

Prévenir sous toutes ses formes

Hugues FISCHER TRT-5 / Act Up Paris

Quelques recommandations nouvelles du Rapport 2010
Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH
sous la direction du Pr. Patrick Yeni

COREVIH PACA OUEST CORSE – le 21 octobre 2010

1) Dépistage et Nouvelles approches de prévention

La prévention combinée

Une stratégie de santé publique devant également intégrer des politiques structurelles favorables

- au recours aux services de santé
- à l'amélioration des conditions de vie

La prévention combinée

- Dépistage
- Prévention de la transmission
- Traitement de l'infection

La prévention combinée

- Dépistage
- Prévention de la transmission
- Traitement de l'infection

Le dépistage comme outil de prévention:

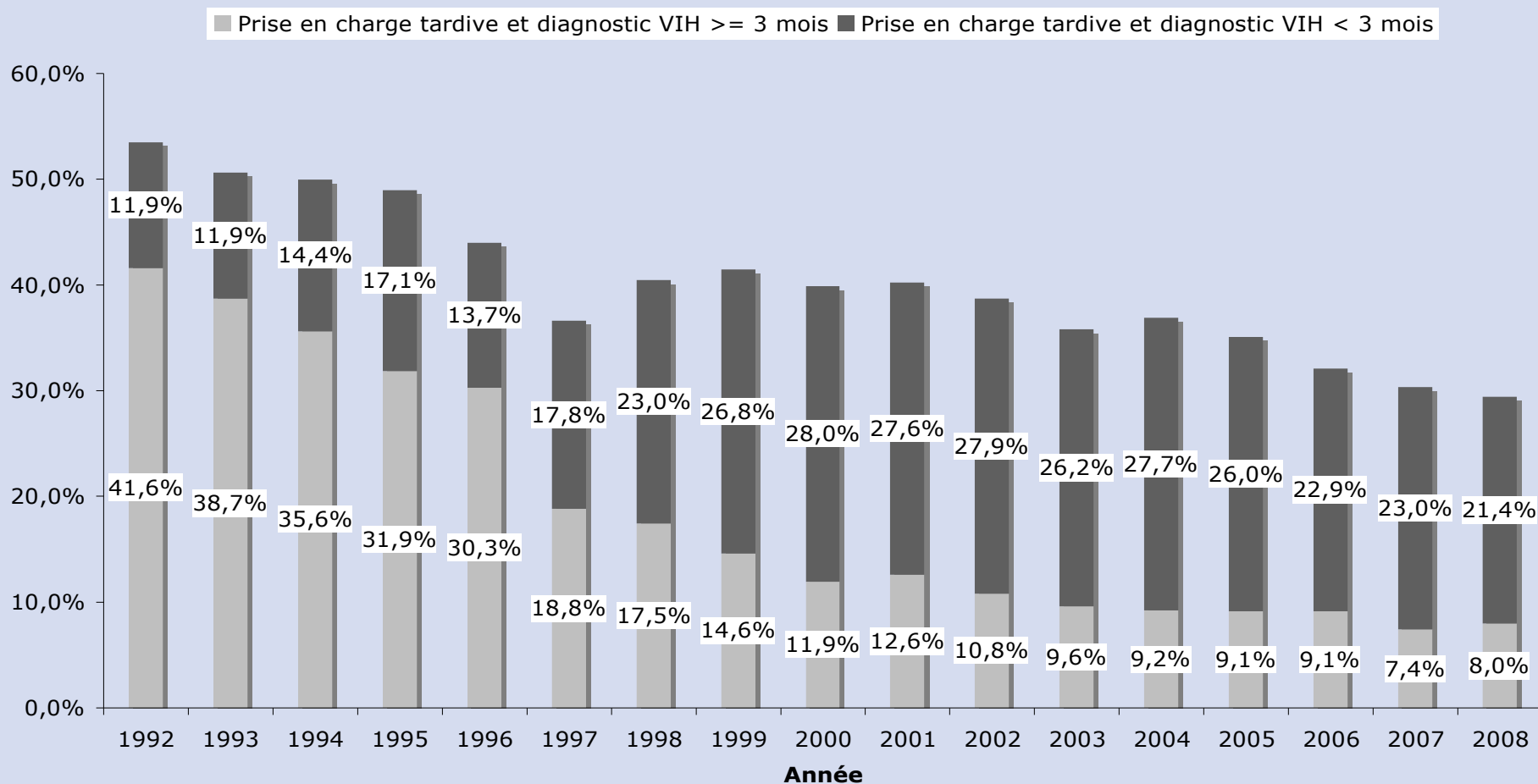
- 70% des contaminations sexuelles ont pour origine des personnes ignorantes de leur statut
- Une personne qui se sait contaminée a deux à 3,5 fois plus de chance d'adopter des méthodes de prévention et de modifier son comportement qu'une personne qui l'ignore ou même qui le craint

