

# REMAIDES #74



Prévention  
Du positif  
pas négatif !



*Remaides Québec numéro 6*

Dossier : Seringues en prison,  
une question de droit et un enjeu de santé publique

3

>> Sommaire

REMAIDES #74



06



12



18

## 04 Courrier

## 05 Edito

"Autonomes !"

par Bruno Spire, président de AIDES.

## 06 Dossier

**CROI 2010 : Quelles nouvelles ?**  
C'est à San Francisco que s'est déroulée l'édition 2010 de la CROI (la principale conférence internationale sur les rétrovirus et les maladies opportunistes), une occasion unique de faire le point sur les dernières avancées scientifiques en matière de traitement du VIH et des hépatites.

## 12 Actus

**VIH : les recommandations des experts européens**

Les nouvelles recommandations européennes de prise en charge du VIH ont été présentées en novembre dernier à Cologne, lors de la conférence de l'European AIDS Clinical Society (EACS).

## 14 Actus

**Des soins, des sous et... des soucis !**

En Suisse comme au Québec, les coûts de la santé explosent et mettent sous pression les personnes malades. En France, c'est l'AP-HP qui connaît des difficultés financières. Résultat ? Un plan de restructuration à la hache sans concertation qui suscite une vague de protestation inégalée.

## 18 Actus

**Com'Test : les homos testent les homos...**

Com'Test, développé par AIDES et l'ANRS, propose une forme de dépistage jusqu'alors inédite en France.

## 21 Actus

**Tests de dépistage à résultats rapides : Pourquoi, Comment ?**

## 23 Actus

**Quoi de neuf doc ?**

## 24 Témoign

**Julien : 24 heures de la vie d'un cœur**

## 26 Actus

**Charge virale : des mesures plus fines**

## Remaides Québec

Le journal réalisé par la COCQ-SIDA.

## 27 Actus

**Des comprimés "à ma sauce" !**

Ecraser, piler, casser en deux, mélanger ses médicaments à l'alimentation... Certaines personnes expriment parfois leur ras-le-bol d'avaler des cachets et aimeraient pouvoir les mélanger à des yaourts, de la confiture, du miel ou autres douceurs... Ce mode d'administration peut s'avérer pratique voire indispensable pour les enfants en l'absence de sirops à boire. Peut-on le faire avec les antirétroviraux ?



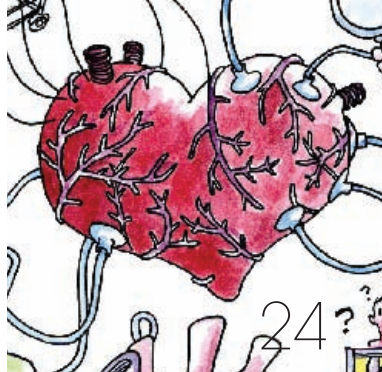
1



47



44



## 30 Dossier

Du positif... pas négatif !

*La prévention positive met au premier plan une prévention spécifique aux personnes séropositives. Qu'en pensent les premiers intéressés ? Qu'en disent les experts ? Remaides ouvre le débat.*

## 42 Ici et là

Les infos en bref

## 44 Et là-bas ?

Burkina Faso : ARV gratuits !

*La gratuité du traitement antirétroviral a fait débat. Interviews croisées de militants.*

## 46 Chronique

"A cœurs et à cris"

*La chronique de Maripic.*

## 48 Les P.A.

Vos annonces



**Directeur de la publication :** Bruno Spire.

**Comité de rédaction :** Christian Andreo, Franck Barbier, Gwenaël Cadoret, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Laurent Cottin, Yves Gilles, Jean-François Laforgerie, Cyrille Leblon, René Lègaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Hicham M'Ghafri, Christiane Marty-Double, Fabien Sordet, Emmanuel Trénado.

**Déclaration de conflit d'intérêt :** Par souci de transparence, *Remaides*, comme le font les publications scientifiques, déclare les appartenances professionnelles des membres du comité de rédaction : le Dr Fabien Sordet, pharmacien, est salarié d'un laboratoire pharmaceutique impliqué dans le VIH/sida.

*Remaides* n'est pas financé par l'industrie pharmaceutique, mais par des dons privés et la Direction Générale de la Santé (France).

**À la mémoire des membres du comité de rédaction morts du sida :** Philippe Beiso, Richard David, René Froidevaux, Yvon Lemoux, Christian Martin, Alain Pujol, Christine Weinberger.

**Coordination éditoriale et reporter :** Jean-François Laforgerie, T. : 01 41 83 46 12, courriel : jflaforgerie@aides.org

**Diffusion, abonnements et petites annonces :** Laurent Cottin, T. : 01 41 83 46 10, courriel : lcottin@aides.org

**Maquette :** Stéphane Blot, Vincent Cammas, Laurent Marsault.

**Photos et illustrations avec nos remerciements :** Stéphane Blot, Rash Brax, Daniel Hérard, Romain, Fabien Sordet, Kollr Tawiz (Tomasz Sporek, www.kollr.prv.pl), Yul studio.

**Remerciements spéciaux** au docteur Jean Deleuze et Emma Belissa (pour leurs conseils), à Nicolas Charpentier du Groupe sida Genève et René Lègaré de la COCQ-SIDA (pour la relecture), à Corinne Parmentier (COCQ-SIDA), Yves Lavoie (COCQ-SIDA) et Céline Schaefer (Groupe sida Genève) pour leur participation à ce numéro.

**Le SNEG** (Syndicat national des entreprises gaies) assure la diffusion de *Remaides* dans les établissements gays en France.

**Impression :** Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. Trimestriel. Tirage : 45.700 ex., ISSN : 11620544. CPPAP N°1212 H 82735.

Les articles publiés dans *Remaides* peuvent être reproduits avec mention de la source. La reproduction des photos, des illustrations et des témoignages est interdite, sauf accord de l'auteur. La reproduction des petites annonces est interdite.

**Remaides**  
Tour Essor, 14, rue Scandicci,  
93508 Pantin Cedex.  
Télécopie : 01 41 83 46 19.  
*Remaides* sur internet : [www.aides.org](http://www.aides.org)

Vous souhaitez réagir à un article, partager un point de vue, demander une précision ou proposer un sujet d'article pour un prochain numéro de Remaides. C'est désormais possible par mail comme par courrier.



## Le Courrier des lecteurs : comment faire ?

Il est possible d'écrire à *Remaides*. Il vous suffit pour cela d'envoyer votre mail, votre courriel ou votre lettre à l'édition du journal que vous lisez.

Pour *Remaides Suisse* :  
Groupe sida Genève.  
17, rue Pierre Fatio, CH-1204 Genève.  
Tél. : 022 700 1500  
Mail : [info@groupesida.ch](mailto:info@groupesida.ch)

Pour *Remaides Québec* :  
*Remaides Québec*.  
1, rue Sherbrooke Est,  
Montréal (Québec), H2X 3V8.  
Tél. : 514 844 2477, poste 22  
Courriel : [remaides@cocqsida.com](mailto:remaides@cocqsida.com)

Pour *Remaides* et *Gingembre* :  
*Remaides*. Tour Essor,  
14, rue Scandicci,  
93508 Pantin cedex, France.  
Tél. : + 33 (0)1 41 83 46 12.  
Mail : [remaides@aides.org](mailto:remaides@aides.org)  
[contact@raac-sida.org](mailto:contact@raac-sida.org)

Il est possible de répondre aux courriers publiés. Dans ce cas, merci d'indiquer le nom de la personne à laquelle vous répondez et le numéro dans lequel vous avez lu ce courrier.

## Coup de gueule

*“Alors que l’hypertension artérielle figure dans la liste des maladies éligibles à la prise en charge au titre des ALD, la demande de mon médecin traitant vient d’être rejetée au motif que la gravité n’en est pas avérée. Toutes les raisons sont donc invoquées pour diminuer les remboursements ! Cela pourrait être grave si je n’avais pas de mutuelle et donc je me dois de vous le signaler. Par ailleurs alors que précédemment la prise en charge [pour une autre ALD] courait jusqu’en 2032, ils n’ont rien trouvé de mieux que limiter celle-ci à 2014. Ce qui veut dire qu’à cette date, il faudra recommencer la procédure. Les crânes d’oeufs qui pondent tous ces emplâtres pour jambes de bois sont des irresponsables patentés et je vous prie de vous opposer à de telles stupides mesures pour les patients en question.”*

André

## Merci !

*“Je vous remercie pour le numéro de décembre qui me concerne en particulier, mais aussi toutes les personnes qui sont atteintes du VHB. C'est la première fois depuis 13 ans, quand j'ai su que j'étais atteint de cette pathologie, que je lis un article aussi complet à ce sujet. Nous qui en souffrons sommes un peu les oubliés (...) Je remercie beaucoup la France de m'avoir aidé à poursuivre les examens pour contrôler l'évolution de la maladie. Je crois que j'ai une très grande dette morale envers ce pays. Sans mon arrivée dans ce territoire, je suis persuadé que je ne serai plus de ce monde (...) J'ai vécu aux Pays-Bas dans un centre de réfugiés, où j'étais abandonné à moi-même par les infirmiers et les médecins quand ils ont su que j'avais le VHB. Ils n'hésitaient pas à me dire que je n'avais que quelques années à vivre, qu'il n'y avait aucun médicament pour me soulager. Je suis venu en France pour porter plainte contre le gouvernement hollandais. J'ai saisi en 2003 la Cour Européenne des droits de l'Homme, mais ma plainte a été jugée irrecevable. C'est ainsi que je suis resté en France où je suis suivi depuis 10 ans. Je remercie aussi l'association Arcat à Paris qui m'a beaucoup aidé, financièrement, moralement et en me logeant parce que j'étais SDF. Je vis avec une compagne, en région, que j'ai connue grâce à *Remaides*. Elle suit une trithérapie, ça va bien.”*

Faustino



Le climat va mal ! Pas uniquement celui défendu par Nicolas Hulot, mais également celui autour du VIH. Ce climat là, créé par la société dans son ensemble, est rarement favorable aux personnes séropositives. Il est, bien souvent, fait de discriminations, de rejet, de mépris, parfois de haine. Ce n'est certes pas nouveau, mais, contrairement à la médecine, les progrès sont rares dans ce domaine. Ce climat est le résultat de craintes, de facilités, de lâchetés et, dans une certaine mesure, le fruit même de la politique de lutte contre le VIH : celle qui a fait peur avec le virus du sida en s'imaginant qu'elle ne ferait pas de même avec les personnes touchées par lui. Ce climat là, nombreuses sont les personnes séropositives qui en subissent chaque jour les conséquences, qui s'y opposent avec leurs moyens, qui y résistent avec leurs espoirs. Des espoirs qui trouvent désormais une place dans ce qu'on appelle la "prévention positive". On ne sait pas aujourd'hui si le terme fera date, ni même s'il est le plus adapté. Une chose est sûre, il indique un tournant. Un tournant parce que derrière ces deux mots se dessine un profond renouvellement de la prévention et même du discours sur le sida. Un tournant parce qu'il replace les besoins des personnes vivant avec le VIH au cœur de l'action.

Si le terme n'est pas nouveau, la "prévention positive" franchit aujourd'hui un sacré palier, notamment grâce aux bénéfices des traitements antirétroviraux. La prévention positive recouvre, et fort heureusement, des champs (la santé sexuelle, les conditions de vie, l'éducation thérapeutique, etc.) qui sont pris en compte depuis des années par les personnes elles-mêmes, les associations et les médecins. On pourrait alors craindre que ce "nouveau" concept ne soit qu'une façon à la mode de faire du neuf avec du vieux ! Ce n'est pas le cas. On pourrait également craindre que ce concept, dont le champ semble sans limites puisqu'il va de la prévention à la grossesse, de la responsabilité dans la sexualité à la réduction des risques, de la vie affective à la qualité de la vie sexuelle, etc., soit inopérant. Le risque existe, mais chacun, à sa place, doit veiller à ne pas gâcher cette chance. Car il s'agit bien d'une chance : celle de changer durablement le climat autour du VIH. Cette prévention positive dont on parle tant aujourd'hui, qui trouve ses lettres de noblesse dans les rapports officiels, à l'étranger comme en France désormais, n'est rien moins qu'un vaste programme destiné à

créer un climat favorable aux personnes séropositives. Non pas un Eden utopique, mais une nouvelle donne, concrète, solidaire et respectueuse. Non pas en changeant le regard de la société par une invitation à la compassion, mais en proposant des clefs, des outils permettant à chaque personne séropositive de pouvoir faire des choix au mieux de ses intérêts, au plus près de ses besoins, le plus en phase avec ses aspirations. Ici, il ne s'agit pas de recommander aux séronégatifs de s'apitoyer, mais de donner aux séropositifs des armes pour que ces derniers soient fiers d'eux... plus fiers encore. Cette fierté, elle passe par la solidarité qui existe entre les personnes touchées dont les connaissances et les expériences sont uniques. Elle passe par la liberté de choisir, en conscience, ce qui est bon pour soi, son couple, son avenir... Elle passe par un renouveau de la relation entre soi et son médecin : une nouvelle façon de faire de la médecine et une nouvelle façon d'être un "patient". Elle passe aussi par le refus du renoncement : vouloir des enfants lorsqu'on est séropositif est légitime... et possible.

La prévention positive, c'est une somme de savoirs et d'expertises, une belle boîte à outils qui ne vise qu'à rendre chacun autonome. Autonome, ce n'est pas être isolé ou solitaire. C'est être libre et indépendant. C'est ne pas laisser d'autres décider pour soi. Si la prévention positive est une école, elle est d'abord celle de l'autonomie. C'est un pari fou qui doit être relevé par les personnes séropositives, par les associations (certaines y travaillent déjà), par les médecins (certains d'entre eux aussi), par les institutions qui doivent donner les moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Pour le moment, cette prévention positive est un espoir : la promesse d'une amélioration de la qualité de la vie des personnes touchées ; une vie qui ne sera plus découpée artificiellement en tranches, mais considérée et prise en charge dans sa globalité, notamment par les médecins. Pour cela, il faut une volonté politique, des moyens financiers pour changer la donne et faire de la médecine autrement. Vu la façon, chaotique, dont s'est engagé le débat sur la réorganisation de la prise en charge du VIH à l'hôpital (en l'absence de toute concertation avec les personnes touchées et les médecins), elle est peut être là la vraie crainte à avoir.

C'est à San Francisco que s'est déroulée l'édition 2010 de la CROI (la principale conférence internationale sur les rétrovirus et les maladies opportunistes), une occasion unique de faire le point sur les dernières avancées scientifiques en matière de traitement du VIH et des hépatites. Hicham M'Ghafri, Bruno Spire et Emmanuel Trenado y étaient pour Remaides.

## CROI 2010

# Quelles nouvelles ?

Cette édition 2010 a été marquée par le peu de nouveautés concrètes sur le plan thérapeutique, par la confirmation de certaines données concernant les complications neurologiques, cardio-vasculaires ou rénales, mais surtout par les débats autour de l'utilisation des médicaments anti-VIH comme moyen de prévention. *Remaides* a sélectionné pour vous les principales informations thérapeutiques et reviendra dans le prochain numéro (été 2010) sur la question de la prévention en lien avec les traitements.

### Prezista, une seule prise par jour au lieu de deux

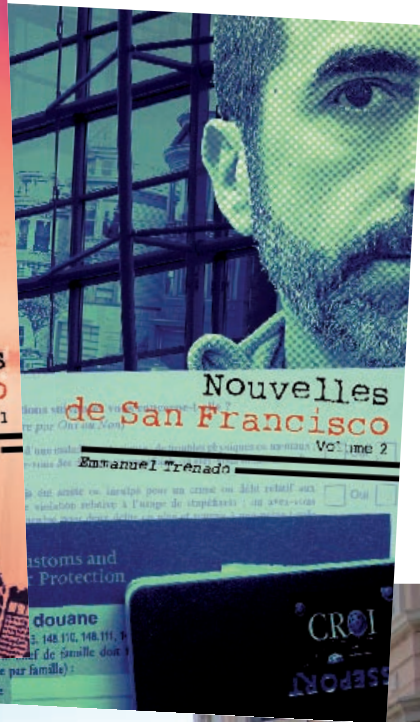
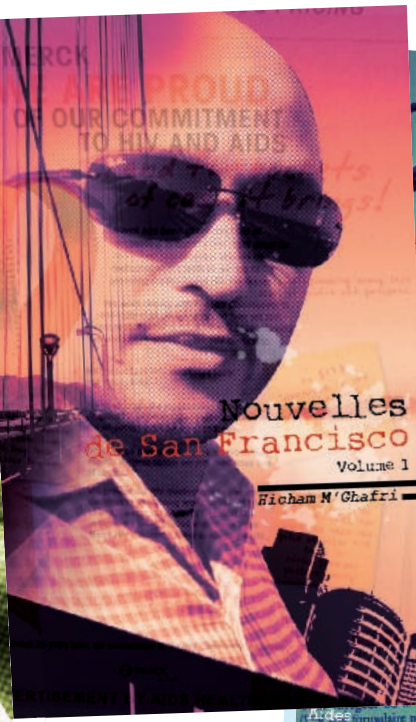
Le darunavir (Prezista) est une antiprotéase qui est utilisée avec le ritonavir (Norvir), en association avec d'autres antirétroviraux. La dose quotidienne recommandée chez un adulte, ayant déjà reçu un traitement auparavant, est d'un comprimé de 600 mg (plus un comprimé de ritonavir), deux fois par jour. Une étude vient de démontrer qu'il était possible de passer à une seule prise par jour de deux comprimés de 400 mg (plus un comprimé de ritonavir), en gardant la même efficacité avec moins d'effets indésirables et moins de perturbation des graisses.

### Associations, combinaisons et comparaisons

L'utilisation sur deux ans de diverses combinaisons de médicaments anti-VIH a été étudiée, en comparant deux associations différentes de nucléosides : abacavir/lamivudine (Kivexa) et ténofovir/emtricitabine (Truvada) ; associées respectivement à un non nucléoside : efavirenz (Sustiva), et à une antiprotéase : atazanavir (Reyataz). L'analyse des résultats n'a pas montré de différence en terme d'efficacité en cas de charge virale basse avant le traitement. En revanche, il semblerait que Kivexa soit moins efficace que Truvada chez les personnes qui présentaient une charge virale plus élevée (100 000 copies/ml au moins) au début de l'étude. Truvada semble être mieux toléré que Kivexa (les personnes demandent à changer moins rapidement de traitement quand ils sont sous Truvada). L'étude s'est également intéressée à l'impact de ces traitements sur la densité osseuse et sur la graisse au niveau des membres (dont la perte reflète une lipoprotrophie). Truvada provoque plus de réduction de densité minérale osseuse que Kivexa ; l'atazanavir plus que l'efavirenz. Les deux associations augmentent le taux de graisse au niveau des membres, avec une amélioration d'une lipoprotrophie existante.

### Quad, trithérapie avec un nouveau booster

"GS9350", c'est le nom de code du nouveau booster de Gilead qui pourrait concurrencer prochainement Norvir (ritonavir). Le laboratoire a mis au point un comprimé baptisé "Quad" qui comprend, en plus du booster GS9350, l'elvitegravir, un nouvel anti-intégrase de la même famille que le raltégravir (Isentress), l'emtricitabine (Emtriva) et le ténofovir (Viread). Dans un essai, Quad s'est avéré aussi efficace et mieux toléré qu'Atripla (Sustiva + Truvada). Par ailleurs, une seconde étude a comparé GS9350 et Norvir en tant que boosters en les associant avec emtricitabine, ténofovir et l'antiprotéase atazanavir (Reyataz). Les deux boosters se sont avérés équivalents. Ces premiers résultats sont encourageants, mais il ne faut pas s'attendre à une mise sur le marché avant 2014.

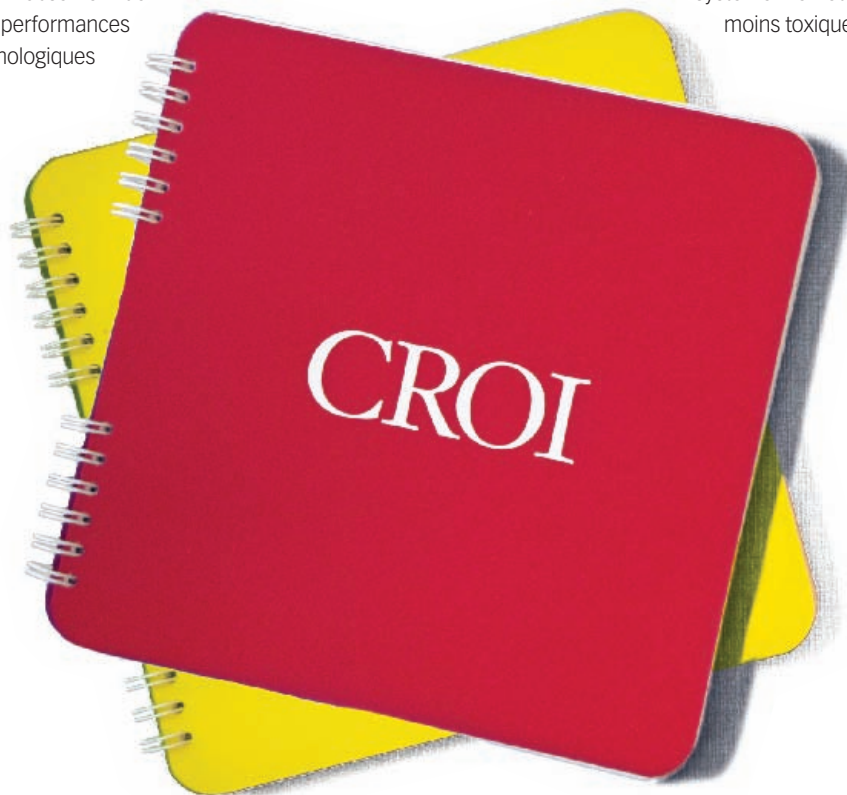


## “NeuroSIDA”

Un traitement anti-VIH efficace permet de rendre la charge virale indétectable dans le sang, mais aussi dans le liquide céphalo-rachidien (LCR), qui est le liquide dans lequel baignent le cerveau et la moelle épinière. Toutefois, il a été observé chez certaines personnes une persistance du virus dans le LCR bien qu'il soit indétectable dans le sang, ce qui pose la question d'un impact possible sur les capacités neuropsychologiques. Une étude américaine s'est intéressée à la présence du virus dans le LCR chez une soixantaine de personnes prenant des traitements différents et ayant des charges virales indétectables dans le sang. Cela dépend des antirétroviraux utilisés. On retrouve du virus avec l'efavirenz (Sustiva) en association avec les nucléosides abacavir (Ziagen) ou ténofovir (Viread), et plutôt pas avec l'antiprotéase lopinavir/ritonavir (Kaletra) ou le nucléoside zidovudine (AZT). Par ailleurs, plusieurs essais ont trouvé des résultats contradictoires quant à l'intérêt des antirétroviraux qui pénètrent bien le LCR dans la protection contre les problèmes neuropsychologiques, en suggérant même pour certains un effet plutôt néfaste dû à la toxicité des médicaments. Une étude italienne récente a cependant observé de meilleures performances neuropsychologiques

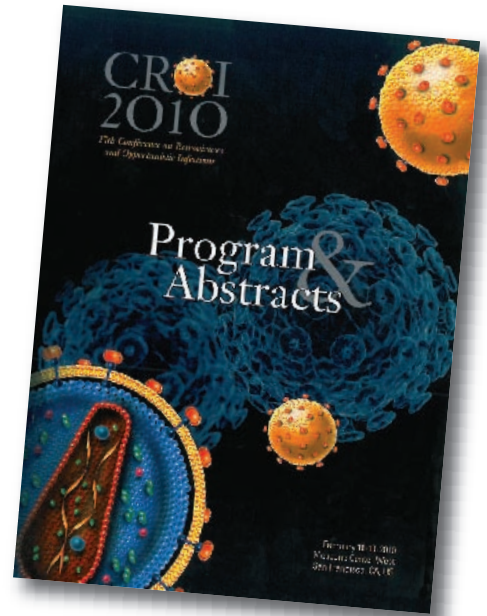
avec des antirétroviraux qui pénètrent bien dans le LCR.

