

protocoles

bulletin d'information thérapeutique pour les personnes vivant avec le VIH

hiver 2011-2012

sida : battre la campagne

Pour inscrire la lutte contre le sida et les hépatites dans les débats et les programmes électoraux de 2012, nous lançons une campagne nationale et interassociative. La lutte contre le sida concerne tous les aspects de la politique (économie, droits, éducation, immigration, ...) et les politiques ne peuvent pas ne pas s'en préoccuper. D'autant que le gouvernement actuel a dégradé à coup de lois notre système de santé solidaire : le principe de solidarité, élément fondateur de la Sécurité sociale - *chacunE contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* - est aujourd'hui mis à mal.

Nous devons imposer la parole des malades dans les campagnes électorales : les soins sont toujours plus chers et le « reste à charge » des malades toujours plus importants ; la Couverture Maladie Universelle complémentaire n'est désormais plus accessible aux bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé ; la restructuration de l'hôpital public le rend incapable d'offrir une prise en charge de qualité. Des lois doivent contraindre la recherche, publique ou privée, à mieux prendre en compte les femmes, les usagerEs de drogues, les enfants, les trans et les personnes co-infectées par le VIH et les hépatites. Ces populations sont encore aujourd'hui exclues ou insuffisamment représentées dans les essais cliniques sur le sida et les hépatites. Par exemple, les femmes représentent la moitié des personnes vivant avec le VIH, mais il y a seulement 20% de femmes dans les essais cliniques. Les effets indésirables des traitements sur les corps des femmes ne sont donc toujours pas suffisamment étudiés. Il faut une approche ciblée du suivi, de la prise en charge, de la prévention et de l'éducation à la sexualité, qui prenne en compte la lutte contre les inégalités. De même, l'industrie pharmaceutique doit inclure davantage dans ses essais les personnes co-infectées VIH/VHC, pour leur favoriser l'accès aux nouveaux traitements. Voilà, entre autres, ce que *sida : battre la campagne* veut dire aux politiques mais aussi aux personnes qui pensent que le sida, au Nord comme au Sud, c'est terminé, que tout va bien.

actupparis.org/article4726.html

ESSAIS CLINIQUES

**TREVE : greffe de rein et raltegravir
IPERGAY : un essai de PREP**

DOSSIER

auto-immunité et VIH

ÉPIDÉMIO

**trans & VIH :
à quand une cohorte ?**

FEMMES & VIH

genre et addictions

DISCRIMINATIONS

**l'exclusion des soins funéraires
des personnes vivant avec le vih**

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Frédéric Navarro

**SECRÉTARIAT DE RÉDACTION
& MAQUETTE**
Eric Marty

CONTACTER LA RÉDACTION
publications@actupparis.org

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO
Rachel Easterman-Ulmann,
Catherine Kapusta-Palmer,
Jonas Le Bail, Jérôme Martin,
Maryvonne Molina,
Gordon Tucker, Claire Vannier

ABONNEMENT & DIFFUSION
diffusion@actupparis.org

PROTOCOLES
est réalisé par la commission
Traitements & Recherche (TR)
d'Act Up-Paris

La reproduction des articles
est autorisée à condition d'en
citer la source : *Protocoles*,
le bulletin d'Act Up-Paris

NOUS REJOINDRE
réunion de la commission TR
1 mercredi sur 2 à 19h
au local d'Act Up-Paris
01 49 29 44 82
traitements@actupparis.org

ISSN 1284-2931
Dépôt légal à parution

AVEC LE SOUTIEN DE
Sidaction
Secrétariat d'Etat à la Santé
ANRS

IMPRIMEUR
Expressions II
10bis rue Bisson
75020 Paris

TIRAGE 20 000
exemplaires

**ACT UP
PARIS**

sommaire

03	essais cliniques
05	actu des traitements
06	dossier : auto-immunité & VIH
11	trans & VIH : enfin une enquête
12	femmes & VIH : addictions au féminin
14	interdiction des soins funéraires
17	en bref
20	agenda
22	tableau des antirétroviraux

essais cliniques, mode d'emploi

les lieux

Nous indiquons pour chaque essai clinique les coordonnées de l'investigateur/trice principalE. **La liste des différents centres qui recrutent peut vous être communiquée au 01 49 29 44 82, le lundi, mardi, jeudi et vendredi de 14h à 18h.**

au préalable

La loi oblige les investigateurs/trices des essais à vous fournir une note d'information ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé que vous devez obligatoirement signer avant de participer à un essai. Vous pouvez l'emporter avec vous et prendre le temps qu'il faut avant de le signer. Il est possible de demander conseil auprès d'unE autre médecin, de votre entourage ou d'une association. Il est important de bien réfléchir avant d'entrer dans un essai. N'hésitez pas à poser toutes vos questions à votre médecin ou à l'investigateur/trice, ne laissez subsister aucun doute, votre décision n'en sera que mieux éclairée. Quelques points notamment doivent être éclaircis. L'essai prévoit-il des actes invasifs (prélèvement, biopsie, ponction lombaire, etc.) ? Ces actes peuvent prendre du temps, provoquer des douleurs ou être éprouvants. Mieux vaut en être avertiE avant. Les examens nécessitent-ils d'être à jeun ? Dans ce cas, vérifier que cela ne fasse pas sauter une prise de votre traitement. En cas de prélèvements de sang importants (plus de 7 tubes, soit environ 40 ml) serai-je prévenuE au préalable ? Il est important de le savoir afin de pouvoir vous restaurer avant. En cas d'effets indésirables dus à l'essai (actes, examens ou traitements), des traitements sont-ils prévus ? Une panoplie de médicaments anti-effets indésirables existe (douleur, nausées, diarrhées, etc.), vous pouvez l'exiger.

adhésion au traitement

Il est important que vous demandiez à votre médecin quels sont les effets indésirables que vous risquez de ressentir et les contraintes de prise des traitements proposés dans un essai. En effet - et c'est particulièrement important avec les inhibiteurs de protéase - il est indispensable de suivre son traitement en respectant rigoureusement les doses et les horaires de prise pour éviter au maximum les risques de résistances, voire d'échec, qui surviennent lorsque ces conditions ne sont pas

remplies. De même, ne réduisez pas les doses et n'arrêtez pas votre traitement, ne serait-ce que pour une seule journée, sans en parler avec votre médecin.

bilans

Nous vous conseillons de demander systématiquement une photocopie de vos résultats de charge virale et de CD4 et de les conserver pour garder une trace précise de votre histoire.

résultats complets

Les résultats de l'essai auquel vous aurez participé devront vous être communiqués par les investigateurs/trices. Il leur sera peut-être difficile de préciser au moment de l'inclusion dans l'essai quand ces informations seront disponibles. En effet, la durée totale de l'essai et son analyse peuvent varier, notamment en fonction du rythme des inclusions.

développement

Un essai clinique est une expérience contrôlée au cours de laquelle les volontaires se soumettent à un traitement pour voir s'il produit un effet (efficacité) et s'il est sans danger (tolérance), c'est la **phase I**. Ensuite viennent les essais permettant d'étudier l'efficacité thérapeutique et les doses optimales, c'est la **phase II**. Enfin la partie précédant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) correspond à des essais comparatifs pour évaluer au mieux les effets indésirables, c'est la **phase III**. Chacune de ces phases s'enchaînent les unes aux autres avant que le produit ne soit commercialisé. Mais l'**Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU)** permet aux malades d'avoir un accès précoce au médicament. Une **ATU nominative** est demandée par unE clinicienNE pour unE patientE. L'**ATU de cohorte** est donnée à un groupe de patientEs qui répondent aux critères d'un protocole.

frais, organisation

La participation à un essai vous permet de bénéficier de quelques avantages : remboursements de frais de transport (défraiement) ; bonnes conditions de soins (ambulance avec position allongée après une ponction lombaire, salle d'attente correcte, nourriture en quantité suffisante et de bonne qualité).

TREVE

GREFFE DE REIN ET RALTEGAVIR

ANRS 153 (RECHERCHE PUBLIQUE)

Essai multicentrique, prospectif, de phase III, de personnes vivant avec le VIH en insuffisance rénale chronique terminale de suivi clinique et immunologique après transplantation rénale.

qui peut participer à cette étude ?

50 personnes, âgées de 18 à 70 ans, inscrites sur la liste d'attente nationale d'une transplantation rénale, vivant avec le VIH, ayant une charge virale inférieure à 50 copies/mL et plus de 200 CD4/mm³ depuis au moins 6 mois sous traitement antirétroviral stable.

quel est l'objectif de l'étude ?

L'**objectif principal** est l'évaluation de l'incidence du rejet aigu clinique de greffe, 6 mois après une transplantation rénale chez les personnes vivant avec le VIH et recevant une trithérapie comportant du raltégravir.

