



VIH: « épidémie de sida en Belgique... dois je encore utiliser un préservatif docteur? »

SSMG

Infectiologie

30 septembre 2017

Dr Rémy Demeester

CHU de Charleroi



C.H.U. de Charleroi
Centre de Référence Sida



Oui, certainement!





Email / pseudo Mot de passe

Avez-vous oublié

Trouvez votre Sugar Daddy ou Sugar Baby sur SugarDaters



**SORTEZ
COUVERTS !**



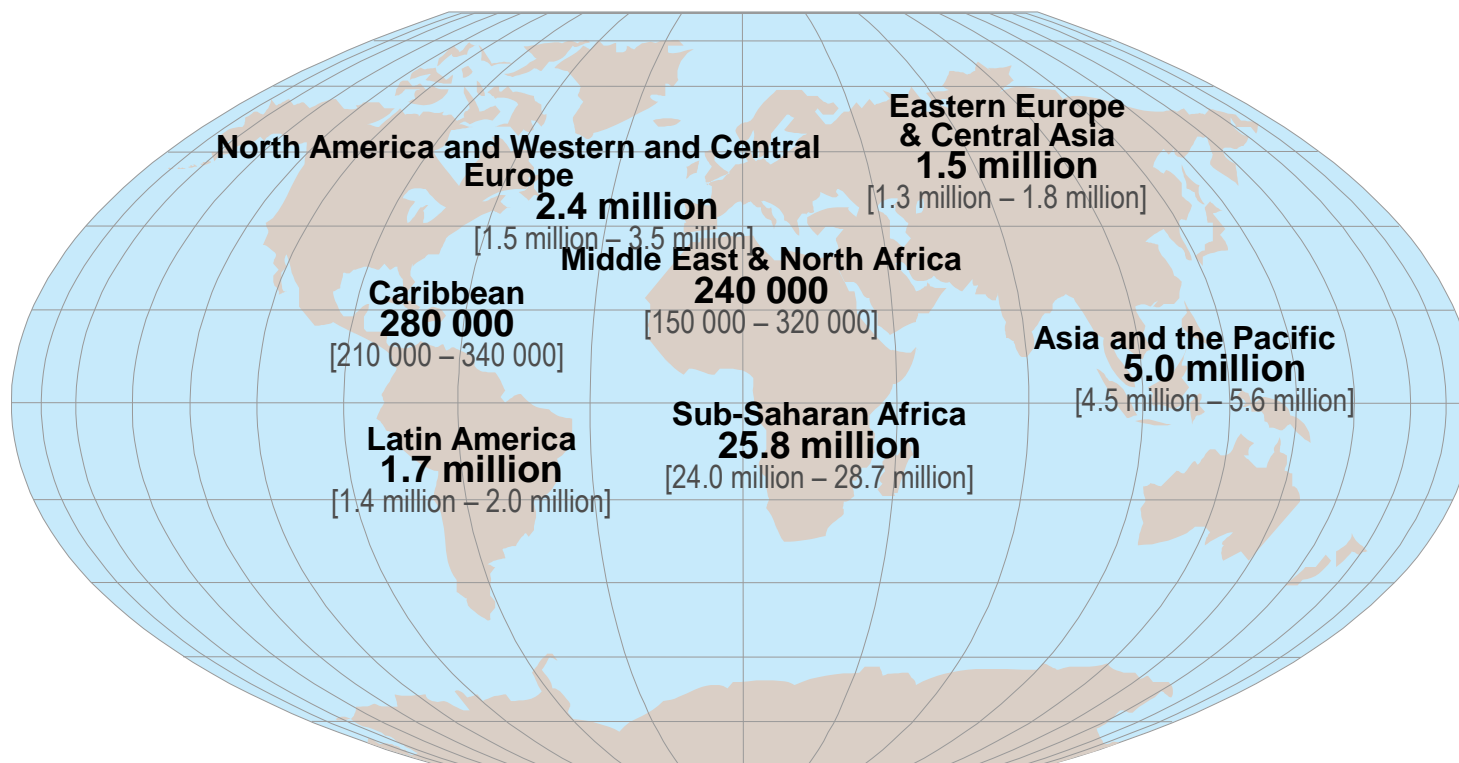
Table des matières

- 1. Epidémiologie
- 2. Plan national et recommandations régionales
- 3. Objectifs
- 4. Conclusions
- 5. Sympo Breach

1. Epidémiologie

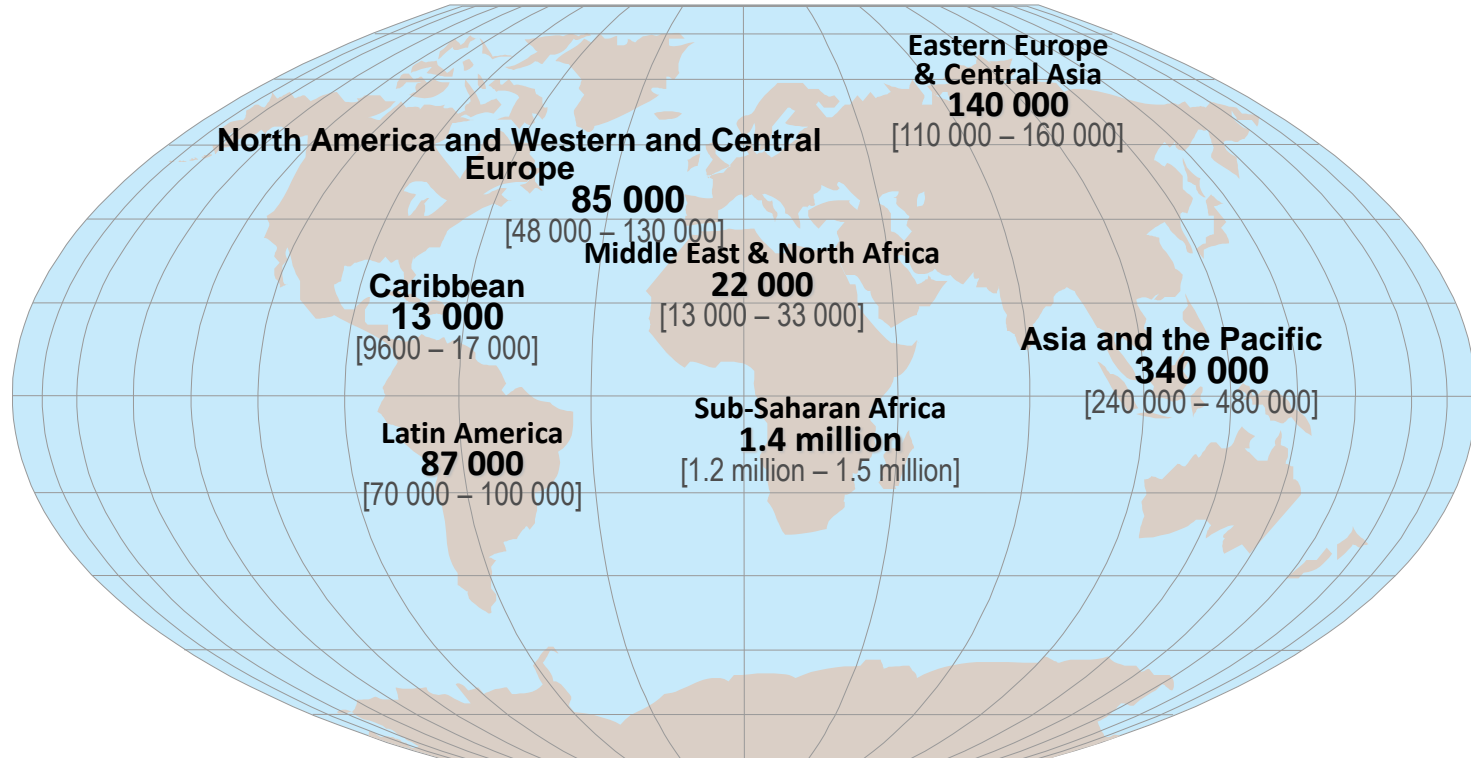
- Dans le monde
- En Europe
- En Belgique
- La cascade de soins en Belgique
- Les objectifs 95-95-95

Adults and children estimated to be living with HIV | 2014



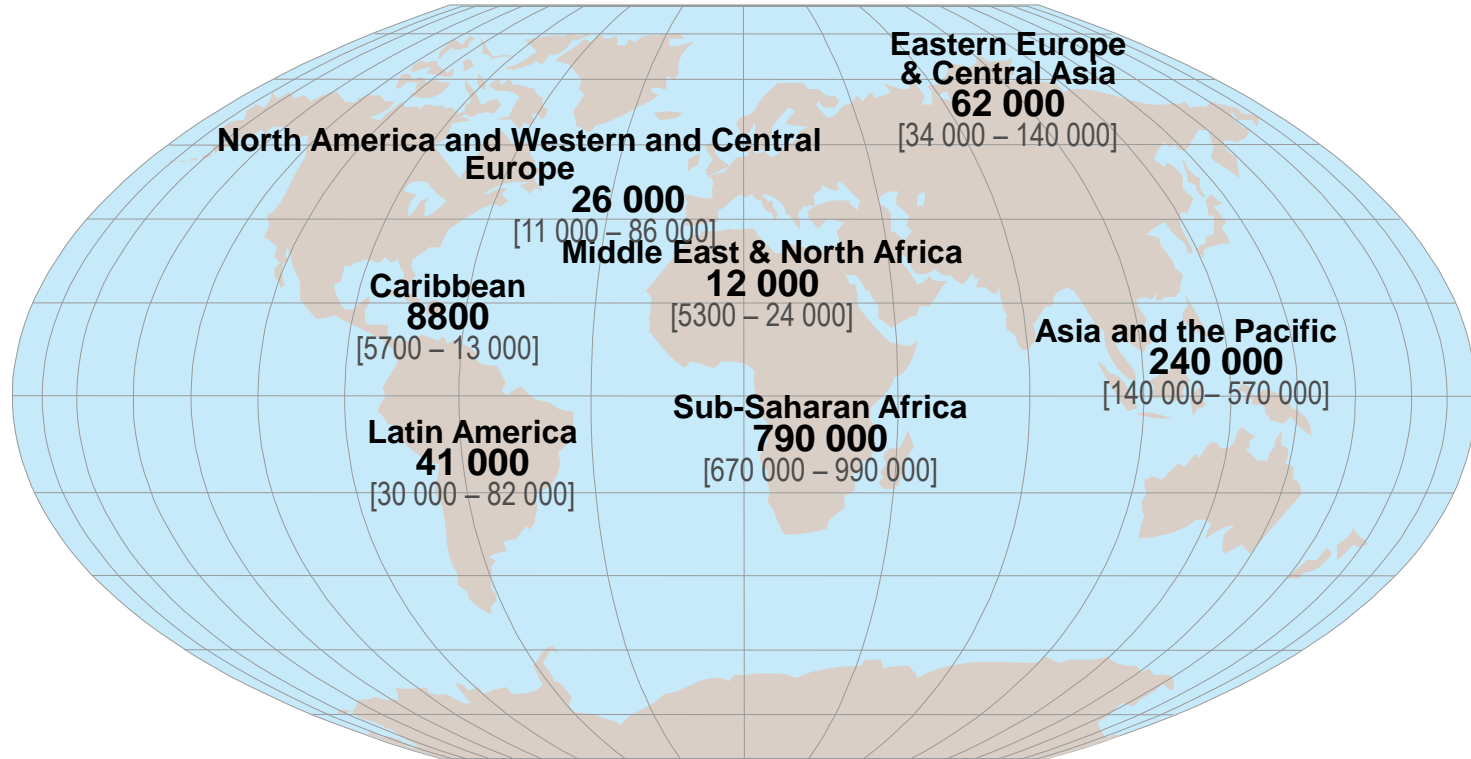
Total: 36.9 million [34.3 million – 41.4 million]

Estimated number of adults and children newly infected with HIV | 2014



Total: 2.0 million [1.9 million – 2.2 million]

Estimated adult and child deaths from AIDS | 2014



Total: 1.2 million [980 000 – 1.6 million]



OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

17 OBJECTIFS POUR TRANSFORMER NOTRE MONDE



Objectifs de l'accélération de la riposte

d'ici 2020

Objectifs de traitement

90-90-90

500 000

Nouvelles infections
chez les adultes

d'ici 2030

Objectifs de traitement

95-95-95

200 000

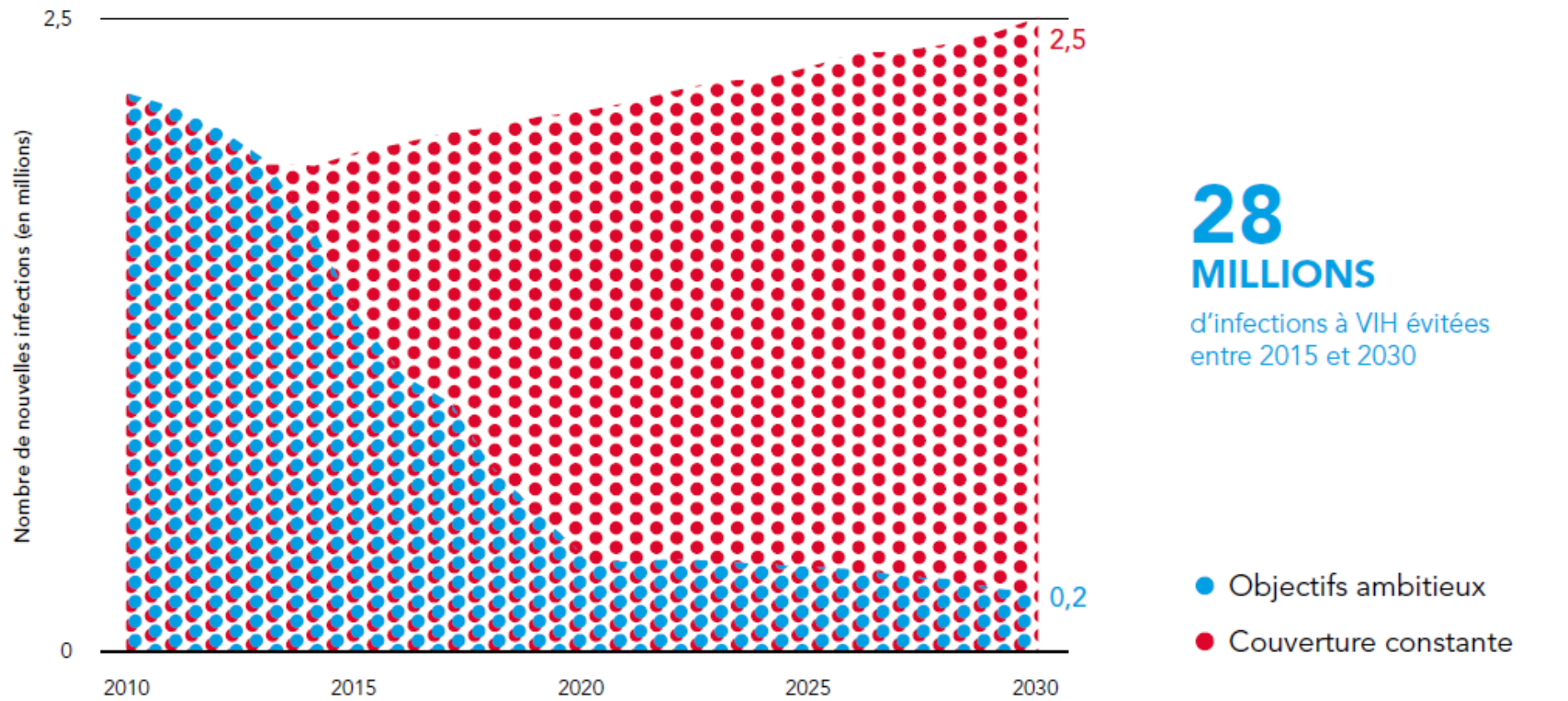
Nouvelles infections
chez les adultes

90% des personnes séropositives
connaissent leur statut
sérologique.

90% des personnes qui connaissent
leur séropositivité reçoivent des
traitements antirétroviraux.

90% des personnes sous traitements
antirétroviraux ont une charge
virale indétectable.

