

REMAIDES #83



Ensemble, inversons la tendance



Remaides Québec numéro 14

La Cour suprême statue :
Condom et charge virale faible obligatoires

2

>> Sommaire

REMAIDES #83



04 Courrier

05 Edito

Le renoncement n'est pas une option
par Bruno Spire, président de AIDES.

06 Washington 2012

Ensemble, inversons la tendance !
La 19^{ème} Conférence internationale sur le sida, organisée par l'International AIDS Society (IAS), s'est déroulée fin juillet à Washington. Son mot d'ordre : "Ensemble, inversons la tendance !" ("Turning the tide together"). La Conférence affichait une réelle ambition... et même un pari sur l'avenir. Que peut-on en retenir ?

11 Actus

Vaccin thérapeutique

12 Quoi de neuf doc ?

16 Actus

Le Quad autorisé aux Etats-Unis sous le nom de Stribild

17 Ici et là

Les infos en bref

22 Actus

VIH et IST : les chiffres clés de 2012

24 Actus

Taxe sur les transactions financières : des miettes contre le sida

26 Actus

Ruptures : un décret bien vide

28 FSA

Séropositives et mamans

1 Remaides Québec

Le journal réalisé par la COCQ-SIDA.

33 Equilibre

Sortez du placard !

40 Portrait

Lesya Pagulich, combattante de droit humain

43 Témoign

Stéphanie : "Chaque jour, j'avance grâce à un goût prononcé pour la vie"

44 Actus

Essai QUADRIH : comment participer ?

46 Témoign

Tof : l'échange de seringues en prison



58



56



50



22

47 Témoign

Aïline : "Cacher ma maladie en prison"

48 Actus

Savoir manger avec Edurant, Eviplera

49 Actus

La rilpivirine est disponible en France

50 Dossier

Towards a HIV cure

55 Actus

AAH : attention au renouvellement !

56 Chronique

58 Les PA



26



28



33



47



40

Directeur de la publication : Bruno Spire.

Comité de rédaction : Christian Andreo, Franck Barbier, Mathieu Brancourt, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Laurent Cottin, Yves Gilles, Jean-François Laforgerie, Cyrille Leblon, René Légaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Renaud Persiaux, 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. Depuis, le 1^{er} janvier 2011, *Remaides* n'est plus financé par la Direction Générale de la Santé.

A la mémoire des membres du comité de rédaction disparus : Philippe Beiso, Richard David, René Froidevaux, Yvon Lemoux, Christian Martin, Christiane Marty-Double, 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

Direction artistique et reporter photo : Stéphane Blot.

Maquette : Clémentine Petit

Photos et illustrations avec nos remerciements : Stéphane Blot, Rash Brax, Clémentine Petit, Romain, Deborah W. Campos, Yul studio.

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze (pour ses conseils), à Nicolas Charpentier du Groupe sida Genève et René Légaré de la COCQ-SIDA (pour la relecture).

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 : 45 900 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

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.
9, rue Grand-Pré. 1202 Genève.
Tél. : 022 700 1500
Mail : 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

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
contact@raac-sida.org

Un docteur m'a parlé

"C'est mon docteur à l'hôpital qui m'a parlé de votre revue. Je viens d'écrire mon témoignage de vie avec le sida. 17 années qui se finissent... par un mariage ! Il paraîtra aux éditions La Bruyère, début 2013. Je suis curieuse de connaître et partager avec d'autres personnes qui vivent avec le virus."

Sandrine, Dax

Un grand rassemblement

"Depuis quelques mois, je fréquente l'association AIDES à Périgueux. J'en suis amplement satisfait. Il y a une bonne ambiance et les échanges sont très enrichissants (...) Au fait, une simple question : "A quand un grand rassemblement de séropos hétéros, homos, toxicos, etc. Il y a bien la Gay Pride... alors à quand la Séropos Fiesta ?" Bravo à votre journal".

Eric, Dordogne

Rectificatif, *Remaides Suisse*

Dans le *Remaides Suisse* n°13, l'article intitulé : "Genève : Toxicomanes sans papiers, à votre santé !" faisait mention du travail de l'Observatoire romand du droit d'asile et des étrangers. Contrairement à ce qui ressort de l'article, c'est sur les conséquences sur le plan humain de l'application des lois sur l'asile et les étrangers que porte notre documentation de cas individuels, et non pas sur l'accès aux soins et à d'autres services pour la population migrante en tant que tel. **Voir <http://www.odae-romand.ch>**

Mariana Duarte, coordinatrice de l'Observatoire romand du droit d'asile et des étrangers (ODAE)



On attend rarement des miracles en politique. On se méfie des promesses. On fait bien ! Ça limite un peu la déception. Mais il faut bien à un moment donné, placer, tel un miroir, le tableau de la réalité en regard des engagements. Et voir quelle image s'y reflète. Celle d'aujourd'hui est cruelle, inquiétante aussi. Ce n'est pas un mystère l'arrivée au pouvoir de François Hollande et de son équipe pouvaient représenter un espoir dans les champs de combat de AIDES : la lutte contre le VIH/sida et les hépatites en France comme à l'international, la lutte contre les discriminations, la défense de l'égalité des droits. La campagne présidentielle puis législative avaient, sur ces sujets, affiché de réelles ambitions, signifié des changements, montré une compréhension des enjeux. L'interview de François Hollande, alors candidat, en mars 2012, à Seronet avait donné le ton et même suscité des espoirs. Alors que voit-on dans le miroir aujourd'hui ? Rien de rassurant, rien de bien convaincant, des choix contestables, des décisions reportées sine die et une vision à courte vue. La critique pourrait paraître sévère au regard des quelques mois d'activité de l'exécutif, mais notre rôle n'est pas celui d'une groupie. Tout au contraire, nous devons revendiquer, obtenir des résultats, contribuer à ce que les promesses de la campagne deviennent des réalités pour tous. C'est d'autant plus nécessaire que le temps joue contre nous. C'est maintenant qu'il nous faut dire que le changement, ce n'est pas çà !

Alors qu'est-ce qui nous rend si critique aujourd'hui ? Par exemple, les promesses non tenues du président de la République sur la taxe sur les transactions financières. Bien que la spéculation soit désormais légèrement taxée ; le produit de la taxe est détourné de ses objectifs initiaux et ne soutiendra pas les pays du Sud, quelques miettes iront à la lutte contre les grandes épidémies. Tout cela est loin des enjeux. On le vit comme un renoncement, un mensonge doublé d'une trahison. Autre exemple : depuis l'arrivée du gouvernement socialiste, les associations constatent la multiplication des placements en rétention, des tentatives d'embarquement et d'expulsion d'étrangers gravement malades dont certains vivant avec le VIH ou une hépatite virale. François Hollande, en campagne, expliquait que cette politique-là serait finie avec lui. Aujourd'hui, elle prospère.

Ce qui ne prospère pas en revanche, ce sont les changements attendus et promis. On se renie, on diffère, on renvoie ou on enterre. L'accès aux seringues stériles en détention ? Un groupe de travail est créé. Les salles d'injection à moindre risque annoncées

en 2012 ? Une mission d'étude est confiée, mais rien n'a bougé. Le financement de la prévention et des actions de santé ? Les crédits s'annoncent à la baisse dans les agences régionales de santé. La lutte contre la sérophobie ? Le gouvernement ne s'y intéresse

pas. La modification de la réglementation sur les soins funéraires ? Rien n'avance.

Même l'ouverture du mariage et de l'adoption aux couples de même sexe connaît des difficultés et pas seulement de communication. La sortie de François Hollande sur la liberté de conscience des maires libres de refuser de marier des couples homosexuels, celle sur une égalité des droits à

Le renoncement n'est pas une option

géométrie variable, les faux pas du Premier ministre sur ce même sujet donnent un sentiment de malaise. On en arrive à se demander si l'équipe en place est réellement fière de ce qu'elle défend. Ce projet de loi est du reste assez emblématique de la façon dont l'actuelle majorité considère la société civile. On voit ainsi des ministres faire la leçon aux associations, leur demander de ne pas trop revendiquer, de se contenter de ce qu'on concède à nous accorder. Le mariage, c'est déjà une révolution alors pas de PMA, ça ferait trop. Même discours navrant sur la taxe sur les transactions financières, lorsque le ministre du Développement dit que les associations doivent s'estimer heureuses, en temps de crise, du résultat. Mais quel résultat ? Même mépris lorsque le ministère de l'Intérieur envisage aujourd'hui de museler les associations qui interviennent dans les centres de rétention administrative. La société civile, dont AIDES fait partie, n'a pas vocation à faire la claque aux décisions gouvernementales, a fortiori lorsqu'elles sont un abandon des promesses. AIDES n'entend pas lâcher prise parce que pour nous en matière de lutte contre le sida, il s'agit de vies humaines : le renoncement n'est pas une option.

La 19^e Conférence internationale sur le sida, organisée par l'International AIDS Society (IAS), s'est déroulée fin juillet à Washington. Son mot d'ordre : "Ensemble, inversons la tendance !" ("Turning the tide together"). La Conférence affichait une réelle ambition... et même un pari sur l'avenir. Que peut-on en retenir ?

Washington 2012 : Ensemble, inversons la tendance !

Il y a des optimistes

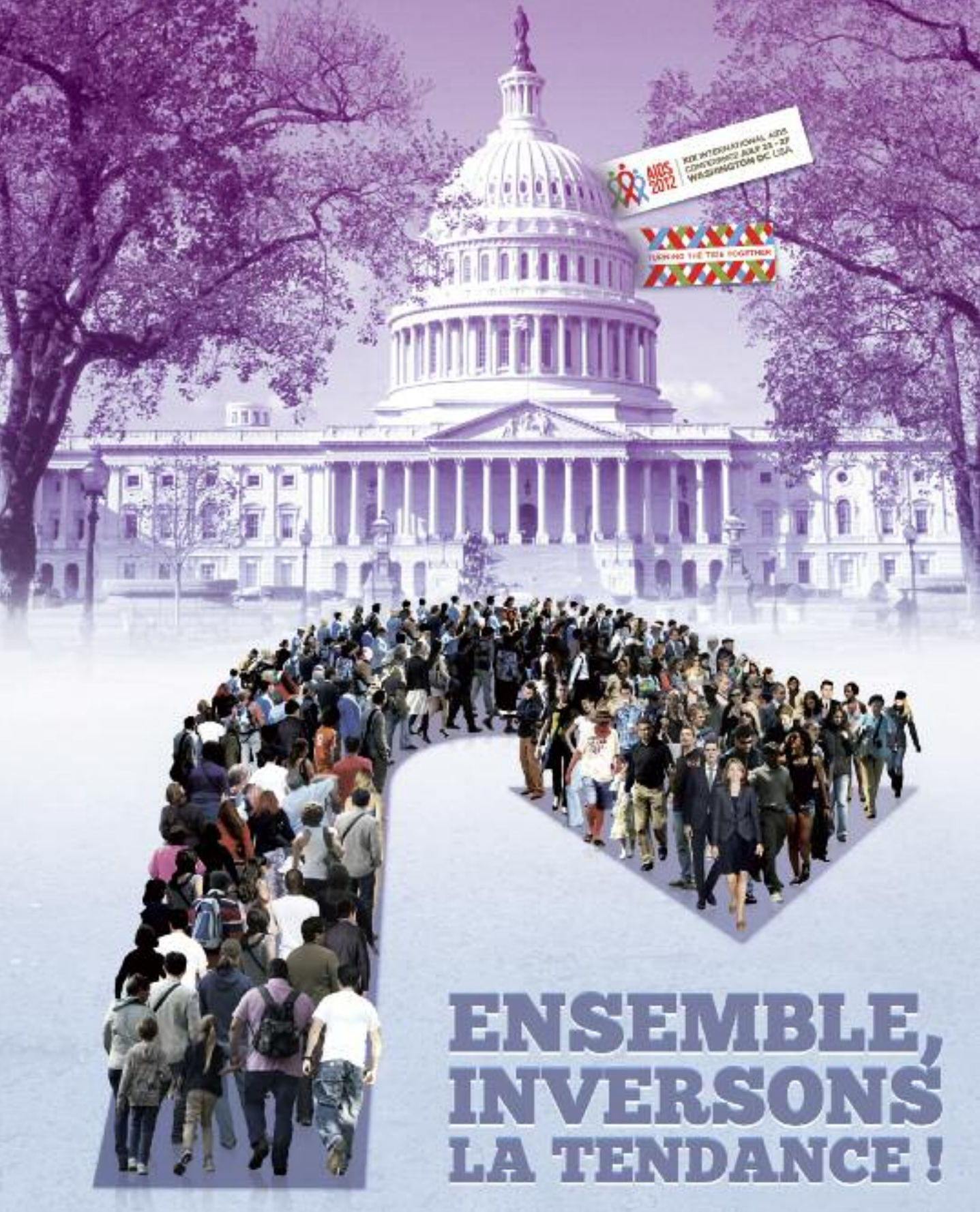
C'est dimanche 22 juillet 2012 que démarre la Conférence de Washington. En tour de chauffe de l'événement, quelques grands noms de la recherche sur le sida s'expriment, notamment pour afficher un optimisme quant à la possibilité de mettre fin à cette pandémie. Il tient surtout au fait que l'arsenal des traitements existants permet d'envisager un arrêt de l'épidémie, même si on ne parle pas encore de guérison. L'optimisme est aussi de rigueur avec le docteur Anthony Fauci, directeur de l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses (NIAID) : "Nous commençons vraiment à réaliser qu'il est possible de réellement agir sur l'infection et de changer la trajectoire de la pandémie... même sans pouvoir (encore) guérir le sida", indique-t-il lors d'un point presse. Ce virologue fonde surtout cet espoir sur les résultats récents d'essais cliniques révélant que des antirétroviraux permettent aussi de réduire fortement le risque d'infection des personnes séronégatives, pas seulement de contrôler le virus chez celles qui sont infectées. Les percées dans la recherche et les progrès accomplis dans certains pays "montrent qu'il est possible de vraiment faire des progrès pour intensifier la réponse et même commencer à envisager l'élimination de nouvelles infec-

tions", explique le docteur Gottfried Hirnschall, responsable de la lutte contre Le VIH/sida à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'AFP (17 juillet).

Il y a des modérés

Le moins que l'on puisse dire, c'est que les propos d'Anthony Fauci surprennent le professeur Jean-François Delfraissy, directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Il nuance dans une interview au "Point" (16 juillet) titrée : "Non, la fin de la pandémie de sida n'est pas en vue". Le directeur de l'ANRS y explique qu'un des grands enjeux est le dépistage. "Réduire au maximum la charge virale chez les patients est une autre approche de prévention. En effet, moins on a de virus, moins on risque d'infecter autrui. Mais s'il y a actuellement 6,5 millions de personnes qui sont traitées dans le monde, on estime le nombre des porteurs du virus à 35 millions, dont 70 % ignorent leur séropositivité... Il faut donc d'abord les dépister", explique-t-il.





FOR INTERNATIONAL AIDS
CONFERENCE JULY 28 - 29
WASHINGTON DC USA



TURNING THE TIDE TOGETHER

**ENSEMBLE,
INVERSONS
LA TENDANCE !**



L'argent, le nerf de la guerre

Si du côté scientifique, on affiche un certain optimisme, du côté des activistes et de certaines institutions internationales, c'est la prudence qui est de mise et parfois l'inquiétude. Pas de différence d'appréciation quant aux performances de l'arsenal thérapeutique actuel, mais une crainte que les financements ne soient pas à la hauteur voire pas au rendez-vous. Le fossé dans les ressources jugées nécessaires pour lutter contre le VIH/sida reste une préoccupation importante des responsables sanitaires dans un contexte de contraintes budgétaires et de faible croissance économique mondiale. Par exemple, l'ONU a fixé l'objectif à 24 milliards de dollars pour les contributions, soit neuf milliards de plus que les 15 milliards mobilisés en 2010. L'enjeu est clair. Même avec les stratégies et les outils les plus innovants, s'attaquer à la pandémie du VIH/sida et la faire reculer, échouera sans une augmentation importante des ressources et une baisse des prix des médicaments antirétroviraux. Globalement 6,65 millions de personnes ont actuellement accès aux traitements anti-VIH. On estime que 34 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde dont 3,4 millions d'enfants.

AIDES plaide !

Comme d'autres associations non gouvernementales, AIDES et Coalition PLUS profitent de cette tribune qu'est la conférence. Sur le volet international, elles défendent la taxe sur les transactions financières. Celle-ci est désormais adoptée, a minima, par la France alors que François Hollande (y compris à Washington) a défendu un engagement fort dans ce domaine. Ce ne sera pas le cas si on en juge par le budget voté en 2013. Pourtant l'équation est simple : sans argent, pas de traitements et sans un accès universel aux traitements (autrement dit soigner toutes les personnes qui en ont besoin), il n'est pas envisageable de mettre un arrêt à l'épidémie. "A l'heure où l'on entrevoit la fin possible de l'épidémie, un financement à la hauteur des besoins est plus que jamais indispensable, estime AIDES. C'est même la meilleure stratégie économique à moyen-terme. L'accès universel permettrait de sauver la vie de 9 millions de personnes, de casser définitivement la chaîne de contamination et d'assurer le développement humain et économique de pays minés par l'épidémie".

Dossier réalisé par Renaud Persiaux, Christian Andreo
et Jean-François Laforgerie
Illustrations Yul Studio
Photos : Deborah W. Campos

"Pourquoi l'inaction des gouvernements ?"

La cérémonie d'ouverture donne toujours un ton à la conférence. Celle de Washington n'a guère plu aux activistes : morne, longue, pleine de bonnes intentions et d'autocélébration de la puissance invitante : les Etats-Unis. Une activiste du Zimbabwe est invitée à prendre la parole. Elle a le courage de demander devant une audience terriblement silencieuse : "Alors que nous savons ce qu'il faut faire, pourquoi l'inaction des gouvernements ? Pourquoi toujours les mêmes blocages ? Pourquoi, conférence après conférence, les mêmes déclarations d'intention ?" Avoir 24 ans, vivre avec le VIH au Zimbabwe, intervenir lors de la cérémonie d'ouverture de la plus grande conférence internationale et être moins applaudie que le directeur de la banque mondiale... un triste paradoxe !



Washington : le maire de la ville à la peine

Alors qu'il vient inaugurer le village associatif, le maire de Washington, Vincent Gray, subit les critiques d'activistes américains. "Nous voulons un vrai plan de lutte contre le sida à Washington. Il y a des personnes qui sont sur liste d'attente pour accéder aux médicaments anti-VIH. Honte à vous !" La salle siffle. L'épidémie de sida est très présente dans la ville, avec des niveaux proches de ceux observés en Afrique. Pour le pays le plus riche du monde, cette situation est inacceptable.

Moupali Das : la santé à San Francisco

"Notre principe en matière de politique de prévention, c'est d'agir du mieux que l'on peut, en fonction des connaissances scientifiques. Celles dont on dispose à un moment donné. Sinon, on ne fait jamais rien !" C'est ce qu'explique Moupali Das, du Département de santé publique de San Francisco. La ville a connu une baisse de 30 % des nouvelles infections chez les gays entre 2005 et 2009. Interpellée par un opposant à l'usage des antirétroviraux par des séronégatifs dans un but de prévention du VIH, elle a cette réponse : "Le Truvada utilisé en prévention du VIH me fait penser à la pilule contraceptive. On pourrait aussi dire qu'elle est inutile au prétexte que les personnes peuvent utiliser un préservatif systématiquement. Mais cela ne correspond pas à la réalité. Aussi, de mon point de vue, il ne serait pas éthique de ne pas autoriser des hommes ayant des rapports avec d'autres hommes (HSH) et les personnes Trans à haut risque de s'infecter par le VIH à l'utiliser, alors qu'il a été approuvé par l'Agence américaine du médicament. La question maintenant, c'est quel dispositif on invente et met en place pour que cet outil soit utilisé dans les meilleures conditions possibles. C'est précisément ce qu'on est en train de faire".



"We can end AIDS" : Washington en marches !

"We can end AIDS" ("Nous pouvons en finir avec le sida"), c'est le titre qu'ont choisi les organisateurs pour la grande manifestation qui s'est déroulée dans la capitale américaine à l'occasion de la conférence. Dynamique, émouvante et politique, cette marche, répartie en cinq cortèges, a traité de tous les enjeux en convergeant vers Lafayette Park et la Maison Blanche.



Etats-Unis : ce n'est pas gagné !

"L'objectif est d'arriver à une génération sans sida". Ce propos qui tient du slogan, c'est celui de la secrétaire d'Etat américaine Hillary Clinton lors de son discours à la conférence. "Imaginez le jour où nous ne serons plus frappés par cette terrible épidémie et par les coûts et les souffrances qu'elle nous impose depuis bien trop longtemps", lance-t-elle. Les Etats-Unis se sont engagés à allouer 150 millions de dollars supplémentaires à la lutte contre le VIH/sida. Bon, c'est mieux que rien, mais pas du tout suffisant vu les enjeux... y compris aux Etats-Unis mêmes. Citons quelques chiffres (de l'ONUSIDA) : Nombre de personnes vivant avec le VIH : 1 200 000 ; taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans : 0,6 % ; femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH : 310,000 ; nombres de personnes estimées vivant avec le VIH sans le savoir : 240 000. On peut aussi ajouter que les Centres de contrôles des maladies aux Etats-Unis estiment que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentent 2 % de la population américaine, mais 61 % de tous les nouveaux diagnostics VIH en 2009, et 49 % des personnes vivant avec le VIH aux Etats-Unis, etc. Les chiffres nous disent aussi que 27 % des personnes vivant avec le VIH dans ce pays ont leur virus contrôlé par les traitements... On voit mal si aucun effort conséquent n'est fait aujourd'hui comment il sera possible un jour "d'arriver à une génération sans sida". Et ce d'autant qu'Hillary Clinton a affiché un certain dédain vis-à-vis des associations.



Le Fonds mondial dans cinq ans

Les interventions de représentants américains, dont la secrétaire d'Etat Hillary Clinton, ont suscité un peu le trouble sur le

devenir du Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Ambassadrice française sur le VIH/sida, Mireille Guigaz s'en est fait l'écho. "Le Fonds mondial doit rester mondial", il "est notre bien commun" et "nous appartient à tous". "Il n'est pas temps d'arrêter l'engagement contre les trois pandémies mondiales". Puis évoquant le management de l'institution : "Nous avons besoin d'un visionnaire, de quelqu'un qui comprend les différents signaux venant du monde... Notre but final, ce sont les patients, nous devons prendre soin d'eux".

VIH/sida : crise humanitaire en RDC

Des militants ont, en silence, manifesté dans l'enceinte de la Conférence pour protester contre le manque d'accès aux antirétroviraux en République Démocratique du Congo (RDC) : 430 000 personnes sont éligibles au traitement antirétroviral, mais seules 50 000 y ont accès. Le gouvernement de RDC avait demandé aux bailleurs internationaux de cesser leurs soutiens financiers en déclarant qu'il allait s'occuper seul de cette question. Il n'a, hélas, pas tenu ses engagements. Résultat : une situation sanitaire catastrophique. Les militants, notamment ceux de l'association ACS/Amo Congo, dénoncent un état de "crise humanitaire".



C'est un des grands classiques du 1^{er} décembre : les annonces miracle qui suscitent de faux espoirs chez les personnes vivant avec le VIH. En 2012, c'est une firme française qui, confondant finances et découverte scientifique, en a fait trop sur un vaccin thérapeutique. Les médias ont embayé.

Vaccin thérapeutique : Arnaque dans les médias

Un article du "Parisien" annonçait le 30 novembre 2012 l'espoir d'un remède contre le VIH. C'est, en fait, un coup médiatique reposant sur bien peu de choses, un des grands classiques du 1^{er} décembre. Jointe le matin-même par AIDES, la firme Innavirvax, basée au génopole d'Evry en région parisienne, n'avait pas souhaité commenter l'article du "Parisien", mais soulignait qu'il n'avait jamais été question qu'un nouvel essai InnaVirVAX sur 100 personnes démarre en janvier 2013. Certes, un essai de phase II est envisagé pour 2013, mais son design n'est pas encore finalisé et il n'est pas encore approuvé par les autorités de santé française. Pour faire bref, ce candidat- vaccin, dont Seronet⁽¹⁾ avait parlé en mars dernier n'est pas conçu comme une alternative aux trithérapies, mais comme un complément. Il est censé contribuer à protéger les CD4 de l'inflammation chronique liée à la présence du VIH.

Les résultats sur la première étape du développement, menée chez 24 personnes, devraient être rendus publics début mars 2013 à la CROI, le plus important congrès scientifique sur le VIH. Ces résultats comporteront plusieurs informations :

- La sécurité : avec les toutes premières données, sur un tout petit nombre de personnes, qu'il faudra affiner dans les études ultérieures ;
- L'immunogénicité : il s'agira de voir si avec les doses vaccinales utilisées, on parvient à provoquer la création des réponses immunitaires attendues par l'équipe de chercheurs. En revanche, il est impossible d'avoir, à ce stade, des données d'efficacité fiables, à savoir si les réponses immunitaires éventuellement produites, ont le moindre effet bénéfique pour la santé des personnes.

Et on peut regretter que l'équipe de chercheurs de l'essai InnaVirVax ait si peu insisté sur ce point lors des nombreuses interviews données à la presse et aux télé. Rien que le matin même de l'annonce, plusieurs personnes avaient déjà appelé la firme pour participer à l'essai. Il est dommage et malhonnête de susciter ainsi de faux espoirs. Faut-il y voir un lien avec les levées de fonds régulières auxquelles procède la firme (3,7 millions d'euros avaient été annoncés en février 2012) ? En tout cas, le choix de communiquer fort opportunément, lors de l'emballement médiatique du 1^{er} décembre, exposait fortement à ce type de dérapage.

