

N°80



Le VIH a 30 ans
Des nouvelles du futur

r e m a i d e s

hiver 2011 / printemps 2012

2

>> Sommaire

REMAIDES #80



04

Courrier

05

Edito

Naze campagne ?

par Bruno Spire, président de AIDES.

06

Pour y voir plus clair

Toi, moi... et un microbe ?

NON aux plans à 3 !

Chaude-pisse, crêtes de coq, herpès génital...

Le point sur les principales infections sexuellement transmissibles.

12

Actus

Quoi de neuf doc ?

L'actualité thérapeutique VIH en bref.

16

Actus

Infos sur les hépatites

L'actualité en bref.

18

Dossier

Observance : à chacun sa tactique

Prendre son traitement nécessite de s'organiser. Voici quelques solutions.

22

Dossier

Demain, se dépister soi-même...

c'est déjà possible.

26

Actu

Loi Médicament : longue vie aux ATU !

27

Témoign

Cannabis thérapeutique :
toute une affaire !

28

Dossier

Des ARV quatre jours sur sept :
le rêve d'iccarre ?Une nouvelle stratégie d'allègement de traitement
fait l'objet de débats... Un projet de recherche est
même envisagé. Remaides fait le point.

1

Remaides Québec

Le journal réalisé par la COCQ-SIDA.

33

Dossier

TASP : Merci Bernard !

36

Équilibre

La viande, c'est sacré !

Le développement économique du 20^e siècle
a démocratisé la viande en créant peu à peu
un étonnant paradoxe, car si les carences en
protéines ont disparu, les maladies dites "de
civilisation" (maladies cardio-vasculaires,
cancers, etc.) sont apparues. Remaides fait le
point sur les bons plans barbaque...

43

Actu

"Liberté, égalité, combativité !

44

Dossier

Le VIH a 30 ans : Des nouvelles du futur !





28

50 Ici et là

Les infos en bref

52 Actus

IPERGAY à l'essai !

54 Témoign

Benjamin : "C'est moi qui suis séropositif... pourquoi avez-vous peur ?"

56 Témoign

Brigitte : Un autre après...

58 Chronique

La chronique de Maripic

60 Les PA

Vos annonces



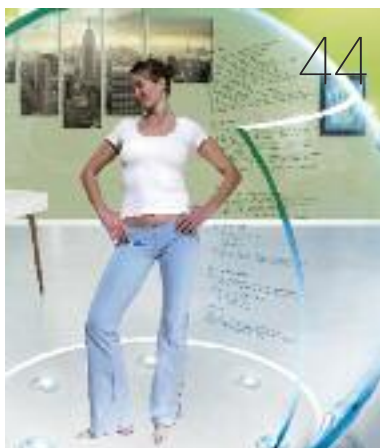
60



33



36



44



58

3

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, 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 : 46 400 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

Clair et rassurant

"Depuis 2007, je verse tous les mois vingt euros afin de vous aider à lutter contre les MST. Il y a quelques mois, on m'a appris être porteur du VIH. Depuis juillet, je suis sous trithérapie (Truvada, Prezista, Norvir). Cette nouvelle fut difficile pour moi, n'ayant commis aucun impair. Afin de m'aider à accepter, le centre Alfred Fournier m'a intégré dans un programme de psychothérapie (...). En plus des conseils et des explications, il m'a fait connaître votre journal que je trouve clair et rassurant. C'est la raison pour laquelle je souhaite être abonné."

Daniel, Paris

Proche de vos revendications

"Je viens de recevoir *Remaides*. J'apprécie beaucoup sa lecture même si je ne suis pas concernée par le VIH à titre personnel ou dans mon entourage. Je me sens proche de vos revendications. Je fais partie d'une association de patients insuffisants rénaux. J'admire votre action, votre regard et votre déontologie."

Mademoiselle C.

En rire ou en pleurer ?

"J'aime beaucoup votre revue qui m'apporte un tas d'informations médicales et pratiques. J'aime également beaucoup le billet de Maripic qui est toujours très réaliste de ce qu'on vit tous les jours. Voici quelques réflexions entendues au cours de mes 29 années de séropositivité... A l'annonce de ma maladie (1988) les médecins m'ont dit : "L'espérance de vie est de 10 ans, cela fait 6 ans que vous êtes infectée donc il vous reste 4 ans". En 1989, je suis tombée enceinte : "Vous allez y rester et le bébé avec, il vaut mieux avorter". Plus tard, je me fais opérer des quatre dents de sagesse à l'hôpital, le chirurgien me dit : "Ne dites pas au personnel soignant que vous êtes séropo. Cela va les effrayer". En 2003, mon dentiste me demande : "Vous êtes toujours séropositive ?". L'an dernier, dans un labo de ma ville pour une prise de sang, l'infirmier me dit : "Tous les clients que j'ai eu comme vous, ils sont tous morts". Je ne sais pas s'il faut en rire ou en pleurer, mais je m'aperçois qu'au fil des ans les mentalités n'évoluent pas beaucoup (...). Voilà, c'était juste un petit commentaire en passant. On a encore du boulot. Merci à toutes les associations qui ne lâchent pas la lutte."

Florence



C'est un peu la loi du genre à l'occasion des campagnes électorales... surtout présidentielles, on trouve toujours quelques élites qui entendent éclairer les masses sur le bulletin qu'il conviendrait de glisser dans l'urne pour un avenir meilleur. Cette élection n'y coupera pas. Et nous aurons encore nos maîtres à voter ! Il est tentant pour des structures, des associations par exemple, de faire de même pour "influencer" le vote. Cette démocratie sous influence a ses limites et pose problème. Pour politique qu'il soit, ce texte ne constitue donc pas un appel à voter pour tel ou tel candidat. Après tout, un vote est d'abord le résultat d'un choix personnel fait en conscience et AIDES défend cette liberté de choix et l'autonomie de chacun. On doit aussi se rappeler que l'adhésion à un projet politique ne tient pas forcément à un unique critère, la santé par exemple, mais à un ensemble d'options économiques, sociales, etc. Pour autant, notre responsabilité est, dans ce contexte électoral, de défendre nos idées, d'obtenir des engagements précis et de faire de notre combat une priorité de l'agenda politique. C'est aussi de pointer un enjeu que par facilité, courte vue, impréparation, manque d'ambition, etc. le monde politique, dans son ensemble, ignore ou minore. AIDES s'y emploie à l'occasion de cette campagne présidentielle que suivront, en juin prochain, des élections législatives. L'association y est d'autant plus légitime qu'elle joue l'intérêt collectif en soutenant et portant des revendications pour chacun qui concernent le VIH/sida et les hépatites sur le plan national et le plan international. Sur le plan national, l'objectif est de garantir un accès effectif aux droits et aux soins pour tous les malades résidant en France, quelle que soit leur nationalité ou leur situation administrative. Cela passe, entre autres, par des propositions fortes comme l'instauration d'un revenu d'existence équivalent au SMIC en lieu et place des minima sociaux ou celle de privilégier la santé publique à la répression concernant l'usage de drogues ou le travail du sexe. Sur le plan international, une idée résume tout : garantir l'accès universel au traitement du VIH. Cela se décline dans des mesures majeures comme la création d'une taxe sur les transactions financières dont le fruit soit affecté à la lutte contre les grandes épidémies comme le VIH ou le doublement de la contribution française au Fonds mondial de lutte contre le sida.

Naze campagne ?

Evidemment, les revendications qu'il faut porter dans cette campagne dessinent en creux les manques d'aujourd'hui, l'absence de la réponse politique du moment. Si AIDES réclame une lutte plus efficace contre les discriminations, c'est bien parce qu'elles frappent encore les homosexuels, les Trans, de nombreuses personnes dans les départements français d'Amérique, etc. Si l'association demande qu'on soutienne la production et la diffusion de traitements à moindres coûts, c'est parce qu'une telle mesure est freinée alors que c'est une des clefs de l'arrêt de l'épidémie. L'arrêt de l'épidémie, un espoir, un pari, qui ne semblent pas vraiment intéresser les candidats à la présidentielle. Un peu comme si la nouvelle ne leur était pas parvenue. Un peu comme s'ils n'avaient pas compris que toutes les conditions sont réunies pour atteindre cet objectif, ne manque plus que leur volonté. Naze campagne ! Nous sommes à quelques semaines du vote. Et l'on voit l'énorme décalage qui existe entre les électeurs et les candidats... sur la santé. Un récent sondage⁽¹⁾ indiquait que 75 % des Français jugeaient que la santé n'était pas une priorité des candidats à la présidentielle, alors que c'est un sujet prioritaire pour une majorité d'entre eux. Ce hiatus fait écho à celui des promesses non tenues, des engagements dévoyés, des priorités mal définies, des programmes faiblaris. Avec d'autres, AIDES compte, à cette occasion, porter la parole des minorités, des sans-voix, de celles et ceux qui sont rejetés. AIDES compte rappeler au bon souvenir des candidats ce que sont les enjeux de prévention et de prise en charge du VIH et des hépatites ; le pari sur l'avenir qu'ils représentent. Alors sans donner de consignes de vote et même si la santé ne sera sans doute pas l'unique critère d'appréciation d'un projet, il sera très utile de se poser cette question à l'heure du choix : qui sera le candidat de la fin du sida ?

Bruno Spire, président de AIDES

(1) Sondage Louis Harris/Mutualité Française, février 2012 auprès d'un échantillon de 1 665 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus.

Ce dossier sera sans doute un simple rappel pour certains d'entre vous, mais pensons à nos jeunes lecteurs, pour qui "chaude-pisse", "crêtes de coq", ou autres, ne sont que des réjouissances un peu abstraites ! Eh bien faisons en sorte qu'elles le restent, avec cette synthèse des principales infections sexuellement transmissibles ! Par Fabien Sordet.

Toi, moi... et un microbe ? Non aux plans à 3!!!

L'Herpès génital

Microbe responsable : Herpès Simplex Virus

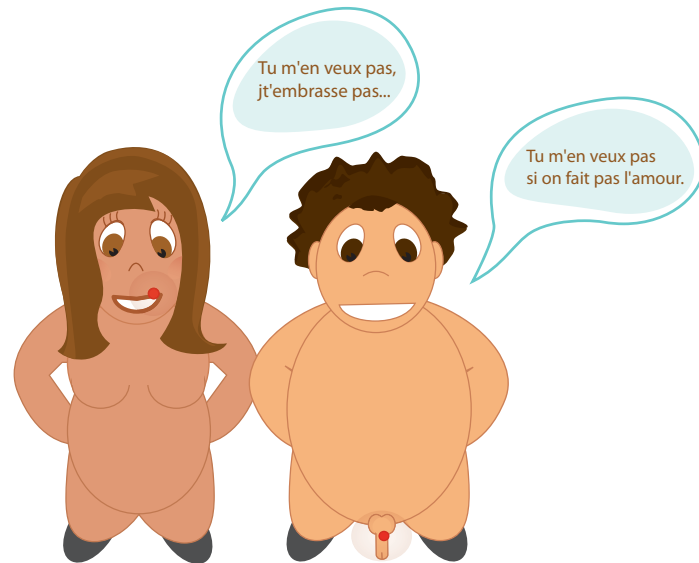
C'est une infection virale, due au virus de l'herpès 2 (HSV2). De façon générale, le virus de l'herpès des lèvres (HSV1) ne cause pas d'herpès au niveau génital... mais cela arrive parfois tout de même, donc attention de ne pas abuser de gâteries bouche-sexe pendant vos boutons de fièvre sur les lèvres !

Comment se transmet-il :

La transmission se fait par contact entre une muqueuse ou peau contaminée (gland, vagin, anus) ayant des petits boutons remplis de liquide herpétique (vésicules) et une muqueuse saine. Cette transmission est favorisée par le VIH. Un simple échange de caresse sur des parties intimes peut suffire à transmettre le virus.

Y a-t-il toujours des symptômes, et si oui, au bout de combien de temps ?

On peut être porteur sans pour autant manifester de symptômes. Le virus peut rester "dormant" toute la vie, ou bien créer de réelles éruptions, de façon répétée (quand on est fatigué, lors d'une exposition au soleil, en cas de grossesse, en période de règles, etc.). La première éruption est souvent la plus douloureuse, avec de la fièvre, des ganglions, des maux de têtes... Mais l'éruption de l'herpès est une épreuve à chaque fois : poussée de boutons douloureux sur le sexe, sous forme de vésicules pleines d'un liquide transparent bourré de virus. On est alors très contagieux en cas de rapport (même protégés, car le virus peut se



dispenser via la transpiration...) Seule solution : l'abstinence totale, jusqu'à ce que les lésions disparaissent et que le virus se rendorme, ce qui peut prendre plusieurs jours...

Diagnostic :

Les symptômes et les vésicules sont très caractéristiques ; le diagnostic est donc assez facile !

Le traitement :

Certains médicaments antiviraux sont très efficaces, notamment s'ils sont pris tôt (dès les premiers signes de picotement) et par voie orale (de l'aciclovir en comprimé pendant 5 à 10 jours). Si les éruptions reviennent plus de six fois par an, un traitement continu pourra être proposé avec un ou deux comprimés d'aciclovir 200 mg tous les jours.

La chlamydiose

Microbe responsable : Chlamydiae Trachomatis

C'est l'IST la plus fréquente, causée par une bactérie appelée chlamydia, que l'on retrouve notamment sur certaines muqueuses, comme celle de l'utérus, l'urètre (canal urinaire), le rectum, la gorge...

Comment se transmet-elle :

La transmission se fait par contact entre les muqueuses, lors des rapports sexuels non protégés.

Y a-t-il toujours des symptômes, et si oui, au bout de combien de temps ?

Les symptômes apparaissent quelques jours à 3 semaines après la contamination. Mais attention, il n'y en a pas toujours ! Chez l'homme, on peut observer des écoulements de pus jaune ou blanchâtre par le pénis, des irritations de l'urètre ou de l'anus, et des douleurs quand on urine. Les rectites à Chlamydia (inflammation du rectum) peuvent être particulièrement douloureuses.

Chez la femme, il n'y a souvent pas de symptôme. Lorsqu'il y en a, les symptômes sont sensiblement les mêmes que pour l'homme, avec des écoulements blanchâtres (façon "faisselle"... Bon appétit !) des envies d'uriner souvent, des douleurs au ventre, des règles irrégulières, des douleurs lors de la pénétration. Il faut absolument voir son médecin en cas de doute car sans traitement, il y a un risque de stérilité irréversible...

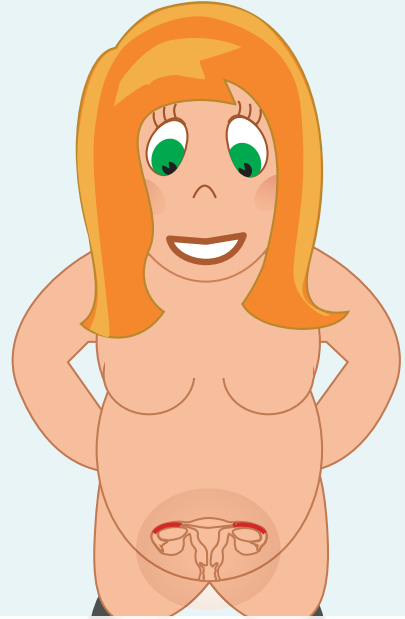
Diagnostic :

Le plus simple est l'analyse du 1^{er} jet d'urine du matin. Le médecin peut aussi faire un prélèvement local (à l'aide d'une sorte de coton tige) et/ou un examen gynécologique.

Le traitement :

Il s'agit d'un traitement dit "minute", c'est-à-dire un antibiotique (azithromycine en comprimé) à prendre en une seule fois et c'est fini ! Il faut consulter rapidement car pendant ce temps, vous risquez de transmettre le microbe : le traitement des deux partenaires et l'abstinence jusqu'à la guérison est de rigueur ! Compter 2-3 jours après la prise d'antibiotique pour ne plus être à risque de transmettre la bactérie.

Les recommandations officielles de prise en charge préconisent d'associer systématiquement un traitement contre les gonocoques (voir en page 8), afin de traiter ces deux germes, dont les symptômes sont proches et qui sont souvent présents ensemble.



Allez voir votre gynéco 1 fois/an : même sans symptôme apparent, l'infection à chlamydia peut rendre stérile !

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

Décrite en 1913 par Monsieur Nicolas et Monsieur Favre, il s'agit d'une forme particulièrement agressive de chlamydiose, causée par un type de chlamydia très virulent. Les symptômes sont alors beaucoup plus marqués, pouvant aller jusqu'à une forte fièvre et une infection douloureuse de ganglions qui forment des abcès, avec écoulement de pus par fistule (petit canal se formant entre l'abcès et la surface de la peau). Des inflammations du rectum douloureuses sont parfois observées. En plus du traitement par antibiotiques (doxycycline pendant 3 à 6 semaines), la chirurgie pourra être nécessaire dans certains cas.

La chaude-pisse (blennorragie ou gonococcie)

Microbe responsable : *Neisseria gonorrhoeae*

Il s'agit d'une bactérie appelée gonocoque, qui se trouve particulièrement à son aise sur les muqueuses, comme le vagin, l'anus, l'urètre et la bouche...

Comment se transmet-elle :

Il suffit d'un contact entre une muqueuse infectée et une muqueuse saine. Donc tous les rapports sexuels, y compris la fellation, l'analingus et le cunnilingus, peuvent être à l'origine de la transmission du gonocoque.

Y a-t-il toujours des symptômes, et si oui, au bout de combien de temps ?

Il y a presque toujours des symptômes, qui apparaissent 3 à 10 jours après la contamination.

Chez l'homme, on observera des symptômes proches de ceux de la chlamydiose en plus marqués : des écoulements de pus jaune ou blanchâtre par le pénis, des irritations de l'anus, et des douleurs quand on va uriner (sensation très désagréable d'uriner brûlant... d'où le petit nom de cette maladie !)

Chez la femme, les symptômes sont sensiblement les mêmes, avec un risque de stérilité si on ne traite pas.

Diagnostic :

Les symptômes sont déjà assez évocateurs, mais le médecin fera en plus une analyse d'urine sur le premier jet du matin et un examen gynécologique pour les femmes.

Le traitement :

Tout comme pour la chlamydiose, il s'agit d'un traitement "minute". Mais l'antibiotique utilisé sera différent : ceftriaxone à injecter en une seule fois ! Au Québec, on utilise Suprax (céfixime) en comprimé. Là encore, le traitement des deux partenaires et l'abstinence jusqu'à la guérison (2-3 jours après l'injection) sera de rigueur !

De façon générale, lors du traitement anti-gonocoque, il est recommandé de joindre un traitement anti-chlamydia, car une éventuelle chlamydiose pourrait être là, sans symptôme spécifique, alors que les conséquences sur la fertilité des femmes peuvent être dramatiques.



La petite anecdote :

De l'Estoile, rapporteur du roi Henri IV, écrit le 20 octobre 1592 : "Le roi était malade d'une maladie de bourses, mal ordinaire et fort commun de ce temps. M. Rose dit que pendant que la sainte reine (entendant la Reine de Navarre) était enfermée entre quatre murailles, son mari avait un haras de femmes et de putains ; mais qu'il en avait été bien payé et en avait ses parties bien échauffées". Le roi, assassiné par Ravallac le 14 mai 1610, ne mourut pas de cette infection, mais il souffrit toute sa vie de graves rétentions urinaires, nécessitant l'utilisation régulière de sondes extrêmement douloureuses.

Pour ce qui est du jeune Louis XIV, Vallot nous rapporte l'histoire suivante : "Au commencement du mois de mai 1655, l'on me donna avis que les chemises du roi, alors âgé de 17 ans, étaient gâtées d'une matière qui donnait soupçon de quelque mal, à quoi il était besoin de prendre garde. La matière qui décollait sans douleur était de consistance entre celle d'un blanc d'œuf et du pus, et s'attachait si fort à la chemise que l'on ne pouvait ôter les marques qu'avec la lessive. Cela ne pouvait pourtant provenir d'aucun venin que les jeunes gens débauchés contractent d'ordinaire avec des femmes impudiques, parce que le roi n'avait dès lors couché avec aucune fille ni femme". En fait, jeune adolescent, Louis XIV avait déjà été déniaisé par la vieille Mme de Beauvais... Et 1655 est l'année de ses amours avec Olympe Mancini ! Vallot n'en n'était pas dupe... Il connaissait la vie dissolue du jeune homme, mais ne pouvait affronter un mal d'autant plus honteux qu'il concerne un patient royal !

Les condylomes (ou "crêtes de coq")

Microbe responsable : Papillomavirus humain

Le coupable est un virus ou plus exactement toute une famille de virus, appelés papillomavirus, qui se développent sur les muqueuses, comme le vagin, l'anus, le gland, la bouche, la gorge... Certains donneront naissance à des protubérances à la surfaces de la muqueuse infectée (verrues), d'autres pourront causer des lésions invisibles, mais potentiellement pré-cancéreuses.

Comment se transmettent-ils :

Il suffit d'un contact entre une muqueuse contaminée et une muqueuse saine. Donc tous les rapports de pénétration, y compris la fellation ou le cunnilingus, peuvent être à l'origine de la transmission de papillomavirus ! Et ce même si on utilise des préservatifs, par de simple échanges de caresses sur les parties intimes.

Y a-t-il toujours des symptômes, et si oui, au bout de combien de temps ?

Le condylome, ou crête de coq, est une sorte de verrue génitale. Mais ces verrues peuvent passer inaperçues si elles sont à l'intérieur du vagin ou de l'anus. De plus, d'autres papillomavirus peuvent être présents sans créer de verrues. Ceux-là peuvent néanmoins être à l'origine de lésions invisibles, qui pourraient dégénérer en cancer : cancer de l'utérus ou de l'anus voire de la gorge. Le diagnostic est donc extrêmement important. Difficile de déterminer l'origine du rapport contaminant : la plupart des adultes ont été confrontés aux papillomavirus dans leur vie sexuelle. Certains s'en débarrassent spontanément, alors que d'autres les hébergent sans symptômes pendant des années... jusqu'au jour où la verrue pousse, parfois favorisée par les perturbations immunitaires comme le VIH. Une verrue génitale peut donc être due à un papillomavirus transmis lors d'un rapport sexuel des années auparavant...

Diagnostic :

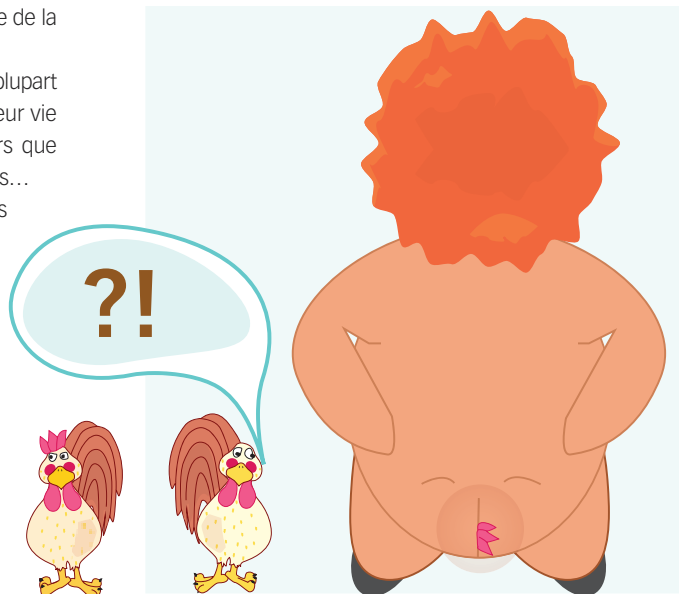
Tout d'abord, l'examen visuel local, à la recherche de verrues génitales que l'on peut aussi sentir sous le doigt lors de la toilette. Ensuite, un frottis pourra permettre de confirmer l'absence réelle de papillomavirus et de lésion des cellules. Un tel dépistage devrait être fait tous les ans pour les personnes séropositives pour le VIH selon le rapport d'experts

(Yeni 2010) qui préconise un examen annuel chez le proctologue. Enfin, il est important de rappeler que c'est une infection particulièrement fréquente chez les homosexuels masculins.

Le traitement :

On brûlera les lésions avec de l'azote liquide, au laser ou par électro-coagulation. L'imiquimod, crème immunostimulatrice locale, peut aussi donner des résultats intéressants. Enfin, si les verrues sont nombreuses ou de grosses tailles, on pourra avoir recours à la chirurgie...

Deux vaccins préventifs existent contre les papillomavirus, non remboursés pour les hommes en France et au Québec... Le premier, Cervarix, protège contre les HPV 16 et 18 responsables de 70 à 80 % des cancers du col de l'utérus et de l'anus. Le second, Gardasil, protège contre les mêmes HPV 16 et 18, mais aussi contre les HPV 6 et 11, responsables de 70 % des crêtes de coq. Leur intérêt est majeur notamment chez les personnes jeunes ayant eu peu de relations sexuelles, mais leur coût les rendent difficiles d'accès (110 à 135 euros l'injection, 183 dollars au Canada, et il en faut trois...). Parlez-en avec votre médecin. Des études sont en cours pour évaluer leur efficacité chez les hommes (VIH positif ou non) et les premiers résultats montrent une certaine efficacité, même chez des hommes de plus de 25 ans et porteurs du VIH.



La syphilis

Microbe responsable : *Treponema pallidum*

On l'appelait autrefois la vérole. Le coupable est une bactérie très mobile appelée tréponème, avec une petite queue qui frétille. Charmant ! On peut en retrouver sur toutes les muqueuses, et même sur la peau, que la vivacité de cette bactérie lui permet parfois de traverser.

Comment se transmet-elle :

Il suffit d'un contact avec une muqueuse contaminée. En bref, tous les rapports sexuels, y compris la fellation, peuvent être à l'origine de la transmission du tréponème !

Y a-t-il toujours des symptômes, et si oui, au bout de combien de temps ?

Attention : souvent, il n'y a aucun symptôme ! Quand les premiers symptômes apparaissent, c'est quelques jours à quelques semaines après le contact contaminant. On parle alors de symptômes de la phase initiale. Il s'agit d'un chancre, c'est à dire une plaie, dure et indolore, à l'endroit où le tréponème est entré dans notre corps (plaie à rechercher sur la muqueuse voire sur la peau).

Parfois, la phase initiale passe inaperçue (chancre non décelé) et l'on ne verra les premiers symptômes que sur la phase secondaire, plusieurs mois plus tard... Lors de cette seconde phase, tout est possible : on peut tout voir et le diagnostic n'est pas toujours facile sans prélèvement sanguin ! Eruptions roses sur la peau (on parle de roséole), plaques sur les muqueuses (bourrées de tréponèmes, donc extrêmement contagieuses...), fièvre, gros ganglions, fatigue, maux de tête, etc.