Les **objectifs secondaires** concernent l'évaluation de l'incidence du rejet aigu clinique de greffe et l'évaluation de la survie des greffons, jusqu'à un an après une transplantation rénale ; l'évaluation de la survie des personnes séropositives transplantées rénales par rapport à la population non VIH transplantée ; l'évaluation du retentissement du traitement immunosuppresseur sur l'évolution clinique, immunologique et virologique de l'infection par le VIH ; l'évaluation du switch par le raltégravir au moment de la greffe rénale et de son efficacité virologique après transplantation ; l'évaluation de l'accès à la greffe rénale (délai d'attente) et de la mortalité sur la liste d'attente des séropositifs par rapport aux séronégatifs.

quels sont les critères d'évaluation ?

Le critère principal est l'incidence des rejets aigus cliniques définis par une augmentation de la créatinine sérique de plus de 20%, associée à des signes histologiques à 6 mois de la transplantation rénale.

comment se déroule l'étude ?

L'essai se déroule dans 14 centres en France. La durée des inclusions est de 2 ans, mais le suivi dure un an. Chaque participant recevra deux jours après la transplantation, une combinaison antirétrovirale associant le raltégravir (Isentress®) en 400 mg, 2 fois par jour et deux autres antirétroviraux ou plus.

qui contacter pour rentrer dans cette étude ?

Investigateur coordonnateur :

Pr. Philippe Grimbert, CHU Henri Mondor (Créteil) : 01 49 81 44 51

notre avis

On sait que certains antirétroviraux ont des effets indésirables importants sur nos reins. Si la surveillance n'est pas suffisante, les personnes vivant avec le VIH doivent supporter des dialyses, puis parfois s'inscrire sur la liste pour bénéficier d'une greffe. Cet essai a pour but d'évaluer la période post-greffe, et les interactions possibles entre les traitements immunosuppresseurs et les antirétroviraux. Or de plus en plus de personnes vivant avec le VIH sont en attente de greffe. La poursuite du traitement antirétroviral s'impose bien souvent alors même qu'ils pourraient interagir avec les traitements immunosuppresseurs, ce qui a pour conséquence d'augmenter le rejet du greffon rénal. Le raltégravir ne présente pas d'interaction avec des immunosuppresseurs et semble donc être le traitement de choix pour une personne greffée. Le but de l'essai est d'évaluer les interactions entre cet antirétroviral et les immunosuppresseurs.

permanence d'Act Up-Paris
lundi, mardi, jeudi, vendredi
de 14h à 18h : 01 49 29 44 82
traitements@actupparis.org

IPEGAY

ANRS (RECHERCHE PUBLIQUE)

Traitement antirétroviral « à la demande » en prophylaxie pré-exposition de l'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en France et au Canada.

qui peut participer à cette étude ?

Des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, non infectés par le VIH, ayant eu des rapports sexuels anaux sans utilisation systématique d'un préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois.

300 participants sont attendus dans un 1er temps, et si le déroulement de l'étude est jugé satisfaisant, ce nombre sera étendu à 1.900 participants.

quel est l'objectif de l'étude ?

L'**objectif principal** est d'évaluer une stratégie de prévention de l'infection par le VIH comprenant un traitement antirétroviral pré-exposition « à la demande » chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les **objectifs secondaires** : évaluer l'évolution des comportements sexuels et l'éventuelle désinhibition secondaire à la participation à l'étude ; évaluer la compréhension de la prophylaxie et son utilisation pratique par rapport aux recommandations ainsi que sa tolérance et son observance, l'impact du *counseling* approfondi sur les comportements et le fait de rester séronégatif tout au long de l'essai. Estimer les coûts et, le cas échéant, le rapport coût-efficacité des stratégies de prévention étudiées. Evaluer l'effet prophylactique du traitement sur la contamination par le VHB; évaluer l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles ; évaluer les caractéristiques de l'infection par le VIH chez les sujets infectés (résistances aux ARV).

quels sont les critères d'évaluation ?

Le principal est la séroconversion au VIH. Les critères secondaires sont l'évolution des comportements sexuels, la compréhension de la prophylaxie, la tolérance, l'observance, l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles, les caractéristiques de l'infection par le VIH chez les sujets infectés, le coût-efficacité des stratégies.

comment se déroule l'étude ?

La phase initiale de l'essai doit durer 12 mois (inclusion et suivi de 300 participants). Doit suivre une phase d'extension sur 4 ans : 24 mois d'inclusion, 1 à 3 ans de suivi selon les participants. L'essai se déroule dans un premier temps à Paris, Lyon et Montréal. La stratégie étudiée dans l'étude repose sur une offre globale de prévention (accompagnement individuel, conseil, dépistage du VIH et des IST, préservatifs, vaccins) associée à la prise de comprimés de Truvada® ou placebo selon le schéma suivant : 2 comprimés avant le 1er rapport sexuel, puis 1 comprimé toutes les 24h pendant la période d'activité sexuelle, y compris après le dernier rapport et une dernière prise de comprimé 24h après.

qui contacter pour rentrer dans cette étude ?

Investigateur coordonnateur :

Pr. Jean-Michel Molina, Hôpital St Louis 75010 Paris, 01 42 49 90 66

notre avis

Nous attirons votre attention sur le fait que cette étude s'adresse à des séronégatifs.

Ceci dit, il nous semble important d'informer sur son déroulement.

Parmi nos réticences et interrogations :

- les effets indésirables, d'autant plus que les ARV sont pris ici par des séronégatifs ;
- la question des bras placebos, comme pour tous les essais, est problématique. Particulièrement dans ce cas de prévention, nous souhaitons qu'une fois la phase pilote terminée (et après évaluation des premiers résultats) ce bras soit supprimé ;
- les PREPs sont encore à l'état de recherche. Comme nous l'ont montré les microbicides, cette recherche demande la plus grande vigilance ;
- ce type de recherche communautaire pose une question éthique : si elle est un jour mise en place, où et par qui sera-t-elle prescrite ? En effet, le *counseling* (les messages de prévention qui doivent accompagner cette prescription) et le suivi (prise de traitements aux effets indésirables lourds) sont vitaux.

Le groupe d'experts du rapport Yeni (pour l'aspect scientifique) et le Conseil national du sida (pour les aspects éthiques et politiques) ont été saisis par le Ministère de la santé et travaillent à des avis concernant ces recherches. Nous attendons leurs conclusions avec impatience.

pour en savoir plus :
ipergay.fr
reactup.fr

permanence d'Act Up-Paris
lundi, mardi, jeudi, vendredi
de 14h à 18h : 01 49 29 44 82
traitements@actupparis.org

Victrelis® : enfin des données chez les personnes co-infectées

Mis sur le marché depuis l'été dernier, le traitement anti-VHC, Victrelis® (bocéprévir) a été le premier inhibiteur de la protéase du VHC approuvé par l'Agence du médicament. Demandés dès le début de son développement par les activistes, les résultats d'essai réalisés avec des personnes co-infectées ont été publiés en octobre dernier. Ils indiquent qu'à 24 semaines, le bocéprévir ajouté à l'interféron et la ribavirine est deux fois plus efficace sur la baisse de la charge virale : 70% pour la trithérapie versus 34% pour la bithérapie. Les participantEs, au nombre de 100 (dont 31% de femmes) étaient naïfEs de traitements anti-VHC, mais pas anti-VIH et avaient une charge virale VIH indétectable; 95% des participantEs n'étaient pas au stade de la cirrhose et 88% avaient une charge virale VHC élevée. Un profil qui ne représente pas l'ensemble des personnes co-infectées, en particulier celles qui ont le plus besoin de ces traitements.

2 en 1 (atazanavir + cobicistat)

L'atazanavir et le cobicistat en un médicament unique ? C'est le projet des laboratoires BMS et Gilead, qui viennent de se mettre d'accord pour travailler sur ce développement. Le cobicistat est un booster qui améliore les effets thérapeutiques de l'atazanavir.

efavirenz en générique

Le Sustiva® pourrait bientôt voir arriver sur le marché européen son jumeau générique. En effet le laboratoire Teva a reçu un avis favorable de la Commission d'autorisation de mise sur le marché de l'Agence européenne du médicament pour produire de l'efavirenz générique*. Un premier pas dans l'arrivée des génériques des antirétroviraux en France.