L'intérêt d'un traitement précoce dans la protection contre les désordres neuropsychologiques liés au VIH a été aussi évalué chez environ 1 500 personnes séropositives, dans le cadre d'une cohorte américaine appelée CHARTER. Cette étude confirme le rôle protecteur du traitement antirétroviral contre les désordres neuropsychologiques et l'intérêt d'une mise sous traitement précoce afin de garder un taux élevé de T4. Cette cohorte a surtout permis de mieux classer l'ensemble des molécules existantes en fonction de leur pouvoir de pénétration dans le LCR. Parmi celles pénétrant le mieux, on retrouve l'indinavir (Crixivan), la névirapine (Viramune), le darunavir (Prezista), le lopinavir (Kaletra), le raltégravir (Isentress), l'abacavir (Ziagen), l'AZT (Retrovir), le 3TC (Epivir), et le FTC (Emtriva). Parmi celles pénétrant le moins bien : l'efavirenz (Sustiva), l'étravirine (Intelence), l'atazanavir (Reyataz), le ténofovir (Viread). La protection du cerveau des personnes séropositives est actuellement une des priorités de la recherche, en essayant de trouver la stratégie et la combinaison de médicaments anti-VIH les plus à même de réduire le virus dans le système nerveux central tout en étant le moins toxique possible pour les neurones.



## Traitement court dès la primo-infection

L'initiation d'un traitement court dès les premières semaines suivant l'infection par le VIH permet-elle d'augmenter la capacité du système immunitaire à mieux gérer l'infection par la suite, à l'arrêt de ce traitement ? C'est ce qu'a cherché à évaluer une étude en comparant deux groupes de personnes nouvellement infectées : le premier groupe ne recevait aucun traitement et le deuxième recevait un traitement contre le VIH pendant 9 mois, puis l'arrêtait après. Les deux groupes recevaient par la suite un traitement selon les recommandations actuelles. Le comité de surveillance de l'essai a recommandé l'arrêt de la recherche vu que la stratégie de traitement précoce s'avérait largement plus avantageuse que d'attendre la baisse des T4 avant de traiter. Une étude suisse a, par ailleurs, démontré que l'utilisation précoce d'antirétroviraux au tout début de l'infection par le VIH permettait de réduire considérablement le taux de virus dans les réservoirs cellulaires, même après l'arrêt du traitement. Ces deux études relancent le débat sur l'intérêt d'un traitement court et précoce, juste après la contamination par le VIH, qui permettrait de retarder l'initiation du traitement antirétroviral par la suite en maintenant un taux élevé de T4 et une charge virale basse.



## Pas de bénéfices de l'anti-CCR5 : vicriviroc

Vicriviroc est un antirétroviral de la même famille des anti-CCR5 que maraviroc (Celsentri). Même si de petites études ont déjà démontré son efficacité, les résultats d'une plus grande étude internationale concernant plus de 850 personnes laissent penser qu'il n'apporterait pas de bénéfices supplémentaires quand il est ajouté à un traitement classique, chez des personnes présentant un virus résistant. Aucune différence n'a été démontrée entre le groupe qui a pris vicriviroc en plus d'un traitement classique et le groupe qui n'a pris qu'un traitement classique. Pas de différence enregistrée non plus sur la tolérance.

## Traitements : les effets sur les reins

L'impact de l'exposition prolongée à certains médicaments anti-VIH sur les reins a été étudié dans le cadre d'une large étude européenne (environ 7 000 personnes), qui conclut à une augmentation du risque de maladie du rein en cas d'exposition prolongée au ténofovir (Viread, un nucléoside), et ce indépendamment des autres facteurs de risques (diabète, hypertension artérielle, infection des voies urinaires). Ce risque se cumule avec les années et avec les deux antiprotéases l'indinavir (Crixivan) et l'atazanavir (Reyataz) qui sont aussi responsables de calculs rénaux.

## Quoi de neuf pour les antirétroviraux ?

La recherche de nouveaux médicaments anti-VIH continue activement, mais les produits concernés sont, pour le moment, à un stade de développement très précoce et ne seront probablement pas disponibles avant plusieurs années. A retenir tout de même la mise au point d'un nouvel anti-intégrase (le S/GSK139572), la découverte de nouveaux produits chimiques empêchant la maturation des virus du VIH et l'étude d'un anti-CCR5 ayant la particularité de présenter une activité anti-inflammatoire.

## Vitamine D

La vitamine D est un élément essentiel pour l'organisme puisqu'elle favorise l'absorption du calcium et du phosphore, nécessaires à la croissance, la prévention de l'ostéoporose et à la santé des os (voir *Remaides* 69, page 40), des dents et du cartilage. Des études récentes lui ont même attribué un effet protecteur pour toutes les personnes contre certains cancers (sein, prostate, intestin). La peau, le foie et les reins jouent un grand rôle dans la fabrication et la transformation de la vitamine D ; c'est pourquoi l'exposition de la peau à la lumière (environ 15 minutes d'exposition par jour) est si importante. L'alimentation (poissons, produits laitiers, œufs, foie, céréales) en apporte aussi. Plusieurs études ont conclu qu'il existait fréquemment un déficit en vitamine D chez les personnes séropositives, même si les chercheurs ne sont pas d'accord sur le taux optimal de vitamine D dans le sang. 71 % des 700 personnes suivies dans une étude américaine et 54 % selon une autre étude italienne concernant plus de 850 personnes séropositives manquent de vitamine D. Parmi les facteurs qui pourraient augmenter ce risque ont été identifiés : une faible exposition au soleil, avoir des peaux mates ou noires, une hypertension artérielle, une faible activité physique ou la prise de Sustiva (efavirenz). Cette carence en vitamine D peut entraîner plusieurs problèmes : des problèmes osseux, des infections respiratoires, des diarrhées, de la fatigue, des problèmes de gencives et de bouche, ce qui pourrait compliquer l'infection par le VIH. C'est pourquoi les chercheurs sont unanimes pour conseiller chez les personnes séropositives un dosage puis un complément en vitamine D en cas de besoin.



## VIH et risques cardio-vasculaires : confirmation

L'infection par le VIH a été associée à une augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires indépendamment des autres facteurs de risque traditionnels ou de la prise d'antirétroviraux. Une étude américaine confirme cette association en comparant trois groupes de personnes : des personnes séropositives, des personnes séronégatives et des personnes dont le système immunitaire contrôle la charge virale sans traitement (on parle de "contrôleurs d'élite"). Les personnes infectées par le VIH présenteraient plus d'anomalies vasculaires et plus de marqueurs d'inflammation. Ce serait également le cas des "contrôleurs d'élite", malgré le nombre de T4 élevé, la charge virale très faible et l'absence de traitement. Ces observations confirment que l'infection par le VIH est une maladie inflammatoire susceptible de provoquer des maladies cardio-vasculaires. Par ailleurs, le traitement antirétroviral pourrait avoir un rôle protecteur en diminuant ce risque comme le suggère une étude américaine, qui a observé sur deux ans, l'épaississement de la couche interne des artères carotides (artères de part et d'autre du cou) chez les personnes séropositives non traitées (facteur de risque cardio-vasculaire) alors qu'il n'a pas été observé d'épaississement significatif de cette couche en cas de traitement antirétroviral efficace.



## Le VIH, facteur de risque du cancer du poumon

En plus d'augmenter le risque cardiovasculaire, le VIH constituerait en lui-même un facteur de risque du cancer du poumon. C'est le lien que vient de confirmer une étude américaine en comparant deux groupes similaires d'environ 3 700 personnes séropositives et 9 800 personnes séronégatives. Le risque du cancer des poumons augmente certes avec l'âge, le fait de fumer et avec l'existence d'une maladie pulmonaire chronique, mais cette étude a démontré que l'infection par le VIH augmente également ce risque, indépendamment des autres facteurs, d'où l'importance de l'arrêt du tabac chez les personnes séropositives.

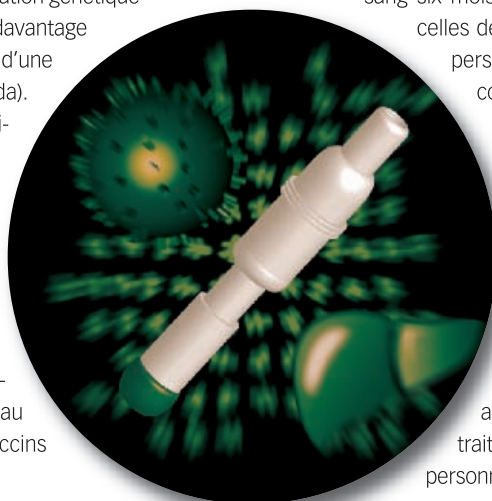
## Triglycérides et infarctus

Le risque de l'infarctus du myocarde chez les personnes séropositives est jusqu'à présent considéré comme plus élevé en cas de forte quantité de cholestérol dans le sang. Le rôle des triglycérides n'était pas clairement défini. L'implication propre des triglycérides (quantité de graisses dans le sang, souvent élevée en cas de traitement anti-VIH) a été évaluée en analysant les données de plus de 33 000 personnes de la cohorte D.A.D. (étude sur la tolérance à long terme des antirétroviraux). Il s'avère que le nombre d'infarctus du myocarde augmente significativement avec le taux de triglycérides dans le sang, même après avoir écarté les autres facteurs de risques possibles (âge, sexe masculin, surpoids, consommation de tabac, diabète et cholestérol).

# Les hépatites à la CROI

## Hépatite C et différence génétique

Certaines personnes guérissent spontanément d'une infection par l'hépatite C (VHC) et chez celles qui ne guérissent pas, seulement certaines répondent efficacement au traitement à base d'interféron alpha pégylé et de ribavirine. Afin d'expliquer ces différences, les chercheurs étudient le profil génétique des personnes infectées par le VHC ou co-infectées par le VIH et le VHC. Ils ont ainsi pu identifier une variation génétique individuelle : certaines personnes produiraient davantage d'IL 28 (une protéine impliquée dans la sécrétion d'une autre forme d'interféron : l'interféron-lambda). Cette spécificité permettrait une meilleure guérison spontanée et un plus fort taux de guérison en cas de traitement anti-VHC. Cette nouvelle découverte souligne la participation des facteurs génétiques individuels dans le contrôle de l'infection par l'hépatite C et pourrait avoir plusieurs implications dans la prise en charge et le traitement de cette maladie : prédiction de la réponse au traitement anti-VHC, développement de l'interféron-lambda comme nouveau traitement ou développement de nouveaux vaccins préventifs.



## Guérir du VHC réduit les complications liées au VIH

Environ 14 000 personnes co-infectées par le VIH et le VHC, ayant débuté un traitement contre l'hépatite C, ont été suivies dans le cadre d'une cohorte espagnole depuis janvier 2000. En comparant les données des personnes qui n'avaient toujours pas de virus VHC dans le sang six mois après la fin du traitement, à celles des personnes chez qui le virus persistait, des chercheurs ont confirmé que la réponse prolongée au traitement contre l'hépatite C réduisait les complications et la mortalité liées au foie. Ils ont aussi découvert qu'elle ralentissait la progression du VIH et la mortalité non liée à la maladie du foie, chez les personnes co-infectées. Un argument de poids en faveur du traitement de l'hépatite C chez les personnes co-infectées.

*Les nouvelles recommandations européennes de prise en charge du VIH ont été présentées en novembre dernier à Cologne, lors de la conférence de l'European AIDS Clinical Society (EACS). Ces recommandations sont élaborées par des experts des principaux pays de l'Union Européenne (France, Allemagne, Angleterre, Espagne, etc.) et sont remises à jour tous les deux ans.*

## Recommandations VIH

# L'avis des experts européens

**E**n juillet 2010, les nouvelles recommandations françaises concernant la "prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH" seront rendues publiques. Les experts français réunis autour du professeur Patrick Yéni travaillent actuellement à leur réactualisation. Les recommandations des experts européens donnent souvent "avant l'heure" les grandes tendances des recommandations nationales françaises. Il est toujours intéressant de voir ce qui se dit "ailleurs". Ces recommandations ne sont pas forcément les mêmes que celles actuellement en vigueur en France. Ce sont les principales recommandations européennes concernant la prise en charge par les antirétroviraux qui sont présentées ici.

### Quand traiter ?

Pour la prise en charge des personnes traitées pour la première fois, on retiendra des recommandations européennes l'incitation à traiter de plus en plus tôt :

- dès 350 CD4/mm<sup>3</sup> pour l'ensemble des personnes séropositives (ça, ça ne change pas) ;
- entre 350 et 500 CD4/mm<sup>3</sup> en cas de co-infection par le virus de l'hépatite C ou celui de hépatite B, de problèmes rénaux ou d'une autre atteinte d'un organe liée au VIH. C'est également

conseillé, dès ce stade, si la charge virale est supérieure à 100 000 copies/ml et/ou lorsque la baisse des CD4 est supérieure à 50-100/mm<sup>3</sup> par an, ainsi que pour les personnes de plus de 50 ans, celles ayant des risques cardio-vasculaires ou un cancer et les femmes enceintes... Au fond, quand on y regarde bien, c'est la majorité des personnes infectées par le VIH ;

- Pour l'ensemble des personnes citées ci-dessus, les experts européens écrivent même qu'un traitement anti-rétroviral peut être proposé avant que les CD4 ne baissent en dessous de 500 CD4/mm<sup>3</sup> ;
- Enfin, il est précisé que toute personne désirant être traitée doit avoir accès à une trithérapie quel que soit son nombre de CD4/mm<sup>3</sup>... Ce dernier élément est largement motivé par le bénéfice "collectif" lié au traitement des personnes séropositives, afin de réduire la quantité de virus circulant dans le sang et donc limiter les risques de transmission du VIH.

### Quels traitements de première ligne dans les recommandations européennes ?

Pour ce qui est des choix de traitements de première ligne, on retiendra :

- L'appel à "la prudence" dans l'initiation

d'un traitement avec de l'abacavir (Ziagen) chez les personnes ayant plusieurs facteurs de risques cardiaques ou lorsque la charge virale est supérieure à 100 000 copies/ml ;

- L'arrivée du darunavir (Prezista) boosté, en une prise par jour, dans les options d'anti-protéase, avec une efficacité et une tolérance supérieures au lopinavir (Kaletra) boosté ;
- Le rappel des experts européens quant à l'utilisation de la névirapine (Viramune) : chez les femmes lorsque le nombre de CD4 est supérieur à 250 CD4/mm<sup>3</sup> et chez les hommes lorsqu'il est supérieur à 400 CD4/mm<sup>3</sup>, en raison du risque de réactions graves au médicament dans ces situations notamment au niveau du foie ou de la peau.
- Enfin, en alternative thérapeutique, on note l'arrivée du raltégravir (Isentress) en précisant que l'évaluation n'a été faite qu'en association avec Truvada (ténofovir et emtricitabine).

### Quelles simplifications de traitements ?

C'est le grand sujet "à la mode" : moins de prises par jour, moins de comprimés, moins d'effets indésirables... Ces derniers mois, beaucoup de personnes ayant une charge virale indétectable se sont vues proposer un nouveau traitement "plus



simple et mieux toléré". Dans ce domaine, les modifications d'un médicament anti-VIH pour un autre médicament de la même famille (par exemple, changer une anti-protéase par une autre) ne pose guère de problème. En revanche, les experts européens rappellent que la substitution d'une anti-protéase par un non-nucléoside ou du raltégravir (Isentress) ne doit être proposée qu'en absence d'antécédent d'échec virologique et si les médicaments de la classe des nucléosides associés sont pleinement actifs.

Ils rappellent également que le traitement par intermittence ou séquentiel (l'alternance de périodes où on prend un traitement et d'autres pas), et les interruptions thérapeutiques prolongées ne sont pas recommandées (sauf dans le cadre de la recherche).

Mais la grande nouveauté de ces recommandations européennes réside sans aucun doute dans l'introduction des monothérapies (on ne prend qu'un seul médicament antirétroviral) d'anti-protéases boostées : le lopinavir (Kaletra) en deux prises par jour ou, de préférence, le darunavir (Prezista) en une prise par jour. Ce type de traitement peut être proposé

en cas d'intolérance aux nucléosides ou pour une simplification de traitement chez les personnes n'ayant jamais connu d'échec aux anti-protéases et dont la charge virale est indétectable depuis au moins 6 mois. Attention : les autres molécules comme l'atazanavir (Reyataz) ne doivent jamais être utilisées en monothérapie. Cette entrée des monothérapies dans les stratégies européennes de simplifications de traitement, bien qu'étayée par de nombreuses études, reste très discutée (notamment en France). Les monothérapies ne devraient être réservées qu'à certaines personnes, dans des situations particulièrement adaptées : aucun échec aux anti-protéases, une charge virale durablement indétectable, une immunité qui n'a jamais été trop faible, une charge virale initiale, avant le tout premier traitement antirétroviral, relativement basse et enfin une observance optimale.

### Quelle prise en charge en cas d'échec thérapeutique ?

Pas de grande nouveauté sur ce sujet. Toute charge virale confirmée supérieure à 50 copies/ml doit être considérée

comme un échec du traitement en cours. Même en cas de faible répllication du virus, il faut agir ! (voir Pour y voir plus clair sur les "répliquants", *Remaides* N°70, hiver 2008). Il faudra alors réévaluer l'observance, les données pharmacologiques et virologiques (génotype) afin de proposer une prise en charge qui soit adaptée. De façon générale, en cas d'échec virologique, tout nouveau traitement devrait comporter au moins une anti-protéase boostée complètement active accompagnée :

- Soit d'un médicament antirétroviral d'une classe non encore utilisée (Isentress, Celsentri ou Fuzeon) ;
- Soit d'un non-nucléoside actif (c'est-à-dire l'étravirine (Intelence))

L'objectif restant d'obtenir une trithérapie qui soit pleinement active.

Fabien Sordet

Illustration Kollr Tawiz

**Remaides Québec propose un article sur les nouvelles lignes directrices pour le traitement antirétroviral des adultes vivant avec le VIH au Canada, page V de Remaides Québec N°6.**

*En Suisse comme au Québec, les coûts de la santé explosent et mettent sous pression les personnes malades. En France, c'est l'AP-HP (Assistance publique/Hôpitaux de Paris) qui connaît des difficultés financières. Résultat ? Un plan de restructuration à la hache sans concertation avec les personnes malades ni les soignants qui suscite une vague de protestation inégalée. Aujourd'hui, les associations se font entendre !*

## Des soins, des sous et... des soucis !

“**M**es inquiétudes sont multiples concernant le suivi médical... Je n'ai aucune envie d'avoir une charge virale par an, je n'aurais aucune visibilité de ce qui se passe. J'ai obtenu un HLM pour être proche de l'hôpital qui me suit, vais-je devoir déménager ? Et si j'ai un problème sérieux de santé, vais-je bénéficier d'une réactivité aussi bonne que celle dont je bénéficie aujourd'hui ? Qu'ils me garantissent cela !” Comme d'autres personnes suivies pour le VIH en Ile-de-France, Zagadom (son pseudonyme sur Seronet) est très critique sur ce qui se passe avec la réorganisation de l'AP-HP et ses conséquences sur les services VIH des hôpitaux publics en région parisienne. Il faut dire que la situation est particulièrement opaque et jugée scandaleuse à bien des égards.

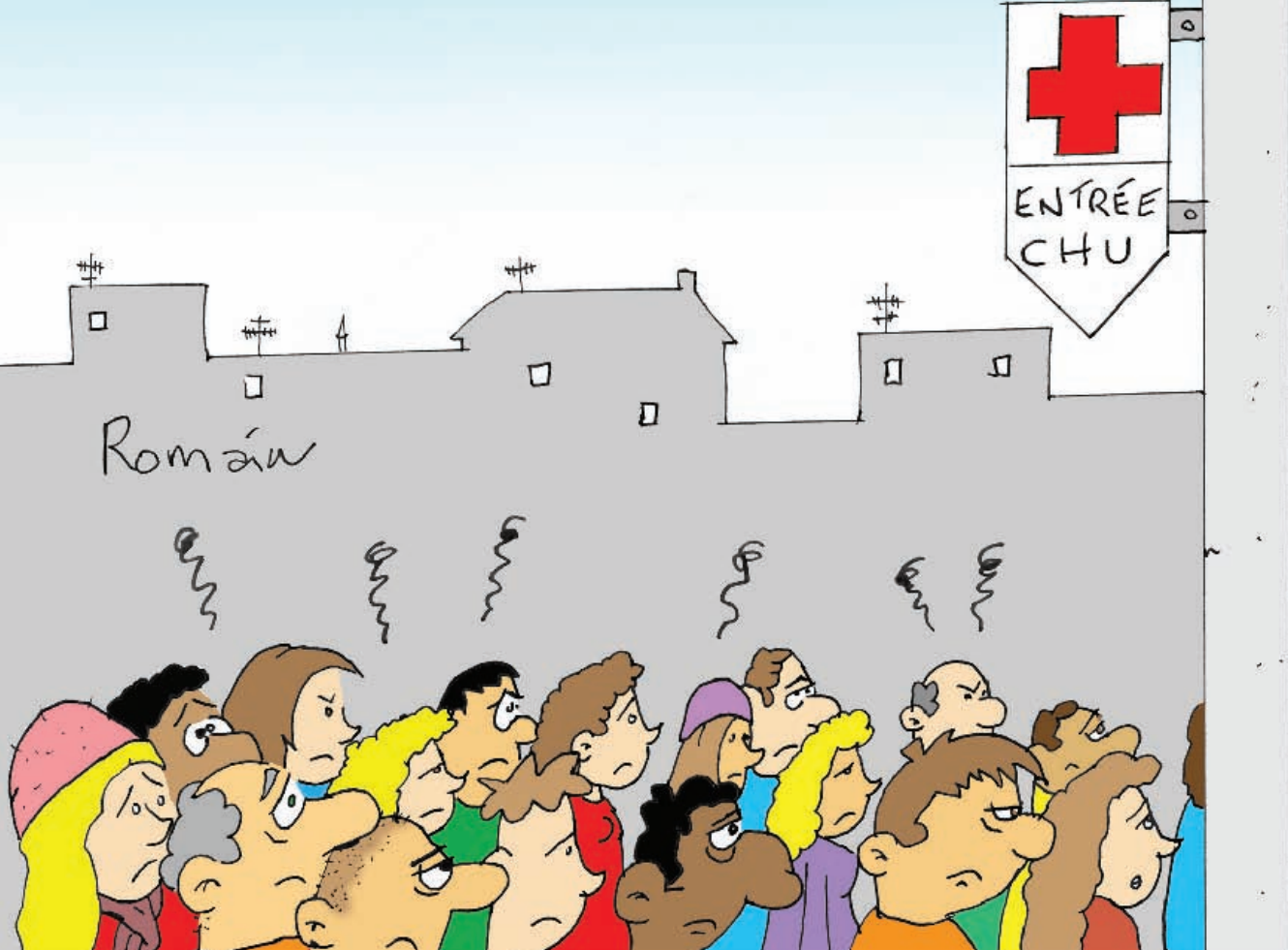
Des annonces de fermetures de services, de regroupements d'hôpitaux sont faites puis démenties ; une rumeur chasse l'autre. Et tout cela sans la moindre concertation, ni des personnes suivies, ni des équipes médicales. “C'est par mail avec l'envoi du compte rendu du conseil de gestion de l'Hôpital européen Georges Pompidou [HEGP] que j'ai découvert que le doyen avait donné son accord pour le transfert du service VIH que je dirige à l'HEGP pour l'Hôtel-Dieu. Personne ne m'en a parlé et encore moins consulté,

explique le professeur Laurence Weiss. C'est inacceptable, on prend les patients et les médecins pour des pions.”

A l'Hôpital Cochin, l'activité VIH doit, elle aussi, être transférée à l'Hôtel-Dieu. “Lorsque j'ai appris cette nouvelle, je me suis d'abord demandé en quoi nous avons failli, explique le docteur Jean Deleuze, médecin spécialiste du VIH. Près de 1 700 personnes séropositives sont suivies à Cochin. Nous avons bâti depuis 28 ans une prise en charge pluridisciplinaire de qualité avec un réseau très actif de médecins cliniciens. Nous proposons un plateau technique remarquable capable de prendre en charge tous les aspects de l'infection par le VIH et on envisage de transférer nos services dans une structure comme l'Hôtel-Dieu qui n'en dispose pas, régulièrement menacée de fermeture et sans lits d'hospitalisation”.

