

>> Été 2009

REMAÏDES

#72

Santé, prévention :
Que se passe-t-il
en prison ?



Remaïdes Québec numéro 4
Dossier: Foi et pratiques religieuses

2

>> Sommaire

REMAIDES #72



04 Courrier

05 Edito

"Hors la loi !"

par Bruno Spire, président de AIDES. Didier Bonny, président du Groupe sida Genève. Hélène Légaré, présidente de la COCQ-Sida Patrick Grégory et Nathalie Chantriot, administrateurs de AIDES

06 Actus

Quoi de neuf doc ?

08 Actus

Infos sur les hépatites

De nouveaux résultats d'études sur les hépatites ont été présentés lors de la dernière conférence EASL (un des principaux rendez-vous scientifiques sur le foie) à Copenhague en avril dernier. Remaides y était.

10 Actus

Risques cardio-vasculaires :

les experts mettent à jour

L'infection par le VIH est, en soi, un facteur de risque cardio-vasculaire. C'est aussi le cas de la prise, sur le long terme, de médicaments comme certaines antiprotéases. Les experts du Rapport Yeni ont fait de nouvelles recommandations concernant ce risque.

12 Pour y voir plus clair

L'hépatite C

Un point général et complet sur l'hépatite C, une maladie qui touche plus de 220 000 personnes en France. Qui concerne-t-elle ? Quels sont ses modes de transmission ? Est-elle grave ? Peut-on en guérir ? Comment ?

18 Dossier

CNS : un avis qui change la vie ?

En popularisant l'idée, basée sur des études scientifiques, que le traitement peut réduire très fortement le risque de transmission du VIH, les Suisses ont ouvert un débat planétaire. Le Conseil national du sida en France a rendu un avis sur le sujet qui devrait faire date. Explications par le professeur Rozenbaum, président du CNS, qui répond à Remaides.

24 Actus

Inscrire les traitements dans la durée

C'est à Glasgow, que s'est tenu le 90^e Congrès sur les traitements de l'infection par le VIH. Des scientifiques de tous les continents ont tenté de répondre à un enjeu majeur : comment inscrire les traitements et leurs évolutions dans la durée de vie des personnes touchées par le VIH/sida. Eléments de réponse avec Yves Gilles, envoyé spécial de Remaides à Glasgow.

Remaides Québec

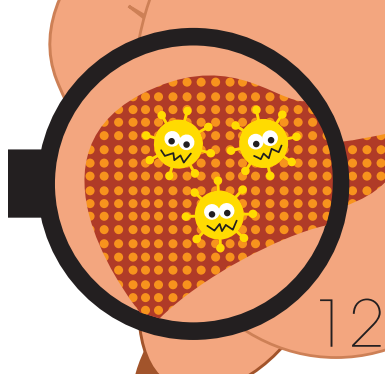
Le journal réalisé par la COCQ-Sida.

27 Equilibre

Un petit coin de paradis

Petits, nous avons tous fait germer des lentilles sur du coton à l'école... C'était magique et quelle fierté de réussir à faire pousser ces "cheveux verts"... Aujourd'hui, nous achetons nos légumes en supermarchés... Réveillons le "germinator" qui sommeille en chacun de nous en faisant germer des graines à la maison...





12



20

32 Dossier

Santé, prévention :
Que se passe-t-il en prison ?

Dans les textes, tout y est pour une égalité avec le milieu libre en matière de prise en charge médicale du VIH et des hépatites et même de l'accès au matériel stérile d'injection en prisons. Pourtant, en France comme au Québec (voir en page 40), la réalité montre que cette égalité n'existe pas en matière de prévention et qu'elle est largement perfectible en matière de soins. En Suisse (voir en pages 38 et 43), il y a des initiatives, mais, là aussi, rien n'est parfait.

44 Ici et là

Les infos en bref

46 Chronique

"À cœur et à cris"
La chronique de Maripic

48 Les PA

Vos annonces



24



27



44



32

Directeur de la publication : Bruno Spire.

Comité de rédaction : Christian Andro, David Auerbach Chiffirin, Franck Barbier, Gwenael Cadoret, Agnès Certain, Nicolas Charpentier, Laurent Cottin, Olivier Figureau, Yves Gilles, Jean-François Laforgerie, Cyrille Leblon, René Légaré, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Hicham M'Ghafri, Christiane Marty-Double, Fabien Sordet, Emmanuel Trénaud.

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

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

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

Coordination éditoriale et reporter :

Jean-François Laforgerie, T. : 01 41 83 46 12, courriel : jflaforgerie@aides.org

Diffusion, abonnements et petites annonces :

Laurent Cottin, T. : 01 41 83 46 10, courriel : lcottin@aides.org

Maquette :

Stéphane Blot, Vincent Cammas, Laurent Marsault.

Photos et illustrations avec nos remerciements :

Stéphane Blot, Vincent Cammas, Nicolas Ducret, Jacqueline L'Hénaff, Marianne L'Hénaff, Hicham M'Ghafri, Rash Brax, Romain, Kollr Tawiz (Tomasz Sporek, www.kollr.prv.pl), Yul studio.

Remerciements spéciaux au docteur Jean Deleuze et Emma Belissa (pour leurs conseils), à Nicolas Charpentier du Groupe sida Genève et René Légaré de la COCQ-Sida (pour la relecture), à Anka Alexandrov-Todorov (COCQ-SIDA) et Laurence Mersillan (directrice de la CAPAHC).

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 : 47.150 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.
17, rue Pierre Fatio, CH-1204 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 25
Courriel : remaides@cocqsida.com

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

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

Ça n'assure pas !

"J'aimerais vous parler d'un problème que vous n'évoquez pas trop dans votre magazine : celui de l'assurance des gens séropositifs. A ce jour, je n'ai trouvé qu'une seule compagnie me reversant une rente santé si cette dernière venait à décliner. Tout cela parce que je suis en affection longue durée (ALD) et donc que je ne suis pas en bonne santé. J'ai écrit au président de la République pour lui demander de revoir le code des assurances. Pas de réponse évidemment. Alors, dans un prochain numéro, je voudrais que vous enquêtiez sur le scandale des assurances dont les séropositifs sont exclus."

Olivier, Paris

A propos du dessin sur le Pape, paru dans *Remaides* n° 71

*"Suite au dessin caricatural paru dans *Remaides* n° 71, montrant le Pape, comme "apôtre" investi pour prêcher la prévention vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles et du sida par le relâchement (dit "relapse"), je souhaite réagir. En effet, beaucoup de choses ont été dites, trop sans doute, comme si l'événement méritait véritablement un tel cyclone au regard des innombrables scandales humains, banalisés ou passés sous silence ; pourtant comme ils pourraient susciter notre indignation, notre énergie, notre temps et notre argent, en parallèle de la mobilisation impartiale et exigeante des médias ! Dans le domaine qui nous occupe, un exemple parmi d'autres, est la propagation toujours actuelle des IST/sida chez les enfants et les femmes (dont *Remaides* se fait l'écho dans ce numéro). Or, une des causes en est justement le déficit flagrant d'information, de formation et d'une éducation adaptée, personnalisée et respectueuse du fonctionnement physiologique et psychoaffectif des personnes, selon leur âge ; c'est ce que le Pape dénonce avec force. En regard, le dessin publié relatif à cette "affaire du préservatif", tord et réduit les faits, brouille les pistes en dénigrant le Pape, son image et ses propos (totalement actualisés par les données récentes¹), et rend difficile voire impossible, une mobilisation efficace et cohérente. C'est vraiment l'inverse de nos objectifs."*

A.C., Paris

(1) Green EC, Mah TL, Ruark A, Hearst N. A framework of sexual partnerships : risks and implications for HIV prevention in Africa. *Studies in family planning* 2009 ; 40 (1) : 63-70.

Des condamnations ! Faudra-t-il vraiment attendre des condamnations de l'Etat pour que cessent enfin les manquements répétés au droit à la santé dans les prisons ? C'est hélas probable. Qu'on ne s'y trompe pas, lorsqu'on est condamné, on l'est à une peine de prison et uniquement à cela. On n'est pas condamné à voir sa santé se détériorer, pas davantage à contracter une maladie qu'on soigne difficilement ou dont on ne guérit pas. C'est pourtant ce qui peut se passer dans nos pays. C'est d'abord le cas en France. Un rapport de l'Académie nationale de médecine dénonce les conditions de la prise en charge sanitaire des personnes détenues : pas un mot du gouvernement. Un rapport du Sénat conclut à l'identique ? Pas même un sourire poli ! Il faut d'ailleurs reconnaître à l'Etat français une grande constance dans le déni des conclusions, certes jamais flatteuses, des rapports sur les conditions de vie en prison. Le tout récent Rapport d'activité 2008 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en France n'a pas suscité beaucoup de commentaires officiels. Pourtant, ce document pointe de nombreux dysfonctionnements en matière de santé : des délais avant consultation médicale très longs jusqu'aux plus grandes difficultés à pouvoir consulter en milieu libre. Certains dysfonctionnements confinent à l'absurde comme la présence de surveillants dans des blocs opératoires pour surveiller un détenu sous anesthésie générale !

Des condamnations ? Cette stratégie mérite d'être tentée. D'autant que certains aspects de la vie carcérale se trouvent aujourd'hui déjà sanctionnés par les tribunaux. En France, les condamnations pour "conditions de détention indignes de la personne humaine" font désormais l'ordinaire des tribunaux administratifs. Au Québec, une affaire récente montre que les personnes détenues ne renoncent plus à faire valoir leurs droits. Un homme, détenu et malade, vient ainsi d'engager des poursuites contre le gouvernement fédéral parce que le médecin de la prison le prive des soins dont il a pourtant besoin. On constate sur le terrain des manquements répétés au droit à la santé : difficultés d'accès au traitement voire ruptures de traitement, atteintes au secret médical, accès difficile aux examens et aux soins spécialisés, etc. C'est déjà beaucoup, déjà trop, mais il y a plus encore.

Comment comprendre le refus quasiment systématique opposé à toutes les initiatives visant à réduire les contaminations en

milieu carcéral, par exemple celles qui sont liées à la consommation de drogues ? Comment des gouvernements peuvent-ils justifier qu'ils n'appliquent pas leurs propres lois ? En premier lieu, le principe d'équivalence de soins qu'on soit en milieu libre ou en milieu clos. Celui-ci garantit un égal accès, dedans et dehors, au matériel de prévention quel qu'il soit : des seringues propres notamment. Ce principe est constamment bafoué.

Au mépris de la loi, nos autorités préfèrent le plus souvent mettre en danger les personnes en détention en leur refusant les outils de prévention et de réduction des risques qui ont pourtant fait leur preuve. En France, le nombre de personnes touchées par le VIH en prison est au moins deux fois supérieur à celui du milieu libre. Il est cinq fois supérieur pour l'hépatite C. Au Québec, le nombre de personnes touchées par le VIH dans les prisons fédérales est au moins dix fois supérieur au nombre de personnes touchées dans l'ensemble de la population. Il est vingt fois supérieur pour l'hépatite C ! De nombreux pays

(Allemagne, Espagne, Suisse, Luxembourg, Arménie, Moldavie, Kirghizistan, Biélorussie) ont déjà choisi de reconnaître l'usage de drogues intra muros en développant, notamment, des programmes d'échanges de seringues en prison.

En Suisse, en 2008, un projet de lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral a été lancé par l'Office fédéral de la santé publique en collaboration avec l'Office fédéral de la justice et les départements cantonaux de justice et police. Un projet qui vise à appliquer des mesures de prévention, de dépistage et de traitement des maladies infectieuses et de l'usage de drogues équivalentes à celles prises à l'extérieur. Mais les réalités cantonales sont bien là avec leurs disparités. Ici, un service médical complet dans une prison surpeuplée, là seulement un infirmier et quelques heures de permanence, etc.

Souvent on s'obstine à nier le risque pour mieux refuser tout ce qui pourrait contribuer à le réduire. Nulle part, il n'est écrit que la sécurité doit primer sur la santé. Dans ce domaine, nos prisons sont hors la loi. A quand les condamnations ?

Hors la loi !

Bruno Spire, président de AIDES

Didier Bonny, président du Groupe sida Genève

Hélène Légaré, présidente de la COCQ-Sida

Patrick Grégory et Nathalie Chantriot, administrateurs de AIDES



Quoi de neuf doc ?



Grippe A et VIH

Le virus de la grippe A se propage actuellement rapidement et pourrait toucher encore davantage de personnes avec les refroidissements de l'automne et de l'hiver en Europe et au Québec. Les personnes séropositives ne semblent aujourd'hui ni plus ni moins atteintes par cette nouvelle grippe, mais compte tenu de leur fragilité et des risques de complications, les mesures communes (lavage des mains répétés, éviter les zones d'épidémie ou les personnes atteintes) seront complétées par des mesures spécifiques en France. Lors de la campagne de vaccination anti-grippe A à l'automne, les personnes vivant avec le VIH seront prioritaires. Par ailleurs, on peut discuter avec son médecin de la possibilité de se faire vacciner contre le pneumocoque, une bactérie qui peut causer certaines infections pulmonaires.

Plus d'informations sur :
<http://www.seronet.info>

Atripla disponible en France

Atripla, une nouvelle trithérapie en un comprimé qui associe Truvada (emtricitabine et ténofovir) + Sustiva ou Stocrin (efavirenz.), a obtenu, fin avril, son remboursement et sa prise en charge par la sécurité sociale en France. De longues négociations ont été nécessaires au préalable avec l'agence du médicament, qui a estimé qu'Atripla n'apporte pas vraiment d'amélioration significative par rapport aux deux médicaments prescrits séparément. Atripla est donc désormais disponible dans le cadre d'un traitement anti-VIH chez des personnes déjà traitées, présentant une charge virale indétectable depuis au moins trois mois et n'ayant pas de résistance à l'une de ses molécules. Le principal avantage d'Atripla réside dans sa facilité de prise (un comprimé au lieu de deux, une fois par jour), mais aussi dans le fait qu'il ouvre une voie nouvelle de collaboration entre les firmes concurrentes puisqu'il est produit par deux laboratoires différents. Les deux laboratoires annoncent cependant qu'ils ne comptent pas faire les études nécessaires pour permettre l'élargissement de l'indication d'Atripla à des personnes qui reçoivent un traitement pour la première fois, et qu'ils ne vont pas développer de forme pédiatrique du fait de difficultés techniques.

Le sevrage tabagique pris en charge ?

Une trentaine d'associations de malades ou de lutte contre le sida (dont AIDES), de collectifs (dont le TRT5 et les Chroniques Associés) et de sociétés savantes se sont mobilisés, à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, le 31 mai, en adressant une lettre ouverte à la ministre de la Santé, pour demander la prise en charge des traitements qui aident à l'arrêt du tabac chez les personnes atteintes d'une affection chronique de longue durée (ou ALD, dont le VIH et les hépatites virales font partie). L'Office français de prévention du tabagisme (OFT), à l'origine de cette action, rappelle dans un communiqué de presse que, malgré la position de la Haute autorité de santé (HAS) qui recommande "le sevrage tabagique comme un traitement à inclure dans les protocoles de soins des personnes fumeuses touchées par une ALD", les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac ne sont toujours pas pris en charge, ce qui constitue un réel obstacle à la prise en charge efficace. Les associations de personnes atteintes de maladies chroniques et les sociétés savantes signataires demandent qu'une "dérogation soit appliquée dans les plus brefs délais afin que ces médicaments soient pris en charge pour les personnes concernées". Cette prise en charge est d'autant plus importante chez les personnes infectées par le VIH. En effet, plusieurs études ont constaté un tabagisme plus fréquent chez les séropositifs par rapport à la population générale, ce qui augmente considérablement le risque de maladies cardio-vasculaires et de cancers. Ce risque de maladies cardio-vasculaires est déjà important à cause de certains traitements anti-VIH et du virus lui-même. L'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) a d'ailleurs décidé de lancer, dès septembre prochain, un essai (Inter-ACTIV) qui cherchera à évaluer l'efficacité d'un sevrage tabagique avec le dernier médicament sorti, Champix, en le comparant à un placebo (produit inactif).



Reins : impact négatif du VIH confirmé

Même si l'utilisation de la trithérapie a permis de réduire l'effet négatif propre du VIH sur les reins et leur fonctionnement, d'autres atteintes des reins, non liées directement au VIH, sont apparues avec le vieillissement des personnes séropositives. Une nouvelle étude (cohorte FRAM) vient confirmer le déclin plus important de la fonction rénale chez les personnes séropositives avec le temps, comparées à des personnes séronégatives, avec un risque plus important de développer une insuffisance chronique. Au delà du virus lui-même, d'autres facteurs semblent jouer un rôle important dans la baisse de la fonction des reins, comme l'âge avancé, l'hypertension, une charge virale élevée, des taux de sucre et de mauvais cholestérol élevés. Une moindre détérioration a été retrouvée en cas d'utilisation de saquinavir (Invirase).

Arrêt d'un essai avec un médicament anti-VHB

Le développement d'un médicament anti-VHB, la clévodine, vient d'être arrêté, malgré des résultats prometteurs, suite à des effets indésirables graves lors des essais évaluant son efficacité et sa toxicité. En effet, des cas de myopathies (atteinte des muscles) ont été constatés chez des personnes prenant la clévodine dans le cadre des essais, mais aussi dans le cadre d'un traitement contre l'hépatite B en Corée, pays où la clévodine a déjà été autorisée. L'Agence française de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) a annoncé l'arrêt définitif de l'essai français évaluant la clévodine en précisant que seulement deux personnes avaient commencé à prendre le traitement dans le cadre de cet essai qui comparait la clévodine au ténofovir.

Des résultats d'études sur les hépatites ont été présentés lors de la dernière conférence EASL (un des principaux rendez-vous scientifiques sur le foie) à Copenhague en avril dernier. Remaides y était.

Infos sur les hépatites

Conférence EASL : premiers résultats d'un vaccin thérapeutique contre le VHC

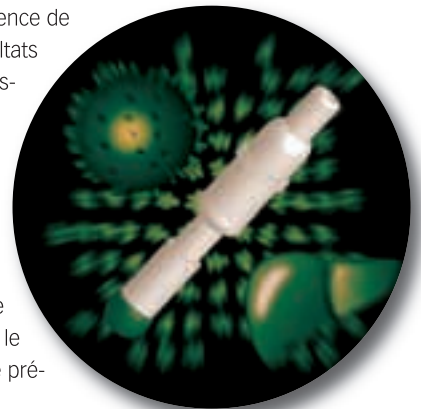
Des chercheurs suédois ont annoncé à la conférence EASL les résultats de la première étude sur la possibilité de créer un vaccin thérapeutique (il s'agit d'un médicament qui renforce l'immunité chez les personnes déjà contaminées) contre l'hépatite C à base de matériel génétique du virus (de "l'ADN nu"). Ce vaccin a été testé chez une dizaine de personnes déjà infectées par le virus VHC du génotype 1 et n'ayant jamais reçu de traitement auparavant, en espérant provoquer une réaction de certaines cellules spécifiques du système immunitaire qui aideront à se débarrasser du virus. Les premiers résultats présentés montrent une bonne tolérance et la capacité du vaccin à provoquer une réponse du système immunitaire et à réduire la charge virale du VHC. "Le système immunitaire ne réussit pas à éliminer le virus de l'hépatite C dans près de 80 % des cas chez l'adulte, et l'infection devient chronique", explique le professeur Matti Sallberg de l'institut Karolinska à Stockholm (Suède), dont l'équipe est à l'origine de cette étude. Il ajoute : "Seulement environ 50 % des personnes infectées sont diagnostiquées dans les pays industrialisés, et deux tiers d'entre elles ont besoin d'un traitement. Ce nouveau vaccin pourrait avoir un grand impact sur l'épidémie et la prise en charge future de l'infection par l'hépatite C." Rappelons cependant que d'autres études cliniques chez un plus grand nombre de personnes sont nécessaires avant de valider l'efficacité et la tolérance de ce vaccin et afin de trouver la dose la plus adéquate à utiliser et de tester le vaccin chez des personnes co-infectées.

Transplantation : égalité des chances

Le taux de survie chez les personnes infectées par le VIH ayant subi une transplantation (greffe) du foie, semble être identique à celui des personnes séronégatives transplantées. C'est ce que dit une étude analysant les données du registre britannique de transplantations et qui n'a démontré aucune différence de survie dans les groupes observés jusqu'à cinq ans après une transplantation. Ces résultats démontrent que les personnes séropositives au VIH peuvent être candidates à la transplantation sans risque supplémentaire lié à leur maladie. Elles devraient avoir accès à la greffe du foie au même titre que les personnes séronégatives au VIH, et il n'y a donc pas de raison de refuser ni retarder une greffe du foie si le besoin est là. C'est une nouvelle importante. En revanche, les données ont confirmé la surmortalité liée à la co-infection par le virus de l'hépatite C, ce qui renforce l'intérêt d'une prise en charge beaucoup plus précoce de l'hépatite C chronique chez les personnes infectées par le VIH et la nécessité de leur ouvrir l'accès aux études qui évaluent les nouvelles molécules contre l'hépatite C ; études qui restent pour le moment limitées aux personnes infectées par le VHC seul. En cas de cirrhose, il faut prévoir avec le médecin la réalisation d'un bilan de préparation à la greffe et son inscription sur la liste d'attente.

