

VOYAGES, VOYAGES...

Yes, you can !

Enfin ! Depuis le temps qu'on attendait cela... Le 2 novembre 2009 a été signée la levée d'interdiction d'entrée aux États-Unis aux personnes séropositives au VIH. Après une période légale pour contester ce décret de 60 jours, donc le 1er janvier 2010, il n'y aura plus de restriction d'entrée dans ce pays pour ces personnes.

En revanche, 33 millions de personnes séropositives restent traitées comme des parias par certains pays qui leur refusent l'accès, les expulsent, les emprisonnent ou les maltraitent du fait de leur maladie en les considérant comme une menace pour eux. L'ignorance de l'autre, fait que la stigmatisation reste toujours présente.

Restrictions

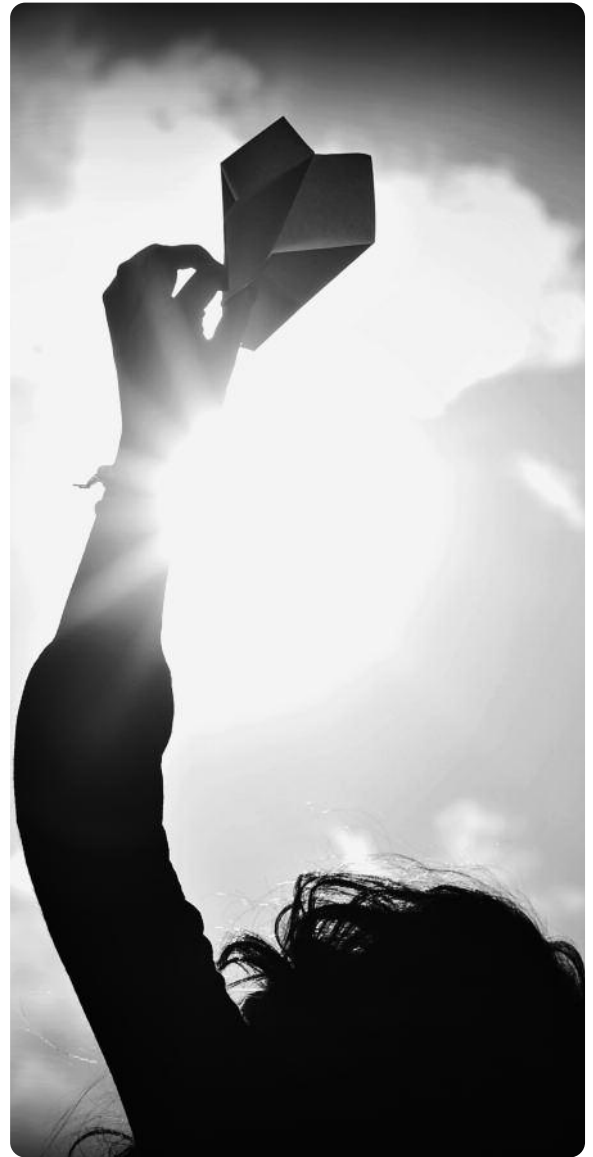
Bien que les séropositifs ne puissent pas se rendre partout dans le monde, quoi qu'il en soit et indépendamment de ces pays arriérés qui les rejettent, ils continuent à voyager et quelques précautions doivent être prises pour que ces voyages d'agrément ou professionnels se déroulent dans les meilleures conditions.

Quels pays doit-on éviter en priorité du fait des restrictions d'entrée, de circulation, de séjour et de résidence ?

Les autorités de ces pays avancent souvent comme prétexte la protection de leurs concitoyens, d'autres pays avancent le coût de la prise en charge élevée des PVVIH.

Ces restrictions sont-elles conformes aux accords internationaux ? NON.

Mais la conséquence en est que cela entrave la vie des PVVIH qui doivent voyager, notamment pour rendre visite à leur famille restée au pays, faire des affaires et étudier à l'étranger, émigrer pour des raisons professionnelles. Il est impossible de travailler dans les services consulaires de son propre pays ou de travailler pour les Nations Unies, d'assister à des conférences, de demander à bénéficier d'un droit



d'asile, de partir en vacances, d'adopter des enfants. D'après l'Onusida, ce sont les travailleurs migrants les plus touchés par les restrictions de ces pays.

Sur les 196 pays recensés, on en compte environ une soixantaine qui continuent d'imposer des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes séropositives, et cinq pays refusent d'accorder des visas même pour un court séjour. Bonne nouvelle quand même, plus de 100 pays n'ont pas de restrictions spécifiques.

Comme toujours, nous recommandons lors de voyages aériens de conserver les traitements anti-rétroviraux en bagage cabine, pour éviter les pertes

ou retards possibles dans la livraison des bagages à l'arrivée.

