

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Suivi de l'adulte vivant avec le VIH
et organisation des soins

(avril 2018)

Groupe des experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH »

Sous la direction du Professeur Philippe MORLAT, CHU Bordeaux

Arnaud BLANC	Médecine générale, Morangis (91)
Fabrice BONNET	CHU Bordeaux
Françoise BRUN-VEZINET	CHU Bichat-Claude Bernard, Paris
Dominique COSTAGLIOLA	UMR S 1136, INSERM, Université Paris 6
François DABIS	INSERM U897, Université Bordeaux
Pierre DELOBEL	CHU Toulouse
Albert FAYE	CHU Robert Debré, Paris
Hugues FISCHER	TRT-5, Act Up, Paris
Cécile GOUJARD	CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre
Bruno HOEN	CHU Pointe à Pitre
Marianne l'HENAFF	TRT-5, ARCAT, Paris
Marlène GUILLON	CERDI - UMR CNRS Univ Auvergne
Olivier LORTHOLARY	CHU Necker-Enfants malades, Paris
Laurent MANDELBROT	CHU Louis Mourier, Colombes
Sophie MATHERON	CHU Bichat-Claude Bernard, Paris
Lionel PIROTH	CHU Dijon
Isabelle POIZOT-MARTIN	CHU Sainte Marguerite, Marseille
David REY	CHU Strasbourg
Christine ROUZIOUX	CHU Necker-Enfants malades, Paris
Anne SIMON	CHU Pitié-Salpêtrière, Paris
Anne-Marie TABURET	CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre
Pierre TATTEVIN	CHU Rennes

Commission « Suivi et organisation des soins »

*Sous la direction du Pr Fabrice BONNET, CHU Bordeaux
et du Dr Anne SIMON, CHU Pitié-Salpêtrière*

Arnaud BLANC	Médecine générale, Morangis (91)
François BOUE	CHU Antoine Beclère, Clamart
Marianne l'HENAFF	TRT-5, ARCAT, Paris
Marlène GUILLON	CERDI - UMR CNRS Univ Auvergne
Guy MOLINIER	ACT UP, Toulouse
Fabrice PILORGE	AIDES, Paris
Isabelle POIZOT-MARTIN	CHU Sainte Marguerite, Marseille
Florence THUNE	SIDACTION, Paris

Personnes auditionnées :

Jean-Luc BOUSSARD	COREVIH Île-de-France Est
Sandrine FOURNIER	SIDACTION, Paris
Corinne LE HUITOUZE	SIDACTION, Paris
Ridha NOUIOUAT	SIDACTION, Paris

Sommaire

Introduction.....	6
<i>Vers l'objectif 95-95-95.....</i>	<i>6</i>
<i>Renforcement de la prise en charge des comorbidités.....</i>	<i>6</i>
<i>Optimisation du soutien psychologique et social pour les patients vulnérables</i>	<i>7</i>
<i>Diversification de l'offre de soins</i>	<i>7</i>
Dépistage, diagnostic et dispositif d'annonce de la séropositivité	8
<i>En milieu extra-hospitalier.....</i>	<i>8</i>
<i>En milieu associatif</i>	<i>8</i>
<i>En milieu hospitalier : un dispositif d'annonce et de prise en charge initiale dans la pluridisciplinarité.....</i>	<i>9</i>
Prise en charge initiale	10
<i>Accès aux droits</i>	<i>10</i>
<i>Demande d'exonération du ticket modérateur</i>	<i>10</i>
<i>Déclaration obligatoire.....</i>	<i>10</i>
<i>Évaluation clinique et paraclinique initiale permettant de définir avec le patient un parcours de soins personnalisé.....</i>	<i>10</i>
<i>Parcours de soins.....</i>	<i>10</i>
<i>Données de l'entretien médical et de l'examen clinique</i>	<i>12</i>
<i>Bilan paraclinique initial et préthérapeutique.....</i>	<i>12</i>
<i>Éducation thérapeutique.....</i>	<i>13</i>
<i>Mesures hygiéno-diététiques</i>	<i>16</i>
<i>Prise en charge des addictions [alcool/toxiques/tabac]</i>	<i>16</i>
Prise en charge thérapeutique	19
<i>Suivi thérapeutique initial.....</i>	<i>19</i>
<i>Suivi thérapeutique au long cours.....</i>	<i>19</i>
<i>Bilan annuel.....</i>	<i>20</i>
Santé sexuelle au cours de l'infection par le VIH	24
<i>Épidémiologie</i>	<i>24</i>
<i>La stratégie nationale de santé sexuelle</i>	<i>24</i>
<i>Femmes</i>	<i>24</i>
<i>Hommes.....</i>	<i>25</i>
Populations spécifiques	26
<i>Femmes</i>	<i>26</i>
<i>Suivi gynécologique.....</i>	<i>26</i>
<i>Ménopause et VIH.....</i>	<i>27</i>
<i>Spécificités des traitements ARV chez les femmes</i>	<i>28</i>
<i>Population Hétérosexuelle.....</i>	<i>28</i>
<i>Population migrante.....</i>	<i>28</i>
<i>Population homo et bisexuelle.....</i>	<i>29</i>
<i>Personnes trans.....</i>	<i>30</i>
<i>Usagers de drogues</i>	<i>31</i>

Suivi partagé.....	32
<i>Ville-hôpital : Coordination du médecin généraliste</i>	<i>32</i>
<i>Coordination infirmière.....</i>	<i>33</i>
<i>La prise en charge associative</i>	<i>33</i>
<i>Les nouvelles expériences de suivi.....</i>	<i>34</i>
Place des COREVIH dans la prise en charge.....	35
<i>Cadre réglementaire et missions</i>	<i>35</i>
<i>Un champ d'intervention élargi aux IST dans une approche en santé sexuelle</i>	<i>36</i>
<i>De nouvelles missions pour les COREVIH adaptées aux enjeux actuels de la lutte contre le VIH et les IST.....</i>	<i>37</i>
<i>COREVIH et Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS).....</i>	<i>37</i>
<i>La Stratégie nationale de santé sexuelle.....</i>	<i>37</i>
<i>La place des COREVIH dans la mise en œuvre et la déclinaison régionale de la SNSS</i>	<i>37</i>
<i>Les COREVIH devront-ils s'investir dans la mise en œuvre de l'ensemble de la SNSS au détriment de la lutte contre le VIH ?</i>	<i>38</i>
<i>COREVIH et parcours de santé</i>	<i>38</i>
<i>Une instance avec une programmation pluriannuelle (plan d'action) COREVIH/ARS.....</i>	<i>39</i>
<i>Renforcement du cadre de fonctionnement pour la démocratie sanitaire.....</i>	<i>39</i>
<i>Une interface nationale entre les COREVIH et le ministère de la santé à légitimer.....</i>	<i>40</i>
<i>Fonctionnement, nomination et mission du groupe de travail technique national (GTN) COREVIH depuis 2011.....</i>	<i>40</i>
<i>Proposer des modalités de nomination au groupe d'interface national pour mieux représenter les COREVIH</i>	<i>40</i>
<i>Financements : mutualiser pour financer les nouvelles missions et réviser le modèle de calcul des dotations.....</i>	<i>40</i>
<i>Les MiGAC</i>	<i>40</i>
<i>Attribuer les économies liées à la fusion de plusieurs COREVIH aux nouvelles missions des COREVIH.....</i>	<i>41</i>
<i>Prendre en compte la dynamique de l'épidémie VIH et IST dans le mode de calcul de financement des COREVIH.....</i>	<i>41</i>
<i>Consacrer les fonds des COREVIH à la mise en œuvre de leurs missions</i>	<i>41</i>
<i>Limiter des frais de structures que peuvent demander les établissements sièges des COREVIH.....</i>	<i>41</i>
Les soins dans les lieux de privation de liberté	43
<i>En garde à vue</i>	<i>43</i>
<i>En centre de rétention administrative</i>	<i>43</i>
<i>En établissement pénitentiaire.....</i>	<i>43</i>
<i>Le dépistage</i>	<i>43</i>
<i>Prévention et réduction des risques (RdR).....</i>	<i>44</i>
<i>Prise en charge des patients vivant avec le VIH.....</i>	<i>45</i>
<i>Prise en charge de populations particulières</i>	<i>45</i>
<i>L'aménagement et la suspension de peine pour raison médicale</i>	<i>46</i>
<i>Préparation et continuation des soins à la sortie.....</i>	<i>46</i>
Points forts	48
Le groupe d'experts recommande.....	49
Références	51

Introduction

Vers l'objectif 95-95-95

Le prochain challenge de la lutte contre le SIDA est l'objectif fixé par l'ONUSIDA d'aller vers l'élimination de toute nouvelle infection en 2030 [1]. Cette ambition s'appuie sur un consensus mondial en faveur d'une perspective d'ici à 2020 où 90 % des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique, où un traitement contre le VIH sera proposé à 90 % des personnes connaissant leur statut sérologique et où la charge virale de 90 % des personnes sous traitement anti-VIH atteindra un niveau indétectable. La nouvelle stratégie nationale de santé sexuelle a renchéri en France sur cet objectif en le fixant à 95-95-95 pour 2020 (http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf).

L'étude 2013 de la cascade des soins et de la base de données hospitalière (FHDH ANRS CO4) [2] en France montre que les deux derniers objectifs sont atteints : 96 % des personnes en soins sont sous traitement antirétroviral et 94 % des personnes traitées depuis au moins 6 mois ont une charge virale indétectable. Cependant la proportion estimée de personnes séropositives diagnostiquées n'est que de 84 % avec des variations mais aussi des différences de prises en charges selon les populations. En effet, le temps médian entre la contamination et la prise en charge dans les soins peut varier entre trois ans pour les hommes ayant des relations avec les hommes et les femmes hétérosexuelles, à plus de quatre ans pour les hommes hétérosexuels et les usagers de drogues. Pour certains groupes vulnérables (patients migrants, usagers de drogues par exemple), le délai entre le diagnostic de l'infection et le début d'initiation du traitement ARV reste trop tardif [3]. Il est noté également des différences en fonction des groupes de transmission dans la cascade des soins : la proportion de personnes hétérosexuelles (hommes et femmes) originaires de pays étrangers est ainsi moindre parmi les personnes ayant une charge virale indétectable qu'au sein de la population VIH en général [4].

Au-delà du renforcement du dispositif de dépistage, l'organisation des soins doit tenir compte de ces différences de prises en charge et des changements survenus dans l'épidémie en France ces dernières années.

Renforcement de la prise en charge des comorbidités

L'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) traitées, ayant une charge virale < 50 copies/mL et des CD4 > 500/mm³ est aujourd'hui proche de celle de la population générale sur tous les continents [5]. Dans une étude publiée en 2014, réalisée au Royaume Uni [6], une PVVIH de 35 ans débutant son premier traitement ARV avait une durée de vie estimée jusqu'à environ 77 ans, équivalente à celle de la population générale, à condition de débuter son traitement à plus de 200 CD4 et d'obtenir une bonne réponse thérapeutique. Dans une étude de la cohorte Suisse [7], l'espérance de vie d'une personne de 20 ans a augmenté de 11,8 ans sous traitement par les monothérapies à 54,9 ans dans la période la plus récente. L'espérance de vie est similaire entre les PVVIH ayant un niveau d'éducation élevé par rapport aux personnes de la population générale disposant d'un niveau d'étude secondaire, mais elle reste inférieure d'environ 5 ans par rapport aux personnes de la population générale ayant un niveau d'éducation élevé.

On assiste à un vieillissement de la population vivant avec le VIH comme le montrent en France les résultats de l'enquête ANRS-VESPA2 [8] ; l'âge médian entre les deux enquêtes de 2003 et 2011 a augmenté de 41 à 48 ans. Cinquante-deux pour cent des PVVIH avaient 50 ans et plus en 2014 dans la cohorte Aquitaine. Il importe donc, au-delà de la consolidation de la prise en charge médicale autour de l'infection par le VIH d'être vigilants sur la prise en charge des comorbidités. En effet, la prévalence des principales comorbidités dans la Cohorte Aquitaine s'établissait comme suit en 2014 : clairance de la créatinine <60 ml/mn chez 14,3 % de la population suivie ; évènements cardiovasculaires 11,1 %, incluant les infarctus du myocarde 6,5 % et évènements vasculaires du système nerveux central 3,1 % ; hypertension artérielle 47,9 % ; diabète 14,2 % ; fractures 5,1 % ; cancers 11,5 % [8]. Certaines études montrent que la survie des PVVIH âgés de 50 ans et plus sans comorbidités reste plus faible qu'en population générale [9].

Seule une approche globale et personnalisée des PVVIH permettra de cerner précisément les besoins de la personne et de mettre en place un programme de soins susceptible d'améliorer les conditions de vie et de lutter efficacement contre les facteurs de risque de morbidité et de mortalité.

Optimisation du soutien psychologique et social pour les patients vulnérables

Dans de nombreuses études, la proportion de personnes avec des difficultés psychosociales parmi les PVVIH est plus fréquente que dans la population générale. Dans l'enquête VESPA2 [10], les conditions socio-économiques des PVVIH se dégradent entre 2003 et 2011, particulièrement chez les patients d'origine étrangère avec une diminution du taux de l'emploi. L'état de santé perçu est excellent ou très bon pour 26 % des PVVIH, bon pour 62 %, mauvais ou médiocre pour 13 % d'entre eux. Près de 13 % des PVVIH rapportent un épisode dépressif majeur dans l'année, taux plus élevé que celui observé avec le même instrument de mesure en population générale (de 5 à 8 % selon les études) [11]. Cela se traduit par un taux plus important de suicide chez les PVVIH (18,6/1000 personnes-années) par rapport à la population générale (8,5/1000 personnes-années) comme le rapporte une étude canadienne [12]. Ceci plaide pour une approche multidisciplinaire, le renforcement des structures d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et les possibilités de prise en charge psychologiques et sociales dans les centres et les associations prenant en charge les PVVIH.

Diversification de l'offre de soins

Dans les files actives de PVVIH en 2016, les profils de populations peuvent être très différents en fonction de l'ancienneté du diagnostic de l'infection. L'enquête VESPA2 [8] fait apparaître ces groupes de patients : 40,7 % diagnostiqués avant 1996, 24,6 % entre 1996 et 2002 et 34,7 % entre 2003 et 2011. Les prises en charge doivent s'adapter pour répondre aux besoins différents de ces patients : les premiers infectés dont l'état de santé a été fortement impacté par une immunodépression profonde, des traitements lourds en effets indésirables et des comorbidités ; et les PVVIH infectés plus récemment, traités plus précocement avec des traitements plus simples et moins pourvoyeurs d'effets indésirables. L'offre de soins doit tenir compte de cette hétérogénéité pour innover en termes de prise en charge de cette maladie chronique qu'est devenue l'infection à VIH. Il convient de proposer différents types de prise en charge, en fonction de l'autonomie et des choix du patient, permettant un parcours de soins adapté, et de repérer les situations complexes, en dynamisant une offre ambulatoire de prise en charge spécialisée pour le VIH.

Cela implique la définition d'un parcours de soins ayant pour objectif une plus grande efficacité grâce à un suivi et un accompagnement personnalisé et coordonné du patient, et une mise à disposition de différents acteurs professionnels facilitant la prise en charge coordonnée ville/hôpital. L'offre de soins partagée, hospitalière et de ville, basée sur un cadre de coopération multidisciplinaire, doit disposer de référentiels de pratiques opposables sur tout le territoire et à tous les professionnels de santé. Une saisine des associations représentées par le TRT-5 a été acceptée par la HAS sur ce sujet et un texte en réponse est en cours de rédaction. Si le suivi médical des patients reste encore aujourd'hui assuré par l'hôpital en grande majorité, il convient de faire évoluer cette situation vers un partage plus équilibré avec la ville, comme cela est recommandé pour d'autres pathologies chroniques par le guide du parcours de soins [13]. Les évolutions technologiques et le développement de l'e-santé pourraient faciliter cette démarche.

Cette diversification de la prise en charge doit être équitable sur l'ensemble du territoire national et tendre vers l'objectif d'améliorer la qualité des soins.

Dépistage, diagnostic et dispositif d'annonce de la séropositivité

Quel que soit son mode d'exercice, tout médecin, généraliste comme spécialiste d'organe (hépatologue, neurologue, dermato-vénérologue, cancérologue, gynécologue, gastro-entérologue et proctologue...) en ville comme à l'hôpital doit avoir le réflexe de la prescription d'un test de dépistage du VIH, que ce soit dans le cadre d'un bilan étiologique devant l'apparition de symptômes ([Cf. chapitre « Prévention et dépistage »](#)), lors de la prescription d'un traitement potentiellement immunosuppresseur [radiothérapie, chimiothérapie] ou immuno-modulateur ou dans des populations fortement exposées au risque de contamination par le VIH.

En milieu extrahospitalier

Les médecins généralistes sont mis au premier plan dans le cadre des missions de soins de santé primaires définies par le consensus formalisé « Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville », publié en mars 2009 par la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et la Société française de lutte contre le sida (SFLS) [14] qui concerne tant les PVVIH que celles à risque d'infection par le VIH. Ce consensus met en avant le dépistage et la prévention par le médecin généraliste. Le plan VIH/Sida 2010-2014 [15] insiste sur le rôle primordial du médecin traitant pour permettre à toute personne de connaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH avec des effets individuels (sur la santé) et collectifs (limitation de l'épidémie). La sexualité est aussi un champ d'action du médecin généraliste qui est particulièrement bien placé pour en parler dans le cadre d'une consultation pour une contraception, des troubles de l'érection ou la survenue d'IST. Ces situations sont des moments privilégiés pour proposer un dépistage. La prescription d'un test de dépistage doit être réalisée avec l'accord verbal des personnes.

L'annonce d'un test négatif sera accompagnée d'une information sur la prévention de la transmission du VIH et des IST, ainsi que d'une information sur la conduite à tenir en cas d'exposition, selon le contexte, voire d'une prise en charge en consultation de prophylaxie pré-exposition, le cas échéant.

L'annonce d'un test positif doit être préparée. Cette consultation d'annonce est particulièrement importante car elle engage le pronostic ultérieur qui reste à ce jour fortement lié à l'adhésion de la personne au projet thérapeutique et à la régularité du suivi. Le médecin peut s'aider du guide de la HAS d'annonce d'une maladie chronique [16].

Le médecin effectuant l'annonce devra donc être à même de répondre aux premières interrogations de la personne et de fournir les informations suivantes sur :

- la nécessité de réaliser un test de confirmation ;
- l'histoire naturelle de l'infection par le VIH ;
- le bénéfice des traitements antirétroviraux et la chronicité de la maladie ;
- les risques de transmission ;
- les notions d'alliance thérapeutique ;
- l'orientation vers un centre de référence hospitalier en disposant des coordonnées d'un centre de référence de proximité. Ces données sont accessibles au niveau des centres de Coordination régionale de l'infection par le VIH (COREVIH) ;
- l'orientation vers les associations.

Les centres de référence doivent s'organiser pour pouvoir répondre à un médecin qui en ferait la demande pour une consultation et une prise en charge immédiate en cas de primo-infection, dans un délai rapide dans les autres cas (< à une semaine). Un dispositif d'accompagnement peut être requis et organisé pour les personnes fragiles (infirmière de coordination, médiation, ETP, mise en lien avec une association).

En milieu associatif

La mise à disposition des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) implique désormais dans l'annonce de résultats des partenaires ne venant pas du champ médical. En milieu communautaire, l'annonce d'un TROD positif s'appuie sur trois étapes nécessaires et indissociables :

- l'anticipation avec la personne dépistée d'un éventuel résultat positif lors du conseil pré-test, qui permet de faire verbaliser les représentations liées à l'infection par le VIH et d'explorer les ressources identifiées par la personne dans son réseau primaire comme pouvant l'aider à passer le cap de l'annonce et à partager cette annonce ;

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

- la discussion après la remise du résultat écrit de TROD positif qui doit permettre de s'assurer de la compréhension du résultat, de sa signification en termes 1) de fiabilité malgré la nécessité d'un test de confirmation, 2) de bénéfices liés au recours à une prise en charge précoce, 3) de conséquences sur le risque de transmission à autrui en l'absence de mesures préventives ;
- l'orientation et l'accompagnement vers les différentes possibilités d'accès à la confirmation du TROD et au support psychosocial nécessaire ou souhaité. Là encore le COREVIH peut être une aide à l'organisation du suivi pour l'orientation vers les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information de Dépistage et Diagnostic du VIH, des hépatites et des IST) ou les services référents avec lesquels des partenariats peuvent être mis en place.

Dans le respect du choix des personnes, il est utile qu'un résultat de TROD positif puisse être accompagné par la proposition de prise d'un rendez-vous pour test de confirmation dans la foulée (ou dès le lendemain quand le dépistage se passe en dehors des heures ouvrables) et si possible dans un lieu qui pourra proposer aussi un premier bilan clinique et biologique. La multiplication des étapes et des interlocuteurs n'est pas favorable à la construction rapide d'un lien solide vers le soin. Outre l'accompagnement individuel systématiquement proposé avec l'annonce, certaines associations ont développé en parallèle au déploiement des TROD, des groupes d'auto-support spécifiques pour les personnes qui viennent d'apprendre leur séropositivité et qui ont souvent beaucoup d'interrogations très différentes de celles des personnes vivant depuis longtemps avec le VIH.

Les associations peuvent proposer l'accompagnement vers les soins pour des personnes fragiles ou connaissant mal le système de soins dans une approche d'accompagnement global et de médiation en santé. Cet accompagnement est requis pour améliorer l'accès aux soins de ces personnes fragiles dans un processus spécifique permettant de gérer les questions complexes relevant de l'action sociale et de la santé.

En milieu hospitalier : un dispositif d'annonce et de prise en charge initiale dans la pluridisciplinarité

L'annonce du diagnostic d'une infection par le VIH engage non seulement le pronostic médical de la personne mais aussi son avenir sur un plan familial, professionnel et social. Son retentissement psychologique nécessite une prise en charge précoce et adaptée aux besoins des personnes. Il est recommandé de rechercher les facteurs de vulnérabilité et les comorbidités permettant ensuite de définir un parcours personnalisé au plus près des besoins du patient. Plusieurs acteurs (assistante sociale, psychologue, médecin, IDE ..) sont susceptibles d'intervenir lors de cette consultation d'annonce en milieu hospitalier pour débiter la prise en charge globale au plus vite qui doit aboutir à une alliance thérapeutique avec la PVVIH et à un programme personnalisé de soins impliquant un temps d'articulation avec la médecine de ville en fonction des souhaits de la personne.

Prise en charge initiale

Accès aux droits

Lors de la prise en charge initiale, le médecin traitant, généraliste ou d'autre spécialité doit s'assurer que la PVVIH bénéficie d'une couverture maladie [droit commun, protection universelle maladie (PUMA), aide médicale d'état (AME), autres] et dispose d'une mutuelle. Si tel n'est pas le cas, la personne doit être orientée vers un travailleur social de secteur, de l'hôpital, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ou vers une association qui pourra l'accompagner dans ces démarches.