* un médicament dit générique est la copie exacte d'un médicament de marque, dont il conserve la dénomination commune internationale (DCI). Un médicament peut en effet être reproduit lorsque son brevet arrive à échéance, à condition d'en respecter la composition chimique, la biodisponibilité, l'efficacité et la présentation. Le générique est en général vendu moins cher.

le quad

Après les trithérapies tout-en-un, des laboratoires s'associent entre eux pour la production d'une quadrithérapie en un seul comprimé. Il s'agirait de produire le darunavir (Prezista®) + l'emtricitabine (Emtriva®) + le ténofovir (plus précisément sa pro-drogue, le GS 7340, Viread®) + le cobicistat (le booster de Gilead). Le dossier n'est pas encore finalisé : ce traitement simplifié n'est pas attendu avant 2014.

prescripteurs de New Fill®

L'association Actions Traitements a publié la mise à jour des médecins injecteurs du produit de comblement, le New Fill®, utilisé pour les lipoatrophies. Ce tableau est en ligne sur le site de l'association : actions-traitements.org/article1379

Eviplera®

L'agence européenne du médicament a autorisé en novembre dernier la mise sur le marché de la trithérapie Eviplera® (rilpivirine + emtricitabine + ténofovir). Ce traitement à prise quotidienne unique est destiné aux personnes naïves de traitements et ayant une charge virale inférieure à 100.000 copies/mL. Cette multithérapie est déjà commercialisée aux Etats-Unis, sous le nom de Complera®. C'est donc la seconde trithérapie homologuée en Europe (la première étant Atripla® : éfavirenz + emtricitabine + ténofovir).

vers la fin des comprimés ?

Une firme américaine, ImQuest Biosciences, a présenté en octobre les premiers résultats d'efficacité d'un patch antirétroviral. Encore en phase précoce de développement, l'antirétroviral à l'essai est un analogue non-nuclosidique de la transcriptase inverse, la pyrimidinedione (IQP-0410). Comme les patchs de nicotine, cette méthode permet la diffusion régulière et constante : libération de plus de 96% du médicament sur une semaine. Une innovation qui éviterait les nombreux comprimés à avaler chaque jour, et surtout permettrait une meilleure observance. Les essais sur l'animal devrait commencer rapidement, mais pas avant 3 ans chez l'humain.

auto-immunité et VIH

Des maladies auto-immunes étaient déjà identifiées en association avec l'infection par le VIH dans les premiers temps de l'épidémie. Cela peut paraître paradoxal dans la mesure où l'infection à VIH rime avec une diminution des défenses immunitaires. Sans rentrer dans les détails des mécanismes sous-jacents, nous allons préciser, sous forme de questions-réponses, l'association entre auto-immunité et VIH et ce qu'il en est à l'heure des thérapies antirétrovirales hautement efficaces. Il est important de noter d'emblée que des réponses circonstanciées ne peuvent pas toujours être apportées, faute de données précises sur la fréquence d'apparition des maladies auto-immunes en lien avec le VIH et faute d'une parfaite compréhension des causes de leur apparition.

qu'est-ce qu'une réaction auto-immune ?

Très brièvement, il s'agit d'une attaque locale ou étendue de notre corps par notre propre système immunitaire. Ce dernier a pour mission de nous protéger contre des agents extérieurs (microbes, virus, toxines, par exemple). Ceci est accompli par des mécanismes complexes qui permettent la reconnaissance de motifs associés à ces intrus (un tout petit fragment d'une molécule biologique produite par cet agent extérieur). Le système immunitaire est capable de reconnaître un très vaste répertoire de tels motifs et, surtout, de faire la distinction entre ceux des intrus et ceux qui sont associés à notre propre corps. On parle souvent dans ce contexte de « soi » et de « non soi ». Une réaction auto-immune est une réaction dirigée contre « soi ». Notre système immunitaire commet l'erreur de s'attaquer à nos propres tissus*.

quelles sont les maladies auto-immunes ?

Il y en a plus de 80 répertoriées. Elles regroupent tout un ensemble de pathologies que l'on peut séparer, au niveau clinique, selon qu'il s'agit d'un seul organe attaqué ou d'une étendue plus large. Dans ce dernier cas, la maladie est appelée systémique. Le lupus érythémateux disséminé (attaque de la peau, des articulations, des reins, etc., suite à la production d'anticorps contre l'ADN et d'autres constituants du noyau des cellules) est un exemple de maladie auto-immune systémique, ainsi que la polyarthrite

rhumatisme ou rhumatoïde, appelée aussi polyarthrite chronique évolutive (réponse immune conduisant à une inflammation et la destruction des articulations).

Pour les maladies auto-immunes d'organes, citons le diabète de type I, encore appelé insulino-dépendant, qui affecte le pancréas (destruction des cellules bêta qui produisent l'insuline), la sclérose en plaque qui affecte le système nerveux central et le syndrome de Guillain-Barré qui affecte le système nerveux périphérique.

D'autres exemples de maladies auto-immunes sont répertoriés plus loin dans le tableau présentant les manifestations auto-immunes associées à l'infection par le VIH (maladies ou production d'auto-anticorps**).

les maladies auto-immunes sont-elles fréquentes ?

A l'exception de la polyarthrite rhumatoïde et de la thyroïdite auto-immune (maladie de Hashimoto, une inflammation de la glande thyroïde avec hypothyroïdie), les maladies auto-immunes sont des maladies rares. Néanmoins, prises dans leur ensemble, elles affectent à peu près 5% de la population des pays occidentaux.

En cas de séropositivité au VIH, l'association avec la plupart des maladies auto-immunes reste rare, mais le nombre de nouveaux cas serait en augmentation. Il n'est pas possible de donner un ordre de grandeur global, chaque maladie auto-immune présentant une incidence (nombre de nouveaux cas sur une période donnée) et une prévalence (nombre total de cas à un moment donné) spécifiques. Par exemple, d'après le centre de référence des maladies auto-immunes du

* consulter aussi l'encart 'pour en savoir plus', en page 9, ainsi que le site du centre de référence sur les maladies auto-immunes du CHU de Strasbourg maladie-autoimmune.com

** un anticorps est une protéine (immunoglobuline) produite par les lymphocytes de type B pour tenter de détruire ou neutraliser un antigène (un morceau de molécule biologique, par exemple).

CHU de Strasbourg, le lupus aurait une prévalence de 0,07% (40 000 personnes en France), alors que le syndrome de Gougerot Sjögren affecterait 0,1% de la population (appelée aussi syndrome de Sjögren, cette maladie auto-immune systémique affecte les glandes salivaires et lacrymales).

Y a-t-il une différence entre les femmes et les hommes ?

Les maladies auto-immunes apparaissent dans l'ensemble plus fréquemment chez les femmes. C'est tout particulièrement le cas du lupus érythémateux systémique. De façon plus générale, les femmes ont un système immunitaire plus puissant – elles produisent plus d'anticorps dans la circulation, ont plus de lymphocytes T CD4 circulants, produisent plus de cytokines lors d'une infection et rejettent une greffe plus rapidement. La contrepartie pourrait bien être une fréquence plus grande de réactions auto-immunes que chez l'homme. Parmi les pistes d'explication, il y a le rôle des hormones sexuelles sur la réponse immune*. Une des maladies auto-immunes rares qui affecte tout particulièrement les femmes est l'hépatite auto-immune qui peut être chronique, mais qui peut aussi entraîner une atteinte du foie aiguë et sévère (hépatite fulminante). Elle peut être classifiée en trois catégories selon le type d'auto-anticorps produits. Les auteurs d'une revue récente sur l'auto-immunité et le VIH** suggèrent que cette pathologie pourrait être sous-diagnostiquée en cas d'infection par le VIH.

Quels sont les autres facteurs de risque ?

Il peut y avoir une prédisposition génétique, d'importance variable, mais il reste difficile aujourd'hui de prédire qui développera ou pas une maladie auto-immune dans un contexte familial. Dans l'environnement, l'exposition à certains microbes, aux ultraviolets et à certaines poussières (silice et plastiques) sont des facteurs de risque. Des médicaments (bêtabloquants, interféron alpha, etc.) ont aussi été décrits comme associés à l'apparition d'un lupus, par exemple. Il est difficile de savoir si le médicament réveille ou aggrave celui-ci. Enfin, le processus de vaccination pourrait favoriser l'émergence de certaines maladies auto-immunes, un sujet où la controverse n'est pas levée. Il en va de même pour le rôle que pourrait jouer le stress. En revanche, le lien entre le fait de fumer et le développement de certaines maladies auto-immunes fait moins de doute.

Le diagnostic d'une maladie auto-immune en cas d'infection par le VIH est-il facile ?

Celui-ci est rendu difficile à cause des similitudes au niveau des manifestations et marqueurs cliniques entre les maladies auto-immunes et d'autres pathologies associées à l'infection. Dans les deux cas, il y a des dysfonctionnements du système immunitaire. L'atteinte de certains types de lymphocytes au cours de la progression de l'infection par le VIH peut conduire à des manifestations spécifiques de celle-ci (voir encadré « pour en savoir plus »), mais cela n'empêche pas l'apparition des autres maladies auto-immunes touchant la population en général.

Quelles sont les maladies auto-immunes susceptibles de se développer en cas de séropositivité pour le VIH ?