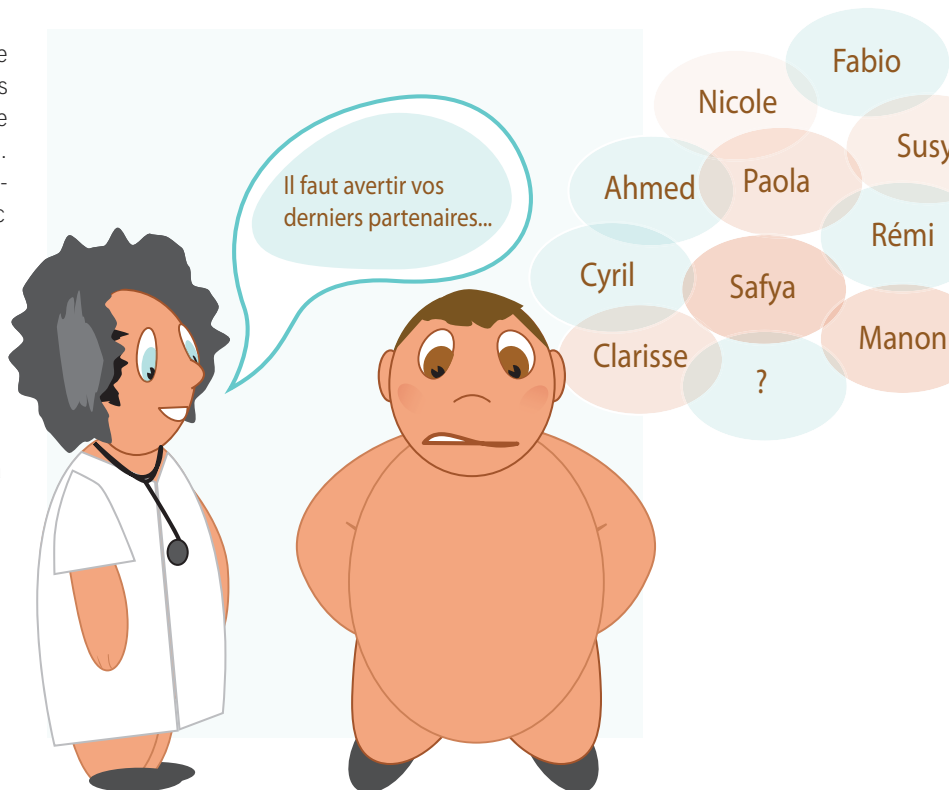
Enfin, après cette phase, le tréponème va devenir silencieux, jusqu'à une phase tertiaire, des dizaines d'années plus tard, avec atteinte des yeux, du cerveau, du cœur, pouvant mener au décès... En cas de présence du VIH, cette phase tertiaire peut survenir quelque mois seulement après la contamination.

Diagnostic :

De façon générale, il faut considérer que les symptômes peuvent être inexistants, et de toute façon peu caractéristiques... On fera donc une recherche ciblée grâce à une prise de sang (recherche d'anticorps par sérologie qui servira aussi à vérifier la guérison après traitement).

Le traitement :

Là encore, le traitement est simple puisqu'il s'agit d'un antibiotique (Pénicilline) à prendre en une seule fois par une injection dans les fesses si le diagnostic est fait précocement (en phase primaire). Si l'on ne connaît pas la date de contamination ou en cas d'infection par le VIH, on fera une injection par semaine pendant 3 semaines consécutives ! En cas de doute, il ne faut pas tarder à consulter : cette maladie contagieuse peut devenir extrêmement grave avec le temps et vous risquez de la transmettre à votre (vos) partenaire(s). Il faudra le(s) prévenir pour proposer un dépistage... Un dépistage annuel de la syphilis est recommandé par le rapport d'experts (Yeni 2010) pour les homosexuels séropositifs au VIH.



La petite anecdote :

Les syphilis de nos poètes et humanistes sont nombreuses.

Le squelette d'Erasmus, grand humaniste mort en 1586 à l'âge de 70 ans et analysé au XX^{ème} siècle, près de 400 ans plus tard, laisse penser qu'il souffrait de syphilis osseuse.

La syphilis de Gustave Flaubert fait moins de doute, en atteste son propre témoignage après des visites régulières en maisons closes libanaises : "J'ai gobé à Beyrouth sept chancres lesquels ont fini par se réunir en deux puis un. Je soupçonne une Maronite de m'avoir fait ce cadeau, mais c'est peut-être une petite Turque."

Outre plusieurs épisodes de "chaude-pisse", Baudelaire présentera de nombreux symptômes durant sa courte vie, que l'on peut raisonnablement attribuer à des signes de syphilis secondaire puis tertiaire.

Maupassant, connu pour son appétit sexuel, se vantait de pouvoir accomplir jusqu'à 20 étreintes en une nuit, n'hésitant pas à faire constater ses performances par un huissier... En 1877, il écrit à son ami Pinchon : "Tu ne devineras jamais la merveilleuse découverte que mon médecin vient de faire en moi... La vérole... J'ai la vérole ! Enfin ! La vraie ! Pas la méprisable "chaude-pisse", pas les bourgeoises crêtes de coq, non, non, la grande vérole, celle dont est mort François 1^{er}, la vérole majestueuse et simple, l'élégante syphilis. (...) J'ai la vérole, et je méprise tous les bourgeois. Alléluia, j'ai la vérole, par conséquent je n'ai plus peur de l'attraper et je baise les putains des rues, les rouleuses de bornes, et après les avoir baisées. Je leur dis : j'ai la vérole. Et elles ont peur et moi je ris...". Il mourra à 43 ans de sa syphilis, dément, seul, broutant le gazon du jardin de son hôpital psychiatrique, sans amis ni famille, rejeté de tous. Et plus récemment, la syphilis d'Al Capone a été immortalisée par Serge Gainsbourg dans une chanson interprétée par Régine dont voici un extrait (ci-contre).

En guise de conclusion...

Théophile Gautier, grand écrivain français du XIX^{ème} siècle, nous fait une description particulièrement imagée des IST qu'il a vu chez les soldats français occupant Rome en 1850 :

"Il règne ici une vérole splendide, aussi pure que du temps de François 1^{er}. L'armée française tout entière est sur le flanc : la chaude-pisse jaillit en jets purulents et rivalise avec les fontaines de la place Navone ; des crêtes-de-coq pendent, en franges pourprées, au derrière des sapeurs, sapés dans leurs fondements ; des constellations pustuleuses étoilent l'état-major ; et l'on voit se promener dans la rue des lieutenant tachetés et mouchetés comme des panthères par des roséoles, des tâches couleur café, des excroissances verruqueuses et autres accidents secondaires et tertiaires de la syphilis".



Campagne de l'INPES 2011
Plus d'infos sur : www.info-ist.fr



***"Capone a dans la peau la p'tite Phyllis
Bang, bang, bang fait le gang
Capone a dans la peau la p'tite Phyllis
A Sing-Sing, elle le suit***

***Capone est mort fou de la p'tite Phyllis
Chut chut fini le gang
En vingt-cinq, y avait pas d'antibiotiques
Ça lui a coûté la vie
Tant pis pour lui"***

Remerciements au Dr Jean Derouineau
(Centre médical Alfred Fournier, Paris)

Illustrations : Clémentine Petit

Photo du haut : INPES

Texte chanson : Serge Gainsbourg

Quoi de neuf Doc



Quad : la demande d'AMM américaine est déposée

La demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) du Quad est actuellement examinée par l'agence américaine du médicament (FDA). Cette nouvelle trithérapie en un comprimé par jour développée par Gilead contient, outre deux nucléosides courants (l'emtricitabine et le ténofovir, soit Truvada), une nouvelle anti-intégrase, l'élvitégravir et son nouveau booster (une molécule qui augmente sa concentration), le cobicistat. Dans deux études de phase III, chez des personnes qui n'avaient jamais pris de traitement antirétroviral, le Quad fait, après 11 mois, aussi bien que deux trithérapies courantes : Atripla (Truvada + Sustiva) et Truvada + Reyataz boosté.

Antirétroviraux : vers un patch hebdomadaire ?

Un patch, similaire à ceux pour l'arrêt du tabac, semble capable de délivrer à travers la peau un antirétroviral pendant une semaine. Selon la compagnie américaine ImQuest Biosciences, ce patch est très simple à fabriquer. Appliqué sur de la peau humaine (épiderme) en culture, il délivre à travers la peau de manière régulière pendant une semaine un non-nucléoside expérimental, la pyrimidinedione (IQP-0410). Il devrait être évalué au printemps 2012 chez l'animal (d'abord la souris puis le cochon). S'ils sont concluants, les essais pourraient commencer chez l'homme dans deux à trois ans.

Isentress : l'efficacité se maintient à 4 ans

Un essai clinique (STARTMRK) prouve que l'efficacité de l'anti-intégrase raltégravir (Isentress, qui se prend en deux prises par jour) se maintient après quatre ans chez les personnes dont c'est le premier traitement. C'est important, car Isentress est de plus en plus prescrit. L'essai se poursuit un an de plus.

Futur proche : des médicaments deux-en-un et "tout-en-un"

Le nouveau booster (cobicistat) développé par Gilead pour concurrencer Norvir d'Abbott (ritonavir) actuellement en situation de monopole, va permettre le développement de nouveaux comprimés "deux-en-un" et "tout-en-un" en une prise par jour avec antiprotéases boostées. Trois sont annoncés : un "deux-en-un" Reyataz/cobicistat, un "deux-en-un" Prezista/cobicistat, sans doute pas avant fin 2013. Et à plus long-terme, un combo "tout-en-un" avec emtricitabine (FTC, Emtriva), GS-7340 (un futur remplaçant du ténofovir), Prezista et le cobicistat. Des partenariats entre labos qui profiteront aussi aux personnes vivant avec le VIH.

Drague extérieure et VIH : pratiques, risques et solutions

En 2011, les associations romandes de lutte contre le sida et l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne ont réalisé une enquête sur les lieux de dragues en Suisse romande et en France (dans la zone frontalière). Elle indique une plus grande exposition au risque d'infection au VIH pour les hommes rencontrés par rapport aux données des enquêtes de santé gay nationale ou européenne. A noter que 12 % des répondants sont séropositifs et près d'un répondant sur six ignore son statut sérologique. 46 % des répondants déclarent connaître la déclaration des experts suisses sur la charge virale indétectable. Les auteurs de l'enquête soulève la nécessité d'accroître la présence associative dans les lieux de rencontres extérieurs, notamment en renforçant une approche combinée de la prévention (safer sex, traitement, PEP, dépistage, etc.) et en soutenant la mise en place d'une offre systématique de dépistage de proximité, régulier et accessible à tous lorsqu'ils le souhaitent, afin de permettre à chacun de construire la prévention qui lui convient.

Plus d'informations sur www.groupe sida.ch

Pétition : J&J résiste à MSF

Médecins sans Frontières (MSF) lance une pétition internationale pour que le géant pharmaceutique Johnson & Johnson (J&J) accorde les brevets de trois de ses médicaments anti-VIH au Patent Pool, un mécanisme créé par Unitaid pour que les grands laboratoires donnent l'autorisation d'utiliser leurs brevets à des laboratoires producteurs de médicaments génériques. La Coalition PLUS (dont AIDES, le Groupe sida Genève et la COCQ-SIDA sont membres) est très engagée dans ce combat. Le Patent Pool consiste en la mise en commun par des laboratoires pharmaceutiques de leurs brevets pour favoriser la recherche et le développement et surtout permettre une facilité de commercialisation des versions génériques de ces médicaments dans les pays du sud. MSF rappelle que les non-génériques, en particulier les molécules récentes (et les médicaments de deuxième ligne) comme celles délivrées par J&J, restent trop chers pour les pays en développement alors que ces pays en ont énormément besoin. Pour rejoindre le combat et tenter de convaincre J&J, il est possible de signer la pétition sur le site anglophone de MSF.

Infos sur <https://www.doctorswithoutborders.org>

Intensifier par Celsentri ? Pas de bénéfice !

Déception pour l'essai ANRS Marimuno qui évaluait l'intérêt d'une intensification d'une trithérapie déjà efficace par l'ajout de maraviroc (Celsentri) pendant 24 semaines pour espérer augmenter le nombre de T4 chez les personnes chez lesquelles les T4 ne remontent pas en dépit d'un contrôle du virus. Le gain n'est que d'une trentaine de T4, retombant au niveau d'origine à l'arrêt du Celsentri. Interrogée par *Remaides*, l'investigateur principal Lise Cuzin (Hôpital de Purpan, Toulouse) espère que d'autres analyses montreront une réduction de l'activation virale. Une étude similaire réalisée par une équipe italienne a, elle aussi, donné des résultats décevants.





HPTN 052 : nouvelle de l'année 2011

Non, ce n'est pas la découverte de deux exo-planètes comparables à la Terre qui est le fait saillant scientifique (break-through) de 2011 pour la très célèbre revue *Science*, ni les découvertes sur le microbiome (la flore intestinale) dont nous posséderions des types, l'équivalent des groupes sanguins... Non, pour la prestigieuse revue scientifique, LA nouvelle scientifique de l'année 2011, c'est l'essai de TASP, HPTN 052 (voir *Remaides* 79, automne 2011) montrant que le traitement anti-VIH (avec une charge virale indétectable depuis au moins six mois, sans IST) réduit à minima de 96 % le risque de transmission sexuelle du VIH et qui permet de mieux entrevoir la fin de l'épidémie !

Europe : Sustiva bientôt en version générique ?

Le 20 octobre 2011, l'organe d'évaluation de l'Agence européenne du médicament (CHMP) a émis un avis positif sur la version générique, fabriquée par Téva, de Sustiva (éfavirenz). Sustiva est autorisé dans l'Union européenne depuis 1999. Le générique est "bioéquivalent" au Sustiva (le médicament générique arrive selon la même quantité et à la même vitesse dans le sang que le médicament princeps). Les antirétroviraux génériques sont de plus en plus disponibles en Europe (la névirapine est autorisée depuis fin 2009, l'association zidovudine/lamivudine depuis fin 2010). Dans ses nouvelles recommandations, la société clinique européenne sur le sida (EACS) demande que les médicaments génériques soient prescrits tant qu'ils ne concernent pas les comprimés "deux-en-un" ou "trois-en-un". Autrement dit, si Atripla (Truvada + Efavirenz) est prescrit, l'EACS recommande de ne pas le remplacer par une association de Truvada (version non générique) et l'éfavirenz générique. A quand l'arrivée sur les marchés suisses et français ?

VIH et tuberculose : traiter tôt

Quand débiter les antirétroviraux chez les personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose ? Les résultats de l'étude CAMELIA, au Cambodge, sont clairs : pour réduire la mortalité, il faut débiter les antirétroviraux deux semaines après le démarrage des médicaments antituberculeux, chez les personnes sévèrement immunodéprimées. Pour l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), promoteur de cet essai avec des partenaires américains et cambodgiens, la mise en place rapide de mesures opérationnelles qui découlent directement des résultats de cette étude pourrait réduire le nombre de décès d'environ 50 000 à 100 000 par an. L'ANRS estime que les "résultats de cet essai vont justifier une révision des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, en 2012".

VIH : une des énigmes résolue en ligne

En seulement trois semaines, des joueurs en ligne ont déchiffré la structure d'une protéine clé dans le développement du VIH. Les scientifiques butaient sur cette énigme depuis une dizaine d'années. Cette prouesse a été possible grâce à Foldit ("plie-le" en anglais), un jeu développé en 2008 par l'Université de Washington. Son objectif : laisser des joueurs résoudre comment une molécule se "plie" en une structure en trois dimensions et donne naissance à une protéine. Les ordinateurs sont incapables d'une telle manœuvre sans intervention humaine, et c'est une des tâches les plus ardues pour les scientifiques... alors que cela permet d'identifier les zones où les médicaments peuvent agir. Répartis en équipes concurrentes, des milliers de joueurs du monde entier ont plié des molécules dans toutes les combinaisons imaginables pour tenter d'aboutir à une structure viable. Les modèles transmis aux chercheurs étaient tellement proches de la réalité qu'il n'a fallu que quelques jours pour les affiner et établir la structure exacte de l'enzyme.



Charge virale : après le Jugement de Genève, celui du Canada

"Le Canada se classe maintenant parmi les pays de tête concernant le taux des poursuites engagées pour ne pas avoir fait état de sa séropositivité", dénoncent trois médecins canadiens dont Julio Montaner, ancien président de l'IAS, dans une tribune dans un journal canadien. L'agence de presse QMI rappelle que deux personnes font l'objet de poursuites pour agression sexuelle grave pour ne pas avoir informé leurs partenaires de leur séropositivité. Elles devaient être entendues devant la Cour suprême le 8 février 2012. Au Canada, le simple fait d'avoir une relation sexuelle avec une personne sans lui dire son statut sérologique expose à être poursuivi, même en l'absence de transmission. Dans un des deux cas cités par QMI, une femme a, dans un premier temps, été condamnée par "les tribunaux inférieurs, puis elle a été acquittée par la Cour d'appel. Cette juridiction a constaté qu'elle n'avait pas exposé son partenaire à un risque important de préjudice grave (...) parce que sa charge virale était indétectable pendant la période couverte par les accusations". Ce jugement sur lequel la Cour suprême va donc statuer avance que le risque n'est pas avéré en cas de charge virale indétectable. Cela confirme une décision du tribunal de Genève en 2009.

Informations sur www.aidslaw.ca

Infos sur les hépatites

Télaprevir, bocéprevir... et après

Près d'une cinquantaine de nouvelles molécules contre l'hépatite C (TMC-435, PSI-7977, par exemple) font actuellement l'objet d'études cliniques. Certains résultats, aujourd'hui jugés prometteurs, devront être confirmés dans l'avenir. Pour cela, les essais doivent être réalisés sur un nombre plus important de personnes et ces nouvelles molécules évaluées chez des personnes co-infectées par le VIH et le VHC. Parmi les nouveautés, on attend beaucoup des partenariats inter-laboratoires qui associent leurs nouvelles molécules anti-VHC dans leurs essais. Par exemple, le daclatasvir (un inhibiteur d'une protéine virale indispensable à la réplication du virus de l'hépatite C) va faire l'objet d'un essai, avec et sans ribavirine, chez des personnes touchées par un VHC de type 1, 2 ou 3 n'ayant jamais pris de traitement et chez des personnes en échec de traitement. D'autres essais concerneront d'autres combinaisons. L'objectif, derrière ces nouvelles stratégies, est de développer des combinaisons de médicaments à prendre oralement (finies les injections d'interféron), prescrites pour une courte durée. Les laboratoires mènent leurs essais cliniques ensemble pour le développement de ces nouvelles molécules avec une meilleure efficacité et moins d'effets indésirables. Et cela aussi bien pour les personnes n'ayant jamais pris de traitement que celles qui l'ont déjà été. Reste que cette perspective ne semble pas réaliste avant deux à trois ans. Autrement dit, il va falloir "faire avec" des antiprotéases de première génération disponibles : télaprevir (Incivo) et bocéprevir (Victrelis). Des molécules qui ont un grand intérêt, mais qui sont difficiles à prendre (trois prises par jour), qui donnent plus d'effets indésirables (anémie, éruptions sur la peau...) dont certains peuvent être graves, qui sont utilisables sur le génotype 1 et associées à l'interféron + ribavirine.

VHC : un composé du thé vert et transplantation

Le thé vert pourrait aider à prévenir la réinfection par le VHC après une greffe du foie. C'est ce que montre une étude de la revue scientifique *Hepatology* qui, dans son numéro de décembre 2011, offre une piste simple pour mieux lutter contre le retour de l'hépatite C (VHC) chez des personnes infectées précédemment par ce virus et qui bénéficient d'une transplantation d'organe. La solution de la transplantation vient souvent après de longues années passées avec le virus et alors que peu de solutions de traitement sont réalisables : il faut alors remplacer le foie trop abîmé. Le composé actif contenu dans *Camellia Sinensis* (le nom scientifique du thé vert) est bien connu des amateurs de ce breuvage et de ses propriétés anti-oxydantes, il s'agit de l'EGCG ou épigallocatechine galate. Si l'EGCG n'a pas montré d'effet particulier sur la réplication du virus, il a potentiellement bloqué l'entrée du VHC dans les lignées de cellules du foie en empêchant l'attachement du virus sur une cellule saine ou celui d'une cellule infectée sur une cellule saine. Ceci était vrai quel que soit le génotype du VHC (1, 2, 3 ou 4). Selon les chercheurs, leur étude montre que le thé vert, et son composé EGCG peuvent être utiles dans la stratégie visant à empêcher la réinfection à partir de virus de l'hépatite C présents dans l'organisme sur un nouveau foie tout juste transplanté.



Hépatites : grandes manœuvres commerciales

Guérir l'infection par l'hépatite C est un des grands challenges du moment, scientifique, médical, mais aussi commercial. Ainsi, la société biopharmaceutique Gilead a mis 11 milliards de dollars sur la table en novembre 2011 pour acquérir la société pharmaceutique Pharmasset en pointe sur les traitements contre les hépatites virales. Déjà très impliqué dans le traitement de l'hépatite B et menant ses propres recherches sur l'hépatite C, le groupe californien inclut à son portefeuille trois nouveaux candidats médicaments innovants. De quoi le mettre en position de développer dans le futur des comprimés anti-VHC "tout-en-un", comme il le fait déjà pour le VIH. Ces molécules "extrêmement prometteuses" selon Stanislas Pol, chef de service du pôle d'hépto-gastro-entérologie de l'hôpital Cochin, n'arriveront pas avant 2014. Cela a été au tour de Bristol-Myers Squibb (BMS) de frapper fort, le 9 janvier, avec un accord d'acquisition de la société de biotechnologie américaine Inhibitex en déboursant 2,5 milliards de dollars.

Répondre au bocéprevir

Quels sont les facteurs qui prédisent une réponse virologique soutenue (charge virale qui reste indétectable six mois après la fin du traitement) au bocéprevir (Victrelis) ? C'est ce qu'a cherché à savoir une équipe américaine auprès des personnes infectées par le VHC qui ont connu une mauvaise réponse au traitement lors de la phase de démarrage. Elle a analysé le suivi des participants de deux études : SPRINT-2 (personnes n'ayant jamais pris de traitement) et RESPOND-2 (personnes ayant déjà eu des traitements). Résultat ? Une charge virale initiale faible (inférieure à 2 millions d'UI/ml), le sous type 1b du génotype 1 et une absence de fibrose du foie ou une fibrose modérée (stade F0-F2) prédisent une réponse soutenue au traitement au bocéprevir (Victrelis) avec une bi-thérapie (interféron + ribavirine).

Vaccin contre l'hépatite A : remboursé et pas...

Bonnes nouvelles : le vaccin contre l'hépatite A (VHA) Havrix est désormais remboursé pour les personnes vivant avec le VHB ou le VHC ou atteintes de mucoviscidose. Son prix vient de baisser en France. Mauvaise nouvelle : il n'est toujours pas remboursé pour les gays... bien que la vaccination soit recommandée. C'est grandement décevant alors que les épidémies d'hépatite A, qui se transmet aisément par contact bouche-anus, se succèdent depuis plusieurs années. Le vaccin ne donne pas d'effets indésirables graves. Il faut au moins deux doses de vaccin et un contrôle du taux d'anticorps chez les personnes ayant moins de 500 CD4. Les centres de vaccination de la Ville de Paris, conscients de l'importance du problème, proposent gratuitement la vaccination si le but n'est pas celui d'un voyage. Les adresses sont consultables sur Seronet : www.seronet.info

Hépatite C : Le stylo ViraferonPeg en alerte

Y a-t-il un problème avec le stylo injecteur de ViraferonPeg, l'interféron commercialisé par Merck ? Oui, selon le Pr Albert Tran (Hôpital de l'Archet à Nice) qui a alerté début février quant aux difficultés d'utilisation qui peuvent aboutir à la non injection (blocage). Voire à l'injection partielle du produit, tout en laissant croire qu'il est entièrement passé. Dans l'immédiat, l'Afssaps conseille aux personnes de reprendre contact avec les professionnels de santé qui les suivent afin de s'assurer avec eux de l'utilisation correcte de leur stylo injecteur et de l'efficacité de leur traitement. L'agence devait mettre en place un comité d'experts chargé de préciser les risques liés à ces dysfonctionnements. Et de proposer les mesures adaptées à la garantie de l'efficacité du traitement. A suivre...



Prendre son traitement nécessite de s'organiser. D'autant plus lorsqu'on doit le prendre chaque jour, comme c'est le cas avec le VIH pour le moment, durant toute la vie. L'observance est primordiale et l'éducation thérapeutique peut contribuer à renforcer la motivation à se traiter et à le faire sur le long terme. Reste qu'une organisation imposée de la prise des médicaments fonctionne rarement. Il est préférable de choisir sa propre organisation. Alors comment faire pour s'organiser ? Voici quelques solutions personnelles... Ça peut donner des idées et décoincer certains "préjugés".

Observance : à chacun sa tactique !



Organiser sa prise de traitement ? Un rapide coup d'œil sur Internet permet de découvrir des monceaux de conseils. Certains sont avisés, d'autres sonnent plutôt comme des ordres. On y défend, bec et ongles, la "régularité", on y loue la nécessaire "précision" des prises, on y exige une "certaine discipline", etc. Et les plus "laxistes" se contentent d'inviter à se "prendre en mains" ! Bref, c'est l'injonction qui semble primer sur l'imagination, la règle sur la solution personnelle. Et pourtant des solutions personnelles, il en existe. Ce ne sont pas forcément des modèles à suivre, plutôt des idées à tester, des expériences à partager. Après chacun choisit en fonction de son mode de vie, de ses besoins et de ses traitements. Jacqueline, Flamme, Minipuce, Anne, Goldorac, Arthur, Laurent, Marianne et Marie-Claude ont choisi leur organisation personnelle. Ils l'expliquent.

