



REVI-HOP 06, Bulletin 32, 1^{ère} partie

Participent au comité de rédaction : S. AKOKA, Chef de Service, Entractes Nice
R. COLLOMP, Pharmacien, CHU de Nice - C. LACROIX, Maître de Conférence en sciences humaines et sociales, Nice - P.L. LASSALLE, Médecin Généraliste, Vence - D. OUZAN, Médecin Hépatologue, Institut Arnault Tzanck- B. PROUVOST-KELLER Médecin Coordinateur, Réseau Ville-Hôpital VIH du 06, CHU de Nice - G. SIBILLI, Educateur Spécialisé, CSAPA ACTES Nice - A. TOSETTI, Infirmière, Entractes Nice.

Le mot du Comité de rédaction

Nouvelle forme ? Nouveau départ ? Rien de tout cela... Alors qu'on parle de plus en plus d'un suivi extra hospitalier des patients VIH +, le Bulletin, comme l'ensemble des activités du réseau, n'est plus financé ⁽¹⁾. Les permanents du réseau sont en partie « redéployés » et on demande à REVI-HOP 06 de mettre en place un nouveau projet.

Néanmoins, ce Bulletin, le trente deuxième du nom, a été conçu, réfléchi, travaillé par les membres du comité de rédaction avant que ces nuages ne s'amoncellent. Il parviendra à ses lecteurs. Ce sera en fonction du temps disponible, par bribes et sous forme dématérialisée. Dommage pour les nombreux fidèles du papier. Si vous en connaissez, n'hésitez pas à leur faire passer ce courrier ou les faire venir sur le site www.revihop06.org.

Comme souvent, à côté de la diffusion de recommandations actualisées sur le dépistage et la prise en charge tant médicale que sociale, nous abordons des sujets plus confidentiels voire polémiques comme l'éducation à l'injection chez les usagers de drogues, ou les discours sur le patient responsable de sa santé. L'usager de drogue par voie intraveineuse est-il irresponsable ? L'accompagner dans le geste de l'injection, est ce une reconnaissance de sa responsabilité ? Que recherchent nos institutions quand elles parlent de la responsabilité des patients ? A l'heure des maladies chroniques, comment se vit au quotidien ce « rôle attendu » de « patient acteur de sa santé » ? Et tous ceux qui ne rentrent pas dans ce cadre, sont-ils condamnés ? Comment la relation des soignants aux soignées en est-elle modifiée ? Au total, tout cela va-t-il vers une réelle amélioration ?

Même si l'aventure du Bulletin se termine, la réflexion et le débat sont toujours nécessaires. Que l'esprit critique, la vigilance et la créativité continuent de nous habiter ! Un très grand merci à vous tous, nos lecteurs qui, pour certains, ont été fidèles pendant des années.

Le comité de rédaction

(1) Le Groupement Régional de Santé Publique n'a pas ouvert d'appel d'offre en 2009. La Mairie de Nice nous a octroyé 1000 € pour l'organisation de soirées multidisciplinaires. Le Conseil Général des Alpes-Maritimes ne nous a pas subventionné et nous attendons encore (le 21 06 2010) la réponse du Conseil Régional Provence Alpes Côtes d'Azur.

Sommaire

- Le mot du comité de rédaction **P 01**
- Dépistage de l'infection par le VIH en France : synthèse et recommandations, octobre 2009 **P 02**
- Apprendre l'injection aux usagers de drogues ? **P 03**
- Responsable, irresponsable, déresponsabilisé... malade **P 05**
- Du côté du médicament **P 07**
- Quelques brèves **P 09**

Juillet 2010

Dépistage de l'infection par le VIH en France : synthèse et recommandations, octobre 2009 ⁽¹⁾

Devant la persistance d'un retard au diagnostic de l'infection par le VIH, une nouvelle stratégie de dépistage a été proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec deux volets :

- **L'un répond à l'objectif d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard au diagnostic.** Il consiste en la proposition du test de dépistage de l'infection par le VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, **sans notion d'exposition à un risque particulier**. Cette stratégie repose sur la mobilisation active des médecins généralistes et d'autres acteurs de santé. Une sensibilisation préalable du grand public apparaît comme indispensable.

