

4 | ASPECTS PARTICULIERS

- 4.1 Mesures visant au maintien ou à l'amélioration de la santé.....
- 4.2 Désir d'enfant et grossesse malgré le VIH.....
- 4.3 VIH et grossesse.....
- 4.4 Le VIH chez l'enfant.....
- 4.5 Le VIH chez la femme.....
- 4.6 Le VIH et l'hépatite.....
- 4.7 Indications concernant le remboursement des frais de médicaments.....

4.1 | Mesures visant au maintien ou à l'amélioration de la santé

Les personnes séropositives qui ne présentent aucun signe d'infection à VIH ou presque peuvent conserver leur mode de vie habituel. Lorsque le système immunitaire est déjà fortement déprimé, une thérapie antirétrovirale représente la meilleure protection, de loin la plus efficace, contre une infection opportuniste. Par conséquent, un traitement antirétroviral entamé à temps peut empêcher l'apparition de ce type d'infections. Les personnes tombées gravement malades par suite de l'infection doivent, quant à elles, apprendre à s'adapter à une situation nouvelle, ou prendre des mesures destinées à rendre la situation plus tolérable; les pages suivantes présentent un certain nombre de recommandations et de réflexions à ce sujet.

Recommandations pour la vie de tous les jours

Quiconque surmonte une maladie, grave qui plus est, traverse régulièrement des périodes de crise. Il est fort possible que ce déséquilibre psychique exerce, à court terme, une influence négative sur le système immunitaire. Rien n'indique toutefois de manière indubitable que des problèmes psychiques puissent avoir, à long terme, une influence défavorable sur le cours de la maladie. Il est conseillé aux personnes souffrant de problèmes psychiques de demander l'aide d'un professionnel (cf. chapitre 8). Vous trouverez des adresses dans l'appendice.

Il n'est pas toujours possible d'éviter le **stress**, qui peut nuire à la qualité de vie. Il faut donc absolument mettre au point des stratégies pour y remédier. Une grande variété de cours sont proposés dans ce but; des techniques telles que le training autogène peuvent être apprises. Les méthodes que chacun peut appliquer seul se révèlent spécialement utiles.

La pratique raisonnable du **sport** est recommandée, car elle a une incidence positive sur le bien-être. Le sport permet également d'atténuer les éventuelles séquelles de troubles du métabolisme susceptibles d'apparaître lors d'un traitement anti-VIH combiné (chapitre 2.3). Quiconque n'a pas pratiqué de sport depuis longtemps devra recommencer progressivement et éviter de pratiquer un sport de compétition.

Les **animaux domestiques** sont les bienvenus tant que leur garde (soins, alimentation, sorties) ne pose aucun problème. Ils contribuent à l'équilibre psychique de nombreuses personnes. Toutefois, il ne faut pas oublier que les chats peuvent transmettre à l'homme l'agent de la toxoplasmose par les contacts rapprochés et par leurs excréments. 50% de la population suisse environ possède déjà des agents pathogènes de la toxoplasmose dans l'organisme. Les personnes qui ne sont pas encore infectées ne peuvent souffrir de toxoplasmose cérébrale même en cas d'immunodéficience prononcée. Ici aussi, les animaux domestiques ne représentent aucun danger pour les personnes qui suivent un traitement antirétroviral et qui prennent des précautions.

Rien ne permet d'affirmer que les germes présents dans les **plantes d'appartement** constituent un danger pour la santé.

L'**alcool** et la **nicotine** n'exercent pas en soi d'influence négative sur l'évolution naturelle d'une infection à VIH. Les personnes alcooliques présentent toutefois souvent des affections du foie. Concernant la consommation d'alcool, les personnes séropositives sont soumises aux mêmes conditions que tout un chacun. Il y a risque de lésion pour le cerveau, le système nerveux, le foie, le pancréas, le muscle cardiaque ainsi que d'autres organes et tissus dès que la quantité d'alcool consommée chaque jour depuis un laps de temps prolongé excède 60 grammes chez l'homme et environ 40

grammes chez la femme. L'alcool est en principe une drogue, soumise à un accroissement de la tolérance; autrement dit, la quantité régulièrement consommée doit être peu à peu augmentée pour que l'alcool puisse produire l'effet souhaité sur le psychisme. Et la quantité tolérée ne tardera pas à être dépassée.

Il convient, par ailleurs, de tenir compte des aspects suivants:

- L'alcool est une substance dite psychotrope, c'est-à-dire un agent qui influe sur le cerveau. Il y affecte des fonctions importantes. Consommé avec d'autres substances sédatives, il renforce considérablement leur action. C'est notamment important pour les personnes qui prennent de la méthadone. Les médicaments anti-VIH ne sont pas des substances psychotropes; ils ne renforcent donc pas l'effet de l'alcool.
- L'alcool accroît sensiblement le taux d'abacavir dans le sang (inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse) sans renforcer pour autant les effets secondaires indésirables du médicament. Le taux d'autres substances anti-VIH ne semble pas être influencé par la consommation simultanée d'alcool. De leur côté, les médicaments anti-VIH ne modifient pas la concentration d'alcool dans le sang.
- La ddI, inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, peut parfois occasionner une inflammation du pancréas, situé sous le diaphragme et derrière le foie, laquelle provoque de vives douleurs dans le haut du ventre, qui se diffusent souvent dans tout l'organisme et s'accompagnent, par exemple, de nausées, de vomissements et de fièvre. Cet effet indésirable est plus fréquent en cas de consommation d'alcool.
- Bon nombre de personnes séropositives souffrent en même temps d'une hépatite chronique B ou C, qui, après de nombreuses années, peut entraîner une altération des tissus hépatiques (cirrhose du foie) et une réduction progressive du fonctionnement organique, ou bien un cancer du foie (carcinome hépatique). Il est avéré que la consommation d'alcool favorise l'apparition de ces complications. De même, les personnes souffrant d'une hépatite B ou C chronique tolèrent généralement bien les médicaments anti-VIH. En cas de recours à des inhibiteurs de la protéase, elles présentent certes quatre fois plus souvent des valeurs hépatiques élevées que les patients sans hépatite virale chronique, mais plus de 90% d'entre elles ne présentent aucun symptôme de dégradation significative du foie. L'identification et l'élimination d'un dysfonctionnement hépatique supposent que l'on mesure la **GPT (glutamate-pyruvate-transaminase) = ALAT (alanine-amino-transférase)**, et la **GOT (glutamate-oxalacétate-transaminase) = ASAT (aspartate-amino-transférase)** dans le plasma sanguin. Plus le taux est élevé, plus le nombre de cellules hépatiques atteintes paraîtra élevé. Il est donc essentiel que, dans cette situation, le foie ne soit pas en plus chargé d'alcool (voir plus haut).
- Il ne faut pas ignorer le fait très important que l'alcool pris en fortes doses provoque notamment une forme de négligence. Il peut en résulter que les messages de prévention ne soient pas appliqués ou que les consignes thérapeutiques ne soient pas respectées. Il ressort de plusieurs études que l'observance du traitement laisse souvent à désirer chez les alcooliques, notamment dans l'optique d'un traitement anti-VIH combiné.

Il semble qu'un système immunitaire affecté par l'infection à VIH réagit parfois autrement qu'un système normal aux lésions des tissus des voies respiratoires dues au **tabagisme**, de sorte que l'apparition d'un emphysème pulmonaire est plus fréquent chez les fumeurs séropositifs que chez les fumeurs séronégatifs (cf. chapitre 5.3).

Toute personne ayant des problèmes de consommation d'alcool ou de tabac devrait solliciter une assistance médicale pour essayer de modifier ses habitudes.

Certaines **drogues illégales** et médicaments contre le VIH ont une influence mutuelle les uns sur les autres, par exemple lorsqu'ils sont dégradés dans le foie par le même système enzymatique. Lorsque des drogues illégales ou de la méthadone sont consommées ou qu'une thérapie combinée anti-VIH est envisagée ou suivie, il faut absolument consulter son médecin.

Toutefois, le mode de vie lié à une forte consommation de drogues illégales entraîne un grand nombre de problèmes pour l'équilibre physique et mental. Lorsque des personnes affaiblies physiquement ne sont pas disposées à suivre une cure de désintoxication radicale et la longue réhabilitation qui s'ensuit généralement, elles peuvent participer, dans certains cas, à un programme médical de prescription contrôlée d'héroïne ou à un traitement de substitution (à la méthadone par exemple).

La médecine complémentaire, tout comme certains secteurs de la médecine classique, reconnaissent au **cannabis** un effet bénéfique contre divers états pathologiques (cf. chapitre 7.4).

Un certain déséquilibre psychique, des maladies graves comme le VIH et les effets secondaires de médicaments peuvent influencer sur la **sexualité**. Exactement comme pour le reste de la population, la vie sexuelle est importante pour les séropositifs. Mais cela signifie aussi pour les personnes séropositives qui entretiennent des rapports sexuels avec d'autres personnes séropositives qu'elles doivent respecter les précautions habituelles à prendre lors des rapports sexuels (cf. chapitre 1.2). Il est prouvé que des **superinfections ou infections dites doubles** peuvent se produire et avoir une influence négative sur l'évolution de la maladie (cf. chapitre 1.2). Les précautions revêtent également de l'importance dans la protection contre d'autres agents pathogènes, par exemple l'herpès, les chlamydias, la syphilis (lues) ou la gonorrhée. Ces germes peuvent être dangereux pour les personnes séropositives ou atteintes du sida (cf. chapitre 6).

Au sujet du **logement**, les recommandations faites aux personnes séropositives sont les mêmes que pour le reste de la population. Les personnes séropositives au système immunitaire intact n'ont pas besoin de se limiter dans leurs **voyages**. En présence d'une immunodéficience marquée, il vaut tout de même mieux éviter les pays où, en cas d'urgence, un traitement (à l'hôpital) adapté à la situation n'est pas garanti. Il est bon, dans tous les cas, de consulter un médecin avant le départ. Des vaccinations sont peut-être nécessaires (cf. paragraphe suivant «Vaccination»), éventuellement des médicaments. Il ne faut pas oublier non plus que certains pays ont instauré des **restrictions relatives à l'entrée** de personnes séropositives (cf. chapitre 9.9).

Les voyageurs malades peuvent exporter de Suisse les stupéfiants nécessaires à leur traitement, pendant une durée maximale d'un mois, sans l'autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (mais avec l'autorisation du médecin cantonal). Il importe toutefois de tenir compte des dispositions

Voyages

L'Aide Suisse contre le Sida, la section pour la protection consulaire du Département des affaires étrangères (DAE) (tél. 031 322 44 52 ou 031 324 98 08) ou l'ambassade, voire le consulat du pays de destination fournissent les renseignements requis. Des informations actualisées sont aussi disponibles sur le site Internet www.safetravel.ch.

Règlement d'importation

Le Sida Info Doc, en collaboration avec L'Aide allemande contre le sida, a créé une liste sur les droits d'entrée, les permis de séjour ainsi que les possibilités de traitement pour des personnes atteintes du VIH ou malades du sida dans les différents pays du monde. Cette liste couvre plus de 160 pays et est disponible sur: www.aidsnet.ch/immigration/f. Même si les conditions d'importation semblent simples pour certains pays, il ne faut pas perdre de vue que les autorités policières et douanières ne connaissent pas les dispositions en vigueur dans tous les pays. Si des médicaments, des stupéfiants ou d'autres substances problématiques sont emportés en voyage, il est donc recommandé de toujours avoir aussi sur soi un certificat médical – si possible dans la langue du pays visité ou traversé.

légales en vigueur dans les pays visités ou traversés. Bon nombre de pays exigent des autorisations d'importation, limitent la quantité admise ou interdisent le médicament purement et simplement. Dans ce cas, il convient de vérifier s'il est possible de poursuivre le traitement à l'aide de substances distribuées sur place. **Dans tous les cas, le transport de substances interdites, telles que héroïne, ecstasy ou cannabis est à proscrire formellement.** Certaines des substances agissant sur le système nerveux (substances dites psychotropes), telles que benzodiazépines et barbituriques, ne sont pas considérées en Suisse au même titre que les stupéfiants. Mais ce n'est pas toujours le cas à l'étranger. Il est donc conseillé de s'informer auprès des services compétents des pays visités ou traversés. Cette précaution s'applique aussi aux autres médicaments en cas de doute. Il existe des pays où, par exemple, les hormones et les stéroïdes (c'est-à-dire des anti-inflammatoires) sont soumis à des réglementations particulières.

Vaccination

Les personnes séropositives au système immunitaire intact doivent veiller à entretenir et à conserver leurs défenses biologiques au travers de vaccinations. Elles préviennent de la sorte des maladies infectieuses évitables et renforcent leur conscience d'œuvrer activement pour préserver leur santé. Les vaccins ne produisent pas plus d'effets secondaires chez les personnes séropositives. Chez les patients non traités, une charge virale plus élevée dans le plasma sanguin est constatée dans un premier temps; toutefois, rien n'indique une évolution défavorable de l'infection virale pour autant. Aucune information étayée ne permet non plus d'affirmer que les personnes séropositives au système immunitaire intact courent un risque majeur de contracter une maladie tropicale infectieuse ou que le climat tropical exerce une influence défavorable sur le cours de l'infection à VIH.

