

...et dium Vestibulum quam. Aliquam erat velutpat. Mauris non justo in nulla porta venenatis
...que non augue. Cuiusque viverra tellus et nisi suscipit fa
...cepis. Pretin sed purus non sem cur.
...venatis eget, doctum vel, lorem. Maecenas fermentum lacus nec urna. Quis ut ebit. Maecenas erci diam, orn
...Curabitur et teler. Nulla aliquet ligula sit amet libero. Nulla lacus. Mauris sed nibh eget libero rutrum n
...enim. Vivamus ultrices ultrices est. Aliquam consequat. Nam pede.
...ecenas tuncidunt, magna eleifend ullamcorper commodo. leo teler adipiscing nunc, et pharetra erci sem et
...mollis nec, hendrerit euibus, enim. Nam sed erci. Maecenas dignissim metus vitae libero ornare cursa
...nam erat velutpat. Nunc in teler nec metus interdum egestas. Donec eget ebit quis erci tempor ultrices. A
...et ebit. Ican dignissim nisi ac nibh. Nullam fringilla rheneus turpis.
...id urna a mauris doctum tuncidunt. Pellentesque egestas sagittis teler. Vivam...
...e aliquet dolor quis leo. Cum secis nateque penatibus et m...
...ut, accumsan vitae, ultrices vitae, ebit. A...
...n erat, sit amet ultr...



N°35
JUIN 2008



Comme cela avait été annoncé, le numéro 35 est le premier à être publié sous forme électronique.

C'est une nouvelle présentation, en harmonie avec le look rénové du site de la SFLS.

Espérons que tout un chacun arrivera à consulter facilement ces articles et à s'approprier ce nouveau mode de communication.

Il faut ici remercier non seulement le comité de rédaction et son responsable le Dr T. Prazuck mais aussi la société A.E.I. et C. Dufrene pour son soutien, sans oublier l'aide de nos sponsors de l'Industrie du Médicament.

Dans ce numéro, vous pourrez lire les synthèses à distance du congrès de la CROI 2008, avec une analyse objective du thème «transmission» et notamment en ce qui concerne la circoncision...

Nos journalistes ont fait un récapitulatif des choix stratégiques des traitements en premier ligne où lors de l'échec, dans le contexte médiatisé d'abondance des molécules actuelles, utile même si le rapport d'experts 2008 doit être publié en juillet..

Une mise au point nécessaire est faite sur la coinfection par les virus des hépatites : choix thérapeutiques, évaluation de la fibrose, dynamique virale.

Dans un tout autre domaine, un bref descriptif du dépistage et des soins à la Maison d'Arrêt de Bordeaux-Gradignan est proposé.

La SFLS a organisé le 2 Avril dernier une rencontre nationale des COREVIH et une brève synthèse vous en est proposée, qui met bien en avant les difficultés de mise en place de ces structures.

Le projet d'appui aux COREVIH est présenté par le Dr V. Fleury (mise en route dès cet été).

Enfin, un rappel de la journée des Psys du 13 juin et trois visions de psychologues sur vieillesse et VIH nous sont proposés.
Bonne lecture !

Et pensez aux arbres... n'imprimez que ce qui vous est nécessaire !

Denis Lacoste

SOMMAIRE

Editorial

Denis Lacoste

Compte-Rendu de la CROI

- Réduction de la transmission des IST dans les pays du Sud

Eric Billaud

- Stratégies thérapeutiques : What's New ?

Thierry Prazuck

- Co-infections VIH-VHB et VIH-VHC

David Rey

Quelques réflexions sur le dépistage et la prise en charge des patients infectés à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan

Denis Lacoste

COREVIH

Véronique Fleury

Forum Psy : regards croisés, vieillesse et VIH

Charlotte Herfray

Les formations de la SFLS



La CROI, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, reste la plus prisée des conférences sur le Sida des cliniciens et chercheurs français. S'y cotoient cliniciens, virologues, statisticiens, immunologistes etc.. Présenter une communication à la CROI relève du défi car il s'agit bien d'un congrès national américain. Les communications américaines sont donc naturellement privilégiées mais, les français ont, depuis les premières éditions de la CROI, eu la mauvaise habitude de vouloir

concurrencer sur leur sol les équipes d'outre-Atlantique. Cette année, à côté des résultats des grands essais cliniques internationaux, la recherche fondamentale est également très présente témoignant du dynamisme des équipes de chercheurs, du développement de nouvelles techniques d'analyse et de la découverte de nouveaux mécanismes de fonctionnement du virus. Cette science en marche est de bon augure pour les patients

Réduction de la transmission des IST dans les pays du Sud

Dr Eric Billaud - CHU Hôtel-Dieu, Nantes

Au cours de la CROI qui s'est déroulée à Boston en février 2008, plusieurs présentations concernaient la prévention de la transmission des IST par d'autres méthodes que le préservatif. Trois d'entre elles méritent d'être rapportées.

La circoncision prévient-elle la transmission des infections sexuellement transmissibles ?

