

INFECTION À VIH ET IST

PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (« séropositivité au VIH »), dont le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) représente un stade avancé et mortel en l'absence de traitement, est responsable d'une pandémie mondiale. En France, l'épidémie se poursuit, en raison notamment des insuffisances de dépistage et de prise en charge précoce.

Pour les personnes prises en charge, les traitements antirétroviraux permettent d'obtenir un équilibre immunovirologique mais non l'éradication virale. L'infection par le VIH devient une maladie chronique, relevant de traitements associant trois molécules antirétrovirales ou « trithérapies ». Des progrès récents ont permis l'utilisation de traitements simplifiés aux effets indésirables moins fréquents qu'auparavant. Les échecs précoces sont rares lorsque le traitement est bien pris par le patient et conduit par des équipes spécialisées.

VOIR AUSSI *Prévention et dépistage* page 294

HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE

Évolution clinique de l'infection à VIH. En l'absence de traitement, l'infection à VIH évolue selon trois stades cliniques successifs, avec d'importantes particularités : l'évolution diffère selon le groupe d'exposition et selon les individus, les manifestations cliniques sont très diverses, et les interventions thérapeutiques peuvent être multiples dès la séropositivité.

Classification CDC	Stade A	Stade B	Stade C
Forme clinique	asymptomatique	symptômes mineurs	sida
Durée moyenne	2 à 3 mois	10 ans	4 à 6 ans

L'évolution biologique de l'infection par le VIH est un processus continu dès la contamination, caractérisé par une réplication virale intense et persistante. En l'absence de traitement, la destruction des lymphocytes T CD4 progresse à un rythme de 50 à 80 CD4/mm³ par an, avec d'importantes variations indivi-

duelles. En dessous de 200 CD4/mm³, la diminution des défenses immunitaires peut se traduire par la survenue d'infections ou autres affections opportunistes. La stratégie thérapeutique anti-rétrovirale vise à obtenir une réduction maximale de la réplication virale le plus longtemps possible.

Lymphocytes T CD4 et charge virale. Ces indicateurs biologiques sont les meilleurs marqueurs pour assurer le suivi et prendre les décisions thérapeutiques. La numération des lymphocytes T CD4 reflète le degré d'atteinte du système immunitaire et permet de savoir quand commencer les traitements. La charge virale désigne la quantité d'ARN de virus présent dans le sang, reflet de la réplication virale et de la capacité de transmission du VIH.

Particularités de la primo-infection dans l'infection à VIH (Stade A). Des symptômes surviennent dans deux tiers des cas, 1 à 6 semaines après le contact contaminant, dans un tableau pseudo-grippal (syndrome mononucléosique non spécifique : fièvre, adénopathies, pharyngite, rash cutané, leucopénie, thrombopénie...). Le diagnostic est attesté par la présence d'Ag p24 dans le sérum, suivie d'une séroconversion (positivité des anticorps) entre 3 semaines et 2 mois. Une multithérapie antirétrovirale est indiquée rapidement en cas de manifestations sévères ou de lymphocytes T CD4 < 350/mm³ ; elle n'est plus indiquée en cas de forme asymptomatique. Le risque de transmission du VIH est très élevé en raison d'une forte multiplication virale et doit faire l'objet de messages de prévention spécifiques.

COMPLICATIONS LIÉES AU VIH ET MALADIES OPPORTUNISTES (STADE B ET STADE C)

Bien qu'en forte diminution depuis l'introduction des multithérapies antirétrovirales, les maladies opportunistes représentent la moitié des causes de décès chez les personnes séropositives. En l'absence de suivi, la tuberculose, le zona, la pneumocystose et la toxoplasmose peuvent aujourd'hui encore révéler une séropositivité. Après la séroconversion, 50 à 70 % des personnes infectées développent des adénopathies généralisées (ganglions). Des lymphadénopathies généralisées sans cause évidente doivent inciter à la pratique du test VIH.