Proposition du dépistage du VIH à toute personne de 15 à 70 ans

Cette recommandation vise également à modifier le regard porté sur le dépistage de l'infection par le VIH et à promouvoir l'idée que la connaissance du statut sérologique de la population peut être à l'origine de bénéfices importants, tant à l'échelon individuel que collectif. Les résultats et l'impact de cette stratégie devront faire l'objet d'une évaluation après une première période de 5 ans.

- **L'autre volet tient compte de l'hétérogénéité de l'épidémiologie de l'infection par le VIH en France et de la persistance de groupes de population plus particulièrement affectés.** Il consiste en la proposition ciblée et régulière, une fois par an, du test de dépistage de l'infection par le VIH pour certaines populations, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois, usagers de drogues injectables, personnes originaires d'une zone de haute prévalence ou en situation de prostitution ou dont les partenaires sexuels sont porteurs du VIH ou si elles sont susceptibles d'être porteuses du virus de l'hépatite B ou C.

Par ailleurs, la HAS considère que le recours volontaire au dépistage doit être encouragé et facilité et ainsi demeurer l'un des piliers du dispositif, reposant notamment sur les médecins généralistes et les Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits.

Enfin, la HAS recommande que la proposition de dépistage en population générale s'accompagne d'une information afin d'obtenir un consentement éclairé et d'une appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test.



Denis OUZAN, comité de rédaction. L'auteur a déclaré l'absence de conflit d'intérêt.

(1) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf

Apprendre l'injection aux usagers de drogues ? ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾

Stéphane AKOKA (S. A.) : Depuis 1987 les Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse (UDVI) bénéficient d'un accès au matériel d'injection stérile. Cette politique a permis une diminution très importante du nombre de contaminations par le VIH. N'est ce pas suffisant ? Pourquoi aller plus loin ?

Eric SCHNEIDER (E. S.) : En 1987, l'accès au matériel d'injection stérile a été rendu possible dans les textes ; il n'a réellement été effectif qu'au milieu des années 1990. Le don de matériel est une chose. Mais il est très insuffisant s'il n'est pas accompagné d'une « formation » de l'utilisateur à l'injection. En effet, malgré les représentations que nous nous faisons, tous les UDVI ne savent pas forcément s'injecter correctement et/ou préserver leur capital veineux. Beaucoup sont sous-informés sur les risques multiples liés à l'injection. Le nombre de contaminations par le VIH a certes chuté, mais les nouvelles générations d'UDVI et d'intervenant(e)s en toxicomanie sont peu formés et connaissent peu l'histoire de la Réduction des Risques (RdR) et de l'épidémie de sida. Sans formation, ceci peut aboutir à un risque de relâchement des pratiques et une distribution « routinière » du matériel d'injection. Grâce à la RdR nous avons réussi à fortement diminuer le nombre de contaminations par le VIH. Il ne faut pas s'endormir sur nos lauriers car les contaminations par le VHC sont en augmentation et le risque de remontée des contaminations par le VIH est toujours présent.

Beaucoup d'UDVI sont sous-informés des risques multiples liés à l'injection

S. A. : Pouvez-vous nous préciser tout l'intérêt d'apprendre aux UDVI à s'injecter à moindres risques ?

E. S. : Il y a plusieurs réponses. Tout d'abord préserver le potentiel veineux. L'apprentissage de l'injection à moindre risque permet d'engager le débat sur les risques cutanés et leurs conséquences : abcès, septicémie voire gangrène et amputation.