L'étude menée dans le Rakai en Ouganda s'est intéressée au rôle protecteur éventuel de la circoncision dans la transmission des maladies sexuellement transmissibles, soit chez les hommes, soit chez les femmes. 3 516 hommes séronégatifs pour le VIH, non circoncis et séronégatifs pour l'herpès de type II ont été inclus dans l'étude. La randomisation a attribué 1 746 patients à la circoncision immédiate et 1 770 témoins soumis à une circoncision différée à 24 mois. 80 % des patients inclus ont poursuivi l'étude jusqu'à son terme. Les résultats permettent de montrer une réduction d'incidence de l'acquisition de l'herpès de type II dans le groupe des patients circoncis. La deuxième partie de cette étude s'intéressait à l'acquisition d'infections vaginales chez les épouses de ces hommes circoncis. 1 608 femmes séronégatives pour le VIH ont été incluses dans l'essai ; 825 étaient des épouses d'hommes VIH négatifs circoncis et 783 d'hommes VIH négatifs non circoncis. 95 % des femmes ont été suivies pendant 24 mois et l'analyse a permis de mettre en évidence une réduction des risques de trichomonases, vaginoses bactériennes, et ulcérations génitales chez les femmes des maris circoncis. En revanche, on ne trouvait pas de différence significative sur la fréquence des pertes vaginales et sur la dysurie. On notera cependant dans cette étude 62 séroconversions pour le VIH.

Faut-il recommander la circoncision chez les hommes séropositifs ?

Plusieurs études ont montré que la circoncision réduisait l'acquisition du VIH chez l'homme. La question

posée par cette étude réalisée par Wawer M (CROI 2008, abstract 33 LDI) était de savoir si la circoncision des hommes séropositifs pouvait réduire la transmission à leur partenaire féminine. Cet essai qui a eu lieu aussi dans le Rakai en Ouganda concernait des hommes séropositifs auxquels était proposée soit une circoncision immédiate (n = 474), soit une circoncision différée 2 ans après l'inclusion dans le protocole (n = 448). Tous les hommes étaient mariés et les épouses étaient consentantes pour participer à l'essai, les recommandations de prévention avaient été données dans les mêmes conditions aux 2 groupes.

Les résultats de cette étude peuvent sembler décevants. En effet, on ne retrouve pas d'effet protecteur vis à vis de la contamination des femmes par le VIH avec 9,1 % patients/année de contaminations dans le groupe « témoin » par rapport à 14,4 % patients/année de transmissions chez les hommes circoncis.

Comment expliquer ce résultat ? Il a été constaté chez les hommes séropositifs une cicatrisation plus lente de la plaie opératoire et une reprise plus rapide des rapports avant cicatrisation. Ces informations pourraient expliquer un taux de contaminations supérieur dans le groupe des patients circoncis.

Cette étude alimentera la réflexion de l'OMS sur la recommandation de circoncision chez les hommes séropositifs. Quoi qu'il en soit, le port du préservatif reste la meilleure protection contre la transmission.

La prévention des récurrences d'herpès de type II diminue-t-elle le risque d'infection par le VIH ?

Cette étude menée en partie en Afrique du sud, au Pérou et aux Etats-Unis avait pour objectif de tester l'hypothèse suivante : l'herpès de type II est connu comme étant un co-facteur de transmission du VIH, si l'on réduit le nombre de récurrences du VIH chez les patients infectés de l'herpès de type II chez ces patients, réduit-on le risque d'acquisition du VIH ? Pour répondre à cette question, des femmes hétérosexuelles et des hommes homosexuels ont été randomisés en 2 bras ; 1 bras recevait aciclovir 400mg 2 fois/jour (n = 1 637) et l'autre bras recevait un placebo 2 fois/jour (n = 1 640). A l'issue de 18 mois de suivi, les résultats de cette étude sont quelque peu décevants dans la mesure où le risque d'acquisition du VIH dans ces

Compte-rendu de la CROI



Du 3 au 6 février 2008
Boston

2 groupes de patients est identique à 3,6 % patients/année. Pourtant, cette stratégie permettait de réduire de 37 % les épisodes d'ulcération génitale. Comment expliquer ce résultat décevant ? L'herpès de type II est-il réellement un co-facteur de transmission dans un contexte clinique ? Les patients étaient-ils réellement adhérents au traitement ? Les doses d'aciclovir étaient-elles suffisantes ? Finalement, l'absence de différence entre les 2 groupes n'est-elle pas due à une réduction du nombre de rapports pendant la période où les lésions d'herpès sont existantes ? Quoi qu'il en soit, cette stratégie ne semble pas non plus suffisante pour éviter la transmission du VIH.

Ces études autour de la circoncision et de la prévention des co-facteurs de transmission du VIH avaient suscité des espoirs mais s'avèrent peu contributives, parfois du fait de biais méthodologiques, mais aussi parce que la meilleure prévention reste le préservatif. Nous attendons avec impatience les conclusions de l'OMS à la lumière de ces résultats.

Stratégies thérapeutiques : What's New ?