Les **vaccins vivants** consistent en des agents pathogènes aptes à se multiplier dont la capacité à causer des maladies a été atténuée. Comme ces agents pathogènes peuvent causer des maladies en présence d'une immunodéficience avancée, **il faut éviter en principe ce genre de vaccins**, à quelques exceptions près. Le vaccin combiné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons est en général toléré sans problème (cf. chapitre 4.4). Le BCG contre la tuberculose doit être évité quant à lui. A l'heure actuelle, les vaccins vivants contre la polio (paralysie infantile) ne sont plus disponibles que dans les pays en voie de développement. En Suisse, seul le vaccin inactivé est administré contre la polio. Le vaccin contre la fièvre jaune peut s'administrer sans grand risque supplémentaire aux personnes séropositives, mais en présence d'un système légèrement immunodéficient seulement.

A de rares exceptions (voir ci-dessus) près, il convient de préférer les **vaccins inactivés**, que l'infection à VIH ait entraîné une déficience immunitaire ou non. Les substances inoculées sont préparées à partir de microbes, virus ou parasites entiers tués, ou de fragments. Ceux-ci ne peuvent se multiplier dans l'organisme. Ils peuvent cependant déclencher une réponse immunitaire de longue durée et sont considérés comme des vaccins actifs. Ils n'apportent pas une protection immédiate, car la mise en place d'une réponse immunitaire prend plusieurs jours, voire semaines. Des anticorps injectés dans l'organisme pour combattre un agent pathogène équivalent à une vaccination passive: quoique immédiate, ils n'entraînent pas une réponse immunitaire de longue durée.

En règle générale, les vaccinations contre la pneumonie (pneumocoques), l'hépatite B et l'hépatite A, surtout lorsque le patient souffre d'une hépatite C chronique (cf. chapitre 4.6) et la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière sont recommandées aux personnes séropositives. D'autres vaccinations seront dictées par la situation individuelle de chacun. Il est conseillé de consulter un médecin avant la mise en place d'une barrière immunitaire par vaccination.

4.2 | Désir d'enfant et grossesse malgré le VIH

Avoir des enfants est l'un des besoins les plus forts ressentis par l'être humain, qu'il soit séropositif ou non. Par le passé, la plupart des personnes séropositives devaient se faire à l'idée de ne pas avoir d'enfant. En raison notamment du danger que leur maladie progresse et du risque d'infecter leur compagnon ou leur compagne. Aujourd'hui, les traitements anti-VIH ont sensiblement changé la situation. Grâce aux thérapies modernes, l'espérance de vie d'une personne infectée par le VIH lui permet raisonnablement de former des projets sur une période de 20 à 30 ans.

La décision pour ou contre une grossesse n'est pas aisée. Il incombe aux personnes directement concernées de la prendre. Les couples désireux d'avoir un enfant devraient consulter un médecin coutumier de ces questions et discuter de cette problématique de manière approfondie. Un entretien avec un conseiller des antennes cantonales de l'Aide Suisse contre le Sida peut également se révéler utile avant de prendre une décision (cf. adresses en appendice).

Quand le désir d'enfant est fort

La certitude pour un couple de pouvoir avoir un enfant sans faire courir de risque au partenaire séronégatif allège le fardeau pour un tel couple et jette les bases d'une discussion concrète autour du désir d'enfant. Parfois, il ressort du dialogue que le désir d'enfant avait pris une place beaucoup trop grande, justement parce qu'il apparaissait comme irréalisable.

La crainte d'infecter l'autre lors de la conception pose le plus de difficulté à la majorité des couples. Aujourd'hui, une femme séropositive qui subit un traitement approprié contre son infection à VIH peut escompter mettre au monde un enfant en bonne santé, non infecté. Pour la conception, de nombreux couples introduisent le liquide séminal dans le vagin au moyen d'une seringue sans aiguille. Le risque d'infection est ainsi contourné. La procédure est plus compliquée lorsque l'homme est séropositif. Pour concevoir un enfant, ce couple devra obligatoirement recourir à l'insémination de liquide séminal traité au préalable («lavage du sperme»). Quelques heures avant l'ovulation, 3 à 5 millions de cellules séminales délivrées du VIH seront injectées dans la cavité utérine à l'aide d'un fin cathéter. La probabilité d'une grossesse s'élève à environ 10-15%. En conséquence, la plupart du temps, plusieurs tentatives sont nécessaires à intervalles d'un mois en moyenne avant d'atteindre le but. Au bout de six tentatives malheureuses, ce qui correspond au maximum prévu par cette méthode, il faudra envisager d'autres possibilités si le couple maintient son désir d'avoir un enfant. Lorsque la prolifération du virus est totalement réprimée, le risque de le transmettre s'avère très faible, c'est pourquoi certains couples choisissent la relation sexuelle non protégée pour concevoir un enfant. Toutefois, il vaut mieux déconseiller cette méthode, puisqu'il en existe d'autres, outre celle présentée ci-dessus, pour réduire ce risque, aussi minime soit-il.

Considérer

En Suisse, certaines institutions possèdent une longue expérience en fécondation assistée, injection intracytoplasmique de sperme et insémination hétérologue, par exemple:

- Institut de médecine reproductive et d'endocrinologie gynécologique de Suisse orientale (tél. 071 282 40 10), qui fait partie de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall.
- Division de gynécologie, d'endocrinologie et de médecine de la reproduction de l'Hôpital universitaire de Bâle (tél. 061 265 93 37).
- Centre de diagnostic et d'assistance médicale à la procréation de la Clinique de La Source à Lausanne (tél. 021 683 05 85).

Si chez l'homme ou la femme des indications portent à croire que la fécondation est peu prometteuse parce que, à titre d'exemple, les trompes sont mal formées ou que les cellules séminales mobiles sont peu nombreuses, le couple peut recourir à l'**injection intracytoplasmique de sperme (ICSI)**. Par ce procédé, après une stimulation hormonale de la femme, on lui retire des ovules. Un instrument est introduit à cet effet par une petite ouverture pratiquée au niveau du nombril. La fécondation a lieu à l'extérieur du corps: une seule cellule séminale de l'homme est injectée dans un ovule. Ensuite,

l'ovule ainsi fécondé est implanté dans l'utérus. La probabilité d'une grossesse avoisine 30%.

Pour tous les procédés, la mère et l'enfant aussi font l'objet de contrôles pointus après une éventuelle naissance. Il s'agit pour l'essentiel d'exclure une nouvelle infection à VIH.

La fécondation au moyen de cellules séminales du partenaire séropositif est dans tous les cas très pénible et coûteuse. On peut dès lors envisager l'option d'une fécondation avec des **cellules séminales d'un donneur** «d'une banque de sperme» (insémination hétérologue). Cependant, l'insémination hétérologue n'est plus proposée en Suisse pour des motifs juridiques. De nombreux couples rejettent cette possibilité, car ils souhaitent un enfant qui «porte en lui des caractères de ses deux parents». On observe souvent un rejet marqué par les hommes de ce type de fécondation artificielle. Cependant, des centres de consultation en Allemagne rapportent que les hésitations disparaissent souvent très vite lorsque l'enfant ainsi conçu est là.

Une autre possibilité de combler son désir d'enfant est **l'adoption**. Les conditions à remplir varient d'un canton à l'autre, mais aussi d'une commune à l'autre, puisqu'elles relèvent de l'appréciation des autorités tutélaires compétentes.

Si une femme séropositive décide de mettre au monde un enfant, elle doit aussi s'interroger sur le moment auquel elle envisage sa grossesse (cf. chapitre 4.3).

4.3 | VIH et grossesse

L'évolution naturelle d'une infection à VIH n'a aucune influence négative en cas de grossesse. Lorsqu'une femme séropositive souhaite avoir un enfant ou est déjà enceinte, elle doit prendre contact avec un centre de traitement du VIH après avoir consulté son médecin de famille et son gynécologue. Toutes les possibilités qui lui sont offertes, ainsi que leurs avantages et inconvénients, lui seront exposées. En cas de grossesse éventuelle, il convient de protéger la santé de la mère et de maintenir aussi bas que possible le risque d'une transmission du VIH à l'enfant ainsi que de lésions éventuelles par les médicaments.

La prophylaxie visant à empêcher la transmission de l'infection par le VIH de la mère à l'enfant – transmission dite verticale –, ainsi que le traitement de l'infection à VIH chez l'adulte ont connu des changements substantiels au cours des dernières années dans les pays industrialisés.

- En Suisse, le risque de contamination de l'enfant est passé de 20% à moins de 5%, depuis que l'on administre de l'AZT aux mères séropositives qui n'ont jamais suivi de traitement au plus tôt à partir de la 14^e semaine (une fois achevé le développement des organes chez le fœtus) et au plus tard après la 36^e semaine de grossesse, que l'on donne de l'AZT au nouveau-né durant les 6 premières semaines de sa vie, que l'accouchement s'effectue par césarienne en temps opportun (c'est-à-dire avant les douleurs de l'accouchement, quand la poche des eaux est encore intacte) et que la mère renonce à allaiter son enfant. Le taux se situe à environ 8% par suite de la simple médication antivirale ou du recours à la césarienne. Le seul effet secondaire important observé chez l'enfant semble être la diminution temporaire du nombre de ses globules rouges. Des études effectuées en Europe et en Afrique montrent que la d4T ou la ddI ainsi qu'une combinaison d'AZT + 3TC ou de d4T + ddI, ou encore une dose unique de névirapine administrée peu avant la naissance peuvent aussi réduire le risque de transmission.
- La prise d'une seule substance ou d'une combinaison de deux substances s'avère toutefois insuffisante et préjudiciable: comme les virus ainsi combattus peuvent devenir résistants – notamment au 3TC et à la névirapine (parfois même dès la première dose pour cette dernière substance) –, la mère perd des options thérapeutiques ultérieures. Etant donné l'efficacité moindre concernant la transmission verticale, les monothérapies et bithérapies ne servent pas non plus les intérêts de l'enfant.
- La meilleure thérapie pour la mère est aujourd'hui la thérapie combinée. Les informations relatives à la sécurité et à la tolérance d'une trithérapie pendant la grossesse demeurent toutefois limitées. Le choix de la thérapie dépend du traitement que la mère a subi au préalable ainsi que des connaissances les plus récentes concernant les effets secondaires possibles pour l'enfant. Pour l'instant, la question de savoir si le traitement peut causer des accouchements prématurés est matière à controverse. On suppose que l'administration prolongée (pendant des années!) de certains analogues de nucléosides peut entraîner une prééclampsie (hypertension, protéines dans les urines) ou la mort du fœtus. Par conséquent, on évite aujourd'hui la prise de ces médicaments.

Contamination

Au début de l'épidémie du VIH, il est arrivé que des enfants, en particulier des hémophiles, soient infectés par le sang et des produits sanguins. L'emploi de tests de recherche d'anticorps lors des dons de sang a éliminé ce danger. Actuellement, l'infection à VIH chez les enfants résulte presque toujours d'une transmission verticale; celle-ci survient soit vers le terme de la grossesse, vraisemblablement par des membranes légèrement endommagées dans le placenta, entre le système de circulation sanguine de la mère et celui du fœtus, soit pendant l'accouchement via les muqueuses, soit par l'allaitement. La majorité des contaminations se produisent durant l'accouchement. La fréquence de la transmission dépend de facteurs maternels (d'abord la charge virale, ensuite le stade de la maladie, les contractions et les inflammations de la membrane amniotique), du mode d'accouchement (accouchement par voie vaginale avec instrument – extraction au forceps ou avec des ventouses –, naissance spontanée, césarienne prévue ou effectuée en urgence), ainsi que du type de traitement et de la prophylaxie anti-VIH.

La probabilité d'une contamination est d'autant plus réduite que la charge virale de la mère est faible.

Traitement de la mère et prophylaxie de la transmission verticale

De récentes études ont démontré que le risque d'une transmission verticale, en cas de traitement combiné anti-VIH moderne, était inférieur à 1%. Lorsque la mère peut suivre ce traitement suffisamment bien pour que la charge virale ne soit plus détectable, le risque de transmission se rapproche de zéro. Jusqu'ici, aucun cas de transmission n'a été rapporté lorsque la mère avait suivi un traitement efficace (virus non détectable).

En principe, les femmes séropositives désireuses d'avoir un enfant se trouvent dans l'une des trois situations suivantes:

1. femmes séropositives non traitées, qui attendraient de commencer un traitement combiné si elles n'étaient pas enceintes.
2. femmes séropositives non traitées, qui commenceraient un traitement combiné si elles n'étaient pas enceintes.
3. femmes séropositives enceintes, déjà soumises à un traitement combiné.

