LA LETTRE DU RESEAU SANTE MISTRAL

rsms.asso.fr
NUMERO 78
AVRIL 2010

Rapport Moral 2009

Un rapport moral a d'abord pour objectif… de donner le moral !
Malgré la crise toujours présente, malgré l'avalanche de restrictions budgétaires dont on nous annonce chaque jour la survenue imminente, nous allons tenter de garder un peu d'optimisme et d'entrevoir quelques lueurs d'espoir.

En 2010, **le Réseau Santé Marseille Sud** fêtera ses 18 ans d'existence. 18 ans ! Et pourtant le Réseau ne songe pas à s'émanciper de la Fédération des Réseaux Ville-Hôpital à laquelle il participe depuis tant d'années mais tout au moins à affirmer sa place spécifique à travers ses multiples activités et son dynamisme.

Dynamisme que le Réseau doit au concours et à l'expérience des acteurs de santé d'horizons divers qui le composent, soit une quarantaine d'adhérents en 2009 et de nombreux sympathisants.

Avant de détailler les activités du Réseau, intéressons-nous à ce que 2009 a apporté comme actualités médicales. Cette année n'a pas été marquée par des avancées majeures mais quelques nouvelles enthousiasmantes sont apparues.
- On peut, tout d'abord, constater la confirmation de l'efficacité et de la bonne tolérance de la plupart des antirétroviraux actuellement prescrits avec plusieurs choix thérapeutiques en première ligne.
- Les diverses publications qui ont permis d'affiner l'étude de la pathogenèse du VIH et notamment celle des réservoirs de virus font que l'on reparle, plus de 10 ans après en avoir abandonné l'idée, d'une possible éradication de l'infection.
- le développement de nouvelles stratégies de dépistage semble en bonne voie et donne l'espoir de réduire à terme l'inquiétante proportion de personnes qui ignorent leur séropositivité.
- Dans le domaine de la prévention, s'affirme l'idée qu'un traitement bien conduit peut être un moyen efficace de lutter contre la propagation de l'infection.
- Malgré les réticences exprimées vis-à-vis des résultats d'un essai récent à grande échelle, une nouvelle approche dans la recherche vaccinale semble constituer un réel espoir vers l'élaboration d'un vaccin préventif.
- La question rémanente de l'intérêt d'instaurer précocement le traitement antirétroviral reste d'actualité avec de multiples publications sur les effets délétères à long terme de l'inflammation et de l'activation immunitaire provoquées par le virus
- Enfin, s'affirme avec toujours autant d'acuité la nécessité d'améliorer la coordination des soins autour des patients infectés par le VIH avec une véritable collaboration entre l'hôpital et la ville.

Concernant l'organisation des soins, plusieurs membres du Réseau Santé Marseille Sud font partie intégrante du *Réseau Santé Mistral*, ensemble de dispositifs prenant en compte une bonne partie des problèmes sociaux, nutritionnels et psychologiques rencontrés par les personnes séropositives et permettant d'étayer l'offre de soins.

D'autre part, le *COREVIH PACA OUEST – 1ère mouture*, après un enterrement de première classe, a été officiellement relancé en fin d'année grâce à l'intervention de 3 sages et d'une nouvelle équipe de direction. Trois membres du Réseau Santé Marseille Sud font partie du bureau du COREVIH : le Dr Thierry GAMBY (en tant qu'invité permanent), Mlle Marjorie MAILLAND et le Dr Patrick PHILIBERT. Le Dr Frank TOLLINCHI représente le Réseau Santé Marseille Sud au sein de ce comité.

Au cours de l'année 2009, les liens tissés au fil des ans avec les structures de soins, les associations de patients, les professionnels de santé et les divers partenaires institutionnels et financiers ont révélé la nécessité de poursuivre les actions engagées par le Réseau Santé Marseille Sud dans le respect de sa originalité et de son indépendance. Celles-ci sont tournées vers une **prise en charge optimale des patients infectés par le VIH.** Elles intègrent la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile par l'implication de soignants de proximité.

■ Tout d'abord, certains dispositifs sont destinés à l'amélioration de la vie quotidienne des patients.