Trithérapie efficace sur le génotype 1 du VHC

Une étude (Sprint-1) concernant environ 600 personnes, infectées uniquement par le virus de l'hépatite C (VHC) du génotype 1 (le plus difficile et résistant au traitement), et n'ayant jamais reçu de traitement auparavant, a démontré l'efficacité d'un nouveau médicament de la famille des antiprotéases du VHC, Bocéprevir, quand il est associé à la bithérapie standard (interféron pégylé + ribavirine). Les résultats ont montré que la stratégie la plus efficace était celle qui associait pendant un an, après une phase d'initiation d'un mois avec la bithérapie classique, la combinaison des trois médicaments, avec des doses "maximales" de ribavirine. Un traitement plus court (sept mois) et une dose plus faible de ribavirine ont donné de moins bons résultats.





Moins d'anémies avec la taribavirine

La taribavirine est une forme inactive de la ribavirine, qui nécessite une transformation dans l'organisme avant de devenir active (on parle de prodrogue), ce qui pourrait en limiter les effets indésirables, notamment l'anémie (baisse des globules rouges causant la fatigue), assez fréquente avec la ribavirine. Un essai a évalué l'efficacité et la tolérance de la taribavirine chez des personnes infectées par un virus VHC de génotype 1 et n'ayant jamais reçu de traitement, en la comparant avec la ribavirine, les deux étant associés à l'interféron pégylé. Les résultats ont montré que le traitement avec la taribavirine avait une efficacité et une tolérance comparables à celles du traitement standard avec la ribavirine, avec toutefois moins de problèmes d'anémie. Si ces résultats se confirment, le remplacement de la ribavirine par sa forme en prodrogue pourrait réduire les arrêts de traitements parfois liés à la survenue des anémies sévères.

Hépatite C : vaccin thérapeutique et bithérapie

Des chercheurs américains ont présenté les résultats d'une étude qui a évalué l'intérêt de renforcer par un vaccin thérapeutique une bithérapie standard contre l'hépatite C (interféron pégylé + ribavirine). Ce nouveau "vaccin" (appelé GI-5005) a été administré en plus de la bithérapie, chez un groupe de personnes infectées par un virus du génotype 1, comparé à un autre groupe qui n'a reçu que la bithérapie. Les résultats concernent la "réponse virologique précoce" (une réduction à trois mois de la charge virale du VHC de plus de cent fois par rapport au début du traitement), ce qui est prometteur d'une guérison à la fin du traitement. Dans le groupe qui a reçu le vaccin thérapeutique en plus de la bithérapie, le taux de réponse virologique précoce était plus élevé que dans le groupe n'ayant reçu que le traitement standard, ce qui semble plaider en faveur d'une efficacité du vaccin en plus de celle de l'interféron et la ribavirine. Il a été également noté une amélioration des marqueurs de l'activité du virus (Actitest) et de la fibrose du foie (Fibrotest) dans le groupe recevant le "vaccin", ce qui signifie une diminution de l'inflammation et une amélioration de l'état du foie. Ces résultats encourageants peuvent laisser supposer une meilleure réponse virologique soutenue (c'est-à-dire une charge virale du VHC indétectable six mois après la fin du traitement). Ils restent à confirmer par d'autres études.

L'infection par le VIH est, en soi, un facteur de risque cardio-vasculaire. C'est aussi le cas de la prise, sur le long terme, de médicaments comme certaines antiprotéases. Les experts du Rapport Yeni ont fait de nouvelles recommandations concernant le risque cardio-vasculaire et l'importance à y accorder. Les voici.

Risques cardio-vasculaires : les experts mettent à jour

Le VIH est déjà, par sa multiplication dans le corps, un facteur de sur-risque cardiaque. Cela est dû notamment à l'inflammation produite par la réplication du virus sur le système cardio-vasculaire, mais l'ensemble des raisons n'est pas encore connu. A cela s'ajoutent certaines caractéristiques, parfois associées entre elles, comme la prise d'antiprotéases, un "gros ventre", une hausse du "mauvais" cholestérol, des triglycérides (graisses dans le sang) notamment. A ces éléments, s'ajoutent des facteurs de risque qui concernent la population dans son ensemble. Les facteurs de risque généraux sont, entre autres, le fait d'avoir plus de 50 ans pour un homme, plus de 60 pour une femme, des antécédents familiaux d'infarctus, être fumeur, avoir de l'hypertension artérielle (traitée ou non), avoir du diabète, un tour de taille élevé, du surpoids, etc. Les personnes vivant avec le VIH consomment plus de tabac que la population générale, et la majorité d'entre elles prennent de l'âge.

Les experts du rapport Yeni ont récemment procédé à une réactualisation de leurs recommandations de 2008, notamment sur cette question cardio-vasculaire et les risques associés à certains traitements anti-VIH, dont l'abacavir (contenu dans Ziagen, Kivexa ou Trizivir) et certaines antiprotéases. Après une analyse détaillée de différentes études scientifiques portant sur cette question, le groupe d'experts recommande "de prendre en compte le risque cardio-vasculaire, et plus particulièrement coronarien, chez tous les patients infectés par le VIH." Il est notamment recommandé aux médecins de conseiller l'arrêt du tabac, de tenir compte de la glycémie (niveau de sucre dans le sang), de surveiller les graisses dans le sang et la tension artérielle, d'inciter à faire de l'exercice ainsi qu'un régime en cas de surpoids.

Outre ces orientations générales, les recommandations portent aussi sur l'abacavir. Pour les experts : "Chez des patients ayant un haut niveau de risque cardio-vasculaire (...) et une charge

Infarctus du myocarde : quel signes et que faire ?

Aujourd'hui, en France, les maladies cardio-vasculaires constituent la quatrième cause de décès des personnes vivant avec le VIH. Le risque de maladies cardio-vasculaires et en particulier celui d'infarctus est plus élevé que dans la population générale. Il n'est pas toujours facile de repérer les signes d'une suspicion d'infarctus du myocarde. L'infarctus du myocarde est la

mort de certaines cellules du cœur suite à l'arrêt de l'oxygénation de ces cellules du fait d'artères bouchées. On parle aussi de crise cardiaque. L'infarctus provoque une vive douleur et peut causer la mort en absence de prise en charge. Généralement, l'infarctus "s'annonce". Le plus souvent, il s'agit d'une douleur "serrant" fortement la poitrine. Comme si cette dernière était placée

dans un étai. Cette douleur peut irradier dans la mâchoire et/ou dans les bras (en particulier le bras gauche). Ce peut être aussi une sensation de brûlure intense. Si cette douleur dure plus de vingt minutes, il faut (soi-même, son entourage...) appeler en priorité le SAMU (faire le 15). Faire le 911 au Québec et le 144 en Suisse.



virale indétectable, il convient d'éviter d'introduire l'abacavir s'il existe une alternative efficace." Puis : "Chez des patients naïfs [personnes n'ayant jamais pris de traitement], les données disponibles ne permettent pas d'émettre de recommandation concernant le choix de l'abacavir au regard du risque cardio-vasculaire." Autrement dit, il convient d'être prudent avec l'utilisation d'abacavir chez les personnes ayant déjà plusieurs autres facteurs de risque.

Par ailleurs, si on prend l'abacavir depuis plus d'un an, rien ne dit qu'il faille le remplacer puisque lorsqu'il y a des problèmes, ils surviennent dans la première année. Dans ce cas, il est recommandé au médecin de faire une "analyse individuelle du rapport bénéfice/risque". Les recommandations réactualisées prennent aussi en compte les antiprotéases. Une prise à long terme de certaines antiprotéases (Kaletra, Crixivan, Telzir) peut provoquer une

"augmentation progressive du risque coronarien." C'est-à-dire qu'année après année, le risque s'accumule. Selon la situation, le médecin pourra proposer un changement soit pour une autre antiprotéase (Invirase qui n'a pas montré ce sur-risque), soit en changeant de classe de médicament. En l'absence de données complètes, les experts ne se prononcent pas sur des médicaments plus récents (Prezista, Reyataz). "Dans cette perspective, une analyse individuelle du rapport bénéfice/risque est recommandée", indiquent les experts qui ajoutent qu'il "est indispensable de s'assurer (en considérant toute l'histoire thérapeutique du patient) que le médicament introduit [le nouveau] et ceux qui lui seront associés sont pleinement actifs".

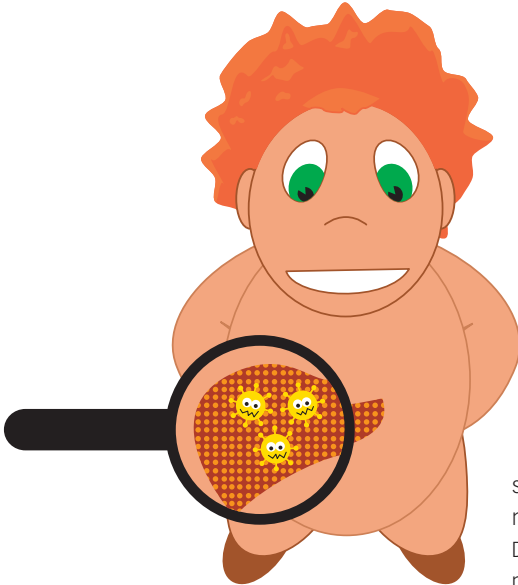
Régulièrement, Remaides vous informe des recherches sur l'hépatite C et des nouvelles stratégies de traitement. Ce dossier se propose de faire un point général et complet sur l'hépatite C, une maladie qui touche plus de 220 000 personnes en France. Qui concerne-t-elle ?

Quels sont ses modes de transmission ? Est-elle grave ? Peut-on en guérir ? Comment ?

Pour y voir plus clair : L'hépatite C

Qu'est-ce que l'hépatite C ?

Il s'agit d'une maladie causée par la présence d'un virus dans le foie. Ce virus, aussi appelé VHC, est un virus particulier qui parvient à se multiplier en entrant dans les cellules hépatiques. Cette multiplication endommage les cellules : elles vont se régénérer sans arrêt, mais elles vont perdre en élasticité, puis en efficacité... Peu à peu, le foie devient dur, fibreux (on parle de fibrose), puis ne remplit plus correctement ses fonctions (on parle alors de cirrhose), notamment celle qui consiste à filtrer en permanence notre sang. A force de se régénérer sans arrêt, les cellules du foie se mettent à faire des erreurs qui peuvent dégénérer en cellules cancéreuses : le cancer du foie est la première cause de mortalité liée au VHC.



L'hépatite C est-elle un réel problème ?

Oui, pour deux raisons majeures que l'on oublie parfois :

- En France, il y a plus de personnes touchées par le virus de l'hépatite C (220 000) que par le VIH (140 000). C'est aussi le cas en Suisse avec 70 000 personnes touchées par le VHC et 30 000 par le VIH. Au Québec, environ 30 000 personnes sont porteuses de l'hépatite C et 17 000 du VIH.
- Cette maladie est responsable de 4 000 décès par an en France, près de dix fois plus que le sida... Au Québec, on compte environ 700 décès par an soit sept fois plus que pour le VIH. Aujourd'hui, en France, environ 25 % des personnes touchées par le VIH sont co-infectées par le VHC. En Suisse, 33 % des personnes sont co-infectées. Au Québec, 33,9 % des personnes vivant avec le VIH sont co-infectées par le VHC.

Comment attrape-t-on le VHC ?

La contamination se fait essentiellement par le sang. En France, le risque lors des transfusions et des gestes médicaux (opérations chirurgicales, endoscopies, soins chez le dentiste, etc.) est extrêmement faible. En revanche, il demeure important lors de la consommation de drogues avec partage de seringues (ou, dans une moindre mesure, de pailles pour sniffer), et lors de pratiques sexuelles "hard". Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une infection considérée comme "sexuellement transmissible". Certaines pratiques sexuelles traumatisantes pour les muqueuses et pouvant être à l'origine de saignements, peuvent favoriser la transmission du virus. Il en va de même des rapports sexuels non protégés en période de règles... La co-infection VIH/VHC augmente les risques de transmission du VHC par voie sexuelle (voir page 16). De façon générale, il faut rester vigilant dès qu'un échange de sang est possible même avec les objets de la vie quotidienne (rasoirs...) ou lors de la réalisation de tatouages et de piercings.

Schéma 1 : Evolution du foie au cours du temps en cas d'hépatite chronique

L'hépatite C est-elle grave ?

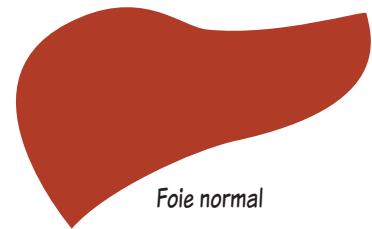
Hélas oui... La présence du virus dans le foie peut conduire, en plusieurs années, vers une fibrose du foie (le foie perd de son élasticité), puis une cirrhose (le foie perd en efficacité et ne joue plus son rôle de filtre du sang) et enfin, parfois, en cancer du foie qui constitue la quatrième cause de mortalité par cancer chez l'homme... La cirrhose et la présence du virus dans l'organisme peuvent être à l'origine de nombreux autres problèmes comme des varices œsophagiennes (gonflement des veines dans l'œsophage pouvant aller jusqu'à la rupture des veines), une ascite (accumulation de liquide dans l'abdomen), une obstruction des petits vaisseaux sanguins, une grande fatigue, etc. (voir schéma 1).

Pourquoi certains guérissent et d'autres pas ?

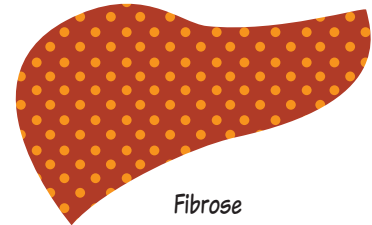
On a remarqué que, de façon générale, les femmes, les jeunes et les blancs, ont plus de chances de guérir spontanément que les autres personnes. Cela dépend aussi du type de VHC (voir ci-dessous). Enfin, le fait d'avoir beaucoup de symptômes (jaunisse, fatigue, perturbations biologiques...) et une baisse rapide de la charge virale VHC dans les trois mois suivant la contamination sont des éléments de bon pronostic d'une guérison spontanée. (voir schéma 2, page 14).

Un VHC, mais plusieurs génotypes possibles

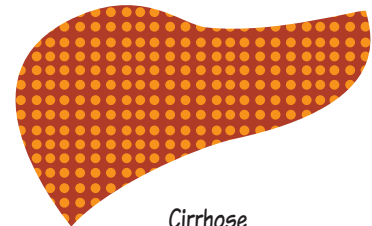
Il existe quatre types majeurs de VHC pouvant contaminer l'homme. Ces virus sont proches, mais ils ont quelques différences génétiques. On parle alors de quatre génotypes différents. Les VHC de génotype 2 et 3 sont les "plus gentils". On en guérit plus facilement (de 70 à 80 % des cas) et plus rapidement sous traitement. A l'inverse, les génotypes 1 et 4 nécessitent des traitements plus longs, et les chances de guérison sont un peu plus faibles (de 50 à 60 %). En cas de co-infection par le VIH, les chances de guérison sont également plus faibles.



Foie normal



Fibrose



Cirrhose



Cancer hépatique

+ fatigue, varices œsophagiennes,
obstruction des petits vaisseaux
sanguins

Comment évolue la maladie ?

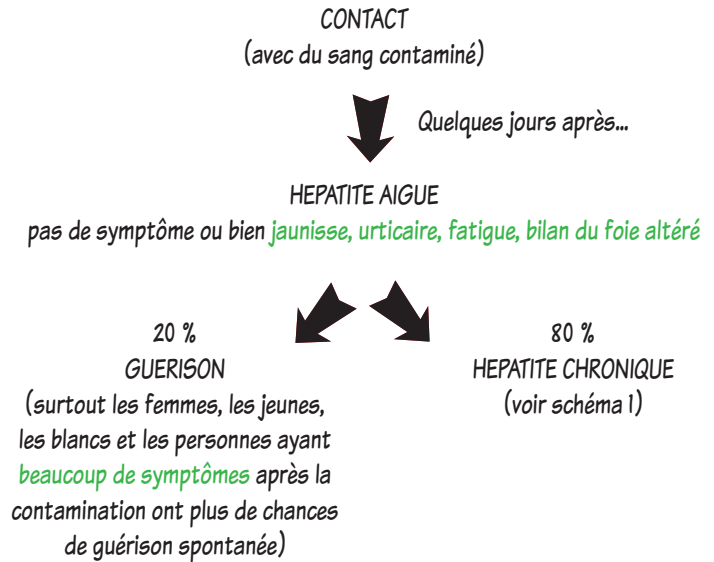
Il y a peu de symptômes au moment de la contamination. Comme il n'y a pas de cellules nerveuses dans le foie, ça ne fait pas mal ! On a parfois une jaunisse, des plaques rouges qui grattent sur la peau (urticaire), un état de profonde fatigue et un bilan du foie (mesuré par prise de sang) altéré. Dans 20 % des cas, on en guérit spontanément dans les six mois qui suivent la contamination, parfois sans même avoir remarqué que l'on a été malade ! Mais dans 80 % des cas, l'organisme n'arrive pas à éliminer le virus. C'est ce que l'on appelle l'hépatite chronique. (voir schéma 2).

Quand doit-on prendre un traitement anti-VHC ?

Si l'on n'a pas guéri spontanément, il y a plusieurs cas de figure :

- Si la contamination est récente (primo-infection VHC) et que la charge virale VHC reste détectable trois mois après le diagnostic : il est recommandé de se traiter (sur six mois) car les chances de succès d'un traitement précoce (c'est-à-dire dans les six mois suivant la contamination) sont de plus de 90 % (un peu moins pour les personnes co-infectées par le VIH. Voir page 16).
- Si la contamination est plus ancienne, on peut aussi avoir intérêt à suivre un traitement, surtout si la maladie montre des signes d'évolution (foie qui se fibrose, etc.) car ces signes annoncent l'augmentation du risque de complications. Les chances de guérison sont alors de 50 % à plus de 80 % selon les facteurs de gravité (notamment le génotype du VHC ou la co-infection). Plus on traite tôt, plus les chances de guérison sont importantes. Aujourd'hui, on tend à proposer le traitement à toutes les personnes adultes contaminées par le VHC, quel que soit l'état d'avancement de leur maladie.

Schéma 2 : Comment évolue la maladie ?



Existe-t-il un vaccin ?

Non. Contrairement à l'hépatite B pour laquelle il existe un vaccin, il n'y a pas de vaccin contre l'hépatite C. Et l'avenir sur cette question est incertain. En effet, il est difficile de mettre au point un vaccin contre le VHC car notre organisme a beaucoup de mal à fabriquer un système de défense efficace et à garder une mémoire contre ce virus, même s'il y a déjà été confronté. Ainsi, même lorsque l'on parvient à guérir d'une hépatite C, on peut tout à fait se contaminer de nouveau...

Alcool et VHC : le couple maudit...

L'alcool est le pire ennemi du foie chez les personnes atteintes par l'hépatite C... Il augmente le risque de passage à la chronicité en cas d'infection aiguë. Chez les personnes en phase chronique, il accélère la progression de la maladie, il augmente le risque de mortalité, et il diminue l'efficacité globale du traitement... Ainsi, même s'il ne faut pas attendre qu'un consommateur régulier ait complètement arrêté pour envisager le traitement, tout doit être mis en œuvre pour limiter au maximum la consommation d'alcool...

Y a-t-il un risque de transmission pendant la grossesse ?

Le risque est faible. Globalement, moins de 5 % des enfants nés de mères séropositives au VHC sont contaminés. Certains d'entre eux vont guérir spontanément. Pour ceux qui vont rester en phase d'hépatite C chronique, il s'agit, en gé-

néral, de formes non évolutives qui ne nécessitent pas de prise en charge particulière hormis un bilan du foie régulier. Il est préférable de traiter précocement les femmes qui veulent avoir un enfant pour réduire tout risque.

Quel traitement ?

Le traitement actuellement recommandé est une association d'interféron pégylé (PEG-IFN) et de ribavirine pendant six mois. De nombreux facteurs peuvent amener le médecin à traiter plus longtemps. Par exemple, certains génotypes du VHC (le 1 et le 4. Voir page 13), un état de fibrose avancée, le surpoids ou la co-infection par le VIH, imposent un traitement plus long, pouvant aller jusqu'à dix-huit mois... (voir schéma 3).

De même, en cas d'échec ou de rechute après une première tentative, on pourra de nouveau tenter de se débarrasser du virus par un traitement plus fortement dosé et d'au moins six mois plus long que la première fois. (voir schéma 4).

Comment savoir rapidement si le traitement sera efficace ?