Dr Thierry Prazuck - CHR Orléans

La tendance 2007 se confirme sur le cru 2008 : la place dévolue aux grands essais cliniques s'amointrit au profit de plus d'études fondamentales en immunologie ou en virologie. Comment peut-on interpréter ce phénomène ? La CROI est devenue un congrès fondamental qui s'éloigne du quotidien du patient ? Non, les temps ont changé ! Les molécules sont plus puissantes, plus efficaces. Les temps sont à la simplification, à la maniabilité, à la durabilité de l'efficacité mais dorénavant de nouveaux arguments doivent être mis en avant : pénétration dans les réservoirs, nouveaux mécanismes, aller plus loin... Et pour y répondre il faut comprendre les mécanismes virologiques et immunologiques qui font qu'aujourd'hui il est presque interdit de prononcer certains mots tels qu' éradication, absence de transmission sexuelle etc.. Voilà pourquoi l'exploration des mécanismes de persistance du virus dans l'organisme est essentielle et s'avère des plus complexes.

Mais nous ne sommes pas déçus : les études cliniques sont de grande qualité et la CROI a eu son lot de « scoops » qui sont encore sources de débats et controverses !

Chez le patient naïf d'abord : L'étude CASTLE est considérée comme la plus importante du cru 2008 sur la première ligne de traitement en raison d'une méthodologie rigoureuse et d'un effectif considérable de patients inclus : 883 patients. Cette étude va propulser l'atazanavir dans les molécules de première ligne alors que cette indication n'est pas encore retenue en France. Comparée au lopinavir (Kaletra®), cette étude démontre la non-infériorité de l'atazanavir (Reyataz®) après 48 semaines de traitement puisque respectivement 78 et 76 % des patients présentaient, à cette échéance, une charge virale indetectable. Plus d'ictère dans le bras atazanavir, plus de diarrhée et d'élévation du cholestérol dans le bras lopinavir. Rien d'étonnant mais il est important de souligner que c'est la forme ancienne du Kaletra (capsules molles) qui fut utilisée dans cet essai. Or, la nouvelle formulation en comprimé est réputée moins pourvoyeuse de troubles digestifs. Ces résultats sont à rapprocher de ceux des études Klean, Artemis, Gemini ou Alert. Ils traduisent une efficacité assez similaire de tous les inhibiteurs de protéase boostés qui se différencient entre eux principalement, par leur profil de tolérance ou leur maniabilité en une ou deux prises par jour.

L'étude HEAT a également retenu l'attention car c'est la première qui compare les deux « backbones » principaux : Truvada et Kivexa en association avec le lopinavir chez des patients naïfs pendant 2 ans. Les résultats présentés sont intermédiaires puisqu'ils concernent la première année d'étude. Le pourcentage de patients en succès thérapeutique (charge virale < 50 copies/mL) est identique (67 et 68 %) dans les deux bras. En faveur du Kivexa, la détermination du profil HLA B5701 ne fut pas réalisée, ce qui, par rapport à notre pratique actuelle, aurait pu désavantager ce bras de traitement. En faveur du Truvada, la clairance de la créatininémie est restée inchangée chez tous les patients. Au cours de cette étude, les patients devaient avoir une clairance supérieure à 60 mL/mn à l'inclusion, suggérant ainsi qu'après avoir vérifié ce critère de façon systématique l'impact rénal de cette molécule est pour le moins limité.

Enfin, la dernière grande étude remarquable (en termes de nombre de patients inclus) fut celle comparant l'efficacité du lopinavir (Kaletra) en une ou deux prises par jour chez ce même patient naïf : la M05-730 pour les intimes. Cette fois-ci la forme comprimé fut utilisée, mais seulement à partir de la 8ème semaine d'étude. Les résultats, après une année de traitement, montrent une équivalence presque parfaite des deux stratégies avec 77 et 76 % de patients en succès virologique (charge virale < 50 copies/ml). Des résultats incroyablement similaires à CASTLE notamment. Cette étude invite le clinicien à proposer la monoprise de Kaletra chez les patients naïfs, à chaque fois que cette option peut s'accorder plus aisément avec la vie quotidienne du patient sans craindre un risque supé-



Du 3 au 6 février 2008
Boston

rieur d'échec.

Chez le patient prétraité en échec, des résultats intéressants concernant le Vicriviroc, molécule de la famille des anti-CCR5 furent présentés. Chez le patient en échec multiple, cette étude montre que le traitement optimisé sur les données virologiques conduit à contrôler le virus (< 50 copies/ml) dans 14% des cas contre 56 % des cas lorsque ce même traitement optimisé est associé au Vicriviroc. Cette étude de phase II sur 80 patients sera sans doute suivie d'études cliniques plus larges dans les mois à venir.