Ensuite, les nouveaux UDVI, peu informés, peuvent prendre des risques par méconnaissance de la transmission du VIH et/ou du VHC et des moyens de la RdR ⁽⁴⁾. D'autres UDVI, lorsqu'ils n'ont pas assez de matériel d'injection stérile, élaborent des stratégies pour réduire les risques de contamination en instaurant un ordre de passage en fonction du statut sérologique déclaré par chaque personne

Par exemple, les premiers à utiliser la seringue et le petit matériel sont ceux qui se déclarent négatif au VIH et au VHC auprès de leurs pairs ; puis viennent ceux qui n'ont que le VHC, suivis par ceux qui sont uniquement positif au VIH ; viennent enfin ceux qui sont VHC et VIH positifs. Ceci pose de vraies questions : l'utilisateur connaît-il/elle sa séropositivité au VIH et/ou au VHC ? Les personnes sont-elles réellement prêtes à la dévoiler alors qu'elles sont en attente de la consommation d'un produit ? Ces mêmes personnes ne connaissent pas nécessairement l'aspect mutant du virus du VIH ou le fait qu'il y a plusieurs génotypes de VHC, et, donc, ne sont pas sensibilisées sur les risques de surcontamination. D'où la nécessité de rappeler

encore et toujours les **règles de prévention : ne pas partager le matériel d'injection.**



Enfin, le dernier argument justifiant d'apprendre aux UDVI à s'injecter à moindre risque est lié au retour de l'héroïne sur le marché Français qui est clairement constaté ⁽⁵⁾ associé à une augmentation des décès par overdose d'opiacés ⁽⁴⁾. Il s'agit d'héroïne parfois à haute teneur (20 à 60%) ⁽⁵⁾, donc en situation de créer une vraie « concurrence » à la substitution, mais aussi à haut potentiel d'overdose. Les UDVI ne sont pas/plus habitué(e)s en France à un produit à ce niveau de concentration. L'impression de « sécurité » induit par l'utilisation des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO), et la baisse des overdoses depuis leur instauration, a pour résultat qu'il n'existe quasiment aucun programme de formation à la prévention de l'overdose, tant pour les UDVI que pour les intervenant(e)s en toxicomanie.

S. A. : Existe-t-il des exemples dans d'autres pays d'actions similaires à la vôtre ?

S. C. : Pour ne citer qu'eux, l'Allemagne, la Hollande, l'Espagne, la Suisse et le Portugal ont non seulement de tels programmes, mais aussi des salles de consommation, permettant une vraie supervision de l'injection, une réaction rapide en cas d'overdose et, éventuellement, un accompagnement vers le passage de l'injection au traitement.

S. A. : Comment se situe votre action par rapport au cadre légal français ?

S. C. : La loi de 1970 ne permet pas d'être objectif dans la présentation des produits. Nous sommes dans un paradoxe qui nous oblige à être subtils dans nos pratiques professionnelles. Si on veut être crédible avec les usagers il faut pouvoir aborder les différents effets des produits. Or il est illégal de parler « d'effets positifs ». Nous parlons donc plutôt « d'effets recherchés »...

Depuis 2004, la RdR est entré dans la loi ⁽⁶⁾. Mais son application actuelle se limite à une prévention des épidémies chez les UDVI. C'est oublier que le VIH et le VHC peuvent être transmis par d'autres voies que l'injection comme le sniff ou les rapports sexuels. La RdR ne peut se contenter de ne cibler que les injecteurs, ou faire du chiffre en nombre de seringues distribués sans que les divers messages de prévention ne soient transmis dans l'instauration d'un vrai dialogue autour des pratiques. Néanmoins, l'accompagnement à l'injection, s'il permet d'aborder d'autres risques est complètement cohérent avec les objectifs affichés de la RdR.

Stéphane AKOKA, comité de rédaction. L'auteur a déclaré l'absence de conflit d'intérêt.