Dans la première situation, il est sans doute opportun d'attendre la 14^e semaine de grossesse avant d'entamer un traitement combiné anti-VIH. Il s'agit, d'une part, de ne pas exposer l'embryon à d'éventuels effets indésirables des médicaments durant la phase sans doute la plus critique pour les malformations; il s'agit, d'autre part, d'atteindre une charge virale non détectable dans le plasma sanguin de la mère durant les derniers mois de la grossesse, en cas de naissance prématurée, ou à la date prévue de l'accouchement – c'est-à-dire pendant la phase où le risque de transmission verticale est élevé. Comme un traitement combiné anti-VIH n'est engagé chez les femmes de ce groupe que pour protéger l'enfant, il est souvent arrêté à l'issue de la grossesse.

Dans la deuxième situation, l'évaluation est plus difficile. Dans le cas d'un simple souhait d'avoir un enfant, il est sans doute conseillé de commencer par un traitement combiné soigneusement choisi et, ensuite seulement, d'envisager une grossesse si les défenses immunitaires semblent en

grande partie rétablies. En cas de grossesse avérée, outre l'introduction d'un traitement combiné, il faudra aussi envisager une interruption de grossesse, en fonction du stade de la grossesse et de l'ampleur de l'immunodéficience. Les pathologies opportunistes ne sont pas seulement dangereuses pour la mère. Certains agents pathogènes et médicaments utilisés pour les combattre peuvent occasionner des préjudices irrémédiables chez l'embryon et le fœtus.

Les recommandations ne sont pas simples non plus **dans la troisième situation**. Au stade du simple souhait d'avoir un enfant, et en l'absence de toute grossesse, il faudra vérifier le traitement en cours non seulement du point de vue de son efficacité et sa tolérance chez la mère, mais aussi des préjudices éventuels causés à l'embryon. En fonction de la composition et de l'efficacité du traitement combiné, ainsi que de la nécessité et de l'éventualité d'un changement, il faudra recommander soit de poursuivre le traitement, soit de le modifier, soit de renoncer à une grossesse. La possibilité de suspendre un traitement combiné pendant les 14 premières semaines de la grossesse n'est sans doute envisageable que pour peu de femmes. En général, la charge virale augmente sensiblement dans le plasma sanguin pendant l'interruption du traitement. Les experts craignent que le risque d'une transmission verticale ne s'accroisse. Si une femme sous traitement combiné anti-VIH attend un enfant et souhaite aller à terme, il s'agira de vérifier la composition et l'efficacité du traitement combiné, ainsi que la nécessité et l'éventualité de le modifier.

Les connaissances relatives à la sécurité des traitements combinés anti-VIH pendant une grossesse sont lacunaires. Les nouveau-nés exposés à l'AZT ne présentent pas plus de malformations que d'autres enfants; rien n'a semblé indiquer non plus jusqu'à présent que ces enfants étaient plus souvent atteints de cancer. On ignore également la fréquence de l'apparition d'une toxicité mitochondriale due à des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse utilisés pendant la grossesse (cf. chapitre 2.3). Il est recommandé de ne recourir à la d4T et à la ddI (deux représentants de cette classe de substances, cf. chapitre 2.5) chez les femmes enceintes que si l'on soupçonne que d'autres médicaments ne sont plus efficaces. L'emploi simultané des deux médicaments a provoqué, chez plusieurs personnes, une lactacidose (forte augmentation, rarement mortelle, du taux d'acide lactique dans le sang, cf. chapitre 2.3).

Une dose unique de névirapine, inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, est sûre et bien tolérée en fin de grossesse. Pourtant, les jeunes femmes tolèrent moins bien le traitement à la névirapine et l'on ignore encore si une utilisation de plusieurs mois pendant la grossesse est sans danger. Il ne faut pas utiliser l'efavirenz, autre représentant de cette classe de substances, au moins pendant les 14 premières semaines de la grossesse. Ce médicament provoque des malformations chez des fœtus humains et animaux. Parmi les inhibiteurs de la protéase, le nelfinavir était administré de préférence; aujourd'hui, on opte plus volontiers pour le lopinavir/r.

L'anémie souvent observée pendant une grossesse (manque de globules rouges ou de pigment sanguin) est souvent aggravée par certains inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse. De même, les *nausées* et les *vomissements* – troubles dont souffrent beaucoup de femmes enceintes et qui s'expliquent notamment par une diminution de l'activité gastro-entérique – sont parfois accentués par les médicaments anti-VIH.

De nombreuses modifications physiques se produisent pendant la grossesse. C'est ainsi, par exemple, que le volume augmente sensiblement dans les vaisseaux sanguins et que la concentration de protéines sanguines subit une forte baisse. Rien ne permet de dire actuellement si ces changements entraînent une nette modification de la concentration de médicaments anti-VIH dans le sang. Entre autres, cette baisse est à l'origine de concentrations de nelfinavir insuffisantes; cela ne semble pas être le cas pour le lopinavir/r.

Les experts recommandent de contrôler plus étroitement encore chez la femme enceinte que chez les autres femmes l'efficacité et les effets secondaires éventuels d'un traitement combiné anti-VIH.

En ce qui concerne la PEP traditionnelle à l'AZT chez le nouveau-né, des difficultés particulières seraient à craindre s'il s'avérait que la mère porte des variantes du VIH résistantes à l'AZT. Aucune recommandation précise n'a encore été formulée à ce sujet.

Des informations sur ce thème – en anglais – sont disponibles sur Internet:

Public Health Service Task Force Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1 Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>.

4.4 | Le VIH chez l'enfant

Au cours des années passées, le diagnostic de l'infection à VIH chez les nouveau-nés et le traitement de l'infection à VIH chez les enfants ont connu des changements notables.

Diagnostic

Au cours de la grossesse, tous les nouveau-nés reçoivent des anticorps de leur mère par l'intermédiaire du placenta. Ce don d'anticorps fait l'effet d'une sorte de vaccination passive contre l'agent pathogène déjà combattu par le système immunitaire de la mère. C'est la raison pour laquelle on trouve des anticorps contre le VIH dans le sang d'un enfant né d'une mère séropositive, même lorsque l'enfant n'a pas été infecté. En règle générale, il se passe environ 18 mois avant que les anticorps maternels contre le VIH ne soient détruits. Pendant ce laps de temps, le test de dépistage réalisé sur l'enfant sera positif, même si celui-ci n'est pas porteur du virus.

Un procédé laboratoire spécial, la **PCR (Polymerase Chain Reaction** = réaction en chaîne de la polymérase, aussi utilisée pour mesurer la charge virale, cf. chapitre 1.4) permet de mettre directement en évidence le patrimoine génétique du VIH. On ne le trouve que lorsqu'une transmission du VIH a eu lieu de la mère à son enfant. La PCR peut s'effectuer à l'âge de 1, 2 et 6 mois. Chez la plupart des enfants infectés par le VIH, la première mesure de la charge virale réalisée à l'âge d'un mois se situe au-dessous du seuil de détection. Explications possibles: la transmission du VIH a eu lieu juste avant ou pendant l'accouchement, ou la thérapie à l'AZT (et éventuellement d'autres médicaments) a endigué la multiplication du VIH.

Définition et classification

Selon la définition du Center for Disease Control and Prevention (Etats-Unis), un enfant de moins de 18 mois est considéré comme infecté lorsque:

- le VIH peut être mis en évidence dans le plasma sanguin ou dans des tissus;
- des maladies caractéristiques du sida se déclarent.

Comme pour les adultes, il existe une classification des stades et des catégories d'infection à VIH de 1994 ainsi qu'une définition du sida (cf. liste des maladies révélatrices du sida, chapitre 1.3) de 1987. La classification des enfants âgés de moins de 13 ans tient compte des diagnostics clinique et immunologique, d'où sont dérivés les stades N, A, B et C de même que les catégories 1, 2 et 3.

Diagnostic immunologique	Diagnostic clinique			
	N) inaperçu en clinique	A) symptômes légers	B) symptômes et bilan moyens	C) symptômes et bilan graves
1) pas de détresse immunitaire	N1	A1	B1	C1
2) insuffisance moyenne	N2	A2	B2	C2
3) détresse immunitaire grave	N3	A3	B3	C3

Le nombre de cellules CD4 par microlitre de sang renseigne sur l'ampleur de la détresse immunitaire. Le taux de CD4 dépend de l'âge.

Ampleur de la détresse immunitaire (cellules CD4 par microlitre de sang)	Age		
	jusqu'à 12 mois	1-5 ans	6-12 ans
1) pas de détresse immunitaire	≥1500/μl de sang	≥1000/μl de sang	≥500/μl de sang
2) insuffisance moyenne	750-1499/μl de sang	500-999/μl de sang	200-499/μl de sang
3) détresse immunitaire grave	<750/μl de sang	<500/μl de sang	<200/μl de sang

Evolution

Les perspectives offertes aux enfants non traités contaminés par leur mère sont nettement moins bonnes que celles des adultes: chez un enfant sur quatre, le sida se déclare durant la première année de vie déjà. Au premier plan des maladies figure la pneumonie à *Pneumocystis carinii* et l'encéphalopathie avec apparition de paralysies (cf. chapitre 5). Un enfant sur quatre décède durant sa première année de vie. L'espérance de vie s'élève en moyenne à 4 ans.

On peut craindre que le nourrisson n'ait contracté une maladie précoce quand:

- le poids augmente de façon anormale;
- la force musculaire n'augmente pas selon les attentes;
- les performances cardiaques sont insuffisantes;
- des stomatomycoses ainsi que des candidoses du fessier se déclarent fréquemment;
- le foie, la rate et les ganglions lymphatiques gonflent fortement.

Néanmoins, le gonflement des ganglions lymphatiques peut ne pas apparaître en cas d'aggravation rapide de la maladie.

Le second groupe (plus nombreux) d'enfants séropositifs ne présente pas ou peu de problèmes de santé au cours de la première année de vie. Cependant, des maladies caractéristiques du sida apparaissent fréquemment dès la 6^e année.

Les enfants non traités qui sont toujours en bonne santé à 10 ans font exception.

Thérapie

Chez les enfants, le traitement du VIH présente quelques particularités:

- Lorsque la transmission se fait verticalement, on connaît le moment approximatif de la contamination (à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement). Cette certitude donne la possibilité d'entamer tôt un traitement contre le VIH.
- A l'âge de 2 à 3 mois, la charge virale atteint souvent plusieurs millions de copies du patrimoine génétique du VIH, il chute entre 6 et 12 mois et se stabilise à l'âge d'environ 2 ans à des valeurs de plusieurs milliers de copies du patrimoine du virus par millilitre de plasma sanguin. Au cours des deux premières années, le taux de CD4 est deux à trois fois plus élevé que chez les enfants plus grands et les adultes.
- En raison de l'infection à VIH, la croissance du corps et le développement du système nerveux central et périphérique sont souvent très perturbés.
- Un grand nombre de médicaments anti-VIH ne sont pas encore autorisés pour les enfants de moins de 12 ans et surtout pour les nouveau-nés parce que leur mode d'administration n'est pas adapté aux enfants.

A l'automne 2006, six inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (AZT, ddI, 3TC, d4T, ABC et FTC), un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (efavirenz), trois inhibiteurs de la protéase (ritonavir, nelfinavir et lopinavir/r) et un inhibiteur de la fusion (enfuvirtide) sont enregistrés en Suisse chez Swissmedic (autrefois Office intercantonal de contrôle des médicaments, OICM) pour le traitement des enfants. Dans le cadre d'études et de programmes d'accès compassionnel (cf. chapitre 3.2), d'autres médicaments anti-VIH peuvent être toutefois administrés. Si ces substances n'ont été admises en principe que pour les adultes, il est toutefois question de leur utilisation **off label** (hors indication) ou en **open label** chez les enfants.

La plupart des spécialistes jugent opportun le traitement immédiat des nouveau-nés lorsque l'infection à VIH est avérée (test PCR, cf. paragraphe «Diagnostic» plus haut). En ce qui concerne le traitement contre le VIH des enfants âgés de plus de 12 mois, différentes sociétés spécialisées formulent des recommandations complexes. Pour l'essentiel, l'indication du traitement repose sur l'état de santé, le pourcentage de cellules CD4 et la charge virale.

Comme pour les adultes, on met en garde contre le risque de développement de variantes du VIH résistantes et on insiste sur la nécessité d'un traitement médicamenteux combiné ainsi que sur une bonne observance du traitement (cf. chapitre 2.2).

Prévention des infections opportunistes

Etant donné qu'une pneumonie à *Pneumocystis carinii* peut apparaître très tôt chez les nourrissons et se révéler mortelle, il convient de traiter les bébés nés de mères séropositives de la 4^e à la 6^e semaine de vie et jusqu'à exclusion certaine de l'infection à VIH en prévention contre l'agent unicellulaire de la maladie. La prévention se poursuit en règle générale jusqu'à la 2^e année si une infection à VIH a été mise en évidence. Puis la poursuite ou l'interruption du traitement préventif dépendra du taux de CD4. Comme chez les adultes, le médicament de premier choix est le cotrimoxazole. Des réactions allergiques apparaissent cependant chez presque la moitié des

enfants en bas âge. En cas d'intolérance, la pentamidine (inhalée ou injectée), la dapsonne ou l'atovaquone constituent des variantes possibles.