Du côté des effets secondaires des traitements anti-rétroviraux, un sujet de discussions animées fut alimenté par l'étude DAD et la possible implication de l'abacavir et de la didanosine dans l'apparition d'infarctus du myocarde. Cette étude est une collaboration internationale de 11 cohortes incluant plus de 30.000 patients infectés par le VIH. Au cours de ce suivi qui se poursuit, 517 infarctus du myocarde ont été recensés après 157.912 personnes-années de suivi. L'analyse présentée à la CROI visait à déterminer si certains antirétroviraux, et en l'occurrence, des inhibiteurs nucléosidiques, pouvaient avoir un rôle dans la survenue de ces infarctus, sachant que ces molécules peuvent induire hyperlipidémie ou insulino-résistance. L'étude conclut que l'exposition récente à l'abacavir et à la ddI était associée à un sur-risque d'infarctus du myocarde. Cet effet disparaissant à l'arrêt de ces médicaments. Le ténofovir ne fut pas étudié en raison d'un nombre trop faible de patients le recevant dans cette cohorte. A première vue, ces résultats surprennent et ont suscité débats et controverses. Les patients ayant eu un infarctus étaient des hommes fumeurs aux antécédents familiaux ou personnels de maladie cardiovasculaire, indiquant un risque accru de maladie cardiovasculaire. Ce profil était aussi celui des patients débutant un traitement par abacavir. Cependant, même après ajustement, l'association statistique était encore significative. Depuis, la FDA a pris en compte ces données mais, ne les a pas jugées suffisantes pour modifier les recommandations quant à la prise d'abacavir ou des autres analogues nucléosidiques. Le mécanisme invoqué serait lié à la libération de cytokines toxiques pour la paroi des petites artères produites par les molécules incriminées. Mais alors, pourquoi n'y eut-il pas plus d'accidents cérébrovasculaires répertoriés ? Si cette étude perturbe, c'est que le clinicien est perplexe car ces résultats ne semblent pas vraiment refléter ce qu'il observe au quotidien chez « ses » patients. Il est vrai

que la force de l'analyse statistique sur de tels échantillons de patients c'est bien de révéler des tendances qui se confirment ultérieurement. Mais que nous a appris « l'affaire de la lipoatrophie » ? Le Dr Saint Marc de Lyon, clinicien, avait publié une étude évoquant la relation entre d4T et lipoatrophie du visage ! Malgré un démenti formel de l'industrie pharmaceutique, l'hypothèse était devenue une évidence pour le clinicien face aux patients, et confirmée par de nombreuses études cliniques. Ici, le phénomène est inverse. Il est signalé par des statisticiens qui peuvent déceler des phénomènes « rares », qui obéissent à des lois mathématiques, mais l'œil du clinicien ne le perçoit pas ou ne le perçoit pas encore. Il convient donc d'être vigilant sans pour autant bousculer nos habitudes de prescripteurs. On peut parier que de nouvelles analyses seront présentées sur ce thème au cours des tous prochains congrès sur le VIH

Co-infections VIH-VHB et VIH-VHC

Dr David Rey - CHU Strasbourg

Co-infections VIH-VHB

Entecavir et résistance du VIH

Un travail australien et américain (J Audsley, abstract 63) mené chez 17 patients co-infectés VIH-VHB, confirme le possible développement de la mutation M184V sur le VIH, en cas de monothérapie par entécavir (analogue de la guanosine), risque qui est corrélé à la durée de traitement, et à la baisse de la virémie B. Cette monothérapie par entécavir est donc fortement déconseillée chez un patient co-infecté VIH-VHB.

Epidémiologie du VHB

L'hépatite B reste fréquente au cours de l'infection VIH et devrait être mieux prévenue. Ainsi, au sein d'une cohorte américaine (H Chun, abstract 1028), sur 1648 patients ayant une date connue de séroconversion VIH, 28 % ont un marqueur du VHB à l'inclusion, incluant 8 % avec une hépatite B chronique. Parmi 2 137 sujets sans marqueurs du VHB, 20 % développent une hépatite B durant le suivi, incluant 11 % de passage à la chronicité. Les facteurs protecteurs d'une hépatite B incluent l'utilisation d'un traitement ARV hautement actif, et l'administration d'une vaccination VHB. Outre la fréquence du VHB au diagnostic de séropositivité VIH, ceci souligne bien qu'un certain nombre de patients restent à risque d'acquisition d'une hépatite B, et qu'un effort doit être fait sur la promotion de la vaccination.



Du 3 au 6 février 2008
Boston

Co-infections VIH-VHC

Interférons pégylés α -2a et α -2b

Les 2 interférons pégylés ont-ils la même efficacité dans le traitement du VHC ? Il semble bien que oui (*M Laguno, abstract 1081b*). Une étude randomisée, prospective, ouverte compare, chez 182 patients co-infectés VIH-VHC, le PEG-IFN α -2a 180 μ g/kg/semaine, au PEG-IFN α -2b 80-150 μ g/kg/semaine selon le poids, associé à RBV 800-1200 mg/j, durant 48 semaines. Il n'y a pas de différence significative d'efficacité dans les réponses virologiques précoces (S4 ou S12) et soutenues (6 mois après l'arrêt du traitement), quel que soit le génotype VHC, ni de tolérance, entre les 2 formes pégylées d'IFN.