- (1) Entretien d'Eric SCHNEIDER, chargé de direction association ACCES, réalisé le 11 juin 2010
- (2) La philosophie de l'association ACCES repose sur le « Counselling Humaniste », non directif, centré sur la personne (Carl ROGERS). Ses objectifs sont de : lutter contre les épidémies, l'exclusion et la discrimination sous toutes ses formes ; faciliter l'accès à la prise en charge et aux soins ; donner un temps d'écoute (Counselling aux personnes en difficultés) ; accueillir tous publics sans regards sur leur situation, origine, croyance, identité sexuelle. Elle propose des actions en direction des personnes (migrants, malentendants, en rupture de prise en charge...). Elle forme ou supervise des équipes dans le domaine de la RdR.

ACCES : 55 rue Saint Basile, 13001, Marseille ; Tel : 04 91 500 375 ; Fax : 04 91 624 120 ; E-mail : aces13@wanadoo.fr
- (3) CRIPS îles de France, INPES. Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse juillet 2009. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1236.pdf>
- (4) JANSSEN E., PALLE C. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. Tendances, Mai 2010 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxjejq5.pdf>
- (5) LAHAIE E., CADET-TAIROU A., JANSSEN E. Composition de l'héroïne et connaissance des usagers ; Résultats de l'enquête SINTES observation mars 2007 juin 2008 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxelq2.pdf>
- (6) Article L3121-4 Modifié par la [Loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 71 JORF 17 août 2004](#)

Responsable, irresponsable, déresponsabilisé... malade

Quelle est la dimension de responsabilité des patients dans notre système de santé ? De quelle manière le rôle « attendu » des malades dans leur participation aux soins est-il envisagé dans les discours institutionnels du gouvernement, de la santé publique, de la sécurité sociale et des diverses institutions du domaine de la santé ?

Du code de la santé publique à la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) ¹, de la Conférence Nationale de Santé à son partenariat avec l'Institut Droit et Santé et l'Inspection générale des affaires sociales qui, dans le cadre de la question du respect des droits des usagers du système de santé, travaillent à un rapport sur les refus de soins ², l'encadrement juridique de la question de la responsabilité des patients devient la norme associée à la question de la protection des droits des usagers. Les institutions étatiques ou gouvernementales offrent un discours centré sur la dimension légale et contractualiste des droits des patients et des devoirs des médecins et des institutions.

L'encadrement juridique de la question de la responsabilité des patients devient la norme

Dans le code de la santé publique, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé ³, mêle confusément le droit à l'information et la question de l'expression de la volonté de la personne, de son consentement libre et éclairé et de sa prise de décision.

La commission des comptes de la Sécurité Sociale avance « *la responsabilisation essentielle des patients* » comme contrepartie « *à la liberté de choix dans le recours aux soins en raison de taux de remboursement élevés et d'un libre accès à l'ensemble des professionnels* » ⁴.

Les institutions du domaine de la santé axent leur réflexion sur la relation médecin/patient. Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans le Bulletin de l'ordre des médecins qui publiait en 2004 un dossier sur « *La maturité des patients, une chance pour le système de santé* » ⁵, préférait le terme de partenaire à celui de responsable, le médecin restant responsable de la santé de son patient. Dans ce même dossier, le directeur général de l'Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé (INPES) semblait intégrer les mutations sociales à son discours : « *En modifiant les rôles de chacun dans le processus de soins, la responsabilisation des patients doit permettre de créer un échange, faire naître un véritable partenariat, une responsabilité partagée* ».

L'approche strictement juridique de la question éthique de la responsabilité peut-elle qualifier la relation médecin/patient ? L'intrusion du législatif dans le relationnel permet-il de saisir la construction d'un échange entre « adultes responsables », d'une responsabilité partagée ?

L'intrusion du législatif dans le relationnel permet-il de saisir la construction d'un échange entre « adultes responsables » ?

Si l'on s'attache à la notion de responsabilité, différents niveaux de définition enrichissent notre réflexion⁶:

- L'idée d'un état : les parents sont considérés, et l'exemple n'est pas innocent, comme responsables des dommages causés par leurs enfants ;
- L'idée d'une capacité : la responsabilité serait fonction du degré de discernement d'un individu ;
- L'idée d'une obligation signifiant qu'être responsable est d'avoir à répondre de ses choix, ses actes, sa conduite ;
- La responsabilité se présente aussi comme une institution qui impose du dehors sa contrainte. En tant que structure, le système de la responsabilité met en relation de réciprocité le responsable et l'autorité ;
- Enfin, la responsabilité peut être une situation vécue, une réalité éprouvée par un sujet.