(1) seronet.info

Le dolutégravir fait mieux que Sustiva

Une étude portant sur plus de 800 personnes séropositives n'ayant jamais pris de traitement a comparé une trithérapie classique (deux nucléosides + efavirenz (Sustiva)) à une trithérapie nouvelle (deux nucléosides + dolutégravir, un anti-intégrase comme Isentress). Après un an, le groupe avec le dolutégravir présentait des résultats significativement meilleurs que le groupe prenant la trithérapie comprenant l'efavirenz (88 % contre 81 %). En réalité, l'efficacité était tout à fait similaire, mais il y a eu cinq fois plus d'arrêts pour des problèmes de tolérance (troubles neuro-psychologiques, éruptions cutanées, etc.) dans le groupe prenant le traitement comportant l'efavirenz. Toutefois les insomnies étaient plus fréquentes dans le groupe prenant le traitement avec le dolutégravir. Il existe une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour les personnes qui sont en échec thérapeutique. L'ATU de dolutégravir doit être demandée par le médecin spécialiste auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).



Celsentri : des bithérapies pas efficaces sur tout le monde

Résultats décevants de plusieurs études qui testaient la possibilité de se passer de nucléosides (comme Truvada ou Kivexa) pour constituer des bithérapies innovantes comportant Celsentri (maraviroc).

- **Celsentri + Reyataz/Norvir (atazanavir boosté)**, le tout en une prise par jour, est moins efficace que Reyataz/Norvir + Truvada, selon des données à 22 mois d'une étude. 68 % de charge virale indétectable avec Celsentri, contre 82 % avec Truvada. Plus de bilirubine dans le sang (provoquant parfois des jaunisses) avec Celsentri, mais une clairance de la créatinine élevée (voir *Remaides* 79, automne 2011), reflétant un meilleur fonctionnement des reins (lié à l'arrêt du ténofovir contenu dans Truvada). Une étude similaire avec Prezista (darunavir), une autre antiprotéase est en cours.
- **L'étude française Roc N Ral combinant Celsentri + Isentress (maraviroc + raltégravir)**, cette fois en deux prises par jour, n'a pas très bien fonctionné. Il y a eu un taux d'échec (charge virale détectable) supérieur à 10 % et il a été décidé d'arrêter l'essai avant la date prévue. La stratégie est donc invalidée pour une utilisation générale. Un courrier d'information a été envoyé aux participants, leur conseillant de consulter le médecin les suivant pour le VIH.

neuf ? DOC

HPTN 052 : traiter tôt, c'est bon pour la santé

En 2011, HPTN 052 (voir *Remaides* 79, automne 2011) apportait la nouvelle scientifique de l'année en montrant une réduction de plus de 96 % du risque de transmission par la mise sous traitement par antirétroviraux d'une personne vivant avec le VIH. Excellente nouvelle en soi, l'immense majorité des personnes exprimant un fort soulagement de ne plus vivre dans la crainte de "contaminer" quelqu'un. HPTN 052 était le premier essai clinique à examiner le bénéfice d'un démarrage des antirétroviraux entre 350 et 550 CD4/mm³, en comparaison d'une mise sous traitement à moins de 250 CD4/mm³ (recommandations générales d'alors). Résultat : un bénéfice de santé clair. Les maladies directement liées à l'infection à VIH, comme la tuberculose, l'herpès, le zona, la candidose, les problèmes de peau survenaient plus précocement chez les personnes ayant débuté le traitement à moins de 250 CD4/mm³. Et globalement ces maladies étaient moins fréquentes quand on commençait tôt le traitement. Depuis avril 2011, les 1 763 couples sérodifférents qui participent à cet essai bénéficient d'un traitement antirétroviral et leur suivi continuera jusqu'en avril 2015, apportant des données supplémentaires en termes de santé et d'effet préventif.

Transplantation d'organes chez les personnes vivant avec le VIH : un enjeu majeur

Le VIH est connu pour induire, parfois, une destruction des cellules des reins. Par ailleurs, près de 30 % des personnes séropositives en France sont également touchées par le VHC ou le VHB, plaçant le cancer du foie parmi la principale cause de mortalité des personnes co-infectées (VIH et hépatite virale). Le recours à la transplantation d'organe (rein ou foie) se révèle donc déterminant pour la survie de certaines personnes vivant avec le VIH. Les résultats présentés à l'ICAAC (Conférence scientifique sur le VIH, à San Francisco, l'automne dernier) sont plutôt rassurants, avec une survie globale, après greffe, proche de celle des personnes greffées séronégatives. Cependant, le risque de rejet de l'organe transplanté s'avère deux à trois fois plus élevé. Les causes sont multiples, notamment les difficultés à maîtriser les interactions médicamenteuses entre antirétroviraux et médicaments contre le rejet, et la perturbation des réponses immunitaires.

Pour le VHC, deux conseils ont été donnés par les experts :

- Traiter par trithérapie — interféron + ribavirine + une antiprotéase anti-VHC : télaprévir (Incivo) ou bocéprévir (Victrelis) — avant la transplantation quand cela est possible (cirrhose non décompensée) ;
- Et préférer des antirétroviraux n'ayant pas ou peu d'interactions avec les molécules anti-rejet (par exemple, le raltégravir et les nucléosides...).

Toxicité pour les reins : vigilance confirmée pour Reyataz boosté et Viread

Plusieurs travaux ont porté sur cette question. En résumé, il en ressort le constat de dix fois plus de calculs rénaux avec atazanavir (Reyataz) qu'avec les autres anti-protéases ; ce qui nécessite une vigilance particulière si cette molécule est prescrite à des personnes ayant d'autres facteurs de risque de souffrance rénale. Le fonctionnement des reins des personnes sous atazanavir était, par ailleurs, plus fréquemment altéré, avec la présence anormale de protéines dans les urines (protéinurie). Même constat pour le ténofovir (Viread), avec un risque près de deux fois plus élevé que sans ténofovir. On attend beaucoup du GS-7340, une version améliorée du ténofovir (prodrogue) présentée à l'ICAAC, permettant une moindre concentration de ténofovir circulant dans le sang, donc une tolérance potentiellement améliorée...



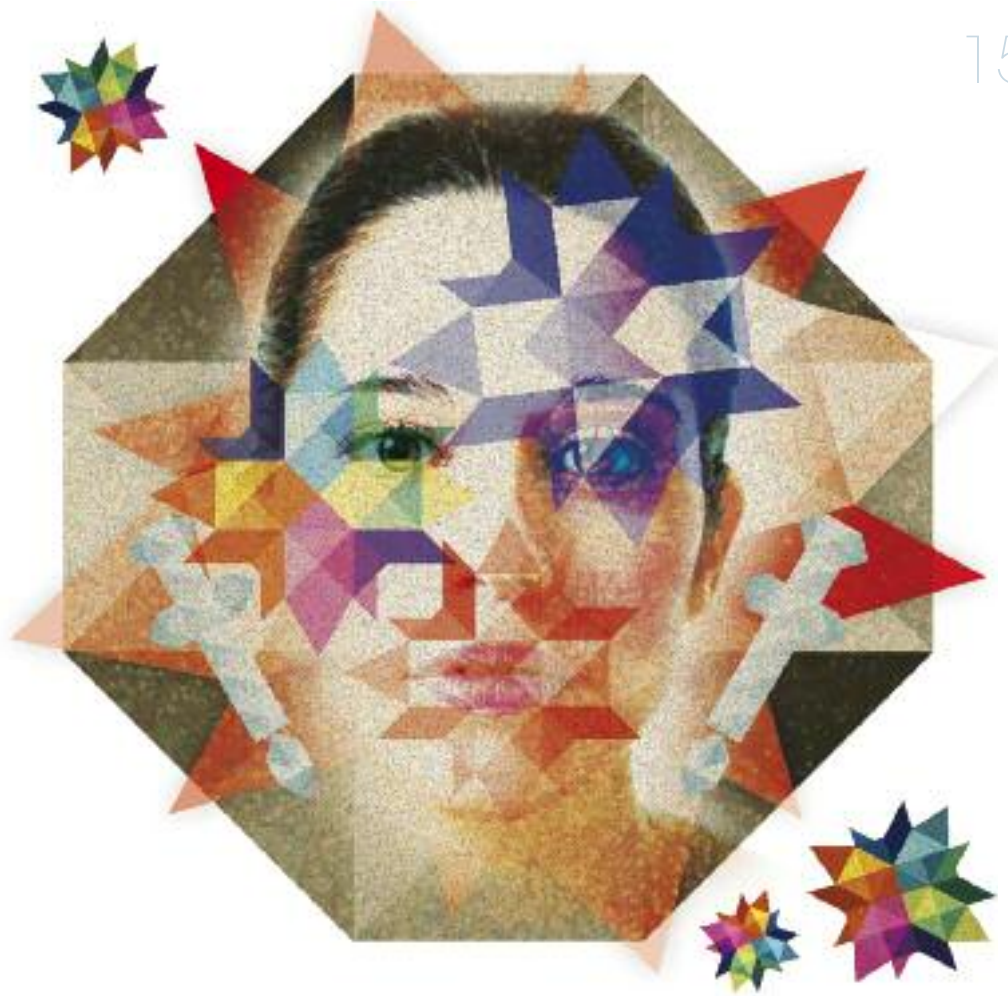
Quoi de neuf ?
DOC ?

Sofosbuvir : premiers résultats chez les personnes co-infectées VIH/VHC

Il s'agit encore de résultats très préliminaires (7 jours de monothérapie chez une trentaine de personnes), mais ils ont le mérite d'être rassurants : tout comme dans les essais avec le téléprévir (Incivo) ou le bocéprévir (Vicitrelis), la chute de la charge virale du VHC dans le sang avec le sofosbuvir se révèle de même ampleur chez les personnes co-infectées (VIH et VHC) que celle observée chez les personnes infectées par le VHC seul. Téléprévir, bocéprévir, sofosbuvir : la plupart des nouveaux traitements du VHC semblent "effacer" l'impact négatif du VIH, que l'on voyait, dans le passé, sous la bithérapie standard (interféron + ribavirine). Une autorisation de mise sur le marché (du laboratoire Gilead) devrait être demandée aux Etats-Unis mi-2013, ce qui permettrait une mise sur le marché américain en 2014, et un peu plus tard en France. Les associations demandent des ATU (autorisations temporaires d'utilisation) pour les personnes non-répondeurs au VHC de génotype 3 (puisque pour elles les autres traitements ne marchent pas).

Les symptômes psys communs avec Isentress

Environ 10 % des personnes prenant Isentress (raltégravir) souffrent d'effets indésirables affectant le système nerveux central, principalement l'aggravation de symptômes dépressifs ou l'apparition d'insomnies, selon une étude italienne publiée dans la revue scientifique "AIDS". L'administration conjointe du ténofovir (Viread, Truvada... couramment associée à Isentress) doublerait le risque. Celle des inhibiteurs de la pompe à protons (des médicaments utilisés pour réduire l'acidité gastrique) la triple. Cela serait lié à l'augmentation des concentrations d'Isentress par ces médicaments, de 46 % avec ténofovir, de 415 % avec les médicaments anti-acides. Cette dernière association est d'ailleurs déconseillée, sauf si elle ne peut être évitée, mais en pratique cela n'est pas toujours respecté. L'étude portait sur 453 personnes (âge médian 46 ans) suivies dans les conditions de la vie réelle, tous les six mois. Ces effets n'apparaissent pas chez tout le monde, mais n'hésitez pas à en discuter avec votre médecin si vous les subissez, afin de voir s'il peut vous proposer des alternatives thérapeutiques.



Infos sur les hépatites

Incivo (télaprévir) : ok pour deux prises par jour au lieu de trois fois par jour

Jusqu'à présent, le médicament contre l'hépatite C Incivo (télaprévir) devait se prendre trois fois par jour, toutes les 8 heures (deux cachets à chaque prise, avec de la nourriture grasse), en tout cas selon la notice et l'autorisation de mise sur le marché. Ce n'est pas très pratique et ne favorise pas l'observance. Or, l'étude Optimize (conduite auprès de 750 personnes) présentée au congrès américain sur le foie (AASLD) en novembre 2012, vient de confirmer ce que certains cliniciens pratiquaient déjà, à savoir qu'Incivo peut être pris deux fois par jour seulement (3 cachets par prise). Dans l'essai, c'est aussi efficace, et les effets indésirables ne sont pas significativement différents, malgré une tendance à une sévérité un peu plus importante en deux prises par jour, sans doute du fait de la dose plus élevée par prise (3 cachets). Ces analyses devront être complétées par des observations dans la vraie vie. Les deux prises par jour sont aussi possibles pour les personnes qui ont une cirrhose compensée. L'étude a été menée chez les personnes uniquement infectées par l'hépatite C, mais de nombreux médecins prescrivent les deux prises y compris chez les personnes co-infectées par le VIH et le VHC. Ce schéma n'est pas valable pour le bocéprévir qui doit rester en trois prises par jour.

Une nouvelle trithérapie en un comprimé par jour de Gilead a été autorisée le 27 août par l'agence américaine du médicament (FDA). Alors que le médicament est en cours d'évaluation en Europe, certains activistes américains dénoncent son prix qu'ils jugent trop élevé. Les décisions européenne et canadienne d'autorisation devraient arriver prochainement.

Le Quad autorisé aux Etats-Unis sous le nom Stribild

Et de trois. Après Atripla et Eviplera, Stribild est la troisième trithérapie en un comprimé par jour disponible aux Etats-Unis. Elle combine deux molécules déjà connues (ténofovir et emtricitabine, aussi contenues dans Truvada) et deux nouvelles, une anti-intégrase, l'élvitégravir, dosée à 150 mg, et son booster, le cobicistat, lui aussi dosé à 150 mg.

Les études ont montré que chez des personnes dont c'était le premier traitement, le Quad est aussi efficace que deux autres trithérapies courantes : Atripla (Truvada + Sustiva) et Truvada + Reyataz/Norvir (études 102 et 103). Deux points forts : permettre l'utilisation des comprimés "tout en un" par les personnes ne supportant pas les effets psy de l'efavirenz contenu dans Atripla (dépression, vertiges, cauchemars) ; et par celles dont les virus présentent des résistances aux non nucléosides (Sustiva, Viramune, Edurant).

En revanche, l'élvitégravir a un profil de résistance croisée avec le raltégravir, seule anti-intégrase actuellement commercialisée (Isentress). Si votre virus est résistant à Isentress, il risque fort de l'être à l'élvitégravir, et dans ce cas Stribild ne sera pas intéressant pour vous. Il faudra attendre la mi-2014, et l'arrivée d'une anti-intégrase de 2^e génération, le dolutégravir, qui reste efficace en cas de résistance au raltégravir, mais s'utilise alors en deux prises par jour.

Déception, en revanche, du côté des effets indésirables liés au cobicistat utilisé pour "booster" les concentrations d'élvitégravir. Il semble finalement à peine mieux toléré sur le plan digestif que le seul booster actuellement disponible : Norvir (ritonavir). Et dans un essai on observe plus de diarrhées qu'avec Isentress seul et une augmentation des lipides dans le sang.

Mais l'arrivée de ce concurrent va briser le monopole de Norvir et favoriser le développement de nouvelles combinaisons de médicaments.



Autre point de vigilance : la suspicion d'une potentielle augmentation des troubles rénaux liés au ténofovir, certes rares, lorsqu'il est utilisé en association avec le cobicistat (comme pour le Norvir).

Gros problème aux Etats-Unis, le coût : pas moins de 28 500 dollars par an (soit

environ 1 900 euros par mois) - et on craignait jusqu'à 34 000 dollars par an aux Etats-Unis, et un tel prix va fortement limiter l'accès à cette nouvelle trithérapie. Et ce, même si la firme a gelé les prix jusqu'en 2013 en ce qui concerne les médicaments fournis par l'ADAP (AIDS Drug Assistance Programs), système d'aide pour les plus démunis.

En Europe, la décision de l'Agence européenne du médicament (la France et l'Angleterre sont les pays rapporteurs) est attendue. Ni le nom commercial européen, ni les prix pratiqués ne sont pour l'heure connus.

Le Quad arrivera avant ses composantes, élvitégravir et cobicistat, dont le dossier de demande d'AMM est en cours de dépôt pour examen. Gilead a déjà dans ses cartons une 2^e version du Quad, avec le GS-7340, un ténofovir nouvelle génération, efficace à des doses dix fois plus faibles.

Cobicistat : les deux en un d'antiprotéases boostées dans les tuyaux

Le cobicistat peut s'utiliser pour booster Reyataz (atazanavir), avec d'aussi bons résultats qu'avec Norvir après 11 mois de recul. Il y avait plus d'augmentation de bilirubine et une tendance à des taux moins élevés de cholestérol et de triglycérides (graisses dans le sang) qu'avec Norvir. Le cobicistat est en cours d'évaluation aux Etats-Unis et en Europe. Un "deux en un" Reyataz + cobicistat est en développement, tout comme celui de Prezista + cobicistat, une autre protéase très utilisée.



Stylo Injecteur ViraferonPeg... en démonstration

A la suite d'alertes sur le dysfonctionnement du stylo injecteur ViraferonPeg utilisé dans le traitement contre l'hépatite C, les associations puis l'Agence nationale de sécurité du médicament en France ont demandé au laboratoire MSD (le fabricant) de réaliser un nouveau guide d'utilisation de ce stylo pour les personnes et les professionnels. Le TRT-5, collectif interassociatif sur les traitements et la recherche thérapeutique, a décidé de compléter la brochure par une vidéo, "Stylo injecteur ViraferonPeg : mode d'emploi", qui propose un apprentissage de l'utilisation (assez complexe) de ce stylo. Cela devrait éviter à des personnes en traitement contre l'hépatite C de s'injecter une dose insuffisante de médicament, sans s'en rendre compte, car les dysfonctionnements étaient liés à une mauvaise utilisation.

Plus d'infos sur <http://www.trt-5.org/>, puis rubrique Hépatites.

Echanges de seringues : un ancien détenu attaque l'Etat canadien

L'affaire est symbolique. Un ancien détenu canadien, infecté par l'hépatite C, poursuit le gouvernement fédéral du Canada pour son refus de permettre les échanges de seringues propres à l'intérieur des prisons. Le plaignant a vécu douze ans en détention et se lance, avec le soutien de plusieurs organisations de lutte contre le VIH/sida, dans une poursuite judiciaire inédite contre le ministre de la Sécurité publique, le Service correctionnel du Canada et son commissaire.

La poursuite comporte également une injonction qui permettrait la mise sur pied d'un programme d'échange de seringues dans les prisons canadiennes.



AAH : très légère augmentation en septembre

Le 1^{er} septembre 2012, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est passée à 776,59 euros par mois, soit une revalorisation de 2,19 %. Selon "Les Echos", le gouvernement Ayrault n'envisagerait pas de revaloriser l'AAH en avril 2013. La prestation serait gelée pendant un an. C'est le choix politique inverse de celui de la précédente majorité qui avait augmenté cette prestation de 25 % sur cinq ans. 930 000 personnes la perçoivent. Le montant actuel de l'AAH (776,59 euros par mois) reste très inférieur au seuil de pauvreté qui est fixé à 950 euros.

TROD : les premiers résultats pour AIDES

Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2012, des militants de AIDES ont réalisé 12 695 tests de "dépistage rapide" dans vingt-trois régions de France incluant la Guyane, Saint-Martin et la Martinique, dont 70 % réalisés lors d'actions "hors les murs" c'est-à-dire dans des lieux publics, des saunas, des clubs, etc. Sur les 12695 tests réalisés, 40 % concernent des gays (toutes origines) ; 30 % concernent des hétéros d'origine africaine et caribéenne (65 % hommes/35 % femmes) ; 30 % concernent des hétéros blancs (55 % hommes/45 % femmes). En allant ainsi à la rencontre des populations à risque sur leurs lieux de vie, AIDES a recensé plus de 1 % de tests positifs au VIH sur l'ensemble des tests. Dans l'offre de dépistage classique : le taux est de 0,2 %. "Ce premier bilan confirme la pertinence de notre dépistage militant" relève l'association qui annonce un développement de son offre de dépistage du sida en 2013. AIDES a également demandé aux autorités de santé de mettre en place "au plus vite" des tests rapides démedicalisés pour dépister les hépatites virales B et C.



Cancer et VIH : prévenir le cancer anal

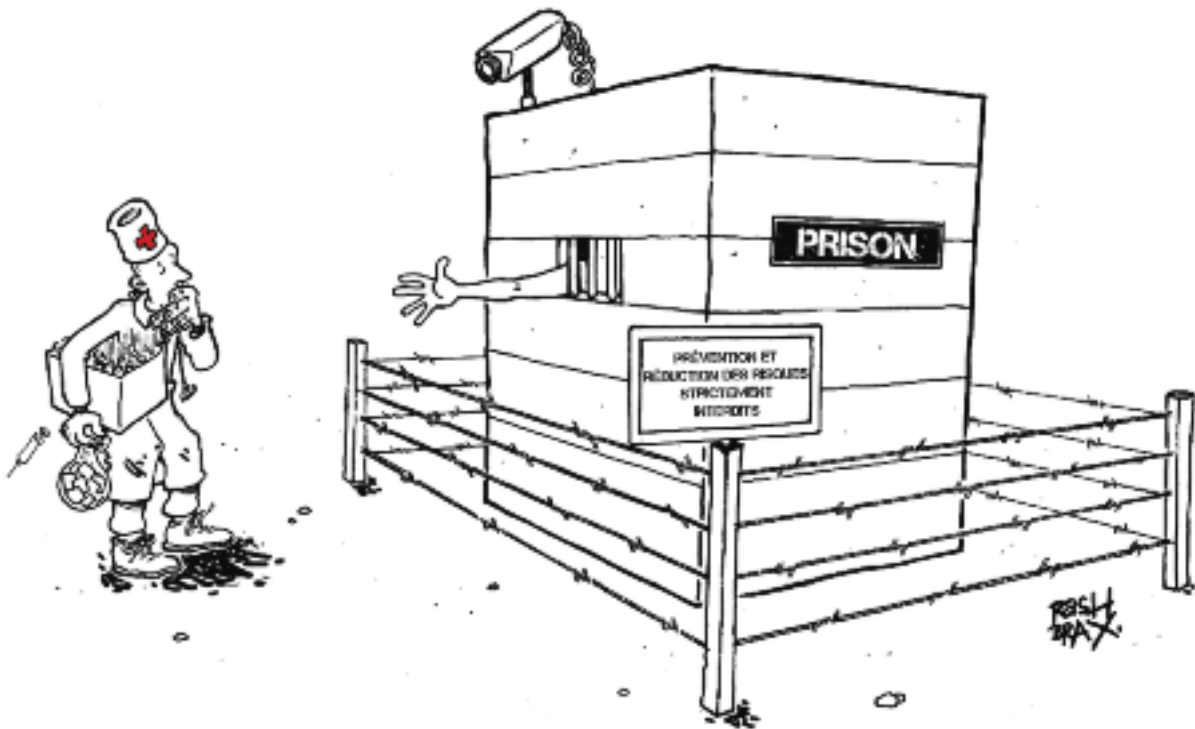
Les brochures publiées par l'Institut national du cancer sur la prévention du cancer anal sont directes et pratiques. Elles rappellent que ce cancer est l'un des plus fréquents chez les personnes vivant avec le VIH — il est le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes séropositifs et se soigne bien s'il est dépisté suffisamment tôt. Chaque brochure (une est spécialement destinée aux gays vivant avec le VIH) répond aux principales questions que les personnes peuvent se poser et montrent l'intérêt pour sa santé d'un suivi annuel chez le proctologue. Le TRT-5 a participé à l'élaboration de ces brochures qui sont disponibles gratuitement dans les associations. Ces dernières peuvent commander leurs brochures sur www.e-cancer.fr/diffusion



Salle de conso : un projet est prêt à Paris

Médecins du Monde (MdM) et l'association Gaïa-Paris ont présenté (9 octobre dernier) leur projet de salle de consommation à moindre risque. Ils espèrent que le gouvernement donnera rapidement son feu vert pour expérimenter cette structure à Paris. Ces salles permettent de consommer ses propres produits dans de bonnes conditions d'hygiène et sous supervision de professionnels de santé. Elles ne sont actuellement pas autorisées en France mais existent dans près d'une dizaine de pays, dont la Suisse, le Canada et l'Allemagne. Fin août, la ministre de la Santé Marisol Touraine a affirmé que son ministère serait prêt "assez rapidement" à en lancer l'expérimentation et qu'un groupe y travaillait au sein de son administration.

Un œil sûr... (par Rash Brax)



Droits CMU-C/ACS : Ameli simule pour vous

Nouveau service proposé par l'Assurance maladie sur le site ameli.fr : une estimation de ses droits à une aide pour une complémentaire Santé. Pour être mieux remboursé, il est utile d'avoir une complémentaire santé. Il existe deux aides financières de l'Etat pour faciliter l'accès à une complémentaire santé : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Leur attribution dépend de la situation et de ses ressources de chacun. Ce service propose une simulation de droits CMU-C/ACS qui permet d'obtenir en ligne une estimation anonyme pour faciliter l'accès à une complémentaire santé CMU-C ou l'obtention d'une aide pour une complémentaire santé (ACS), afin d'être mieux remboursé des frais médicaux.

Plus d'infos sur <http://www.ameli.fr/simulateur-droits>

VIH : une chronologie sur le site de Sidaction

Près de 30 ans après la découverte du VIH, Sidaction a réalisé, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, un dossier qui permet de découvrir les grandes étapes de l'évolution du virus. Intitulé "Chronologie d'une pandémie : 30 ans de lutte", ce dossier est consultable sur le site de Sidaction sur

<http://chronovih.sidaction.org>

VIH et prisons : les ministères vont enfin travailler

Enfin, il était temps ! Les ministres de la Santé et de la Justice français ont annoncé le 1er décembre dernier la création de deux groupes de travail sur la santé en milieu carcéral. L'un de ces groupes sera consacré à "la suspension de peine pour raison médicale" et l'autre à "la prévention et la réduction des risques", a affirmé la Garde des Sceaux Christiane Taubira. Un "premier point d'étape" sera effectué dans "trois mois" lorsque les ministres présideront la commission mixte justice-santé. Les associations entendent être vigilantes d'autant qu'elles réclament depuis des années un vrai tournant en matière de réduction des risques (programmes d'échanges de seringues, etc.) La ministre de la Santé Marisol Touraine a, elle, rappelé, que les personnes en détention représentent une population "plus exposée aux risques que la moyenne des Français". Il faut donc "mettre l'accent sur la prévention et la protection", aussi bien au sujet des rapports sexuels que de la prise de drogues. En janvier 2012, l'Observatoire international des prisons (OIP) constatait dans un rapport que "les actions de prévention concernant les infections sexuellement transmissibles (IST)" restaient encore "insuffisantes" en prison, "un lieu à haut risque de contamination".