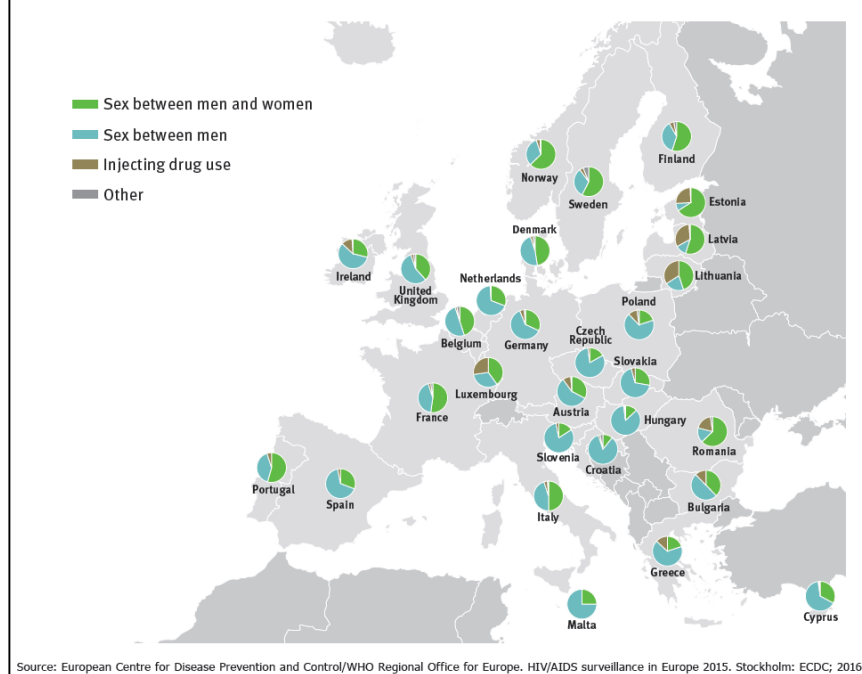
Fig. 6a Nouvelles infections à VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2010–2030, avec la réalisation des objectifs ambitieux d'accélération de la riposte, par comparaison au maintien du niveau de couverture de 2013



Epidémiologie en Europe

- **29 747 nouveaux diagnostics de VIH en 2015 dans l'EU/EEA.**
- Environ **810 000 personnes vivent avec le VIH.**
- Il est estimé que **17% vivent avec le VIH sans le savoir.**
- **47%** des diagnostics se font **tardivement** ($CD4 < 350/\mu l$).

Figure 1. Reported HIV modes of transmission in the EU/EEA, 2015



Rapport annuel de l'Institut de Santé Publique (1^{er} décembre)

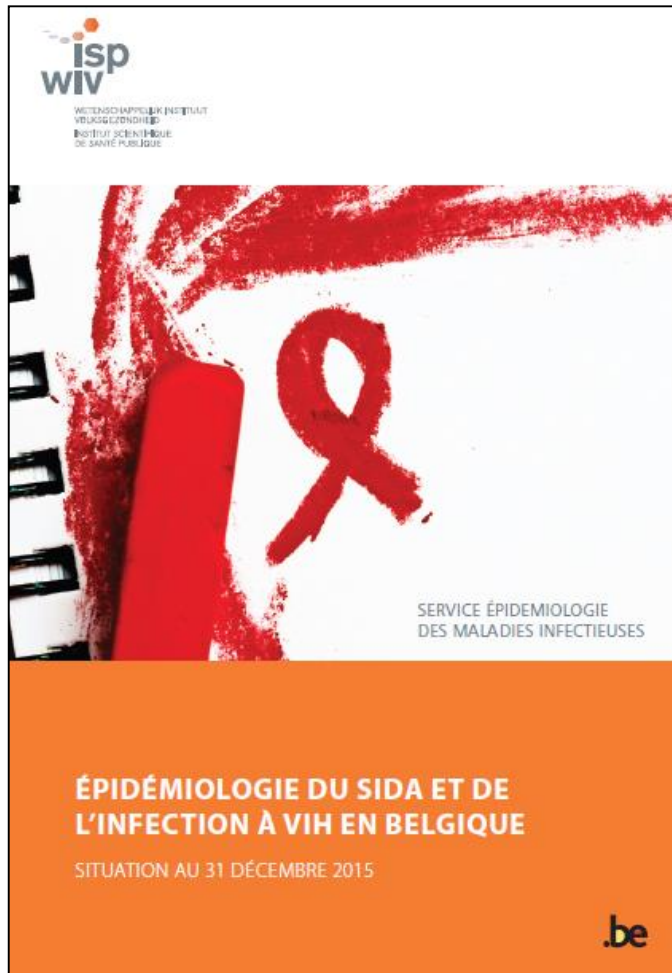
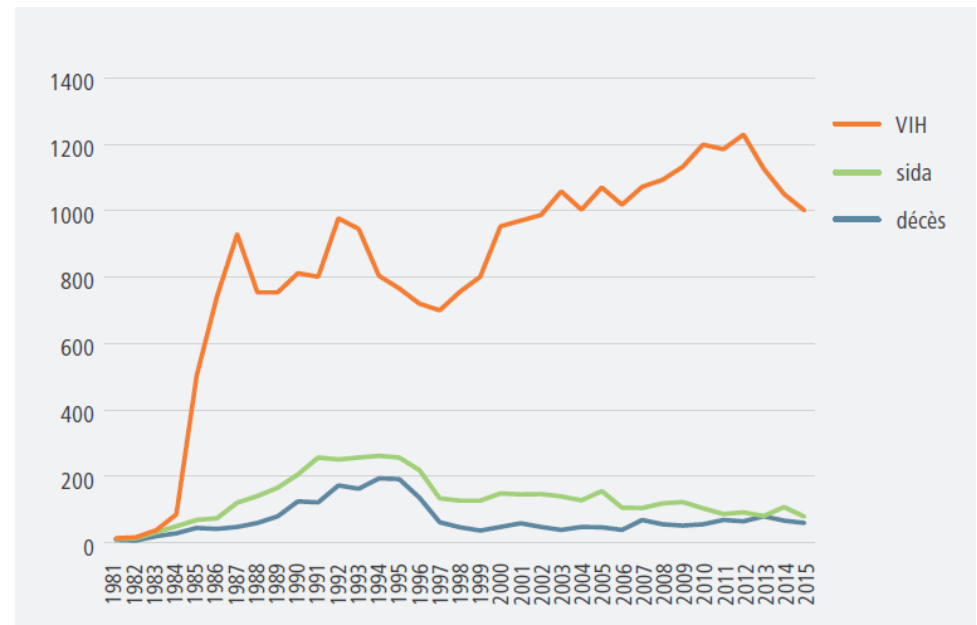
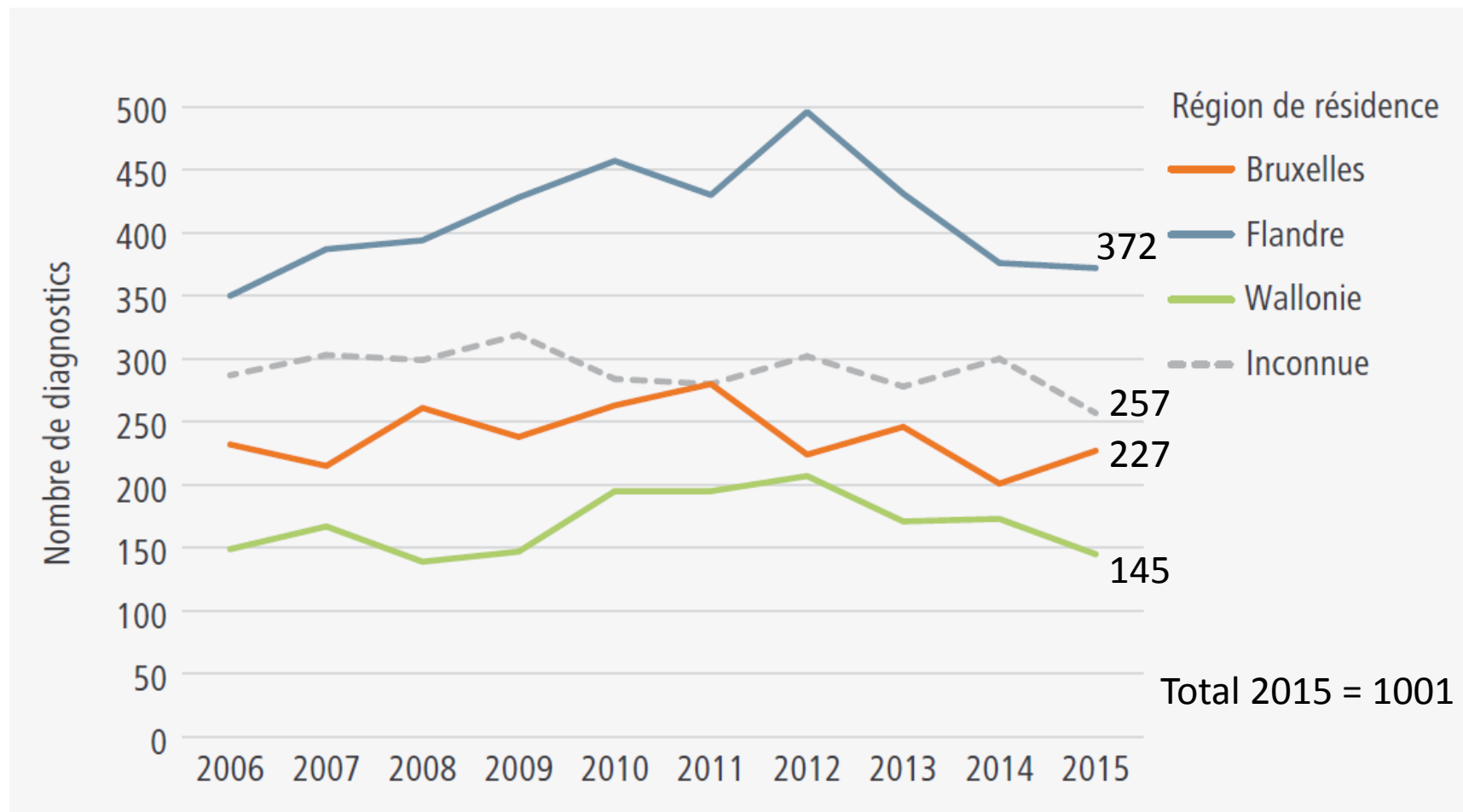


Figure 1 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH, de sida et de décès rapportés, Belgique, 1981-2015

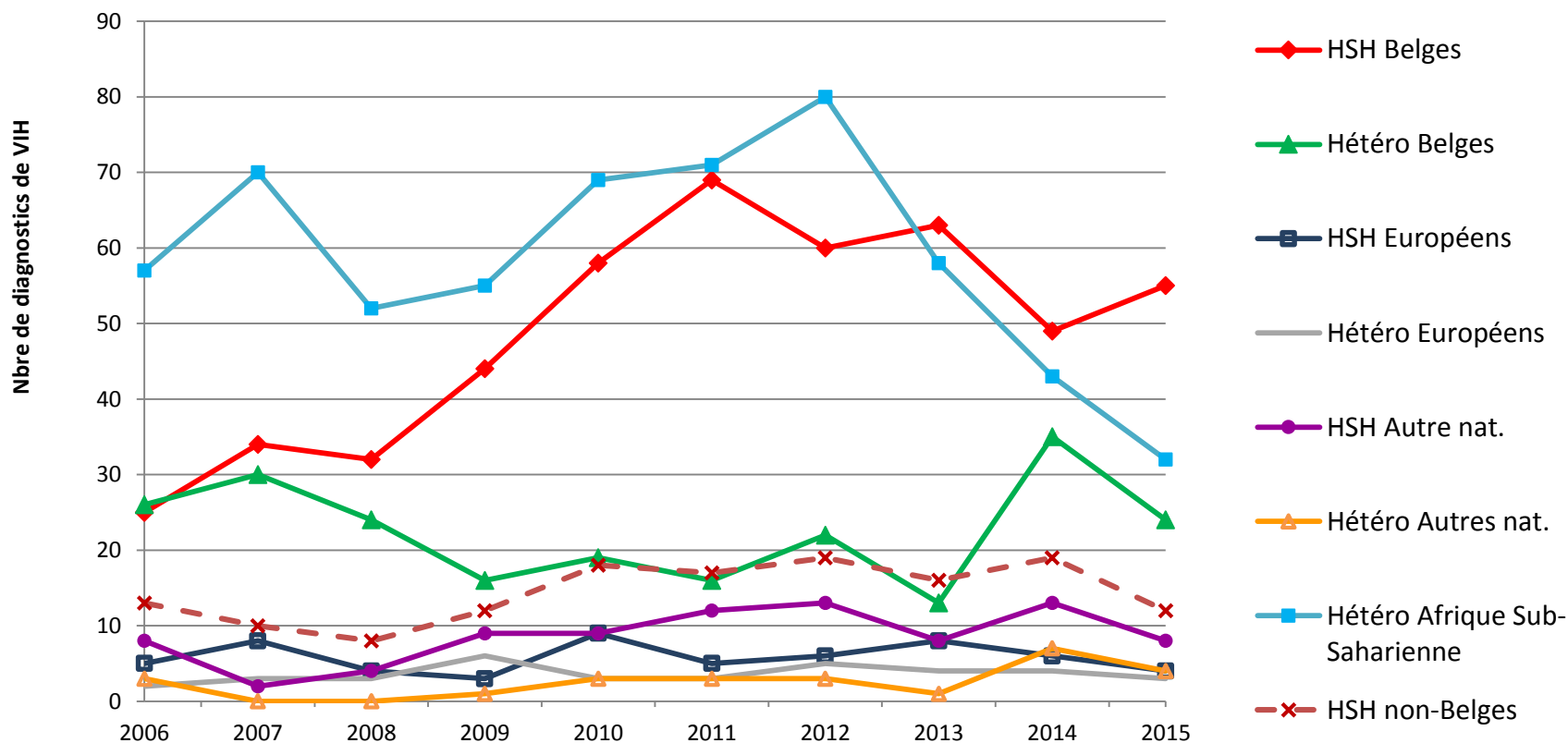


1001 nouveaux diagnostics en 2015

Evolution du nombre annuel de **nouveaux diagnostics** d'infection par le VIH, par région de résidence, **Belgique**, 2006-2015



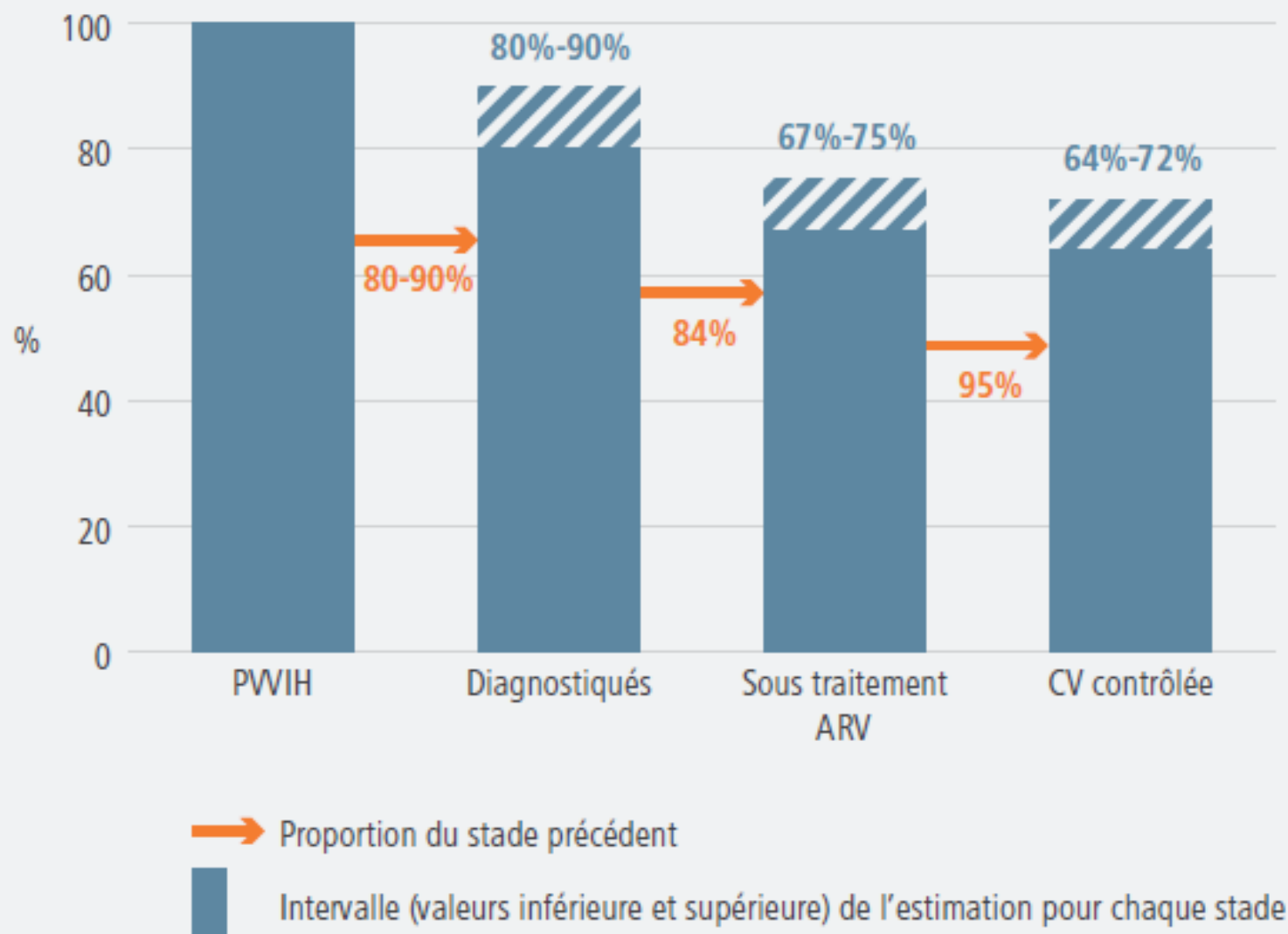
Evolution du nombre annuel de **nouveaux diagnostics** d'infection par le VIH par nationalités groupées et principaux modes probables de contamination , **Wallonie**, 2006-2015