L'AP-HP est en pleine restructuration. Il est prévu de passer de trente-sept hôpitaux à douze groupes hospitaliers. Sur le papier, il s'agit de “mieux répondre aux besoins de la population” en matière de soins, mais il est aussi question d’“améliorer la performance de l'institution”. Comprendre : la maîtrise des coûts ! A la demande de l'Etat, l'AP-HP doit être à l'équilibre en 2012, cela signifie de faire des économies : plusieurs centaines de millions d'euros. Des économies, il n'y a pas trente-six solutions pour en faire :

il faut regrouper les hôpitaux en groupes hospitaliers, supprimer du personnel qu'il soit administratif ou soignant (près de 4 000 postes), fermer des services et ce dans de nombreuses spécialités médicales, dont la prise en charge du VIH. L'équation financière qui semble avoir les faveurs de l'AP-HP, c'est : “1 service + 1 service inférieur ou égal à 1,5 service”. La conséquence ? Des déménagements de services, des fermetures de lit, des capacités d'accueil restreintes, des suppressions de poste, etc. Si la prise en charge du VIH est tout particulièrement visée dans la politique actuelle de l'AP-HP, c'est pour deux raisons principales. L'AP-HP considère que la nature même de la prise en charge du VIH a profondément changé et qu'elle ne nécessiterait plus le même recours à l'hôpital. Il défend donc le dogme d'une prise en charge principalement ambulatoire et la concentration des activités VIH sur certains pôles hospitaliers. Cela donne, par exemple, le projet de l'Hôtel-Dieu avec l'hypothèse de plusieurs milliers de personnes séropositives suivies dans un unique service qui ne comprend aucun lit d'hospitalisation. Cet hôpital du centre de Paris qui nécessite pourtant de sérieux investissements financiers, devrait donc assurer le suivi des personnes qui étaient jusqu'alors suivies à l'hôpital Necker, à l'hôpital Cochin et à l'hôpital européen Georges Pompidou... L'autre raison, c'est que la tarification à



l'activité ou T2A<sup>1</sup> ne fait pas de la prise en charge du VIH une activité rentable pour l'hôpital. "Ce qui se passe actuellement s'inscrit dans une évolution plus vaste et probablement durable de l'organisation des soins consécutive d'une part au vote de la loi Hôpital Patients Santé et Territoire [HPST] et à la T2A, la tarification à l'acte appliquée dans les hôpitaux. Ce mécanisme-là fait de nous des patients qui ne sont pas "rentables" et pousse les hôpitaux publics à trier leur "clientèle", dénonce José Puig du Collectif des patients citoyens (COPACI). Cela n'est pas compatible avec l'idée que nous nous faisons du service public hospitalier." Et pas sans conséquences sur les personnes suivies.

"En décembre dernier, nous apprenons par l'intermédiaire des médecins de l'Hôpital européen Georges Pompidou [HEGP] que le service VIH où je suis moi-même suivi va lui aussi partir pour l'Hôtel-Dieu, explique Manuel Picaud du COPACI. Cette annonce nous a tous choqués, peut-être plus qu'auparavant parce qu'il s'agit d'un hôpital moderne dont le service VIH est modèle et même emblématique de ce que doit être une prise en charge exemplaire." Un questionnaire, intitulé "Allez-vous devoir changer d'hôpital ?", est distribué aux personnes suivies à l'HEGP. "Plus de 250 personnes y ont répondu. 98 % des personnes sont satisfaites du service. 80 % sont opposées à tout déménagement et certaines personnes menacent même

d'arrêter leurs traitements si un tel transfert a lieu voire de faire une grève des soins", indique Manuel Picaud. Aujourd'hui, ce Collectif et plusieurs associations de lutte contre le sida (AIDES, Arcat, Act Up-Paris, Sidaction, Actif santé, l'Unals, TRT-5) réclament un moratoire sur toutes les réorganisations en cours concernant les services VIH. Ils entendent aussi imposer un calendrier pour qu'un débat de fond ait lieu sur la prise en charge du VIH. De son côté, l'AP-HP, après discussion avec les associations, s'est engagée sur différents points dont un gel des projets de réorganisation et à sa participation à l'organisation en 2010 des Etats généraux demandés par les associations (voir page 16).

Jean-François Laforgerie

(1) Chaque acte médical est réalisé à un tarif indexé dans un barème, la Sécurité sociale verse à l'hôpital la somme correspondante à chaque acte réalisé. Le barème de la T2A comprend 2 300 tarifs. Ce sont les actes techniques (chirurgicaux par exemple) qui rapportent le plus.

## Suisse : attention au montant des primes

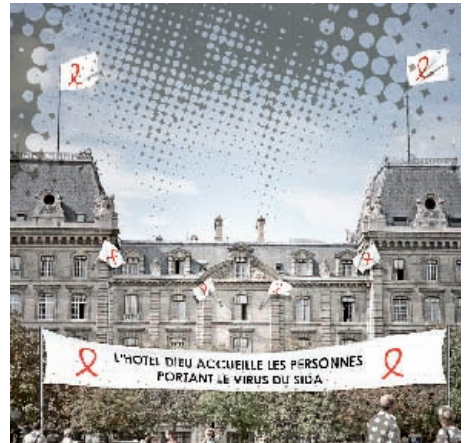
L'assurance de base est obligatoire pour toutes les personnes résidant en Suisse. Elle couvre en principe tous les soins nécessaires de santé. Ces soins sont définis par la loi et sont identiques quelle que soit la caisse maladie (qui est une entité privée). Les assurés peuvent librement s'assurer auprès de la caisse de leur choix. La prime dépend du domicile, de l'âge de l'assuré et de sa caisse maladie, du montant de la participation aux dépenses, ou de la franchise. La franchise minimale légale s'élève à 300 francs suisses (environ 200 euros) par année. C'est le montant recommandé pour les personnes séropositives. L'assuré devra encore participer à hauteur de 10 % des factures soit quelque 700 francs suisses (500 euros) par année. Les primes changent chaque année. Chacun peut changer de caisse en novembre (ou à la fin du premier semestre de l'année civile moyennant un préavis de trois mois) afin de bénéficier du tarif le plus avantageux. Il s'agit d'être vigilant à l'annonce des nouveaux tarifs. Différents outils sont à disposition pour calculer la valeur des primes dans la caisse de son choix : la Confédération met à disposition un calculateur ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)) ainsi que la Fédération romande des consommateurs ([www.frc.ch](http://www.frc.ch)).

Nicolas Charpentier

## Québec : les coûts de la santé explosent

Au Québec, la situation n'est guère mieux. Les coûts du système de santé ont explosé au cours des dernières décennies. L'achat de médicaments est le secteur qui a connu la plus forte augmentation des coûts. Ainsi depuis son instauration en 1997, les coûts de l'assurance médicaments du Québec ont plus que triplé. Selon l'Institut de la statistique du Québec, dans un rapport publié en 2009, la dépense des ménages en soins de santé est passée de 1231 dollars canadiens (918 euros) en 1997 à 1844 dollars canadiens en 2005 (1375 euros). Le coût payé par les Québécois est 18 % supérieur à celui payé par les Ontariens et 2 % supérieur à celui payé par l'ensemble des Canadiens. Le nombre de Québécois obligés d'emprunter de l'argent pour acheter des médicaments est en hausse. Trois personnes sur quatre disent avoir vécu cette situation au cours des douze derniers mois selon un sondage de l'Union des consommateurs, réalisé en 2005, auprès de personnes ou de ménages fréquentant les associations coopératives d'économie familiale.

René Légaré



## Enfin entendus ?

La pression des associations semble avoir payé puisque le directeur de l'AP-HP, Benoît Leclercq, a accepté de recevoir (26 mars dernier) une délégation associative de représentants de personnes touchées avec AIDES pour ouvrir la concertation concernant la prise en charge du VIH en Ile-de-France dans les hôpitaux publics. L'AP-HP s'est d'ores et déjà engagée à suspendre immédiatement tous les projets de réorganisation, c'était une demande des associations et des patients. L'AP-HP s'est également engagé à inclure un chapitre spécifique sur le VIH/sida dans son plan stratégique qui devrait donner des gages sur une prise en charge évolutive dans le "respect d'une organisation globale, hospitalière et pluridisciplinaire des soins". Par ailleurs, les représentants de personnes malades seront associés à la rédaction de ce chapitre. Enfin, l'AP-HP s'engage à contribuer à l'organisation d'Etats généraux du VIH/sida en Ile-de-France en 2010, suivant le calendrier défendu par les associations. Des engagements sont pris, une concertation est enfin ouverte. A suivre.

*Une vaste restructuration, mal préparée, est en cours concernant l'ensemble des services VIH en Ile-de-France à l'AP-HP. AIDES, au côté du Collectif des patients citoyens et d'autres associations de lutte contre le sida, dénonce cette situation marquée par un profond mépris à l'égard des personnes malades même si la concertation est désormais ouverte. Vice-président de AIDES, Alain Bonnineau explique pourquoi l'association s'est engagée dans ce combat. Interview.*

## AP-HP :

“Ce qui se passe est profondément choquant”

### Qu'est-ce qui vous révolte le plus dans la méthode de l'AP-HP ?

C'est l'absence totale de concertation avec les personnes qui sont suivies dans les hôpitaux concernés par ces changements et le manque total d'information. Ce qui se passe est profondément choquant. Il est dramatique de laisser des gens dans l'incertitude et bien souvent dans le désarroi. On porte atteinte à la confiance qui existe entre les personnes et leurs médecins et qui est pourtant fondamentale. On casse tout. Les personnes deviennent des objets qu'on déplace, des produits.

### Des patients, des associations de lutte contre le sida se mobilisent, mais n'est-ce pas trop tard ?

Non... Ce qui se passe en ce moment, la mobilisation des patients, des associations de personnes malades nous permet de poser des exigences qui ne l'auraient pas été sinon, mais également d'avancer sur ce que doit être une prise en charge de qualité. L'AP-HP veut une prise en charge qui soit opérationnelle. Nous aussi, nous voulons qu'elle soit opérationnelle, mais au regard des personnes malades pas de la rentabilité. Nous avons demandé à la direction de l'AP-HP la mise en place d'un calendrier de concertation entre les autorités sanitaires nationales, les personnes malades, les associations qui les représentent et les professionnels de santé qui participent à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Cette concertation doit prendre appui sur les cinq COREVIH d'Ile-de-France<sup>(1)</sup>. Il s'agit rien de moins que de mettre en place la concertation qui fait tant défaut aujourd'hui. Elle vise à définir les conditions d'une prise en charge à l'hôpital de qualité qui soit équitablement répartie sur la région et à l'élaboration d'un cahier des charges qui garantit le maintien d'une prise en charge globale de qualité des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France.

Nous souhaitons collectivement que des Etats Généraux du sida en Ile-de-France viennent clore ce processus, dont le préalable est bien entendu un moratoire, c'est-à-dire que soient suspendus tous les projets de restructuration en cours. C'est ce que nous avons demandé.

### Quels retours avez-vous de la part des personnes suivies ?

On constate que beaucoup de personnes ne savent pas ce qui se passe et notamment ce qui risque de leur arriver : un changement de médecin, un déménagement d'hôpital, etc. Lorsque le médecin leur a appris ce qui se passait ou qu'elles en ont parlé avec des associations ou d'autres personnes informées, la crainte porte sur l'éventuel arrêt de la relation entre la personne et son médecin. Cela touche les gens ; cela les inquiète.

**Cette interview d'Alain Bonnineau et une interview de Manuel Picaud et de José Puig du Collectif des patients citoyens sont proposées en version intégrale sur Sero-net : <http://www.seronet.info>**



(1) Le COREVIH est une organisation territoriale à l'échelle d'une région pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes infectées par le VIH et à la lutte contre le sida en général.

*Le dépistage du VIH constitue l'un des principaux enjeux de la lutte contre l'épidémie. 140 000 personnes seraient touchées en France, dont un tiers l'ignorerait... Ces quelques 40 000 personnes se mettent non seulement en danger elles-mêmes, par un accès aux soins retardé, mais mettent également en danger leurs partenaires, lors de pratiques non protégées, alors qu'elles se pensent séronégatives... Com'Test, développé par AIDES et l'ANRS en France, propose une forme de dépistage jusqu'alors inédite en France pour les homosexuels.*

## Com'Test : les homos testent les homos...

Aujourd'hui, l'enjeu majeur est d'augmenter le recours au dépistage afin de réduire les prises en charge tardives et limiter la transmission du VIH par les personnes qui ignorent leur statut. En octobre 2009, les recommandations de la Haute autorité de santé en France préconisent une nouvelle stratégie avec une proposition systématique d'un dépistage VIH à toute personne entre 15 et 70 ans, par les médecins généralistes, les gynécologues, dans les dispensaires, les services d'urgence, ainsi qu'un dépistage annuel aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cette incitation systématique constituerait déjà un premier pas. Mais un élargissement de l'offre pour les gays et les bisexuels, touchés de plein fouet par l'épidémie, demeure une priorité. Com'Test est le nom d'une recherche menée en partenariat par AIDES, le laboratoire de recherche LEM CNRS UMR 8179 et l'Agence nationale de recherche sur le VIH et les hépatites (ANRS). Son objectif est de démontrer que le dépistage du VIH peut être entrepris de façon communautaire, au sein de structures sans professionnels de santé. Jusqu'à présent, le dépistage n'était proposé que dans des structures médicalisées. Les avantages d'un tel dispositif sont multiples. En effet, un certain nombre de personnes sont réticentes à

l'idée de se faire dépister dans des centres médicalisés (horaires, qualité de l'accueil, etc.). L'offre "communautaire" proposée par une association permet donc d'élargir l'accès au dépistage et d'augmenter le nombre de personnes dépistées au sein d'une population que l'on sait plus exposée. Ce dépistage communautaire permet également des échanges plus riches, plus concrets et plus libres sur la prévention, le coming-out (l'affirmation de son homosexualité), les pratiques sexuelles. Enfin, des gays "habitués des centres de dépistages anonymes et gratuits" se plaignent du regard parfois réprobateur du personnel médical lors d'un énième dépistage dans l'année... Dans les locaux mis en place par AIDES, chacun peut venir se faire dépister "aussi souvent que désiré et nécessaire", sans craindre le regard moraliste.

Com'Test est mené par des volontaires de AIDES spécialement formés pour cela. L'étude se déroule dans quatre villes de France : Paris, Lille, Montpellier et Bordeaux (voir en page 20). Les premiers tests ont été réalisés, selon les villes, entre février et juin 2009. Les demandes sont nombreuses (plus de 200 dépistages faits sur Paris et déjà près de 400 à l'échelle nationale). Ces premiers chiffres montrent l'importance du besoin... même si des volontaires interrogés regrettent de voir trop peu de monde durant certaines permanences, sans doute parce que beaucoup de gays ignorent l'existence de ce dispositif. Une première analyse intermédiaire a déjà eu lieu (1<sup>er</sup> décembre 2009). Elle indique que 77 % des personnes qui font appel à Com'Test sont gays, 16 % bisexuels. L'âge moyen est de 32 ans. 78 % des personnes ont utilisé Com'Test pour se rassurer et 43 % pour

### DRAG, un autre projet

Une autre étude nommée DRAG est actuellement en cours, toujours en partenariat entre l'ANRS, AIDES et le laboratoire de recherche Inserm UMR 912. Il s'agit, cette fois, de proposer le dépistage communautaire au sein même de centres de dépistages anonymes et gratuits. L'objectif est de montrer qu'un dépistage par une personne qui n'est pas un professionnel de santé offre le même niveau de satisfaction qu'un dépistage réalisé par un médecin.



“prouver à leurs partenaires qu'ils sont séronégatifs”. 40 % l'ont fait parce qu'ils réalisent régulièrement un test de dépistage. 38 % des personnes indiquent qu'elles ne s'étaient pas faites dépistées depuis au moins deux ans. Le taux de tests positifs sur la première année varie entre 2 et 5 %. C'est près de deux fois plus qu'en centres de dépistage anonyme et gratuit... Tous les tests positifs ont été confirmés par un test de dépistage classique. Les personnes qui ont été diagnostiquées séropositives ont toutes été accompagnées et prises en charge médicalement dans les quinze jours qui ont suivi la confirmation du test. Les résultats définitifs complets seront connus au cours de l'été. Pour faire un tel test dans le cadre de Com'test, il faut prévoir 1 h 30. Vous avez à remplir une lettre de consentement éclairé (signalant que vous acceptez de

rentrer dans cette étude) et un premier questionnaire anonyme, très complet, sur vos pratiques, vos perceptions et croyances sur le VIH. Puis, vous avez un entretien avec un volontaire de l'association, à l'issue duquel vous faites vous-même un prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt (c'est parfaitement indolore !). Le résultat est disponible en 30 minutes. Il est rendu par le volontaire avec qui vous vous êtes entretenu auparavant. En cas de résultat positif, un laboratoire est proposé afin de passer un test de confirmation pour s'assurer du résultat. Différents centres hospitaliers de suivi du VIH sont également proposés, ainsi qu'un accompagnement par le volontaire lors de votre première visite, si vous le souhaitez. Enfin, quel que soit le résultat du test, un appel téléphonique après un mois et six mois est prévu dans

le cadre de cette étude, afin d'estimer votre niveau de satisfaction et compléter le questionnaire de suivi.

Des soignants s'interrogent sur la formation des volontaires amenés à rendre le résultat de ces tests rapides. La mise en place d'une telle étude n'a pas été sans heurts ! Outre une bonne connaissance du VIH, les volontaires de ce projet ont suivi une formation spécifique de haut niveau durant six jours allant des connaissances techniques à la législation sur la recherche biomédicale, de la mise en situation de remises de résultats au respect de la confidentialité. Pas mal de laboratoires d'analyse et de soignants remettent aujourd'hui des résultats de tests avec une formation spécifique nettement moins performante.

Fabien Sordet

Illustration Kollr Tawiz



## Tests à résultats rapides au Québec

Les tests à résultats rapides (voir ci-contre) sont proposés dans des cliniques spécialisées telles l'Actuel, la clinique médicale Quartier latin et des centres hospitaliers comme l'hôpital Maisonneuve-Rosemont à Montréal. Ce test est à la charge de la personne. Depuis l'été dernier, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes peuvent passer un test de dépistage à résultat rapide en milieu communautaire dans le cadre d'un nouveau service baptisé SPOT à Montréal. Comme il s'agit d'un projet de recherche, le test y est gratuit. Le gouvernement n'a toujours pas décidé de prendre en charge financièrement ce type de tests, mais il en étudie la possibilité.

René Légaré

## En pratique, comment faire ?



Le site <http://depistage.aides.org/> vous donne toutes les informations, horaires, photos etc.

**Vous pouvez vous rendre, sans rendez-vous, jusqu'au 30 juin 2010 dans l'un des centres suivants :**

- Paris : 26, rue Château-Landon, les mercredi de 18h à 21h et samedi de 11h à 14h (tél. : 01 43 727 594).
- Lille : 2, rue du Bleu mouton, les mercredi de 18h à 21h (tél. : 03 28 520 510).
- Montpellier : 33, rue Brossonnet, les lundi de 19h à 21h, les jeudi de 17 à 19 heures, les vendredi de 11h30 à 14h30 (tél. : 04 67 340 376).
- Bordeaux : 76, rue Mandron, les lundi de 18h30 à 20h30, les jeudi de 18h30 à 20h30 (tél. : 05 57 877 777).

## Suisse :

### Le deux en un

La Suisse vit actuellement la généralisation des tests rapides. Certains, depuis le deuxième semestre 2009, sont combinés pour détecter en plus l'antigène P24 (composant du virus lui-même). Ce type de test à l'avantage de rechercher comme les tests rapides les anticorps contre le VIH présents ou non dans le sang, mais aussi la présence du virus même dès 10 jours après une infection. Ce test combiné devrait permettre de cumuler les avantages du test rapide avec la précocité d'un dépistage à 10 jours. Les années à venir montreront l'intérêt ou non de ce type de test pour détecter les situations de primo-infection. La primo-infection étant les jours ou semaines qui suivent immédiatement la contamination et pendant laquelle le risque de transmettre est très fort car la charge virale est, elle, très élevée. En France, les experts restent réservés sur les avantages de ces tests rapides combinés. L'expérience suisse éclairera sûrement le débat.

Nicolas Charpentier

*Les tests de dépistage du VIH revêtent un enjeu majeur en terme de santé publique : plus les personnes touchées seront informées de leur séropositivité, mieux elles seront prises en charge (c'est le bénéfice individuel) et moins elles seront susceptibles de transmettre le virus (c'est le bénéfice collectif). L'objectif d'une offre de dépistage plus simple, plus complète, mieux adaptée à chacun, est de permettre à un plus grand nombre de personnes de se faire dépister. Quel est l'apport de ce que l'on appelle les "tests rapides" ? En quoi consistent-ils ? Comment y avoir accès ?*

## Tests de dépistage à résultats rapides : Pourquoi, Comment ?

### Qu'est-ce qu'un test de dépistage pour le VIH ?

Un test de dépistage permet de repérer dans le sang la présence d'anticorps, substance de défense fabriquée par le corps humain et spécifique d'un microbe particulier. Si on a des anticorps contre le VIH, c'est donc que l'on a été infecté par le VIH. Pour que le corps humain fabrique ces anticorps, il faut plusieurs semaines. Ainsi, il est recommandé d'attendre environ trois mois après une prise de risque. Avant ce délai, il se peut qu'il n'y ait pas encore suffisamment d'anticorps fabriqués et le test "faussement négatif" n'aura pas de valeur. Avant ce délai, vous pouvez consulter un médecin et demander un test de dépistage "précoce" (charge virale et/ou antigénémie p24) pouvant donner une réponse avant le fameux délai de trois mois. Enfin, en cas de contact à risque de moins de 48 heures, il est recommandé de se rendre dans un centre hospitalier pour demander à bénéficier d'une consultation et d'un traitement d'urgence, appelé aussi traitement post-exposition.

### Quelles sont les différentes techniques ?

Il y a les tests "classiques", pour lesquels, après avoir prélevé le sang, on va extraire les cellules (globules rouges, etc.) afin de ne garder que le liquide contenant les anticorps. Cette technique particulière permet un test très sensible, mais elle prend un peu de temps. Il y a aussi les tests "rapides" qui vont directement analyser la présence d'anticorps dans le sang, sans aucune étape préalable. Ces tests sont légèrement moins sensibles et nécessitent certaines précautions (voir plus loin), mais ils ont le mérite de pouvoir rendre le résultat en quelques minutes.

### Quand c'est long, ce n'est pas forcément mieux !

Les tests "classiques" sont certes très sensibles, mais nécessitent un long délai d'attente entre la prise de sang et la remise des résultats, allant de quelques heures (en laboratoire privé d'ana-

lyses médicales) à une semaine (en Centre de dépistage anonyme et gratuit, CDAG). Un délai pénible, source d'angoisses, et nombre de personnes ne reviennent jamais récupérer leurs résultats. L'avantage des tests à résultats rapides, c'est que le résultat est rendu quasiment immédiatement (entre 15 et 30 minutes selon les tests utilisés), évitant la lourdeur d'un deuxième passage au centre de dépistage.

### A qui s'adressent les tests à résultats rapides ?

Toute personne désirant savoir si elle est ou non séropositive pourra aller faire un test de dépistage rapide. Mais attention, il faut toujours attendre trois mois entre une prise de risque et le passage du test. Les tests dits "rapides" ne réduisent absolument pas ce délai ! La seule différence, c'est que le résultat est rendu en quelques minutes (Des tests à résultat rapide et combinant la détection des anticorps et de l'antigénémie P24 permettent de réduire ce délai de trois mois. Ils devraient être disponibles dès la rentrée. Voir en page 20).

### En quoi consistent ces tests ?

La technique est très simple : on se pique le bout d'un doigt avec une toute petite aiguille, et on dépose une goutte de sang sur un papier buvard spécial qui va révéler ou non la présence d'anticorps contre le VIH. Si les anti-corps sont présents, une bande de couleur va apparaître (voir page 22), un peu comme dans un test de grossesse à partir d'un jet d'urine...