Lancement de l'édition 2012-2013 du Net Gay Baromètre

Le Net Gay Baromètre est une enquête qui se déroule tous les trois ans. Elle s'adresse aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) utilisant Internet pour des rencontres. Les participants (plus de 20 000 en 2009) y rapportent leurs expériences sur des sujets comme le développement ou le maintien de relations sociales, affectives ou sexuelles avec des partenaires rencontrés (ou non) sur Internet, les réseaux sociaux. Le nouveau Baromètre va aborder la bisexualité, la perception des comportements sexuels à risque, les discriminations dont la sérophobie. Enfin, l'état de santé des répondants durant les douze derniers mois fait l'objet de questions sur différents domaines : santé physique, mentale, vie relationnelle, sexuelle, addictions, etc.

Pour plus d'infos sur le Net Gay Baromètre et y participer (30 minutes) : <http://www.netgaybarometre.fr>



Pétition à Madrid : "Laissez les séropositifs conduire des taxis"

C'est incroyable, mais un règlement de la ville de Madrid interdit aux personnes vivant avec le VIH de conduire des taxis. A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, une pétition a été lancée et a recueilli, le premier jour, quelque 80 000 signatures contre ce règlement. "Cette disposition est un acte de discrimination contre ces personnes, inacceptable dans une société moderne et ouverte comme celle de Madrid" souligne l'organisation Cesida, citée par l'AFP, dans une pétition en ligne. Le règlement concernant les taxis madrilènes interdit aux personnes souffrant de "maladies infectieuses, transmissibles ou contagieuses" d'obtenir une licence pour conduire un taxi.

Prisonniers séropositifs : action en justice au Zimbabwe

Un Zimbabween séropositif qui s'est vu refuser des médicaments alors qu'il était en prison en 2011 a saisi la justice pour obliger les autorités à permettre aux personnes détenues d'avoir accès aux antirétroviraux. Vivant avec le VIH depuis dix-huit ans, ce militant veut améliorer le suivi médical des personnes en détention qui sont souvent privées de soins médicaux ou se voient régulièrement empêchées de recevoir des médicaments lorsqu'elles sont en garde à vue. C'est la première fois qu'une telle plainte est déposée.

Sérophobie : des femmes séropositives s'affichent

Le CRIPS Ile-de-France a choisi de cibler sa campagne 2012 sur le thème de "la sérophobie". Cette campagne est centrée sur la représentation de la personne touchée par le VIH/sida en montrant que des personnes traitées ne transmettent plus le VIH et ainsi de contrer la sérophobie. Après deux belles et fortes affiches lancées à l'occasion de la Marche des fiertés en juin dernier à Paris, voici de nouvelles affiches, cette fois avec des femmes séropositives. Cette seconde vague, tout comme la première, choisit de dépasser le discours habituel et dépassé qui ne montre et ne définit la personne séropositive que sous l'angle exclusif et limité de sa maladie. Cette campagne se décline maintenant avec deux nouveaux slogans : "Elle est séropo. Avec elle, je risque de... superbement vieillir", "Elle est séropo. Avec elle, je risque de m'engager dans un beau projet de vie".

Plus d'infos sur <http://www.lecrrips-idf.net>



Têtu + 2012/2013

La huitième édition du guide "Têtu + 2012/2013" est sortie. Elle est offerte avec le numéro daté de décembre 2012 du mensuel "Têtu". C'est l'unique guide sur le VIH et les hépatites diffusé par un média français. C'est un outil destiné aux hommes et aux femmes vivant avec le VIH ou une hépatite, ainsi qu'à leurs proches. Il fournit un ensemble d'informations, d'idées, de solutions pour vivre bien. Pour la première fois, il présente un cahier sur la santé sexuelle et la prévention. L'ensemble des articles, écrits par des journalistes spécialisés, est relu par un comité scientifique. Le guide comporte un cahier "Droits sociaux" qui répond à de nombreuses questions juridiques et un cahier "Traitements VIH et hépatites" auxquels ont contribué des militants de AIDES. A partir de janvier 2013, les associations qui en feront la demande auprès de l'INPES pourront recevoir le guide gratuitement.

Fin novembre 2012, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) organisait sa traditionnelle rencontre avec les principales associations de lutte contre le sida, à l'occasion de la publication des dernières données épidémiologiques. Voici quelques chiffres clés. Par Renaud Persiaux.

Surveillance du VIH et des IST : Quelques chiffres clés de 2012

Le nombre de découvertes de séropositivités au VIH se stabilise autour de 6 100 par an

Un chiffre global qui, comme chaque année, cache d'importantes disparités. Après plusieurs années de hausse, le nombre de découvertes de séropositivités se stabilise chez les gays/hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). En 2011, les gays représentaient 40 % des nouvelles découvertes de séropositivité, les hétérosexuels 60 % (parmi eux, deux tiers nés à l'étrangers, un tiers nés en France). Les personnes usagères de drogues représentant 1 % des nouvelles découvertes (un chiffre stable).

Le dépistage augmente, pas le nombre de dépistés séropositifs

5,2 millions de tests de dépistage en 2011, contre 5 millions les années passées, mais pas plus de nouvelles découvertes. Quant au motif des dépistages se révélant positifs, 33 % se font en raison de signes cliniques, 22 % pour une exposition récente, 20 % à l'occasion de bilans ou de grossesses (dépistage proposé

systématiquement) et 7 % de dépistage orienté (à partir d'un dépistage des hépatites, d'une arrivée d'un pays fortement touché, etc.).

14 % des gays n'ont jamais fait de test, alors que les rapports sans préservatifs sont nombreux

C'est une "proportion incompressible", a constaté Annie Velter (InVS), en présentant ce résultat issu de l'enquête Presse gay et lesbienne 2011, menée sur 61 sites LGBT et dans la presse gay (notamment "Têtu"). 11 281 gays/HSH y ont répondu. Parmi les gays questionnés, il y a 17 % de personnes se déclarant séropositives. Et aussi 14 % de personnes disant qu'elles ne connaissent pas leur statut sérologique. L'enquête montre que 58 % des personnes qui ne connaissent pas leur statut et 40 % des personnes jamais testées ne mettent pas la capote systématiquement. Et ce malgré une forte promotion de la capote dans cette population, promotion qu'il s'agit de maintenir évidemment, mais aussi de compléter par celle de nouveaux outils préventifs, et notamment le TASP (traitement comme prévention).





Guyane, département le plus touché

"La Guyane est le département le plus touché par le VIH, avec un taux de nouvelles contaminations (incidence) de 147 nouvelles contaminations pour 100 000 personnes, alors que l'Île-de-France est à 39/100 000 et le reste de la France métropolitaine est de 11/100 000", a expliqué Stéphane Le Vu (InVS). La Guadeloupe a un taux d'incidence un peu plus élevé que l'Île-de-France, tandis que la Martinique a un taux similaire à celui du reste de la France métropolitaine. Ne pas oublier les gays/HSH, qui sont aussi au moins touchés dans les départements français d'Amérique que dans les reste de la France, avec une incidence de 1000/100 000 (soit 1 %).

Encore 13 % de dépistage au stade sida et 28 % à moins de 200 CD4 !

Aucune progression en la matière depuis 2008, et ce alors que se multiplient les études soulignant que des prises en charge tardives ont un impact négatif sur l'espérance de vie et la qualité de vie. Alors que si on est dépisté et traité tôt, l'espérance de vie tend à rejoindre celle de la population générale. Plus tôt on sait, mieux c'est.

IST : ça augmente toujours !

Les cas de syphilis sont en augmentation sur les trois dernières années, et les gays et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes représentent 83 % des cas. La syphilis augmente surtout en dehors de l'Île-de-France où elle reste stable. 38 % des personnes chez qui on dépiste la syphilis sont aussi infectées par le VIH. D'où l'intérêt de combiner les offres de TROD (tests à résultats rapides d'orientation diagnostic), comme on espère pouvoir le faire (des tests VIH, syphilis, mais aussi hépatites B et C sont dans les cartons des fabricants).

La gonococcie ("chaude-pisse") augmente aussi, autant chez les hommes que chez les femmes, et la proportion d'hétérosexuels concernés augmente.

Les chlamydiae augmentent chez les hommes et les femmes, sachant qu'on a une proposition de dépistage systématique des femmes de moins de 25 ans à Paris.

3,75 %, c'est le montant des revenus de la taxe française sur les transactions financières qui va finalement être affecté à la solidarité internationale en 2013, dont la lutte contre le VIH/sida dans le monde. Ce choix politique est en opposition avec l'engagement de François Hollande d'affecter une

"grande partie de cette taxe au développement", déplorent plusieurs associations (AIDES, Coalition PLUS, Oxfam France) qui pointent "une baisse des crédits de l'aide publique au développement à hauteur de 200 millions.

Taxe sur les transactions financières : Des miettes contre le sida

« Les politiques veulent-ils la fin du sida ? » François Hollande juge la question "légitime" et "provocatrice". Il y répond d'ailleurs d'une formule : "Oui, la France veut la fin du sida et elle à s'en donnera tous les moyens." Cette question a constitué le fil rouge des XVII^{ème} Etats généraux des Elus locaux contre le sida. A cette occasion, le président de la République se fend d'un message vidéo, comme il l'avait fait à la conférence de Washington en juillet dernier, pour y rappeler les quatre "devoirs" de la France en matière de lutte contre le VIH/sida : l'un concerne les enjeux internationaux. Il y a un "devoir de solidarité. Car à l'échelle mondiale, ce sont les plus pauvres qui sont les plus vulnérables. C'est une injustice qui s'ajoute à d'autres, et elle est intolérable. C'est donc une des priorités que j'assigne à la politique de la France : contribuer à un accès universel aux traitements", explique-t-il.

Reste à savoir comment. La France a toujours eu un rôle essentiel dans la création de financements innovants pour le développement (la taxe sur les billets d'avion pour financer UNITAID⁽¹⁾, par exemple), souvent suite aux pressions des associations. AIDES, Coalition PLUS et d'autres défendent depuis 2008 la mise en place d'une taxe sur les transactions financières (ou taxe Robin des bois) dont le produit serait affecté au développement et notam-

ment à la lutte contre les grandes épidémies comme le VIH/sida. En différentes occasions (Sommet de Rio en juin 2012, Conférence de Washington en juillet), François Hollande s'engage "à ce que les recettes de cette taxe soient, pour une grande partie, reversées aux objectifs de développement". Volte face en septembre à l'ONU, François Hollande ne parle plus que de 10 % de la taxe reversée à la solidarité internationale, dont la lutte contre le VIH/sida.

Dans le projet de loi de Finances (PLF) pour 2013, le compte n'y est pas. Pire, le budget comprend des mesures inacceptables qui ne respectent pas la promesse présidentielle. "Non seulement il entérine le principe des 10 % reversés au développement, à la lutte contre les pandémies et à l'environnement, mais il prévoit également de le mettre en place progressivement sur 3 ans, si bien qu'en 2013, seuls 3,75 % devraient aller à la solidarité internationale, soit 60 millions d'euros : moins que la dernière super-cagnotte du Loto !", dénoncent AIDES et Coalition PLUS.

Si la déception et la colère sont si fortes, c'est parce que le gouvernement n'est pas à la hauteur des enjeux. En 2013, le VIH/sida tuera encore près de 17,7 millions de personnes. Le dernier rapport de l'ONUSIDA montre bien les effets d'une amélioration de

(1) UNITAID a été créée en 2006 par Jacques Chirac.

l'accès aux traitements anti-VIH : une réduction sans précédent du nombre de décès liés au VIH et une baisse du nombre de nouvelles infections. Mais aujourd'hui, 6,8 millions de personnes qui doivent avoir accès à un traitement n'en bénéficient toujours pas. Et le mauvais exemple donné par la France ne va pas améliorer cette situation. Ah oui, en conclusion de son message vidéo, fin novembre, François Hollande a ajouté : "Je vous l'assure, la France restera comme vous, mobilisée jusqu'à la victoire ultime, c'est-à-dire jusqu'à la fin du sida. C'est votre volonté, c'est mon engagement." Ça commence mal !

Jean-François Laforgerie



Des enjeux chiffrés !

A travers le monde, 2,5 millions de personnes ont été nouvellement contaminées par le VIH en 2011, selon les données de l'ONUSIDA. Depuis 2001, le nombre de personnes nouvellement infectées au Moyen-Orient et en Afrique du Nord a augmenté de plus de 35 %. En Europe orientale et en Asie centrale, il y a eu également une augmentation des nouvelles infections au cours de ces dernières années. En 2011, plus de 8 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement anti-VIH, mais 7 millions de personnes dont l'état de santé nécessite un traitement n'y ont toujours pas accès. L'ONUSIDA rappelle que 72 % des enfants vivant avec le VIH qui sont éligibles pour le traitement n'y ont pas accès. Enfin l'organisme international estime également que 4 millions de couples séro-différents (dont un partenaire vit avec le VIH) pourraient bénéficier d'un traitement anti-VIH pour protéger le partenaire séronégatif si les moyens financiers étaient à la hauteur. Pour que la lutte contre le VIH/sida soit efficace sur le plan mondial, il faut investir entre 22 et 24 milliards de dollars par an. En 2011, 16,8 milliards de dollars étaient disponibles pour la riposte au sida.

Il aura fallu plus d'un an de mobilisation des associations, de travail des agences officielles françaises pour que paraisse le décret relatif à l'approvisionnement en médicaments à usage humain. Objectif principal : prévenir les ruptures de médicaments dont les antirétroviraux en pharmacies. Problème, ce nouveau décret est loin de tout résoudre, comme le dénoncent les associations.

Ruptures : un décret bien vide

Le circuit de distribution des médicaments souffre régulièrement de dysfonctionnements qui entraînent des ruptures d'approvisionnement en médicaments humains." De qui ce constat ? Des pouvoirs publics eux-mêmes puisqu'ils l'écrivent dans le texte du décret publié le 28 septembre dernier au "Journal officiel". Pourtant, ce ne sont pas eux qui, les premiers, ont identifié le problème... il y a maintenant près de trois ans. Ce sont les personnes prenant des médicaments anti-VIH, qui ont subi les effets de ces ruptures de stock ; des ruptures provoquant parfois des interruptions de traitement. Un premier cas, puis un second, d'autres qui s'accumulent et sont signalés aux associations, dont AIDES, conduisent ces dernières à monter au front. Ce sera le TRT-5 (collectif interassociatif sur les traitements et la recherche thérapeutique dont AIDES est membre) qui traitera le dossier. Il décide, pour donner une image juste de l'ampleur du problème et de l'impact de ces ruptures sur la vie des personnes, de créer un observatoire des ruptures d'approvisionnement que subissent les personnes vivant avec le VIH. Les données ainsi recueillies permettent aux associations de mobiliser les autorités de santé sur ce sujet.

Que dit le nouveau décret ?

Le décret s'adresse aux laboratoires pharmaceutiques, aux exploitants se livrant à l'activité de grossistes-répartiteurs

(qui livrent les pharmacies), aux pharmacies hospitalières et aux officines de ville. Soit toute la chaîne de commercialisation et de diffusion du médicament en France. Objectif ? Prévenir les ruptures d'approvisionnement en médicament. Pour cela, le décret stipule que "tous les exploitants doivent approvisionner tous (...) les grossistes-répartiteurs afin de leur permettre de remplir leur obligation de service public de manière à couvrir les besoins des patients en France". Il instaure des centres d'appel d'urgence (mis en place par les laboratoires) qui permettent aux pharmaciens (hôpitaux comme ville) et aux grossistes-répartiteurs de signaler les problèmes d'approvisionnement ... mais ils existent déjà. Chaque recours d'un professionnel à un de ces centres d'urgence doit être signalé à l'Agence régionale de santé. Le décret définit aussi concrètement ce qu'est une rupture d'approvisionnement : c'est "l'incapacité pour une pharmacie (...) de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures. Ce délai peut être réduit à l'initiative du pharmacien en fonction de la compatibilité avec la poursuite optimale du traitement du patient." Heureusement, car ce délai de 72 heures n'est pas compatible avec la prise de médicaments anti-VIH qui nécessitent une prise régulière.

Pour cela, le décret oblige les centres d'appel d'urgence à s'organiser "de manière à prendre en charge à tout moment les ruptures d'approvisionnement et à permettre la dispensation effective du médicament manquant."



Les associations mécontentes

Le 4 octobre dernier, Le TRT-5 réagit par communiqué : "Les malades toujours seuls face à la pénurie" et dénonce un "déchaînement d'intérêts corporatistes", débouchant sur "un décret sans aucun impact". Pour le TRT-5, le décret n'apporte rien de neuf. Il est, selon le collectif, un "simple rappel de la loi existante – qui a montré ses nombreuses lacunes" témoignant "de l'impuissance des pouvoirs publics à agir pour protéger les malades, au plus grand bénéfice des industries du circuit du médicament (firmes pharmaceutiques, grossistes répartiteurs)". "Principal problème : il ne crée pas un statut particulier à une liste restreinte de médicaments à intérêt thérapeutique majeur (pour lesquels l'observance est importante), non substituables (antirétroviraux VIH, traitements contre les hépatites B et C, anticancéreux, cardiotoniques, immunosuppresseurs) pour limiter leur exportation hors du territoire national. La colère est d'autant plus forte que cette proposition est défendue de longue date et semblait "largement partagée avec les autorités sanitaires. "Ce sont, en effet, notamment les exportations (faites par les grossistes-répartiteurs) hors de France, mais limitées à l'Union européenne, qui créent des tensions dans l'approvisionnement et de plus en plus souvent des ruptures sur certaines spécialités. Le dispositif

défendu par le TRT-5 aurait permis, par exemple, de sécuriser des stocks de médicaments et d'encadrer plus sérieusement les exportations. Pas d'exportations à l'étranger pour des raisons purement financières et spéculatives si cela fragilise l'approvisionnement national. Bref, la santé publique contre les profits commerciaux.

La ministre Interpellée

Le TRT-5 demande à la ministre de la Santé, Marisol Touraine de s'engager publiquement à compléter et corriger rapidement le dispositif législatif. Selon l'APM (Agence de presse médicale), la ministre s'est engagée, début octobre, à "sécuriser l'approvisionnement des médicaments indispensables", promettant "d'aller encore plus loin en passant par la loi" et de mettre en place un comité de surveillance ad hoc. La colère des associations rejoint le scepticisme des représentants de syndicats de pharmaciens. Interrogés par la presse, ils se montrent prudents sur la capacité du décret à mettre fin aux ruptures constatées en officine.

Jean-François Laforgerie
Illustration : Yul Studio

En étant femmes séropositives, se pose la question de la maternité.

Comment ces femmes ont-elles mis en œuvre leur désir d'enfant au fil des années et des évolutions thérapeutiques ? L'opinion stricte et fermée des années 80-90 a-t-elle vraiment évolué dans les années 90-2000 ? Qui sont ces mères ? Qui sont ces femmes ? Portraits et témoignages.

Séropositive et maman :

Nos parcours, nos combats

Le désir de concevoir un enfant n'est pas une affaire simple lorsque l'on est séropositive. Cependant, en vingt ans, la donne a considérablement changé ; elle rend possible ce qui était considéré dans les années 80 comme impensable voire tabou. Sous la pression des professionnels de santé, nombre d'interruptions "volontaires" de grossesse avaient lieu. Le discours de l'époque renvoyait trop souvent les femmes séropositives à une cruelle réalité. Pour la majorité du corps médical, mettre au monde des enfants malades" ou de futurs orphelins, relevait de l'inconscience. Pour avoir bravé cet interdit, des femmes se sont vu jugées et maltraitées. Dans les témoignages de ce dossier, l'impensable reste aujourd'hui solidement ancré dans l'esprit de ces femmes : "S'ils avaient pu me stériliser ils l'auraient fait" ; "J'ai l'impression qu'ils ont pris la décision pour moi" ; "Je me voyais donner la mort"... Bien sûr, la vie d'un enfant né séropositif s'avérait parfois insurmontable ; trouver une crèche accueillante et compréhensive, puis une école relevait du défi. Faire suivre son enfant à l'hôpital mois par mois, prise de sang par prise de sang, parfois pratiquées sur le front, était une torture pour les parents et leur enfant. Certaines femmes traumatisées par leur gynécologue n'ont plus jamais franchi la porte réservée à cette spécialité, d'où un suivi inexistant aujourd'hui encore. La méconnaissance de la maladie a eu pour conséquence de faire des femmes blessées, isolées, mais qui n'entendent pas pour autant être oubliées. Bienheureusement la donne est différente maintenant, elle est bienveillante et s'appuie sur des traitements efficaces, du dialogue, du soutien. En France, environ 1 500 femmes porteuses du VIH accouchent chaque année d'un bébé en bonne santé grâce aux médicaments et à un bon suivi médical, même si l'angoisse pour la maman reste palpable.

Aujourd'hui être séropositive et maman : c'est très compatible ! Avec ce dossier, nous avons voulu montrer, à travers nos parcours, ce que nous avons connu, subi, vécu, montrer aussi l'évolution qui s'est produite, parler enfin de cette question si personnelle, si intime : être femme, séropositive et vouloir être mère.

Dossier réalisé par Annie, Carole, Natalie et Vanessa.

Remerciements à Maya pour sa participation.



Natalie : "L'amour est l'essence de ma vie"

"Aujourd'hui, j'ai 41 ans. Ma vie de femme a commencé à 14 ans. J'ai quitté ma famille pour Paris. J'y ai suivi un homme, Fabrice, de six ans plus âgé que moi. Il a été mon premier amant, premier mari et premier "père" (...) Pour ma part, j'étais heureuse, innocente, insouciant : ce que je croyais être la vie ! Mais j'ai découvert qu'il avait une deuxième maison avec une femme de vingt ans plus âgée que nous, qui était, soit disant, ma meilleure amie. Il ne faisait pas qu'avoir des rapports sexuels avec elle, il lui payait ses factures et l'aimait. Lorsque j'ai tout découvert, j'ai explosé d'être trahie, bafouée, humiliée parce que son "kif", c'était de nous avoir toutes les deux (...) J'ai découvert, un mois après notre rupture, que j'étais enceinte de trois mois et demi. Mais ce n'était que le début d'un choc psychologique et physique car la sensation d'abandon m'a fait perdre tous mes repères. La douleur et la peine m'ont fait perdre mon fils que j'ai déjà appelé Mickaël à cinq mois et demi de grossesse.

(...) En 1990, j'ai quitté Paris pour revenir au soleil, près de la mer et aussi de ma famille. Ma fierté et mon honneur, c'est que je n'ai rien demandé, ni rien reçu d'eux. J'ai pris un appart, un boulot et puis le destin a mis sur mon chemin Filou. Le même âge, une ressemblance troublante entre nous, une passion, un amour brûlant. Il avait eu beaucoup d'aventures, avait sniffé de la cocaïne, fumé des pétards et il était très mince.

"Le sida ne passera pas par moi".

Slogan informant que les hétéros sont touchés par ce virus. On part faire un test dans un CIDAG de Marseille, rue Saint Adrien ; une semaine après, on revient. Il passe en premier et ressort sourire aux lèvres : "J'ai rien !"

J'entre persuadée que pour moi ça sera pareil. Le médecin me dit : "Il y a un problème dans vos analyses".

Moi : "Merde, mon diabète est revenu"... j'avais demandé de faire cette analyse en plus.

Le médecin : "Non, vous êtes porteuse du sida !"

Moi : "C'est impossible. Mon compagnon n'a rien ; je n'ai eu que deux hommes dans ma courte vie. J'ai 20 ans et je suis en bonne santé. Vous vous êtes trompée de tube ! Recommencez ce test ! C'est pas moi !" Il s'exécute (...) Une semaine plus tard, je reviens seule chercher les résultats : POSITIF !

Le médecin me répète : "Vous êtes porteuse du sida".

Je pars à mon travail comme un robot. Le ciel me tombe sur la

tête. Le sol s'ouvre sous mes pieds. Je veux mourir maintenant ! Je pars dans une crise d'hystérie, mais je rentre chez moi retrouver mon Filou. Je lui dis tout. Il me dit que l'amour est plus fort que tout, que je ne vais pas mourir, qu'il m'aime, qu'il veut se marier et me faire des enfants.

Pour moi, c'est le choc, je ne veux que MOURIR !

C'est grâce à lui aujourd'hui que je vous parle car cet homme m'a emmenée à l'hôpital Sainte Marguerite, au CISIH à Marseille. Il m'a nourrie, m'a donnée mon AZT toutes les 4 heures, m'a lavée, habillée, maquillée pendant un an, mais surtout il m'a aimée.

Les médecins du CISIH nous interdisaient plein de choses, mais surtout de faire un enfant.

Pendant quatre ans, on s'est aimés, battus, mais le VIH est vicieux ; mon bilan s'est effondré et là je croyais mourir. J'ai dit à Filou que je ne l'aimais plus, croyant qu'il continuerait sa vie sans moi et surtout qu'il ne me verrait pas mourir. Mais le destin est cruel et lui n'a pas supporté que je le quitte. Il s'est suicidé après notre rupture, la veille de la Saint Valentin. Sa mort a été aussi un peu la mienne (...)

Il y a deux ans, moi qui ne croyais plus à l'amour, qui ne pensait plus qu'un homme m'aimerait et que j'aimerais, avec qui je partagerai ma vie, j'ai eu un bel imprévu : mon amour Eric, intelligent, gentil, humain, attentionné et tolérant.

Je lui ai dit dans la semaine de notre rencontre avant de vrais rapports intimes (même si on s'était câlinés), me sachant avec une charge virale indétectable et pas contaminante (rapport Hirschel). Je lui ai laissé le choix d'accepter ou pas. Il a dit oui, en posant des questions sur moi et sur le VIH. Tous les deux, nous n'avons pas voulu d'enfants. Aussi parce que la peur pour moi de contaminer mon enfant aurait été inacceptable. Il y a un an, des aménorrhées plus une endométriose sévère, plus un papillomavirus, associés à des douleurs pré-ménopause m'ont fait prendre la décision de faire une hystérectomie totale.