Minipuce

"Je vis entre deux villes différentes, cela fait deux logements, plus mon bureau de travail, et je prends mon traitement en trois prises par jour, matin, midi et soir. J'ai fait le choix de "déblister" [ôter le blister] mes médicaments (car désormais le blister est la tendance lourde des packagings d'antirétroviraux) pour les mettre dans une grosse boîte de vitamines (c'est plus discret) que j'emporte avec moi dans mon sac à dos. C'est ce qui me convient le mieux. Le "déblistage" mensuel est un moment de relaxation très attendu... comme lorsqu'on perce les bulles de plastique d'un bull pack. Je laisse quand même toujours quelques comprimés de secours dans chacun de mes lieux de vie (qui sont donc au nombre de trois). Ce fonctionnement d'écureuil me permet aussi une marge de sécurité si je devais me retrouver confronté à une rupture, d'approvisionnement à la pharmacie lors d'un renouvellement. C'est malheureusement de plus en plus fréquent. Un phénomène que les associations sont en

train de contrer dans leur action auprès des labos pharmaceutiques et du ministère de la Santé."

Jacqueline

"Je regroupe toutes les boîtes de mon traitement dans une grande boîte décorée. J'ai deux prises par jour, une le matin et une le soir. Mes matinées démarrent à grande vitesse et, pour plus de facilité, je prépare à l'avance pour 15 jours de prises matinales (3 cachets pour le traitement VIH, 7 pour les vitamines et adjuvants) dans une boîte de 12 cases plus trois coupelles - ainsi mes boîtes de médicaments de 30 cachets se vident en deux préparations.

Pour la prise du soir (un cachet rose et un bleu), je prépare quinze cachets de chaque dans une jolie petite boîte à tabac ancienne que je laisse en vue pour ne pas l'oublier le soir... près de la cafetière !"



Bonnes prises !

Il faut tout d'abord choisir le meilleur moment de prise de ses médicaments, qui n'est pas le même pour tout le monde. Il est fonction de ses critères personnels de vie et d'organisation (les proches, le travail, le repos, les loisirs, les déplacements, etc.) et des traitements. Ce n'est donc pas forcément le moment indiqué sur l'ordonnance (souvent le matin ou le soir pour les médicaments en prise unique et matin et soir pour ceux en deux prises quotidiennes). Pour certaines personnes, le mieux pourra être de prendre le traitement à mi-journée, vers midi par exemple. La régularité des prises est particulièrement recommandée. Pour autant, un décalage ponctuel d'une ou deux heures est possible. Ainsi, dans le cas d'une prise unique par jour dont l'horaire est fixé à 9 heures, celle-ci peut être faite à 7 heures (de 7 à 9 heures) ou à 11 heures (de 9 à 11 heures). Il n'est donc pas systématiquement obligatoire (surtout si cela pèse) d'être dans une contrainte horaire très rigide. En général, en cas d'oubli, il est conseillé de prendre son traitement dès qu'on s'en aperçoit et de ne pas décaler la prise suivante, pour conserver le rythme de prise habituel. Mais, il est utile de discuter avec votre médecin, à l'occasion d'une consultation en cas d'oublis ou de difficultés rencontrées lors de décalages de plusieurs heures. Par exemple avec les décalages horaires si vous êtes amenés à voyager loin.

Arthur

"J'ai commencé mon traitement il y a tout juste un an. Les tout premiers jours, ouvrir le flacon de Truvada et "déblister" mon Sustiva me déprimait. Pourquoi ces paquets sont-ils aussi moches, aussi peu glamours ? J'ai opté pour la méthode Coué... Je mélange mes comprimés dans un petit flacon de Gelée royale. Ça m'amuse parce que c'est ma grand-mère qui m'offre ces boîtes, en me disant que c'est bon pour tout ! Je peux le laisser visible sur la tablette de ma salle de bain, en cas de rendez-vous coquin ou de séjour à l'hôtel. Plus besoin de cacher. Après, j'ai switché pour Truvada/Isentress, et j'ai continué le même système, en mettant mes cachets du midi dans une petite boîte de bonbons en métal. Mais je trouvais la deuxième prise très difficile à vivre. L'alarme du portable pouvait sonner en plein métro, à la plage avec des amis, interrompait mes réunions ou mes déjeuners et souvent j'oubliais la prise du midi. Alors, en accord avec mon médecin, j'ai switché pour une prise par jour. Je prends mes deux cachets au coucher ; je sais que ce n'est pas recommandé car pas optimal, mais pour moi ça vaut mieux que de rater des prises. Du coup, je me sens beaucoup mieux avec mon traitement."

Laurent

"J'ai la chance d'avoir un traitement en une seule prise (trois comprimés) que je peux prendre quand je le veux. Alors j'ai pris l'habitude de remplir un pilulier pour la semaine et chaque matin, je prends mes comprimés après mon petit déjeuner. C'est devenu une routine et je n'y pense même plus. Ce qui me déplaît le plus, c'est le remplissage... et le passage à la pharmacie tous les mois."

Goldorac

"Je ne prends qu'un médicament par jour : Atripla. Comme je bosse de nuit, j'ai décidé avec mon toubib de prendre le médicament tous les matins à heure fixe : 7 heures. Jusqu'à présent, je n'ai jamais oublié. Au boulot pas de problème, je le prends avant de partir pour chez moi à 7 heures en quittant le travail. L'alarme de mon téléphone sonne quand même. En revanche, lorsque je ne travaille pas, je mets mon radio réveil à sonner et en plus (au cas où il y aurait une coupure d'électricité), je mets aussi mon téléphone portable à sonner... on sait jamais. J'avoue que quelquefois j'en ai vraiment ras le bol de ce rituel et j'ai eu plusieurs fois envie de tout laisser tomber... mais je me ressais vite et je loue énormément ceux et celles qui prennent le traitement depuis longtemps."

Marianne

"Bonne "pêche" pour mon traitement. Pour me faciliter la vie et avoir une observance sans failles, j'ai vite compris qu'il fallait organiser le traitement VIH, auquel je rajoute pas mal de vitamines et d'antioxydants, le tout en deux prises, une le midi (avec un battement possible de deux heures avant ou après), une avant de me coucher (horaires un peu variables). J'ai longtemps fonctionné avec des coupelles empilables, mais on en prépare peu à l'avance, alors que pour moi, l'anticipation est la clé du succès. Puis j'ai eu un pilulier semainier, mais il était trop petit, tout ne rentrait pas dedans. Il y a trois ans, à Décathlon au rayon pêche, je suis tombée sur des boîtes de leurres pour la pêche, modulables en 6 ou 12 cases, de marque Plano (5 euros). Ce n'est pas plus grand qu'un livre. Je l'utilise en 12 cases, mets deux prises par jour dans une seule case, je rajoute les vitamines. Une fois remplie, j'ai 12 jours de prêt. Le soir, je vide une case et partage cette "pêche" en deux, celle du soir, et celle du lendemain midi, que je mets dans ma petite boîte marocaine, qui va dans mon sac... Quand je pars en vacances, conférences, si je pars moins de 12 jours, je prends la boîte remplie, elle ferme bien. Si c'est un week-end, je prends juste le nombre de prises nécessaires dans un petit flacon de médicaments vide. Pour les longs séjours, à l'étranger, je mets toutes les prises dans une grande boîte de vitamines et le soir, je trie pour faire mes deux prises, avec toujours ma boîte marocaine."

Flamme

"Une boîte avec une case par médicament (pour environ dix jours). La boîte est dans le tiroir de la salle à manger et je mets les médocs sur la table en même temps que les couverts, matin et soir. Lorsque je pars, je mets la boîte dans mon sac. C'est devenu un rituel et si jamais j'ai un oubli (rare) mon mari me le rappelle."

Marie-Claude

"Cela fait vingt ans que je prends des antirétroviraux, et on peut dire que j'ai connu pratiquement tous les traitements, sauf Sustiva que j'ai toujours refusé, mes toubibs le savent, et Fuzéon heureusement pour moi ! Donc à jeun, entre les repas, avec la bouffe, à heures très fixes plusieurs fois par jour (et même très tôt le matin en faisant sonner le réveil) suivant les molécules et leur particularité, tout ça et j'en passe, y compris de me planquer (quand mon fils vivait encore avec moi, à l'époque où il n'était pas encore au courant). Les traitements se sont bien simplifiés, deux prises par jour, c'est un vrai confort, et les prendre en mangeant va plutôt dans le sens de la vie je trouve, quelle différence avec



l'époque où, parfois, il fallait choisir entre manger ou prendre son traitement... J'ai vécu ça comme une révolution ! Cela fait plusieurs années que je suis arrivée à une espèce de vitesse de croisière : PLUS JAMAIS de trucs qui sonnent, quelle horreur ! Le traitement est tellement bien intégré dans ma vie que ça va quasiment tout seul, et je ne suis plus une obsédée des horaires, je m'accorde une souplesse de deux heures environ avant/après mes deux prises quotidiennes. Les boîtes de médicaments sont sur une étagère dans la cuisine, tout simplement. Un impératif : préparer les cachets nécessaires à la prise AVANT le repas, car il m'est arrivé de ne plus savoir lequel j'avais pris ou non ! Là, petit rituel : une jolie soucoupe ancienne recouverte d'un mini-bol, car les chats adorent lécher les médicaments (si, si !) et exclusivement réservée à cet usage. TOUJOURS les avaler avec de la bouffe, au milieu du petit déjeuner, ou le soir avec le dessert pris plus tard généralement que le repas en soi (...) Quand je sors : je prépare les médicaments dans un vrai pilulier, mais qui ne ressemble pas à un pilulier : c'est une assez jolie boîte "galet" distribuée par je ne sais

plus quel labo il y a plusieurs années et dont j'avais fait provision, car, justement, elle tranchait avec la représentation habituelle de ce genre d'objet. Et quand je pense que je ne vais pas rentrer tard le soir, je ne prends même plus les médicaments avec moi. Je prends le traitement en rentrant, vers 23 heures 30 ou minuit, avec une petite compote de fruits par exemple.

Anne

"Moi, je fais comme ça pour ne pas oublier mes médicaments : je les mets sur ma table de nuit dans une petite coupelle et comme je dois les prendre le matin quand je me réveille, je les avale... Et si jamais j'ai oublié, je vois plus tard qu'ils sont encore dans cette coupelle et je les prends ! Je me promène aussi toujours avec une jolie ancienne boîte en argent avec juste la prise pour un jour, on ne sait jamais, une soirée improvisée est vite arrivée !"

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

Illustrations : Yul Studio

Aujourd'hui, il est possible de se procurer sur internet des tests à résultat rapide du VIH. Comme la vente de médicaments sur internet, c'est pourtant interdit dans la plupart des pays. Beaucoup s'accordent pour dire que demain il sera possible de se dépister, légalement, soi-même, comme c'est le cas pour une femme qui veut savoir si elle est enceinte, en réalisant elle-même son test de grossesse. Remaides fait le point sur la recherche dans ce domaine, les avis, qui ne manquent pas, et surtout les applications concrètes de ce type de dépistage. Par Nicolas Charpentier

Demain, se dépister soi-même. C'est déjà possible

D'accord, pas d'accord

Depuis les années 90 et la mise sur le marché des tests à résultat rapide du VIH, la perspective de les réaliser soi-même est débattue tant ils sont apparus faciles à mettre en œuvre. Les autorités de santé comme les associations n'ont eu de cesse de mettre en garde sur la mise à disposition directe de ces tests au public, alors appelés autotests, de peur des dérives possibles, aux premiers rangs desquelles la fiabilité, le test à l'insu (sans le consentement de la personne). L'autotest cristallise aussi les peurs autour de la découverte du résultat. Par exemple, quelqu'un qui découvrirait seul sa séropositivité chez lui pourrait comme on dit vulgairement "péter un plomb", être tenté de mettre fin à sa vie ou alors tomber dans le déni et ne pas vouloir se faire suivre médicalement. Une autre forme de peur est relevée : celle qui concerne le fait pour quelqu'un de proposer un autotest à un partenaire avant d'avoir des relations sexuelles avec lui. Certains y voient là un comportement dangereux (du fait d'une fausse assurance), d'autres y voient plutôt une forme de responsabilité et de réduction des risques, pour des situations où de toute manière l'utilisation de méthodes classiques de prévention comme le préservatif peut-être aléatoire. Il y a aussi la crainte de l'industrie qui pourrait s'engouffrer dans ce nouveau marché, vu comme potentiellement lucratif.

Bien entendu, l'autotest ne ferait pas couler autant d'encre si certains n'y étaient pas favorables. Les demandes de légalisation de l'autotest s'élèvent d'abord contre le refus des autorités de traiter de cette question alors que des tests sont déjà vendus sur

internet. Il y aurait une certaine hypocrisie face à une réalité que l'on ne voudrait pas voir. Les voix favorables revendiquent également le droit de gérer en toute autonomie sa santé et son statut surtout dans un contexte d'urgence : par exemple l'épidémie chez les gays. L'autotest est aussi vu favorablement pour compléter l'offre de dépistage existante. Après tout, malgré la gratuité des tests (en France par exemple), bon nombre de personnes séropositives ignorent leur statut sérologique. Pourquoi ? Qu'est-ce qui fait qu'elles ne recourent pas aux dispositifs actuels de dépistage ? Sans intermédiaire notamment médical, réalisé selon ses besoins, mis en œuvre sans avoir à parler de ses pratiques sexuelles ou de son intimité, l'autotest pourrait-il faciliter l'accès au dépistage ? Et sans parler des conditions financières... s'il est proposé gratuitement en France, en Suisse, il faut compter près de 50 euros pour faire son dépistage du VIH.

La recherche

Face à ces avis favorables et défavorables, aux craintes, il convient de réfléchir à l'intérêt de l'autotest pour les personnes les plus vulnérables au VIH. Quelques rares et récentes études viennent nourrir ces connaissances. Elles permettent de comprendre dans quelle mesure l'autotest est acceptable et faisable. Aux Pays Bas, une enquête a montré que l'autotest était d'ores et déjà utilisé dans la population et que les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), sont deux fois plus nombreux à y recourir que le reste de la population (1,7 % contre 0,8 %). Une expérimentation de l'autotest au Kenya auprès



HIV1/2

C
T

S



de personnels soignants et leurs familles révèle que 78 % des personnes qui se sont vues proposer un autotest l'ont accepté. Dans une étude au Malawi, 92 % des personnes qui ont eu à choisir entre le dépistage dans une clinique et l'autotest ont choisi ce dernier. En Espagne, une étude de faisabilité a montré que 91,4 % des personnes (303 personnes au total) qui ont utilisé, elles-mêmes, un test rapide, ont obtenu un test valide, ce qui signifie qu'il a été correctement réalisé. 84,8 % d'entre elles ont interprété correctement une série de résultats qui leurs était proposée et 82,6 % pensent qu'ils utiliseraient plutôt un test rapide dans l'avenir s'il était en vente libre. La recherche semble néanmoins davantage rassurer les sceptiques qu'apporter un faisceau de connaissances nouvelles car ces mêmes tests à résultat rapide du VIH existent depuis des années.

Dans la vraie vie...

Parlons d'abord de celles et ceux qui sont amenés à faire régulièrement voire très régulièrement un test. Par exemple, le partenaire séronégatif dans un couple séro-différent, les gays qui peuvent avoir un grand nombre de partenaires et des difficultés à utiliser systématiquement les méthodes de prévention courantes, ou encore les travailleurs et travailleuses du sexe, qui pourraient ainsi bénéficier d'un accès privilégié au dépistage adapté à leurs

modes de vie ou leur activité. On critique souvent l'absence de discours entre partenaires sexuels à propos de leurs statuts sérologiques : l'autotest ne serait-il pas une opportunité pour faciliter cette communication ? La réponse serait juste moins chimique que la PREP ! Aujourd'hui, ceux qui proposent du dépistage réalisent de plus en plus des actions mobiles afin de rapprocher le test de celles et ceux qui en ont le plus besoin ; si quelqu'un ne souhaite pas faire le test dans l'instant mais le réaliser chez lui plus tard, vaut-il mieux lui montrer les bons gestes pour qu'il puisse faire ce test quand il le voudra ou refuser au risque de lui faire rater une occasion de se dépister ?

De toute évidence, l'autotest n'a pas encore écrit sa page dans l'histoire de la lutte contre le sida. Le fera-t-il ? Qui sait ? Une chose est sûre, un des moyens pour éradiquer le virus est de renforcer le dépistage en diversifiant l'offre (dépistage médical, dépistage communautaire, autotest). On verra bien comment les autorités de santé et les associations se saisiront de cette question et si, sur ce sujet, elles choisiront de prendre en compte les demandes des personnes et de s'y adapter ou si l'on assistera au blocage qui a pu se produire sur d'autres outils de prévention, avec ses prophètes et ses évangiles d'un temps passé.

Alexandre : "Maintenant je suis autonome"

"J'ai trente trois ans. J'ai fait un seul vrai dépistage du VIH dans ma vie, c'était en 2001. Autant dire que ça date maintenant. Le souvenir qu'il m'en reste n'est pas exceptionnel, j'ai bien entendu dû attendre une semaine mon résultat, j'ai dû décliner mon pedigree (orientation sexuelle, partenaires, pratiques, prises de risques, etc.), je pouvais mentir et c'est donc ce que j'ai fait sur mes pratiques, mes partenaires, je ne voulais tout simplement pas en parler, et j'ai enfin dû supporter les conseils pour une bonne prévention dans l'avenir. Quelques années plus tard, j'ai eu la possibilité de faire moi-même un test à lecture rapide. Je n'avais pas le sentiment d'avoir pris des risques particuliers dans cette période là, mais j'ai trouvé que d'avoir cette possibilité était un plus dans la gestion de ma santé. Et puis neuf ans plus tard je méritais bien de faire le point de nouveau, surtout que parfois ça me tirait de ne pas savoir. Ça s'est passé tranquillement, j'ai eu le temps de bien lire le mode d'emploi, j'ai aussi bien galéré pour le prélèvement de la goutte de sang car les pipettes ne sont pas forcément évidentes à utiliser, est-ce que j'appuie au bout pour faire monter le sang, ou est-ce que je laisse le sang monter tout seul dedans ? Cette première fois je ne suis pas sûr d'avoir tout bien fait, et comme je l'ai dit le prélèvement c'était un peu gore ! En revanche quand j'ai recommencé c'était complètement différent, je connaissais le matériel, j'avais confiance dans mes gestes. Les tests que j'avais n'ont pas été achetés sur internet donc j'ai confiance dans le résultat, ce sont des tests rapides officiels. Sur internet je n'en achèterais pas, je n'ai pas confiance. Une chose est sûre, je ne retournerai jamais dans un centre de dépistage classique. Quand j'en entends parler autour de moi, j'ai l'impression que c'est de pire en pire : y aller sans être contraint d'écouter la

bonne parole du safer sex ce n'est pas possible. Je comprends vraiment les amis autour de moi qui préfèrent se faire prescrire directement leur test par leur médecin et ensuite les analyses directement au labo. J'entends bien que les professionnels dans les centres de dépistage veulent faire le bien autour d'eux mais ils ne se rendent pas compte, j'ai l'impression, qu'ils peuvent juger et que ça fait mal. Maintenant je suis autonome pour gérer ma connaissance de mon statut sérologique, même si la méthode n'est pas autorisée... Mais, car il y a un mais, je fais le test quand j'en ai un, pas quand j'en ai besoin."

Alexandre



Le test salivaire

Il existe un test salivaire, c'est-à-dire un test à résultat rapide du VIH, qui se fait en prélevant uniquement de la salive. Il est beaucoup plus simple à réaliser que les tests à résultat rapides avec prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt. Ce test salivaire qui est de plus en plus utilisé dans le monde, serait notamment tout indiqué pour être utilisé comme autotest, même si sa fiabilité est parfois discutée.

Le Terrence Higgins Trust invite à légaliser l'autotest VIH

La principale association de lutte contre le sida au Royaume-Uni, le Terrence Higgins Trust (THT), a demandé, en octobre 2011, au gouvernement anglais, de prendre toutes les dispositions nécessaires afin de légaliser l'autotest VIH. Selon une étude du THT, près des deux tiers des personnes interrogées considéreraient favorablement l'opportunité d'utiliser l'autotest s'il était disponible de manière légale et réglementée au Royaume-Uni. Afin de réduire les niveaux élevés d'infections, l'association exhorte le gouvernement à légaliser et à réguler la vente de test rapide du VIH sur Internet.

Le 19 décembre 2011, le Parlement français a définitivement adopté la réforme de renforcement de la sécurité sanitaire du médicament. Texte complexe, la nouvelle loi a failli faire passer à la trappe le système des ATU (autorisations temporaires d'utilisation). Dans le cadre du TRT-5, AIDES et

Act Up-Paris sont particulièrement montées au créneau, avec succès puisque ce système qui a permis de sauver des milliers de vies... a sauvé la sienne. Par Franck Barbier.



Loi Médicament : longue vie aux ATU !

Commencé dans une ambiance assez consensuelle, l'examen du projet de loi portant sur la réforme du contrôle du médicament s'est achevé, fin 2011, dans une guerre de tranchées entre parlementaires. Le problème est, qu'à ce petit jeu-là, le système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) a failli disparaître. Les parlementaires ont tellement voulu renforcer la sécurité que celle-ci remettait en cause l'accès aux thérapeutiques innovantes pour des personnes dont c'est le seul moyen de rester en vie, d'éviter des séquelles graves ou de maintenir une qualité de vie acceptable. Le texte d'origine et plusieurs amendements instauraient, par exemple, des contraintes administratives supplémentaires, qui auraient, une fois adoptées, complètement réduit à néant la conquête des ATU. Or ce dispositif est une victoire historique des associations de lutte contre le sida, et notamment du TRT-5, collectif inter-associatif sur les traitements et la recherche thérapeutique, dont AIDES est membre. Faisant suite aux "protocoles compassion-

nels" des années de cendre, il permet de rendre accessible, sous conditions, des médicaments n'ayant pas encore obtenu leur autorisation de mise sur le marché (AMM). Les ATU ont permis de faire face à des situations intolérables où des personnes allaient mourir faute de traitements, alors que des molécules étaient à l'étude et que les résultats provisoires des essais étaient très positifs. Quinze ans après l'arrivée des antiprotéases, les ATU continuent de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida. En 2007, entre 5 et 7 % de ces personnes se trouvaient encore en situation d'échec thérapeutique. Autre élément important, 25 % des personnes séropositives sont co-infectées par le VHC. Le traitement de référence du VHC (une bithérapie avec interféron et ribavirine) est globalement moins efficace chez elles que chez les personnes uniquement atteintes d'une hépatite C (surtout les génotypes 1 et 4). Les personnes co-infectées (VIH/VHC) ont un besoin impérieux de nouvelles molécules. Pourtant, elles ne peuvent avoir

accès de suite aux essais thérapeutiques menés sur les nombreuses nouvelles molécules à l'étude, du fait du refus de l'industrie pharmaceutique. Dans ces deux situations, le système des ATU est indispensable. C'est pour cette raison que les associations sont montées au créneau dans le cadre du TRT-5 pour défendre ce dispositif. Ce combat a été soutenu par le Collectif interassociatif sur la santé. Le travail des associations a permis de faire inscrire dans la loi que les ATU concernent les personnes en cas de risque vital, mais aussi de risque grave pour leur santé, c'est-à-dire lorsque leur qualité de vie est gravement compromise ou que le risque de séquelles est grand. Les écueils, introduits par le texte initial du gouvernement ou des amendements aberrants, ont été évités, un beau succès au moment où, bientôt des personnes atteintes d'hépatite C ou co-infectées (VIH/VHC) vont en avoir le plus besoin.

Participant aux Universités des personnes séropositives (UPS) organisées en 2011 à Gruissan, Franck a accepté de revenir sur une affaire qu'il a vécue et qui concerne l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques.

27
Témoignage <<

REMAIDES #80

Cannabis thérapeutique : toute une affaire !

"Le Courrier de la Mayenne" du 8 septembre 2011 raconte, dans sa page consacrée aux faits-divers une affaire de saisie d'herbe à Laval. "Jeudi 1^{er} septembre, la police a pénétré dans le domicile d'un Lavallois de 40 ans, résidant dans le quartier d'Avesnières. Chez lui, les enquêteurs ont découvert cinq plans d'herbe de cannabis d'une hauteur de deux mètres, en culture". Malgré la quantité, le journal n'a pas hésité à titrer : "Grosse saisie d'herbe... bio". Bio, c'est ainsi que Franck, atteint d'une hépatite C, c'est lui le Lavallois de 40 ans, a parlé de sa culture personnelle lorsque la police est venue chez lui. "Bio, parce que j'arrose avec de l'eau de pluie", explique-t-il. Si le journal a ironisé sur la qualité bio de l'herbe... il a oublié d'expliquer pourquoi Franck, en faisait pousser dans son jardin : un usage médical.

"Cette production était pour moi et pour mon usage thérapeutique. Je fume du cannabis depuis que je suis jeune pour mon bien-être, pour me détresser, pour m'enlever toutes les angoisses... Cela me permet aussi de ne pas utiliser d'autres substances chimiques et de mieux gérer mon sevrage pour d'autres produits sans avoir recours aux traitements de substitution. C'est une petite production pour un usage personnel", explique Franck. En septembre, Franck reçoit un courrier de la police le convoquant pour une affaire le concernant. "J'ai tout de suite pensé aux pieds de cannabis. Au commissariat, on me demande si je cultive cinq pieds de cannabis dans mon jardin. Je pense avoir été dénoncé par mon voisinage. Je réponds que oui et j'explique pourquoi je le fais. Je suis placé en garde-à-vue. J'y resterai trois heures. Je vois un avocat dès la première heure comme la loi le permet désormais. La police me conduit chez moi. Elle arrache les pieds et pose en photos devant le plus grand, les autres ont été

coupés et placés dans un sac-poubelle devant les policiers. Tout a été arraché un mois avant la récolte que j'avais prévue pour mon anniversaire", explique Franck. Il est convoqué devant le tribunal le 8 décembre 2011. "Mon avocate se montre confiante. De mon côté, j'ai réuni les certificats et attestations dont j'avais besoin. Celles du médecin et du psychologue du centre spécialisé d'aide aux toxicomanes, celle de AIDES... Elles prouvent que je me soigne et que j'en ai besoin", précise Franck.

Illustration : Romain



Depuis quelques mois, on entend, ici ou là, que les médicaments anti-VIH pourraient rester efficaces si on ne les prend que cinq jours sur sept, voire quatre... ou trois. Nom de code de cette stratégie, qui n'est encore qu'une piste de recherche ? Iccarre. Par Renaud Persiaux

Des ARV quatre jours sur sept : le rêve d'Iccarre ?