Interaction RBV-abacavir

L'existence d'une interaction pharmacologique négative entre RBV et abacavir (ABC) se confirme. Une étude rétrospective (*J Mira, abstract 1074*) évalue l'efficacité d'un traitement par PEG-IFN + RBV, chez des patients co-infectés VIH-VHC, sous triple combinaison ARV incluant un IP ou un INNTI, associé à ABC + 3TC (70 patients) ou ténofovir (TDF) + 3TC ou FTC (186 patients). La réponse virologique soutenue (ARN VHC indétectable 6 mois après la fin du traitement) est inférieure en cas de traitement du VIH par ABC-3TC, mais il n'y a plus de différence significative si l'on analyse que les sujets ayant reçu une dose de RBV \geq 13,2 mg/kg. Ceci souligne l'importance du dosage plasmatique de la RBV, tout particulièrement en cas de traitement par ABC.

Inhibiteurs du CCR5

L'effet du vicriviroc, inhibiteur du CCR5, a été évalué chez 28 patients co-infectés VIH-VHC, sous traitement ARV incluant un IP boosté (*G Fätkenheuer, abstract 1068*). Le vicriviroc est ajouté, à la dose de 5 à 15 mg/j durant 28 jours (versus placebo). La charge virale VHC initiale varie de 4,08 log à 5,59 log. Aucun changement significatif de cette virémie VHC n'est observé sous vicriviroc.

Re-chute ou ré-infection ?

Une étude anglaise (*R Jones, abstract 611B*) faite chez 16 patients (homosexuels masculins) ayant au moins 2 virémies VHC (réponse virologique soutenue après la première, soit sous traitement, soit spontanément), a conduit à une étude phylogénétique sur 2 prélèvements chez 8 d'entre eux. Pour 6 de ces patients, la ré-infection se fait avec une souche différente, lors d'activités sexuelles persistantes à haut risque. Les 2

autres correspondent à une rechute ou une ré-infection d'une source commune.

Fibrose et VHC

L'hypothétique effet anti-fibrosant de l'interféron pégylé (PEG-IFN) en traitement d'entretien est infirmé dans la co-infection VIH-VHC (*K Sherman, abstract 59*), de même qu'il l'a été dans la mono-infection VHC. 330 patients co-infectés VIH-VHC sont traités par PEG-IFN α -2a 180 mg/semaine + ribavirine (RBV) 1 000-1 200 mg x 1/j. En l'absence de réponse virologique à S12, une biopsie hépatique est réalisée, et les patients sont randomisés (n = 86) entre poursuite du PEG-IFN α -2a 180 mg/semaine pendant 72 semaines, ou absence de traitement. L'analyse des 62 patients ayant atteint S72 montre l'absence de progression vers la fibrose dans le groupe témoin, rendant improbable la démonstration d'un bénéfice du maintien du traitement par PEG-IFN.

Si l'on sait bien qu'une fibrose hépatique avancée peut se voir dans la mono-infection VHC alors que les transaminases sont normales, ceci apparaît plus fréquemment dans la co-infection VIH-VHC : 10 % des patients co-infectés ont un METAVIR F3-F4, par rapport à 7 % dans la mono-infection VHC (*L Martin-Carbonero, abstract 1052*).

Cette fibrose peut évoluer rapidement après une hépatite C aiguë en cas de co-infection VIH : FPR (Fibrosis Progression Rate) de $4,5 \pm 3,3$ unités/an, par rapport à 0,11 dans la mono-infection VHC chronique, et 0,15 dans la co-infection chronique (*D Fierer, abstract 1050*).

Réponse virologique

Une étude de la cinétique de décroissance de l'ARN du VHC sous traitement par interféron pégylé + RBV, de génotype 1 (*M Jain, abstract 1077*), montre que celle-ci est plus lente dans les 2 phases chez les sujets afro-américains, par rapport aux caucasiens, ce qui pourrait expliquer les plus faibles taux de réponse soutenue chez les premiers. La charge virale VHC initiale était similaire entre caucasiens et sujets de race noire, et la même observation est faite dans la mono-infection VHC.

La réponse virologique à S4 et S12 de traitement par PEG-IFN + RBV, a la même valeur prédictive de réponse soutenue (6 mois après la fin du traitement) dans la co-infection VIH-VHC que la mono-infection VHC (*M Rodriguez-Torres, abstract 1073*). Tandis que la réponse virologique rapide (ARN VHC indétectable à S4) a le meilleur pouvoir prédictif de réponse soutenue, les patients avec une réponse virologique précoce complète (non rapide mais indétectable à S12) ont également un taux élevé de réponse soutenue.



Denis Lacoste
CHU Bordeaux

La Lettre de la SFLS a déjà pointé le doigt sur le problème de la réduction des risques en prison (voir le numéro 33). Au sein des UCSA, les détenus sont dépistés à l'entrée (mais seulement à l'entrée !) en maison d'arrêt et ceux dont le statut VIH est connu sont pris en charge par une équipe spécialisée. A Bordeaux, notre Président est directement impliqué dans ce dispositif. Il nous en trace l'historique et les grandes lignes

Quelques réflexions sur le dépistage à la Maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan

Cet établissement a une capacité théorique de 450 places, et la moyenne d'occupation actuelle est supérieure à 800 détenus... 3 000 entrants par an, durée moyenne de séjour de 3 mois.