### Y a-t-il des cas où ces tests fonctionnent mal ?

Oui. Tout d'abord, étant légèrement moins sensibles que les tests "classiques", les tests "rapides" sont particulièrement mal adaptés pour révéler une contamination datant de moins de 3 mois. Il est indispensable de le savoir car durant cette période, même si

les tests sont négatifs (il n'y pas encore assez d'anticorps contre le VIH pour être révélés), les quantités de virus dans le sang et les sécrétions sexuelles peuvent être extrêmement importantes avec des risques majeurs de transmission notamment lors de rapports sexuels sans préservatifs. Ainsi, si la prise de risque date de moins de trois mois, il faut préférer les tests "classiques" et il est particulièrement recommandé de protéger ses rapports. Ces tests sont également moins efficaces lorsqu'ils sont faits sur des personnes séropositives sous traitement, ayant une charge virale indétectable depuis longtemps. En effet, compte tenu de la quasi absence de virus dans le sang, le système de défense se met un peu au repos et produit moins d'anti-corps contre le VIH. Or, ce sont ces anti-corps qui seront recherchés lors du test. En dehors de ces cas bien particuliers, les tests rapides se sont montrés extrêmement fiables et tout aussi efficaces que les tests "classiques". Ils ont d'ailleurs été approuvés par les autorités sanitaires. Enfin, dans tous les cas, comme pour les tests "classiques", un résultat positif devra être confirmé par un test particulier appelé Western Blot.

### Dans quel cadre sont-ils utilisés en France ?

Actuellement, ces tests ne sont disponibles que dans trois situations :

Ces tests rapides sont systématiquement proposés dans certains services d'urgence à Paris à toutes les personnes se présentant dans le service, afin d'en évaluer l'intérêt ;

Ils sont aussi proposés dans le cadre d'un projet de recherche en direction des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes conduit par AIDES et l'ANRS baptisé Com'Test et DRAG (voir en page 18) et également au Checkpoint du Kiosque Info Sida à Paris (voir en page 43) ;

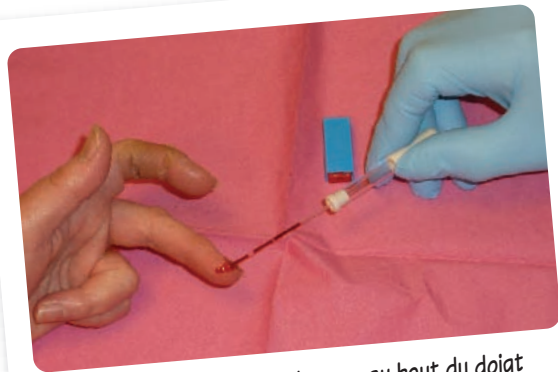
Enfin des tests rapides existent désormais dans la plupart des hôpitaux en France. Ils sont proposés, dans le cadre de la prise en charge post exposition (TPE), aux deux partenaires dans les heures qui suivent une prise de risque. Si l'un des deux partenaires a un test positif, l'autre partenaire se verra prescrire, après évaluation médicale, un traitement antirétroviral post exposition (voir *Remaides* N°55). Même chose en cas d'exposition accidentelle à du sang.

### Combien ça coûte ?

Le prix d'un test rapide sanguin est d'environ deux euros. Il est gratuit pour les personnes. On aurait tort de s'en priver !

Fabien Sordet

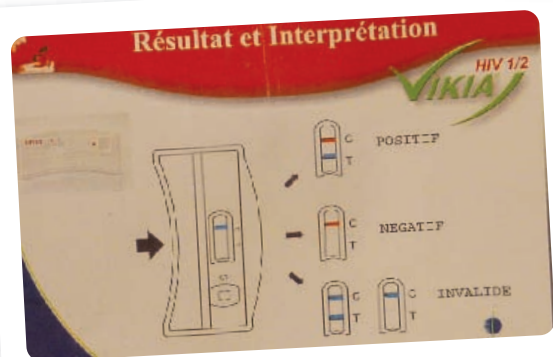
Remerciements au Dr C. Delauguerre  
(Virologie, Hôpital Saint-Louis, Paris).



On prélève une goutte de sang au bout du doigt que l'on va déposer sur le papier buvard du test qui comporte une unique bande bleue (en position C).



Le sang déposé sur le papier buvard va se déplacer vers la zone contenant les réactifs (à gauche).



Si la bande bleue (en position C) vire au rouge, cela signifie juste que le test a fonctionné correctement. Et si une bande bleue supplémentaire apparaît (en position T), cela indique la présence d'anticorps anti-VIH donc que la personne est séropositive.



## Quoi de neuf doc ?

### Feu vert pour Norvir en comprimé



L'Agence européenne du médicament (EMA) a autorisé (début février) la mise sur le marché de Norvir en comprimé. Cette autorisation pourra désormais être déclinée pays par pays. En France,

il restera à passer le circuit administratif habituel (Commission de la transparence de la Haute autorité de santé, comité économique des produits de santé pour fixer le prix... et enfin publication au *Journal officiel*), ce qui devrait prendre un peu de temps. L'arrivée du nouveau Norvir en comprimé en pharmacie ne sera donc effective que dans quelques semaines. Norvir (ritonavir) est utilisé uniquement pour son effet booster sur les autres antiprotéases. Norvir se présentait jusqu'à présent sous forme de capsules molles huileuses de 100 mg, nécessitant un réfrigérateur pour être bien conservées, ce qui compliquait l'utilisation notamment dans les pays chauds, ou pour des raisons de confidentialité (réfrigérateur collectif), et de solution buvable pour les enfants. L'arrivée du comprimé ne nécessitant pas de réfrigération facilitera l'utilisation du Norvir. Il faut rappeler que le TRT5 (un collectif inter associatif sur la recherche, le thérapeutique et la prise en charge dont AIDES fait partie) demande toujours la mise à disposition d'un comprimé de Norvir de 50 mg qui permettrait de réduire les doses et les effets indésirables tout en gardant probablement le même effet booster. Le laboratoire Abbott s'est dit prêt à s'engager dans son développement.

### Raltégravir chez l'enfant

Une étude en cours évalue l'utilisation chez l'enfant de 6 à 11 ans ayant déjà reçu des traitements auparavant, du raltégravir (Isentress, un anti-intégrase), en comparant le comprimé existant à une nouvelle formulation en comprimé à croquer. Les premiers résultats présentés à la CROI 2010 (voir en page 6) ont montré que ce nouveau comprimé était mieux adapté à une utilisation chez l'enfant avec une meilleure disponibilité du médicament dans le sang. Le raltégravir semble efficace et bien toléré chez l'enfant. L'étude continue avant de confirmer définitivement son efficacité, sa tolérance et son dosage pédiatrique.

### Sustiva 100 à nouveau disponible



La fabrication et la commercialisation des gélules dosées à 100 mg de Sustiva avaient été suspendues par le laboratoire Bristol-Myers Squibb

(BMS) en décembre 2008. Les associations se sont alors rapidement mobilisées, notamment au sein du collectif TRT-5, afin de dénoncer cette réduction des présentations pour enfants d'antirétroviraux, déjà très limitées et par ailleurs contraires aux recommandations d'experts (Rapport Yeni en France). Le plaidoyer et la pression associative ont finalement abouti, puisque BMS vient d'annoncer la réintroduction, dès le 24 février, de la gélule 100 mg de Sustiva dans plusieurs pays européens dont la France.

*L'infection par le VIH est, en soi, un facteur de risque cardio-vasculaire. C'est aussi le cas de la prise sur le long terme de certains médicaments anti-VIH. Du coup, un suivi est nécessaire. Des douleurs à la poitrine associées à des facteurs de risque ont conduit Julien à faire un grand check-up cardio-vasculaire. Il raconte.*

## 24 heures de la vie d'un cœur

"P assage des 40 ans, sexe masculin, un seul médicament de la trithérapie pas suspect d'abîmer le cœur, un cocktail gras de cholestérol et de triglycérides, et puis le tabac. C'est suffisant. Cela fait assez de "facteurs de risques" pour que des douleurs à la poitrine m'amènent à un grand check-up cardio-vasculaire<sup>1</sup>.

Rendez vous est pris pour une journée complète au service de pneumo cardiologie d'un hôpital parisien. Ça ne commence pas très bien. Prise de sang matinale au milieu d'un local stockant les poubelles de la nuit ! Et puis, pour les premiers examens, attente sur une table, allongé et à moitié dévêtu. Je commence à avoir froid. Au bout de trois quarts d'heure, j'apprends que le médecin est retenu en province et qu'on lui cherche un remplaçant. Scènes de la vie d'un hôpital en contexte de moyens serrés...

Les examens commencent. Ils sont minutieux, je ne m'attendais pas à ces appareils d'écoute du flot sanguin posés sur le cou,

l'aine, le mollet, et même l'arrière du genou et les yeux. Je me dis que s'il y a un problème, ils le verront, c'est sûr. Ça ne fait pas mal ; avec les électrodes ou les appareils d'échographie, le plus "collant" a été ces litres de gel utilisés comme lubrifiant, qu'il faut essayer ensuite.

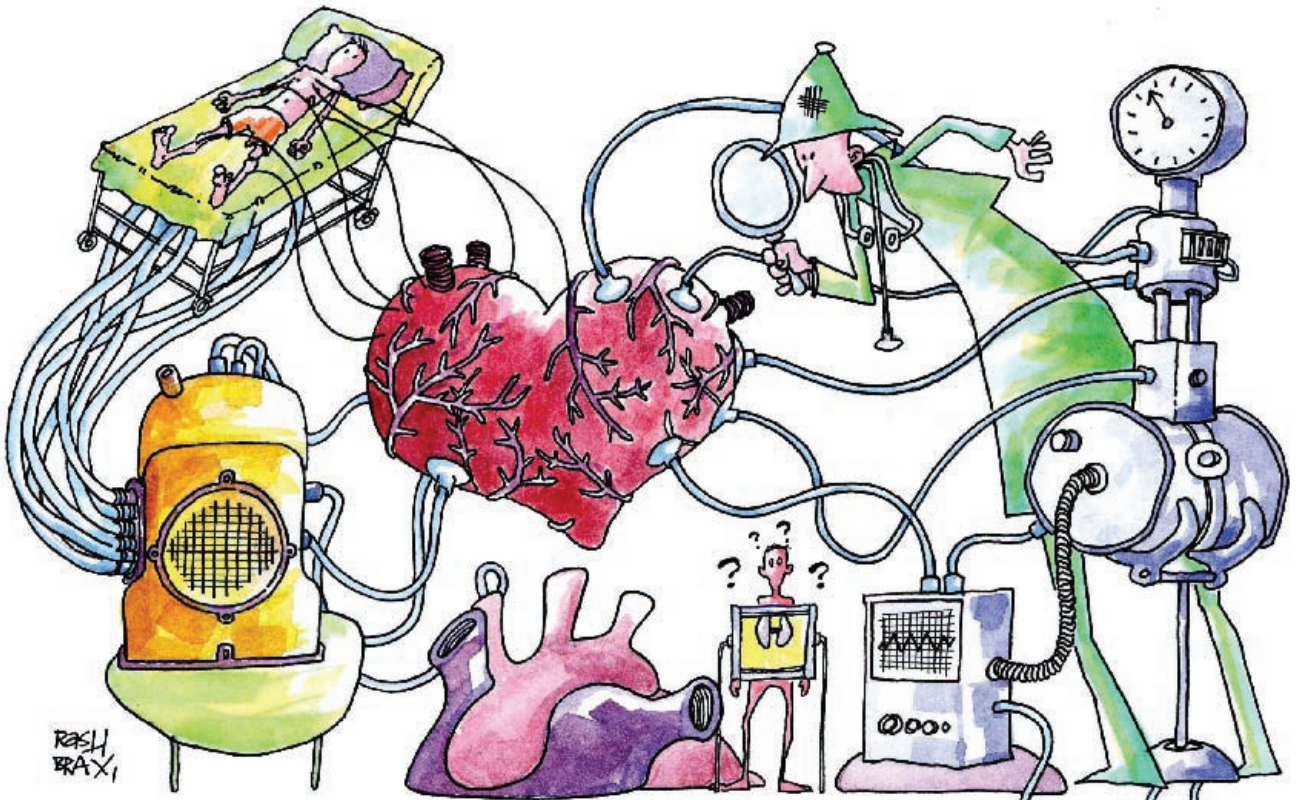
Passer les étapes, c'est s'entendre dire : "Ça a l'air d'aller, mais il faudra étudier les résultats plus en détail." Radio des poumons, test d'effort, examens sans nom, mais qu'on suppose utiles, etc. Je pose des questions pour savoir à quoi correspond chaque investigation.

A la fin de la journée, on me pose un holter (électrocardiogramme avec électrodes fixées sur la poitrine et appareil prenant la tension régulièrement) relié au bras gauche.

On pourra voir les fluctuations du cœur sur 24 heures, nuit comprise. Je rentre chez moi scotché

et bardé avec cet attirail. Mieux vaudrait ne pas soulever le tee-shirt en public ou devant la police : je ressemble à "Human Bomber". En fait, ça commence comme quelque chose d'assez comique. Toutes les dix minutes, le brassard gonflable raidit mon bras sans prévenir. Démarche de pingouin, arrêts obligés pendant la vaiselle, objets qui tombent... Et ce bruit de pompe à piscine. Je me demande si je vais réussir à dormir ce soir. Finalement, je glisse vers le sommeil, mais me réveille plusieurs fois dans la nuit. Au petit matin, il est temps de retourner à l'hôpital et de rendre le matériel. Il est temps aussi de m'engager dans cette résolution que les examens ont renforcée : arrêter de fumer. C'est un "gros" facteur de risque et un des rares sur lesquels, j'ai un peu prise. Suit un rendez vous avec une tabacologue. "Soufflez dans le ballon", ce n'est pas que pour l'alcool. Ici, on mesure mon taux de monoxyde de carbone, qui empoisonne l'oxygène. J'espère que le soutien sera autre chose que cette surveillance par le chiffre. Avec les bilans sanguins réguliers du VIH, les chiffres on connaît. Ce n'est pas ça qui suffira à soutenir ma motivation. Puis, on prépare ensemble le moment de l'arrêt, le programme et les





rendez vous suivants, les conseils sur la substitution : patches, chewing-gum et pastilles à la nicotine. Et tous ces “trucs et astuces” bien utiles, j’espère.

J’ai quitté la cigarette pendant les vacances, puis revu la tabacologue. On aura des rendez-vous réguliers. Mes résultats cardiaques complets sont arrivés. Ils sont bons à part quelques détails. Quand on cherche autant de paramètres, on est obligé de trouver quelque chose ! Je suis

content d’avoir fait ces examens, parce que ça a été aussi l’occasion de “ritualiser” l’éloignement du tabac. Il faut tenir maintenant.”

Julien

Illustration Rash Brax

(1) Voir “Risque cardio-vasculaires : les experts mettent à jour”, *Revalides*, N° 72. Ce dossier fait le point sur les nouvelles recommandations d’experts concernant le risque cardio-vasculaire et l’importance à y accorder.



*La mesure de la charge virale est un outil majeur du suivi et avoir une charge virale indétectable, un enjeu important. Certains laboratoires, en France notamment, se sont dotés d'une technique plus fine de mesure de la charge virale qui fait que quelques personnes qui étaient jusqu'alors "indétectables" se retrouvent d'un coup "détectables" parce que le seuil de comptage est plus bas. Que faut-il en penser ?*

## Charge virale : des mesures plus fines

Atteindre et maintenir une charge virale indétectable sous traitement antirétroviral (trithérapie) est un des objectifs majeurs de la trithérapie. Ceci afin de permettre aux lymphocytes T4 (CD4) de remonter, conduisant à un renforcement du système immunitaire qui éloignera le plus possible les maladies opportunistes, infections ou cancers.

Une charge virale est dite indétectable lorsqu'elle se situe au dessous du seuil que les techniques de comptage sont capables d'atteindre. Cela ne veut pas dire que le virus a disparu du corps, ni même du sang, mais qu'on ne le détecte plus avec les techniques utilisées. Dans les dernières années, les techniques de quantification de la charge virale pouvaient "compter" le nombre de copies de virus dans le sang à partir de 50 copies de virus par millilitre de sang (50 copies/ml). Au dessous de ce chiffre, les techniques de routine ne le pouvaient pas. Des techniques sophistiquées, utilisées seulement dans le cadre de la recherche, peuvent compter les copies de virus jusqu'à une copie/ml, mais ces techniques plus complexes et plus chères ne sont pas utilisées en routine. Au Québec, des techniques par

5 copies sont utilisées en recherche et si on participe à un essai, les résultats sont ajoutés uniquement au dossier de recherche de la personne. On a largement pu établir qu'une charge virale qui se maintient, au dessous de 50 copies/ml était satisfaisante. La plupart des essais thérapeutiques internationaux montrant un bénéfice clinique ont été faits avec ce seuil d'indétectabilité à 50 copies/ml. C'est pourquoi, au Québec, le seuil à 50 copies/ml est jusqu'à présent conservé. Les techniques de comptage en routine ont progressé. En France, certaines sont passées progressivement à un seuil de 40 copies/ml, ou même 20 copies/ml. Quel que soit le seuil, 50, 40, ou 20, si on est au dessous, on est et on reste avec une charge virale "indétectable", et l'objectif essentiel est atteint. Nous avons reçu des témoignages de personnes qui, après de longs mois avec une charge virale indétectable, la retrouvaient tout à coup "détectable" à 25 ou 35 copies, parce que le laboratoire qui effectue leurs analyses de sang s'était doté d'une technique plus fine, avec un seuil de détectabilité plus bas. Il n'y a pas d'inquiétude à avoir à court terme : on reste en fait sous la barre



des 50 copies/ml, le seuil d'indétectabilité défini dans les recommandations d'experts actuelles. Rien ne dit par ailleurs que le risque de transmission du virus s'en trouverait augmenté.

La question qui se pose dans la recherche est celle des conséquences possibles de rester longtemps avec une charge virale autour de 40 copies/ml. L'inflammation qui en résulte aura-t-elle des conséquences cliniques à terme ? Il semble que certains médicaments, plus puissants que d'autres, puissent faire baisser un peu ce chiffre, mais compte tenu du mode de réplication du VIH, chercher le zéro ou le 1 copie n'a pas vraiment de sens, si ce n'est, un jour, pouvoir se débarrasser définitivement du virus : le chemin reste à faire !

Franck Barbier

# REMAÏDES



Seringues en prison :  
**une question de droit et  
un enjeu de santé publique**

**Comité de rédaction :** Anka Alexandrov Todorov, Jean-Claude Chiasson, Olivier Dumoulin, Maryse Laroche, René Légaré, Laurette Lévy, Albert Martin.

**Relecture des textes :** Michel Morin, Corinne Parmentier.

**Collaborateurs :** Sandra Ka Hon Chu, Yves Lavoie, Gilles Marchildon, Ken Monteith, Kathleen Myers Griffin.

**Coordination éditoriale :**  
René Légaré, T. : 514 844 2477 poste 30,  
courriel : rene.legare@cocqsida.com

**Diffusion, abonnements et petites annonces :**  
Corinne Parmentier, T. : 514.844.2477 poste 22,  
courriel : remaides@cocqsida.com

**Mise en page :** Exosphère : www.exosphere.ca

**Photos et illustrations, avec nos remerciements :**  
Vajdon Sohaili, Olivier Dumoulin :  
olivier.dumoulin@videotron.ca  
Remerciements spéciaux à Olivier Dumoulin  
pour les illustrations.

**Impression :** Copie Ressources,  
3822, boul. Saint-Laurent, Montréal (Québec)  
H2W 1X6. Trimestriel. Tirage : 2 000 ex.

Les articles publiés dans Remaides Québec peuvent être reproduits avec mention de la source. La reproduction des photos, des illustrations et des témoignages est interdite, sauf accord avec l'auteur. La reproduction des petites annonces est interdite.

**Limites de responsabilité :** Toute information touchant au VIH/sida et au traitement ne prétend remplacer l'avis d'un professionnel de la santé spécialisé dans ce domaine. Il ne s'agit pas de conseils médicaux. Toute décision concernant votre traitement doit être prise en collaboration avec un professionnel de la santé spécialisé en VIH/sida.

Toute information juridique contenue dans cette revue ne peut être interprétée comme une opinion juridique. Si vous souhaitez obtenir des renseignements d'ordre juridique vous concernant, vous devez à cette fin consulter un avocat.

Malgré que l'information de cette revue se veuille la plus actuelle, complète et exhaustive possible, nous ne pouvons en garantir l'exactitude. Les organismes partenaires de cette publication n'assument aucune responsabilité quant à l'usage des renseignements que l'on y retrouve. Ils déclinent toute responsabilité quant au contenu des références citées.

**Emploi du masculin :** Nous priorisons l'emploi du masculin uniquement afin de faciliter la lecture et la compréhension.



IV

III

## Edito

**Seringues en prison : une question de droit et un enjeu de santé publique**  
Par Sandra Ka Hon Chu et Gilles Marchildon,  
Réseau juridique canadien VIH/sida.

IV

## Actus

L'intérêt de connaître

VI

## Dossier

**Soins de santé et mesures de prévention dans les institutions fédérales**  
*En raison de sa sentence, un prisonnier ne perd pas son droit à une saine santé et à l'accès aux soins. Qu'en est-il dans les institutions fédérales ?*



VI

X

## Témoin

**Lutter pour sa cause**  
*Jean-Pierre, un grand activiste québécois lutte contre le cancer. Voici quelques mots qu'il a voulu partager avec vous.*

XI

## Les PA du Québec

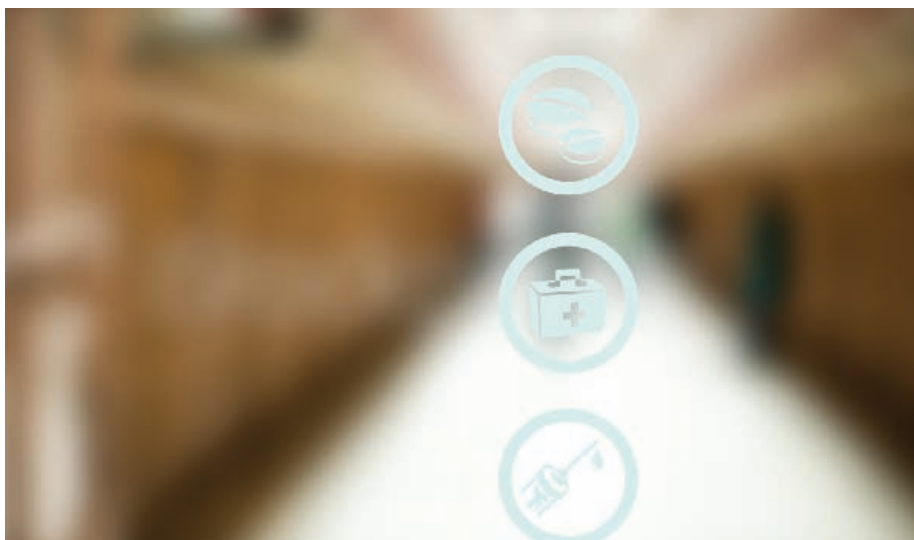
Vos annonces

Courrier des lecteurs

XII

## Racontez-nous

Appel aux témoignages



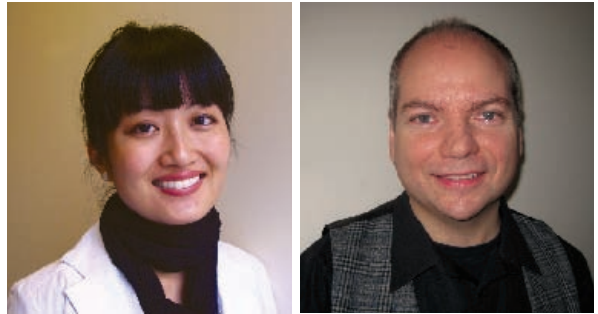
# Seringues en prison : une question de droit et un enjeu de santé publique

**P**as facile de lire “Sous la peau” et de rester indifférent (voir page V). Ce rapport présente des témoignages de personnes qui ont connu l’usage de drogue ou le partage de seringues dans des prisons fédérales. L’un des témoins parle d’une “seringue tellement usée que quand je m’injectais avec, ça me déchirait la peau”. Un autre déclare avoir “vu des prisonniers s’injecter de l’héroïne, de la cocaïne et du speed avec des seringues fabriquées à partir de stylos ou d’autres objets”. Cela fait frissonner ! Surtout que les statistiques, longuement connues des administrateurs de systèmes carcéraux, sont saisissantes :

- La prévalence du VIH et du virus de l’hépatite C (VHC) parmi les personnes incarcérées est de 10 à 20 fois plus élevée que parmi la population générale ;
- L’usage de drogue, y compris par injection, est fréquent parmi au moins 11 % des personnes incarcérées, selon le Service correctionnel du Canada (SCC) ;
- Les efforts coûteux du SCC pour prévenir l’usage de drogue ne réduisent pas la propagation d’infections telles que le VIH et le VHC ;
- La vaste majorité (plus de 90 %) des personnes incarcérées réintègre éventuellement la communauté : donc les infections contractées en prison peuvent se propager dans la collectivité.