Les atteintes pulmonaires restent les infections opportunistes les plus fréquentes :

- la tuberculose (voir page 369) est prépondérante chez les patients africains infectés par le VIH. Elle peut se développer précocement (CD4 ≈ 400/mm³). Les manifestations cliniques dépendent du degré du déficit immunitaire ;

- la pneumocystose se manifeste par une fièvre isolée ou associée à une perte de poids, toux, dyspnée et évolue vers une insuffisance respiratoire aiguë. Elle survient pour un taux de $CD4 < 200/mm^3$, en l'absence de traitement préventif ;
- des pneumopathies bactériennes peuvent survenir avec une fréquence inhabituelle, le plus souvent dues au pneumocoque ou à *Haemophilus influenzae* ;
- les infections mycosiques ou virales sont également rares, ainsi que les infections à mycobactéries atypiques, qui surviennent à un stade très avancé du déficit immunitaire ($CD4 < 50/mm^3$) et s'intègrent dans une atteinte multiviscérale.

Les atteintes neurologiques sont surtout dues aux toxoplasmes ou aux cryptocoques, mais peuvent être directement liées au VIH. Leur fréquence augmente avec le degré de déficit immunitaire. Les atteintes du système nerveux central sont des méningites, des encéphalites, des atteintes cérébrales locales ou médullaires. Les atteintes périphériques (mononévrites, polynévrites ou neuropathies) et des muscles peuvent être infectieuses ou toxiques.

Les atteintes digestives sont fréquentes et peuvent survenir à un niveau de $CD4$ peu abaissé. Les infections à *Candida* atteignent la bouche (muguet, glossite atrophique) et l'œsophage. L'herpès peut provoquer des ulcérations sur tout le tractus digestif (faces internes des lèvres, œsophage, côlon, anus). Les diarrhées sont fréquentes à un stade tardif, d'origine parasitaire ou virale, plus rarement bactérienne. Elles peuvent induire une dénutrition aggravant le pronostic vital.

Les atteintes cutanéomuqueuses sont très diverses. D'origine infectieuse ou tumorale, elles peuvent survenir à tous les stades de la maladie : herpès (vésicules péri-orificielles en bouquet), zona fréquent, candidoses vaginales récidivantes, dermite séborrhéique (lésions érythémato-squameuses sur le visage et le cuir chevelu)... La gale est fréquente, parfois atypique (voir *Pathologie courante* page 329). Les toxidermies médicamenteuses disparaissent souvent spontanément.

Certaines tumeurs malignes surviennent plus fréquemment chez les personnes infectées par le VIH, comme les dysplasies évoluant vers le cancer du col de l'utérus ou de la marge anale, les lymphomes hodgkiniens ou non hodgkiniens. Le sarcome de Kaposi est rare chez les patients africains porteurs du VIH.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

(voir *Déclaration obligatoire* page 300)

L'annonce de la séropositivité VIH : accueillir les émotions, écouter les silences. Des rendez-vous rapprochés doivent être proposés, qui permettent de favoriser la compréhension des résultats et la prise en compte de leur signification pour la personne. Envisager avec la personne avec qui elle pourrait en parler, ou se faire aider. Discuter des stratégies d'annonce au partenaire (faire appel au médecin, proposer au partenaire de faire ensemble un test...).

Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation (AMP).

« Alors, je ne pourrai plus avoir d'enfant... ? » : la question de la procréation s'impose à la/au patient/e et se pose au médecin très vite après l'annonce de la séropositivité. Dans de nombreuses cultures, la procréation représente une condition essentielle de l'accomplissement de soi, une forme de rite de passage entre le statut d'individu et celui d'être social. Le désir d'enfant doit pouvoir être entendu par le soignant sans préjugé. Il est important de susciter la parole autour de cette question que les patients abordent rarement spontanément. L'information doit être claire et objective en particulier sur les contraintes imposées par l'AMP. L'AMP est possible chez les couples séro différents (que ce soit l'homme ou la femme qui soit infecté/e) ou lorsque les deux personnes sont séropositives. Lorsque le projet parental est exprimé, le couple doit être mis en contact avec une équipe pluridisciplinaire spécialisée en AMP pour une prise en charge individualisée car différentes techniques sont possibles. Cette équipe procédera à toutes les évaluations nécessaires (fertilité, etc.) en coordination avec le médecin spécialiste du VIH. La prise en charge en AMP, si elle est décidée, est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Une dizaine de centres sont répartis sur le territoire national. Les délais sont longs mais identiques aux délais de prise en charge des couples non concernés par l'infection à VIH.