Des médicaments anti-VIH pris quatre jours sur sept peuvent-ils rester efficaces chez une personne dont la réplication du virus est déjà contrôlée et indétectable depuis plusieurs mois ? Pour poser cette question iconoclaste, sans doute fallait-il un homme qui le soit tout autant : Jacques Leibowitch, 70 ans et jeune retraité, a longtemps enseigné à l'Université Versailles Saint Quentin, et reste médecin vacataire à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches. Envoyé en banlieue en 1979, l'homme, toujours resté à la marge, n'est jamais devenu professeur. Souvent moqué, il accumule depuis 2003 les données pour son projet d'essai d'intermittence. Tout démarre lorsqu'il commence à inviter quelques uns de ses patients, déjà sous traitement et au virus contrôlé depuis plusieurs mois, à réduire leurs prises d'ARV, sous surveillance rapprochée. Alors, de sept jours par semaine, ils passent à cinq. Puis quatre, puis trois... si la charge virale reste indétectable. Au total, 70 personnes ont été traitées quatre jours par semaine pendant trois ans et demi. Certains sont passés à trois jours par semaine pendant plus d'un an. "Pas moins de 7 230 semaines de traitement intermittent cumulés. Et ça, sans échec virologique ! On sait que la réplication du virus ne recommence généralement pas immédiatement chez les personnes dont le virus est contrôlé depuis au moins six mois", souligne-t-il. A ses yeux, ces observations montrent la faisabilité des traitements de suite intermittents. Mais leur généralisation demande un passage obligé : celui d'un essai clinique. Depuis plus de deux ans, il travaille sur le protocole, version après version. Baptisé Iccarre pour "Intermittents en cycles courts les antirétroviraux restent efficaces", le projet ne sera, a priori, pas mené par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), mais par l'Université Versailles Saint-Quentin.

Jacques Leibowitch le martèle : à l'origine d'Iccarre, il y a le souci des personnes, le "Primum non nocere", d'abord, ne pas nuire : "4 jours sans traitement par semaine, ça veut dire au bout de 35 ans de prise d'ARV, s'être épargné 15 ans de toxicité". Entouré d'une équipe très compétente, il l'affirme : "Il faut distinguer traitement d'attaque et traitement de suite. L'attaque doit être suffisamment puissante : il faut taper fort sur le virus tous les jours pour écraser le virus et empêcher les résistances. Pour le traitement de suite, quand le virus est indétectable depuis des mois, on peut alléger". Et d'assurer, après un tour de France : "Tout le monde, ou presque, est convaincu de l'intérêt d'Iccarre !" Et comment ne pas l'être quand le projet est un des plus emballants depuis des années ! Mais la "révolution" a du plomb dans l'aile. Faute de financement (Leibowitch avait estimé le coût à 1,7 millions d'euros, un chiffre contesté) et en difficulté institutionnelle, l'essai est retardé. Rien ne dit qu'il sera mené. Ce serait dommage... au regard de l'intérêt qu'il suscite chez de nombreux séropositifs, ainsi que l'a, par exemple, montré sa présentation publique en décembre 2011, à la journée scientifique annuelle du TRT-5. Pour faire le buzz, Jacques Leibowitch a écrit un livre, sorti chez Plon en octobre, "Pour en finir avec le S.I.D.A.". Rien que ça ! "L'intermittence, est-ce que ça sera mieux pour les patients ? On n'en sait rien, admet Jean-Claude Melchior, un des investigateurs, peut être que ça va les perturber, les patients, de ne pas prendre leurs pilules tous les jours". En attendant, Jacques Leibowitch avertit : "N'essayez pas l'intermittence seul dans votre coin. Ça se fait avec son médecin, dans certaines conditions et avec un suivi rapproché obligatoirement". Icare, pour avoir volé trop près du soleil, avait perdu ses ailes de plumes et de cire et s'était noyé. Mise en garde d'un médecin moins tête brûlée qu'il n'en a l'air ?



Les 7 hypothèses biologiques à confirmer

Prendre ses antirétroviraux quatre jours sur sept, avec la même efficacité ? Si l'idée est belle, il faudra s'assurer qu'elle est sûre et identifier pourquoi elle fonctionne chez certaines personnes et pas chez d'autres. Quels sont les paramètres à surveiller ?

1. Pas de résistances antérieures : de l'observation de ses 48 patients de l'Hôpital de Garches, on sait que le virus ne doit pas présenter de résistances, pas d'échec de traitements antérieurs ;
2. Pas avec toutes les molécules : l'expérience montre que les protocoles Iccarre ne se feront pas avec toutes les molécules. Pas avec le raltégravir [Isentress], par exemple ;
3. En cas de résistance au cours de l'essai : si le virus redevient détectable, le traitement sera arrêté pour laisser le virus sauvage (c'est-à-dire, non résistant) reprendre le dessus, avant une remise sous traitement. Ça n'est possible qu'au tout début, à moins de 1000 copies de virus/ml, ce qui implique un suivi rapproché ;
4. Activation des CD4 : "c'est elle qui fait le lit de la réplication du virus", selon Jacques Leibowitch. Elle baisse de 40 % en stade sida, à près de 4 % après 12 semaines d'ARV. Elle sera mesurée ;
5. Inflammation : comme c'est une cause importante de complications (cancers, risques cardio-vasculaires, voir *Remaides 79*), il sera vérifié que l'intermittence ne l'augmente pas ;
6. Réservoirs : les réservoirs, ces cellules où le VIH est à l'état dormant (voir *Remaides 79*). L'objectif est double: déterminer si leur nombre prédit l'efficacité d'Iccarre, et s'assurer qu'elle n'augmente pas leur nombre ;
7. Traitement comme prévention : la charge virale reste-t-elle indétectable le temps de l'interruption de traitement, ce qui est important pour le risque de transmission ? L'absence de VIH dans le sperme sera vérifiée.

Des vacances thérapeutiques aux interruptions courtes programmées

Si le concept d'interruptions de traitement a mis si longtemps à être de nouveau envisagé, c'est pour des raisons historiques. Retour au début des années 2000. Les multithérapies sont lourdes : diarrhées, troubles de la répartition des graisses (lipodystrophies) et douleurs aux extrémités des membres (neuropathies), entre autres, impactent la qualité de vie. On envisage de les interrompre pendant plusieurs semaines à quelques mois, le temps de souffler un peu, prendre des "vacances" thérapeutiques. Pratiquée par certains médecins, l'idée fait l'objet

d'un essai clinique, SMART. Débuté en 2002 et incluant 5 500 participants, il utilise de façon épisodique les ARV, le moins possible, pour maintenir plus de 250 CD4/mm³, le traitement étant arrêté quand les CD4 remontent au-dessus de 350. Echec retentissant : en janvier 2006, l'essai est interrompu devant l'augmentation des complications graves d'ordre cardiovasculaire, rénale et hépatique pour les personnes du groupe intermittent. Risque doublé par rapport au groupe prenant un traitement continu. Parallèlement, des interruptions courtes (quelques jours à

une semaine) sont testées. Dans deux essais pilotes, l'Institut américain des allergies et des maladies infectieuses (NIAID), évalue sur 9 volontaires en 1999, puis 8 autres en 2004, un protocole qui paraît fou aujourd'hui. Des interruptions de 7 jours, soit un traitement ARV pris une semaine sur deux. Leurs virus étaient restés sous contrôle, mais la recherche est restée sans suite. Puis a été mené l'essai FOTO avec des week-ends sans ARV. Résultats publiés en 2008 : à la 48^e semaine, sur 26 personnes, un virus 23 fois sous contrôle. Iccarre s'inscrit dans cette lignée.



"Partir en week-end sans amener une pharmacie, c'est fabuleux"

Suivi par le Dr Leibowitch, Max témoigne de son expérience personnelle de prise de traitement par intermittence dans un cadre décidé avec son médecin et avec un suivi particulier.

"Le traitement intermittent, je le prends depuis sept ans ! Avant, je vivais avec ma pendule. Je voyage beaucoup, et j'avais arrêté mon traitement quand j'étais dans des îles du Pacifique. De retour en France, après un an et demi de traitement, le Dr Leibowitch m'a proposé d'essayer en quatre jours sur sept. J'ai sauté au plafond. J'étais tellement heureux, ça me paraissait incroyable. Me lancer dans quelque chose d'excitant, même en dehors des clous... je me sentais comme un pionnier. Certes, j'acceptais la contrainte d'une prise de sang chaque mois et de visites médicales plus fréquentes. Mais ce n'est rien. Partir en week-end sans amener une pharmacie, c'est fabuleux. Ma charge virale est toujours restée indétectable (et je ne regarde jamais mes analyses, je ne suis pas angoissé). Alors, depuis sept mois, je suis passé à trois prises par semaine. Impossible d'expliquer quel bien être cela procure sur le plan moral, d'arrêter les médicaments le mercredi soir. Plus de nausées, plus de crainte d'oublier. OK, il y a peut-être un risque de résistance, mais quand je traverse la route aussi je prends un risque ! Avec mon traitement allégé depuis plusieurs années, je me sens de mieux en mieux. La forme est revenue comme avant, même si j'ai la cinquantaine et 20 ans de séropositivité. J'ai eu des périodes difficiles, maintenant je suis comme tout le monde et je peux vivre *libre*."

"N'essayez pas l'intermittence seul dans votre coin. Ça se fait avec son médecin, dans certaines conditions et avec un suivi rapproché obligatoire"

Jacques Leibowitch



L'avis d'Alexandra Calmy, médecin, chef d'unité VIH de l'Hôpital de Genève

"Iccarre n'est pas, à mon avis, un essai farfelu. Il pose une question légitime et importante : celle de la diminution de l'exposition aux molécules ARV. Les antirétroviraux peuvent-ils être aussi efficaces, en maintenance, pris quatre jours par semaine au lieu de sept ? Cela mérite d'être évalué. Cela peut répondre à une demande forte de certaines personnes de lâcher la pression sur les prises, mais il est aussi possible que pour d'autres, l'arrêt et la reprise des comprimés soient vécues comme angoissantes. Notre service n'a pas été approché pour participer à cette étude, mais nous étudierons avec intérêt cette possibilité si elle se présentait. Notre unité s'intéresse beaucoup à la réduction des dosages quotidiens, après une mesure des concentrations des médicaments dans le sang. Le passage des médicaments dans le sang varie selon les personnes et les comprimés sont dosés pour être suffisamment efficaces chez tout le monde. Je pense notamment à l'éfavirenz (Sustiva, Stocrin en Suisse), pour lequel chez certaines personnes une dose plus faible est mieux tolérée en restant aussi efficace. Cela peut conduire à "casser" Atripla (qui associe Truvada + Sustiva 600 mg en un comprimé) en prenant une ou deux gélules de Sustiva/Stocrin 200 mg et un comprimé de Truvada. Le nombre de comprimés augmente, mais en l'absence d'effets indésirables, cette solution peut être préférée par certaines personnes chez lesquelles le taux de médicament dosé dans le sang est assez élevé pour permettre une diminution de la dose de Stocrin/Sustiva."



Les autres stratégies d'allègement

Le point avec Jean-Michel Molina, de l'Hôpital Saint-Louis (Paris) et de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS).

"Depuis leur introduction en 1996, les trithérapies ont fait d'énormes progrès. En 2011, la grande majorité des personnes prennent leur traitement en une fois par jour, parfois deux. Le principe de base de l'allègement, c'est de ne pas compromettre l'efficacité. Le plus évident, c'est de diminuer le nombre de comprimés, tout en gardant une multi-thérapie. Ce sont les co-formulations, les "combos", qui contiennent deux voire trois molécules dans le même comprimé. Il faut que les molécules soient bien tolérées, sinon l'allègement concerne le nombre de prises, mais pas les effets indésirables... On parle aussi d'épargner la toxicité des "nucléosides", tels que Truvada et Kivexa [ou combivir, ndlr] qui constituent la base de toute trithérapie actuelle. Cette piste est loin d'être validée aujourd'hui, d'autant que leur toxicité, bien moindre qu'avant, peut être surveillée avec le bilan biologique sanguin. Autre idée : des monothérapies d'antiprotéases boostées par ritonavir (Norvir), des molécules très puissantes (elles "écrasent" la réplication du virus) et moins sensibles aux résistances. Quand le virus est déjà bien contrôlé, elles peuvent le maintenir indétectable chez la majorité des personnes. Cependant elles peuvent être mal tolérées (troubles digestifs). Quand on commence le traitement, la trithérapie reste nécessaire. Autre piste : des formulations qui permettraient une diffusion de longue durée dans l'organisme. Les études se poursuivent, sans révolution probable à court terme. La rilpivirine, un antirétroviral qui vient d'obtenir une AMM en comprimé, a fait l'objet d'études préliminaires avec des formulations nanotechnologiques, pour espérer des injections mensuelles. Mais il faudra combiner plusieurs molécules dans ces formulations pour avoir une trithérapie complète efficace".

REMAIDES

#12
QUÉBEC

Les 30 ans du VIH

dans la
communauté
gaie
montréalaise



>> Sommaire

REMAIDES Québec #12

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 : Marc Leclerc, Bruno Lemay.

Relecture des textes : 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 :
Gilead Sciences Canada, Christine Vézina et Olivier Dumoulin : olivier.dumoulin@videotron.ca
Nos chaleureux remerciements à Olivier Dumoulin pour les illustrations.

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

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

Limites de responsabilité : Toute information touchant au VIH/sida et au traitement ne prétend remplacer l'avis d'un professionnel de la santé spécialisé dans ce domaine. Il ne s'agit pas de conseils médicaux. Toute décision concernant votre traitement doit être prise en collaboration avec un professionnel de la santé spécialisé en VIH/sida. Toute information juridique contenue dans cette revue ne peut être interprétée comme une opinion juridique. Si vous souhaitez obtenir des renseignements d'ordre juridique vous concernant, vous devez à cette fin consulter un avocat. Malgré que l'information de cette revue se veuille la plus actuelle, complète et exhaustive possible, nous ne pouvons en garantir l'exactitude. Les organismes partenaires de cette publication n'assument aucune responsabilité quant à l'usage des renseignements que l'on y retrouve. Ils déclinent toute responsabilité quant au contenu des références citées.

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

Ayant favorisé la création de Remaides Québec, nous remercions

Relations
internationales

Québec



III Edito

Sites d'injections supervisées,
un service essentiel

Par Christine Vézina, avocate et doctorante.

IV Actus

L'intérêt de connaître

VI Dossier

30 ans de VIH dans la communauté
gaie montréalaise

À l'occasion des 30 ans du VIH, nous soulignons l'impact qu'a eu l'épidémie sur la communauté gaie ainsi que le rôle essentiel qu'ont tenu certains de ces membres. Nous vous proposons une série de trois portraits afin de rendre hommage à toutes celles et ceux qui se sont mobilisés, surtout au Québec.

XI Témoign

Nancy :
Ma lutte contre l'hépatite C.

XII Prenez la parole

Parler de soi, de ce qu'on vit
parce que cela fait du bien

Vous avez la parole... Prenez-là !

Je me sens très flattée

Je vous remercie de tout cœur. J'ai reçu le magazine (#78). La mise en page est superbe. Mes docteurs en veulent une copie et une amie va me le traduire en anglais pour AIDS Calgary center.

Tous ceux qui me connaissent au Québec m'ont téléphoné ou envoyer un courriel pour me demander si j'allais en faire un autre. Le téléphone ne déroutait pas. Je me sens très flattée et heureuse que mon témoignage ait plu aux gens que j'aime et qui croient en moi. Je suis à votre disposition si jamais un jour vous en voulez un autre, sur peu importe le thème. Je suis sûre d'être à la hauteur, du moins je le pense...

Encore mille fois merci

Edith J.

Réponse

Chère Édith

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 personnes séropositives. **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. N'hésitez donc pas à nous faire parvenir, selon votre désir, vos témoignages.

Équipe de rédaction



Sites d'injections supervisées, un service essentiel

Le 30 septembre dernier, la Cour suprême du Canada a rendu une décision d'une importance fondamentale pour les personnes utilisatrices de drogues injectables au Canada. Dans la décision relative au maintien des activités du site d'injections supervisées Insite, les neuf juges du plus haut tribunal du pays ont unanimement reconnu que le refus du ministre de la Santé fédéral de renouveler à Insite l'exemption de l'application de la loi réglementant certaines drogues et autres substances portait atteinte au droit à la vie et la sécurité des personnes utilisatrices de drogues injectables, prévu à l'article 7 de la Charte canadienne des droits de la personne.

Cette décision, qui cristallise dans le droit canadien l'approche de réduction des méfaits, mérite d'être saluée à plus d'un titre. Premièrement, parce qu'elle reconnaît de manière inconditionnelle des droits aux personnes utilisatrices de drogues injectables. Cette affirmation est forte au plan symbolique. Elle envoie un message clair selon lequel les personnes toxicomanes n'ont pas à être en processus de désintoxication pour avoir une place dans la société. Ainsi, elle formalise l'idée qu'elles sont des êtres humains à part entière qui souffrent d'une dépendance et que cette situation requiert de l'État des interventions adaptées. Ce faisant, la Cour situe clairement le débat sur le terrain des données scientifiques et l'éloigne des considérations idéologiques et morales. Deuxièmement, parce qu'elle intègre clairement dans le droit à la vie et à la sécurité, prévu par la Charte canadienne des droits de la personne, un droit d'accès à des services de santé. Cette reconnaissance est importante sur le plan des politiques publiques, puisqu'elle comporte une hiérarchisation des priorités. À cet égard, la juge McLachlin s'exprime sans ambiguïté : "L'inaccessibilité éventuelle de services de santé et l'augmentation corrélative du risque de décès et de maladie auquel sont exposés les toxicomanes l'em-



portent sur tout avantage qui pourrait résulter du maintien d'une interdiction absolue de possession de drogues illégales dans les locaux d'Insite". Troisièmement, cette décision a pour effet d'opérationnaliser le droit à l'égalité des personnes toxicomanes. Envisagé dans la perspective de l'accès aux services de santé pour les personnes marginalisées, ce droit ne signifie pas que tous doivent être traités de la même manière, mais requiert plutôt, que des services soient adaptés aux besoins des vulnérabilités particulières. Enfin, quatrièmement, ce jugement constitue un levier politique puissant aux échelles provinciales et pave la

voie pour tous les organismes, gouvernementaux ou non, qui souhaitent opérer en toute légalité dans leur province des centres d'injections supervisées.

Bien que ce jugement marque des avancées significatives, il comporte aussi des écueils avec lesquels il faudra composer. En effet, toute organisation qui souhaite opérer un tel site doit continuer à demander une exemption au ministre de la Santé fédéral. Le jugement de la Cour vient toutefois baliser l'exercice du pouvoir discrétionnaire du ministre en fixant 5

critères qui devront servir à évaluer toute future demande. Il s'agit : 1) de l'incidence d'un tel centre sur le taux de criminalité ; 2) des conditions locales indiquant qu'un tel centre répond à un besoin ; 3) des règlements en vigueur permettant d'encadrer le centre ; 4) des ressources disponibles pour son entretien ; et 5) de l'appui ou de l'opposition de la communauté. Ces critères doivent impérativement être connus et tous les acteurs concernés ont la responsabilité d'adapter leur demande d'exemption à ces exigences. Les acteurs du terrain sont prêts. Le ministre devra l'être aussi...

Christine Vézina, avocate
doctorante, Université de Montréal

L'intérêt de connaître

Le prix Claude Tourangeau pour lutter contre la sérophobie



Épuisé par son combat contre la maladie et les préjugés qui lui sont associés, Claude Tourangeau s'est enlevé la vie le 14 octobre 2010. En sa mémoire et pour son rôle dans la lutte contre le VIH, le Prix Claude-Tourangeau a été créé afin de souligner l'apport d'une personne ou d'un organisme à la lutte

contre les préjugés et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH, et ce, pour que soit brisé l'isolement social dont elles souffrent.

Le Prix Claude-Tourangeau a été décerné pour la première fois en août dernier, à la COCQ-SIDA pour la campagne "C'est le sida qu'il faut exclure, pas les séro-

positifs", à laquelle de nombreux ambassadeurs québécois influents ont prêté en 2011 leur image.

www.sijetaisseropositif.org

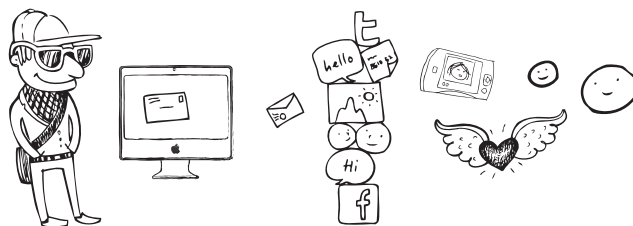


Sensibilisation et éducation à nouveau mises en péril !



Pour la quatrième année consécutive, le budget en communication du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la prévention des ITSS, ainsi que pour le soutien aux personnes vivant avec le VIH, est à nouveau mis à mal.

Cette année, le MSSS aurait en effet obtenu 250 000 \$ pour ses campagnes de lutte contre les ITSS et le VIH. Au regard de la somme de 1 million de \$ dédiée par le passé à cet objectif, dont le milieu communautaire réclamait déjà en 2008 l'augmentation et dans le contexte actuel de recrudescence des ITSS au Québec, la diminution de ce budget est particulièrement alarmante ! Les milieux de lutte contre le VIH du Québec réclament que celui-ci soit non seulement rétabli, mais aussi majoré et pérennisé pour les années à venir.



Si j'étais séropositif.org : un blogue contre les préjugés !

Véronique Cloutier, Mario Dumont, Josée Lavigueur et Chantal Petitclerc ont été, l'année dernière, les premiers à s'associer à la campagne "C'est le sida qu'il faut exclure, pas les séropositifs". Ils répondent, cette année encore, à l'appel et se joignent à eux Michelle Blanc, Alexandre Despatie, Alexandra Diaz, Marie-Soleil Michon et Matthieu Proulx.

Le public lui aussi est invité à participer à la lutte contre les préjugés via le blogue sijetaisseropositif.org.

Chacun peut y utiliser l'application Facebook permettant de publier sur sa page la photo d'une des personnalités ou de créer sa propre affiche personnalisée. Cet espace permet également de s'informer et de s'exprimer autour de l'enjeu que représente la lutte contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH.

www.sijetaisseropositif.org



Bruno Lemay et Marc Leclerc du Portail VIH/sida du Québec,
résumant trois moments forts des Journées québécoises VIH 2012.
Nous les remercions.



Quoi de neuf doc ?

Vieillesse et VIH

Le Dr Patrice Junod, de la Clinique médicale L'Actuel (Montréal), a parlé des changements métaboliques observés avec le vieillissement chez les personnes vivant avec le VIH : diminution de l'absorption combinée avec une augmentation du pH gastrique, une augmentation de graisse corporelle et la baisse des volumes plasmatiques et de fluides. Les processus d'inflammation et d'activation de même que l'incidence des comorbidités augmentent avec l'âge. On dénote une apparition de ces dernières avant l'âge de 50 ans, soit un peu plus tôt que dans la population en général. Il y a également une prévalence plus élevée d'ostéopénie et d'ostéoporose ayant pour conséquence un taux de fractures plus élevé. Il note aussi que le risque de démence double chez les patients plus âgés et que les effets indésirables sont plus significatifs chez ces derniers.



Traiter tôt

Le Dr Jean-Pierre Routy du Centre universitaire de l'université McGill (Montréal) a parlé des réservoirs de virus présents sous forme latente à l'intérieur de certaines cellules du système immunitaire. L'avantage d'un traitement précoce permettrait de limiter la capacité du virus à se réfugier dans ces réservoirs. Il est donc important de trouver un moyen afin d'éliminer ces cellules infectées et contrer le phénomène de réplication résiduelle virale sous traitement antirétroviral.

Pas de résistance avec les inhibiteurs d'intégrase

Le Dr Thibault Mesplède, du Centre SIDA de L'Université McGill, a présenté les données récentes quant à la possibilité de résistances majeures observées avec l'utilisation d'inhibiteurs d'intégrase de 1^{ère} génération (raltégravir et elvitégravir). La mutation Q 148 est à surveiller puisqu'elle pourrait gêner l'efficacité de certains inhibiteurs de 2^e génération (MK-2048 et dolutégravir).

L'étude SPRING présentée à la CROI 2012 a démontré l'absence de mutations de résistance majeure compromettant l'efficacité du dolutégravir après 96 semaines de traitement. De plus, les échecs thérapeutiques enregistrés en raison d'une résistance au raltégravir pourront probablement être traités en substituant un inhibiteur d'intégrase de 2^e génération.



Complera, une deuxième molécule en dose unique

Le Complera (200 mg d'emtricitabine/25 mg de rilpivirine/300 mg de ténofovir disoproxil) est une nouvelle combinaison d'inhibiteurs nucléosidiques et non-nucléosidiques de la transcriptase inverse qui a été approuvée par Santé Canada le 23 septembre 2011. Cette trithérapie qui consiste en un seul comprimé par jour pris avec un repas est efficace pour le traitement du VIH-1 chez les personnes adultes n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviral. Le Complera fait présentement l'objet d'une demande d'inscription pour la liste de médicaments remboursés par la RAMQ prévue le 1^{er} juin 2012.

Ces trois dernières décennies ont connu la plus impressionnante mobilisation sociale, économique, scientifique et médicale dans la lutte contre une épidémie. À l'occasion des 30 ans du VIH, nous soulignons l'impact qu'a eu l'épidémie sur la communauté gaie ainsi que le rôle essentiel qu'ont tenu certains de ses membres. Nous vous proposons une série de trois portraits afin de rendre hommage à celles et ceux qui se sont mobilisés, partout au Québec.

30 ans de VIH dans la communauté gaie montréalaise

En 1981, l'apparition du sida marque une période de panique et de confusion. À Montréal, c'est d'abord la communauté haïtienne qui est la plus durement touchée. Mais après quelques années, la majorité des cas se retrouve parmi les homosexuels. Les organisations gaies québécoises d'alors n'étaient pas préparées à faire face à ce qui devint rapidement une épidémie. Devant l'urgence d'agir, on improvise et crée des services d'accueil pour soutenir ceux qui sont malades et leurs proches ainsi que ceux qui, isolés, vont mourir. Comité Sida Aides Montréal (CSAM) est ainsi l'un des premiers groupes à s'organiser grâce à une

poignée de gais et d'infirmières de la communauté haïtienne. Leur réponse est spontanée et entièrement bénévole. En plus du soutien aux malades et à leurs proches, ils transmettent le peu d'information que l'on connaît alors : les symptômes et les moyens de s'en prévenir. C'est en 1987 que le gouvernement du Québec reconnaît la nécessité de soutenir la dizaine de groupes communautaires d'intervention sida alors actifs au Québec. C'est également vers la fin des années 80 que commence l'engagement de trois hommes gais très actifs dans la lutte contre le VIH au Québec, à l'instar de nombreuses personnes, de tous horizons.

