

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

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 (épidémie à l'échelle mondiale). 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 d'un traitement associant en première ligne trois molécules antirétrovirales ou « trithérapie ». Les échecs précoces sont rares lorsque le traitement est bien pris par le patient et conduit par des équipes spécialisées. Pour les migrants concernés, un accompagnement social et juridique doit souvent compléter le suivi médical.



Voir aussi Prévention et dépistage, p. 420

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 individuelles. En dessous de 350 CD4/mm³, la diminution des défenses immunitaires peut se traduire par la survenue d'infections ou d'autres affections opportunistes. Indépendamment du risque immunitaire, l'infection par le VIH est à l'origine d'un risque accru de morbidité et de mortalité (cancers, maladies cardio vasculaires, troubles neurocognitifs). La stratégie thérapeutique antirétrovirale vise à obtenir une réduction maximale de la réplication virale le plus longtemps possible, ce qui nécessite des adaptations du traitement tenant compte de l'évolution de l'infection (résistances virale, effets secondaires, co morbidités).

• **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 du risque de transmission du VIH.

• **Particularités de la primo-infection dans l'infection à VIH (stade A).** Un syndrome viral aigu persistant survient dans deux tiers des cas 1 à 6 semaines après le contact contaminant (syndrome mononucléosique non spécifique : fièvre, adénopathies, pharyngite, rash cutané, leucopénie, thrombopénie...). La primo infection aiguë se caractérise par une sérologie VIH négative ou faiblement positive et un ARN VIH positif et/ou un Ag24 positif. Dans l'infection récente (de 4 à 6 semaines à 6 mois au maximum après la contamination), la sérologie est positive avec un western blot incomplet et un ARN positif et/ou un Agp24 positif. Le traitement est discuté aujourd'hui dès l'infection confirmée ; à fortiori quand le nombre de lymphocytes CD4 est <500/mm³. Le suivi doit être effectué par une équipe spécialisée, avec surveillance rapprochée chez les patients non traités. La proposition de dépistage systématique des partenaires est justifiée. La découverte d'une primo infection par le VIH implique en outre la recherche d'autres IST.

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) qui doivent inciter à la proposition du test de dépistage du VIH.

• **Les atteintes pulmonaires** restent les infections opportunistes les plus fréquentes :

la tuberculose (*voir p. 509*) est prépondérante chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud Est. Elle peut se développer précocément ($CD4 \approx 400/mm^3$). Les manifestations cliniques dépendent du degré du déficit immunitaire ;

la pneumocystose se manifeste par une fièvre isolée ou associée à une perte de poids, de la toux, une dyspnée et évolue vers une insuffisance respiratoire aiguë. Elle survient le plus souvent 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 *Hæmophilus influenzae* ;

les infections mycosiques ou virales sont 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 avec un taux 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 cutané-muqueuses** 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, dermatite séborrhéique (lésions érythémato-squameuses sur le visage et le cuir chevelu)... La gale est fréquente, parfois atypique (*voir Pathologie courante, voir p. 468*). 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.

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL (VOIR DÉCLARATION OBLIGATOIRE, P. 429)

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport Morlat, Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts, ministère de la Santé, CNS et ANRS, La Documentation française, 2013. Télécharger sur www.sante.gouv.fr

• **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. Il faut 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, approfondir les possibilités de soutien autour de la personne...). Il est important d'évaluer l'isolement relationnel ainsi que les conséquences pour la personne (mode d'hébergement, discriminations...), et de rassurer sur le vivre ensemble (aucun risque pour partager un repas, toucher les enfants...).

• **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. Quelle que soit la culture, la procréation peut représenter une condition essentielle de l'accomplissement de soi. Le désir d'enfant doit pouvoir être entendu sans préjugé par le soignant. 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'assistance médicale à la procréation (AMP). L'AMP est possible chez les couples sérodifférents (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 remboursée à 100 % par l'assurance maladie.