Les voix de ces femmes et hommes courageux brossent un portrait d’une souffrance évitable et d’une discrimination systémique qui sont en contradiction avec les lignes directrices internationales ainsi qu’avec la Charte canadienne des droits et libertés. Les preuves scientifiques et justifications légales à l’appui de la mise en œuvre des programmes d’échange de seringues en prison sont depuis longtemps établies, mais le gouvernement canadien refuse encore de mettre en place ce service de santé dont l’efficacité est démontrée. Or, le Réseau juridique n’est pas seul à exhorter le gouvernement fédéral à mettre en œuvre des programmes d’échange de seringues dans les prisons du Canada. Notre position reçoit l’appui de nombreuses ins-

tances provinciales, nationales et internationales. De plus, en 2006, un examen des données scientifiques mené par l’Agence de la santé publique du Canada a conclu que les programmes de seringues en prison ont des effets largement positifs sur la santé des personnes incarcérées. L’approvisionnement des prisons en matériel d’injection stérile réduirait les risques de préjudices



associés à l’injection de drogue, comme la transmission du VIH et du VHC. Il est à espérer qu’avec la reprise des travaux parlementaires, le Comité permanent de la sécurité publique et nationale de la Chambre des communes continuera à étudier comment le SCC doit faire face aux problèmes reliés à la santé mentale et à la toxicomanie dans les prisons fédérales. Nos législateurs doivent répondre à cet urgent appel en faveur de la dignité, de la santé et des droits humains. Non seulement s’agit-il d’un service de santé éprouvé auquel les personnes emprisonnées ont droit, mais cela constitue aussi un enjeu important de santé publique.

Sandra Ka Hon Chu et Gilles Marchildon  
Réseau juridique canadien VIH/sida. [www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)  
Photos : Vajdon Sohaili

# L'intérêt de connaître

## Mais qu'est-ce qu'un médicament générique ?

Au Québec, tous les médicaments mis en marché sont protégés par un brevet de 20 ans. Durant cette période, il n'est pas possible de créer une copie, appelée générique, et de la vendre à moindre coût. Des dizaines d'années sont nécessaires pour créer un nouveau médicament. Une compagnie pharmaceutique y investit des sommes colossales. Au contraire d'un générique qui ne coûte rien en recherche et développement. Une compagnie de génériques n'a qu'à se procurer le nouveau médicament, en copier la formule et la mettre en marché à un coût inférieur. Le brevet permet aux compagnies pharmaceutiques créatrices des molécules originales de rentabiliser leur investissement en recherche et développement.



Dans le domaine du VIH, il y a peu de génériques, car la plupart des molécules sont apparues sur le marché après 1995. Seul un générique de Retrovir (zidovudine ou AZT) est produit. Cependant, au cours des prochaines années, une multitude de molécules anti-VIH verront leur brevet expirer permettant ainsi la mise en marché de copies à moindre coût pour le système de santé québécois. Avec l'expiration de son brevet en février 2010, Épivir (lamivudine ou 3TC) ouvre le bal.

Afin d'encourager les compagnies pharmaceutiques à maintenir leurs activités professionnelles au Québec, s'ajoute à cette protection par brevet une politique qui permet à la RAMQ de continuer à rembourser le produit original pendant une période additionnelle après l'expiration de son brevet. Avec cette politique, le générique de l'AZT s'est alors retrouvé sur la liste des médicaments assujettis à un prix maximal payable. Il y a de fortes possibilités que le générique du 3TC subisse le même sort, puisque la formule originale est remboursée jusqu'en mai 2011.

## 3TC : payer plus cher pour une copie à moindre coût

Étant donné que la formule originale du 3TC est remboursée par la RAMQ pour une période additionnelle de quinze mois, sa version générique est alors assujettie à la politique Prix maximal payable de la RAMQ. Selon cette politique, le prix d'une version générique est couvert jusqu'à concurrence de 60 % du coût du médicament original. Dans ce contexte, si la compagnie productrice du générique vend sa molécule à 65 % du coût de l'original, la différence de 5 % doit être payée par la personne à qui ce médicament a été prescrit. Certaines personnes vivant avec le VIH ont dû payer de leur poche, lors de la mise en marché du générique de l'AZT, vendu alors à 68 % du coût de la version originale, l'excédent de 8 % (voir encadré). Afin d'éviter ce coût supplémentaire, une nouvelle prescription avec la note "aucune substitution" leur a été nécessaire. Cette note précise que le pharmacien ne doit fournir que le médicament original. Durant les quinze prochains mois, assurez-vous que vos prescriptions de 3TC portent bien la mention "aucune substitution", vous évitant ainsi d'avoir à payer un surcoût.

**Pour plus d'information, appelez Info-traitement**

**Région de Montréal : 514 523 4636**

**Ailleurs au Québec : 1 877 Portail (767 8245)**

**info@pvsq.org**

**treatment@accmontreal.org**

Illustration : Olivier Dumoulin

### Excédent de 8 % pour l'AZT

- Coût de la formule original : 315,99 \$
- Coût du générique (68 %) : 229,50 \$
- Coût remboursé par la RAMQ (60 %) : 189,59 \$
- Excédent payable par l'individu : 39,91 \$



## Sous la peau, une cause dans le sang

Pour une deuxième année consécutive, le Réseau juridique canadien VIH/sida presse le gouvernement Harper de mettre en œuvre des programmes d'échange de seringues dans les prisons fédérales du pays. Après avoir publié l'an dernier l'argumentaire juridique "Pour changer net", le réseau a présenté en février le rapport "Sous la peau", un recueil de déclarations sous serment et de récits de personnes incarcérées, au sujet de l'usage de drogue et du partage des seringues. "Sous la peau" illustre par des témoignages les conséquences pour les individus et la société de l'approche actuelle, basée sur la prohibition, du contrôle de la toxicomanie en milieu carcéral.

[www.aidslaw.ca/lespublications](http://www.aidslaw.ca/lespublications)

## Lignes directrices québécoises, mises à jour 2010

Les professionnels de la santé du Québec auront accès sous peu aux nouvelles lignes directrices pour le traitement antirétroviral des adultes vivant avec le VIH. Ces dernières ont été présentées lors d'un symposium sur le VIH et sont en voie d'être publiées. Leur mise à jour est la résultante d'un travail d'analyse et de synthèse des nouvelles données de recherche. Étant donné les grandes spécificités dans le domaine des traitements, ces lignes directrices ont pour but, entre autres, d'uniformiser les normes de pratique à travers le Québec.

### Les modifications apportées touchent :

1) L'instauration d'une thérapie antirétrovirale en fonction du seuil de CD4 ou d'observations cliniques : infection opportuniste, grossesse, problème rénal lié au VIH, co-infection VIH/VHB (hépatite B). Ces nouvelles lignes préconisent d'amorcer un traitement dès que le décompte des CD4 est inférieur ou égal à 350. Au-delà de cette valeur, le traitement doit être considéré si la charge virale dépasse les 100 000 copies/ml ou s'il y a une chute rapide du nombre de CD4 ou encore lorsque la personne est atteinte également d'hépatite C ou B.

2) L'amorce d'un traitement initial, sélectionné parmi un choix de plusieurs combinaisons possibles, établit en fonction de divers paramètres cliniques, avec une attention particulière apportée aux complications cardiovasculaires.

3) La mise en place d'un traitement de substitution, sélectionné parmi un grand choix de combinaisons possibles, pour les personnes en échec thérapeutique (on parle de relais) et pour celles dont l'infection est contrôlée, mais dont certains paramètres cliniques obligent le remplacement d'une ou plusieurs molécules (on parle de transfert).

Plusieurs des combinaisons suggérées pour le traitement initial ou de substitution incluent des molécules mises en marché au cours des dernières années, dont certaines ne sont accessibles qu'à titre de médicament d'exception.



Été 2009, nous vous avons présenté un dossier sur la prévention et les soins de santé dans le système carcéral provincial. Voici le deuxième volet qui porte sur les prisons fédérales.

# Les soins de santé dans les prisons fédérales

À u début de l'épidémie, très rapidement les milieux carcéraux du Québec ont reçu des prisonniers séropositifs au VIH. Tout aussi rapidement, ces milieux ont porté atteinte à leurs droits élémentaires. Violation de la confidentialité, isolement, refus de soins spécialisés ou de traitement étaient monnaie courante. Aujourd'hui, la mentalité des milieux carcéraux face aux prisonniers atteints du VIH ou de l'hépatite C a évolué grâce, entre autres, au travail acharné d'intervenants communautaires, de professionnels de la santé et de la justice. Plusieurs avancées ont permis l'accès aux soins nécessaires à leur survie. Cependant, certaines interventions pour prévenir la propagation du VIH et des hépatites ne sont toujours pas permises. De plus, l'accès aux soins, aux traitements et au soutien psychologique varie d'un établissement à l'autre.

Malgré des avis favorables de l'Agence de la Santé publique du Canada, le gouvernement canadien a toujours rejeté l'instauration de programme d'accès au matériel d'injection stérile dans les prisons gérées par le gouvernement fédéral (voir édito, page III). Le gouvernement actuel a même supprimé un projet-pilote de tatouage sans risques. Cependant, les personnes détenues ont accès aux tests de dépistage, aux condoms et à l'eau de javel. Quant à l'accès aux soins pour les personnes séropositives au VIH ou au VHC, Laurence Mersilian du Centre d'Aides aux Personnes Atteintes de l'Hépatite C (CAPAHC) rapporte que cela s'est fortement amélioré dans la dernière décennie. Elle précise qu'au Québec, une personne emprisonnée transitera, dans la majorité des cas, par une prison provinciale avant d'être transférée dans une prison fédérale. Dès lors, elle passera par le Centre de réception régionale où sera fait un bilan de santé et où elle recevra une formation sur les ITSS et la prévention. Suite à cette formation, elle prendra la décision de se faire dépister ou non. Laurence Mersilian précise que 50 % des détenus choisissent d'avoir un test de dépistage. Le prisonnier vivant avec le VIH ou le VHC est

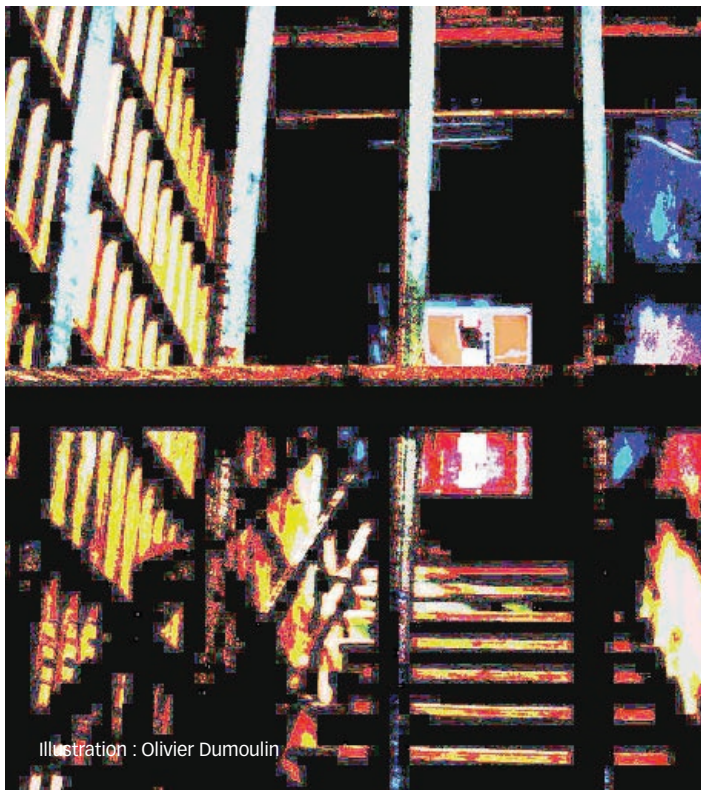


Illustration : Olivier Dumoulin

alors pris en charge par le service de santé de l'établissement où il est emprisonné. Il est suivi par des spécialistes et a accès à tous les services médicaux et psychosociaux nécessaires à l'intérieur des murs. Laurence Mersilian précise qu'il y a eu une nette amélioration dans le transfert des détenus à l'intérieur du réseau des établissements correctionnels fédéraux. Auparavant, un transfert entraînait régulièrement un arrêt de traitement. Aujourd'hui, elle confirme que cela est très rare et que le Service correctionnel

suite en page IX

# “Libérée de mes chaînes”

Brigitte M, 48 ans. Institution Tanguay. Diagnostiquée VIH en 1992 (CV Indétectable, T4 890).  
Diagnostiquée VHC en ? Traitement : aucun

“**E**ntre 1981 et 1997, j’ai résidé à la “charmante maison Tanguay” où j’ai purgé environ quinze sentences. C’est mon milieu de consommation qui m’a amenée à cet endroit. En 1992, dans la chapelle de Tanguay, l’infirmière m’a annoncé que j’étais séropositive. Je voulais mourir. Je ne voyais plus d’espoir. Je peux dire que j’ai été chanceuse d’avoir de bonnes personnes autour de moi.

En 1994, encore à Tanguay, j’ai décidé d’essayer de me prendre en main. J’ai eu accès à un traitement de méthadone. Cela a changé ma vie. J’étais tannée de ma vie et je savais que si je ne changeais pas, je ne survivrais pas. Je ne me rappelle pas exacte-

ment quand j’ai obtenu mon résultat VHC et comme mon virus a toujours été tranquille, je ne m’en fais pas trop. En prison, j’ai réalisé que je devais être occupée, car avoir trop de temps libre égale se mettre dans le trouble. J’ai vu des femmes prendre des risques élevés pour consommer. Après mon diagnostic, j’ai eu la chance de partager et d’aider d’autres femmes incarcérées et même de témoigner de mon vécu. Il y a cinq ans, je me suis cassé la hanche et je suis en fauteuil roulant depuis. Je croyais que mon diagnostic de VIH était la fin du monde. Cela m’a seulement préparée à ne plus marcher. Aujourd’hui malgré mon handicap, je ne me suis jamais sentie aussi libre.”



Illustration : Olivier Dumoulin



# “J’ai vaincu mon VHC en prison !”

Buck Griffin, 49 ans. Institution La Macaza. Diagnostiqué VHC en mars 2002.  
 Traitement Pegasys : mars 2004. Indétectable depuis décembre 2004.

“ Je suis présentement incarcéré à l’institution La Macaza où je purge une sentence à vie. J’ai été tatoueur “en dedans” pendant plus de vingt ans et comme j’étais “parano des maladies”, j’ai toujours fait très attention. Mais tatouer “en dedans” n’est pas facile et très risqué. L’inévitable m’est arrivé en mars 2002 quand j’ai été diagnostiqué VHC + suite à une blessure que je me suis infligée avec une aiguille contaminée. Je pensais que ma vie était finie, car je croyais que l’hépatite C était aussi mortelle que le VIH. Malgré que ma conjointe travaille dans le domaine du VIH et des hépatites, je me sentais désemparé.

J’étais à l’époque au pénitencier de Kingston, et je peux dire que les soins de santé ont été extraordinaires. Une fois que j’ai bien compris mon VHC, le traitement et les effets secondaires, j’ai décidé que six mois de vie contre une “guérison” valaient la peine. Avec l’aide de mon Créateur, ma conjointe et l’infirmière de l’institution ontarienne, j’ai fait réussir mon trai-

tement. Le pire a été les symptômes grippaux qui me paraly-  
 saient durant des périodes de trois jours. Pendant ces six mois de traitement, j’ai réussi à finir mon secondaire, j’ai épousé ma conjointe et j’ai reçu mon transfert au Québec. Et ma conjointe dit toujours que je suis le seul qu’elle connaît qui n’a pas perdu de poids pendant son traitement.

Depuis mon transfert du pénitencier de Kingston à La Macaza, je peux vous affirmer que je n’aurais pas voulu subir mon traitement antiVHC à La Macaza, faites- moi confiance.”



## suite de la page VI

Canada a établi des processus permettant le transfert du dossier médical. Outre ces services, les prisons fédérales permettent l'accès à des organismes tel le CAPAHC. Elles soutiennent également la formation sur le VIH et les ITSS par un projet nommé CEP pour "Counselling éducatif par les pairs". Créé par des infirmières oeuvrant en milieu carcéral, ce projet forme des personnes détenues afin qu'elles deviennent des agentes d'information auprès de leurs pairs.

La COCQ-SIDA est intervenue dans un cas où le Service correctionnel du Canada a refusé de fournir un traitement novateur contre le VHC à un détenu. Dans *Remaides N° 70*, Douglas, détenu dans une institution fédérale du Québec et co-infecté VIH et VHC, rapporte être victime de violation de ses droits humains. Il affirme, entre autres, que les manières de faire amènent souvent les détenus à considérer leurs droits légitimes comme des demandes superflues pouvant ne pas être acceptées.



Au cours des dernières années, le CAPAHC a commencé à former le personnel des maisons de transition à la suite de la parution, en 2004, d'un rapport ayant démontré que le personnel de ces maisons avait plus ou moins de connaissances sur le sida et les hépatites et que, face à leurs préjugés, les ex-détenus préféraient ne pas dévoiler leur statut et ainsi se priver de leur traitement pour un certain laps de temps.

Selon Laurence Mersilian, le système de soins existant dans les prisons fédérales au Québec s'est fortement amélioré. Manifestement, il facilite l'accès aux soins des personnes détenues concernées. Cependant, il existe des ratés qui nuisent à la santé de certaines d'entre elles. Le quotidien montréalais *La Presse* rapporte ainsi, dans son édition du 25 juin 2009, le cas d'un détenu atteint du VIH et du VHC dont le plan de soins a été interrompu par le médecin du centre de détention où il a été transféré. *La Presse* indique que le patient ne peut choisir ni son plan de soins, ni son médecin et que depuis, il souffre de graves problèmes de santé desquels il était soulagé auparavant.

En 2009, vivre avec le VIH ou le VHC dans une prison fédérale ou provinciale n'est plus aussi catastrophique qu'au début de la pandémie. Les informations reçues démontrent que ces structures se sont organisées pour offrir des soins adéquats. Cependant, la lutte n'est pas finie, car non seulement des prisonniers vivant avec le VIH ou le VHC ne reçoivent toujours pas les soins qu'ils devraient avoir, mais surtout, l'ensemble des détenus n'a toujours pas accès aux outils qui les protégeraient d'une éventuelle infection ou surinfection.

René Légaré



**Pour rejoindre le CAPAHC : 514 521 0444  
ou le sans frais 1 866 522 0444**



>> Témoin

REMAIDES Québec #06

*Depuis l'automne 2009, Jean-Pierre, un grand activiste de la lutte au VIH mène sa propre lutte contre le cancer. Il nous livre ici ces quelques lignes écrites à l'hôpital, le 24 décembre.*

## Jean-Pierre, lutte pour sa cause

**"Hôpital Notre-Dame, Montréal, 24 décembre 2009.**

À mon homme Glenn, aux membres de ma famille, mes familles, mon clan, aux amis, amies et collègues, médecins, soignants, je dis merci d'être et d'exister, car c'est vous qui me donnez la force de continuer. Mon homme et moi avons beaucoup souffert ces dernières semaines. Ce n'était pas le plan. Ce n'était pas le géant qui devait s'écrouler devant l'ange.

Cela s'est produit le 4 décembre dernier. Le géant a frôlé la mort. Il y avait un trop plein dans son cerveau. Le géant a un cancer du poumon. Quelle surprise docteur! Lui, gros fumeur! Mais pourquoi ce cancer s'attaque-t-il aussi à son cerveau?

Est-il ailleurs?

Sur sa civière, le géant a songé à en finir. Il le pouvait. Puis, lentement, lentement, il a pensé à chacun de vous, à ce qu'il ne compléterait jamais. Il a pensé à sa vie, ses victoires, ses échecs. Il a pensé à ses rêves qu'il ne pourrait plus jamais réaliser. Le géant a dit NON. Le géant complètera ce qu'il a promis, il tentera de réparer certaines erreurs et il réalisera des rêves à nouveau. Le géant vivra. Il prendra le temps de revoir chacun de vous.

Trois mois, six mois, un an, plus? Pour l'instant, on vérifie tout cela. Le plan d'attaque se construit et une première salve pour déloger le bobo dans le coco est déjà confirmée pour mercredi prochain, le 30 décembre. Le géant est soutenu par une belle et forte équipe de neurologues, pneumologues, oncologues, microbiologistes, etc. Il assume enfin sa revendication du patient expert de son corps. Utopie? Peut-être! Mais le géant rêveur s'amuse et se bat. Il vous surprendra.

À ceux et celles, pour qui cela a un sens, moi, Jean-Pierre, le géant, je vous souhaite un Joyeux Noël 2009. Qu'il soit aussi paisible que le mien."



PA

Canada - Québec

**Lyse**, 59 ans, 5p8 143 lbs, belle apparence, cheveux châtain long et yeux bruns, séropo depuis 94 et prend médicaments depuis 1 an, indétectable, très bonne santé, sincère, beaucoup d'amour à donner, bien dans ma tête et dans ma peau, aime la musique, les voyages : aimerais rencontrer amies et amis pour partager. Je veux connaître bien les gens avant de m'embarquer dans une relation sérieuse. Si vous vous reconnaissez et êtes comme moi, alors n'hésitez surtout pas.  
T.: 819 769 3260 avec répondeur

**Daniel**, 48 ans, 5p8 160 lbs, d'apparence jeune et soignée, social, doux, jovial, intelligent, aidant séropositif depuis 1997, indétectable et CD4 à 600, aime la musique, les loisirs et les sorties, bonne instruction et connaissant bien la maladie : aimerait rencontrer jeune femme dans la trentaine, d'apparence soignée et jolie afin de développer une amitié et une relation durable.  
T.: 514 679 8571

**Franco-Ontarien**, 5p7 140 lbs, athlétique, d'apparence jeune, imberbe, non-fumeur, discret, versatile, affectueux, intelligent, aime documentaires, lecture, restos, cinéma 3D, billards, tennis, badminton, ping-pong, voyages. Mannequin avec expérience bancaire, immobilière et légale. J'ai voyagé dans 25 pays. Je parle français, anglais et espagnol : désire homme d'apparence jeune et viril, 18 à 40 ans, proportionnel à sa grandeur pour relation occasionnelle ou plus. T.: 514 577 7471 dannybrownxxxstar@yahoo.ca

International

**Bel homme** encore, en bonne santé, vivant dans le sud de la France (06), simple à vivre, peintre et botaniste. Cherche ami idem.  
T.: 06 53 23 62 62  
C.: 04 93 09 06 36

**Dernière parution des PA.**  
À partir du prochain numéro, toutes les petites annonces du Québec seront publiées dans la section Petites annonces que l'on retrouve aux pages 48 à 51, ce qui permettra un plus grand nombre de contacts.

Remaides Québec n'a aucun moyen d'assurer la bonne foi des personnes qui font paraître une annonce ou qui y répondent. Nous invitons donc nos lecteurs à faire preuve de la prudence nécessaire lors de toute rencontre avec une personne inconnue.

L'ensemble des règlements et mises en garde qui se retrouve à la page 48 s'applique au service des petites annonces de Remaides Québec. Nous vous invitons à les lire.