Certaines maladies infectieuses opportunistes, qui se manifestent souvent chez l'adulte atteint d'une infection à VIH très avancée, sont rares chez l'enfant: par exemple, la toxoplasmose cérébrale, la tuberculose, la leuco-encéphalopathie multifocale progressive ou la rétinite à cytomégalovirus.

En général, les enfants en bas âge souffrent plus fréquemment d'infections bactériennes que les enfants plus grands ou les adultes. Chez les enfants séropositifs en bas âge, elles peuvent évoluer dangereusement. On peut empêcher la multiplication de certaines de ces bactéries par l'administration de cotrimoxazole, aussi utilisé dans la prophylaxie contre la pneumonie à *Pneumocystis carinii*. Souvent, on injecte dans le sang des immunoglobulines (concentrés d'anticorps du sang de donneurs sains) en supplément toutes les 3 à 4 semaines.

Vaccinations

Les difficultés liées aux vaccinations sont les mêmes pour les enfants que pour les adultes (cf. chapitre 4.1). **Il faut toujours préférer les vaccins inactivés**, quelques rares exceptions mises à part. Il s'agit d'agents de la maladie que l'on a tués au préalable ou de fragments de cet agent qui ne peuvent pas proliférer dans l'organisme. Ils produisent tout de même, la plupart du temps, une réponse immunitaire de longue durée et constituent par conséquent une protection active. A cet effet, on utilise des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite (pas par voie orale!), les pneumocoques, l'*Haemophilus influenzae*, la grippe et l'hépatite B. En revanche, lors de la vaccination avec des agents atténués contre les oreillons, la rougeole et la rubéole, il convient de prendre en compte l'état des défenses immunitaires. Si celui-ci est précaire, on renoncera à la triple vaccination. Le vaccin contre la tuberculose est un agent atténué. Il peut causer des affections en cas de détresse immunitaire avancée, c'est pourquoi le vaccin BCG n'est jamais administré aux personnes séropositives.

Maladies infantiles dans l'entourage

Lorsqu'un enfant séropositif a été en contact étroit avec un enfant malade de la varicelle, il doit prendre rapidement (au plus tard dans un délai de 72 heures) un concentré d'anticorps (hyperimmunoglobuline) contre la varicelle. Si l'enfant séropositif tombe tout de même malade, il devra prendre de l'aciclovir. Une vaccination active contre la varicelle est parfois envisagée pour les enfants séropositifs âgés de 1 à 12 ans ne présentant aucun symptôme de la maladie (stade N) et sans immunodéficience (catégorie 1). Pour la rougeole, on administre aussi une immunoglobuline. Si des enfants séropositifs entrent en contact avec des enfants malades de la coqueluche, ils seront traités aux antibiotiques pendant deux semaines.

Difficultés

Contraindre un enfant à prendre des médicaments signifie presque systématiquement lutter chaque jour contre sa résistance. Il faut beaucoup de patience et de tact. L'aversion est souvent moindre lorsque les médicaments sont administrés sous une forme agréable. Certaines substances peuvent s'obtenir dans le commerce sous une forme de préparation adaptée aux enfants; d'autres sont distribuées par les centres de traitement du VIH dans le cadre d'études. On peut ouvrir les gélules et les comprimés, puis

les mélanger à la nourriture. A cet égard, il est important de n'ajouter aux poudres et préparations pilées qu'autant de liquide ou de nourriture que l'enfant est susceptible d'ingérer. Lorsque des médicaments sont administrés dans une forme autre que celle prescrite par le fabricant, il faudrait en mesurer la concentration dans le sang pour vérifier si l'organisme assimile une quantité suffisante de principe actif. Les enfants qui depuis tout petits ont pris régulièrement des médicaments ou en ont déjà ressenti l'action bénéfique suivent plus facilement le traitement.

Tôt ou tard, il faut expliquer le traitement à l'enfant. Celui-ci remarquera bientôt sa différence par rapport aux autres enfants. Plus tard, il se demandera pourquoi il doit prendre des médicaments qui lui causent parfois des indispositions alors qu'il n'est pas malade. Et lorsqu'il entendra qu'il faut prévenir des maladies qui menacent son organisme, il exigera des explications précises.

Lorsqu'un enfant séropositif n'éprouve pas de difficultés hors du commun, son alimentation ne se distingue pratiquement pas de celle des autres enfants. L'allaitement fait cependant exception à cette règle. Du point de vue diététique, ce renoncement n'est pas néfaste; le lait maternisé vendu dans le commerce est de bonne qualité.

4.5 | Le VIH chez la femme

Epidémiologie

Les résultats de différentes études donnent souvent à penser que, dans les couples chez lesquels l'homme est séropositif et la femme ne l'est pas ou l'inverse (couples discordants), le risque d'infection à VIH en cas de relation sexuelle vaginale non protégée est beaucoup plus important pour la femme que pour l'homme. Ce n'est pas sûr. Les calculs de probabilité de transmission par contact sexuel présentent un domaine de dispersion élevé. Les circonstances allant de pair avec un risque d'infection sensiblement plus élevé sont:

- présence d'autres maladies sexuellement transmissibles (cf. chapitre 6);
- infection à VIH avancée du partenaire;
- relations sexuelles anales;
- nombre de contacts sexuels;
- affections des organes sexuels associées aux défauts des muqueuses;
- port d'un stérilet.

Evolution

Les connaissances acquises sur l'évolution naturelle de l'infection à VIH provenaient, à l'origine, d'études portant sur les hommes homosexuels, puisqu'ils furent les premiers touchés par le VIH et le sida dans les pays industrialisés. Dans un premier temps, il n'était donc pas certain que la maladie évolue de façon similaire chez la femme. Dans les Etudes de cohorte Suisse (cf. chapitre 3.2), établissant des comparaisons entre plus de 2500 femmes et environ 7500 hommes, la maladie présentait en principe la même évolution. A l'exception des affections des organes sexuels féminins (cf. ci-dessous) et du sarcome de Kaposi, qui apparaît plus rarement chez la femme, les différentes affections opportunistes se manifestent aussi souvent chez la femme que chez l'homme; les symptômes des maladies ne sont pas différents et suscitent le même pronostic. En Suisse tout du moins, l'accès aux thérapies combinées n'est pas différent pour les hommes et les femmes, et les chances de survie après une infection à VIH sont identiques pour les hommes comme pour les femmes.

Plusieurs études montrent toutefois que l'infection à VIH chez la femme présente des particularités sur certains aspects. Chez les femmes non traitées, par exemple, les maladies symptomatiques du sida se manifestent à partir de taux de CD4 plus élevés que chez les hommes non traités. Aussi, elles meurent du sida avec des taux de CD4 en moyenne légèrement plus élevés.

L'apparition de maladies symptomatiques du sida en présence de valeurs de CD4 légèrement plus élevées n'implique pas la nécessité de recommandations thérapeutiques spécifiques en fonction du sexe. D'autres facteurs – comme par exemple la volonté de se soumettre à une thérapie – sont plus importants que l'écart de ces valeurs. Par ailleurs, ces recommandations applicables n'ont qu'une valeur indicative.

Cycle menstruel et affections des organes sexuels

L'infection à VIH n'a presque aucune influence sur la durée du cycle, c'est-à-dire que l'intervalle entre deux menstruations successives reste à peu près identique. Seules les femmes dont l'infection à VIH est très avancée ont un cycle un peu plus long. L'âge, une éventuelle consommation d'opiacés, l'indice de masse corporelle (BMI = poids en kilogrammes divisé par la grandeur du corps en mètres au carré), ainsi que d'autres facteurs jouent un rôle bien plus important.

Au moment de la puberté, les organes génitaux féminins changent sous l'influence de l'œstrogène. Les muqueuses jusque-là très fines s'épaississent, gagnent en élasticité et stockent du glycogène, forme de conservation du glucose. D'importants micro-organismes, les lactobacilles peuvent maintenant se développer. Ils forment des acides lactiques qui créent un milieu acide. Et celui-ci élimine les agents pathogènes. Les inflammations vaginales peuvent favoriser la prédisposition à une infection à VIH et à d'autres maladies sexuellement transmissibles. Elles sont dues à différents agents – champignons, bactéries et agents unicellulaires comme la trichomonase en particulier –, mais aussi à des blessures d'ordre mécanique comme l'utilisation de tampons, lavements ou pénétrations. Une inflammation vaginale se caractérise par de minuscules lésions des muqueuses, colonisées par des agents pathogènes et par une diminution du degré d'acidité. Ainsi, le risque de transmission du VIH augmente en cas de rapports sexuels non protégés.

Les femmes séropositives et les femmes atteintes du sida souffrent bien plus souvent de maladies des organes génitaux que les femmes séronégatives, qu'il s'agisse par exemple de maladies sexuelles virales (comme le papillomavirus humain = HPV, le virus de l'herpès simplex = HSV, le cytomégalovirus = CMV) ou de bactéries (comme *Treponema pallidum*, agent pathogène de la syphilis) et d'autres infections par le *Candida albicans*, un champignon. Plus le taux de CD4 dans le sang est faible et plus les infections dues à ces agents pathogènes sont fréquentes.

La femme – contrairement à l'homme – a un lien naturel extérieur direct avec le pelvis, raison pour laquelle des infections peuvent également affecter cette région. Chez les femmes séropositives et les femmes atteintes du sida, il s'agit surtout de mycoplasmes et de streptocoques (certaines bactéries), qui parviennent jusqu'au pelvis par l'intermédiaire du vagin, du col de l'utérus, de l'utérus et des trompes.

Les papillomavirus humains (HPV) revêtent une importance particulière. Ils contaminent les cellules cutanées et les muqueuses en restant non dépistés, forment des verrues ou sont à l'origine de multiplications des tissus (néoplasie) bénignes ou malignes. Plus de 20 formes d'HPV transmissibles par rapports sexuels non protégés sont identifiées. La plupart des infections ne causent souvent presque aucun mal. En règle générale, les verrues visibles (souvent en forme de chou-fleur ou de crête-de-coq, les condylomes acuminés) sont dues aux formes d'HPV 6 et 11. Elles se manifestent à la portion vaginale du col de l'utérus, au col de l'utérus, dans le vagin, l'urètre et le rectum et, rarement, dans la région des muqueuses nasales, buccales et la conjonctive. Les formes d'HPV 16, 18, 33 et 35 sont liées à des modifications tissulaires inquiétantes de l'orifice utérin et du col de l'utérus et à des modifications tissulaires malignes à évolution très lente. Elles se manifestent beaucoup plus souvent chez les femmes dont la charge virale est élevée et la valeur des CD4 faible.

En cas d'incertitudes, un prélèvement de tissu est pratiqué (= biopsie) et analysé au microscope.

Sont utilisés pour le traitement

- la podophyllotoxine;
- la cryothérapie (destruction localisée de tissu par la glace);
- l'électrocoagulation (destruction localisée de tissu par l'électricité);
- le laser (destruction localisée de tissu par un rai de lumière à forte énergie);
- l'interféron, par injection dans le secteur du tissu, ou dans des cas particuliers;
- 5-FU (5-fluoro-uracil), appliqué localement.

La méthode utilisée dépend

- de la taille et du nombre de verrues;
- de leur localisation;
- du résultat d'éventuels examens microscopiques ou de traitements précédents;
- des effets secondaires;
- du coût de la thérapie et
- de l'expérience du médecin.

Il est important que les femmes séropositives et les femmes atteintes du sida se soumettent régulièrement à des **contrôles gynécologiques** – selon l'avis de nombreux experts au moins une fois par an. Le frottis de Pap demeure une composante essentielle de ce type de contrôles. Il s'agit de prélever des cellules d'orifice utérin et du col de l'utérus lui-même au moyen d'un coton-tige, de les colorer selon la méthode de M. Papanicolaou (gynécologue originaire de Grèce) et de les analyser au microscope (= cytodiagnostic). Ce procédé permet d'identifier précocement les modifications cellulaires qui révèlent le développement du cancer le plus répandu chez les jeunes femmes, le carcinome du col de l'utérus, pour lequel certains types du virus du papillome humain semblent jouer un rôle important et qui est considéré comme maladie symptomatique du sida depuis 1993. Un vaccin (Gardasil®) développé contre les types HPV 6, 11, 16 et 18 est disponible aux Etats-Unis depuis le 8 juin 2006. Une procédure d'homologation pour les Etats de l'UE est en cours auprès de la European Medicines Agency (EMA) et, parallèlement, Swissmedic étudie une demande d'homologation pour la Suisse. Cette vaccination doit être recommandée en principe aux femmes séropositives, surtout lorsque leur système immunitaire est encore relativement fonctionnel (taux de CD4 élevé).

Chez les femmes touchées par une infection à VIH, un traitement combiné contre le VIH commencé à temps représente une mesure de prévention judicieuse. Parfois, on observe même une normalisation avancée des modifications tissulaires inquiétantes, constatées auparavant dans l'orifice utérin et au col de l'utérus lui-même.