Elles peuvent toucher le système endocrinien (organes sécrétant des hormones), le sang, le foie, le système musculo-squelettique ou bien être systémiques (atteinte plus générale du corps). D'autres types, dont les vascularites (inflammation des parois des vaisseaux sanguins) sont répertoriés dans le tableau suivant qui indique aussi les manifestations auto-immunes correspondant à la mise en évidence d'auto-anticorps dirigés contre des éléments variés du « soi ».

* Les estrogènes augmenteraient la réponse immune, alors que les androgènes et la progestérone l'atténueraient.

** revue parue dans le journal *Current Opinion in Infectious Diseases* en 2009

atteinte	manifestations auto-immunes associées au VIH
endocrine	anticorps contre la thyroglobuline et la peroxydase de la thyroïde, maladie dite de Grave ou de Basedow (goitre exophtalmique correspondant à une hyperthyroïdie), thyroïdite auto-immune ou maladie de Hashimoto (inflammation de la glande thyroïde avec hypothyroïdie)
hématologique	thrombopénie auto-immune (attaque des plaquettes)
hépatobiliaire	hépatite auto-immune, cirrhose biliaire primitive
musculo-squelettique	dermatomyosite, polymyosite (myopathies inflammatoires)
systémique	anticorps contre la cardiolipine et la bêta 2 glycoprotéine I, lupus érythémateux systémique, sarcoïdose (maladie inflammatoire), syndrome des anticorps anti-phospholipides, syndrome d'infiltration lymphocytaire diffus (syndrome pseudo Sjögren attaquant les glandes salivaires et lacrymales)
vascularites et maladies associées	cryoglobulinémie (présence d'anticorps qui « figent » au froid et pouvant être à l'origine de vascularites), maladie de Behçet, vascularite leucocytoclastique, vascularite systémique nécrosante, mononeuritis multiplex (neuropathie), panarthritis nodosum (atteinte neuromusculaire et de la peau)
autres	anticorps dirigés contre diverses entités (ADN, cytoplasme des neutrophiles, érythropoïétine/EPO, myosine alpha, noyau des cellules, prothrombine), maladie de Raynaud (trouble de la circulation sanguine des extrémités), syndrome de Goodpasture ou maladie des anticorps anti-membrane basale glomérulaire (attaque de membranes des reins et des poumons)

tableau modifié à partir de l'article 'Autoimmunity and HIV' publié dans *Current Opinion in Infectious Diseases* en 2009

quand les premiers cas de maladies auto-immunes ont-ils été constatés au cours de l'épidémie du VIH ?

L'analyse combinée des deux essais – telle l'épidémie, avant l'arrivée des traitements anti-VIH. En absence de traitement antirétroviral, il s'agissait principalement d'atteintes rhumatologique, hématologique, endocrinologique et neurologique (arthrite rhumatoïde, lupus érythémateux systémique, syndrome pseudo Sjögren, syndrome d'infiltration lymphocytaire diffus, arthrite psoriasique et thrombopénie auto-immune – purpura thrombopénique idiopathique).

quel a été l'impact des traitements antirétroviraux ?

La fréquence d'apparition de certaines maladies auto-immunes a décliné avec l'arrivée des antirétroviraux. C'est le cas du syndrome pseudo Sjögren, du syndrome d'infiltration lymphocytaire diffus et des arthrites psoriasique et réactive (l'arthrite réactive est encore appelée syndrome oculo-urétrho-synovial et fait partie des spondylarthropathies, voir plus loin). En revanche, la sarcôïdose gagne du terrain (formation de granulomes, des petits boutons apparaissant suite à l'inflammation, pouvant atteindre plusieurs sites, tout particulièrement les poumons).

Après traitement antirétroviral, la reconstitution du système immunitaire, notamment sous la forme d'un IRIS (syndrome inflammatoire de reconstitution immune*), peut favoriser l'apparition de maladies auto-immunes.

y a-t-il un moment plus propice à l'apparition d'une maladie auto-immune au cours de l'infection par le VIH ?

Quatre stades de manifestations auto-immunes liées à l'évolution de l'infection et au nombre de CD4 (tableau ci-dessous) ont été proposés dans la littérature**.

Le stade I correspond à l'infection aiguë et le système immunitaire est intact. Une maladie auto-immune peut se déclarer.

Le stade II correspond à une période de quiescence sans manifestation d'un sida, mais le nombre de CD4 décline et signe une immunosuppression progressive qui limite l'apparition des maladies auto-immunes. Il peut y avoir formation de complexes immuns (association d'anticorps avec leurs antigènes) et apparition de vascularites. Au stade III, l'immunosuppression est présente avec un faible nombre de CD4. Ce stade n'est pas propice à l'apparition de maladies auto-immunes, mais des maladies associées à certains lymphocytes T (de type CD8 et non CD4, cette fois) peuvent apparaître comme un psoriasis ou un syndrome lymphocytaire diffus (syndrome pseudo Sjögren) et même constituer une première manifestation de l'atteinte du stade sida. Des spondylarthropathies peuvent apparaître (atteinte articulaire et des zones d'insertion des ligaments et des tendons de l'os).

Le stade IV correspond à une restauration de la fonction immunitaire après prise d'antirétroviraux. Une maladie auto-immune est susceptible de se présenter de nouveau.

quel est l'impact d'une production d'auto-anticorps ?

L'association entre une production d'auto-anticorps et les manifestations cliniques d'une maladie auto-immune reste souvent à démontrer. Le fait de produire un auto-anticorps ne se traduit pas nécessairement par l'apparition d'une maladie auto-immune. Il peut aussi y avoir un lien entre cette production et une maladie qui n'est pas considérée comme auto-immune.

Par exemple, la production d'anticorps dirigés contre un composant du muscle cardiaque – l'alpha myosine – est plus fréquente en cas de séropositivité au VIH, tout particulièrement lors d'une maladie touchant le muscle cardiaque***. De même, la présence d'auto-anticorps contre l'érythropoïétine (EPO) est associée à l'anémie liée au VIH et pourrait donc contribuer à son développement****. Dans le cas de l'EPO et de l'anémie liée au VIH, le traitement antirétroviral était associé à une baisse des deux.

* voir *Protocoles* 41 de mars 2006. actuparis.org/article2352

** article 'HIV and autoimmunity' publié dans le journal *Autoimmunity Reviews* en 2002

*** selon une étude écossaise de juin 1998 publiée dans le journal *Heart*

**** selon une étude grecque de mars 2010 publiée dans *The Journal of Infection*

stade	description du stade	nombre de CD4	charge virale	sida	manifestations auto-immunes
I	latence clinique	élevé (>500)	élevée	non	maladies auto-immunes
II	réponse cellulaire	normal/faible (200-499)	élevée	non	complexes immuns, vascularites
III	immunodéficience	faible (<200)	élevée	oui	spondylarthropathies
IV	restauration immune	élevé (>500)	faible	contrôlé	maladies auto-immunes

auto-immunité & VIH

pour en savoir plus

aperçu (très) rapide de l'immunité

Pour fonctionner normalement et assurer son intégrité, notre corps doit faire la distinction entre les éléments étrangers (microbes, virus, etc.) et nos propres constituants. C'est la fonction principale des systèmes de défense immunitaire qui reposent sur la reconnaissance des antigènes, des fragments de molécules biologiques ou pas. Au cours de notre croissance, notre système immunitaire apprend à attaquer les antigènes étrangers (le « non soi ») et à tolérer ceux qui constituent nos propres molécules biologiques (le « soi » ou les auto-antigènes). Les cellules en charge de cela sont principalement les lymphocytes. Le répertoire des antigènes (auto et étrangers) est évidemment très vaste et la maturation de notre système immunitaire permet l'émergence de lymphocytes spécialisés pour reconnaître un antigène particulier. Lors d'une première attaque étrangère, un tel lymphocyte reconnaîtra ainsi l'intrus pour l'éliminer et, surtout, conservera cette propriété en cas de nouvelle rencontre. Les lymphocytes qui ont rencontré un auto-antigène ne feront pas cela. Cela permet la tolérance au « soi ».

Les lymphocytes existent sous deux grandes classes : les B et les T. Pour simplifier à l'extrême, les B vont produire des molécules diffusibles, les anticorps dirigés contre les antigènes, et les T vont assurer une attaque au niveau cellulaire.

mécanisme d'apparition de l'auto-immunité

Les lymphocytes reconnaissant les auto-antigènes ne sont en fait pas éliminés, contrairement à ce qui avait été proposé initialement. Lors du développement d'une maladie auto-immune, ils se comportent comme ceux participant à une attaque d'un élément étranger, sauf que cette fois, ils s'attaquent à nos propres tissus.

Normalement, des mécanismes empêchent la maturation de certains d'entre eux et d'autres mécanismes inactivent ou détruisent ceux qui auraient mûri. Une sélection ou une régulation anormales de ces lymphocytes, mais aussi des anomalies dans la façon dont les auto-antigènes sont présentés entraîneraient la fin de la tolérance au « soi ».