Nous commençons avec Louis-Marie Gagnon. Nous l'avons rencontré à la Maison Plein Cœur, l'organisme qu'il a fondé et dirigé pendant plus de 20 ans. Depuis 1988, Louis-Marie Gagnon, ancien infirmier militaire, se dévoue au soutien des personnes atteintes du VIH/sida. Alors qu'il est directeur des soins infirmiers à la Maison Nazareth - une maison de soins palliatifs pour les personnes atteintes - lui, son collègue et ami Simon Rourke et Roger Poirier, père oblat et directeur du Centre St-Pierre, décident de réagir devant l'urgence des besoins de la communauté gaie. Leur objectif est de mettre sur pied dans le Village une maison offrant à la

Le sida au Québec ; 30 ans d'actions

1982

Les premiers cas de sida au Canada sont signalés.

Formation du Comité SIDA du Québec (CSQ), la première organisation sur le sida au Canada.



1983

1^{er} décès au Canada attribuable au sida.

Première réunion du Comité consultatif national du sida, mis en place par le Ministère de la Santé et du Bien-être social.

Création de l'Association des ressources montréalaises sur le SIDA (ARMS). Il s'agit de la première ressource communautaire au Canada.

Le Comité sida aide Montréal (CSAM) est créé à partir d'un groupe de l'ARMS.

1985

La Croix rouge canadienne signale le décès de centaines de personnes. C'est le début d'une crise majeure qui ébranlera le système canadien d'approvisionnement en sang.



1986

À Montréal, le taux d'incidence chez les homosexuels dépasse celui observé chez les Haïtiens.

Mise sur pied à Québec de l'organisme MIELS-Québec.



fois un centre de jour pour briser/rompre l'isolement, des soins à domiciles - beaucoup souhaitant mourir chez eux - et (éventuellement) une maison d'hébergement. Maison Plein Cœur voit ainsi le jour en 1991 et son centre de jour ouvre ses portes en juillet 1992.

Louis-Marie Gagnon : Nous l'avons appelé Maison Plein Cœur parce que nous voulions que les gens qui fréquentent l'organisme se sentent chez eux, comme à la maison. C'est pourquoi lorsque tu entres à la Maison Plein Cœur, tu es accueilli dans un salon et non pas dans une structure administrative.

Nous avons pu démarrer grâce aux dons de communautés religieuses, notamment ceux des Sœurs de la Providence. Ces communautés religieuses étaient les premières à vouloir aider, alors qu'il n'y avait encore aucune subvention gouvernementale. Sur le plan des ressources humaines, plusieurs religieuses accompagnaient les personnes atteintes, souvent en fin de vie. Nous avons, entre autres, une religieuse des Sœurs de Sainte-Croix, infirmière, qui pendant des années a fait du maintien à domicile sans charger un sou. C'est ce qui



L'enjeu de l'infotraitement

À partir de 1985-86, fort de l'identification du rétrovirus responsable, les chercheurs créent les premiers tests de dépistage et le premier médicament qui peut ralentir le progrès de l'infection.

L'infotraitement se trouvait au cœur des actions des militants en matière de traitement. S'ils allaient se mobiliser et se battre, les gens avaient besoin d'espoir. L'idée qu'un traitement, voire un remède curatif, puisse être à l'horizon contribuait à combattre la résignation et le désespoir qui s'étaient emparés de beaucoup de personnes vivant avec le VIH/sida qui croyaient leur mort imminente.

Extrait d'un article de Tim McCaskell, Vision positive, CATIE

1987

L'organisme Sida Bénévoles Montréal / AIDS Community Care Montreal (ACCM) voit le jour.

Le gouvernement du Québec, dans sa première phase de la stratégie provinciale contre le sida, reconnaît la nécessité de soutenir la dizaine de groupes communautaires d'intervention sida actifs au Québec.

Création à Montréal du Groupe haïtien pour la prévention du sida qui deviendra quelques années plus tard GAP-VIES

1988

Création à Montréal du CPAVIH. Création à Sherbrooke d'Iris-Estrie. Création à Chicoutimi de Le MIENS.

1989

La 5^e Conférence internationale sur le sida a lieu à Montréal : pour la première fois, des patients participent à un congrès médical ; un nouveau militantisme, à l'instar des activistes d'Act Up New York, émerge à Montréal lors de la manifestation à l'ouverture du congrès qui dénonce le manque de financement pour le traitement et pour la prévention par les gouvernements québécois et canadien.

Création dans le Centre-du-Québec du BLITS.

nous a permis de débiter et de passer à travers cette période difficile où la mort sévissait beaucoup dans le quartier. Notre premier financement arrive l'année suivant l'ouverture avec l'obtention d'un montant discrétionnaire du ministre de la Santé de l'époque, Marc-Yvan Côté. Nous sommes alors cinq employés. Tous gais. Beaucoup de nos bénévoles d'aujourd'hui ont fréquenté le centre par le passé. La moitié de nos bénévoles sont gais et séropositifs. Si nous ne les avions pas, je ne sais pas ce que l'on ferait. Ils ont tous des responsabilités. Nos services sont vraiment "par et pour" !

REMAIDES : Quelles ont été les différentes réponses de la communauté gaie montréalaise, tout au long de ces 30 années ? La communauté gaie a toujours été impliquée. Tout commence dans l'ouest de la ville, où se trouve à l'époque l'ensemble des lieux fréquentés par les gais. Plusieurs y résident aussi. ARMS, le grand-père d'ACCM, s'occupe des premiers cas de sida. Ensuite, ABAAPAS (Association des bénévoles accompagna-

teurs-accompagnatrices de personnes atteintes du sida) est fondée. Plus tard, se créent les organismes de prévention, comme Séro Zéro, en 1991. Avant lui, c'est le CSAM qui informe en matière de prévention. Tous ces organismes ont vu le jour, car la réponse des milieux de soins et du gouvernement était très insuffisante. C'était du travail de pionniers. Nous avançons à tâtons. Mais nous avançons ! Notamment grâce à de belles initiatives de partenariat entre organisations. Je pense par exemple au Fonds de soutien en médicaments de confort avant la mise en place du régime d'assurance-médicament : la COCQ-SIDA gère les fonds, quelques pharmacies et plus particulièrement la pharmacie Bisailon (aujourd'hui Pharmacie Martin Duquette) fournissent les médicaments et nous, à la Maison Plein Cœur, on les distribue.

Il y a aussi la mobilisation. Dès que le mouvement de lutte contre le VIH s'organise, plusieurs membres de la communauté gaie deviennent de grands activistes. Ils se mobilisent et manifestent régulièrement. S'il n'y avait pas eu cette mobilisation, il n'y

aurait pas eu d'avancées de la part du gouvernement. Malheureusement, plusieurs d'entre eux sont morts aujourd'hui. Et, je dois dire que la mobilisation n'est plus la même.



Louis-Marie Gagnon

Selon moi, quand la mort était partout, on avait le support de toutes les communautés. Quand elle est devenue moins omniprésente, avec l'arrivée de la trithé-

1990

Création de la Coalition des organismes communautaires de lutte contre le sida, la COCQ-SIDA.

Création à Gatineau du BRAS-Outaouais.

Création du Centre d'action sida Montréal Femmes (CASMF).

Création de l'association des bénévoles accompagnateurs et accompagnatrices de personnes atteintes du sida de Montréal (ABAAPAS).

1991

1^{ère} conférence canadienne sur le sida à Vancouver.

Création à Montréal de l'organisme de prévention Action Séro Zéro.

Création à Montréal de Maison Plein Cœur.

Le 1^{er} décembre, des militants d'Act Up Montréal investissent ce qui deviendra le Parc de l'Espoir et accrochent aux arbres 1200 rubans en souvenir des victimes du sida.

1993

Première édition de la marche de la Fondation Farha.

1994

Création à Rimouski de MAINS-Bas-St-Laurent.

1995

Le 3TC, découverte québécoise, fait son entrée parmi les traitements approuvés par les autorités. Il est aujourd'hui l'anti-VIH le plus prescrit au monde.

1996

Annonce de la trithérapie à la 11^e conférence internationale sur le sida, à Vancouver. La trithérapie marque un tournant. Malgré les difficultés liées au traitement (nombre de pilules, effets secondaires graves) la mort s'éloigne et la vie reprend progressivement sa place.

Création à Sept-Îles d'Action sida Côte-Nord.

rapie, en 1996, la communauté gaie a commencé à se détacher de la lutte contre le VIH/sida. En fait, je pense qu'elle s'est dit : "Ils vont bien, ils prennent leurs médicaments. Ils n'ont pas besoin de nous, on n'a pas besoin d'eux." Et là, ce que je vais ajouter, c'est gros : "On ne veut pas les voir". Parce qu'il y a deux choses que l'on ne veut pas voir dans la communauté gaie : les personnes âgées et les personnes vivant avec le VIH aux changements physiques visibles.

REMAIDES : Selon toi, quel rôle les personnes atteintes ont-elles à jouer concernant les enjeux de justice sociale qui les touchent ? L'entraide entre pairs "moi je m'en suis sorti. Voici comment je m'en suis sorti" est primordiale. Cette entraide permet de parler de fidélité au traitement, de sécuri-sexe, d'insertion professionnelle et des représentations sociales. Si une personne a besoin de soutien dans sa recherche d'emploi, par

exemple, nous l'accompagnons la première fois dans ses démarches, pour qu'elle puisse devenir ensuite autonome. On va l'outiller pour qu'elle retrouve son autonomie. Les séropositifs doivent changer de perspective et arrêter de voir leur VIH comme un boulet, surtout à une époque où les gens vivent.

REMAIDES : Tu n'as pas été à l'avant-scène comparativement à d'autres. Pourquoi ? J'ai beaucoup réfléchi à ça. Était-il nécessaire que je sois à l'avant-scène ? Certains aiment l'avant-scène et y sont bons. Ils ont été les grands militants du mouvement. Mais quand on dirige un organisme, on doit frayer dans plusieurs milieux, on doit agir à de nombreux niveaux. Au début de la Maison Plein Cœur, Roger Poirier m'avait dit : "Pas un réseau, mais des réseaux : tu dois être crédible dans plusieurs réseaux." Pour moi, il est plus important que l'organisme demeure que d'être à l'avant-scène...

Un grand merci à Louis-Marie Gagnon pour l'entrevue qu'il nous a accordée et rendez-vous, dans le prochain numéro de *Remaides Québec* avec les portraits de Michaël Hencricks militant de la cause gaie de la première heure et Roger Leclerc, militant gai et séropositif, habitué des batailles politiques et très actif dans le milieu communautaire.

Dossier réalisé par Corinne Parmentier

Entrevue réalisée par René Légaré

Illustration : Olivier Dumoulin

1997

Après de très nombreux obstacles, le Parc de l'Espoir est officiellement inauguré, le 31 juillet.

Mise en place au Québec du Régime général d'assurance médicaments.

1998

En 1998, dans l'affaire Cuerrier, la Cour suprême du Canada déclare qu'une personne vivant avec le VIH peut être déclarée coupable de voies de fait graves pour ne pas avoir divulgué sa séropositivité et avoir exposé une personne à un "risque important" de contracter le VIH. Suite à ce jugement, le nombre de cas de criminalisation au Canada explose, faisant du Canada le détenteur du triste record du monde dans le domaine.

<http://www.aidslaw.ca/publications/publications/docFR.php?ref=945>

2000

La 1^{ère} conférence internationale sur les femmes et le VIH a lieu à Toronto.

2003

Le Comité Lipo-action est fondé à Montréal. Il lutte contre les conséquences désastreuses de la lipodystrophie qui touchent de nombreuses personnes vivant avec le VIH.

2004

1^{er} Forum à Montréal des personnes vivant avec le VIH au Québec.



2007

2^e Forum à Montréal des personnes vivant avec le VIH au Québec.

2010

Déclaration québécoise des droits et responsabilités des personnes vivant avec le VIH.



Il y a plus de 20 ans, c'est dans tout le Québec que la lutte à l'épidémie du VIH s'organise. Découvrez la naissance de MIELS-Québec.

À Québec aussi la communauté gaie se mobilise

Le Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte au VIH-sida à Québec, MIELS-Québec, vient de souligner ses 25 ans. C'est le 24 septembre 1986 que l'organisme obtient ses lettres patentes suite aux démarches d'un groupe de personnes issues de la communauté gaie de Québec.

Pierre Berthelot, un des membres fondateurs, se remémore ainsi cette époque : "Un soir d'août 1986, rue Montmartre à Québec, j'ai vécu ma première réunion MIELS-Québec. Un microbiologiste et infectiologue, le Dr François Auger, donnait de l'information sur cette "peste" qui décimait les gais des grandes villes occidentales. Le tsunami avait atteint Québec. Parmi cette trentaine de personnes réunies, je scrutais surtout les hommes, moins à cause

de "l'énergie de mes 30 ans", mais pour deviner qui d'entre eux avait reçu le diagnostic de maladie incurable, mortelle au bout de 18 à 24 mois. La majorité était jeune et n'avait pas l'air malade. Ce virus était-il vraiment si hypocrite et insidieux ? J'avais très peur. À m'en donner un élan incroyable. Pour jeter avec d'autres les bases d'une organisation extraordinaire qui dure, toujours fidèle à ses valeurs premières, en dépit des incontournables compromis. (...) Bref, pour apprendre. Mon implication à MIELS-Québec a ajouté de la vie à ma vie et l'a transformée à jamais."

Dès le départ, des commerces de la communauté gaie se sont associés à la cause, autant pour amasser de l'argent que pour démontrer leur solidarité envers leurs pairs et c'est toujours le cas aujourd'hui. MIELS-Québec est sans contredit un organisme issu de la communauté gaie de Québec qui l'a fait grandir pour répondre à l'urgence de venir en aide aux personnes, mais également, pour travailler à la prévention de la transmission.

En 1988, des démarches pour ouvrir une maison d'hébergement pour les sidéens ont rencontré une vive opposition. Le premier projet visait un immeuble de Limoilou, mais une pétition menée par un conseiller municipal de l'époque avait recueilli 1100 noms. Les gens ne voulaient pas des sidéens dans leur cour. Il aura fallu l'intervention du maire Pelletier, de l'Évêché et des Sœurs de la Charité pour que le projet voie le jour à l'automne 1988. Le Transit, ensuite rebaptisé Maison Marc-Simon puis Hébergement Marc-Simon, accueille des personnes vivant avec VIH-sida encore aujourd'hui. Bien sûr, les personnes y viennent maintenant pour reprendre des forces alors qu'à l'époque, elles venaient pour terminer leur vie. Le nom "Marc-Simon" évoque la mémoire de jeunes hommes, gais, décédés tous les deux à 26 ans du sida en 1987 et 1988.

MIELS-Québec

Illustration : Olivier Dumoulin



Ma lutte contre l'hépatite C

"Je suis une ex-toxicomane et ex-prostituée. Je suis sobre depuis trois ans. En septembre 2010, j'ai décidé d'être traitée contre l'hépatite C. J'ai trouvé ça très difficile et je constate qu'on m'a laissée à moi-même. Je souffre de fibromyalgie, ainsi que de fatigue chronique. De plus, ce n'était pas facile de m'injecter le médicament. Je suis une "ex-junkie" et le fait de jouer avec des aiguilles m'a donné des obsessions de consommer. J'avais déjà mal au dos et au ventre du fait de la fibromyalgie et des effets secondaires du traitement pour l'hépatite. C'était insupportable !

De plus, je me sentais fatiguée à l'extrême. J'avais de la difficulté à me rendre aux toilettes. À la fin, j'avais perdu 20 lbs (9 kg). De plus, à cause de mon trouble de personnalité limite, mon médecin m'a prescrit des antidépresseurs.

Heureusement, parce que j'étais déjà en dépression avant de commencer mon traitement. J'ai eu la chance d'habiter avec ma sœur, car je n'étais pas assez en forme pour m'occuper de moi-même. De plus, j'ai attrapé deux sinusites, une bronchite, des champignons sur la langue en plus des nausées, des douleurs musculaires, des insomnies, des étourdissements. Bref,

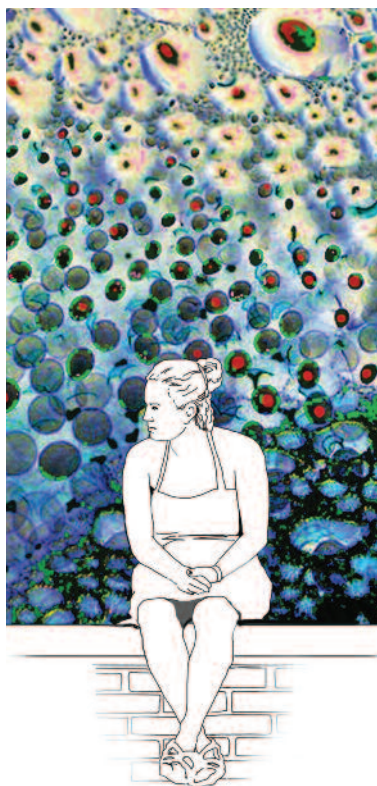
mon médecin a décidé d'arrêter mon traitement 6 mois avant la fin de ce dernier. Le médecin a décidé de l'interrompre parce que ça ne donnerait rien de continuer. Quel fut mon soulagement ! De toute façon, je n'avais plus la force de continuer. Je suis chanceuse d'être séronégative au VIH. Pourtant, j'ai souvent pris des risques. Pour finir, j'aimerais parler de la Maison de Marthe, un organisme qui aide les femmes

à se sortir de la prostitution. Rose Dufour, une anthropologue et chercheuse qui a travaillé au PIPQ (Projet intervention prostitution Québec) a décidé d'aider les femmes en organisant des rencontres de groupe. À ces rencontres, je peux parler de choses dont je ne parlais pas ailleurs. C'est un projet d'empowerment.

J'espère que mon témoignage vous donnera de l'espoir. Et j'espère que mon message sera entendu. Nous avons tellement besoin de support et idéalement d'un endroit où on peut héberger les personnes atteintes d'hépatite trop malades pour s'occuper d'elles-mêmes. J'ai constaté qu'il y a de l'aide pour les personnes vivant avec le VIH, mais il n'y en pas pour ceux qui sont seulement atteints de l'hépatite."

Nancy

Pour participer au groupe de rencontres du PIPQ, téléphonez : 418-523-1798.





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

Intérêt, espoir et controverse... Le moins que l'on puisse dire, c'est que l'avis suisse sur traitement et risque de transmission n'a pas laissé indifférent. Que s'est-il passé depuis la révolution du 30 janvier 2008 ? Les personnes séropositives connaissent-elles cette information ? Qu'a-t-elle changé pour elles ? AIDES a mené l'enquête.

Merci Bernard !

"L'avis suisse" popularisé dans des interviews dans des médias grand public par le professeur Bernard Hirschel, alors responsable de l'Unité VIH-sida des hôpitaux universitaires de Genève, a constitué en 2008 une révolution pour les personnes séropositives, pour celles qui ne le sont pas et qui sont en couples séro-différents. En fait pour toutes les personnes. Si médecins, chercheurs et militants connaissent bien les enjeux du débat... on peut se demander si les personnes les plus concernées, notamment celles qui sont séropositives, connaissent cette information. Il est tout aussi intéressant de savoir si cette information a eu des répercussions dans leur vie et lesquelles. C'est ce qu'a cherché à savoir l'enquête "VIH, hépatites et vous" menée par AIDES en 2010, qui porte sur différentes thématiques comme l'état de santé des personnes répondant, leurs situations, psychosociale et économique, l'accès aux services de santé, etc.

Près de 1000 personnes séropositives au VIH ont répondu aux questions sur l'avis suisse, explique Daniela Rojas Castro de AIDES. 57 % d'entre elles le connaissent, ce qui veut dire que 43 % des personnes l'ignorent alors qu'elles sont pourtant concernées par cette information." Par quel moyen, ces personnes en ont-elles eu connaissance ? "58 % des répondants ont eu l'information par le milieu associatif, 33 % par le milieu médical, ce qui est plutôt bas, et 25 % par l'intermédiaire d'une personne elle aussi séropositive", explique Daniela Rojas Castro.

Détenir cette information, change-t-il la vie des personnes ? La réponse est oui. "15 % des personnes jugent leur vie sexuelle meilleure qu'avant, 15 % ont une meilleur observance du traite-

ment [ils prennent leur traitement plus régulièrement]", indique Daniela Rojas Castro. Effet majeur, 68 % "déclarent avoir moins peur de transmettre le virus" et 60 % des personnes ont moins de difficultés à parler sur le VIH avec leurs partenaires sexuels. Un des éléments clefs du débat sur l'avis suisse était de savoir si le fait d'affirmer le rôle préventif du traitement anti-VIH allait jouer, et dans quelle mesure, sur l'utilisation du préservatif. "76 % ne déclarent aucun changement dans l'utilisation du préservatif, 13 % les utilise moins qu'avant et 11 % plus qu'avant", précise t-elle.

L'enquête montre aussi qu'appartenir à une communauté ou à un réseau de solidarité augmente la probabilité de connaître l'avis suisse. Ceux qui ne se sentent pas seuls ont plus de chances de connaître cet avis. Même chose pour les personnes qui ont une meilleure situation sociale, économique, ou médicale. En somme, meilleure est votre vie, plus les chances de connaître cette nouvelle sont fortes. Conclusion, il faut sérieusement se pencher sur l'accès à l'information pour les personnes qui, pour une raison ou une autre, éprouvent des difficultés sociales, économiques et ont un succès moindre de leur traitement anti-VIH. Daniela Rojas Castro rappelle d'ailleurs que "des interventions dans les cadres associatif et médical, destinées à améliorer l'accès à cette information parmi les personnes les plus vulnérables et isolées sont indispensables, puisque toutes les personnes concernées par le VIH devraient avoir le droit de connaître les informations qui peuvent améliorer leur qualité de vie."

Jean-François Laforgerie

Illustration : Romain, Yul Studio

Les chiffres d'une enquête suisse

En 2011, le Groupe sida Genève a conduit une "Enquête auprès des hommes qui fréquentent les lieux de rencontre extérieurs en Suisse romande et en France voisine". 46 % des répondants déclarent connaître l'avis suisse. Ceux qui ont rempli le questionnaire en Suisse connaissent mieux cette information que ceux rencontrés en France (54 % contre 35 %). Parmi eux, 63 % trouvent que cette information leur a permis d'avoir moins peur (un peu, beaucoup ou complètement) d'être infecté ou de transmettre le VIH.



L'avis suisse, c'est quoi ?

En janvier 2008, la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida (CFS) publie un avis destiné aux médecins : "Une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral avec une virémie entièrement supprimée ne transmet pas le VIH par voie sexuelle, c'est-à-dire qu'elle ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels." La trithérapie anti-VIH est un outil de prévention. L'absence de transmission n'est "valable" que si trois conditions sont réunies :

- 1) Une excellente observance (pas d'oubli de prises) ;
- 2) La charge virale est indétectable dans le sang depuis au moins six mois ;
- 3) Il n'y a pas autre infection sexuelle transmissible. C'est dans le cadre d'un couple stable et fidèle que l'ensemble de ces conditions est le plus facilement réuni.



Le TASP et moi, ça donne quoi ?

A l'occasion de trois regroupements organisés par AIDES, un week-end pour les gays à Lucelle en octobre 2011 et des Universités des personnes séropositives, celles de Gruissan en 2011 et de l'Isle-sur-Sorgue en 2010, des personnes séropositives ont parlé du TASP (Traitement comme prévention). Que disent-elles ? Compilation recueillie et réalisée par Renaud Persiaux.

"Cette avancée, je n'en avais pas entendu parler. Ça m'enlève une forte angoisse. Si je peux dire à mon copain qu'il y a solution, que je ne risque pas de lui passer le virus, ça va être plus facile dans notre couple. Peut-être que ça va recommencer comme avant". Et d'ajouter. "Le traitement, ce n'est pas tout à fait 100 % de prévention. Mais la capote, non plus ! D'ailleurs, mes rapports étaient protégés, je me suis demandé comment j'ai pu l'attraper ce virus (...) Mes relations avec les médecins sont bonnes. Mais pas jusqu'à parler sexe avec eux. D'où pas d'infos sur le traitement comme prévention. Juste la capote."

Patrice, 38 ans, Lucelle 2011

"On est ensemble depuis six mois avec mon chéri. Il est séropo et il me dit qu'il s'en voudrait s'il me contaminait. Alors, avec Hirschel, on se sent plus léger."

Mathieu, 22 ans, séronégatif, UPS 2010

Noredine : "Pour moi, le seul truc fiable, c'est le préservatif. Le traitement, ce n'est pas une barrière physique, ça ne m'inspire pas confiance. J'ai trop peur de transmettre le virus. Le préservatif ne me pose pas problème."

Elvira : "Moi, je pense que c'est fiable. Je suis super observante, alors l'efficacité est maximale. C'est un soulagement de savoir que je ne suis plus contaminante, que je ne suis pas une bombe virale. Chez nous, ça sort à peine, mais en Suisse, ça fait au moins trois ans qu'on le sait. J'ai l'air un peu fofolle comme ça, mais je me suis documentée... Je suis un peu concernée, non ?"

Noredine : "Tu crois vraiment que ça peut marcher, Elvira? Comment on fait ?"

Noredine et Elvira, UPS 2010

"Je ne dis jamais à mes partenaires occasionnels que je suis séropo, puisque je mets une capote et que je suis en charge virale indétectable. Le médecin me dit que j'ai beaucoup moins de risque de transmettre. Moins de risque ou pas de risque, c'est toute la question ! Ma peur, c'est surtout celle du VHC car je sais que les traitements sont assez lourds (...) Je garde la capote. Ça ne me dérange pas, même si j'ai des problèmes d'érection, à cause des antidépresseurs. J'ai fait deux tentatives de suicide en huit ans."

Jacques, 50 ans, WES Lucelle 2011

"Mon premier médecin m'avait dit : "Monsieur, même avec une seule copie de virus, vous serez toujours contaminant". Alex a changé de médecin. "J'ai choisi de commencer le traitement parce que j'angoissais de contaminer mon copain. J'avais peur que la capote se déchire et qu'il faille courir à l'hôpital. Je ne regrette pas, le médecin était à mon écoute." "Utiliser Hirschel, c'est comme une négociation dans un couple séronégatif qui dit : "Capote en dehors du couple". "Utiliser le traitement comme un moyen de prévention, ça gomme des différences et des barrières."