Une fois le traitement débuté, on va suivre la diminution de la charge virale VHC dans le sang :

- Si elle diminue fortement et devient indétectable dans les quatre à douze premières semaines, c'est un très bon signe de guérison au terme de la cure totale.
- A l'inverse, si la charge virale ne bouge pas, il est inutile de continuer, ça ne marchera pas... Dans ce cas : soit la maladie n'est pas très évoluée, et il faudra envisager de retenter le traitement lors de l'arrivée de nouvelles molécules (prévues pour 2011) ou avec des doses plus fortes de ribavirine et prolongée d'interféron (en limitant les effets indésirables par la prise d'EPO et de Neupogen. Voir page 16). Soit la maladie est évoluée et certains experts proposeront des traitements avec des doses plus faibles d'interféron.
- Enfin, les cas intermédiaires, avec réduction modérée, mais continue de la charge virale au fur et à mesure des semaines, sont envisagés au cas par cas...

Schéma 3 : Quel traitement anti-VHC ?

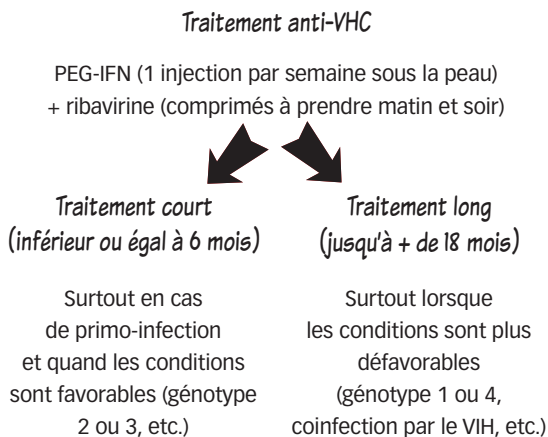
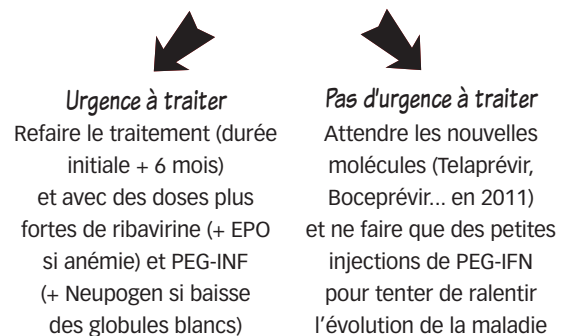


Schéma 4 : En cas d'échec ?



Quels effets indésirables ?

Ils sont assez nombreux, mais, compte tenu du bénéfice escompté (la guérison...), cela vaut la peine.

L'interféron

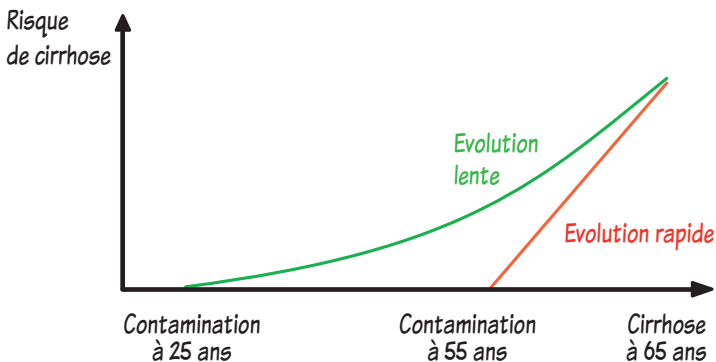
Ce médicament peut rendre colérique, dépressif, insomniaque, fatigué... Dans la mesure du possible, on a tout intérêt à bien prévenir son entourage personnel et professionnel avant ! Il peut aussi être à l'origine de signes grippaux après l'injection (fièvre, courbatures, maux de tête...). On suivra certains paramètres du sang comme le nombre de globules blancs et de plaquettes, qui peuvent diminuer avec les injections. Si besoin, on pourra faire remonter les globules blancs par la prise d'un médicament appelé Neupogen.

La ribavirine

Outre des problèmes de toux et de dessèchement de la peau, elle est surtout responsable d'anémie (perte de globules rouges avec forte fatigue), qu'il faut parfois corriger par la prise de stimulateurs de la croissance des globules rouges (appelés EPO).

En cas de co-infection VIH/VHC, il faut être vigilant aux effets secondaires et aux interactions médicamenteuses. Certains médicaments antiviraux (Combivir, Trizivir, Rétrovir) risquent d'aggraver les problèmes d'anémie sous ribavirine. D'autres (Videx, Zérit) sont déconseillés, voire contre-indiqués. L'abacavir (Ziagen, Kivexa) semble réduire l'efficacité de la ribavirine. Sustiva peut augmenter les problèmes de dépression nerveuse. Névirapine peut avoir une toxicité sur le foie qui pose problème...

Schéma 5 : Jeune, moins jeune : tout le monde se retrouve



Jeune, moins jeune : tout le monde se retrouve

Est-il plus grave d'être contaminé quand on a 25 ans, avec toute la vie devant soi, que quand on en a 55 ? L'infection par le VHC évolue très lentement quand on est jeune (voire pas du tout pour les enfants où on ne la considère même pas comme une maladie...), alors qu'elle devient plus virulente chez les personnes plus âgées... Une infection à l'âge de 25 ans évoluera lentement au début, alors que chez la personne de 55 ans, elle évoluera d'emblée plus rapidement. Au final, le risque de cancer sera, en l'absence de traitements, assez similaire pour les deux personnes... à 65 ans. (voir schéma 5).

La co-infection VIH-VHC

- Le VHC n'a pas d'influence sur l'infection par le VIH. Mais à l'inverse, l'hépatite liée au VHC évoluera plus vite chez les personnes séropositives pour le VIH. On a donc tout intérêt à traiter le VHC le plus tôt possible.
- Les traitements du VIH doivent être aménagés de façon à être compatibles avec la prise d'Interféron pégylé et de ribavirine (voir ci-dessus).
- Les chances de guérison définitive en fin de cure sont d'environ 20 % plus faibles.
- La transmission du VHC par voie sexuelle est plus fréquente, de part une charge virale VHC souvent plus élevée dans le sang, mais aussi parfois dans les sécrétions sexuelles.

Comment mesurer l'état de santé du foie... ?

Pour évaluer l'état de santé du foie, on va tester régulièrement l'activité du virus (avec un indice de A0 à A4) et le niveau de fibrose (avec un indice de F0 à F4). C'est ce que l'on appelle le score METAVIR. Au début de la maladie, on est A0F0 et au fur et à mesure des années, on évolue vers A4F4...

Cette évaluation peut se faire par biopsie du foie (on va récupérer un petit bout de foie par prélèvement à travers la peau). C'est un examen un peu douloureux et assez désagréable. D'autres techniques permettent souvent de répondre à la même question sans ponctionner un bout du foie. Il s'agit d'un examen radio particulier (appelé fibroscan) qui mesure l'élasticité du foie, ou d'un examen par prise de sang (appelé fibrotest) qui détermine l'état de santé du foie par l'analyse de substances retrouvées dans le sang.

En phase de cirrhose où il y a un risque non négligeable de développer un cancer, on fera une échographie du foie régulière de façon à diagnostiquer précocement une éventuelle tumeur...

A quelle fréquence faire ces examens de suivi ?

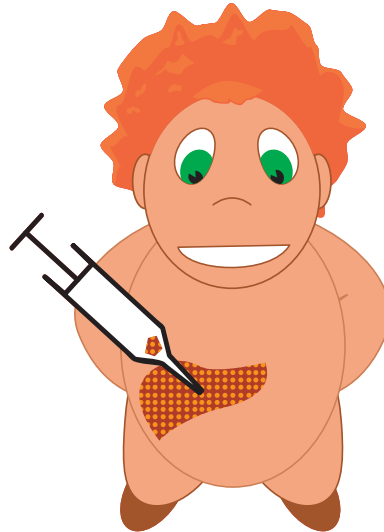
• Fibrotest / Fibroscan / Biopsie ?

Après la découverte du VHC, la Haute autorité de santé recommande, de pratiquer un Fibrotest ou un Fibroscan. Ensuite la surveillance dépend de la vitesse de progression de la maladie. Pour les formes très peu actives et très peu "fibrosantes", une surveillance par Fibrotest ou Fibroscan tous les quatre ans semble suffisante.

• Echographie ?

Chez les personnes ayant une cirrhose, une surveillance par échographie tous les trois à six mois est indispensable pour repérer l'apparition éventuelle d'une tumeur, même si l'on est parvenu à éliminer le virus grâce au traitement. La recherche de varices de l'œsophage par une endoscopie est également recommandée environ tous les deux ans. (voir schéma 6).

Schéma 6 : A quelle fréquence faire ces examens de suivi ?

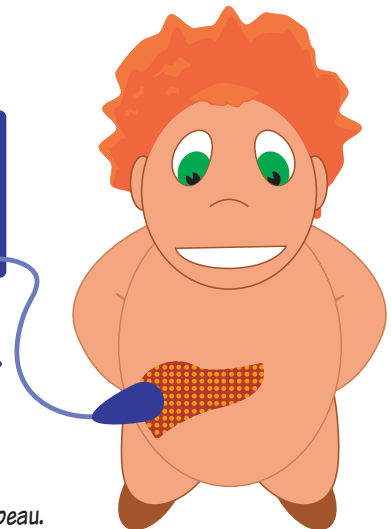
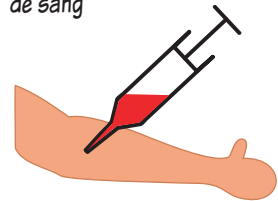


LA BIOPSIE

On récupère un petit bout de foie grâce à une aiguille passant à travers la peau. Un peu douloureux et désagréable

LE FIBROTEST

C'est une simple prise de sang



LE FIBROSCAN

C'est comme une échographie.
C'est une sonde qui passe sur la peau.
Parfaitement indolore

Fabien Sordet

Illustration : Stéphane Blot et Laurent Marsault

Remerciements : Pr Thierry Poinard,

Chef du service d'hépatologie,

La Pitié-Salpêtrière, Paris.

En popularisant l'idée, basée sur des études scientifiques, que le traitement peut réduire très fortement le risque de transmission du VIH, les Suisses ont ouvert un débat planétaire. Quinze mois après cette annonce, le Conseil national du sida en France a rendu un avis sur le sujet qui devrait faire date. Explications par le professeur Rozenbaum, président du CNS, qui répond à Remaides. Mais, tout d'abord, que dit cet avis ?

CNS :

un avis qui change la vie ?

C'est l'évidence, tout a changé depuis la publication, début 2008, de recommandations suisses destinées aux médecins. Pour la première fois, un avis officiel (celui de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida) affirme que les personnes séropositives au VIH sous traitement antirétroviral ne sont pas susceptibles, dans certaines conditions (charge virale indétectable depuis six mois, très bonne observance, absence d'infections sexuellement transmissibles, relation stable), de transmettre le virus par voie sexuelle.

Cette annonce a d'emblée fait les gros titres et suscité débats et polémiques. Elle a surtout eu l'intérêt de mettre enfin sur la place publique une information réservée jusqu'alors à quelques initiés fréquentant les colloques scientifiques ou quelques personnes informées par leurs médecins. Elle a enfin obligé les acteurs de la lutte contre le sida à tenir compte de cette situation, à y réfléchir et à prendre publiquement position. C'est ce qu'a fait le Conseil national du sida (CNS) en France en publiant en avril dernier un avis sur "l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH". Pour le CNS, il est "juste de partager cette information, considérant que les personnes sont capables d'en apprécier la portée et les limites, et que l'un des fondements d'une société démocratique est l'égalité répartition de la

connaissance (...) Les intérêts des personnes vivant avec le VIH ayant toujours été l'objet de la préoccupation du CNS, il apparaît aujourd'hui légitime de faire part d'une information qui représente un intérêt pour elles." Reste alors à comprendre ce qu'est cette information et ses conséquences.

"Le traitement peut constituer un outil puissant de contrôle de l'épidémie"

Pour le CNS, il est clair que "le traitement diminue le risque de transmission du VIH". La preuve ? "Le traitement est utilisé depuis 1994 dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant." Autre preuve : les traitements sont aussi utilisés depuis 1998 pour éviter la transmission après un risque d'exposition. Ce sont les traitements post-exposition (les TPE ou traitement d'urgence). D'abord réservé aux professionnels de santé, le TPE est désormais, suite aux recommandations des experts français, proposé aux personnes exposées à un risque de transmission du VIH.

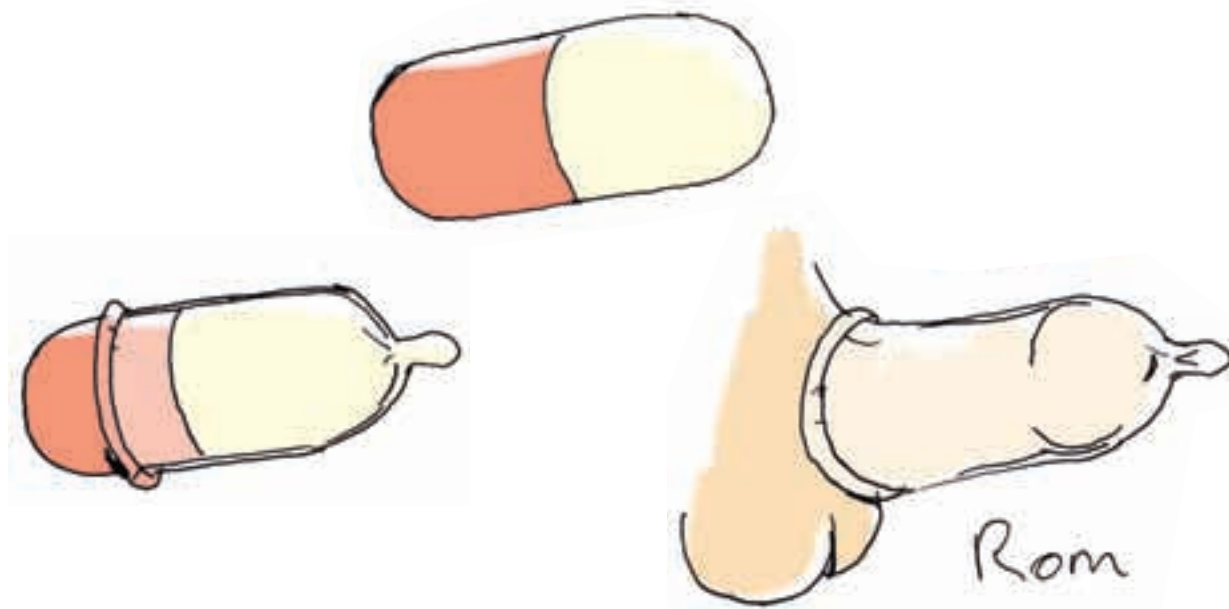
"L'enjeu crucial du dépistage"

Selon le CNS, si on veut avoir un impact sur la dynamique de l'épidémie, il faut tenir compte de trois paramètres : le pourcentage de personnes sous traitement parmi les personnes touchées, un traitement précoce lorsque les personnes sont

en primo-infection (le risque de transmission est maximal durant cette période) et une bonne observance. Le préalable est donc de "parvenir à dépister mieux et plus tôt, tout comme d'assurer ensuite la prise en charge plus précoce des personnes dépistées positives." Le CNS parle de "l'enjeu crucial du dépistage". "Le dépistage reste insuffisant et son accès soumis à des obstacles", constate le Conseil.

"Le traitement ne garantit pas une totale absence de risque de transmission"

Le CNS affirme deux choses. Il existe d'une part "un certain consensus" autour de l'idée que "le traitement peut permettre de réduire le risque de transmission à l'échelle d'une population." D'autre part, il affirme que les "données disponibles montrent que le risque de transmission dans une relation hétérosexuelle où le partenaire infecté est sous traitement est faible, mais ne peuvent pour autant démontrer qu'il est nul". Autrement dit, si on raisonne en terme de population, le traitement va réduire le risque de transmission à l'échelle d'un groupe, mais il ne peut garantir une absence de risque de transmission pour chaque personne appartenant à ce groupe. Il existe un "risque résiduel", que la Commission fédérale suisse qualifie de "négligeable".



Et les homosexuels alors ?

Si plusieurs études confirment le rôle du traitement sur la réduction du risque de transmission chez les couples sérodifférents hétérosexuels, le CNS note qu'on "ne dispose pas pour l'instant de données équivalentes concernant la transmission lors de relations homosexuelles. Toutefois, une série de données recueillies à San Francisco auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes montre qu'une augmentation importante des cas de syphilis, indicateur d'une augmentation des prises de risque, ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des infections à VIH. L'explication avancée est que le traitement offre un effet protecteur contre le risque de transmission du VIH. Un constat identique est fait au Canada. L'avis du CNS rappelle aussi que : "Certains chercheurs estiment (...) que ce risque résiduel [de transmission, dont parle la Commission suisse] est plus important pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes."

"Informer sans opposer traitement et outils conventionnels de prévention"

Pour le CNS, l'annonce suisse est bel et bien un tournant dans le sens où le traitement est envisagé ici comme moyen de rendre la personne séropositive "non-transmetteuse" indépendamment de ce qu'elle choisit de faire "dans les situations à risque de transmission". Jusqu'à présent, il s'agissait seulement de dire aux personnes d'opter pour des mesures (le port du préservatif...) dans des situations de risque potentiel. Pour le CNS, il n'y a aucune raison d'opposer le traitement au préservatif. Les deux doivent être pensés en complément l'un de l'autre. On comprend aussi que désormais les outils de prévention individuels ne sont plus forcément identiques qu'on soit ou non séropositif. Le CNS réaffirme que "l'outil que constitue le traitement ne remplace pas l'usage du préservatif". Mais le CNS n'est ni aveugle, ni sourd. Il constate aussi que : "En dépit des actions de prévention mises en œuvre jusqu'ici, les outils dispo-

nibles ne suffisent pas à enrayer la dynamique de l'épidémie dans les groupes les plus exposés au risque de transmission du VIH (...) l'usage du préservatif n'est pas aussi systématique qu'il le devrait." Le message du CNS est alors très clair. S'il n'est "pas possible d'affirmer au niveau individuel un risque de transmission égal à zéro. Pour autant, le traitement permet de réduire très fortement le risque de transmission et peut permettre d'éviter de nombreuses contaminations dans les situations où une personne infectée n'est pas en mesure de mettre en œuvre une protection par le préservatif." Cela signifie pour le Conseil deux choses. D'une part, c'est la combinaison du traitement et du préservatif qui "apparaît garante d'une sécurité maximisée". D'autre part, à défaut, "l'usage d'un seul de ces moyens apparaît toujours préférable à une absence totale de protection." C'est clair, pour le Conseil : "Le traitement doit avoir une place dans la prévention individuelle."

L'avis suisse sur le rôle du traitement et ses conséquences pourrait en modifier le regard que la société porte sur les personnes séropositives et le regard que les personnes séropositives ont sur elles-mêmes. C'est le pari que fait le Conseil national du sida. Remaides a demandé aux premiers concernés ce qu'ils en pensent.

VIH et société : un nouveau regard ?

“ Je crois que l’image du séropositif dans la société évoluera, car la population va se rendre compte que ce n’est pas nous [nous qui connaissons notre statut sérologique, ndlr] qui transmettons le VIH, que, pour la plupart d’entre nous, nous sommes des gens responsables et que nous ne voulons pas le transmettre. Mais, les organismes communautaires doivent s’organiser pour faire passer le message dans la société si l’on veut que ça change”, affirme Marius, 32 ans, Montréalais et séropositif depuis cinq ans. “Il est clair que cette nouvelle a un effet positif sur la perception que j’ai de moi. Elle me fait dire, étant donné que ma charge virale est indétectable depuis plusieurs années, que je ne suis plus un facteur de transmission du VIH. Des années de crainte s’effaceront petit à petit”, précise Marius. “J’ y vois la certitude d’être perçu comme un être humain et non pas comme un virus ambulante. Cependant je pense qu’il convient de bien expliquer les choses et ce n’est pas simple, indique Zagadoum (sur Seronet). Et cela n’élimine pas le préservatif : qui reste un contraceptif et aussi dans certaines situations encore un outil de prévention (...) Je ne crains pas qu’un processus d’irresponsabilité se mette en place, je pense qu’on se dirige plutôt vers une forme de partage.” “A court terme, le traitement comme outil de prévention est intéressant pour endiguer l’épidémie, mais l’image du VIH a déjà changé pour la plupart des gens quand les traitements sont apparus, faisant du virus une maladie chronique. Ce n’est qu’un raffinement du message”, estime pour sa part Derek, 34 ans, Montréalais, vivant avec le VIH depuis 2003.

“L’avis du CNS a été pour moi un soulagement, explique Skyline. Soulagement car cela va permettre de dédramatiser un peu plus les personnes séropositives à l’heure où une majorité de nos concitoyens pensent encore que boire dans le même verre que nous est dangereux ! Soulagement car cela va peut-être permettre au VIH d’être enfin intégré à notre société au même titre que la diabète et surtout permettre aux personnes séropositives de se réapproprier leurs corps et leur psyché, encore trop uniquement médicalisés : atteindre un souci de soi qui ne soit pas le souci des autres, mais bien le souci de soi pour autrui !”

