

de plein fouet la bureaucratisation de nos missions. Plus d'un tiers du temps des permanents du réseau a servi uniquement à répondre aux demandes de nos financeurs (rapport d'activité, rapports intermédiaires, suivi de comptabilité...). Pour bénéficier du financement du FAQSV, nous avons du créer une deuxième association : « l'association des libéraux du réseau ville-hôpital VIH des Alpes-Maritimes ». Nous avons donc tenu deux comptabilités et, pour l'année 2005, nous avons du rédiger deux rapports d'activités, l'un pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre et l'autre pour celle allant du 1^{er} avril au 31 mars... Tout cela est très loin de l'intérêt des patients !

Heureusement, nous avons reçu 1385 pétitions de soutien de votre part. C'est beaucoup. Beaucoup plus que les prévisions les plus optimistes que nous avons faites ! Les médias départementaux se sont fait échos de nos difficultés. Hélas, les financeurs sont restés sourds à cette mobilisation tout en se disant « convaincus de l'intérêt pour les patients atteints de SIDA de bénéficier d'une réelle prise en charge coordonnée pluridisciplinaire décloisonnée... »⁽⁵⁾.

Avec quels professionnels pourrait se faire cette dernière si ceux qui se mobilisent se retrouvent discrédités ? Est-ce en décourageant, voire en humiliant le noyau dur du réseau que cette « réelle prise en charge » se fera ?

Dans ces moments difficiles, la DDASS des Alpes-Maritimes nous a constamment soutenu et, depuis juin 2007, le Groupement Régional de Santé Publique finance une partie de notre projet. Les formations vont continuer et se diversifier. Le bulletin et le site web vont reprendre. Nous poursuivons l'action d'amélioration de l'information donnée aux patients qui réalisent un test de dépistage du VIH ou des hépatites par les laboratoires de biologie du département. Nous démarrons l'action d'éducation thérapeutique auprès des patients co-infectés par l'hépatite C et celle sur l'optimisation de la prise en charge des patients particulièrement en difficulté.

Toutes ces actions sont réalisées avec des patients et des professionnels volontaires pour qu'ensemble nous soyons au plus près des réalités vécues et des pratiques professionnelles les plus adéquates.

Le réseau a failli disparaître ! Notre mobilisation, malgré notre petit nombre, le dévouement des permanents du réseau que je remercie, et le soutien de celles de nos tutelles qui croient en nous ont permis de continuer nos activités.

Notre nomination à la COordination RÉgionale de la lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) Provence Alpes Côte d'Azur-Est renforce la place de notre réseau et nous engage à poursuivre notre investissement pour une prise en charge multidisciplinaire, décloisonnée et partagée avec les patients et leur entourage.

**Rejoignez-nous nombreux
et longue vie à REVIHOP 06 !**

Didier CASELLES, Président de REVI-HOP 06

(1) En mars 2007, les financements DRDR et FAQSV ont été supprimés au profit du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)

(2) PROUVOST-KELLER B, PROVENZANO F. Les médecins généralistes écrivent aux médecins hospitaliers. Bulletin 26; mars 2006 : 9

(3) PROUVOST-KELLER B. et al. Faisabilité du transfert informatisé de comptes-rendus standardisés de consultation entre les médecins d'un réseau ville-hôpital. Pratiques et Organisation des Soins. 38 n°3 - juillet-septembre 2007

(4) AESCHBACH H., BONNIOL V., PROUVOST-KELLER B., Voulez-vous jouer avec nous ? Bulletin 26 ; mars 2006 : 6

(5) Lettre de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et de L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie adressée le 24 novembre 2006 à l'association AIDES délégation départementale des Alpes-Maritimes

Gestion d'un traitement antirétroviral en 2007

Beaucoup d'entre vous connaissent maintenant le rapport Yeni 2006 qui fait le point sur la prise en charge du VIH. Mais, aujourd'hui, plus d'un an après sa publication, les patients des Alpes-Maritimes bénéficient-ils d'une prise en charge adaptée ? Est-il nécessaire de le relire encore une fois en 2007 ?

Les meilleures recommandations ne valent que si elles sont appliquées au quotidien. C'est pourquoi nous vous proposons une lecture « à distance » de quelques points incontournables. A vous de juger !