Alors voilà, c'est mon destin. Il y aura toujours un vide en moi (...)

Toi Eric, amour de ma vie, tu es le meilleur médicament et mon avenir. "





Vanessa : "Je survis, je vis !"

"Il y a deux ans, à l'aube de mes 30 ans, ma vie bascule. Fatigue, douleurs diverses et variées. Tous les symptômes de la terre ! Que se passe-t-il ?

Le diagnostic tombe et le médecin traitant m'annonce que mon test VIH est positif. Je n'y crois pas. C'est impossible. Je pleure. Je m'effondre. Ma vie, mes rêves basculent. Je voulais me marier et avoir des enfants, maintenant je veux mourir.

Le médecin me résonne. Il me faut un suivi à l'hôpital. J'ai besoin de temps, mais accepte car je suis tutrice de ma sœur âgée de 17 ans et ce depuis 10 ans et je ne veux pas lui faire revivre un autre traumatisme car nous

avons déjà perdu notre mère.

Alors mécaniquement, je fais ce que les médecins me disent. Je survis.

Et puis le besoin de comprendre ce qui se passe dans mon corps, me fait me documenter et aussi pour expliquer à ma sœur car je ne lui cache rien.

La peur de tout. De contaminer surtout. Je ne veux plus de relation. Plus d'homme dans ma vie. C'est fini. Il me faudra un an avant d'avoir de nouveau des relations. Et un jour, ma sœur me dit : "Tu peux avoir des enfants quand même... je l'ai lu sur Internet !" Mais pour moi, avoir un enfant, c'est lui donner toutes les chances au

départ pour qu'il aille bien et 1 % de risque de contamination (1), c'est déjà trop... Le VIH a été violent face à mon corps sans défense... Dois-je prendre un tel risque et entraîner un être innocent ?! Je trouve le pari risqué. Aujourd'hui, la question ne se pose pas tellement car je n'ai pas de compagnon et que ce n'est donc pas d'actualité ! Pas question d'avoir un enfant toute seule, c'est sûr ! Quand je me projette dans dix ans, je ne me vois pas spécialement avec un enfant. Ce n'est pas une fatalité. Quoi qu'il arrive, ma sœur restera l'enfant que je n'ai pas eu. Pas la peine de l'avoir portée pour se sentir mère.

Carole : "Mon désir d'enfant plus fort que tout"

Carole a appris sa séropositivité au cours d'un avortement. Elle avait 23 ans. C'était en février 1989. Il s'agissait de sa deuxième grossesse. Son fils, M., avait alors 8 mois et le test VIH n'avait pas été réalisé pour cette première grossesse. C'est juste avant l'anesthésie, allongée sur la table d'opération pour l'IVG que Carole apprend sa séropositivité. A son réveil, elle hurle. Ne comprend pas. Ne sait pas de quoi il s'agit. Elle croit qu'elle va mourir.

Mais le médecin, son gynécologue, la rassure sur sa durée de vie tout en restant très évasif, et peu concerné ; il ne lui donne aucune information supplémentaire. Le cauchemar se poursuit en rentrant de l'hôpital car il faut faire contrôler M., son bébé. M. a les anticorps du VIH et à cette époque, il faut attendre 24 mois avant d'être certain que l'enfant soit séronégatif. 24 mois au cours desquels Carole ne vit plus. On lui conseille de préparer un testament et de faire une délégation d'autorité parentale de M. à ses parents. Pour se faire, il faut passer par la justice. Une enquête est menée par les gendarmes peu compréhensifs qui pensent alors que Carole abandonne son enfant.

24 mois au cours desquels Carole dort près de M. de peur de le perdre et pleure dès qu'elle voit un autre enfant pensant qu'elle ne verra jamais le sien grandir.

24 mois de déchirement de voir son enfant malade, de culpabilité et de reproches envers elle-même. Et puis le diagnostic arrive enfin : M. est séronégatif. Carole peut enfin revivre et prendre sa santé en main. Elle rencontre un médecin qui lui conseille d'aller voir des malades du sida afin de se faire à l'idée de ce qu'elle va devenir ; ce qu'elle refuse.

Pourtant, elle connaîtra ces ravages en accompagnant sa meilleure amie décédée en un an du sida dans un hôpital qu'elle décrit comme un mouiroir dans une ambiance macabre. Aujourd'hui, Carole sait que ça ne lui arrivera pas. Notamment grâce à son traitement antirétroviral. Dès 1990, Carole prend de l'AZT. Elle rencontre quelqu'un avec qui elle désire un autre enfant. Mais ils subissent un interrogatoire du personnel soignant de la maternité de l'hôpital Port-Royal à Paris du type : "Allez-vous abandonner votre enfant s'il est séropositif car c'est une chance que M. soit séronégatif ?". Ils sont incités à ne pas avoir d'enfant car, selon les médecins, la probabilité d'avoir un enfant séronégatif est "nulle". A la sortie de l'hôpital, l'ami de Carole doute. Il a besoin de temps pour réfléchir.

Au bout de plusieurs mois, Carole et lui essaieront à nouveau d'avoir un bébé ; cette fois de manière artisanale à leur domicile. Mais à force de tentatives infructueuses, ils finiront par abandonner. Carole n'aura jamais d'autre enfant. Son désir de maternité est intact. Une hystérectomie vient mettre un terme définitif à son désir d'enfant. Pour elle, sa grossesse et sa maternité lui ont été volées par ces premières années passées auprès de son fils à l'hôpital alors qu'elle-même était souffrante. Elle pensait que son fils, le père de son fils et elle allaient mourir et c'est à sept ans que M. demande à sa maman s'il existe un cercueil pour deux. Aujourd'hui, Carole et M. vont bien. M. a 24 ans et parle peu de la séropositivité de sa maman. Carole est très entourée par ses proches, personne ne l'a laissée tomber.

Elle vit avec L. et les trois enfants de celui-ci.

(1) Ce taux de 1 % est dû aux femmes qui ne prennent pas de traitements pendant leur grossesse. Selon les études, le risque est inférieur à 1 %, il était de 20 % en 1994.

Maya : "Une charge virale sur pattes"

Entre 1980 et 1995, Maya a subi plusieurs interruptions volontaires de grossesse très traumatisantes. Porteuse du VIH et de l'hépatite C, toxicomane, les médecins ne lui laissent aucun espoir. Jugée par le corps médical et contrainte à entendre le ton moralisateur de l'époque, elle est réduite à un état de culpabilité morbide. Pas d'enfant lorsque l'on est séropositive au VIH et toxico de surcroît ! Discours repris ostensiblement par sa mère. Les propos de ses médecins martelés en forme d'interdiction, gravent l'empreinte "d'interdit" en rouge dans son esprit.

L'exemple d'une amie accouchant seule dans une pièce en 1983 à l'hôpital Claude Bernard à Paris, la conforte irrémédiablement dans ses choix : s'en remettre à la décision du médecin.

En 1986, dix jours après une nouvelle IVG imposée, Maya se défé- nestre. Elle restera deux ans à l'hôpital, à jamais marquée dans son corps et dans son esprit. Maya n'a jamais refusé d'être mère, elle n'a pas pu. Malgré les avancées thérapeutiques, elle ne se documente pas, ne cherche pas à savoir. La pression du corps médical a été si forte que Maya reste imprégnée de culpabilité,

de non-dits, elle ne peut pas enfanter. Ses actes, ses sentiments, son cœur restent entravés par cette "interdiction" et les prédictions cauchemardesques des médecins.

Pourtant, Maya se marie, et reste dix ans à Lausanne avec un homme qui l'aime et souhaite véritablement un enfant. Mais Maya se sent comme "une charge virale sur pattes" ; l'interdit est plus fort que tout. Repliée sur elle-même, elle quitte le foyer, son mari, sa vie, pour entamer une nouvelle existence, seule, avec tout à reconstruire. Cela a pour effet de bouleverser totalement sa vie ; elle frôle aujourd'hui encore la précarité.

Si seulement un médecin avait su lire en elle et la délivrer de tous ces sinistres avertissements, elle ne s'en voudrait pas aujourd'hui. Pour Maya ne pas avoir eu d'enfant est le plus lourd regret que porte son cœur. Pour Maya, être sans enfant, c'est supporter un trou béant que rien ne peut remplir et elle en souffre. Récemment Maya a perdu sa mère, n'est plus fille de, et pas mère de, elle ne sait plus où sont ses repères.

Annie : "J'ai vécu deux grands combats"

Annie a appris sa séropositivité en 1989. A cette époque, elle a un nouveau compa- gnon, et est déjà maman de deux jeunes garçons de 6 et 9 ans issus d'une première union.

Annie a précédemment subi un douloureux et traumatisant évènement en perdant son premier enfant tout juste né ; l'annonce de sa séropositivité s'avère être un deuxième choc qui la jette, une nouvelle fois, à terre. En 1994, Annie se retrouve devant une grossesse non attendue. Son compagnon est séropositif lui aussi et la peur du futur est vécue quotidiennement.

Annie se bat car elle a déjà deux garçons, mais le souvenir du petit être qu'elle a perdu la pousse à prendre la décision de garder ce bébé.

Son gynécologue et son médecin traitant sont contre cette grossesse, mais Annie lutte encore et encore avec l'intime conviction qu'elle prend la bonne décision. Elle est mise sous AZT et est suivie à la maternité de l'hôpital Port Royal à Paris tous les mois. Son suivi est très bien assuré, et son accouchement se passe sans incident avec une équipe médicale qui la dorlote. Un petit garçon voit le jour, F., fierté de sa maman.

F. est mis immédiatement sous AZT ; il doit être traité toutes les trois heures pendant un an. Son suivi médical se déroule à Port Royal, Annie est très entourée par l'équipe. Malgré tout l'angoisse est omniprésente. Annie a déjà perdu un enfant et le souvenir de celui-ci reste vif aussi elle est certaine

que F. sera sauvé.

Au bout de 12 mois, F. s'avère séronégatif. Annie le vit comme une seconde nais- sance. La vraie naissance, sans peur et pleine d'émotions.

En 2004, Annie perd son compagnon. F. est mis sous Depakine ; il fait des crises d'épi- lepsie peut-être dues à la prise d'AZT. Il sera traité pendant 10 ans.

Annie a raconté très récemment, avec beaucoup de délicatesse, son histoire à F. F, à 17 ans, a appris la séropositivité de sa mère, la véritable raison du décès de son père, et la chape de plomb qui a hanté son enfance. Sans enfants, Annie ne se serait jamais battue. Sa force est puisée dans l'existence de ses trois garçons dont elle est très fière et qui sont omniprésents pour elle.

>> Hiver-2012

REMAÏDES

#14
QUÉBEC



La Cour suprême statue :
condom et charge
virale faible obligatoires

>> Sommaire

REMAIDES Québec #14

Comité de rédaction : Olivier Dumoulin, Yves Lavoie, René Légaré, Laurette Lévy, Corinne Parmentier.

À la mémoire d'Albert Martin, membre du comité de rédaction mort du sida.

Collaboration spéciale : Bruno Lemay

Relecture des textes : Jean-François Laforgerie, Yves Lavoie, Laurette Lévy, Michel Morin.

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

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

Mise en page : Exosphere zone créative,
www.exosphere.ca

Photos et illustrations, avec nos remerciements :
Olivier Dumoulin : olivier.dumoulin@videotron.ca ,
Nos chaleureux remerciements à Olivier pour sa précieuse collaboration et ses magnifiques 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.

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 et collaborateurs 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.

Ayant favorisé la création de Remaides Québec, nous remercions

Relations
internationales

Québec



III

Edito

Devons-nous nous réjouir ou nous insurger ?

Par l'Équipe éditoriale de Remaides Québec.

IV

Actus

Quoi de neuf doc ?

VI

Hommage

À mon ami Léo-Paul

VII

Actus

Le traitement antirétroviral :
stratégies de traitement



VIII

Dossier

La Cour suprême statue : condom et charge virale faibles obligatoires pour éviter la prison

Quel impact la décision de la Cour suprême a-t-elle dans ma vie de tous les jours ? Une question que plusieurs doivent se poser depuis le 5 octobre dernier lorsque la Cour suprême a rendu son verdict dans deux cas de criminalisation du non-dévoilement du VIH. Stéphanie Claivaz-Loranger, avocate et coordonnatrice du programme Droits de la personne et VIH/sida à la COCQ-SIDA, nous présente les grandes lignes de cette décision.

XIV

Témoin

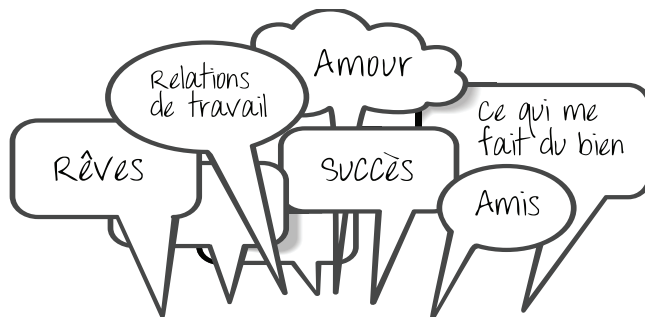
Édith

"Il y aura toujours quelqu'un"

XV

Ici et là

Infos en bref



Vous avez la parole...

Prenez-là !

Écrire à Remaides Québec au 1, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2X 3V8
ou à remaides@cocqsida.com

Devons-nous nous réjouir ou nous insurger ?

Edito <<

REMAIDES Québec #14

Le 5 octobre dernier, la Cour suprême du Canada a rendu son jugement dans les causes D.C. ou Diane (voir *Remaides* N°69, automne 2008) et Mabior. Tout le milieu VIH attendait avec impatience ce jugement qui, advenant une décision favorable, aurait pu mieux encadrer les poursuites au criminel de personnes vivant avec le VIH. Malheureusement, c'est la déception qui a été au rendez-vous dans le milieu communautaire. Tandis que plusieurs professionnels de la santé saluaient cette décision qui, de leur avis, tenait enfin compte des données scientifiques. Que faut-il en penser ?

En résumé, ce jugement maintient qu'il est toujours possible d'être poursuivi au criminel lorsqu'il y a un "risque significatif" de transmission du VIH (voir p. XIII) et que la personne séropositive ne dévoile pas son statut à son partenaire. Il ajoute que ce risque devient négligeable lorsque la personne vivant avec le VIH porte un condom et maintient sa charge virale indétectable ou en deçà de 1 500 copies/ml de sang. De cette décision, selon nous, découlent quatre faits importants que toute personne séropositive doit connaître.

Premièrement, il est toujours possible d'être poursuivi au criminel pour agression grave, et ce, même s'il n'y a pas eu transmission du VIH. Sur ce point, nous aurions aimé que les juges tiennent compte des faits scientifiques et statuent que les poursuites pour agression grave ne peuvent être invoquées, car l'infection au VIH ne représente plus une sentence de mort et que, dans certaines circonstances, il est possible de ne pas le transmettre. Cela n'empêcherait pas les poursuites, mais du moins éviterait des sentences disproportionnées par rapport aux faits reprochés.

Deuxièmement, la Cour suprême considère que le condom n'offre qu'une protection partielle et que c'est seulement combiné à une charge virale en deçà de 1 500 copies que le risque de transmission devient non significatif. Elle rejette ainsi le message de prévention telle que défini, reconnu et communiqué par la Santé publique : le condom est une barrière efficace à l'infection au VIH. Que faire devant ce double standard ? Qui écouter ? On se fie à son médecin ou à son avocat ?

De plus, maintenant, port du condom et charge virale très basse sont les deux éléments que toute personne séropositive devra démontrer en cour pour être acquittée. Vous vous dites sûre-

ment que la charge virale est une preuve assez facile à démontrer. En effet ! Cependant, pour le port du condom, c'est toujours à la personne vivant avec le VIH de prouver qu'il a été utilisé. N'oublions pas que les jugements passés ont fortement penché en défaveur de la personne séropositive et que très souvent le système judiciaire la tenait pour coupable avant même qu'elle ne subisse son procès. Ce biais ne disparaîtra pas à cause de cette nouvelle décision. En tant que personne séropositive, vous serez toujours obligé de démontrer à la cour qu'il y a eu port du condom.

Finalement, ajouter la charge virale à l'analyse judiciaire a un impact direct sur les discussions en cours à propos du traitement comme outil de prévention. De plus en plus, la Santé publique et plusieurs professionnels de la santé considèrent que traiter le plus tôt possible les personnes séropositives permettrait de ralentir la progression de l'épidémie. Ce qui est une bonne chose en soi. Cependant, de plus en plus de professionnels de la santé évoquent le bien de la communauté au détriment de la santé de l'individu. Avec le temps, les personnes vivant avec le VIH subiront-elles plus de pression pour commencer un traitement ? Cette décision n'ouvre-t-elle pas la porte à une obligation pour tous les séropositifs d'être traités ? Qu'en est-il de ceux qui ont une charge virale détectable au-delà de 1 500 copies et dont le nombre de CD4 reste toujours au-delà de la norme établie pour commencer un traitement ? Seront-elles reconnues coupables ?

Nous avons donc plus de questions que de réponses. L'ouverture de la Cour suprême aux nouvelles données scientifiques semble être un pas dans la bonne direction, mais malheureusement ce nouveau jugement ne vous protège toujours pas de poursuites criminelles injustes et inappropriées.

L'équipe éditoriale

Nous tenons à souligner l'acquiescement de Diane (D.C.). Cela doit être pour elle un grand soulagement. Nous lui souhaitons un avenir serein. Enfin !



Bruno Lemay du Portail VIH/sida du Québec a assisté à la 19^e conférence internationale sur le sida à Washington, en juillet dernier. Il nous présente trois faits marquants de cet événement d'envergure dans le monde du VIH/sida. Découvrez un autre article de Bruno en page VII.

Quoi de neuf doc ?

Bithérapie maraviroc et atazanavir/ritonavir

Le maraviroc est un inhibiteur du co-récepteur CCR5 habituellement utilisé en combinaison avec deux autres antirétroviraux (trithérapie) pour traiter les personnes séropositives ayant un tropisme CCR5 (voir *Remaides* N°77). Une étude a tenté de démontrer l'efficacité du maraviroc en combinaison avec non pas deux autres médicaments, mais seulement un, soit l'atazanavir potentialisé avec le ritonavir (atazanavir/r). 121 personnes n'ayant jamais eu de traitement auparavant (personnes naïves) ont reçu soit cette bithérapie avec le maraviroc, soit une trithérapie incluant le Truvada et l'atazanavir/r. Cette étude se démarque puisqu'elle n'utilise pas de nucléosides (INTI). Après 96 semaines, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes quant à la réduction de la charge virale ou l'augmentation des CD4. Aucune résistance ou changement de tropisme n'est apparu dans le groupe prenant le maraviroc qui se veut efficace et durable lorsque combiné avec l'atazanavir/r. Une étude semblable est également en cours pour déterminer l'efficacité d'une bithérapie incluant le maraviroc et le darunavir/r.

L'étude SPIRIT

La simplification des thérapies antirétrovirales peut grandement améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH tout en facilitant l'adhésion aux traitements. Complera est une nouvelle combinaison de trois médicaments, FTC-rilpivirine-tenofovir, dans un seul comprimé. L'étude SPIRIT est la première qui a évalué le transfert (switch) d'une thérapie à base d'inhibiteur de la protéase vers cette combinaison simple et unique. 476 personnes séropositives expérimentées (ayant déjà reçu des antirétroviraux) et n'ayant pas de résistance ont, soit maintenu leur thérapie à base d'inhibiteur de la protéase, soit été transféré au Complera. Après 24 semaines, la réduction de la charge virale et l'augmentation des CD4 ont été similaires dans les deux groupes démontrant que Complera est aussi efficace qu'une combinaison à base d'inhibiteur de la protéase. De plus, le groupe de personnes vivant avec le VIH prenant Complera a obtenu une réponse favorable au niveau de leur profil lipidique (triglycérides et cholestérol).





Elvitégravir, une fois par jour

Les résultats après 96 semaines d'une étude sur elvitégravir, un nouvel inhibiteur de l'intégrase, qui doit être pris seulement une fois par jour, ont été présentés à la conférence. Lorsque comparé au raltégravir (le premier inhibiteur de l'intégrase), elvitégravir a démontré une efficacité similaire pour les 700 personnes séropositives expérimentées de l'étude. Le profil de résistance était similaire dans les deux groupes. Une étude sur l'efficacité d'elvitégravir chez les personnes n'ayant jamais pris de traitement est en cours.

Se faire vacciner contre le pneumocoque

Vivre avec le VIH, c'est vivre avec une maladie chronique. À travers le temps et à certains moments, l'infection au VIH augmente la vulnérabilité à d'autres infections, dont les infections à pneumocoque. Chaque année, les infections à pneumocoque touchent des dizaines de milliers de personnes au Québec, surtout les plus âgées ou celles qui vivent avec une maladie chronique.

Le pneumocoque est une bactérie qui s'attaque au système respiratoire. Très souvent, lorsqu'une personne est atteinte d'une infection à pneumocoque, elle doit passer de longues journées de convalescence à l'hôpital ou à la maison. Cette infection peut causer de graves complications comme une méningite

(infection du cerveau), une pneumonie (infection des poumons) ou une bactériémie (infection du sang). Certaines infections à pneumocoque, plus rares, laissent des séquelles permanentes telles que la surdité ou des dommages au cerveau et, dans très peu de cas, elles peuvent entraîner un décès.

La vaccination est un bon moyen de se protéger contre les infections à pneumocoque. Au Québec, le vaccin est offert gratuitement aux personnes vivant avec le VIH. Vous pouvez être vacciné à n'importe quel moment de l'année. Chez les adultes, habituellement, une seule dose du vaccin suffit pour être protégé à vie. Il est recommandé d'en parler avec son médecin.

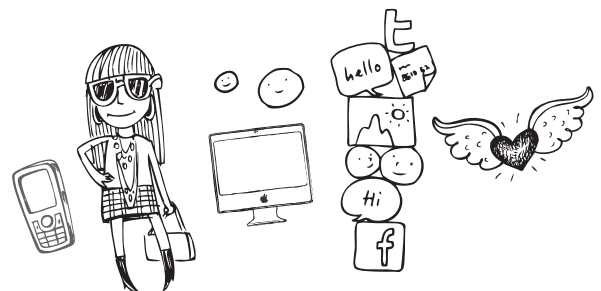
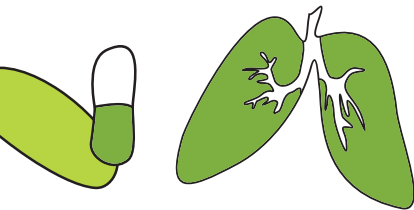
Plus d'infos sur :

www.msss.gouv.qc.ca/pneumocoque

De nouveaux médicaments à l'étude

Cette liste a été présentée par le Dr Roy Gullick, de l'Université Cornell aux États-Unis.

- Elvitégravir, un nouvel inhibiteur de l'intégrase est présentement étudié chez les personnes expérimentées (ayant déjà pris des antirétroviraux) alors que le dolutégravir, un autre inhibiteur de l'intégrase, est à l'étude autant auprès de ceux qui sont naïfs (n'ayant jamais reçu d'antirétroviraux) qu'expérimentés.
- Le Cobicistat est un nouvel agent qui potentialise les antirétroviraux tout comme le ritonavir (Norvir).
- De nouveaux nucléosides (INTI) prometteurs sont à l'étude (le GS 7340 et le BMS 986001) et sembleraient causer moins de toxicité que les molécules présentement sur le marché.
- Un premier inhibiteur d'attachement au CD4 qui cible la protéine GP-120 est à l'étude en phase 2b (recherche auprès d'un grand nombre de personnes séropositives).
- Le cenicriviroc est un nouvel inhibiteur de CCR5 (comme le maraviroc) aussi étudié en phase 2b.
- En plus d'Atripla et du Complera, les combinaisons de médicaments en un seul comprimé, une fois par jour, font l'objet de plusieurs études puisqu'elles facilitent l'adhésion. En voici quelques-unes :
 - Ténofovir-FTC-elvitégravir-cobicistat
 - GS 7340-FTC-darunavir-cobicistat
 - Abacavir-3TC-dolutégravir



Au début du printemps dernier est décédé Léo-Paul Myre. Léo-Paul était un des piliers du mouvement communautaire québécois de lutte contre le VIH/sida. Au travers de l'hommage que lui rend son ami Jacques, nous saluons son exceptionnel engagement.

À mon ami, Léo-Paul

*Il y a de ces hommes qu'on ne devrait jamais perdre.
Mais tout à coup, sans crier gare,
Ils nous sont enlevés brutalement.
Cet évènement vient à nouveau nous remettre en plein visage que :
Malgré nos aspirations d'immortalité, nos passions, nos désirs,
Nous sommes et demeurons des êtres mortels.
Léo-Paul était de ces hommes.
Présent et aidant,
Conciliant et ferme,
Sans ambigüité,
Droit et intègre.
Nous nous habituerons difficilement à son absence.
Par contre, ses qualités continueront à nous rappeler
Qu'il est toujours présent parmi nous.
Merci Léo-Paul pour ce que tu as été pour moi.
Ton passage dans ma vie laissera une marque indélébile.
Au revoir, cher ami.*

Jacques Gélinas



Photo : Adam Blake

Dr Roy Gullick, de l'Université Cornell aux États-Unis a présenté, à Washington 2012, un portrait des différentes stratégies de traitements adoptées par différentes instances internationales. Bruno Lemay, du Portail VIH/sida du Québec, a accepté d'en rédiger un résumé pour Remaides.