René Légaré et J.F. L.



Un avis pour se faire un avis !

L’avis du Conseil national du sida (CNS) s’est sans doute fait un peu attendre, mais cela valait le coup. C’est assez rare, en effet, de voir un texte aussi passionnant, riche et accessible. C’est un texte qui fait le point sur ce que l’on sait aujourd’hui de façon objective et surtout qui ouvre des pistes de réflexion importantes et souvent innovantes. Ce docu-

ment est téléchargeable sur le site du CNS. On peut aussi se le procurer sur demande dans les délégations de AIDES (www.aides.org)

Lien internet sur l’avis du CNS :
<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article294>

Pionnier de la lutte contre le sida en France, le professeur Willy Rozenbaum revient pour Remaides sur l'avis du Conseil national du sida, qu'il préside, sur l'intérêt du traitement anti-VIH en matière de prévention. Un avis qui fait date. Interview.

Direction sexuelle assistée !

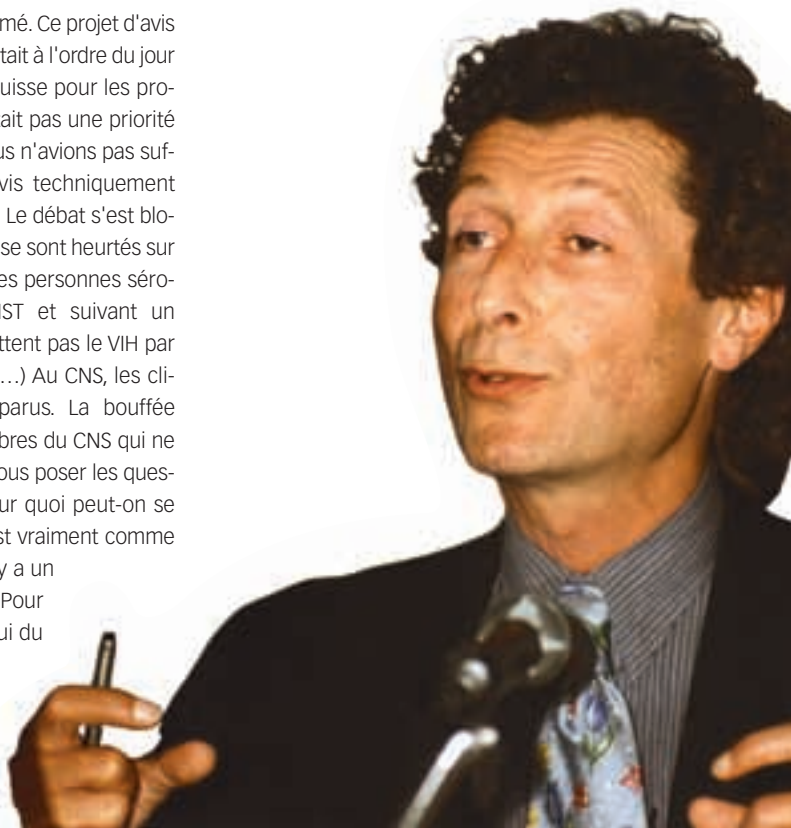
Quel était votre principal objectif avec cet avis ?

Notre idée était d'avoir un discours qui soit audible et qui puisse être accepté par une majorité. L'idée n'était pas d'obtenir un consensus, mais d'arriver à une formulation des choses qui soit recevable par une très grande majorité. C'est cela qui nous a d'abord intéressé et cela a nécessité un effort important d'élaboration des idées.

On a le sentiment que vous avez voulu éviter le piège du : "Pour ou contre l'avis suisse"...

C'est clair que oui. Le Conseil l'a très vite exprimé. Ce projet d'avis sur le traitement comme outil de prévention était à l'ordre du jour du CNS avant que la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida ait publié le sien. Ce n'était pas une priorité pour nous parce que nous estimions que nous n'avions pas suffisamment de données pour asseoir un avis techniquement étayé. L'avis suisse nous a un peu "boostés". Le débat s'est bloqué assez vite lorsque les spécialistes du VIH se sont heurtés sur une formulation qui a crispé les tensions ["Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle", dicit la Commission suisse] (...) Au CNS, les clivages qui existent à l'extérieur sont apparus. La bouffée d'oxygène nous a été apportée par les membres du CNS qui ne sont pas spécialistes. Ils nous ont obligés à nous poser les questions simplement : "Quels sont les faits ? Sur quoi peut-on se baser pour dire telle ou telle chose ? "Si c'est vraiment comme ça, il faut le dire." "On ne peut pas dire qu'il y a un risque zéro ? C'est vrai ! Donc, on le dit.", etc. Pour moi, il en va de ce débat un peu comme celui du risque de la fellation. Ce débat se posait dans les mêmes termes. Des gens ont considéré ce risque négligeable et d'autres pensaient le contraire. De manière générale, les gens savent très bien gérer un risque incertain en fonction

de la situation dans laquelle ils se placent. C'est cela que nous avons essayé de dire. On ne peut pas et on ne pourra sans doute jamais affirmer la valeur exacte du risque. En revanche, on peut affirmer une réduction considérable du risque. Nous avons aussi évité d'opposer l'efficacité du préservatif à l'efficacité du traitement, comme certains l'ont fait. Là, il y a eu un peu de crispation parce que nous avançons que la réduction des risques avec le préservatif ou avec le traitement est sans doute du même ordre.



En revanche, leur usage est bien différent. C'est ce point qui est le plus important, bien plus que de savoir si l'un réduit les risques de 99 % et l'autre de 98 %.

Un point important de l'avis est de penser l'utilisation du préservatif et celle du traitement comme complémentaires...

En effet, il n'y a aucune raison d'opposer l'un à l'autre. Du reste, ce n'est pas du tout la même utilisation. Un exemple : le traitement antirétroviral ne marchera pas contre les infections sexuellement transmissibles si vous êtes en situation de risque par rapport aux IST.

... s'agit-il d'une révolution en matière de prévention ?

Evidemment ! La première stratégie qui a été élaborée en 1986/1987, dans un contexte où il n'y avait pas de traitements, s'est fondée sur le dépistage volontaire à l'initiative des personnes elles-mêmes, sur la responsabilisation des individus, sur cette idée de : "Se protéger et protéger l'autre". Cela reste bien évidemment vrai, mais cela se fait différemment. Il y a aujourd'hui un nouveau modèle qui n'est pas obligé de couper la tête du précédent. Il faut moduler, mais il faut aussi s'adapter et notamment au fait que le dépistage tel qu'il a été conçu dans ces années-là n'est plus adapté à la situation actuelle. Aujourd'hui, il y a un bénéfice à en tirer au niveau individuel et collectif. Pour se traiter, il faut se dépister. Pour nous, c'est la clef si on veut que le traitement puisse avoir un impact réel pour la collectivité et pour l'individu.

Vous faites un pari sur l'intelligence des gens à comprendre cette nouvelle. A la suite des réactions que vous avez eues, êtes-vous conforté dans l'idée que c'était le bon choix ?

Oui, bien entendu. Cela fait longtemps que les gens me posent des questions sur l'intérêt du traitement comme moyen de prévention. Les femmes séropositives sous traitement qui ont accouché d'un enfant sans qu'il soit infecté, cela fait longtemps qu'elles se disent : "Eh bien, si mon enfant n'a pas été contaminé

alors que je l'ai porté pendant neuf mois, n'y a-t-il pas un risque réduit de transmission à mon conjoint ?" Cette question, les couples me la posent depuis longtemps. D'ailleurs, beaucoup de couples ont déjà pris la décision de ne plus mettre de préservatifs ou d'en mettre de manière intermittente. Mais les personnes en parlent comme d'une transgression. A la suite de notre avis, des personnes me disent que ce que nous disons leur a retiré le poids de la culpabilité. Il ne faut pas oublier que c'est souvent la personne séropositive qui est la plus réservée quant à l'abandon du préservatif. (...)

Vous dites que cette nouvelle peut changer le regard de la société sur les séropositifs. Etes-vous sûr de cela ?

C'est un pari. Les réactions que j'ai de la part de patients me montrent qu'à titre individuel, les gens se sentent plus légers. C'est important dans un contexte où beaucoup de patients et singulièrement les gays me font part de leur difficulté à dire leur statut à leur entourage et aux gens qu'ils rencontrent. Cela fait maintenant quelques années que je n'ai pas un seul témoignage de patient gay qui communique facilement sur ce sujet lors d'une rencontre sexuelle dans le milieu gay. Je suis très étonné qu'on me dise que les gays n'arrivent pas à en parler dans leur milieu, même dans les échanges pour envisager une relation prolongée. Il y a un silence sur ce sujet dans le milieu gay que je trouve invraisemblable, presque schizophrénique quand on connaît la réalité statistique du nombre de gays qui sont séropositifs. Le fait d'être séropositif y est presque devenu une insulte. Alors comment jouer là dessus ? Je ne sais pas. Ce qui est compliqué, c'est que l'image de la maladie reste encore associée à des pratiques que la société dans sa majorité considère comme déviantes. Nous faisons le pari que cette nouvelle peut jouer un peu pour changer les mentalités.

Cette interview en version intégrale est sur : www.seronet.info

Fin 2009, les personnes en affection de longue durée (ALD) devront normalement toutes avoir signé un "protocole de soins", établi par leur médecin traitant, pour continuer à bénéficier de la prise en charge dans le cadre de ce que l'on appelle le "100% sécu". Cela concerne notamment les personnes touchées par le VIH ou une hépatite B ou C. Le nouveau formulaire pour tout le monde (qu'on soit ou non en ALD depuis longtemps) est le formulaire violet.

Un protocole de soins pour tous fin 2009

Le protocole de soins indique la liste des soins nécessaires au suivi médical, la plupart pris en charge par le "100%", mais pas toujours. Cela comprend aussi bien les examens et les médicaments nécessaires pour suivre et réduire la progression de l'infection (pour le VIH : le compte des T4, la mesure de charge virale, les médicaments antirétroviraux, etc.) que ceux destinés à réduire les effets indésirables et gérer les complications (les diverses analyses de sang, les examens des reins, du foie, des os, le recours à des spécialistes comme les gynécologues etc.). Une fois le protocole de soins établi, après accord avec un médecin de la caisse d'assurance maladie, on se voit remettre par le médecin traitant un document qu'on doit conserver. C'est ce document qui doit être présenté lors de consultations de spécialistes, en vacances, en cas d'urgence... pour être sûrs d'avoir une prise en charge à 100%. L'établissement du protocole de soins est possible dès la découverte de la séropositivité.

Qu'est-ce qui a changé ?

Selon la réglementation, chaque assuré social doit avoir un médecin traitant afin de ne pas être pénalisé dans les remboursements. Dans le cas d'une ALD, le médecin traitant remplissait un formulaire de couleur verte, le PIREs remplacé progressivement depuis 2006 par le "protocole de soins", formulaire de couleur violette. C'est ce changement de système qui doit être effectif pour toutes les personnes en ALD fin 2009. Il est recommandé

aux personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale de se rapprocher de leur médecin traitant lors d'une de leurs prochaines consultations, si elles n'ont pas déjà signé le protocole de soins. Lorsqu'on a pas encore choisi de médecin traitant ou si on a des difficultés à en trouver un, on peut en discuter avec le médecin spécialiste du VIH (ou l'hépatologue pour les hépatites) ou avec d'autres personnes séropositives de sa région, comme au sein d'associations telles que AIDES. Le protocole de soins doit être établi par le médecin traitant à partir des recommandations établies pour chaque ALD par la Haute autorité de santé (HAS). Il peut

indiquer sur le document une mention du type : "Conformément aux recommandations HAS sur le VIH/sida" ou détailler. Il doit aussi y ajouter les soins ou médicaments justifiés par la situation individuelle. Il est possible de consulter, pour information, les recommandations concernant le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C en se rendant sur www.has-sante.fr Celles pour l'hépatite C ont été actualisées il y a quelques semaines et celles pour le VIH/sida vont l'être prochainement, mais cela ne doit pas gêner l'établissement d'un protocole dès que possible, en tout cas avant fin 2009.



**Pour tout savoir
sur le protocole de soins :**
**www.trt-5.org, rubrique
Prise en charge globale.**

C'est à Glasgow que s'est tenu, en novembre dernier, le 9^e Congrès sur les traitements de l'infection par le VIH. Des scientifiques de tous les continents ont tenté de répondre à un enjeu majeur : comment inscrire les traitements et leur évolution dans la durée de vie des personnes touchées par le VIH/sida ? Eléments de réponse avec Yves Gilles, envoyé spécial de Remaides à Glasgow.

Inscrire les traitements dans la durée



Depuis sa découverte, le VIH est identifié comme responsable du déficit immunitaire qui conduit au sida et à certains cancers associés. Une des questions centrales de ce congrès était également d'envisager son rôle, au long cours, dans l'activation immunitaire (un processus qui, en même temps qu'il active les CD4, programme leur destruction) et dans la réaction inflammatoire de l'organisme liées à la présence du virus. Ces deux mécanismes biologiques ont une responsabilité dans l'augmentation du risque de troubles cardio-vasculaires, de troubles osseux, de maladies des reins, de troubles cognitifs, d'autres types de cancers non associés au sida, d'une augmentation des désordres liés aux hépatites B et C chez les personnes co-infectées, et d'un vieillissement accéléré. Les traitements pouvant parfois être, eux-mêmes, par leurs effets indésirables, impliqués dans certains de ces troubles. Voici ce que cela donne, présenté sur un schéma (voir ci-contre).

Quels sont les objectifs des traitements aujourd'hui ?

Ces dernières années, les recherches se sont concentrées sur différents axes.

La charge virale

Au fil des ans, les exigences thérapeutiques ont évolué. A l'apparition des trithérapies (en 1996), le maintien de la charge virale en dessous de 1 000 copies/ml permettait l'amélioration de l'état de santé des personnes traitées. En dessous de 200 copies/ml, on obtenait en plus de l'amélioration des symptômes une amélioration de l'état immunitaire (T4 plus élevés). Aujourd'hui enfin, en dessous de 50 copies/ml, le risque d'apparition de résistance au traitement du fait d'une mutation du virus devient minime.

L'objectif pour les prochaines années sera de parvenir à faire baisser le niveau de la charge virale suffisamment bas et dans tous les compartiments de l'organisme (le sang, les organes, les cellules) pour limiter au mieux l'activation immunitaire et de l'inflammation. Ce niveau restant à définir. Les scientifiques se montrent toutefois prudents en ce qui concerne le système nerveux central (appelé aussi SNC). Le SNC est un compartiment de l'organisme relativement étanche, aux infections comme aux médicaments, mais également fragile. Lorsque le virus pénètre dans le SNC, il peut provoquer des troubles graves. Il faut alors des traitements capa-

ACTIVATION
IMMUNITAIRE
& INFLAMMATION

SIDA
CANCERS



VIH

- * RISQUE CARDIO-VASCULAIRE
- * TROUBLES MÉTABOLIQUES
LIPODYSTROPHIES (LIPA
LIPOM)
- * PROBLÈMES OSSEUX
- * ATTEINTES DU REIN
- * TROUBLES NEUROPSY
- * CANCERS
- * DÉFICIT IMMUNITAIRE
- * AGGRAVATION DU VHC ET DU VHB
- * VIEILLISSEMENT ACCÉLÉRÉ

TRAITEMENTS

DÉFICIT
IMMUNITAIRE



COMMENT ÇA SE PASSE?

bles, eux aussi, d'y pénétrer. Certaines molécules y parviennent mieux que d'autres, tant mieux. Mais se pose alors, en raison même de la fragilité du système nerveux central, la question de la toxicité des traitements sur ce dernier. Affaire à suivre.

Prévenir les résistances aux traitements

Les résistances apparaissent lorsque les mutations que le virus développe "accidentellement" lors de sa multiplication, le rendent moins sensible à certains médicaments. Outre le maintien d'une charge virale basse (donc d'un faible taux de réplication), deux autres moyens existent pour réduire le risque de résistance. Ils consistent à choisir d'une part des traitements efficaces rapidement (de trois à six mois) sur la charge virale et, d'autre part, pour lesquels la résistance n'apparaît qu'après plusieurs mutations (voir Pour y voir plus clair, dans *Remaides* n°70).

La simplicité de prise et une bonne tolérance

A efficacité égale, seront favorisés les traitements qui donnent le moins d'effets indésirables et les plus faciles d'emploi : ceux avec moins de prises, moins de comprimés, les médicaments à avaler plutôt qu'à injecter, les médicaments plus

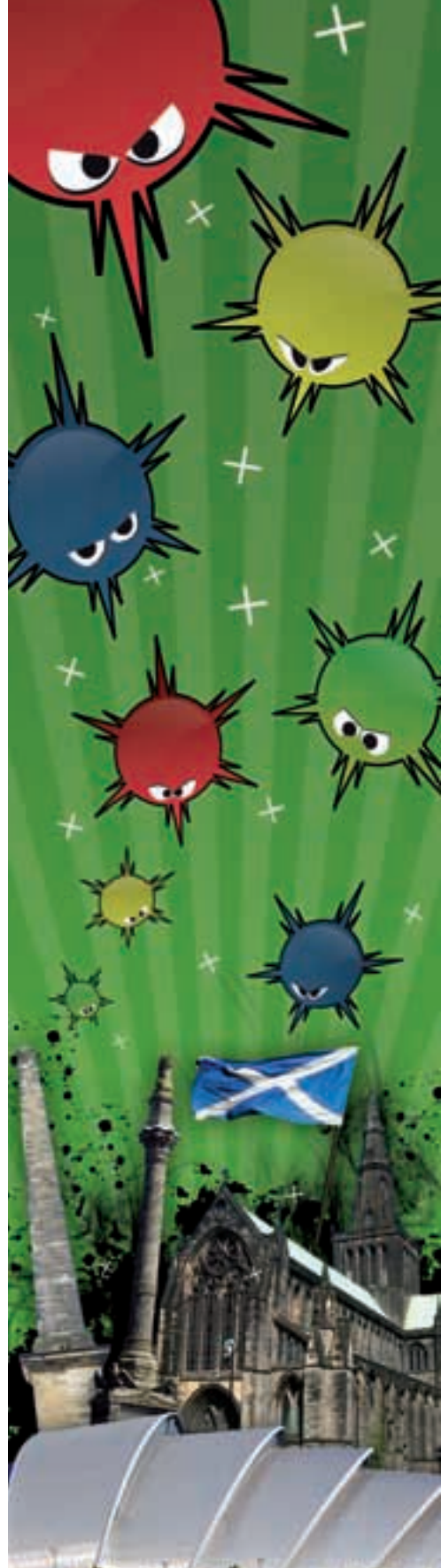
faciles à conserver ou à transporter, etc. Bien entendu, un traitement au long cours suppose qu'il doit présenter le moins d'effets indésirables possibles.

De nouveaux traitements

Parallèlement aux recherches cliniques (les essais sur l'homme), la recherche sur les médicaments avance, tentant d'apporter aux médecins des outils adaptés à des enjeux de traitements redéfinis. Ces derniers mois sont apparus sur le marché de nouveaux médicaments : Intelence (étra-virine) un non nucléoside, Celsentri (maraviroc), premier médicament de la nouvelle classe des anti-CCR5 et Isentress (raltégravir) le premier anti-intégrase (Voir *Remaides* n°66). Pour la suite, il y a de nouveaux médicaments en développement mais ils ne seront probablement tous efficaces sur les virus résistants d'où l'importance d'avoir une bonne observance avec les médicaments actuellement disponibles.

Yves Gilles

Illustrations : Yul studio et Laurent Marsault



>> Été 2009

REMAÏDES

#04
QUÉBEC

Foi et pratiques religieuses :
sources de soutien ou non ?

L'art à l'heure du VIH



>> Sommaire

REMAIDES Québec #04

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

Relecture des textes : Michel Morin

Collaborateurs : François Caron, Louis-Marie Gagnon, Lance Lamore, Bruno Laprade, Bruno Lemay, Laurence Mersilian

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

Diffusion, abonnements et petites annonces :
Bruno Laprade, T. : 514 844 2477 poste 25,
courriel : remaides@cocqsida.com

Mise en page : Exosphere : www.exosphere.ca

Photos et illustrations, avec nos remerciements :
Jeremy Schruder, Olivier Dumoulin :
olivier.dumoulin@videotron.ca
Remerciements spéciaux à Olivier Dumoulin pour le graphisme.

Impression : Copie Ressources,
3822 boul. Saint-Laurent, Montréal (Québec)
H2W 1X6. Trimestriel. Tirage : 3 000 ex.

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

Limites de responsabilité : Toute information touchant le VIH/sida et son traitement ne prétendent 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 dans le but d'alléger les textes et la lecture.