Demande d'exonération du ticket modérateur

La demande d'exonération du ticket modérateur (ALD n° 7 – Infection par le VIH), est au mieux faite par le médecin traitant déclaré. Un protocole de soins est rempli sur l'imprimé *ad hoc* (cerfa n°11626*04) dès que possible. La mention du diagnostic d'infection par le VIH assortie des résultats du bilan immuno-virologique (nombre de CD4 et charge virale) est suffisante pour obtenir l'accord d'ouverture des droits mais il est important de mentionner les comorbidités et les complications éventuelles pour faciliter leur prise en charge. En l'absence de médecin traitant, le médecin spécialiste peut en faire la demande temporaire, dans l'attente pour la personne de trouver un médecin traitant.

L'ouverture des droits des patients en détention, chez qui une sérologie positive a été mise en évidence, doit pouvoir être initiée par le médecin exerçant en milieu pénitencier.

Compte tenu de la gravité et de l'urgence de la pathologie, une autorisation dite subrogatoire de 6 mois peut être mise en place, permettant une prise en charge immédiate précédant la «régularisation» des droits des malades.

Déclaration obligatoire

Le médecin traitant, généraliste ou d'autre spécialité, et le médecin biologiste sont chargés de compléter la déclaration obligatoire et anonymisée de l'infection par le VIH et doivent en informer la personne ayant appris sa séropositivité.

La notification obligatoire et anonymisée de l'infection par le VIH et du sida se fait maintenant en ligne, et fait clairement apparaître les agences régionales de santé (ARS) comme destinataires des notifications. Ce nouveau dispositif de déclaration obligatoire [17] de l'infection par le VIH et du sida repose désormais sur la transmission des informations via l'application e-DO dédiée à la déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du sida (<http://www.e-do.fr>). Le circuit de déclaration de la DO du VIH/sida est donc modifié par rapport au circuit papier. Les biologistes n'ont plus à transmettre de feuillets de notification au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO. Dans le cadre de la surveillance virologique (basée sur le volontariat du patient et du biologiste), les biologistes transmettent comme auparavant au Centre National de Référence du VIH un échantillon de sang sur buvard, accompagné du formulaire imprimé à partir de l'application e-DO. Pour le déclarant, l'application permet de saisir et d'envoyer directement ses déclarations d'infection par le VIH et de sida aux autorités sanitaires. La première étape de la déclaration consiste à générer un code d'anonymat qui sera conservé dans l'application pendant 12 mois. Aucune donnée nominative sur les patients n'est enregistrée. Les déclarations envoyées via l'application sont immédiatement disponibles pour les ARS et l'InVS. En cas d'information manquante ou d'incohérence dans les déclarations transmises, les échanges entre les épidémiologistes de Santé Publique France (ex InVS) et les déclarants se font via e-DO.

Évaluation clinique et paraclinique initiale permettant de définir avec le patient un parcours de soins personnalisé

Parcours de soins

Après la confirmation de positivité d'un test de dépistage, le bilan initial pré-thérapeutique doit pouvoir être organisé rapidement. La personne dépistée séropositive doit être adressée à un référent spécialiste (le plus souvent hospitalier) pour la réalisation d'une évaluation initiale de la séropositivité. Cette évaluation initiale est réalisée au sein d'une équipe multidisciplinaire, en relation avec le médecin traitant.

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

Plusieurs acteurs sont susceptibles d'intervenir lors de cette consultation de prise en charge initiale en milieu hospitalier :

- le médecin, qui informe la personne sur la signification d'une séropositivité au VIH, ses modes de transmission, l'histoire naturelle de l'infection et les bénéfices des traitements ARV ;
- le personnel soignant non médical intervient également lors de cette consultation initiale, donnant notamment des informations sur la maladie, le suivi, les règles d'hygiène de vie, les traitements éventuellement prescrits lors de cette consultation initiale. Ces informations peuvent être complétées par la proposition d'une prise en charge en ETP, par un autre membre de l'équipe mais aussi de la possibilité de contacter des associations de patients dont les coordonnées pourront être données ;
- le psychologue, particulièrement sollicité à cette phase initiale du suivi, est parfois amené à planifier des rendez-vous pour un soutien /accompagnement psychologique renforcé ;
- l'assistant social, qui informe la PVVIH de ses droits et des moyens de les exercer, apporte éventuellement une aide spécifique pour des problèmes de ressources, de droits sociaux ou de logement...
- un intervenant associatif peut-être sollicité à cette phase initiale, en fonction des besoins et des vulnérabilités de la personne.

Cette prise en charge médico-psycho-sociale initiale réalisée dans les services hospitaliers spécialisés a pour objectif d'offrir aux personnes les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien tout en prenant en compte leurs spécificités culturelles et environnementales. Le recours à des médiateurs et traducteurs est parfois nécessaire. La HAS a élaboré au premier trimestre 2017 deux référentiels de compétences, de formation, et de bonnes pratiques portant sur « la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » et « l'interprétariat dans le domaine de la santé » qui précisent le cadre de ces recours.

Ainsi, c'est un véritable dispositif d'annonce, équivalent au dispositif d'annonce et de pluridisciplinarité tel que défini dans la circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 pour la prise en charge de pathologies cancéreuses, qui est réalisé dans les unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge de ces personnes et qui devrait faire l'objet d'une valorisation tarifaire spécifique. En pratique de ville, une majoration de 30 euros est accordée depuis le 1^{er} novembre 2017 aux médecins libéraux pour la **consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'une PVVIH, considérée comme une « consultation très complexe »**. **Le groupe d'experts recommande que cette tarification s'applique aussi aux consultations de cette nature réalisées dans les structures hospitalières.**

Lorsque la consultation s'associe à une prise en charge pluri professionnelle telle que décrite ci-dessus, nous recommandons à ce qu'elle puisse se réaliser dans le cadre du décret n°2017-247 du 27 février 2017 relatif à l'adaptation des règles de financement des établissements de santé qui crée la « prestation intermédiaire », entre les hospitalisations de jour et l'activité externe des établissements de santé [Art. 1^{er}, point 4° de l'Art. 2, Art. 3]. La « prestation intermédiaire » est en effet destinée à financer les consultations pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles mentionnées à l'article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale. La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux « a à e » de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6. **Le groupe d'experts recommande donc que la pathologie VIH soit ajoutée à la liste des maladies chroniques ouvrant droit à cette « prestation intermédiaire »**.

A l'issue de ce bilan, il est proposé au patient un parcours de soins adapté à sa maladie, ses comorbidités, sa situation sociale, son état psychologique qui pourront nécessiter des prises en charge spécifiques. Cette évaluation fait partie de la synthèse de la consultation initiale permettant de mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité. Ces facteurs sont bien identifiés notamment dans une étude de la FHDH [18] qui montrait une forte prévalence de la rupture de suivi chez les patients diagnostiqués récemment, infectés par usage de drogue et/ou migrants. De même, les comorbidités psychiatriques sont souvent mises en avant dans le risque d'être perdu de vue et sont à prendre en compte. Ces facteurs peuvent faire mettre en œuvre une prise en charge adaptée plus fréquente et pluridisciplinaire chez ces patients dont il faut anticiper les difficultés de suivi (consultation sociale, psychologique, médiation, prise en charge en ETP, prise en charge des addictions, accompagnement associatif et avis RCP si besoin). Cette synthèse est à partager avec les médecins référents du patient particulièrement le médecin traitant qui doit être fortement conseillé au patient s'il n'en a pas.

Il pourrait être proposé dans l'accompagnement vers les soins pour des personnes fragiles ou connaissant mal le système de soins de mettre en œuvre des expériences de « case management » [19]. Le Case Management est une méthode d'accompagnement spécifique permettant de gérer les questions complexes relevant de l'action sociale, de la santé et des assurances dans un cadre de référence à la prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de pathologies chroniques et contribue à garantir un état de santé optimal [20].

L'intervention vise à favoriser pour l'utilisateur un accompagnement progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat. Des associations ont actuellement cette approche d'accompagnement global et de médiation en santé qui doit être encouragée et reconnue.

Données de l'entretien médical et de l'examen clinique

L'interrogatoire doit permettre en particulier :

- de rechercher l'historique de la contamination et de recueillir des manifestations cliniques passées ou présentes potentiellement en lien avec l'infection par le VIH, ainsi que des signes cliniques d'évolutivité (fébricule vespéral, sueurs nocturnes, diarrhée, perte de poids) ;
- de préciser le contexte de vie familiale, relationnelle et professionnelle, l'état de santé sexuelle, le statut virologique du ou des partenaire(s) quand il est(ont) identifié(s), les conditions de ressources et de logement ;
- de rechercher dans les antécédents médicaux :
 - des infections sexuellement transmissibles ;
 - les vaccinations réalisées, notamment celles contre les hépatites A et B, le pneumocoque, la grippe, l'HPV, le méningocoque et celles pratiquées en fonction des séjours en pays tropicaux ;
 - d'évaluer la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives.

Par ailleurs, la nécessité du respect de la confidentialité est particulièrement forte dans le cadre de cette pathologie. Il faut s'enquérir des personnes de l'entourage que le patient souhaite informer de sa situation médicale.

Il est également nécessaire d'aborder la question du dépistage du/des partenaires chaque fois que cela sera possible. Des programmes de notification aux partenaires sont réalisés dans plusieurs pays (Etats-Unis, Canada, Suède, Pays Bas, Royaume uni) et ont montré leur efficacité sur la réduction de la morbi-mortalité individuelle et de la transmission [21]. La faisabilité en France est en cours d'évaluation avec une vigilance sur le respect de la confidentialité des cas index et des partenaires. Un Avis récent du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) va dans ce sens (*Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires*, février 2018, <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-notification-2018>).

L'examen clinique complet doit comporter en particulier :

- l'enregistrement du poids actuel et du poids de forme [ou poids usuel], pour apprécier le pourcentage d'amaigrissement éventuel, de la taille et de l'index de masse corporelle : $IMC = \text{poids (en kg)} / \text{taille (en m}^2\text{)}$, normale : 20 à 25 kg/m² ;
- le tour de taille [qui s'effectue à l'aide d'un mètre de couturière placé horizontalement à mi-chemin entre la dernière côte et la crête iliaque après une expiration normale du patient] et le tour de hanches ;
- la mesure de la tension artérielle ;
- la recherche d'adénopathies et d'une organomégalie ;
- l'examen soigneux de la cavité buccale permettant d'évaluer l'état buccodentaire et de rechercher des lésions de maladie de Kaposi, de molluscum contagiosum, une candidose oropharyngée, une leucoplasie orale chevelue le long des bords latéraux de la langue, des lésions herpétiques ou un chancre d'inoculation ;
- l'examen des organes génitaux externes et de la marge anale [condylomes, ulcérations...].

Bilan paraclinique initial et préthérapeutique

Le bilan recommandé est présenté en deux tableaux, l'un concerne l'ensemble des PVVIH (Cf. tableau 1), l'autre détaille les éléments recommandés dans des situations spécifiques (Cf. tableau 2).

Tableau 1. Bilan paraclinique initial préthérapeutique d'un adulte infecté par le VIH

<p>Sérologie VIH : un test ELISA de 4^{ème} génération et un test de confirmation par Western Blot avec différenciation VIH1/VIH2</p> <p>Numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8</p> <p>Dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale VIH)</p> <p>Test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase, intégrase) et détermination du sous- type VIH-1</p> <p>Recherche de l'allèle HLA-B*5701</p> <p>Hémogramme avec plaquettes</p> <p>Transaminases, γGT, phosphatases alcalines, bilirubine totale et conjuguée</p> <p>Créatininémie et estimation du DFG par la méthode MDRD ou CKD-EPI</p> <p>Phosphorémie à jeun</p> <p>Glycémie à jeun</p> <p>Bilan lipidique à jeun : cholestérol total, LDL et HDL, triglycérides</p> <p>Recherche d'une protéinurie (bandelette urinaire) ou dosage du rapport protéinurie/créatininurie</p> <p>Marqueurs de l'hépatite virale B* : Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc</p> <p>Sérologie de l'hépatite virale C</p> <p>Sérologie de l'hépatite virale A [IgG]</p> <p>Sérologie de la syphilis</p> <p>Sérologie de la toxoplasmose</p> <p>Test IGRA [Quantiféron ou T-spot TB] pour le dépistage de la tuberculose latente</p>
--

*Si anti-HBs < 10 mUI/mL, proposer un rappel vaccinal contre l'hépatite B. Dans le cas d'un niveau de séro-protection faible (anti-HBs entre 10 et 100 mUI/mL), ce taux doit être contrôlé annuellement.

Tableau 2. Bilan initial complémentaire en fonction des populations

<p>Chez les femmes : consultation gynécologique avec cytologie cervicovaginale</p> <p>Chez les femmes avec ATCD de condylomatose et/ou de pathologie cervicale : consultation proctologique pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'anus</p>
<p>Chez les HSH et personnes à partenaires multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultation proctologique pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'anus - prélèvements PCR à la recherche d'IST (chlamydia, gonocoque) au niveau anal, urétral et/ou pharyngé selon circonstances (absence de remboursement début 2018 du test gonocoque)
<p>Chez les patients provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - radio thoracique
<p>Si CD4 < 100/mm³</p> <ul style="list-style-type: none"> - dosage de l'antigène cryptococcique - sérologie CMV et si sérologie positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil

Éducation thérapeutique

« L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les personnes à acquérir, développer, ou maintenir les compétences dont elles ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle doit s'inscrire dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale, et être centrée sur le patient » (Circulaire DGS 2009).

L'investissement des équipes hospitalières dans l'optimisation de l'observance aux traitements a été rendu nécessaire en 1996 avec la mise à disposition des multithérapies antirétrovirales, l'objectif

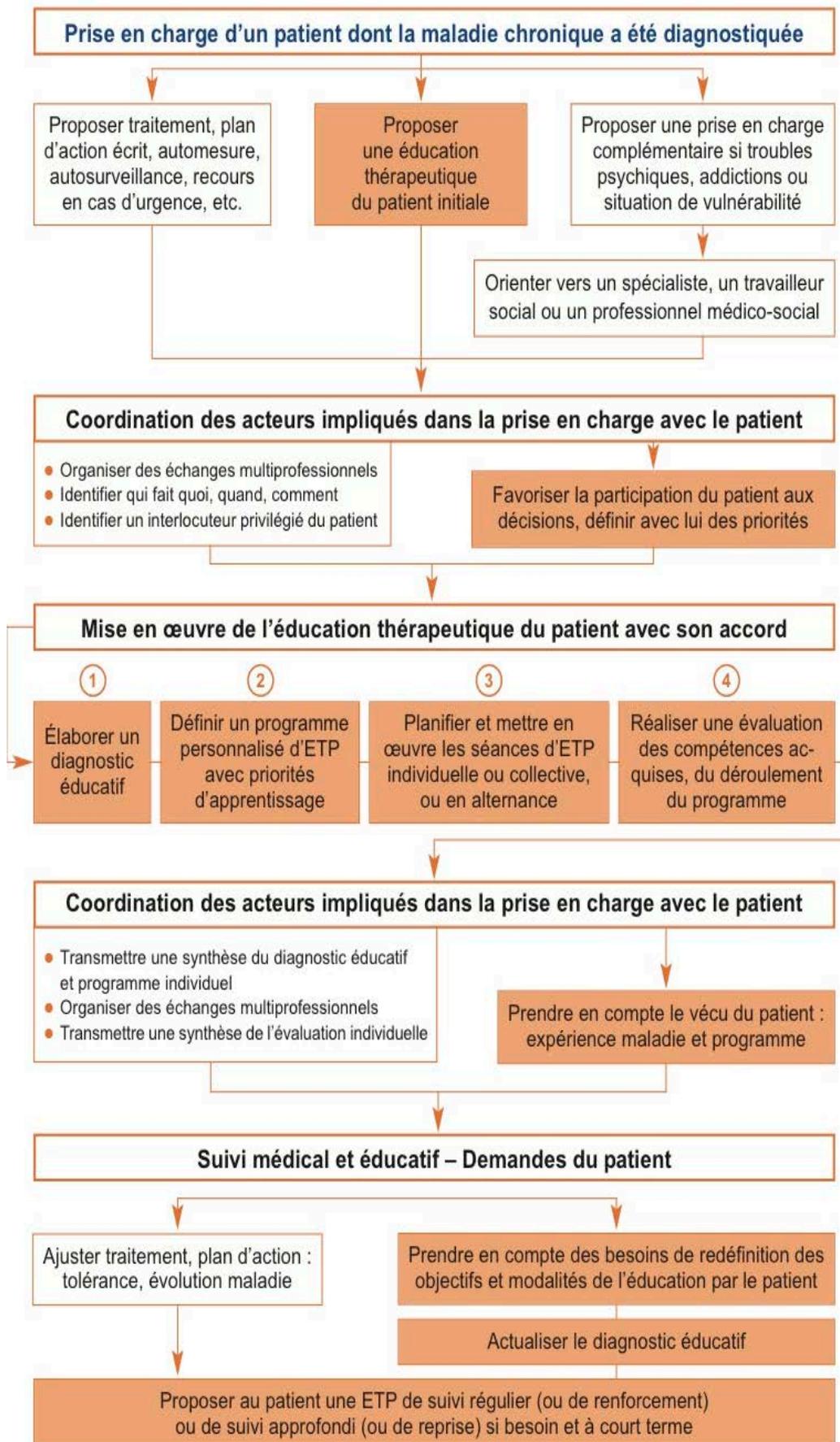
principal étant l'obtention d'une observance > 95 % pour prévenir la sélection de mutations de résistance et l'échec thérapeutique. Grâce aux traitements, l'infection par le VIH est devenue une maladie chronique et l'ETP s'est aujourd'hui élargie à d'autres aspects (circulaire N°DGS/RI2/DHOS/E2/2007/238 du 15 juin 2007) de prévention du risque de transmission virale et des effets indésirables des traitements. L'ETP se définit comme « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins ». Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable.

Dans le plan national de lutte contre le VIH-Sida et les IST 2010/2014 [15], il était précisé que l'amélioration de la qualité des soins passe par le développement des dispositifs adaptés au caractère chronique de la maladie et notamment « les réseaux, la prise en charge pluridisciplinaire, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement » (action T32).

Le site de la HAS donne toutes les informations nécessaires et les recommandations quant aux modalités de mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique (guide ETP « Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ») [22]. Le cahier des charges est très précis et inclut : une équipe pluridisciplinaire comportant au moins un médecin, des compétences justifiées pour au moins un intervenant (40 h de formation ou expérience de 2 ans), un programme structuré, des modalités de coordination entre les intervenants et le médecin traitant, le respect des règles de confidentialité et de déontologie. Il notifie également la nécessité de proposer une approche individuelle et collective (ateliers thématiques...) et une évaluation des programmes. L'implication de patients et des associations de patients est également recommandée. Les acteurs impliqués dans un programme d'éducation thérapeutique doivent être spécifiquement formés. Des programmes de formation à l'éducation thérapeutique sont assurés par des organismes de formation indépendants mais les services de FMC assurent également ces formations au sein de certains établissements hospitaliers. C'est l'agence régionale de santé territoriale à laquelle est rattaché le programme d'éducation thérapeutique qui est seule habilitée à valider le programme, l'équipe en charge de sa réalisation, et à mettre en place le financement. La pérennité du programme est soumise à une nouvelle autorisation après une évaluation quadriennale.

Les thèmes abordés au cours des séances d'ETP sont variables et personnalisés et incluent : la qualité de vie, la connaissance de la maladie, la gestion de l'ensemble des traitements pris par les PVVIH, la prévention de la transmission, les aspects psychoaffectifs et sociaux de la maladie et de la personne, l'hygiène de vie et la prévention du risque vasculaire, les situations d'addiction. Le périmètre de l'ETP doit continuer à s'élargir, intégrer des composantes de santé mentale et sexuelle, de prise en charge des addictions et de prévention et le traitement des principales morbidités. Il doit, le cas échéant, permettre une orientation et une mise en relation avec d'autres structures ambulatoires d'évaluation du risque et de promotion de la santé (structures de prévention du risque cardiovasculaire, centres de vaccination, CeGIDD en ce qui concerne la santé sexuelle, structures associatives). Il doit s'adapter aussi aux origines du patient notamment pour les patients migrants et faire intervenir des traducteurs mais aussi des médiateurs de santé.

Figure 1 : Schéma organisationnel de prise en charge d'une PVIH dans un programme d'éducation thérapeutique



L'ETP peut ainsi être proposée à différents moments de la prise en charge :

- à la découverte de l'infection pour accompagner l'initiation du traitement
- en cas de difficultés à l'adhésion thérapeutique, de modification du traitement antirétroviral ou de l'introduction d'un traitement anti hépatite C
- en cas d'échec thérapeutique
- en cas d'évènement intercurrent impactant la vie de la personne
- pour aborder les aspects de santé sexuelle : prévention diversifiée du risque de transmission, IST
- en cas de désir d'enfant

Le vieillissement de la population des PVVIH et les comorbidités constituent des circonstances supplémentaires pouvant faire l'objet de recours à l'ETP. Ces équipes ETP doivent donc être développées dans les centres prenant en charge des PVVIH et soutenues dans leurs actions de prise en charge globale et de prévention.

Mesures hygiéno-diététiques

Les erreurs diététiques telles que l'absorption excessive d'alcool, de produits sucrés (associés au diabète et à une élévation des triglycérides) ou de graisses d'origine animale (responsable d'une élévation du LDLc) doivent être recherchées et corrigées. Si le patient est en surpoids, une perte de poids doit être systématiquement proposée. Le recours à une consultation diététique spécialisée permet d'établir un diagnostic personnalisé et de proposer une ETP diététique pour un meilleur équilibre alimentaire, adapté à la situation économique des personnes. La correction diététique peut suffire en quelques semaines à corriger le surpoids et les troubles métaboliques.

Des supports d'information en direction des patients et des médecins sont disponibles sur le site de Santé Publique France (mangerbouger.fr, inpes.sante.fr).

L'incitation à la pratique d'un exercice physique régulier doit être constante. L'exercice physique régulier et soutenu doit être promu (30 minutes par jour en continu si possible ou 1 heure 3 fois par semaine). Des recommandations sont disponibles sur le site de la fédération de cardiologie française (www.fedecardio.com). La reprise d'activité physique doit être précédée d'une épreuve d'effort chez les personnes de plus de 50 ans ou à risque vasculaire.

Des méta-analyses récentes [23] ont montré que la pratique d'une activité physique et sportive (APS) régulière chez les PVVIH était associée à un renforcement des capacités cardiovasculaires et cardiorespiratoires, à une amélioration de la composition corporelle et de la résistance musculaire, ainsi qu'à des bénéfices psychologiques à travers la réduction des symptômes dépressifs et l'amélioration de la qualité de vie.

Grâce au dispositif inscrit maintenant dans la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, les médecins traitants peuvent désormais prescrire des activités physiques adaptées aux patients atteints d'Affections de Longue Durée dans le cadre du décret adopté le 1er mars 2017. Ce texte inscrit le sport comme outil de santé publique et crée un début de droit au sport pour tous, dans son article 1 (qui définit ce que contient la politique de santé, y compris « le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges »), dans son article 144 (qui autorise la prescription médicale du sport pour les personnes souffrant d'affections de longue durée). Des expériences se multiplient au sein des associations et dans des partenariats avec les services municipaux et doivent être soutenues.