Cette dimension de la relation associée à la réciprocité de sujet à sujet nous engage à **penser la nécessité d'un processus de responsabilisation**. La question que tait la loi, que brouillent les institutions sociales et qui n'est pas clairement énoncée est bien celle de la position et de l'évolution des individus à l'intérieur du système (de santé).

Un exemple nourrit notre propos : la chronicisation des pathologies. L'état de maladie devient état de vie, il brise les représentations antérieures du sain et du malade, mais plus encore, il efface les frontières entre le normal et le pathologique et entraîne une reconfiguration nécessaire de la relation de soi à soi, de soi à autrui et de soi au monde. Cette relation identitaire, constitutive de l'individu et de sa responsabilité peut être mise en questions :



- la question de l'identité du malade chronique et de ses variations, plus ou moins brusques, déstabilisantes ou définitives ;
- la question de la différence et de son rapport à l'autre, à ce qui s'oppose ou diffère de soi ;
- la question de l'unité et de sa participation à un ensemble, au collectif, au tout.

Et ces interrogations s'incarnent avec plus ou moins d'intensité en chaque individu.

L'individu, quelle que soit la conscience qu'il en ait, doit se (re)construire sans cesse. Il définit son identité et sa responsabilité dans les relations et les corrélations qu'il tisse à lui-même, à autrui et au monde, même si ce n'est que de manière éphémère, appelée à se renouveler.

La question de la responsabilité gagnerait à être envisagée dans sa dimension processuelle de responsabilisation, dans un système social (et/ou de santé) où les éléments pourraient être considérés comme fluctuants, variables et entrant en relation, et où cette variabilité ne serait pas figée par une normalisation juridique qui opprime une éthique du processus.

Céline LACROIX, comité de rédaction. L'auteur a déclaré l'absence de conflit d'intérêt.

(1) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id#JORFSCCTA000020879477> On peut s'intéresser ici à la question de l'éducation thérapeutique.

(2) En date du 10 juin 2010, les avancées de ce travail partenarial sont consultables en ligne sur le site du Ministère de la Santé et des Sports <http://www.sante-sports.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante.html>

(3) Cf. Article L1111-4 modifié par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – art.11 JORF 5 mars 2002, (en ligne) http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=CF9BECA63EEAFE0923B6D57072EEFA41.tpdjo14v_3?idSectionTA=L_EGISCTA000006170993&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20050422

(4) <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/ccss/a-02/dpresse/4securite.htm>

(5) <http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/Archives/html/403/403BOMN403P09A1.htm>

(6) Les notions philosophiques, entrée « responsabilité ». Encyclopédie philosophique universelle. Paris, PUF, 1990

Du côté du médicament

Le darunavir (PREZISTA®) est un Inhibiteur de Protéase (IP) actif dans l'infection par le VIH-1. Jusqu'à présent, il était disponible au dosage de 300 mg. **Quatre dosages à 75 mg, 150 mg, 400 mg et à 600 mg sont maintenant disponibles.** Le dosage à 400 mg est indiqué à la posologie de 2 comprimés co-administrés avec 100 mg de ritonavir (NORVIR®) en une prise par jour et en association avec d'autres médicaments AntiRétroviraux (ARV), dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1) chez les adultes naïfs de traitement ARV. Le dosage à 600 mg est indiqué à la posologie de 1 comprimé co-administrés avec 100 mg de ritonavir (NORVIR®), deux fois par jour et en association avec d'autres médicaments ARV, dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1) chez les adultes prétraités par les ARV, y compris les patients lourdement prétraités. Les dosages à 75 mg, 150 mg, 400 mg et 600 mg sont indiqués chez les enfants et adolescents prétraités par les ARV à partir de 6 ans et pesant au moins 20 kg. La prise de ce médicament doit se faire dans les 30 minutes suivant la fin d'un repas.

