

## Renvoi dans leur pays d'origine des personnes atteintes par le VIH/sida

### Position du TRT-5

Le TRT-5 est un groupe de travail sur les traitements et la recherche thérapeutique dans l'infection par le VIH/sida. Créé en 1992, le TRT-5 réunit en 2005 des membres de huit associations engagées de longue date dans la lutte contre le sida : Actions Traitements, Act Up-Paris, Aides, Arcat, Dessine Moi Un Mouton, Sol En Si, Sida Info Service et Nova Dona.

En 2005, le TRT-5 est intégré aux actions coordonnées (AC) de l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), ainsi qu'aux groupes de travail de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). En 2004, des membres du TRT-5 ont participé à l'élaboration des recommandations de prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH<sup>1</sup>. L'expertise du TRT-5, en matière de soins, est reconnue par le Ministère de la santé et des solidarités (DGS, DHOS)<sup>2</sup>, comme l'atteste le rôle majeur joué par le collectif dans la réforme des CISIH<sup>3</sup>. Enfin, par l'organisation de réunions régulières avec la DGS et la Haute autorité de santé<sup>4</sup>, le TRT-5 contribue à la mise en place de mesures optimisant la prise en charge des complications liées au VIH et/ ou à la toxicité des traitements antirétroviraux.

C'est au titre de cette expérience que le TRT-5 souhaite aujourd'hui prendre position sur la question des reconduites à la frontière de personnes atteintes par le VIH/sida.

Depuis plusieurs mois, nous constatons, dans nos associations respectives, une augmentation massive des tentatives de reconduite à la frontière de personnes migrantes atteintes par le VIH/sida. Les arguments généraux fournis par les préfets sont :

- pour les personnes ne nécessitant pas actuellement de traitement antirétroviral : « *des conséquences d'une exceptionnelle gravité ne résulteraient pas du défaut de prise en charge médicale* » ;
- pour les personnes nécessitant une mise rapide sous traitement antirétroviral : « *les expulsions se font en fonction du pays d'origine des personnes et de l'accessibilité aux antirétroviraux* ».

Nous souhaitons répondre aux questions suivantes :

1) Peut-on, sans risque d'entraîner des « *conséquences d'une exceptionnelle gravité* », renvoyer dans leur pays d'origine des personnes infectées par le VIH ne nécessitant pas de traitement antirétroviral ?

<sup>1</sup> « Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH : recommandations du groupe d'experts », sous la direction du Professeur Jean-François Delfraissy, Rapport 2004, Médecine-Sciences, Flammarion.

<sup>2</sup> Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

<sup>3</sup> Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine, bientôt transformés en Comités de coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH).

<sup>4</sup> Ex-ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).



TRT-5 [GROUPE INTERASSOCIATIF TRAITEMENT & RECHERCHE THERAPEUTIQUE]  
TOUR ESSOR, 14\_RUE SCANDICCI\_ 93508 PANTIN CEDEX FRANCE\_ [www.trt-5.org](http://www.trt-5.org)

COORDINATION DU TRT-5 :  
ELISE BOURGEOIS-FISSON T. 01 41 83 46 11\_ F. 01 41 83 46 19\_ E-MAIL : [bourgeois-fisson@trt-5.org](mailto:bourgeois-fisson@trt-5.org) & CORINNE TAERON T. 01 44 93 29 21\_ E-MAIL : [taeron@trt-5.org](mailto:taeron@trt-5.org)

ACTIONS TRAITEMENTS\_ T. 01 43 67 66 00 : MAREK KORZEK, EUGENE RAYESS, FRANK RODENBOURG  
ACT UP\_ T. 01 49 29 44 75 : †NATHALIE DAGRON, HUGUES FISCHER, OLIVIER HEINIS, GUY MOLINIER, FABRICE PILORGE,  
AIDES\_ T. 01 41 83 46 46 : FRANCK BARBIER, DOMINIQUE BLANC, BRUNO SPIRE  
ARCAT\_ T. 01 44 93 29 29 : †MICHELE AILLOT, CORINNE TAERON, MARIANNE L'HENAFF  
DESSINE MOI UN MOUTON\_ T. 01 40 28 01 01 : GEORGES POINT  
NOVA DONA\_ T. 01 43 95 81 75 : CHRISTIAN HUCHET  
SIDA INFO SERVICE\_ T. 01 44 93 16 44 : MAXIME JOURNIAC  
SOL EN SI\_ T. 01 48 31 13 50 : FRANCOISE THURET

2) L' « *accessibilité aux antirétroviraux* » constitue-t-elle un argument suffisant pour renvoyer dans leur pays d'origine des personnes nécessitant une mise sous traitement antirétroviral ?