Prise en charge des addictions [alcool/toxiques/tabac]

Le dépistage et une proposition systématique de prise en charge des addictions sont effectués lors de la prise en charge initiale du patient et tout au long de son suivi.

En effet, les conduites addictives sont plus fréquentes chez les PVVIH qu'en population générale.

Dans l'étude transversale française VESPA, 27 % des sujets traités par ARV (n=2 340) présentaient une consommation à risque d'alcool et 9,4 % des épisodes réguliers d'alcoolisation massive (binge drinking) [24]. Ils étaient par ailleurs 20 % à prendre régulièrement des anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques [25], 3,6 % à avoir consommé au cours des 12 derniers mois des opiacés, 14,1 % des stimulants dont 4,4 % de la cocaïne et 12,5 % à avoir une consommation régulière de cannabis.

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

La grande majorité des sujets co-infectés par le VIH et le VHC se sont contaminés à l'occasion d'un usage de drogue intraveineux (93 %) et il existe une surreprésentation de troubles psychiques dans cette population.

Le maintien d'une consommation excessive d'alcool est associé à une moins bonne observance au traitement antirétroviral, à la progression de la maladie, à une moins bonne réponse au traitement et à plus de pratiques à risques lors de l'usage de drogues ou des pratiques sexuelles. Elle accroît par ailleurs la toxicité des antirétroviraux. Elle justifie donc d'un repérage au moindre doute à l'aide d'outils simples (questionnaire AUDIT pour l'alcool par exemple) et de l'examen clinique [26].

Les interventions visant à réduire les consommations de toxiques méritent par contre sans doute d'être adaptées au contexte d'usage. Chez les usagers et ex-usagers de drogues co-infectés, une prise en charge globale de difficultés médicales, sociales et psychologiques est à envisager, avec un enjeu fréquent autour des conséquences de la consommation d'alcool sur l'évolution de la fibrose au cours de l'infection VHC.

Les pratiques d'utilisation de stimulants, essentiellement des cathinones, dans un contexte sexuel chez les HSH, sont regroupées sous le terme de chemsex ou SLAM en cas d'injection intraveineuse [mot anglais qui signifie « claquer », en raison de la montée rapide et intense de l'effet psychoactif]. Si leur ampleur réelle est mal connue à ce jour, on sait qu'elles sont associées à des expositions aux risques de transmission des hépatites virales, du VIH ou d'autres IST. Le taux alarmant de réinfection par le VHC trouvé dans une population de HSH vivant avec le VIH au niveau Européen (7,3/100 personne-années) traduit probablement la double exposition à des risques sexuels et liés à l'usage de drogues lors du chemsex [27]. Elles peuvent s'accompagner dans certains cas de troubles psychiques ou de désocialisation. Elles justifient des interventions ciblées de prévention, impliquant les communautés, principalement *via* les réseaux internet habituellement associés à ces pratiques (sites de recherche de partenaires, d'achat de produits) et éventuellement en milieu festif. Le recours rapide au TPE et à la prophylaxie pré exposition (PrEP) doivent être envisagés pour les partenaires connus et non infectés par le VIH (Cf. chapitres « [Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang \(AES\) chez l'adulte et l'enfant](#) » et « [Prévention et dépistage](#) »). Les médecins impliqués dans le suivi des HSH vivant avec le VIH doivent être en capacité d'identifier ces pratiques et d'orienter la personne dans le dispositif habituel de prise en charge des conduites addictives. Chez les sujets dépendants aux opiacés, les traitements de substitution constituent un facteur majeur de stabilisation, de prévention de transmission du VIH et des hépatites virales et d'amélioration de l'observance aux antirétroviraux. Il existe néanmoins d'importantes interactions ARV-méthadone à connaître (Cf. [annexe pharmacologique](#)). Les recours thérapeutiques en cas de dépendance à la cocaïne ou au crack sont nettement plus limités, reposant plus sur une prise en charge comportementale et de l'environnement, la mise à distance, en l'attente de molécules plus actives (expérimentation actuelle du modafinil, méthylphenidate, etc.).

Les structures de recours du dispositif médicosocial sont les centres de soins, d'accompagnement et prévention en addictologie (CSAPA, résultant de la fusion des CSST et CCAA), et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD). En milieu hospitalier, il faudra recourir aux structures d'addictologie de niveau 1, 2 ou 3 (ELSA – Équipe de liaison et de soins en addictologie, CSAPA hospitaliers, hôpitaux de jour d'addictologie, unités d'hospitalisation MCO et/ou SSR).

La consommation de tabac chez les PVVIH (50 à 60 %) est largement supérieure à celle observée dans la population générale (20 à 30 %). Le tabac est un facteur de risque majeur de nombreuses maladies (cardiovasculaires, ostéoporose, pneumopathies, bronchopathies chroniques et emphysème, insuffisances respiratoires chroniques, infections ORL) particulièrement prévalentes au cours de l'infection par le VIH, mais aussi de cancers (poumons, ORL, vessie) qui constituent 12 % des causes de décès des PVVIH dans l'étude Mortalité 2010 [28, 29]. Le risque de décès lié à la consommation de tabac est 2 fois plus important chez les PVVIH comparé à la population générale [30].

La consommation de tabac chez les PVVIH constitue donc un problème essentiel dans la prise en charge de ces personnes et des mesures de soutien à l'arrêt de la consommation de tabac doivent être impérativement proposées régulièrement au cours du suivi.

Les patchs et gommes sont utilisables en tant que substitut nicotinique. Le dosage proposé dépend du degré de dépendance à la nicotine et sera apprécié par le nombre de cigarettes consommées par jour, ou par le test de Fagerström. Le remboursement par l'assurance maladie est possible à hauteur de 150 euros/an mais le tiers payant n'est pas prévu dans le cadre de ce dispositif. Les médecins, les

sages-femmes mais également les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes peuvent les prescrire. Les substituts nicotiques doivent être prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits.

Le dépistage d'un syndrome dépressif associé doit être systématique (Cf. chapitre « Comorbidités » paragraphe Psychiatrie). Il n'existe pas d'interaction entre les substituts nicotiques et les ARV.

Si le bupropion a une efficacité légèrement supérieure à celle du placebo, sa prescription chez les PVVIH doit, en raison des interactions possibles avec les traitements antirétroviraux métabolisés par le cytochrome P450, faire adapter le traitement antirétroviral.

Le tartrate de varénicline est commercialisé sous le nom de Champix® en France. L'avantage de cette molécule est son absence d'interaction avec le cytochrome P450 [31, 32]. L'essai INTERACTIV ANRS 144 évaluait la varénicline contre placebo chez les PVVIH tabagiques. Cet essai, avec une période de traitement de 12 semaines (0,5 mg une fois par jour jusqu'à 1 mg deux fois par jour de Varénicline) a permis de montrer un taux d'abstinence à 1 an plus important dans le bras Varénicline (17,6 %) que dans le bras placebo (7,2 %) ($P=0,02$) [33]. La tolérance était similaire à celle du placebo. Comme dans la population générale, la varénicline constitue ainsi un outil disponible pour l'aide au sevrage tabagique.

La cigarette électronique prend une place croissante dans les stratégies de sevrage et constitue aussi un outil de réduction des risques lorsque le sevrage de nicotine n'est pas souhaité ou n'est pas possible. Il est cependant nécessaire de conseiller aux sujets de prendre le temps de trouver la formule (dosage, goût, appareil) leur convenant afin de ne pas conclure prématurément à un échec.

La maîtrise de ce facteur de risque est difficile, en raison des nombreux facteurs psychosociaux souvent intriqués, liés au tabagisme et à l'infection par le VIH. Les thérapeutiques disponibles sont peu nombreuses, peu efficaces et la tolérance variable selon les individus. Ceci nécessite une prise en charge à la fois globale et multidisciplinaire faisant intervenir un suivi spécialisé en tabacologie et une surveillance des troubles psychiatriques.

Les échecs du sevrage tabagique sont nombreux, mais la probabilité de succès augmente avec le nombre de tentatives de sevrage.
--

Prise en charge thérapeutique

Le traitement est à mettre en œuvre dès que possible, au mieux dans les 8 jours en respectant le temps de réflexion du patient et ses possibilités de prendre le traitement. Des études sont en faveur d'une meilleure adhésion au suivi en cas de mise en œuvre rapide du traitement [34]. Il faut prendre en compte aussi que le risque de transmission aux partenaires séronégatifs est diminué par le contrôle rapide de la charge virale [35]. Le choix du premier traitement ARV doit être effectué par un médecin expérimenté dans la prise en charge des PVVIH.

Suivi thérapeutique initial

Le premier traitement antirétroviral doit permettre de rendre la charge virale (CV) < 50 copies ARN VIH/ml en six mois.

Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la charge virale plasmatique :

- à M1, date à laquelle la CV doit avoir baissé d'au moins 2 log₁₀ copies/mL ;
- à M3, date à laquelle la CV doit être < 400 copies/mL ;
- à M6, date à laquelle la CV doit être < 50 copies/mL.

Des contacts intermédiaires à J15 et M2 (téléphoniques ou en consultation, voire consultation infirmière) pourront être proposés selon les situations individuelles.

Il ne faut pas passer à côté de l'indication de séances d'éducation thérapeutique (ou de consultations spécifiques d'observance) chez les patients en difficulté prévisionnelle d'adhésion au suivi.

Chez certaines PVVIH, ces objectifs ne sont néanmoins pas atteints et la charge virale ne devient indétectable qu'après plus de 6 mois de traitement. Ceci s'observe notamment lorsque la charge virale initiale est > 5 log copies/mL ou les lymphocytes CD4 < 200/mm³. Chez ces personnes, si la charge virale est < 200 copies/mL à 6 mois et en décroissance régulière, il est possible d'attendre l'indétectabilité sous surveillance rapprochée pendant 4 à 6 mois supplémentaires.

La non-atteinte de ces objectifs intermédiaires nécessite de rechercher systématiquement une mauvaise observance, des interactions médicamenteuses, ou un sous-dosage des ARV et de corriger sans délai la cause identifiée :

- une évaluation soigneuse de la compliance devra être systématiquement proposée dans le cadre d'une séance d'éducation thérapeutique et amener, le cas échéant à un changement thérapeutique en cas de mauvaise adhésion pour raison d'intolérance ou d'inadéquation des horaires de prise avec la vie de la PVVIH;
- un dosage pharmacologique pourra être proposé pour vérifier l'absorption médicamenteuse ou contrôler une interaction médicamenteuse.

Suivi thérapeutique au long cours

Après l'obtention d'une charge virale indétectable, des visites trimestrielles la première année puis semestrielles peuvent être recommandées, intercalées avec le bilan annuel de synthèse hospitalière (Cf. *infra*). Ce suivi sera au mieux alterné entre médecin traitant et médecin hospitalier.

Il est proposé de développer des protocoles de coopération médico-infirmiers dans le cadre de ces consultations de suivi. L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients.

Les visites systématiques de suivi au long cours assurées par le médecin hospitalier, le médecin traitant ou l'infirmier(e) spécialisé(e) ont pour objectifs de :

- s'assurer du maintien de la charge virale VIH plasmatique à un niveau indétectable ;
- s'assurer de la bonne observance et tolérance clinique et biologique du traitement ARV ;
- évoquer la vie affective et sexuelle ;
- évoquer le désir d'enfant et pouvoir aussi orienter les personnes vers des professionnels dans ce domaine et/ou vers des structures proposant spécifiquement des consultations sur ce sujet ;
- de dépister des difficultés psychosociales ;
- de dépister des facteurs de risque de comorbidités et de mettre en place une prise en charge adaptée ;

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

- de proposer en fonction des profils de contamination le dépistage des IST chez la personne et ses partenaires potentiels.

Le bilan recommandé au cours de ces visites intermédiaires inclura un dosage de l'ARN VIH plasmatique, les autres examens étant fonction de la situation de la personne :

Tableau 3. Bilan biologique intermédiaire de surveillance chez les patients sous traitement

Dosage de l'ARN VIH plasmatique

Optionnel :

- Si CD4+ < 500/mm³ : NFS et numération des sous-populations lymphocytaires
- Si traitement hépatotoxique ou exposition à haut risque sexuel : transaminases, γ GT
- Si traitement à potentialité néphrotoxique (dont ténofovir): créatininémie avec estimation du DFG par la méthode de MDRD ou CKD-EPI
- Si CD4 < 100/mm³ :
 - dosage de l'antigène cryptococcique ;
 - si sérologie CMV positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil tous les 1 à 3 mois.
- En cas d'exposition à haut risque ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une IST :
 - dépistage des IST à chlamydia et gonocoque par PCR au niveau anal, urétral et/ou pharyngé ;
 - contrôle des sérologies hépatites virales B* et C et syphilis.

*Si anti-HBs < 10 mUI/mL, proposer un rappel vaccinal [double dose] contre l'hépatite B. Dans le cas d'un niveau de séro-protection faible (anti-HBs entre 10 et 100 mUI/mL), ce taux doit être contrôlé annuellement.

Un suivi au minimum trimestriel est nécessaire tant que les lymphocytes CD4 restent < 200/mm³.

La fréquence des visites pour les PVVIH dont le nombre de CD4 est compris entre 200 et 500/mm³ est au minimum semestrielle mais peut être rapprochée en fonction des comorbidités et de la cinétique des lymphocytes CD4.

Au-dessous de 350 CD4/mm³, il est souhaitable que la surveillance reste hospitalière.

Chez les PVVIH ayant des CD4+ > 500/mm³ depuis au moins un an et un ARN VIH indétectable depuis au moins deux ans, en l'absence de comorbidité et de modification du traitement dans l'année, le bilan intermédiaire peut donc se limiter à la réalisation d'un ARN VIH semestriel (et au contrôle du DFG si prise de ténofovir).

Des études de cohorte ont montré l'absence de surrisque évolutif lors d'un suivi biologique allégé. Ainsi, la collaboration HIV-Causal a montré qu'il existe peu d'effet de la fréquence du suivi immuno-virologique en terme de survenue d'évènement SIDA et de mortalité, chez les patients contrôlés dans les 12 mois après la mise sous traitement que le suivi soit trimestriel ou semestriel. [36, 37].

Des études médico-économiques confirment le bien-fondé de cette surveillance [38-43] et mettent en avant les économies importantes attendues d'une baisse de la fréquence des tests de numération des CD4 chez les patients sous ARV ayant une charge virale contrôlée.

En France, le projet de recherche « Parcours de soins des PVVIH » (PSVIH) réalise un lien entre la base de données de la cohorte Aquitaine et celle du SNIIRAM. Celui-ci permettra de connaître l'ensemble des consommations de soins liées à la prise en charge des PVVIH inclus dans la cohorte Aquitaine, tant ambulatoire qu'en établissement de santé. Les résultats de cette étude permettront de caractériser les coûts et la pertinence des différents parcours de soins des PVVIH pris en charge en Aquitaine de 2013 à 2014.

Bilan annuel

La prise en charge de l'infection par le VIH représente un modèle multidimensionnel dans lequel un travail de synthèse annuel est indispensable, compte tenu de l'évolution vers la chronicité de l'infection par le VIH, du vieillissement de la population et de l'existence fréquente des comorbidités associées.

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

Le bilan de synthèse annuel reste l'occasion d'optimiser la prise en charge de l'infection par le VIH, de réévaluer le traitement antiviral, sa tolérance et sa pertinence, mais également de rechercher les facteurs de risque et de dépister les principales complications et morbidités. Il est l'occasion également de faire le point sur les conditions psycho-sociales du patient et d'aborder la santé sexuelle. Il peut être l'occasion d'orienter la personne vers une structure associative d'accompagnement devant des problèmes médico-psycho-sociaux.

Au cours de cette visite de synthèse, les différents sujets pourront être abordés de façon systématique et en fonction de l'âge des personnes, de leur exposition au risque sexuel, de leur niveau d'immunodépression ou de leurs co-infections.

Tableau 4. Bilan clinique annuel de synthèse d'une PVVIH

<p>De façon systématique :</p> <ul style="list-style-type: none">• Analyse critique pour optimisation du traitement en cours : résultats [efficacité, effets indésirables] et proposition, le cas échéant, d'adaptation thérapeutique en tenant compte de la mise à disposition des génériques, des nouvelles associations et des nouvelles molécules disponibles• Interrogatoire à la recherche des événements de santé de l'année et des risques d'exposition aux hépatites virales et IST• Examen clinique complet, incluant la recherche de lipodystrophie• Discussion sur la vie sexuelle et affective, des difficultés éventuelles de prévention de la transmission du VIH, du désir d'enfant.• Bilan social et du statut professionnel en mobilisant les travailleurs sociaux le cas échéant• Réévaluation du statut vaccinal• Prise en charge du tabagisme le cas échéant, des autres addictions et dépistage de la prise de toxiques• Bilan de l'hygiène de vie : diététique et activité physique• Dépistage de la dépression, si besoin au moyen d'outils validés [questionnaire PHQ9 ou autoquestionnaire CES-D]• Dépistage des cancers : Selon le calendrier spécifique aux PVVIH (Cf. tableau 7 et chapitre « Cancers ») <p>De façon conditionnelle par rapport à l'âge :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dépistage des troubles cognitifs (à partir de 50 ans)• Évaluation du risque cardiovasculaire selon l'algorithme SCORE* (validée entre 40 et 65 ans) tous les cinq ans• Dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie [associée à un dosage de la vitamine D] chez la femme ménopausée, l'homme > 60 ans ou si facteurs de risque (Cf. chapitre « Comorbidités »)

Le bilan annuel biologique de synthèse recommandé comporte :

Tableau 5. Bilan annuel biologique de synthèse d'une PVVIH sous traitement ARV

<p>De façon systématique :</p> <ul style="list-style-type: none">• NFS plaquettes et numération des sous-populations lymphocytaires CD4 et CD8 (tous les deux ans si ARN VIH < 50 copies/mL sur la période et derniers CD4 sont > 500/mm³)• Dosage de l'ARN VIH plasmatique• Transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines• Créatininémie avec estimation du DFG par la méthode de MDRD ou CKD-EPI• Phosphorémie si prise de ténofovirDF• Protéinurie et albuminurie/créatininurie sur échantillon

De façon conditionnelle, bilan métabolique à jeun :

- Glycémie (à partir de 45 ans), à renouveler tous les 3 ans si initialement normal
- Bilan lipidique (triglycérides, du cholestérol total, du HDL et du LDL-cholestérol)
 - dans le bilan initial,
 - 6 mois après l'initiation ou la modification d'un traitement antirétroviral (si normal, à renouveler tous les 5 ans en l'absence de changement thérapeutique et d'apparition d'autre indication du dosage),
 - en cas de survenue d'une lipohypertrophie, de prise de poids, d'évènement CV, de modification du mode de vie et d'apparition d'un facteur de risque CV,
 - 3 à 6 mois après une intervention thérapeutique visant à abaisser le LDLc.

Tableau 6. Bilan annuel complémentaire en fonction des populations

Chez les sujets exposés au risque d'IST :

- Sérologie syphilis ;
- Sérologie VHC [si négativité antérieure], PCR VHC en cas de guérison d'une hépatite C et sérologie VHB incluant le dosage des anticorps anti-HBs ;
- Si anti-HBs < 10 mUI/mL, proposer un rappel vaccinal [double dose] contre l'hépatite B. Dans le cas d'un niveau de séro-protection faible (anti-HBs entre 10 et 100 mUI/mL), ce taux doit être contrôlé annuellement ;
- Prélèvements PCR à la recherche d'IST (chlamydiae, gonocoque) au niveau anal, urétral et pharyngé ;
- Consultation proctologique pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'anus.

Si CD4 < 100/mm³ :

- Sérologie CMV, si sérologie initiale négative ;
- Si sérologie CMV positive : PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil tous les 1 à 3 mois ;
- Dosage de l'antigène cryptococcique.

Si fumeur (symptomatique) :

- Dépistage de la BPCO par spirométrie

Si co-infection par les virus des hépatites ([Cf. chapitre « Co-infections par les virus des hépatites »](#)) :

- Evaluation de la fibrose hépatique par élastométrie ;
- Si VHB quel que soit le degré de fibrose: échographie hépatique annuelle pour le dépistage de l'hépatocarcinome ;
- Si VHC et fibrose F3/F4 (actif ou guéri) : échographie hépatique et dosage de l'alphafoetoprotéine tous les 6 mois en dépistage du carcinome hépatocellulaire ;
- Si cirrhose : FOGD tous les un à trois ans en dépistage des varices oesophagiennes, en fonction du degré d'élastométrie, du taux de plaquettes et de la taille des VO à la prise en charge initiale.

Les PVVIH co-infectés par le VHC doivent bénéficier du programme de surveillance annuelle spécifique post éradication du VHC.

Si toute PVVIH doit se voir proposer une évaluation annuelle comme décrit ci-dessus, la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de certaines complications et comorbidités concernent tout particulièrement les patients ayant plus de 50 ans, moins de 500 CD4/mm³, des antécédents d'immunodépression sévère (évènement classant sida ou nadir CD4 < 200/mm³) ou au stade cirrhose ou pré-cirrhose post hépatites.

Le compte de CD8 pourrait être un facteur pronostic. Il est élevé durant l'infection par le VIH et ne se normalise pas toujours malgré un traitement à long terme. Sa signification clinique a été évaluée

dans une cohorte de patients infectés par le VIH. Un faible taux de CD8 est associé à une augmentation de la mortalité liée au VIH alors qu'un compte élevé de CD8 après traitement est associé à une augmentation de la mortalité non liée au VIH [44].

Enfin, le dépistage des cancers doit être une préoccupation permanente pour les médecins prenant en charge les PVVIH.

Tableau 7. Bilan annuel chez les PVVIH : Dépistage des cancers (Cf. chapitre « Cancers »)

- Consultation gynécologique [dépistage du cancer du col chez la femme par cytologie cervico-utérine] tous les un à trois ans
- Consultation proctologique chez les HSH et les PVVIH, hommes et femmes aux antécédents de lésions dues au HPV (cancer anal)
- Examen de la cavité buccale (maladie de Kaposi, cancers buccaux)
- Echographie hépatique (tous les 6 mois) et dosage de l'alphafoetoprotéine chez les patients F3/F4 ou porteurs de l'Ag HBs (hépatocarcinome)
- TDM thoracique devant toute symptomatologie thoracique persistante chez un fumeur ou résistante au traitement de première ligne (cancer broncho-pulmonaire)
- Pour les autres cancers, le clinicien se référera aux recommandations appliquées à la population générale, notamment pour le cancer du sein [examen clinique et mammographie à partir de 50 ans, 40 ans en cas d'ATCD familial], de la prostate [50 ans, toucher rectal,] et du cancer colorectal [50 ans, test immunologique]

La prise en charge du bilan annuel de synthèse devrait pouvoir être réalisée, compte tenu du fort enjeu de santé publique autour de l'infection par le VIH et de la multiplicité des interventions, dans des consultations spécifiques de synthèse, programmées et valorisées, afin de rassembler et d'intégrer l'ensemble des données médico-psycho-sociales par le médecin référent hospitalier et le médecin généraliste.