Prévention du VIH (voir aussi page 294). Les soignants ont un rôle très important dans l'information et l'accompagnement en matière de prévention personnalisée. Le contexte socioculturel doit être appréhendé, notamment chez certains exilés que la découverte de la séropositivité conduit à un grand isolement affectif et social. Des échanges ouverts, plus facilement en fin de consultation, portent sur le partenaire (connaissance de la séropositivité et proposition du test, information sur le traitement si couple sérodifférent), sur le niveau d'information relative aux modes de transmission, l'attitude envers les moyens de préven-

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport Yeni 2006, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, ministère de la Santé et des Solidarités,

Médecine-Sciences-Flammarion

www.sante.gouv.fr/htm/actu/yeni_sida/rapport_experts_2006.pdf

■ *Site d'Act-up*
www.actupparis.org

POUR LES COORDONNÉES DES CENTRES D'AMP

- *Sida Info Service*
T : 0800 840 800
- *Rapport Yeni 2006, Chapitre VIH et procréation (voir supra)*

PRISE EN CHARGE MÉDICALE D'UN PATIENT SÉROPOSITIF VIH

■ **Diagnostic sérologique :**
détection des anticorps anti-VIH par double test ELISA (2 techniques distinctes), confirmé par un test Western-Blot.

■ **Bilan initial :** *protection maladie (admission immédiate CMU-C/instruction prioritaire AME), ALD 30 ;*

- NFS-plaquettes, glycémie à jeun, créatinine, ASAT-ALAT, PhAlc, γ GT, bilan lipidique, sérologies VHA, VHB (Ag HBs, Ac HBs, Ac HBe) et VHC, sérologie syphilis (TPHA-VDRL) ;

- sérologie CMV, sérologie toxoplasmose (si négative, prévention hygiéno-diététique) ;

- lymphocytes T CD4 et CD8 ;

- quantification de l'ARN VIH plasmatique (charge virale), test génotypique de résistance avec détermination du sous-type viral ;

- radiographie de thorax ;

- pour les femmes, consultation de gynécologie annuelle.

■ **Bilan de surveillance :** *tous les 6 mois si CD4 > 500, tous les 3 mois si CD4 > 500*

- NFS-plaquettes, lymphocytes T CD4 et CD8, charge virale, ASAT-ALAT, γ GT, glycémie à jeun, créatinine ;

- sérologies annuelles de la toxoplasmose, de la syphilis et du CMV si sérologies initiales négatives.

tion et les capacités de négociation avec le partenaire. Le discours de prévention doit être simple : en cas de relation sexuelle, seuls les préservatifs – masculins ou féminins – protègent du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Pour les femmes séropositives, la question d'une contraception efficace doit être abordée dans le cadre d'un suivi gynécologique.

Prévention des maladies opportunistes. La prévention de la pneumocystose est justifiée lorsque les lymphocytes T CD4 sont inférieurs à 200/mm³, et celle de la toxoplasmose lorsque la sérologie est positive et que les CD4 sont inférieurs à 100/mm³. Réalisée par le cotrimoxazole (BACTRIM) 1 cp/j à 80/400 mg ou 1 cp/j à 160/800 mg si CD4 < 100, la prophylaxie mixte peut être interrompue dans la plupart des cas sous traitement antirétroviral quand le taux de lymphocytes T CD4 est supérieur à 200/mm³ depuis au moins 6 mois. Un examen gynécologique annuel avec frottis est recommandé chez les femmes en vue du dépistage précoce d'une dysplasie cervicale utérine.