3 « quartiers » : 45 places de femmes, et majorité d'hommes adultes, un quartier de « jeunes détenus ». Il existe aussi un bâtiment de 40 places de semi-liberté (travailleurs en extérieur, moins accessibles aux soins de ce fait...).

Depuis 1987, a été mise en place une consultation avancée de Médecine Interne « dans les murs », en fait pour faciliter la prise en charge du VIH et éviter les extractions abusives et accompagnées de surveillants mal préparés et ignorants à l'époque des risques de transmission...

Le CDAG (Conseil Général) avait alors une vacation « IST » avec le dépistage systématique de la Syphilis... Ce qui permettait d'avoir en fait une vacation de dermato-vénérologie.

Un semblant de dépistage anonyme avait été mis en place mais rapidement remplacé par la proposition systématique de dépistage faite lors de la visite obligatoire à l'entrée des détenus avec, bien sûr, VIH et VHB, puis VHC en 1990, le CDAG ayant cessé ses activités intra-muros.

Depuis la création de l'UCSA en novembre 1995, le système n'a pas évolué, car il donne satisfaction, et permet la prise en compte rapide par l'équipe des résultats et donc une prise en charge adaptée des détenus.

Très peu de refus (autant pour le VIH que les hépatites) nous ont été opposés à ces examens. A notre connaissance aucun cas de discrimination ou exclusion ne nous a été relaté par les personnes détenues régulièrement interrogées...

Bien évidemment, le problème de la confidentialité était un vrai soucis dans la période 87-95 car le spécialiste « SIDA » était bien identifié et les consultations très ciblées... C'était aussi l'époque où les surveillants de l'infirmerie préparaient les trithérapies des détenus au même titre que les autres traitements !

Aujourd'hui, les intervenants étant plus nombreux, la prise en charge « diluée », ces questions se sont pacifiées. La prévalence du VIH a considérablement baissé (moins de 10 patients en trithérapie un jour donné), par contre l'hépatite C a pris le dessus, avec les difficultés que l'on sait en milieu carcéral pour la réalisation des bilans, et des traitements, surtout en Maison d'arrêt.

Au total, si le contexte a évolué dans beaucoup de domaines de façon favorable, il reste des difficultés pour la prise en compte des résultats des dépistages réalisés, non pas tant en terme de confidentialité, mais pour les soins qui en découlent : information, prévention, suivi, traitement, relais à la sortie...

LES COREVIH : QUELLES REALITES ?

Six mois après l'échéance théorique de mise en place des COREVIH (Novembre 2007), quel bilan peut-on faire aujourd'hui ?

La S.F.L.S a organisé le 02/04/08 la première assemblée des Vice-présidents et Présidents des COREVIH à laquelle étaient représentés la plupart des COREVIH.

D'autre part le conseil national de suivi des COREVIH s'est réuni le 19/05/08.

Des constats peuvent être réalisés aujourd'hui :

- La mise en place n'a pas toujours été facile parfois même conflictuelle.

- L'ensemble des COREVIH est maintenant constitué ou en voie de l'être (28 sur tout le territoire).

- La très grande majorité des COREVIH a élu son bureau et son président issu des collèges 1 ou 2. Pour plus de la moitié des COREVIH le vice-président est issu du collège 3 (milieu associatif).

- On note une très forte mobilisation du milieu associatif coordonné dans le cadre de la mission SIDACTION, maintenant relayé par l'association AIDES.

- Une des principales difficultés concerne le financement. Les enveloppes MIGAC étant souvent difficiles à identifier, tant dans leur montant que dans leur destination. Les recommandations du ministère et du comité national étaient pourtant claires et largement diffusées. La politique locale en région a été d'application variable.

- Certains ont pensé que les COREVIH pouvaient avoir un statut associatif, facilitant ainsi les aspects logistiques. Mais ceci ne semble pas en accord avec les textes officiels.

- La mutation entre le modèle CISIH et le modèle COREVIH est loin d'être évidente. Il apparaît dans de nombreux endroits que les responsables des COREVIH se trouvent bien isolés et en mal de reconnaissance.

- Le projet de la SFLS soutenu par le SIDACTION (sous la direction de Madame le Dr V.TIRARD FLEURY) devrait se mettre en place dans les semaines qui viennent. Son but est justement d'accompagner la mise en place des COREVIH avec une aide méthodologique.

Denis Lacoste

INFORMATION : UN PROJET D'APPUI POUR LES COREVIH

La mise en place des différents COREVIH est en train de s'achever. L'adéquation de cette organisation avec les changements de l'épidémie et du système de santé, le cadre réglementaire qui lui a été donné et la forte mobilisation des uns et des autres qui a accompagné la mise en place sont des atouts pour cette politique de santé publique. Cependant, des difficultés existent et l'investissement important demandé à l'ensemble des acteurs pour instaurer cette dynamique doit rapidement et concrètement montrer son intérêt afin qu'il soit pérenne. Pour aider cela, la SFLS développe un projet d'appui pour les COREVIH soutenu, en 2008, par Sidaction par son appel d'offres « Qualité de vie - Qualité des soins ».