Les faits liés à l'apparition du carcinome du col de l'utérus sont donc similaires à ceux du sarcome de Kaposi (cf. chapitre 5.6).

Thérapie

En principe, tous les médicaments, y compris ceux qui sont destinés à combattre le VIH, sont dosés de manière identique pour les femmes et pour les hommes. La maturité physique (en règle générale, une posologie séparée est employée pour les nourrissons et les enfants jusqu'à 12 ans) et les mensurations du corps sont décisives, raison pour laquelle certaines substances doivent être administrées en fonction du poids.

Les concentrations de substances obtenues dans les différents volumes humoraux et les tissus dépendent, outre des mensurations du corps, de facteurs les plus divers comme l'absorption par l'intestin, l'efficacité fonctionnelle du foie et des reins, les médications associées, etc., et présentent une marge de dispersion élevée. En règle générale, les concentrations de médicaments ne sont pas influencées par la composition des hormones sexuelles.

On entend parfois parler de différences des effets secondaires des médicaments anti-VIH chez la femme et chez l'homme. Cela semble être le cas uniquement de la névirapine, inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (cf. chapitre 2.3) en fonction du nombre de cellules CD4. En raison du risque élevé d'hépatite, un traitement basé sur cette substance doit être uniquement continué, et non entamé, chez les femmes qui présentent plus de 250 cellules CD4 et les hommes ayant plus de 400 cellules CD4.

L'apparition du syndrome de la lipodystrophie (troubles du métabolisme liés à un traitement combiné contre le VIH, cf. chapitre 2.3), à savoir le dépôt de graisse dans les seins, souvent à l'origine de douleurs, est ressenti comme particulièrement désagréable par les femmes. On observe également un gonflement des seins chez les hommes, mais il semble que cela soit moins courant.

La lipoatrophie (augmentation de la désintégration de graisse dans l'hypoderme du visage, des bras et des jambes par exemple) qui fait partie du même syndrome, paraît cependant moins prononcée chez les femmes que chez les hommes. Dans le cadre de ce syndrome, les femmes présentant un excès de poids notamment semblent souffrir plus souvent d'une lactacidose (augmentation du taux d'acide lactique).

Prévention

Dans certaines cultures, le préservatif n'est pas suffisamment accepté par les hommes en tant que moyen de prévention de la transmission du VIH. Pour de nombreuses femmes, il est difficile d'imposer leur volonté pour les raisons les plus diverses. Le «préservatif féminin», qui revêt le vagin d'un film synthétique, ne paraît pas très attrayant et, en comparaison, reste cher. Jusqu'à présent, il n'a pas fait beaucoup d'adeptes.

Depuis des années, des groupes de chercheurs étudient des alternatives au préservatif. Les réflexions portent surtout sur les expériences faites avec **les spermicides**, destinés à la contraception. Leur utilisation consiste à appliquer sur les muqueuses vaginales une substance propre à éliminer les cellules séminales, comme par exemple le nonoxinol-9 sous forme de crème. Les spermicides disponibles jusqu'à aujourd'hui sont toutefois inadaptés à la prévention de la transmission du VIH. L'efficacité et la tolérance d'autres substances, employées dans cette optique, font actuellement l'objet de plusieurs études.

4.6 | Le VIH et l'hépatite

Le terme hépatite désigne une **inflammation du foie**. Une hépatite est souvent décrite aussi par le terme de jaunisse. Cette désignation est incorrecte, puisque la coloration jaune de la peau n'est que l'un des différents symptômes de la maladie qui, d'une part, n'apparaît souvent pas du tout pour une hépatite et que, d'autre part, l'on observe également en présence d'autres maladies.

Parler d'hépatite ne dit encore rien sur l'origine de l'inflammation. Chez nous, l'hépatite est le plus souvent due à un excès de consommation d'alcool. Des substances toxiques (provenant de champignons par exemple), certains médicaments ou un écoulement anormal de la bile (dû à la présence de pierres par exemple) peuvent causer une hépatite. Dans le monde entier, l'hépatite a pour cause la plus fréquente des virus de l'hépatite. Ceux-ci sont désignés par des lettres de l'alphabet; aujourd'hui, on connaît les virus de l'hépatite A, B, C, D et E, en abrégé VHA, VHB, VHC, VHD et VHE. Ces virus se distinguent les uns des autres à différents égards.

Une inflammation chronique entraîne des modifications du tissu hépatique qui, après des décennies, aboutissent à une fibrose hépatique (le tissu du foie est remplacé par du tissu conjonctif), une cirrhose du foie (réduction du foie transformé en tissu conjonctif), une défaillance hépatique et, dans de rares cas, un carcinome des cellules hépatiques. Indépendamment de la cause de l'hépatite, l'alcool joue un rôle déterminant de cofacteur. Les symptômes cliniques de l'hépatite chronique sont la fatigue, la perte d'appétit, l'augmentation des transaminases («valeurs hépatiques») dans le sang. Un foie souffrant d'une inflammation chronique peut fonctionner normalement pendant plusieurs décennies; la défaillance hépatique n'intervient en règle générale que lorsque les $\frac{2}{3}$ du tissu normal sont détruits.

Fonctions primordiales du foie

Le foie est le principal organe métabolique et détoxiquant de l'organisme. Il transforme les substances nutritives comme par exemple le sucre de raisin, les protéines et les graisses en éléments constitutifs du corps et exerce aussi une fonction de stockage pour le sucre, les vitamines et les sels minéraux. Il fabrique une série de protéines vitales pour de nombreux processus métaboliques (par exemple la coagulation du sang). De par sa fonction de filtre à toxines, il nettoie le corps de toutes les substances nocives absorbées ou produites par le métabolisme. Le foie dégrade les substances toxiques de telle manière qu'elles peuvent être éliminées par l'urine ou par la bile. Celle-ci est envoyée dans l'intestin, qu'elle aide à digérer les aliments en stimulant l'absorption de substances nutritives, notamment les graisses. Grâce à l'élimination des toxines, d'autres organes – notamment le cerveau – sont protégés contre une détérioration de leurs fonctions ou contre des lésions.

Dans la suite, nous nous pencherons sur les hépatites virales les plus répandues (C, B et A). Les co-infections hépatite-VIH seront également abordées dans chacun des chapitres. Par co-infection, on entend le fait que plusieurs agents pathogènes soient actifs en même temps. Une co-infection VIH/VHB ou VIH/VHC par exemple signifie alors que la personne est atteinte d'une infection à VIH et d'une hépatite chronique B ou C (cf. ci-dessous). Cet état de fait se rencontre assez souvent, parce que le VIH et les virus de l'hépatite B et C (et D) se transmettent, en principe, de la même façon.

Hépatite C

Epidémiologie

Dans le monde, env. 200 millions de personnes souffrent d'une hépatite C chronique (VHC). Tous les pays ne sont pas pareillement touchés. Ainsi, dans les pays méditerranéens, notamment en Lybie et en Egypte, environ 5% de la population locale souffrent du VHC. En Italie, ils sont environ 2%. Dans les pays de l'Est aussi (ex-URSS), on suppose que 2 à 5% de la population est contaminée par le VHC. En Europe centrale, entre 0,5% et 1% de la population est porteuse du VHC. Ce virus se transmet presque uniquement par contact sanguin. Les différences entre les régions géographiques sont parfois dues à des coutumes pratiquées dans certains pays seulement et qui impliquent le contact avec du sang étranger, par exemple lors de la circoncision ou du rasage par le barbier. Dans certains pays, la forte prévalence (taux de contamination) trouve son origine dans le manque d'hygiène appliqué lors des interventions médicales. 0,5% à 1% de la population suisse ou entre 35 000 et 70 000 personnes souffrent soit d'une hépatite C aiguë, soit d'une hépatite C chronique. Seule la moitié des personnes touchées en a conscience. Chaque année, 2000 nouvelles hépatites C environ sont diagnostiquées.

Les populations les plus touchées (100%) sont d'une part les hémophiles qui ont reçu des facteurs de coagulation issus de donneurs, alors que les processus d'inactivation du virus et d'identification du sang contaminé n'étaient pas encore disponibles, d'autre part les consommateurs de drogue par intraveineuse qui pratiquent ou ont pratiqué le partage des seringues (50 à 70%).

Le virus de l'hépatite C a été découvert en 1989 seulement.

Co-infection VIH-VHC

En Suisse et en Europe, environ 30% des séropositifs souffrent d'une hépatite C. La co-infection VIH-VHC apparaît surtout chez les consommateurs de drogue par intraveineuse. Les personnes souffrant d'une co-infection VIH-VHC présentent une charge virale de VHC dix fois plus élevée que les personnes infectées uniquement par le VHC. Telle est probablement une des raisons pour lesquelles, au cours des années passées, un plus grand nombre de transmissions de VHC par voie sexuelle ont été constatées chez les HSH (cf. 1.2). Chez les personnes souffrant de co-infection VIH-VHC, les lésions hépatiques (fibrose, cirrhose, cancer des cellules hépatiques) semblent progresser plus rapidement que chez les personnes souffrant uniquement du VHC. L'immunodépression due au VIH détermine l'évolution de l'infection à VHC: lorsque le système immunitaire est fortement affaibli, l'infection à VHC évolue plus rapidement. Les traitements combinés anti-VIH ont beaucoup amélioré l'espérance et la qualité de vie des personnes concernées. Plusieurs études ont montré que les personnes souffrant d'une co-infection VIH-VHC supportent bien le traitement anti-VIH en règle générale. Contrairement à l'influence négative exercée par l'infection à VIH sur l'infection à VHC, aucune influence négative évidente n'a été décelée – en l'état des connaissances actuelles – de la seconde sur la première.

Pour identifier une lésion du foie, on dose surtout la GPT (= glutamate-pyruvate-transaminase, ou ALAT = alanine-amino-transférase), ou la GOT (= glutamate-oxalacétate-transaminase ou ASAT = aspartate-amino-transférase) dans le plasma sanguin. Plus ces valeurs, appelées valeurs hépatiques

ou transaminases, sont élevées, plus le nombre de cellules hépatiques affectées est élevé. Contrairement à l'infection à VIH, une hépatite C chronique est potentiellement curable; cependant, son pronostic peut s'avérer moins bon que celui de l'infection à VIH pour les personnes séropositives. Par conséquent, il convient de s'interroger dans chaque cas sur l'opportunité et la possibilité d'administrer un traitement anti-VHC avant un traitement combiné anti-VIH ou à l'inverse sur l'utilité d'un traitement anti-VIH avant, puis d'un traitement concomitant du VIH et du VHC.

Voies de contamination

La transmission du **virus de l'hépatite C** se fait surtout par le sang et les produits sanguins. De nos jours, les transmissions les plus fréquentes ont lieu chez les consommateurs de drogue par intraveineuse lorsqu'ils utilisent des seringues souillées. Avant 1991, le VHC était aussi transmis par transfusion sanguine et par des produits sanguins (facteurs de coagulation ou facteurs de croissance). Depuis 1991, le sang de donneur est examiné pour exclure une contamination au VHC, de sorte qu'une transmission par cette voie en Suisse est très improbable aujourd'hui.

En cas de blessure par piqûre de seringue, le risque de transmission du VHC s'élève à 1,2-10%, il est donc près de 10 fois supérieur au risque moyen de transmission du VIH, qui se situe à environ 0,3%. Il arrive que le VHC se transmette par rapport sexuel non protégé, mais beaucoup plus rarement que pour la transmission sexuelle du VHB ou du VIH. Pour les partenaires sexuels depuis de longues années, le risque de transmission des personnes contaminées par VHC est de 0,5 à 3% par an au maximum; pour les nouveau-nés de mères contaminées par le VHC, le risque est de 5 à 10%. Ces chiffres sont plus élevés lorsque la transmission a lieu par voie anale et lorsque la personne dont est issu le virus du HCV souffre également d'une infection à VIH.

La transmission du VHC est également possible lors de tatouages et de piercings si l'application n'est pas effectuée avec des instruments stériles. Le rasage chez le barbier, répandu dans les pays méditerranéens, comporte également un certain risque de contamination, car les lames sont rarement stérilisées. 20% des personnes infectées par le VHC ne savent pas par quelle voie elles ont été contaminées.

Les personnes infectées par le VHC qui ne guérissent pas spontanément ou qui ne suivent pas de traitement restent contagieuses toute leur vie. Les personnes souffrant d'une hépatite aiguë sont également contagieuses.

Symptômes et évolution

On distingue en principe deux phases de l'infection à hépatite C. L'infection aiguë les six premiers mois suivant la contamination, puis l'infection chronique.

