



# Actualités et nouvelles recommandations dans le champ de la santé sexuelle

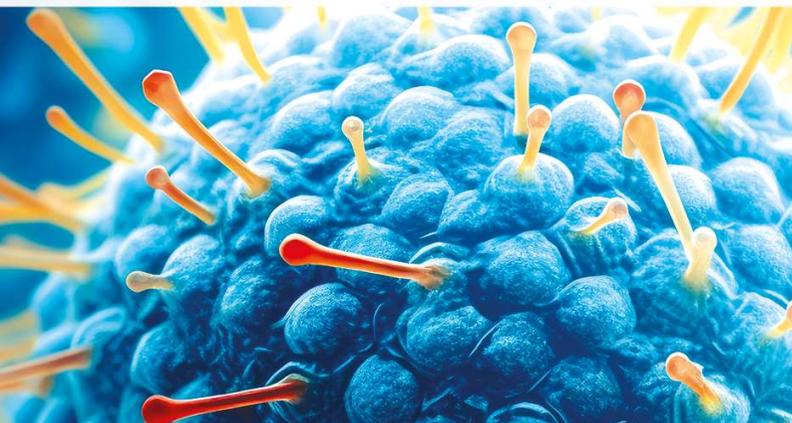


# VIH : nouvelles recommandations de bonne pratique

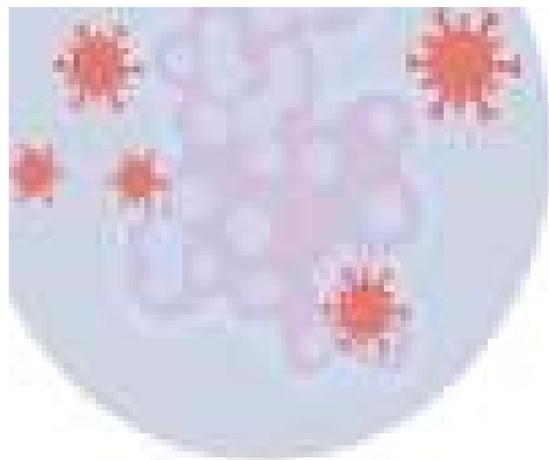
Dernière mise à jour le 20 novembre 2024

au congrès

**AIDS - 24th International AIDS Conference**  
Munich, 22-26 juillet 2024



Dr Isabelle LAMAURY  
Journée des acteurs  
COREVIH Guadeloupe St Martin St Barth  
12/12/2024

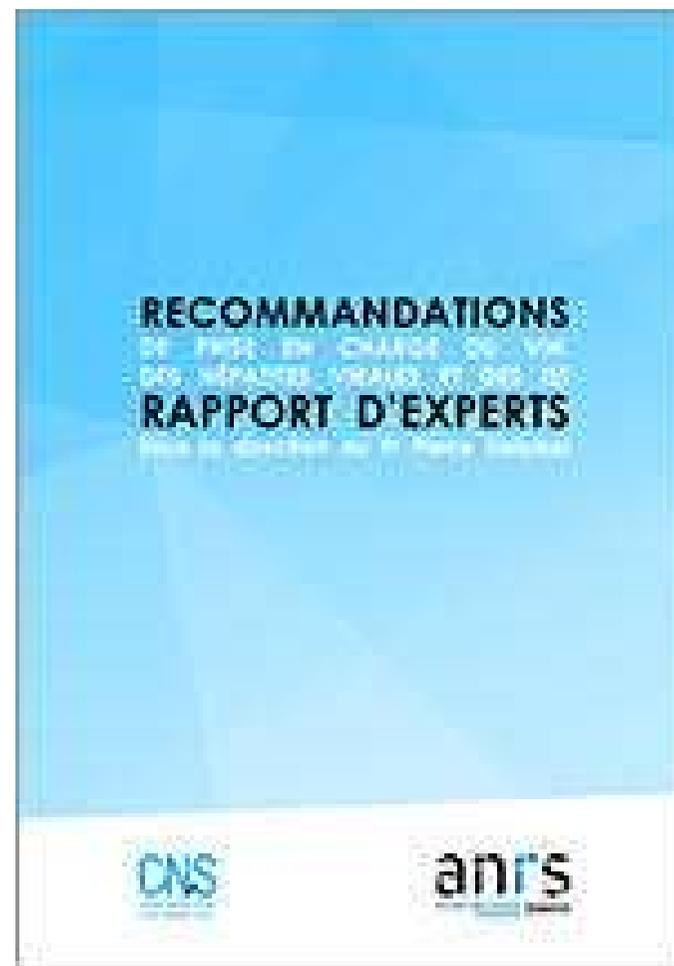


## Prise en charge du VIH

Publication de nouvelles  
recommandations



À la demande du ministère chargé de la santé, le [Conseil national du sida et des hépatites virales](#) et l'ANRS Maladies infectieuses émergentes, ont sollicité la [Haute Autorité de Santé](#) pour l'élaboration d'une actualisation des recommandations françaises de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) (2021).