Sexualité et VIH (voir aussi page 253). Le moment de la sexualité est toujours celui qui vient rappeler la présence du virus, aussi l'atteinte par le VIH représente-t-elle une contrainte sur la sexualité dont les personnes ne se libèrent jamais totalement, d'autant plus qu'elle survient dans un contexte d'exil récent. Il est important que les soignants abordent les questions de la sexualité, à distance des échanges autour de la prévention, et si nécessaire à l'aide de spécialistes.

Grossesse. La prise en charge des femmes enceintes porteuses du VIH permet de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 1 % des cas. La prévention de ce risque repose sur la proposition systématique (mais non obligatoire) du test VIH au cours du bilan prénatal, l'information de la patiente sur les bénéfices et risques du traitement pour l'enfant, et la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire spécialisée pour les grossesses à risque médical. Le traitement antirétroviral doit être poursuivi chez les femmes chez qui il est indiqué, en évitant l'éfavirenz (SUSTIVA), le ténofovir (VIREAD, TRUVADA), et l'association d4T+ddi (ZERIT+VIDEX) en raison du risque accru d'acidose lactique. Un traitement préventif de la transmission materno-fœtale doit être instauré à partir de la 28^e semaine de grossesse (durée minimale de 12 semaines). Une césarienne est programmée au 8^e mois seulement si l'on n'a pas pu obtenir par le traitement une charge virale faible ou indétectable (< 400 copies/ml). L'allaitement artificiel exclusif est recommandé. Le traitement préventif doit être poursuivi pendant les 6 premières semaines de vie du nouveau-né (diagnostic d'infection par culture virale et PCR). La prise en charge médico-psychologique

doit tenir compte de la difficulté pour la future maman à accepter la césarienne ou l'allaitement artificiel, en raison des soupçons que l'entourage pourrait entretenir à son encontre.

Co-infection par les virus des hépatites (voir page 354). L'atteinte simultanée par les virus VHC (Afrique centrale ++) et VHB (Afrique de l'Ouest ++) constitue un facteur important de co-morbidité et de mortalité. Leur prise en charge, compliquée par celle du VIH (pronostic et schémas thérapeutiques différents), requiert une équipe pluridisciplinaire.

VIH et nutrition (voir page 246). Des carences nutritionnelles multiples peuvent se produire précocement au cours d'une infection au VIH même si la numération des CD4 est élevée. De telles carences vont accentuer le déficit immunitaire. L'alimentation doit être équilibrée : manger de façon la plus variée possible au cours de trois repas répartis à heures régulières dans la journée. Le régime alimentaire doit comporter un apport suffisant en protéides ; un apport suffisant en glucides complexes ; beaucoup de fruits et légumes frais ; de bonnes matières grasses en quantité modérée ; beaucoup de liquides en évitant les boissons riches en sucre.

Vaccinations. Le BCG et les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués. Chez les patients ayant un taux de T CD4 > 200/mm³, les rappels des vaccins universels, le vaccin contre le pneumocoque et les vaccins utiles en cas de retour au pays peuvent être pratiqués sans risque.

Séjour au pays. Le projet d'un séjour au pays ou dans un pays limitrophe doit être discuté et préparé avec le patient. Il faut anticiper les ruptures de traitement par stock insuffisant, stigmatisation sociale ou culpabilité face aux autres malades (risque de partage des médicaments). La prévention vis-à-vis du conjoint resté au pays doit être abordée. Sont indiquées les vaccinations contre la fièvre jaune (CD4 > 200/mm³), la prévention contre le paludisme, et pour les patients immunodéprimés (CD4 < 200/mm³) une fluoroquinolone orale à 1 cp/j pour les séjours brefs (prévention des salmonelloses).

LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Quand débiter le traitement antirétroviral ? Chez les patients asymptomatiques, la période optimale se situe lorsque le taux de lymphocytes T CD4 est inférieur ou égal à 350/mm³ sans atteindre 200/mm³ ou 15 %. La décision de début de traitement doit être individualisée et s'accompagner d'une information aussi complète que possible du patient, sur l'importance du premier traitement (rôle pronostique des CD4 et de la charge virale), la

POUR EN SAVOIR PLUS

Guide des vaccinations, DGS, Comité technique des vaccinations, Édition Inpes 2006

www.inpes.sante.fr/CFES/Bases/catalogue/pdf/927.pdf

POUR EN SAVOIR PLUS

- www.actupparis.org
- www.trt-5.org

complexité des traitements et la possibilité d'effets indésirables (chaque patient doit être prévenu de la possible modification de sa silhouette), la nécessité d'une bonne observance (résistances, efficacité moindre des traitements ultérieurs).

Comment traiter ? L'objectif du premier traitement antirétroviral est de rendre la charge virale indétectable en 6 mois, objectif atteint dans plus de 80 % des cas. Déterminé par le médecin spécialiste, le choix du traitement doit tenir compte de son efficacité antivirale, mais aussi des modalités des prises par rapport aux conditions de vie du patient, des effets indésirables et de la tolérance quotidienne. Dans tous les cas, il faut que les patients soient très informés des multiples possibilités de traitement pour ne pas se décourager, mais consulter de nouveau, en cas d'intolérance à un traitement donné. L'instauration du traitement est toujours recommandée sans délai chez les patients symptomatiques et/ou ayant un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200/mm³.

ASSOCIATIONS RECOMMANDÉES POUR UN PREMIER TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

OPTIONS À PRÉFÉRER

2 IN		1 + 1	1 INN	1 OU 1	1 IP/RITONAVIR
zidovudine RETROVIR ou ténofovir VIREAD ou didanosine VIDEX ² ou abacavir ZIAGEN ¹	+	lamivudine EPIVIR ou emtricitabine EMTRIVA	éfavirenz SUSTIVA ¹		fosamprénavir/r TELZIR ou lopinavir/r KALETRA ou saquinavir/r INVIRASE

IN Inhibiteurs nucléosidiques, INN Inhibiteurs non nucléosidiques, IP Inhibiteur de protéase
 1. L'introduction conjointe d'abacavir et d'éfavirenz expose au risque de ne pas permettre l'identification du médicament responsable en cas d'éruption cutanée ou de syndrome d'hypersensibilité.
 2. La didanosine est indiquée en première intention en association avec l'éfavirenz pour permettre une monoprise quotidienne le soir au coucher.

AUTRES CHOIX POSSIBLES

- Trithérapie comportant 2 INN + 1 IP/r : atazanavir/r (REYATAZ) ou indinavir/r (CRIXIVAN)
- Trithérapie comportant 2 IN + névirapine (VIRAMUNE)
- zidovudine + lamivudine + abacavir TRIZIVIR (Si CV < 100 000 copies/ml).

ANTIRÉTROVIRAUX EN PHARMACIE DE VILLE : PRIX MOYEN D'UN TRAITEMENT MENSUEL EN FRANCE

Inhibiteurs nucléosidiques (IN)

EMTRIVA emtricitabine ou FTC	180 €
EPIVIR lamivudine ou 3TC	181 €
RETROVIR zidovudine ou AZT	235 €
VIDEX didanosine ou DDI	136 à 211 €
ZERIT stavudine ou D4T	204 à 211 €
ZIAGEN abacavir	310 €

COMBIVIR 3TC + AZT	396 €
HIVID zalcitabine ou DDC	182 €
TRIZIVIR ABC + 3TC + AZT	655 €
KIVEXA ABC + 3 TC	475 €

Inhibiteurs nucléotidiques (IN)

VIREAD ténofovir ou TDF	376 €
TRUVADA TDF + FTC	539 €

Inhibiteurs non nucléosidiques (INN)