Le groupe d'experts recommande que cette valorisation soit celle introduite par le décret n°2017-247 du 27 février 2017 : prestation intermédiaire, entre les hospitalisations de jour et l'activité externe des établissements de santé [Art. 1^{er}, point 4° de l'Art. 2, Art. 3]. En effet, et conformément au point 4 de l'article 2 du décret n°2017-247 du 27 février 2017, le bilan de synthèse annuel des personnes vivant avec le VIH peut nécessiter l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs en présence du patient et fait l'objet d'une synthèse médicale qui peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux « a à e » de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6. **Le groupe d'experts recommande donc que la pathologie VIH soit ajoutée à la liste des maladies chroniques ouvrant droit à cette « prestation intermédiaire ».**

Cette synthèse annuelle peut être également réalisée, le cas échéant, au cours d'une hospitalisation de jour (HDJ) selon le cadre de la circulaire frontière, dans des cas complexes, en particulier pour des populations vulnérables, ou si la PVVIH présente une situation de fragilité physique, psychique ou psycho-sociale avec risque d'aggravation de la pathologie. Il importe alors de bien faire figurer dans le dossier du patient l'ensemble des éléments témoignant de l'existence de la situation à risque. Ce bilan s'inscrit dans le cadre de la circulaire frontière (circulaire n° 415 DHOS/DGS/2007 du 19 novembre 2007). Cette circulaire relative aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile a été revue par l'arrêté du 27 février 2017.

Santé sexuelle au cours de l'infection par le VIH

La crainte de la contamination du partenaire au cours des rapports sexuels constitue un frein à des rapports sexuels satisfaisants et épanouissants. Le VIH, ainsi que les traitements ARV sont également potentiellement responsables de modifications corporelles et de dysfonction sexuelle qui peuvent également impacter la qualité de la vie sexuelle des personnes vivant avec le VIH.

Épidémiologie

Parmi les 3 022 répondants de l'enquête Vespa2 [45], 71 % déclarent avoir eu une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois. Les HSH sont les plus sexuellement actifs (79 %) et les femmes sont moins sexuellement actives (de 59 % à 65 % selon le groupe) que les hommes non-HSH (de 68 % à 75 %). Parmi les PVVIH sexuellement inactives au moment de l'étude (29 %), le dernier rapport sexuel date de 4,3 ans en médiane. Trois PVVIH sur cinq (63 %) sont en couple stable au moment de l'enquête et, parmi les HSH en couple stable, 87 % sont en couple avec un homme, 12 % avec une femme et 1,5 % avec un homme et avec une femme simultanément. Par ailleurs, une personne sur trois (33 %) déclare avoir eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois, avec une différence marquée entre les HSH (59 %) et les autres groupes socio-épidémiologiques (de 11 % à 29 %). Parmi les HSH déclarant au moins un partenaire occasionnel dans l'année, 93 % n'ont eu que des partenaires occasionnels masculins, 3 % uniquement des partenaires occasionnelles féminines et 4 % ont eu les deux.

Ainsi, dans les enquêtes Vespa, la part des personnes sexuellement actives a baissé entre 2003 et 2011, passant de 78 % à 71 % ($p < 0,0001$). En 2003, les femmes UDI étaient les moins sexuellement actives (67 %), et elles le sont toujours en 2011 (59 %), de même que les femmes « autres » (59 %) et en moindre mesure les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne (65 %). À titre de comparaison, le taux d'activité sexuelle est de 89 % chez les femmes et 93 % chez les hommes en population générale.

Dans l'enquête VESPA, parmi ceux ayant eu au moins un partenaire dans l'année, 40 % des personnes interrogées jugeaient leur vie sexuelle satisfaisante, 36 % peu ou pas satisfaisante et 22 % totalement insatisfaisante. Les raisons les plus souvent invoquées pour l'absence d'activité étaient l'absence d'envie, la peur de contaminer l'autre, la peur du rejet, le sentiment d'être moins séduisant et en mauvaise santé, les difficultés à utiliser le préservatif et une dysfonction sexuelle (18 %).

Il est important de porter à la connaissance des PVVIH les résultats scientifiques établis sur la prévention de la transmission apportée par le traitement antirétroviral (TasP) ([Cf. chapitre « Prévention et dépistage »](#)). Ces résultats doivent permettre aux personnes de reprendre et/ou de dédramatiser une activité sexuelle, d'adapter leur prévention, de la savoir renforcée et de réduire l'angoisse de contaminer autrui.

La stratégie nationale de santé sexuelle

Le texte (http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf) fixe l'objectif, dans son agenda 2017-2030, d'en finir avec l'épidémie de Sida d'ici 2030 et d'éliminer les IST en tant que problèmes majeurs de santé publique. Elle développe une action volontariste d'information, d'éducation à la santé et de communication, avec une place prioritaire pour la santé des jeunes et permet de renforcer la formation et la mobilisation des professionnels de santé, notamment de premier recours. Le rôle des COREVIH pour améliorer les parcours de santé est bien sûr souligné.

Femmes

La dysfonction sexuelle chez les femmes peut-être évaluée par le Female Sexual Function Index (FSFI) utilisé dans d'autres maladies chroniques. D'autres outils d'évaluation de la qualité de vie tels que le MOS-HIV sont disponibles mais ne sont pas spécifiquement dédié aux femmes.

Selon les rares études disponibles, la proportion de femmes se plaignant de dysfonction sexuelle est d'environ 30 % et peut aller jusqu'à 89 % dans une étude récente au Nigeria [46]. Les plaintes concernent l'absence de désir (50 %), la sécheresse vaginale (41 %), l'absence de plaisir (33 %) l'absence d'orgasme (31 %) ou l'existence de douleurs (30 %). La peur de contaminer l'autre est omniprésente. Ainsi la communication avec le partenaire sur la situation sérologique et sexuelle est un élément fondamental dans la prise à charge de ces phénomènes de dysfonction sexuelle chez la femme. Il y aura lieu pour le soignant d'identifier d'éventuelles situations de violences conjugales ou de sexualité subie. Enfin l'application d'un lubrifiant ou d'oestrogène à administration locale (sur prescription) est un moyen efficace de lutter contre la sécheresse vaginale.

Hommes

Chez les hommes, les données disponibles font état d'une prévalence élevée de dysfonction sexuelle allant jusqu'à 75 % dans certaines études non récentes [47, 48]. Les plaintes sont représentées par les troubles de l'érection, le manque de libido, ainsi que des troubles de l'éjaculation. Les causes organiques de dysfonction sexuelle restent minoritaires. L'absence complète d'érection devra faire orienter l'homme vers un urologue ou sexologue qui pourra proposer la réalisation d'examen complémentaires (doppler, dosages hormonaux...).

Un déficit en testostérone est classiquement associé à des troubles de l'érection et/ou une baisse de la libido mais aussi à un syndrome métabolique, une ostéoporose, un syndrome dépressif et une altération de la qualité de vie des patients [49]. L'hypogonadisme est défini par un taux de testostérone sérique libre calculée < 70 pg/mL. Sa prévalence augmente avec l'âge et est retrouvé à 16 % dans une étude transversale de 2011 [50] et à 9 % dans une étude française réalisée chez des patients de moins de 50 ans et parue en 2017 [49].

Parmi les facteurs de risque, on retrouve classiquement l'âge, un index de masse corporelle élevé, l'existence d'un syndrome dépressif comme plus fréquemment associés à une dysfonction sexuelle et à un hypogonadisme. Le diabète, certains traitements antihypertenseurs et antidépresseurs peuvent également être incriminés. Le rôle des traitements ARV reste controversé mais l'étude française retrouve une association de l'hypogonadisme avec la prise d'éfavirenz.

La prise en charge de la dysfonction érectile se doit d'être globale et inclut une prise en charge sociale sur les conditions de vie, la recherche d'un syndrome dépressif, une discussion sur les risques de transmission, un bilan des comorbidités notamment le diabète et les maladies neurologiques ou cardiovasculaires. Le clinicien peut s'aider pour l'approche de la sexualité, réalisée au cours de ses consultations, des recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile.

Le principal traitement de la dysfonction érectile est représenté par les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (IPDE5). Ceux-ci sont efficaces dans les dysfonctions organiques mais également psychogènes. Leur prescription rentre dans le cadre d'une prise en charge globale indiquée ci-dessus. Le sildénafil et le tadalafil sont métabolisés par la voie du CYP450. Leur utilisation chez les personnes prenant du ritonavir ou du cobicistat doit être très prudente en débutant par les posologies les plus faibles. L'utilisation du vardénafil est contre indiquée en cas de prise conjointe avec le ritonavir. Enfin, la grande prudence s'impose chez les personnes à haut risque vasculaire.

L'androgénothérapie de substitution n'a pas montré de bénéfice significatif dans ces situations (sauf en cas d'hypogonadisme avéré) et se greve de nombreux effets secondaires. Les injections intra caverneuses, les prothèses péniennes relèvent d'indications spécifiques réservées aux urologues et sexologues.

Populations spécifiques

Les rôles sociaux et assignations liés au genre peuvent impacter différemment les difficultés vécues selon que l'on soit homme ou femme

Femmes

Le suivi médical des femmes vivant avec le VIH (FVVIH) nécessite la prise en compte de plusieurs spécificités :

- les femmes sont le plus souvent immigrées d'origine subsahariennes et ont des conditions de vie plus précaires. Près de la moitié (48,7 %) des femmes vivent seules ou en famille monoparentale. Leur prise en charge est fréquemment plus tardive que celle des hommes (VESPA2) ;
- les effets indésirables des traitements et les complications associées sont plus marqués que chez les hommes ;
- les modifications corporelles liées aux traitements ARV, à une mauvaise alimentation et à un manque d'exercice physique peuvent avoir un impact psychologique marqué ;
- le désir d'enfant et certains troubles hormonaux, notamment au moment de la ménopause, nécessitent une attention particulière ;
- il est rapporté spécifiquement chez les femmes un mécanisme d'auto-stigmatisation, une sensation de honte et de dévalorisation personnelle liés à la stigmatisation du statut VIH avec un effet négatif sur l'adhésion au traitement antirétroviral chez les femmes, très lié à l'isolement social et à la dépression [51].

Les connaissances sur ces spécificités ne sont pas assez documentées. Il est donc important de sensibiliser les professionnels de santé et les chercheurs à leur existence et d'en informer les acteurs de la prise en charge. Un bon suivi médical permet donc de faire en sorte que la séropositivité ne soit pas un frein à la réalisation des projets de vie notamment la sexualité et la maternité.

De ce fait, le suivi des FVVIH nécessite une approche globale qui aborde notamment tout ce qui touche la sexualité, la prévention, la contraception (Cf. chapitre « [Désir d'enfant et grossesse](#) » et annexe « [Pharmacologie](#) »), le dépistage des autres infections sexuellement transmissibles (IST) et celui des cancers du sein, du col de l'utérus et du canal anal (Cf. chapitre « [Cancers](#) »).

Chez les femmes, l'infection par le VIH est un FDR indépendant du syndrome métabolique, comme le sont l'âge et le surpoids. Il est donc important en cas de surpoids ou de prise de poids d'insister sur l'hygiène de vie (consultation de diététique, incitation à l'exercice physique, dépistage des comorbidités à la ménopause).

Suivi gynécologique

Les femmes vivant avec le VIH ont besoin d'un suivi gynécologique dont la fréquence dépend des résultats de la cytologie cervico-utérine, du taux de CD4 et de la charge virale VIH. Les modalités de dépistage des lésions liées à l'infection par les papillomavirus humains (HPV) et la conduite à tenir sont détaillées dans le chapitre « [Cancers](#) ».

Recommandations pour le dépistage du cancer du col cervical

Il est recommandé de proposer chez toute femme infectée par le VIH :

- un **dépistage par cytologie cervico-utérine lors de la découverte de la séropositivité**
- Le rythme de dépistage sera établi au cas par cas comme suit :
 - ✓ **Patiente sans ATCD de lésion malpighienne intra-épithéliale cervicale de bas grade ou de haut grade, avec cytologie initiale normale**
 - La cytologie est contrôlée de façon annuelle pendant 3 ans ;
 - Au bout de trois cytologies consécutives normales, sous réserve d'une charge VIH contrôlée et d'un taux de CD4 > 500/mm³, la cytologie est réalisée tous les 3 ans, au même rythme que la population générale.
 - ✓ **Dans les autres situations la cytologie doit être contrôlée tous les ans.**
- Chez les FVVIH contaminées par le VIH par voie périnatale, le dépistage du cancer du col doit débuter dans l'année qui suit le début de l'activité sexuelle
- Le dépistage du cancer du col doit être poursuivi au-delà de 65 ans chez toutes les FVVIH
- Les **recommandations de prise en charge d'une cytologie anormale sont les suivantes** :
 - ✓ une cytologie « ASC-US » peut, soit conduire à la recherche d'HPV à haut risque et en cas de positivité, à la réalisation d'une colposcopie, soit d'emblée conduire à la réalisation d'une colposcopie ;
 - ✓ une lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade ou de haut grade nécessite un contrôle par colposcopie.

L'accès au suivi gynécologique se heurte cependant à de nombreux obstacles (raréfaction de la profession, absence de gynécologues dans les services hospitaliers de prise en charge du VIH, dépassements d'honoraires) qui rendent inéquitables la prise en charge sur l'ensemble du territoire.

Le médecin qui suit la FVVIH doit être conscient de ces obstacles et tous les moyens doivent être mis en œuvre pour permettre aux femmes l'accès à un suivi gynécologique régulier (frottis réalisé par le médecin traitant, voire à défaut frottis réalisé sur ordonnance en laboratoire d'analyse.).

En plus des frottis réguliers et du dépistage des dysplasies et tumeurs, le suivi gynécologique doit prendre en compte les autres problèmes fréquemment rencontrés par les FVVIH : troubles des cycles menstruels, surveillance d'une éventuelle précocité de la ménopause, qualité de vie sexuelle (Cf. paragraphe « Dysfonction sexuelle »).

Ménopause et VIH

Une femme est considérée comme ménopausée après au moins 12 mois d'arrêt des menstruations. Cette phase est précédée d'une période appelée périménopause qui débute en moyenne vers l'âge de 47,5 ans. Une étude montre que les FVVIH sont trois fois plus susceptibles que les femmes séronégatives d'avoir une aménorrhée prolongée sans insuffisance ovarienne [52]. Néanmoins, une publication française récente exprime qu'il existe une réserve ovarienne significativement plus basse chez les FVVIH [53]. C'est pourquoi, en cas d'aménorrhée, un dosage de la FSH (et de l'estradiol) peut s'avérer utile pour confirmer ou non la ménopause, pour des conseils de contraception ou pour dépister les co-morbidités liées à la ménopause (risques CV, syndrome métabolique, ostéoporose et risque fracturaire).

En population générale, la période de périménopause apparaît comme la période la plus à risque d'événements cardio-vasculaires, en lien avec l'apparition d'un syndrome métabolique [54]. L'infection par le VIH est un facteur de risque indépendant de syndrome métabolique chez les FVVIH. Le lien entre syndrome métabolique et événement cardiovasculaire est clairement établi et les FVVIH sont également à risque de complications cardiovasculaires.

Chez la femme en péri/post ménopause, les infections à HPV oncogènes restent un sujet préoccupant. L'infection HPV-HR (à haut risque) persiste en effet à la ménopause avec un risque de CIN2 qui ne doit pas être sous-estimé [55]. La surveillance doit donc être poursuivie au-delà de la ménopause (Cf. chapitre « Cancers »).

Les FVVIH ont par ailleurs plus souvent et de façon plus marquée que dans la population générale des symptômes vasomoteurs, psychologiques, génito-urinaires et des insomnies. Les patientes devront être informées sur les risques d'interactions vis à vis de certains traitements dits de confort.

Dans ce contexte à risque d'événements cardiovasculaires et de cancer, la prescription d'un traitement hormonal substitutif (THS) reste controversée, comme en population générale.

La Haute autorité de Santé (HAS) a néanmoins maintenu le service médical rendu (SMR) important des traitements hormonaux de la ménopause lorsque les symptômes de la ménopause sont gênants au point d'altérer la qualité de vie des femmes, mais rappelle que les risques connus de ces traitements sont confirmés à savoir : le cancer du sein (qui augmente avec la durée du traitement), le cancer de l'endomètre (dont le sur-risque est liée au traitement oestrogénique, raison pour laquelle un progestatif doit toujours être associé chez les femmes non hystérectomisées), le cancer de l'ovaire, le risque thromboembolique veineux et d'accident vasculaire cérébral (surtout durant la première année). La HAS recommande un traitement aux doses les plus ajustées et le plus court possible, réévalué au moins chaque année (HAS, 16 juillet 2014). Un antécédent de cancer du sein constitue une contre-indication formelle au THS.

Le recours à un THS chez une FVVIH devra être défini en concertation avec le gynécologue et le clinicien référent VIH en tenant compte des comorbidités, du sur-risque de cancer et des interactions potentielles avec les cART. Chez les femmes traitées par IP/r et INNRT il existe en effet un risque de sous-dosage de l'hormonothérapie substitutive.

Pour mémoire, en population générale, chez les femmes ménopausées sous THS, il n'est pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie (L'ostéodensitométrie, Assurance Maladie, le 26 novembre 2014).

Une mammographie doit être réalisée tous les deux ans et la cytologie cervico-vaginale selon les indications des derniers frottis et du taux de lymphocytes CD4 ([Cf. chapitre « Cancers »](#)).

Spécificités des traitements ARV chez les femmes

Plusieurs études font état d'effets indésirables des ARV plus fréquents chez les femmes, probablement en raison des paramètres pharmacocinétiques et d'une exposition supérieure aux ARV, mais les études spécifiques chez les femmes restent peu nombreuses [56]. Dans l'enquête récente Eve [57], les événements indésirables les plus ressentis au cours des 12 derniers mois sont : la fatigue (90 %), la tristesse/déprime (81 %) et les douleurs musculaires (76 %). Malgré les nouveaux traitements, 55 % des femmes déclarent encore avoir eu des diarrhées et 50 % des vertiges au cours des 12 derniers mois. Il est donc important de solliciter la parole à ce propos, en posant des questions sur les effets ressentis, pour éviter « l'allègement sauvage », qui est selon l'enquête Eve une solution fréquente pratiquée par les FVVIH aux EI ressentis (espacement des prises, diminution des doses, arrêt du traitement). Ces modifications du traitement ARV ont été faites par 25 % des répondantes à l'enquête, sans en parler à leur médecin.

En 2011, une étude canadienne a montré des différences significatives de prévalence et de type de lipodystrophies en fonction du sexe et de l'origine ethnique : les femmes, en particulier d'origine africaine étaient plus susceptibles de développer une lipohypertrophie centrale (47 % *versus* 28 % pour les hommes) [58].

Ces constatations doivent justifier une optimisation du traitement.

Population Hétérosexuelle

Les soignants devront être en mesure d'aborder les questions du couple notamment les problématiques liées à la vie sexuelle, la contraception, le désir d'enfant, et si besoin l'assistance médicale à la procréation.

La discussion à propos de la diminution du risque de transmission sexuelle du VIH dans un couple hétérosexuel stable pourra faire l'objet de consultation de couple et de séance d'éducation thérapeutique ([Cf. chapitre « Prévention et dépistage »](#)).

Population migrante

Les migrants représentent 20 % des personnes infectées par le VIH. Ils sont pour près de 80 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne avec des diagnostics plus tardifs et représentent une grande part de l'épidémie cachée (40 % des personnes non diagnostiquées). On rappelle aussi que ces personnes migrantes se contaminent pour près de 49 % après leur arrivée en France (Enquête Parcours). En revanche, la très grande majorité des personnes dépistées est entrée dans les soins rapidement après le diagnostic et le pronostic sur la mortalité ne semble pas différent entre les migrants et non migrants [59]. Les hommes migrants initient néanmoins un traitement ARV avec un taux de CD4 +inférieur aux hommes non migrants mais les femmes à un niveau équivalent [60].

Le lien entre précarité et sida est bien montré dans cette population par l'enquête VESPA 2 : les migrants sont particulièrement exposés à la précarité économique (chômage, pauvreté, logement

insalubre) et juridique (absence ou caractère provisoire du titre de séjour). Les immigrés atteints par le VIH sont plus souvent logés dans des conditions précaires : 15 % des hommes et 23 % des femmes d'origine étrangère vivent chez des amis, dans un foyer ou sont sans domicile fixe. Les femmes migrantes vivant avec le VIH sont plus nombreuses à vivre seules avec des enfants (75 %) que les femmes françaises (22 %). De plus, l'annonce de la séropositivité entraîne pour la personne le risque d'être exclue du cercle familial, professionnel et social, accroissant l'isolement et la précarité. Les dispositifs disponibles en France, inscrits dans les textes de loi et de déontologie, permettent que toutes les personnes démunies, françaises ou étrangères aient droit à une protection maladie de base.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux publics sont aussi des dispositifs de santé permettant l'accès aux soins gratuits pour les personnes en situation de précarité. Ces dispositifs de soins permettent théoriquement de pallier les périodes d'exclusion de droits.

Des barrières culturelles peuvent aussi renforcer la précarité et l'isolement. La langue est la première barrière culturelle pour une personne migrante et un obstacle majeur à un accès correct à l'information mais aussi à la compréhension du système de santé. Il est possible d'avoir recours à l'interprétariat dont il faut favoriser l'accessibilité. Il faut aussi pouvoir tenir compte des autres barrières culturelles religieuses et ethniques qui peuvent constituer des obstacles aux soins et à la prévention. Les professionnels de santé doivent être formés aux déterminants de santé des populations migrantes et aux mécanismes d'obstacles ou de renoncements aux soins. Ces professionnels peuvent être aidés par des médiateurs de santé comme le suggère la fiche action M2 du Plan National de Lutte contre le SIDA, préconisant l'intervention de médiateurs formés auprès des migrants en matière d'IST/VIH/Sida relayée sur le plan législatif par l'article 21 ter de la loi de modernisation du système de santé, visant à reconnaître le rôle de la médiation sanitaire dans l'accès aux soins et aux droits des populations éloignées du système de santé. Des médiateurs de santé sont présents dans les associations et dans certains lieux de soins. Ils devraient se voir proposer une formation spécifique et une reconnaissance sur le plan professionnel.

LA HAS a élaboré au premier trimestre 2017 deux référentiels de compétences, de formation, et de bonnes pratiques portant sur « la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » et « l'interprétariat dans le domaine de la santé » qui précisent le cadre de ces recours.

Population homo et bisexuelle

L'infection par le VIH est susceptible d'influer sur les modes de vie sexuelle des hommes homosexuels séropositifs du fait des organisations spécifiques des modes de rencontre et de la prévalence élevée du VIH dans cette population. Les homosexuels masculins séropositifs sont plus souvent engagés dans des rapports non protégés par des préservatifs, indépendamment du fait de bénéficier ou non d'un traitement antirétroviral [45, 61]. Depuis plusieurs années, des subcultures sexuelles spécifiques se sont développées, qu'il s'agisse de rencontres organisées entre partenaires séropositifs ou du développement de nouvelles pratiques de consommation de produits psychoactifs faisant désormais appel à des produits injectés (cocaïne, cathinones). L'initiation ou l'augmentation de la consommation de produits psychoactifs en contexte sexuel est plus particulièrement observé dans l'année suivant le diagnostic.