**Rapport sous la direction du Pr Pierre DELOBEL  
(06 -11/2024)**

\* HAS : Haute Autorité de santé ; ANRS | MIE : Agence nationale de recherches sur le VIH/sida, les hépatites virales, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et les maladies infectieuses émergentes ; CNS : conseil national du sida et des hépatites virales

## Recommandations de prise en charge du VIH

(mise à jour novembre 2024)

### Présentations Webinaires/Congrès SFLS

Les recommandations complètes comprennent en tout **15 chapitres**, disponibles en intégralité sur le site de l'ANRS <sup>[1]</sup>. La HAS <sup>[2]</sup>a pour sa part choisi de retenir celles en lien avec la prise en charge thérapeutique (prescription de traitements notamment).

•Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

→ [Fiche patient](#)

•Dépistage et de prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Diagnostic, suivi virologique de l'infection VIH et analyse de la résistance aux antirétroviraux

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Prise en charge de l'enfant et de l'adolescent vivant avec le VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

→ [Fiche familles](#)

→ [Fiche adolescents](#)

•Prise en charge des complications infectieuses associées à l'infection par le VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Parcours de soins et suivi de l'adulte vivant avec le VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Traitement préventif post-exposition au VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

→ [Fiche d'information](#)

•Adaptation du traitement antirétroviral en situation de succès virologique chez l'adulte vivant avec le VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Adaptation du traitement antirétroviral en situation d'échec virologique chez l'adulte vivant avec le VIH

→ [Fiche synthétique](#)

→ [Recommandations de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

→ [Fiche d'information](#)

•Organisation et accès aux soins, qualité de vie pour un succès thérapeutique

→ [Recommandation de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

→ [Annexe : Epidémiologie et accès aux soins des personnes vivant avec le VIH, le VHB ou le VHC dans les départements, régions et collectivités d'outre-mer](#)

•Dépistage et prise en charge des comorbidités chez l'adulte vivant avec le VIH

→ [Recommandation de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Prévention et dépistage de l'infection VIH

→ [Recommandation de prise en charge](#)

→ [Argumentaire de prise en charge](#)

•Epidémiologie et déterminants sociaux de l'infection VIH en France

→ [Argumentaire de prise en charge](#)



## Le VIH : une infection toujours active en France et encore trop de diagnostics tardifs

- Proportion significative (près de 25 %) des infections par le VIH en France sont encore découvertes à **un stade avancé** du fait d'un **défaut de dépistage**.
- **Renforcer les actions de prévention et de dépistage ciblées** et répétées dans les populations les plus exposées, tout en poursuivant **le dépistage systématique** en population générale, au moins une fois dans la vie lors de tout recours aux soins.
- **Ce socle de la prévention** consiste à permettre aux personnes à risque d'être infectées d'adopter au moins un outil efficace parmi une palette de moyens de prévention ayant démontré leur efficacité (ce que l'on nomme la « prévention diversifiée »), comme le préservatif, la PrEP ou le TPE (traitement post-exposition), etc.



### **DEPISTAGE = socle de la prévention DIVERSIFIÉE**

- Promouvoir les dépistages en AUTONOMIE ++ (autotest, auto-prélèvement à domicile ...)
- Affirmer le rôle des associations dans ce domaine en pérennisant leur financement ++
- dépistage du VIH et des hépatites virales dans les services d'urgence
- proposition systématique de dépistage au futur père lors des dépistages prénataux.

## Traitement comme prévention (TasP) et charge virale : l'OMS clarifie son discours

Le document distingue trois catégories de résultats de tests de charge virale:

- «Non supprimée», qui est supérieure à 1000 copies;
- «Indétectable», qui dépend de la sensibilité du test individuel et peut signifier n'importe quoi entre 20 et 200, ou même moins dans les tests ultrasensibles;
- et la zone intermédiaire que l'OMS désigne maintenant comme «supprimée mais détectable», où le VIH reste détectable, mais à des niveaux si faibles que les tests ne peuvent pas donner une charge virale quantifiable.



JE VIS EN SANTÉ  
AVEC LE VIH,  
SANS LE TRANSMETTRE.  
COMMENT ?  
GRÂCE À MON  
TRAITEMENT !