L'enjeu majeur

- Prévalence de l'infection par le VIH en France en 2008: 135 000-170 000
- Nombre de patients suivis en 2008 (CNAM): 102 000
- Nombre de personnes infectées sans le savoir ou qui ne se font pas suivre :
50 000 (32 000-68 000)

Dépistage et prise en charge tardifs

Figure : Pourcentage de patients ayant le SIDA ou avec un taux de CD4 \leq 200/mm³ lors de la prise en charge à l'hôpital



Vers de nouvelles stratégies de dépistage (HAS)

Dans l'objectif d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard au dépistage, la HAS recommande une stratégie de dépistage universel, visant à la connaissance généralisée du statut sérologique vis-à-vis du VIH et reposant sur la proposition du test de dépistage à la population générale de 25 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière.

I- Dépistage en population générale

II- Dépistage ciblé

- 15 à 70 ans
 - **Hors notion d'exposition**
 - Evalué après 5 ans
 - Basé sur une **mobilisation des acteurs locaux** (MG, gyneco, Médecine Universitaire, PMI, soins primaires, urgences...)
 - **Communication intensive** des acteurs de santé et du public
- **Population cible:** HSH, UDI, Caraïbe et Afrique sub-saharienne.
 - Rythme annuel
 - Participation associative
 - **Circonstances**
 - Ist, Hépatites
 - Tuberculose ou suspicion
 - Projet de grossesse
 - IVG
 - Début de contraception
 - Viol
 - Incarcération
 - Signes cliniques et primo-infection
 - **Grossesse**

Vers de nouvelles stratégies de dépistage (HAS)

Pas de remise en question de certains principes sur lesquels le dispositif de dépistage de l'infection par le VIH a été bâti et qu'il convient de préserver :

- Attention portée aux droits de la personne (respect de la confidentialité et possibilité d'anonymat, information adaptée et consentement éclairé) ;
- Garantie de l'accessibilité (diversité de l'offre de dépistage et gratuité) ;
- Promotion de la démarche volontaire de dépistage.
- mais « counseling » allégé.

La prévention combinée

- Dépistage
- **Méthodes de prévention**
- Traitement de l'infection

Les enjeux

- Nouveaux diagnostics: 6500/an
- Incidence annuelle: 7 à 8000 nouvelles contaminations
- Incidence stable

Prévention comportementale : les outils

- **Transmission sexuelle**
 - abstinence, report du premier rapport sexuel, diminution du nombre de partenaire : méthodes limitées à certaines spécificités
 - Préservatif : efficacité maximale à condition d'être effectif
 - Adaptation des comportements selon le risque : l'échelle de risque est difficile à établir, le risque est cumulé en cas de multiplication de pratiques à faible risque
- **Transmission sanguine**
 - Usage et accès large à du matériel stérile d'injection
 - Traitement de substitution

Les traitements antirétroviraux en prévention

- Prévention de la transmission mère – enfant : la preuve du principe
- Traitement post exposition (TPE)
Connaissance, accessibilité et évaluation à améliorer

La prévention combinée

- Dépistage
- Méthodes de prévention
- **Traitement de l'infection**

ART and HIV-1 transmission

	Linked HIV-1 infection	Person Years	Rate	95% CI
No ART initiated	102	4558	2.24	(1.84-2.72)
After ART initiation	1	273	0.37	(0.09-2.04)