◊ **Le Fonds d'urgence** a permis, cette année, de soutenir *161 personnes* en situation de précarité sociale (ce qui correspond à près de 1700 patients depuis sa création). Une augmentation des demandes est notée par rapport à l'année précédente ainsi que la constatation de difficultés financières plus importantes. Ce dispositif qui propose des aides financières et alimentaires d'urgence est régi par la coordonnatrice sociale de la Fédération (Mme Aude FRIXTALON-JOLY) et par les assistantes sociales du CISIH Sud et du Réseau Canebière. Des subventions ont été accordées en 2008 par Sidaction, Solidarité Sida, le Conseil Général 13 et la Fondation Marc.

◊ **Le dispositif Nutrition**, élaboré en association avec LE TIPI, a permis d'effectuer des consultations de nutrition au domicile des patients, grâce à l'expérience de deux nutritionnistes Mlle Flore LAVILLONNIERE et M. Christophe DUBOIS. Ce dispositif a été mis en place en juin 2005 grâce à une subvention de Sidaction et remporte un vif succès. *67 patients* ont pu en bénéficier cette année, au cours de 134 consultations.

◊ **Les accompagnements sociaux** permettent de soutenir les personnes dans leurs démarches ; 231 personnes ont été suivies par la coordinatrice sociale dont 150 incluses dans le Réseau Santé MISTRAL.

■ D'autres activités s'adressent plus spécifiquement aux professionnels de santé.

◊ **Les soirées d'information**, organisées avec le soutien de l'industrie pharmaceutique, convient les participants à un partage d'expériences sur des sujets d'actualité.

Trois séances ont été organisées cette année avec pour thèmes :
- en mars, « VIH et voyages » avec le Pr. Jean DELMONT et le Dr Stéphane CHADAPAUD ;
- début octobre, « Grippe A H1N1 et VIH : quels risques, quels vaccins ? » avec les Dr Stéphane CHADAPAUD et le Dr Vinh VU HAI ;
- en octobre également « VIH, sevrage tabagique et estime de soi » avec le Dr Annick VAILLANT et Mme Catherine TOURETTE-TURGIS.

Chacune de ces soirées a permis de rassembler une soixantaine de participants.

◊ Il faut y ajouter :
- la présence active des acteurs du réseau aux **séminaires de formation** organisés par la Fédération des Réseaux, notamment sur les thèmes « Femmes et VIH », « Aspects sociaux et juridiques : droits des Malades », « Comment prendre en charge un personne infectée par le VIH ? », « Accueillir, conseiller, orienter dans une association de lutte contre le SIDA » ;
- la participation régulière aux séances de l'Association des Sidénologistes Libéraux de Provence (ASLP) ;
- enfin, leur contribution à la réunion de la Fédération des Réseaux autour du 1er décembre qui, en 2009, a eu pour thème « Prévenir et dépister ».

◊ **Le site Internet** (www.rsms.asso.fr) est un facteur essentiel de promotion du Réseau Santé Marseille Sud en présentant l'actualité du Réseau et ses diverses activités, en regroupant les diaporamas préparés par les intervenants des soirées d'information et en renseignant sur l'ensemble des réunions locales et nationales concernant l'infection à VIH.
Il est développé et mis à jour grâce au concours précieux de M. Jean-Yves THEVENOD, chargé également de la partie logistique des soirées d'information.
Grâce à lui, le renouvellement complet du site a permis sa mutation pour en faire l'organe d'information du Réseau Santé Mistral.

◊ La **lettre du Réseau**, organe d'information des adhérents, se fait régulièrement l'écho des débats autour des avancées thérapeutiques et de l'actualité de la vie associative. Sous la plume alerte du Dr Patrick PHILIBERT et d'autres écrivains de talent, 4 numéros sont parus en 2009.

◊ La rédaction d'un document regroupant des **fiches thérapeutiques** - résumant les caractéristiques de tous les antirétroviraux actuellement disponibles - a été publié en début d'année 2009, grâce à un financement GRSP. 200 exemplaires ont été diffusés, à destination des médecins prescripteurs et des pharmaciens délivrant ces médicaments.

■ Enfin, nous devons souligner la participation de plusieurs acteurs du Réseau à des congrès nationaux ou internationaux, source d'enrichissement des connaissances et d'échanges dont chacun peut bénéficier au sein de l'association.

Notons, en particulier, l'engagement actif du Dr Patrick PHILIBERT au sein du Conseil d'administration de la Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS).

◊ Pour conclure, il faut chaleureusement remercier notre coordinatrice administrative (Mme Maryse PHILIBERT) et notre assistante administrative (Mme Suzanne CAREL) pour leur compétence et leur disponibilité. Elles nous ont grandement aidé par leur efficacité à mener à bien plusieurs projets.