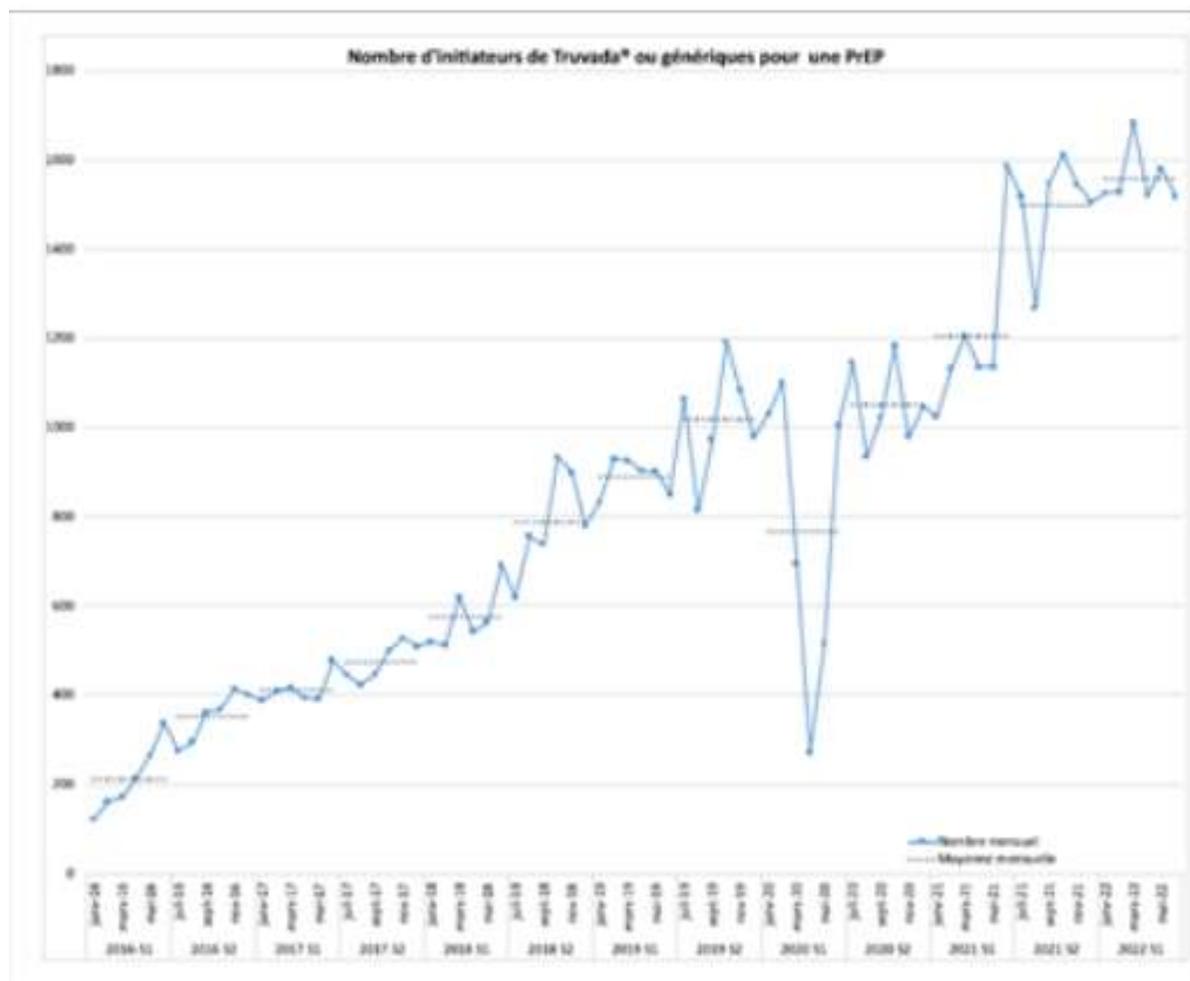
La présentation de Lara Vojnov et le document de l'OMS s'accompagnent d'une publication dans le *Lancet*, [The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review](#), dont la conclusion de l'article est on-ne-peut-plus claire : «Il y a presque zéro risque de transmission sexuelle du VIH avec des charges virales inférieures à 1000 copies par mL.»

Selon la publication du *Lancet*, on peut dire que les cas de transmission du VIH par une personne ayant une charge virale entre 600 et 1000 sont peu nombreux, et représentent au maximum 0,6% des transmissions observées; aucune transmission n'a été observée lorsque la charge virale était inférieure à 600.

Les cas de transmission sont également peu nombreux quand la charge virale est de quelques milliers de copie: dans deux études menées dans les années 1990 en Ouganda et en Zambie, respectivement 81% et 92% des cas de transmissions se sont produites lorsque le ou la partenaire séropositif avait une charge virale supérieure à 10000.

# Femmes et PrEP

## ELARGIR l'OFFRE PrEP / PrEP « UNIVERSELLE »



- 64 821 initiations de PrEP entre 01/01/2016 et 30/06/2022
  - 2,6% femmes
    - 2% en 2016 vs 4% en 2022 (S1)
  - 43% en Ile de France
  - 0,5% AME

87 000 dernières données SNDS

- Quelles barrières?
  - PrEP peu connue des femmes
    - 5% des femmes Makasi
  - Peu proposée, peu prescrite aux femmes
  - Facteurs socio-économiques
  - Considérations pratiques, schéma de prise
    - Observance, efficacité

Epi-phare 2022; Moseholm et al. J Vir Erad 2020; Coulibaly AfraVIH 2022; Cordel et al. Infect Dis Now 2022

# De nouveaux traitements préventifs pré et post-exposition (1)

**Le traitement préventif pré-exposition (PrEP) de l'infection VIH est très efficace et doit être proposé largement aux personnes à risque d'être infectées.** Ces nouvelles recommandations soulignent la nécessité d'étendre la PrEP au-delà des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) multipartenaires (qui représentent actuellement la quasi-totalité des prescriptions) à toutes les situations estimées comme à risque d'exposition au VIH quels que soient le genre et l'orientation sexuelle des personnes.

✓ Le ténofovir disoproxil fumarate/emtricitabine (TDF/FTC) est le traitement de la PrEP en 1ère intention. Il peut être prescrit y compris chez la femme enceinte, allaitante ou sous contraception hormonale.