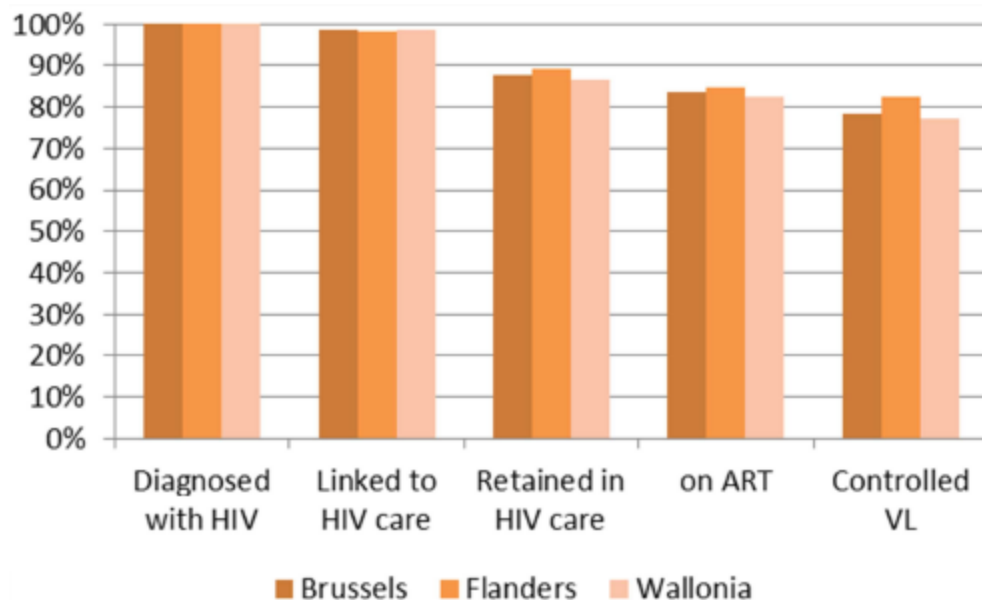
Estimation du nombre de séropositifs non diagnostiqués en Belgique et en Wallonie

	Nombre de séropositifs non diagnostiqués	Population (18-64 ans)	Taux de prévalence de patients non diagnostiqués par 10 000 habitants (18-64 ans)
Belgique	2805 (2478-3186)	6 901 298	4,1 (3,6-4,6)
Wallonie:	507 (397-639)	2 203 092	2,3 (1,8-2,9)
- Femmes Afrique subsaharienne			132 (90,5-178,2)
- Hommes Afrique subsaharienne			56,3 (28,6-115,7)
- HSH belges			41,3 (26,7-69,3)
- HSH non belges			65,1 (28,9-118)

Figure 29 | Continuum de soins des personnes vivant avec le VIH à la fin de l'année 2014 en Belgique



Continuum de soins par région, 2014



	Brussels	Flanders	Wallonia
Diagnosed with HIV	100%	100%	100%
Linked to HIV care	98.7%	98.0%	98.4%
Retained in HIV care	87.8%	89.2%	86.7%
On ART	83.4%	84.8%	82.4%
Controlled VL	78.4%	82.6%	77.0%

11,7% de patients non retenus en soins

Coût de la prise en charge de l'infection par le VIH

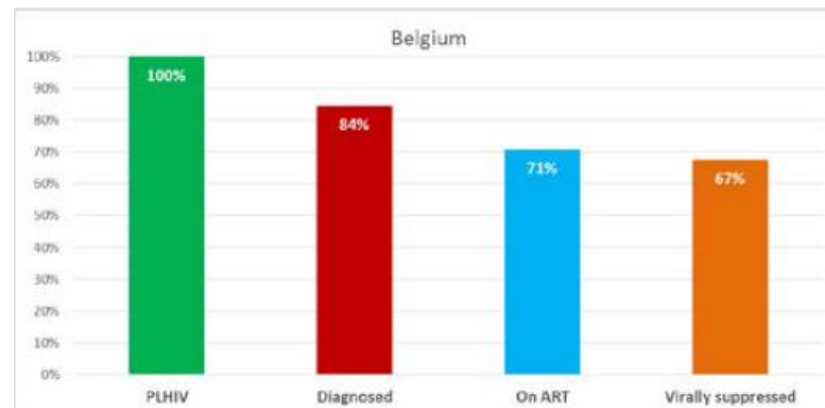
- **± 12 000 euros/an/patient x 30 ans = 360 000 euros/patient*.**
- **Chaque nouvelle infection** risque d'être à l'origine de **4 infections secondaires** (= nombre de reproduction).
=> Chaque **infection évitée** représente des **économies importantes** pour notre système de santé.
- Une fois qu'une personne est infectée, cela coûtera moins à la société de la traiter que de ne pas la traiter et c'est la seule manière de contrôler l'épidémie.

Estimation du taux annuel de transmission

Transmission rates		
Sexual aware, not on ART annual transmission	0.0484	Prabhu et al ²⁰
Sexual aware, on ART annual transmission	0.0097	Prabhu et al ²⁰ (calculated)
Sexual unaware annual transmission	0.1117	Prabhu et al ²⁰ (calculated)
IDU aware annual transmission	0.126	Sanders et al ¹³ , Zaric et al ²¹
IDU unaware annual transmission	0.165	Sanders et al ¹³ , Zaric et al ²¹

- **La conscience de la séropositivité est associée à une réduction du taux de transmission du VIH.**
 - **Le traitement antirétroviral réduit le taux de transmission**
- ⇒ **Le diagnostic précoce et le traitement doivent être les objectifs:**
- Tester, traiter et maintenir en soins (90-90-90)
 - Réduire la probabilité d'infection par contact:
 - Condom
 - Echange de seringues
 - PrEP
 - ...

Estimation du nombre de cas secondaires par an selon le taux de transmission aux différentes étapes du continuum de soins en Belgique (84-71-67)



Population de 20 000 patients séropositifs

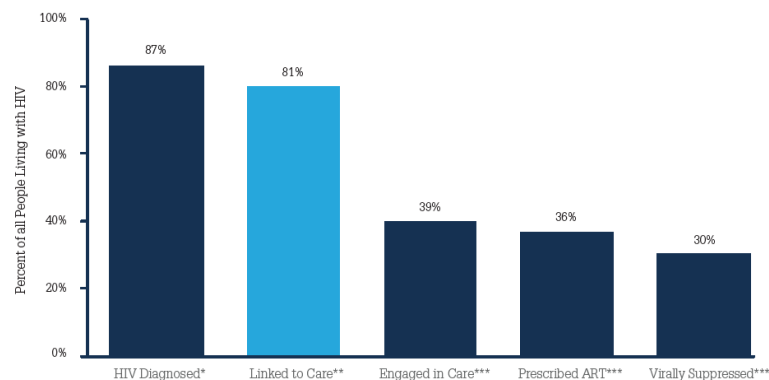
diagnostiqué	Maintenu en soins	traité	CV indétectable	proportion	Nombre de patients	Taux de transmission *	Nombre de cas secondaires
Non	Non	Non	Non	16%	3200	0,1117	357
Oui	Non	Non	Non	6%	1200	0,0484	58
Oui	Oui	Non	Non	7%	1400	0,02	28
Oui	Oui	Oui	Non	4%	800	0,005	4
Oui	Oui	Oui	Oui	67%	13400	0	0

Nombre total de cas secondaires: 447

*Rate of transmission adapted from: Hutchinson A et al. Return on Public Health Investment: CDC's Expanded HIV Testing Initiative. JAIDS. Vol 59, n°3, March 1, 2012: 281-286.

USA (87-36-30)

FIGURE 3: The HIV care continuum among persons living with HIV infection in the United States 2012^a



* Diagnosed is a calculated estimate based on data reported to the National HIV Surveillance System, the denominator is the estimated number of persons living with HIV (1.2 million).

** Linkage to care is the percentage of persons linked to medical care within 3 months after diagnosis (numerator) among those newly diagnosed in 2012 (denominator). Data are from 28 jurisdictions with complete reporting of CD4 and viral load test results to CDC.

*** Engaged in care, prescribed ART and virally suppressed data (numerators) come from the Medical Monitoring Project and based on people who had at least one HIV care visit during January to April 2012. The denominator is the estimated number of persons living with HIV (1.2 million).

Population de 20 000 patients séropositifs

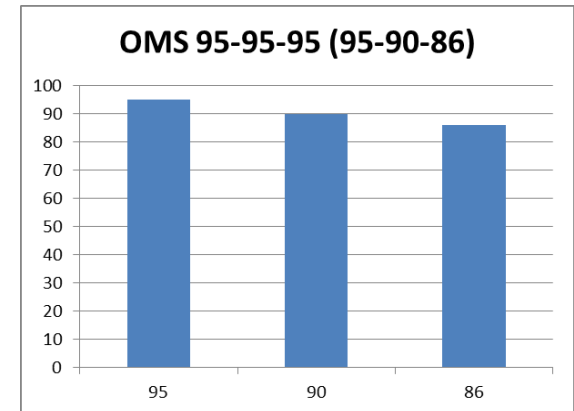
diagnostiqué	Maintenu en soins	traité	CV indétectable	proportion	Nombre de patients	Taux de transmission *	Nombre de cas secondaires
Non	Non	Non	Non	13%	2600	0,1117	290
Oui	Non	Non	Non	48%	9600	0,0484	465
Oui	Oui	Non	Non	3%	600	0,02	12
Oui	Oui	Oui	Non	6%	1200	0,005	6
Oui	Oui	Oui	Oui	30%	6000	0	0

Nombre total de cas secondaires: 773

*Rate of transmission adapted from: Hutchinson A et al. Return on Public Health Investment: CDC's Expanded HIV Testing Initiative. JAIDS. Vol 59, n°3, March 1, 2012: 281-286

National HIV/AIDS strategy USA updated to 2020: <https://www.aids.gov/federal-resources/national-hiv-aids-strategy/nhas-update.pdf>

95-95-95 (95-90-86) en 2030



Population de 20 000 patients séropositifs

diagnostiqué	Maintenu en soins	traité	CV indétectable	proportion	Nombre de patients	Taux de transmission *	Nombre de cas secondaires
Non	Non	Non	Non	5%	1000	0,1117	112
Oui	Non	Non	Non	3%	600	0,0484	29
Oui	Oui	Non	Non	2%	400	0,02	8
Oui	Oui	Oui	Non	4%	800	0,005	4
Oui	Oui	Oui	Oui	86%	17200	0	0

Nombre total de cas secondaires: 153


*Rate of transmission adapted from: Hutchinson A et al. Return on Public Health Investment: CDC's Expanded HIV Testing Initiative. JAIDS. Vol 59, n°3, March 1, 2012: 281-286.

Nombre de nouveaux diagnostics et coût des traitements par an et à vie à partir d'une population de 20 000 patients selon les différents scénarios de continuum de soins.

	Nombre de nouveaux cas	Coût par an (12 000 euros/p)	Coût sur 30 ans (360 000 euros/p)
Belgique (84-71-67)	447	5 364 000	160 920 000
USA (87-36-30)	773	9 276 000	278 280 000
90-90-90 (90-81-73)	291	3 492 000	104 760 000
95-95-95 (95-90-86)	153	1 836 000	55 080 000

Plan national sida



	
Table des matières	
I. Introduction.....	4
Processus d'élaboration	4
Finalités et objectifs	5
Les 4 piliers stratégiques.....	6
II. Riposte actuelle contre le VIH/SIDA	7
III. Contexte épidémiologique.....	9
1. VIH	9
2. Dépistage	10
3. Prise en charge des PVVIH	10
4. Sida	11
IV. Prévention	12
Introduction	12
Actions auprès des groupes prioritaires	12
1. HSH.....	12
2. Migrants.....	13
3. Actions communes HSH et migrants	14
Actions auprès des autres groupes de population	14
1. PVVIH et leurs partenaires	14
2. Population générale	15
3. FSF.....	15
4. Jeunes	15
5. Travailleurs du sexe	16
6. Personnes qui s'injectent des drogues	16
7. Détenus	17
Prophylaxie pré et post exposition	17
1. Prophylaxie post-exposition non professionnelle (NONOPEP).....	17
2. Prophylaxie post-exposition professionnelle (OPEP).....	18
3. Treatment as Prevention (TasP).....	18
4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant.....	19
5. Prophylaxie pré exposition (PrEP).....	19
6. Actions.....	19
V. Dépistage et accès à la prise en charge	21
VI. Prise en charge des PVVIH	26
VII. Qualité de vie des PVVIH	31
VIII. Evaluation et monitoring du Plan	32

Recommandations régionales

**Recommandations des acteurs du secteur de la
prévention des IST/SIDA en Fédération Wallonie-
Bruxelles**

Pour un programme opérationnel VIH 2014-2019

Rapport réalisé à la demande de la Madame Fadila Laanan,
Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel,
de la Santé et de l'Égalité des Chances

Février 2014

STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



**Note stratégique du CPAM pour
la prévention du VIH et des autres IST
en Région wallonne
2015-2020**

<http://www.strategiesconcertees.be/>

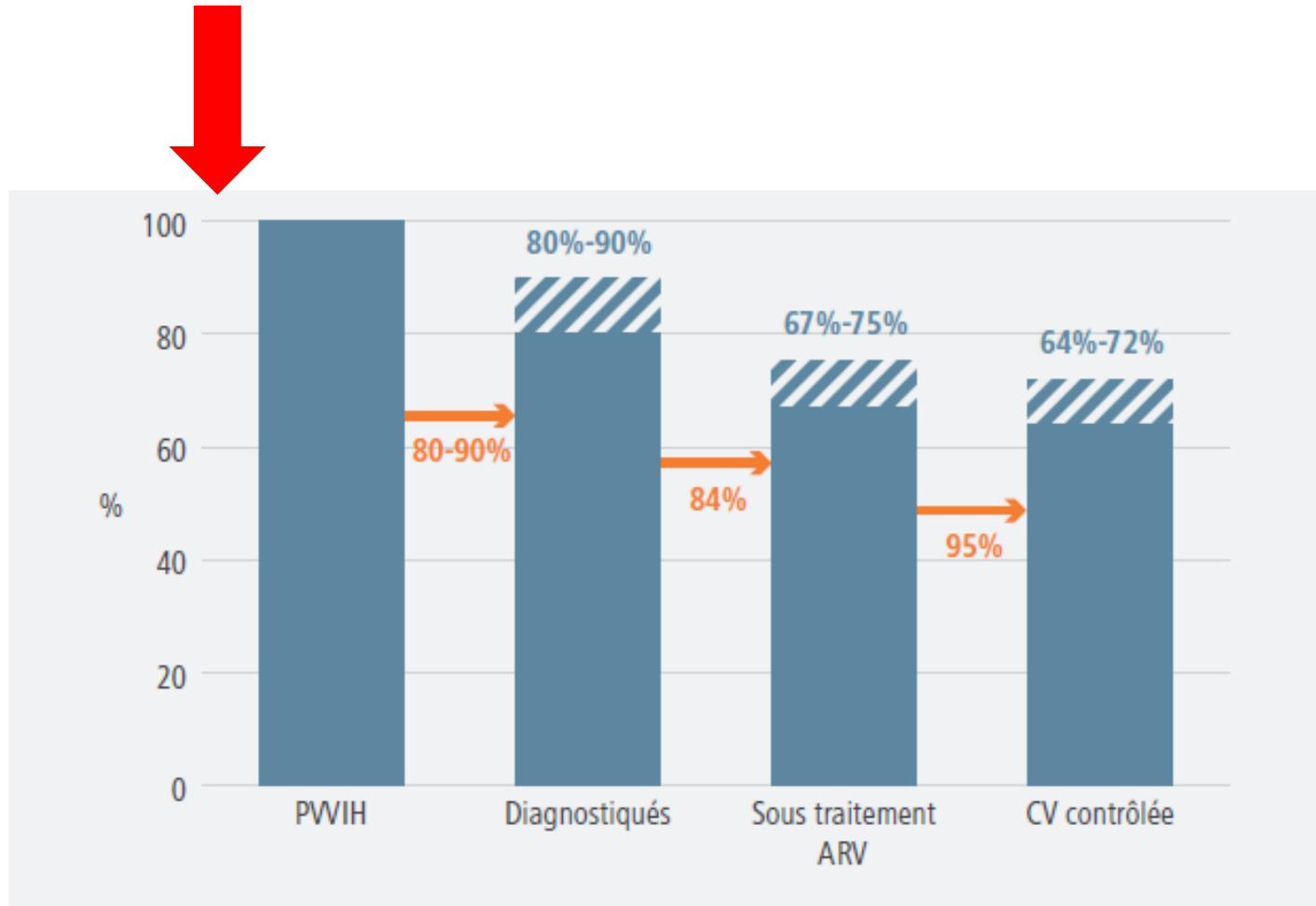
3. objectifs

- **1. Réduire le nombre de nouvelles infections:**
 - La prévention combinée (PrEP, PEP, TasP,...)
- **2. Réduire le nombre de non diagnostiqués:**
 - Améliorer et renforcer le dépistage

=> Modélisation de l'impact potentiel de ces mesures:
modèle BELHIVPREV

- **3. Garantir une bonne entrée en soins**
- **4. Améliorer le maintien en soins à long terme**
- **5. Traiter tous les patients et obtenir une charge virale indétectable**
- **6. Améliorer la qualité de vie des patients**
- **7. Avoir un bon système de surveillance**
- **8. Renforcer la recherche**

1. Réduire le nombre de nouvelles infections



Prévention combinée

- Approche dans la lutte contre le VIH/SIDA combinant la **prévention**, le **dépistage** et le **traitement** dans le but de **réduire le risque de transmission du VIH**:
 - Campagnes d'information, distribution de préservatifs.
 - Réduire le nombre de patients ignorant leur séropositivité.
 - Traitement préexposition(PrEP).
 - Traitement post-exposition (PEP).
 - Initier plus tôt le traitement (Traitement en tant que prévention).
 - Assurer le maintien en soins et l'adhérence au traitement.

