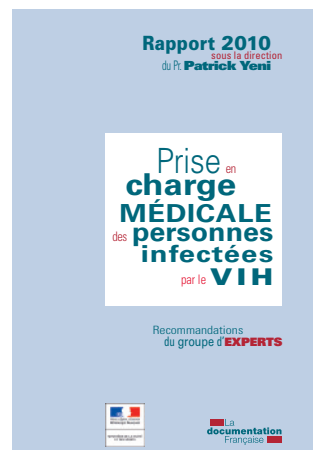


Yeni 2010, pour une prévention combinée

Traiter plus tôt, élargir le dépistage et prendre en compte tous les moyens de prévention disponibles. Tels sont les trois axes forts de l'actualisation du rapport du groupe d'experts, sous la direction du Pr Patrick Yeni, sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Ce rapport fait référence en France. Extraits.



Seuil de mise sous traitement. Il est rehaussé à 500 CD4, « *sauf si le patient exprime qu'il n'est pas prêt* », ce qui rejoint les récentes recommandations américaines. L'objectif est clairement de ne pas descendre au-dessous de ce seuil, considéré comme celui de l'immunité normale, afin de diminuer les risques de cancers et de maladies cardio-vasculaires notamment. Au-dessous de 350 CD4, le traitement doit être débuté « *sans délai* ». Si au-dessus de 500 CD4, « *les données sont insuffisantes pour recommander [son] instauration systématique* », on peut l'« *envisager* » en cas de « *CV plasmatique supérieure à 100 000 copies, de baisse rapide des lymphocytes CD4, de coinfection par le VHC ou le VHB, d'âge supérieur à 50 ans, de facteurs de risques cardio-vasculaires* ». Le « *souhait [par la personne] de réduction du risque de transmission sexuelle* » est une indication de traitement. La trithérapie de base reste « *2 INTI + 1 INNTI* » ou « *2 INTI + 1 IP* », c'est-à-dire l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse à un inhibiteur non nucléosidique ou à une antiprotéase. Parmi ces dernières, Prezista® (darunavir) devient un des choix préférentiels, à côté de Kaletra® (lopinavir) et Reyataz® (atazanavir).

Dépistage. Comme il demeure encore trop tardif en France, les experts insistent sur l'importance de le développer. On estime que sur les quelque 152 000 personnes séropositives, 50 000 ignoreraient leur statut. Les auteurs proposent un « *dépistage plus large en population générale et renouvelé dans les populations ciblées* ». Les modèles d'analyse ont montré que ces mesures sont « *coût-efficaces* ». Selon les experts, la proposition en population générale pourrait « *contribuer à une moindre stigmatisation* » et modifier la « *perception du public [qui] considère encore trop souvent que la maladie est liée à des comportements marginaux, voire déviants qui ne la concernent pas* ». De plus, « *un surcroît de décès de 10,9 % est attribuable à une prise*

en charge tardive », notent les experts, qui recommandent « *la mise en œuvre d'une politique de dépistage de l'infection à VIH permettant de traiter tous les patients [relevant] de la recommandation [pour] une amélioration de la santé des personnes atteintes et [...] espérer un contrôle de l'épidémie* ».

Prévention. « *En France, les stratégies usuelles de prévention n'ont pas permis de réduire l'incidence de l'infection par le VIH* », notent les experts, qui jugent prioritaire la mise en œuvre de la prévention combinée, reprenant à leur compte les rapports récents : Haute autorité de santé 2008 et 2009, Conseil national du sida 2009, Lert-Pialoux 2009. « *Le dépistage et le traitement sont, en effet, des outils de prévention à part entière* », souligne le Pr Yeni en introduction. « *Le traitement antirétroviral réduit considérablement le risque de transmission* », indiquent les experts. Ils recommandent de « *promouvoir les stratégies de prévention biomédicale (dépistage, TPE [traitement postexposition] et traitement des personnes atteintes) en complément des méthodes de prévention classique* » et de « *redéfinir le discours de prévention autour de la complémentarité entre les différents outils* ». La « *réduction des risques sexuels* » et la « *séroadaptation* » [prise en compte du statut sérologique pour adapter ses pratiques sexuelles] font leur entrée dans le rapport ; les experts soulignent qu'elles supposent un dépistage et une communication entre les partenaires. Ils recommandent de « *délivrer, de façon individualisée, aux patients qui n'utilisent pas le préservatif de façon systématique des messages de prévention ciblant l'importance du contrôle de la charge virale* ». Les personnes vivant avec le VIH ayant des « *besoins de prévention spécifique* », les experts demandent que « *leur implication dans la définition et la mise en œuvre des programmes de "prévention positive" [soit] encouragée par les Agences régionales de santé [ARS]* ».