*Commencer avec une première prise de 2cp puis 1cp/j jusqu'à 48H après dernière exposition à risque*

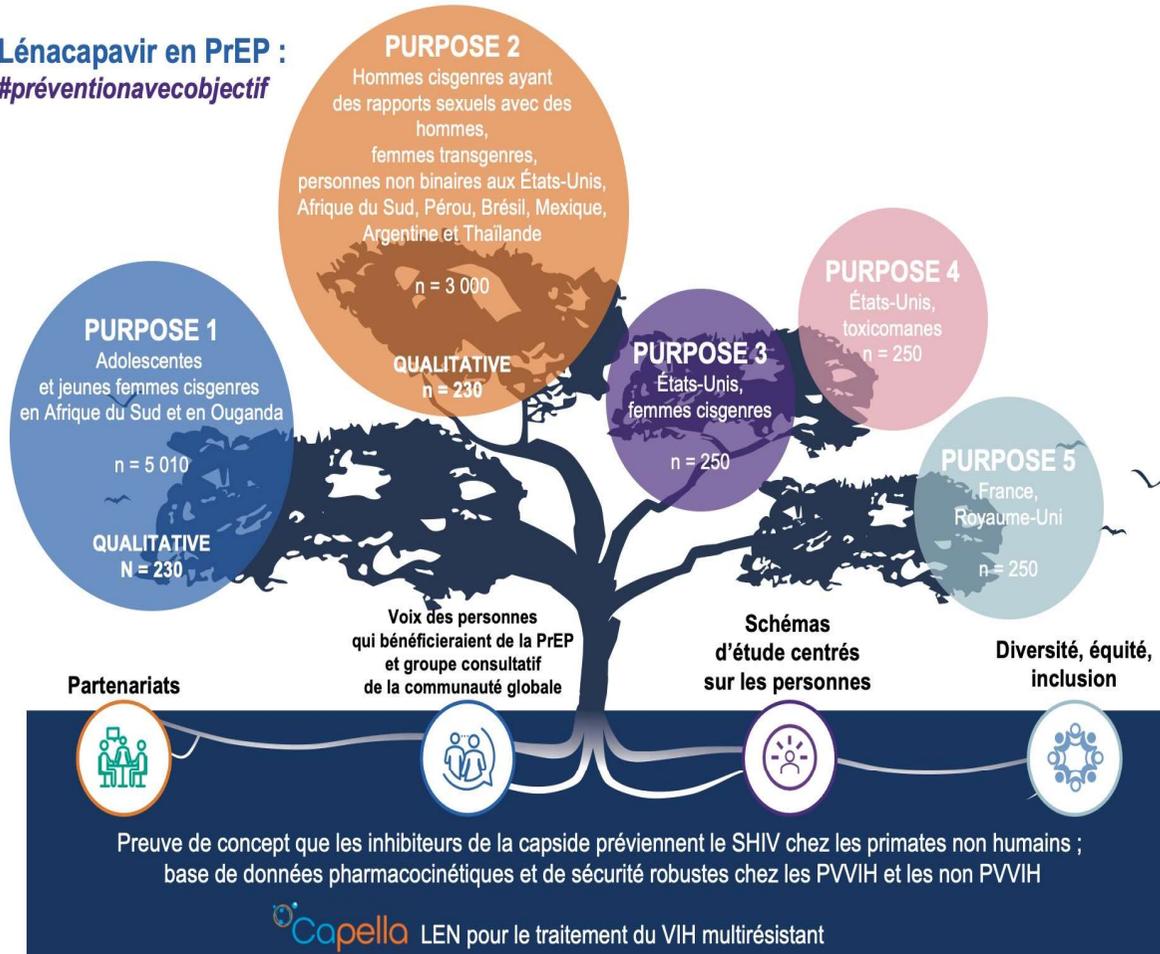
- Un accès facilité (primoprescription PrEP /délégation de tâches)
- Ne pas différer l'initiation /bilan initial (sérologie+/-CV)
- Suivi Simplifié ( téléconsultation, dépitage IST à la carte tous les trois à six mois)
- **peut être prescrite chez les mineurs de 12 ans ou plus.** La confidentialité vis-à-vis des parents est assurée au mieux dans les CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmis, pas de facturation). **Il faut s'assurer que le mineur n'est pas l'objet de violences sexuelles.**
- En cas de portage du VHB, un avis spécialisé est nécessaire avant l'arrêt de la PrEP, avec une surveillance des transaminases. Le patient doit être informé du risque d'hépatite aiguë grave.

✓ **Le Cabotégravir-LP injectable** permettra de proposer des solutions en cas de contre-indication à la PrEP par TDF/FTC, ou quand la PrEP orale ne peut être utilisée dans de bonnes conditions (*fin 2025 ? , suivi avec CV ...*)

✓ **La proche « révolution » grâce au LENCAPAVIR ...?**

## Lénacapavir en PrEP : les études PURPOSE (1)

Lénacapavir en PrEP :  
#préventionavecobjectif



## Le LENACAPAVIR : un outil « MIRACULEUX » ?

« Le 2e scoop entre guillemets, mais qui avait déjà été [annoncé par Gilead](#), c'est l'utilisation du lénacapavir, ce nouvel inhibiteur de la réplication du VIH qui inhibe la capsidie.<sup>[4]</sup> Il est développé en injectable semestriel. On a eu les données qui ont été produites par l'équipe du Desmond Tutu HIV Center, au Cap, avec une efficacité de 100%. C'est vrai que [c'est assez spectaculaire](#) puisqu'on avait 0 infection dans le groupe lénacapavir en injection tous les 6 mois, 39 infections dans le groupe qui recevaient du FTC avec du Tenofovir, et 16 infections dans le groupe qui recevait du ténofovir classique. Donc cette analyse, certes préliminaire, montre un outil entre guillemets « miraculeux ». Qui dit outil miraculeux dit engagement communautaire, notamment pour que ce produit qui est très coûteux (on parle de 40 000\$ par an aux États-Unis) soit mis à disposition assez rapidement ; il y a d'ailleurs une poussée très forte pour cette mise à disposition. »