VI



X



Edito

Un financement stable,
des processus transparents !
Par Ken Monteith, directeur général
de la COCQ-SIDA



Actus

"Quoi de neuf doc ?"
Actus thérapeutiques

L'intérêt de connaître



Dossier

Foi et pratiques religieuses :
sources de soutien ou non ?
*Est-ce que la spiritualité, la foi et les
pratiques religieuses peuvent être une
source de soutien pour les personnes
vivant avec le VIH ? Peuvent-elles aider à
favoriser la prévention et le dépistage et
à optimiser les traitements et les soins ?*



Art

L'art à l'heure du VIH
*La page où le VIH s'exprime
à travers l'art*



Les PA du Québec

Vos annonces

Courrier des lecteurs



Racontez-nous

Appel aux témoignages





En mai 2004, en réponse à plusieurs années de pression de la part du mouvement communautaire de lutte contre le VIH/sida, le gouvernement fédéral a annoncé que le financement de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada doublerait au cours des cinq prochaines années. Une décision qui ralliait tous les partis politiques et même le Comité permanent de la santé. Depuis, une part de cette nouvelle somme est allouée au financement des organismes communautaires via le Programme d'action communautaire contre le sida (PACS) à travers deux volets : le "PACS soutien" pour un financement sur quatre ans des activités de base des organismes et le "PACS ponctuel" pour un financement de projets novateurs pouvant aller jusqu'à trois ans.

Où en sommes-nous en 2009 ? Le double des 42,2 millions de l'année 2004 est devenu 72,6 millions. Ne sortez pas vos calculatrices, ce montant est nettement inférieur au montant promis, car le gouvernement a réalloué 5 millions par année pour l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH et a coupé presque 7 millions dans un exercice de réduction des dépenses.

Qu'en est-il du programme PACS ? Les organismes québécois de lutte contre le VIH/sida financés par ce programme viennent de signer leur troisième entente pour une extension annuelle de leur financement. Ce qui veut dire, qu'au cours des trois dernières années, les ententes qui, devaient perdurer de trois à quatre ans, sont renouvelées annuellement créant un climat d'incertitude quant à la pérennité des projets financés. Déjà, nous sommes à la limite d'un échancier qui permettrait, si le gouvernement déposait un appel d'offres - malheureusement ce n'est pas le cas - ,

de rétablir les procédures telles qu'elles étaient auparavant. La stabilité d'un financement des activités de base sur plusieurs années ne semble plus exister.

Certains organismes ont été sollicités pour présenter des demandes de fonds supplémentaires en dehors des processus d'appel d'offres afin de financer des projets jugés intéressants par les autorités fédérales régionales. Étant donné le sous-financement de ces projets, nul ne peut les blâmer d'accepter de telles invitations. Cependant, cette approche est loin de respecter les principes de transparence que nous sommes en droit d'attendre de nos gouvernements.

Le manque de financement stable et prévisible des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida

est une barrière à leurs actions auprès des communautés les plus exposées aux risques de transmission et aux interventions visant à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Il est le temps pour le gouvernement fédéral de respecter ses engagements, de revenir au niveau de financement promis en 2004 et de s'assurer que l'allocation des fonds se réalise par des processus ouverts et transparents. Sinon, nous risquons de perdre la lutte contre le VIH/sida au Canada et de perdre notre confiance dans le système actuel d'allocation des fonds fédéraux.

Un financement stable, des processus transparents !

Ken Monteith, directeur général de la COCQ-SIDA

Photo: Jeremy Schruder

Quoi de neuf doc ?

Celsentri (Maraviroc), médicament d'exception

En juin 2009, Celsentri a été ajouté à la liste des médicaments du Québec à titre de médicament d'exception. Cette nouvelle molécule est un inhibiteur du CCR5 (voir *Remaides*, N° 66, décembre 2007). Elle est accessible aux personnes séropositives répondant aux critères suivants :

- 1) avoir démontré la présence d'un virus à tropisme CCR5 et
- 2) avoir connu un échec thérapeutique documenté à certains médicaments et/ou
- 3) avoir développé une intolérance à plusieurs médicaments antirétroviraux.

De plus, Celsentri est accessible aux personnes n'ayant jamais pris de thérapie antirétrovirale et démontrant des résistances à plusieurs molécules anti-VIH. Les spécificités des échecs, des intolérances et des résistances sont connues de votre médecin. Consultez-le pour en savoir davantage.

Précision sur Prezista, Intelence et Isentress

Dans le dernier numéro de *Remaides Québec* (N° 03, printemps 2009, p. IV), un critère d'accessibilité aux médicaments d'exception Prezista (darunavir), Intelence (étravirine) et Isentress (raltégravir) a été oublié. Ce critère concerne les personnes n'ayant jamais pris de thérapie antirétrovirale et spécifique que, pour avoir accès à ces nouvelles molécules, elles doivent avoir contracté un virus résistant à d'autres molécules anti-VIH. Questionnez votre médecin pour connaître les profils de résistance requis afin d'avoir accès à l'un ou l'autre de ces médicaments d'exception.



Illustration : Olivier Dumoulin



Un réel régime public universel d'assurance médicaments

L'Union des consommateurs, l'Association québécoise pour la défense des droits des personnes retraitées et pré-retraitées et la COCQ-SIDA relancent le débat pour l'instauration d'un régime public universel d'assurance médicaments. Cet appel a été fait après que le gouvernement ait annoncé une nouvelle hausse des cotisations au régime public d'assurance médicaments du Québec. Cette nouvelle augmentation démontre que le régime actuel défavorise l'ensemble des Québécois et qu'un régime public universel permettrait, selon ces trois organisations, de diminuer les coûts pour tous : citoyens, employeurs et gouvernement.

Pour en connaître plus, consultez le mémoire réalisé par l'Union des consommateurs :

www.consommateur.qc.ca/union-des-consommateurs

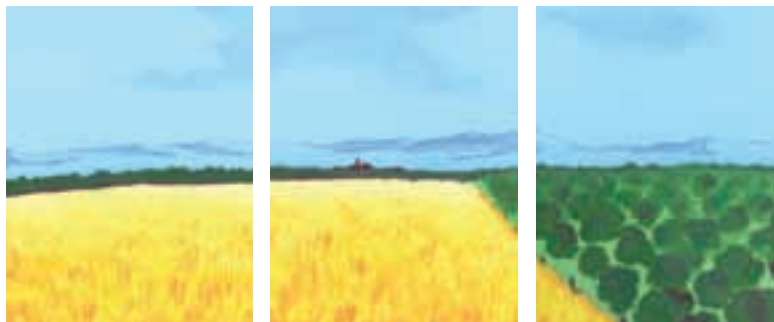


L'intérêt de connaître

Zone+ : S'exprimer et vivre

Depuis 2007, il existe à Montréal une place de premier choix mis à la disposition des personnes concernées par le VIH : Zone+. C'est un espace où atelier en arts visuels, place d'écriture et de théâtre se côtoient aisément. Il est situé dans le parc Campbell en arrière du Club-Sandwich, dans le Village gai de Montréal. Jacques, Daniel-Claude et François vous accueillent selon le moment et l'activité choisis. Des cours de dessins pratiques, de couleurs et plus sont accessibles. La théorie du processus créatif pour comprendre la démarche artistique peut être donnée. L'élaboration de performances artistiques est aussi envisagée. Zone+ fournit le matériel selon les sous disponibles. Pour crier vos sentiments via la création, appelez à la

Maison Plein Cœur au 514 597 0554



Artiste : François Caron, Montréalais vivant avec le VIH depuis 11 ans

40 séronautes québécois
sur
seronet
www.seronet.info

C'est le nombre de personnes vivant avec le VIH du Québec inscrites à Seronet, le nouveau portail francophone d'information, de dialogue et de rencontre autour du VIH et des hépatites. Véritable espace virtuel interactif, ce site donne accès à des blogues, aux forums et aux profils de milliers de personnes séropositives. De plus, il est possible d'y discuter en direct grâce aux "chats". Depuis avril 2009, à travers le "chat", les séronautes québécois ont accès à des discussions dirigées par des animateurs du Québec. Les prochaines discussions québécoises auront lieu les mardis 15 septembre, 20 octobre et 17 novembre à 19h. **www.seronet.info**

800

C'est le nombre d'appels enregistré à la ligne d'information et d'écoute du CAPAHC (Centre d'Aide aux Personnes Atteintes d'Hépatite C). Ce centre informe sur la maladie, les traitements, les effets secondaires et le suivi. Il permet aussi de trouver du réconfort ou de s'impliquer auprès d'autres personnes atteintes. Outre la ligne d'information et d'écoute, le CAPAHC offre des services de référence et anime des groupes de soutien. Ces groupes sont un moyen efficace d'obtenir l'appui nécessaire afin de commencer un traitement ou pour suivre celui déjà entamé.



Appellez Laurence :
514 521 0444 ou sans frais : 1 866 522 0444

Liaisons positives, un vrai succès !

La journée Liaisons Positives s'est déroulée le 23 mai sur le très beau site de l'île Saint-Quentin à Trois-Rivières. 83 participantes, dont environ 70 femmes vivant avec le VIH/sida, venant de l'Outaouais, de l'Estrie, de Québec, de Montréal, des Laurentides et de Trois-Rivières ont pu échanger sur différents thèmes comme celui de la criminalisation et suivre des ateliers (dévoilement, estime de soi, sexualité, méditation, exercices au quotidien) dans une atmosphère de détente, de respect et de solidarité.

Est-ce que la spiritualité, la foi et les pratiques religieuses peuvent être une source de soutien pour les personnes vivant avec le VIH ?

Peuvent-elles aider à favoriser la prévention et le dépistage et à optimiser traitements et soins ?

Foi et pratiques religieuses : sources de soutien ou non ?

Le bien-être que peuvent apporter la prière, la méditation et la spiritualité en général pour les personnes atteintes de maladies graves comme l'infection au VIH n'est plus à démontrer. Toutes ces pratiques permettent souvent de diminuer les symptômes de dépression, d'offrir aux personnes vivant avec le VIH une perspective plus positive de la vie où la compassion a un rôle important. Nombre de personnes vous diront que les croyants peuvent plus facilement composer avec la maladie, l'accepter, car ils se sentent épaulés, écoutés. Ils ne sont plus seuls à se battre. Ceci peut favoriser un sentiment de contrôle dans une vie qui en manque cruellement lorsqu'on est aux prises avec une maladie qui ne se guérit toujours pas. Il semble que, quelles que soient les communautés, les femmes sont plus enclines que les hommes à avoir des pratiques liées à des croyances religieuses et à trouver que ce sont des stratégies efficaces d'autosoins (*self-care*).

Ces dernières années, de nombreux projets s'adressant aux communautés de personnes d'origine africaine et caribéenne, reconnues être plus exposées aux risques de transmission, ont vu le jour dans les pays d'Amérique du Nord et d'Europe. Il s'agit en premier lieu de rejoindre ces populations récemment immigrées afin de mieux répondre à leurs besoins. Et quel meilleur endroit pour le faire que dans les institutions où ces personnes se retrouvent régulièrement, c'est-à-dire les lieux de culte. Que ce soit aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Ontario ou au Québec, les buts des projets initiés par les gouvernements ou les organisations communautaires sont les mêmes : la sensibilisation à la prévention

et aux problématiques des personnes touchées par le VIH. En créant différents programmes de prévention et de dépistage avec les églises elles-mêmes et en leur sein, les chances de succès des initiatives sont grandement accrues.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario met en oeuvre des projets pilotes en partenariat avec des églises de Toronto regroupées à l'intérieur de la *Faith Health Initiative* et d'autres églises de diverses régions de la province afin de promouvoir l'importance du dépistage auprès des Onta-

Croyances et VIH : une étude anglaise

- Plus de 90 % des personnes noires atteintes par le VIH affirment avoir une appartenance religieuse ; 77 % des homosexuels des minorités ethniques et 56 % des homosexuels blancs également ;
- 76 % de toutes ces personnes ont affirmé que leurs croyances religieuses étaient très importantes ;
- À savoir si leurs croyances religieuses avaient une influence sur le fait de vivre avec le VIH, 25 % ont affirmé que cela avait un impact sur l'usage de leur traitement, 24 % sur l'usage de la contraception et 23 % sur le dévoilement ;
- Enfin, 23 % (presque 1 participant sur 4) étaient en accord avec l'affirmation que la prière seule pouvait les guérir du VIH.

Like a prayer : the role of spirituality and religion for people living with HIV in the UK.
Ridge D & all., *Sociology of Health and Illness*. 2008 Apr; 30 (3) : 413-28

riens d'origine africaine et caribéenne. Chaque église participante décide de l'activité initiale. Les événements peuvent prendre la forme d'un sermon du pasteur, d'un témoignage, d'une discussion, d'un partage d'informations avec brochures ou même d'une séance de dépistage dans l'église même ou à la

clinique médicale du quartier. Toutes ces activités de conscientisation au VIH ou de promotion du dépistage anonyme se font, suivant les endroits, avec le soutien des organismes communautaires, des centres de santé ou des cliniques VIH.

À Montréal, on s'intéresse aussi à ce sujet, mais plus marginalement. L'organisation GAP-VIES a un projet en lien avec la foi qui vise à diminuer la discrimination dans les églises en offrant des présentations à des pasteurs afin de leur faire passer des "messages" éducatifs visant à démystifier l'infection au VIH et surtout à réduire la stigmatisation dont souffrent les personnes vivant avec le VIH. Un des problèmes majeurs, selon cette organisation, est de trouver des personnes de la communauté qui accepteraient de se dévoiler publiquement. Une clinique médicale VIH du centre-ville organise, une fois par mois, une messe pour des femmes séropositives chrétiennes, mais ces initiatives ne rejoignent qu'un nombre restreint de personnes. Sur le continent africain, les choses se passent différemment et

ce sont les pasteurs eux-mêmes, ouvertement séropositifs et/ou personnellement affectés par le VIH, qui ont créé en 2003, sous le nom d'ANERELA+, leur propre réseau de soutien et d'intervention. Leur site Internet offre de multiples ressources que GAP-VIES utilise dans ses sessions d'information. Face au succès de ce réseau dynamique, était lancé officiellement lors de la conférence de Mexico en 2008, INERELA+, un réseau international de leaders religieux, hommes et femmes aux multiples croyances, couvrant les autres régions du globe et qui s'est organisé en sous-réseaux selon les aspects communs de leurs histoire, langue, culture et religion. Ce réseau compte déjà plus de 3 500 membres.

Les membres de ANERELA+ et maintenant de INERELA+, grâce à leur position de guide moral et éthique dans la société, ont réalisé qu'ils pouvaient jouer un rôle essentiel dans la lutte contre le VIH et ils ont décidé de prendre les moyens pour y parvenir. Ces deux réseaux partagent les mêmes objectifs : faire





Un point d'ancrage au sein d'un inattendu !

Richard, 53 ans, de Montréal, vit avec le VIH depuis 13 ans

“ Le 26 octobre 1996, mon médecin m’annonce, alors que j’étais sûr du contraire, que je suis séropositif et que le virus est virulent... trithérapie immédiate ; c’est un choc et je ne sais pas quoi dire ! C’est comme si ma vie venait de se couper de la moitié ; tant de sentiments montent en même temps : colère, découragement, peur, honte, peur de la réaction des gens. Comment surmonter ces sentiments et apprendre à vivre avec cette situation nouvelle ? J’ai toujours été une personne croyante et la foi a toujours fait partie de ma vie : un ancrage intérieur où je peux retrouver une sérénité et un calme au sein de la solitude qui parfois m’entoure. Des temps de méditation au coeur de la nature ou dans un endroit propice au silence et à l’intériorité ont été, sur mon parcours, des ancrages de paix et d’espoir. Je dis bien Spiritualité, cette force intérieure qui me permet de surmonter des moments où l’espoir semble, parfois, ne plus être au rendez-vous ! C’est une relation à une Présence ! Beaucoup de personnes vivant avec le VIH font face à de l’incompréhension, du jugement, du rejet... Accepter de faire cette démarche intérieure et de laisser la foi prendre place à ma table me permet de reconnaître toute ma dignité et tout le potentiel qui m’habite pour vivre cette réalité qui est la mienne dorénavant... Le désarroi fait place à la confiance, le désespoir cède à une espérance qui ne demande qu’à s’épanouir, la peur s’ouvre à un avenir inattendu.”

reculer la stigmatisation, offrir des méthodes de prévention, de l’information et des services de soins et traitements et responsabiliser les personnes vivant avec le VIH (empowerment).

Si la spiritualité et les pratiques religieuses peuvent améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, comme les personnes des Premières nations chez qui une étude a démontré que leur cheminement spirituel n’entravait aucunement la prise des médicaments et le succès des thérapies antirétrovirales, elles peuvent aussi, parfois, accroître la discrimination et l’isolement de celles qui fréquentent certaines églises. Il s’agit de barrières systémiques (par exemple, le rejet par sa propre communauté) quelques fois plus présentes dans les pays d’accueil que dans les pays d’origine. Ce qui peut être dévastateur pour les individus nouvellement arrivés, car leur réseau social est généralement limité à la fréquentation de leur congrégation qui joue le rôle de la famille élargie qu’ils ont perdue en immigrant.

Comment une personne séropositive peut-elle vivre le dilemme suivant jour après jour ? Les consignes de son église lui imposent un jeûne régulier plusieurs matins de suite alors que son traitement antirétroviral l’oblige à prendre chaque matin, à la même heure, ses médicaments avec de la nourriture. Si le médecin connaît les contraintes de la patiente, il peut lui offrir une combinaison qui conviendra mieux et avec un moindre risque d’échec thérapeutique ou de résistance advenant la prise non régulière des médicaments. En même temps, à son église, quelqu’un de confiance peut la conseiller et la convaincre de ne pas jeûner sans pour cela mettre en danger sa foi. De tels cas sont-ils courants ? Peut-on, doit-on intégrer soins médicaux et spiritualité ?

Une recherche sur les croyances religieuses des populations les plus exposées au risque de transmission du VIH a été effectuée au Royaume-Uni pour répondre à ce type de questions. Les chercheurs ont interviewé des groupes d’hommes gais (blancs en majorité) et des groupes d’hommes et de femmes hétérosexuels, noirs africains. Les chercheurs pensent qu’une meilleure compréhension des pratiques religieuses des patients par leurs médecins pourrait faciliter le dialogue entre les deux parties et ainsi possiblement améliorer la prise des médicaments et donc l’état de santé des patients.

Certains résultats de l’étude (voir encadré en page VI) sont significatifs et confirment l’importance de la religion dans la vie de nombreuses personnes vivant avec le VIH et l’impact de leurs croyances religieuses sur leurs décisions de traitements.

Derek, 34 ans, de Montréal, vit avec le VIH depuis 2003

“**N**ous vivons à une époque désenchantée. Dans le temps, les religions et les mythes nous aidaient à baliser nos vies. Il y avait des rituels de passage pour nous faire avancer. Aujourd’hui, qui nous apprend comment gérer nos émotions et nos questions d’ordre moral ? Je crois que le VIH est comme un symptôme moderne, un moment de crise qui nous force à revoir nos vies. C’est un moment de passage. Du moins, c’est comme cela que ça a été pour moi.

Je menais une vie plutôt déséquilibrée. J’étais pris entre les désirs de mes parents qui m’orientaient vers les sciences et mon côté créatif. J’ai toujours été attiré par les questions de spiritualité. Plus jeune, j’allais à l’école du dimanche jusqu’à ce que mes frères décident de ne plus y aller. Comme j’étais le seul à m’y rendre, j’ai arrêté, mais cela me privait de guide.

Contracter le VIH m’a fait réaliser que quelque chose n’allait pas bien, c’était comme frapper un mur de brique. Cela me forçait à voir ce qui se passait. C’est là que j’ai véritablement commencé à m’intéresser à la spiritualité, afin de trouver ma place dans tout cela. En me penchant sur le conflit des religions avec l’homosexualité, je me suis attardé à la méditation, au bouddhisme et aux forces de l’univers et à réaliser que chaque religion avait des choses à nous apprendre.”

Évidemment le système médical tente de faire comprendre que si la religion peut aider, voire améliorer l’état de santé d’une personne séropositive, la foi, seule, ne peut en aucun cas guérir, car il existe une différence fondamentale entre soigner et guérir (*curing and healing*). Un débat loin d’être achevé.

On ne peut qu’applaudir aux initiatives des différents individus impliqués dans les églises pour améliorer la vie des personnes atteintes et favoriser la prévention et le dépistage. Quant au désir de formation du personnel médical dans le domaine des pratiques religieuses de leurs patients, il s’agit bien sûr d’efforts louables, mais un médecin aura-t-il vraiment le temps durant sa consultation de se pencher sur cet aspect de la vie de son patient ?

informations (en anglais) sur : www.anerela.org

Laurette Lévy

Illustrations : Olivier Dumoulin



X

>> Art

REMAIDES Québec #04

L'art à l'heure du VIH
La page où le VIH s'exprime à travers l'art



BETTY CROCKER, 2008. Photo de Bob Hendricks, Concept : Jean-Pierre Pérusse

Roberto, jeune homme africain de 40 ans, 5p6 172 lbs, séduisant. Indépendant habitant la région parisienne : recherche compagne sérieuse au Québec et Canada, 29/60 ans, séropositive ou non pour partager de bons moments ensemble et pourquoi pas plus, si affinités.