**1) Peut-on, sans risque d'entraîner des « *conséquences d'une exceptionnelle gravité* », renvoyer dans leur pays d'origine des personnes infectées par le VIH ne nécessitant pas de traitement antirétroviral ?**

Grâce aux dispositifs actuels, l'infection par le VIH peut aujourd'hui être dépistée précocément, alors que l'immunité de la personne est encore suffisamment préservée pour ne pas nécessiter une mise immédiate ou rapide sous traitement antirétroviral.

Ce dépistage précoce est une « chance », car il autorise l'instauration du traitement antirétroviral au moment considéré comme optimal, et permet la préparation du patient aux contraintes et difficultés qu'il devra affronter dans l'avenir.

A l'inverse, lorsqu'une infection par le VIH est dépistée et prise en charge tardivement (immunité dégradée, taux de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>, charge virale supérieure à 100 000 copies/mL, infections opportunistes), le coût pour l'individu et la société augmente de façon importante. Selon les résultats d'études de cohorte, le risque de mortalité dans les 6 mois suivant une prise en charge tardive est multiplié par 16 par rapport à une situation de prise en charge précoce<sup>5</sup>. En 2005, cette prise en charge tardive et ses conséquences pour la personne constituent un problème majeur de santé publique en France<sup>6</sup>.

Pour ces raisons, il est absolument crucial de tout faire pour favoriser le recours au dépistage du VIH dans l'ensemble de la population. Pour les personnes dépistées séropositives, les experts cliniciens de la prise en charge des patients infectés par le VIH<sup>5</sup> préconisent :

- la mise en place d'un suivi médical et biologique régulier – en pratique des mesures de charge virale et de taux de CD4 à une fréquence régulière, fonction des paramètres immunovirologiques de la personne (au minimum tous les 3 à 6 mois) – dès le dépistage. Ces examens permettent de suivre l'évolution de l'infection (baisse des CD4, augmentation de la charge virale) et donc de savoir quand un traitement antirétroviral doit être commencé. « *La décision de débuter un premier traitement antirétroviral nécessite d'être individualisée (...). Dans la plupart des situations, la mise en route d'un traitement antirétroviral s'effectue chez des patients ayant des lymphocytes CD4 inférieurs à 350/mm<sup>3</sup> (...). Chez les patients asymptomatiques et régulièrement suivis, ayant des lymphocytes > ou = 350/mm<sup>3</sup>, il n'y a pas lieu d'entreprendre un traitement antirétroviral car le bénéfice thérapeutique attendu n'est pas suffisant au regard des risques inhérents à la poursuite à long terme d'un tel traitement*<sup>7</sup> ;
- lorsqu'un traitement antirétroviral doit être mis en place immédiatement ou rapidement, la réalisation d'un « *bilan complet clinique, immunovirologique, métabolique et cardiovasculaire* », visant notamment à prévenir, à court et long terme, le risque d'accidents liés à la toxicité des traitements antirétroviraux ;
- pour les femmes, une discussion sur les risques et contraintes de suivi d'une grossesse débutée avant ou après la mise sous antirétroviraux.

A l'heure actuelle, le traitement anti-VIH permet uniquement de limiter la multiplication du virus et par là même, d'empêcher une dégradation rapide du système immunitaire. L'adhésion au traitement (ou observance) constitue un facteur essentiel du succès thérapeutique et en conditionne la durabilité.

<sup>5</sup> « Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH : recommandations du groupe d'experts », sous la direction du Professeur Jean-François Delfraissy, Rapport 2004, Médecine-Sciences, Flammarion.

<sup>6</sup> Dans le cadre de l'enquête Mortalité 2000, un décès sur 5 du sida a été constaté chez des personnes ayant découvert leur séropositivité au cours des 6 mois précédent.

<sup>7</sup> Le délai entre la découverte de l'infection et la mise sous traitement varie bien sûr d'une personne à l'autre. Toutefois, en 2003-2004, ce délai était court en moyenne, de l'ordre de quelques mois seulement : selon les résultats de la cohorte Nadis (6236 patients séropositifs suivis dans des CHU de France), 45 % des patients ayant découvert leur séropositivité en 2003 étaient déjà sous traitement ARV en mars 2004, soit 3 à 14 mois plus tard.

Cette observance doit être quasi-parfaite (le patient doit prendre au moins 95 % des prises) pour éviter la survenue de résistances au traitement.

Pour cette raison, les experts cliniciens de la prise en charge médicale recommandent que tous les patients atteints par le VIH bénéficient d'une préparation au traitement antirétroviral dans le cadre d'une démarche de « *soutien multidisciplinaire faisant intervenir pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux, psychiatres, psychologues, médecins traitants* »<sup>5</sup>. Plus encore : lorsque le traitement est commencé, soulignent les experts, des « *consultations spécialisées d'éducation thérapeutique et d'aide à l'observance* » doivent soutenir le patient dans sa démarche de soins.