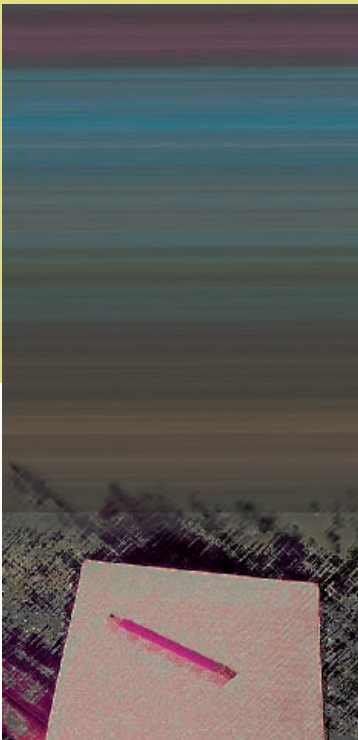


Illustration : Olivier Dumoulin



**Vous avez la parole...  
Prenez-là !**

Si vous souhaitez réagir à un article, proposer un sujet, faire part d'un point de vue sur l'actualité VIH/sida et les hépatites, poser une question, merci d'écrire à *Remaides Québec* : 1, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2X 3V8 ou à [remaides@cocqsida.com](mailto:remaides@cocqsida.com)



parler de soi,  
de ce qu'on vit,  
épreuves ou réussites,  
parce que cela  
fait du bien, à soi  
comme aux autres.



Prenez note que votre témoignage, selon le volume de témoignage reçu, ne sera pas systématiquement publié dans le prochain numéro.

## Vous avez la parole, prenez-la !

Évoquer son itinéraire, ses attentes, ses revendications, ses impressions, c'est pour chacun l'occasion de faire partager un regard différent sur le vécu, les difficultés et les besoins des séropositifs. REMAIDES Québec est un lieu unique permettant de parler de soi, de ce qu'on vit, épreuves ou réussites, parce que cela fait du bien, à soi comme aux autres.

**Si vous souhaitez témoigner de votre expérience**, il est possible de le faire d'une manière anonyme ou non. Pour ce faire, vous n'avez qu'à signer de la manière que vous voulez. Vous pouvez même changer le nom de votre ville, le nom de votre pays d'origine.

Adressez votre témoignage, accompagné ou non d'une photographie ou d'un dessin, par courrier :

### REMAIDES Québec,

1, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2X 3V8,

**ou par courriel : [remaides@cocqsida.com](mailto:remaides@cocqsida.com)**

Enfin, vous pouvez aussi témoigner directement dans le cadre d'une discussion téléphonique ou lors d'une rencontre.

Pour cela, il suffit d'appeler **René Légaré au 514 844 2477 poste 30.**

## C'est gratuit !

Abonnez-vous à *Remaides Québec*

(merci de bien vouloir écrire en majuscules)

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Je désire recevoir *Remaides Québec* régulièrement.

Je désire recevoir *Remaides Québec* et je soutiens votre action en joignant un chèque à l'ordre de la COCQ-SIDA de \_\_\_\_\_ \$.

Je reçois déjà *Remaides Québec* et je soutiens votre action en joignant un chèque à l'ordre de la COCQ-SIDA de \_\_\_\_\_ \$.

Je reçois déjà *Remaides Québec*, mais j'ai changé d'adresse (indiquer l'ancienne et la nouvelle adresse).

Poster à:

**COCQ-SIDA, 1, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2X 3V8**

**Vous pouvez également vous abonner en ligne à [remaides@cocqsida.com](mailto:remaides@cocqsida.com)**

*Ecraser, piler, casser en deux, mélanger ses médicaments à l'alimentation... Certaines personnes expriment leur ras-le-bol d'avaler des cachets et aimeraient pouvoir les mélanger à des yaourts, du miel ou autres douceurs... Ce mode d'administration peut s'avérer pratique voire indispensable pour les enfants en l'absence de sirops. Peut-on le faire avec les antirétroviraux ?*

## Des comprimés "à ma sauce" !

L'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules pour faciliter leur prise est un vaste débat. Les formes médicamenteuses ne doivent a priori pas être modifiées, car leur structure et leur enrobage (même sous forme de pellicule invisible) ont leurs raisons d'être : par exemple, l'enrobage sert à maintenir les comprimés à l'abri de l'air, de la lumière, empêcher l'effritement, masquer le goût (parfois détestable !), l'odeur, etc. De plus, les modalités d'écrasement ou d'ouverture "à la maison", sont souvent des plus variées (entre le couteau de cuisine, les ciseaux, le marteau et... les dents !). La récupération de la poudre est donc loin d'être totalement garantie et la dose prise risque de ne plus être forcément correcte. Même une petite rainure sur le comprimé, qui facilite la cassure, ne garantit pas que les deux parties sont égales. Le problème devient majeur lorsqu'il s'agit de comprimés dits "à libération modifiée" (comme par exemple les comprimés "gastro-résistants"), pour lesquels l'enrobage est volontairement étudié pour retarder l'absorption des principes actifs dans le tube digestif. Il ne faut donc surtout pas casser ces comprimés et briser l'enrobage ! Sachez, cependant, qu'à l'heure actuelle, aucun comprimé ni gélule d'antirétroviral n'a ce type d'enrobage... En revanche, le comprimé de Kaletra est très particulier, on parle de "matrice". C'est comme une petite éponge dure d'où le médicament sort lentement dans le tube digestif : il est recommandé de ne pas casser ce comprimé.

Avant tout, en cas de difficultés à avaler, la première chose est de savoir d'où vient le problème (voir en page 28). En pratique, si on souhaite procéder à l'écrasement des comprimés, il y a plusieurs règles fondamentales à respecter (voir page 28).

Il est possible de se renseigner auprès des médecins, des pharmaciens, des infirmières et des associations. Certains médicaments ont fait l'objet d'essais pour répon-



dre spécifiquement à cette question. Ainsi, les comprimés d'Intelence ont été spécialement étudiés pour être pris dans l'eau. Il suffit alors de mettre les comprimés dans de l'eau, remuer, et boire TOUT le verre sans laisser de la poudre au fond. Souvent, faute d'études de ce type, le laboratoire ne pourra s'engager. Il faudra alors discuter des possibilités de prendre vos médicaments mélangés aux boissons ou aux aliments avec votre médecin ou votre pharmacien. Certains médecins ou pharmaciens ont déjà proposé ce mode d'administration pour les personnes avec des problèmes d'œsophage et ne pouvant absorber que des liquides ou à des enfants pour faciliter la prise des médicaments. Ils ont des connaissances et parfois une expérience intéressante sur le sujet : il ne faut pas hésiter à leur en parler ! Dans tous les cas, il est recommandé de respecter scrupuleusement les règles énoncées ci-contre. Et si un doute persiste, votre médecin pourra être amené à prescrire un dosage sanguin de vos médicaments pour vérifier que ces nouvelles modalités de prise n'en modifient pas l'absorption par votre tube digestif !

Fabien Sordet

Illustrations : Stéphane Blot & Romain



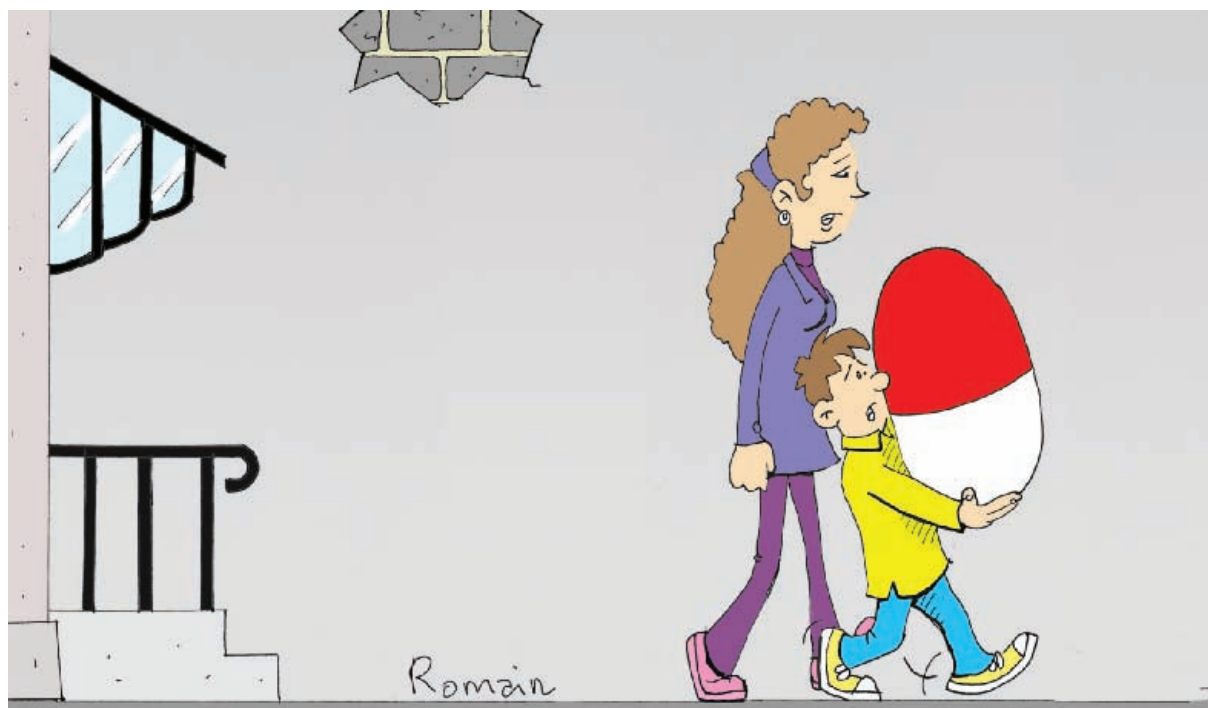
## Des règles à respecter

- 1 • Vérifier avec le pharmacien que l'enrobage n'est pas à libération modifiée comme les enrobages "gastro-résistant" destinés à éviter la dégradation des principes actifs dans l'estomac (le comprimé est alors étudié pour ne fondre que "plus tard", dans l'intestin...);
- 2 • Goûter ! Si le médicament vous paraît immonde, vous pouvez le mélanger avec des aliments. Vérifiez auprès du pharmacien ;
- 3 • Ne pas faire d'écrasement "à l'avance" (ne pas préparer ses doses pour la semaine par exemple !), mais seulement juste avant la prise, car certains enrobages protègent le médicament de la dégradation par l'humidité ambiante ou la lumière ;
- 4 • Ecraser les médicaments dans un récipient creux spécifique à cet usage. Un petit pilon et un mortier sont l'idéal pour s'assurer qu'aucun morceau ne parte lors de l'écrasement ;
- 5 • Bien avaler la TOTALITÉ du comprimé écrasé ou de la gélule ouverte. Si c'est dans un verre, il faut, après avoir bu le verre, ajouter de l'eau pour bien rincer le fonds du verre et s'assurer ainsi que toute la dose a bien été prise. Le refaire autant de fois que nécessaire ;
- 6 • Ne pas mélanger la poudre du médicament avec des substances qui peuvent en modifier les propriétés, l'alcool par exemple ;
- 7 • Ne pas hésiter à prendre ses traitements avec une cuillère de yaourt, de compote, un morceau de madeleine. Dans certains cas, cela permet de les avaler plus facilement même non écrasés ;
- 8 • Ne pas mélanger avec de la nourriture un médicament qui doit être pris à jeun !

## Mieux avaler

Lorsqu'on a du mal à avaler les médicaments, on peut être confronté à un problème de déglutition : on maîtrise mal la technique pour avaler. C'est assez fréquent et il existe des conseils pratiques pour surmonter ce problème. Ainsi, on peut mouiller le comprimé ou la gélule, puis le placer sur la partie arrière de la langue et prendre une grosse gorgée d'eau fraîche : le flot emporte facilement le comprimé. Si cela ne marche pas, on peut essayer d'autres solutions. Mais la difficulté à avaler peut être aussi causée par un problème médical (des problèmes dans l'œsophage), des motifs plus psychologiques (par exemple, le refus de se considérer comme "malade" et d'avoir, de ce fait, des médicaments à prendre) ou encore des raisons culturelles (la couleur d'un médicament...). Un des problèmes pour la prise peut résider dans la grosseur très importante de certains médicaments comme Trivizir, Combivir, Atripla, Kaletra, etc. Dans ce cas, il est possible de voir avec son médecin et son pharmacien pour passer à des formes séparées simples (plusieurs cachets plus

petits) au lieu d'un cachet unique combinant plusieurs médicaments, ou pour passer à des solutions buvables, mais qui n'existent pas pour tous les traitements et qui ne sont pas disponibles dans tous les pays. Retrovir (zidovudine), Epivir (lamivudine), Zerit (stavudine), Videx (didanosine), Ziagen (abacavir), Emtriva (emtricitabine), Vîramune (névirapine), Sustiva (efavirenz), Kaletra (lopinavir/ritonavir), Telzir (fosamprénavir), Norvir (ritonavir), Truvada (ténofir/ emtricitabine) existent en sirops. En fait, c'est au cas par cas. Il faut donc en fonction de ses difficultés et de ses besoins en parler à son médecin ou son pharmacien. Par exemple, dans le cadre d'une consultation d'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme en proposent certains services hospitaliers. Les associations font pression sur les firmes pharmaceutiques afin qu'elles mettent à disposition des formes adaptées pour faciliter la prise et plus particulièrement celles qui sont destinées aux enfants.



*Prévention positive. Le terme est aujourd'hui à la mode et trouve désormais sa place dans les rapports officiels. Son intérêt est de mettre au premier plan une prévention spécifique aux personnes séropositives ; une prévention pensée avec elles en fonction de*

*leurs besoins, de leurs attentes et dont un des objectifs est le bien être. Qu'en pensent les premiers intéressés ? Qu'en disent les experts ? Remaides ouvre le débat.*

## Du positif... pas négatif !

La prévention positive, qu'est-ce que c'est pour vous ? "Le terme me laisse perplexe... Comme ça, je dirais "rien". En général le terme positif dans ma vie n'a rien présenté de positif... Ça sent l'embrouille !", lâche Maya. Romain, lui, a un doute : "J'espère que la prévention positive, ce n'est pas une

propagande qui consiste à ne montrer que des belles personnes séropositives qui vivent "super bien" et pour lesquelles "tout va bien" ?" Une crainte que ne partage pas Nathan : "Pour moi, la prévention positive serait celle qui viserait d'abord à l'intérêt du

séropositif (je me traite tôt pour être en meilleure santé plus longtemps), mais également à l'intérêt des autres (en me traitant tôt, je réduis considérablement ma charge virale et du coup je risque moins de contaminer l'autre)". "Si on nous parle à présent de prévention positive, ça veut dire que jusqu'à maintenant c'est une prévention négative qui était développée, avance Osmin. Cette prévention négative qui tendait à faire des séropos des moutons noirs, des pestiférés, des zombies, etc. que sais-je encore ? Et je caricature à peine. Cette prévention qui

criait haro sur les séropos allant jusqu'à envisager de les criminaliser, serait dépassée et désormais remise en question. Waouh ! On va se mettre à nous aimer, à nous dorloter, à comprendre nos douleurs, nos angoisses et nos tourments, notre mal être face à une stigmatisation de plus en plus forte. Alléluia ! Je n'aurais donc vécu et combattu



CONFIANCE amIS Sens  
 ADOPTIONS PLAISIR FAMILIARITÉ  
 AVENIR PROTECTION SEXE

que pour vivre enfin ce jour de gloire et d'allégresse." Ironie ? Pas si sûr, car une des ambitions de la prévention positive (voir en page 32) est bel et bien de changer la vie des personnes séropositives... en mieux !

Bien sûr, si chacun aspire à une bonne qualité de vie ou au bien-être, les moyens d'y parvenir diffèrent, les choix aussi. Vanessa, la quarantaine, séropositive, vit depuis sept ans une histoire d'amour avec un homme séronégatif qu'elle a rencontré à l'étranger. Ils sont mariés depuis cinq ans et essaient d'avoir un enfant. "Quand je lui ai dit que j'étais séropositive, il a été assez étonné, mais il m'a remerciée d'être franche. Finalement, nous avons fait une demande de visa mariage pour qu'il vienne en Suisse. Nous avons un projet : il m'avait demandé de faire un bébé. J'avais toujours voulu avoir un deuxième enfant, explique Vanessa qui a eu un fils en 1995. En 2005, quand j'ai fait part de mes envies de grossesse à mon médecin, elle m'a tout de suite conseillée de faire un suivi médical pour avoir une insémination. Je sais que le Pr Hirschel [un des co-auteurs de l'avis suisse], et d'autres, disait à ses patients sous médicaments avec suivi médical qu'ils pouvaient sous certaines conditions avoir des relations non protégées. Mon médecin était absolument contre à ce moment là. Evidemment, nous avons tenu compte de ses recommandations : nous nous sommes protégés. Je faisais des auto inséminations après les rapports. Pendant trois ans nous avons fait comme ça. Et puis quand ils ont parlé officiellement de l'avis suisse (voir *Remaides* N°68, été 2008), mon médecin m'a dit qu'effectivement, étant donné que j'étais indétectable et que j'étais sous médicaments, je pouvais abandonner la protection. Maintenant, j'ai un peu d'amertume vis-à-vis du médecin, je me dis que c'est dommage qu'elle ne nous ait pas autorisés à faire les choses différemment pendant ces trois ans (...) Quand les propos du Pr Hirschel sont sortis dans les journaux, j'ai montré les articles à mon mari. Nous en avons parlé. Il avait tout à fait confiance. C'est moi qui avais plus de problèmes à l'accepter. Parce qu'il y a toujours la culpabilité de se dire : si ça se passe mal... Le préservatif représente une sécurité. Le fait de l'abandonner

était assez angoissant au départ, pour moi plus que pour lui, étonnamment... Cela rendait les rapports plus compliqués. Après quelques temps, nous avons pris l'habitude, ça allait mieux."

Un choix, Jean, séropositif depuis le milieu des années 80, sous traitement et dont la charge est indétectable, en a fait un, lui aussi. "J'aime les pratiques hard comme le sexe en public ou en sex-club, le SM léger, le bondage ou le fist... Il est parfois difficile, dans l'excitation du moment, de me rappeler que je dois protéger l'autre en mettant un préservatif, indique Jean. Si je sais que mes partenaires sont séropositifs, alors ce problème est réglé. L'annonce de mon statut sérologique est toujours nécessaire. Cela provoque parfois des échecs, mais cela vaut mieux ainsi. Il y a aussi le fait, avec les années, que le préservatif me rappelle toujours la raison pour laquelle je le mets. Je ne conseillerai jamais à quiconque de suivre mon exemple, c'est mon propre choix. Je suis parfaitement au courant des risques encourus surtout en ce qui concerne la transmission d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). La capote reste toujours, selon moi, le meilleur moyen de se préserver. Je n'ai des rapports sexuels sans préservatifs qu'avec d'autres hommes séropositifs. Il est important de se renseigner auprès de l'autre pour savoir s'il est porteur d'une IST ou du VHC. Evidemment, je suis aussi conscient que je suis plus faible qu'une autre personne étant donné le bas niveau de mes défenses immunitaires. Je me fais suivre très régulièrement par mon médecin qui est au courant de mes pratiques et qui porte une attention particulière au dépistage de toute IST."

Il y a maintenant quelques années que Nicolas, 35 ans, séropositif depuis 26 ans suite à une transfusion, a entendu parler de la transmission quasi nulle en cas de charge virale indétectable. Un médecin le lui a dit. "Je m'étais même dit que j'étais prêt à attendre quelques années pour avoir un jour des relations sans

RIRE Liberté  
ESPOIR écoute  
honneur  
LE AMOUR  
santé  
BIEN ÊTRE  
ÉGALITÉ

préservatifs, explique Nicolas. J'étais partagé entre l'enthousiasme et la surprise. Je me suis demandé comment j'allais vivre avec ça. Il y avait des informations quasiment confidentielles qui suscitaient un espoir, mais qui mettaient les gens dans une situation difficile, c'était mon cas. Avant cela, j'avais été très marqué par la prévention culpabilisatrice qui était imposée. Une prévention que je trouvais fondée sur une hyper responsabilité des personnes séropositives et un déni de notre sexualité. Pendant trois ans, avec mon ex amie, nous n'avons pas utilisé systématiquement le préservatif, indique Nicolas. Notamment parce qu'elle était allergique au latex. J'en avais parlé avec ma copine. J'avais parlé avec mon médecin de ce qu'elle et moi souhaitions. Elle s'était aussi renseignée de son côté. Il s'agissait pour elle comme pour moi de respecter la peur de l'autre, mais sans la subir. Je lui ai proposé d'aller voir mon médecin pour qu'elle en discute. Nous en avons aussi parlé à des amis, des proches. Sa famille était au courant. En fait, on a tout fait pour ce choix de couple soit un choix individuel assumé par chacun de nous, même s'il se posait différemment pour elle et pour moi. Elle a passé deux tests de dépistage pendant la durée de notre relation... je l'ai accompagnée à chaque fois. De mon côté, je lui présentais mes résultats trimestriels... J'avais l'impression de lui présenter un bulletin scolaire. Nous avons fixé des règles entre nous notamment sur la protection des rapports sexuels s'il y en avait en dehors de notre couple."

Touché par le VIH depuis de longues années, Nicolas refuse l'étiquette "séropositif". "Je préfère, de loin, l'expression "Personne vivant avec le VIH". Pour moi, ce n'est pas le fait d'avoir le VIH qui est le plus difficile, mais tout ce qu'il y a autour, les réactions des

autres. J'ai toujours vécu les réactions des autres comme une contrainte. Ce n'est pas évident à supporter, je m'y suis astreint. Le VIH, j'ai grandi avec. J'en parle, car ne pas le dire à la personne avec laquelle je souhaite une relation, c'est faire en sorte que la personne passe à côté de moi et ne comprenne pas qui je suis. Bien sûr, il y a la crainte du rejet, mais je ne vois pas comment faire autrement que d'en parler. Pour moi, le VIH interdit les relations à la Casanova. Il suppose aussi une sexualité qui est réfléchie, maîtrisée et cela est contradictoire avec le désir. Je me sens parfois comme un moineau au milieu des pigeons. Si je me retrouve avec une nana : qu'est-ce que je fais ? Je trouve que la perception du VIH/sida véhiculée par la prévention n'est pas très valorisante. Elle est soit très compassionnelle par rapport à nous soit elle maintient un état de peur vis-à-vis des personnes séropositives. C'est, soit la trouille, soit la pitié." Alors la prévention positive est-elle la troisième voie ? Difficile à dire. Mais pour Nathan, une chose est sûre : "Il reste à trouver une expression un peu moins connotée, un peu moins techno que prévention positive. Peut-être le souci de soi ?" Ou le souci de nous ?

Dossier réalisé par Céline Schaer, Nicolas Charpentier,  
René Légaré et Jean-François Laforgerie  
Remerciements à François Berdougo-Le Blanc, TRT-5.  
Illustrations Yul Studio

**Les interviews de Nicolas, Vanessa, Jean, France Lert et Pietro Vernazza sont disponibles en version intégrale sur Seronet : <http://www.seronet.info>**

## Prévention positive : une définition

Il existe au moins deux définitions de la prévention positive. Le GNP+<sup>1</sup> de l'ONUSIDA décline celle-ci en trois axes : la santé positive qui comprend l'intérêt préventif du traitement (TasP, voir en page 33), la dignité des personnes et la prévention. En France, si on prend la définition proposée par France Lert et Gilles Pialoux, la prévention positive consiste en un programme de prévention centré sur

les besoins des personnes vivant avec le VIH qui englobe la prévention de la transmission sexuelle du VIH, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la réussite du traitement anti-VIH, la santé sexuelle (la contraception, les projets parentaux, la grossesse, les troubles sexuels...), la qualité de vie dans son ensemble dont la qualité de la vie sexuelle, les conditions de vie, un envi-

ronnement social, politique, juridique satisfaisant. C'est, pour résumer, tout ce qui contribue au bien être des personnes vivant avec le VIH, au renforcement de l'autonomie des personnes dans leurs choix et leurs décisions concernant leur vie avec le VIH et à la solidarité entre elles et envers elles.

**Informations (en anglais) sur <http://www.gnpplus.net>**

(1) Il s'agit du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, un regroupement de huit organisations internationales de personnes touchées.