SUSTIVA éfavirenz	320 €
VIRAMUNE névirapine	285 €

Inhibiteurs de protéases (IP)

TELZIR/R fosamprénavir	408 €
CRIXIVAN/R indinavir	170 €
INVIRASE/R saquinavir	390 €
KALETRA/R ritonavir + lopinavir	513 €
REYATAZ/R atazanavir	491 €
VIRACEPT nelfinavir	425 €
NORVIR 200 mg/j ritonavir	64 €

Inhibiteur entrée (IE)

FUZEON enfuvirtide ou T20	1691 €
---------------------------	--------

Complications des antirétroviraux :

- lipodystrophies ou anomalies de répartition des graisses pour environ 50 % des patients après 1 à 2 ans de traitement comportant un IP. Forme atrophique (fonte adipeuse des membres, des fesses et aspect émacié du visage) et/ou forme hypertrophique du tronc, du cou, du dos en « bosse de bison », augmentation du volume des seins. En cas d'hypertrophie tronculaire, suivre un régime normocalorique pauvre en sucres rapides et en graisses animales. La chirurgie réparatrice est possible en cas d'atrophie grasseuse du visage, avec possibilité de prise en charge financière totale ;
- anomalies du métabolisme glucidique dans près de 50 % des cas intolérance au glucose, hyperinsulinisme ou diabète de type 2, en raison d'une insulino-résistance induite par les IP. La metformine est le traitement de choix du diabète chez le patient VIH, et l'insuline parfois nécessaire ;
- anomalies du métabolisme lipidique dans 40 % des cas environ, avec hypertriglycéridémie et/ou hypercholestérolémie totale. Prise en charge médicamenteuse (TGL > 10g/l, HDL-C < 0,35g/l ou LDL-C > 1,60 g/l) à l'aide du spécialiste en raison des interférences possibles avec les antirétroviraux ;

- atteintes mitochondriales résultant de la toxicité des IN : myopathie plus souvent associée à l'AZT, neuropathie périphérique ou pancréatite avec ddl ou d4T. Elles regroupent des symptômes liés à l'existence d'une hyperlactatémie (fatigabilité musculaire, myalgies, paresthésies) et de l'acidose lactique, complication rare et très sévère (amaigrissement brutal et dyspnée) ;
- anomalies osseuses avec ostéopénie ou ostéoporose dans 10 % des cas, qui doivent être prévenues par des apports alimentaires suffisants, particulièrement en calcium.

POUR EN SAVOIR PLUS

*Alcool, Tabac, Collections
Ouvrons le dialogue
et Repères pour votre
pratique, Inpes
www.inpes.sante.fr*

Suivi d'un patient sous traitement antirétroviral : la surveillance clinique et biologique des effets indésirables a pour objectif de substituer les médicaments responsables en maintenant l'efficacité thérapeutique. La prévention des principales complications repose sur le bilan initial et la prise en charge des risques cardiovasculaires (tabac, surpoids/diététique, HTA, exercice physique) et sur un bilan lipido-glucidique semestriel. L'arrêt du traitement peut se discuter lorsqu'il devient trop contraignant et que les lymphocytes T CD4 sont stables à plus de 500/mm³ et n'ont pas été inférieurs à 300/mm³.