L'origine du projet repose sur deux constats :

- 1) L'organisation des COREVIH touche un nombre important de sites géographiques et mobilise des acteurs divers. En fonction des contextes, favorables ou non, des compétences et des envies, des besoins, les COREVIH vont développer des « productions » et des « pôles d'excellence » hétérogènes portant sur des domaines variés. De plus, même si les modalités de fonctionnement sont relativement cadrées par les textes, chaque COREVIH va adopter dans les détails des modalités différentes pour celui-ci.

- 2) Dès la mise en place des COREVIH, on peut constater que certains d'entre eux rencontrent davantage de difficultés que d'autres et que celles-ci ne se situent pas toujours au même niveau.

Face à ces constats, les objectifs du projet sont :

- de favoriser l'échange d'expériences entre les COREVIH,

- de faciliter la transposition,
- de permettre à un COREVIH du Nord de la France, par exemple, d'être facilement informé d'une solution trouvée à un problème ou d'une « production » d'un COREVIH situé au Sud
- de donner des informations et un accompagnement pour aider les COREVIH en difficulté.

Le projet comporte deux axes :

La mise en place d'une boîte à outils. Le terme « outil » est entendu, au sens de « moyens pour parvenir à rendre une action efficace » ou encore au sens des savoirs, savoir-être et savoir-faire. Il est prévu que celle-ci soit mise en ligne sur le site de la SFLS. Les « outils » seront décrits succinctement et les coordonnées de la/ou des personnes ressources à contacter pour en savoir plus, voire pour le transposer dans sa région seront mentionnées. Il est prévu de proposer deux catégories d'outils différents. D'une part, il s'agit des « outils » concernant le fonctionnement du COREVIH (par exemple, règlement intérieur, site, adresse courriel, programme de travail, outils d'informations des membres du COREVIH et au-delà, des acteurs qu'ils représentent, rapport d'activité, ...). D'autre part, il s'agit des « outils » liés aux trois missions des COREVIH et par exemple (Comment le COREVIH X travaille avec le GRSP de sa région ? Le COREVIH Y a mis en place une organisation pour la recherche des perdus de vue... Comment le COREVIH Z utilise un outil de mesure de qualité de vie ?).

Une formation-action devrait regrouper en une session annuelle des membres des différents collèges et de plusieurs régions. Au-delà de quelques apports théoriques (T2A, MIGAC, GRSP, PRSP.....), elle devrait contribuer à aider les acteurs, selon leur place, à mieux faire fonctionner le COREVIH de leur région. Il ne s'agira pas d'une formation « classique » mais il est prévu de l'organiser avec une phase en amont de la session et une en aval permettant théoriquement une traduction concrète de la formation. Une fois les participants identifiés, une consultation sera faite auprès d'eux pour identifier les problèmes et les solutions possibles dans leur région. Il est important que cette formation puisse regrouper des COREVIH dont l'avancement en termes de mise en place, de fonctionnement et de réalisation des missions, soit différent et ait été plus ou moins facile.

En conclusion, l'efficacité de ce projet sera, en partie, liée à la contribution que pourront y apporter l'ensem-

ble des acteurs des différents collèges des COREVIH pour rendre pertinent et utile l'échange d'expériences proposées.

Véronique Fleury

SFLS

Président : D. Lacoste
Secrétaire : P. Simonet
Secrétaire adjoint : G. Pialoux
Trésorier : D. Rey
Trésorier adjoint : D. Grosshans

Vice-présidents et présidents des Commissions :

Formation : E. Billaud
Nord-Sud : W. Rozenbaum
Organisation des soins : J. Reynes
Psychiatrie-psychologie : C. Charmasson

Fabrication et diffusion

AEI, 4 rue Saint-Saëns
 75015 Paris
 Tél. : 01 45 79 03 04
 Fax : 01 45 79 07 80
 ISSN : 978-2-917405-05-5

Comité de rédaction

Rédacteur en chef :
 T. Prazuck (Orléans)

Rédacteurs associés :
 E. Billaud (Nantes)
 C. Charmasson (Paris)
 M. Doucet (Orléans)
 D. Lacoste (Bordeaux)
 M.F. Maître (Tours)
 G. Pialoux (Paris)
 D. Rey (Strasbourg)
 S. Tchamgoue (Libourne)
 N. Trocmé (Paris)
 J. Moreau (Marseille)
 R. Mansouri (Bobigny)

Les articles publiés dans La Lettre de la SFLS le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs. Tous droits de reproduction, d'adaptation et de traduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Directeur de la publication : Denis Lacoste



Programme
Séminaire de formation de la SFLS - Commission Psy-SFLS

Autour de l'annonce

Vendredi 13 juin 2008

Mairie du Xème arrondissement
72, rue du Faubourg St Martin
75010 PARIS

Matin

Accueil –Café : 8h30

Introduction :

« **Des CIDAG aux CDAG : l'envol d'un « I »** »

Dr Christiane CHARMASSON
Présidente de la Commission PSY-SFLS
PH- Psychiatre - Psychanalyste

« **Le dépistage rapide : l'annonce en direct** »

Pierre TESSIER
Directeur du Kiosque - Info - Sida

« **Dépistage : Irruption du réel ?** »