## Le TasP : c'est quoi ?

Experts, rapports officiels parlent désormais ouvertement du TasP, soit la contraction anglaise de "Treatment as Prevention" ("Le traitement comme moyen de prévention"). En avril 2009, à la suite de l'avis suisse sur le risque quasi nul de transmission du VIH en cas de charge virale indétectable (voir *Remaides* N° 68, été 2008), le Conseil national du sida défend officiellement qu'un "traitement anti-VIH efficace réduit le risque de transmission du VIH". Ce concept affirme que les médicaments antirétroviraux ont d'une part une fonction thérapeutique : ils soignent, mais ont également "un rôle préventif". France Lert et Gilles Pialoux écrivent dans leur rapport (voir ci-contre) : "Le rôle préventif des traitements antirétroviraux, "Treatment as Prevention" ("TasP"), se dégage d'une façon très nette des études disponibles et il est suffisamment fort pour constituer dès maintenant une information utile pour les personnes séroconcernées". Le TasP est un des principaux éléments de la prévention positive.

### Au rapport !

En 2009, la direction générale de la Santé confie à deux experts France Lert (chercheur à l'Inserm) et Gilles Pialoux (professeur de médecine, chef du service VIH à l'Hôpital Tenon à Paris) une mission sur les "nouvelles méthodes de prévention et de réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST". L'objectif est de faire le point sur ces nouvelles méthodes de prévention réduisant le risque d'acquisition ou de transmission du VIH. Le rapport concerne aussi bien les personnes séronégatives que les personnes séropositives (la partie sur la prévention positive). Des auditions (personnes vivant avec le VIH, chercheurs, médecins, représentants des pouvoirs publics, militants associatifs, experts) ont été conduites durant plusieurs mois. Le Rapport de la mission Lert/Pialoux est sorti fin 2009. Il comprend cent recommandations qui s'adressent à l'ensemble des acteurs de la lutte contre le sida en France.

**Le Rapport est consultable et téléchargeable sur le site de AIDES (<http://www.aides.org/>), puis rubrique Qui sommes-nous ?, puis Nos publications, puis Bibliothèque, allez à la page 5.**

*La prévention positive est là. Elle existe. Les acteurs du milieu VIH connaissent ce terme, mais il existe de grandes variations dans son interprétation et dans les actions qui en découlent. Voici le point de vue de deux acteurs communautaires canadiens sur le sujet.*

## La prévention positive dans la réflexion et dans l'action : Point de vue communautaire

Depuis ces quelques années de collaboration entre la France, la Suisse et le Québec, jamais je n'ai eu la chance de voir le Québec être chef de file d'une réflexion sur un nouveau concept social et médical lié au VIH. Au contraire, la majorité des instances concernées a toujours été frileuse devant la nouveauté, préférant se camper dans la certitude de concepts établis. Lorsqu'il y en a un nouveau, citons en exemple la position suisse sur le rapport entre la valeur de la charge virale et la transmissibilité du VIH, on assiste plutôt à un choc des idées entre la population, les organisations communautaires et les instances gouvernementales en santé et services sociaux. Le concept de prévention posi-

tive n'y échappe pas. Il apparaît ici et là. Il s'intègre dans certains milieux communautaires et de soins au gré des interventions et chacun y réfléchit selon les besoins auxquels il doit répondre. Rien de concret au niveau des instances gouvernementales québécoises ou canadiennes ! Que des initiatives ponctuelles, pour la plupart issues du milieu communautaire ! A titre d'exemple, le travail de réflexion fait par Rézo au Québec et le Gay Men's Health Alliance en Ontario qui a permis la création de livrets pour les hommes gais séropositifs. J'ai donc voulu connaître l'état de réflexion et les actions du milieu communautaire québécois et canadien sur ce sujet de l'heure : la prévention positive. Stephen Alexander, conseiller en programme à la Société canadienne du sida,

et Sylvain Beaudry, intervenant responsable d'Entraide positive à la Maison Plein Cœur, ont chaleureusement accepté de donner leur point de vue sur le sujet.

Je leur ai d'abord demandé leur définition du concept de prévention positive. Pour Stephen Alexander, la prévention positive s'articule autour de trois axes : réduction de la transmission du VIH, diminution des infections transmissibles sexuellement (ITS) et amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Sylvain Beaudry abonde dans le même sens. Selon lui, la prévention positive n'est pas juste une question de prévention de la transmission du VIH et des ITS. "Pour moi ce concept englobe plus large. On ne peut pas parler de prévention si on ne parle pas d'estime de soi, d'équilibre, de santé psychologique, physique et sociale." Il ajoute qu'avec les nouvelles données de la recherche et l'apparition de l'approche de réduction des risques, l'intervention en prévention positive tout comme en prévention générale devient du cas par cas : "Partons de l'être humain dans ce qu'il est et ce qu'il vit et, de là, greffons des méthodes de prévention adaptées à la personne". A la teneur de leurs propos, il est clair que ces deux acteurs accordent une importance capitale à la qualité de vie, à la santé globale et de surcroît à la santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH. Stephen précise que "ce n'est pas souvent qu'ils [les médecins] nous parlent



de vie sexuelle". Une vie sexuelle qui, en effet, inclut de plus en plus aujourd'hui une ou plusieurs approches de réduction des risques (sérosélection, etc.). Dans ce contexte, le cas par cas nécessite de tous les intervenants une réactualisation constante de leur connaissance, car il est reconnu que les nouveaux courants de pensée découlant des nouvelles données de recherche apparaissent rapidement au sein de la communauté VIH.

Qualité de vie, santé globale, cas par cas, réduction des risques... autant d'exemples concrets d'une différence de perception avec les instances de santé publique qui voient la prévention positive uniquement comme un moyen d'endiguer la transmission du VIH et des ITS. Sylvain dit que très souvent il ne peut suivre les recommandations de la santé publique qui ne démord pas du "condom et rien d'autre". Les personnes séropositives qu'il rencontre savent que le condom est le seul moyen efficace de se protéger contre une surinfection ou une ITS et de protéger leurs partenaires. Leur rapport au risque a été évalué très souvent en toute connaissance de cause et, comme intervenant, Sylvain ne peut que les amener à réévaluer leurs perceptions. Conséquence de ce flou autour du concept de prévention positive, d'autres intervenants, selon Stephen, suivent la ligne de pensée de la santé publique et ne parlent que de prévention de la transmission. Vu qu'ils interviennent auprès de personnes séropositives, leur message laisse entendre qu'elles seules sont responsables de leur protection et de celle des autres. Il y voit un glissement dangereux du concept de responsabilité partagée vers une responsabilité entièrement dévolue aux seules personnes vivant avec le VIH. En effet, Stephen soutient que la prévention positive

## Au cas par cas !

Voici une situation où Sylvain a greffé une "méthode de prévention adaptée à la personne", de la prévention positive donc. Sylvain travaille spécifiquement avec des hommes gais et bisexuels séropositifs au VIH.

Jean-Philippe<sup>1</sup>, dans la cinquantaine, vivant avec le VIH depuis plus d'une vingtaine d'années, consulte, car il vit maintenant sa dépression post-diagnostic. Suite à son diagnostic, il a passé ses dix premières années avec son copain aujourd'hui décédé. Les dix années suivantes, il les a noyées dans le travail. Aujourd'hui, Jean-Philippe se rend compte qu'il est vieux, célibataire avec peu de chance de rencontrer vu que le milieu gai carbure aux jeunes et qu'il a peu d'amis. Il dit ne pas avoir du tout investi dans son réseau social ni dans son confort personnel. Et de plus, ajoute-t-il : "Je suis séropositif". C'est le grand désarroi, la grande détresse, un moment de grande vulnérabilité qui ouvre la porte à la prise de risque. Il va sans dire que l'intervention de Sylvain n'aura pas comme objectif premier le port du condom et qu'il travaillera avec Jean-Philippe afin qu'il chemine vers un mieux-être personnel et social.

(1) Le prénom a été modifié.

considérée uniquement comme un moyen d'endiguer la transmission ouvre grande la porte à la perception de la personne séropositive comme un vecteur de transmission du virus. Pour cette raison, il aimerait que les différentes instances du milieu VIH canadien commencent à réfléchir ensemble à la prévention positive. A ce sujet, la Société canadienne du sida publiera sous peu un outil d'aide à la réflexion pour promouvoir la discussion et entamer cette réflexion nécessaire à l'établissement d'une définition commune et d'actions adaptées à tous les milieux. Cet outil servira aussi à établir le cadre de travail dans lequel se dérouleront ces discussions. Les balises de la réflexion sont la place des personnes vivant avec le VIH dans le débat, les ponts à créer entre les différents secteurs du milieu -professionnels de la santé, décideurs publics, intervenants communautaires et personnes séropositives au VIH- la place du

concept de santé sexuelle globale et celui d'empowerment face à sa propre santé sexuelle, la place de la réduction des risques, la promotion des droits humains et comment s'assurer que les programmes et les services soient accessibles et pertinents aux diverses populations concernées.

Un travail complexe, mais nécessaire afin d'encadrer le concept de prévention positive et d'offrir aux intervenants comme Sylvain des outils concrets pour les soutenir dans leur travail quotidien. Et surtout, ce qui importe le plus, c'est d'avoir une approche de prévention positive qui répond réellement à l'éventail des besoins des personnes vivant avec le VIH.

René Légaré

[www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)

[www.maisonpleincoeur.org](http://www.maisonpleincoeur.org)

**Pour le dépliant *Vivre au positif* de Rézo, consultez le site :**

[www.sero-zero.qc.ca](http://www.sero-zero.qc.ca)

*Avoir des enfants est un des grands enjeux de la prévention positive. Spécialiste du VIH et de la procréation, le professeur Pietro Vernazza fait part de son expérience. Président de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida, Pietro Vernazza a, aux côtés de Bernard Hirschel, largement défendu l'avis suisse sur charge virale indétectable et transmission. Avis dont il est un des co-auteurs. Il est également Chef de l'unité d'infectiologie de l'hôpital cantonal de Saint-Gall en Suisse.*

## Pietro Vernazza

“Pouvoir décider en toute connaissance de cause”

### Dans la plupart des couples qui viennent vous voir, est-ce la femme ou l'homme qui est séropositif ?

Ce sont des couples où la femme est séronégative et l'homme séropositif qui viennent me voir. Dans la situation inverse, mon aide n'est pas nécessaire et il y a de nombreux médecins qui conseillent les couples sérodifférents où la femme est séropositive, d'autant que dans ce cas les couples peuvent se débrouiller par eux-mêmes avec une insémination “maison”.

### Imaginons que je suis une femme séropositive qui vient consulter car je désire faire un enfant avec mon partenaire séronégatif.

#### Que me diriez-vous ?

Tout d'abord, je conseille vivement à toute femme séropositive qui souhaite un enfant de commencer un traitement antirétroviral, si elle n'est pas déjà sous traitement. Entre parenthèses, de manière générale, je conseille à toute personne séropositive quelle qu'elle soit et quel que soit son taux de CD4 de prendre un traitement. [Les recommandations actuelles ne vont pas aussi loin. Si le bénéfice individuel à prendre un traitement anti-VIH concerne potentiellement de plus en plus de personnes, rien ne prouve actuellement qu'il s'appliquerait à absolument tous les séropositifs.] Ensuite, la question est de quelle manière vous pouvez tomber enceinte. J'examinerais avec vous toutes les options. Je préconise de préférence de tenter la voie naturelle en tenant compte de l'efficacité

du traitement. C'est-à-dire que vous ayez des relations sexuelles sans préservatif avec votre partenaire, votre charge virale indétectable le protégeant de toute contamination. Si vous ne faites pas confiance à la prévention par le traitement ou si vous êtes une femme qui ne souhaite pas prendre le traitement avant trois mois de grossesse, je vous conseillerais alors l'auto-insémination, c'est-à-dire l'insémination faite “maison” avec une seringue [sans aiguille] pour vous introduire manuellement dans le vagin le sperme de votre partenaire [recueilli dans le préservatif]. Dans ce cas, il faut choisir le bon moment en tenant compte de vos périodes d'ovulation. Votre partenaire doit aussi s'abstenir de toute éjaculation les jours précédant l'éjaculation qui va vous fournir le sperme pour l'auto-insémination.

### Combien d'essais sont généralement nécessaires ?

Quelle que soit la méthode utilisée, si vous ne tombez pas enceinte au bout de six mois d'essais, je conseille alors de procéder à des examens pour établir un diagnostic de fertilité. D'après mon expérience, 50 % des couples réussissent à concevoir au cours des trois premières tentatives, donc les trois premiers mois, ce qui est rapide. Ce chiffre monte à 70 % après trois mois supplémentaires. Mais le fait est que les couples séropositifs ou sérodifférents qui souhaitent avoir un enfant sont généralement plus âgés que la moyenne des couples. Cela s'explique par le fait que, pendant des années, ils n'ont pas su qu'ils

étaient en mesure d'avoir des enfants comme tout un chacun.

Or les chances de grossesse



diminuent avec l'âge. Pour cette raison, il leur est parfois plus difficile de concevoir que pour des couples plus jeunes. C'est pourquoi je préconise de ne pas patienter au-delà de six mois pour tenter de concevoir un enfant et de consulter sans délai si la grossesse semble tarder.

**D'autant que si la femme n'a pas encore commencé de traitement il faut attendre plusieurs mois pour garantir l'effet préventif de celui-ci ?**

Exactement. Si une conception par méthode naturelle est choisie, et c'est vraiment ce que je recommande, il faut d'abord s'assurer de l'efficacité du traitement. J'explique alors à la femme et à son partenaire que le risque de contamination en cas de rapport sexuel sans préservatif est devenu purement théorique et

qu'ils peuvent faire un enfant comme tout un chacun. J'essaie de vaincre les réticences, car je suis convaincu qu'il n'y a pas de meilleure manière pour ces couples de concevoir un enfant et que celle-ci est vraiment sûre à tous points de vue.

**Recevez-vous toujours le partenaire pour les consultations en vue d'une grossesse ?**

Absolument. Je considère qu'il est indispensable que le partenaire séronégatif soit présent lors de ces consultations. Il doit être pleinement informé sur la prévention par le traitement et doit pouvoir décider en toute connaissance de cause puisqu'en théorie c'est lui qui prend un risque, même si ce risque est infinitésimal. Je dois pouvoir m'assurer qu'il a compris de A à Z tout ce que cela implique.

**En ce qui concerne le traitement antirétroviral, qui est un traitement extrêmement puissant, est-on certain qu'il n'a pas d'effet sur le bébé s'il est pris tout au long de la grossesse ?**

C'est une question très importante. Nous n'avons à ce jour aucune indication que le traitement ait un effet négatif sur le bébé. Avec les traitements actuels qui ont une toxicité beaucoup plus faible que par le passé, je ne peux pas affirmer que le risque est nul, mais certainement très, très faible.

**Pour l'accouchement, y a-t-il des recommandations spécifiques aux femmes séropositives ?**

La question qu'une femme séropositive peut se poser est de savoir si l'accouchement naturel par voie basse est déconseillé et s'il est préférable d'avoir recours à une césarienne. L'accouchement naturel n'est pas contre-indiqué et rien ne laisse penser qu'il présente plus de risque de transmission de la mère à l'enfant si le traitement antirétroviral est efficace. A ma connaissance la littérature scientifique ne mentionne aucun cas de transmission dans le cas de traitement efficace (charge virale inférieure à 50 copies/ml dans les mois précédant la naissance), quelle que soit la méthode d'accouchement.

**L'allaitement est-il toujours déconseillé ?**

Oui, mais j'aimerais clarifier certaines choses à ce sujet. Si une femme séropositive est sous traitement efficace et qu'elle a donné naissance à un enfant séronégatif, il n'y a aucune raison de craindre qu'elle transmette le virus par l'allaitement alors qu'elle ne l'a pas transmis durant la grossesse ou lors de l'accouchement. Pourtant, les recommandations concernant l'allaitement n'ont pas été modifiées et ce, non pas par crainte de contamination par le lait maternel, mais pour éviter les effets secondaires du traitement présent dans le lait maternel et ingéré par le bébé lors de la tétée. En ce qui me concerne je pense que ceci n'est pas du tout fondé.

Nous connaissons aujourd'hui tous les bienfaits de l'allaitement maternel qui sont irremplaçables, tant dans ses bénéfices sur le plan biologique que dans le lien entre la mère et l'enfant. Et il est aussi beaucoup plus pratique pour la mère que le biberon. A l'opposé, le risque d'effets indésirables du traitement sur l'enfant par ingestion du lait maternel est très théorique. Pendant la grossesse, le bébé est en contact avec le traitement antirétroviral via le sang maternel. Lors de l'allaitement, c'est aussi le traitement qui est dans le sang qui passe par le sein, mais il est largement dilué dans le lait. La concentration est donc bien moindre que durant les neuf mois de grossesse, au moins trente fois moins, pour un bébé plus gros. Pourquoi serait-ce alors un plus grand problème que pendant les premières semaines de grossesse où le bébé est minuscule ?

**En résumant notre échange sur la consultation, la seule situation où vous préconisez l'insémination artificielle médicalisée est dans le cas d'infertilité? Ce n'est jamais en lien avec le VIH ?**

Effectivement. La séropositivité d'une femme ne justifie en rien le recours à une fécondation in vitro ou toute autre insémination médicalement assistée. En revanche, nous y avons recours si c'est l'homme qui est séropositif et la femme séronégative. Une trentaine de couples ont eu recours à notre aide pour avoir un enfant dans ce cas de figure. Nous avons obtenu 100 % de réussite. C'est une grande source de satisfaction d'avoir pu aider ces enfants à venir au monde. Emotionnellement, ce n'est pas anodin. A Noël, je reçois plusieurs cartes de vœux de ces familles, avec des photos d'enfants qui sont nés grâce à notre intervention. Ça fait vraiment plaisir.

Propos recueillis et traduits de l'anglais par Deborah Glejser

CONFIANCE amis Sens  
 droits PLAISIR FAMIL  
 AVENIR PROTECTION  
 SEXE

*Directrice de recherches à l'Inserm<sup>1</sup>, France Lert conduit depuis 1987 des travaux sur le VIH et la prévention. Elle a, avec le professeur Gilles Pialoux, dirigé et rédigé le Rapport sur les nouvelles méthodes de prévention et de réduction des risques sexuels. Un rapport, commandé par l'Etat, qui fait la part belle à la prévention positive. Elle s'en explique dans Remaides.*

## France Lert

“La prévention positive, c'est du bien être aussi.”

### Qu'apporte de plus la prévention positive et comment expliquez-vous qu'on en parle si tardivement en France, bien après d'autres pays étrangers ?

Ce qui est intéressant dans l'approche de prévention positive, c'est de considérer la situation des personnes séropositives d'une façon globale avec une attention particulière à l'ensemble des problèmes préventifs qu'elles rencontrent. C'est-à-dire pas uniquement ceux qui sont liés à la transmission du VIH. Et quand vous me demandez pourquoi ce concept vient si tard, c'est parce que nous avons été longtemps, nous le sommes d'ailleurs toujours dans une certaine mesure, dans l'idée que les messages de prévention générale dans le domaine du VIH visant à protéger de la transmission s'adressaient à tout le monde parce que notre conduite dans la vie sexuelle ne doit pas dépendre de notre propre statut sérologique. Du coup, ce sont des comportements de protection de soi et d'autrui qui sont les mêmes qu'on soit séropositif ou séronégatif. Dès le début de l'épidémie, le principe a été de ne pas faire reposer uniquement la responsabilité de la transmission du VIH sur les personnes séropositives. Cette position était d'autant plus nécessaire qu'on redoutait, et on avait raison de le redouter, que les personnes séropositives se voient accuser d'être celles qui sont à l'origine de la diffusion de l'épidémie, ce qui est très différent que d'être à l'origine de la transmission. La position qui a été adoptée

était de dire que nous sommes tous responsables collectivement de la transmission du VIH que nous soyons séropositifs ou séronégatifs. Ce qui est une évidence. Par ailleurs, pour que le préservatif soit largement utilisé, il fallait que le geste soit facile à faire, admis par tous et donc qu'il y ait une recommandation générale s'adressant à tous. Même si on parle de prévention positive, ce contexte général d'une responsabilité préventive de tout un chacun dans sa vie sexuelle demeure. Ce n'est pas parce que l'on dit qu'il faut développer un axe spécifique à l'intérieur de la prévention qui répond aux besoins et aux conditions de vie des personnes séropositives que ce cadre général dans lequel l'ensemble de nos actes préventifs prend place doit être affaibli ou dissous. Cela doit être bien clair.

### Quelle définition donnez-vous de la prévention positive ?

La prévention positive est une notion apparue ces dernières années d'abord d'une façon académique pour évoquer spécifiquement les problèmes des personnes séropositives. Et puis progressivement, c'est passé du champ académique à celui des acteurs de



prévention. Le GNP+<sup>2</sup> a ainsi émis un certain nombre de recommandations sur la prévention positive. Nous avons trouvé, Gilles Pialoux et moi-même, qu'utiliser ce terme dans notre rapport [voir page 33 de ce numéro] nous inscrivait dans cette lignée internationale portée par les chercheurs et les associations de personnes atteintes. Cela avait aussi une vertu globalisante du point de vue des personnes séropositives qui ont à la fois des problèmes spécifiques dans le champ de la prévention du VIH et des problèmes de santé plus généraux. C'était aussi une façon d'ouvrir tout un champ de la prévention qui a besoin de l'ensemble des acteurs de la prévention du VIH, des acteurs de la santé, en particulier le milieu médical. Il y a la définition du champ, celle des acteurs et on ne doit pas oublier celle des ressources. La prévention positive chez les personnes vivant avec le VIH, on peut aussi l'appeler prévention secondaire, s'inscrit à l'intérieur même de la maladie. De ce fait, elle relève des dépenses de santé et de soins. En disant cela, c'est aussi une façon d'obtenir des financements pour la mettre en place. Il ne suffit pas de lancer des idées, il faut aussi passer à leur application. D'où l'intérêt de l'avoir inscrite dans l'éducation thérapeutique... qui a un grand mérite : c'est qu'elle est financée par l'assurance maladie. On peut envisager que dans le cadre du système de soins et du financement des soins, il y ait ce volet préventif.

### **Mais aujourd'hui l'éducation thérapeutique privilégie l'observance et ne s'intéresse pas à la prévention, à la vie affective et sexuelle...**

C'est tout à fait logique qu'on attache beaucoup d'importance à l'observance dans la mesure où l'échappement au traitement antirétroviral est assez facile quand le niveau d'observance n'est pas très élevé. On sait, grâce aux études faites dans d'autres domaines que celui du VIH, que l'observance aux traitements des personnes atteintes de maladies chroniques est d'une façon générale mauvaise. Le premier objectif est donc que les personnes restent en vie, en bonne santé avec des traitements bien



suivis. L'éducation thérapeutique, c'est l'accent mis sur l'autonomie de la personne. Elle vise à armer la personne par des connaissances, par un entraînement à faire des procédures dans la vie quotidienne qui lui permettent de faire les meilleurs choix possibles, d'abord pour elle-même. Elle peut ainsi interagir avec le médecin pour faire en sorte que le choix de la prescription tienne compte de ses horaires, de ses besoins, plus généralement de son mode de vie. L'idée de l'éducation thérapeutique, c'est le patient éclairé. C'est la personne éclairée à propos de sa maladie avec des connaissances et des manières de résoudre les problèmes. Ce n'est pas seulement le savoir qui compte, c'est la possibilité de partager autour de cette information. L'éducation thérapeutique, c'est tout cela et la prévention positive la complète. D'ailleurs ce que montrent les études, c'est que les écarts d'observance sont moins liés à des facteurs prédictifs chez la personne (son niveau d'étude, son niveau social, etc.) qu'aux

situations dans lesquelles elle se trouve et qui lui font oublier ou mettre de côté la prise de ses médicaments. Pour suivre le traitement, la personne a besoin de résoudre des problèmes qui surviennent dans sa vie. L'éducation thérapeutique doit être périodiquement reproposée avec des formes adaptées aux personnes qui vivent avec une maladie qui dure longtemps.