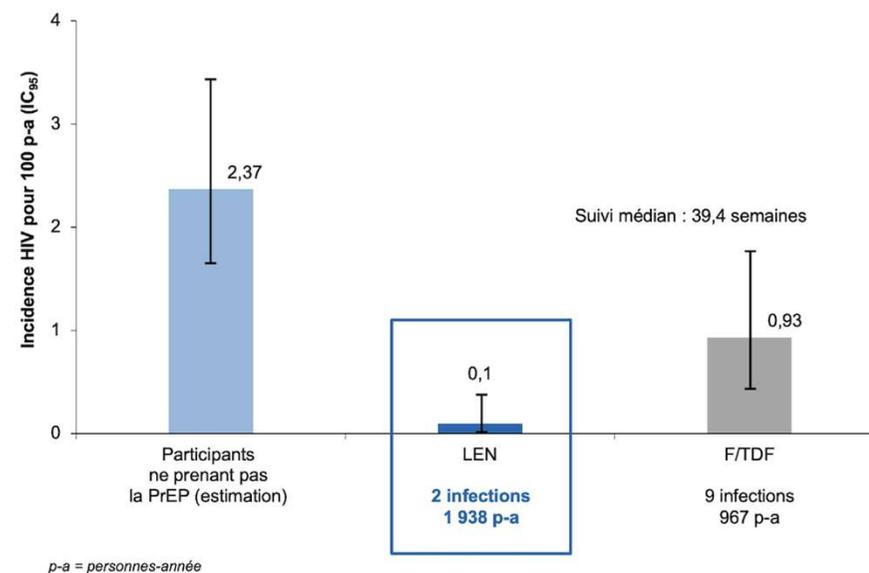
Pr G PIALOUX

# LEN en prévention du VIH chez les HSH cisgenres et les personnes transgenres

D'après Ogbuagu O et al., abstr. CO49, actualisé

Caractéristiques	LEN (n = 2 183)	F/TDF (n = 1 088)
<b>Âge, années, médiane (extrêmes)</b>	28 (17-74)	29 (17-73)
Âge, 16-25 ans, n (%)	752 (34,4)	344 (31,6)
<b>Sujets non-blancs, n (%)</b>	1 453 (66,8)	742 (68,3)
<b>Sujets hispaniques ou latinos, n (%)</b>	1 378 (63,2)	675 (62,0)
<b>Niveau d'éducation supérieur, université, n (%)</b>	1 105 (50,6)	574 (52,9)
<b>Identité de genre, n (%)</b>		
Homme cisgenre	1 608 (77,7)	846 (77,8)
Autres genres	486 (22,3)	242 (22,2)
<b>IST, n (%)</b>		
<i>Chlamydia trachomatis</i> ou gonocoque	391 (17,9)	217 (19,9)
Syphilis	84 (2,8)	43 (4,0)
<b>Jamais de test VIH réalisé avant d'entrer dans l'étude, n (%)</b>	597 (27,3)	306 (28,1)
<b>Utilisation antérieure de PrEP, n (%)</b>	515 (23,6)	249 (22,9)
<b>Chemsex, n (%)</b>	491 (22,5)	271 (24,9)