• **Prévention du VIH (voir aussi p. 420).** Les soignants ont un rôle très important dans l'information et l'accompagnement en matière de prévention personnalisée. Le contexte socio culturel 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 en cas de couple sérodifférent), sur le niveau d'information relative aux modes de transmission, l'attitude envers les moyens de prévention et les capacités de négociation avec le partenaire. Le discours de prévention doit être simple : en cas de relation sexuelle, même si un traitement antiviral bien conduit avec une charge virale indétectable réduit la transmission du VIH de plus de 90 % par rapport à une population non traitée n'utilisant pas de préservatif, **le préservatif reste la méthode de référence pour protéger du VIH et de surcroît d'autres IST.**

• **Prévention des maladies opportunistes.** La prévention de la pneumocystose est justifiée lorsque les lymphocytes T CD4 sont inférieurs à $200/\text{mm}^3$, et celle de la toxoplasmose lorsque la sérologie est positive et que les CD4 sont inférieurs à $100/\text{mm}^3$. Réalisée par le cotrimoxazole (BACTRIM®) 1cp/j à 80/400 ou 1cp/j à 160/800 si $\text{CD4} < 100$, la prophylaxie mixte peut être interrompue

Pour les coordonnées des centres d'AMP :

Sida Info Service 0800 840 800, et agence de biomédecine

www.agencebiomedecine.fr,

À noter : il n'y a pas de centre prenant en charge ces couples dans les départements français d'Amérique (DFA).



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. Un examen proctologique annuel est recommandé pour dépister les cancers du canal anal chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes.

Suivi médical et biologique

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Morlat 2013 Mise en ligne.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf)

- **Diagnostic sérologique** : détection des anticorps anti VIH par test Elisa combiné de 4^e génération (détection simultanée des anticorps anti VIH 1, anti VIH 2 et de l'antigène p24), confirmé par un test western blot.
- **Bilan initial** : protection maladie (admission immédiate à la CMU C/instruction prioritaire à l'AME), ALD 30
 - numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8, dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale), test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase) et détermination du sous type VIH 1, recherche du groupage HLA B*5701, hémogramme avec plaquettes, transaminases, γ GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale et conjuguée, créatininémie et estimation du DFG, glycémie à jeun, phosphorémie, bilan lipidique à jeun (cholestérol total, triglycérides, LDL et HDL), recherche d'une protéinurie (bandelette urinaire) ou dosage du rapport protéinurie/créatininurie, marqueurs du VHB (Ag HBs, Ac anti HBs et Ac anti HBc), sérologie dU VHC, sérologie de l'hépatite virale A (IgG), sérologie de la syphilis (TPHA, VDRL), sérologie de la toxoplasmose, sérologie CMV, test IGRA (QUANTIFÉRON OU T SPOT TB) pour le dépistage de la tuberculose latente;
 - si CD4 < 200/mm³ ou personne provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse : radiographie thoracique;
 - si CD4 < 100/mm³ : dosage de l'antigène cryptocoque, de la PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil (si sérologie CMV positive);
 - chez les femmes n'ayant pas eu de bilan dans l'année, une consultation gynécologique avec réalisation d'un frottis cervicovaginal est recommandée;
 - chez les HSH et les PVVIH ayant des antécédents de lésions à HPV, une consultation proctologique sera proposée pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'an.
- **Bilan de surveillance** : le premier traitement ARV doit permettre de rendre la CV indétectable (< 50 copies ARN VIH/



mL) en 6 mois. Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la CV :

à M1, date à laquelle la charge virale plasmatique (CV) doit avoir baissé d'au moins 2 log copies/mL,

à M3, date à laquelle la CV doit être < 400 copies/mL,

à M6, date à laquelle la CV doit être < 50 copies/mL.

La non atteinte de ces objectifs intermédiaires nécessite de rechercher systématiquement une mauvaise observance, des interactions médicamenteuses, ou un sous dosage des ARV (notamment par dosage plasmatique de certaines classes de médicaments) et de corriger sans délai la cause identifiée.

Autres examens de surveillance :

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

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

• **Sexualité et VIH** (voir *Santé et sexualité*, p. 331). Le moment de la sexualité venant rappeler la présence du virus, l'infection par le VIH peut représenter une contrainte sur la sexualité, ce d'autant plus 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 les risques du traitement pour l'enfant, et la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire spécialisée pour les grossesses à risque. Le traitement antirétroviral, s'il est efficace, doit être poursuivi en évitant les antirétroviraux contre indiqués. Chez une femme en âge de procréer, le choix de la trithérapie doit prendre en compte le désir de grossesse.