- Suivi initial : vérifier les prises optimales de la didanosine/ddl à jeun, des IP au cours des repas (sauf TELZIR), de l'éfavirenz au coucher. Chercher les effets indésirables précoces comme les troubles digestifs (IP), une hypersensibilité à l'abacavir (fièvre, fatigabilité, crampes diffuses, troubles digestifs et respiratoires), une éruption cutanée sous abacavir, névirapine ou éfavirenz, des troubles neuropsychiques très fréquents avec l'éfavirenz (cauchemars, vertiges, troubles de l'humeur et de la concentration), une cytolysé hépatique fréquente sous névirapine.
- Suivi ultérieur : vérifier au moins tous les 3 mois (4 mois chez les patients asymptomatiques) l'efficacité clinique (poids, disparition des symptômes) et biologique (réduction de la charge virale d'un facteur 10 au 1^{er} mois puis indétectable < 450 copies/ml entre le 3^e et le 6^e mois, remontée progressive des CD4). Effets indésirables : lipodystrophies (surveillance du poids, du tour de taille, de hanche, de poitrine chez la femme), signes de neuropathie périphérique sous stavudine/d4T, ou didanosine/ddl, troubles digestifs++ avec les IP, intolérance à l'indinavir (colique néphrétique, sécheresse cutanée), retentissement psychologique de l'éfavirenz. Surveillance biologique par NFS (anémie et neutropénie sous zidovudine/AZT, amylasémie ou lipasémie sous didanosine/ddl), transaminases, lipides et glycémie.
- Interactions médicamenteuses possibles : psychotropes, contraceptifs, anticoagulants.

Observance et éducation thérapeutique. Des consultations effectuées par une infirmière ou un médecin formés à ces questions sont particulièrement indiquées lors des premiers mois suivant l'initiation du traitement, ceci pour tous les patients. Elles ont pour objectif la reconnaissance et la gestion des effets indésirables dans le contexte particulier que vit le patient, ce qui nécessite une relation de confiance et d'écoute réciproque.

PRISE EN CHARGE SOCIO-JURIDIQUE

Une prise en charge sociale personnalisée au long cours est indispensable, par un service social (mairie, hôpital) ou une association (voir page 325 et *Répertoires régionaux*). Un bilan médico-social (protection maladie, titre de séjour, logement, ressources) doit être effectué régulièrement pour adapter la prise en charge du patient à sa situation, repérer les moments de fragilisation et faire appel si besoin à des services spécialisés, soignants et travailleurs sociaux devant notamment intervenir chaque fois que nécessaire pour un problème de protection maladie (voir page 188), de logement, ou de régularisation administrative (voir *Droit au séjour pour raison médicale* page 93).

Tout patient infecté par le VIH doit bénéficier d'une protection maladie optimale. L'infection à VIH est une affection de longue durée permettant l'exonération du ticket modérateur/ALD30 (formulaire à remplir par le médecin traitant et à adresser au Centre de sécurité sociale – CSS).

Une demande d'appartement thérapeutique peut être faite par une assistante sociale. En pratique, ces appartements gérés par des associations sont accordés sous conditions (tri-thérapie, handicap, femme seule avec enfants, absence de ressources). Un courrier médical de synthèse doit être adressé au médecin de l'association. Par ailleurs une demande de HLM peut être accélérée par un courrier médical mentionnant un suivi pour pathologie chronique (sans mention du diagnostic) à l'attention de l'assistante sociale de la mairie.

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est accessible aux personnes reconnues handicapées avec un taux d'incapacité d'au moins 50 %, et qui ne peuvent exercer une activité professionnelle. Il existe des conditions de ressources et de séjour (au minimum une Carte de séjour temporaire – CST de 1 an). L'AAH doit être demandée à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, qui siège au sein de chaque Maison départementale des personnes handicapées (ex-Cotorep, demander l'adresse à la mairie). La partie médicale du dossier doit être remplie par le médecin traitant, avec mention des effets

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport Yeni 2006, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, ministère de la Santé et des Solidarités,

Médecine-Sciences-Flammarion

www.sante.gouv.fr/htm/actu/yeni_sida/rapport_experts_2006.pdf



POUR EN SAVOIR PLUS

VIH et 100 % sécurité sociale, un guide associatif pour compléter le protocole de soins, TRT5

www.trt-5.org/IMG/pdf/EPProtocoleSoin-LoDef-2.pdf



ATTENTION !

Le « 100% » ne permet pas la dispense d'avance des frais pour les problèmes de santé non liés au VIH et ne couvre pas le forfait hospitalier. C'est pourquoi, pour les migrants démunis, la complémentaire CMU doit être obtenue en procédure d'admission immédiate (voir page 212), et l'AME en procédure d'instruction prioritaire (voir page 224).



secondaires dont souffre le patient. La Cotorep peut également délivrer une carte d'invalidité qui donne droit à des avantages en matières de fiscalité et de transport.