Le traitement antirétroviral : stratégies de traitement

L'année 2012 marque le 25^e anniversaire de l'approbation américaine du premier antirétroviral, soit l'AZT. 25 ans plus tard, ce sont vingt-six médicaments qui sont disponibles provenant de six différentes classes d'action thérapeutique. Toujours en évolution, les traitements sont de plus en plus efficaces. À cet effet, la Colombie-Britannique a démontré que 87 % des personnes prenant un traitement en 2008 étaient indétectables comparativement à 65 % en 2001. En plus d'être plus efficaces, les traitements causent de moins en moins de toxicités ou d'effets secondaires et ils sont de plus en plus facilement accessibles mondialement. S'ajoute aussi le fait que les types de combinaisons de traitement – bithérapie, trithérapie, une dose par jour, etc. – se multiplient. L'un des impacts positifs de cette amélioration thérapeutique a été démontré dans la recherche NA Accord qui stipule qu'en 1999, l'espérance de vie d'une personne séropositive âgée de 20 ans était de 27 années alors qu'en 2007, elle est passée à 52 années. Devant cette évolution rapide, le Dr Gullick a résumé le nouveau portrait en matière de stratégies de traitement en répondant à quelques questions fondamentales.

Quand commencer un traitement ?

Depuis mars 2012, les lignes directrices américaines (Department of Health and Social Security ou DHSS) recommandent le début d'un traitement pour les personnes ayant un taux de CD4 de plus de 500. Cette recommandation a été également adoptée en juillet par l'International AIDS Society (IAS). Les lignes directrices du Royaume-Uni, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'European AIDS Clinical Society (EACS) conservent, quant à eux, comme recommandation de commencer le traitement lorsque le taux de CD4 est à 350. L'étude START, qui recrutera plus de 4 000 personnes séropositives avec un taux de CD4 de plus de 500 dans 35 pays, comparera l'amorce d'un traitement à un taux de 500 CD4 versus un taux de 350. Les premiers résultats seront disponibles en 2015.

Avec quels médicaments débiter ?

Pour les nucléosides (INTI), les traitements à base de Truvada sont les premiers recommandés, suivis des combinaisons à base de Kivexa. Pour les non-nucléosides (INNTI), ce sont les combinaisons à base d'éfavirenz (Sustiva) qui sont préconisées. Pour les combinaisons incluant un inhibiteur de la protéase, atazanavir/ritonavir et darunavir/ritonavir sont les molécules recommandées. Le raltégravir, quant à lui, est utilisé dans les combinaisons comprenant un inhibiteur de l'intégrase. De plus en plus, on recommande les thérapies sans nucléoside (INTI) en raison de leur potentiel de toxicité plus grand que les autres classes de médicaments.



Au Québec, qu'en est-il ?

Les recommandations québécoises disent :

- 1) d'amorcer un traitement anti-VIH lorsque le décompte des CD4 est égal ou inférieur à 350 ;
- 2) de modifier le traitement lorsque la charge virale est détectable pendant plusieurs semaines.

Quand changer de médicaments ?

Lorsque la charge virale remonte à plus de 200 copies/ml selon les lignes directrices américaines ou lorsqu'elle dépasse les 50 copies/ml, selon l'International AIDS Society.

Changer pour quels médicaments ou quelles combinaisons ?

Il est important lors d'un échec thérapeutique de préconiser au moins deux (IAS) et préférablement trois (DHHS) médicaments auxquels la personne séropositive n'est pas résistante (molécules actives).

Quel impact la décision de la Cour suprême a dans ma vie de tous les jours ? Une question que plusieurs doivent se poser depuis le 5 octobre dernier lorsque la Cour suprême a rendu son verdict dans deux cas de criminalisation du non-dévoilement du VIH. Stéphanie Claivaz Loranger, avocate et coordonnatrice du programme Droits de la personne et VIH/sida à la COCQ-SIDA, nous présente les grandes lignes de cette décision.

La Cour suprême statue : condom et charge virale faible obligatoires pour éviter la prison

Le 5 octobre dernier, la Cour suprême du Canada rendait ses décisions dans les affaires D.C. et Mabior, portant toutes deux sur la criminalisation du non-dévoilement du VIH. Ces décisions étaient très attendues puisque c'était la première fois en près de dix ans que la Cour suprême du Canada se penchait sur la question des poursuites criminelles pour non-dévoilement du VIH. Dans le cadre de ces décisions, la Cour suprême du Canada pouvait confirmer, préciser ou modifier l'état du droit criminel canadien sur la question.

C'est en 1998 que la Cour suprême du Canada s'est penchée pour la première fois sur des poursuites criminelles pour non-dévoilement de la séropositivité dans le cadre de rapports sexuels. Elle y a établi la règle suivante : une personne vivant avec le VIH a l'obligation de dévoiler son statut sérologique avant un rapport sexuel comportant un "risque important" de transmission du VIH. Cette décision, l'arrêt Cuerrier, précisait que des pénétrations vaginales non protégées comportaient un "risque important" de transmission du VIH, mais ne clarifiait pas quels autres types de

rapports sexuels allaient être considérés comme comportant "un risque important" de transmission. La cour avait suggéré que l'usage du condom pourrait réduire le risque sous le seuil du "risque important", mais ne s'était pas officiellement prononcée sur la question. Le sujet du sexe oral n'avait quant à lui tout simplement pas été abordé.



Sylvain, 46 ans, séropositif, intervenant communautaire, Montréal

"De prime abord, j'ai considéré que c'était une bonne nouvelle. Je me disais qu'enfin nous avons un créneau dans lequel on peut ne pas dévoiler son statut sans crainte de poursuite criminelle. Je me demandais pourquoi plusieurs acteurs du milieu communautaire réagissaient si négativement."



Quand la Cour suprême du Canada rend une décision, cette décision doit être suivie par tous les juges à travers le Canada. Depuis 1998, c'est donc sur l'arrêt Cuerrier que se sont basés les juges canadiens lorsqu'ils ont été appelés à rendre des dé-

cision dans des affaires concernant le non-dévoilement de la séropositivité. Mais de 1998 à 2012, une ambiguïté a continué de flotter autour de la notion de "risque important". Non seulement la Cour suprême dans l'arrêt Cuerrier n'avait pas clairement déterminé si des rapports protégés ou le sexe oral allaient être considérés comme représentant ou non un "risque important"

de transmission, mais l'évolution de la science a, en plus, fait apparaître devant les tribunaux des notions inconnues au temps de l'arrêt Cuerrier telles que la réduction de la transmissibilité, voire la non-transmissibilité des personnes vivant avec

le VIH sous traitement antirétroviral efficace. Cette situation, combinée à l'existence persistante de préjugés envers le VIH et les personnes séropositives, a causé plusieurs injustices. Des personnes ont été accusées pour non-dévoilement et dans certains cas déclarées coupables, dans des situations où il n'y avait pas eu transmission et où le partenaire n'avait été exposé qu'à un risque faible ou négligeable de transmission. Ceci incluait des situations de sexe oral, de rapports sexuels pro-

tégés par le port du condom ou des rapports sexuels lorsque la charge virale de l'accusé était faible ou indétectable.

Mais les affaires Mabior et D.C., qui provenaient respectivement du Manitoba et du Québec, apportaient une lueur d'espoir. Chaque affaire avait d'abord été entendue par le tribunal de première instance de sa province respective, puis portée en appel devant la cour d'appel de sa province, et enfin portée en appel devant la Cour suprême du Canada. Comme les

deux affaires se sont rendues devant la Cour suprême du Canada environ en même temps, la Cour a décidé de les entendre la même journée.

Dans l'affaire D.C (voir *Remaides* N° 69, automne 2008), une femme, bien connue sous le pseudonyme de Diane au Québec, victime de violence conjugale a été accusée à la fin d'une relation amoureuse de quatre ans lorsque son partenaire, qui connaissait son statut sérologique et qui n'avait pas été infecté par le VIH, a dé-



Jeanne d'Arc, 67 ans, séropositive, bénévole, Montréal

"Je ne sais pas du tout comment réagir face à ce jugement. Selon ce que j'ai entendu aux nouvelles, cela semble être une bonne nouvelle pour nous. J'ai bien hâte de connaître le point de vue du mouvement communautaire de lutte contre le sida."



Diane est acquittée !

Depuis le début de sa saga judiciaire, Diane affirmait qu'elle avait porté un condom lors du seul rapport sexuel qu'elle avait eu avec son conjoint avant de lui dévoiler son statut sérologique. Le juge de première instance avait conclu qu'aucun condom n'avait été porté en se basant sur les notes du médecin de Diane, déposées devant la cour. Ces notes stipulaient que Diane avait dit à son médecin qu'elle avait eu un rapport sexuel lors duquel le condom avait brisé. Le juge en avait déduit que le rapport sexuel n'avait tout simplement pas été protégé, mais que D.C. n'avait pas osé le dire à son médecin. La cour d'appel du Québec n'a pas infirmé la décision du juge de première instance sur ce point, mais a acquitté Diane sur la base de sa charge virale indétectable. C'est la Cour suprême qui a finalement indiqué qu'on ne pouvait se baser sur des conjectures concernant un prétendu mensonge de Diane pour conclure qu'il n'y avait pas eu de port de condom. Comme la charge virale de Diane était indétectable au moment des faits et qu'un doute raisonnable existait quant au fait qu'un condom avait été porté, la Cour suprême a maintenu l'acquittement qui avait été prononcé par la cour d'appel. Enfin, la saga est terminée et Diane est officiellement innocentée. Il semblerait que justice ait enfin été rendue pour Diane. Mais est-ce vraiment "justice" après tout ce qu'elle a dû vivre ?



Une charge virale "faible", c'est quoi ?

La Cour suprême a conclu que, pour qu'il n'y ait pas d'obligation de dévoiler en vertu du droit criminel canadien, il doit y avoir port de condom et charge virale faible ou indétectable. La notion de charge virale "faible" devra être définie par les décisions subséquentes des tribunaux canadiens. Mais en fonction de la décision de la Cour suprême, il semble qu'une charge virale faible devrait au moins inclure toute charge virale en dessous de 1 500 copies /ml de sang.

posé une plainte à la police en alléguant qu'ils avaient eu des rapports non protégés au tout début de leur relation amoureuse, avant que Diane ne lui dévoile son statut. Diane a admis qu'elle n'avait pas dévoilé lors du premier rapport sexuel, mais soutenait qu'un condom avait été utilisé. Le juge de première instance a conclu qu'il n'y avait pas eu de port de condom lors de ce premier rapport sexuel et a déclaré Diane coupable d'agression sexuelle et de voies de fait graves et ce, même si elle avait à l'époque une charge virale indétectable. La cour d'appel du Québec a annulé cette décision et a ac-

"risque important" vu cette charge virale indétectable.

Dans l'affaire Mabior, il s'agissait plutôt d'un homme qui a eu des rapports sexuels avec différentes femmes sans leur dévoiler sa séropositivité. L'accusé a été déclaré coupable de six chefs d'agression sexuelle grave par la cour de première instance du Manitoba en raison du non-dévoilement de son statut sérologique à ces différentes femmes. Ensuite, la cour d'appel du Manitoba l'a acquitté pour les chefs d'accusations – quatre des six chefs - concernant des rapports sexuels au cours desquels il avait "une charge virale indé-

ces deux affaires : toutes les parties prenant part au litige s'entendaient pour dire qu'il fallait plus de clarté au niveau de l'application du droit, notamment plus d'information sur ce qui représente ou non un "risque important" de transmission du VIH. Mais les positions divergeaient quant à savoir dans quel sens ces précisions devaient aller. Les procureurs demandaient à la Cour suprême d'établir que tout risque, aussi minime soit-il, doit être considéré comme un risque important vu la gravité du VIH. Une coalition d'intervenants constitués de huit organismes de lutte contre le VIH/sida, dont le Réseau juridique cana-



Hugo, 35 ans, directeur général Centre Sida Amitié, Laurentides

"Je suis un peu dans le flou. Je ne sais pas quoi en penser."

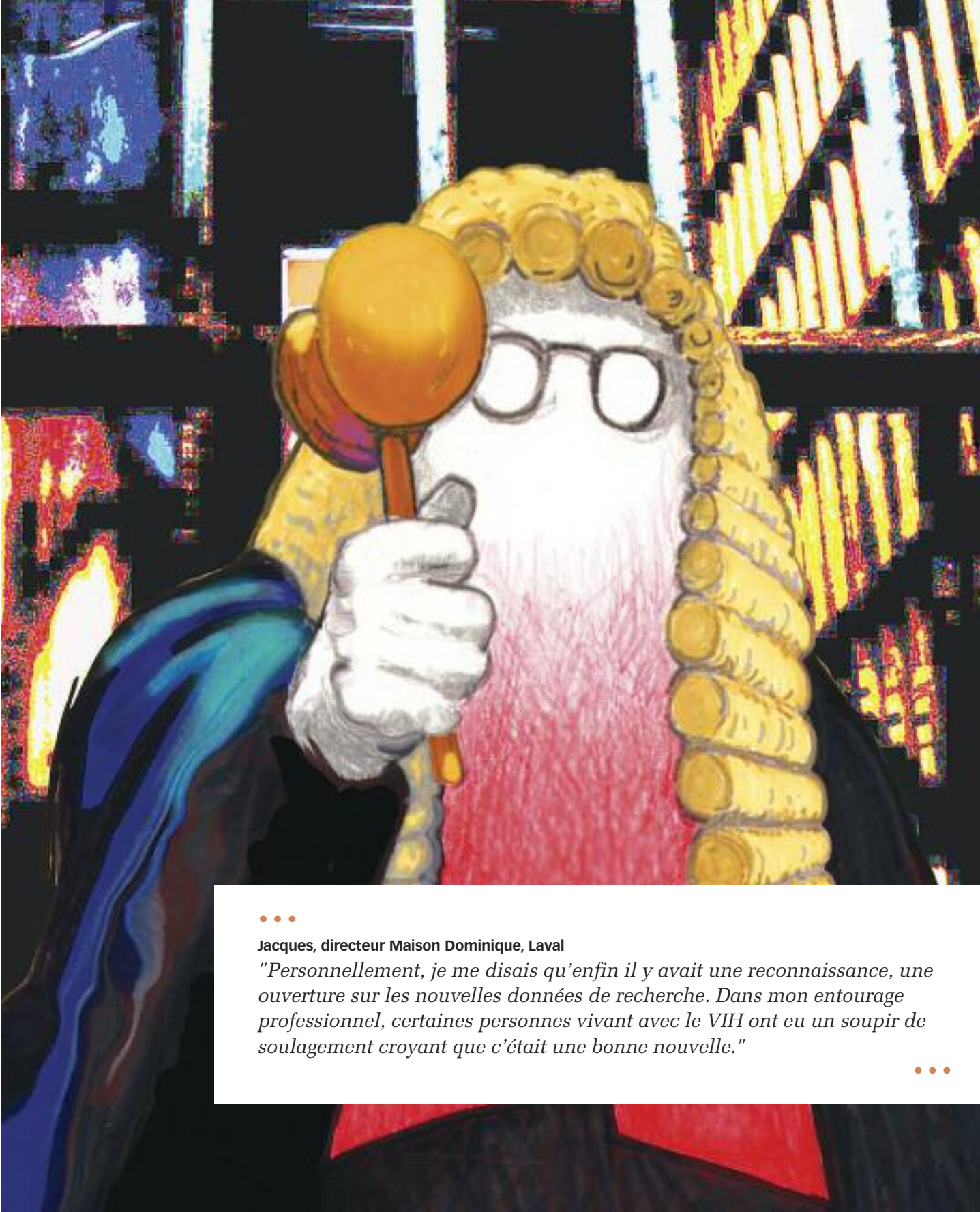


quitté Diane. La Cour n'est pas revenue sur la décision du juge de première instance comme quoi il n'y avait pas eu de port de condom, mais a acquitté Diane parce que celle-ci avait une charge virale indétectable au moment des faits. Selon les expertises scientifiques déposées au dossier, la cour d'appel a conclu que l'unique rapport sexuel non protégé n'avait pas exposé le partenaire de Diane à un

tectable ou avait porté un condom de manière prudente".

Non satisfaits des décisions des cours d'appel du Québec et du Manitoba, les procureurs de ces provinces ont fait appel devant la Cour suprême du Canada. C'est ainsi que les affaires D.C. et Mabior ont fait leur chemin jusqu'à la plus haute instance judiciaire du pays. La notion de "risque important" se trouvait au cœur de





Jacques, directeur Maison Dominique, Laval

"Personnellement, je me disais qu'enfin il y avait une reconnaissance, une ouverture sur les nouvelles données de recherche. Dans mon entourage professionnel, certaines personnes vivant avec le VIH ont eu un soupir de soulagement croyant que c'était une bonne nouvelle."



dien VIH/sida, la COCQ-SIDA et la Société canadienne du sida, demandaient plutôt à la Cour suprême de rendre une décision fondée sur la science et d'établir que des rapports protégés par le port du condom ou lorsqu'une personne a une charge virale indétectable ne représentent pas de "risque important" de transmission aux fins du droit criminel.

Tel que mentionné précédemment, la Cour suprême pouvait, dans le cadre de ces deux affaires, confirmer, préciser ou modifier l'état du droit criminel canadien sur la question. Dans une décision unanime, elle a décidé de maintenir le test du "risque important", en rejetant la position des procureurs comme quoi tout risque, aussi minime soit-il, requiert un dévoilement du statut sérologique. Tel qu'établi dans l'arrêt Cuerrier, le dévoilement continue de n'être requis en vertu du droit

criminel que lorsque le rapport sexuel comporte un "risque important" de transmission. La Cour suprême a cependant précisé que, dans le cas du VIH, un "risque important" ne signifie pas un "risque élevé" de transmission. En effet, la cour a expliqué qu'un "risque important" doit être lu comme signifiant "une possibilité réaliste de transmission" et que le condom seul ou la charge virale indétectable seule ne suffisent pas à faire descendre le risque sous le seuil du "risque important" (ou de la "possibilité réaliste de transmission"). La cour a établi que c'est la combinaison du port du condom et d'une charge virale faible ou indétectable qui fait descendre le risque sous le seuil de la "possibilité réaliste de transmission". Donc une personne vivant avec le VIH a une obligation de dévoiler à moins qu'il y ait port de condom et charge virale faible ou indétectable.

Cette règle a été appliquée aux accusés dans les affaires Mabior et D.C. Mabior a été déclaré coupable pour les différents rapports sexuels lors desquels il n'avait pas une charge virale faible ou indétectable et utilisé le condom. En ce qui concerne Diane, elle a été acquittée parce que la Cour suprême a conclu que le raisonnement du juge de première instance, selon lequel aucun condom n'avait été utilisé lors du premier rapport sexuel avant qu'elle ne dévoile sa séropositivité, n'était pas valide. Comme Diane avait une charge virale à cette époque, elle a été acquittée.

L'Équipe éditoriale de *Remaides Québec* tient à remercier Stéphanie Claivaz-Loranger pour sa précieuse collaboration à la revue.

Illustrations : Olivier Dumoulin

Et les impacts dans la vie de tous les jours ?

La Cour suprême a décidé qu'il n'y a pas d'obligation de dévoiler sa séropositivité en vertu du droit criminel avant une pénétration vaginale lorsque 1) la charge virale est faible ou indétectable et 2) qu'un condom est utilisé. Ces deux conditions sont nécessaires.

À contrario, ceci signifie qu'il existe une obligation de dévoiler sa séropositivité avant d'avoir :

- un rapport sexuel vaginal ou anal sans condom, peu importe la valeur de votre charge virale; ou
- un rapport sexuel vaginal ou anal lorsque la charge virale est supérieure à "faible", peu importe qu'il y ait eu port de condom ou non.

Il y a toujours beaucoup d'incertitudes. Puisque les deux affaires devant la Cour suprême du Canada concernaient des pénétrations vaginales, il est difficile de prévoir les règles qui s'appliqueront aux autres types de rapports sexuels, par exemple le sexe oral. De plus, dans le cadre de pénétrations anales, comme le risque de transmission est plus élevé que pour les pénétrations vaginales, nous ne pouvons être complètement certains qu'il n'existe pas d'obligation de dévoiler même lorsque la charge virale est faible et qu'un condom est utilisé.

Pour plus d'informations, consultez le document du Réseau juridique canadien VIH/sida : "La non-divulgence du VIH et le droit criminel : analyse de deux récentes décisions de la Cour suprême du Canada" : www.aidslaw.ca

Vous pouvez aussi contactez VIH info droits, le service d'information juridique de la COCQ-SIDA 1 866 535 0481 poste 34, vih-infodroits@cocqsida.com



...

Marc, séropositif, 49 ans, Montréal

"Ma réaction est plutôt mitigée. J'ai l'impression que le jugement causera plus de confusion. La transmission du VIH, c'est la responsabilité de tous et chacun et non pas uniquement des personnes séropositives ! Je persiste à croire que le condom est une barrière efficace, charge virale détectable ou non, lorsque bien utilisé. Je suis déçu que la Cour suprême n'en tienne compte que partiellement."

...



L'obligation de dévoilement et le test de la "possibilité réaliste de transmission"

La Cour suprême du Canada a maintenu le test du "risque important" qu'elle avait élaboré dans l'affaire Cuerrier en 1998. Le dévoilement continue d'être requis en vertu du droit criminel lorsque le rapport sexuel comporte un "risque important" de transmission du VIH. La Cour suprême a cependant précisé que, dans le cas du VIH, le "risque important" ne doit pas être compris comme signifiant un "risque élevé" de transmission, mais plutôt une "possibilité réaliste de transmission". Or, selon la cour, le port du condom ne suffit pas à réduire le risque sous le seuil de cette "possibilité réaliste de transmission". Une charge virale faible ou indétectable non plus. La Cour suprême a tranché qu'il doit y avoir port de condom et charge virale faible ou indétectable afin qu'il n'existe pas d'obligation de dévoilement en vertu du droit criminel canadien.

ABC du droit criminel

Les poursuites dont nous parlons dans ce dossier ont lieu "en vertu du droit criminel". Qu'est-ce que cela signifie ? En droit criminel, c'est l'état – le gouvernement – qui poursuit une personne. La "victime" de l'acte criminel peut aller porter plainte à la police mais ce n'est pas elle qui poursuit. La police reçoit sa plainte, mène une enquête et décide ensuite s'il y a lieu de transférer le dossier aux procureurs de la Couronne. Les procureurs de la Couronne sont les avocats du gouvernement en matière criminelle. Ce sont eux qui décident si des accusations seront déposées ou non contre une personne.

Le Code criminel canadien recense tous les actes considérés comme des crimes au Canada. Lorsqu'une personne est poursuivie, elle est accusée d'un des actes criminels prévus dans le Code criminel. Le Code criminel ne contient pas d'infraction spécifique au non-dévoilement du VIH/sida, mais la Cour suprême du Canada a décidé que les infractions de voies de fait grave et d'agression sexuelle grave peuvent être utilisées en cas de non dévoilement de la séropositivité.

Édith J. S., 46 ans, Calgary en Alberta,
vit avec le VIH depuis 26 ans.



"**B**onjour ! C'est encore moi (voir *Remaides Québec* N°10), Édith. Vous savez après ces dernières années de sobriété de toutes substances, il m'arrive encore de vivre des situations où la peur, le déni, la honte ou le rejet sont présents. Pourquoi vous vous demanderez ?

se déroule à une vitesse folle dans ma tête. Qu'est-ce que je n'ai pas fait ou oublié de faire ? Je ne sais pas. Je ne sais plus. Mes CD4 ont baissé et ma charge virale veut se faire voir. Pourquoi ? La peur, le déni embarquent. Merde ! Pourquoi maintenant ? Mais aussi la honte,

l'aide dont j'ai eu besoin et je leur ai rendu le change en travaillant pour eux : témoignage dans les écoles, participation au CA, aux activités dans la communauté, le bénévolat, etc. Tout ça peut vous être d'une grande aide et secours si vous êtes, si nous sommes en état de faiblesse psychologique. Je peux aussi exprimer ma gratitude envers eux, car bien souvent je suis retombée et ils ne m'ont pas jugée et exclue de leur programme. Au contraire, ils m'ont encouragée à reprendre ma vie en main et à me remettre debout. Pour ça, je leur dis mille fois merci et ça ne sera jamais assez.

Il y aura toujours quelqu'un

J'ai toujours été choyée par le choix de mes médecins que ce soit au Québec ou ici à Calgary. De vrais joyaux. Je vous jure. Louise D. a été la première docteure à prendre ma santé physique et mentale à cœur. C'est elle aussi qui m'a appris la dure vérité et même si je consommais encore, à sa façon, elle m'a aidée à franchir les étapes après le verdict de séropositivité. Je croyais alors avoir trouvé une certaine paix en moi. Mais, j'ai dû ajouter un traitement pour l'hépatite C et apprendre à vivre avec. Là, je vous jure que cela na pas été une partie de plaisir. Mais passons. Aujourd'hui, après plusieurs essais, je suis sur le même traitement depuis plus de 20 ans. Ici, à Calgary, j'ai dû m'adapter à une nouvelle ville, une nouvelle langue, de nouveaux médecins, travailleuses sociales, psychiatre, etc. et découvrir de nouveaux organismes communautaires. Et j'ai dû me faire des ami(e)s, car je n'avais que mon frère retrouvé après 40 ans de séparation ! Au début, il devait toujours me suivre et tout traduire pour moi. Plus maintenant !

Puis vient le jour où mon nouveau docteur, Martin L. me dit qu'il faut tout changer. La grosse panique. Je fais une crise d'angoisse. Ouf ! Qu'est-ce qui se passe ? Tout

cette foutue honte que l'on traîne avec soi et son passé. Comme une vague énorme, il me remonte à la gorge mon passé. Eh oui ! Ce passé que je cherche à oublier. Je me suis dit alors que si je n'avais pas été dans ce milieu [drogue] et si je n'avais pas fait de la prostitution, je n'aurais pas été agressée... Mais ces pensées ne changent rien à ma réalité du moment. Je me voyais solide comme un roc, en pleine forme. Et là pouf ! Ces pensées et ces sentiments sont venus m'ébranler et ma vulnérabilité est revenue. Cela a pris toute une année de consultation psychiatrique et médicale et de longues discussions pour tout comprendre. Maintenant que je sais et que mes CD4 ont remonté la pente dans une envolée fulgurante grâce à la quadrithérapie et autre médication pour le bien être dans ma tête, je voudrais vous ouvrir mon cœur. Peu importe la souffrance extérieure ou intérieure, nous avons, malgré le virus, la chance d'avoir de bons spécialistes. Ils sont là pour nous. Il y a aussi les organismes qui travaillent à nous aider de différentes façons : travail, formation, appui moral, accompagnement et j'en passe. Pour moi, les organismes ont été en tout point une porte ouverte vers

Pour conclure, je vous dis de garder toujours l'espoir qu'il y aura toujours quelqu'un pour vous tendre la main ! Et sur une autre note, je vous annonce que je vais me marier avec un homme séronégatif. Un futur sujet pour le *Remaides*, peut-être?"