### Quelle est la place de la sexualité dans la prévention positive ?

La prévention positive inclut la dimension sexuelle en reconnaissant que les personnes qui vivent avec le VIH ont des problèmes spécifiques dans le domaine sexuel. C'est d'abord la question de l'existence même d'une vie sexuelle. Il s'agit quand même majoritairement d'une population de jeunes adultes. C'est normal qu'ils aient une vie sexuelle. La prévention positive vise à aider les personnes à garder ou retrouver une vie sexuelle. Les problèmes et questions sont multiples. Il y a les troubles sexuels qui peuvent être liés au retentissement psychologique de la maladie, mais aussi aux médicaments. Il y a la parentalité puisque la question de faire des enfants se pose pour les personnes hétérosexuelles dans la mesure où une majorité de couples sont sérodifférents. C'est une question sur laquelle il y a besoin d'être informé correctement... Et là, plus encore qu'ailleurs, de faire des choix éclairés qui ne sont pas uniquement de nature médicale. Et puis, il y a tout ce qui concerne la vie sexuelle proprement dite comme savoir utiliser des préservatifs. Par exemple, si on prend les personnes migrantes, les enquêtes montrent qu'il y a chez nombre d'entre elles une image défavorable du préservatif masculin. Lorsque la personne devient séropositive, ses problèmes à l'égard du préservatif ne se sont pas effacés ; elle a encore plus besoin que d'autres de savoir utiliser un préservatif que peut-être elle n'a jamais utilisé de sa vie. Et même proposer un préservatif n'est pas simple. Cela a été montré depuis longtemps, mais proposer un préservatif lorsqu'on est séronégatif, ce n'est pas la même chose pour soi-même que de proposer un préservatif lorsqu'on est séropositif. Dans un cas, on se protège. Dans l'autre cas, c'est presque une annonce de la séropositivité. La prévention positive, c'est aider les gens à poser des actes, à trouver des façons d'être. Les personnes sont confrontées à des situations qui sont nouvelles pour elles. Il faut rappeler qu'on "devient" séropositif. Il y a donc l'obligation d'actualiser toutes ses manières d'être et parfois d'apprendre ou de réapprendre des choses de base... Par exemple, on va avoir besoin de quelqu'un avec qui discuter du

moment de dire, de ne pas dire, de comment le dire, de rester sans dire à ses partenaires qu'on est infecté par le VIH. Ces questions sont spécifiques aux personnes séropositives et il ne suffit pas de dire tout le monde n'a qu'à utiliser un préservatif pour que le problème soit réglé. Le jour où les personnes se découvrent séropositives, il y a besoin de discuter avec elles tous les aspects de ce que va impliquer le fait d'être séropositif du point de vue de la vie sexuelle. Jusqu'à présent, on a fait comme si cela allait de soi, ce qui n'est évidemment pas le cas.

### C'est-à-dire...

Cela ne va pas du tout de soi et très souvent ce sont les personnes elles-mêmes qui le paient par une culpabilité, une dévalorisation, un sentiment de honte ou de gêne... et ce n'est pas du tout ce qui est favorable à la prévention. Ce qui est favorable à la prévention, c'est une personne qui est maîtresse d'elle-même, qui sait ce qu'elle fait, qui sait pourquoi elle le fait. Une personne qui a pu en discuter, qui a pu élaborer des stratégies qui vont la protéger. C'est absolument essentiel de proposer et faire cet accompagnement. Il y a des moments où la personne n'y arrive pas ou du moins pas toute seule. Par exemple, une personne peut avoir besoin que son partenaire rencontre aussi son médecin. Il peut y avoir le besoin d'une rencontre en couple avec le médecin. Les partenaires ont aussi des questions à poser. Il y a beaucoup de choses à faire autour de la prévention positive, mais en l'envisageant vraiment comme un moyen de permettre à la personne de faire les meilleurs choix, des choix éclairés, informés et pratiques pour elle. La prévention positive, c'est pouvoir discuter de toutes les options dans les conditions concrètes de la vie de chacun.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

(1) Institut national de la santé et de la recherche médicale.

(2) Il s'agit du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, un regroupement de huit organisations internationales de personnes touchées. Informations (en anglais) sur <http://www.gnpplus.net>





## Disparition de Christiane Marty-Double

Femme engagée, médecin, militante, Christiane Marty-Double est décédée le 8 avril 2010 à l'âge de 69 ans. Elle était une figure historique de la lutte contre le sida. La formule pourra sembler curieuse à certains, mais comment dire autrement lorsqu'on a, comme elle, eu un engagement aussi fort, pertinent et durable. Membre du conseil d'administration de AIDES dont elle a été vice présidente durant quinze ans, Christiane avait créé au milieu des années 1980 le comité de AIDES dans le Gard. Femme engagée dès les premières heures de la lutte, elle a été de tous les combats comme celui de la légalisation et la mise en place des premiers programmes d'échange de seringues en France. Elle était à l'origine de la création de la Maison du Soleil et membre du comité de rédaction de Remaides. Son engagement, son expérience, son savoir-faire et ses qualités personnelles lui avaient valu d'être désignée comme membre du Conseil national du sida. L'ensemble des militants de la lutte contre le sida, et plus particulièrement celles et ceux engagé(e)s dans AIDES, sont en deuil. Ils perdent l'une de leurs plus ferventes militantes, mais aussi une amie merveilleuse.

2 euros de plus. C'est une des mauvaises nouvelles de la rentrée 2010 en France. Le montant du forfait hospitalier est passé de 16 euros à 18 euros depuis le 1er janvier 2010. Depuis sa création, il y a près de vingt-sept ans, il a augmenté trois fois plus vite que l'inflation ! Cinq associations, dont la FNATH, AIDES, le CISS, ont d'ailleurs saisi le Conseil d'Etat pour obtenir l'annulation de l'arrêté prévoyant cette hausse. "Les dépenses de santé non prises en charge par l'assurance-maladie ne cessent d'augmenter dans des proportions devenues insupportables pour de plus en plus de ménages", dénoncent les associations. Autre augmentation prévisible, les cotisations des mutuelles santé devraient augmenter d'au moins 3,9 % en 2010, pour compenser certaines mesures de la loi de financement de la Sécurité sociale 2010, comme le déremboursement de certains médicaments. Evidemment, tout cela fait augmenter le reste à charge pour les personnes malades, mais le gouvernement s'en fout.

## "Le sida" : un livre pour combattre les idées reçues

Combattre les idées reçues, c'est la vocation de la collection du même nom proposée par les éditions Le Cavalier bleu. Un tout nouveau volume de cette collection consacré au sida vient de sortir. C'est Bruno Spire et Graciela Cattaneo, président et administratrice de AIDES, qui l'ont écrit et coordonné. Ce court volume (format poche) entend combattre les idées reçues sur le VIH/sida sur des points aussi divers que l'origine de la maladie, le dépistage obligatoire, la sexualité des personnes séropositives ou l'idée qu'il y aurait trop d'argent sur le sida. Vif dans le ton, bien informé, l'ouvrage est facile d'accès et permet de prolonger sa propre réflexion sur bien des idées.

**"Le sida",**  
par Bruno Spire et Graciela Cattaneo,  
Le Cavalier bleu éditions, 9,80 euros.



## Un œil sûr... Haïti (par Rash Brax)



### Dépistage : le Checkpoint à Paris

Ces derniers mois, deux initiatives concernant les tests rapides de dépistage pour les gays ont été proposées : Com'test par AIDES (voir en page 18) et le Checkpoint du Kiosque à Paris. Pour ce dernier, il s'agit d'un centre de dépistage rapide du VIH/sida destiné aux gays fréquentant le Marais, le quartier gay de Paris. Ce centre sera ouvert aux gays et bisexuels "souhaitant un dépistage rapide du VIH/sida réalisé par une équipe de professionnels [de santé] pluridisciplinaires". Avec ou sans rendez-vous, les consultants seront reçus par une équipe de médecins et d'infirmiers expérimentés et sensibles aux questions d'orientation sexuelle, avec laquelle ils auront la possibilité de parler librement de leurs pratiques et de leur mode de vie.", indique le Kiosque. Chaque consultation dure environ une heure et permet d'obtenir le résultat du test et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé. Le dépistage est gratuit et confidentiel. Le "Checkpoint" (infos au 01 44 78 00 00) est ouvert cinq jours par semaine (lundi de 8 h à 12 h 30, mardi de 16 h à 20 h 30, mercredi de 16 h à 22 h, jeudi de 16 h à 20 h 30 et samedi de 12 h à 18 h).

### Canada : Oubliez l'usine de fabrication de vaccins anti-VIH

Le Premier ministre canadien Stephen Harper semble avoir discrètement annulé son plan de financer la construction d'une usine de production de vaccins contre le VIH, un projet de 88 millions de dollars. L'annonce de la construction de cette usine avait pourtant été faite en grande pompe en 2007, dans le cadre de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH. Plusieurs organismes communautaires de lutte contre le sida avaient, à cette occasion, dénoncé le fait qu'une partie des fonds de l'Initiative provenait d'autres enveloppes budgétaires liées à la lutte contre le VIH/sida. Ils avaient aussi critiqué cette idée étant donné qu'il n'existe à ce jour aucun vaccin efficace contre le VIH. C'est l'Agence de la santé publique qui a été chargée d'enterrer ce projet. Aucun porte-parole du gouvernement n'a commenté officiellement l'affaire.

*Le 1<sup>er</sup> janvier dernier, le Burkina Faso, annonçait la gratuité du traitement antirétroviral. Une décision, bien tardive par rapport aux pays voisins, qui a été obtenue grâce à une mobilisation sans précédent des associations de lutte contre le sida. Martine Somda, présidente de la Coalition des réseaux et associations de lutte contre le sida au Burkina Faso, et Simon Kaboré, président du Réseau d'accès aux médicaments essentiels, reviennent sur ce combat. Interview croisée.*

## Burkina Faso : c'est gratuit, ça sauve des vies !

L'année 2010 démarre avec une bonne nouvelle pour les personnes touchées par le VIH. Ce n'est pas du luxe après les années particulièrement difficiles qu'elles ont connues, notamment en 2008 lorsque le pays a été victime d'une crise financière et alimentaire très dure qui a frappé de nombreuses personnes séropositives. A l'époque, le Conseil national de lutte contre le sida avait même restreint l'aide alimentaire publique aux personnes séropositives. L'annonce de la gratuité des médicaments anti-VIH, jusqu'alors réservée aux enfants et aux personnes sans ressources, est saluée comme un progrès qui en appelle d'autres.

### Quelques chiffres

Pays d'Afrique subsaharienne, le Burkina Faso compte près de 14 millions d'habitants. Selon le Fonds mondial, 130 000 personnes vivent avec le VIH dont 120 000 sont âgées de plus de 15 ans. 100 000 enfants ont été rendus orphelins du fait de la disparition de leurs parents des suites du sida. 17 000 personnes suivent un traitement anti-VIH dont 3 000 sont délivrés directement par les associations de lutte contre le sida. 48 000 personnes ont besoin d'un traitement, mais n'y ont pas encore accès. Les traitements disponibles sont des traitements dits de première ligne : zidovudine (Retrovir), lamivudine (Epivir), efavirenz (Sustiva), névirapine (Viramune), mais en cas de résistances à ces traitements, il est très difficile d'avoir accès à d'autres molécules (darunavir (Prezista), abacavir (Ziagen), etc.) qui sont encore trop coûteuses.

**Le 1<sup>er</sup> janvier dernier, le président du Burkina Faso a annoncé la gratuité du traitement antirétroviral. Comment expliquez-vous que cette annonce soit si tardive par rapport à d'autres pays voisins ?**

**Martine Somda :** Cette question a été posée par un journaliste lors d'un débat télévisé. Le secrétaire permanent du Conseil national de lutte contre le sida a répondu qu'il fallait que certaines conditions préalables soient réunies avec une garantie de faisabilité. Pour ma part, en tant qu'actrice de terrain, j'ai toujours voulu cette gratuité au regard de la spécificité de l'infection à VIH et du contexte de précarité économique des populations concernées. Il était difficile de mener une lutte efficace contre cette pandémie si les personnes concernées n'avaient pas les moyens d'acheter leur traitement. Je trouve que la gratuité aurait pu être faite beaucoup plus tôt surtout que dans les faits, les traitements étaient déjà gratuits dans les structures associatives [pour les personnes inscrites dans les programmes].

**Avec la gratuité, qu'est-ce qui change pour les personnes vivant avec le VIH au quotidien ?**

**Simon Kaboré :** Le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres de la planète. Le coût des médicaments anti-VIH était à 1 500 francs CFA [2 euros environ] par mois et dans l'année cela pouvait atteindre 18 000 francs CFA [28 euros]. Ils sont légion les Burkinabés qui ne sont pas en mesure de trouver 1 000 francs [1,50 euros] par mois [le salaire moyen est d'environ 40 euros par mois]. Les personnes qui sont sous traitements anti-VIH sont déjà affaiblies économiquement. La gratuité viendra soulager bon nombre d'entre elles qui pourront ainsi avoir accès aux traitements et améliorer leur état de santé. D'ailleurs, nous verrons sans doute beaucoup de personnes vivant avec le VIH se faire connaître parce qu'il y a la gratuité.



### Quel rôle avez-vous joué pour que cette décision politique soit enfin prise ?

**Simon :** Nos revendications pour la gratuité ont commencé au début des années 2000. A partir de 2003, avec l'arrivée du Réseau d'accès aux médicaments essentiels [RAME], la mobilisation s'amplifie. On assiste à des conférences publiques, à des manifestations de rue. Il y a des articles de presse, des affiches, etc. Le RAME était même devenu persona non grata, mais cela a permis de réunir autour de cette revendication un ensemble d'acteurs et de militants. Tout cet activisme a contraint le gouvernement à céder du terrain.

**Martine :** Le plaidoyer fait par les acteurs de la lutte contre le VIH/sida a été différent d'une structure à une autre tout en défendant les mêmes objectifs. Il y a eu aussi la marche pour réclamer la gratuité des médicaments anti-VIH, le 1<sup>er</sup> décembre 2004. Cette marche très médiatisée a eu lieu à Bobo Dioulasso à l'initiative de REVS+ et du RAME.

### Quels sont les nouveaux défis à relever pour assurer la mise en œuvre de cette gratuité ?

**Martine :** Ce sont les mesures d'accompagnement pour l'application du dispositif, la prise en charge effective des examens biologiques et la couverture intégrale du territoire burkinabé par des centres de soins et de prise en charge par les antirétroviraux.

**Simon :** Après l'annonce, il y a eu de la joie, du soulagement, mais il y a encore énormément de défis devant nous. Une chose est d'avoir la gratuité des médicaments, une autre est d'assurer les examens, les médicaments essentiels génériques et tout ce qui entre en ligne de compte dans le traitement des personnes vivant avec le VIH. Quand je pense à la phrase exacte dite par le président : "La lutte contre la pandémie du VIH/sida sera renforcée à travers la gratuité du traitement par les antirétroviraux à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010", je pense à un tout parce que le traitement antirétroviral est la mise sous médicaments ARV, les examens biologiques, les médicaments essentiels génériques et bien d'autres choses. Mais est-ce la vision qu'ont les autorités ? That is the question ! La société civile doit avoir une vision et une compréhension communes des enjeux avant d'avancer sur les prochaines étapes de notre plaidoyer. Depuis 2009, le RAME met en place un dispositif de veille sur l'accès aux soins contre le sida qui va contribuer à vérifier la mise en œuvre effective des mesures qui seront prises par le gouvernement burkinabè.

Florence Giard  
Illustration Yul studio

**L'intégrale de cette interview est disponible sur Seronet : <http://www.seronet.info/>**

# Mademoiselle, ou questions de civilité

Et voilà. Rebelote, ça recommence. Je râle et bougonne tout haut en prenant cette lettre dans ma boîte. Mais, c'est pas vrai ! Encore ! C'est pourtant un courrier très important et que j'attendais : la réponse de la Cotorep, pardon, maintenant MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) à ma demande de renouvellement de RQTH (pour Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé). Voilà pour le jargon et, au passage, je souligne que "travailleur handicapé" est bien une qualité, non mais ! Le renouvellement m'est accordé. Ouf, tout va bien, alors pourquoi tant de rage ? C'est que l'excellente nouvelle contenue dans l'enveloppe est quasi éclipsée par l'intitulé de l'adressage : MADEMOISELLE Maripic. Je ne sais plus à combien de dossiers j'en suis chez eux depuis le temps, mais que ce soit pour la carte d'invalidité ou la RQTH et leurs renouvellements, je remplis l'imprimé de demande toujours de la même façon, à savoir : état civil, ligne "civilité" (oui, cela s'appelle comme ça) je coche naturellement "Madame" parmi les trois choix proposés. Puis à "situation familiale", c'est "célibataire", puisque c'est la vérité. C'est là que la machine se grippe. Une célibataire qui se fait appeler "Madame" ? Impossible. Ne se peut. Et la machine administrative droite dans ses bottes et sa grande logique corrige ce qui ne peut exister. Comme elle ne peut pas me marier, alors vlan, ce sera "Mademoiselle". Je recommence à chaque dossier et cela fait des années que dure ce cirque. Oui et alors, c'est tout ? Elle nous fait un caca nerveux, là ou quoi ? Pour un détail ? Et bien non, que nenni, si vous me permettez. Etre "Mademoiselle" à l'âge adulte m'est insupportable et me l'a toujours été. Bien sûr, on peut toujours gloser sur la stupidité de la mécanique administrative

qui, par définition, n'a pas de cerveau, mais elle est bien programmée je trouve. Car où donc le bât blesse ? C'est très simple : je ne me suis JAMAIS mariée, voilà. Par choix, et partagé toujours. Notamment avec le père de mon fils, dont il porte le nom, nous avons choisi d'avoir un enfant, pas de nous marier. J'ai eu plusieurs vies maritales, et maintenant l'âge d'être grand-mère. Mon nom, je le garde, il est à moi et c'est mon identité. Je suis devenue "mère célibataire" (mieux que "fille-mère" !) après la loi de 1974 sur les parents naturels, et je n'ai eu alors aucune difficulté à être appelée "Madame", sécu, caisses d'allocations familiales, impôts, employeurs, bailleurs, tout le monde au parfum. Nous avons eu un livret de famille à nous trois, que la mairie se repassait de bureau en bureau car personne n'en avait encore jamais vu de comme ça, tout beau, tout nouveau, une révolution, et c'en était une. Peu de couacs ou de fausses notes pendant, en gros, les vingt années qui ont suivi. Je croyais que c'était une affaire entendue, comme quoi rien n'est jamais acquis. Puis mon fils est parti vivre sa vie, je n'ai plus eu "d'enfant à charge" à déclarer, alors escamoté, effacé le statut paravent de mère de famille, et le surnom "Mademoiselle" a repointé le bout de son nez. Mais en quoi ça me défrise à ce point ? Voilà : le fait qu'il existe deux termes différents selon son statut matrimonial pour s'adresser à une femme adulte me paraît une effraction caractérisée de la sphère sacrée de sa vie très privée. Car cela revient à renseigner si elle est "maquée" ou non, à déclarer publiquement sa situation à la société, et qu'est-ce cela, je vais être crue, sinon indiquer avec précision si elle est vierge ou pas à un patriarcat sourcilleux, comme les draps ensanglantés brandis victorieusement au lendemain des noces, pour signaler que tout est conforme...



## VIIH strip (par Rash Brax)



Les hommes, eux, passent sous silence leur statut marital, familial, leur orientation sexuelle. Hétéros, homos, pères ou non, rien ne filtre, ils sont tous regroupés sous la bannière "Monsieur", du petit garçon au quatrième âge. Il y a les termes "jeune homme", "jeune fille" quand on ne sait pas trop ou qu'on veut rester léger, à l'enfance et l'adolescence. Mais après, l'usage de la différenciation s'impose pour les filles. Car oui, ce n'est qu'un usage, une tradition qui ne repose sur aucune base légale, aucune disposition législative ou réglementaire n'existe prévoyant de distinguer les femmes mariées des autres. C'est uniquement la survivance d'une époque pas si lointaine (en France, les femmes ont le droit de vote depuis 1945) où les femmes mariées étaient considérées comme des "incapables civiles". Demander un passeport, passer un examen, ouvrir un compte bancaire, travailler (jusqu'en 1965 !) tout passait par le mari qui autorisait ou non... Aujourd'hui, les femmes ont obtenu l'égalité juridique et le mariage n'est plus l'institution incontournable qu'il était jadis pour avoir des enfants. Mais la règle demeure : formulaires administratifs, carnets de chèques, inscriptions ou achats sur sites Internet, et j'en passe, tout quoi, il faut toujours cocher une des deux cases "Madame" ou "Mademoiselle". Et bien soit, mais au moins que le choix en soit respecté ! D'ailleurs, je me demande si ce souci que j'ai depuis toujours à dénoncer cette tradition ridicule qui révèle - ô combien - pour moi l'esprit d'un groupe social, est bien partagé par les jeunes générations. En face ou au téléphone, je donne systématiquement du "Madame" à la jeune femme à laquelle je m'adresse. Bon nombre d'entre elles rectifient gentiment : "Non, Mademoiselle" ou carrément se présentent comme "Mademoiselle X". La distinction a de l'importance pour elles, et ce quelle

que soit leur vie... sexuelle, puisqu'il s'agit de cela. Manifestation d'indépendance par rapport justement à un ou des partenaires éventuels ? Le "Madame" étant fortement identifié à l'institution du mariage, s'appeler "Mademoiselle" serait à l'inverse devenu une revendication de liberté, d'autonomie ? Cela me laisse perplexe à chaque fois. D'autres femmes, plus proches de moi en âge, tiennent à leur "Mademoiselle" et repoussent énergiquement le "Madame" parce que ça sonne vieux ! Impression de jeunesse, refus de vieillir ? Et on fait quoi à 60 ans ? Le "Madame" très jeune règle ce dilemme une fois pour toutes me semble-t-il, y compris pour les vraies vieilles demoiselles dites "vieilles filles" : l'intime cesse enfin d'être public.

Les Anglo-Saxons, toujours en avance, ont trouvé une solution, eux : il y avait le "Miss" (Mademoiselle) et le "Mrs" (Madame). Ils ont inventé le "Ms" (prononcer "miz") qui indique simplement qu'il s'agit d'une femme, qu'elle soit mariée ou non. Et puis chaque être humain a un nom et un prénom, non ? Pourquoi ne pas s'en servir tout simplement, cela ne suffit-il pas ?

"Plains-toi, moi j'aimerais bien qu'on m'appelle "Mademoiselle", soupire rêveusement une de mes collègues au boulot, qui est trans, d'allure vraiment féminine, mais à laquelle bien sûr on sert des tonitruants "Monsieur" en veux-tu en voilà à chaque fois qu'elle doit sortir ses papiers d'identité. "T'as raison", je lui dis : "La prochaine fois que tu as une démarche à faire, je t'accompagne, mais habillée en homme et là, on m'appellera "Madame" ! A méditer, en ces temps où l'on parle d'identité (nationale), de discrimination (positive), de parité... et de genre.

Maripic

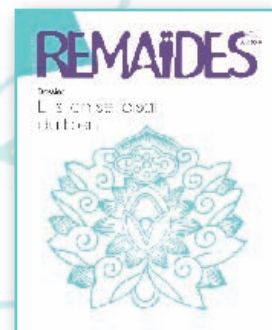
Illustration : Jacqueline L'Hénaff

à lire dans les autres *Remaides* !

### **Remaides Suisse**

Dossier : Et si on se faisait du bien...

Télécharger *Remaides Suisse* sur : [www.groupesida.ch/filrouge](http://www.groupesida.ch/filrouge)



### **Gingembre, le journal du RAAC-sida**

Dossier : "VIH... on m'a jeté un sort !"

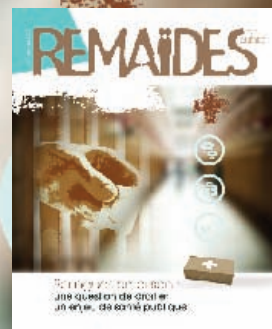
Télécharger *Gingembre* sur : [www.aides.org](http://www.aides.org) et [www.raac-sida.org](http://www.raac-sida.org)



### **Remaides Québec**

Dossier : Seringues en prison : une question de droit et un enjeu de santé publique

Télécharger *Remaides Québec* sur : [www.cocqsida.com](http://www.cocqsida.com)



Prochain numéro de *Remaides* : été 2010