• **Un traitement préventif de la transmission materno-fœtale** doit être instauré à partir de la 14^e semaine et au plus tard à la fin du 2^e trimestre (26 semaines) ou plus tôt si la charge virale est élevée ou si il y a un risque d'accouchement prématuré. Les trithérapies recommandées comprennent l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'un inhibiteur de protéase boosté par le ritonavir. Si le dépistage est très tardif, l'efficacité



d'une perfusion de zidovudine associée à l'administration de névirapine en monodose chez la mère a montré son efficacité sur la prévention de la transmission. Une césarienne n'est recommandée qu'en cas de charge virale supérieure à 400 copies/ml. L'allaitement artificiel est recommandé. Un traitement préventif doit être poursuivi pendant les 4 premières semaines de vie du nouveau né. L'absence de transmission mère enfant est affirmée après 2 PCR négatives, dont une au moins 1 mois après l'arrêt du traitement préventif de l'enfant. Les vaccinations de l'enfant peuvent être débutées sans délai à l'exception du BCG, pour lequel il est nécessaire d'attendre la certitude que l'enfant n'est pas infecté par le VIH. Les soins et l'accompagnement médico psychologiques doivent tenir compte de la difficulté pour la future maman à accepter la césarienne ou l'allaitement artificiel, notamment en raison des soupçons que l'entourage pourrait entretenir à son encontre.

• **Co-infection par les virus des hépatites** (voir p. 451 et p. 460). L'infection par le VIH aggrave le pronostic de l'hépatite C qui évolue plus rapidement vers la cirrhose et aggrave l'histoire naturelle et le pronostic de l'hépatite B. La co infection par le VHC et ou le VHB est une indication de traitement sans délai de l'infection par le VIH. La complexité de la prise en charge requiert une équipe pluridisciplinaire.

• **VIH et nutrition** (voir p. 350). Des carences nutritionnelles peuvent se produire précocement au cours d'une infection par le 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 protides; un apport suffisant en glucides complexes; beaucoup de fruits et légumes frais; de « bonnes » matières grasses en quantité modérée ($\frac{1}{3}$ d'acides gras saturés, $\frac{1}{3}$ d'acides gras mono insaturés et $\frac{1}{3}$ d'acides gras poly insaturés); beaucoup de liquides en évitant les boissons riches en sucre.

• **Vaccinations.** Le BCG est contre indiqué. Les autres vaccins vivants atténués ne sont pas contre indiqués lorsque le taux de lymphocytes T CD4 est supérieur à $200/\text{mm}^3$. La réponse immunitaire peut être moins bonne que celle des personnes non infectées, en particulier si le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à $500/\text{mm}^3$; et une augmentation transitoire de la charge virale est sans conséquence clinique péjorative (voir Vaccinations, p. 355). Des schémas de vaccination



spécifiques sont recommandés chez les personnes immuno déprimées (HSCP 2013 et 2014). Chez l'enfant, à l'exception du BCG, le calendrier vaccinal doit être respecté, sauf en cas de déficit immunitaire ($T\ CD4 < 200/mm^3$) pour les vaccins vivants atténués (contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle).

• **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 ($CD4 > 200/mm^3$), la prévention contre le paludisme (attention aux interactions entre certains ARV et la MALARONE® qui diminuent l'efficacité de la prophylaxie), **et pour les patients immunodéprimés ($CD4 < 200\ mm^3$) une fluoroquinolone orale à 1cp/j. pour les séjours brefs (prévention des salmonelloses).**

POUR EN SAVOIR PLUS

Guide des vaccinations, DGS, Comité technique des vaccinations, Édition Inpes 2012

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/927.pdf

LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

• **Quand débiter le traitement antirétroviral ?** Le rapport Morlat 2013 recommande d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quel que soit son nombre de CD4, y compris s'il est supérieur à $500\ CD4/mm^3$, pour améliorer la survie à l'infection et diminuer la progression vers le stade sida. D'autre part, un certain nombre d'arguments scientifiques associent une initiation précoce du traitement ARV quel que soit le nombre de CD4 à d'autres bénéfices cliniques (réduction des comorbidités associées à l'infection par le VIH) et immunologiques (réduction du risque de transmission du VIH). Le patient doit être informé de ces bénéfices.

• **Comment traiter ?** L'objectif du premier traitement antirétroviral est de rendre la charge virale indétectable en 6 mois. 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 informés des multiples possibilités de traitement pour ne pas se décourager, mais consulter à nouveau, en cas d'intolérance à un traitement donné.