## Incidence du VIH chez les participants ne prenant pas la PrEP (estimation), dans le bras LEN et dans le bras TDF/FTC

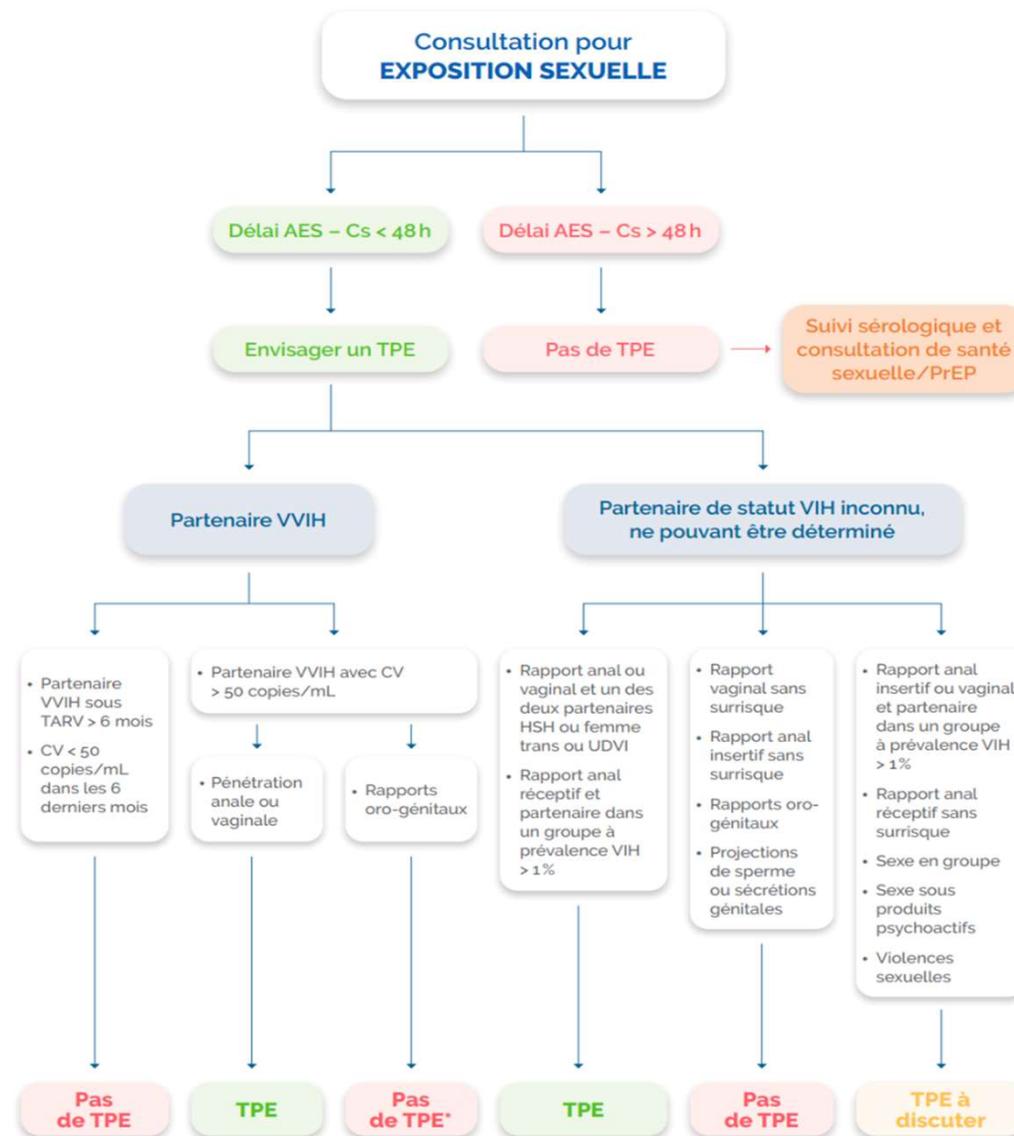


# De nouveaux traitements préventifs pré et post-exposition (2)

Pour le traitement post exposition (TPE):

- ✓ **Pas au-delà de 48H**
- ✓ **Indications plus limitées à réserver aux situations les plus à risque**
- ✓ **Accès à faciliter avec réévaluation en CeGIDD**
  - SAU
  - expérimenter des kits de délivrance de TPE dans les pharmacies d'officines et auprès des associations
- ✓ **l'association **ténofovir disoproxil fumarate (TDF), lamivudine (3TC) et doravirine** est désormais proposée en 1<sup>re</sup> intention. Cette combinaison a été préférée au traitement antérieurement recommandé basé sur la rilpivirine du fait de la faible fréquence de virus résistants à cette combinaison en France en primo-infection et de sa bonne tolérance globale.**
- ✓ **Après un accident d'exposition sexuelle (AES), un enchaînement TPE/PrEP est recommandé.**

Figure 1. Algorithme d'indication au TPE après exposition sexuelle



\* Sauf fellation réceptive et charge virale documentée > 1000 copies/mL chez le sujet source

## Traitement ARV : quand ? quels médicaments? quel ajustements? ... (Pr André CABIE)

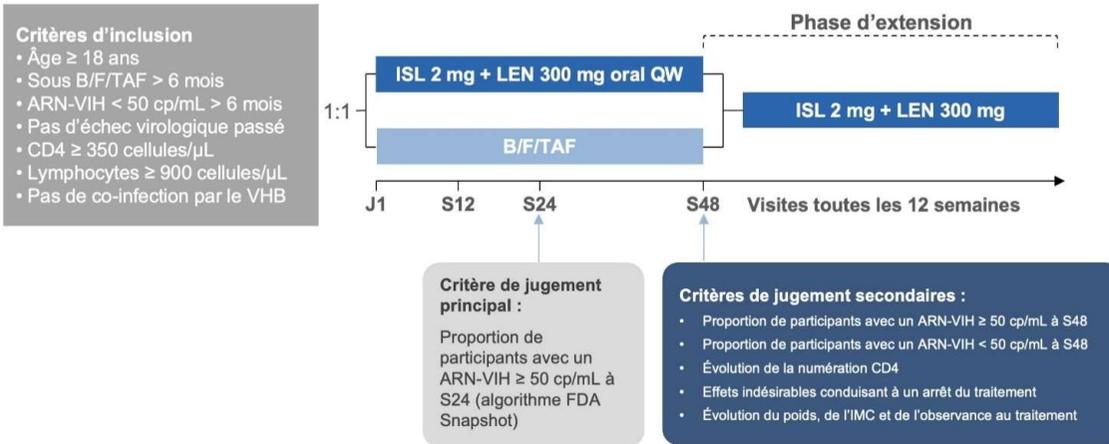
- D'une manière générale, le traitement ARV doit être débuté **dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic** d'infection à VIH (virus de l'immunodéficience humaine), après l'obtention des premiers résultats du bilan initial. Cependant, celui-ci ne doit pas retarder l'initiation du traitement ARV. En particulier, le résultat d'un test de résistance génotypique n'est pas indispensable pour débiter ce traitement.
- En cas de primo-infection ou de grossesse au-delà de 24 semaines d'aménorrhée, il doit être initié **dès la première consultation spécialisée**.
- En cas de demande de la personne concernée ou de pratiques à risque élevé de transmission aux partenaires sexuels, il doit être initié **dès la première consultation spécialisée**.
- En cas de tuberculose ou de cryptococcose neuroméningée, il doit être différé.
- En cas d'infection à VIH-2, chez les patients dits « *contrôleurs naturels* » du VIH-1 et chez ceux demandant un délai pour être prêts à débiter le traitement, il peut être différé.
- Le traitement initial associe deux ou trois ARV (**bithérapie ou trithérapie**) pour VIH-1, trois ARV pour VIH-2.
- Le choix d'une **association fixe à comprimé unique quotidien est privilégié**.
- ALLEGEMENT (bithérapie, TT séquentiel, TTLA) / impact sur le poids ...