Unadjusted Relative Risk = 0.17 (95% CI 0.004, 0.94) , p = 0.037
Adjusted* Relative Risk = 0.08 (95% CI 0.002, 0.57), p = 0.004

* For time on study and CD4 count



Dimension préventive du traitement des personnes atteintes

- Limites du traitement des personnes atteintes fonction de :
 - Pourcentage des personnes contaminées dépistées
 - Pourcentage des personnes traitées par rapport à celle qui sont dépistés
 - Moment où le traitement est débuté
 - Efficacité du traitement
 - Observance
 - Intensité du relâchement des conduites de prévention.

Les conditions du succès de la stratégie de prévention combinée

- Un soutien politique fort de l'ensemble des acteurs des politiques de santé: pouvoirs publics, soignants, associatifs.
- Une organisation sanitaire adaptée aux besoins des personnes.
- Des campagnes de communication adaptée aux messages de la prévention combinée élaborées de manière consensuelle destinées aux populations cibles et à la population générale.
- Une mobilisation associative importante
- Une évaluation scientifique de l'impact des nouvelles stratégies

2) Conditions de vie

Anticiper les ruptures c'est prévenir la dégradation de la qualité de vie :

- L'intérêt du recours au dossier MDPH
- Les lieux de privation de liberté

Le recours au dossier MDPH

- La reconnaissance du handicap que constitue l'infection par le VIH ouvre droit à de possibles compensations :
 - carte d'invalidité
 - Reconnaissance de travailleur handicapé (soutien pour l'accès et le maintien dans l'emploi)
 - Allocation aux adultes handicapés
 - Dispositifs d'hébergement spécifiques
 - Dispositifs d'accompagnement à la vie sociale

Le recours au dossier MDPH

Appréciation du taux d'incapacité : le rôle déterminant du médecin

- Le nouveau formulaire en vigueur depuis juin 2009 prend en compte les aspects cliniques mais aussi les déficiences et les différents impacts de la pathologie et des traitements sur la vie quotidienne
- L'association AIDES propose un guide d'aide à la rédaction de ce certificat

Les lieux de privation de liberté

1. Garde à vue

1. Centres de rétention administrative

1. Prisons

Les lieux de privation de liberté

1. Garde à vue

- 600 000 personnes en 2009 en forte augmentation
- Réquisition d'un médecin : Avis sur aptitude, besoin de soins et prescription
- Difficultés : délai d'intervention, rupture du secret, interruption des traitements
- Recommandations HAS 2004 sur la continuité des soins

Les lieux de privation de liberté

1. Centres de rétention administrative

- Etrangers sans droit de séjour : en attente d'éloignement ou de régularisation
- 25 CRA totalisant 2000 places
- Convention avec hôpital
- Le droit au séjour pour soins (procédure "étrangers malades") peut être mis en œuvre?

Les lieux de privation de liberté

1. Prisons

a) Anticiper et éviter les ruptures :

- Diagnostic social de chaque situation
- Initialisation des droits sociaux
- Domiciliation, couverture sociale, ressources, droit au séjour pour soins
- Ouverture ou renouvellement de l'ALD
- Continuité de l'accès en cas de permission de sortie et/ou alternatives à l'incarcération

Les lieux de privation de liberté

1. Prisons

b) Préparer la sortie :

- Y penser dès l'entrée...
- **Coordination** entre acteurs internes : UCSA, services de psy, SPIP...
- **Coordination** avec les partenaires externes : CPAM, CAF, MDPH...
- **Constituer des réseaux** et des relais : hébergement, soutien...

Merci de votre attention

Mention spéciale et Remerciements à :

- Patrick Yeni et le groupe d'experts
- Les participants associatifs au rapport d'experts
- Le TRT-5 et ses associations membres (AIDES, Actions Traitements, Actif Santé, Act Up Sud-ouest, ARCAT, Dessine moi un mouton, Sida Info Service, Solensi, Nova Dona, Act Up Paris)
- Christine Barbier