Depuis 1998, la recrudescence successive de plusieurs infections sexuellement transmissibles, dont les gays vivants avec le VIH sont les principales personnes touchées [comme c'est le cas pour la lymphogranulomatose vénérienne] est observée. Le niveau élevé d'infections par le VIH chez les HSH présentant une LGV (76 %), une syphilis (25 %) ou une gonococcie (17 %), reflète une faible utilisation du préservatif chez les HSH séropositifs [62]. Enfin, depuis 2005, les cas d'infection par le virus de l'hépatite C sont devenus fréquents dans cette population. L'impact de la séropositivité sur le réaménagement de la vie sexuelle est moteur de cette évolution des coinfections, auquel s'ajoute l'évolution rapide des cultures sexuelles. Leurs conséquences sont délétères pour la santé individuelle des personnes atteintes comme pour l'ensemble de la communauté.

La fréquence de ces nouveaux modes de sexualité rend légitime une discussion ouverte sur la vie sexuelle dès la découverte de la séropositivité. Cette éducation peut être assurée par un professionnel référent au sein des équipes de prise en charge ou, lorsqu'ils existent, par un Centre de Santé Sexuelle spécialisé. L'inscription dans une sexualité exposant à certains risques peut, en outre, découler d'une dysfonction érectile liée à l'âge, à des comorbidités telles que le diabète ou les pathologies vasculaires, comme de troubles sexuels consécutifs à la séropositivité. Le développement d'une sexualité limitée à des partenaires eux-mêmes séropositifs est susceptible de traduire une

altération de l'image de soi induite par l'infection par le VIH, comme d'un rejet de la part de partenaires potentiels. La possibilité d'une prise en charge sexologique tenant compte des spécificités de la population homosexuelle masculine doit être envisagée à tout moment du suivi médical.

L'impact des différentes infections sexuellement transmissibles sur le contrôle de l'infection par le VIH peut avoir pour conséquence une reprise transitoire de la réplication virale détectable dans le plasma, comme c'est le cas lors de la syphilis, ainsi qu'une augmentation de la présence du VIH dans les compartiments sexuels. Les lésions locales induites par différentes IST sont susceptibles de constituer des portes d'entrée ou de sortie pour le VIH comme pour le VHC. Il existe donc un enjeu majeur à organiser le dépistage et le traitement des différentes IST de manière adéquate.

Sur cette base peuvent être initiées ou poursuivies des expériences d'unités de santé sexuelle indépendantes (type Centre de Santé Sexuelle) ou intégrées aux structures de suivi de l'infection par le VIH.

Personnes trans

Le terme trans (pour « transgenre ») désigne toute personne dont l'identité de genre est en inadéquation avec son sexe biologique. L'identité de genre diffère donc du sexe assigné à la naissance et cela peut s'exprimer dans l'apparence physique : par des mesures cosmétiques, par l'utilisation d'hormones, ou par des chirurgies dont celle de réassignation sexuelle. D'autres termes sont couramment utilisés : transsexuel, transidentitaire, femmes Trans (M→F, *Male to Female*) et hommes Trans (F→M, *Female to Male*), travestis. La notion de genre non conforme ou de genre non binaire évoque à la fois la diversité et l'individualité du parcours transidentitaire [63].

Les risques de contamination VIH/IST dans cette population ont été décrits dans la littérature depuis les années 1990. L'exclusion économique et/ou sociale ainsi que celle du système de santé, la stigmatisation et les violences subies, le manque d'estime de soi pouvant impacter sur la consommation de substances psychoactives/alcool, la méconnaissance des modes de transmission des IST, la multitude de partenaires sexuels ainsi que l'utilisation irrégulière de préservatifs, notamment lors de rapports anaux, sont les principaux facteurs de la prévalence élevée de ces infections surtout chez les femmes Trans (M→F) [64]. Plusieurs études indiquent de faibles taux de prévalence du VIH chez les hommes Trans (F→M) [65], néanmoins le risque de contamination reste élevé lorsqu'ils ont des rapports anaux ou vaginaux sans préservatifs avec des hommes (au sens biologique), dits hommes cisgenres [66]. Le manque de données épidémiologiques officielles sur cette population, en France, concernant les IST et le VIH, devrait être pallié par l'ajout, depuis 2012, de l'item "transsexuel", au DOMEVIH ; la précision Trans M→F ou Trans F→M, à la D.O. permettra de cibler des actions préventives. Des données préliminaires, extraites des D.O., concernant cette population sont citées dans le chapitre « [Epidémiologie](#) » de ce rapport.

Le traitement hormonal "croisé" des transgenres, qu'il soit en lien ou non avec le circuit de réassignation sexuelle, comporte des risques potentiels. En particulier, l'éthinylœstradiol ne doit plus être employé pour la féminisation des femmes Trans du fait du risque accru d'accidents thromboemboliques. Les œstrogènes par voie orale ou transdermique (à privilégier) sont associés aux anti-androgènes stéroïdiens (acétate de cyprotérone surtout, accessoirement spironolactone, agonistes du GnRH). Ces derniers peuvent être arrêtés un mois après une gonadectomie [67]. Dans le cas des hommes Trans (F→M), les androgènes sont administrés par voie IM, orale ou transdermique, et sont poursuivis en post-opératoire [68].

Un grand nombre de transgenres, ne souhaitant pas ou ne pouvant pas bénéficier de la prise en charge de leur transition et/ou d'une réassignation sexuelle ont aussi recours à des hormones obtenues hors parcours médical. Les effets indésirables sont alors majorés par l'automédication de différentes formes galéniques de ces hormones, progestérone comprise, souvent surdosées, en prises irrégulières. Il faut en tenir compte dans le suivi et dans la gestion des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, des comorbidités et des facteurs de risques modifiables tels que le tabagisme et le surpoids. L'objectif médical, outre la féminisation ou la masculinisation du patient, est le maintien d'un traitement ARV efficace et adapté, la surveillance de la densité minérale osseuse, la prévention, à court terme, des accidents thromboemboliques et, à long terme, des risques cardiovasculaires. Les troubles de l'humeur seraient plutôt atténués par un traitement hormonal croisé idoine.

Chez les femmes Trans, des insuffisances surrénaliennes, des prolactinomes, des méningiomes et des cancers du sein liés à la prise d'hormones féminisantes sont décrits. Ces cancers du sein, liés à la prise de progestatifs, sont rares et difficiles à dépister par une mammographie, en cas de présence de silicone, d'où l'intérêt de réaliser une IRM mammaire [69]. Les conséquences de l'utilisation de

sildénafil par les femmes Trans ayant des rapports anaux insertifs sont aussi à surveiller, surtout en cas de comorbidités cardio-vasculaires.

Chez les PVVIH transgenres, il existe un risque d'interactions entre les traitements hormonaux féminisants (surtout si surdosés) et certains ARV, notamment les IP et autres ARV boostés, avec pour conséquence le cumul des effets métaboliques délétères : insulino-résistance, diabète sucré et hyperlipidémies mixtes.

L'existence d'anomalies du bilan glucido-lipidique et/ou hépatique doit amener à réaliser des dosages hormonaux et des ARV. La voie transcutanée, prescrite par un endocrinologue habilité, est à privilégier car elle permet l'obtention de concentrations stables. Il n'y a pas de données concernant les interactions entre les différents ARV et ces hormones féminisantes, ce qui justifierait la mise en place d'études de cohortes longitudinales spécifiques avec une approche pharmacocinétique, y compris pour la PrEP [70]. Les implants de silicone et d'autres produits de comblement, chez les femmes Trans, au niveau des joues, de la poitrine, des hanches et des fesses sont généralement effectués par un personnel non habilité, utilisant des produits en grand volume et souvent non purifiés. Outre le risque potentiel de transmission parentérale du VIH, du VHC ou du VHB, ils peuvent engendrer localement, ou à distance du point d'injection, des réactions inflammatoires granulomateuses, les "siliconomes" [71, 72]. Ces derniers entraînent parfois des nécroses ou des surinfections à type d'érysipèle, de cellulite, de fasciite, imposant un suivi dermatologique et/ou une orientation en chirurgie plastique en cas de nécessité d'exérèse des tissus compromis. Des pneumonies et des phénomènes emboliques pulmonaires, à court et moyen terme, similaires à l'embolie graisseuse, ainsi que des chocs septiques peuvent avoir une évolution létale. L'automédication par des corticoïdes souvent surdosés et sans surveillance médicale est fréquente lors des poussées inflammatoires de ces "siliconomes", leur usage répété peut entraîner une insuffisance surrénalienne, de l'ostéopénie ou ostéoporose. L'efficacité d'un traitement par tetracyclines en cures de un à quatre mois a été rapportée [73].

Les PVVIH transgenres doivent être prises en charge de manière pluridisciplinaire, au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH. Pour les femmes Trans, ayant bénéficié ou non d'une vaginoplastie, un suivi urologique pour une surveillance prostatique et un suivi proctologique pour le dépistage des cancers du canal anal sont indispensables. Toutes les personnes trans ayant un vagin (F-> M ou M->F après une vaginoplastie) doivent bénéficier d'un suivi gynécologique annuel et un suivi urologique est à instaurer pour les hommes Trans réassignés. Un soutien psychologique et une évaluation psychiatrique sont à proposer en cas de besoin ou de demande.

Les consignes de convalescence des chirurgies de réassignation sexuelle doivent être respectées, et en cas de réalisation à l'étranger, un relais de suivi en France est à prévoir.

Les transgenres étant confrontés à des discriminations et à des difficultés d'ordre médical, social, économique et psychologique, il est nécessaire de pouvoir proposer, en collaboration avec les associations concernées, des lieux d'accueil adaptés, afin de favoriser une prise en charge de santé de genre globale, de permettre une meilleure observance et de mieux cerner les comportements à risque face aux IST/VIH pour promouvoir des dispositifs ciblés de prévention combinée dont la PrEP. L'intérêt de la mise en place de cohortes "Trans-VIH/IST" et la sensibilisation du personnel médical et paramédical aux spécificités de cette population a été souligné [74].

Usagers de drogues

Une relation entre les équipes prenant en charge l'infection par le VIH et les éventuelles co-infections et les équipes d'addictologie en charge de la personne est indispensable pour s'assurer de la bonne adhésion thérapeutique. Le risque d'interaction pharmacologique entre antirétroviraux et drogues ou produits de substitution (méthadone, buprénorphine) doit être pris en compte dans le choix des antirétroviraux. Les inducteurs enzymatiques (éfavirenz, névirapine) exposent au risque de sous-dosage des morphiniques et nécessitent, s'ils sont utilisés, de majorer les doses de morphiniques. A l'inverse, les inhibiteurs enzymatiques (ritonavir, cobicistat, inhibiteurs de protéase) exposent à un risque de surdosage de certains produits (notamment ecstasy et GHB métabolisés par CYP2D6, certaines benzodiazépines métabolisées par CYP3A4), mais paradoxalement pas pour les morphiniques, malgré leur effet inhibiteur de CYP3A4. Le recours aux dosages plasmatiques de la méthadone et des ARV peut être nécessaire.

Suivi partagé

Ville-hôpital : Coordination du médecin généraliste

Le médecin référent hospitalier et le médecin traitant mettent en œuvre cette prise en charge dans une filière de soins choisie par la PVVIH. Le médecin généraliste est au fait du parcours de soins des patients comme le montre l'enquête transversale multicentrique portant sur les patients ayant accepté l'enquête dans 59 services hospitaliers du 15 au 19 octobre 2012 [75]. Au total, 653 patients ont été interrogés (66 % hommes, âge moyen 48 ans) dont 57 % étaient en situation de précarité définie par le score Epices. Chez ces patients dont l'infection était contrôlée dans 80 % des cas, et qui avaient dans 59 % des cas des CD4 > 500/mm³, la fréquence de la surveillance hospitalière restait de 3-4 mois pour 57 %, plus rapprochée pour 10 % et plus espacée pour 33 % ; 53 % avaient un bilan annuel de synthèse ; beaucoup (74 %) avaient également consulté un autre médecin (médecin généraliste, spécialiste hospitalier, spécialiste de ville) pour un nombre moyen de 3,8 consultations en 6 mois. Le MG est le médecin référent de 90 % des patients. Ceci démontre l'importance de la coordination dans un parcours de soins pour que les patients aient les soins adaptés à leur pathologies afin d'adapter au mieux la fréquence et les acteurs de la prise en charge. Des expériences de « suivi médical conjoint » de PVVIH par un médecin hospitalier et leur médecin traitant sont rapportées. L'expérience de Franche-Comté pour une petite file active a fait appel à un dossier médical partagé, de la formation initiale et régulière avec un guide pratique de recommandations actualisées, d'aide au suivi et une indemnisation des médecins généralistes. Dans une étude multicentrique parisienne, près de la moitié des patients avait un suivi partagé ville/hôpital impliquant un suivi annuel par le médecin hospitalier et le reste du suivi avec le médecin généraliste. Ces expériences pourraient être déclinées dans d'autres COREVIH.

Le dépistage et la prise en charge de la plupart des comorbidités associées au VIH relèvent du champ de compétences de la médecine générale. Le médecin généraliste sera impliqué comme un acteur privilégié dans la préparation du bilan de synthèse annuel et, dans ce cadre, être sollicité pour mettre en œuvre le programme personnalisé de soins et de santé surtout en cas de demande du patient. Pour ce faire, il faut qu'il soit impliqué dans son rôle de coordination par la transmission du bilan annuel de synthèse hospitalier comportant le bilan médical du patient avec ses résultats et le parcours de soins et de santé préconisé, la liste des dépistages ou suivis conseillés dans l'année à venir. Le généraliste peut intervenir pour orienter vers les professionnels du champ sanitaire et social nécessaires à la prise en charge dans un réseau de ville (psychologue, gynécologue, proctologue...).

Lorsque le bilan immunovirologique est stabilisé (charge virale indétectable et taux de CD4 au-dessus de 350/mm³ depuis au moins 12 mois), le médecin hospitalier peut proposer au patient que le suivi et le renouvellement du traitement ARV soient réalisés en ville entre deux synthèses annuelles. Pour favoriser cette prise en charge coordonnée, le partage des informations devrait être mis en place par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée pour la transmission en direct des informations à partager dans les deux sens : objectifs et type de traitement, résultats biologiques et du suivi des traitements, dépistages des comorbidités faits... Cette synthèse du bilan annuel pourrait être accompagnée d'informations importantes notamment relatives aux précautions liées au type d'ARV pris par le patient (interactions, précautions d'emploi...). De même l'accès à une information médicale adaptée aux généralistes, devrait être accessible en ligne sur la pathologie VIH, les traitements, les interactions, la recherche, notamment par le biais des COREVIH. Quelle que soit son implication dans le suivi global d'une PVVIH, le médecin généraliste doit pouvoir intervenir dans l'aide à l'observance comme il peut le faire dans beaucoup de pathologies chroniques.

Des expériences de « suivi médical conjoint » des patients infectés par le VIH par un médecin hospitalier et leur médecin traitant sont rapportées. Une expérience du COREVIH Franche-Comté [76] a été tentée mais a rencontré des difficultés. Un nouveau projet, coordonné par le COREVIH Ile-de-France Nord, est en cours d'expérimentation. Il comporte un questionnaire pour les médecins et un questionnaire pour les patients pour évaluer leur motivation à se faire suivre en ville. Derrière ce projet, l'idée est, pour les personnes stabilisées, de ne faire qu'une consultation par an à l'hôpital, de favoriser la formation des médecins de ville, et de disposer d'un logiciel spécifique pour partager les informations "VIH Clic", site d'aide à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en médecine de ville.

L'inscription de la maladie VIH dans le dispositif de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé est essentielle pour motiver les médecins de ville dans le suivi des patients vivant avec le VIH.

Par ailleurs, le recours au pharmacien d'officine, qui délivre en ville ARV et autres thérapeutiques, doit pouvoir donner lieu à un retour d'information au médecin traitant, permettant une optimisation des associations médicamenteuses et des prises en charge. Cette fonction d'analyse et de synthèse par le pharmacien pourrait être valorisée et améliorer la sécurité des patients.

Organiser un suivi partagé entre l'hôpital et la ville nécessite de créer les conditions favorables pour les professionnels concernés. Un effort doit être fait pour inciter les médecins généralistes à la prise en charge des PVVIH qui nécessite des connaissances en permanente évolution. La tarification de cette consultation de suivi pourrait entrer, comme cela a été fait pour la consultation d'annonce de la séropositivité, dans le cadre des consultations « complexes » ou « très complexes » récemment mises en place pour les médecins libéraux.

Il est important de vérifier, lors du passage en ville, les conditions sociales et possibilités des personnes : mutuelle, etc. En effet, l'adressage éventuel par le généraliste à des spécialistes de ville peut occasionner des surcoûts, restes à charge et conséquemment des renoncements aux soins, qui n'auraient pas eu lieu avec une prise en charge entièrement hospitalière.

Coordination infirmière

La programmation et la mise en œuvre du parcours de soins pourraient s'aider d'une coordination pour les patients vulnérables ou dans des parcours complexes (polyopathologies) d'un(e) infirmier(e) de coordination (ou case manager). Le rôle de l'infirmier(e) de coordination est d'apporter un langage commun à la multitude de spécialistes impliqués, coordonner les mesures, fédérer et mobiliser l'équipe autour d'un objectif partagé : la réalisation du projet du bénéficiaire et l'amélioration de sa qualité de vie. Le case management contribue, dans certains pays, à la qualité de l'accompagnement des patients [77]. Des expériences sont menées en France selon le document de la HAS [78] qui pourraient inspirer de nouvelles prises en charges pour les PVVIH.

Les infirmiers de coordination, dans le cadre d'un protocole de coopération pourraient également effectuer à l'hôpital, chez les patients dont l'infection est bien contrôlée, des consultations intermédiaires [79-80]. La consultation infirmière est un mode de pratique qui se développe de façon importante dans beaucoup de secteurs d'activité. L'infirmier(e) formalise les besoins du malade, éduque et fournit des informations et des conseils dans le cadre de son champ de compétences [81]. Des études ont montré dans le suivi de PVVIH que la qualité de la prise en charge par des infirmiers spécialisés est aussi bonne que celle réalisée par des médecins spécialistes du VIH [79, 82]. Il s'assure du maintien de la charge virale VIH plasmatique à un niveau indétectable, de la qualité de vie du patient et dépiste les facteurs de risque des comorbidités et des prises de risque face aux IST.

Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS. Ces consultations infirmières pourraient s'alterner avec les consultations médicales. Les infirmiers qui réalisent ces consultations sont des soignants ayant plusieurs années d'expérience clinique dans la discipline, des compétences reconnues, ont généralement suivi des formations relatives à leurs activités (éducation, soins ...) dans le cadre de la formation continue (Diplôme d'université ...), des qualités personnelles leur permettant de se positionner dans cette fonction. Une expérience a été rapportée par le CHU de Tours [étude AMLET ANRS 95013] chez 10 patients volontaires. L'exercice de consultations infirmières suppose des connaissances dans les champs cliniques et réglementaires, des capacités à prendre des décisions en situation complexe. L'encadrement médical doit être structuré afin de ne pas dépasser le champ d'exercice de chacun.

La prise en charge associative

L'action associative occupe une place centrale dans l'accompagnement du parcours de santé des PVVIH, notamment aux moments de plus grande vulnérabilité et de risques de rupture d'accès aux droits et aux soins. Cette place, qui a été reconnue par la loi HPST, favorise les collaborations multidisciplinaires dans les champs médicaux et sociaux en incluant pleinement le rôle que peuvent jouer les associations.

Celles-ci disposent de ressources humaines formées (bénévoles ou salariées) et de moyens permettant d'accompagner les personnes les plus en difficultés en fonction de leur spécificité et du temps dont elles ont besoin pour favoriser leur autonomie. Il s'agit notamment d'accompagnement ou d'éducation thérapeutique (observance, coordination des soins, qualité de vie, soutien social à l'accès aux droits, au logement, au travail, promotion de la santé sexuelle, ...) ainsi que de soutien à toutes les phases de la vie avec le VIH (annonce, vie avec le traitement, vie affective et sexuelle, difficultés sociales, vie professionnelle, vieillissement...).

Leurs actions sont conçues et mises en œuvre avec et pour les personnes concernées afin de répondre à leurs demandes et leurs besoins. Elles prennent la forme d'accompagnement individuel ou sont réalisées dans un cadre collectif (groupe de parole, activités conviviales, ateliers d'information...). Les objectifs de ces actions visent au renforcement des capacités des personnes à être actrices de leur parcours de santé, notamment par l'échange de savoir et de soutien entre pairs.

Le travail des associations permet de recueillir des informations relatives aux difficultés d'application du « droits des malades », aux formes de discriminations, aux enjeux du maintien ou de l'amélioration de certains services hospitaliers. En élaborant leurs actions à partir du recueil des besoins des personnes, les associations permettent de construire des solutions innovantes pour répondre à de nouveaux besoins et aux évolutions de l'épidémie. Par exemple, elles ont permis par le passé la création des ACT ou plus récemment la mise en œuvre d'actions de dépistage communautaire.

Les associations proposent ainsi une offre complémentaire et articulée avec le système de santé classique et le droit commun, auquel il en favorise l'accès. Afin d'améliorer l'accompagnement des PVVIH dans le parcours de santé, les associations doivent non seulement collaborer entre elles mais aussi avec les autres structures du système de santé et de l'action sociale par des partenariats formalisés.

Le groupe d'expert recommande que les partenariats liant établissements, professionnels de santé et médicaux-sociaux et associations soient formalisés au travers de conventions ou protocoles de coopération, ce qui permet de valoriser le travail de coordination du parcours de santé. Ce partenariat doit être connu des équipes hospitalières afin d'éviter une orientation trop tardive des personnes ayant besoin d'un accompagnement global et nécessitant la mise en œuvre de nombreuses démarches administratives pour éviter notamment la rupture des droits sociaux.

Les nouvelles expériences de suivi

La place de la e-santé, des objets connectés et du télésuivi se développe dans les maladies chroniques et devrait être développée chez les PVVIH.

Les expériences de télésuivi sont encouragées par les pouvoirs publics, en atteste le programme ETAPES du ministère de la santé qui a pour objectif de développer les activités de télémedecine pour améliorer les parcours de santé [83]. Dans l'infection à VIH, une expérience se poursuit au CHU de Tours dans l'étude ANRS AMLET dont des résultats préliminaires montrent la faisabilité et l'acceptabilité de messages hebdomadaires dans le suivi et l'observance des PVVIH permettant de cibler les interventions sur des patients le nécessitant.

La place du patient doit évoluer dans le suivi de ces nouveaux champs d'expériences.

Le dossier médical informatisé devrait pouvoir être mis à la disposition du patient, dans le respect des règles de confidentialité, afin de lui permettre de mieux gérer sa maladie. Dans le même esprit, des outils permettant de mieux suivre l'évolution de leur affection (fiches santé, graphiques de suivi) pourraient être travaillés dans le suivi de l'infection à VIH et choisis avec les soignants pour préparer la consultation et le dialogue avec le médecin.