Lors du diagnostic de l'infection à VIH ou, si cela n'est pas possible, sur le prélèvement disponible le plus ancien, les experts recommandent de réaliser un test génotypique de résistance⁽¹⁾ qui orientera la première prescription d'AntiRétroviraux (ARV). Avant de débiter un traitement, un bilan précis, clinique, immuno-virologique, métabolique et des facteurs de risque cardiovasculaire est essentiel pour disposer de données de référence.

L'observance est toujours l'un des éléments essentiels du succès thérapeutique. Les symptômes perçus et attribués au traitement par le patient et la dépression, comptent parmi les facteurs majeurs influant négativement sur l'observance.

**Observance visée
=
Plus de 95%
des antirétroviraux
pris correctement**

Un dysfonctionnement cognitif doit être recherché, non seulement dans les situations avec troubles manifestes, mais aussi en cas de plaintes mnésiques, de difficultés d'organisation dans la vie quotidienne, d'échec inexpliqué d'une première ligne de traitement ARV et chez les patients de plus de 50 ans.

Quelle que soit la situation, mise sous ARV, changement de traitement ou traitement d'un multi-échec, l'objectif doit être l'obtention et le maintien d'une charge virale plasmatique < 50 copies/ml. Il n'y a aucun bénéfice à arrêter un traitement ARV efficace. Pour la première fois, **les experts indiquent qu'un patient en succès thérapeutique, avec des CD4 $> 500/\text{mm}^3$, a une survie qui ne diffère pas de celle de la population générale.**

Quand commencer un traitement antirétroviral ?

Chez les patients symptomatiques et chez ceux ayant moins de $200 \text{ CD4}/\text{mm}^3$ ou moins de 15% des lymphocytes, il est recommandé de débiter un traitement ARV sans délai. Chez les patients asymptomatiques, le traitement ARV doit être envisagé dès que le taux de CD4 devient $< 350/\text{mm}^3$. Il peut également être proposé aux patients qui ont des $\text{CD4} > 350/\text{mm}^3$, s'ils ont une charge virale du VIH $> 100\,000$ copies/ml.

Par quel traitement antirétroviral commencer ?

Le traitement ARV devra être choisi en fonction du ou des génotypes du VIH ⁽¹⁾ déjà réalisés pour le patient. Deux schémas de trithérapies sont utilisés en première intention : 2 Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) + 1 Inhibiteur de Protéase (IP) / ritonavir (r) ou 2 INTI + 1 Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INNTI).

Comment gérer les échecs des traitements antirétroviraux ?

La prévention de la sélection de virus du VIH mutants et résistants aux ARV nécessite de maintenir une charge virale sous traitement < 50 copies/ml. En cas d'échec virologique d'un traitement ARV, les experts recommandent de réaliser chez le patient un test génotypique de résistance ⁽¹⁾ et une mesure des concentrations résiduelles plasmatiques ⁽²⁾ des IP et/ou des INNTI. L'interprétation de ces bilans doit se faire dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire associant clinicien, virologue et pharmacologue.



Objectifs
=
charge virale du VIH < 50 copies/ml
et
CD4 $> 500/\text{mm}^3$

**Réduction du risque
cardio-vasculaire**
=
**sevrage tabagique
des patients fumeurs**

Les complications des traitements antirétroviraux ?

Les complications métaboliques constituent un risque bien identifié des ARV. Elles entrent dans la genèse des troubles de la répartition des graisses (lipodystrophie) et du risque cardiovasculaire.

Les facteurs de risques cardiovasculaires, en particulier le tabagisme, doivent être pris en charge par une équipe multidisciplinaire. Tous les ans, un bilan lipidoglycémique doit être proposé à tous les patients. En cas de complication, il est recommandé de modifier le traitement ARV au profit de molécules moins toxiques.

Bernard PROUVOST-KELLER, comité de rédaction. Relecture, Eric ROSENTHAL, Médecine Interne, CHU de Nice

(1) Test génotypique de résistance = génotype du VIH = ensemble du matériel génétique du VIH du patient. Lorsque le virus mute, il peut être résistant à certains traitements antirétroviraux. Ce test est une aide à la décision thérapeutique immédiate ou ultérieure.

(2) Concentrations résiduelles plasmatiques = quantité de médicament présente dans le sang juste avant une nouvelle prise. Si la concentration résiduelle plasmatique des antirétroviraux est insuffisante, ceux-ci ne sont pas efficaces et le virus peut alors muter et devenir résistant à ces médicaments.

Source : YENI P. et al. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Médecine-sciences Flammarion, 2006

Ce rapport est téléchargeable sur le site du réseau <http://www.revihop06.org> à la rubrique « articles hors bulletin »