Pour une information la plus à jour possible, tant sur le plan sanitaire que sécuritaire il est nécessaire de "croiser" plusieurs sites web, même étrangers.

Nous vous recommandons :

www.hivtravel.org : information sur les différents pays et restrictions d'entrée.

www.voyage.gc.ca : informations sécuritaires et sanitaires

www.aidsmap.com : entre autres, adresses des différentes associations VIH de par le monde.

Vaccins

Sur le plan santé et du fait de l'immunodépression un certain nombre de vaccins sont conseillés aux personnes séropositives avant tout voyage.

Mise à jour des vaccins :

1) La vaccination du voyageur infecté par le VIH peut sans doute avoir une efficacité diminuée si les CD4 sont inférieurs à 500/mm³ et plus sûrement si les CD4 sont inférieurs à 200 ou si la charge virale est non contrôlée. Des CD4 inférieurs à 100 font recommander de différer un voyage lointain.

2) Un vaccin peut parfois entraîner un petit "blip*" de charge virale mais sans risque démontré.

3) La durée de protection des vaccins est parfois plus courte que celle indiquée par leurs fabricants. Il est recommandé de faire effectuer un contrôle post vaccinal des anticorps pour certains vaccins, car parfois une ou plusieurs injections supplémentaires seront nécessaires.

Tous les dix ans :

- **DT polio** (diphtérie, tétanos, polio). Il est recommandé d'ajouter le vaccin de la coqueluche pour laquelle on constate une recrudescence.

- **DTCP** (Repevax®, Tetravac® etc.) comporte donc le DT polio + coqueluche.

- **Vaccin polio seul**, en injectable uniquement (la forme buvable est contre-indiquée et n'est plus commercialisée en France).

Hépatite A (une injection) : un rappel six à douze mois plus tard permet d'étendre la protection à dix ans. Ce vaccin à faire au moins quinze jours avant le départ est particulièrement recommandé en zones d'endémies et surtout à hygiène précaire, mais également pour tous les séropositifs et les personnes ayant un risque élevé en raison de cer-

taines pratiques à risque. En cas d'antécédent connu d'hépatite A (qui peut être vérifié par une sérologie), le vaccin n'est pas nécessaire. Il est recommandé pour les personnes séropositives de faire un contrôle post vaccinal du taux d'anticorps anti-VHA pour contrôler l'efficacité du vaccin.

Hépatite B : recommandée pour tous (sauf bien sûr ceux qui ont déjà contracté cette infection).

Fièvre jaune (Stamaril®) : une seule injection dix jours avant le départ.

Seul vaccin exigible par le règlement sanitaire international en Afrique subsaharienne et dans certains pays d'Amérique du Sud (y compris la Guyane française). L'efficacité du vaccin est de 10 ans et il est contre-indiqué pour les séropositifs avec des CD4 inférieurs à 200/mm³. Avant de revacciner, il est recommandé de faire un dosage des anticorps car parfois la durée d'efficacité du vaccin peut aller jusqu'à 20 à 30 ans, donc il est inutile de se faire revacciner dans ce cas.

Encéphalite japonaise (vaccin=Ixiaro®) : deux injections à 28 jours d'intervalle et cinq semaines avant le départ. Aucune donnée pour les PVVIH. Transmise par les piqûres de moustiques en Chine, Corée, Japon, Asie du Sud-Est, Inde, Bangladesh, Birmanie, et autres zones de rizières.

Encéphalite à tiques : Deux vaccins disponibles (Ancepur®/Ticovac®) trois injections, parfois quatre pour les PVVIH. Transmise par les piqûres de tiques en Europe centrale et de l'Est, dans les pays scandinaves, et aussi dans l'Est de la France (Alsace, Lorraine). Vaccination à prévoir surtout pour les campeurs et les randonneurs.

A SUIVRE PAGE 14

PARTENAIRES

Actions Traitements remercie, pour leur soutien à son action, les

ASSOCIATIONS

Sidaction

INSTITUTIONS

Direction Générale de la Santé, INPES, Groupement Régional de Santé Publique d'Ile de France, Ville de Paris

LABORATOIRES

Abbott France, Bœhringer Ingelheim, Bristol Myers-Squibb, Gilead, Glaxo Smith Kline, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dohme-Chibret, Pfizer, Sanofi-Aventis, Schering Plough, Centre Biologique du Chemin Vert

Yes, you can !

Méningite à méningocoque : une injection dix jours avant le départ, validité trois ans. Il n'y a pas de données pour les PVVIH.