Mlle ou Mme Édith J-S

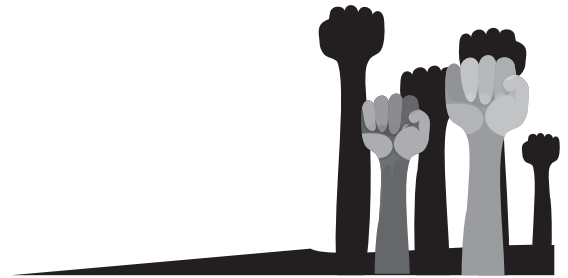


Je vous présente mon futur mari : Gregory.

Infos en bref

Bio-Alcamid et chirurgie dentaire : mauvais ménage

Au cours d'une étude sur l'efficacité de Bio-Alcamid, un implant permanent utilisé comme traitement de comblement chez les personnes ayant une lipoatrophie du visage (perte de graisse au niveau des joues et des tempes), la docteure Mona Louffy et son équipe du Maple Leaf Medical Clinic se sont rendu compte que les interventions dentaires pourraient expliquer les infections du visage qu'une personne sur quatre a développé dans les trois ans succédant l'injection de ce produit. Elle recommande aux personnes ayant eu des implants d'en aviser l'équipe de professionnels de santé bucco-dentaire. Quant aux professionnels, elle leur recommande d'éviter les injections dans les gencives supérieures vers la joue et d'administrer un antibiotique à large spectre une heure avant l'intervention dentaire.



L'activisme n'est pas mort. Vive l'activisme !

Lors de la 19^e conférence internationale sur le sida, le groupe d'activistes d'AIDS Action Now a été très actif tout au long de la conférence afin que le monde entier sache que le Canada fait piètre figure dans la lutte au VIH/sida. Il a paradé, distribué de nombreux outils aux messages percutants tels que : "Harper = death" et "The Harper gouvernement an evidence-free zone !". Ses militants ont même tourné le dos à la ministre de la Santé fédérale, l'honorable Leona Aglukkak, lors d'une allocution qu'elle a donnée devant un parterre de centaines de gens.

Plus d'infos sur aidsactionnow.org



Source Vision positive, été 2012




LA VACCINATION, UNE BONNE PROTECTION!

Le risque de décès à la suite d'une infection à pneumocoque est plus grand pour les personnes atteintes du VIH/Sida.

Le vaccin est le meilleur moyen pour prévenir ces infections et il est donné une fois dans la vie.

Si vous habitez au Québec, vous pouvez recevoir votre vaccin gratuit. Informez-vous auprès de votre centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou auprès de votre médecin!
Vous pouvez aussi l'avoir en même temps que celui contre la grippe.

www.msss.gouv.qc.ca/pneumocoque

Santé
et Services sociaux

Québec





Vous avez la parole, prenez-la !

•••

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 témoignages reçus, ne sera pas systématiquement publié dans le prochain numéro.

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**

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

Avoir des conserves (boîtes de thon, de petits pois, d'ananas, etc.) dans son placard, c'est un bon moyen d'avoir toujours à manger, surtout en l'absence de congélateur ; soit tel quel réchauffé en deux minutes, soit comme base à des recettes pour les sublimer... et même lors des fins de mois un peu difficiles, ou en rentrant tard ou quand des amis arrivent à l'improviste. Il est possible de transformer en mode éclair vos conserves aux propriétés nutritionnelles préservées en recettes sympas et équilibrées.



Sortez du placard !

Si les fins de mois sont austères ou si vous manquez de temps pour faire les courses, ou si vous n'avez pas de congélateur (ou qu'il est vide), les fonds de placard et fonds de frigo sont vos alliés. Les "fonds" sont les boîtes de conserve en stock, des aliments de base qui se gardent longtemps, qu'il vaut mieux acheter quand la paye (pension, retraite, etc.) arrive, pour ne pas manger des pâtes à l'eau et des raviolis discount non stop la dernière semaine...

Il faut d'abord consommer les produits frais du frigo avant qu'ils ne perdent leurs vitamines et ne se flétrissent. Les stocks du placard prendront le relais, ils permettront de pouvoir, avec de l'imagination, mitonner des bons plats, avec des denrées "allant loin" (sans date de péremption, stockées au frigo et de l'imagination. Les conserves ne sont pas que pour les "pauvres", il existe aussi une foule des conserves de

luxe : confits de canards, cassoulet de luxe, sardines millésimées, truffes, cèpes, foie gras, crabe, caviar, etc.

Historique de la conserve

Nos ancêtres se débrouillaient déjà pour conserver les aliments. Environ 3 000 ans avant J-C, ils utilisaient déjà le séchage et le fumage (viandes, pommes de terre, fruits), puis la salaison (viandes et poissons, par exemple), la saumure (eau + sel), la lactofermentation (fermentation utilisée pour la choucroute ou les cornichons...), l'eau de vie, le sucre ou miel (confiture), le gras (le confit avec graisse ou huile), mais ces méthodes changeaient leur aspect et leur goût.

En pensant au ravitaillement des soldats et des marins, en 1795, le confiseur Nicolas Appert trouve un procédé qui permet de conserver des aliments très longtemps, dans des bocaux de verre, après les avoir

chauffés à plus de 100°C. C'est l'appertisation, inventée sans connaître le concept des microbes. Puis, en 1810, un autre Français, Pierre Durand, utilise des boîtes en fer à la place du verre, trop lourd et trop fragile. A l'époque, on introduisait les aliments dans la boîte par un grand trou dans le couvercle, fermé ensuite par des conserve-soudeurs, avant d'être stérilisées. Mais ce n'est qu'en 1860 que Pasteur apportera l'explication scientifique du procédé d'Appert, la destruction des microbes par la chaleur.

La conservation des aliments vise à préserver longtemps leurs propriétés nutritives. Elle empêche la croissance des microbes et retarde l'oxydation des graisses qui provoque le rancissement. Le traitement par la chaleur détruit ou inhibe les enzymes, les microbes et leurs toxines, dont la présence ou la prolifération altérerait les aliments. Lors de la pasteurisation,

le chauffage est inférieur à 100°C (fromages) et les produits sont conservés au frigo ensuite. Pour la stérilisation, il est supérieur à 100°C, cas des conserves. Dans le traitement à ultra haute température (UHT) où le produit est chauffé à une température entre 135°C et 150°C entre 1 à 5 secondes seulement, puis refroidi et conditionné. Ce procédé stérilise les liquides en bricks (lait, jus de fruits, soupes), les desserts lactés, etc.

Il existe deux types de boîtes de conserve : en aluminium et en fer-blanc. Pour les reconnaître : la boîte en fer-blanc est magnétique car c'est une feuille de fer recouverte d'étain. Les boîtes de conserve sont recyclables (tri sélectif).

Durée de conservation

Sur les boîtes, on trouve la DLUO. C'est la Date Limite d'Utilisation Optimale, à ne pas confondre avec la DLC présente sur les produits frais (Date Limite de Consommation), car passée la DLC, le produit n'est, en général, plus bon à consommer (sauf pour les yaourts où il y a un peu de marge). En revanche, la DLUO des boîtes de conserve est un délai qui ne garantit plus la qualité du goût, mais il n'y a pas de danger à les consommer. La DLUO est souvent sous forme de la mention "à consommer de préférence avant le...". D'ailleurs, la loi n'impose pas de retirer le produit des rayons, une fois la DLUO passée. Selon les produits, elle peut varier de 3 à 5 ans, voire plus. En revanche, si le dessus de la boîte commence à "bomber", il vaut mieux la jeter (gaz produits par des bactéries ou par l'acidité).

Les sardines à l'huile ont la particularité de se bonifier avec les années, elles sont "confites" et les connaisseurs laissent leurs sardines s'affiner plus de dix ans, en retournant les boîtes tous les six mois. A défaut d'avoir une cave à vin, on peut avoir une cave à sardines !

Tous en boîte !

Qui un soir de flemme ou de frigo vide n'a pas ouvert une boîte de sardines ou de maquereaux ? Voire ne les a pas mangés à même la boîte avec un bout de pain ?

C'est bon, économique et varié : aux aromates, aux épices, à la tomate, à la moutarde, au citron, etc. Généralement, on mange les sardines ou maquereaux froids, juste égouttés. Mais il est possible de les cuisiner, d'en faire des tartes, des bricks, des cakes salés, des papillotes avec des légumes, comme des poissons frais.

Fonds de placards idéals

Pain de mie (croque-monsieur), moutarde/épices (cumin, curry, gingembre, curcuma)/herbes (basilic, thym, etc.), beurre d'ara-

chide (pour poulet Satay vite fait, avec lait de coco + curry) ; lait en poudre ; miel/sirop d'érable (pour les sucrés-salés, laquer la volaille) ; légumes secs (lentilles, haricots secs) ; céréales (quinoa, boulghour) ; riz/riz à risotto ; pâtes/couscous ; sauce de soja (donne du goût, marine, caramélise viande et légumes) ; bouillon en cubes de légumes, poulet, bœuf, farine/fécule de maïs (maïzena) ; levure chimique (pour cakes et gâteaux) ; sucre en poudre ; chocolat (cacao, plaque pour les soirs de déprime) ; lait UHT ; crème fraîche UHT ; soupes en bricks, biscuits secs (pour crumble express) ; cornichons ; oignons frits (gras mais peut donner du goût) ; pommes de terre sous vide ; Miso...

Conserves boîtes : maïs ; sauce tomate/tomates concassées ; champignons, haricots verts ; petits pois, lentilles (déjà cuites), haricots (blancs, rouges) ; lait de coco ; lait condensé (sucré et non sucré) ; ananas (pour sucré et salé), pêches ; thon au naturel/à l'huile ; maquereaux (vin blanc, moutarde) ; sardines (huile, tomate) ; foie de morue fumé ("foie gras" de poissons, sur pain grillé + ail + citron) ; ratatouille ; pâté Hénaff (se cuisine, pour farcir, sur des pâtes...) ; corned-beef (se cuisine comme de la viande) ; raviolis ; cassoulet, etc.

Fonds de frigo

Œufs/yaourts naturels ; lardons (quiches, pâtes Carbonara) ; poulet fumé (se garde longtemps) ; chorizo (un petit bout = max de goût au riz, pâtes, légumes, omelettes) ; parmesan râpé ; fromages fondus (se gardent longtemps, tranches à croque monsieur, portions pour rillettes de poissons, soupes, pâtes etc.) ; pâte feuilletée ou brisée ; tofu ; miso (si entamé), jus de citron en bouteilles, etc.

Les qualités nutritionnelles

Si le procédé de mise en conserve altère souvent les qualités gustatives des aliments, leur aspect et leur consistance (saveur uniformisée, couleurs ternies, plus mous), il préserve en grande partie leurs qualités nutritionnelles et paradoxalement, la conserve est moins chère que le même produit en frais. Plusieurs études de l'Inra (Institut national français de recherche agronomique) ont comparé les légumes frais et cuits, en conserve et surgelés. Elles concluent à des apports quasi-équivalents en vitamines, minéraux et nutriments. Le programme nutrition santé recommande d'ailleurs de "consommer 5 fruits et légumes par jour, sous toutes leurs formes".

A bord des navires, la boîte de conserve a fait ses preuves en réduisant les cas de scorbut (maladie due au manque de vitamine C) et en variant le choix des aliments.

Les légumes en boîte gardent un bon taux de vitamines, entre



50 % et 70 % du taux de vitamine C, B1, B9, bêta-carotène), environ 80 % des anti-oxydants (polyphénols), des fibres, et des minéraux (potassium, calcium, magnésium). Certains minéraux et vitamines se retrouvent dans l'eau de la boîte, comme quand les légumes sont cuits à l'eau.

Il est évident que les légumes frais du marché sont meilleurs que ceux en conserve, mais ils reviennent plus chers que les légumes en conserve ou surgelés, et ils demandent plus de travail. Il faut faire le marché, les éplucher, les cuire, et si ce n'est pas fait de suite après les avoir achetés, leur taux de vitamines diminue très vite (ex : les épinards frais perdent 70 % de leur vit C en une journée à l'air libre et au supermarché, ils sont sous des lampes...). Alors que les légumes en conserve sont mis en boîte quelques heures après la récolte, d'où un taux de vitamines équivalent. La mise en conserve préserve les protéines et les oméga 3 des poissons gras (sardines, maquereaux).

Pour les plats préparés en conserve (exemple : les raviolis), il faut regarder la composition, et il est préférable de prendre des plats où le taux de protéines est supérieur au taux de lipides car certains sont surtout riches en gras et sucres (exemple : des raviolis discount qui ne contiennent que 4 % de viande bovine et de la peau de poulet !)

Pour le maïs en boîte, regardez les étiquettes, si c'est du maïs transgénique, c'est marqué dessus (obligatoire) et donc facilement évitable. Ce n'est pas le cas partout, le Canada n'a toujours pas légiféré sur le sujet.

Le miso est une pâte brune, un aliment fermenté à partir du soja (+ riz ou orge). Il s'achète en magasins bio, se garde longtemps même entamé (frigo) et est très concentré, en goût, en sel et en bienfaits (probiotiques pour améliorer la digestion). Une cuillère fait une soupe miso pour deux.

Organisation du fonds

En faisant un rapide inventaire avant de faire les courses, on sait quoi racheter. La liste de courses se com-

posera d'un réassort des boîtes et produits de fonds utilisés + des produits frais de saison. Et il est futé de placer les produits les plus proches de la date de péremption devant les autres. Les derniers achats filent au fond du placard et du frigo.

Recettes et Idées en boites

Les rillettes de thon, de sardines ou de maquereaux sont rapides à réaliser, 5 mn avec un mixeur ou 10 mn à la fourchette. Les écraser et ajouter du fromage frais (type Saint-Moret ou Philadelphia, ou vache riante, ou des petits suisses, et de la moutarde, des herbes, des épices et du jus de citron. A déguster en entrée, en sandwichs, en croques monsieur, à l'apéro avec du bon pain ou des tartines grillées. Toutes les variétés s'y prêtent (à la tomate, à la moutarde, etc.)

Avec une boîte d'ananas : vous réalisez très rapidement un plat généreux, bon marché, parfumé "goût tagine", à varier selon votre imagination.

Marianne et Jacqueline L'Hénaff

Illustrations : Yul Studio

Photos recettes : Marianne L'Hénaff



Invitez vous à table !

Recettes pour deux personnes ou plus

Soupe miso éclair (pour deux)

**Cube bouillon de légumes ou poulet
ou 2 tasses de thé infusé**

1 c. à café de miso (de riz ou d'orge)

1 champignon ou 1 bout de courgette, tranché très fin

1/2 bloc de tofu en cubes ou blanc de poulet en cubes (facultatif)

Une c. à soupe de coriandre hachée (ou persil) ou séchée

Diluer le miso et le bouillon dans un peu d'eau chaude. Ajouter 2 bols d'eau (ou le thé).

Laisser mijoter 3 mn. Ajouter le tofu, les légumes en fines tranches, encore 2 mn et la coriandre à la fin.

Ça réchauffe, c'est bon pour la santé; la vraie recette se fait avec des algues, du dashi, des champignons Shitake séchés... Ici, c'est du bricolage de fonds de placards.



Le flan brésilien : Le "Pudim de Leite"

Avec une boîte de lait concentré sucré, vous réalisez un dessert express et très onctueux :

1 boîte de lait concentré sucré (380 g)

La même quantité de lait (utiliser pour la mesure la boîte vide précédente)

3 petits œufs ou 2 gros

Caramel liquide

Battre au fouet ou au robot 1mn les 2 laits et les œufs, pour homogénéiser. Caraméliser un moule, y verser la préparation et le placer dans un récipient pouvant aller au four, à demi-rempli d'eau (bain marie). Couvrir d'une feuille d'aluminium. Cuire à four moyen 40 mn (la crème doit être prise mais trembler légèrement au centre). Renverser sur un plat lorsqu'il est refroidi ; réfrigérer 2 heures au moins.

On peut ajouter 2 c. à s. de noix de coco râpée ou remplacer le lait par du lait de coco.

Recettes pour deux personnes ou plus



Pâtes Beef-bolognaise (pour deux)

Avec une boîte de corned-beef : Vous cuisinez rapide, facile, pas cher... et c'est bon !

250 g de pâtes (tagliatelles, spaghettis, fusillis, etc.)

Les deux tiers (200 g) d'une boîte de corned-beef (340 g)

1 gros oignon émincé

2 tomates ou 1 boîte de sauce tomate

10 cl de crème fraîche

Pendant que les pâtes cuisent, faire fondre dans une sauteuse les oignons, ajouter le corned-beef et laisser fondre en remuant ; ajouter les tomates ou la sauce puis la crème, poivre, de paprika. Laisser mijoter 4mn. Mettre dans un plat, avec les pâtes autour.

Beef Idées :

Un curry de corned-beef (même sauce + ail + curry) ;

Un hachis parmenbeef : déposer entre deux couches de purée ou de pommes de terre pré-cuites en tranches ;

Un risotto avec la même sauce, des olives, des champignons ;

Des tomates farcies express, emplies de corned-beef + oignons + mie de pain + ciboulette, cuites au four ou aux micro-ondes ;

Un chili con corned, avec 1 boîte de tomates concassées et une boîte d'haricots rouges et des épices ou Tabasco.



Poulet fumé à l'ananas (4 à 6 personnes)

1 poulet fumé, coupé en 8 morceaux

1 boîte d'ananas au sirop, en morceaux

1 gros oignon émincé

Huile, sel, poivre, épices au choix (cannelle, cumin, etc.)

Dorer l'oignon dans une cocotte avec l'huile ; ajouter le poulet, laisser dorer doucement 5 à 10mn, assaisonner. Ajouter l'ananas et son jus. Laisser mijoter 10mn. A servir avec du riz.

Pour obtenir une sauce plus onctueuse, ajouter un peu de lait de coco (ou de crème ou de yaourt). Cette recette de base s'accommodera de bien des fantaisies : poivrons en lanières, maïs en boîte, dés de légumes cuits, champignons, épices variées. Idées pour l'ananas : sur une pizza ; en salade avec de la mâche et des crevettes, du maïs ; avec du sauté de veau ou de porc (+ poivrons, gingembre, lait de coco, etc.) ; gâteau au yaourt.

Gâteau bluffant (4 à 6 personnes)

Notre équipe a testé ce gâteau aux épices original, irrésistible, divinement moelleux ! La recette est surprenante, avec de la soupe de tomate en brick, mais géniale...

120 g de farine + 2 c. à c. de levure chimique

150 g de sucre

1/2 c. à c. de chaque : sel, bicarbonate de soude, piment d'Espelette, cannelle

1/4 c. à c. de clous de girofle en poudre

160 g de soupe de tomate (140 ml) ou 100 g de coulis de tomate + 60 ml d'eau

60 g de beurre fondu

2 œufs, 2 c. à s. de lait

Pour la garniture (facultative)

150 g de fromage frais (type St-Moret)

200 g de sucre glace + 2 c. à c. de vanille liquide

2 c. à s. de beurre fondu

Réunir tous les ingrédients de la pâte et fouetter 4mn. Verser dans un moule à bords hauts, beurré et fariné. Cuire 45 mn à four moyen. Après 10 mn, démouler et laisser refroidir.

Préparer la garniture en battant les ingrédients 2mn puis réserver au froid.

Couper le gâteau refroidi en deux dans l'épaisseur ; tartiner le socle d'un tiers de la garniture, reformer le gâteau, étaler le reste sur le dessus et les côtés.

De la confiture ou du Nutella peuvent remplacer cette garniture au milieu...



Lesya Pagulich est militante à plein temps. Engagée sur le front des droits des femmes, des homosexuels et des personnes séropositives en Ukraine, elle revient pour Remaides sur le contexte homophobe de son pays — un projet de loi anti-gay discuté au Parlement —, son parcours, mais aussi sur sa vision panoramique de la défense des minorités. Par Mathieu Brancourt.

Lesya Pagulich, Combattante de droit humain

Elle est en retard. Lesya Pagulich s'assied discrètement au bout du cercle formé par les activistes LGBT ukrainiens, réunis au siège de l'organisation Gay Alliance, à Kiev. Seule femme présente, elle prend vite la parole et, avec aisance, fait converger ses combats féministes et pro-homosexuels. A 34 ans, cette militante lesbienne se bat aujourd'hui contre le projet de loi anti-gay discuté au Parlement. Son engagement n'est rien d'autre que ce qu'elle est : une femme debout contre l'homophobie et l'hétérosexisme ambiant. Révoltée, elle l'est. Pudique aussi. Si ses mots sont tranchants, la voix, elle, demeure douce et posée, comme pour ne jamais laisser transparaître l'âpreté d'une vie bien plus sombre que le sourire qu'elle offre sans compter.

Devenir activiste pour les droits de la communauté LGBT, ce fut un long processus pour Lesya. Dans un premier temps, il a fallu comprendre, saisir sa propre orientation sexuelle. "En réalisant que j'étais lesbienne, j'ai immédiatement perçu l'image négative que cela portait et toute l'homophobie qui existait à l'extérieur de moi". Un rejet qu'elle intériorise, face à un entourage qui ne réalise pas la violence subie par Lesya. "Très vite, tu veux te battre contre ça, tu veux une justice sociale pour les minorités et des droits". C'est le point de ralliement à de multiples causes, dont celles des homosexuels ukrainiens. Elle prend ainsi part à un groupe d'action féministe et devient travailleuse sociale au sein de All-Ukrainian Network, réseau de soutien et d'accès aux trai-

tements pour les personnes vivant avec le VIH. Un large plaidoyer qu'elle assume au quotidien à Kiev. Pourtant, le silence reste de rigueur dans sa famille : "Je fais face à un déni complet. Mes sœurs ont été choquées quand elles ont appris que j'étais lesbienne. Aujourd'hui, elles sont les seules à savoir. C'est un autre combat, étape par étape", admet-elle.

La société ukrainienne reste extrêmement fermée à la question des droits des gays et lesbiennes. En 2011, près de 75 % de la population déclarait trouver normal que la communauté LGBT n'ait pas les mêmes droits que le reste de la population. Pour Lesya, l'ignorance de ce que vivent les personnes participe à ce climat anti-égalité. "Devant le manque de compréhension sur l'orientation sexuelle, nous avons besoin d'éduquer, d'informer et de réveiller les consciences. Montrer que nous ne sommes pas des monstres ni des menaces pour la sécurité. L'orientation sexuelle, ce n'est pas un choix, ni une perversion sexuelle", insiste-t-elle. C'est dans ce "fossé de silence" que s'engouffrent les initiatives homophobes, telles que la loi contre la "propagande homosexuelle". Dans le cadre d'une modification législative générale, pour le "droit de l'enfant à une information saine" (sic), cette disposition interdirait toute diffusion d'information ou de prévention sur la question de l'homosexualité. "Pour ses partisans, cette législation vient rappeler ce que disent les conservateurs des siècles passés. A savoir qu'il n'est pas normal d'être homosexuel,



que l'on ne peut pas dire à ses enfants que quelqu'un est homosexuel, que cette déviance est un mal qui peut être guéri et qui doit donc être soigné", dénonce fatalement Lesya. Promouvoir la tolérance à l'école ? "Ça serait parfait ! Mais il est impossible de parler d'éducation sexuelle tout simplement. Et avec cette loi, aucune campagne de promotion de la tolérance ou de prévention ne serait plus possible", explique-elle calmement.

Travaillant directement auprès de personnes séropositives, l'activiste mesure le

danger que représente ce projet de loi pour la santé des gays, particulièrement vulnérables à l'épidémie de VIH/sida. Cette loi n'interdira certes pas l'accès aux traitements pour les personnes concernées, mais Lesya dénonce, clairvoyante, l'impact social sur une communauté montrée du doigt : "C'est une influence indirecte. Quand vous poussez dans l'ombre un groupe précis de personnes, que vous l'invisibilisez en prétendant qu'il n'existe pas, en découle toujours une stigmatisation. C'est un rejet qui vous maintient dans la honte et dans le secret, mettant

davantage d'obstacles aux services de santé. Dès lors, cela impacte directement la lutte contre le VIH/sida".

Lucide sur la menace qui pèse sur les personnes, Lesya Pagulich l'est également sur les communautés auxquelles elle appartient. A l'intérieur des groupes féministes, trop peu accueillent en leur sein des lesbiennes pour porter leurs revendications. Moins nombreuses que les gays, les lesbiennes sont pourtant aux avant-postes du plaidoyer public contre la loi. "Il existe une certaine séparation entre les

gays et les lesbiennes. Sur les quarante organisations LGBT enregistrées, la plupart s'engagent sur la prévention du VIH ou des IST, et moins sur la lutte politique. Lors des manifestations de rue pour demander l'annulation de cette loi homophobe, la majorité des associations étaient féministes et ou lesbiennes, avec très peu de gays présents". Elle souhaite ainsi une plus grande solidarité inter-communautaire, pour briser les barrières à l'émergence d'une communauté unie dans toute sa diversité. Pour elle, féminisme et activisme pour les droits des homos vont de pair. "Je lie ces deux combats et je pense que cela devrait toujours être ainsi : parmi la communauté LGBT, il y a évidemment les lesbiennes. Elles subissent la double discrimination : en tant que femme et sur leur orientation sexuelle. Les deux doivent être associées, combinées. Cela permettrait une plus grande mobilisation et plus de résonance au sein de la société", résume-t-elle, comme pour couper la chique à une vision partisane de sa lutte. "Cette bataille, c'est celle des droits humains", conclut-elle. Elle doit y aller, sans retard.