Droit au séjour pour raison médicale (voir pages 93 et 382). La prise en charge médicale de l'infection à VIH est inaccessible à ce jour dans la quasi-totalité des pays en développement. Une personne en situation irrégulière, ressortissante d'un tel pays et infectée par le VIH relève ainsi d'une « régularisation médicale », qu'elle soit en phase de surveillance biologique simple, en période de traitement ou de surveillance post-thérapeutique (voir Circulaire DGS/SD6A du 30 septembre 2005 page 305). Depuis 2003, il est arrivé que le droit au séjour soit refusé dans un premier temps par certaines préfectures, le médecin chef de la préfecture de police de Paris ou le Médecin inspecteur de santé publique (MISP) ayant estimé que « *le traitement [était] disponible au pays d'origine* », sans considérer la question de l'accessibilité effective prévue par la loi. Les personnes concernées ont pu faire valoir leurs droits dans le cadre des procédures de recours.

Attention toutefois à ne pas faire abandonner une demande d'asile en cours pour la régularisation, sans avoir informé le demandeur de la différence des statuts obtenus au terme de ces deux procédures (voir page 114).

ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE VIH : LES COREVIH

Les Corevih, Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été institués par le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005. Ils ont vocation à remplacer les Csih créés en juin 1988, pour tenir compte de l'évolution des caractéristiques de l'infection par le VIH et du nouveau cadre légal (lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique). La circulaire DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au VIH précise notamment les modalités de fonctionnement des Corevih.

Implantés dans certains hôpitaux publics (liste définie par arrêté ministériel), les Corevih ont trois missions principales :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;

POUR EN SAVOIR PLUS

Sida, le Guide des droits sociaux, Act-Up Paris

www.actupparis.org

- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte DMI2).

Chaque Corevih doit intégrer des représentants des domaines du soin, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, du soutien et de l'accompagnement, provenant à la fois du secteur hospitalier et extra-hospitalier et représentant le territoire géographique de référence. La représentation des différentes catégories d'établissements de santé avec la participation des personnels soignants et administratifs, des réseaux de santé, des UCSA (Unités de consultations et de soins ambulatoires), des acteurs de la réduction des risques liés à l'usage de drogues intraveineuses, des associations d'insertion et de soutien et des associations gestionnaires d'hébergement est particulièrement importante.

Le Corevih n'est pas un opérateur direct : il a une fonction de coordination, de communication, de dialogue avec les différents partenaires impliqués dans la lutte contre l'infection à VIH. Les réunions du Corevih permettent d'apporter des informations utiles aux décisions relatives à la prise en charge de cette pathologie dans le Plan régional de santé publique (PRSP) et ses différentes composantes notamment le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en faveur des personnes en situation précaire, le Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS), le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), et aux travaux de la conférence régionale de santé. En fonction des caractéristiques et des données épidémiologiques de la population infectée par le VIH dans le territoire couvert par le Corevih, des actions plus particulièrement ciblées en direction des populations migrantes/étrangères pourront être menées.

Concernant la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le VIH dans les établissements de santé (hôpitaux), la circulaire DGS/SD6A/DHOS/E2/2006/250 du 8 juin 2006 présente une synthèse des principaux dispositifs facilitant l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins. Des informations pratiques sont délivrées, à l'attention des services de maladies infectieuses et plus généralement de tout service hospitalier qui accueille une population migrante/étrangère. Cette population doit être sensibilisée à chaque occasion aux questions de prévention, de dépistage et d'accès aux soins précoces pour le VIH-sida.

Les arrêtés ministériels de composition et d'implantation des Corevih ont été publiés au Journal officiel du 3 novembre 2006 :

- *arrêté du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immuno-déficience humaine ;*
- *arrêté du 4 octobre 2006 relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.*