Prévention combinée



Campagne de la plateforme de prévention SIDA

<http://preventionsida.org/2017/06/campagne-bons-reflexes-de-lete-2017/>

PrEP



#PrEPWORKS

- **PrEP: pré exposure prophylaxis:** une personne séronégative prend une bithérapie antirétrovirale pour éviter d'attraper le virus si elle a des comportements à haut risque: remboursé depuis le 1^{er} juin 2017.
- **Efficacité** démontrée par plusieurs études:
 - **Administration continue:** réduction de 90% de la transmission (*Lancet 2016: Etude Proud. McCormack,...*)
 - **Administration à la demande:** réduction de 86% de la transmission (*NEJM 2015: cohorte Ipergay. Molina,...*)

Sympo Breach printemps 2017: PrEP: www.breach-hiv.be/content.aspx?PageId=268

Journée de réflexion du centre de référence SIDA du CHU de Charleroi: Préparons-nous à la PrEP:

<http://www.sida-charleroi.mons.be/matinee-de-reflexion/>

PrEP

- Demande de remboursement par un centre de référence SIDA (depuis le 1^{er} juin 2017)
- Suivi trimestriel dans CRS avec dépistage MST
- Ticket modérateur: 11,9 euros/flacon
- Critères: ☐ J'atteste que mon patient entre en ligne de compte pour le remboursement après évaluation du risque de contamination :
 - MSM (mâle ou transgenre) à haut risque d'infection par le HIV :
 - Personnes ayant eu des pratiques sexuelles anales non protégées avec au moins deux partenaires lors des derniers 6 derniers mois
 - Personnes ayant eu plusieurs MST (Syphilis, Chlamydia, gonorrhée ou une primo-infection de l'hépatite B ou C) durant l'année écoulée ;
 - Personnes qui ont recours à la PEP plusieurs fois par an
 - Personnes qui utilisent des substances psycho-actives lors de leurs activités sexuelles
 - Personnes à haut risque individuel :
 - PWID pratiquant l'échange de seringues
 - Personnes travaillant dans la prostitution exposées à des pratiques sexuelles non protégées
 - Personnes exposées de manière générale à des pratiques sexuelles non protégées avec un haut risque d'infection par le HIV.
 - Le patient est partenaire d'un patient VIH positif sans suppression virale (nouvellement sous traitement ou pas de suppression virale avec un traitement adéquat)

PEP

- **PEP: post exposure prophylaxis:** traitement antirétroviral débuté dans les 48h après une exposition à risque d'acquisition du VIH et pris pendant 4 semaines
- Cf autre exposé

**SI VOUS PENSEZ AVOIR EU UNE
RELATION SEXUELLE À RISQUE,**



**IL EST IMPORTANT D'AGIR DANS LES
HEURES QUI SUIVENT POUR POUVOIR
BÉNÉFICIER DU TPE ***

(*TRAITEMENT POST-EXPOSITION AU VIH :
TROIS ANTIRETROVIRAUX À COMMENCER DANS LES 48 HEURES
CONTACTEZ-NOUS :

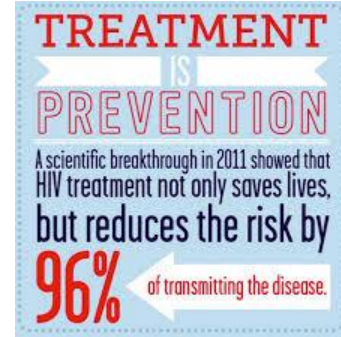
ASBL SIDA-IST CHARLEROI-MONS • Polyclinique du CHU de Charleroi
Entrée Boulevard Joseph II (rez-de-chaussée) • 6000 Charleroi

Tél : 071/925.414 (Charleroi) • 065/822.755 (Mons)
www.sida-charleroimons.be

CHU. de Charleroi

TasP



- **TasP: treatment as prevention:** une personne ayant une charge virale indétectable n'est pour ainsi dire pas contagieuse => argument pour traiter tous les patients diagnostiqués.
- Considéré comme la meilleure manière de lutter contre l'épidémie aujourd'hui.
- Objectif: charge virale indétectable.

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 11, 2011

VOL. 365 NO. 6

Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy

Myron S. Cohen, M.D., Ying Q. Chen, Ph.D., Marybeth McCauley, M.P.H., Theresa Gamble, Ph.D.,

**Réduction de la transmission
du VIH de 96% parmi des couples
sérodiscordants avec traitement
ARV débuté immédiatement par
rapport à une initiation différée
=> Bénéfice individuel et de santé publique**

Charge virale indétectable et partenaires sérodiscordants



Conseil
Supérieur de la Santé

PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8902

Avis du CSS concernant les lignes directrices relatives à l'utilisation du préservatif par les partenaires VIH-sérodiscordants recevant un traitement antirétroviral.

Advisory report of the Belgian SHC on preventing HIV transmission between HIV-serodiscordant partners who are not using any condoms, one of whom is undergoing highly active antiretroviral therapy.

Juin 2013

- Traitement antirétroviral pris parfaitement.
- Charge virale indétectable depuis plus de 6 mois.
- Pas d'autres MST.
- Partenaire séronégatif pleinement informé et décision d'avoir des rapports non protégés prise en connaissance de cause.

www.health.belgium.be/fr/avis-8902-utilisation-du-preservatif-par-les-partenaires-vih-serodiscordants-recevant-un-traitement

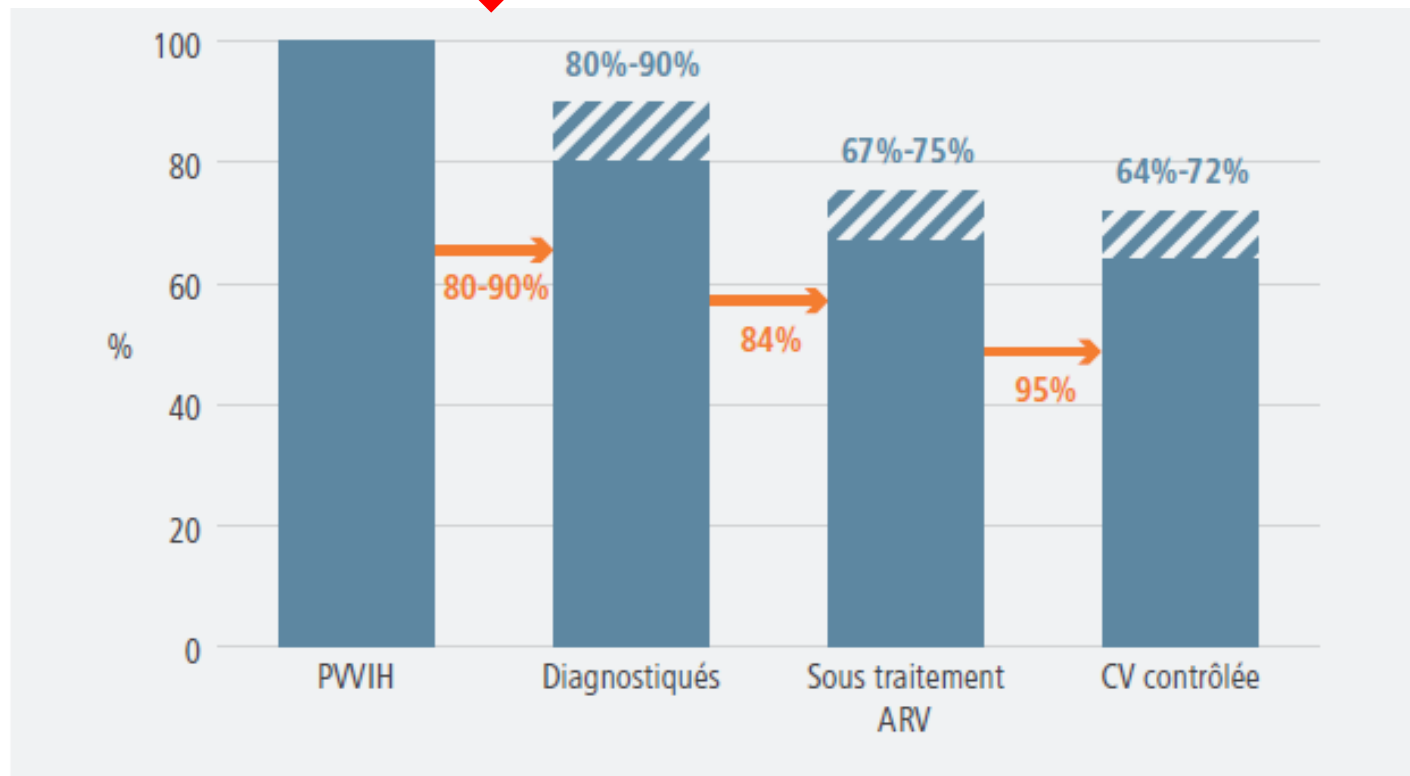
2. Réduire le nombre de non diagnostiqués

Objectifs de traitement

95-95-95



95% des personnes
séropositives connaissent
leur statut sérologique



2. Réduire le nombre de non diagnostiqués

- **Objectif:** Passer de 15% à $\leq 5\%$ de non diagnostiqués
- **Comment?**
 - **Renforcer les opportunités de dépistage:**
 - Auto tests (disponibles depuis le 01/12/16)
 - Dépistage démedicalisé et décentralisé
 - Proposer un dépistage anonyme et gratuit
 - Proposer un dépistage aux populations à haut risque
 - Proposer un dépistage des maladies sentinelles
 - Favoriser un **environnement propice au dépistage**, garantir une information adéquate pour les personnes dépistées séropositives.
 - **Faciliter l'accès aux soins** des séropositifs, supprimer les barrières administratives, **lutter contre la discrimination et la stigmatisation** vis-à-vis des séropositifs.

AUTOTEST DE DÉPISTAGE DU VIH

BROCHURE D'INFORMATION
À DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
ET DES ASSOCIATIONS DE PRÉVENTION DU VIH

TABLE DES MATIÈRES

1. L'autotest VIH dans le panel des stratégies de dépistage du VIH.....	5
2. Dans quel but effectuer un test de dépistage du VIH ?.....	6
3. Qu'est-ce qu'un autotest VIH ?.....	6
4. Comment savoir si un autotest VIH est conforme aux normes de qualité ?.....	7
5. Que signifie le marquage CE ?.....	7
6. Fenêtre sérologique.....	7
7. Comment utiliser un autotest VIH et comment lire son résultat ?....	8
8. Que faire si un autotest VIH est réactif ?.....	9
9. Que faire si un autotest est non-réactif ?.....	9
10. Que faire si le résultat n'est pas valide ?.....	10
11. Plaintes et problèmes	10

Coût actuel: 25-30 euros



NOTICE D'UTILISATION

autotest VIH® est un autotest de dépistage du VIH (virus responsable du SIDA) sur un prélèvement de sang obtenu au bout du doigt. Cet autotest est fiable pour détecter une infection au VIH datant de plus de 3 mois.

autotest VIH® est un dispositif de diagnostic in vitro à usage unique.

autotest VIH® est destiné à un usage par des personnes dans un cadre privé.

Le temps nécessaire pour réaliser l'autotest est d'environ 5 minutes et le temps d'attente avant la lecture est de 15 minutes.

Assurez-vous de disposer d'un minuteur.

Utilisez attentivement et complètement la notice d'utilisation avant de commencer le test.

CONTENU DU KIT



AAZ-AN99-F (20151028) Notice d'utilisation autotest VIH®
Cette notice d'utilisation est disponible en plusieurs langues sur www.autotest-sante.com

ÉTAPE 1



ÉTAPE 2 (LES ÉTAPES 2 ET 3 DOIVENT SE FAIRE DE FAÇON CONTINUE)

1. Lavez-vous les mains de préférence à l'eau chaude et séchez-les.
2. Ouvrez les sachets contenant la lingette désinfectante (H) et la compresse (I).
3. Nettoyez le bout du doigt avec la lingette désinfectante (H) et attendez que votre doigt sèche.
4. Prenez l'autopiqueur (D) et enlevez son capuchon transparent. Appliquez sa face rouge sur votre doigt et appuyez fortement jusqu'à sentir la pénétration de l'aiguille.



ÉTAPE 2 (SUITE)

5. Pressez délicatement le bout de votre doigt pour former une première grosse goutte de sang. Essuyez-la à l'aide de la compresse (I).



6. Pressez à nouveau délicatement, sans trop appuyer, le bout du doigt pour former une nouvelle grosse goutte de sang.



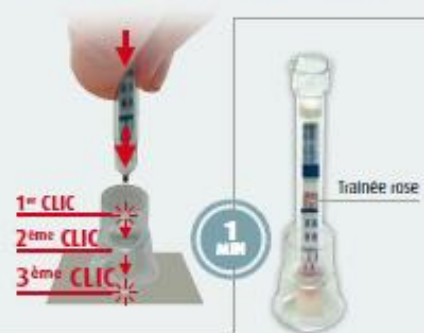
ÉTAPE 3

1. Munissez-vous à nouveau du support (G) contenant la dosette de diluant (C). Positionnez-le sur une surface plane sans vibrations.



2. Prenez votre autotest (B) en main pointe vers le bas. Introduisez-le fortement dans le support (G) afin de percer la dosette de diluant (C).

ENFONCEZ TRÈS FORT
VOUS CONSTATEZ 3 CRANS DE RÉSISTANCE



3. Observez l'apparition d'une trainée rose moins d'une minute après l'enfoncement.
4. Appliquez le pansement (E) sur votre doigt.

LE TEST EST EN COURS

⚠ Si la trainée rose n'apparaît pas dans la minute, ré-enfoncez fort pour introduire complètement l'autotest (B).

L'autotest doit être maintenu vertical jusqu'à la fin de l'étape 4.

ÉTAPE 4

1. Notez l'heure et attendez 15 minutes avant de lire le résultat.



ÉTAPE 5 : LECTURE DU RÉSULTAT DE L'AUTOTEST

AUTOTEST NÉGATIF

Si votre autotest correspond au cas présenté ci-dessous, votre résultat est négatif.

1 bande présente : la bande contrôle.
La bande peut être claire ou foncée.



VOTRE AUTOTEST EST NÉGATIF
VOUS ÊTES PROBABLEMENT SÉRONÉGATIF

autotest VIH® est un test fiable, toutefois :

Dans le cas d'un résultat négatif, il est important de s'assurer que vous n'êtes pas dans la fenêtre sérologique (en séroconversion*) et de consulter un médecin.

Si dans les 3 derniers mois, vous identifiez une possibilité de contamination au VIH, vous ne pouvez affirmer que vous êtes séronégatif à ce jour. Vous devez refaire l'autotest 3 mois après votre dernier risque d'exposition au VIH.

* La séroconversion désigne la période nécessaire à l'apparition des anticorps en quantité suffisante afin qu'on puisse les détecter.

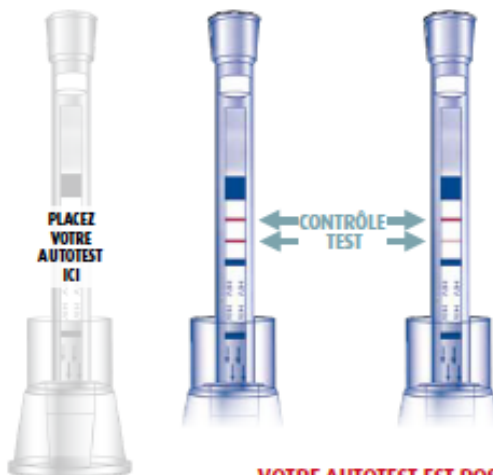
Si votre autotest ne correspond à aucun des cas présentés ici, le résultat est invalide (aucune bande ou la seule bande test), votre test n'a pas fonctionné. Vous ne pouvez rien conclure. Vous devez refaire un autre test. En cas d'autotests invalides répétés, veuillez consulter votre médecin.