Le darunavir (PREZISTA®) est soumis à la règle de la prescription initiale hospitalière annuelle. Le renouvellement peut être assuré par tout médecin. Ces quatre nouveaux dosages sont disponibles dans les pharmacies d'officine et les pharmacies hospitalières.

Source : Courrier des laboratoires Tibotec Janssen-Cilag de septembre 2009

L'étravirine (INTELENCE®) est un Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INNTI). Il est indiqué en association avec un Inhibiteur de Protéase (IP) boosté et d'autres AntiRétroviraux (ARV) dans le traitement de l'infection par le Virus de l'Immuno déficience Humaine de type 1 (VIH-1) chez les adultes prétraités par des antirétroviraux. L'étravirine (INTELENCE®) a été évaluée en association avec un traitement antirétroviral optimisé incluant du darunavir/ritonavir (PREZISTA®/NORVIR®) chez des patients lourdement prétraités par des ARV. La posologie est de 2 comprimés à 100 mg matin et soir à la fin d'un repas. Ces comprimés sont dispersibles dans un verre d'eau. Ils doivent alors être absorbés immédiatement et, pour que le médicament soit entièrement pris, il faut rincer plusieurs fois le verre et l'eau de rinçage doit être avalée entièrement par le patient.

Des cas sévères de syndromes d'hypersensibilité, dont des syndromes DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) et de Lyell (nécrolyse épidermique toxique) d'évolution parfois fatale ont été rapportés avec l'utilisation d'étravirine (INTELENCE®). Les manifestations cliniques du syndrome DRESS se caractérisent par la survenue d'une éruption cutanée, de fièvre, d'une éosinophilie et d'une atteinte systémique incluant, mais non limitée à, une éruption cutanée sévère ou une éruption cutanée accompagnée de fièvre, de malaise général, de fatigue, de douleurs musculaires ou articulaires, de bulles, de lésions buccales, de conjonctivite, d'hépatite, d'éosinophilie. Le délai d'apparition est généralement de 3 à 6 semaines et l'évolution est, dans la plupart des cas, favorable après arrêt du traitement et instauration d'une corticothérapie.

En cas de survenue d'une éruption cutanée sévère, ou d'une réaction d'hypersensibilité sévère, les patients doivent être informés de la nécessité de consulter leur médecin. Le traitement par l'étravirine (INTELENCE®) doit être arrêté immédiatement en cas de diagnostic d'hypersensibilité. Un retard dans l'arrêt du traitement par étravirine (INTELENCE®) après l'apparition d'une réaction cutanée sévère peut mettre en jeu le pronostic vital. Chez les patients dont le traitement a été arrêté en raison de réactions d'hypersensibilité, le traitement par étravirine (INTELENCE®) ne doit pas être réintroduit. Ce médicament est soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Son renouvellement peut être fait par tout médecin. Il est disponible en pharmacies d'officines et hospitalières.

Source : Courriers des laboratoires Tibotec Janssen-Cilag datés d'août 2009 et du 19 octobre 2009, Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de l'étravirine (INTELENCE®)

Le raltégravir (ISENTRESS®) est un Inhibiteur de l'Intégrase (II). Il était indiqué en association avec d'autres AntiRétroviraux (ARV) dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1) chez les adultes prétraités par des ARV. Il est maintenant indiqué, en association avec d'autres ARV dans le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients adultes, naïfs de traitement ou déjà prétraités. La posologie recommandée est d'un comprimé de 400 mg deux fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. Ce médicament est soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Son renouvellement peut être fait par tout médecin. Il est désormais disponible en pharmacies d'officines et hospitalières.