Toutes ces nouvelles démarches ne seront possibles que si l'on en démontre l'efficacité et si elles sont portées par les pouvoirs publics notamment dans leur financement. Dans ce sens, l'OMS vient de rendre des recommandations pour l'Europe, dans le but d'intensifier les actions publiques en e-santé pour les professionnels comme pour les patients [84].

Place des COREVIH dans la prise en charge

Cadre réglementaire et missions

Le décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 introduit un nouveau cadre réglementaire pour ces instances de coordination et renforce leurs places d'acteurs majeurs dans l'organisation régionale de la prévention et de l'offre de soins relative aux infections sexuellement transmissibles (IST) et au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Ce décret a été complété par :

- l'arrêté du 6 juillet 2017 modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006 modifié relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine ;
- l'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).

Ce nouveau cadre redéfinit les missions des comités et précise leurs objectifs :

- leur champ d'intervention est élargi aux IST et les place dans une démarche en santé sexuelle ;
- leur participation à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de prise en charge ainsi qu'à l'évaluation et l'harmonisation des pratiques est réaffirmée, permettant ainsi à ces instances de vérifier l'impact des actions menées et l'atteinte des objectifs sur leurs territoires.

Ce nouveau cadre juridique place les comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) dans le rôle d'instances expertes auprès des Agences Régionales de Santé (ARS), encourage leur participation à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales en matière de santé sexuelle en particulier pour les personnes vivant avec le VIH ou vulnérables à ce virus. Enfin, il renforce le cadre de fonctionnement afin d'améliorer la démocratie interne.

Ces évolutions étaient rendues nécessaires par la mise en place au 1^{er} janvier 2016 de nouvelles grandes régions administratives [85]. Elles prennent en compte l'évolution du cadre légal et réglementaire de l'organisation de la santé en France [86] depuis la création des COREVIH en 2005-2007, en particulier la régionalisation des politiques de santé. La généralisation d'une approche qui donne autant de place à la promotion de la santé et à la prévention qu'à la prise en charge médicale, et qui incite à améliorer l'accompagnement et l'autonomie des personnes dans la prise en charge de leur santé, a également suscité cette réforme [87]. Enfin l'élargissement du champ d'intervention des comités intervient alors que le ministère de la santé, suivant plusieurs avis du Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) [88], a décidé de ne pas se doter d'un nouveau plan de lutte contre les IST et le VIH pour en intégrer la programmation dans le cadre plus large de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) [89]. La SNSS parue en avril 2017 vise à prendre en compte toutes les dimensions de la sexualité dans une promotion et une prise en charge cohérente et intégrante.

Ainsi le troisième mandat des COREVIH [90], s'inscrit dans l'évolution de la lutte contre le VIH qui dispose d'un nouvel outil de programmation avec des objectifs ambitieux. Ceux-ci rendent nécessaires une approche populationnelle renforcée et le ciblage des populations les plus vulnérables au VIH.

Tableau 8 : Les nouvelles missions des COREVIH dans les textes

Article D3121-35 du code de santé publique

Le comité de coordination est chargé de :

Mission 1 : coordonner les acteurs selon une approche en santé sexuelle

- coordonner dans son champ, et selon une approche de santé sexuelle mentionnée à l'article L. 3121-2 du présent code, les acteurs œuvrant dans les domaines du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;

Mission 2 : améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge tout au long du parcours des personnes vivant avec ou exposées au VIH

- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages, ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques, notamment pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine ou exposées à un risque d'infection par ce virus ;

Mission 3 : recueil et analyse de données épidémiologiques à des fins d'évaluation

- recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques mentionnées à l'article D. 3121-36, ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine ;

Mission 4 : concourir à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques

- concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine et dans le domaine de la santé sexuelle, ainsi que, sur demande du directeur général de l'agence régionale de santé, au projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1 du présent code

Mission 5 : rendre compte de leurs actions

- établir et mettre en œuvre un rapport annuel d'activité.

Un champ d'intervention élargi aux IST dans une approche en santé sexuelle

Le décret COREVIH n° 2017-682 du 28 avril 2017 élargit le champ d'application des missions des comités aux IST et leur demande d'adopter une démarche en santé sexuelle. Les COREVIH gardent le même acronyme mais deviennent « les comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine ». Contrairement au souhait de certains comités, les hépatites virales ne font pas explicitement partie de leur champ de compétence. Toutefois la prise en charge des co-infections VIH-hépatites continuera à faire l'objet de travaux au sein des comités. De même, la prévention et le dépistage des hépatites B et C des personnes vivant ou vulnérables aux VIH demeurent dans les missions des COREVIH. Les collaborations avec les hépatologues et les associations de personnes vivant avec une ou plusieurs hépatites devront se poursuivre.

L'élargissement du champ d'intervention des COREVIH aux IST et à la démarche en santé sexuelle est cohérent avec la création des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST (CeGIDD). Le cahier des charges des CeGIDD précise d'ailleurs que les COREVIH peuvent être chargés par les directeurs généraux des ARS de missions de coordination de ces centres. Le recouvrement du champ d'action des CeGIDD et d'intervention des COREVIH devrait inciter les ARS à leur confier cette mission systématiquement.

De nouvelles missions pour les COREVIH adaptées aux enjeux actuels de la lutte contre le VIH et les IST

Le décret COREVIH de 2005 donnait trois missions aux comités : favoriser la coordination de tous les acteurs de la lutte contre le VIH ; participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et à l'évaluation de l'harmonisation des pratiques ; procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH (cohorte FHDH-ANRS CO4). Ces missions avaient pour objectif principal l'amélioration de l'efficacité des actions des acteurs de la lutte contre le VIH. Seule la première mission prenait en compte la prévention et l'éducation à la santé, les deux autres étaient centrées sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.

Le décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 prend appui sur ces missions et en propose une nouvelle formulation qui donne aux comités une place d'expert dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique publique dans leur champ. Il s'agit pour les comités de pouvoir participer à l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques en matière de santé sexuelle, aussi bien au plan régional que national, de participer à l'élaboration des plans régionaux de santé à la demande des ARS. Cette place d'expert des comités devrait, en outre, leur permettre de contribuer par leur expertise aux travaux des instances régionales de démocratie sanitaire : Conseil territoriaux de santé (CTS) et Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA).

Enfin la reformulation des missions des comités précise notamment les publics prioritaires auxquels s'adressent ces missions : les personnes vivant avec le VIH mais aussi les populations vulnérables et exposées aux IST et au VIH.

COREVIH et Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS)

La Stratégie nationale de santé sexuelle

La SNSS [89] propose un agenda 2017-2030 qui s'adresse à l'ensemble de la population. Elle prend en compte l'ensemble du champ de la santé sexuelle y compris la santé reproductive mais elle exclut toutefois la périnatalité. Elle propose « une action volontariste d'information, d'éducation à la santé et de communication, avec une place prioritaire pour la santé des jeunes ». Dans son préambule, la SNSS souligne aussi les « besoins spécifiques de certaines populations » et propose pour celles-ci « une approche populationnelle renforcée ... afin d'assurer le déploiement de mesures adaptées à ces publics : les populations les plus exposées aux violences, et/ou au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux hépatites virales, et/ou aux discriminations et/ou les plus éloignés de l'offre généraliste de santé sexuelle ». Dans ces populations, la SNSS souhaite « en finir avec l'épidémie du sida d'ici 2030, et faire en sorte que 95 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès au traitement et que 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée d'ici 2020. Il s'agit également d'éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles en tant que problèmes majeurs de santé publique ». Elle consacre un axe aux enjeux dans ces populations : « axe 4 – répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ». Un autre axe de la SNSS est consacrée à l'amélioration du parcours de santé dans les domaines du VIH, des hépatites et des IST : « axe 2 – améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge ».

La place des COREVIH dans la mise en œuvre et la déclinaison régionale de la SNSS

Une lecture croisée de la SNSS et des nouveaux textes qui encadrent le fonctionnement des comités permet de dessiner le rôle qu'ils pourront jouer dans la déclinaison, la mise en œuvre régionale de la stratégie et son évaluation.

Les comités peuvent contribuer à la mise en œuvre de la SNSS « dans le cadre de leurs missions d'animation, de coordination et d'expertise sur les infections sexuellement transmissibles dont le VIH dans une approche de santé sexuelle ». L'ARS reste « responsable de la programmation stratégique » et de leur pilotage mais ceux-ci « peuvent se faire en lien avec le COREVIH, sur la base d'un diagnostic territorial partagé ». Le décret COREVIH leur donne des missions en termes de participation à l'élaboration et l'évaluation des politiques de santé dans leur champ de compétence.

Les comités participeront, d'une part, à la programmation régionale de la politique de santé sexuelle au travers de la rédaction des plans régionaux de santé (PRS) ou des avis qu'ils pourront donner aux instances de démocratie sanitaire en région. D'autre part, ils contribueront à son évaluation nationale

et régionale. Pour cela, ils disposent d'outils puissants : le recueil et l'analyse des données épidémiologiques, la proximité avec les acteurs de terrains et les personnes vivant avec le VIH, vulnérables à ce virus et/ou aux IST. Il conviendra que les comités soient proactifs vis-à-vis des ARS et des instances régionales de démocratie sanitaire en région afin d'imposer dans la pratique les missions que leur confère les textes réglementaires.

Les COREVIH devront-ils s'investir dans la mise en œuvre de l'ensemble de la SNSS au détriment de la lutte contre le VIH ?

Si la SNSS donne une place à part entière aux COREVIH pour assurer une déclinaison opérationnelle de ses objectifs, elle cite également de multiples acteurs : les universités, les associations, les collectivités territoriales et les services de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, les communautés professionnelles territoriales de santé, la commission de coordination ARS/Assurance Maladie. Au regard de l'ambition de la SNSS en matière de lutte contre le VIH et les IST et du ciblage des populations vulnérables sur lequel insiste le décret COREVIH, se dessine une place de premier plan et prioritaire pour les COREVIH pour la mise en œuvre de la SNSS à destination de ces populations.

L'instruction COREVIH du 5 avril 2018 précise que « ceux-ci devront contribuer notamment aux priorités des axes suivants de la stratégie :

- axe II : « Améliorer le parcours de santé en matière d'IST: prévention, dépistage, prise en charge » ;
- axe IV : consacré aux « réponses aux besoins spécifiques à apporter aux populations les plus vulnérables aux VIH et IST » ;
- axe VI : consacré à la « prise en compte des spécificités de l'outremer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle. »

Dans les autres domaines de la SNSS, les COREVIH pourront contribuer aux travaux initiés par d'autres acteurs ou à leur initiative. Au cas par cas, en fonction d'un diagnostic territorial partagé, après consultation des acteurs des COREVIH et de ceux de la santé sexuelle n'appartenant pas ou n'ayant pas encore vocation à appartenir aux COREVIH, les ARS pourront confier à un comité des missions élargies pour l'animation et la coordination de tout ou partie de la politique régionale en matière de santé sexuelle. Dans ce cas, ces missions supplémentaires ne doivent pas se faire au détriment de l'atteinte des objectifs ambitieux de la SNSS en matière de lutte contre le VIH et devraient faire l'objet de crédits supplémentaires en tant que de besoin.

COREVIH et parcours de santé

La composition et les missions des COREVIH sont en cohérence avec la notion de parcours de soins et de santé. La stratégie nationale de santé sexuelle s'est dotée d'objectifs très ambitieux en matière de lutte contre le VIH. En pratique pour atteindre l'objectif « d'en finir avec l'épidémie du sida d'ici 2030 » cela suppose :

- d'une part, de maintenir les personnes vivant avec le VIH en lien avec les soins, avec une charge virale indétectable et le plus possible en bonne santé tout au long de leur existence en prenant notamment en compte la prise en charge des comorbidités et le vieillissement des personnes infectées.
- d'autre part, de réduire considérablement les contaminations dans les populations les plus vulnérables au VIH en proposant une offre en santé sexuelle. Celle-ci doit permettre de fidéliser ces personnes afin qu'elles aient accès à des entretiens et un accompagnement dans leurs parcours de prévention, un recours au dépistage du VIH et des IST réitéré et adapté, une proposition de traitement précoce, des propositions de mise sous PrEP si nécessaire et une réponse à leurs autres besoins de santé.

Le maintien d'une prise en charge d'excellence des PVVIH, non seulement d'un point de vue médical mais aussi médico-social, intervient à un moment où la place de l'hôpital dans la prise en charge des maladies chroniques se recentre sur une offre experte. Le suivi régulier pourrait être confié à la médecine de ville qu'elle soit libérale ou dans des centres de santé, mais il existe un contexte de crise de démographie médicale. Cela est d'autant plus critique dans le domaine du VIH que la prise en charge est restée très longtemps centrée sur l'hôpital, que les réseaux de santé ont quasiment disparu et que l'offre libérale est inexistante dans certains territoires. L'offre de santé, pour des personnes fortement vulnérables au VIH, s'est développée ces dernières années avec la mise en place des CeGIDD et des propositions associatives. Elle reste néanmoins insuffisante et très inégale en fonction

des territoires. Ces deux sous objectifs impliquent de favoriser la mise en place de parcours de santé pour permettre aux personnes de mieux s'orienter dans l'offre existante, que cela soit pour les PVVIH ou les personnes vulnérables au VIH et le cas échéant de mettre en œuvre un accompagnement permettant d'augmenter leur capacité à s'y orienter. La composition et les missions des COREVIH en font de façon évidente des acteurs pivots de la déclinaison et de la mise en œuvre des parcours de santé dans le champ des IST et du VIH :

- Les COREVIH réunissent des représentants de l'ensemble des acteurs du champ de la prévention et de la prise en charge médicale et médico-sociale bien placés pour favoriser la mise en place de ces parcours.
- Ils peuvent aussi organiser une animation territoriale des acteurs, réaliser des diagnostics territoriaux partagés des besoins des personnes, vulnérables aux IST et au VIH ou vivant avec ce virus. De même, ils disposent de ressources utiles en termes de recueils et d'analyse de données, ou l'existence dans certains comités, de personnels compétents dans l'élaboration de projets en santé publique.

En outre, les comités sont fortement incités par la SNSS à prendre en charge cette mission. Elle propose de « s'appuyer sur les COREVIH pour améliorer les parcours de santé ». L'objectif principal à atteindre pour les COREVIH dans la mise en œuvre des parcours est de permettre l'instauration de parcours de santé adaptés aux besoins des PVVIH et aux populations les plus vulnérables au VIH, dans les différentes régions.

Pour les COREVIH, l'implication sur le parcours constitue une double opportunité :

- mieux structurer leurs actions en lien avec un travail concret : offrir sur l'ensemble du territoire à l'ensemble des PVVIH un parcours de santé adapté à l'ensemble des profils et besoins des patients, et donc de gagner en efficacité ;
- gagner en lisibilité pour les différentes institutions de santé publique et les acteurs du VIH.

Une instance avec une programmation pluriannuelle (plan d'action) COREVIH/ARS

À la mise en place des COREVIH, ceux-ci n'étaient pas incités à se doter de programmation pluriannuelle. En 2012-2013, un nouveau rapport d'activité de type dématérialisé a été mis en place. Celui-ci prévoit, notamment, la rédaction d'une série de fiches actions qui font référence au Plan VIH/IST 2010-2014, aux recommandations d'experts et aux plans et schémas régionaux de santé. Ce rapport d'activité a pour objectif de mieux tracer l'utilisation des fonds des comités et les motiver à établir, en lien avec les ARS, un plan pluriannuel.

La parution de la stratégie nationale de santé sexuelle, la place qu'elle donne aux comités ainsi que le renforcement du rôle des COREVIH dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques régionales en matière de santé sexuelle renforcent la nécessité pour les COREVIH de construire des plans d'actions pluriannuels. Le groupe d'experts recommande que les comités, qui auront contribué à l'élaboration des plans régionaux de santé (PRS), en proposent une déclinaison pour les actions et travaux qui relèvent de leurs missions et de leurs champs. Par ailleurs, la construction d'un plan de travail sur plusieurs années avec des mesures prioritaires est une étape indispensable à mener dans le cadre des contrats que les ARS souhaitent de plus en plus passer avec les structures qu'elles financent, afin de mieux cadrer l'utilisation des fonds publics.

En terme de méthode, il s'agit de s'appuyer sur les objectifs la SNSS, les PRS et les nouvelles missions des COREVIH afin de les confronter aux diagnostics territoriaux des besoins des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables à ce virus et aux IST pour dégager des priorités et une programmation de leur mise en œuvre.

Renforcement du cadre de fonctionnement pour la démocratie sanitaire

A la création des COREVIH en 2005-2007, les textes règlementaires qui encadraient leur existence étaient volontairement imprécis sur leur fonctionnement interne et les méthodes de travail que ceux-ci devaient adopter. Ainsi les modalités de fonctionnement de la démocratie interne des COREVIH pouvaient figurer dans les règlements intérieurs dont la rédaction et l'adoption revenaient à chaque comité. Pourtant de nombreux règlements intérieurs de comités ne précisait pas quelles décisions relevaient de la responsabilité du président, du vice-président, d'un vote par les membres du bureau ou par l'ensemble des membres des COREVIH. Ce manque de règles communes entraînait parfois des tensions qui handicapaient le fonctionnement opérationnel des comités tant pour les membres

que pour les salariés qui contribuaient à leurs travaux et pouvait donc laisser de grandes marges de manœuvre aux directions hospitalières ou ARS. Le décret COREVIH n° 2017-682 du 28 avril 2017 et l'instruction COREVIH du 5 avril 2018 précisent les points principaux qui doivent être précisés dans les règlements intérieurs des comités :

- « les modalités d'élection du bureau, du président et du vice-président ;
- les missions du président et du vice-président ;
- les modalités de délibération des membres du bureau et des membres du comité ;
- les modalités de rendu des expertises du bureau ;
- les principaux sujets devant être mis en délibération au sein du bureau d'une part et par les membres du comité de l'autre. »

Ainsi les comités qui ont débuté leur mandat en 2017 devront travailler à la rédaction de nouveaux règlements intérieurs qui prendront appui sur cette trame commune, en prenant néanmoins en compte des spécificités de chaque comité. La rédaction des nouveaux règlements intérieurs devraient être l'occasion d'associer largement les membres des comités afin de favoriser un fonctionnement fluide de la démocratie interne.

Une interface nationale entre les COREVIH et le ministère de la santé à légitimer

Fonctionnement, nomination et mission du groupe de travail technique national (GTN) COREVIH depuis 2011

En 2011, un groupe de travail technique national COREVIH (GTN COREVIH) a été mis en place, sous la responsabilité de la DGOS. Il avait pour objectif d'assurer le lien entre le comité de suivi du plan VIH/IST 2010-2014 piloté par la DGS et les COREVIH dont le pilotage revenait à la DGOS. Jusqu'à présent, le GTN COREVIH était constitué d'un groupe de vingt-deux personnes invitées par le ministère de la Santé. Au cas par cas, des représentants de comité ou des experts pouvaient être invités pour participer à certains travaux. Un directeur général d'ARS y siégeait pour assurer le lien avec les autres directeurs généraux. Deux présidents représentants des COREVIH au comité de pilotage du plan VIH/Sida et IST assuraient le lien avec celui-ci jusqu'à la clôture des travaux.

Depuis plusieurs années, et régulièrement, des voix s'élèvent pour s'interroger sur les missions et le mode de désignation des membres du GTN. D'une part, certains représentants des COREVIH (vice-présidents, représentants du collège 3, etc..) en sont absents. D'autre part, la désignation des membres par le ministère se faisait sans concertation avec les comités, à l'exception des représentants des techniciens d'études cliniques TEC et des coordinateurs.

Proposer des modalités de nomination au groupe d'interface nationale pour mieux représenter les COREVIH

L'instruction COREVIH du 5 avril 2018 remplace le GTN par un groupe d'interface nationale des COREVIH dont les membres sont nommés conjointement par la DGS et la DGOS. Le groupe d'experts recommande que les comités puissent désigner eux-mêmes leurs représentants par catégorie de collèges, de fonctions électives (président, vice-président, membres des bureaux) et de métiers (TEC, coordinateurs etc..) en conservant la possibilité d'y nommer des personnes de leur choix au titre d'organisations ayant une représentativité nationale. Enfin, pour clarifier le rôle et les missions du groupe d'interface nationale des COREVIH auprès de l'ensemble des acteurs, celui-ci devrait se doter d'une feuille de route pluriannuelle et préciser ses objectifs et ses missions.

Financements : mutualiser pour financer les nouvelles missions et réviser le modèle de calcul des dotations

Les MiGAC

Les financements des COREVIH font l'objet d'une modélisation décrite dans le guide méthodologique MiGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) établi par la DGOS. Celle-ci prévoit un forfait de base pour le fonctionnement de chaque COREVIH et des moyens supplémentaires en fonction de l'étendue de leurs territoires et de la file active. Ces moyens supplémentaires sont en principe dévolus au financement de postes de TEC pour le recueil et l'analyse des données épidémiologiques. En 2012, le montant national des crédits affectés par le ministère de la santé pour les COREVIH était de 18 623 597 euros [91]. Depuis 2013, la MIG (mission

d'intérêt générale) COREVIH est incluse dans le Fonds d'Intervention Régional (FIR), qui donne plus d'autonomie aux ARS pour décider des montants des dotations qu'elles versent aux établissements sièges pour les COREVIH. En 2014, le cumul des MIG attribuées par les ARS aux COREVIH ne représentait plus que 17 446 665 euros dont 3 282 068 euros attribués aux établissements sièges pour les frais de structures [90]. Les ressources humaines représentent la part la plus importante du budget des COREVIH et se répartissent globalement ainsi : 69 % de techniciens d'études cliniques (TEC) et assistants de recherche clinique (ARC), 11 % de coordinateurs administratifs, 10 % de secrétaires, 5 % de coordinateurs médicaux, 5 % pour les autres postes (chargés de missions, épidémiologistes, personnels sociaux et éducatifs, etc.) [92].

Attribuer les économies liées à la fusion de plusieurs COREVIH aux nouvelles missions des COREVIH

La fusion de plusieurs COREVIH est liée, d'une part à l'évolution du cadre réglementaire qui donne désormais aux directeurs généraux des ARS le pouvoir d'arrêter les territoires des comités, et d'autre part à la création des grandes régions administratives. Ces regroupements pourraient générer des économies d'échelle et entraîner mécaniquement une diminution du financement global des COREVIH. Le groupe d'experts recommande que le niveau de financement global des COREVIH soit maintenu afin de permettre de mettre en œuvre les nouvelles missions des COREVIH en matière de lutte contre le VIH et les IST dans une démarche en santé sexuelle. Cela prendrait également en compte l'élargissement important du territoire de certains comités en leur permettant de maintenir une égalité territoriale dans leur rôle de coordination des acteurs pour la mise en place de parcours de santé pour les personnes vivant avec le VIH ou vulnérables à ce virus et aux IST.