Les autotests usagés peuvent être considérés par vos autorités locales comme des déchets médicaux. Afin de réduire le risque de blessure avec des dispositifs usagés, respectez les recommandations locales pour leur élimination. Adressez-vous à votre pharmacien. Plus d'informations sur www.autotest-sante.com

AUTOTEST POSITIF

Si votre autotest correspond à l'un des cas présentés ci-dessous, votre résultat est positif.

2 bandes présentes : la bande contrôle et la bande test.
L'une des 2 bandes peut être plus claire ou plus foncée que l'autre.



VOTRE AUTOTEST EST POSITIF
VOUS ÊTES PROBABLEMENT SÉROPOSITIF

1. **CONSULTEZ UN MÉDECIN**, dès que possible et expliquez-lui que vous venez d'obtenir un résultat d'autotest VIH positif.
2. **VOUS DEVEZ FAIRE UN TEST DE CONFIRMATION EN LABORATOIRE POUR VÉRIFIER VOTRE RÉSULTAT D'AUTOTEST.**
3. **PROTÉGEZ-VOUS ET PROTÉGEZ LES AUTRES.**

Jusqu'au résultat de votre test de confirmation, évitez toute activité qui pourrait transmettre le VIH à d'autres personnes.

- > Besoin de soutien et d'orientation ?
- > Besoin d'aide pour réaliser ou interpréter votre autotest ?
- > Des questions liées au VIH ou aux autres infections dites sexuellement transmissibles ?

**7j/7
24h/24**

**GRATUIT
CONFIDENTIEL
ANONYME**



Sida Info Service.org

0 800 840 800

Appel confidentiel, anonyme et gratuit

PRINCIPE ET PERFORMANCES

autotest VIH® est un test immunochromatographique consistant à détecter dans le sang humain les anticorps produits après une infection par le virus du VIH. L'apparition de la bande contrôle permet de vérifier le bon fonctionnement du test.

Sensibilité : la sensibilité de cet autotest a été évaluée à 100 % avec un intervalle de confiance s'étendant de 99,1 % à 100 %. Toutes les personnes séropositives de l'étude ont été correctement détectées. Il n'y a pas eu de faux négatifs** accésés.

Spécificité : la spécificité de cet autotest a été évaluée à 99,8 % avec un intervalle de confiance s'étendant de 99,5 % à 100 %. 0,2 % des personnes séronégatives ont été incorrectement détectées, soit 0,2 % de faux positifs***.

Fidélité : l'étude de reproductibilité de cet autotest par des personnes profanes a montré que plus de 99,2 % des participants ayant manipulé cet autotest obtiennent un résultat interprétable et plus de 98,1 % des autotests sont interprétés correctement. Les autotests positifs sont interprétés correctement dans 100 % des cas.

Interférence : l'examen d'échantillons contenant des substances ou présentant des pathologies susceptibles d'altérer les résultats de ce test n'a mis en évidence aucune interférence notable.

Le détail des études ayant conduit aux résultats mentionnés ci-dessus est disponible sur demande sur www.autotest-sante.com

* Études réalisées sur 503 personnes (sensibilité) et 2051 personnes (spécificité) provenant des États-Unis et de l'Union Européenne.

** Faux négatif : un échantillon classé positif pour le marqueur cible et classé négativement de façon erronée par le dispositif.

*** Faux positif : un échantillon classé négatif pour le marqueur cible et classé positivement de façon erronée par le dispositif.

PRÉCAUTIONS ET MISES EN GARDE

- L'autotest est uniquement destiné à l'auto-diagnostic du VIH pour un usage privé. Il ne peut en aucun cas être utilisé pour un autre diagnostic ou un autre usage.
- L'autotest ne doit être utilisé qu'avec du sang capillaire fraîchement prélevé selon la technique indiquée et ne doit pas être utilisé sur du sérum ou du plasma.
- Conservez l'autotest dans son emballage d'origine, dans un endroit frais et sec entre 8° C et 30° C à l'abri des rayons du soleil.
- L'autotest est à usage unique, il doit être réalisé entre 18° C et 30° C, ne le réutilisez en aucun cas.
- N'ouvrez l'emballage qu'au moment où vous êtes prêt à effectuer le test.
- L'autotest n'est pas destiné au suivi thérapeutique de patients recevant une thérapie antirétrovirale.
- L'utilisation de l'autotest ne doit pas prendre de décision médicale sans consulter d'abord son médecin, que le résultat soit positif ou négatif.
- Il peut exister des résultats faux positifs (0,2% selon l'étude spécifique) ou faux négatifs dans les cas suivants : exposition supposée au VIH dans les 3 mois précédents la réalisation du test (fenêtre sérologique), dans les situations d'immunosuppression prolongée ou d'infection par un variant rare et pour les personnes séropositives sous traitement antirétroviral.
- Une conservation en dehors des conditions indiquées ou le non-respect des limites d'utilisation peuvent entraîner des résultats erronés.
- Ne pas utiliser l'autotest si l'emballage est ouvert ou endommagé.
- Ne pas utiliser l'autotest après la date de péremption.
- Si la notice ou les instructions d'utilisation ne vous paraissent pas claires, contactez immédiatement Sida Info Service au 0 800 840 800 (24h/24 et 7j/7).
- Conservez l'autotest et ses accessoires hors de portée des enfants, les composants inclus dans le test peuvent présenter un danger en cas d'ingestion et peuvent provoquer des irritations.
- autotest VIH® est un moyen complémentaire de dépistage du VIH parmi d'autres possibilités existantes, autotest VIH® ne dépiste que l'infection à VIH et pas les autres maladies sexuellement transmissibles.
- AAZ-UMB décline toute responsabilité liée à l'utilisation, la distribution ou la dispensation de l'autotest VIH® ou de ses éléments en dehors des indications et limites d'utilisation mentionnées dans la notice d'utilisation en vigueur.

Des informations complémentaires et une vidéo de démonstration sont disponibles sur www.autotest-sante.com

Fabriquée par AAZ-UMB
Sogefi 217 - 94668 Rangée Cedex - France

CE 0459

FABRIQUÉ EN FRANCE



Légende des symboles : lire attentivement la notice d'utilisation ne pas réutiliser dispositif médical de diagnostic in vitro date de péremption

Attention : Symbole de danger : Contient de l'acide de sodium (0,2%). Ne pas en ingérer. Au contact d'un acide, dégage un gaz très toxique. Ne pas jeter les organes usagés, emballage des déchets médicaux à la poubelle. Contient du sulfate de potassium. Peut produire une réaction allergique. Ne pas jeter contact avec les yeux, la peau ou les vêtements. Consulter le produit répandu.

Source : Norme Chimie, Notice d'utilisation autotest VIH® - AAZ-UMB 09-17 (20151020) Notice d'utilisation autotest VIH® - Cette notice d'utilisation est disponible en plusieurs langues sur www.autotest-sante.com

Dépistage démedicalisé et décentralisé



PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9224

Dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH en Belgique : réponse à une demande d'avis émanant des autorités de santé publique

Cet avis vise à formuler des recommandations précises quant aux circonstances exactes dans lesquelles sera effectué le dépistage du VIH décentralisé et démedicalisé en Belgique. Celles-ci s'adressent aux autorités de santé publique belges, aux professionnels médicaux et non médicaux, aux organismes sans but lucratif ou structures associatives impliqués dans la prévention des IST/SIDA.

juillet 2015



- Le dépistage démedicalisé et décentralisé doit encore être autorisé officiellement et mis en place.
- Rôle de formateurs des centres de référence SIDA (certification).
- Arrêtés d'application doivent encore être publiés.
- Besoin de soutiens financiers pour lancer ce programme.

Diagnostiquer plus précocement en proposant un dépistage en cas de **maladie sentinelle**

- **Maladies indicatrices de SIDA chez les personnes séropositives.**
- Les maladies ou contexte médical associés à une **prévalence de VIH** non diagnostiqué **supérieure à 0,1%**.
- Les maladies pour lesquelles la présence non diagnostiquée du VIH peut avoir des conséquences graves sur la prise en charge clinique du patient.



**VIH/Sida,
ne pas savoir, c'est pire !**

Savoir, c'est faire le test de dépistage quand on ne s'est pas protégé.
Le Centre de Référence Sida du CHU de Charleroi est à votre disposition : 071/92.23.06

Maladies indicatrices du VIH:

Recommandations pour la mise en œuvre d'un dépistage du VIH chez les adultes dans les services de santé

1. Maladies indicatrices du SIDA chez les personnes séropositives*

Fortement recommander un dépistage :

Néoplasmes :

- Cancer du col de l'utérus
- Lymphome non hodgkinien
- Sarcome de Kaposi

Infections bactériennes

- Mycobacterium Tuberculosis, pulmonaire ou extrapulmonaire
- Complexe Mycobacterium avium (MAC) ou Mycobacterium kansasii, disséminé ou extra-pulmonaire
- Mycobacterium, autres espèces ou espèces non identifiées, disséminées ou extra-pulmonaires
- Pneumopathie récidivante (2 occurrences ou plus en 12 mois)
- Pneumonie à Pneumocystis carinii
- Septicémie à Salmonella récidivante

Infections virales

- Rétinite à cytomégalo virus
- Cytomégalo virus, autre (à l'exception du foie, de la rate et des glandes)
- Herpès simplex, ulcère(s) > 1 mois/bronchite/pneumopathie
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive

Infections parasitaires

- Toxoplasmose cérébrale
- Diarrhée associée à la cryptosporidiose, > 1 mois
- Isosporidiose, > 1 mois
- Leishmaniose disséminée atypique
- Réactivation de la maladie de Chagas (méningo-encéphalite ou myocardite)

Mycoses

- Pneumonie à pneumocystis carinii
- Candidose de l'œsophage
- Candidose des bronches / de la trachée / des poumons
- Cryptococcose extra-pulmonaire
- Histoplasmosse disséminée / extra-pulmonaire
- Coccidiomycose disséminée / extra-pulmonaire
- Pénicilliose, disséminée

www.hiveurope.eu : Finalised projects:
Guidance: HIV indicators conditions



* Basé sur le système de classification du CDC et de l'OMS

2a. Maladies / contexte médical associés à une prévalence du VIH $\geq 0,1$

Fortement recommander un dépistage :

- Infections sexuellement transmissibles
- Lymphome malin
- Cancer anal / dysplasie
- Dysplasie du col de l'utérus
- Herpès zoster
- Hépatite B ou C (aiguë ou chronique)
- Syndrôme mononucléosique
- Leucopénie / thrombocytopénie inexpliquée durant plus de 4 semaines
- Dermatite séborrhéique / exanthème
- Maladie pneumococcique invasive
- Fièvre inexpliquée
- Candidémie
- Leishmaniose viscérale
- Grossesse (implications pour le fœtus)

2a Strongly recommend testing (HIV prevalence $>0.1\%$)

- Sexually transmitted infections (4.06%)¹
- Lymphoma (0.29%)¹
- Anal cancer/dysplasia (2.90%)¹
- Cervical/anal dysplasia (0.37%)¹
- Herpes zoster (2.89%)¹
- Hepatitis B or C (0.36%)¹
- Mononucleosis-like illness (3.85%)¹
- Unexplained leucopaenia or thrombocytopaenia, >4 weeks (3.19%)¹
- Seborrheic dermatitis or exanthema (2.06%)¹
- Unexplained oral candidiasis (6-23%)
- Invasive pneumococcal disease (2.4%)
- Unexplained chronic fever (3%)
- Unexplained chronic diarrhoea (10-12%)
- Pregnancy (0.17%)²

1. HIDES, EACS Belgrade 2011.

2. National Antenatal Infections Screening Monitoring. HPA.

2b. Autres maladies susceptibles d'être associées à une prévalence du VIH > 0,1 %

Proposer un dépistage :

- Cancer du poumon primaire
- Méningite lymphocytaire
- Leucoplasie orale chevelue de la langue
- Psoriasis grave ou atypique
- Syndrome de Guillain-Barré
- Mononévrite
- Démence sous-corticale
- Maladie de type sclérose multiple, sclérose en plaque
- Neuropathie périphérique
- Perte de poids inexpliquée
- Lymphadénopathie inexpliquée
- Candidose buccale inexpliquée
- Diarrhée chronique inexpliquée
- Atteinte rénale chronique inexpliquée
- Hépatite A
- Pneumonie extra-hospitalière
- Candidose

3. Maladies pour lesquelles la présence non diagnostiquée du virus du VIH peut avoir des conséquences graves sur la prise en charge clinique du patient

Proposer un dépistage:

- Maladies nécessitant un traitement immunosuppresseur agressif :
 - Cancer
 - Greffe
 - Maladie auto-immune traitée par des immunosuppresseurs
- Lésion du cerveau
- Purpura thrombocytopénique idiopathique / thrombotique

Diagnostic: sérologique

- Test Elisa positif sur **2 prélèvements différents** confirmé une fois par **Western Blot** (laboratoire de référence), pour exclure les faux positifs.

Exemple de Western Blot incomplet correspondant à une séroconversion en cours

Laboratoire de Référence SIDA

Sérologie

HIV 1+2 (Ac + Ag p24) \$

HIV 1+2 (Ac + Ag p24) VIDAS \$

Antigène p24

* Positif

* Positif

829

pg/mL

Confirmé par
neutralisation

Western Blot HIV1

WB HIV 1 protéine p17

WB HIV 1 protéine p24

WB HIV 1 protéine p31

WB HIV 1 protéine p39

WB HIV 1 protéine gp41

WB HIV 1 protéine p51

WB HIV 1 protéine p55

WB HIV 1 protéine p66

WB HIV 1 protéine gp120

WB HIV 1 protéine gp160

Négatif

* Positif faible ✓

Négatif

Négatif

Négatif

Négatif

Négatif

Négatif

Négatif

* Positif faible ✓

> Conclusion Western Blot HIV 1

* Indéterminé

Sérologie compatible avec un séroconversion débutante.
Présence d'Ag p24 en quantité importante. Vérifier
l'évolution de la sérologie dans un autre prélèvement.

Sérologie positive pour le VIH

EXAMENS SEROLOGIQUES

Sérologie infectieuse et parasitaire

Ac.IgG anti-EBV/VCA	+ >750	U/ml	<20
Ac.anti CMV IgG	+ >250.0	UA/ml	<6.0
Ac.anti Toxoplasme IgG	+ 29.90	[iU]/ml	<1.6
<u>Ac.anti-HIV 1-2 & Ag p24</u>	<u>+ 758.73</u>	Indice	<1.00
Ac.anti HAV IgG	Négatif	Indice	<1

Faux positif

Test HIV.....	INDICE (Technique ELISA):		
	Méthode de recherche simultanée antigène p24 + anticorps (anti-HIV-1 et anti-HIV-2) à partir du 01/03/2004.		
+ Ac.anti-HIV.....	4,39	Indice	moins de 1,00

Unités

Laboratoire de Référence SIDA

Sérologie

HIV 1+2 (Ac + Ag p24)

Négatif

HIV 1+2 (Ac + Ag p24) VIDAS

Négatif

Antigène p24

0

pg/mL

Sérologie HIV confirmée
négative

Dr. M-L. Delforge

Dr. C. Liesnard

Dr. I. Montesinos

Impact attendu de ces mesures (dépistage précoce et prévention combinée)



Publié online: 03 Jul 2017

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17843286.2017.1339978>

Résultats: scénario 1 (outreach + TasP) vs baseline

865 nouveaux cas annuels en 2030 vs 1350 nouveaux cas.

Rentable économiquement à partir de 2025.
20,6 millions d'euros d'économie annuelle en 2030.