Source : Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du raltégravir (ISENTRESS®) mis à jour le 09 09 2009

Le Président de la Corevih Paca-Est a diffusé une information concernant le maintien d'un traitement antirétroviral comportant de la stavudine (ZERIT®) ou de l'indinavir (CRIXIVAN®) et a demandé au Comité des AntiViraux (CAV) du CHU de Nice de proposer aux médecins en charge de ces patients de réévaluer chaque situation.

En effet, **la stavudine (ZERIT®)** présente un risque de neuropathie et de lipo-atrophie. C'est l'Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INTI) exposant le plus au risque de toxicité mitochondriale ⁽¹⁾. **L'indinavir (CRIXIVAN®)** provoque des coliques néphrétiques ⁽¹⁾. Compte tenu des traitements actuellement disponibles, ces 2 médicaments ne sont plus recommandés en première intention ⁽¹⁾.

Par ailleurs, au vu de publications récentes de cas rares mais graves d'hypertensions portales sévères non cirrhotiques chez des patients traités au long cours par **la didanosine (DDI ou VIDEX®)** ⁽²⁾ et du risque de neuropathie périphérique et de pancréatite parfois mortelles ⁽¹⁾, le CAV du CHU de Nice a proposé de réévaluer également les patients traités par ce médicament.

Il y a des patients traités par l'un de ces trois médicaments. Chez certains d'entre eux, le meilleur choix est de poursuivre le traitement à l'identique alors que chez d'autres, il peut être changé car il existe des alternatives présentant un meilleur rapport bénéfice/risque.

Si vous êtes un patient ou si vous suivez un patient avec l'un de ces trois médicaments et dont le traitement n'a pas été réévalué récemment, nous vous suggérons de faire rapidement le point : patient, médecin traitant et médecin hospitalier. Si besoin, les médecins en charge du patient pourront présenter le dossier du patient au CAV chaque mardi après-midi pour bénéficier d'un avis complémentaire.

En cas de question n'hésitez pas à contacter le réseau.

(1) Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2008 sous la direction du Professeur P. YENI. Médecine Sciences Flammarion; 32-45

(2) VISPO E., MORENO A., MAIDAA I., BARREIRO P., CUEVAS A., ALBERTOS S., SORIANO V. Non cirrhotic portal hypertension in HIV-infected patients: unique clinical and pathological findings. AIDS 2010, 24:1171-1176

Les Résumés des Caractéristiques du Produit (RCP) sont disponibles sur simple demande au réseau ville-hôpital Tél. 04 92 03 54 09 Fax : 04 92 03 54 10, e.mail revi-hop06@chu-nice.fr

La rubrique « Du côté du médicament » est réalisée avec l'aide du Centre Régional de Pharmacovigilance <http://pharmacovigilance-sante-publique.pharmacovigilance-nice.fr/> et de la Pharmacie de l'hôpital de l'Archet, CHU de Nice

Quelques brèves

- **Annuaire informatisé du réseau sur le site www.revihop06.org** : près de 900 adresses sont actuellement disponibles, principalement sur le département des Alpes-Maritimes et l'est du Var. Cet annuaire est organisé en 31 rubriques telles que les Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) PACA, les services hospitaliers spécialisés VIH du 06 et de l'est du Var, les lieux de mise à disposition de matériel stérile pour usagers de drogues du 06, les médecins libéraux du 06 impliqués dans la prise en charge des personnes VIH +, les soins à domicile, l'aide à l'hébergement en ville dans le cadre du soin, la prise en charge des addictions, les Centre médico-psychologiques, les Caisses primaires d'assurance maladie / Caisse régionale d'assurance maladie, etc... Il a été élaboré en collaboration avec la COREVIH PACA-est. Malgré les difficultés actuelles du réseau, le site web est toujours ouvert. Profitons-en !
- **Matinée sociale : Le droit opposable au logement à travers quelques situations concrètes le lundi 4 octobre 2010 de 9h00 à 12h00** à l'hôpital de l'Archet 1 salle de réunion 7^{ème} niveau.

Inscriptions <http://www.revihop06.org/formation/inscription.php>