T. : 0 11 33 06 46 61 52 61 ou
rgrobertocarlos579@gmail.com

Canada - Québec

Lyse, 59 ans, 5p8 143 lbs, belle apparence, cheveux châtain long et yeux bruns, séropo depuis 94 et prend médicaments depuis 1 an, indétectable, très bonne santé, sincère, beaucoup d'amour à donner, bien dans ma tête et dans ma peau, aime la musique, les voyages : aimerais rencontrer amies et amis pour partager. Je veux connaître bien les gens avant de m'embarquer dans une relation sérieuse. Si vous vous reconnaissez et êtes comme moi, alors n'hésitez surtout pas.

T. : 819 769 3260 avec répondre

Daniel, 48 ans, 5p8 160 lbs, d'apparence jeune et soignée, social, doux, jovial, intelligent, aidant séropositif depuis 1997, indétectable et CD4 à 600, aime la musique, les loisirs et les sorties, bonne instruction et connaissant bien la maladie : aimerait rencontrer jeune femme dans la trentaine, d'apparence soignée et jolie afin de développer une amitié et une relation durable.

T. : 514 679 8571

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

Courrier

"J'ai 37 ans et suis séropositif depuis l'âge de 20 ans. (...)

Il y a environ 12 ou 15 mois j'ai développé une infection à *Molluscum*. (...) j'aimerais suggérer un article pour la revue Remaides au sujet des infections à *molluscum*..."



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

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

Comment passer une PA ?

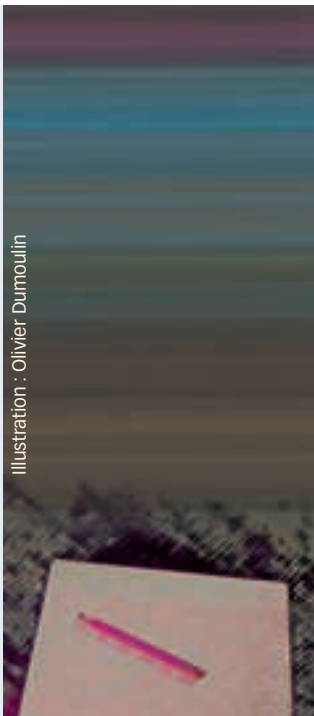
Pour passer une annonce, envoyez à Remaides Québec votre texte et vos coordonnées (nom, adresse, téléphone) à :

1, rue Sherbrooke Est, Montréal (QC) H2X 3V8 ou remaides@cocqsida.com

L'annonce qui paraîtra indiquera uniquement le moyen de vous contacter que vous aurez choisi (téléphone, courriel, adresse postal, etc.).

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

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





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



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

Vous avez la parole, prenez-la !

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

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

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

REMAIDES Québec,

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

ou par courriel : remaides@cocqsida.com

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)

Mlle 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

Petits, nous avons tous fait germer des lentilles sur du coton à l'école... C'était magique et quelle fierté de réussir à faire pousser ces "cheveux verts"... Aujourd'hui, nous sommes blasés et achetons nos légumes en supermarchés... Réveillons le "germinator" qui sommeille en chacun de nous en faisant germer des graines à la maison...

Un petit coin de paradis

Faire germer des graines et les manger est un moyen simple et ludique de s'alimenter plus sainement, avec un apport de vitamines naturelles disponibles toute l'année. Les graines germées sont fraîches, croquantes, originales et décoratives avec leur coté chevelu. Elles s'ajoutent aux salades, aux légumes, aux soupes, se glissent dans les sandwiches, se pavanent à coté d'une omelette... Les graines, en germant, subissent des transformations qui les rendent plus digestes. Germées, elles ont des propriétés nutritionnelles supérieures aux graines sèches car le taux de vitamines, de sels minéraux, d'oligo-éléments et d'enzymes est multiplié de façon spectaculaire par la germination. L'idéal est de les manger crues et fraîches, pour qu'il n'y ait pas de déperdition des vitamines par la cuisson ou lors de la conservation.

C'est facile à faire, peu coûteux, rapide, en quatre jours en moyenne, les graines ont germé. L'hiver, les graines (si possible bio-

logiques) germées sont un excellent moyen pour pallier le manque de variétés des crudités. Pour les citadins sans jardin, c'est un mini coin de nature à entretenir dans la cuisine, à votre guise, car vous n'êtes pas obligé de "jardiner" tout le temps, si vous êtes débordé ou devez vous absenter, vous arrêtez, vous lavez votre germeoir et en refaites quand vous voulez.

Des trésors nutritionnels

Les graines contiennent une réserve de nutriments "endormis", capables de donner vie à une plante entière, dès qu'elles rencontrent des conditions favorables à leur germination : de l'eau, de l'air, de la chaleur et de la lumière. Lors de la germination, la graine synthétise une grande quantité d'enzymes, et, par leur action, de nouveaux nutriments apparaissent et ceux déjà présents sont transformés.

L'amidon de réserve est transformé en sucres simples, assimilables plus facilement.

Les protéines sont décomposées en acides aminés, plus faciles à digérer.

Les lipides sont fragmentés en acides gras directement assimilables au niveau de l'intestin. Les taux de vitamines et de minéraux augmentent énormément et ils sont plus facilement absorbés. Par exemple, dans le blé germé à cinq jours de germination : la vitamine C augmente de 500 %, la vitamine A de 225 %, la vitamine B1 de 20 %, la vitamine B2 de 300 %, la vitamine B3 de 40 à 50 %, la vitamine B6 de 200 %, les taux de minéraux (calcium, magnésium, phosphore et fer) sont multipliés par deux. Une vraie caverne d'Ali-Baba...

Quel matériel faut il ?

Il existe, dans les magasins bio des germeoirs, en plastique, en verre ou en terre, de deux à quatre étages. Le germeoir le plus simple coûte environ 12 euros et a deux étages (voir photo page 28). Au Québec, les prix varient en fonction du format et du

Les graines peuvent germer sur du coton dans une assiette.



type de matériel. Mais vous pouvez utiliser un bocal en verre plus ou moins grand en fonction de la quantité de graines à germer, sur lequel vous posez un morceau de gaze (une étoffe légère, ajourée, en coton) ou une compresse que vous fixez avec un élastique ou encore plus simple, une assiette et du coton ou une compresse dépliée... Si vous voulez les goûter avant de vous lancer, on trouve des graines germées toutes prêtes en magasins bio, en supermarchés (Monoprix par exemple...)

Quelles graines ?

Pour les céréales, graines et légumineuses, prenez celles que vous avez achetées pour l'alimentation (blé, riz complet, quinoa, millet, haricots secs, lentilles, pois chiches...). On trouve facilement dans le "bio" des graines à germer d'alfalfa, de fenugrec, de radis, de moutarde... (de 2 à 4 euros la boîte), ainsi que des mélanges "tout faits" de plusieurs graines (exemple : lentilles vertes, fenugrec et radis ou quinoa, graines de tournesol, lentilles vertes et sésame ou lentilles corail, quinoa rouge, radis pourpre et fenugrec) pour environ 4 euros. Au Québec, les graines sont vendues en sac (de 125 g à 1 kilo). Les prix varient de 4 à 15 dollars canadiens. L'idéal est d'alterner les

sortes de graines pour profiter au maximum de leurs bienfaits.

Trempage, rinçage...

Toutes les graines et céréales à germer ont besoin d'un trempage d'environ une nuit, ce qui va lancer le processus. Mettre les graines dans un bol, les recouvrir d'eau. Le lendemain, rincez les, égouttez les, puis déposez les entre deux compresses (ou coton) mouillées sur une assiette, ou dans les étages d'un germeoir, ou dans le bocal. Laissez le germeoir ou bocal sur la table, il a besoin de lumière, mais indirecte (ne pas le mettre trop près de la fenêtre). Ensuite, il faut rincer les graines tous les jours et les égoutter, ce qui est facile dans le germeoir, car on arrose l'étage et l'eau coule dans la dernière coupelle vide, qu'il faut vider régulièrement. Les graines ont besoin d'air (oxygène) pour leur développement, il ne faut pas fermer les bocaux hermétiquement. Ces bocaux sont souvent retournés et inclinés sur un support, pour que l'eau s'égoutte. Le rinçage des graines est plus difficile dans l'assiette car il ne faut pas laisser trop d'eau, cela risque de moisir rapidement, et il faut enlever le coton du dessus le 3^e jour, sinon, les germes sont pris dedans. Le credo des graines germées,

c'est "bien rincé, toujours humide, jamais trempé".

Le temps moyen de germination pour des graines (avec un germeoir) varie. Il est de deux jours pour le trèfle et le tournesol décortiqué. Il est de deux à trois jours pour les lentilles, les radis et la moutarde. Il est de trois jours pour le blé, l'épeautre, le seigle, le fenugrec, les pois chiches et le soja vert (haricots Mungo). Il est de quatre jours pour la luzerne (ou alfalfa) et le quinoa, de quatre à cinq jours pour les haricots Azuki et de dix jours pour le persil. Si vous les laissez pousser une semaine de plus, vous obtenez de superbes jeunes pousses (graine germée qui a produit deux folioles vertes, riches en chlorophylle, qui résulte de la transformation de l'énergie solaire), surtout valable pour le blé, l'orge, le sarrasin, le tournesol.

Le tournesol en "jeune pousse" possède une teneur exceptionnelle en acides gras poly-insaturés (66 % des lipides totaux), en protéines (28 % du poids total avec tous les acides aminés essentiels), et en vitamines, en particulier la vitamine D. L'assiette ne convient pas pour les jeunes pousses, il y a trop de risques de moisissures. Le sarrasin non décortiqué donne facilement des jeunes pousses, très bonnes en salade.



Les graines peuvent aussi être facilement cultivées dans un germeoir.



Consommation

Laissez le germe apparaître avant de les consommer (de un à dix jours selon les graines, temps indiqué sur les boîtes). Rincez avant de les consommer. Pour certaines graines, pour éviter trop de fibres et pour une saveur plus douce, il vaut mieux retirer l'enveloppe à la base, qui est souvent amère et coriace, elle se sépare facilement en général par le rinçage (plongez les graines germées dans l'eau dans un récipient assez large et les enveloppes vont flotter en surface). La quantité idéale à manger est d'une ou deux cuillères à soupe de graines germées par jour. Le goût dépend des graines et du temps laissé à germer. Le blé et l'amarante ont une saveur sucrée, le basilic a le goût du basilic, le radis est piquant et poivré, la carotte un peu amère, le fenouil a une saveur anisée, le persil germé a le même goût que le persil, le poireau a un goût piquant, le quinoa a un goût de noisette, la roquette a un goût relevé souffré, l'alfalfa et le soja vert ont un goût rafraîchissant (en retirant l'enveloppe). A chaque récolte, il y a un goût différent à découvrir et à accorder à vos petits plats...

Conservation

Une fois germées, il faut les conserver au frigo dans un récipient fermé. Si vous le fermez hermétiquement, pensez à les aérer au moins une fois par jour, si vous le fermez non hermétiquement, vérifiez que les graines ne se déshydratent pas. De toute façon, rincez-les tous les deux jours et ne les laissez pas "poireauter" trop longtemps (pas plus de quatre jours) avant de les consommer. Il vaut mieux ne pas en faire trop à chaque fois, plutôt un petit flux continu.

Leurs super atouts santé

Le blé germé est riche en vitamine B1, B2, B3, B5 et B9, en protéines, glucides et tous les sels minéraux (calcium, cuivre, fer, sodium, zinc). Les germes de soja vert sont riches en protéines, en vitamines A, B1, B2, B3, B9, C, E. et en minéraux (calcium, fer, phosphore). Les pousses de radis sont une bonne source de vitamines C et A et de calcium. Le sésame est riche en acides gras, en protéines et en vitamines A et E. Les trèfles contiennent les huit acides aminés essentiels, les vitamines A, C et D et ils sont riches en minéraux (calcium, fer, cobalt, iode, magnésium, manganèse,

potassium, phosphore, sodium et zinc). Le trèfle rouge est conseillé en cas de déficit immunitaire par les naturopathes. Le quinoa est une des meilleures sources de protéines végétales, de phosphore, de calcium, de fer et en vitamines B et E. Le pois chiche se consomme avec un germe court, il est riche en glucides et contient des protéines, du fer, du phosphore, du calcium. Les germes de moutarde sont riches en calcium, soufre, phosphore, potassium, fer et en vitamines A, B1, B2 et C. Les lentilles germées sont riches en protéines, en fer, phosphore, manganèse, zinc, vitamines A, B1, B2, B3, B6, C. Le fenugrec stimule l'appétit, il est riche en vitamines A, B1, B2, B3, B5, D, fer et phosphore. Un apport régulier d'une petite quantité de graines germées complète agréablement l'alimentation, augmente l'apport en micronutriments, à petit prix, avec la satisfaction de les avoir récoltés soi-même en prime.

Marianne et Jacqueline L'Hénaff

Remerciements à Emma Belissa,
diététicienne diplômée d'Etat, Paris 15^e

Illustrations Yul studio
Photographies Marianne L'Hénaff



Invitez-vous à table !



Salade au Quinoa échevelée (pour deux personnes)

Deux verres de quinoa cuit, 1 avocat coupé en dés et citronné, 1 pamplemousse en dés, 2 tomates en dés, 1 petit poivron en dés, 1 boîte de thon ou 100 g de surimi (goberge au Québec) en rondelles, v inaignette, sel et poivre + 2 cuil à soupe de graines germées au choix.

Conseils de préparation : Mélanger le tout dans un saladier, assaisonner et répartir les graines germées au dessus. Réserver au réfrigérateur pendant 30 min.

Avocat au blé germé

Couper l'avocat dans le sens de la longueur, retirer le noyau, le citronner, remplir avec du blé germé, un peu d'huile, un peu d'ail écrasé ou d'échalote.

Tartines branchées

Toaster des tranches de bon pain, les tartiner de fromage s'étalant facilement (fromage frais ail et fines herbes, roquefort). Répartir au choix des olives, ou des tomates, ou des rondelles de radis, du chorizo, du jambon, rajouter des graines germées sur le dessus.

Pour réaliser des amuse-gueules bluffants

Des feuilles d'endives remplies d'un mélange de fromage blanc et de roquefort (ou d'anchois) et décorées de graines germées ou, dans une cuiller, du guacamole ou du caviar d'aubergines avec des graines germées sur le dessus.

Des canapés variés au saumon fumé, aux fonds d'artichaut, au caviar d'aubergine, au tarama, à la tapenade, au houmous (crème de pois chiches orientale), au beurre de cacahuètes et coiffés de graines germées.

Des œufs brouillés remplissant leurs coquilles coupées et lavées avec soin et couronnés de graines germées.

Et laissez germer votre imagination...



Dans les textes, tout y est pour une égalité avec le milieu libre en matière de prise en charge médicale du VIH et des hépatites et même de l'accès au matériel stérile d'injection en prisons. Pourtant, en France comme au Québec (voir en page 40), la réalité montre que cette égalité n'existe pas en matière de prévention et qu'elle est largement perfectible en matière de soins. En Suisse (voir en pages 38 et 43), il y a des initiatives, mais, là aussi, rien n'est parfait.

Santé, prévention :

Que se passe t-il en prison ?

Sur la photo, une ancienne vue aérienne de la maison d'arrêt de Nîmes avec la cour de promenade. Depuis, elle a été raccourcie. Une séparation a été bâtie pour rendre plus difficile encore l'envoi de "colis" par le dessus le mur d'enceinte. Pourtant, ici comme ailleurs, des produits entrent. C'est inévitable. Des personnes qui y ont séjourné racontent qu'on y trouve à peu près tout ce qu'on veut. Tout ? Pas de seringues propres en tous cas. Elles ne franchissent pas les murs, du moins officiellement. Cette situation n'est pas spécifique à la maison d'arrêt de Nîmes : elle vaut pour l'ensemble des établissements pénitentiaires français. Pourtant, depuis 1994, la loi instaure le principe que les mesures de santé publique doivent s'appliquer aussi bien en milieu libre qu'à l'intérieur des prisons. En 2004, la réduction des risques elle-même a été reconnue comme faisant partie des mesures de santé publique. Un décret de 2005 précise d'ailleurs que cette réduction des risques passe par la distribution de matériel stérile pour la consommation de drogues. La loi affirme donc clairement que les programmes d'échanges de seringues ou la diffusion de matériel pour sniffer, licites en dehors, ont toute leur place dans les prisons. "J'ai été saisie

d'une demande de diffusion de Roule ta paille [matériel pour sniffer, ndlr] Ma réponse a été négative, mais j'ai dit que je poserais la question à l'administration centrale, explique la directrice de la maison d'arrêt de Nîmes. Ce qui me gêne, c'est le paradoxe dans lequel nous nous trouvons avec deux logiques différentes, celle de santé qui est de prévenir les risques, ce que je comprends bien, et celle du ministère de la Justice qui héberge des personnes dont certaines sont là pour une infraction à la législation sur les stupéfiants. Leur détention est interdite en France. Je préside des commissions de discipline au cours desquelles je sanctionne des détenus parce qu'on les a découverts en possession de stupéfiants en détention et parallèlement, c'est moi qui devrait autoriser la mise à disposition de matériel d'utilisation. Nous sommes dans une contradiction à laquelle je ne trouve pas de réponse. Je m'en tiens donc à la position institutionnelle. C'est interdit donc pas de mise à disposition de matériel de consommation."

Médecin coordinateur de la consultation de dépistage anonyme et gratuite (CDAG) à la maison d'arrêt, le docteur Brosseau est favorable aux programmes d'accès au matériel stérile d'injection. Elle a d'ailleurs proposé par courrier à la directrice de la

maison d'arrêt de Nîmes d'engager une réflexion à ce sujet. Dans sa lettre, le docteur Brosseau indique qu'à plusieurs reprises elle a été confrontée, lors de ses consultations "à l'usage, par des détenus, de drogue par voie intraveineuse". "Les détenus qui pratiquent ces injections n'ont pas accès à du matériel propre et partagent souvent ce matériel avec d'autres détenus qui ont une forte probabilité d'être infectés notamment par le virus de l'hépatite C", explique le docteur Brosseau qui s'interroge ainsi que son équipe sur cette "politique de réduction des risques que nous accompagnons en ville et que nous ne pouvons pas proposer lors de l'incarcération." Une discussion s'est ouverte, mais on voit mal en l'état actuel, ce qui pourrait changer. C'est au législateur de lever cette contradiction, mais ni la Santé, ni la Justice ne s'y intéressent. Et pourtant, des études montrent que le nombre de personnes atteintes d'une hépatite C est dix fois supérieur en prisons par rapport au milieu libre. Pour le VIH, il est au moins deux fois supérieur. En prison, hormis l'offre systématique d'un dépistage à l'entrée en maison d'arrêt, la réduction des risques se limite à quelques préservatifs disponibles en accès libre dans les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA),

c'est le cas à Nîmes, et à une distribution gratuite, tous les quinze jours, de doses d'eau de Javel à 12 °. Cela permet de nettoyer certains objets (rasoirs, tondeuses, matériel de tatouage, seringues, etc.) Encore faut-il que les personnes détenues soient informées pour le faire correctement... En plus, il n'est pas rare qu'elles évoquent des problèmes de rupture dans la distribution de Javel, parfois pendant plusieurs semaines. A Nîmes, un protocole, très simple, sur l'utilisation de l'eau de Javel a été rédigé et il est diffusé aux personnes détenues. Une information du même type est faite à la personne détenue qui assume les fonctions de coiffeur. Il y a deux ans, la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales a fait une inspection à la maison d'arrêt. Les conclusions ont permis d'avancer notamment sur la désinfection du matériel pour tondre les cheveux. Ici, la plupart des personnes demandent une tonte à blanc. Le passage du rasoir, sans désinfection d'une personne à une autre, représentait un risque réel. Désormais le matériel est "décontaminé" entre chaque personne, l'usage d'un sabot conseillé, le salon de coiffure désinfecté chaque semaine et le

coiffeur reçoit une formation de la part de la médecin du CDAG, présent dans l'UCSA. Très loin d'être exemplaires en matière de prévention, les prisons françaises font-elles mieux en matière de soins ? Les réformes successivement engagées en 1986 et en 1994 pour transférer la prise en charge sanitaire du service public pénitentiaire au service public hospitalier ont profondément modifié les soins en prison. Comme on le dit à Nîmes, il s'agit "de faire

du passage en prison un temps utile", y compris en matière de santé. L'esprit de ces réformes, c'est d'offrir aux personnes détenues une qualité et une continuité de soins équiva-

lente au milieu libre. Depuis quinze ans, l'hôpital est donc entré dans la prison. En prison, les services médicaux sont des antennes extérieures d'un hôpital de proximité. A Nîmes, sont proposées des consultations de médecine générale, des consultations pour le VIH, des consultations pour les hépatites et d'autres pour les traitements de substitution. Il y a même un kiné et un dentiste fait des vacances. Pour certains examens et consultations, il faut sortir pour se rendre au Centre hospitalier universitaire Caremeau. Pour autant, l'administration pénitentiaire reste aussi un acteur de santé public et a un rôle à jouer. A Nîmes, la direction de l'établissement s'est montrée pro-active : elle propose aux personnes détenues d'assister à un temps collectif autour du thème de la santé pour leur permettre de rencontrer les professionnels et associations de santé présents dans l'établissement. AIDES y intervient. "Tous les arrivants peuvent bénéficier d'informations [...] sur les différentes prestations en matière de santé qui existent au sein de l'établissement, notamment les soins que peut recevoir un détenu toxicomane ou qui a une addiction à l'alcool, explique la directrice. Il s'agit aussi de donner le maximum d'informations à la source pour éviter que des informations erronées ne circulent en détention."