L'attaque des tissus peut s'effectuer par l'apparition d'auto-anticorps, de complexes immuns (un échafaudage entre anticorps et antigènes) ou de lymphocytes T autoréactifs. La destruction qui en résulte peut aussi conduire à rendre visibles (pour le système immunitaire) d'autres auto-antigènes, activant ainsi de nouveaux lymphocytes spécifiques et pouvant faire de la maladie auto-immune un état chronique et progressif.

mécanismes associés à l'infection par le VIH

Dans le cas de l'infection par le VIH, de nombreuses cellules peuvent être affectées et pas seulement les cibles principales du virus, les lymphocytes T CD4. Le virus peut changer le programme d'expression d'une cellule contaminée et entraîner ainsi une expression accrue d'auto-antigènes. Les cellules voisines non contaminées peuvent aussi être affectées indirectement. La destruction cellulaire est aussi source d'auto-antigènes qui peuvent stimuler la production d'auto-anticorps. Les lymphocytes T CD4 tués par le VIH pourraient contribuer à larguer des fragments de leurs protéines qui stimuleraient alors le système immunitaire pour réagir contre le « soi ». C'est la destruction massive de ces lymphocytes accompagnant l'infection par le VIH qui conduirait à dépasser le seuil de tolérance vis-à-vis de ces fragments qui sont normalement interprétés comme du « soi ». Ces événements sont liés à l'activation immunitaire chronique observée au cours de l'infection qui découlerait d'une suite d'événements précis : perte massive des lymphocytes T CD4 situés au niveau du système digestif au cours de l'infection aiguë, destruction de la barrière intestinale et translocation d'éléments bactériens dans le sang*.

Des événements affectant les lymphocytes de type B peuvent aussi participer au développement d'une maladie auto-immune. L'infection à VIH est associée à l'activation des lymphocytes de type B, la production d'immunoglobulines et de complexes immuns et la présence d'auto-anticorps – la présence de ces derniers dans le corps peut aussi se produire en présence d'autres virus, mais aussi de parasites ou d'infection bactérienne. Les particules virales et la protéine de l'enveloppe du virus gp120 sont ainsi capables d'altérer les fonctions des lymphocytes B en laboratoire.

Un des autres mécanismes possibles d'apparition de maladie auto-immune s'appelle le mimétisme moléculaire. Un élément étranger à notre corps peut ressembler à une molécule du « soi », conduisant à une similitude entre un antigène étranger et un auto-antigène. Ce pourrait être le cas pour l'hépatite auto-immune avec des virus colonisant spécifiquement le foie et certains médicaments. Dans le cas du VIH, la protéine virale appelée p24 est ainsi reconnue par les anticorps de certaines personnes séronégatives au VIH développant un lupus systémique érythémateux ou un syndrome de Sjögren.

* voir *Protocoles* 59 de janvier 2010, dossier 'Intestins' actupparis.org/article3899



quand le vih fait croire à une maladie auto-immune

Dans notre article sur le VIH et l'auto-immunité (p. 6), nous mentionnons que le diagnostic d'une maladie auto-immune en cas d'infection par le VIH n'est pas toujours aisé, à cause des similitudes au niveau des manifestations et marqueurs cliniques entre les maladies auto-immunes et d'autres pathologies associées à l'infection. Certains symptômes cliniques peuvent parfois aussi laisser croire à une manifestation auto-immune alors que ce n'est pas le cas, comme l'illustre l'exemple suivant concernant une jeune femme séropositive présentant une lésion diffuse du pancréas.

* étude rapportée par une équipe bruxelloise dans le numéro de septembre 2011 du *Journal of Pancreas* joplink.net/prev/201109/201109_08.pdf

Lors de sa consultation, la malade décrivait une douleur dans la partie supérieure de l'abdomen (région dite épigastrique) qui diffusait vers le dos, associée à des nausées ainsi qu'à une perte d'appétit et de poids au cours des trois semaines passées. Elle présentait aussi quelques épisodes de vomissement, mais ne mentionnait pas de fièvre ou diarrhées. Elle n'avait pas eu de pancréatite auparavant et ne fumait pas, ni ne consommait d'alcool en forte proportion. Quelques marqueurs biologiques étaient à un niveau supérieur à la norme (lipase, protéine C réactive, gamma globuline polyclonale et immunoglobulines G totales, mais le calcium, les triglycérides et les marqueurs du foie étaient normaux).

L'imagerie médicale révélait des traits caractéristiques d'une pancréatite auto-immune ou d'un processus inflammatoire diffus, ainsi que la présence de lésions au niveau du rein et d'une inflammation au niveau de certains ganglions lymphatiques, ce qui pouvait conduire à suspecter un lymphome ou une tuberculose. Après biopsie au niveau du pancréas et du rein et examens complémentaires, l'hypothèse d'une tumeur ou d'une infection a été écartée.

Comme la malade n'était pas observante quant à sa prise d'antirétroviraux – après six mois d'abstention, elle présentait une charge virale haute et un faible nombre de CD4 –, un

traitement à base de tenofovir, emtricitabine et darunavir boosté au ritonavir a été entrepris. Deux mois plus tard, les symptômes avaient entièrement disparu et le niveau des marqueurs était redevenu normal. L'imagerie indiquait aussi la disparition des lésions au niveau du pancréas et une quasi normalisation ailleurs.

Dans ce cas, le diagnostic de pancréatite auto-immune pouvait être retenu sur la base de l'imagerie médicale et du fort taux d'immunoglobulines G (IgG) polyclonales. L'équipe médicale a néanmoins rejeté ce diagnostic, sur la base des analyses complémentaires – en particulier l'absence d'IgG de type 4 qui aurait pu signer une pancréatite auto-immune de type I – et de l'absence de recours à des glucocorticoïdes pour contenir la maladie, le traitement antirétroviral ayant suffi. De plus, il n'y aurait pas de cas de pancréatite auto-immune chez les personnes séropositives rapporté antérieurement. C'est pourquoi l'équipe a retenu plutôt un diagnostic d'inflammation systémique (plusieurs organes touchés) en lien avec l'infection par le VIH – du fait de la réponse quasi complète au traitement antirétroviral – et conclut en suggérant d'envisager une pancréatite due au VIH comme diagnostic en cas de suspicion de pancréatite auto-immune après imagerie médicale.

* **La pancréatite** est une inflammation du pancréas. Elle est relativement commune en cas de séropositivité au VIH, notamment sous sa forme aiguë. Cette dernière peut apparaître en lien avec la prise des antirétroviraux ou lors d'une infection opportuniste. Un lien direct avec l'infection par le VIH est plus rare et intervient alors plutôt au début de l'infection.

Trans et VIH : enfin une enquête à quand une cohorte suivant les interactions entre hormones et ARV ?

Act Up-Paris cherche à rendre publics les enjeux sanitaires qui touchent la communauté Trans depuis plusieurs années. Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire publié le 22 novembre 2011 a apporté les premières données d'une enquête réalisée de juillet à octobre 2010 par l'INSERM : "Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicosychologiques et VIH/sida dans la population trans". Ces données, basées sur le recueil de 381 questionnaires (dont 25,2 % remplis par des females-to-males/FtM), confirment nos inquiétudes : une prévalence au VIH/sida chez les males-to-females (MtF) qui est globalement 30 fois supérieure à celle de la population générale, allant jusqu'à un taux de 36 % de séropositives dans un sous-groupe particulièrement discriminé. L'absence de déclaration de séropositivité au VIH/sida chez les FtM ne permet pas de conclure que la prévalence parmi eux serait égale à celle de la population générale en raison du faible effectif de répondants (n=94).

Act Up-Paris demande depuis des années la mise en place d'une cohorte pour suivre dans le temps les interactions entre prise d'hormones et antirétroviraux (ARV). Nous sommes de moins en moins isolés ; le dernier rapport d'experts sur la prise en charge du VIH prend en effet position : « Chez les personnes transgenres infectées par le VIH, il existe un risque d'interactions entre les traitements hormonaux généralement surdosés et les médicaments liés au VIH, notamment par cumul des effets métaboliques délétères (insulino-résistance, diabète sucré et hyperlipidémies mixtes). L'existence d'anomalies du bilan glucido-lipidique et/ou hépatique doit faire réaliser des dosages hormonaux et des ARVs. L'objectif est alors d'obtenir une concentration d'œstradiol plasmatique entre 60 et 80 pg/mL. La voie transcutanée, prescrite par un endocrinologue habilité, est à privilégier parce qu'elle permet l'obtention de concentrations plus stables. Il y a peu de données concernant les interactions entre les différents antirétroviraux et les hormones féminisantes, qui justifieraient des études cliniques spécifiques. (...) Ainsi les personnes transgenres infectées par le VIH doivent être prises en charge de manière pluridisciplinaire, au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH. Pour les transgenres MtF, réassignés ou non, un suivi urologique pour

une surveillance prostatique et un suivi proctologique pour le dépistage des cancers du canal anal sont également indispensables. Les FtM doivent aussi bénéficier d'un suivi gynécologique annuel. (...) Des cohortes «Trans-VIH/IST» et la sensibilisation du personnel médical et paramédical aux spécificités de cette population sont donc à mettre en place. »

Le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 prévoyait, courant 2011, une « saisine de l'AFSSAPS sur la question des interactions entre les traitements des PVIH Trans et les traitements hormonosubstitutifs et des effets indésirables possibles des deux types de traitements » ; cette saisine n'a pas eu lieu...