Prendre en compte la dynamique de l'épidémie VIH et IST dans le mode de calcul de financement des COREVIH

La modélisation MIG prend en compte la file active des PVVIH sans tenir compte des missions de prévention auprès des personnes vulnérables à ce virus et aux IST qui rentre pourtant dans leur champ. Concrètement aujourd'hui, plus le COREVIH mettra en œuvre des objectifs de réduction de la transmission du VIH, moins ses crédits augmenteront. De même, la modélisation ne tient pas compte de la dynamique de l'épidémie VIH et de l'incidence des IST sur le territoire des COREVIH. Pour tenir compte du renforcement des missions de prévention des comités et des objectifs de la SNSS en matière de réduction de la transmission du VIH et des IST, le groupe d'experts recommande d'intégrer une variable « prévention » dans le mode de calcul des dotations pour les comités.

Consacrer les fonds des COREVIH à la mise en œuvre de leurs missions

Le budget des COREVIH est principalement consacré aux salaires des TEC qui sont chargés, entre autres, du recueil et de l'analyse des données épidémiologiques. Cette mission occupe la moitié de leur temps, l'autre moitié étant consacrée à la recherche clinique. Sans remettre en cause l'importance des missions de recueil épidémiologique et de recherche clinique ainsi que le bien-fondé de son financement, il conviendrait néanmoins de mieux financer les autres missions des COREVIH. Cela pourrait notamment passer par une réattribution d'une partie des fonds engendrés par des travaux réalisés par les TEC, hors missions du COREVIH. Il semble également légitime de faire assumer une partie des salaires des TEC qui travaillent sur des projets de recherche sans lien avec les missions des comités, par d'autres budgets. Ces sommes pourraient être utilisées, d'une part, pour étendre les recueils et analyses de données liées aux missions des COREVIH, notamment en matière de prévention et d'autre part, pour la mise en œuvre de l'animation territoriale des comités. Ces possibles évolutions ne doivent pas mettre en cause l'emploi des TEC, en matière de recueil et d'analyse des données épidémiologiques et recherche clinique, ni freiner la recherche clinique publique. Les réflexions sur ces questions devront rassembler l'ensemble des acteurs, en premier lieu les TEC et les acteurs de la recherche.

Limiter des frais de structures que peuvent demander les établissements sièges des COREVIH

En 2014, les établissements sièges des COREVIH demandaient des frais de structure qui s'élevaient en moyenne à 18,8 %, mais avec d'importantes variations d'un comité à l'autre. Ceux-ci peuvent s'élever jusqu'à 25 % du budget total du COREVIH. Toutes les autres dépenses (équipements, déplacements, etc..) sont prises en plus sur le budget du COREVIH. Or, dans sa construction initiale, la modélisation de la MIG, destinait les frais de structure au financement des frais d'hébergement et administratifs mais également au fonctionnement des comités : organisation des

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

réunions, remboursement de frais de transport, colloques, congrès, réunions thématiques d'information. Il conviendrait de distinguer dans la modélisation de la MIG COREVIH, ce qui relève des frais de fonctionnement et des frais de structure, ainsi que de limiter ces derniers.

Les questions liées au financement des Comités via la modélisation de la MIG COREVIH et la répartition des fonds au sein des COREVIH devront faire l'objet d'un travail approfondi par le ministère de la santé en lien avec les COREVIH en 2018-2019.

Les soins dans les lieux de privation de liberté

En préambule, il faut rappeler l'ancienneté des données épidémiologiques en milieu carcéral : 2001 pour les handicaps et dépendances, 2003 pour les études générales de santé des entrants en détention, 2004 pour la prévalence des troubles psychiatriques, 2010 pour le VIH, le VHC et les traitements de substitution aux opiacés (enquête Prévacar [93]) ; il n'y a de plus aucune donnée d'incidence. De nouvelles enquêtes seraient donc nécessaires.

En garde à vue

Pour éviter les problèmes de rupture de soins pendant la garde à vue, un médecin est requis pour attester de l'aptitude au maintien en garde à vue, pour apprécier les soins nécessaires et prescrire, le cas échéant, la poursuite d'un traitement. Cependant, les données [93] confirment les difficultés pour accéder à une consultation médicale : retard d'appel, organisation défailante de la permanence des soins, rupture de secret médical, interruption de traitements. La HAS a émis des recommandations claires sur la continuité des soins en garde à vue que le groupe d'experts soutient [94].

En centre de rétention administrative

Les 25 centres de rétention administrative (CRA) [95] reçoivent les étrangers sans droit de séjour, sous le coup d'une interdiction de territoire ou d'une procédure d'éloignement, le temps d'organiser leur retour au pays d'origine et de leur permettre d'exercer des démarches de recours. Y sont aussi présents des étrangers entrant sur le territoire, en attente de régularisation de leur situation (ex : demandes d'asile). En 2011, 50 000 personnes y ont été placées [96], la durée moyenne de séjour était de dix jours. La prise en charge sanitaire dans les CRA [97] repose sur une convention entre le préfet et un établissement de santé de proximité qui met à disposition du centre les ressources humaines et matérielles nécessaires. Les PASS peuvent être partie prenante de cette prise en charge. Les dispositions prévues par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) en faveur des étrangers malades s'y appliquent.

En établissement pénitentiaire

L'accès aux soins des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires se fait dans les unités sanitaires (US) qui sont la nouvelle appellation des UCSA et autres services médicaux (SMPR).

Le dépistage

Un recueil d'information concernant l'offre de soins et de dépistage relative à l'infection par le VIH et aux hépatites a été effectué lors d'une enquête exhaustive auprès de la totalité des 168 unités sanitaires (US) en 2010 [93]. Quarante-deux pour cent des US déclarent proposer systématiquement le dépistage des trois virus (VIH, VHC et VHB) à l'entrée en détention. Cependant, cette proposition n'est renouvelée que pour la moitié des établissements (52 % pour le VIH et 51 % pour les hépatites), en cas de refus du test à l'arrivée. L'offre de renouvellement apparaît très hétérogène sur le territoire : dans certaines régions, 100 % des établissements proposent un nouveau dépistage et aucun dans d'autres. Dans cette enquête, un centre de dépistage anonyme et gratuit était présent dans 1/3 des établissements pénitentiaires et n'était pas associé à la capacité d'hébergement de l'établissement. Il était plus fréquent en maison d'arrêt (40 %) que dans les autres types d'établissements (18,5 %). La communication des résultats à l'unité sanitaire, après accord du patient, n'était effective que dans 66 % des cas. Il n'y a pas de données sur les propositions de renouvellement du dépistage au cours de l'incarcération mais elle est probablement faible (compte tenu des résultats sus cités), alors même que cette stratégie a fait l'objet de plusieurs recommandations institutionnelles.

La mise en place des tests rapides (TROD VIH mais aussi VHC et VHB en attente) pourrait permettre d'augmenter les opportunités de dépistage en conjuguant proposition, réalisation et rendu en un seul contact dans l'unité sanitaire. Cette possibilité permettrait également à des personnes détenues réticentes ou au capital veineux fragile d'accepter un test et d'en avoir le résultat quasi immédiat. Dans cette nécessité d'augmenter les opportunités de dépistage, une réflexion doit être menée sur la place des autotests en prison. Mieux dépister, c'est identifier les personnes infectées et leur proposer rapidement de les mettre sous traitement antirétroviral dans une optique de réduction des risques infectieux (Cf. *infra*). Il est important que les unités sanitaires permettent aux structures médico-sociales ou associatives habilitées à faire des TROD à l'extérieur de pouvoir le faire en prison. La mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) devrait

par ailleurs permettre à ces structures, en complément et en lien avec l'Unité Sanitaire, de s'investir sur le dépistage du VIH et des hépatites virales en prison.

Prévention et réduction des risques (RdR)

La prison est un lieu à haut risque infectieux en raison de la présence de populations particulièrement exposées (usage de drogues, précarité, migrants). L'étude Prévacar [93] a permis de préciser que la prévalence du VIH en prison était deux à quatre fois supérieure à celle de la population générale (2.02 %), celle de l'hépatite C de cinq à huit fois (4.8 %) dans un contexte de promiscuité et de surpopulation. En ce qui concerne les actions de prévention et plus particulièrement les actions d'éducation à la santé, l'enquête coordonnée par l'Inpes en milieu pénitentiaire [98] montre que, sur 344 actions recensées, 24.4 % concernent les addictions et 17.7 % les infections virales (VIH, hépatites et IST). Il faut signaler le rôle important des structures associatives dans la promotion de la santé en milieu carcéral, particulièrement dans le domaine du VIH et des hépatites. Les unités sanitaires doivent faciliter leurs actions au sein de la prison. Une grande majorité des équipes (96 %) déclare proposer la vaccination contre l'hépatite B, le vaccin étant fourni par l'hôpital de rattachement dans 97 % des cas. Cependant, ces données ne permettent pas d'estimer le nombre de personnes réellement vaccinées.

Les outils de RdR prévus réglementairement, sont inégalement disponibles et ce, malgré les recommandations de l'OMS et les principes législatifs qui posent le principe d'une égalité d'accès de soins et de prévention entre population captive et population libre [99]. A titre d'exemples, beaucoup d'outils de RdR et notamment les programmes d'échange de seringues, qui ont démontré leur efficacité auprès des usagers de drogues injectables sont disponibles et inscrits dans la loi de santé depuis 1995 au dehors mais pas en prison, malgré les innombrables pratiques à risque. La loi de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la mise en place de la réduction des risques et notamment la possibilité de programmes d'échange de seringues en prison, dont les modalités de délivrance doivent être fixées par décret en Conseil d'Etat. Plusieurs pays européens ont mis en place ces programmes depuis plusieurs années en prison, en s'inspirant des recommandations de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC), de l'OMS et de l'ONUSIDA. La France, malgré l'avis de tous les experts dans le domaine, d'instances qualifiés, et les recommandations du Groupe de travail Santé/Justice sur la question tarde à franchir le pas.

Les traitements de substitution aux opiacés sont proposés mais pas toujours avec un choix suffisant [93] ou un suivi des prescriptions. Malgré les recommandations du Guide de traitement de substitutions aux opiacés en milieu carcéral publié en 2011 par la DGS et la MILDT [100], de même que l'information relative à son usage en prison diffusée aux détenus; les préservatifs et les lubrifiants sont difficiles d'accès en dehors des US ou des unités de vie familiale, voire ne sont pas du tout disponibles dans certains établissements [93]. Les autres pratiques à risques sur le plan infectieux comme le tatouage, piercing ou autres transformations corporelles, courantes en détention, ne sont pas prises en compte. Des pratiques particulières d'insertion sous la peau de corps étrangers « dominos », à très haut risque de transmission du VIH et des hépatites sont fréquentes en Guyane et aux Antilles, et commencent à apparaître dans certaines prisons de métropole.

La systématisation de l'intervention des CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), des CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et des autres structures extérieures (associations) est nécessaire pour la prise en compte des actions de réduction des risques, en particulier pour organiser la continuité des soins à l'issue de l'incarcération, de même que la mise en place d'interventions de « pairs aidants » (détenus ex-usagers ayant bénéficié de formation à la prévention et d'une supervision) qui faciliterait la conduite d'actions de prévention en favorisant le lien avec la population carcérale. La dernière version du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice comprend ainsi un chapitre sur « prévention et réduction des risques infectieux », rappelant les missions générales des CAARUD, qui devraient réglementairement être applicables a priori aussi bien en milieu libre qu'en prison [101].

Le groupe d'experts recommande que la prophylaxie post-exposition bénéficie d'une information systématique en direction des personnes détenues et pas seulement en direction des personnels. L'accessibilité aux traitements post-exposition d'urgence doit pouvoir être garanti pour tous et dans tous les établissements.

La prophylaxie pré-exposition (PrEP), qui devient un outil important de lutte contre la propagation de l'épidémie à l'extérieur, a vocation à être étendue à la prison.

Hépatites virales B et C : mise sous traitement et continuité des soins

La durée prévue pour la détention ou le fait que la personne soit en détention préventive ne doivent pas être considérés comme des obstacles à l'initiation du traitement, notamment si la personne détenue est demandeuse. Un bénéfice a été constaté chez les personnes condamnées à moins de 6 mois; le résultat est optimisé par un accompagnement dans la continuité des soins à la sortie de détention (réinitiation des droits sociaux, élaboration d'un projet de soins avec une équipe extérieure et le cas échéant logement ou structure médico-sociale).

Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) n'interviennent que pour la prise en charge des complications justifiant une hospitalisation de plus de 48 heures.

Prise en charge des patients vivant avec le VIH

En plus des chiffres de prévalence, l'enquête PREVACAR indique que la proportion de personnes au stade sida (28.4 %) est plus importante qu'en milieu libre, mais plus de 94 % d'entre elles sont sous traitement. La prise en charge du VIH et des comorbidités fréquemment associées, telles les hépatites virales chroniques (encadré), ou la mise en place de traitements de substitution aux opiacés, sont globalement assurées en milieu carcéral, mais il subsiste de profondes inégalités entre établissements pénitentiaires. La lutte contre l'épidémie cachée reste cependant un enjeu important en prison. Quelques US ne sont notamment pas encore informatisées, ce qui limite les échanges et rend difficiles la mise en place de techniques innovantes de communication (dossier informatisé et télémédecine par exemple).

L'accès aux soins des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires continue de s'améliorer. Par exemple, la mise en place d'un traitement en milieu carcéral est probablement facilitée dans les gros établissements pénitentiaires par l'intervention des praticiens extérieurs et la mise en place d'une consultation avancée d'infectiologie (52 % des US) et d'hépatologie (57 % des US) dans l'établissement pénitentiaire. La participation des équipes de psychiatrie dans ces prises en charge complexes est également primordiale quand elle est possible. En cas de difficultés, il serait nécessaire d'avoir au moins une équipe de référence à contacter.

Les personnels de santé travaillant dans les US se heurtent toujours à de nombreuses difficultés, en particulier celle d'obtenir des escortes en nombre suffisant pour accéder aux plateaux techniques et diverses consultations des hôpitaux de proximité avec qui les US fonctionnent (seules 50 % des extractions pour raisons médicales sont réalisées). L'exemple du Fibroscan® chez les patients co-infectés est démonstratif de ces obstacles quotidiens, qui seraient évités par dotation de ce matériel pour les gros établissements. Enfin, le groupe d'experts recommande l'usage de la télémédecine pour faciliter la prise en charge médicale des PVVIH en milieu de privation de libertés.

Les personnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire sont généralement représentés au sein des COREVIH. Certains ont mis en place des groupes de travail spécifiques à la prise en charge du VIH en prison, pour dresser un état des lieux et améliorer les dispositifs existants. L'intégration de représentants et de professionnels de l'administration pénitentiaire à la réflexion collective est une piste intéressante qui peut se retrouver dans la boîte à outils de la SFLS et permet le partage d'expériences. Certains COREVIH, se sont associés au Groupe expert prison de Sidaction pour construire une « Feuille de route destinée aux COREVIH pour la mise en place d'actions vers la prison ». Ils devraient aussi bénéficier de la nouvelle réflexion sur la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice [102].

Prise en charge de populations particulières

Le 30 juin 2010, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a publié un avis attirant l'attention sur la « prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées » et les difficultés vécues par cette population en prison. Il était suivi d'un rapport d'enquête publié par la même entité en février 2015. Les personnes transgenres doivent pouvoir être prises en compte en ce qui concerne leur identité sexuelle pour l'incarcération en établissements pour hommes ou femmes. Elles doivent avoir la possibilité en prison d'accéder à des traitements hormonaux. Ceci se fait au mieux avec des conseils de spécialistes. Un accompagnement psychologique adapté doit être assuré dans tous les cas.

Les personnes incarcérées séropositives n'ayant pas la nationalité française peuvent présenter une situation médico-sociale particulièrement problématique. La barrière linguistique constitue une cause non négligeable de difficultés d'accès aux soins des populations migrantes en milieu carcéral. Des moyens existent, soit par vacations de traducteurs in situ soit à distance (téléphone). De plus, des

problèmes liés à la crainte de la stigmatisation et à la rupture de la confidentialité restent des facteurs d'interruption de traitement et de suivi ou d'inobservance particulièrement prégnants en prison qu'il faut prendre en compte en les anticipant. L'ouverture des droits médicaux et sociaux ne peut se faire sans l'octroi ou le renouvellement d'un titre de séjour. Or, de nombreuses juridictions d'application des peines refusent d'octroyer des permissions de sortie pour se rendre aux rendez-vous en préfecture. Il est donc nécessaire de mettre en place l'élaboration et le renouvellement des protocoles ALD en prison sans attendre la sortie et en levant les obstacles à leur mise en place.

L'aménagement et la suspension de peine pour raison médicale

La suspension de peine pour raison médicale a été instituée dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Elle exige deux conditions non cumulatives pour qu'une personne puisse en bénéficier : « que le pronostic vital soit engagé » ou qu'elle présente « un état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention ». Les conditions de détention doivent être appréciées en situation, c'est-à-dire à l'intérieur des bâtiments et en cellule. Elle devrait également pouvoir concerner des patients souffrant de troubles mentaux incarcérés.

L'aménagement de peine pour raison médicale (libération conditionnelle médicale), si la personne y est éligible, est également une disposition très importante pour permettre la continuité ou la mise en place de soins. Les difficultés auxquelles peuvent se heurter les magistrats sont l'absence d'hébergement ou de structure médicalisée à la sortie.

La loi n° 2014-896 du 15 août 2014 « relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales », a repris les principales recommandations du Groupe de travail Santé/Justice des deux ministères, consacrées à la thématique afin de rendre le dispositif plus accessible aux personnes malades.

Préparation et continuation des soins à la sortie

Un des enjeux majeurs en matière de soins est la préparation à la sortie et la continuité des soins. Le changement de statut entre détention et milieu libre, le défaut de coordination entre les milieux carcéraux et médicaux ainsi qu'entre les diverses administrations, sont la cause de discontinuités dans le suivi médical et social des personnes, particulièrement des personnes d'origine étrangère.

À ce moment du parcours de la personne, c'est toujours l'exigence de continuité des soins qui caractérise le suivi des traitements de ces infections virales. L'étude Prévacar montre que 50 % des US ont mis en place des procédures effectives de sortie pour assurer la continuité des soins. Il est nécessaire que l'unité sanitaire se dote d'un répertoire comportant les coordonnées des équipes médicales compétentes dans le VIH sur le territoire local ou régional.

Il reste à améliorer la coordination entre les différents services et acteurs intervenant en détention (US, Services pénitentiaires d'insertion et de probation, les associations) pour préparer la sortie dès l'entrée en détention. Il est également important de faciliter l'accès dans les établissements pénitentiaires à des structures extérieures de soutien médico-social (CAF, CPAM, services de domiciliation...) pour réaliser le diagnostic de chaque situation, anticiper la sortie et réinitialiser l'ensemble des droits sociaux. Certaines dispositions de la loi pénitentiaire rendent possible la domiciliation des personnes incarcérées à leur établissement pénitentiaire. Certains établissements ont établi des conventions qui permettent à des agents de la CPAM d'intervenir directement auprès des assurés sociaux. La préparation à la sortie débutée en détention peut être poursuivie à la CPAM une fois la personne libérée par exemple, dans le cadre de consultations postpénales organisées dans certaines régions.

De très rares services sociaux hospitaliers ou permanences d'accès aux soins de santé (PASS) interviennent en détention, pour procéder à la réactivation des droits sociaux et continuer de traiter le dossier, une fois la personne libérée, prioritairement au sein de l'hôpital de rattachement. Un recensement de ces initiatives reste à faire afin de les évaluer et de réfléchir à l'intérêt d'une généralisation du processus à l'ensemble des prisons françaises. Il faut néanmoins être particulièrement vigilant, les détenus devant à leur sortie avoir directement accès au droit commun. L'existence de dispositifs spécifiques tels les PASS ne doit pas justifier une carence d'ouverture de droits et d'accès aux soins prévus par la loi.

Des difficultés particulières sont à souligner :

- l'élaboration et le renouvellement des protocoles d'ALD ne sont pas initiés du fait de la couverture sociale « complète » pendant l'incarcération ;

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

- l'accès aux soins de ville en cas de permission de sortie ou d'aménagement de peine (dont on peut prévoir une augmentation avec la loi pénitentiaire) pose également un problème : dispense d'avance de frais, ticket modérateur.

Points forts

- L'annonce d'une séropositivité pour le VIH est à organiser dans le cadre d'un dispositif d'annonce.
- L'éducation thérapeutique permet d'aborder les différentes dimensions médico-psycho-sociales et de santé sexuelle et doit être proposée très largement aux PVVIH.
- Le suivi d'une PVVIH ne se résume pas au simple contrôle de la charge virale VIH (CV).
- Les mesures hygiéno-diététiques et la lutte contre les addictions, particulièrement le tabagisme, représentent toujours des priorités dans la prise en charge des PVVIH.
- L'activité physique doit être promue dans le suivi du patient VIH.
- Le suivi au long cours de l'infection par le VIH implique une coordination entre le spécialiste de l'infection par le VIH, le médecin traitant, et les différents intervenants médicaux et paramédicaux.
- Le suivi biologique d'une personne dont la CV est contrôlée depuis au moins deux ans, et dont les CD4+ sont $> 500/\text{mm}^3$ depuis au moins un an, peut être restreint à la mesure d'une CV semestriel et à un bilan annuel de synthèse, en l'absence de prescription à potentialité néphrotoxique, de comorbidités ou de changement de traitement dans l'année.
- Des expériences de suivi partagé et d'utilisation de nouveaux outils doivent être mises en œuvre et évaluées.
- Des expériences de télémédecine devraient se renforcer dans les milieux privés de liberté.

Le groupe d'experts recommande

Dans le suivi

- de permettre à toute PVVIH l'accès à un programme d'éducation thérapeutique [ETP] ;
- d'élargir le périmètre de l'ETP à des composantes de santé mentale et sexuelle, de prise en charge des addictions et de prévention des principales comorbidités ;
- de rechercher systématiquement tout au long du suivi les addictions et de proposer leur prise en charge ;
- de réaliser le suivi en coordination avec le médecin traitant, en maintenant une synthèse annuelle hospitalière incluant, en fonction des situations :
 - la gestion de l'infection par le VIH et du traitement
 - une information sur les moyens de prévention de la transmission du VIH et des autres IST
 - le dépistage des hépatites virales, de la syphilis et des autres IST
 - un bilan gynécologique
 - une prise en charge proctologique en cas d'antécédent de lésion HPV et chez tous les HSH
 - un dépistage des cancers et autres comorbidités

Sur l'organisation des soins

- promouvoir la valorisation des bilans hospitaliers pluri-professionnels des PVVIH par l'accès de l'infection VIH aux pathologies ouvrant droit au forfait « prestation intermédiaire » ;
- étendre la valorisation des consultations initiales libérales de PVVIH (consultations « complexes ») aux consultations initiales hospitalières et de suivi, en ville comme à l'hôpital ;
- développer les alternatives de suivi en particulier les protocoles de coopération infirmière ;
- développer les partenariats avec les associations dans les parcours complexes des patients.