Un grand merci à Mme Aude FRIXTALON-JOLY, notre coordonnatrice sociale, qui fait un travail d'accueil et d'orientation de grande qualité. Grâce à elle, de nombreux usagers ont pu bénéficier d'un accès aux droits et aux soins, d'une aide financière ou alimentaire, voire d'un hébergement d'urgence.

Les remerciements vont également à tous les acteurs (adhérents ou sympathisants, coordonnateurs médicaux, intervenants des formations ou des réunions) qui, tout au long de l'année 2009, ont donné vie à ce Réseau et ont assuré le succès de ses initiatives.

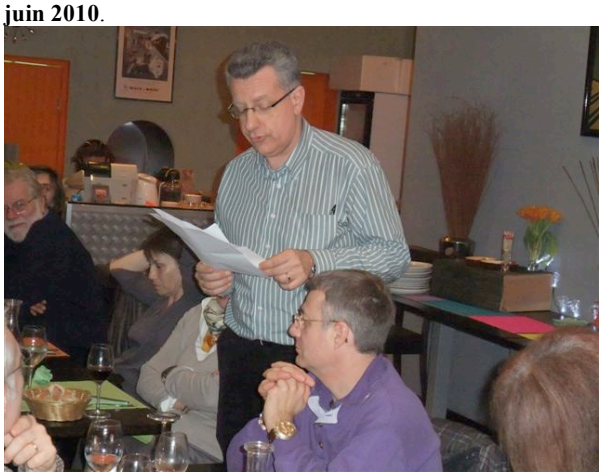
Notre gratitude s'adresse à tous nos partenaires (qu'ils soient institutionnels, associatifs ou financiers) et à l'industrie pharmaceutique, soutien indispensable pour l'organisation de nos réunions.

Les circonstances nous diront si nous pourrons reprendre à notre compte le slogan retenu par la Société Française de Lutte contre le SIDA pour son prochain congrès « Nouvelles donnes, nouveau départ ». En tout cas, le Réseau Santé Marseille Sud est prêt pour de nouveaux projets tout entiers consacrés au bénéfice des patients.

Rapport Financier 2009

Dépenses		Recettes	
Cotisations	20	Cotisations	720
Frais administratifs	31	Industrie pharma	1 000
Sces bancaires	60	Fond de Fce (FU)	6 000
Réceptions	1 928,97	C G13 (FU)	2 000
Fonds d'Urgence	19 390,16	Sol Sida (FU)	1 000
Consult nutrition	2 881,70	Sidaction (FU)	6 000
		Sidaction (nutri)	109
	24 311,83		**16 879**

Il est décidé à l'unanimité lors de l'AG, d'envoyer un courrier aux tutelles pour leur faire part de nos inquiétudes concernant l'arrêt des financements des dispositifs à destination des patients et des formations à destination des professionnels annoncés pour juin 2010.



COMPTE RENDU DE LA CROI - SAN FRANCISCO 16/19 FEVRIER 2010

La dernière Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes s'est tenue à San Francisco du 16 au 19 février 2010 et a déjà fait l'objet de plusieurs comptes-rendus. Voici simplement quelques réflexions de *clinicien* sur certains aspects qui amènent à réflexion.

* ***Tout d'abord l'INCIDENCE DU VIH EN FRANCE (2003/2008***) (O36LB)
En 2008, on estime à 6940 le nombre de nouvelles contaminations (8930 en 2003) : 51% chez les hétérosexuels (dont 45% d'origine étrangère) et 1% chez les UDVI.
L'incidence du VIH a diminué fortement dans les différentes populations, sauf chez les homosexuels masculins (48%).
L'incidence annuelle dans cette population avait atteint un bas niveau en 2002 avec 2037 nouveaux cas puis a nettement augmenté à 3957 en 2006.
Des efforts urgents sont à réaliser sur le plan comportemental et biomédical vis-à-vis de la communauté homosexuelle.