Hépatite C aiguë

Chez 70% à 80% des personnes infectées par le VHC, l'infection aiguë passe inaperçue. L'infection n'est décelable que par une analyse du sang, une biopsie du foie (prélèvement de tissu) et – en moyenne 80 jours après la contamination – une sérologie VHC (test de recherche d'anticorps). Si l'hépatite aiguë est symptomatique (20% à 30% des cas), de la fatigue, de la fièvre, des maux d'estomac et des douleurs intestinales se font sentir,

dans 10% des cas environ une jaunisse (ictère avec coloration de la peau et du blanc de l'œil) se déclare. Les symptômes disparaissent après plusieurs semaines. Seul 1/3 des personnes touchées par l'infection aiguë éliminent le virus spontanément au cours des 6 premiers mois. Chez toutes les autres, l'hépatite C devient chronique.

Hépatite C chronique

Chez la plupart des personnes souffrant d'hépatite C chronique aussi, l'infection passe inaperçue et est ignorée pendant des années.

Une cirrhose du foie se déclare chez 20% des patients entre 10 et 20 ans plus tard, parce que l'infection chronique entraîne une transformation du tissu hépatique en tissu cicatriciel. S'ensuivent une fatigue persistante, une baisse des performances ainsi qu'une sensation de pression et de satiété dans le haut du ventre. Des démangeaisons généralisées ne sont pas rares. Une cirrhose du foie avancée signifie une profonde détérioration de la fonction hépatique. Des complications mortelles peuvent apparaître: des varices dans l'œsophage avec tendance au saignement, l'accumulation de liquide dans la cavité abdominale (ascites), le foie n'est plus en mesure d'exercer sa fonction de filtre et les substances toxiques qui circulent dans le sang entravent les fonctions cérébrales: s'ensuivent de graves troubles de la conscience et un coma hépatique. Dans le pire des cas, une cirrhose du foie avancée entraîne la défaillance de l'organe et, ainsi, la mort. Chaque année, 2% à 6% des personnes atteintes d'une cirrhose du foie meurent d'un cancer des cellules hépatiques.

Valeurs hépatiques

Chez environ 60% à 70% des patients, l'inflammation chronique du foie entraîne une augmentation des valeurs hépatiques dans le sang (transaminases). Des valeurs très élevées indiquent une évolution plutôt défavorable de l'hépatite C, mais il faut signaler la mauvaise corrélation entre les valeurs hépatiques et l'ampleur des lésions du foie. Lorsque des valeurs hépatiques élevées sont mises en évidence par un examen de routine, elles peuvent révéler une hépatite C.

Diagnostic

Sérologie VHC (test de recherche d'anticorps anti-VHC, test de dépistage)

Il est judicieux de se soumettre au test de dépistage de l'hépatite C lorsqu'un risque de contamination est avéré, par exemple si l'on a subi une transfusion de sang ou de produits sanguins avant 1991, si l'on consomme (a consommé) de la drogue par intraveineuse, si l'on porte un tatouage ou un piercing, etc., ou si un taux élevé de transaminases a été mesuré.

Souvent, le premier test réalisé est la sérologie VHC. En moyenne, des anticorps contre l'hépatite C se forment 80 jours (33 à 129 jours) après la contamination. Une sérologie VHC négative 6 mois après le risque de contact avec l'agent infectant exclut une hépatite C aiguë ou chronique.

Mise en évidence du virus

Si la sérologie VHC est réactive («positive»), un second test est réalisé – une PCR VHC – afin de mettre en évidence le génome du VHC (ARN VHC) dans le sang. Cette démarche vise à confirmer le résultat du premier test et à définir l'activité de l'infection. Les anticorps peuvent également être mis

en évidence alors que l'infection a disparu, c'est-à-dire que l'hépatite C aiguë est passée et le corps a éliminé le virus. Si le PCR VHC est négatif, une hépatite C chronique est exclue.

Bilan hépatique

Lorsqu'une infection au VHC est avérée, un bilan hépatique est effectué, afin de déterminer l'ampleur des lésions hépatiques. Le bilan hépatique implique la mesure dans le sang des valeurs correspondant aux fonctions hépatiques, une échographie et éventuellement un fibroscan et – sauf pour le génotype 3 – une biopsie du foie. Pour celle-ci, un petit échantillon de tissu est prélevé, afin d'identifier une inflammation du foie et, éventuellement, du tissu fibreux et son étendue (fibrose ou cirrhose). Le bilan hépatique est indispensable pour déterminer la nécessité d'un traitement.

Génotype et quantité de virus

Il existe plusieurs génotypes du VHC. En Suisse, le génotype 1 est le plus répandu (50% des cas), le génotype 3 est en deuxième position (30%), vient ensuite le génotype 2 (20%), le génotype 4 et les autres apparaissant plus rarement sous nos latitudes. L'identification du génotype viral revêt de l'importance, car elle permet d'évaluer les chances de guérison offertes par un traitement médicamenteux et définit la durée du traitement pour les personnes souffrant d'une mono-infection à VHC.

Si l'on envisage un traitement, la quantité de virus dans le sang (charge virale, mesure quantitative de l'ARN VHC) sera dosée. Contrairement à l'infection à VIH, on ne peut établir de rapport entre la quantité de virus dans le sang et la rapidité d'évolution naturelle de la maladie; c'est-à-dire qu'une charge virale élevée n'implique pas, en règle générale, une évolution plus rapide de la maladie. Toutefois, une charge virale élevée – le facteur essentiel après le génotype – a une répercussion défavorable sur le pronostic de réussite d'un traitement médicamenteux.

Traitement

Contrairement au VIH, la substance génétique du VHC ne s'intègre pas à notre substance génétique durant son cycle évolutif. Par conséquent, une infection par le VHC ne peut pas seulement être traitée, mais aussi – contrairement à l'infection à VIH – potentiellement guérie. Cela signifie qu'un traitement médicamenteux ne permet pas seulement de contrôler le virus, mais aussi de l'éliminer de l'organisme. Le traitement de l'hépatite C est limité dans le temps et l'élimination définitive du VHC constitue l'objectif poursuivi. L'élimination du virus met un terme à l'inflammation et à la transformation du tissu hépatique en tissu fibreux et dans la plupart des cas, la fibrose diminue après plusieurs années. Une hépatite C guérie n'est pas synonyme d'immunité, c'est-à-dire que l'on peut s'infecter à nouveau. Des mesures de prévention permettront néanmoins de se prémunir contre une nouvelle infection (cf. 1.2).

Aujourd'hui, pour le traitement de l'hépatite C – sauf lorsque l'infection est aiguë –, on prescrit toujours une combinaison d'interféron-alpha pégylé et de ribavirine. L'interféron-alpha est une cytohormone qui stimule le système immunitaire et inhibe la prolifération du virus (réplication virale). «Pégylé» signifie que l'interféron a subi une modification chimique puisqu'il est «enveloppé dans des microbilles de graisse». La pégylation augmente la durée de séjour de l'interféron dans le corps, et son application s'en trouve

simplifiée. Les interférons pégylés (Pegasys[®], PegIntron[®]) sont injectés en sous-cutané une fois par semaine. Les interférons non pégylés doivent être injectés quotidiennement ou 3 fois par semaine, ils sont peut-être moins efficaces et ne sont plus guère administrés à l'heure actuelle. La ribavirine (Copegus[®], Rebetol[®]) a une action antivirale; elle est administrée quotidiennement sous forme de comprimés ou de capsules.

Traitement de l'hépatite C aiguë

Il n'existe pas de vaccin ou de prophylaxie postexposition pour le VHC. Le traitement de l'hépatite C aiguë à l'interféron-alpha (pégylé) (+/- ribavirine) peut éliminer le virus et empêcher ainsi le développement d'une hépatite C chronique. Selon des études menées à petite échelle, le taux de guérison des personnes non séropositives est de 80% à 95% et de 60% à 70% pour les personnes atteintes du VIH.

D'ordinaire, la probabilité d'une chronification de l'infection à VHC avoisine les 60% à 70%. Les traitements combinés de l'infection chronique à VHC à l'interféron-alpha pégylé et à la ribavirine obtiennent une élimination virale de 55% seulement (45% pour le génotype 1) des personnes mono-infectées par le VHC et de 27% à 40% (14% à 29% pour le génotype 1) des personnes atteintes d'une co-infection VIH-VHC. En conséquence, le traitement de l'infection aiguë à VHC semble représenter un traitement avantageux et efficace en vue d'empêcher la chronification de l'infection et, par là même, une cirrhose et d'autres complications de l'hépatite C.

Traitement de l'hépatite C chronique

Le traitement vise l'élimination du virus de l'organisme. Un traitement à l'interféron-alpha pégylé et à la ribavirine peut atteindre cet objectif. Le pronostic de réussite du traitement dépendra du génotype du VHC, de la présence ou de l'absence d'une infection par le VIH et de l'ampleur de la charge virale du VHC. Le statut immunitaire et le degré de fibrose du foie jouent un rôle mineur, voire aucun. L'objectif de traitement (l'élimination du virus) est atteint chez une bonne moitié (45% pour le génotype 1) des personnes mono-infectées par le VHC et chez un tiers (14% à 29% pour le génotype 1) des personnes co-infectées par le VIH et le VHC.

Durée et chances de réussite du traitement d'une mono-infection par le VHC

La durée du traitement dépend du génotype du virus. Les virus des génotypes 1 et 4 sont traités pendant 12 mois, ceux des génotypes 2 et 3 pendant 6 mois. Les chances de guérison sont elles aussi largement déterminées par le génotype viral. Pour le génotype 1, le taux de guérison est de 45% environ, alors qu'il atteint 80% pour les génotypes 2 et 3. Pour le génotype 1, les chances de guérison se révèlent plus élevées lorsque la charge virale baisse rapidement dès le début du traitement. En revanche, si après 3 mois de traitement, la quantité de virus dans le sang demeure inchangée, les chances d'éliminer le virus sont nulles et le traitement peut être interrompu.

Traitement d'une co-infection VIH-VHC

Chez les personnes atteintes d'une co-infection par le VIH et le VHC, la durée du traitement est de 12 mois, indépendamment du génotype viral. Des études ont montré que les chances de guérison étaient d'environ 1/3 (14% à 29% pour le génotype 1, 43% à 73% pour les génotypes 2 et 3). En

présence d'un génotype 1, une baisse rapide de la quantité de virus dans le sang dès le début du traitement augmente les chances de guérison. En revanche, si après 3 mois de traitement, la charge virale demeure inchangée, les chances d'éliminer le virus sont nulles et le traitement peut être interrompu. Chez les personnes souffrant d'une co-infection à VIH-VHC, on privilégiera un traitement de l'hépatite C chronique avant d'entamer un traitement combiné anti-VIH. Si cela n'est pas possible et que l'infection à VIH et l'hépatite C chronique doivent être traitées en parallèle, il faudra tenir compte des interactions possibles entre les médicaments administrés. Notamment entre la ribavirine et certains inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse. Par ailleurs, des cas isolés de troubles graves du métabolisme sont documentés: des acidoses lactiques – une augmentation du taux d'acidité dans le corps à cause d'un excédent d'acide lactique – dues à une toxicité mitochondriale (voir chapitre 2.3).

La transplantation du foie constitue la dernière option thérapeutique. L'infection à VIH ne diminue pas les chances de réussite.

Effets secondaires

L'interféron occasionne des symptômes grippaux, tels que fièvre, douleurs articulaires et maux de tête, frissons, etc. On peut y remédier avec des médicaments contre la grippe, par exemple du paracétamol. En outre, l'interféron agit sur le bien-être psychique. Durant un traitement à l'interféron, de nombreux patients souffrent de dépression et de troubles du sommeil et il est fréquent que l'on administre des antidépresseurs en prévention. La formule hématologique peut se modifier et l'on peut voir, par exemple, diminuer le nombre de plaquettes sanguines et augmenter ainsi le risque de saignement. De l'alopecie (chute de cheveux) et un assèchement de la peau peuvent apparaître. Ces effets secondaires disparaissent dès l'interruption du traitement ou dès que le médicament n'est plus administré. Dans de rares cas, des effets indésirables, telle une hypothyroïdie, demeurent.

La ribavirine peut causer de l'anémie. Elle peut être nocive pour l'enfant à naître et influencer défavorablement sur la qualité des spermatozoïdes – il ne faut en aucun cas tomber enceinte en cours de traitement et pendant les 6 mois suivants.

Les personnes qui subissent un traitement contre l'hépatite C sont renseignées avec précision par leur médecin et suivies de près tout au long de la thérapie.

On parle de récurrence lorsque la charge virale remonte pendant ou après l'interruption d'un traitement réussi. En l'absence de récurrence 6 mois après l'interruption d'un traitement réussi, on parle de «réponse virologique soutenue» (SVR), le patient est guéri.

Prévention

Pour se protéger de l'hépatite C, il convient d'éviter toutes les voies de contamination possibles (voir chapitre 1.2, Voies de contamination). Le risque d'une transmission par voie sexuelle est comparativement faible, mais il dépend de la pratique sexuelle et du statut VIH de la personne infectée par le VHC; bien utilisés, les préservatifs protègent contre une contamination. Les personnes qui consomment de la drogue par intraveineuse ne doivent jamais partager leurs seringues, leurs aiguilles ni les autres ustensiles. Cette règle s'applique également aux accessoires à sniffer.