A la question « Peut-on, sans risque d'entraîner des « *conséquences d'une exceptionnelle gravité* », renvoyer dans leur pays des personnes infectées par le VIH ne nécessitant pas de traitement antirétroviral ? », le TRT-5 avance donc la réponse suivante :

**Avant de renvoyer une personne dans son pays d'origine, il faut s'assurer que cette personne, dépistée séropositive mais ne nécessitant une mise sous traitement ARV immédiate, pourra bénéficier :**

- d'un suivi clinique et biologique de fréquence adaptée à ses paramètres immunovirologiques (tous les 3 à 6 mois au minimum) ;
- d'un bilan biologique et clinique complet précédent la mise sous traitement ;
- pour les femmes, d'une information sur les risques liés à une grossesse et d'un accès effectif à un traitement de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ;
- d'une préparation à la mise sous traitement, d'une éducation thérapeutique et d'une aide à l'observance, qui lui permettront d'affronter sa maladie avec les connaissances nécessaires et avec le maximum de chances de succès.

En l'absence de suivi biologique et clinique, il sera impossible de suivre l'évolution de l'infection par le VIH de la personne et d'instaurer le traitement au moment optimal. Les seuls indicateurs pour la mise sous traitement seront les premiers symptômes d'une infection opportuniste. Malgré l'instauration du traitement antirétroviral à ce stade, le risque de mortalité de la personne sera élevé, et pourrait être encore augmenté par l'absence de soutien à l'observance et de surveillance biologique.

Les conséquences d'un défaut de prise en charge due au renvoi dans le pays d'origine pourront alors être d'une « *exceptionnelle gravité* ».

## 2) L' « *accessibilité aux antirétroviraux* » constitue-t-elle un argument suffisant pour renvoyer dans leur pays d'origine des personnes nécessitant une mise sous traitement antirétroviral ?

Le 30 mai 2005<sup>8</sup>, Anne Petitgirard, directrice du GIP ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau) expliquait que « *l'accessibilité aux soins ne comprend pas que la disponibilité en antirétroviraux, qui n'est en tout cas pas assurée pour tous dans les pays de coopération ESTHER. Outre les éléments de suivi médical et biologique qui nécessitent une décentralisation en cours, il faut souligner l'absence de système de solidarité pérenne, autant de conditions indispensables pour une observance efficace, garantie d'un traitement efficace et de moins de résistances.* » Trop faible quantité de traitements au regard du nombre de personnes atteintes, coût prohibitif des antirétroviraux et des examens complémentaires, voire absence de suivi médical et biologique faute d'infrastructure et de personnel qualifié... Anne Petitgirard poursuit et affirme : « *Il ne nous semble donc pas raisonnable dans le contexte actuel, de recommander un retour dans leur pays des PVVIH (personnes vivant avec le VIH). Si une personne souhaite, en toute indépendance, retourner dans son pays, il est indispensable de l'informer et de la mettre en contact avec les sites de prise en charge.* » L' « *accessibilité aux antirétroviraux* » n'est absolument pas synonyme d'un accès effectif aux traitements antirétroviraux et au suivi médical et biologique pour une personne donnée. Cela concerne même les pays bénéficiant de la coopération ESTHER.

---

<sup>8</sup> [http://www.esther.fr/snkr\\_c/snkr\\_c/files/position%20ESTHER%20AP%2004\\_2005.pdf](http://www.esther.fr/snkr_c/snkr_c/files/position%20ESTHER%20AP%2004_2005.pdf)

Anne Petitgirard rappelle enfin que « *près de 6 millions de personnes nécessitent un traitement antirétroviral en urgence dans le monde* » ; pourtant « *700 000 personnes seulement en bénéficient effectivement à ce jour* ».

**A la question, « « *l'accessibilité aux antirétroviraux* » constitue-t-elle un argument suffisant pour renvoyer dans leur pays d'origine des personnes nécessitant une mise sous traitement ARV ? », le TRT-5 se joint donc à Anne Petitgirard et répond par la négative.**

La prise en charge de l'infection à VIH/sida est une prise en charge globale qui débute le jour de la découverte de la séropositivité et nécessite une coordination des acteurs de soins (structure des CISIH et futurs COREVIH). L'absence de prise en charge médicale d'une infection par le VIH, même au stade précoce, entraîne à terme des « *conséquences d'une exceptionnelle gravité* » pour la personne atteinte renvoyée dans son pays d'origine sans accès réel aux soins et aux traitements. La seule notion d' « *accessibilité aux antirétroviraux* » ne peut servir d'alibi au renvoi dans leur pays d'origine de personnes nécessitant un traitement antirétroviral, puisqu'elle ne garantit aucunement l'accès au traitement et au suivi médical et biologique nécessaires à la personne. Du point de vue du TRT-5, les arguments généraux avancés par les préfets pour justifier les reconduites à la frontière de personnes séropositives et rappelés ci-dessus ne sont pas recevables.

Le TRT-5