* ***RISQUES DE TRANSMISSION DANS LES COUPLES SERODIFFERENTS*** (O136)
Une étude menée en Afrique du Sud et de l'Est sur 3381 patients apporte un nouvel éclairage. - L'enjeu : le traitement permet-il de diminuer le risque de transmission ?
- Les résultats : 103 contaminations retenues pendant l'étude (102 alors que le partenaire infecté ne prenait pas de traitement antirétroviral, 1 sous traitement).
D'autre part, on a noté une baisse des comportements à risques qui passent de 6,2% avant traitement à 3,7% sous traitement. *Remarque de J. MONTANER : le rapport coût/efficacité est nettement en faveur du traitement pour limiter les nouveaux cas.*

* … (O137)
Les femmes « non blanches » du sud des USA sont moins souvent mises sous traitement et ont plus de risque de développer une infection opportuniste que les hommes blancs du nord des USA…

* ***DIFFUSION DES ANTIRETROVIRAUX***
Le maraviroc a une bonne diffusion dans la muqueuse digestive (O85) ainsi que dans le sperme (P612).
Le raltégravir a une bonne diffusion dans les sécrétions génitales (P608/609).
On constate une bonne pénétration du darunavir dans le sperme (P610).

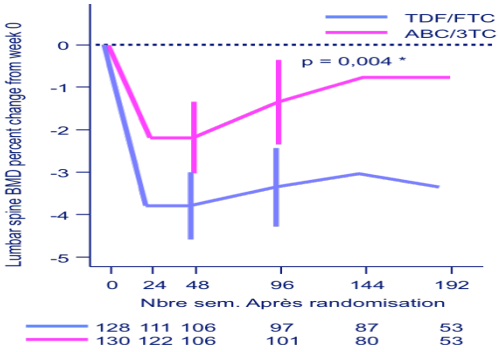
* ***Résultats finals de l'ACTG 5202*** (O59LB)
Etude US de phase IIIB, randomisée, ouverte pour le 3ème agent (EFV ou ATZ/r) avec comparaison en aveugle de l'association TDF/FTC vs ABC/3TC chez des patients naïfs, enrôlés de 2005-2007 et suivis 96 semaines jusqu'en septembre 2009.
- 1857 patients ont été recrutés. Il n'y a pas eu de groupage HLA ni de génotypage systématique à l'inclusion et peu de co-infectés VIH/VHC. L'échec virologique était défini par une charge virale ≥ 1000 entre 16 et 24 semaines ou ≥ 200 à 24 semaines.
- Résultats : on constate des résistances à EFV et ATZ dans les deux groupes ; les échecs sous EFV sont plus fréquemment en rapport avec l'émergence de mutations aux INN que sous ATZ/r. Une augmentation des triglycérides et du HDL Cholestérol est remarquée sous EFV et une baisse de la clairance de la créatinine est notée, de façon plus importante avec TDF/ATZ/r (différence significative).
- Pas de différence significative retrouvée entre ATZ/r et EFV quel que soit le bras associé (KIVEXA ou TRUVADA) et quel que soit le taux de charge virale.
Rappel : le KIVEXA n'est pas indiqué en première intention si la charge virale est supérieure à 100 000 copies/ml chez le patient naïf en association à EFV ou ATZ/r.

* **Etude ODIN : darunavir/r. en une prise par jour vs deux prises par jour +2 IN** (O57)
- Etude ouverte randomisée de phase IIIb sur 48 semaines (590 patients), avec charge virale à l'inclusion > 1000 copies/ml et CD4 >50, sans résistance au darunavir et avec un traitement stable depuis au moins 12 semaines (87% avaient des résistances aux INN).
- Résultats : DRV/r 800mg/100mg en une prise est efficace et non inférieur à DRV/r 600mg/100mg en deux prises chez les patients prétraités sans mutation de résistance au DRV.
- Le DRV/r a généralement été bien toléré : peu d'arrêts pour effets indésirables, incidence faible des diarrhées en concordance avec les données antérieures ; l'incidence des élévations des lipides de grade 2–4 avec DRV/r 800mg/100mg en une prise est environ la moitié de celle constatée avec la dose de 600/100mg en deux prises.
Le DRV/r en une prise par jour peut être considéré comme une option chez les patients en échec d'un traitement antérieur et ne portant pas de mutations de résistance au DRV.

* ***Le QUAD de GILEAD*** (O58LB)
- L'elvitégravir est un anti-intégrase boosté par le cobicistat en une prise par jour.
- Etude comparant, chez le patient naïf, QUAD (= FTC + ténofovir + elvitégravir + cobicistat) et ATRIPLA.
- On remarque davantage d'élévations de créatinine dans le bras cobicistat (12%) par inhibition de la sécrétion tubulaire.