Cette méningite se transmet par la toux et les postillons et elle est d'une telle sévérité qu'elle est soumise à déclaration obligatoire dans presque tous les pays d'Europe. Il y a trois types de vaccins disponibles (A / A+C /A+C+Y +W 135) .

En Europe, la majorité des infections sont induites par les bactéries B ou C.

En Arabie Saoudite et en Chine + zone entre Guinée et Ethiopie + Amérique du Nord ce sont les groupes A, W135 qui sont concernés. Ce dernier vaccin est obligatoire pour les voyageurs se rendant à la Mecque.

Précautions à prendre selon les destinations:

. **Paludisme** : précautions usuelles. Il y a un risque possible d'interaction de certains antipaludéens avec les antirétroviraux.

. **Diarrhée du voyageur** : elle n'est pas plus fréquente chez les séropositifs que dans la population générale. À traiter par Imodium®, Tiorfan®, eau de riz, coca-cola dégazéifié etc. L'azithromicine est efficace dans les diarrhées fébriles du voyageur.

. **Hygiène générale** : se laver les mains souvent ou utiliser des gels hydro alcooliques.

. **Hygiène alimentaire** : manger des produits cuits ou bouillis (éviter les salades et autres crudités), utiliser des eaux minérales présentées bouchées et uniquement débouchées devant l'utilisateur (refuser les bouteilles d'eau apportées déjà débouchées).

Décalages horaires de plus de trois heures : pour rattraper l'horaire habituel et être prêt en arrivant à destination, il faut commencer à décaler ses prises d'antirétroviraux avant le départ avec un maximum de trois heures.

PAR CHRISTIAN CHRISTNER

christner@actions-traitements.org

* Blip : Période pendant laquelle la charge virale plasmatique, habituellement indétectable, s'élève transitoirement, sans cause apparente, pour ensuite retrouver sa valeur initiale.

VIH : tendances et perspectives

Surmonter les nombreux défis de la première décennie de la thérapie anti-VIH, relever ceux de la deuxième décennie, telles sont les questions auxquels a tenté de répondre l'orateur Peter Hunt (San Francisco, Etats Unis) dans une plénière de l'EACS à Cologne.

Les défis actuels de la thérapie anti-VIH sont nombreux : avant tout l'accès aux traitements pour tous ceux qui en ont besoin, l'éradication du virus qu'on commence à évoquer timidement, et surtout les dégâts "collatéraux" de la morbidité de la maladie (dont le rôle de l'inflammation et le vieillissement accéléré). Si les traitements antirétroviraux arrêtent l'évolution de la maladie, ils participent parfois à certains désordres dont on se serait bien passé (maladies cardiovasculaires, ostéopénie, dysfonctionnement du foie, du rein). Si la toxicité des antirétroviraux et le mode de vie sont deux "coupables" aujourd'hui clairement identifiés, la persistance de l'inflammation est un facteur de plus qui n'est pas innocent dans le vieillissement accéléré des personnes vivant avec le VIH. En observant la maladie chez les singes, on a mis en lumière un autre facteur qui pourrait paraître paradoxal : l'activation immunitaire massive serait un facteur d'aggravation de la maladie VIH. Ainsi, malgré un traitement antirétroviral optimal, le VIH est associé à une augmentation des complications connexes considérées autrefois comme non associées au sida. Ces dernières pourraient s'expliquer par l'activation immunitaire et la persistance de l'inflammation. Des interventions ciblées visant la cause sous-jacente de l'inflammation pourraient être prometteuses. Le futur de la prise en charge du VIH devra donc prendre en compte très sérieusement cette inflammation chronique qui serait responsable de dommages irréversibles du système immunitaire et d'une immunosénescence précoce (voir notre article en page 9).

E.R.
PL2 / Management of HIV Disease :
Trends and Future Prospects.
Peter Hunt (San Francisco, Etats Unis)

Atteinte osseuse et VIH

Une grande étude française dresse un panorama de la situation et des facteurs prédisposants.

Il s'agit en fait de la première analyse aussi vaste portant sur ce sujet. Avant une éventuelle inclusion dans l'étude FOSIVIR (essai randomisé de l'alendronate dans l'ostéoporose liée au VIH), 700 hommes séropositifs ont bénéficié d'un bilan de leur densité osseuse. Les critères habituels définissant l'ostéopénie (raréfaction de la trame osseuse) et l'ostéoporose ont été utilisés. Chez ces hommes d'âge médian (46 ans), une ostéoporose a été identifiée dans 7,9 % des cas, chiffre comparable à celui des femmes ménopausées, dans la tranche d'âge de 70 à 74 ans. Le risque de survenue augmente avec l'âge, la maigreur, les antécédents d'immunodépression importante, et pendant les deux premières années d'exposition au tenofovir.

O.V.