Procréation naturelle. En application du traitement comme prévention, la possibilité d'y avoir recours fait son entrée dans le rapport Yeni. « *Le risque de transmission du VIH lors de rapports non protégés est très faible en cas de charge virale plasmatique indétectable au long cours et en l'absence d'IST ou d'inflammation du tractus génital* », jugent les experts (« *moins de 1/10 000* »). Ils rejoignent en cela la « *déclaration suisse* » de janvier 2008, en rappelant cependant qu'« *il n'y a pas de situation dans laquelle on peut affirmer que le risque de transmission est nul; l'AMP [assistance médicale à la procréation] est le moyen le plus sûr d'éviter la contamination du partenaire* ». Par ailleurs, ils jugent « *négligeable* » le risque de surcontamination « *lorsque les deux membres du couple sont infectés par le VIH, reçoivent un traitement ARV au long cours et ont une CV plasmatique indétectable* ». Les experts recommandent de « *proposer une information et une évaluation aux couples qui envisagent une procréation naturelle* ». Ils estiment que le choix final leur « *incombe, en particulier au partenaire non infecté* ». De plus, il faut « *aider le couple à repérer la période d'ovulation* », si celui-ci souhaite limiter les rapports non protégés à cette période. « *La discussion sur les possibilités de procréation fait partie du suivi* », soulignent-ils enfin.

Organisation des soins. « *Le nombre de patients pris en charge a augmenté de 4 % par an depuis 2006 et devrait encore augmenter avec l'élargissement des recommandations de traitements et l'amélioration du dépistage* ». Les experts recommandent donc aux pouvoirs publics « *d'augmenter en parallèle la capacité de prise en charge des personnes dépistées dans le système de soins* ». Ils notent que les restructurations hospitalières en cours, notamment en Ile-de-France, concernent « *des centaines de patients* » et doivent s'envisager « *également sous l'angle de la continuité et de la qualité de la prise en charge* ». Ils soulignent aussi « *le manque de fluidité des filières d'aval* », comme les appartements de coordination thérapeutique et les services de soins de suite et de réadaptation. Ils demandent aux pouvoirs publics de reconnaître la « *spécificité technique et économique* » de ces derniers. Dans son introduction, le Pr Yeni ajoute que « *la place des médecins de ville dans le dispositif de prise en charge devrait [...] s'accroître, à condition de modifier [...] les conditions réglementaires restrictives du renouvellement et de la modification des antirétroviraux* ». Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi HPST, les experts recommandent « *aux ARS de s'appuyer sur les Corevih pour l'intégration des*

volets VIH-sida dans les divers schémas régionaux » et de « *formaliser des programmes d'éducation thérapeutique en équipe en impliquant les associations de patients* ».

Rapport téléchargeable (version PDF) sur : www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH.pdf.

La version papier sera disponible aux éditions La documentation française à compter du 15 septembre.

Un plan national qui se fait attendre

Les acteurs de la lutte sont nombreux à se demander si c'est la prise en compte des nouvelles orientations stratégiques liées à la prévention combinée, au cœur du rapport Yeni 2010, qui pose problème et retarde la parution du plan national de lutte contre le sida 2010-2014. Le 28 juin, le Conseil national du sida et la Conférence nationale de santé avaient dénoncé (www.cns.sante.fr/spip.php?article331) le manque de vision stratégique d'un document de travail qui leur avait été transmis. Le 19 juillet, à Vienne où en plus de la remise officielle du rapport Yeni la présentation du plan national était semble-t-il prévu, la ministre de la Santé Roselyne Bachelot a finalement annoncé qu'elle repoussait cette dernière à la rentrée. « *Avec 6 000 à 7 000 nouvelles contaminations par an, la prévention fondée sur le préservatif masculin est incomplètement satisfaisante* », a souligné le Pr Yeni. Le dernier plan datant de 2005-2008, cela fait deux ans que les acteurs de la lutte doivent composer avec l'absence de plan national.