Mais, à propos, où sont les médecins prêts à mener des études sur les interactions ARV-hormones ? Et qui financera leurs études ?

* le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) est consultable sur le site de l'Invs : invs.sante.fr

* sur la base de cet effectif, la déclaration d'un seul cas de séropositivité aurait correspondu à un taux 5 fois supérieur à celui de la population générale.

* le rapport Yéni et le plan national de lutte contre le VIH et les IST sont téléchargeables sur le site du ministère de la santé : sante.gouv.fr

* pour aller plus loin : actupparis.org/article3107



femmes, corps et identités addictions au féminin

La seconde table ronde de la dernière rencontre Femmes & VIH était intitulée « On ne soigne pas les femmes comme les hommes ». Elle fut introduite par William Lowenstein, médecin interniste, addictologue, membre du Conseil national du sida. Une intervention sur ce sujet est suffisamment rare pour être mise en avant. A l'occasion de la sortie des actes de cette rencontre, nous publions l'introduction de cette table ronde, en espérant que ce thème soit enfin entendu par l'ensemble des soignants :



La question initiale était « est-ce que les soignants tiennent compte du genre ? ». La réponse vous la connaissez comme moi : peu ou pas. Depuis ses débuts, la médecine est académiquement, si on le dit communément : « machiste », si on le dit plus joliment : « androcentrique ». Ce qu'on voudrait éviter pour le développement d'une nouvelle médecine - en tout cas celle à laquelle je tiens particulièrement qui est la médecine des addictions - c'est qu'elle reprenne les mêmes obscurantismes de la médecine classique. Je n'apprends rien à personne en disant que, dans la médecine classique, la femme a existé essentiellement dans deux catégories. Tout d'abord comme être de reproduction, la femme enceinte, c'est ce que tous les étudiants en médecine apprennent. Et la deuxième exception était pour une maladie, à l'époque on disait une connectivite, qui s'appelle la polyarthrite rhumatoïde. Sur les 150 questions de médecine d'internat, il y avait une question dont la forme typique était la femme, c'était pour la polyarthrite rhumatoïde. Pour le dire autrement, en médecine « la patiente » était avant tout « un patient », sauf quand elle était enceinte. Le deuxième pôle d'attraction est venu un peu plus tard avec l'arrivée, si j'ose dire, du marché de la ménopause. Mais vous voyez qu'on restait, en tout cas académiquement parlant, toujours sur l'organe de reproduction, qui fonctionne ou qui ne fonctionne plus. Voilà à peu près à quoi étaient limitées les différences de genre en médecine.

Quand j'ai commencé à travailler sur les dépendances en général, les addictions puis l'héroïnomanie chez les femmes, mon premier étonnement, puisque mon approche est essentiellement neuro-bio-psycho-médicale, - c'est-à-dire que je m'intéresse à ce qu'entraînent les substances dans le

cerveau comme modifications - c'était de voir à quel point le discours, jusque dans les années 60, sur le cerveau féminin était moins..., on peut mettre plein d'adjectifs, moins que celui des hommes... Cela avait pu être soutenu scientifiquement. J'avais trouvé un petit bouquin qui s'appelait *La psychologie des filles expliquée aux garçons*, fait par les familles de France, où l'on expliquait à quel point les femmes évidemment ne pouvaient pas être aussi mathématiciennes, ne pouvaient pas être aussi logiques, ne pouvaient pas être etc. Ce qui a été le plus ahurissant, je ne vais pas dire stupéfiant, sur le sujet qui est le mien (rires), c'était de découvrir le nombre de travaux scientifiques qui avaient pu être publiés jusque dans les années 70 pour expliquer qu'un cerveau féminin était différent d'un cerveau masculin. Cette différence de genre, d'un point de vue neuro-hormonal, peut exister dans le fonctionnel, mais ce n'est pas de ça dont je parle, c'était vraiment une différence aussi forte, aussi raciste que ce qu'on pouvait lire à une autre période glorieuse de l'humanité sur, par exemple, « un cerveau d'une personne de couleur n'est pas comme un cerveau d'une personne de couleur blanche ». Donc c'est vrai que la médecine, c'est la médecine, si j'ose dire, de l'homme blanc, et je ne voudrais pas que la santé des addictions devienne la santé des addictions du junky blanc. Parce que ce qu'on voit, c'est qu'à l'heure actuelle, on est en train de passer à côté de réalités. Un exemple. Celui d'une trilogie à haut risque : l'association pilule, tabac, cannabis. On ne peut pas dire que ce soit une association qui soit exceptionnelle en 2011, et pourtant en 2011, comme en 2010, comme en 2009, on ne se pose pas vraiment la question de changer cette triplette alors qu'elle va être responsable des

VIH, femmes, corps et identités du vécu aux revendications

Actes de la rencontre organisée par
l'interassociatif Femmes & VIH
les 4 et 5 mars 2011

L'interassociatif Femmes & VIH est constitué de Act Up-Paris,
Médicos du Monde, le Planning Familial, Ekla Info Services,
Aides VIH 75, Association Marie Madeleine, Trisea, Iambara

infarctus et des embolies à venir. L'infarctus du myocarde jusqu'à présent est une maladie masculine, de l'homme stressé, tabagique, on va dire un peu hypertendu. Non, dans 20 ans, l'infarctus sera une maladie féminine. Et on ne veut pas changer nos préventions, alors qu'on peut le faire à l'heure actuelle, ne serait-ce qu'en posant la question du tabac mais aussi du cannabis quand une adolescente de 16 ans vient pour une prescription de contraception. Ne pas poser la question est une vraie erreur qui va se payer très cher.

Dans mon expérience, ce qui m'a certainement le plus touché c'est de voir le retard diagnostique, c'est-à-dire le retard de consultation ; le fait que les femmes viennent consulter plus tard pour leur addiction et le fait que la double-peine soit quasiment systématique. Non seulement elles perdent, comme toutes les personnes addictes, leur statut de citoyenne ou de citoyen, normal, honnête, mais en plus elles perdent réellement leur statut de femme. On ne peut pas être une vraie femme, si on est addicte. Socialement parlant, la phrase qu'une patiente m'avait dite en parlant de l'alcool, est vraie : « vous comprenez, en la circonstance, la dépendance, c'est comme une cicatrice sur un visage, chez un mec ça passe, ça fait viril, chez une femme ça devient compliqué à vivre ». Et c'est vrai que la façon qu'on a d'aborder les addictions a été pour l'instant une façon beaucoup trop centrée sur la vision du junky et de sa seringue. Les 3/4 d'hommes pour 1/4 de femmes font qu'on ne s'occupe pas précisément du quart de femmes dans les populations. 25 % c'est énorme en statistique, or les 25 %, qui sont en train d'augmenter tout azimut dans les chiffres des addictions et notamment du côté du

retrouvez **les actes** des journées des 4 et 5 mars 2011 sur le site de l'inter-associatif Femmes & VIH : femmesetvih.org

Royaume-Uni, des pays nordiques et de biens d'autres pays, toujours à cause de raisonnements idiots, pour l'instant je n'ai toujours pas vu de campagnes de prévention, qu'elles soient primaires ou secondaires, de réduction des risques spécifiques. Il y a évidemment des organismes, et vous en faites partie, qui se dévouent, mais sur le plan national cette spécificité de genre, pour l'instant, n'est absolument pas reconnue. Les dangers sont celles que je vous ai dites, mais les particularités de genre existent vraiment, que ce soit pour le tabac ou pour l'alcool, puisqu'en moyenne une femme, de par sa surface corporelle, et simplement aussi de par son équipement enzymatique de foie, va faire une cirrhose 8 à 10 ans plus tôt qu'un homme pour les mêmes doses d'alcool. C'est pas juste, dit-on à ma droite, (rires) je suis d'accord, dans l'autre sens, on peut dire « chic, ça fait 10 ans de plus », mais les femmes vont faire beaucoup plus de polynévrites, c'est à dire d'atteinte des nerfs périphériques, et quand vous commencez à regarder les spécificités vous concluez tristement que non seulement elles existent, mais qu'elles demeurent ignorées. Je souhaite que sous l'impulsion de l'interassociatif Femmes & VIH, la santé des addictions soit beaucoup moins machiste que ne l'a été la médecine jusqu'à présent.



femmes & tabac

On savait que les femmes qui fument sont plus à risque de développer un cancer du poumon que les hommes qui fument. Le regroupement des résultats de plusieurs études de cohortes publiées entre 1966 et 2010 indique que les femmes qui fument sont aussi plus à risque de développer une cardiopathie coronarienne (angine de poitrine, infarctus du myocarde, par exemple) que les hommes qui fument. Ce type de maladie sera la cause principale des décès vers 2030, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, rappellent les auteurs d'un commentaire associé à la publication de ces résultats.