Cela peut surprendre, mais le passage en prison peut être, dans certaines situations, une bonne occasion de commencer à se soigner mieux encore qu'à l'extérieur. "La confiance est un élément important", rappelle Carmen Urdiales de AIDES. Elle

intervient avec sa collègue Omry lors des accueils et tient une permanence chaque semaine pour des entretiens individuels. "Les personnes peuvent venir parler aussi bien des modes de contamination que de la substitution. Nous sommes comme un médiateur entre eux et le personnel soignant. Les personnes nous disent des choses qu'elles voudraient faire passer aux médecins, mais qu'elles ne leur disent pas directement. On parle aussi des pratiques, de la consommation de produits... Pouvoir parler librement de ces sujets permet d'instaurer un climat de confiance. C'est important surtout lorsque la personne souhaite démarrer un traitement." Malgré les efforts, l'accès aux soins en prison connaît pas mal de difficultés. La principale est liée à la surpopulation carcérale. On compte en France plus de 63 000 personnes détenues, c'est l'équivalent de la ville de Quimper ou de celle d'Aubervilliers en prison ! Les taux d'occupation par rapport aux places disponibles sont délirants. A Nîmes, ce taux atteint 185 %. Concrètement, cela veut dire que la prison prévue pour accueillir 194 personnes en héberge, en moyenne, 378. Le secteur pour les femmes, de 20 places, en reçoit 39 ! Une des conséquences, c'est le manque de personnel. Du coup, dans beaucoup de prisons, les surveillants jonglent avec les priorités et des "extractions" (le fait de sortir une personne détenue pour la conduire en consultation à l'extérieur) sont souvent annulées faute de véhicules ou de personnel disponible. Un problème d'accès aux soins majeurs dont rend compte un

rapport officiel¹ Une autre difficulté est l'absence de confidentialité. Les surveillants ouvrent les portes de l'UCSA. Ils sont témoins de beaucoup de choses. A Nîmes, sur un tableau proche de l'armoire à pharmacie, il y a le nom d'une personne et son traitement. Difficile de ne pas savoir pour quoi elle est soignée. Il ne faut pas être devin pour comprendre que, pas plus qu'à l'extérieur, la séropositivité n'a bonne presse dans les prisons, chez les personnes détenues comme chez les professionnels. Il y a bien des formations des personnels, mais elles ne sont ni prioritaires, ni systématiques. A Nîmes, il y en a eu une... mais sur la grippe aviaire.

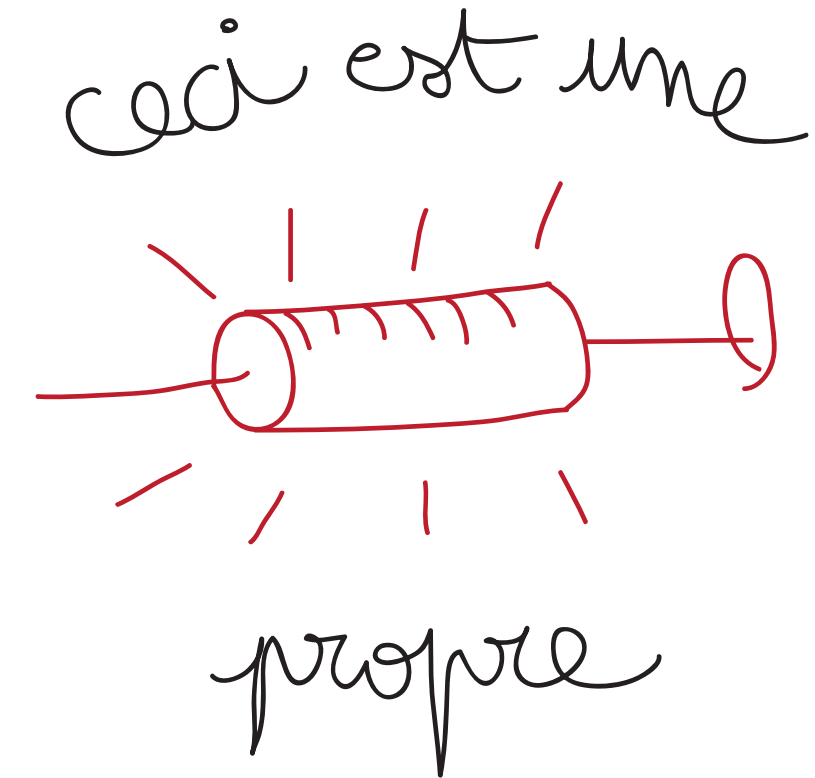
Un des problèmes récurrents dans l'accès aux soins est le non respect du statut de malade. Le rapport du Contrôleur général répertorie des exemples fracassants : une gardienne assistant à un examen gynécologique, des prises de sang effectuées sur des personnes menottées, etc.¹

Et quant à la sortie, peu de choses sont faites pour le suivi, la poursuite d'un traitement démarré en détention. Il existe bien un Service pénitentiaire d'insertion et de probation qui assure le lien avec la vie d'après la prison, mais la santé ne fait pas partie de ses missions. Il ne reste plus alors que l'UCSA, sans moyens réels, et les associations.

Dossier réalisé par :
Nicolas Charpentier, J.-F. Laforgerie,
René Légaré et Sandra Essid
Illustrations : Yul Studio,
Vincent Cammas et Kolrr Tawiz
Photos : Nicolas Ducret

Moldavie : Seringues propres en prisons

Les programmes pilotes d'accès au matériel stérile d'injection dans les prisons moldaves ont été lancés il y a huit ans maintenant. C'est l'argument de la santé publique qui a convaincu les autorités moldaves de l'expérimenter. Un argument qu'on comprend à Chisinau, la capitale, mais toujours pas à Paris. L'un des plus grands défis a été de convaincre les surveillants et les chefs de détention. Pour cela, des formations régionales sur le VIH, les hépatites et l'usage de drogues ont été organisées. Des formations du même type ont également été proposées aux personnes détenues dont certaines sont d'ailleurs devenues volontaires. Si ces programmes fonctionnent, c'est aussi parce qu'ils obéissent à plusieurs principes : l'anonymat, la confidentialité, l'accès sans interruption (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7), le travail de prévention et d'information mené par les personnes détenues volontaires et l'échange "1 contre 1" (une seringue usagée pour une seringue neuve). Au départ, seuls les services médicaux distribuaient du matériel d'injection, mais les programmes étaient peu fréquentés. Le choix a donc été fait d'opter pour une distribution par des personnes détenues volontaires. Le matériel stérile d'injection est uniquement distribué dans les lieux de vie (et pas dans les zones administratives ni les ateliers). Les volontaires bénéficient d'une confiance absolue. Ils rendent les seringues usagées aux travailleurs sociaux qui leur en fournissent de nouvelles. Grâce à ces programmes, on observe une diminution des nouveaux cas



de VIH et d'hépatites parmi les personnes détenues usagères de drogues par voie intraveineuse, une baisse de la discrimination à l'encontre des personnes détenues séropositives et/ou usagères de drogues. On constate aussi un accès accru aux traitements de substitution et une meilleure prise en charge psychosomatique. Ces programmes ont aujourd'hui été mis en place dans sept des dix-huit prisons de Moldavie. 60 000 seringues y sont distribuées chaque année. Les personnels pénitentiaires des établissements

concernés se disent fiers de ces programmes et aucune seringue souillée n'a été trouvée lors des fouilles. La Moldavie mène actuellement une réforme progressive des prisons, notamment en limitant les peines d'emprisonnement (de 10 000 personnes détenues en 2002 à 6 500 en 2008). Un mouvement très exactement contraire à celui que connaissent aujourd'hui la France et le Canada.

"En prison, comme à l'extérieur, les toxicomanes sont mal jugées. Tout se sait et on parle de nous "par derrière". Mais vis-à-vis des gardiennes, je ne pense pas qu'elles fassent vraiment la différence. Même si c'est vrai qu'elles sont comme nous et que quand elles sont entre elles, elles papotent... Et tout finit par se savoir..."

Catherine :

"Je ne veux pas qu'on me rabaisse !"

"Moi, j'ai eu pas mal de problèmes car je ne veux pas qu'on me rabaisse. J'ai été changée de secteur récemment et une fille que je ne connais même pas depuis trois jours m'a dit que la chef d'atelier lui avait dit que... Bref, ça fait chier ! En plus, ici, c'est une toute petite prison, tout le monde est débordé. Les gardiens sont surchargés et ils n'en peuvent plus ! Pour le médical, comparé à il y a six ans, ça s'est amélioré. Ils s'occupent un peu plus et un peu mieux de nous. Parce qu'à l'époque, ce n'était vraiment pas ça. Je suis arrivée ici pour des bagarres et on a voulu me faire prendre un médicament sans rien d'écrit dessus. J'ai commencé à 30 mg et je suis allée jusqu'à 1 300 mg. J'ai alors remarqué que cela amplifiait mes humeurs. Pour moi, le médecin pousse pour que l'on prenne des médicaments neuroleptiques et c'est la même chose pour la méthadone. Je pense à des filles qui se retrouvent avec 50 cc de méthadone et après, à la sortie, c'est un gros problème pour baisser les quantités. Je pense que c'est pour que l'on reste calme, surtout les forts caractères comme moi. Même quand on ne veut pas les prendre, ils nous en mettent dans la barquette. Alors, quand on a le blues, la barquette est là et on rentre dans

l'engrenage des médicaments et c'est pire que quand on est rentrée en prison. Et il y a l'inverse, si tu entres sans méthadone en prison, tu n'en obtiendras pas. Pour être reçue par un médecin, il faut remplir des fiches [à chaque fois] et on nous demande de ne pas en remplir trop... Il faut parfois attendre

des mois avant de pouvoir voir quelqu'un. La prison, c'est l'usine ! A propos, si vous travaillez, alors là, vous êtes très bien vue, vous obtenez même la conditionnelle. Si vous ne travaillez pas, vous n'avez rien ! Moi, j'avais des inflammations aux épaules, je ne pouvais pas travailler en cuisine, et le chef de cuisine ne voulait rien savoir. Il faut être "par terre", si on veut qu'ils appellent l'ambulance ! J'avais un problème aux dents, une carie. Le dentiste arrive, sans se présenter, puis il "bricole". Des mois après, il fallait m'arracher la dent... Mais le dentiste n'a pas voulu (...) Si tu restes quatre ans en prison, t'as plus de dents ! Et il y a autre chose. Une fille que je connais faisait des petites hémorragies avec des caillots de sang. Ils l'ont laissée neuf mois comme ça avant de l'amener au

Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud. Pour y aller, c'est dur, quand on n'a pas les papiers."

Catherine



A 46 ans, Nasser a démarré un traitement contre l'hépatite C à la maison d'arrêt de Nîmes (en France) qu'il a quittée depuis quelques mois. A son premier bilan après son traitement, les résultats étaient bons.

Nasser :

“On peut se soigner en prison”

“ Je connaissais déjà la maison d'arrêt de Nîmes . Lors de mon premier séjour, il n'y avait pas encore le quartier des nouveaux arrivants qui a été créé pour qu'on s'adapte à la vie en prison. J'ai trouvé la vie en prison, les rapports entre les gens beaucoup plus durs aujourd'hui qu'il y a quelques années. C'est particulièrement vrai pour les personnes qui sont toxicomanes. Il suffit de pas grand-chose, qu'on voit l'infirmière te donner des cachets et tu passes pour un toxico. Il y a des insultes, des “Sale toxico, on va te crever !” qui sont hurlés depuis la promenade sous les fenêtres. Je me souviens qu'il y avait un mec qui ne sortait jamais de sa cellule pour aller en promenade à cause de ça (...) Le problème n'est pas qu'avec les mecs en cellule, ça se pose aussi avec les gardiens. Il y a des matons qui refusent de te serrer la main ou qui marchent à distance de toi dans les couloirs comme s'ils craignaient de choper quelque chose. On se croit au Moyen âge, au temps des sorcières ! Cela fait plus d'une dizaine d'années que j'ai l'hépatite C. Quand j'étais à l'extérieur, on ne m'a jamais proposé un traitement ni même un suivi médical (...) C'est la prison qui a fait office de déclencheur pour mon traitement contre l'hépatite. J'en ai parlé à Carmen¹. On a discuté de la peur par rapport aux traitements, des pourcentages de réussite... J'avais confiance. J'ai quand même débuté un traitement assez tardivement. Ça a été plus simple de le démarrer en prison car on n'est pas obligé de faire des activités. Si j'avais besoin de dormir à cause des traitements qui me fatiguaient, je pouvais le faire, même toute la journée. J'ai eu aussi la chance de pouvoir compter sur la personne qui partageait la cellule avec moi, un Algérien de 58 ans. Il a été plus compréhensif avec moi que des jeunes mecs qui sont nés en France. Il m'a même aidé pour la cuisine, la lessive lorsque j'allais mal à cause des traitements. Mais ce n'est pas le cas pour tout le monde, la plupart du temps lorsqu'on est malade, il n'est pas rare d'être



refoulé comme une merde. Et pas seulement par les autres détenus. Lorsqu'on a une hépatite, on a peu de chances de trouver du travail dans la prison. On ne bossera pas à la lingerie, ni à la cuisine et on ne sera pas “gameleur”².

Ce qui a compté aussi, c'est de pouvoir préparer ma sortie. Je l'ai fait sur les conseils de Carmen qui m'a expliqué quelles démarches faire. Ma crainte était de me retrouver à la rue après mes mois de prison et de ne pas savoir qui prendrait la suite pour mon traitement. J'ai fait les démarches. On m'a aidé lorsque j'en avais besoin. Très vite après ma sortie, j'ai eu un appartement thérapeutique géré par une association. Je vois un éducateur deux fois par semaine, une assistante sociale aussi. J'ai aussi la chance d'avoir des gens autour de moi qui sont là pour me soutenir.”

Nasser

(1) Salariée de AIDES qui intervient chaque semaine à la maison d'arrêt de Nîmes.

(2) Personne détenue qui a la charge de la distribution des repas.

Suisse :

l'échange de seringue en prison, allons voir !

Les infirmiers présents à la prison de Champ-Dollon, dans le canton de Genève, pratiquent depuis plusieurs années l'échange de seringues. Cette activité répond à la mission de l'unité médicale qui est notamment de prévenir les maladies transmissibles et de mettre en œuvre l'équivalence des soins, aussi pour la réduction des risques qui est pratiquée et reconnue à l'extérieur.



L'entretien

Lors du bilan d'entrée, une infirmière rencontre chaque nouvel arrivant afin d'établir son dossier médical et aborder la question des dépendances.

La consultation
Une infirmière spécialisée assure une consultation spécifique sur les addictions.





La demande de consultation

La demande à l'unité médicale pour du matériel d'injection se fait par écrit en déposant le formulaire dans la boîte aux lettres de l'étage ou directement auprès d'un infirmier lors de son passage pour la distribution des médicaments.

La distribution du matériel d'injection

La remise du matériel d'injection se fait à la porte de la cellule lors du passage suivant de l'unité médicale.



L'échange du matériel d'injection

La mise à disposition de matériel d'injection est basée sur l'échange, la personne détenue rend ses seringues usagées dans le tube prévu à cet effet.



Reportage réalisé par Sofie Laeur et Nicolas Charpentier.
Photos de Nicolas Ducret.
Remerciements à l'Unité médicale pénitentiaire du canton de Genève, ainsi qu'à la direction de la prison de Champ-Dollon pour leur soutien.

Au Québec, il existe deux types d'institutions carcérales, celles dirigées par le gouvernement provincial et celles sous l'administration fédérale. Comme cela se passe-t-il dans les prisons provinciales ? Reportage par René Légaré.

Québec :

Soins de santé en prisons provinciales

Au début de l'épidémie, très rapidement les milieux carcéraux du Québec ont reçu des prisonniers séropositifs au VIH. Tout aussi rapidement, ces milieux ont porté atteinte aux droits élémentaires de ces détenus. Bris de confidentialité, isolement, refus de soins spécialisés ou de traitement étaient monnaie courante. Aujourd'hui, la mentalité des milieux carcéraux face aux détenus atteints du VIH ou de l'hépatite C a évolué grâce, entre autres, au travail acharné d'intervenants communautaires et d'avocats spécialisés en droits de la personne. Plusieurs avancées ont permis à ces personnes d'avoir accès aux soins nécessaires à leur survie. Cependant, l'accès aux soins, aux traitements et au soutien psychologique varie d'un établissement à l'autre et les principales interventions pour éradiquer la propaga-

tion du VIH et des hépatites ne sont toujours pas permises.

Julie est travailleuse sociale dans l'équipe externe ITSS-CLSC¹ du Centre de santé et des services sociaux d'Ach加斯ic et Montréal-Nord qui œuvre dans trois centres pénitenciers provinciaux de la région montréalaise. D'emblée, d'une voix chaleureuse et qui exhale l'humanisme, elle dit qu'elle et ses collègues interviennent : "Auprès d'une personne et non pas d'un bandit ! Notre approche est humaine et respectueuse de l'individu et permet le développement de relation de confiance". Elle a brisé la glace. Du coup, sans crainte, je suis prêt à plonger au cœur d'un monde que je connais à peine. Voici donc comment ça se passe, en 2009, dans ces prisons lorsqu'une personne vit avec le VIH ou le VHC. Régulièrement, Julie et ses collègues tiennent un kiosque d'informa-

tion où les personnes incarcérées peuvent venir questionner ou ramasser des dépliants. C'est l'activité "brise-glace". Le moment où souvent les personnes détenues s'engagent dans un processus de dépistage. Lors des rencontres avec l'une des infirmières de l'équipe, la personne aura accès au dépistage du VIH et des hépatites, à la vaccination contre les virus de l'hépatite A et B, au suivi avant et après le test et à des condoms. Lorsque le test du VIH est positif, la personne détenue est dirigée, à l'externe, dans des cliniques spécialisées VIH où elle est suivie et obtient son plan de soins. Julie précise qu'il n'y a pas de barrières d'accès aux nouvelles molécules, aux médicaments d'exception et aux calmants. Sur demande, la personne peut être suivie à l'interne par l'équipe ITSS-CLSC. Elle a aussi accès au soutien psychosocial. Les personnes avec une hépatite C ont accès aux mêmes services. Elles sont soignées par des gastro-entérologues et peuvent participer à des groupes de discussion offerts par le CAPAHC (Remaides Québec, No 4, p. V).

Lors des rencontres psychosociales, Julie informe ses patients sur les moyens de diminuer les risques de transmission du VIH et des hépatites. Dans un contexte où l'accès aux objets du quotidien, tels les brosses à dents et les rasoirs, est difficile,

Délai de carence !

Au Québec, lorsqu'une personne vivant avec le VIH, le VHC ou en traitement de méthadone est arrêtée, elle subit obligatoirement un arrêt de traitement. En effet, au niveau provincial, le système actuel ne permet pas à une personne nouvellement incarcérée d'être traitée sans avoir été vue par le personnel médical de la prison. Si elle est emprisonnée le vendredi et que le médecin du centre de détention n'est présent que le mardi suivant, c'est six jours de traitement que cette personne manquera. Une période largement suffisante pour qu'il y ait un risque de développement d'une résistance au traitement (VIH) ou pour l'apparition des symptômes d'un sevrage à la méthadone.

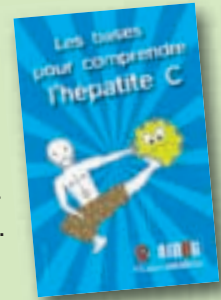
(1) ITSS-CLSC : Infections transmissibles sexuellement et par le sang - Centre local de services communautaires



La santé en prisons en France

Cette brochure de AIDES donne les bases pour comprendre l'hépatite C (un côté de la brochure) et le VIH/sida (l'autre côté du document). Elle fait aussi le point sur les questions de santé en prison : ce à quoi on a droit, la prévention en matière d'injection de drogues, etc. Un lexique permet de comprendre qui fait quoi en matière de santé et d'insertion en prison.