# ISL + LEN en comprimé oral hebdomadaire : une efficacité virologique prolongée très prometteuse

D'après Colson A et al., abstr. CO21, actualisé

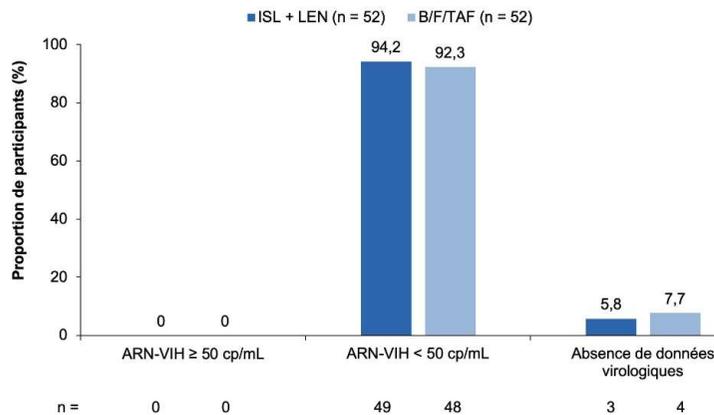
Caractéristiques des populations:

Schéma de l'étude :



	ISL + LEN (n = 52)	B/F/TAF (n = 52)	Total (n = 104)
Âge, années, médiane (extrêmes)	40 (28–67)	40 (26–76)	40 (26–76)
Femmes (assignées comme telles à la naissance), n (%)	10 (19,2)	9 (17,3)	19 (18,3)
Identité de genre, n (%)			
Femme trans	1 (1,9)	0	1 (1,0)
Non-binaire	0	1 (1,9)	1 (1,0)
Ethnicité, n (%)			
Caucasiens	25 (48,1)	27 (51,9)	52 (50,0)
Afro-Américains	21 (40,4)	16 (30,8)	37 (35,6)
Asiatiques	2 (3,8)	1 (1,9)	3 (2,9)
Indiens d'Amérique ou natifs de l'Alaska	1 (1,9)	2 (3,8)	3 (2,9)
Natifs d'Hawaï ou des îles du Pacifique	0 (0)	1 (1,9)	1 (1,0)
Autres	3 (5,8)	5 (9,6)	8 (7,7)
Hispaniques et Latino-Américains, n (%)	13 (25,0)	17 (32,7)	30 (28,8)
CD4, cellules/μL, moyenne (DS)	755 (223,6)	818 (271,3)	786 (249,5)
Lymphocytes, 10 <sup>3</sup> cellules/μL, moyenne (DS)	1,94 (0,445)	1,95 (0,652)	1,94 (0,556)
Poids, kg, médiane (IQR)	79,3 (70,4–87,4)	83,2 (76,1–92,5)	80,5 (74,4–88,7)
IMC, kg/m <sup>2</sup> , médiane (IQR)	26,9 (23,8–30,0)	27,2 (25,5–29,3)	27,1 (24,5–29,4)

## Efficacité virologique à S48 (algorithme FDA Snapshot)



## Résultat S48 :

Islatravir (ISL) est un inhibiteur de la transcriptase inverse et de la translocation, et le lénacapavir (LEN) est un inhibiteur de la capsid. Ces 2 molécules ont un potentiel très intéressant pour un développement en *long acting*, étant virologiquement très actives à faible dose. Leur profil pharmacocinétique permettant d'envisager une prise hebdomadaire. Leur combinaison (ISL/LEN) dans un comprimé unique, en prise orale, donc, est en cours d'évaluation. Des résultats d'efficacité à S24 ont été présentés à la CROI 2024. Les résultats présentés ici sont ceux de S48. Il s'agit d'un essai de phase II, randomisé, en ouvert (**figure 1**). Les participants étaient tous à l'inclusion virologiquement contrôlés sous bictégravir/emtricitabine/ténofovir alafénamide (B/F/TAF). Ils étaient randomisés en 2 groupes : l'un recevant une dose hebdomadaire de ISL (2 mg) et LEN (300 mg), et l'autre continuant son traitement quotidien par B/F/TAF. **À S48, 94,2 % des participants sous ISL/LEN et 92,3 % des participants sous B/F/TAF présentaient une charge virale indétectable (< 50 cp/mL) (figure 2).** Aucun participant n'avait présenté d'échec virologique. Dans le groupe ISL/LEN, 2 participants avaient interrompu leur participation en raison d'effets indésirables non liés au traitement à l'étude et un participant avait quitté l'étude pour des raisons non liées au traitement.