* ***EFFETS SUR LES OS et LES GRAISSES : KIVEXA/TRUVADA/EFV/ATZ*** (O106LB)
- ATCG 5224S (complément de l'ACTG 5202) : évaluation chez 269 patients (65 à 70 patients par bras) de l'évolution de la densité minérale osseuse (ostéodensitométrie ou DEXA au niveau lombaire/hanche) et de la lipoatrophie à 96 semaines.

AU NIVEAU LOMBAIRE :



- Accentuation de l'ostéopénie avec tous les régimes thérapeutiques mais plus importante au niveau du rachis et de la hanche sous ténofovir/FTC par rapport à abacavir/3TC.
- Même risque fracturaire (néanmoins 4,3 % fractures dont 12,7 % non traumatiques) et même risque de lipoatrophie.
- Davantage de lipodystrophies (masse grasse au niveau des membres) avec atazanavir/r.
Intérêt : faire des efforts sur l'évaluation de ces ***effets à long terme*** *sur toutes les molécules !*

* ***La Cohorte HOPS*** (O128)
- Elle a comparé les patients VIH+ à la population générale des USA : 5826 patients suivis de 2000 à 2008, 73% sous antirétroviraux, pour lesquels seul le premier épisode de fracture est considéré (236 fractures (4%) dont 51% sous antirétrovivaux).
- Le nadir bas de CD4 est associé à un plus haut risque de fracture.
D'autres études sont nécessaires : risques des ARV ? Relation avec l'ostéopénie ?
Question : pas de données sur l'ostéopénie ?

* ***La Cohorte Vétérans, prospective 1997/2009*** (0129)
Elle tient compte des facteurs connus de baisse de la densité minérale osseuse : âge, race blanche, ATCD fracturaires, utilisation de glucocorticoïdes, tabac, alcool.
- Le risque chez les hommes VIH+ est supérieur à celui de la population générale, en analyse multivariée : VIH 1,53 versus 1,38 ; sur les molécules ténofovir et IP : 1,22.
Question : comment peut-on incriminer le VIH si on n'a pas assez de données pour impliquer les traitements ? (A. CARR). Du fait de la fréquence du tabagisme et de l'hypogonadisme (non évalués dans cette étude), les DEXA scans devraient être davantage réalisés dans cette population.

* ***Les risques d'insuffisance rénale chronique : cohorte AQUITAINE*** (P741)
- 2613 patients éligibles, 75% d'hommes, 86% sous antirétroviraux : l'incidence de l'insuffisance rénale chronique est de 12,7 cas pour 1000 personnes-années, avec une probabilité de: ◆ 1,9% à 1 an, ◆ 3,3% à 2 ans, ◆ 4% à 3 ans, ◆ 4,4% à 4 ans.
- L'incidence de l'IRC est plus de 10 fois plus élevée chez les patients VIH que celle constatée dans une population générale du même âge. En addition des facteurs de risque traditionnels, l'immunodéficience et l'exposition au TDF sont associés à une plus forte incidence de l'insuffisance rénale chronique .

* ***EFFETS SECONDAIRES RENAUX : Cohorte EUROSIDA*** (O107LB)
- La progression vers la maladie rénale est de 225 cas (3,3%) avec une augmentation significative du risque pour : ténofovir, indinavir et atazanavir (moindre sous lopinavir/r).
- Le darunavir, le tipranavir, l'étravirine, le maraviroc et le raltégravir ont été exclus de l'analyse du fait de leur introduction récente dans les schémas thérapeutiques.
Une fois de plus, les études doivent tenir compte des effets rénaux à long terme.

* ***NOUVEAU SCORE CHARTER*** (O172)

Nouveau Score Pénétration/Efficacité dans le LCR (Score CPE)				
ARV	**4**	**3**	**2**	**1**
INTI	***Zidovudine***	**Abacavir** ***Emtricitabine***	***Didanosine*** **Lamivudine** **Stavudine**	**Tenofovir** **Zalcitabine**
INNTI	***Nevirapine***	**Delavirdine** ***Efavirenz***	***Etravirine***	
IP	***Indinavir/r***	***Darunavir/r*** **Fosamprenavir/r** ***Indinavir*** **Lopinavir/r**	**Atazanavir +/- r** **Fosamprenavir**	**Nelfinavir** **Ritonavir** **Saquinavir +/- r** **Tipranavir/r**
IE		***Maraviroc***		**Enfuvirtide**
II		***Raltegravir***		

* ***L'ARRET DU TABAC et le RISQUE CARDIO-VASCCULAIRE / D:A:D*** (O124)
Il semble qu'il y ait peu d'impact : même si l'incidence tend à diminuer, elle ne revient jamais au niveau des non fumeurs.
Biais : les patients pour lesquels les données n'étaient pas toutes recueillies ont été éliminés de l'étude ; pas de données sur les mesures hygiéno-diététiques associées.

