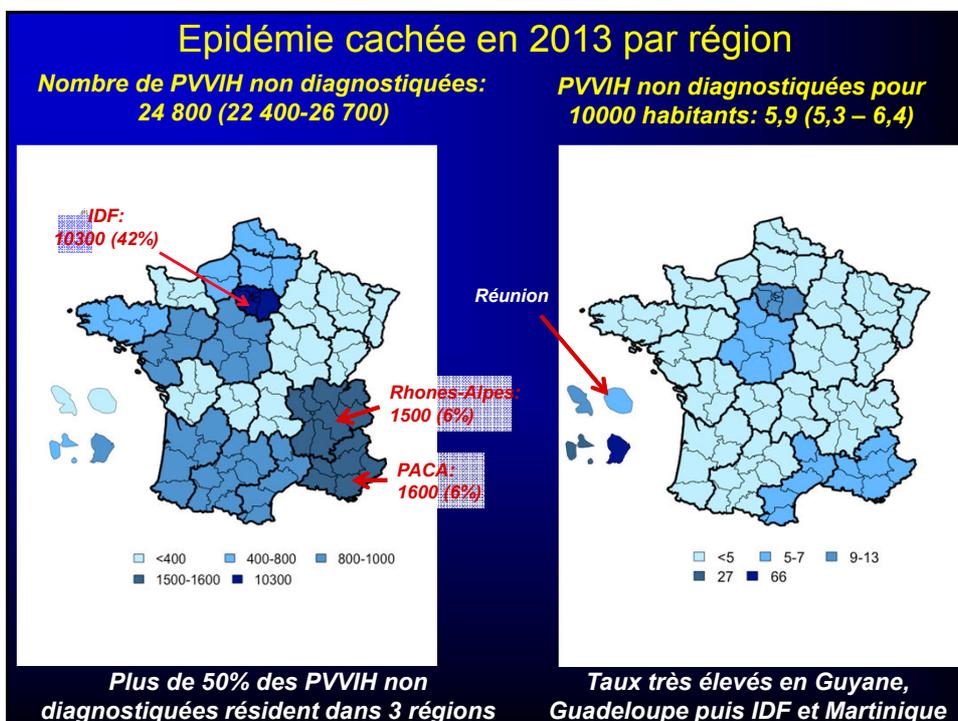
- La priorité dans les pays à ressources modérées ou faibles est l'accès aux soins et aux ARV (un peu plus de 50 % de couverture thérapeutique au niveau mondial)
- UNAIDS Target





- Priorité dans les pays « riches » :  
le dépistage

Nombres de personnes qui ignorent leur séropositivité en 2013	Taux de prévalence du VIH non diagnostiqué pour 10000*	
<p>24800 PVVIH non diagnostiquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 70% des hommes</li> <li>■ 40% HSH**</li> <li>■ 40% hétérosexuel(le)s d'origine étrangère***</li> <li>■ 20% hétérosexuel(le)s français</li> <li>■ &lt;2% UDI</li> </ul> <p><b>** 20% des HSH d'origine étrangère (29,2% AME_HAITI; 27,8% EUROPE; 27% AUTRES; 15,9% AFSS)</b></p> <p><b>*** Femme : 80,5% AFSS; 12,9% AME_HAITI</b>  <b>Homme : 71,5% AFSS; 13,4% AME_HAITI</b></p>	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
	<b>Total</b>	<b>6</b> (5-6)



## Recommandations 2017 relatives au dépistage (1)

- **Populations clés** : dépistage tous les trois mois pour les HSH à haut risque d'exposition et dans les régions les plus affectées (sinon au minimum une fois par an) ; dépistage tous les ans pour les UDI et pour les personnes originaires des pays de forte prévalence.
- **Dépistage en population générale au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans.** (toute opportunité outre signes cliniques évocateurs d'immuno-dépression ou de primo-infection et prise de risque) en particulier diagnostic d'IST, de tuberculose, viols, incarcérations.
- **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.

## Recommandations 2017 relatives au dépistage (2)

- **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**

# Conclusions

## L'infection VIH

- Apport à de nombreux champs disciplinaires (biologie moléculaire, tests diagnostiques, AMP, recherche clinique, liens avec les usagers, l'industrie du médicament, approche médico-économique, coopération Nord Sud..) et sociétaux (respect de l'altérité, prise en compte de la précarité,..)
- Egalement un modèle de prise en charge de maladie chronique ?

- Merci pour votre attention