Associations recommandées pour un premier traitement antirétroviral

De nombreux antirétroviraux (ARV) sont disponibles dans 6 classes médicamenteuses :

- inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI);
- inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI);
- inhibiteurs de la protéase (IP);
- inhibiteurs de la fusion (IF);
- inhibiteurs du CCR5;
- inhibiteurs de l'intégrase (INI).

Rapport 2013, actualisation 2014, <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article512>

La trithérapie de 1^{re} ligne repose sur une association de 2 INTI et d'un 3^e antirétroviral. Deux associations d'INTI sont souvent préférées en raison de leur efficacité, de leur tolérance et de leur simplicité d'emploi :

ténofovir (TDF) + emtricitabine (FTC) (TRUVADA[®], 1 cp/j).

Ce traitement implique une surveillance régulière de la fonction rénale, et il n'est pas recommandé en cas d'insuffisance rénale sévère. Les 2 médicaments étant également efficaces contre le VHB, il faut donc connaître le statut sérologique VHB du patient avant de le prescrire ;

abacavir (ABC) + lamivudine (3TC) (KIVEXA[®], 1 cp/j).

Il est recommandé de ne prescrire l'abacavir que chez les patients négatifs pour HLA B*5701 pour éviter la survenue d'un syndrome d'hypersensibilité plus fréquent chez les porteurs de ce groupe tissulaire et avec une charge virale < 100 000 copies.

Le choix du 3^e antirétroviral d'une 1^{re} trithérapie doit être de préférence :

un INNTI : l'efavirenz (EFV, SUSTIVA[®], 1 cp/j.);

un IP potentialisé par une faible dose de ritonavir (100 à 200 g), soit IP/r : l'atazanavir/r (REYATAZ[®]), darunavir/r (PREZISTA[®]) ou lopinavir/r (KALETRA[®]).

• Complications des antirétroviraux :

le traitement antirétroviral doit faire rechercher des dyslipidémies, un syndrome métabolique, voire des lipodystrophies, ou anomalies de répartition des graisses ;

risques cardio-vasculaires : aux facteurs de risques classiques, l'infection par le VIH et le traitement par les ARV exposent les patients au risque élevé de cardiopathie (infarctus du myocarde) ;



complications du métabolisme glucidique : le diabète est plus fréquent chez les patients sous ARV que dans la population générale. 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;

anomalies fréquentes du métabolisme lipidique : le bilan lipidique doit être effectué en début de traitement puis une fois par an sous traitement et plus souvent en cas d'anomalie (dans ce cas, privilégier en premier lieu les mesures diététiques et l'exercice avant une éventuelle modification du traitement antirétroviral et enfin, si nécessaire introduction d'un médicament hypolipémiant);

complications hépatiques fréquentes et aggravées par la co infection par le VHC et/ou le VHB;

complications osseuses (ostéonécrose ou ostéoporose) : elles doivent être prévenues par des apports alimentaires suffisants, particulièrement en calcium et en vitamine D;

complications neurologiques (déficit neurocognitif, trouble neurocognitif léger) : elles peuvent survenir même dans le cadre d'un traitement efficace. Elles sont plus fréquentes chez les patients âgés de plus de 50 ans;

l'âge aggrave la maladie, et ce malgré un traitement bien conduit. Le contrôle des CD4 est plus difficile (le nombre de CD4 est plus bas au moment du diagnostic et reste plus bas sous traitement).

• 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 cardio vasculaires (tabac, surpoids/ diététique, HTA, exercice physique) et sur un bilan lipido glucidique semestriel :

suivi initial : les consultations doivent être rapprochées et d'autant plus que le patient est traité tardivement. Elles permettent de dépister des difficultés de compréhension et d'observance, de vérifier la tolérance clinique et d'évaluer l'efficacité antirétrovirale ;

suivi ultérieur : quand la charge virale est indétectable, le suivi médical trimestriel la 1^{re} année puis trimestriel à semestriel doit vérifier l'efficacité thérapeutique, les effets indésirables du traitement, et faire le point avec le patient sur l'observance, qui est essentielle dans la réussite du traitement.

**Alcool : ouvrons
le dialogue,
Tabac : ouvrons
le dialogue, Inpes**

www.inpes.sante.fr



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. L'ETP commence avant le démarrage du traitement par le patient. Les consultations 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. La préparation au traitement comporte une explicitation des objectifs du traitement, la discussion avec la personne des différentes options de soins et de leurs implications, la présentation des effets secondaires et les options stratégiques pour en diminuer la fréquence de survenue et la gravité. Le premier semestre d'un traitement antirétroviral est une période critique pour le succès thérapeutique, les déterminants sociaux de l'état de santé étant à appréhender particulièrement par les soignants.