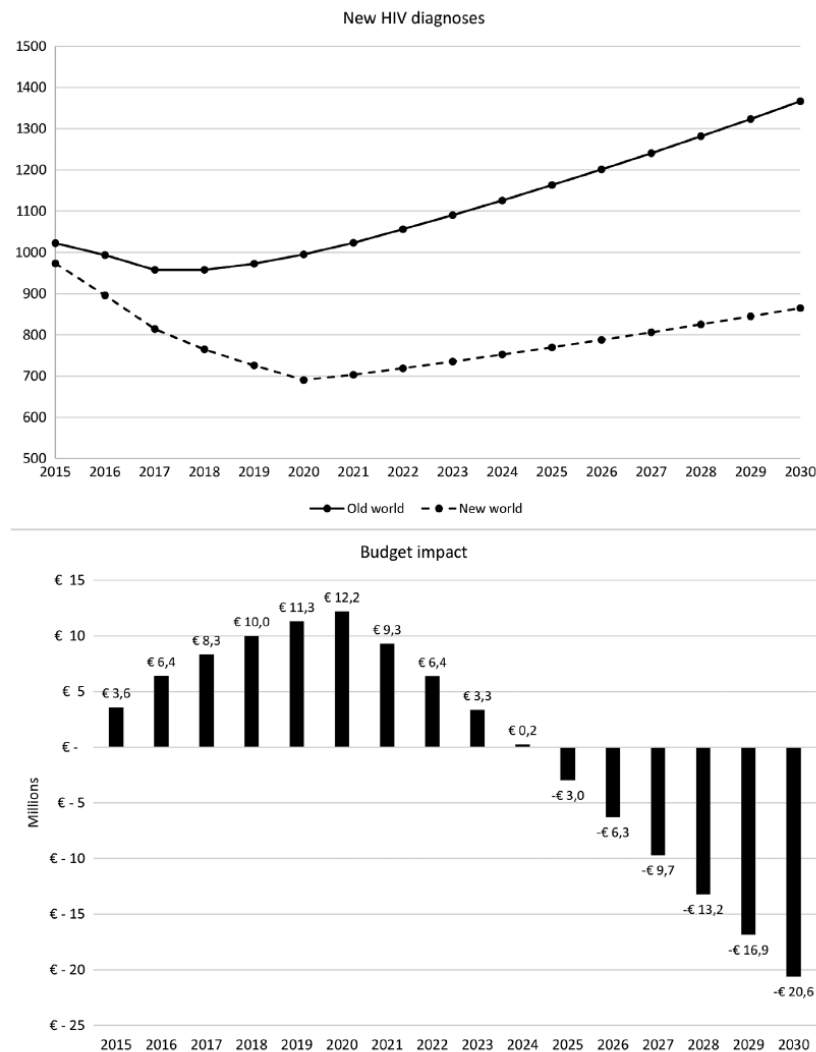
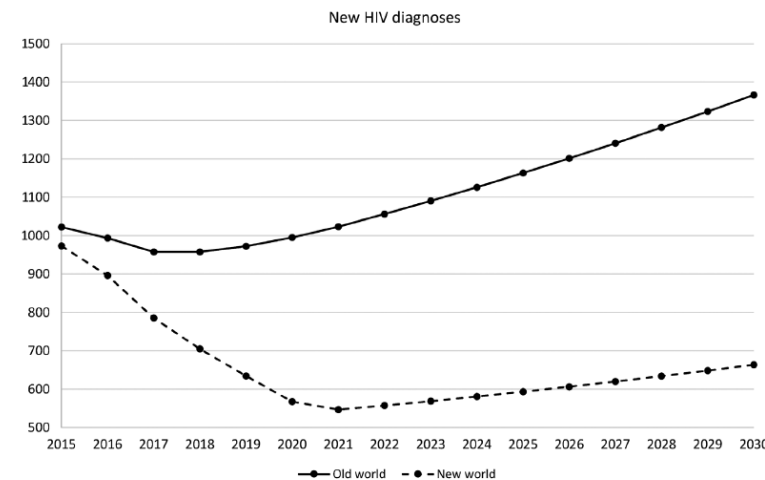


Figure 2. (Top) Yearly estimates for number of new HIV diagnoses for the outreach+TasP (new world) vs. no additional preven (old world) analysis scenario. (Bottom) Yearly estimates of budget impact (outreach+Tasp additional expenditure/savings versu additional prevention).

Résultats: scénario 2 (outreach + TasP + PrEP) vs baseline

633 nouveaux cas annuels en 2030 vs 1350 nouveaux cas.



Rentable économiquement à partir de 2024. 33,7 millions d'euros d'économie annuelle en 2030.

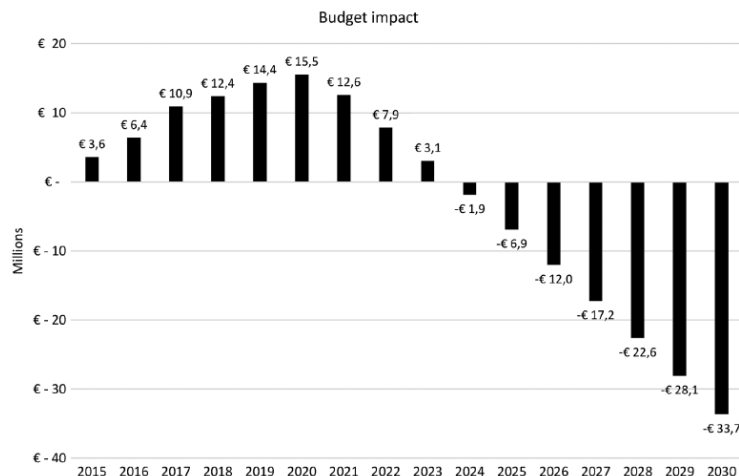
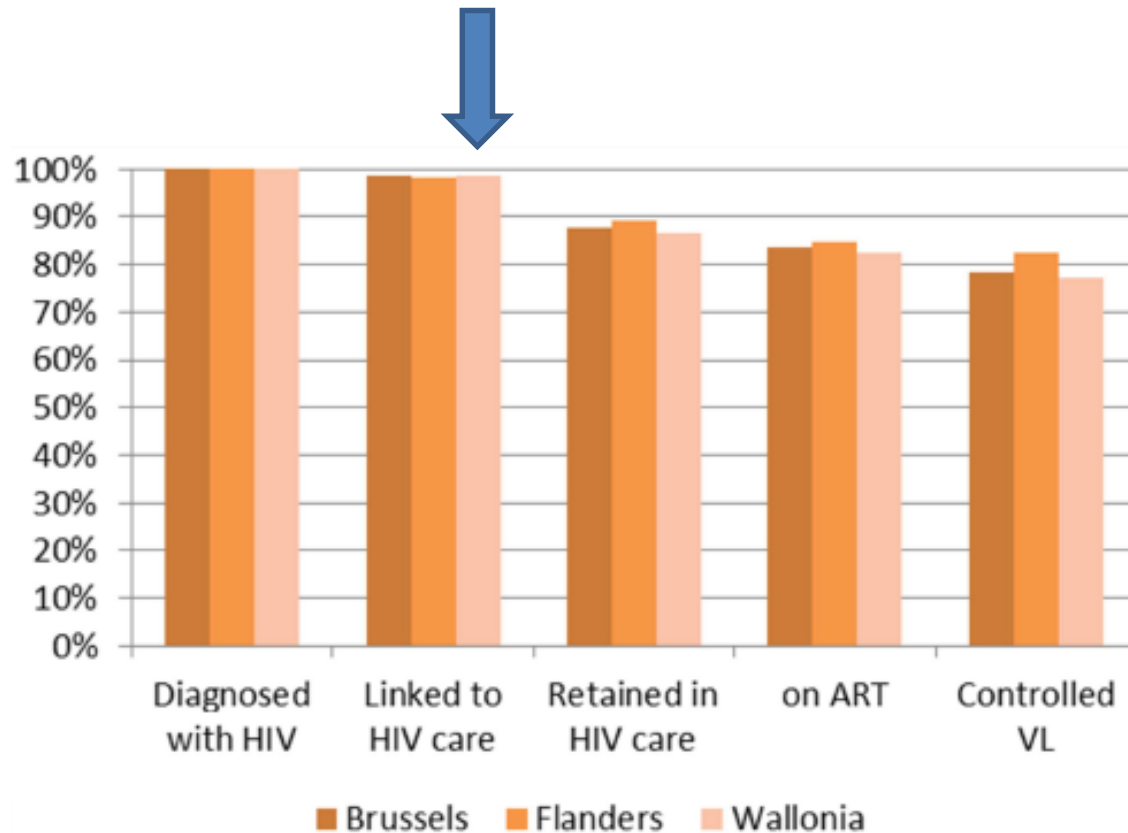


Figure 3. (Top) Yearly estimates for number of new HIV diagnoses for the outreach+TasP+PrEP (new world) vs. no additional prevention (old world) analysis scenario. (Bottom) Yearly estimates of budget impact (outreach+TasP+PrEP additional expenditure/savings versus no additional prevention).

3. Garantir une bonne entrée en soins



Nouveau diagnostic

- Patient à référer si possible vers un **centre de référence SIDA** (11 centres en Belgique).
- Examens complémentaires effectués lors du **premier bilan**:
 - **Prise de sang complète** (dont sérologies syphilis, hépatites B et C, et IgG pour hépatite A, CMV, toxoplasmose , EBV).
 - **Typage lymphocytaire** pour déterminer le taux de CD4.
 - **Charge virale VIH** (effectuée par un des 7 labos de référence).
 - **Génotypage du VIH** (recherche de mutations à l'origine de résistances à certains antirétroviraux).
 - **Typage HLA B5701** (pour exclure une prédisposition au syndrome d'hypersensibilité sur Abacavir).

IMMUNOPHENOTYPAGE SANGUIN

Lignée lymphocytaire:

Lymphocytes T matures (CD3+)	69.2	% Lympho.	56.0-90.0
Lymphocytes T matures (CD3+)	1093	/mm ³	690-2540
Lympho. T "Helper-Inducer" (CD4+)	- 22.8	% Lympho.	31.0-60.0
Lympho. T "Helper-Inducer" (CD4+)	- 360	/mm ³	600-1590
Lympho. T "Suppr-Cytotoxique" (CD8+)	+ 44.3	% Lympho.	20.0-40.0
Lympho. T "Suppr-Cytotoxique" (CD8+)	700	/mm ³	190-1140
Ly. T doubles positifs (CD4+CD8+)	0.5	% Lympho.	0.0-6.0
Rapport CD4/CD8	- 0.5		0.9-3.0
Lymphocytes B (CD19+)	6.1	% Lympho.	0.0-20.0
Lymphocytes B (CD19+)	96	/mm ³	90-660
Lympho. NK (CD3-CD16+/CD56+)	+ 24.1	% Lympho.	2.0-20.0
Lympho. NK (CD3-CD16+/CD56+)	381	/mm ³	90-590

Laboratoire de Référence SIDA

Biologie moléculaire

Génotypage HIV1

Charge virale HIV 1

Génotypage réalisé (voir protocole joint en 2 parties)

341721

copies ARN/mL

(5.53 log₁₀ copies ARN/mL)

Quantification de 1.60 à

7.00 log cop.ARN/mL


Dr. M-L. Delforge

Dr. C. Liesnard

Dr. I. Montesinos

Génotypage avec résistances

Resistance associated RT Mutations: K103N/S, M184V*, G190A

Nucleoside and Nucleotide RT Inhibitors

Resistance Interpretation

abacavir (ABC)	No Evidence of Resistance
didanosine (ddI)	No Evidence of Resistance
lamivudine (3TC)/emtricitabine (FTC)	Resistance
stavudine (d4T)	No Evidence of Resistance
tenofovir (TDF)	No Evidence of Resistance
zidovudine (AZT)	No Evidence of Resistance

NonNucleoside RT Inhibitors

Resistance Interpretation

efavirenz (EFV)	Resistance
etravirine (ETR)	No Evidence of Resistance
nevirapine (NVP)	Resistance
rilpivirine (RPV)	No Evidence of Resistance

Resistance associated PR Mutations: L10I, K20I, M36I

Protease Inhibitors

Resistance Interpretation

atazanavir (ATV)	No Evidence of Resistance
ATV/r **	No Evidence of Resistance
darunavir + ritonavir (DRV/r)	No Evidence of Resistance
fosamprenavir (FPV)	No Evidence of Resistance
FPV/r **	No Evidence of Resistance
indinavir (IDV)	No Evidence of Resistance
IDV/r **	No Evidence of Resistance
lopinavir + ritonavir (LPV/r)	No Evidence of Resistance
nelfinavir (NFV)	No Evidence of Resistance
saquinavir + ritonavir (SQV/r)	Possible Resistance
tipranavir + ritonavir (TPV/r)	No Evidence of Resistance

** Protease Inhibitors administered with low-dose ritonavir for pharmacological boosting.

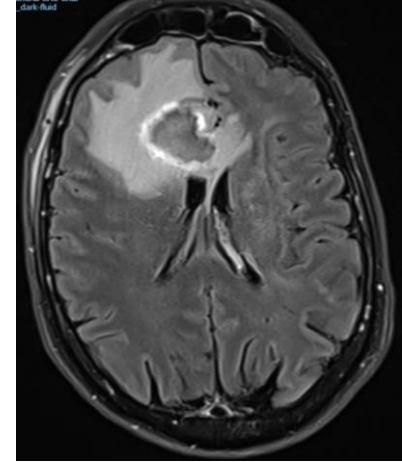
Resistance interpretation is based upon interpretation by an international expert panel (The Consensus Panel) of *in vitro* and *in vivo* data including phenotypic and virologic response data available as of June 2011 for correlation of Protease and RT sequences to antiretroviral drug resistance. These include primary and secondary mutations.

* Codons marked with an asterisk pertain to Comment(s) in italics in the Mutation Details sections.

Late presenters

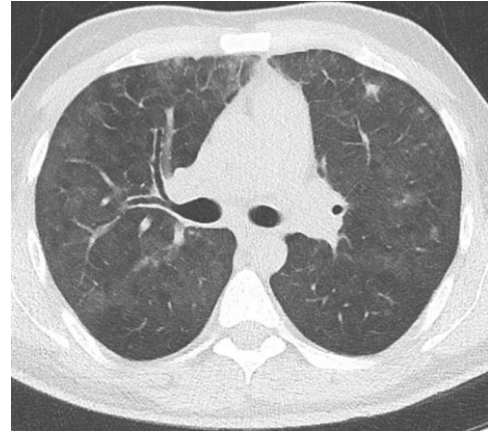
- Personnes diagnostiquées lorsque le **taux de CD4/ μ l est $< 350/\mu$ l**:
 - Belgique: 35% des nouveaux diagnostics
 - Wallonie: 38%
- Risque élevé d'**infections opportunistes** si taux de CD4 $< 200/\mu$ l => évaluation rapide indiquée.

Homme belge 45 ans



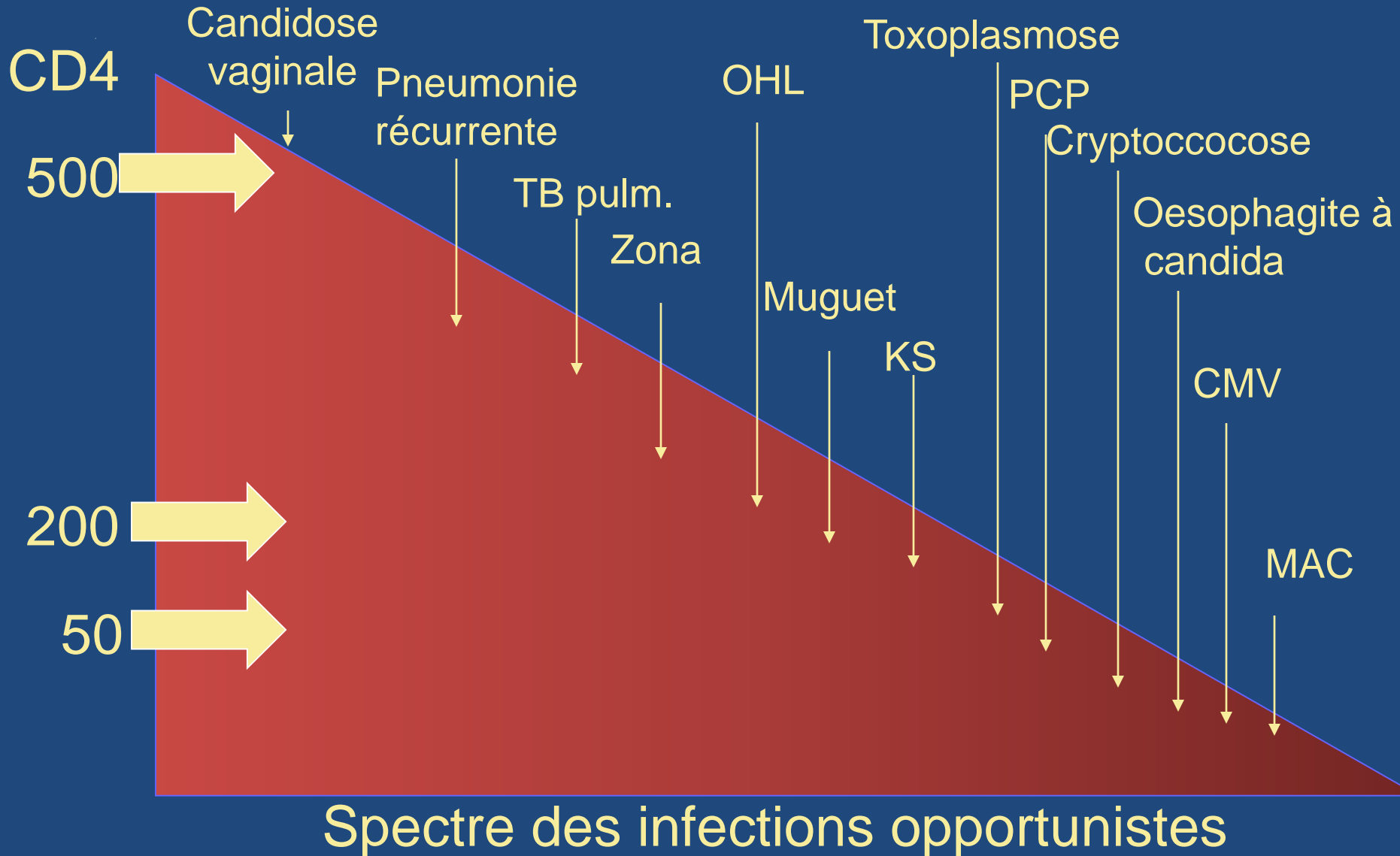
- Hospitalisation psychiatrique pour dépression mélancolique et sevrage éthylique.
- **Crise épileptique** avec mise en évidence d'une **vaste plage hypodense frontale droite**.
- Test VIH +. **Taux de CD4: 7/μl**. Charge virale 294 356/μl.
- Traitement d'épreuve pour une toxoplasmose cérébrale sans réponse.
- Biopsie cérébrale: **lymphome cérébral B diffus à grandes cellules**.
- **Décès après 2 mois d'hospitalisation** et de nombreuses complications infectieuses (CMV, septicémies,...) et engagement sous falcoriel.