Isabelle Galland
Psychologue Clinicienne
COREVIH Strasbourg

« **L'effet d'annonce et les faits d'annonce** » ou si les
« **fées** » m'étaient contées... »

Anne Leclancher
Psychologue Coordinatrice
Réseau Ville – Hôpital l'AVIH –Torcy (77)

« **Le Traumatisme : Une approche psychanalytique
du trauma à partir de la clinique** »

Marianne Caussègue-Portillo
Psychologue Clinicienne
COREVIH Bordeaux

DEJEUNER - BUFFET

Après-midi

« **Addiction et conduites à risques : intervention
précoce au CDAG** »

Sophie GOUTTE
Psychologue Clinicienne
CSST le Trait d'Union- Boulogne Billancourt (92)

« **On m'a dit que j'étais enceinte et séropositive** »

Pascale VIDAL
Psychologue, Psychanalyste
Pédiatrie III CHU Montpellier (34)

« **Parents séropositifs- enfants séronégatifs :
l'annonce de la séropositivité parentale** »

Grégory PÉREZ
Psychologue Clinicien
Responsable « Parentalité et VIH »
ALS (69)

DISCUSSION GENERALE – CONCLUSION

Echanges –Débats après chaque intervention

ARGUMENTAIRE

« AUTOUR DE L'ANNONCE »

Au moment où la question du «dépistage rapide» se profile, celle du moment de «l'annonce» prend un relief tout particulier. Nous le savons, l'expérience des multiples confrontations à une révélation de séropositivité au VIH nous propulse toujours dans une clinique du Trauma.

La confirmation d'une séronégativité impose tout autant un lieu et un temps «d'annonce».

Les bouleversements identitaires lors du dévoilement d'un statut sérologique ne sauraient se réduire au fait biologique. La place du fait psychique, par cette effraction dans l'intime du sujet, implique une approche, une écoute et un projet d'accompagnement qui réunisse, pour une prise en charge globale, les différents acteurs de soins.

Cette journée vous invite à nous enrichir de vos témoignages par une large place réservée aux échanges.



Regards croisés, vieillesse et VIH

Exposé de Charlotte Herfray

Le vieillissement nous rapproche de la mort, c'est un processus qui s'accompagne de multiples pertes, de deuils à faire. C'est un lent travail de renoncement, de séparation, de remaniements que ce soit sur le plan affectif, familial, social.

Au cours du vieillissement, le corps est de moins en moins silencieux : fatigue, douleurs, les forces déclinent.

Petit à petit, on se découvre un autre, jusque dans l'incapacité de se porter secours à soi-même.

Certes, le vieillissement nous rapproche de la mort, nous sommes mortels, mais cette mort est par essence irréprésentable : nous n'avons pas de représentation de notre propre mort.

Reste que nous sommes des êtres de langage, et que par la parole, par le regard, l'attention de l'autre (l'autre, Autrui au sens de E. Lévinas, mais aussi un autre symbolique : un livre, une œuvre d'art...) nous maintient dans un désir indestructible, une infinie demande qui s'adresse à l'autre.

Exposé de Richard Salicru

Richard nous rappelle que l'annonce du VIH et la maladie Sida opèrent prématurément des remaniements psychiques, des deuils, et fragilisent le rapport à l'autre (ré-investir des rapports amoureux, une vie professionnelle etc...)

L'annonce du VIH provoque un arrêt du temps, du temps à vivre ; comment conjurer le temps, quel temps reste-t-il ? Peut-on être vieux avant l'âge ?

L'expérience professionnelle de Richard jusqu'à peu : la clinique des personnes atteintes par le VIH et aujourd'hui, la clinique de la personne âgée, le renvoi à l'exclusion, à l'isolement des vieux.

Les patients VIH deviennent vieux. Le Sida va-t-il faire bouger la question de la vieillesse dans notre société ? Rappelons-nous les effets de la canicule de 2003, illustration tragique du drame de la mise à l'écart des personnes âgées dans notre société. Nous nous souvenons ici de la réflexion de Daniel Defert , il y a 20 ans sur le Sida comme « analyseur social ».

Au cours du débat, plusieurs questions et témoignages ont enrichi la réflexion ;

-le Sida : maladie chronique au sens : comme les autres maladies chroniques ? Peut-être, mais avec

ses aspects spécifiques : le rapport à la sexualité, le rapport à l'autre dans l'intime,

-La solitude, l'exclusion, dans le vieillissement comme au cours du VIH,

-La sexualité des personnes âgées, dérangeante pour certains, découvrir sa séropositivité quand on est vieux.

Que faisons-nous, nous les psy ?

Quel est notre rôle ?

Celui d'être là, d'accompagner les questionnements que chaque patient est amené à faire.

Sommes-nous des spécialistes du VIH ? Peut-être pas au sens où nous ne sommes pas supposés savoir pour l'autre, mais nous sommes présents pour offrir un espace d'écoute et de liberté, face à la maladie, face au vieillissement.

MarianneCausseque-Portillo

Patricia Paillet

Bibliographie : la vieillesse en analyses, Charlotte Herfray édition érès arcanes