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET JURIDIQUE

- **Un suivi social personnalisé au long cours est nécessaire pour les migrants en situation précaire**, par un service social (mairie, hôpital) ou une association. 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 p. 170*), de logement ou de régularisation administrative (*voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 39*).

- **Tout patient infecté par le VIH doit bénéficier d'une protection maladie optimale.** L'infection à VIH est une affection de longue durée (ALD) permettant l'exonération du ticket modérateur (formulaire à remplir par le médecin traitant et à adresser au centre de Sécurité sociale).

- **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, femmes seules avec enfants, absence de ressources). Un courrier médical de synthèse doit être adressé au médecin de l'association. Par ailleurs, une demande

POUR EN SAVOIR PLUS

VIH et 100% Sécurité sociale, un guide associatif pour compléter le protocole de soins, TRT5
www.trt5.org/IMG/pdf/EPProtocoleSoinLoDef_2.pdf



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 de 1 an ou un récépissé de renouvellement). 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 (MDPH, demander l'adresse à la mairie). La partie médicale du dossier doit être remplie par le médecin traitant, avec mention des effets secondaires dont souffre le patient. La MDPH peut également délivrer une carte d'invalidité qui donne droit à des avantages en matière de fiscalité et de transport.

ASPECTS MÉDICO-JURIDIQUES ET DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR, P. 312)

• **Un étranger « sans-papiers » atteint d'une infection par le VIH, traité ou non, et ressortissant d'un pays en développement remplit les critères médicaux de « régularisation ».** En effet, en l'état actuel des systèmes de santé des pays en développement, il existe un risque majeur que ces patients ne puissent pas effectivement bénéficier du traitement approprié et donc de la prise en charge médicale régulière et continue requise en cas de retour dans leurs pays d'origine.

Sources pour l'aide à la décision :

Organisation mondiale de la santé (OMS), Onusida et Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), indicateurs relatifs au système de santé, à l'accès aux soins et au développement humain (*voir Accès aux soins dans le pays d'origine, p. 20*).

instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux avis médicaux pour les étrangers malades, Annexe 2 : « les recommandations diffusées dans la circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relatives

ATTENTION

Le « 100 % » (ALD 30) 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. Pour les personnes démunies, la complémentaire CMU doit être obtenue en procédure d'admission immédiate et l'AME en instruction prioritaire. Les permanences d'accès aux soins de santé (*PASS, voir p. 175*) doivent permettre de pallier les délais de carence de l'AME (*voir p. 241*).



aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH (annexe III) restent en vigueur malgré des progrès significatifs permis par l'élargissement de l'accès au traitement. Ceux-ci sont contrebalancés par l'accroissement ininterrompu du nombre de personnes vivant avec le VIH, par un déficit important en personnel de santé, par des problèmes majeurs d'approvisionnement (ruptures de stocks fréquentes), l'irrégularité de la distribution, les difficultés de planification des antirétroviraux de première ligne et d'accès aux antirétroviraux de seconde ligne. C'est pourquoi, dans l'ensemble des pays en développement, l'accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins n'est toujours pas garanti pour les personnes infectées par le VIH. »

• **Dans l'observation du Comede et des associations de l'ODSE (voir Rapports annuels du Comede sur www.comede.org), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades sont en diminution depuis 2011**, les refus étant principalement liés à la contestation du risque d'exclusion des soins nécessaires dans le pays d'origine. Parmi 82 réponses documentées entre 2004 et 2013, le taux d'accord est de 94%. En cas d'avis défavorable du médecin de l'ARS, il est recommandé d'alerter le ministère de la Santé. Attention toutefois à ne pas faire abandonner une demande d'asile en cours pour une « régularisation médicale », sans avoir informé le demandeur de la différence des statuts obtenus au terme de ces deux procédures (voir p. 64).

ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE VIH : LES COREVIH

Sida, le guide des droits sociaux, Act Up-Paris
www.actupparis.org

• **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. 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 3 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;

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 par voie intraveineuse, 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 programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), en faveur des personnes en situation précaire, schéma régional d'éducation pour la santé, (SREPS), schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), 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.