Homme belge 36 ans

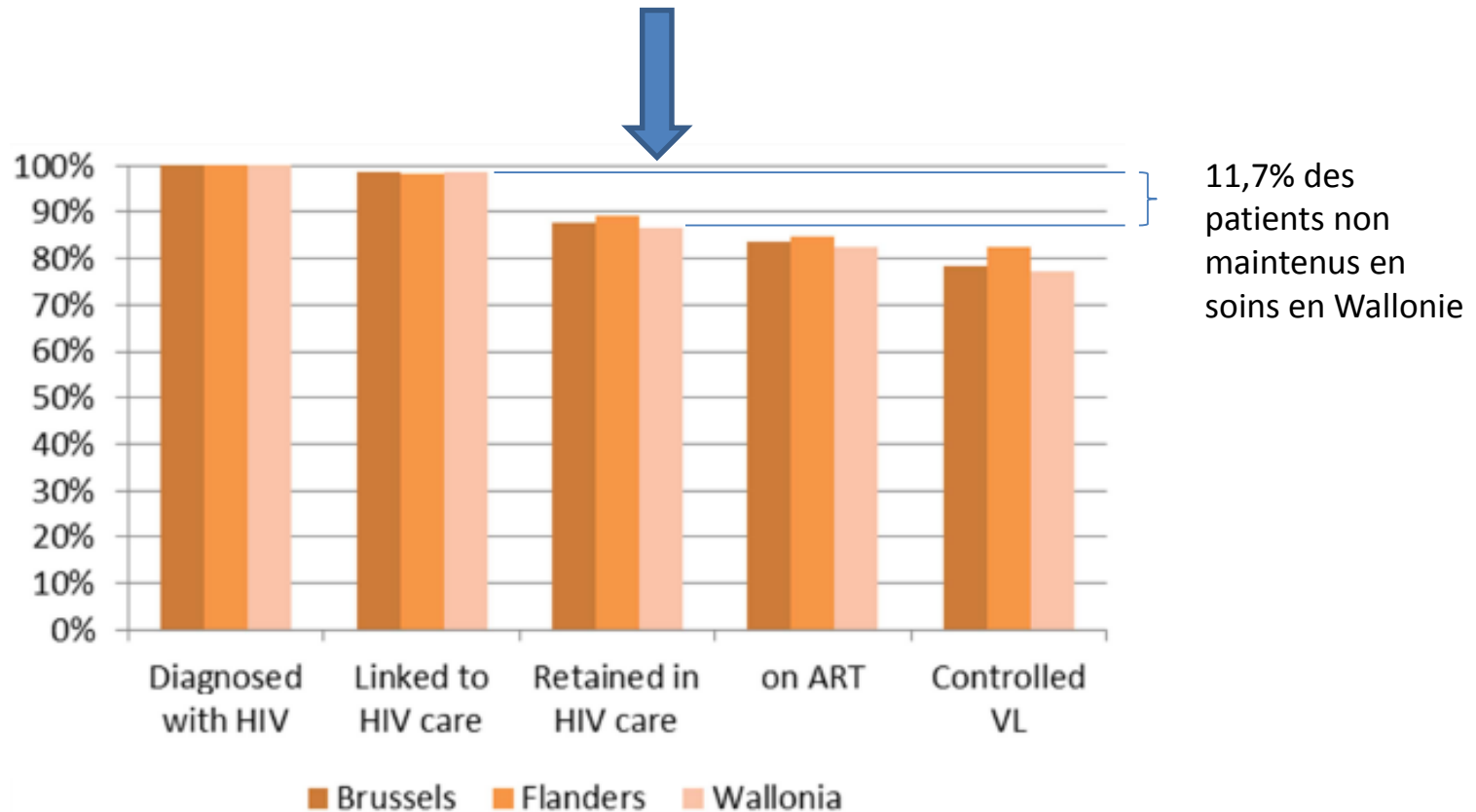


- Inappétence, douleurs épigastriques et rétrosternales, perte de 8 kg.
- Gastroskopie: **œsophagite ulcérée** suspecte d'œsophagite herpétique.
- Test VIH effectué par gastroentérologue: positif => référé chez nous.
- **Taux de CD4: 5/μl**, Charge virale: 311 470/μl.
- Complications: **anémie à 4g d'Hb/dl**, **pneumonie à *Pneumocystis jirovecii***, allergie cutanée sur bactrim, **lymphome duodénal**.
- Hospitalisation pendant 7 semaines.
- Evolution favorable.

Phase symptomatique



4. Améliorer le maintien en soins à long terme

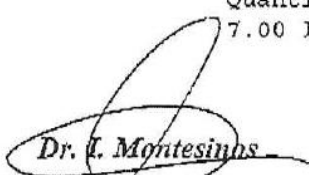


Maintien en suivi

- **Rétention en soins: 86%** des patients diagnostiqués.
- **Rôle important des centres de référence SIDA:**
 - Disponibilité pour **prise en charge rapide**
 - **Prise en charge personnalisée** mettant en confiance le patient
 - **Prise en charge multidisciplinaire globale:**
 - **Aspects médicaux spécialisés** (traitement le plus simple et le mieux toléré possible, gestion des comorbidités et des interactions, santé sexuelle et reproductive,...)
 - **Aspects psychologiques** (vivre avec le VIH, gérer sa sexualité)
 - **Aspects sociaux** (accès aux soins, facilité d'obtention des médicaments, confidentialité,...)
- Importance de la **bonne collaboration entre les médecins généralistes et les centres de référence SIDA/infectiologues**

Prise en charge du nouveau patient

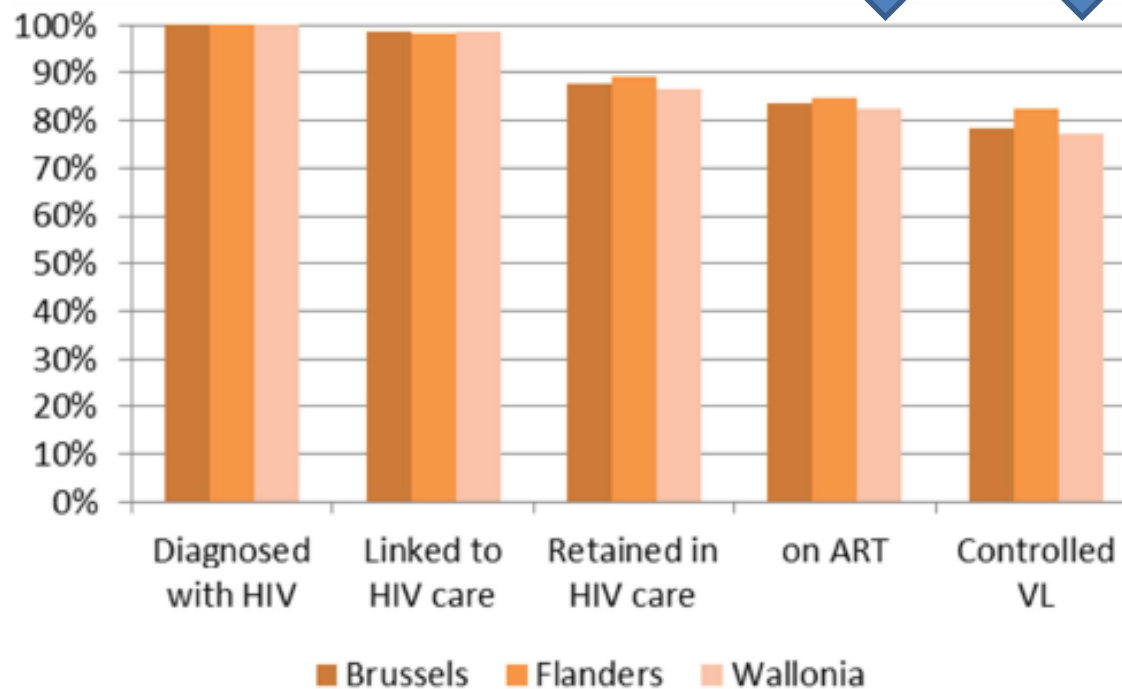
- **Traitement antirétroviral** débuté une fois les infections opportunistes exclues ou contrôlées.
- **Prise de sang après 1 mois d'antirétroviraux et puis tous les 3 mois** (Taux de CD4, CV,...).
- Objectif: **charge virale indétectable** (obtenu chez plus de 95%).

Laboratoire de Référence SIDA	
Biologie moléculaire	
Génotypage HIV1	Génotypage réalisé (voir protocole joint en 2 parties)
Charge virale HIV 1	3348758 copies ARN/mL
	(6.52 log ₁₀ copies ARN/mL)
	Quantification de 1.60 à
	7.00 log cop.ARN/mL
Dr. M-L. Delforge	 Ph. D. Steensels

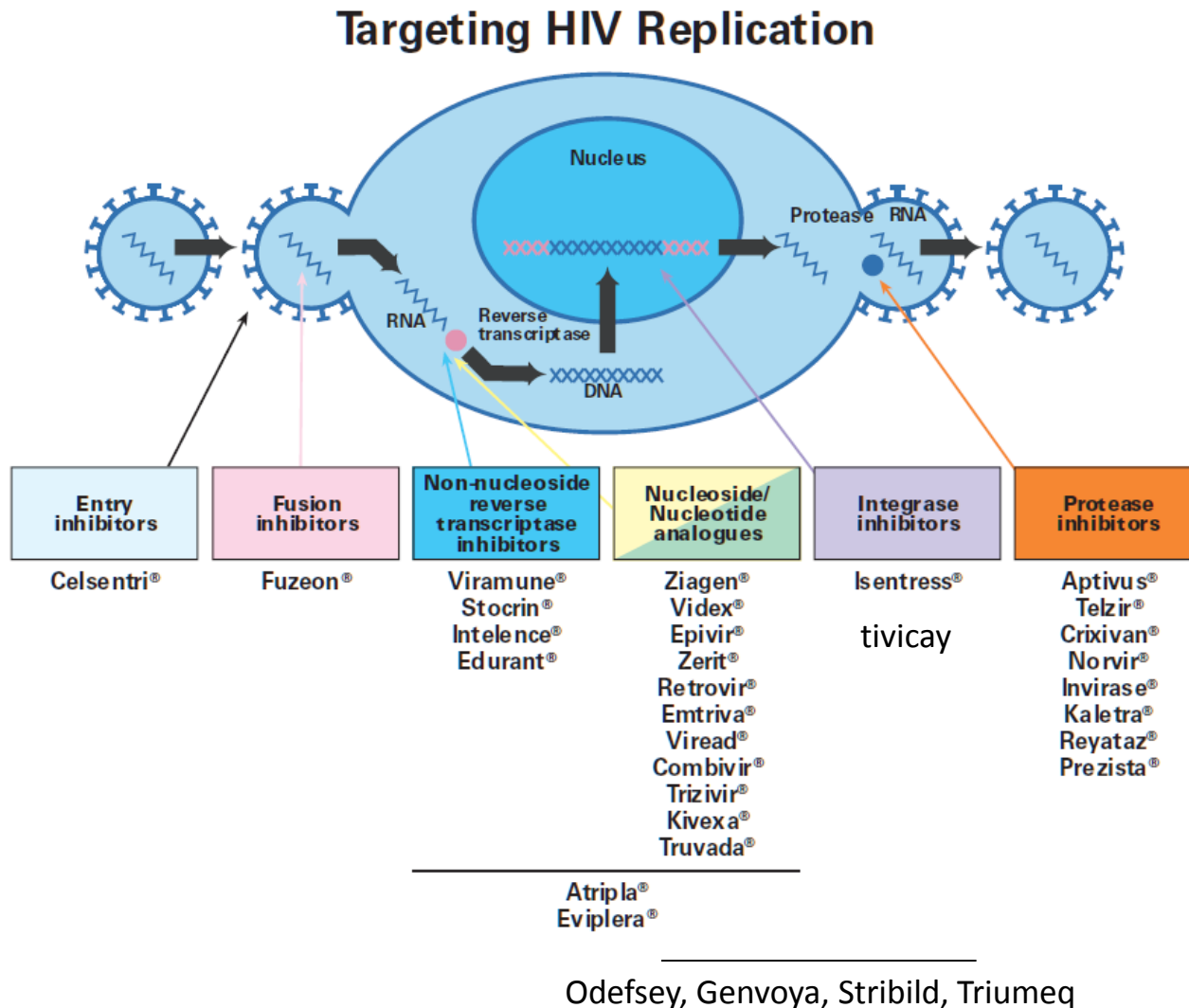
Traiter tous les patients et obtenir une charge virale indétectable

95% des personnes qui
connaissent leur séropositivité
reçoivent des traitements
antirétroviraux

95% des personnes sous
traitements antirétroviraux
ont une charge virale
indétectable



Mécanismes de réplication virale et sites d'actions pharmacologiques



EACS: recommandations pour l'instauration d'un traitement antirétroviral (oct 2016)

Le TARV est toujours recommandé, indépendamment des taux de CD4, chez toute personne adulte ayant une infection par le VIH chronique⁽ⁱ⁾



- i Le TARV est toujours recommandé, indépendamment du niveau de CD4, mais à mesure que les taux de CD4 diminuent, il se fait plus urgent de commencer le TARV de façon immédiate.
- Pour plus d'informations sur le meilleur moment pour instaurer le TARV chez les personnes avec une tuberculose et une méningite à cryptocoque, veuillez consulter les pages 14 et 85.
 - Une exception possible est celle des « VIH contrôleurs » (elite controllers) ayant un niveau de CD4 élevé et stable. Prendre toujours le temps de préparer la personne afin d'optimiser l'observance et l'adhésion au traitement.
 - Un test génotypique de résistance est recommandé préalablement à l'instauration du TARV; idéalement lors du diagnostic de l'infection à VIH, sinon avant le début du TARV.
 - Si le TARV doit être débuté avant l'obtention des résultats du test génotypique de résistance, il est recommandé que cette première ligne de traitement soit basée sur un médicament avec une haute barrière génétique face aux résistances (par exemple, un IP/r, IP/c ou le DTG). Idéalement, avant de commencer un TARV, la charge virale et le taux de CD4 doivent être mesurés de nouveau afin de constituer des données de référence pour l'évaluation de la réponse au traitement.
 - L'utilisation de TARV est également recommandée quel que soit le niveau de CD4 dans le but de réduire le risque de transmission sexuelle du VIH, de survenue d'événements classant sida et de transmission du VIH de la mère à l'enfant (avant le troisième trimestre de grossesse).