Cette brochure est diffusée en prisons par les Unités de consultation et de soins ambulatoires. Elle est téléchargeable sur : www.aides.org



elle leur enseigne que le partage de ces objets peut être un moyen de transmettre l'hépatite C et leur donne des trucs pour les garder et les cacher. Ce n'est donc pas au niveau des soins que le bât blesse, mais bien à l'accès au matériel pouvant limiter la propagation de ces infections. Sachant qu'il est facile de transmettre l'hépatite C par l'utilisation d'objets sanitaires du quotidien, il est difficile de comprendre pourquoi les détenus n'ont pas accès facilement à ces produits. De plus, les seringues stériles, le matériel stérile pour le tatouage et l'eau de Javel pour désinfecter ne sont pas accessibles. Seuls les condoms sont distribués, et pas par la prison, mais bien par l'équipe ITSS-CLSC. Quant à la méthadone, elle est accessible seulement aux personnes ayant entrepris leur traitement avant l'incarcération. Il est impossible de commencer un traitement à l'intérieur des murs.

Dans les prisons où Julie et ses collègues interviennent, les personnes ont accès à des soins et des services appropriés.

Louise Provost, directrice générale de l'or-

ganisme Sidaction Trois-Rivières précise que les prisonniers du Centre pénitencier provincial de Trois-Rivières ont accès aux mêmes services. Elle considère même, étant donné que l'association ne reçoit plus de plaintes, que l'accès aux soins a dû s'améliorer. Cependant, elle rapporte que les détenus semblent avoir de la difficulté à obtenir certains calmants. D'autres ont rapporté ne pas avoir reçu les soins d'urgence dont ils avaient besoin.

Devant les similarités des soins offerts en en Mauricie et à Montréal, peut-on dire qu'il en est de même dans l'ensemble du milieu carcéral québécois ? Le programme national de santé publique 2003-2012, dans sa version 2008, stipule que "les services et les activités jugés efficaces en matière d'ITSS [IST] doivent être réalisés dans les milieux de vie des populations à risque les plus exposées : ... mais aussi les centres de détention." Ce qui laisse entendre que les soins de santé et de soutien psychologique pour les personnes vivant avec le VIH ou le VHC ainsi que le dépistage sont des services

généralisés à l'ensemble du réseau correctionnel québécois. Ce qui malheureusement n'a pu être confirmé. Les différences notées découlent probablement des diverses considérations à l'égard des droits des détenus. Cependant, ce même réseau n'est toujours pas chaud à l'idée de favoriser l'accès au matériel d'injection stérile en milieu carcéral tel que le rapporte le programme : "Bien que l'impact de ce type d'intervention soit reconnu, les conditions nécessaires à son implantation ne sont toujours pas présentes. Pour ce faire, la poursuite des discussions avec le réseau de la sécurité publique est donc de mise."

René Légaré

Remaides Québec proposera dans un de ses prochains numéros un dossier sur l'accès aux soins dans les prisons gérées par l'administration fédérale.

“Je suis en prison pour avoir dealé et je l’assume complètement. Pour consommer, il me fallait de l’argent et pour ça j’aurais dû : soit me prostituer, soit voler, soit dealer. Comme je ne veux pas me prostituer, que j’ai très peur de voler alors c’est dealer. En 2007, j’ai été jugée pour trafic de stupéfiants et j’ai eu quinze mois de prison, avec l’année dernière, la conditionnelle.”

Anna :

“Je ne me sens pas prête à arrêter à l’extérieur”

Avoir d’un coup tous ces interdits, cela a été la pire année de ma vie de toxicomane et je n’ai jamais autant consommé que cette année-là. La conditionnelle, cela ne m’a pas aidée. J’ai même eu l’impression de revenir à l’adolescence, avec ma mère à me dire fait pas ci...

En prison, j’ai l’impression que l’on me prend moins au sérieux parce que je suis toxicomane. Quand je suis arrivée, j’ai dû demander quatre fois pour aller au Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud pour savoir où en était mon hépatite. En 2007, quand je suis arrivée pour mes quinze mois, cela faisait un mois que j’avais appris ma maladie et je ne savais rien sur mon état de santé. J’ai réussi à faire ces examens et on m’a dit que je n’avais pas besoin du traitement par Interféron pour le moment. Je pense qu’au niveau du traitement, ils n’entreprennent rien. Ils attendent que je finisse ma peine et on verra à l’extérieur (...) Dans la prison, je sais qu’il y a deux ou trois femmes qui ont une hépatite et autant qui sont séropositives, mais elles n’en parlent pas. Je pense qu’elles ont peur d’être jugées. Déjà le fait d’être en traitement méthadone, ça fait que l’on est classée comme toxicomane, donc comme personne qui n’est pas de confiance, menteuse, voleuse... Et ça, ça peut être dur. Je pense que si on faisait des réunions avec les autres détenues pour leur expliquer les risques qu’il y a ou qu’il n’y a pas, cela nous permettrait, à nous, d’expliquer aux autres filles ce qu’est l’hépatite C, le VIH ou la toxicomanie. Après cela, elles comprendraient mieux, cela se passerait mieux (...) A l’extérieur je consommais beaucoup, de la cocaïne tous les jours, de l’héroïne tous les jours. J’essaie maintenant de baisser mon traitement méthadone car la semaine avant d’arriver ici j’ai eu un peu peur de ne plus rien avoir. J’ai augmenté la méthadone de 12cc. A l’extérieur, j’allais la chercher tout les deux jours, et ma dose du soir je l’emportais. Cela me permettait de la vendre pour le lendemain pour ma consommation d’héroïne. Comme je savais qu’en prison ce serait fini, j’avais peur que ma

prescription ne suffise pas alors j’ai décidé d’augmenter avant. Pour moi, il valait mieux assurer, plutôt que d’être pas bien moralement et pas bien physiquement. Pour le baisser, c’est avec le psychiatre que l’on voit ça, et quand le moral va, il accepte, et j’ai déjà 2cc en moins. Ici, je fais une pause, même si j’ai de bonnes raisons pour arrêter, je ne me sens pas prête à arrêter à l’extérieur. Mais je sais qu’il faut que je fasse attention à ma consommation à la sortie car il y a beaucoup d’overdoses une fois dehors.”

Anna

Des drogues en prisons... en France

Il est absurde d’avancer qu’il n’y a pas de drogues en prisons pour justifier, entre autres, le refus de programmes d’accès au matériel stérile d’injection. Ça ne fait peut être pas plaisir à l’administration pénitentiaire française, mais la consommation de produits existe bel et bien en prisons. Les autorités le reconnaissent d’ailleurs officiellement. Dans le *Rapport de la Mission Santé-Justice de 2000* de la Direction générale de la santé et de l’Administration pénitentiaire, on peut lire : “L’ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l’incarcération restent consommés dans des proportions moindres pendant l’incarcération (...) Selon les études, entre 20 et 43 % des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse interrogés déclarent s’être injecté un/ou des produits au cours de leur vie alors qu’ils étaient incarcérés (...) Des pratiques de partage de matériel existent. Les seringues sont également réutilisées¹.”

(1) Rapport de la Mission Santé-Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, décembre 2000.

Florian Hübner est directeur de la prison de la Tuilière sur le canton de Vaud en Suisse depuis 2006. Cet établissement accueille des personnes détenues dans deux secteurs pour les détenues femmes en exécution de peine et en détention avant jugement et un secteur pour hommes en détention avant jugement. Il a accepté de répondre aux questions de Remaides sur l'accès aux soins en prison.

Florian Hübner :

“Un sujet éminemment sensible”

L'échange de seringues en milieu carcéral est une pratique peu répandue. Qu'en pensez-vous en tant que directeur d'établissement ?

L'échange de seringues n'existe, officiellement, quasiment nulle part dans les prisons suisses. C'est un sujet éminemment sensible, parce que politiquement, dans les médias et pour l'opinion publique, tout ce qui touche à la toxicodépendance est à distinguer des autres problèmes médicaux. De plus, nous sommes toujours confrontés au paradoxe qui voudrait que des personnes qui sont incarcérées pour trafic, consommation ou actes liés à la consommation ou au trafic de drogues puissent continuer à consommer durant leur détention, en ayant accès à des seringues neuves. Le personnel de surveillance a parfois de la peine à comprendre qu'on puisse laisser ces détenus “pratiquer ces délits” en milieu carcéral, malgré le cadre légal. Cela dit, je peux comprendre qu'on me demande de distribuer des seringues à des détenus

dans une perspective de réduction des risques, car je me dois d'éviter une détérioration de leur état de santé. Mais je vois, néanmoins, une limite à cela. Aux détenus qui me parlent de leur consommation, je dis toujours que ça leur appartient, que c'est leur problème, mais que nous les aiderons s'ils souhaitent arrêter, à gérer différemment leur consommation. Là où je ne suis pas d'accord, c'est quand la personne qui ne consomme pas est contrainte à assister à l'injection ou invitée à consommer parce qu'elle partage sa cellule avec un détenu toxicodépendant. Il faut être extrêmement vigilant là-dessus. Le fait de s'injecter de la drogue devant un co-détenu non-consommateur, c'est d'une violence insupportable. C'est aussi une question de prévention.

A ce propos, trouveriez-vous pertinent de créer des salles d'injection en milieu carcéral ?

Cela poserait des problèmes pour des détenus qui s'injectent des drogues plusieurs fois par jour, notamment en termes de gestion des déplacements. Cela dit, on pourrait imaginer que l'on installe des distributeurs de seringues dans les couloirs comme à Hindelbank [une prison suisse pilote en matière de prévention], afin de privilégier une certaine autonomie des détenus toxicodépendants, tout en avertissant le personnel surveillant pour qu'il sache qu'il peut tomber sur des seringues usagées lors de la fouille des cellules. Il existe aussi l'expérience des programmes d'héroïne médicalisée dans les prisons Oberschöngrün à Soleure et Realtà dans les Grisons. Dans la réalité, et pour autant qu'on puisse le dire avec certitude, on observe que le mode de consommation par voie intraveineuse semble relativement peu courant en milieu carcéral, au profit d'autres formes de consommation. Plutôt que d'ouvrir une salle d'injection, c'est une approche globale des dépendances qu'il faut privilégier.

Propos recueillis par Nicolas Charpentier



Interview en version intégrale sur : www.seronet.info



A table !

Envie d'une bouchée croquante d'asperges sauce hollandaise ? Ou plutôt tenté par une terrine de queue de bœuf en gelée ? C'est une large palette de spécialités culinaires qui se trouve au menu de la nouvelle campagne du Groupe sida Genève, intitulée "La table des sexualités". Son objectif est de sensibiliser tout un chacun à la diversité des pratiques sexuelles, en particulier de déstigmatiser les relations entre hommes. On y trouve des plats suggestifs qui laissent place à l'imagination et quelques messages santé qui se glissent au fil du menu. Une façon humoristique et alléchante de faire réfléchir au respect des différences et aux représentations véhiculées sur l'homosexualité. Car lutter contre le sida, c'est aussi lutter pour la diversité.

Pour découvrir la campagne en images, une seule adresse : www.empire-des-sens.ch

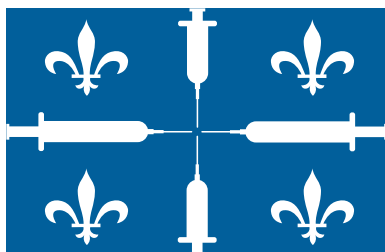
5 000 personnes ont signé la pétition de la Coalition de réduction des méfaits de Québec demandant à l'Assemblée nationale de soutenir la mise en place de sites d'injection supervisée afin de venir en aide aux 23 000 utilisateurs de drogues injectables vivant à Montréal. Cette pétition a été déposée à l'Assemblée nationale le 19 mai 2009.

Transmission : le TRT-5 le fait "savoirs" !

Le TRT-5 a organisé, en mars dernier, une rencontre scientifique sur la transmission sexuelle du VIH. Il s'agissait de réfléchir (informations scientifiques à l'appui) à la sortie, en janvier 2008, de recommandations de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida sur la charge virale et la transmission. Ces recommandations ont ouvert un très large débat (qui se poursuit depuis, voir en page 18). Lors de cette rencontre, des chercheurs ont fait des présentations de leurs travaux et des données disponibles. Le site du TRT-5 les met aujourd'hui à disposition sur son site.

Elles sont consultables et téléchargeables sur : www.trt-5.org, dans la rubrique Actualités.

300 millions de dollars en 2008. C'est la somme qu'a rapportée le prélèvement de quelques euros par billet d'avion adopté par treize pays. Cette somme est reversée à Unitaid, une structure destinée à l'achat de médicaments contre le sida, le paludisme ou la tuberculose. Le gouvernement français indique qu'une quinzaine d'autres pays sont en train de réfléchir à sa mise en place.



Un œil sûr... (par Rash Brax)



Pénalisation : la relaxe confirmée en Suisse

Le verdict d'acquittement prononcé en février dernier par le tribunal d'appel de Genève en faveur d'un homme séropositif sous trithérapie (voir *Remaides* n°71) poursuivi pour "délit manqué de propagation d'une maladie de l'homme" est définitif. Le Tribunal fédéral suisse a jugé irrecevable le recours de deux de ses ex-partenaires (séronégatives) contre cet acquittement. Pour le Groupe sida Genève, il s'agit d'une victoire, mais en demi-teinte car le Tribunal fédéral ne s'est pas prononcé sur le fond (on ne peut pas être poursuivi pour mise en danger lorsque sa charge virale est indétectable puisqu'on ne peut plus transmettre le virus), mais pour une question de procédure.

Entrera, n'entrera pas ?

Un an après que les Etats-Unis ont annoncé l'abolition de la loi qui ne permet pas la libre circulation des étrangers séropositifs sur son territoire, il semble qu'enfin les démarches aient débuté. La nouvelle loi a été rendue publique au début du mois de juillet, ce que confirme la revue gaie *The Advocate*. Les Américains ont quarante-cinq jours pour commenter cette loi. Après cette période d'affichage public, la loi sera ajustée s'il y a lieu et puis ce sera le temps des démarches administratives avant son entrée en vigueur avant la fin de l'année 2009.

À cœur et à cris

Mille et un... ou la valse des T4

Mille et une nuits, mille et une raisons, mille et une... Je suis groggy : je suis en consultation à l'hôpital et mon médecin vient de m'annoncer les résultats de mon dernier bilan. "Et les T4, vous en avez... (inintelligible)" Je n'entends pas, pardon ? Je lui fais répéter et il se marre : "Mille et un, vous avez MILLE ET UN T4 !" Stoned, la Maripic. Première pensée : mais c'est trop, ça, je suis même un peu angoissée, incroyablement. Bien sûr, je sais que ce chiffre est comme une photo de ma formule sanguine à un moment donné, celui de la prise de sang, et que si celle-ci avait été faite un peu avant ou après, le résultat aurait été différent. Tout est mouvant et change tout le temps. Et que le prochain bilan dans six mois sera autre. C'est d'ailleurs pourquoi le pourcentage de T4 est bien plus important que leur nombre réel. Mais quand même. C'est symbolique aussi. Mille et un. Surtout mille ET un. Ce petit "un" qui donne toute sa saveur, sa force à toutes les mille unités de ce mille. Ce petit "un" qui les fait exister chacune l'une après l'autre, bien davantage que noyées dans la masse de "mille" tout court qui s'écrit invariablement au singulier car devenu unité de mesure à son tour. Un petit "un" magique. Mille T4 bof, mille et un, ça vous parle ! Et me voilà catapultée dans mon passé un peu lointain, une vingtaine d'années mettons, une autre planète, la préhistoire de la maladie, une époque où nous n'avions pas ou très peu de médicaments et où les T4 se faisaient la malle plus vite qu'il

n'en faut pour le dire... Les souvenirs surgissent, comme si c'était hier : J'étais en vacances chez mon père, sur son île de l'Atlantique. Au téléphone, une amie proche qui me souffle dans un sanglot : "J'en ai plus !" (de T4, s'entend). "Viens", je réponds. Le lendemain, elle était là. Pendant une semaine, nous nous sommes gavées d'embruns salés, enivrées des parfums de la forêt, vélo le long des grèves désertées hors saison, bâfrées de coquillages et crustacés, cramponnées à la vie, quoi. L'océan, ça booste les globules blancs, je lui disais. Pour moi, cela a toujours été. Pour elle, ce ne fut pas le cas. Un autre, il lui en restait

trois, des T4. Il les avait baptisés Riri, Fifi et Loulou, des noms des neveux délurés du Donald de Disney. "Comment vont les neveux ?", on lui demandait... Moi, forte de mon "nadir" de soixante-dix, je me pensais riche, et je leur en aurais volontiers donné quelques-uns. Ce joli mot à consonance orientale de "nadir" signifie le nombre de T4 le plus bas où vous êtes jamais descendu dans votre vie de plombé(e). Donc tout le monde a un nadir ! Maintenant, les toubibs s'en servent pour faire des projections de calculs de probabilités de prédictions de (mal)chances de voir arriver, plus ou moins rapidement, des événements désagréables dans notre longue vie de séropo. Pour faire vite, plus bas on est descendu, moins c'est bon, en général même avec la restauration immunitaire. Mais ça on ne le savait pas, on savait pas grand'chose d'ailleurs en ces temps antédiluviens où même la mesure de la charge virale



VIH strip (par Rash Brax)



Selon une étude internationale (Atlis : 3 000 personnes séropositives dans dix-huit pays), 48 % des personnes disent que c'est "avec leurs parents [qu'elles] parlent le plus de leur séropositivité".

n'existait pas, vous imaginez !! ... Adieu, mes chers disparus, j'arrête de faire mon ancienne combattante, et je refais le voyage spatio-temporel dans l'autre sens. Hop, me revoilà au temps des mille et un T4, en 2009, où les choses ont bien changé dans nos pays du Nord (mais pas tellement ailleurs) puisqu'on y apprend désormais à "bien" vieillir avec le VIH, entre autres. Mais nous ne sommes pas au bout de nos surprises, le virus est vicelard... L'autre jour, recevant *Remaides*, je parcours les petites annonces, comme vous, comme nous tous, et une chose me frappe : les termes "pleine santé", "en pleine forme", "très bonne santé", "super forme" y apparaissent si souvent, comme un refrain, que je me mets à les compter. Un tiers des petites annonces comportent cette description, en plus des "sous tri/quadré", "séropo depuis X", "sous traitement" et autres "CV indétectable" ou déclinaisons, parfois reliés par un "mais". Comme pour atténuer le contenu de la liste ? Ah bon, super, ils vont tous très bien, quel progrès c'est fou... mais est-ce bien la réalité ? Je me le demande, car on a parfois comme l'impression que ce séropo-là serait plus "en forme" que le séroneg lambda. Puis, j'ai l'idée d'aller voir dans un vieux *Remaides*. 1997. J'ai pas plus ancien sous la main, mais c'est plus récent que mes souvenirs sus-cités. Et là... d'abord les annonces sont beaucoup plus courtes, beaucoup moins bavardes, sentiment d'urgence ? Pourtant c'est un an après l'arrivée des trithérapies en 1996, mais rien n'a vraiment changé encore, car je lis : "La nuit, j'ai peur de sombrer dans le noir, la mort serait une délivrance ? Mais j'aime la vie" (jeune homme,

38 ans). "On me dit sympa, plein de vie. Je travaille. Mais seul, trop seul" (jeune homme, 33 ans). "J'aime les voyages et la vie, comme tout le monde" (jeune homme, 25 ans). "Atteinte cérébrale, hémiparésie droite, cherche correspondant(e)s" (Stéphane, 32 ans). Celle-ci, droit au but et sans ambages, vite, vite : "Recherche petite amie" (David, 25 ans). Et celle-là, déchirante : "Recherche JF motivée acceptant mon VIH déclaré pour fin de vie heureuse" (Pascal). Très peu d'annonces de femmes séropos, mais l'épidémie s'est féminisée depuis...

Que s'est-il passé en douze ans ? Tout a changé. L'espérance de vie et sa qualité, y compris sexuelle. Etre des parents vivants d'enfants sains. Retravailler. Pouvoir parfois choisir entre différents traitements. Vivre, presque normalement. Mais tout est dans le "presque" justement. Nous sommes malades, ne l'oublions pas (qui y arrive ?), nous sommes fatigués et fatigables, fragiles, nous vieillissons maintenant certes comme tout le monde, mais plus vite à cause du virus, à cause des traitements qui nous sauvent la vie, à cause de la synergie des deux, etc. Nous sommes des survivants, à tous les âges. Alors oui, on peut être "en forme", mais en regardant la réalité en face, faire front en acceptant nos défaillances, le coup de pompe soudain qui nous terrasse sans prévenir, loin du "politically correct" de certaines affirmations trop jolies pour être honnêtes et qui ne trompent personne... Nous sommes entre nous, non ?

Maripic

Illustration : Jacqueline L'Hénaff

à lire dans les autres *Remaides* !

Remaides Suisse

Sérophobie, les gays en parlent !

Télécharger *Remaides Suisse* sur : www.groupesida.ch/filrouge



Gingembre, le journal du RAAC-sida

Maux et Mots : Bruno, Josiane et Julie témoignent

Télécharger *Gingembre* sur : www.aides.org et www.raac-sida.org



Remaides Québec

Foi et pratiques religieuses : sources de soutien ou non

Télécharger *Remaides Québec* sur : www.cocqsida.com



Prochain numéro de *Remaides* : décembre 2009