Photos : Efrem Lukatsky



Les chiffres du VIH en Ukraine

L'Ukraine est un des pays d'Europe qui connaît l'une des pires situations en matière de VIH/sida. Le Fonds mondial de lutte contre le sida estime que 230 000 personnes vivent avec le VIH pour un pays qui compte 47 millions d'habitants. Le taux de prévalence est de 0,78 % chez les personnes entre 15 et 49 ans. L'épidémie est concentrée majoritairement chez les gays, les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes consommatrices de drogues par injection (elles sont estimées à 323 000) et les personnes en détention. 170 000 personnes ont besoin d'un traitement anti-VIH et 28 000 personnes en reçoivent un. Autrement dit, seuls 18 % des besoins sont couverts. Le plan national de lutte contre le sida est en permanence sous financé à hauteur de 50 % des besoins.

Dans le cadre des UPS 2012 (Université des personnes séropositives), Stéphanie a eu envie de mettre des mots sur son parcours de vie avec le VIH. Témoignage d'une tranche de vie...

"Chaque jour, j'avance grâce à un goût prononcé pour la vie"

Je connais mon statut sérologique depuis mars 2010. C'est mon médecin qui me l'a annoncé suite à un test de dépistage effectué lors de mon deuxième mois de grossesse. J'étais déjà maman d'une petite fille et séparée du papa de celle-ci depuis trois ans. L'annonce a été faite de manière douce et avec psychologie.

Mon médecin a contacté de suite le service des maladies infectieuses et j'ai pris rendez-vous dans les jours suivants pour un bilan. J'ai rencontré la psychologue du service qui m'a aidée à mieux accepter mon statut tout en me confortant dans l'idée de poursuivre ma grossesse si les résultats du bilan s'avéraient assez bons. Malheureusement, les examens ont révélé un stade pré-sida avec un niveau de CD4 très bas et une charge virale explosive. Débuter une trithérapie était urgent et, en parallèle, la question de poursuivre ma grossesse se posait. C'est mon infectiologue qui m'a conseillé de me faire avorter en me laissant deux semaines de réflexion (...) C'est la raison qui l'a emporté et j'ai subi une IVG. Ça a été un événement particulièrement douloureux à vivre.

Pendant les semaines qui ont suivi, mon corps s'exprimait violemment ; chaque jour j'avais des crises de panique. Il m'a fallu beaucoup de force pour accepter ma nouvelle réalité de vie. C'est à ce moment là que j'ai eu envie de franchir la porte de l'association AIDES.

J'ai été chaleureusement accueillie, j'ai rapidement participé aux différentes actions, puis je suis devenue actrice et aujourd'hui je suis presque volontaire. Mon souhait est de faire une formation

TROD [test de dépistage rapide à orientation diagnostic, ndlr] pour intégrer les actions de dépistage rapide communautaire dans ma ville.

Aujourd'hui, le père de ma fille est hospitalisé. Il y a deux ans, il a été frappé d'une encéphalite liée au virus du sida. Depuis, il est dans un état de démence et entièrement paralysé d'un côté. Le plus difficile a été de faire le deuil de cet homme, qui pourtant m'a contaminée ; je l'ai aimé et il demeure le père de ma fille qui a sept ans.

Chaque jour, j'avance grâce à un goût prononcé pour la vie, une bonne hygiène de vie (alimentation équilibrée, sport, méditation, relaxation), des amis précieux, une famille aimante et aidante et puis surtout grâce à ma fille. Je travaille à temps complet, mais j'espère obtenir un mi-temps pour prendre encore plus soin de moi et militer de façon plus forte au sein de AIDES.

Le point un peu plus obscur concerne mon avenir sentimental car depuis deux ans je n'ai plus de sexualité. Je dois apprendre à vivre avec mon nouveau statut et à aborder la relation amoureuse avec. Le dire dès le début, le taire, attendre que la relation soit installée... Je crains le rejet au moment de l'annonce et je ne me sens pas capable de l'affronter. Pourtant je peux comprendre qu'on ne veuille pas s'engager avec moi à cause de ma séropositivité, parce que c'est une maladie qui fait peur. Mais un rejet brutal, non expliqué, juste parce que je le dis, ça je ne suis pas prête à l'affronter."

Face au retard de l'industrie pharmaceutique pour les personnes co-infectées VIH-VHC, c'est encore la recherche publique qui s'active. Depuis le mois de décembre, l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) évalue chez des personnes co-infectées VIH-VHC, qui n'avaient pas du tout répondu à un traitement antérieur, une quadrithérapie associant deux nouveaux médicaments, le daclatasvir et l'asunaprévir, à la bithérapie standard par ribavirine et interféron.

Essai QUADRIH chez les personnes co-infectées VIH-VHC : Comment et qui peut participer ?

L'essai ANRS-Quadrih, en quoi ça consiste ?

Quadrih vise à évaluer l'efficacité et la tolérance d'une nouvelle quadrithérapie chez des personnes co-infectées par le VIH et le VHC (génotype 1 ou 4), qui n'avaient pas du tout répondu à la bithérapie standard (interféron pégylé et ribavirine). On parle de personnes "nuls-répondeurs". Cette quadrithérapie comprend deux molécules expérimentales du laboratoire BMS, l'asunaprévir et le daclatasvir, qui agissent directement contre le VHC, et qu'on ajoute à la bithérapie standard par ribavirine et interféron pégylé, deux médicaments qui, pour faire simple, stimulent l'immunité.

Les personnes avec une cirrhose (stade de fibrose F4, évalué par biopsie) peuvent participer, à moins que leur cirrhose soit décompensée (dans ce cas le traitement par interféron est risqué).

La durée de la quadrithérapie est de 6 mois (24 semaines). Il y aura 60 participants. L'essai est mené par l'ANRS, et l'investigateur principal est le Pr Lionel Piroth, du Centre hospitalier de Dijon.

Pourquoi cet essai est-il important ?

Parce qu'il concerne des personnes co-infectées, dont la maladie du foie peut-être très avancée (cirrhose), et surtout qui n'ont pas répondu du tout à la bithérapie. Chez ces personnes, il n'est pas toujours pertinent d'utiliser l'une ou l'autre des deux antiprotéases anti-VHC déjà disponibles, avec Victrelis (bocéprevir) ou Incivo (télaprévir), deux médicaments déjà commercialisés, parce qu'elles n'offrent que peu ou pas de bénéfice thérapeutique dans ce cas. Et ces personnes sont des personnes minoritaires, difficiles à traiter, pour lesquelles l'industrie pharmaceutique a peur de mener des essais, à cause des risques pour la santé des personnes et par peur aussi de moins bons résultats.

Comment se déroule l'essai ?

Il y a d'abord un mois de "traitement d'induction" ou "lead-in" (une phase de démarrage) avec la bithérapie standard anti-VHC

(interféron pégylé alpha-2a + ribavirine). C'est ensuite que commence la quadrithérapie anti-VHC proprement dite, pour une durée de 6 mois. Celle-ci comporte : asunaprévir ; daclatasvir ; interféron pégylé alpha-2a en une injection sous-cutanée par semaine ; ribavirine, deux fois par jour.

Il n'y a pas de bras contrôle ni de placebo dans cette étude, toutes les personnes recevront cette quadrithérapie.

Ensuite, les chercheurs regarderont le taux de guérison de l'infection par le VHC, qu'on définit comme une charge virale VHC qui reste indétectable trois mois après la fin du traitement. Ils regarderont également la manière dont le traitement est supporté par les personnes (effets indésirables, arrêt de traitement). Ils espèrent un taux de guérison d'au moins 40 %. La fin de l'étude est prévue pour octobre 2014.

Quels sont les villes/centres hospitaliers concernés ?

Les inclusions dans l'essai commencent au mois de décembre, et le premier participant commencera le traitement (bithérapie puis trithérapie) entre un et deux mois après avoir signé le consentement. Les inclusions devraient durer jusqu'en août prochain.

Les villes et centres concernées sont : Argenteuil (Victor Dupuy), Créteil (Henri Mondor), Bicêtre, Bondy (Jean Verdier), Suresnes (Foch), Paris (Saint-Louis, Necker, Tenon, Avicenne, Georges Pompidou, Cochin, Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Bichat-Claude Bernard), Tourcoing (Gustave Dron), Rouen (CHU), Rennes (Pontchaillou), Nantes (Hôtel Dieu), Bordeaux (Saint-André ; Pellegrin), Toulouse (Purpan), Perpignan (Saint-Jean), Montpellier (Gui de Chauillac ; Saint-Eloi), Marseille (Sainte Marguerite), Nice (Archet 1), Lyon (Croix Rousse), Dijon (Bocage), Strasbourg (Trait d'union).

Quels sont les médicaments anti-VIH (ARV) autorisés ?

Pour participer à l'essai, il faut être traité avec une multithérapie anti-VIH et avoir une charge virale VIH inférieure à 400 copies (il n'est donc pas nécessaire d'avoir une CV VIH indétectable, c'est-à-dire inférieure à 50 copies/ml). Le panel de médicaments autorisés est assez restreint, en raison des interactions connues ou suspectées entre les médicaments anti VIH et anti-VHC.

Il s'agit :

- de nucléosides, au choix : Truvada (ténofovir + emtricitabine) ou Viread + Epivir ; ou du Kivexa (abacavir + Lamivudine), ce dernier nécessitant un ajustement et une surveillance des doses de ribavirine.
- d'une anti-intégrase, Isentress (raltégravir).

L'enfuvirtide (T20 ou Fuzeon) est également autorisé, mais ce médicament anti-VIH qui se prend par injection sous-cutanée deux fois par jour est généralement réservé aux personnes qui n'ont pas d'autre option thérapeutique.

Par ailleurs, la méthadone et le Subutex sont autorisés.

Quels sont les principaux critères d'inclusion dans cette étude ?

- avoir un VHC de génotype 1 ou 4 ;
- avoir plus de 200 CD4/mm³ (et un rapport CD4/CD8 > 15 % à la pré-inclusion) et une charge virale VIH inférieure à 400 copies/ml depuis trois mois à la pré-inclusion ;
- tous les stades de fibrose sont autorisés sauf la cirrhose décompensée ou la cirrhose avec varices œsophagiennes stade 2 ou 3 (sachant que la proportion de personnes cirrhotiques est limitée à 50 % de l'ensemble des personnes incluses) ; il faut avoir eu une biopsie, même ancienne et/ou un fibroscan bien réalisé ; (Ces critères, formulés de façon simplifiée, sont donnés à titre indicatif ; pour la liste complète, il faut se référer à la notice d'information patient ou au protocole.)

Quels sont les principaux critères d'exclusion ?

- avoir une contre-indication à la ribavirine ou à l'interféron ;
- avoir des contre-indications psychiatriques, l'avis d'un psychiatre étant obligatoire dans certains cas, en raison des effets de l'interféron sur le psychisme ;
- avoir tenté un traitement par anti-protéase du VHC (Victrelis (bocéprévir) et Incivo (télaprévir) ;
- être transplanté du foie ;

Et si on ne rentre pas dans les critères ?

Comme on le voit, les critères d'exclusion sont nombreux. Certaines personnes co-infectées répondeurs nuls ayant un besoin urgent de ces molécules ne pourront pas participer aux essais (ex. : avoir déjà tenté Incivo ou Victrelis). AIDES est une des associations qui, au sein du TRT-5, s'engage pour que l'Agence nationale de sécurité du médicament prépare au plus vite les dispositifs d'ATU (autorisations temporaires d'utilisation) de cohorte et nominative, afin de répondre au mieux au besoin vital de ces personnes, et ce dans des conditions de sécurité optimale.

Contact : Investigateur coordonnateur : Pr Lionel Piroth CHU DIJON, Département Infectiologie, 2 bd du Maréchal de Lattre de Tassigny.

Je suis consommateur de produits psycho-actifs, on dit aussi CPP, depuis l'âge de quatorze ans et injecteur depuis mes quinze ans. Je m'appelle Tof, j'ai 39 ans et j'ai une hépatite C.

Tof :

"Je pratique l'échange de seringues en prison"

"Je suis tombé en prison, pour la première fois, à l'âge de vingt ans à cause des stupéfiants. J'ai effectué une peine de cinq années. Aujourd'hui, j'en suis à ma quatrième incarcération, toujours pour les mêmes faits.

J'ai toujours, malgré mes incarcérations, poursuivi ma pratique d'injection en prison, ma dépendance au geste étant très importante et parce que j'aime les drogues. Pour pouvoir s'injecter, c'est vraiment la galère, il faut user de stratagèmes, le plus souvent voler une seringue à l'UCSA [unité de consultation et de soins ambulatoire, c'est l'hôpital dans un établissement pénitentiaire, ndlr], sans te faire attraper, au risque d'aller au quartier disciplinaire.

Ensuite, il faut tomber avec un co-détenu qui te laisse faire, et croyez-moi, c'est difficile de faire tolérer sa toxicomanie à son co-cellulaire. Sinon, tu dois tout faire en cachette : attendre qu'il dorme, te cacher pour préparer ton shoot et stresser pour t'injecter. Alors le plus souvent, entre consommateurs, on essaye de partager la même cellule.

Une évolution s'est produite avec l'arrivée en prison des produits de substitution. Cela a changé la vie des consommateurs ; malgré tout, beaucoup de discrimination existent par manque de connaissance, sans parler si tu es séropositif au VIH ou aux hépatites.

Un changement s'est produit également depuis quelques années de la part des médecins. Certains sont plus à même d'entendre les pratiques des CPP. Moi, j'ai toujours assumé complètement mon statut d'usager de drogues et j'en ai toujours parlé. Lors de mes dernières incarcérations, j'ai eu affaire à des médecins qui ont eu le courage de prendre des risques professionnels et de mettre en péril leur boulot, m'échangeant une seringue propre contre une seringue usagée ⁽¹⁾. Mais ça restait entre lui et moi. Il faut aussi être en capacité de pouvoir parler de sa pratique. Moi, j'ai cette facilité, mais combien ne l'ont pas ? Quand un autre détenu sait que tu as une seringue, des pressions existent pour que tu la partages et parce que tu ne peux pas laisser tomber un collègue, c'est ce qui arrive. Alors on nettoie au mieux qu'on peut la seringue.

Ça ne devrait plus arriver ces pratiques en 2012, car nous prenons de réels risques !

C'est se voiler la face que de ne pas reconnaître ce qui se passe en prison : ainsi chaque détenu qui en fait la demande devrait obtenir du matériel stérile. A quand un réel système d'échange de seringues en prison, et pas de magouille ?"

(1) Les experts et associations considèrent qu'une seringue (dont la mise à disposition est interdite dans les prisons) est utilisée par cinq personnes. L'enquête Pri2de 2010 indique que 18 % des UCSA ont eu connaissance de seringues usagées dans les prisons françaises.

Aïline a 35 ans. Elle est d'origine africaine, séropositive au VIH et incarcérée.



"Dès mon arrivée en prison, ma santé a pris un sacré coup. J'étais très mal dans mon corps et j'avais perdu tout espoir de vie, plongée dans une profonde déprime ; j'ai fini par ne plus prendre mon traitement. Cela a duré deux semaines et demie. J'ai perdu sept kilos en l'espace de quelques jours.

Avec le soutien de mes amis, j'ai fini par reprendre le dessus. Je suis sortie de ma dépression. C'est là, lors d'une réunion d'information, que j'ai croisé le chemin de AIDES.

Depuis mon incarcération, j'ai rencontré le médecin infectiologue une seule fois ; mon état est surveillé, mais pas régulièrement. Ma plus grande difficulté a été de cacher ma maladie en prison : c'est une arme mortelle qu'on a contre soi pour une personne séropositive si d'autres détenus découvrent la maladie ! C'est plus

Aïline :

"Ma plus grande difficulté a été de cacher ma maladie en prison"

dur en prison qu'à l'extérieur ! J'ai vu des personnes malades se faire insulter, rejeter et même cela a conduit à des promenades séparées pour éviter les dérapages !

Le bon côté, c'est qu'aujourd'hui j'ai de nouveau une oreille attentive... J'ai la chance d'être reçue tous les mercredis par AIDES à l'UCSA [unité de consultation et de soins ambulatoire, c'est l'hôpital dans un établissement pénitentiaire, ndlr]. Leur soutien m'a permis de m'accrocher à la vie. Je parle de ma maladie. Et quand des fois, je tarde à être reçue par un professionnel de santé extérieur, ils font le nécessaire pour que je sois reçue rapidement. Pour ma part, je vois plus les membres de AIDES que l'infectiologue ! Ces rendez-vous sont très importants pour moi, car en étant séropositive en détention, j'ai le sentiment de passer 80 % de mon temps entre l'envie de mourir, d'arrêter mon traitement et la dépression due au poids de la maladie, celle due à l'enfermement, l'isolement et les préjugés.

Je termine en remerciant AIDES pour son soutien, son aide, ses conseils ainsi que pour le travail que nous faisons ensemble pour préparer ma sortie..."

On parle beaucoup en ce moment des contraintes alimentaires quand on prend Eviplera, la nouvelle trithérapie en une prise par jour commercialisée en septembre dernier en France. Ces contraintes sont liées à la présence de la rilpivirine (voir page 49). Mais, en fait, elles sont différentes selon que

la rilpivirine est contenue dans Edurant (seule donc)... ou dans Eviplera (en combinaison avec Truvada).

Savoir manger avec Edurant, Eviplera

D'après les dernières données disponibles, diffusées au dernier congrès européen sur le VIH, à Glasgow, Edurant doit se prendre avec un repas standard (environ 500 calories, contenant 20 % de graisses). Avec un petit déjeuner classique (pain beurré/céréales sucrées + lait ; un produit laitier ; un fruit ; une boisson), ça colle, mais pas avec un café noir seul. Si on n'aime pas manger le matin, on peut le prendre à midi ou le soir, au repas, sachant qu'il n'est nullement obligatoire de faire un repas très important (plus de 900 calories, comme on le pensait au début). Mais il faut vraiment manger avec Edurant. Sinon, cela entraîne une baisse de 75 % des concentrations du médicament.

Les choses sont différentes avec Eviplera, peut-être en raison des propriétés différentes du cachet (ses excipients) ou d'une interaction avec les deux autres molécules actives qu'il contient, le Viread et l'Emtriva. Aucune différence significative entre un repas standard (540 kcal, 21 g de lipides) et un repas léger (390 kcal, 12 g de lipides, exemple : un sandwich + un yaourt ou un fruit). Être à jeun depuis 10 heures faisait baisser légèrement les concentrations, de 19 % par rapport au repas standard, et de 13 % par rapport au repas léger, dans l'étude. Le laboratoire recommande la prise pendant le repas ou dans les 2 heures qui suivent. Même si l'effet de la nourriture est bien moins important avec le tout en un qu'avec Edurant.

Autre contrainte qui reste valable et pas assez connue, au vu de la fréquence de ces médicaments : la rilpivirine doit s'absorber en milieu acide, et ne doit pas se prendre en même temps que

les anti-H2 et les anti-acides, ou inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), des médicaments avec ou sans ordonnance contre les "brûlures" d'estomac, de type Mopral (tous les médicaments dont la molécule finit en zole, comme l'omeprazole, le pantoprazole). Pour les anti-H2, seuls les anti-H2 en une prise par jour – cimétidine (Tagamet), famotidine (Pepcide), ranitidine (Zantac) – doivent être utilisés, et ce au moins douze heures avant ou au moins quatre heures après. Quant aux "pansements" anti-acides (Maalox, Xolaam, Rennie) – ils doivent être administrés au moins deux heures avant, ou au moins quatre heures après, sinon, l'absorption de la rilpivirine est moins bonne.

Renaud Persiaux



En Résumé

Pour Edurant : surtout pas à jeun, repas classique avec du gras et pas d'anti-acide.

Pour Eviplera : pas à jeun si possible, repas léger ou classique avec du gras et pas d'anti-acide.

Ce nouvel antirétroviral développé par Janssen, de la classe des non nucléosides, est commercialisé depuis septembre dans deux médicaments. Edurant contient la rilpivirine seule (dosée à 25 mg). Tandis qu'Eviplera (Complera au Québec) l'associe au Truvada, pour former la deuxième trithérapie en un comprimé unique par jour sur le marché, après Atripla (Truvada + Sustiva).

Un nouvel ARV, la rilpivirine, est désormais disponible en France

La rilpivirine est un concurrent sérieux pour l'efavirenz (Sustiva) de BMS, qui provoque chez une personne sur trois, des troubles neuropsychiques : insomnies, vertiges, dépression, irritabilité, cauchemars, surtout en début de traitement ; et qui présente un risque d'éruptions importantes sur la peau et de troubles lipidiques (des taux de graisse dans le sang). Au total, selon une étude anglaise sur 472 personnes publiée en 2011, une personne sur cinq commençant Atripla change pour un autre traitement pendant la première année.

D'après les données disponibles, la rilpivirine provoquerait beaucoup moins d'effets indésirables : moins de problèmes de peau, de troubles psychiques et de troubles lipidiques, selon les données à 22 mois. Elle est dosée à 25 mg, ce qui permet d'avoir un comprimé d'Edurant de la taille d'un Tic-Tac, et un comprimé d'Eviplera plus gros que celui de Truvada.

Pour l'heure, l'Agence européenne du médicament ne l'a approuvée que chez les personnes n'ayant jamais pris de traitement et ayant une charge virale de moins de 100 000 copies/ml. Au-dessus de cette charge, il y avait un faible risque d'échec, selon les essais cliniques fournis par le laboratoire. Mais selon une étude sur plus de 300 personnes, il est possible de passer sans danger à Eviplera à partir d'une combinaison d'une antiprotéase boostée et Truvada, si la charge virale est faible. Ce changement améliore les niveaux de graisses dans le sang, selon les résultats à 6 mois. Il semble aussi possible, selon une étude pilote sur 50 personnes, de passer d'Atripla à

Eviplera. Toutes ces données devraient permettre l'autorisation de prescription aux personnes déjà traitées.

Paradoxalement pour une nouveauté, le prix en pharmacie d'Eviplera (756,57 euros TTC par mois) est plus faible que celui d'Atripla (798,70 euros). Cela s'explique par l'avis de la Commission de transparence (9 mai 2012) qui juge qu'Eviplera n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR) par rapport à Atripla. Malgré un profil de tolérance "globalement plus favorable", la commission met en avant les "incertitudes sur la barrière génétique de résistance" et "l'absence de démonstration de supériorité en termes d'efficacité". C'est sur la base de cet avis que le prix a été négocié avec le laboratoire par le comité économique des produits de santé (CEPS). Edurant, dont l'ASMR est jugée également nulle, affiche un prix de 269,65 euros, soit moins que Sustiva (315,40 euros). Cela fait d'Eviplera le premier comprimé anti-VIH "tout-en-un" moins cher que l'addition de ses composantes (Truvada : 536,36 euros + Edurant 269,65 euros = 806,01 euros).

Reste que la baisse des effets psychiques avec la rilpivirine suscite de l'attente chez certaines personnes qui connaissent des difficultés avec leurs traitements actuels. Comme pour tout nouveau médicament, une surveillance post-AMM (après l'autorisation de mise sur le marché) doit permettre de s'assurer que ces promesses seront tenues — voire de découvrir d'éventuels effets indésirables non signalés jusqu'alors.

Renaud Persiaux



Fruit de deux ans de travail, la stratégie scientifique mondiale visant à impulser les recherches pour développer un traitement curatif contre le VIH/sida a été officiellement lancée à Washington, le 19 juillet, en amont de la conférence mondiale. A travers le monde, 34 chercheurs réputés ont identifié 7 priorités de recherche. Les meilleurs chercheurs du domaine ont détaillé les derniers résultats lors d'un symposium de 2 jours. Par Renaud Persiaux.

"Towards a HIV Cure" : les sept priorités de la stratégie scientifique mondiale lancée à Washington

Les anglophones l'appelaient le "C-Word", le "mot en C". Un mot qu'on n'osait plus prononcer : "Cure". Ou en français, la guérison, le traitement curatif. Après les promesses déçues du chercheur américain David Ho, en 1995 à l'arrivée des multithérapies, qui promettait une guérison en trois ans, plus personne n'osait en parler (!). Jusqu'en 2008, et une modeste publication d'un hématologue berlinois inconnu, Gero Hütter, qui indiquait avoir guéri une personne vivant avec le VIH à l'occasion d'un traitement contre une leucémie. Une greffe de moelle (nécessaire pour traiter la leucémie), mais d'un donneur bien choisi, naturellement résistant à l'infection (car porteur d'une double mutation génétique delta 32 de ses récep-

teurs CCR5, présente chez moins de 0,3 % de la population), a accompli le miracle que personne n'attendait plus : une éradication du VIH dans l'organisme. Coup de tonnerre du "Patient de Berlin", auquel au tout début, bien peu de chercheurs avaient cru. Depuis deux ans, après des résultats scientifiques sans précédents et sous l'impulsion de "notre" prix Nobel de médecine 2008, Françoise Barré-Sinoussi, co-découvreuse du VIH, le mot n'est plus tabou.