Arrêter de fumer permet de réduire rapidement le risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire. Or, selon certaines études, les femmes réussiraient moins facilement à arrêter de fumer que les hommes, malgré le fait qu'elles soient plus susceptibles d'essayer d'arrêter et d'initier un traitement. Une des raisons pourrait être des inégalités entre femmes et hommes au niveau des propositions de programme d'arrêt par les médecins. Mais il existe aussi des inégalités physiologiques, comme le fait que les femmes éliminent plus rapidement la nicotine que les hommes, entraînant de plus grandes difficultés lors du sevrage. La prise en compte des spécificités féminines est donc cruciale, tant lors des discussions avec son médecin que pour le déploiement des campagnes de prévention. Pendant ce temps, l'industrie du tabac lance des campagnes ciblant les femmes...

interdictions des soins funéraires : une « expertise » aberrante pour une discrimination bien réelle

Les soins funéraires sont interdits aux personnes qui vivaient avec le VIH et/ou une hépatite virale. Ces infections sont intégrées à la liste des « maladies contagieuses » (sic) justifiant, selon l'arrêté du 20 juillet 1998¹, l'interdiction des soins funéraires. Jusqu'à quand ?

chronologie

Saisi par Elus Locaux contre le sida (ELCS), qui se mobilise depuis des années contre cette discrimination aberrante, le Conseil national du sida (CNS) rend en mars 2009 un avis² demandant la levée de cette interdiction. Le ministre de la santé se tourne alors vers le Haut Conseil de Santé publique (HCSP), dont l'avis³, publié en novembre 2009, défend cette discrimination contre les séropos. Statu quo. En septembre dernier, un courrier interassociatif est adressé à Xavier Bertrand, lui demandant de lever cette interdiction. Le courrier reste sans réponse : le ministre et son administration ont mieux à faire que de respecter nos morts.

Le 20 décembre 2011, le CNS exprime son inquiétude⁴ : l'interdiction va être prolongée par arrêté. Le 23 décembre, nous organisons un zap phone/fax sur le cabinet de Xavier Bertrand. Cette action permet de suspendre la signature des textes qui allaient confirmer cette discrimination. Dans les semaines qui suivent, nous constituons un réseau de cinquante associations et syndicats autour d'un argumentaire qui montre l'absurdité scientifique de l'interdiction, et la violence qu'elle représente pour les séropos, et l'entourage des personnes décédées. Cette pression, accrue par l'écho médiatique et l'organisation d'une conférence de presse avec ELCS et Sidaction, oblige le ministère à organiser une réunion avec les parties concernées au sein de la Direction Générale de la Santé (DGS), le 10 janvier. Or, rien ne justifie une nouvelle série de concertations techniques : la décision à prendre est politique.

que dit la science ?

Toute l'expertise est en effet réunie pour lever l'interdiction. Les études menées aux Etats-Unis, où les soins funéraires ne sont pas interdits pour les séropos, ne documentent aucun cas de transmission du VIH auprès d'un

thanatopracteur dans un cadre professionnel. Des cas de transmission du VHB et du VHC sont rapportés dans une étude américaine de 1988⁵, à une période où les recommandations universelles viennent juste d'être publiées, et dans un pays où la vaccination contre l'hépatite B n'a pas fait l'objet de campagne systématique. Deux études plus tardives rapportent des cas de VHB. L'une d'entre elle (1989⁶) prouve que le risque de contracter ce virus était 10 fois plus important pour les thanatopracteurs travaillant depuis plus de 10 ans, et pour ceux qui ne mettaient pas de gants. L'autre (1995⁷) montre que la prévalence du VHB chez les thanatopracteurs n'était pas supérieure à celle de la population générale. Aucune de ces trois études ne suggère l'interdiction des soins funéraires comme mesure de protection face au VIH et aux hépatites virales. Au contraire, elles insistent sur la nécessaire vaccination contre le VHB et l'application des recommandations universelles de bonnes pratiques.

Ces recommandations universelles, élaborées à la fin des années 80, suffisent à assurer une protection des professionnels face au VIH, aux hépatites virales et tous les autres risques : le port de gants, de lunettes (pour éviter les projections dans les yeux), d'un masque adapté (par exemple contre la tuberculose), la désinfection systématique du matériel réutilisable – tout cela garantit la sécurité des thanatopracteurs face à TOUS les risques biologiques, à commencer par ceux que leur font courir les produits qu'ils et elles utilisent.

Enfin, bon nombre de personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale ignorent leur statut sérologique. De plus, par peur de l'exclusion, l'entourage de la personne décédée, ou le médecin qui signe l'acte de décès, peut refuser de mentionner ces infections quand il en avait connaissance.

¹ arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires cf. legifrance.gouv.fr

² note valant avis sur les opérations funéraires pour les personnes décédées infectées par le VIH, 12 mars 2009 cns.sante.fr

³ avis relatif à la révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, 27 novembre 2009 hcsp.fr

⁴ opérations funéraires : le CNS s'inquiète du maintien de l'interdiction des soins de conservation pour les personnes décédées infectées par le VIH, 20 décembre 2011

⁵ BECK-SAGUE CM, JARVIS WWR, FRUEHLING JA, OTT CE ET AL. *Universal precautions and mortuary practitioners : influence of practices and risk occupationally acquired infection.*

⁶ TURNER SB, KUNCHES LM, GORDON KF, TRAVERS PH ET AL. *Occupational exposure to human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis B virus (HBV) among embalmers : a pilot seroprevalence study.*

⁷ GERSHON RR, VLAHOV D, FARZADEGAN H, ALTER MJ. *Occupational risk of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among funeral service practitioners in Maryland.*



L'interdiction des soins funéraires ne concerne donc que les personnes dont on savait qu'elles vivaient avec ces virus. Un cadavre peut très bien passer entre les mains d'un thanatopracteur sans que l'on sache que la personne était séropositive à ces virus. Cette mesure laisse ainsi croire aux professionnelLES qu'ils et elles courent moins de risques avec les corps des personnes pour lesquelles les soins sont autorisés, et peut les amener à prendre moins de précautions. Bien loin de garantir leur sécurité, l'interdiction des soins funéraires en cas de VIH ou d'hépatite virale entretient une illusion dangereuse de sécurité, une peur irrationnelle qui engendre violence et discrimination.

un Haut Comité de l'obsurantisme

Les preuves scientifiques sont telles qu'on se demande comment une instance telle que le HCSP a pu rendre, en novembre 2009, l'avis que le ministre de la santé a pris comme prétexte pour maintenir l'interdiction. L'avis se fonde sur un rapport⁸ dressé par la commission spécialisée « Maladies transmissibles », c'est-à-dire des personnes censées être au fait du VIH et des hépatites.

Or, ces « expertEs »⁹ estiment que le VIH et les hépatites virales sont des maladies contagieuses, comme le prouve le titre de l'avis. Le HCSP pourra arguer qu'il n'a fait que reprendre le titre de l'arrêté qui entretient déjà l'amalgame, et que son avis concerne d'autres infections. Il n'en reste pas moins que le Haut Comité a été sollicité avant tout sur la question du VIH et des hépatites virales, et qu'il avait le devoir, en tant qu'instance d'expertise, de corriger les erreurs de l'arrêté. A aucun moment, le

rapport ne revient sur ce titre malheureux pour rappeler que le VIH et l'hépatite virale ne sont en rien contagieux. Ce simple oubli témoigne à lui seul d'une incompétence à traiter le sujet pour lequel on a été sollicité, et/ou d'une indifférence au poids des mots et de la stigmatisation qu'ils peuvent véhiculer. Dans un cas comme dans l'autre, l'avis du HCSP est d'ores et déjà invalidé.

L'amalgame continue sur tout le rapport de la commission « Maladies transmissibles » puisque page 24, dans ses « Arguments pris en compte pour les recommandations », les « expertEs » listent les mêmes arguments pour toutes les pathologies confondues. Ils et elles remarquent notamment que « *Des infections ont déjà décrites (sic) chez les thanatopracteurs et rapportées dans la littérature* ». Or, c'est faux en ce qui concerne le VIH – il s'agit donc d'un mensonge patent de la part des « expertEs » - et mérite une discussion approfondie concernant les hépatites virales. Mais le Haut Comité a mieux à faire que de regarder attentivement les études. Il se contente de citer des chiffres hors contexte, sans jamais rapporter les analyses des chercheurSEs responsables des études. Il ne rappellera à aucun moment la méthodologie des études, notamment le fait que deux d'entre elles reposent sur des déclarations par auto-questionnaire des risques d'exposition, donc sur la perception qu'ont les professionnelLES de ces risques, donc de leur représentation des maladies. Le HCSP ne mentionnera jamais qu'aucune étude ne propose l'interdiction des soins funéraires en cas de VIH et d'hépatites virales. A ce niveau, on ne peut même plus parler d'incompétence, mais bien de détournement de la recherche.