Alex, UPS 2010

"Dans ton couple, Hirschel ! En dehors, la capote !"

Alfred, UPS 2011

"En couple sérodifférent, j'avais toujours la peur que capote craque, qu'il faille courir à l'hôpital, et que mon partenaire séronégatif en prenne pour un mois de traitement".

Pascale, UPS 2011

Retrouvez ces témoignages et bien d'autres sur Seronet : www.seronet.info

La viande fut longtemps un aliment cher que seuls les "riches" consommaient tandis que les "pauvres", privés de protéines, souffraient de malnutrition, à tel point que le bon roi Henri IV aurait aimé que chaque famille puisse mettre, une fois par semaine, "la poule-au-pot".

Le développement économique du 20ème siècle a démocratisé la viande en créant peu à peu un étonnant paradoxe, car si les carences en protéines ont disparu, les maladies dites "de civilisation" (maladies cardio-vasculaires, cancers, etc.) sont apparues. Remaides fait le point sur les plans barbaque... Par Marianne L'Hénaff et Jacqueline L'Hénaff.

La viande c'est sacré !

La viande, c'est l'ensemble des aliments animaux : muscles, graisse, sang, la triperie et les abats. Le mot viande vient de *vivenda* qui signifie en latin "ce qui sert à la vie". Nous consommons en moyenne 42 kg de viande par an et par personne (viande en morceaux, plats cuisinés) en France, 55 kg en Suisse et 47 kilos au Canada.

La saveur et la tendreté d'une viande varient avec la race de l'animal, l'âge, les conditions d'élevage et d'abattage, la place des morceaux sur la bête. On distingue principalement deux catégories ; les morceaux à griller ou à rôti, dits nobles, et les autres, moins cotés, moins chers, les morceaux à mijoter, bouillir, braiser ou hacher, qui demandent une cuisson plus longue et ont la même valeur nutritive. Et les viandes sont classifiées aussi par couleur :

- Les viandes rouges : bœuf, mouton, agneau, cheval et canard (magret) ;
- Les viandes blanches : veau, porc, lapin, volaille (poulet, dinde, pintade, caille) ;
- Les viandes noires : gibier à plumes (canard sauvage, faisan, pigeon et perdrix) et gibier à poils (cerf, biche, chevreuil, lièvre, sanglier, bison, caribou, etc.).

Tour des étals

Le poulet

C'est la viande blanche la plus consommée et la moins chère (avec la dinde) et qui offre le pire et le meilleur. Le poulet industriel 1^{er} prix est élevé dans des conditions extrêmes

d'entassement, d'alimentation en granulés et d'antibiotiques pour éliminer les maladies. Sa chair est diététiquement correcte, mais elle contient des résidus de médicaments. Les poulets Label Rouge (nourris aux céréales), fermiers ou élevés en plein air sont plus goûteux car ils ont pu se faire des muscles, mais sont 1 fois à 3 fois plus chers.

La dinde a également son 1^{er} prix et ses labels, est riche en protéines, digeste et facile à préparer. On trouve également du blanc et du jambon de poulet ou de dinde, pauvres en lipides, bien pratiques, mais ne pas en abuser, car comme toute viande transformée, ils contiennent des nitrites, cancérigènes.

Le bœuf

Qui est souvent une vache... On distingue chez les bovins les races à viande et les races à lait... qui toutes arrivent dans nos assiettes, mais avec des parcours et des qualités différents. La viande de bœuf la plus consommée et la moins chère provient des vaches de réforme, qui, après avoir fourni veaux et lait durant plusieurs années, sont dirigées vers l'abattage. Selon la découpe, le bœuf fournit des pièces "nobles", à cuisson rapide, les plus onéreuses (les biftecks, filet, faux-filet, côte, rumsteck, entrecôte, onglet, gîte à la noix, bavette). Les morceaux les moins chers, à mijoter en pot au feu, ragoûts, bourguignons ou daubes sont le gîte, le paleron, la macreuse, la poitrine, le tendron, le jarret et le collier. Ils demandent un peu de temps de préparation, une cuisson plus longue mais ils peuvent être cuisinés en bonnes quantités, sont encore meilleurs réchauffés et se congèlent.



LA VIANDE

C'EST

SACRÉ

Le veau

Le veau industriel est engraisé aux protéines de lait et matières grasses, sa chair est tendre et savoureuse, mais assez onéreuse. Si vous invitez votre maman, faites lui un plat de veau "élevé sous la mère", nourri à son lait, à la chair rosée, moelleuse et très chère... Les morceaux les plus abordables sont le tendron, le flanchet, la poitrine et mijotés, font des plats très savoureux.



L'agneau

L'agneau de lait est d'une qualité incomparable, mais son prix aussi... Plus courant est l'agneau de boucherie, élevé industriellement et abattu avant l'âge d'un an. Passé une année, c'est un mouton, à la chair moins tendre, plus grasse et plus corsée, demandant une cuisson plus prolongée. Elle se prête à d'excellents plats mijotés ou hachés (currys, tajines, boulettes...), en utilisant le collier ou la poitrine. Les parties les moins tendres de la viande gagnent à être marinées avant la cuisson.

Le porc

Avec les nouvelles techniques d'élevage et de sélection, les races de porcs ont évolué. La viande de porc est maintenant délicate et tendre, moins consistante et beaucoup moins grasse qu'avant. La couche de lard sous la peau, qui atteignait autrefois 8 à 10 cm, ne dépasse guère 1 cm actuellement. De même, la graisse infiltrée dans les tissus a chuté de 30 % à 4 % et la qualité de la graisse a changé. La viande de porc est plutôt maigre, riche en protéines et digeste.

Le lapin

Le choix et les conditions d'élevage sont comparables à celles du poulet. Le lapin industriel vit le même entassement et est nourri aux granulés. Le lapin fermier mange de l'herbe et fait de la gym. La chair du lapin est tendre et digeste et son prix reste abordable, surtout si on l'achète entier, mais y'a du boulot ou si on l'élève soi-même comme nos anciens...

Les abats

Les produits tripiers ou abats sont tous les morceaux qui ne sont pas directement rattachés à la carcasse. Ils étaient autrefois les morceaux les moins chers, mais les artisans tripiers disparaissent et certains abats sont de plus en plus durs à trouver. Les abats rouges (cœur, foie, gésier, langue, cervelle, rate, poumons (mou), rognons (reins) et ris (thymus) ne demandent que peu de préparation. Les abats blancs sont des morceaux qui devront être blanchis et épluchés (panse, bonnet, tête ou pieds). Certains valent chers comme le foie ou le ris de veau. Les abats restant à des prix abordables sont le foie et les rognons de porc, d'agneau ou de bœuf, la joue de bœuf ou de porc, la cervelle d'agneau, les pieds de mouton ou de porc et les langues (bœuf, mouton). Certains sont riches en protéines et pauvres en lipides, d'autres sont une mine de fer et de vitamines (foie).

Qualités nutritionnelles

L'intérêt nutritionnel des viandes réside en sa richesse en protéines de bonne qualité et en fer. C'est notre principale source de fer ; il se présente sous une forme particulièrement bien assimilable en comparaison avec celui apporté par certains végétaux. Toutes les viandes contiennent de 15 à 30 g de protéines/100g (en moyenne 20 g de protéines/100 g) et elles sont la principale source de protéines de l'alimentation courante, devant le poisson ou les œufs. Ces protéines contiennent tous les acides aminés

indispensables. Elles apportent 2 à 20 % de lipides selon les morceaux et les animaux. Ces lipides sont riches en "mauvais" acides gras saturés, surtout la viande rouge.

Les viandes apportent aussi des sels minéraux et oligo-éléments, potassium, phosphore, zinc, sélénium et du fer héminique (de 3 à 6 mg), la forme la mieux absorbée par l'organisme et des vitamines du groupe B (B3, B6 et B12).

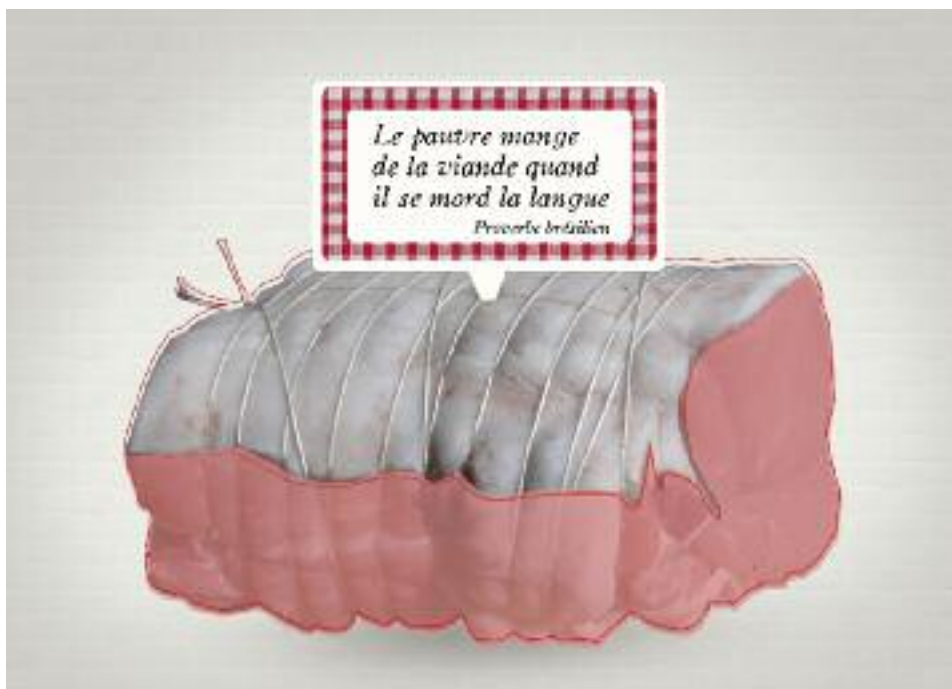
Au cours de la cuisson, protéines, fer, vitamines et sels minéraux sont préservés. Le mode de cuisson peut faire varier la teneur en lipides (grillage, rôtissage, cuisson à l'eau éliminent une partie des graisses et à l'inverse, poêlage et rissolage peuvent en apporter).

Viandes et santé

La maladie de la "vache folle" a mis en lumière les risques sanitaires venant de la production intensive d'animaux et l'emploi de farines animales, pour nourrir à meilleur prix les animaux et accélérer leur croissance. Les farines animales sont interdites depuis 1994 en Europe et en partie au Canada depuis 1997. Les hormones qui favorisent la croissance sont interdites en France depuis 1989, elles l'ont été ensuite dans le reste de la Communauté européenne. Mais elles sont autorisées et employées aux Etats-Unis et la viande américaine n'est pas importée en Europe. Au Canada, les hormones de croissance sont données aux bovins de boucherie, mais sont interdites pour la production de la volaille, des bovins laitiers ou du porc. Les antibiotiques sont largement employés dans les élevages pour éviter les épidémies (plus l'élevage est intensif, plus elles sont redoutées) et aussi pour favoriser une croissance plus rapide, plus rentable des animaux. Des résidus d'antibiotiques demeurent dans les viandes. L'usage intensif de ces médicaments chez les humains et chez les animaux a instauré et entretient une résistance des bactéries aux antibiotiques. Les cahiers des charges des différents labels limitent l'emploi de ces médicaments, certains l'interdisent même totalement. La consommation de grandes quantités de viande rouge

n'est pas bonne pour la santé, car l'excès d'acides gras saturés, de fer et la cuisson au grill sont des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et de cancers de l'œsophage et colorectal. Récemment, une étude tend à montrer que trop de viande rouge pourrait augmenter le risque de diabète, peut être à cause du fer héminique qui augmente le niveau de stress oxydant, toxique pour le pancréas. Le Centre d'Information des Viandes en France (CIV), recommande de ne pas consommer plus de 500 g de viande rouge cuite par semaine, soit environ 700 à 750 g de viande crue, afin de réduire les risques de cancers colorectaux. Selon le Fonds mondial de recherche contre le cancer, la viande rouge doit être consommée avec modération, soit moins de 500 g (18 oz) après cuisson, par semaine. La Société canadienne du cancer recommande une consommation encore plus modeste avec un maximum de 300 g par semaine, soit 3 portions de 100 g (3 oz). Pour les viandards invétérés, compensez en buvant du thé vert, aux vertus anti-cancer...

→ Suite en page 42



Recettes pour 4 personnes



Osso bucco de dinde à l'orange et au gingembre

La cuisse de dinde revisitée en plat facile, goûteux et bon marché, en version exotique ou classique.

- 4 osso bucco de dinde
- 2 carottes et 2 branches de céleri en bâtonnets
- 2 gousses d'ail et 2 oignons émincés
- 2 oranges non traitées
- 2 verres de vin blanc (ou de bouillon de poule)
- 1/2 cube de bouillon de poule
- 1 tomate, 1 branche de thym, 1 feuille de laurier, sel et poivre
- 40 gr de gingembre frais en fins bâtonnets
- 1 c à c de cumin en poudre
- 3 c à s d'huile d'olive

Prélever le zeste d'une orange, le détailler en fines lanières, les blanchir 1mn à l'eau bouillante. Presser les deux oranges. Fariner légèrement les tranches de viande, les faire revenir à l'huile d'olive dans une cocotte, les enlever quand elles sont bien dorées. Dans la cocotte, faire revenir ail et oignons 2mn, puis ajouter la viande, les légumes, le vin, le jus et le zeste des oranges, aromates et épices. Couvrir et laisser mijoter 1h à feu doux.

Variantes : la version classique : supprimer zeste et gingembre et remplacer le jus d'orange par un verre et demi de bouillon de poule et le jus d'un citron. Le vin blanc peut être remplacé par de la bière, du cidre ou du jus de pommes.





Mijoté d'agneau aux fruits secs, façon tajine

Voici un vrai plat d'hiver avec des fruits secs, délicieux, aux saveurs subtiles et chaleureuses, simple et peu coûteux.

800 gr de collier ou de poitrine d'agneau, ou un mélange des deux

2 petites courgettes et 2 carottes en rondelles

300 gr de petits pois ou d'haricots blancs cuits

2 oignons émincés et 1 c à s de miel

2 petites pommes en quartiers, sel, poivre

12 abricots secs, 12 pruneaux, une poignée de raisins secs

1 c à c de gingembre, de coriandre, de curcuma en poudre.

Faire revenir rapidement la viande et les oignons, le sel et les épices. Couvrir d'eau à mi-hauteur et laisser mijoter à couvert 45 mn. ajouter ensuite les légumes, fruits secs, les pommes, le miel. Continuer le mijotage 20 mn.

Variantes : la recette est plus chic avec du sauté d'agneau, mais moins goûteuse car il n'y a pas les os. Les courgettes peuvent être remplacées par d'autres légumes (artichaut, potiron..) et les pruneaux par d'autres fruits secs (dattes, figues).



Estouffade express de porc aux petits légumes

Dans le cochon, tout est bon, ainsi que ce plat savoureux, simple et rapide... ou notre recette cochonne...

600 gr de sauté de porc

8 petites pommes de terre cuites

1 gros oignon et 1 gousse d'ail émincés

300 gr de légumes cuits (carottes, brocolis, haricots verts, céleri, etc.)

1 tomate coupée en dés

5 champignons de Paris émincés

2 c à s de sauce soja et 2 c à s de bon vinaigre (balsamique ou de cidre)

1 c à c de coriandre et 1 c à c de curcuma en poudre

Couper la viande en morceaux. La faire revenir dans une sauteuse avec 1 c à s d'huile. Ajouter l'oignon et les épices, puis la sauce soja et le vinaigre, 6 c à s d'eau, les champignons, la tomate et l'ail. Mijoter à couvert 15 mn. Ajouter les légumes et laisser mijoter encore 5 mn. Si vous désirez plus de sauce, augmenter la quantité d'eau, de sauce soja et d'épices...

Viandes et équilibre alimentaire

On peut consommer de la viande tous les jours, mais il est préférable, au moins deux jours par semaine, de changer pour du poisson ou des œufs ou des légumes secs, qui tous apportent aussi du fer et des protéines (100 g de viande = 100 g de poisson = 2 œufs moyens). Il est bon d'alterner viande rouge, blanche et volaille pour varier, mais aussi pour éviter l'excès d'acides gras saturés, la graisse des volailles étant plus riche en "bons" acides gras mono-insaturés. Le gibier est pauvre en lipides, mais il est riche en acide urique et ne doit pas être consommé par ceux qui ont une tendance à souffrir de la goutte. L'image de force, de donneuse d'énergie qu'à la viande rouge, peut inciter à trop en manger. Pour un adulte, une part de viande cuite sans os de 100 g (ou 150 g crue) par jour est suffisante. Si cette part est consommée au déjeuner, il est alors inutile d'en reprendre au dîner, surtout si on s'affale devant la télé ensuite... En revanche, si le déjeuner a été un sandwich pris sur le pouce, un repas "complet" le soir est le bienvenu pour équilibrer. La quantité de protéines dépend aussi de l'âge et du niveau d'activité. Un grand sportif ou un travailleur de force aura besoin de plus de protéines qu'un employé de banque. Si pour vous un repas sans viande est incomplet, il suffit de couper la portion en deux et d'en prendre 75 g par repas. Comme disait Montaigne : "Que nous sert-il d'avoir la panse pleine de viande, si elle ne se digère ? Si elle ne se transforme en nous ? Si elle ne nous augmente et fortifie ?"

Côté budget

Le prix de la viande peut faire un trou dans le budget ! Pour limiter les dégâts :

- Bien doser les portions, car il est inutile de manger de grosses quantités de viande nous ne la stockons pas en énergie, mais en graisse et en acide urique.
- Acheter la viande en caissettes ou en lots (souvent de 3 kg) à prix avantageux, comme le proposent supermarchés et boucheries maghrébines. Reste à se donner le mal de congeler, cuisinés ou non ces morceaux et à les étiqueter.
- Pour les courageux, patients et/ou fauchés, choisir les morceaux à mijo-

ter, qui demandent une cuisine plus élaborée, mais sont très savoureux comme les sautés de veau, porc, agneau ou dinde, ou les morceaux de bœuf à ragoût, ou l'osso bucco de dinde (tranches de cuisse), à moins de 7 euros/le kilo en supermarché, ou le collier d'agneau (6 euros environ le kilo) qui fait de très bons navarins ou tajines (voir nos recettes en page 40).

La viande n'a pas de conscience

Les plus éminents comités scientifiques de la planète (FAO, l'OMS ou le GIEC) affirment haut et fort que l'élevage intensif et la production de viande sont les principales causes du réchauffement climatique et nous incitent à diminuer notre consommation de viande. L'élevage intensif est plus polluant que l'ensemble des transports, car les animaux pètent et émettent du méthane, un gaz à effet de serre encore plus nocif que le CO₂. Et il pollue l'eau. La production de viande consomme beaucoup d'eau, il faut plus de 13 000 litres d'eau pour produire un kilo de viande de bœuf, car le bétail est nourri de céréales, du maïs dont la production nécessite énormément d'eau. Ces céréales sont une des principales causes de déforestation, au Brésil notamment où c'est en grande partie pour l'alimentation du bétail que la forêt disparaît un peu plus chaque jour. Le bétail mondial consomme à lui seul une quantité de nourriture équivalente aux besoins de 8,7 milliards d'humains, soit plus que la population totale de la planète (7 milliards)... Alors, adieu veaux, vaches, cochons ? Non, mais soyons modérés, pour le bien de tous...



"Les Français, la lutte contre le sida et l'accès aux soins". C'est le titre et thème du sondage de l'Institut CSA⁽¹⁾ réalisé pour AIDES à l'occasion de la dernière Journée mondiale de lutte contre le sida. Une occasion de prendre le pouls des Français sur les enjeux de la lutte contre le VIH et de fixer ses priorités pour la prochaine présidence.

"Liberté, égalité, combativité !"

Le sida fait toujours peur

Le sondage de l'institut CSA/AIDES a cherché à savoir si les répondants craignaient d'être contaminés par le sida et s'ils avaient peur de fréquenter des personnes séropositives. Près d'un quart des personnes interrogées (24 %) craignent d'être contaminées par le VIH. Ce sont les plus jeunes qui craignent le plus : 52 % des 15-17 ans, 42 % des 18-24 ans. Qu'en est-il de la peur de fréquenter des séropositifs ? Près de neuf personnes interrogées sur dix (88 %) déclarent ne pas avoir peur de fréquenter des personnes séropositives.

La fin de l'épidémie... une priorité de santé publique

55 % des personnes interrogées estiment que : "Mettre fin à l'épidémie de sida" doit être une priorité de santé publique du prochain gouvernement et 32 % sont plutôt d'accord. Près de neuf Français sur dix considèrent que le prochain gouvernement devra en faire une de ses priorités. La taxe sur les transactions financières est soutenue par 82 % des personnes qui estiment que les fonds récoltés devraient être prioritairement consacrés à la lutte contre l'extrême pauvreté et les épidémies mondiales.



Echange de seringues en prison : les Français disent oui

Le sondage indique que deux tiers des personnes interrogées se déclarent favorables à la mise en place de dispositifs d'échange de seringues stériles dans les prisons françaises (31 % sont très favorables et 35 % plutôt favorables).

Accès aux soins : un attachement fort... de tous

Particulièrement malmenée, l'égalité d'accès aux soins pour toutes les catégories de population bénéficie pourtant d'un attachement très fort. Les gens sont-ils d'accord avec l'affirmation : "Assurer l'accès aux soins à toutes les catégories de population permet de limiter la diffusion des maladies infectieuses". 91 % des personnes sont d'accord (64 % tout à fait d'accord). "Les personnes incarcérées doivent-elles bénéficier des mêmes garanties d'accès aux soins que la reste de la population ?" : 86 % des personnes interrogées sont d'accord (61 % tout à fait d'accord).

2012 : mission santé !

Dans un climat de crise, de décisions budgétaires de rigueur, l'égalité d'accès aux soins et la réduction des frais de santé pour les personnes en situation de grande précarité doivent-elles être des priorités du prochain président de la République ? Pas de suspense, c'est un oui massif aux deux. Les personnes interrogées assignent clairement comme priorité d'action l'égalité d'accès aux soins pour tous : 91 % des personnes, dont 72 % de "oui, tout à fait" estiment qu'il faudra mettre en œuvre des mesures permettant la réduction des frais de santé (une baisse du reste à charge pour faire simple) pour les personnes en grande précarité.

Jean-François Laforgerie

Illustration : Yul Studio

(1) Sondage exclusif Institut CSA/AIDES réalisé par téléphone les 23 et 24 novembre 2011. Echantillon national représentatif de 1 053 personnes âgées de 15 ans et plus, constitué d'après la méthode des quotas (sexe, âge, profession du chef de ménage), après stratification par région et taille d'agglomération.

Des nouvelles du futur

L'histoire du VIH a 30 ans. C'est, en effet, en juin 1981 que les premiers cas de malades du sida sont signalés aux Etats-Unis. En 2011, environ 34 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde ; des millions de personnes sont décédées des suites du sida et de nombreuses discriminations demeurent. Durant la même période, d'incroyables progrès médicaux ont été réalisés dans le traitement du VIH, à tel point qu'une fin de l'épidémie semble désormais réaliste. De nouvelles et nombreuses pistes de recherche thérapeutique et scientifique sont explorées. Dans bien des domaines, le combat continue pour une avancée des droits, pour un meilleur accès aux traitements pour tous. L'histoire du VIH a 30 ans et se poursuit. Plutôt que de revenir sur les années passées, *Remaides* a choisi pour son 80ème numéro d'imaginer ce que pourrait être l'avenir. A partir des connaissances actuelles, des perspectives qui se profilent, de leurs analyses, de leurs rêves et de leur imagination, Nicolas, Sabrina, Marianne, René, Renaud, Fabien ont relevé le défi d'imaginer ce que pourrait être le monde de demain et la place que le VIH y aurait. Voici leurs nouvelles du futur.

Genève, le 10 janvier 2025

"Richard était hier soir au parc, il a vu deux mecs qui l'ont branché aussitôt. Après 50 ans d'épidémie, les mecs en parlent toujours aussi peu entre eux. Alors cela fait six mois que Richard est sous PREP, maintenant il est prêt à assumer les quelques effets indésirables du traitement au long cours. Il se dépiste régulièrement, il préfère cela que de contaminer sans le savoir, car son nouveau traitement préventif ce n'est pas du 100 %. Aujourd'hui, on traite dès que le diagnostic est posé, alors autant savoir tout de suite. Ces choix, Richard les a faits d'autant plus qu'il vit seul, il n'arrive pas à se fixer. Il se trouve trop jeune. Il a décidé de se traiter de manière préventive car aujourd'hui l'épidémie n'est que chez les gays qui ne vivent pas en couple ou qui n'ont pas d'enfants. Cela fait presque dix ans maintenant que ses potes de la génération d'avant ont adopté. Il commence à y avoir les devoirs à faire le soir, et puis les sorties en famille le mercredi ou le week-end. Pour Richard, c'est hors de question tout ça. Il ne se rendait pas compte avant à quel point ses potes étaient "tradi" dans leur façon de voir leur vie !

Il y a un an, Richard a rencontré Michel, séropositif, avec qui il couche de temps en temps. Michel a découvert sa séropositivité seul en faisant un autotest chez lui. Il y était préparé : depuis qu'il a débuté sa sexualité, il vit avec cette idée du résultat positif. Ce scénario, il l'a répété des dizaines de fois dans sa tête. Quand il en parle avec Richard, il raconte toujours qu'il s'est effondré et puis qu'ensuite c'était un soulagement. Michel depuis ce jour a son médecin dans un centre de santé gay, il le voit tous les six mois, sauf quand il contrôle sa virémie à la maison et qu'elle est un peu haute alors il va consulter. Il vit donc assez bien avec la maladie et son traitement. Il se sent mieux aussi avec le regard des autres qui a changé depuis la création d'un Office fédéral de lutte contre les discriminations et le changement dans les campagnes nationales d'information qui sont passées du seul message sur le safer sex à une information sur le vécu des séropositifs, leur non-infectiosité, leur espérance de vie, leur insertion professionnelle, la fin de la pénalisation de la transmission".