Les personnes infectées doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger les autres: les articles, tels que brosses à dents, lames de rasoir, ciseaux à ongles et accessoires d'injection ne doivent jamais être utilisés par plus d'une personne. Ici aussi, les préservatifs peuvent s'avérer utiles. La consommation d'alcool exerce une influence déterminante sur l'évolution d'une hépatite chronique non traitée. Les personnes souffrant d'une hépatite C aiguë ou chronique devraient renoncer totalement à l'alcool. Les mères qui souffrent d'une infection par le virus de l'hépatite C peuvent allaiter leur enfant. Dans le domaine médical, les règles habituelles d'hygiène et de stérilisation doivent être respectées.

A ce jour, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C.

L'hépatite B

Epidémiologie

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est un problème de santé majeur et global. Deux milliards de personnes sont infectées dans le monde entier, dont 350 millions environ souffrent d'une hépatite B chronique. L'infection au VHB constitue une des dix causes principales de décès dans le monde, avec 1,2 million de morts chaque année, dues à l'hépatite chronique, à la cirrhose du foie et au carcinome des cellules hépatiques. Celui-ci cause 320 000 décès par an au niveau planétaire. L'incidence et les voies de contamination de l'infection à VHB varient fortement d'une région à l'autre. Dans les pays occidentaux, la maladie est relativement rare et la contamination a lieu notamment à l'âge adulte, tandis qu'en Asie et dans la plupart des régions d'Afrique, les infections au VHB sont très répandues et habituellement transmises pendant l'accouchement ou durant l'enfance. En Suisse, on estime à 1000-2000 le nombre de nouvelles infections annuelles et à environ 20 000 le nombre des porteurs du virus (HbsAg-positifs), ce qui correspond à une prévalence de 0,3% de la population.

Co-infection VIH-VHB

Environ un tiers des personnes infectées par le VIH en Suisse ont été en contact avec le VHB et la moitié d'entre elles montrent des signes d'une infection chronique avec prolifération virale persistante. Les personnes qui ont été contaminées par le VIH lors d'un partage de seringue sont rarement infectées, en plus, par le seul VHB, mais sont en général aussi atteintes par l'hépatite C chronique.

A plusieurs titres, une infection à VIH a un effet défavorable sur l'infection à VHB: les personnes souffrant d'une co-infection à VIH-VHB présentent plus souvent des symptômes d'une affection hépatique, voient plus souvent leur hépatite B devenir chronique et les lésions du foie (fibrose, cirrhose, cancer des cellules hépatiques) semblent progresser plus rapidement que chez les personnes atteintes d'une mono-infection au VHB.

Contrairement à l'influence défavorable exercée par l'infection à VIH sur l'infection à VHB, aucune action négative de l'infection à VHB sur l'infection à VIH n'a été constatée à ce jour.

Transmission

Le virus de l'hépatite B se transmet par rapport sexuel (vaginal, anal, oral), par le sang et les produits sanguins (donc aussi dans le cadre de blessures par piqûre ou coupure avec des instruments souillés par du sang contaminé, ou en cas d'échange d'aiguille et de seringue) et pendant l'accouchement de la mère à l'enfant. Rarement, le virus peut également être transmis par la salive ou durant l'allaitement. Le risque de transmission du virus de l'hépatite B en cas de contact avec du sang contaminé dans le cadre de blessures par piqûre ou coupure monte jusqu'à 40%-60% pour le personnel médical non vacciné; le risque de transmission du virus de l'hépatite B lors de rapports non protégés avec une personne atteinte d'une hépatite B aiguë ou chronique s'élève à 40% par contact. Auparavant, les personnes transfusées, les bénéficiaires de produits sanguins (comme par exemple les hémophiles) ou de greffes d'organe et les patients dialysés (personnes devant subir un «lavage du sang» automatique à la suite d'une lésion rénale) étaient exposées à un risque de contamination accru.

Le virus de l'hépatite D (VHD) peut être transmis conjointement avec le virus de l'hépatite B. La contamination par le virus de l'hépatite D ne peut avoir lieu que s'il a pénétré dans l'organisme avec le virus de l'hépatite B ou s'il a été transmis à quelqu'un souffrant d'une hépatite B aiguë ou chronique. En effet, pour sa prolifération, il est tributaire de composantes du virus de l'hépatite B. Le virus de l'hépatite D est surtout répandu dans le bassin méditerranéen, dans les pays des Balkans, au Proche-Orient et dans quelques pays d'Afrique et d'Amérique du Sud. En Europe centrale et du Nord, les personnes touchées sont surtout les consommateurs de drogue par intraveineuse qui pratiquent le partage des seringues et des aiguilles.

Symptômes et évolution

Hépatite B aiguë

D'ordinaire, les infections passent inaperçues chez les nouveau-nés et les enfants en bas âge, et leur chronification est fréquente. Chez les adolescents et les adultes, l'infection à VHB aiguë n'est symptomatique que dans 30% à 50% des cas. Lorsque les symptômes sont non spécifiques, ils durent quelques semaines seulement et se traduisent par de la fièvre, de la fatigue, des douleurs articulaires, la perte de l'appétit et des troubles gastro-intestinaux. Une coloration jaunâtre de la peau et du blanc de l'œil est possible («ictère de l'hépatite B aiguë»). Dans 90% à 95% des cas, le VHB est spontanément éliminé en l'espace de 6 mois. Lors de l'infection, l'organisme a produit des anticorps anti-VHB qui le protègent contre une nouvelle infection par le VHB. Une hépatite B aiguë est rarement fulminante. Chez 0,1 à 0,5% des patients, l'infection sera suivie d'une grave défaillance hépatique qui peut s'avérer mortelle.

Hépatite B chronique

Une hépatite B chronique est avérée lorsque le VHB est détectable dans le sang pendant plus de 6 mois. La mise en évidence s'effectue par détermination de l'antigène HBe et HBs – ce sont des protéines virales – et de l'ADN du VHB. Le virus lui-même ne rend pas malade, c'est le système immunitaire qui déclenche la maladie. Lorsque la contamination a lieu tôt dans la vie, par exemple pendant l'accouchement de la mère à l'enfant, le système immunitaire considère le VHB comme appartenant au corps. Il est tolérant à l'égard du virus, les cellules hépatiques ne sont pas détériorées, mais le

porteur du virus est contagieux. Lorsque la contamination a lieu plus tard, le système immunitaire se défend. S'il gagne la guerre, le virus est éliminé, l'infection guérit et la personne n'est plus contagieuse. En revanche, si le système immunitaire ne gagne qu'une bataille ou s'il perd, il détruit les cellules hépatiques sans éliminer le virus, c'est l'hépatite chronique; la personne est contagieuse.

Diagnostic

Le diagnostic de l'hépatite B se pose à partir d'analyses de laboratoire. En cas d'infection, différentes composantes du virus sont détectées dans le sang, par exemple l'antigène HBs, l'antigène HBe ou l'ADN du virus. On peut en outre déceler des anticorps, c'est-à-dire des substances produites par l'organisme pour se défendre contre le VHB. Lors d'une infection aiguë, l'antigène HBs, l'antigène HBe et certains anticorps (IgM) peuvent être mis en évidence dans la phase initiale. Ils disparaissent en cours d'infection et sont ensuite remplacés par des anticorps contre ces composantes virales (par exemple des anticorps anti-HBs).

Si l'antigène HBs reste dans le sang pendant plus de 6 mois, il s'agit d'une hépatite B chronique et on dit que la personne est porteuse du VHB.

La présence de l'infection à VHB n'implique pas obligatoirement que le foie est enflammé (hépatite). D'autres examens permettront de constater s'il y a inflammation ou fibrose du foie. Le dosage des valeurs hépatiques (transaminases et autres) et une échographie seront effectués.

Si l'infection à VHB chronique est confirmée, il conviendra de déterminer l'ampleur des lésions hépatiques par un éventuel fibroscan et une biopsie du foie. La biopsie consiste à prélever un petit échantillon de tissu qui révélera si on est en présence d'un foie enflammé et si, et dans quelles proportions, l'organe est atteint de fibrose ou de cirrhose: le bilan hépatique est important pour déterminer la nécessité d'un traitement.

Une infection à VHB chronique n'est pas synonyme de condamnation à mort. La plupart des malades sont des «porteurs sains» qui vivent normalement avec leur infection – seule une petite partie des personnes infectées développent une cirrhose ou un cancer du foie. On ne peut prédire avec précision quel porteur de l'hépatite B subira une évolution défavorable de la maladie. On sait toutefois que la consommation d'alcool, même en petites quantités, a un effet négatif sur cette évolution.

Traitement

Hépatite B aiguë

A l'heure actuelle, il n'existe aucune indication de traitement antiviral lors d'hépatite B aiguë, puisque la majorité des patients éliminent le virus spontanément. On a quelques premiers indices de l'utilité d'une thérapie antivirale aux analogues de nucléosides et de nucléotides lors de défaillance hépatique aiguë. On ne dispose pas encore de résultats d'études randomisées et contrôlées.

Hépatite B chronique

Le traitement d'une infection à VHB chronique vise à diminuer la quantité de virus dans le sang et à améliorer les fonctions hépatiques. Avec les médicaments disponibles sur le marché, une guérison (élimination du virus) n'est obtenue que dans 5% des cas. Une hépatite chronique positive à l'antigène HBe et toutes les autres formes accompagnées d'une lésion hépatique

décélée par biopsie constituent des indications de traitement. Aujourd'hui, en Suisse, 6 médicaments sont autorisés pour le traitement de l'hépatite B chronique: l'interféron-alpha, l'interféron-alpha pégylé, la lamivudine (3TC® ou Zeffix®), l'adefovir (Hepsera®), l'entécavir (Baraclude®) et la telbivudine (Sebivo®). Ne sont pas autorisés pour le traitement de l'hépatite B, mais sont également efficaces: les médicaments anti-VIH émtricitabine (Emtriva®) et tenofovir (Viread®); le médicament antiherpétique famciclovir (Famvir®) montre aussi une certaine activité.

Effets secondaires

A part l'interféron et l'interféron pégylé, tous les médicaments sont administrés sous forme de comprimés. En règle générale, ils sont bien tolérés. L'interféron pégylé alpha-2a est injecté en sous-cutané une fois par semaine. Sous interféron-alpha pégylé, des effets secondaires peuvent apparaître: symptômes grippaux (fièvre, maux de tête et douleurs articulaires), baisse du nombre de globules rouges (anémie), baisse des plaquettes sanguines (plus forte tendance aux saignements), humeur dépressive, alopecie et assèchement de la peau. Ces effets secondaires disparaissent dès interruption du traitement. Dans de rares cas subsiste le symptôme de l'hypothyroïdie.

Co-infection VIH-VHB

Chez les personnes atteintes d'une co-infection à VIH et VHB aussi, le traitement de l'infection chronique à VHB vise à réduire la quantité de virus dans le sang et à améliorer les fonctions hépatiques. Cela notamment parce que tous les médicaments antirétroviraux sont dégradés par le foie, qui en élimine un grand nombre.

Un traitement anti-VHB devrait être administré à toutes les personnes co-infectées par le VIH et le VHB dont l'hépatite B est chronique et dont la biopsie a révélé des lésions importantes du foie. Si le traitement anti-VIH n'est pas encore recommandé, le médicament choisi pour le traitement ne doit pas agir contre le VIH ou ne pas être utilisé dans le cadre d'un traitement anti-VIH, afin d'éviter que le VIH ne développe une résistance sous monothérapie. En règle générale, le choix se porte sur l'interféron-alpha pégylé; un traitement à l'entécavir (Baraclude®) ou à la telbivudine (Sebivo®) est possible aussi, mais elle n'est pas remboursée par les caisses. Par contre, lorsqu'un traitement anti-VIH est indiqué, la combinaison de trois substances antirétrovirales – si le VIH y est sensible – contiendra une ou deux substances (par exemple le tenofovir + l'émtricitabine ou le tenofovir + le 3TC) qui agissent non seulement contre le VIH, mais aussi contre le VHB.

Dernière option thérapeutique: la transplantation du foie. L'infection à VIH ne réduit pas les chances de réussite.

Prévention

La prévention de l'hépatite B est également possible par vaccination active et passive (cf. ci-dessous). Au-delà de la vaccination, il convient, dans la vie privée, d'observer les règles de précaution usuelles (safer sex, safer use, cf. chapitre 1.2): renoncement à l'échange de brosses à dents, de rasoirs, de ciseaux à ongles, etc. Il est également important que les tatouages et piercings soient effectués dans un environnement digne de confiance et que seuls des instruments stériles soient utilisés. Dans le domaine médical,

les règles générales d'hygiène et de stérilisation doivent être respectées. Ces mesures préventives protègent aussi d'une infection par le virus de l'hépatite D.

Le vaccin contre l'hépatite B

On peut se faire vacciner activement et passivement contre l'hépatite B.