Combinaison thérapeutique initiale chez les adultes naïfs d'ARV

A) Recommended regimens (one of the following to be selected) **, **

Regimen	Dosing
2 NRTIs + INSTI	
ABC/3TC/DTG ^(i, ii)	ABC/3TC/DTG 600/300/50 mg, 1 tablet qd
TAF/FTC ⁽ⁱⁱⁱ⁾ or TDF/FTC ^(iv, v) + DTG	TAF/FTC 25/200 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC 300/200 mg, 1 tablet qd + DTG 50 mg, 1 tablet qd
TAF/FTC/EVG/c ⁽ⁱⁱⁱ⁾ or TDF/FTC/EVG/c ^(iv, vi)	TAF/FTC/EVG/c 10/200/150/150 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC/EVG/c 300/200/150/150 mg, 1 tablet qd
TAF/FTC ⁽ⁱⁱⁱ⁾ or TDF/FTC ^(iv, v) + RAL	TAF/FTC 25/200 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC 300/200 mg, 1 tablet qd + RAL 400 mg, 1 tablet bid
2 NRTIs + NNRTI	
TAF/FTC/RPV ⁽ⁱⁱⁱ⁾ or TDF/FTC/RPV ^(iv)	TAF/FTC/RPV 25/200/25 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC/RPV 300/200/25 mg, 1 tablet qd
2 NRTIs + PI/r or PI/c	
TAF/FTC ⁽ⁱⁱⁱ⁾ or TDF/FTC ^(iv, v) + DRV/c or + DRV/r	TAF/FTC 10/200 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC 300/200 mg, 1 tablet qd DRV/c 800/150 mg, 1 tablet qd or + DRV 800 mg, 1 tablet qd + RTV 100 mg, 1 tablet qd

DRUG	USUAL ADULT DAILY DOSING	PICTURE
ENTRY INHIBITORS		
Celsentri® (Maraviroc - MVC)	1 x 150 mg or 1 x 300 mg or 2 x 300 mg tablet 2 times a day Depending on interaction with co-administered ARVs	
FUSION INHIBITORS		
Fuzeon® (enfuvirtide - ENF)	1 x 90 mg/ml injection 2 times a day injected subcutaneously into the upper arm, anterior thigh or abdomen	
NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS		
Viramune® (nevirapine - NVP)	1 x 400 mg PR tablet Once a day Lead-in dosing for first 14 days of therapy: 1 x 200 mg tablet once a day	
Stocrin® (efavirenz - EFV)	1 x 200 mg tablet Once a day (at bedtime)	
Intelence® (etravirine - ETR)	1 x 200 mg tablet 2 times a day must be taken following a meal	
Eduvant® (rilpivirine - RPV)	1 x 25 mg tablet Once a day must be taken with a meal	
NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS		
Ziagen® (abacavir - ABC)	1 x 300 mg tablet 2 times a day or 2 x 300 mg capsule once a day	
Videx® enteric coated (didanosine - ddI)	Patients weighing ≥ 60 kg: 1 x 400 mg capsule once a day 2 hours before or following a meal 200 mg and 125 mg also available Patients weighing < 60 kg: 1 x 250 mg capsule once a day 2 hours before or following a meal	
Emtriva® (emtricitabine - FTC)	1 x 200 mg capsule once a day	
Epivir® (lamivudine - 3TC)	1 x 150 mg tablet 2 times a day 1 x 300 mg tablet once a day	
Zerit® (stavudine - d4T)	Patients weighing ≥ 60 kg: 1 x 40 mg capsule 2 times a day Patients weighing < 60 kg: 1 x 30 mg capsule 2 times a day	
Retrovir® (zidovudine - ZDV or AZT)	2 x 100 mg capsule 3 times a day 1 x 250 mg capsule 2 times a day	
NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS		
Viread® (tenofovir disoproxil - TDF)	1 x 245 mg tablet Once a day with food	
INTEGRASE INHIBITORS		
Isentress® (Raltegravir - RAL)	1 x 400 mg tablet 2 times a day	
Tivicay® (dolutegravir - DTG)	1 x 50 mg tablet Once a day In case of integrase class resistance or when co-administered with some medicines 1 x 50 mg capsule 7 times a day	
PROTEASE INHIBITORS		
Aptivus® (tipranavir - TPV)	2 x 250 mg capsule 2 times a day must be used with ritonavir (2 x 100 mg, 2 times a day)	
Reyataz® (atazanavir - ATV)	2 x 150 mg capsule once a day 1 x 300 mg capsule once a day 200 mg tablet also available in case of drug interactions	
Prezista® (darunavir - DRV)	1 x 800 mg tablet Once a day must be used with ritonavir (100mg) and with food. In ART experienced patients 1 x 600 mg tablet 2 times a day	
Rezolsta® (darunavir/cobicistat)	1 x 800 mg / 150 mg tablet Once a day with food	
Telzir® (fosamprenavir - FPV)	1 x 700 mg tablet 2 times a day must be used with ritonavir (100 mg, 2 times a day)	
Crixivan® (indinavir - IDV)	2 x 400 mg capsule 3 times a day when used with ritonavir, other dosages may be used	
Kaletra® (lopinavir/ritonavir - LPV/r)	2 x 200 mg / 50 mg tablet 2 times a day	
Norvir® (ritonavir - RTV)	As PI booster ** 100-200 mg Once or 2 times a day. Preferably with food As antiretroviral agent: 6 x 100 mg tablet 2 times a day	
Invirase® (saquinavir - SQV)	2 x 500 mg tablet 2 times a day must be used with ritonavir (100 mg, 2 times a day) and taken within 2 hours following a meal	
COMBINED ANTIRETROVIRAL AGENTS		
Combivir® (lamivudine/zidovudine)	1 x 150 mg / 300 mg tablet 2 times a day	
Trizivir® (abacavir, lamivudine, zidovudine)	1 x 300 mg / 150 mg / 300 mg tablet 2 times a day	
Kivexa® (abacavir/lamivudine)	1 x 600 mg / 300 mg tablet once a day	
Truvada® (emtricitabine, tenofovir disoproxil)	1 x 200 mg / 245 mg tablet once a day recommended to be taken with food	
Descovy® (emtricitabine, tenofovir alafenamide)	1 x 200mg/10 mg or 1 x 200 mg/25 mg tablet once a day	
Atripla® (efavirenz, emtricitabine, tenofovir disoproxil)	1 x 600 mg / 200 mg / 245 mg tablet once a day on an empty stomach at bedtime	
Eviplera® (rilpivirine, emtricitabine, tenofovir disoproxil)	1 x 25 mg / 200 mg / 245 mg tablet Once a day must be taken with a meal	
Odefsey® (emtricitabine, rilpivirine, tenofovir alafenamide)	1 x 200mg / 25mg / 25mg tablet once daily must be taken with a meal	
Stribild® (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil)	1x 150 mg / 150 mg / 200 mg / 245 mg tablet Once a day must be taken with a meal	
Genvoya® (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	1 x 150 mg / 150 mg / 200 mg / 10 mg tablet Once a day Must be taken with a meal	
Triumeq® (dolutegravir/abacavir/lamivudine)	1x 50 mg / 600 mg / 300 mg tablet Once a day	

Conditions de remboursement des antirétroviraux depuis le 1^{er} décembre 2016

- Infection par le VIH **quel que soit le taux de CD4.**
- **Demande** introduite par un médecin spécialiste attaché à un **centre de référence SIDA.**
- **Autorisations valables pour 3 ans.**
- Les **autorisations** qui étaient valables à vie (paragraphe 1320101) ne seront plus valable au-delà du **28 février 2018.** Elles devront être **renouvelées par un centre de référence SIDA.**

=> Nous sommes à la disposition des patients qui ne seraient pas suivis dans un centre de référence SIDA pour renouveler ces autorisations.

6. Améliorer la qualité de vie

- Eviter les **effets secondaires**
- Eviter les **interactions médicamenteuses**
- Traiter les **comorbidités** (Recommandations EACS,...)
- Soutenir la **santé mentale** (psychologue du CRS,...)
- Soutenir la **santé sexuelle et reproductive** (Gynécologue du CRS)
- Lutter contre les **discriminations et la stigmatisation** (Campagnes, assistant social,...)

Interactions antirétroviraux avec autres médicaments: www.hiv-druginteractions.org

The screenshot shows the homepage of the HIV Drug Interactions website. The browser address bar displays <http://www.hiv-druginteractions.org/>. The page features a purple header with the 'HIV Drug Interactions' logo, the University of Liverpool crest, and buttons for 'Donate Now' and 'Interaction Checker'. A navigation bar below the header contains links for 'Interaction Charts', 'Site Updates', 'About Us', 'Pharmacology Resources', 'Contact Us', and 'Support Us'. A green banner message states: 'HIV iChart app users - please update to the newest version to ensure up-to-date information'. The main content area is titled 'HIV Drug Interaction Checker' and includes the text: 'Access our comprehensive, user-friendly, free drug interaction charts. Providing clinically useful, reliable, up-to date, evidence-based information'. A green 'Start Now' button is positioned below this text. At the bottom, a table displays drug interaction data for various antiretroviral drugs against other medications.

	Atazanavir	Darunavir	Dolutegravir	Efavirenz	Raltegravir	Rilpivirine	Tenofovir-DF
Amiodarone	Potential Interaction	Do Not Coadminister	No Interaction Expected	Potential Interaction	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction
Antacids	Potential Interaction	No Interaction Expected	Potential Interaction	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction	No Interaction Expected

Soutenir la santé sexuelle et reproductive

- Pas de transmission si charge virale indétectable.
- Traiter les IST.
- Quasi pas de risque de transmission de la mère à l'enfant sous traitement antirétroviral.
- NB: Pas d'allaitement.

Lutter contre les discriminations et la stigmatisation



Il n'existe pas de législation spécifique au VIH/ sida en Belgique, mais plusieurs dispositions légales du droit commun régissent des situations délicates fréquemment rencontrées par les séropositifs et les malades du sida : **secret médical**, **protection de la vie privée**, **relations de travail**, **assurances**, **soins de santé**, etc.

Comme tout citoyen, les personnes séropositives jouissent de droits et en retour ont certains devoirs tels que veiller à ne pas mettre la santé d'autrui en danger ou respecter la vie privée de ses proches.

Discrimination et VIH

Assurance solde restant dû

Faire valoir ses droits



LA SÉROPHOBIE EN ACTES

Analyse des signalements
pour discrimination liée au
VIH/sida chez Unia (2003-2014)

Charlotte Pezeril

Rapport complet d'enquête • Mars 2017

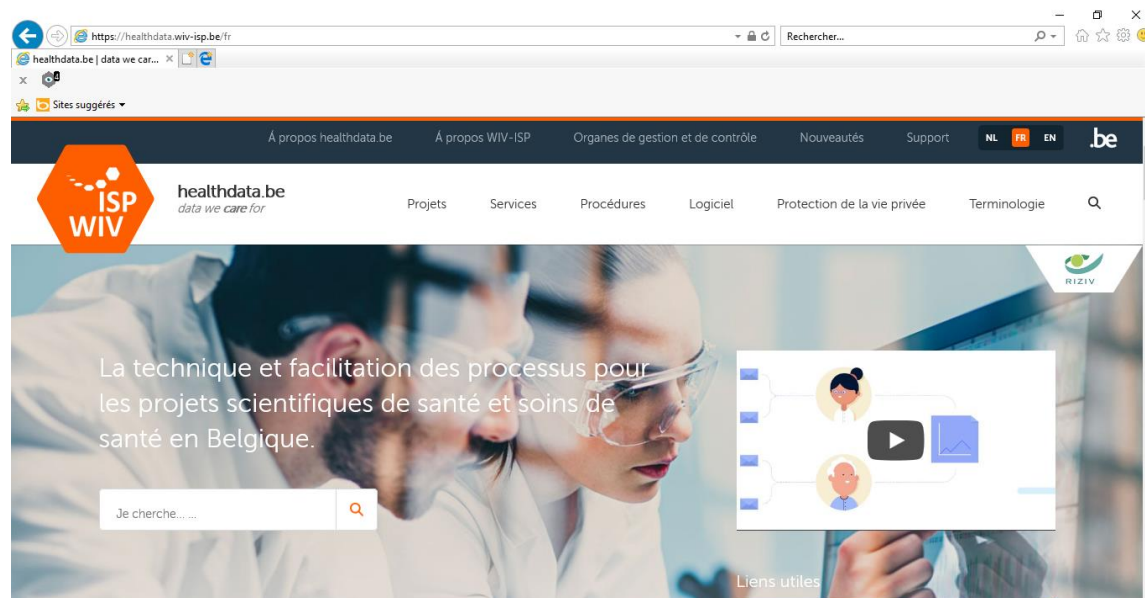


**OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS**



7. Système de surveillance

- Pour permettre à l'ISP d'avoir les données qui permettent de bien évaluer l'évolution de l'épidémie et l'impact des mesures prises.



8. Mener et partager la recherche

- **Etudes multicentriques** des nouveaux médicaments.
- **Etudes nationales** (vaccination fièvre jaune chez VIH,...).
- Améliorer la prise en charge avec des programmes pilotes.
- Tester des stratégies et évaluer leur efficacité: ex.: PrEP,...

Conclusions

- La meilleure manière de lutter contre l'épidémie de VIH est de **traiter un maximum de patients** et **d'éviter de nouvelles infections**:
 - Utiliser le traitement antirétroviral en prévention (= **prévention combinée**).
 - **Diagnostic précoce et prise en charge rapide.**
 - **Objectifs 95-95-95.**
 - **Garder les patients en soins à long terme.**
 - **Garantir l'accès au traitement à tous les patients.**
 - **Lutter contre les discriminations et la stigmatisation vis-à-vis des personnes séropositives.**

Conclusions

- Importance de la **collaboration entre Médecins généralistes et Centres de référence SIDA.**
- Garantir une bonne **prise en charge multidisciplinaire et globale.**
- **Collecter les données** pour savoir ce que l'on fait et mieux programmer.
- Faire des **études** pour rester à la pointe des connaissances et garantir la meilleure prise en charge possible.
- **Partager les connaissances.**

Symposium Breach (Belgian Research AIDS and HIV Consortium)

Symposium le 25 novembre 2016 au palais des expositions de Charleroi : 250 participants.



6^{ème} symposium Breach: 24 novembre 2017: RSCA, Anderlecht, Bruxelles.



 BREACH BELGIAN RESEARCH AIDS&HIV CONSORTIUM	
<u>"What's new on HIV in Belgium in 2017?"</u>	
Preliminary program:	
09:00	Welcome : Jean-Christophe Goffard - Erasme
09:10 - 09:20	Opening remarks : Stéphane De Wit - BREACH Chair
09:20 - 09:40	Belgian figures 2016 (HIV + STIs) André Sasse + Dominique Van Beckhoven - WIV-ISP
09:40 - 10:30	Session 1: PrEP
	Chairs : Sophie Henrard - Erasme / Chris Lambrechts - Sensoa
	<ul style="list-style-type: none">09:40 - 09:55 : STI and risk compensation: Chris Kenyon - ITM09:55 - 10:15 : Update on PrEP: Béa Vuylsteke - ITM10:15 - 10:30 : Discussion
10:30 - 11:00	Coffee Break
11:00 - 11:30	Session 2: BASIC SCIENCE
	Chair : Michel Moutschen - CHU Liège
	<ul style="list-style-type: none">Basic Science – based on 3-4 best papers (Clinical, Lab and Community) – speaker to be confirmed
11:30 – 13h00	Session 3: MIGRANTS
	Chairs : Maureen Louhenapessy - Sidaids Migrants / Eric Florence - ITM
	<ul style="list-style-type: none">11:30 - 11:50: Research on Epidemiological and social diagnoses: HIV infection, hepatitis and other STIs among migrant populations - mainly from sub-Saharan Africa in the Brussels-Capital Region - Eloise Lion - Observatoire du Sida & des Sexualités11:50 - 12:10: Cascade of Care amongst Migrants in Belgium and in Europe - Rémy Demeester - CHU Charleroi12:10 - 12:25: AMASE : Anne-Françoise Gennotte - Saint-Pierre University Hospital12:25 - 12:45: Stigma & Discrimination :<ul style="list-style-type: none">The serophobia in action against SAM living with HIV - Charlotte Pezeril - Observatoire du Sida & des SexualitésManifestations of HIV-related stigma among SAM living in Flanders - Lazare Manirankunda - ITM12:45 - 13:00: Discussion
13:00 - 14:00	Lunch
14:00	3 best posters
14:15 - 15:15	Session 4: AGING
	Chairs : Bernard Vandercam UCL / Sabine Allard - UZ Brussel
	<ul style="list-style-type: none">14:15 - 14:35 : The Amsterdam Age HIV Cohort: an overview - Ferdinand Wit – Academic Medical Center, Amsterdam14:35 - 14:45 : Co-morbidities : results from the BREACH Research - Speaker to be confirmed14:45 - 15:00 : Geriatric Frailty : Thierry Pepersack - Saint-Pierre University Hospital15:00 – 15:15: Discussion
15:15 - 15:45	Coffee Break
15:45	3 best papers
16:00 - 16h45	Session 5: NEWS ON HIV TESTING
	Chairs : Chris Verhoshfede - UZ Gent / Sigil Van den Wijngaert - LHUB- ULB
	<ul style="list-style-type: none">16:00 - 16:15: Diagnosis schemes in the context of PREP: Katrien Franssen - ITM16:15 - 16:35: Community outreach – speaker to be confirmed16:35 – 16:45: discussion
16:45	Update on the National Plan - Sandra Van den Eynde - Sensoa
17:00	Reception

Inscriptions: www.breach-hiv.be/p_269.htm

Références pour la prise en charge médicale (livres et recommandations)

- European AIDS Clinical Society (EACS): www.eacsociety.org/
- HIVBook 2015-16: <https://hivbook.com/>
- Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH: rapport 2013 et actualisations (France): <http://cns.sante.fr/dossiers/groupe-dexperts-prise-charge-medicale-personnes-vivant-vih/>

Merci pour votre attention

Centre de référence SIDA, CHU de Charleroi:

Dr Fabrizio Buttafuoco

Dr Samuel Markowicz

Pr Soraya Cherifi

Dr Rémy Demeester

Vanessa Busigny (Assistante sociale)

Elodie Goudeseune (Infirmière)

Lindsay Gaubout (Infirmière)

Laurence Moons (psychologue)

Tel: 071.92.23.07

remy.demeester@chu-charleroi.be

Association SIDA/IST Charleroi:

Dr Jean-Claude Legrand

Rudi Gooris

Tharcisse Niyongira

Serin Gunes