Bordeaux, place de la Victoire, 4 janvier 2015

"Alors, ça se passe bien avec ton nouveau mec ? Ah, il est séropo ? Quelle chance tu as, tu es sûr d'échapper au virus !" Les propos d'Hugo font rire Frédéric. Tous les deux sont séronégatifs, mais ils n'ont plus peur. Plus peur des séropositifs, parce que plus peur du virus, de la maladie, et de la transmission. Ce qui a vraiment changé la donne (en matière de VIH chez les gays), c'est la campagne de 2012. Pas la présidentielle, mais celle du 1er décembre : "Ce ne sont pas les personnes séropositives traitées qui transmettent le virus, mais celles qui ignorent leur statut". Placardée en 4 x 3 dans toutes les villes de France et déclinée en flyers. Après ça... tout le monde a su... que le traitement anti-VIH est un outil de prévention aussi efficace que le préservatif. Et que faire l'amour avec une personne séropo sous ARV - mieux : être en couple avec elle - est le meilleur moyen de ne pas être infecté par le VIH. Précisément ce que laissaient entendre les déclarations suisses, si controversées en 2008 ! Lors d'une rencontre, il est désormais possible de parler de son statut sérologique sans craindre d'être rejeté. Et pour ceux qui l'ignorent, justement, ce statut ? De nombreuses associations ont emprunté la voie du dépistage communautaire, ouverte en 2010 par AIDES. Il n'a jamais été aussi facile de faire un test. Les nouveaux tests à résultats rapide (les TROD) sont combinés, ils détectent les anticorps et les antigènes, à partir de 12 jours après l'exposition au risque. Leur utilisation à la maison a été autorisée, une ligne d'écoute mise en place. La majorité de ceux qui étaient dans l'ignorance (50 000 personnes en 2011) savent désormais s'ils sont séropos. La plupart sont désormais suivis en ville par des médecins généralistes volontaires - spécialement formés, dans l'urgence, comme d'hab', en lien avec les services hospitaliers. Les derniers chiffres de l'Institut de veille sanitaire, publiés il y a cinq semaines, montrent une réduction d'un tiers sur l'épidémie dans les populations les plus touchées en 2013. Les nouveaux comprimés "tout-en-un" ont moins d'effets indésirables et contribuent à l'acceptabilité du traitement, qui, commencé suffisamment tôt, permet une espérance et une qualité de vie normales. Quel changement en seulement trois ans ! Quand on pense qu'en 2011 évoquer le VIH faisait surgir dans les esprits l'image de Tom Hanks dans "Philadelphia" ! "



Paris city, 2037

"Anaely se gara en catastrophe devant l'hôpital et mit son scooter hybride sur l'emplacement, tapa le code antivol et courut jusqu'au bâtiment rose. Elle déboula dans le service du professeur Yazloux et fut soulagée de voir que le Pr était en retard aussi. Elle prit place sur la chaise du bilan-minute et posa le majeur sur la machine. Elle ne sentit pas la pique et vit partir la goutte de sang dans le cube. Au bout de 5 mn, la secrétaire lui donna son bilan imprimé : 900 CD4 et CV inférieure à 1 copie, pas d'alerte sur la biologie. Le Pr Yazloux l'appela dans son bureau et lui demanda comment elle allait. La réponse fut : Bien, pas d'effets indésirables, énergie au top, elle lui confia même qu'elle avait failli oublier son RDV et son injection mensuelle, tellement ça allait bien et qu'elle n'y pensait quasi plus ! Elle lui annonça aussi que son histoire d'amour la comblait. Son amoureux était vacciné et bien protégé, par le vaccin et par son traitement à elle. Depuis 9 ans, le vaccin anti-VIH était au point et tout le monde se dépistait et se vaccinait, petits, ados, adultes, vieux...le VIH était devenue une maladie comme les autres, on pouvait en parler plus facilement car il n'y avait quasi plus de transmissions. Les personnes qui n'étaient pas protégées à 100% par le vaccin se faisaient injecter la Prep en sous cutanée tous les 3 mois. Le professeur la fit rentrer dans le globe qui fit toutes les mesures et l'auscultation, et à sa sortie, elle la félicita, aucune alerte. Elle fit le bon pour l'injection mensuelle de sa bithérapie, anti-intégrase et anti-clivase, en lui baissant un peu la dose par rapport au dosage automatique du bilan. Le professeur lui rappela qu'elle allait avoir 55 ans, bientôt la retraite et qu'elle lui présenterait son successeur la prochaine fois. Le professeur était ému et se mit à parler du VIH d'antan, quand elle avait commencé sa spécialité il y a 30 ans, les comprimés, les problèmes d'observance, les complications, la discrimination, l'hécatombe en Afrique, le début de la Prep, le dépistage généralisé en 2015, la fin du tabou en Afrique, l'accès aux traitements pour tous en 2020... Comme à chaque fois, Anaely se réjouit des progrès de la médecine et du changement des mentalités. Elle alla voir l'infirmière qui lui fit la pique dans le deltoïde. Et prit rendez-vous dans 3 mois, car on lui donna le kit de 2 piqûres inter-RDV, à faire à la maison. Elle rentra chez elle, son chéri avait fait un petit plat et elle oublia le VIH, jusqu'au prochain SMS automatique qui arriverait pour lui rappeler sa pique..."

PARIS (Jinzuk en chinois), 2043

"Fatou goba son tic-tac mensuel, en feuilletant un album de famille, mais elle n'arrivait pas à se concentrer. Lola, sa nouvelle voisine de classe, avait ses règles depuis quelques mois et l'autre jour, à la récré, elle lui avait annoncé qu'elle allait prendre la pilule... C'était à prendre 1 fois par mois, mais elle avait peur d'oublier, de ne pas pouvoir "prendre le pli" et de se retrouver en cloque... Fatou avait juste souri :

- On s'y fait très bien, tu verras.

- Ah tu la prends, toi, la pilule... ?

Fatou baissa les yeux, incapable de lui dire qu'elle prenait la pilule depuis ses premiers jours. Ce qu'elle voulait éviter de voir grandir en elle, ce n'était pas un enfant, mais le VIH, transmis par sa mère à sa naissance en 2028. De toute façon, Lola ne l'aurait pas cru ! Comme tous les jeunes de son âge, elle avait été vaccinée à 6 mois, et l'an passé, une campagne de "rappel vaccinal" avait eu lieu dans l'école. Pour cette jeune génération, près d'un demi-siècle après les premiers cas de sida, le VIH avait un côté un peu désuet : pourquoi pas la variole pendant qu'on y est ?!

Mais Fatou n'avait pas eu cette chance. En 2028, dans son village natal d'Afrique, il y avait bien les vaccins anti-VIH, mais toujours pas de traitement pour contrôler le virus chez sa maman... Pour les nouveaux nés comme Fatou, le miracle vaccinal s'avérait d'une parfaite inutilité...

Elle continuait à passer les pages de l'album quand elle tomba sur la photo de son frère. C'était la seule famille qu'il lui restait. Elle voulut lui dire un mot et pressa sur le visage de la photo : la connexion via la micropuce de sa boucle d'oreille fût immédiate :

- Tu es où ?

- Au labo... ! Dit-il d'une voix rapide : je voulais justement t'appeler : ce coup-ci Fat', je crois qu'on est sur une piste sérieuse pour l'éradication du VIH.

Barnabé s'était, très jeune, impliqué dans la recherche. La maladie de sa petite sœur avait suscité en lui une vocation immédiate, plus encore, un devoir. Après une thèse en

immunologie, il s'était spécialisé dans la sélection de substances capables d'atteindre les cellules dormantes réservoirs de VIH.

- On a trouvé un truc d'enfer, poursuivait-il, excité...

Au bout de quelques phrases prononcées frénétiquement et parsemées de mots abscons, Fatou l'interrompit :

- Hep ! Je capte que dal de ce que tu me racontes frerot ! Tu ne peux pas parler simple pour ta neuneu de sœur ? J'te rappelle que je suis en section littéraire, et tes épitopes ultra-sélectifs du T4 infra-activé VIH, c'est pire que du Nietzsche !

- En bref, l'équipe avec laquelle on bosse en Chine a trouvé une substance capable d'atteindre sélectivement chaque cellule abritant du VIH. C'est tellement sélectif que t'as zéro effet indésirable ; Tu prends ton tic-tac en début de mois avec un verre de notre substance magique, et toutes tes cellules infectées vont être liqui-



dées, le virus avec ! Les Chinois l'ont déjà testé sur trois batteries de fœtus clonés d'un patient VIH+, et tous ont été négatifs après deux mois...

Sa copine Lola sonna sur l'autre oreille. La sonnerie était celle des messages d'urgence...

- Faut que je te laisse Barnabé. J'ai un double appel. Dis-moi quand on aura ton truc en France. Les substances de ce genre, j'ai lu dans un vieux *Remaides* qu'on en parlait déjà au siècle dernier, alors tu sais...

- Je t'assure, là ça n'a rien à voir. J'te rappelle...

- Lola ? Ça va pas... ?

- Putain de merde Fat', j'ai grave merdé... En fait, j'avais déjà couché avec Yangzu et, j viens de faire mon test : chui en cloque Fat'... EN CLOQUE!

L'avortement avait été rendu illégal 5 ans plus tôt... Lola n'avait

que 15 ans, mais elle allait devoir élever cet enfant... Et seule, qui plus est... C'était la loi... Les femmes étant tenues pour responsable par le nouveau gouvernement religieux.

Quelques semaines plus tard, Barnabé, plus survolté que jamais, frottait de l'index la micro photo de sa sœur, sur sa carte multi-photos-répertoire. Fatou lui répondit aussitôt :

- Ça y est Fat' : j'ai reçu le médoc de Chine. L'avantage du rachat de l'Europe par les Chinois, c'est que leur validation rend l'accès immédiat ici aussi ! Je suis au croisement des latérales B38 et T87. Prends un Transferion et rejoins-moi dans 5 minutes !

Barnabé était dans un état second. Fatou ne l'avait jamais vu comme ça...

- Fat'... Je t'assure... Ce coup-ci c'est bon... J crois que... J crois que tu vas pouvoir te désabonner de *Remaides* !!!!!

Le Cap, Afrique du Sud, 26 septembre 2042

"Il est 4h20. Le respirateur régularise le temps. Expire – inspire. Expire – inspire. Le rythme qui gère ma vie depuis trois jours déjà. Trois jours où Wesley repose dans un état comateux, sa dernière station avant la mort. Celle-ci est inévitable. Ce n'est qu'une question de rythme, celui du respirateur.

Trois jours sans sommeil réparateur. Quelques siestes combattues sans succès et brusquement interrompues par le respirateur ou l'électrocardiogramme en déroute. Plein d'heures à regarder le respirateur faire le travail pour lui, l'homme de ma vie. Plein d'heures où mon esprit s'évade dans le passé. Notre passé. J'ai rencontré Wesley, à Montréal. Il était en visite. Une conférence internationale francophone sur le VIH/sida. Nous avons échangé autour d'un verre de vin et nous ne nous sommes pas quittés depuis. C'était en 2017. Un grand cru ! L'année de mes vingt ans de vie avec le VIH. Lui, 11 ans. Nous étions en santé. Nous étions heureux. Les nouvelles étaient plutôt bonnes. Toute l'Afrique avait depuis peu accès à une variété de génériques des molécules anti-VIH. Dans tous les pays, le nombre de décès chutait radicalement, et ce, comme dans les pays occidentaux en 1996. Wesley prolongea son séjour au Canada et plus nous passions du temps ensemble plus nous étions sûrs que nous étions faits l'un pour l'autre. De visa en visa, les mois devinrent des années. En 2020, Wesley m'offrit d'aller vivre au Cap, dans sa ville natale. Les démarches pour l'obtention de sa citoyenneté canadienne ne se déroulaient pas très bien. Le gouvernement ayant fortement resserré l'étau voyait d'un très mauvais œil la demande d'un "Africain séropositif". Je m'y attendais. Cependant, je ne m'attendais pas à recevoir cette demande de Wesley. Je croyais plutôt que nous allions choisir le mariage pour mettre fin à ses déboires administratifs. Il refusait de se marier pour simplement satisfaire un gouvernement et pour cause ; l'Afrique du Sud avait légalisé le mariage gay en 2018 et leur système de santé n'avait plus rien à envier à ceux des pays du Nord. J'hésitais et cela blessa profondément Wesley. Il ne comprenait pas mon hésitation. Moi, non plus. Il sentait ma peur. Elle était irrationnelle. Basée sur l'histoire d'un continent toujours représenté comme... différent ! Mais, c'était l'histoire. Depuis 2020, tout avait changé. Plusieurs pays occidentaux n'étaient plus entourés de cette aura de grande puissance. D'autres menaient le monde et l'Afrique du Sud jouait maintenant dans la cour "des grands".

Expire - ... Je quitte ma torpeur et vois que le respirateur ne respire plus. Wesley non plus. Son corps brisé, guéri du sida, mais pas du vieillissement et surtout pas d'un accident de voiture fatal n'est plus. Wesley n'est plus !"

PREVS... in the pocket !

Pédé, bi, gay... si vous couchez avec des mecs, si vous êtes séropo ou pas, si vous voulez vous protéger efficacement, si vous avez des doutes, si vous partagez la vie d'une personne dont le statut sérologique est différent du vôtre, si vous changez souvent de partenaires, si vous prenez des trucs, si vous buvez des machins... "PREVS" pourra vous être utile... Ce dépliant contient l'essentiel de ce qu'il faut savoir et les réponses aux questions les plus fréquentes... Libre de ton, clair et direct, "PREVS" est disponible dans les lieux de mobilisation et territoires d'actions de AIDES. Infos au 0805 160 011 (numéro gratuit depuis un poste fixe).

Il est aussi possible de télécharger cette brochure sur <http://www.aides.org/>



AME : les nouvelles limites

Le décret du 17 octobre 2011 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale d'Etat (AME) a été publié. Il modifie ce dispositif réservé aux personnes étrangères en situation irrégulière malades sur certains points : exclusion des actes et soins liés à la procréation médicalement assistée et des cures thermales du panier de soins (ce qui est pris en charge), accord préalable pour les soins hospitaliers non urgents et particulièrement coûteux (plus de 15 000 euros), etc.

PES : un automate à la prison de la Santé ?

Le Conseil de Paris a voté (13 décembre 2011) une subvention (8 300 euros) à l'association Safe pour coordonner la préfiguration puis la mise en œuvre d'un programme d'échange de seringues (PES), sous la forme d'un distributeur automatique, à la maison d'arrêt de la Santé. "Cette délibération a été votée à l'unanimité, l'opposition UMP au conseil de Paris y compris, ce qui prouve que le consensus émerge sur cette question", précise le Réseau français de réduction des risques dont Safe est membre. Ce serait une première en France. Des études sur la santé en prison et notamment le VIH et les hépatites (Pride2 et Prévacar), des recommandations (Inserm, Conseil national du sida, Organisation mondiale de la santé), des associations (TRT-5, Act Up-Paris, AIDES, Sidaction, Réseau Français de RDR...) demandent la mise en place de tels programmes en France depuis des années, ce que le gouvernement rejette pour le moment.

Plus d'infos sur

<http://www.reductiondesrisques.fr>

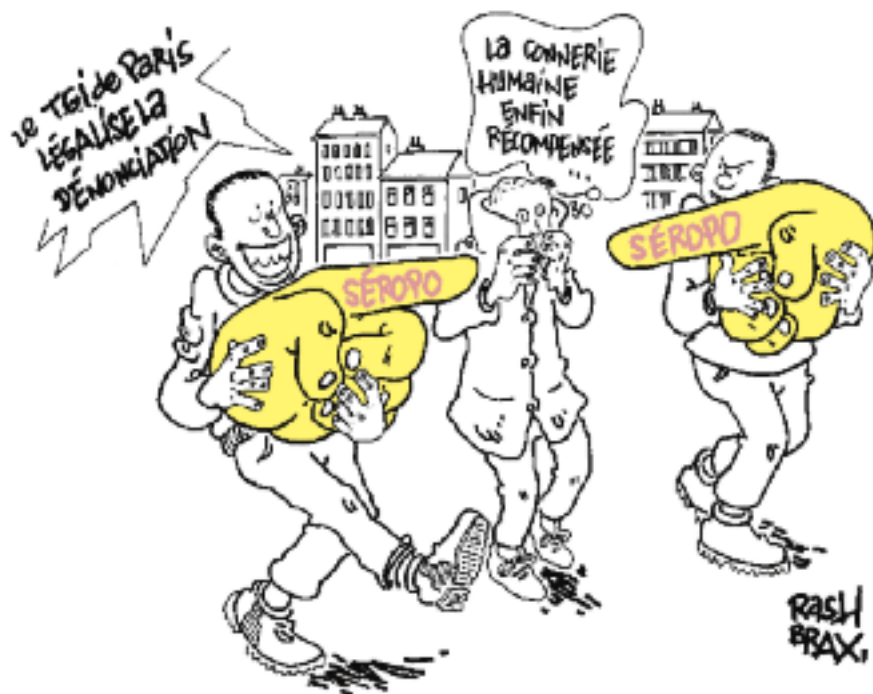


Soins funéraires : vers une solution ?

46 associations et syndicats (dont Act Up-Paris, AIDES, ELCS, Sidaction, l'Unals, etc.) ont demandé, fin 2011, au ministère de la Santé de mettre fin à l'interdiction des soins funéraires aux personnes séropositives

au VIH et/ou une hépatite virale décédées. La direction générale de la Santé (DGS) a réuni l'ensemble des parties prenantes, le 10 janvier 2012. La DGS indique que : "Les participants à la réunion ont convenu qu'il était possible d'autoriser des actes de conservation invasive des corps [remplacement du sang par un liquide de conservation par exemple] chez des personnes atteintes de certaines pathologies infectieuses, dont le VIH et les hépatites." La condition étant que les règles adéquates de pratique de la thanatopraxie [les soins funéraires, ndlr] soient définies. La direction générale de la Santé indique qu'elle installera, avec le ministère de l'Intérieur, "un groupe de travail [sur ce sujet, ndlr] avec les professionnels, dans les meilleurs délais." La DGS n'a donné aucun calendrier. Selon les associations qui demandent la levée de cette interdiction depuis 2008, la décision est politique.

Un œil sûr... (par Rash Brax)



France : la non divulgation du statut sérologique serait un délit

Un homme qui reprochait à deux personnes d'avoir dévoilé publiquement sa supposée séropositivité avait saisi la justice en 2011 pour "atteinte à la vie privée". Le Tribunal de grande instance de Paris a rendu son jugement en novembre dernier, comme l'indique un article du site VIH.ORG. Un jugement qui, concernant la séropositivité, a surpris. Le tribunal dit trois choses. La première est que même "si la santé de tout un chacun est un élément de sa vie privée", il n'est pas possible de reprocher à "des tiers de mettre en garde [en parlant publiquement de la séropositivité, ndlr] des personnes susceptibles d'être touchées par ce virus". La seconde, c'est que dans "certaines circonstances notamment quand un risque vital peut être encouru par des tiers" l'atteinte à la vie privée se justifierait. La troisième, c'est que le tribunal prétend que le fait de taire sa séropositivité avant d'avoir des relations sexuelles serait un délit. Ce jugement est une première en France où la non-révélation de son statut sérologique avant un rapport sexuel n'est pas, en soi, un délit, contrairement à la loi canadienne, par exemple. En France, selon la cour de cassation, trois conditions réunies sont requises pour constituer "le délit d'administration de substances nuisibles" : une contamination effective (la personne est devenue séropositive), l'auteur a de façon intentionnelle caché sa séropositivité, il y a eu des rapports sexuels non protégés.

Drogues... en blog

Le Réseau Français de Réduction des Risques lance son blog "Civiliser les drogues". Ce blog informe sur l'évolution de la réduction des risques et des politiques de drogues, en France et à l'international. Le titre du blog fait référence à un ouvrage majeur "Peut-on civiliser les drogues : de la guerre à la drogue à la réduction des risques" et constitue le credo du Réseau, pour qui la réduction des risques n'est pas qu'une politique sanitaire, mais aussi un moyen de transformation de la société pour mieux y intégrer les personnes consommatrices de produits.

Plus d'infos sur

<http://www.reductiondesrisques.fr>



La prévention (préservatifs, réduction des risques sexuels...) fonctionne, mais elle a ses limites notamment chez de nombreux gays. D'où l'idée d'une nouvelle stratégie de prévention destinée aux séronégatifs s'appuyant sur la prise d'un traitement anti-VIH à prendre avant une prise de risque pour réduire le risque de contamination. Un essai, IPERGAY, lancé par l'ANRS et AIDES, cherche à savoir si cette nouvelle méthode de prévention peut fonctionner et pour qui.

IPERGAY à l'essai

Qui lance cet essai et pourquoi ?

C'est l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) associée à AIDES qui lance l'essai IPERGAY, un essai de prévention combinée. Il vise à évaluer les effets d'une offre de prévention fondée sur le traitement pré-exposition (PrEP, prophylaxie pré-exposition) "à la demande", autrement dit la prise de médicaments anti-VIH par des gays séronégatifs avant, pendant et/ou après les rapports sexuels non protégés pour réduire les risques de contracter le virus. L'essai a démarré en janvier 2012 à Lyon, Paris.

Quel est son intérêt ?

Il constitue une offre nouvelle et complète de prévention du VIH à destination des

gays séronégatifs fortement exposés au VIH. L'essai vise à évaluer si cela peut faire baisser les contaminations. Il répond à un vrai besoin : avoir une offre de prévention la plus diversifiée possible qui permette à de nombreux gays qui ont des difficultés avec l'offre de prévention actuelle de trouver des solutions leur évitant d'être infectés.

Comment se déroule l'essai ?

IPERGAY concerne des hommes séronégatifs qui ont fréquemment des rapports homosexuels sans préservatif avec des partenaires occasionnels. Les participants sont répartis en deux groupes : l'un recevant Truvada (qui associe le ténofovir/Viread et l'emtricitabine/Emtriva), l'autre recevant un placebo. Les participants ne savent

pas dans quel groupe ils sont et donc s'ils prennent le traitement ou le placebo. Lors de différentes réunions de présentation de cet essai, la question du placebo a suscité des critiques portant notamment sur le fait que le placebo serait inutile et ferait prendre des risques aux personnes le recevant. Les responsables de l'enquête estiment que c'est la meilleure méthode permettant de valider scientifiquement leur hypothèse, et que cela évite que l'utilisation de la capote chute avant qu'on ne connaisse l'efficacité réelle de cette stratégie.



Infos pratiques

Les personnes volontaires pour participer à l'essai IPERGAY peuvent contacter l'un des trois centres (deux à Paris et un à Lyon). Ils pourront y demander un rendez-vous avec un médecin et l'un des accompagnateurs de l'essai.

A Paris :

Hôpital Tenon (20^{ème} arrondissement) : 01 56 01 74 37.

Hôpital Saint-Louis (10^{ème} arrondissement) : 01 42 49 46 81.

A Lyon :

Hôpital de la Croix-Rousse (4^{ème} arrondissement) : 04 72 00 15 00.

Plus d'infos sur le site www.ipergay.fr et auprès de Sida Info Service au 0800 840 800.

Dans le cadre d'IPERGAY, qu'est-ce qui est proposé aux participants ?

Chaque participant de l'essai se voit proposer un accompagnement individuel, avec une offre de dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST/ITS), une proposition de traitement en cas d'IST, une vaccination contre le VHB et l'accès gratuit aux outils de prévention (gels et préservatifs). Des entretiens portant sur la prévention seront proposés par les médecins associés au projet. Les participants qui le souhaitent peuvent bénéficier d'entretiens approfondis et répétés conduits par des militants associatifs, notamment de AIDES,

formés. Ce "counselling" vise à renforcer les capacités des participants à agir favorablement pour leur santé. Il s'agit de la meilleure offre de prévention que l'on puisse trouver.

Quel est le rôle de AIDES dans ce projet ?

AIDES est à la fois acteur et co-chercheur aux côtés de l'ANRS. L'association intervient à différentes étapes du projet. Elle a d'abord pour mission, avec d'autres acteurs, d'expliquer l'intérêt de cette recherche, de recruter des participants, de leur fournir un accompagnement par une information éclairée quant aux bénéfices et aux risques de cet essai.

Jean-François Laforgerie

Plus d'infos sur <http://www.ipergay.fr>
et sur www.seronet.info



Pour le savoir, rendez-vous sur le site www.ipergay.fr !

Pour le savoir, rendez-vous sur le site www.ipergay.fr !

Benjamin a 28 ans. Il est gay. Depuis août 2002, il vivait au Canada, plus particulièrement dans la province du Québec. Il y étudiait.

Il travaillait également en parallèle de ses études. Tous les trois ans, Benjamin devait renouveler ses permis pour les études et le travail.

Ce renouvellement s'accompagne au Canada d'un dépistage du VIH et de la syphilis. C'est là que tout a commencé. Il raconte.

" C'est moi qui suis séropositif... pourquoi avez-vous peur ? "

" Le Québec a sa propre politique d'immigration. Je devais donc pour chaque renouvellement de permis obtenir au préalable l'autorisation de la province. En 2007, la dernière année de mes études, je demande conformément à la loi canadienne le statut de résident permanent, ce qui me permettait de pouvoir vivre au Canada sans visa. Pour cela, je dois tout d'abord obtenir un certificat de sélection du Québec. Ce certificat s'obtient selon une grille de points. Ce certificat, je l'obtiens. Il est indispensable pour la suite du processus d'immigration. Muni des pièces nécessaires, j'envoie ma demande d'immigration au gouvernement fédéral qui me convoque pour la fameuse visite médicale. Les papiers sont envoyés, mais la réponse tarde... Finalement, mon visa expire. Je décide alors de quitter le pays et d'y revenir en tant que touriste. Etant Français, je peux rester au Canada six mois au titre de visiteur, mais je ne peux rien faire, ni études, ni travail. Je perds donc tous mes droits. Le temps passe et le 8 septembre 2007, je reçois un appel du gouvernement fédéral me disant de me présenter en urgence le 11 septembre à la clinique où j'ai passé mes examens médicaux dans le cadre de la procédure pour être résident permanent. Je ne comprends pas trop pourquoi je suis convoqué car j'ai passé un test de dépistage auparavant et il n'y avait rien. Les trois jours entre le 8 et le 11 septembre sont des jours de trouble, d'inquiétude et d'angoisse. Le 11 septembre arrive enfin. Je suis reçu par le directeur de la clinique... Ça me surprend qu'on me fasse tant d'honneur. Le directeur me dit : "Monsieur, vous avez le VIH. Je n'ai pas le temps de répondre à vos questions...". Puis, énervé, il me dit : "Débrouil-

lez vous... Partez !" Cinq minutes et me voilà perdu, sans soutien, à errer seul avec cette terrible nouvelle sans savoir ce qui va se passer. Grâce au soutien et à l'affection de mes amis, je trouve un médecin qui me fait passer gratuitement un test de confirmation. Le test est positif. La descente aux enfers commence pour moi... Tout se bouscule. Les repères tombent. Ma vie défile en 30 secondes... Je ne sens plus rien. Mais j'espère toujours et j'attends. En décembre, le gouvernement fédéral m'informe que mon visa de visiteur prend fin en janvier et que je dois quitter le Canada et attendre, en France, la réponse. On me signifie que si je ne pars pas de moi-même... on viendra me chercher. Je stocke mes affaires chez des amis car je suis persuadé que je vais pouvoir revenir. Je prends l'avion pour Paris le 26 janvier 2008... Je ne sais pas encore que cela sera mon dernier voyage en tant qu'homme libre en provenance du Canada. Le 27 janvier, je suis à Paris. Hasard du calendrier, je reçois, cette même date, une lettre du gouvernement canadien qui m'informe qu'étant séropositif je suis devenu un "fardeau excessif" pour la société canadienne et donc me refuse le statut de résident permanent. Je ne suis pas sous traitement.