**Ce régime thérapeutique pourrait devenir le 1<sup>er</sup> traitement *long acting* oral contre l'infection par le VIH-1, offrant ainsi une option innovante pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Des essais de phase III (nommés ISLAND-1 et ISLAND-2) sont en préparation.**

FICHE

## Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant

Validée par le Collège le 25 avril 2024

# Grossesse, allaitement et VIH : quels traitements ?

Il est essentiel que toute femme enceinte vivant avec le VIH bénéficie d'un traitement antirétroviral au long cours pour sa propre santé, pour prévenir la transmission sexuelle, et celle de la mère à l'enfant.

Un contrôle virologique optimal chez la mère permet de supprimer le risque de transmission du VIH à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement.

Le dolutegravir fait désormais partie des antirétroviraux utilisables quel que soit le stade de la grossesse, compte-tenu de son efficacité virologique et des données désormais rassurantes sur le faible risque de malformations du tube neural, en alternative au raltégravir ou au darunavir.

L'allaitement maternel est désormais possible chez les femmes qui le souhaitent, si le contrôle virologique est optimal, et avec la proposition de prolonger la prophylaxie antivirale chez le nourrisson pendant toute la durée de l'allaitement pour prévenir tout risque de transmission résiduelle.

Les Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité d'Ile de France vous invitent au webinaire

### ALLAITEMENT ET VIH ACCOMPAGNER LES MÈRES



**INTERVENANTS :**  
Professeur Laurent Mendelsohn, PU-PH, gynécologue-obstétricien, AP-HP Mâpital Jean-Baptiste, Cochin, Paris, chef de groupe Gynécologie et IVG (2022)  
Mme Est. Gammelle, Responsable d'association Cochin des femmes, ancien chef de groupe Cochin et PU-PH (2022)

**PROGRAMME :**  
- Transmission des virus maternels  
- Du bébé, VIH 12 semaines et 49  
- Système de traitement résiduel avec les experts

**100 ALLIEMENTS**

**VENDREDI  
06 SEPTEMBRE  
12H00-12H00**

**INSCRIPTION**

# Objectifs 2025 sur le VIH

**10%**  **METTRE FIN AUX INÉGALITÉS**  **95%**

**MOINS DE 10 %**  
DES PERSONNES VIVANT AVEC  
LE VIH ET DES POPULATIONS  
CLÉS SONT VICTIMES DE  
STIGMATISATION ET DE  
DISCRIMINATION

**MOINS DE 10 %**  
DES PERSONNES VIVANT AVEC  
LE VIH, DES FEMMES ET DES  
FILLES, ET DES POPULATIONS  
CLÉS SONT VICTIMES  
D'INÉGALITÉS ET DE VIOLENCES  
REPOSANT SUR LE GENRE

**MOINS DE 10 %**  
DES PAYS ONT DES LOIS ET  
DES RÈGLES PUNITIVES

*Mettre au centre  
les personnes  
séropositives et  
les communautés  
exposées au VIH*

**95 %** DES PERSONNES EXPOSÉES  
AU VIH UTILISENT UNE PRÉVENTION  
COMBINÉE

**95 % - 95 % - 95 %** POUR LE DÉPISTAGE,  
LE TRAITEMENT ET LA SUPPRESSION  
DE LA CHARGE VIRALE CHEZ LES  
ADULTES ET LES ENFANTS

**95 %** DES FEMMES ONT ACCÈS À DES  
SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET  
REPRODUCTIVE

**95 %** DE COUVERTURE DES SERVICES  
D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION  
VERTICALE DU VIH

**90 %** DES PERSONNES VIVANT AVEC  
LE VIH OBTIENNENT UN TRAITEMENT  
PRÉVENTIF CONTRE LA TUBERCULOSE

**90 %** DES PERSONNES  
SÉROPOSITIVES ET EXPOSÉES AU VIH  
SONT RENVOYÉES VERS D'AUTRES  
SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS



<p><b>Vision</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination</li> <li>▶ Éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique</li> <li>▶ Les personnes vivant avec le VIH peuvent vivre longtemps et en bonne santé</li> </ul>
<p><b>Priorités</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Développer une approche globale et positive centrée sur toutes les dimensions et les déterminants de la santé sexuelle</li> <li>▶ Développer et promouvoir la prévention diversifiée pour mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.</li> <li>▶ Identifier les personnes ignorant leur séropositivité au VIH et éloignées de l'offre de dépistage pour réduire rapidement "l'épidémie cachée"</li> <li>▶ Inverser la courbe de l'épidémie des IST les plus fréquentes et/ou les plus graves (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien (LGV))</li> <li>▶ Réduire le temps entre l'infection et la mise sous traitement en favorisant l'accès rapide aux dépistages VIH, VHB, VHC, IST...et aux traitements</li> <li>▶ Développer la vaccination VHB / HPV et le rattrapage à l'adolescence</li> <li>▶ Maintenir l'accès à des thérapeutiques efficaces contre les principales IST et lutter contre la résistance aux antimicrobiens</li> <li>▶ Garantir un accès aux soins adapté pour les populations clés</li> </ul>
<p><b>Cibles 2020-2030</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique en 2020</li> <li>▶ 95% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral recommandé en 2020</li> <li>▶ 95% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement indétectable en 2020</li> <li>▶ 75 % de couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents en 2023 (95% en 2030)</li> <li>▶ 60 % de couverture vaccinale de HPV chez les adolescentes en 2023 (80% en 2030)</li> <li>▶ Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves : (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien (LGV) (année de référence: 2023)</li> </ul>

# QUESTIONS?