Pour la **vaccination passive**, des anticorps contre le virus de l'hépatite B sont inoculés dans une veine. L'avantage de la vaccination passive réside dans le fait que la protection est immédiate, son désavantage dans le fait qu'elle ne dure que quelques mois, car le système immunitaire de la personne vaccinée n'a pas appris à fabriquer lui-même les anticorps à fournir en cas de besoin.

Pour la **vaccination active**, des antigènes, comme on les appelle, sont injectés dans un muscle, c'est-à-dire des composantes de virus, produits selon la technique génétique (hépatite B) qui stimulent le corps à fabriquer les anticorps nécessaires. Son avantage réside dans le fait que le système immunitaire de la personne vaccinée peut toujours constituer de nouveaux anticorps si nécessaire. Afin de garantir une protection de longue durée, un rappel doit être effectué à deux ou trois reprises à intervalles déterminés. Il existe des vaccins combinés contre l'hépatite A et contre l'hépatite B.

La vaccination active contre l'hépatite B protège également contre l'hépatite D. Dans 95% des cas, ce vaccin induit la formation d'anticorps et est, en général, bien toléré. On assiste plus fréquemment à une réponse immunitaire insuffisante chez les personnes âgées, de sexe masculin, en cas d'obésité prononcée et d'immunodéficience élevée. Qui a eu une réaction satisfaisante au vaccin est protégé pour toute sa vie d'une hépatite B chronique.

Certaines personnes ne réagissent pas à la vaccination active et ne forment pas d'anticorps. On les appelle *Non-Responder*. Dans certaines circonstances, il ne leur reste que la vaccination passive pour se protéger.

En cas d'exposition donnée – par exemple blessure par piqûre avec une aiguille contaminée par le VHB – chez les personnes dont la vaccination contre le virus de l'hépatite B n'est pas suffisante en toute certitude (non vaccinées ou rappels non encore inoculés, *Non-Responder*, dernier vaccin très ancien), des anticorps contre l'hépatite B sont parfois également administrés parallèlement à la nouvelle vaccination active, en tant que prophylaxie de postexposition (PEP).

Vaccination des personnes séropositives

Les questions de vaccination revêtent une grande importance pour les personnes atteintes d'une infection à VIH (cf. chapitre 4.1). Il leur est conseillé de se constituer consciemment une protection vaccinale précoce et de la maintenir, c'est-à-dire de se faire vacciner contre les hépatites A et B, si les examens montrent qu'ils n'ont jamais eu de contamination par le VHA ou le VHB. En cas d'immunodéficience, le succès du vaccin est moindre, cela signifie que, le cas échéant, le système immunitaire n'est parfois plus en mesure de fabriquer suffisamment d'anticorps protecteurs.

Les vaccinations actives contre les hépatites A et B sont également sans risque pour les personnes présentant une immunodéficience, puisqu'il s'agit de germes inactivés tant pour le vaccin actif contre l'hépatite A que le vaccin actif contre l'hépatite B. Aucun indice ne porte à croire que la vaccination des personnes atteintes de l'infection à VIH provoque chez elles plus

d'effets secondaires ou qu'elle exerce une influence négative à long terme sur l'évolution de la maladie.

Hépatite A

Epidémiologie

Au niveau mondial, l'hépatite A est la forme du virus de l'hépatite la plus courante. En particulier, elle est largement répandue en Asie, en Afrique, en Amérique centrale et en Amérique du Sud. En Europe centrale, environ 10% des personnes de moins de 40 ans ont des anticorps contre le virus de l'hépatite A (VHA). Les personnes qui consomment de la drogue présentent, à environ 60%, des anticorps contre le VHA. L'incidence de l'hépatite A en Suisse au cours des 50 dernières années s'est considérablement réduite, en moyenne annuelle aujourd'hui 300 personnes sont contaminées par l'hépatite A. La plupart du temps, la contamination a lieu à l'occasion de voyages à l'étranger, puisque environ 50% des hépatites A sont transmises à l'étranger, le plus souvent au Moyen-Orient et en Extrême-Orient.

Transmission

Le virus de l'hépatite A est, le plus souvent, transmis par voie oro-fécale. Le virus est excrété avec les selles (= fèces) et sa transmission se fait des toilettes à la bouche en passant par les mains. En voyage dans des zones à fort taux de contamination par la maladie, sa transmission par l'intermédiaire d'aliments souillés (moules, crustacés, fruits de mer, salade, fruits, glace en particulier) ou d'eau potable sale est possible. Le virus de l'hépatite A peut également se transmettre par des pratiques sexuelles oro-anales ou des contacts avec l'urine. Une transmission par le sang est très rare, puisque le virus de l'hépatite A est presque exclusivement localisé dans l'intestin et ne séjourne que très brièvement dans le sang. Toutes les personnes atteintes d'une infection par le VHA sont contagieuses pendant environ 6 à 8 semaines. L'excrétion des virus dans les selles commence environ 10 jours avant la contamination. La jaunisse, c'est-à-dire la coloration jaune des muqueuses de l'œil et de la peau (ictère), n'intervient qu'après 28 jours, mais seulement chez une partie des personnes contaminées.

Co-infection VIH-VHA

En principe, les personnes VIH-positives ne sont pas plus exposées que les autres au risque de contamination par l'hépatite A. Néanmoins, tout comme les hépatites B et C, l'hépatite A apparaît plus fréquemment dans certains groupes au comportement à risque. Ainsi environ 40% des consommateurs de drogue par intraveineuse ont été infectés par le VHA. Depuis les années 95, on recommande de vacciner les personnes qui encourent un risque plus élevé d'être infecté par le VHA. Depuis, le taux de contamination est en recul.

On ne sait pas grand-chose des interactions entre le VIH et le VHA. En revanche, on sait que les co-infections VHA-VHC et VHA-VHB peuvent entraîner de graves complications hépatiques. L'Office fédéral de la santé publique recommande en conséquence de vacciner contre le VHA toutes les personnes dont le comportement présente des risques. Quelques études portent à croire que comparativement aux personnes souffrant d'une mono-infection au VHA, les personnes VIH-positives peuvent présenter plus

longtemps des symptômes d'une hépatite A, c'est-à-dire qu'une personne VIH-positive peut mettre plus de temps à se remettre totalement d'une hépatite A.

Si une hépatite aiguë se déclare alors que la personne subit un traitement antirétroviral, il faut interrompre le traitement jusqu'à ce que les valeurs hépatiques retournent à un niveau normal. Par conséquent, il est judicieux de se faire vacciner contre l'hépatite A surtout afin d'éviter de devoir interrompre un traitement anti-VIH efficace pour cause de sécurité en raison d'une hépatite A aiguë.

Symptômes et évolution

Normalement, l'hépatite A évolue sans complication et ne devient jamais chronique, contrairement aux hépatites B et C. L'infection au VHA immunise contre une nouvelle contamination.

En principe, l'hépatite A a trois évolutions possibles:

1. De manière asymptomatique. C'est notamment le cas des enfants de moins de 3 ans.
2. Plus les années passent, plus l'hépatite A sera accompagnée de symptômes. Dès 18 ans, 80% des personnes infectées développent les symptômes types de l'hépatite A: symptômes grippaux, fièvre, perte de l'appétit, nausées, vomissements, douleurs dans le haut du ventre, diarrhées, urines foncées et ictère (coloration jaunâtre de la peau et du blanc de l'œil). Des démangeaisons peuvent s'y ajouter. L'affection aiguë apparaît entre 2 et 7 semaines après la contamination et dure 3 à 4 semaines.
3. Une hépatite A peut entraîner une défaillance hépatique aiguë et la mort. Chez les personnes plus âgées (40 ans et plus), l'évolution est plus souvent grave que chez les jeunes, mais elle demeure rare: 0,1% à 1% des cas d'hépatite A.

Diagnostic

Les méthodes diagnostiques actuelles permettent de détecter le virus lui-même (génomène viral – ARN – et HAAg). Un diagnostic de routine recherche en règle générale les anticorps fabriqués par l'organisme (IgM et IgG anti-VHA). Ceux-ci sont présents chez toutes les personnes atteintes par l'hépatite A au moment du diagnostic.

Traitement

Il n'existe pas de traitement spécifique. D'ordinaire, un traitement n'est pas requis ou il agit uniquement sur les symptômes. Les patients atteints d'une hépatite A et leurs proches devraient observer strictement les mesures d'hygiène usuelles, se laver les mains consciencieusement après être allés à la selle et les désinfecter.

Prévention

Il est possible de prévenir l'hépatite A par vaccination active et passive. Pour la vaccination active, un agent inactivé est inoculé, qui contient des virus de l'hépatite A incapables de proliférer. Ce vaccin incite le système immunitaire à fabriquer des anticorps spécifiques. D'ordinaire, le vaccin est administré deux fois dans un intervalle de 6 mois. La vaccination passive contient des anticorps du donneur, la protection dure quelques mois seulement, étant donné que le système immunitaire de la personne immunisée passivement n'a pas appris à fabriquer des anticorps. La mesure

essentielle de prévention contre l'hépatite A est d'ordre hygiénique. Dans les pays où les conditions d'hygiène sont mauvaises, il ne faut pas consommer de nourriture crue, d'eau non désinfectée ou non bouillie au préalable ni d'eau minérale provenant de bouteilles non fermées. Les moules ou les crustacés présentent un danger certain de contamination, car les moules filtrent de grandes quantités d'eau et les parcs à moules sont souvent placés à l'arrivée des eaux usées. Les fruits doivent être pelés et on renoncera à la salade et aux glaces.

Lectures complémentaires

www.sevhep.ch

www.hepatitis-info.ch

4.7 | Indications concernant le remboursement des frais de médicaments

La caisse-maladie assure-t-elle la prise en charge?

Un grand nombre de traitements différents peuvent être utilisés dans le traitement des personnes séropositives/malades du sida. Le patient se pose souvent la question de la prise en charge des coûts. En Suisse, le remboursement des traitements par l'assurance-maladie est régi par un système complexe. En matière de médicaments, les traitements se répartissent en trois catégories principales:

- les médicaments qui figurent sur la liste des spécialités de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS);
- les médicaments qui figurent sur la liste des Produits pharmaceutiques à charge des assurés (LPPA) publiée par les caisses-maladie avec l'accord contractuel de la Société suisse des pharmaciens;
- les médicaments qui ne figurent sur aucune de ces listes et sont désignés par le terme «préparations hors liste»

Liste des spécialités (Ls)

Dans le cadre de l'assurance de base obligatoire, les caisses-maladie doivent rembourser à leurs affiliés le coût des médicaments inscrits sur cette liste, c'est-à-dire qu'ils font partie des prestations obligatoires. Toutefois, les coûts ne sont pas remboursés dans leur totalité. L'assuré doit prendre deux prestations à sa charge: la franchise, qui s'élève à 300 francs au minimum par an, dont l'assuré doit s'acquitter en intégralité, ainsi que 10% des frais de traitement et de médicaments (part des coûts) dont l'assuré doit s'acquitter. Un plafond est cependant fixé: les prestations prises en charge par l'assuré n'excèdent pas 700 francs par an (participation). Depuis le 1^{er} janvier 2006, la participation aux frais des médicaments souffre une exception: elle passe de 10% à 20% pour les médicaments originaux s'il existe un générique correspondant. Néanmoins, la participation sur l'achat d'un générique reste de 10%. Pour les personnes placées sous traitement antirétroviral, une participation aux coûts de 10% ou de 20% joue un rôle moindre, puisque leurs frais médicamenteux avoisinent 20 000 francs par an: le plafond de 700 francs susmentionné est atteint de toute façon, mais plus rapidement si la participation correspond à 20%. Pour les enfants, l'assurance de base ne prévoit pas de franchise et la part des coûts se limite à 350 francs par an.

Certains médicaments figurent sur la liste des spécialités avec une réserve (limitation). Pour ces médicaments, le remboursement n'est obligatoire qu'à certaines conditions, qui peuvent concerner son indication, la durée du traitement ou encore une limitation de la quantité.

Liste des produits pharmaceutiques à charge des assurés (LPPA)

Les caisses-maladie ne prennent absolument pas en charge les coûts des médicaments inscrits sur cette liste.

Préparations hors liste

Les coûts de ces médicaments ne peuvent être remboursés que sur la base d'assurances complémentaires. De nombreuses caisses-maladie proposent des assurances complémentaires qui améliorent le remboursement des préparations hors liste.

Que faire lorsqu'une réserve relative à l'indication ou à la durée de traitement s'applique à un médicament de la liste des spécialités et que son remboursement s'en trouve réduit, voire refusé?

Dans ce cas de figure, le médecin du patient doit prendre contact avec le médecin-conseil de la caisse-maladie et justifier auprès de ce dernier l'emploi du médicament.

Que faire lorsque le remboursement d'un médicament est refusé ou réduit?

Il faut sans tarder exiger une justification de la caisse-maladie. Une procédure d'opposition à la décision de la caisse-maladie peut être déposée dans les 30 jours. Cette procédure est gratuite. La nouvelle décision de la caisse-maladie peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances dans les 30 jours après le prononcé de la décision.