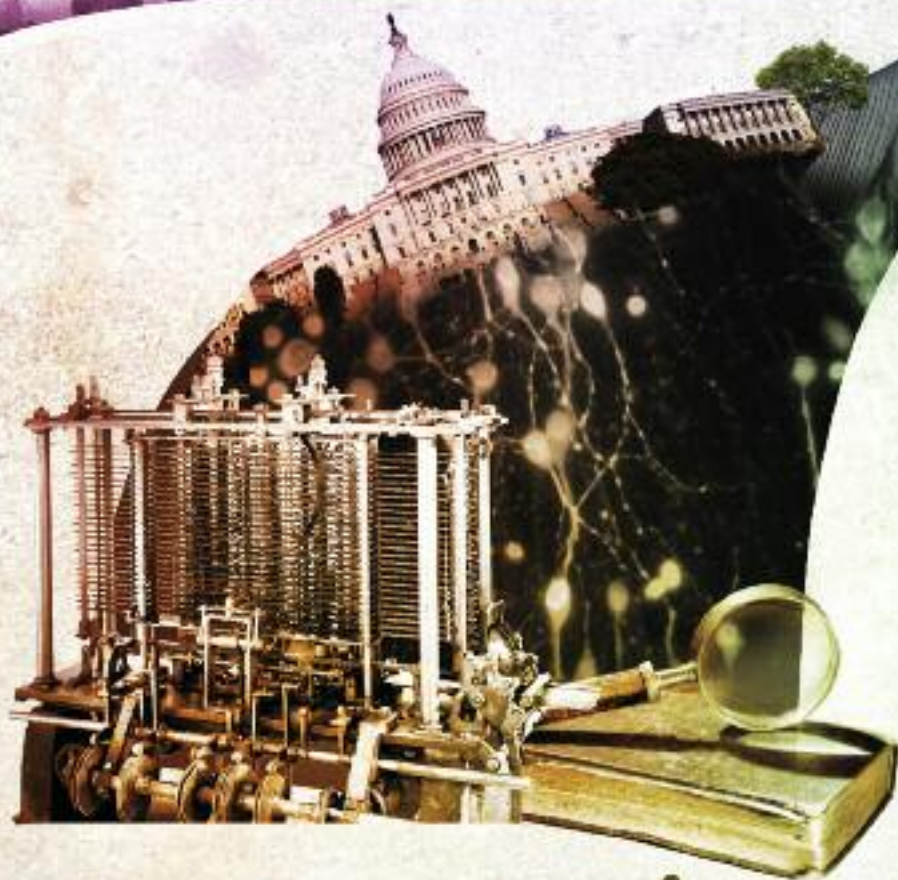
Les scientifiques à la poursuite des réservoirs

Quand on parle de "Cure", un autre mot arrive tout de suite après : "réservoirs", ces cellules où le VIH intègre son génome ADN, mais ne se réplique pas, en tout cas

pas tout de suite. "Endormi" et "caché", il y est à l'abri des antirétroviraux. Jusqu'au jour où il se réveille. Et là, s'il n'y a plus d'antirétroviraux, il se réplique à nouveau et à toute vitesse. C'est ce qui fait du VIH une infection chronique et persistante, obligeant, jusqu'à aujourd'hui, la prise de traitements en continu et à vie. En plus des réservoirs, deux autres sources pourraient être à l'origine de la persistance du VIH sous antirétroviraux : le possible maintien d'une faible répllication sous antirétroviraux (efficaces à 99,99 %) et l'existence de parties du corps où les antirétroviraux passent mal (les "sanctuaires", comme le cerveau, les organes génitaux, etc.).

C'est dire l'ampleur du défi auquel font face les chercheurs. C'est pourquoi si

les



priorités

une guérison totale (éradication ou disparition totale du VIH) n'était pas possible, les chercheurs visent un deuxième objectif, un équilibre entre le virus et le système immunitaire, comme l'explique Françoise Barré-Sinoussi : "Une guérison fonctionnelle, où les personnes ne prendraient pas de traitement, ne seraient pas malades et auraient un risque infime de transmettre le virus, serait formidable. "

"La science, poursuit la chercheuse, présidente de la Société internationale contre le sida (IAS, organisateur de la conférence internationale sur le sida), nous dit depuis un certain temps qu'il est désormais réaliste de pouvoir guérir l'infection à VIH. Le moment est venu de mettre au point un moyen de parvenir à un traitement curatif. Nous pourrions regretter de n'avoir jamais essayé". Le co-président de l'alliance scientifique, Steven Deeks, médecin et chercheur à l'hôpital général de San Francisco suit le "patient de Berlin", qui y a déménagé et a abandonné le confort de l'anonymat. Timothy Ray Brown incarne désormais le rêve jusqu'alors abstrait de guérison et donne de l'espoir à des millions de personnes vivant avec le VIH. Il parcourt le monde pour motiver chercheurs et financeurs.

Sept domaines prioritaires

Pour avancer, les 34 chercheurs réunis ont identifié sept domaines prioritaires de recherche. Pour chaque domaine, ils ont défini ce qu'on sait, les difficultés, ce qu'on doit savoir, et quelles sont les étapes à franchir en priorité.

1. Déterminer les mécanismes viraux et cellulaires de la persistance du VIH

Cela va de l'établissement des conditions de cette persistance, du rôle de la réplication résiduelle du virus et de la manière dont évoluent les cellules réservoirs. Il s'agit de comprendre en détail ces mécanismes afin d'élaborer les interventions thérapeutiques les plus précises possibles : les plus efficaces et les plus sûres. Pour ne pas couper un brin d'herbe avec une tronçonneuse !

2. Déterminer les tissus et les cellules à l'origine de la persistance du VIH chez les personnes traitées par antirétroviraux même depuis longtemps

Les chercheurs se sont, en effet, progressivement aperçus qu'il n'y avait pas un seul type de cellules réservoirs comme ils le pensaient, mais de très nombreux : plusieurs sortes de cellules immunitaires : les différents CD4 (mémoire, régulateurs), les cellules dendritiques, les macrophages, les astrocytes, sans compter l'intestin qui est aussi un réservoir très important de cibles du virus...

3. Déterminer les origines de l'activation immunitaire et de l'inflammation sous antirétroviraux et leurs conséquences sur la persistance du VIH

En effet, même si c'est mal connu, l'infection à VIH a une forte dimension inflammatoire. C'est en partie lié au dérèglement de la barrière immunitaire du tube digestif, qui laisse le passage libre aux fragments bactériens dans la circulation sanguine (qui sur-stimule en permanence nos défenses immunitaires). Mais aussi à l'action de certaines protéines du VIH. Car la plupart des CD4 qui meurent chez les personnes séropositives (conduisant à leur remplacement et, en l'absence de traitement anti-VIH, à l'épuisement du système immunitaire), n'ont pas été infectées par le VIH, mais sont indirectement tuées, à distance, à travers des signaux envoyés ou des cascades biochimiques déclenchées par la présence du VIH, et de certaines de ses protéines. Bien comprendre ces mécanismes, c'est trouver autant de cibles thérapeutiques éventuelles. Par ailleurs, une guérison "fonctionnelle" ne pourra pas faire l'impasse sur la question inflammatoire, "guérir" en s'exposant à des risques de cancers, de crises cardiaques ou de démences ne voudrait pas dire grand-chose...

4. Déterminer les mécanismes de la personne et les mécanismes immunitaires qui contrôlent l'infection, mais permettent la persistance du virus

Il s'agit là, principalement, d'étudier très précisément les personnes dont le système immunitaire contrôle le virus (leur charge virale est indétectable) sans prendre de traitement. Première population : les contrôleurs spontanés, identifiés au début des années 2000 : ce sont les "HIV controllers" qu'on définit comme ayant une charge virale indétectable depuis plus de dix ans (moins de 1 % de la population). On sait déjà que ces personnes ont un profil génétique particulier, et surtout, que leurs CD8 sont capables de tuer très efficacement les cellules infectées. Deuxième population, identifiée en 2010 : les personnes "VISCONTI", ou contrôleurs après traitement, ces 15 % de personnes (selon les estimations) qui, après avoir interrompu un traitement commencé dans les premières semaines, pendant la primo-infection, contrôlent le virus pendant des années sans prendre d'antirétroviraux. Eux n'ont pas le profil génétique particulier des contrôleurs spontanés, et les chercheurs veulent à comprendre ce qui les caractérise.

5. Etudier, comparer et valider des dispositifs permettant de mesurer l'infection persistante

Une des questions est de savoir quel paramètre regarder et quelle technique utiliser pour vérifier qu'une stratégie de guérison est

LE JEU DES 7 PRIORITÉS



vraiment efficace. Pour citer le jargon des virologues, est-ce l'ARN VIH périphérique, l'IUPM, l'ADN total, l'ADN intégré ? Chacun a ses avantages et ses inconvénients. Les chercheurs travaillent encore pour améliorer les techniques qu'ils utilisent dans les laboratoires de recherche. Dans quelles parties de l'organisme regarder ? Quelle est la représentativité des échantillons prélevés ? Par exemple, en faisant une biopsie dans l'intestin, on prélève un petit bout de l'ordre de 3 millimètres carrés, alors que la surface de l'intestin est de... 300 mètres carrés. Comment regarder dans le cerveau (les prélèvements y sont difficiles) ? Des problèmes éthiques sur le caractère invasif, provisoirement handicapant ou douloureux des techniques sont des questions sur lesquelles les séropositifs et les associations ont leur mot à dire. De nombreux autres problèmes techniques se posent : comment cultiver les cellules réservoirs et faire des tests in vitro qui vont avoir la meilleure capacité de prédire ce qui va se passer chez l'humain ? Quels modèles animaux développer : le singe ? La souris "humanisée" (génétiquement modifiée avec des gènes humains) ? Et ensuite, quelles sont les souches de cellules, d'animaux, de virus à utiliser préférentiellement ?

6. Développer et tester des agents thérapeutiques ou des stratégies immunologiques pour éliminer l'infection latente.

Ce sont les stratégies thérapeutiques qui visent à vider les réservoirs, en réveillant les cellules et en les détruisant (shock and kill).

7. Développer et tester des stratégies pour améliorer la capacité des personnes à contrôler la réplication du virus

Il s'agit de toutes les stratégies de vaccination thérapeutique qui "réveillent" les cellules "endormies", d'interleukines (des molécules régulant l'immunité) combinées ou pas à des agents anti-latence, par exemple. Ou de tout ce qui vise à rendre les cellules résistantes, via la thérapie génique. On en a peu parlé au symposium, mais l'activiste Matt Sharp, qui a participé au tout premier essai de thérapie génique, nous a relaté son expérience (voir sur Seronet.info).

Des groupes sur les aspects psychosociaux, l'économie, l'éthique, les relations avec l'industrie

Par ailleurs, en plus des questions identifiées, plusieurs groupes de travail vont être lancés très prochainement. Un groupe sur les sciences humaines et sociales (proposé notamment par AIDES



lors des consultations) pour se pencher sur tous les enjeux psychosociaux de la guérison, les attentes des personnes vivant avec le VIH. Un autre sur les relations avec l'industrie, désormais sur les rangs, ainsi que nous le confirmait le célèbre chercheur David Margolis pendant le symposium. Yves Souteyrand, de l'Organisation mondiale de la santé, dirigera un autre groupe particulièrement important, sur les aspects économiques. "L'objectif est que ces recherches bénéficient au plus grand nombre et ne soient pas réservés aux pays riches. Cette possibilité de guérison pose de nombreux enjeux de coût-efficacité. A partir de quel moment cela deviendra-t-il économiquement rentable, au-delà des aspects humains, de faire une procédure, éventuellement lourde et chère, qui permettra de guérir ? Quelle influence cela aura-t-il sur les donateurs internationaux de savoir que la mise sous antirétroviraux ne signifiera pas un traitement à vie, mais un traitement pendant une durée précise. Comment un "Cure" changera-t-il la donne, en plus du fait que les personnes traitées efficacement n'ont plus qu'un risque infime de transmettre le virus ?

Et l'éthique, "particulièrement importante" selon Françoise Barré-Sinoussi, car la nature même de ces recherches va obliger chercheurs et communauté à réinventer le modèle qui a prévalu. Aux Etats-Unis, la communauté activiste soutient très fortement ces recherches. Mark Harrington, activiste de Treatment Action Group (TAG), craint "le manque de volonté politique" pour une mobilisation globale visant à guérir le VIH, tandis que pendant le symposium, Katie Krauss, d'AIDS Policy Project, distribuait des autocollants : "Push HIV Cure" ("Soutenez la guérison du VIH"). Le Project Inform a lancé une enquête on line, qui montre un fort altruisme des répondants, puisque 50 % se disaient prêts à participer, sans attendre de bénéfices pour leurs propre santé.

Côté finances ?

Côté finances, tout reste à faire ou presque. Les chercheurs vont prendre leur bâton de pèlerin pour trouver des financements. L'ANRS, qui consacre déjà environ 4,5 millions (10 % de son budget) à la recherche "Cure" (de la fondamentale à la clinique), va poursuivre son engagement, a indiqué son directeur, le Pr Jean-François Delfraissy. L'agence de recherche française et l'institut américain des maladies infectieuses et des allergies (NIAID), ont signé le 23 juillet une déclaration d'intention fixant leur collaboration. Le NIAID va dépenser 70 millions en cinq ans sur les recherches "Cure", selon son directeur le Dr Tony Fauci.

Et les instituts américains de la santé (qui chapeautent le NIAID) ont lancé un appel d'offres pour des idées nouvelles et créatives en matière de recherche contre le VIH, dont la première édition est consacrée au "Cure" : 12 bourses de recherches seront accordées pour un montant total de 5 millions de dollars.

Un oubli : l'allègement

Un regret, les stratégies d'allègement thérapeutique, telle celle que veut évaluer l'essai Iccarre (voir *Remaides* N°80, hiver 2011/printemps 2012), n'ont pas été incluses à la stratégie, alors qu'elles tendent, elles aussi, vers une forme de rémission fonctionnelle. Et seraient susceptibles d'être conjuguées aux approches de stimulation immunitaires incluses dans la stratégie.

Illustrations : Yul Studio
Photos : Deborah W. Campos/AS

Il est désormais fréquent que des personnes percevant l'allocation aux adultes handicapés (AAH) connaissent des problèmes au moment de la demande de renouvellement : diminution des droits voire suspension. Témoignages et premiers points de vigilance. Remaides y reviendra dans le détail dans son prochain numéro au printemps 2013.

AAH :

Attention au renouvellement

R. perçoit depuis 10 ans l'allocation aux adultes handicapés (AAH, 776 euros par mois). En juin 2012, à l'occasion du renouvellement, il reçoit un courrier de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ; laquelle lui indique que son taux d'incapacité a été revu... à la baisse. Le nouveau se situe désormais entre 50 et 79 % et non à 80 % comme précédemment. S'ensuivent un avis défavorable pour l'octroi de la carte d'invalidité, pour la carte de priorité et un avis défavorable pour le renouvellement du droit à l'AAH, bien entendu. La MDPH motive ces refus à raison de "l'absence de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap, une condition introduite discrètement en septembre 2011 (que AIDES avait dénoncé avec les [Im]patients Chroniques et associés)." Sa reconnaissance de qualité de travailleur handicapé est cependant maintenue pour cinq ans et il "bénéficie" d'une "orientation en milieu ordinaire avec accompagnement."

"Je ne suis pas contre le fait de travailler, loin s'en faut, explique R. J'ai même un projet professionnel qui me trotte dans la tête et que j'aimerais réaliser dans la mesure du possible. Mais je conserve de gros doutes quant à ma capacité à avoir un rythme de travail normal à temps plein... J'ai des périodes de fatigue récurrentes qui ralentissent vraiment ma vie quotidienne." R. renvoie le coupon-réponse pour exprimer, comme dit la MDPH, ses "éventuelles observations" ; dont il n'est tenu aucun compte. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) confirme l'intégralité des avis défavorables. Les droits de R. sont supprimés le 28 juin 2012. En août, il s'inscrit au RSA (475 euros par mois).

Ce qui est arrivé à R. n'est pas un cas isolé. Claire a connu la même situation. "Je touchais l'AAH depuis 1990, voilà que 22 ans plus tard, la MDPH décide que je peux travailler et subvenir à mes besoins et ceux de mes trois ados (je suis seule) par mes propres moyens... Je trouve cela lamentable", explique-t-elle. Et des cas comme ceux-là sont désormais fréquents. L'étape du renouvellement de l'AAH semble de plus en plus périlleuse pour des

personnes vivant avec le VIH et dont l'état de santé ne compromettrait pas durablement leur capacité de travail. L'AAH est supprimée lorsque la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées estime qu'il n'y a pas de "restriction substantielle et durable [un an] pour l'accès à l'emploi". Et elle le fait de plus en plus pour le VIH, considérant qu'il n'empêche pas systématiquement de travailler pendant un an (la fameuse condition "durable"). Le non renouvellement (qu'il est quasiment impossible d'anticiper) place les personnes au pied du mur financièrement et ce d'autant plus que les MDPH tardent à faire parvenir leur décision aux Caisses d'allocations familiales (CAF) ; ce sont elles qui paient. Il arrive alors que les CAF exigent le remboursement des sommes considérées comme "trop perçues". Résultat : c'est fragilité financière plus ardoise !

Alors quelles sont les solutions ? Une est, en amont de la date de renouvellement, de s'assurer que son dossier médical prend parfaitement en compte son état de santé dans sa globalité, par exemple la fatigue récurrente qui empêche de travailler. Il faut donc veiller — puisque les conditions d'obtention et de renouvellement de l'AAH sont plus sévères — à ne rien oublier, à "bétonner" son dossier. Il ne faut pas hésiter à faire appel à une association qui peut conseiller utilement sur le dossier. Il existe également des possibilités de recours. La brochure "Comment remplir son formulaire MDHP" fournit quelques conseils pratiques en ce sens : elle peut servir de base de discussion avec son (ses) médecin(s) lors de la ou les consultations dédiées. Pour plus d'infos, il est recommandé de joindre Santé Info Droits, la ligne du CISS (Collectif interassociatif sur la santé), au 01 810 004 333 (n° Azur, tarif selon l'opérateur téléphonique) ou au 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale).

Jean-François Laforgerie

On trouve la brochure "Comment remplir son formulaire MDHP" sur le site de AIDES www.aides.org. Taper : "Certificat médical MDPH" dans le moteur de recherche.

Une patate et quatre allumettes ou : journal d'un corps

L'an prochain, j'aurai soixante ans. Ça fait exactement vingt-sept ans que je vis avec le VIH, vingt-et-un ans que je prends des antirétroviraux. La petite trentaine d'années de ce compagnonnage s'est inscrite dans ma chair au fur et à mesure de ses épisodes, et aujourd'hui je peux lire l'histoire de l'épidémie sur mon corps, ou plutôt sur ses modifications successives. Je n'ai pas eu besoin de médicaments au début de ma contamination en 1985, car dépistée quasi aussitôt après et j'allais bien. Et c'est tant mieux, car il n'y en avait pas ou peu, à part l'AZT que j'ai pris finalement en 1991, mes CD4 ayant dégringolé.

Commençons au tout début des années 90. J'étais alors jeune et belle, assez canon même, et c'était une consolation dérisoire au milieu de l'horreur quotidienne que nous vivions. Je n'irai pas plus loin dans l'évocation de ces années noires, dont les plus jeunes ne veulent même pas entendre parler. L'ennemi avance masqué, c'est bien connu.

Waouh, me dis-je un jour, mais j'ai des jambes de danseuse, fines, les muscles dessinés, pas un poil de graisse ! Lorsque de grosses veines saillantes apparurent, mon médecin me prescrit des veinotoniques, croyant à un accès de vieillesse précoce. Puis ce fut au tour des bras de maigrir, les joues de se creuser et les yeux de s'enfoncer... La métamorphose commençait.

En 1996, révolution avec les trithérapies. Je suis passée juste, il était vraiment temps pour moi que de nouveaux médicaments arrivent. Les nouvelles molécules efficaces sur le virus, mais fortement dosées avaient beaucoup d'effets secondaires délétères, notamment la mauvaise distribution corporelle des graisses ; surtout pour nous les femmes qui n'avons pas le même métabolisme que les hommes. Mais nous n'en avons cure. Il s'agissait simplement de rester en vie pour ceux et celles qui avaient eu la chance de tenir jusque là, dont je faisais partie. Survivant au jour le jour,

sans perspective d'avenir, la déformation du corps, on s'en foutait un peu. Un ex, plaquant un jour une main affectueuse sur mon postérieur et ne reconnaissant plus son ancien terrain de jeux, lâcha un : "Tiens, c'est rigolo, ce qu'il y avait derrière est passé devant". Adieu jolies fesses rebondies, taille fine et petit ventre plat. Je commençais à lorgner vers le rayon vêtements grossesse, car comment se pantalonner avec des cuisses de sauterelle et un tour de taille 46 ? Puis ce fut l'étage supérieur. Et là, je passais du soutien naturel à l'artificial : un soutien-gorge ! Je ne me reconnaissais plus.

Le coup de grâce vint de la voisine me demandant gentiment si j'étais enceinte...

Le règne des lipodystrophies était arrivé : plus de fesses, mais gros tronc surtout devant (gros ventre, gros seins) et membres tout maigres. Peu après arriva une convocation de la Sécu pour un contrôle médical. Je m'y rendis avec mes derniers bilans sous le bras. "Tout va pour le mieux, chère Madame", dit le médecin-conseil d'un air bonasse, en parcourant mollement les deux premières feuilles. Le traitement



marchait bien sur moi. La mesure de la charge virale, grande nouveauté, avait bien baissé et mes CD4 grimpaient les dizaines. Et la suite, tu l'as vue Super-Doc ? "Regardez le bilan lipidique, les graisses, là (troisième feuille) ; il y a des effets secondaires, des anomalies, les triglycérides, le cholestérol, c'est la face cachée des lipodystrophies... Des lipo-quoi ? Le médecin ouvrait des yeux ronds, inconnu, jamais entendu ni vu ! D'incrédule, je passais à abasourdie, puis une sorte de rage froide m'envahit. Il eut droit à un cours, théorique d'abord, lipodystrophie se déclinant en "-atrophie" (plus rien) et "-hypertrophie" (trop c'est trop) et pratique ensuite car je me levais déterminée pour un strip-tease illustrateur. "Ce n'est pas la peine", bafouilla-t-il, agitant la main en signe de dénégation. "Oh que si", dis-je : "Un médecin comme vous, conseil à la Sécurité sociale, avec tout le pouvoir que vous avez, vous devez absolument voir ça !" Envolés les complexes et telle Salomé et sa danse des sept voiles, je me dépouillais de mes vêtements, rien n'aurait pu m'arrêter. Une fois en toute petite tenue, je commentais : "Là, il n'y en a plus. C'est passé là et comme je n'ai plus de fesses les sièges durs, je ne peux plus. Je vais me trimballer avec un coussin. Et puis encore j'ai de la chance, car moi je n'ai pas de bosse de bison, c'est de la graisse, là sur la nuque"... Je me suis rhabillée dans un silence épais. Il a tamponné mon dossier, visiblement secoué : les lipodystrophies venaient d'entrer à la Sécurité sociale !

Une dizaine d'années passèrent bon gré mal gré, au fil des traitements divers, un nouvel horizon se dessinait pour nous qui ne croyons plus en avoir. En 2005 comme ça allait mieux, on décida de s'occuper de l'hépatite C que j'avais aussi. Le traitement dura un an, une bithérapie s'ajoutant à ce que je prenais déjà. Ce fut lourd et long. J'eu la chance inouïe d'en sortir guérie. Chic, je n'avais plus qu'un seul virus ! Mais j'étais épuisée, abîmée, creusée, comme transparente, surtout le visage, seul visible au quotidien. On me parla alors d'un essai thérapeutique visant à combler les joues. Moi ? Pas besoin voyons, et pas question que je fasse quoi que ce soit d'esthétique ! Puis finalement j'acceptais, mais plutôt par militantisme, pour faire avancer les choses car les critères d'inclusion me correspondaient parfaitement. Le médecin me voyant

arriver me dit que j'avais vraiment bien fait de venir... Quand je revois les photos, c'est terrible. La maladie se lisait sur mon visage, mais je ne le voyais pas. Je souffrais pourtant des regards appuyés dans le métro par exemple, et mes proches, je le sais maintenant, faisaient beaucoup d'efforts pour faire passer mon aspect. Quand je revins de la première séance, les marques au crayon bleu mal effacées et ce que je croyais être mes joues tuméfiées ne furent même pas remarquées par les voyageurs dans le wagon : on me regarda moins au retour qu'à l'aller ! Six séances d'injection sur deux ans furent nécessaires et le résultat dure toujours, je croise les doigts ! Cette décision a changé ma vie : de stigmatisée que j'étais, avec l'évidence inscrite sur la figure comme une pancarte "sida", j'ai récupéré l'anonymat et donc la liberté, comme avant. Ivresse.

Après avoir cru pendant des années que je ne verrai pas le "troisième âge", comme plein de gens proches que j'aimais et qui sont morts jeunes, je le prends comme un privilège : encore une aventure à vivre ! Certes, il y a de gros désagréments. On ne sait pas trop bien d'ailleurs à quoi rattacher quoi, entre vieillissement/méno-pause (encore un truc qui ne me concernerait pas, pensais-je, mais si), VIH et traitements (et les deux depuis fort longtemps). Ça use, tout ça : cocktail plus que détonnant. Serait-ce l'allègement des traitements ? Peut-être : j'ai récupéré des fesses, ô bonheur, plus de problèmes pour m'asseoir désormais. Je ressemble toujours à une patate-tronc avec quatre allumettes-membres plantées dedans. Je suis traitée depuis trop longtemps avec tous les médicaments possibles pour que ça change. Mon médecin à l'hôpital, auquel je disais cela lors de mon dernier bilan, a fait ce commentaire : "Vos petits-enfants n'auront pas de mal à vous dessiner !" Et nous en avons ri...

Je vieillis donc. Ma vie est derrière moi maintenant. Mon aspect n'est plus le même. Parfois on se lève dans le métro pour me laisser la place ! La première fois que c'est arrivé, stupidement j'ai refusé, estomaquée et furieuse aussi. Quoi, c'est à moi qu'on s'adresse, j'aurais changé à ce point-là ? Conditionnée à l'insu de mon plein gré ! Mais maintenant, j'accepte, remercie avec mon plus beau sourire et savoure le trajet assise, c'est quand même plus confortable quand tout le monde est debout ! Ce qui compte pour moi désormais c'est me sentir bien, en forme, savoir gérer ma fatigue donc vivre à mon rythme, et être à l'aise dans ma peau. C'est le cas. Et je me fous du reste. Je suis libre.

Maripic, août 2012

Illustration Jacqueline L'Hénaff





Vous avez des questions sur le VIH ? et ses traitements

Ateliers de formation sida 101

■
Conférences sur les traitements

■
Ateliers de mise à jour
sur les traitements

Nos services sont gratuits et confidentiels

INFO
TRAITEMENTS

Ligne téléphonique sans Frais
1-877-767-8245 ou 514-523-4636
Info@pvsq.org | treatment@accmontreal.org

présenté par :