* **Toujours les *RISQUES CARDIOVASCULAIRES*** (P707)
- Constatations : davantage d'IDM, plus tôt, resténose après stent plus fréquente.
- Marqueurs : mesure de l'intima au niveau de la bifurcation carotidienne, rôle de la C réactive protéine, des D-dimères, du fibrinogène.

Débuter les traitements tôt ! Etudes en cours si <350 ou <500 CD4.

* **Une intéressante session sur les *LYPODYSTROPHIES*** (O68)
Encore beaucoup de questions : lien avec les traitements, lien avec le contrôle du VIH par des modifications immunologiques ?
- Il existe une augmentation de la concentration de cortisol due à une anomalie de conversion dans certains territoires de l'organisme.
- Proximité entre adipocytes et macrophages ? Déficience de l'hormone de croissance ?
- L'épargne de nucléosidiques ou le remplacement par l'abacavir ou le ténofovir augmentent la répartition des graisses au niveau des membres mais n'affectent pas celle du tronc et la quantité de graisse viscérale.
- Le remplacement des IP par les non nucléosidiques ou l'abacavir est sans effet sauf dans 2 études (Carr : remplacement de l'IP par abacavir/névirapine/adéfovir/Hydréa avec diminution de 15% à 6 mois ; Stanley : lopinavir/r remplacé par atazanavir/r avec aucun changement vs augmentation de 11% à 6 mois dans le bras contrôle).
- Pioglitazone : décevante à 48 semaines.
- Metformine : diminue la graisse viscérale de façon non sélective.
- Testostérone : pas d'intérêt sur la graisse viscérale.
- Haute dose de GH : réduit la graisse viscérale de 42 % à 12 semaines (4/30 ont développé un diabète soit 13%).
- La **Tésamoréline** est un analogue synthétique de la GH prometteur (en cours d'évaluation par la FDA).
- Les règles d'hygiène de vie n'ont pas été suffisamment évaluées.
- Traitement : induction/maintenance avec GH ?

Question : quel est le rôle de l'obésité dans les présentations cliniques ? Il n'est pas très clair et nécessite des investigations.

* **Une excellente synthèse de *J. CAPEAU*** (O69)
- La stéatose hépatique est fréquente chez les patients VIH+ en rapport avec les facteurs métaboliques et le rôle possible des nucléosidiques.
- Il faut surveiller : obésité abdominale, diabète, syndrome métabolique, élévation inexpliquée des transaminases, insulinorésistance.
- Différents marqueurs biologiques sont proposés : Fibrotest, HOMA. Diverses explorations sont possibles : échographie, scanner, IRM, Fibroscan (difficile chez l'obèse).

Au total, une CROI pleine de questions auxquelles l'avenir et la surveillance attentive des personnes vivant avec le VIH nous aideront à apporter les réponses adaptées.

Pour RSMS,
Patrick PHILIBERT

Rencontres Régionales «**Femmes et VIH**»
28/29 mai à Marseille
Informations : 04 91 92 86 66
solensi.marseille@wanadoo

DATES DES FORMATIONS

Vendredi 11 juin
«Antirétroviraux : de la prescription à la surveillance»

Vendredi 18 et samedi 19 juin
«Femmes et vih, procréation et vih»

Le Conseil d'Administration de la Fédération et le Comité de Pilotage du Réseau Santé MISTRAL ont répondu au courrier reçu de l'URCAM concernant l'arrêt du financement du Réseau MISTRAL en juin 2011, en signifiant leur désaccord de cette décision. Nous allons demander des entretiens à nos partenaires locaux, la Ville de Marseille, le Conseil Général 13 et le Conseil Régional pour les informer de notre situation. Nous avons également alerté le COREVIH lors de sa dernière Assemblée Générale.

Réseau Santé Marseille Sud
Fédération des Réseaux
Ville-Hôpital de Marseille
Réseau Santé MISTRAL
126 RUE SAINTE CECILE
13005 MARSEILLE
04 91 92 74 84
ecrire@rsms.asso.fr