Sur les COREVIH

- de maintenir, grâce au groupe d'interface national, une structure de lien fort entre le ministère de Santé et les COREVIH ;
- de s'appuyer sur les nouvelles missions des COREVIH et la Stratégie nationale de santé pour participer à l'élaboration des politiques régionales de santé sexuelle et encourager la création de centres de santé sexuelle ;
- de négocier entre les COREVIH et les ARS des plans d'action pluriannuels soutenant ces nouvelles missions ;
- d'engager une réflexion sur le financement des COREVIH pour

faciliter l'utilisation des fonds dont ils disposent dans le cadre de leurs nouvelles missions.

Sur les soins dans les lieux de privation de liberté

- *de systématiser et de renouveler la proposition de dépistage au cours de l'incarcération, y compris en collaboration avec les CeGIDD ;*
- *de faciliter la réalisation de TRODs, y compris par des intervenants associatifs habilités ;*
- *d'expérimenter et évaluer les autotests dans le dépistage au sein des établissements pénitentiaires ;*
- *de respecter le principe d'équivalence avec le milieu ouvert pour les mesures de prévention et de réduction des risques, notamment en instaurant des programmes d'échange de seringues en détention ;*
- *de respecter, chez les PVVIH, l'application de la loi sur l'aménagement et la suspension de peine pour raisons médicales.*

Références

1. ONUSIDA 90-90-90. Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. 08 octobre 2014.
2. GOURLAY A, NOORI T, PHARRIS A, et al. The Human Immunodeficiency Virus Continuum of Care in European Union Countries in 2013: Data and Challenges. *Clin Inf Dis* 2017 ; 64 : 1644-56.
3. DE MONTEYNARD LA, MATHERON S, GILQUINJJ, et al. Influence of geographic origin, sex, and HIV transmission group on the outcome of first-line combined antiretroviral therapy in France. *AIDS* 2016 ; 30 : 2235-46.
4. SUPERVIE V, MARTY L, LACOMBE JM, ET AL. Looking beyond the cascade of HIV care to end the AIDS Epidemic: Estimation of the time interval from HIV infection to viral suppression. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016 ; 73 : 348-55.
5. WANDERER G, JOHNSON LF, EGGER M. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe: comparisons with general population. *Curr Opin HIV AIDS* 2016 ; 11 : 492-500.
6. MAY M, GOMPELS M, DELPECH V et al. Impact on life expectancy of HIV-1 positive individuals of CD4+ cell count and viral load response to antiretroviral therapy. *AIDS* 2014 ; 28 : 1193-202.
7. GUELER A, MOSER A, CALMY A et al. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS* 2017 ; 31 : 427-36.
8. BONNET F, LE MAREC F, LELEUX O, et al. Characteristics evolution of people living with HIV and their comorbidities in the ANRS CO3 Aquitaine cohort, 2004-2014. 17eme JNI, 7-9 Juin 2016, Poster VIH25.
9. LEGARTH RA AHLSTRÖM MG, KRONBORG G, ET AL. Long-Term Mortality in HIV-Infected Individuals 50 Years or Older: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *JAIDS* 2016 ; 71 : 213-8.
10. LERT F, ANENQUIN M, TRON L et al. Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *BEH* 2013 ; 26-27. 293-9.
11. FEUILLET P, LERT F, TRON L et al. Prevalence of and factors associated with depression among people living with HIV in France. *HIV Med* 2016 ; 18 : 383-94.
12. SAMJI H, ZHANG W, EYAWO O et al. Rates and predictors of injury in a population-based cohort of people living with HIV. *AIDS* 2017; 31 : 295-304.
13. GUIDE DU PARCOURS DE SOINS : METHODE D'ELABORATION DU GUIDE ET DES OUTILS PARCOURS DE SOINS POUR UNE MALADIE CHRONIQUE. HAUTE AUTORITE DE SANTE ; JUIN 2012.
14. Société de pathologie infectieuse de langue française, Société française de lutte contre le Sida. Consensus formalisé : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. Paris : SPILF, SFLS ; 2009.
http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/VIH_ville-court-2009.pdf
15. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_vih-sida_et_ist_2010-2014_dom.pdf
16. Guide parcours de soins. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique. Haute Autorité de Santé ; Mars 2014.
17. Nouveau dispositif de déclaration obligatoire du VIH/sida.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/e-DO-Declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-VIH-et-du-sida>
18. LANOY E, MARY-KRAUSE M, TATTEVIN P et al. Predictors identified for losses to follow-up among HIV-seropositive patients. *J Clin Epidemiol* 2006 ; 59 : 829-35.
19. GARDNER LI, METSCH LR, ANDERSON-MAHONEYC P et al : Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care. *AIDS* 2005 ; 19 : 423-43.
20. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire «Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?». https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
21. Guidelines on HIV Self-Testing and Partner Notification: Supplement to Consolidated Guidelines

- on HIV Testing Services. Geneva : World Health Organization ; 2016 December.
22. Recommandations. Education thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisation. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp. Haute autorité de santé ; Juin 2007.
 23. O'BRIEN KK, TYNAN AM, NIXON SA, GLAZIER RH. Effectiveness of aerobic exercise for adults living with HIV: systematic review and meta-analysis using the Cochrane Collaboration protocol. *BMC infectious diseases* 2016 ; 16 : 182.
 24. MICHEL L, CARRIERI MP, FUGON L et al. Harmful alcohol consumption and patterns of substance use in HIV-infected patients receiving antiretrovirals [ANRS-EN12-VESPA Study] : relevance for clinical management and intervention. *AIDS Care* 2010 ; 22 : 1136-45.
 25. PREAU M, PROTOPODESCU C, SPIRE B et al. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug Alcohol Depend* 2007 ; 86 : 175-82.
 26. MDEGE ND, FAYTER D, WATSON JM, STIRK L, SOWDEN A, GODFREY C. Interventions for reducing alcohol consumption among general hospital inpatient heavy alcohol users : A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2013 ; 131 : 1-22.
 27. INGILIZ P, MARTIN TC, RODGER A, et al. HCV reinfection incidence and spontaneous clearance rates in HIV-positive men who have sex with men in Western Europe. *J Hepatol* 2017 ; 66 : 282-7.
 28. ROUSSILLON C, HENARD S, HARDEL L et al. Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010 [étude ANRS EN20 Mortalité 2010]. *BEH* 2012 ; 46-47 : 541-5.
 29. SHIRLEY DK, KANER RJ, GLESBY MJ. Effects of Smoking on Non-AIDS-Related Morbidity in HIV-Infected Patients. *Clin Inf Dis* 2013 ; 57 : 275-82.
 30. HELLEBERG M, AFZAL S, KRONBORG G et al. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clin Infect Dis* 2013 ; 56 : 727-34.
 31. CUI Q, ROBINSON, ELSTON D et al. Safety and tolerability of varenicline tartrate for smoking cessation in HIV-infected subjects : a pilot open-label study. *AIDS Patient Care STDS* 2012 ; 26 : 12-9.
 32. FERKETICH AK, DIAZ P, BROWNING KK et al. Safety of varenicline among smokers enrolled in the lung HIV study. *Nicotine Tob Res* 2013 ; 15 : 247-54.
 33. MERCIÉ P, ARSANDAUX J, KATLAMA C, et al. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in people living with HIV in France (ANRS 144 Inter-ACTIV): a randomised controlled phase 3 clinical trial. *Lancet HIV*. 2018 ; 5 : e126-e135.
 34. PILCHER CD, OSPINA-NORVELL C, DASGUPTA A et al. The effect of same-day observed initiation of antiretroviral therapy on HIV viral load and treatment outcomes in a US public health setting. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017 ; 74 : 44-51.
 35. RUTHERFORD GW, ANGLEMYER A. Early initiation of antiretroviral therapy prevents HIV transmission to seronegative sexual partners. *Evid Based Med*. 2016 Nov 16. pii: ebmed-2016-110576. doi: 10.1136/ebmed-2016-110576.
 36. CANIGLIA EC, SABIN C, ROBINS JM et al. When to Monitor CD4 Cell Count and HIV RNA to Reduce Mortality and AIDS-Defining Illness in Virologically Suppressed HIV-Positive Persons on Antiretroviral Therapy in High-Income Countries: A Prospective Observational Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016 ; 72 : 214-21.
 37. CANIGLIA EC, CAIN LE, SABIN C, et al. Comparing dynamic monitoring strategies based on evolving CD4 cell counts: a prospective study in high-income countries. *The HIV-CAUSAL Collaboration and the Center for AIDS Research Network of Integrated Clinical Systems*. *Lancet HIV*. 2017 Apr 11. pii: S2352-3018(17)30043-7.
 38. GAZZARD B, MOECKLINGHOFF C, HILL A. New strategies for lowering the costs of antiretroviral treatment and care for people with HIV/AIDS in the United Kingdom. *Clinicoecon Outcomes Res* 2012 ; 4 : 193-200.
 39. CHOW EPF, READ TRH, CHEN, et al. Routine CD4 cell count monitoring seldom contributes to clinical decision-making on antiretroviral therapy in virologically suppressed HIV-infected patients. *HIV medicine* 2015 ; 16 : 196-200.
 40. HYLE EP, SAX PE, WALENSKY RP. Potential savings by reduced CD4 monitoring in stable patients with HIV receiving antiretroviral therapy. *JAMA internal medicine* 2013 ; 173 : 1746-8.
 41. BARNETT PG, SCHMITT SK, YU ET AL. How will new guidelines affect CD4 testing in veterans with HIV? *Clin Infect Dis* 2016 ; 63 : 96-100.

42. FORD N, MEINTJES G, POZNIAK A et al. The future role of CD4 cell count for monitoring antiretroviral therapy. *Clinicoecon Outcomes Res* 2012 ; 4 : 193-200.
43. BELAUNZARÁN-ZAMUDIO PF, CARO-VEGA YN, SHEPHERD BE, et al. Monitoring of HIV treatment in seven countries in the WHO Region of the Americas. *Bull World Health Organ* 2015 ; 93 : 529–39.
44. HELLEBERG M, KRONBORG G, ULLUM H, RYDER LP et al. Course and clinical significance of CD8+ T-cell counts in a large cohort of HIV infected individuals. *J Infect Dis* 2015 ; 11 : 1726-34.
45. LORENTE N, DEMOULIN B, MARCELLIN F, DRAY-SPIRA R, SPIRE B. Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA2. *BEH* 2013 ; 26-27 : 307-13.
46. AGABA PA, MELONI ST, SULE HM, et al. Sexual dysfunction and its determinants among women infected with HIV. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017 ; 137 : 301-8
47. MORENO-PÉREZ O, ESCOÍN C, SERNA-CANDEL C et al. Risk factors for sexual and erectile dysfunction in HIV-infected men: the role of protease inhibitors. *AIDS* 2010 ; 24 : 255-64.
48. GUARALDI G, LUZI K, MURRI R ET AL. Sexual dysfunction in HIV-infected men: role of antiretroviral therapy, hypogonadism and lipodystrophy. *Antivir Ther* 2007 ; 12 : 1059-65.
49. CHERET A, LACHATRE M, PASQUET A et al. HIV and hypogonadism: a new challenge for young-aged and middle-aged men on effective antiretroviral therapy. *AIDS* 2017 ; 31 : 451–3.
50. ROCHIRA V, ZIRILLI L, ORLANDO G et al. Premature decline of serum total testosterone in HIV-infected men in the HAART-era. *PLoS ONE* 2011 ; 6 : e28512.15.
51. TURAN B, SMITH W, COHEN MH, WILSON TE et al. Mechanisms for the negative effects of internalized HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence in women. The mediating roles of social isolation and depression? *J Acquir Immune Defic Synd* 2016 ; 72 : 198-205.
52. ANDANY N, LOGAN KENNEDY V, ADEN M, LOUTFY M. Perspectives on menopause and women with HIV. *Int J Women Health* 2016 ; 8 : 1–22
53. SANTULLI P, DE VILLARDI D, GAYET V et al. Decreased ovarian reserve in HIV-infected women. *AIDS.* 2016 ; 30 : 1083-8.
54. GURKA MJ, VISHNU A, SANTEN RJ et al. Progression of metabolic syndrome severity during the menopausal transition. *J Am Heart Assoc* 2016 ; 5 : e003609
55. GYLLENSTEN U, GUSTAVSSON I, LINDELL M, WILANDER E. Primary high-risk HPV screening for cervical cancer in post-menopausal women. *Gynecologic Oncology* 2012 ; 125 : 343-5.
56. SQUIRES K, KYTIO C, HODDER S, et al. Integrase inhibitor versus protease inhibitor based regimen for HIV-1 infected women (Waves): a randomized, controlled, double blind, phase 3 study. *Lancet HIV* 2016. e410-420.
57. QUATREMERE G, GUIGUET M, GIRARDI P et al. How are women living with HIV in France coping with their perceived side effects of antiretroviral therapy? Results from the EVE study. *PLOS ONE* 2017 DOI:10.1371.
58. ANDANY N, RABOUD JM, WALMSLEY S et al. Ethnicity and gender differences in lipodystrophy of HIV-positive individuals taking antiretroviral therapy in Ontario, Canada. *HIV Clin Trials* 2011 ; 12 : 89-103.
59. Migrants Working Group on behalf of COHERE in EuroCoord Mortality in migrants living with HIV in western Europe (1997-2013): a collaborative cohort study. *Lancet HIV* 2015 ; 2 : e540-9.
60. Migrants Working Group on behalf of COHERE in EuroCoord. Timing of cART initiation in Male and Female Migrants Living with HIV in Western Europe: an observational cohort study (1997-2013). *AIDS.* 2017 Jan 21. doi: 10.1097.
61. RONTI T, VAN DEN BERGHES W, NOESTLINGER C. Résultats de l'enquête européenne 2010 sur la sexualité entre homme (EMIS) : données belges, Septembre 2014.
62. Enquête net gay baromètre 2013. <http://www.netgaybarometre.fr>
63. COLEMAN E, BOCKTING W, BOTZER M et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism* 2012 ; 13 : 165-232.
64. BARAL SD, POTEAT T, STRÖMDAHL S, et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2013 ; 13 : 214-22.
65. MCFARLAND W, WILSON EC, RAYMOND HF. HIV prevalence, sexual partners, sexual behavior and HIV acquisition risk among trans men, San Francisco, 2014. *AIDS Behav* 2017 ; doi: 10.1007
66. REISNER SL, RADIX A, DEUTSCH MB. Integrated and gender-affirming transgender clinical care

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

- and research. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016 ; 72 Suppl 3 : S235-42.
67. TANGPRICHA V, DEN HEIJER M. Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017, 5 : 291-300.
 68. IRWIG MS. Testosterone therapy for transgender men. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017 ; 5 : 301-11.
 69. MAGLIONE KD, MARGOLIES L, JAFFER S, et al., Breast cancer in male-to-female transsexuals: use of breast imaging for detection. *Am J Roentgenol* 2014 ; 203 : W735-40.
 70. RADIX A, SEVELIUS J, DEUTSCH MB. Transgender women, hormonal therapy and HIV treatment: a comprehensive review of the literature and recommendations for best practices. *J Int AIDS Soc* 2016 ; 19 (3 Suppl 2): 20810.
 71. GUADAMUZ, TE, WIMONSATE W, VARANGRAT A, et al. HIV prevalence, risk behavior, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. *AIDS Behav* 2011 ; 15 : 650-8.
 72. STYPEREK A, BAYERS S, BEER M, et al., Nonmedical-grade Injections of Permanent Fillers: Medical and Medicolegal Considerations. *J Clin Aesthet Dermatol* 2013 ; 6 : 22-9.
 73. PAUL S, GOYAL A, DUNCAN LM, SMITH GP et al. Granulomatous reaction to liquid injectable silicone for gluteal enhancement: review of management options and success of doxycycline. *Dermatol Ther* 2015 ; 28 : 98-101.
 74. REISNER SL, POTEAT T, KEATLEY J, et al., Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016 ; 388 : 412-36.
 75. JACOMET C, BERLAND P, GUIGUET M et al. Impact of age on care pathways of people living with HIV followed up in hospital. *AIDS Care* 2017 ; 29 : 105-111.
 76. FOLTZER A, ROCH JF. Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville : où en est-on? Expérience Franc-Comtoise. 2013
 77. DE CANGAS J. Le « Case management » affirmatif : une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier. *Santé mentale au Québec* 1994 ; 19 : 75-91.
 78. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? » HAS Septembre 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
 79. WILSON, I. B., LANDON, B. E., HIRSCHHORN et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Ann Int Med* 2005 ; 143 : 729-736.
 80. VALENTI WM. Providing quality HIV care: Role of nurse practitioners and physician assistants. *The AIDS reader* 2006 ; 236.
 81. JOVIC L. La consultation infirmière à l'hôpital. EHESP 2002.
 82. FOUQUET MA, CHAISSAUDE H, CLEMENT A et al . Coopération infirmier médecin dans le suivi des patients vivant avec le VIH. Une nouvelle perspective dans le parcours de soins. *JNI Nancy* 2015.
 83. ETAPES : expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé.
<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/etapes-experimentations-de-telemedecine-pour-l-amelioration-des-parcours-en>
 84. e-santé en Europe : recommandations de l'OMS. 10 mars 2016.
 85. Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015.
 86. Loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST), Juillet 2009.
 87. Feuille de route de la stratégie nationale de santé de septembre 2013 et la loi de modernisation de notre système de santé. Janvier 2016.
 88. Rapport relatif à l'évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014, janvier 2016 et rapport relatif Santé sexuelle et reproductive. Avril 2016.
 89. Préambule de la Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030 du ministère de la santé français.
 90. Loi 2011 1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 - Art. L 162 -22-19.
 91. Rapport 2012 au Parlement sur le financement des établissements de santé.
 92. Rapports d'activité COREVIH 2014.
 93. CHEMLAL K, BOUSCAILLOU J, JAUFFRET-ROUSTIDE M, et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. *Bull Epidemiol Hebd*

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

- 2012 ; 131-4.
94. Garde à vue. Les recommandations de la conférence de consensus Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. ANAES Janvier 2005.
 95. Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ DEF/GEND no 99-677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative.
 96. Lettre DGS du 17 août 2009 aux directeurs DDASS et directeurs ARH relative aux personnes étrangères placées en centre de rétention et souffrant de pathologies graves
 97. Circulaire interministérielle n°27 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice
 98. Etat des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Comité de pilotage de l'enquête.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr>. Espace thématique santé en milieu pénitentiaire.
 99. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
 100. http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/guide_tso_en_milieu_carceral_2013.pdf
 101. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012.pdf
 102. Stratégie Santé des personnes placées sous main de justice. Avril 2017.

Annexe - Méthodologie d'élaboration des recommandations

Le groupe ayant rédigé les présentes recommandations est composé de 23 personnalités qualifiées couvrant les différents champs d'expertise identifiés comme nécessaires à l'élaboration des recommandations de prévention et prise en charge de l'infection par le VIH en France. Il s'agit de cliniciens (dont un médecin généraliste), virologues, pharmacologue, épidémiologistes et médecins de santé publique auxquels sont adjoints deux membres du milieu associatif désignés par le TRT-5. La constitution du groupe n'a connu que deux modifications depuis sa constitution en 2013, à savoir le remplacement d'un membre associatif en 2014 et la désignation en 2016 d'une spécialiste d'économie de la santé en remplacement d'un membre appelé à des fonctions incompatibles avec sa participation aux travaux du groupe (Pr François Bourdillon désormais directeur de l'agence Santé Publique France). La composition du groupe initial avait fait suite à la lettre de mission adressée le 19 novembre 2012 par Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, au Pr Jean-François Delfraissy, directeur de l'ANRS (France REcherche Nord & sud Sida-hiv Hépatites), et au Pr Patrick Yeni, Président du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS).

Le choix des experts a été arrêté en novembre et décembre 2012 par les professeurs Jean-François Delfraissy, Patrick Yeni, et Philippe Morlat (désigné comme Président du groupe par les deux premiers) sur des critères de compétence et expertise professionnelle auxquels a été d'emblée associée la notion d'indépendance vis-à-vis du commanditaire de l'expertise (ministère de la santé), des organismes désignés pour la tutelle du groupe (ANRS, CNS), d'autres structures liées au commanditaire [Direction générale de la santé (DGS), Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), Agences régionales de santé (ARS)] et de l'industrie pharmaceutique. C'est principalement par l'analyse des déclarations publiques d'intérêts (DPI) [conformes à l'arrêté du 5 juillet 2012 et l'instruction du 2 août 2012] que celle-ci a été jugée initialement puis au fur et à mesure des travaux. Les DPI actualisées ont été adressées annuellement au CNS à visée d'archivage et de mise en ligne de la partie susceptible d'être rendue publique.

Dans le cadre du groupe d'experts pluridisciplinaire, l'élaboration des recommandations est réalisée de façon collégiale à partir de l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles et de l'expérience des membres. L'expression de la pluralité des opinions est totalement respectée au cours des différents échanges.

Dans la mesure du possible, les recommandations émises sont assorties d'une gradation associant degré de force et niveau de preuve, et reposant sur les définitions suivantes :

• Degré de force des recommandations

- A** = Données disponibles justifiant une recommandation de niveau élevé.
- B** = Données disponibles justifiant une recommandation de niveau intermédiaire.
- C** = Données disponibles insuffisantes pour justifier une recommandation.

• Niveau de preuve : type de données utilisées dans les recommandations

- I** = Au moins 1 essai clinique randomisé ; méta-analyses d'essais randomisés.
- II** = Essais cliniques non randomisés ; cohortes ou études cas-contrôle ; méta-analyses de cohortes ou d'études cas-contrôle.
- III** = Analyses d'experts sur la base d'autres données disponibles.

Il existe une gestion des liens d'intérêt au sein du groupe comprenant principalement le respect de l'absence de participation à des manifestations promotionnelles de médicaments et au plafonnement des rémunérations personnelles possiblement attribuées par des firmes pharmaceutiques. Au fil des travaux du groupe d'experts, le président a été conduit à demander à deux membres du groupe (une fois) et à un troisième membre (deux fois) à ne pas participer à certaines discussions, après avoir identifié un possible conflit d'intérêts au regard de la thématique à traiter. Depuis 2016, le président du groupe s'est assujéti à ne recevoir aucune rémunération personnelle émanant de l'industrie et à n'être invité à aucun congrès par une firme pharmaceutique.

Un travail préparatoire aux réunions du groupe plénier est entrepris au sein de commissions thématiques intégrant des experts additionnels au groupe d'experts mais ne participant pas à la rédaction finale des recommandations. Toutefois, la commission « Traitement antirétroviral de

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018)

l'adulte » (en charge du thème où la problématique des liens d'intérêt avec l'industrie du médicament est la plus sensible) n'est depuis 2016 composée que de membres du groupe d'experts plénier. Les DPI des participants aux commissions qui ne sont pas membres du groupe d'experts sont sollicitées à visée de transparence et accessibles sur le site du CNS.

Des personnalités qualifiées peuvent être ponctuellement auditionnées par les commissions ou le groupe d'experts. Leurs DPI ne sont pas recueillies.

Mise à jour : **avril 2018** - Responsable éditorial : **Philippe Morlat** pour le groupe d'experts

Mise en page : **Conseil national du sida et des hépatites virales** - <http://cns.sante.fr>