Je cherche alors à savoir ce que signifie selon la loi canadienne cette formule de "fardeau excessif". Dans les textes de loi, je trouve ces deux critères :

"1 : Soit toute charge pour les services sociaux ou les services de santé dont le coût prévisible dépasse la moyenne, par habitant au Canada, des dépenses pour les services de santé et pour les services sociaux sur une période de cinq années consécutives



suivant la visite médicale ou si il y a des preuves que des frais importants devront probablement être assumés après cette période, sur une période d'au plus dix années consécutives" ; "2 : Soit toute charge pour les services sociaux ou les services de santé qui viendrait alourdir les listes d'attente existantes et qui augmenterait le taux de mortalité et de morbidité au Canada du fait de l'empêchement ou du retard de la prestation de ces services aux citoyens canadiens ou aux résidents permanents".

Je suis abasourdi et fais appel de cette décision. Le 1^{er} avril 2008, la décision tombe : le gouvernement canadien maintient son refus. Il ne tient pas compte des faits qui indiquent que j'ai été contaminé sur le sol canadien. La lettre stipule que je ne dois plus me rendre au Canada sans visa : "Cette interdiction de territoire pourrait aussi s'appliquer à d'autres séjours que vous pourriez envisager au Canada à titre de visiteur. VOUS NE DEVEZ PAS ALLER AU CANADA SANS AUPARAVANT OBTENIR L'AVIS D'UN BUREAU DES VISAS CANADIEN".

Après de nombreuses difficultés et beaucoup de mépris de la part des autorités canadiennes, j'obtiens finalement en juillet

2008 une autorisation pour me rendre au Canada pour un séjour de dix jours. Dix jours pour vendre ou rapporter ses affaires. Pendant ces dix jours là, je suis davantage contrôlé que durant mes six années passées dans le pays. A mon départ, le gouvernement vérifie bien que je pars. Depuis, je vis en France. J'ai dû reconstruire ma vie. Je n'ai pas réussi à me rendre de nouveau au Canada : mes demandes d'autorisation ont toutes été refusées. Depuis mai 2010, je suis sous traitement. Si je raconte ce qui s'est passé... ce n'est pas pour changer, à moi seul, la politique discriminatoire du Canada, c'est impossible. Cette politique ne concerne pas uniquement les séropositifs, mais toutes les personnes étrangères ayant de gros soucis de santé. C'est surtout pour dénoncer cette situation et montrer le vrai visage d'un pays qui se prétend ouvert aux autres. Le VIH ne doit pas devenir un outil de discrimination. S'unir pour faire respecter les droits des séropositifs est un devoir sacré".

Benjamin

Illustration Yul Studio

Participante aux Universités des personnes séropositives (UPS) de Gruissan organisées par AIDES en 2011, Brigitte revient sur ce qui s'est passé pour elle après sa guérison de l'infection par l'hépatite C.

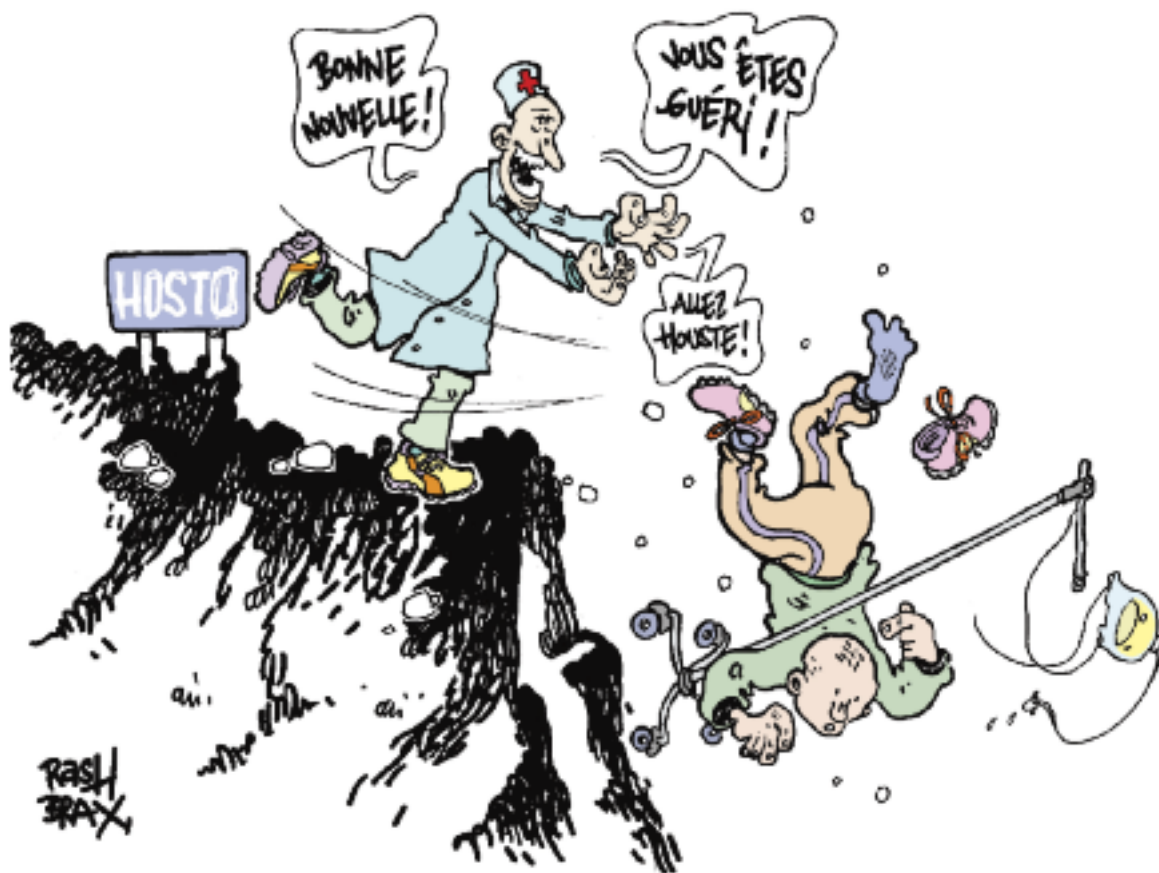
Brigitte :

"Je pensais qu'il y aurait un après... mais pas celui-ci !"

"Le 1^{er} décembre, l'année dernière, une rencontre a été organisée avec des médecins venus du service des maladies infectieuses de l'hôpital de Toulon. C'était à la délégation de AIDES. J'étais en souffrance, même si j'avais été guérie de mon infection par l'hépatite C. Lors de cette réunion, j'étais perdue. Et ce qu'on me renvoyait, c'est qu'il ne fallait pas que je me plaigne parce que, voilà, j'étais guérie ! Moi, j'avais des problèmes, je me sentais mal, je le disais, et un médecin n'a rien trouvé de mieux à me dire que je devais m'estimer heureuse d'être guérie. Lors du traitement de l'hépatite C, j'étais suivie par un médecin et une psychologue. Une fois guérie de l'infection, je suis allée la voir parce que je n'allais pas bien et que j'avais besoin de soutien. Elle m'a dit qu'elle était désolée, mais qu'elle ne pouvait plus me suivre car j'étais "guérie" et que je n'étais plus dans le programme. Elle n'a rien pu me proposer pour que je puisse voir une autre personne. Elle m'a juste adressée à une assistante sociale à l'hôpital, pour régler

quelques problèmes administratifs. Moi, j'avais l'impression d'être face au vide, comme en haut d'une falaise, sans personne, sans savoir si j'allais sauter ou pas. D'un côté, c'était un grand changement pour moi, cette guérison (...) Tout le monde était content de me voir guérie. Ma fille surtout qui avait compris que j'allais pouvoir reprendre ma vie (...) Lorsque mon traitement a été arrêté, j'ai vu du changement presque du jour au lendemain. Je pouvais monter un escalier sans être essouffée, dès la première marche. J'avais retrouvé mon énergie. Pendant une longue période, je n'avais plus fait l'amour, parce que mon corps n'arrivait plus à suivre (...) Après le traitement dans un premier temps, je pouvais de nouveau faire l'amour comme avant, toute la nuit si j'en avais envie. Quelqu'un m'a même dit qu'il ne croyait pas que j'avais été malade tant j'avais d'énergie. Puis très rapidement, j'ai eu des ennuis. Mon répit a été de très courte durée. Résultats de cholestérol mauvais, problèmes musculaires et osseux, problèmes pulmonaires, on m'a reconnu

plusieurs maladies au titre des ALD. J'ai eu dix-huit fractures à ce jour. Alors que je pensais avec l'énergie retrouvée et la guérison que j'allais retrouver ma vie d'avant, rien ne s'est passé comme cela. J'ai pris pendant plusieurs années de l'interféron. Le médecin qui me suivait m'en prescrivait à chaque fois. Il avait lancé une bithérapie avec la ribavirine, mais je ne la supportais pas... Il l'a arrêtée et il m'a fait prendre de l'interféron, seul, sur plusieurs années [un traitement d'entretien pour stopper la fibrose, ndlr]. Il y a juste une année alors que je n'allais vraiment pas bien parce que mon frère était décédé du sida, où l'interféron a été arrêté. J'ai commencé à consulter une psy qui m'a dit qu'il fallait absolument que je change de médecin, qu'il n'était pas normal de prendre de l'interféron sur une aussi longue période. Elle m'a conseillée d'aller voir un autre médecin, expliqué qu'il me prescrirait une bithérapie et que je pourrais avoir comme perspective de guérir de l'hépatite C. Je suis allée voir ce nouveau médecin. Il m'a prescrit une bithérapie.



Il m'avait dit si vous ne supportez pas la ribavirine, parce que cela vous provoque de l'anémie, "si vous êtes trop faible vous rentrerez à l'hôpital". C'est ce qui s'est passé, je suis rentrée à l'hôpital parce que je risquais de tomber à tout moment tellement j'étais faible... comme si mes jambes ne pouvaient plus me soutenir. A l'hôpital, on m'a prescrit des injections d'EPO contre l'anémie... C'est cette bithérapie d'un an avec des allers-retours à l'hôpital qui m'a permis de guérir de mon infection.

Je peux aussi dire que j'ai été particulièrement mal soignée par un autre médecin. Pour un problème de santé nécessitant les compétences d'un spécialiste, le médecin qui traitait mon hépatite me conseille d'aller voir un des ses amis spécialistes. Je lui donne quelques infos, lui dit ce que je prends comme médicament pour lutter contre la douleur. Il ne m'ausculte pas et me dit que j'ai pris trop de spasfon que je vais être constipée. Rentrée chez moi, la situation se détériore ; je vais aux urgences. C'est un kyste sur les ovaires qui a éclaté, une trompe qui est endommagée. Lorsque je retourne voir le médecin qui m'a

conseillé son confrère. Il est abasourdi... il l'appelle et l'engueule au téléphone. Il me dit que je devrais porter plainte. Moi, j'ai des problèmes de santé, je fais des ménages, je ne peux pas me permettre de payer un avocat, de me lancer dans une longue procédure... Je lui demande s'il veut bien m'aider, témoigner de l'erreur de son collègue. Il me répond : "Ça je ne peux pas... c'est un confrère". Maintenant, j'ai une autre vie. J'ai des problèmes musculaires. Je n'arrive pas à porter des sacs de course. Je n'arrive pas à faire normalement des choses que je devrais faire à mon âge... Après tout, j'ai 48 ans !

Il est là mon coup de gueule d'être fracassée aujourd'hui avec l'interféron qu'on m'a prescrit pendant de longues années, d'être guérie de l'infection et que cela n'aille pas mieux, de ne pas aller bien et de ne pas pouvoir être soutenue et accompagnée. Je pensais qu'avec la guérison, il y aurait un après... mais pas celui-ci !"

Brigitte

Illustration : Rash Brax

Avant, pendant, après. ou : le choix des armes ?



HTPN 052, vous connaissez ? Ce nom codé n'est pas celui d'un robot sympathique échappé de Star Wars. C'est celui d'un essai parmi d'autres, en vrac : Partner's PrEP, TDF 2, FemPrep, iPrEX, Ipergay (voir en page 52) bref des noms scientifiques d'études sérieuses sur la prévention de la transmission du VIH, faites avec beaucoup d'argent par les chercheurs et dont les résultats, très attendus, vont peut-être changer nos vies. Il était temps après trente années d'épidémie et d'échec de la prévention. Le maître mot de cette révolution annoncée est LE traitement, décliné en deux cibles, les séropositifs mais aussi les séronégatifs. Avant, pendant, après. Mais de quoi on parle ? De sexe tout simplement, puisque les relations sexuelles sont le principal mode de transmission du virus. Eh oui, qu'on soit hétéro, homo, homme, femme, trans, en couple, à partenaires multiples souvent ou occasionnellement, en projet d'enfant, les chercheurs pensent pour "nous", à nous, et multiplient ces études dont les résultats étourdissent un peu. En gros il y a deux pistes : le TASP (Traitement AS Prévention) pour les séropos et la PrEP (Prophylaxie pré-exposition) pour les séronegs qui entendent le rester.

Le traitement comme prévention (ou TASP), quelle bonne idée, mais c'est quoi exactement ? L'essai HTPN 052, cité plus haut, est une étude internationale, portant sur beaucoup de personnes, et à mon sens illustrant parfaitement le challenge actuel. Ce qu'on pressentait comme une évidence y a été démontré : traiter tôt toutes les personnes contaminées signifie un double bénéfice, d'abord pour les séropositifs en terme de santé préservée, ensuite pour la communauté toute entière car les traitements disponibles, étant beaucoup plus puissants (et moins nocifs) qu'auparavant, écrasent la charge virale de chaque séropo traité. La charge virale totale en circulation diminuant (c'est la fameuse notion de "charge virale communautaire") il y a moins de transmissions ! Bénéfice pour tous, quel que soit son statut sérologique : moins de virus =

moins de virus, CQFD !

Il est à noter que dans cette étude, tou(te)s les participant(e)s ont déclaré utiliser largement la "capote", qu'il n'y a pas eu d'effet "compensation" avec davantage de prise de risques, et que tout cela marche aussi bien pour les hommes que pour les femmes, incluses pour moitié à peu près dans les essais, quelle bonne nouvelle...

On dirait un conte de fée... oui, mais. Que signifie "traiter tôt" dans la vraie vie ? HTPN 052 comparait des couples hétéros sexuellement actifs, répartis en deux bras, l'un à traitement immédiat pour le ou la partenaire séropositif-ve, l'autre quand ses CD4 avaient baissé à 250.

Les résultats dans le bras à traitement immédiat ont été tellement bons que l'essai a été interrompu et tou(te)s les séropos mis sous ARV. Or dans la réalité, les recommandations de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), qui stipulent déjà que tout le monde doit être traité dès 350 CD4, ne sont pas appliquées. C'est bien là le paradoxe des chercheurs. Nous savons tous que la couverture actuelle des besoins en ARV au niveau mondial est totalement insuffisante, et constamment menacée. Dans les pays en voie de développement en particulier, seules 30 % des personnes ayant besoin d'un traitement y accéderaient de fait, et je ne parle pas des traitements de deuxième ou troisième ligne, ou même des mesures de charge virale inexistantes. Traiter tôt implique forcément dépister tôt... Comment faire pour que cela ne reste pas un vœu pieux sur le papier ? Cela donne le tournis. Le décalage inouï entre les travaux des chercheurs avec leurs résultats enthousiasmants et la cruelle réalité du terrain ne fait que s'accroître et quelque chose me dit que cela ne va pas s'arranger... Et la PrEP (prophylaxie pré-exposition) orale, c'est quoi ? C'est traiter les séronégatifs avant une exposition au risque de contamination. Il s'agit donc de prendre un médicament en préventif.

Ce côté "tout chimique" ne paraît pas innocent à quelqu'un qui prend des antirétroviraux depuis vingt ans, comme moi. On ne blague pas avec ça, il faut en comprendre l'enjeu, de multiples questions restent en suspens : quid des effets secondaires immédiats (nausées par exemple) ou retardés (ostéoporose, il y en a d'autres), et des résistances prévisibles ? Oui, je sais que les molécules actuellement disponibles n'ont rien à voir avec celles de "mon temps", mais la transmission des autres IST ne seront aucunement gênées par un anti-VIH... Il y a eu plusieurs essais, déclinés suivant les populations ciblées (hétéros, homos) et les résultats sont encourageants. Maintenant on affine un peu : prendre au long cours un traitement préventif n'est pas si réaliste que ça (suivi du traitement, coût...). Alors pour les gays, après l'essai iPrEX international qui a donné des résultats mitigés, la France lance Ipergay, ou le séroneg prendra le traitement "à la demande", avant et après une prise de risque prévue. Le recrutement commence début 2012, à suivre...

Tous ces essais, quels qu'ils soient, encadrent solidement les volontaires qui y ont participé, ce qui est obligatoire dans toute recherche biomédicale. Counselling de prévention (individuel et en couple) préservatifs gratuits, dépistage et traitement des IST, orientation selon les recommandations du pays, par exemple la circoncision. Ce soutien permanent permet non seulement le bon déroulé des études, donc leur fiabilité, mais aussi la motivation des participants à ne pas faillir dans l'observance qui leur est demandée. Toute la stratégie future de prévention/réduction de la transmission va se déclinier de plus en plus "à la carte" suivant les moments de la vie. Nous aurons donc, avant ou juste avant l'exposition : la circoncision, la PrEP orale au long cours ou intermittente, la PrEP locale (les gels microbicides vaginaux ou anaux), les préservatifs ; juste après on a le traitement post-exposition

(TPE), et si contamination il y a quand même, le traitement au plus tôt (TASP) pour éviter la transmission aux partenaires, et toujours ce bon vieux présé. Ouf, j'ai rien oublié ? Quels que soient les multiples moments et les moyens potentiels de prévention choisis, tous impliquent une dimension comportementale : il n'y a pas de moyen "magique", il faut tenir au long cours. Bien connaître son corps, les mécanismes d'attaque du virus et des désormais nombreux moyens de s'en défendre, se les approprier, se remotiver dans les moments de lassitude, ne pas se relâcher dans ses pratiques pour ne pas prêter flanc à une contamination accidentelle, sont indispensables pour être "acteur" de sa santé, en partenariat avec ses médecins. Et cela, il faut le travailler, le soutenir, l'entretenir dans la vraie vie, donc cela signifie aussi des moyens financiers dédiés, dans des centres de "santé sexuelle" par exemple.

Autant le dire tout net, je ne suis pas à l'aise avec la PrEP, alors que j'applaudis le TASP. Il y a là pour moi quelque chose qui ne tourne pas rond, de quasi obscène : pourquoi consacrer autant de fric à essayer de protéger des gens qui ne sont pas malades alors qu'ailleurs dans le monde des séropos n'ont rien pour se traiter ? Et son coût, son financement dans la vraie vie ? Nous y voilà. Déjà en France, le remboursement par la sécurité sociale d'un traitement préventif anti-VIH n'est pas envisagé pour l'instant. Vu le prix des ARV, est-ce à dire que la PrEP sera un truc de riches, au Sud et au Nord ? ?

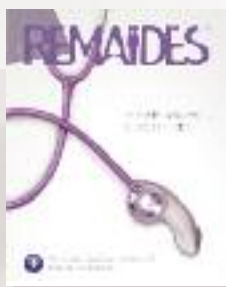
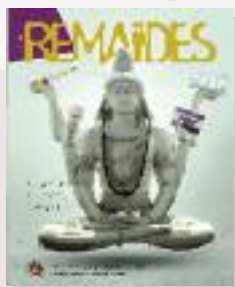
Dans ce contexte un peu foutraque, entre travail acharné des chercheurs et applications en vrai sur le terrain de la réalité crue, un peu d'éthique et de recul sont nécessaires : les avis sur la PrEP du groupe d'experts du rapport Yeni et du Conseil national du sida sont donc très attendus.

Maripic

VIH strip (par Rash Brax)



RASH BRAX



30 bonnes raisons de lire *Remaides*

Il est gratuit.

Il arrive direct chez moi.

Remaides parle de tout sans tabou.

Je me sens moins seul.

Remaides me parle de moi

Avec *Remaides* je connais les nouveautés médicales et politiques.

Pour équilibrer mon alimentation et titiller mes papilles, je lis les articles Equilibre.

Je comprends les infos médicales car le langage est accessible.

Je comprends tout avec Pour y voir plus clair.

Parce que j'y lis la vraie parole des gens et pas seulement celle des "experts".

Y'a de belles illustrations.

Les articles et sujets sont très variés.

Il y a toujours un sujet qui me concerne.

Y'a pas de pages de pub !

Parce que *Remaides* m'aide et ne me juge pas.

Je picore les petites astuces pour me faciliter la vie "avec".

Remaides me remonte le moral souvent.

Lire *Remaides* fait monter les T4... C'est prouvé par une étude randomisée !

Remaides est un compagnon de route, il évolue en même temps que moi !

Remaides me permet d'être informé et de discuter (négocier ?) avec mon médecin.

Remaides me relie aux autres personnes vivant avec.

J'aime lire les témoignages et récits des autres pays.

Parce que j'y suis une personne et pas un patient.

Il est beau.

Remaides me remonte le moral... en général.

Je commence toujours par la Chronique de Maripic, elle me fait rire, relativiser, réfléchir.

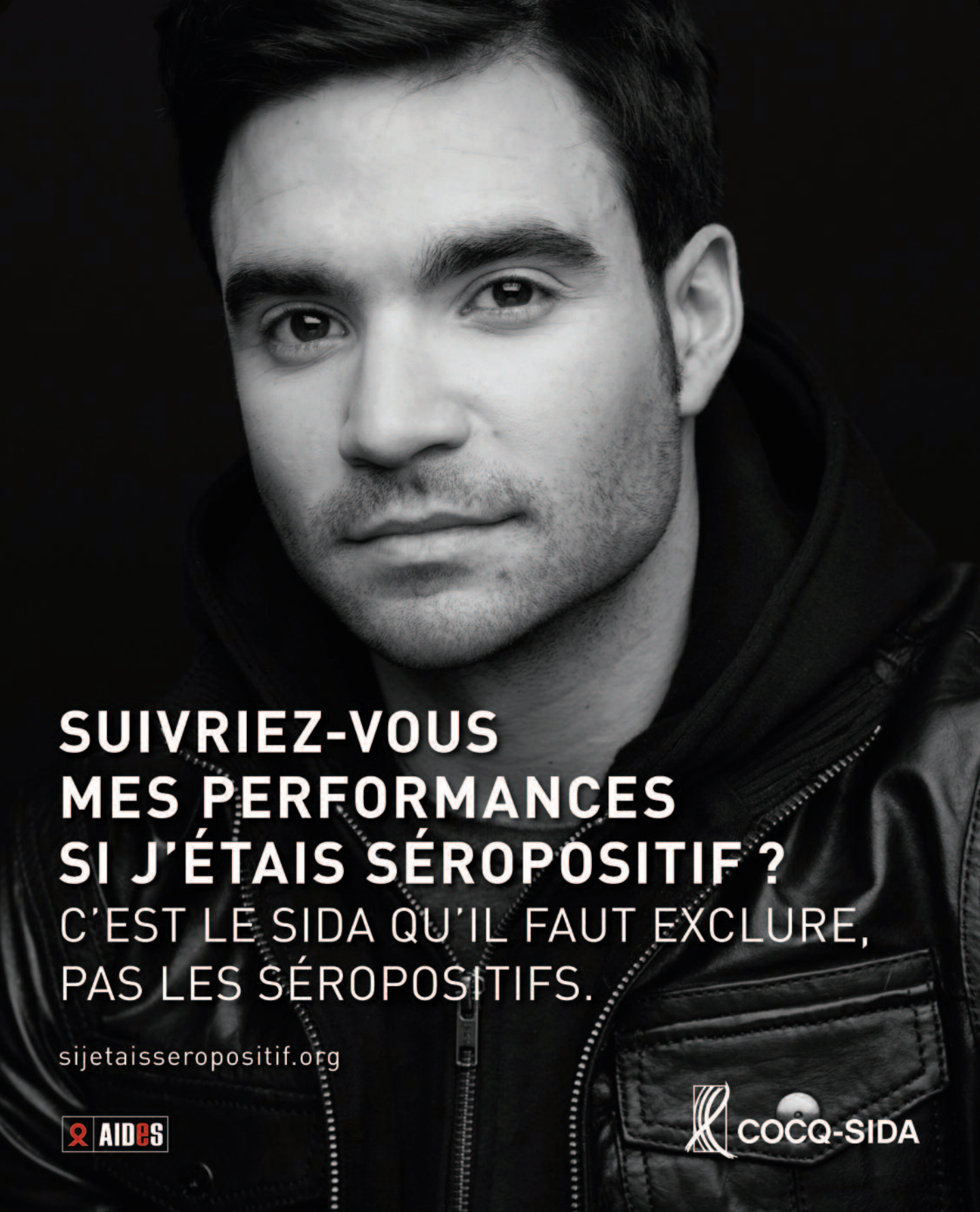
Remaides n'a pas de conflits d'intérêts.

Remaides Québec parle de ce qui nous touche de près

Remaides est francophone.

C'est un rendez-vous que je ne manque pas.

REMAIDES #80



**SUIVRIEZ-VOUS
MES PERFORMANCES
SI J'ÉTAIS SÉROPOSITIF ?**
C'EST LE SIDA QU'IL FAUT EXCLURE,
PAS LES SÉROPOSITIFS.

sijetaisseropositif.org