⁸ Révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, rapport du groupe de travail présenté à la séance plénière du 27 novembre 2009

⁹ François Bricaire, infectiologue, commission spécialisée Maladies transmissibles, Jean-Didier Cavallo, microbiologiste, Katell Daniault, DGS R12, Thierry Debord, infectiologue, Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation, Paule Deutsch, santé publique, coordonnatrice de la commission spécialisée Maladies transmissibles, Catherine Lepout (présidente), infectiologue, commission spécialisée Maladies transmissibles, Hélène Peigue-Lafeuille (rapporteur-rédacteur), virologue, commission spécialisée Maladies transmissibles

Le HCSP ne se contente d'ailleurs pas de détourner les résultats scientifiques, il dévoie aussi des principes de base des droits des malades. Selon l'instance, le « rapport bénéfice-risque » ne serait pas en faveur des soins funéraires car la personne est décédée. Il faut comprendre que le bénéfice serait pour la famille et l'entourage du défunt, le risque pour le professionnel. Le HCSP ne donne évidemment pas la parole aux proches et aux familles des défuntEs concernéEs par l'interdiction : comment alors évaluer le « bénéfice » rigoureusement et scientifiquement ? Aucune méthodologie n'est indiquée : ce sont donc les seuls préjugés des auteurEs qui feront loi.

Mais il y a pire. Toute personne rigoureuse sait que, dans le cadre de la prise en charge médicale, ou d'une recherche, le rapport bénéfice / risque s'entend comme un consensus entre soignantE et soignéE, dans le seul intérêt du/ de la malade : c'est chez lui/elle et avec lui/elle qu'on évalue le rapport, comme l'efficacité du traitement versus l'inconfort des effets indésirables, par exemple, ou la prise d'un risque potentiellement vital versus le soulagement de la douleur.

Le HCSP, lui, oppose bénéfice chez les proches et risque chez les professionnelLEs ! Le « rapport bénéfice risque » n'a donc plus le sens qu'on lui accorde d'habitude. Il s'agit d'un dévoiement de principes éthiques et médicaux, afin de masquer des préjugés et des discriminations contre les personnes vivant avec le VIH, et d'enjoliver un discours méprisant envers les proches et les familles des mortEs.

Dernier dévoiement, les conditions de travail des professionnelLEs. Pour le HCSP, « *Les conditions de travail des thanatopracteurs s'effectuent dans des conditions différentes : différences majeures entre celles offertes par exemple, par les funérariums des maisons de santé par rapport à celles rencontrées aux domiciles des personnes décédées* ». Le raisonnement est donc : comme les conditions de travail sont parfois précaires, ne les améliorons pas, et excluons les séropos ! Voilà qui est bien dans l'air du temps politique, et qui devrait faire plaisir à tous les syndicats. On imagine par exemple ce que cela pourrait donner, appliqué au système de soins : « *on baisse le nombre d'infirmières, leurs conditions de travail sont éreintantes, elles vont faire des erreurs, donc il vaut mieux qu'elles ne soignent plus les séropos, vous comprenez, hein, le principe de précaution...* ».

comment on crache sur nos tombes et sur la démocratie sanitaire

La science prouve que l'interdiction est une absurdité. Les « expertEs » qui prétendent le contraire ont travaillé n'importe comment, sans consulter les personnes concernées, en faisant passer leur phobie pour de la science. On comprend donc qu'avec les associations invitées à la DGS le 10 janvier, nous ayons été méfiantEs à la perspective d'une réunion purement technique de concertation, fixée au dernier moment, pour répondre à la pression médiatique, sans nous demander nos disponibilités – beau respect de la démocratie sanitaire – et en l'absence de tout politique. Xavier Bertrand nous ignore, Nora Berra a préféré, le jour même, rencontrer des représentantEs de l'Eglise Catholique, affichant ses priorités à quelques mois des législatives où elle sera candidate, à Lyon. La veille, les associations de lutte contre le sida, dont Act Up-Paris, exigeaient une garantie politique que cette réunion viserait bien à lever l'interdiction, et non à parler dans le vague avec des gens qui ont suffisamment montré leur incompétence. Le jour même, au bout de 10 minutes de réunion, sans ordre du jour, ni objectif – la DGS n'avait pas mandat pour annoncer une levée de l'interdiction –, ces mêmes associations quittaient cette réunion-alibi. Le lendemain, l'administration communiquait en affirmant qu'« *il était possible d'autoriser des actes de conservation invasive des corps chez des personnes atteintes de certaines pathologies infectieuses, dont le VIH et les hépatites, dès lors que les conditions adéquates de pratique de la thanatopraxie auront été définies* ». Or ces conditions sont définies depuis la fin des années 80 : l'interdiction doit être levée maintenant !

Et pour nous rappeler que l'obscurantisme gangrène toute l'administration, la DGS indiquait : « *Lors de cette réunion, la Direction générale de la Santé a souhaité rappeler qu'il est de sa responsabilité de garantir la sécurité sanitaire des actes potentiellement à risque pour la santé des citoyens, en particulier des professionnels et de l'entourage de la personne décédée* ». Dites-moi, docteur Jean-Yves Grall, directeur général de la santé, en quoi des soins funéraires pour les séropositifVEs au VIH ou aux hépatites virales constitueraient-ils un danger pour l'entourage de la personne décédée ? Le virus du sida se transmettrait-il par des ondes mystérieuses au moment du deuil ?

loi sur la sécurité du médicament

Après des discussions au Parlement plus longues que prévu, la loi sur la sécurité du médicament, dont nous décrivions en détail le passage à l'Assemblée nationale en première lecture, a été adoptée. Le TRT-5 a réussi à conserver un système souple des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU), ce dispositif vital qui permet de mettre à disposition de personnes sans autre choix thérapeutiques des médicaments qui n'ont pas encore reçu d'Autorisations de mise sur le marché. L'investissement des associations sur le sujet s'est avéré indispensable tout au long des débats tant les parlementaires semblaient ignorer que les ATU contribuent à sauver des vies. Nous reviendrons en détail sur tous les aspects de la loi dans le prochain numéro de *Protocoles*, quand les textes d'application seront connus.

diabète, âge et VIH

L'incidence du diabète est nettement plus élevée chez les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral que dans la population non-infectée, maladie liée à l'âge et à l'adiposité. Les données sur ce sujet ont été parfois contradictoires, mais les résultats de la cohorte Aproco-Copilote sont clairs. Bénéficiant d'une durée de recherche importante - près de 15 ans -, les données qui en résultent sont précieuses. Entre 1997 et 2009, 1.047 personnes ont été suivies, 111 cas de diabète ont été identifiés, une incidence identique pour les hommes et les femmes. Une variation au cours du temps a été observée, avec un pic autour des années 1999-2000 puis une décrue expliquée par l'apparition de nouveaux antirétroviraux. L'âge a été associé au risque de diabète, ainsi que les paramètres d'adiposité, les patients en surpoids avaient un risque multiplié par 1,9 et les obèses par 2,8. Par ailleurs, la lipo-atrophie multipliait le risque par 2,1. Aucune association n'a été trouvée avec les antécédents familiaux de diabète, l'hypertension, le tabagisme, la co-infection avec le VHC, les caractéristiques liées au VIH ou l'origine ethnique. En revanche, certains antirétroviraux sont mis en cause : l'indinavir (Crixivan®) ou la stavudine (Zerit®) pour une forte prévalence du diabète, ainsi que la didanosine (Videx®) en utilisation prolongée et au contraire, une décroissance de l'incidence avec le nelfinavir (Viracept®). Selon les chercheurs, les diabètes développés par les personnes vivant avec le VIH diffèrent de ceux de la population générale car les antirétroviraux prennent le pas sur les facteurs de risques traditionnels, et leurs effets persistent même après l'arrêt des médicaments.

l'ANRS devient ANRSH, une agence autonome de l'Inserm

Depuis le 1er janvier, l'ANRS a changé de statut. Elle cesse d'exister sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) et devient une agence autonome au sein de l'Inserm. L'ANRSH conserve son budget, qu'elle a vu réduit des 5% de la réserve budgétaire habituellement alloués en fin d'année. Cette baisse importante aura des conséquences sur le lancement de certaines recherches. L'agence garde son autonomie et sa capacité de mobiliser les équipes sur des thématiques prioritaires de recherche sur le VIH et les hépatites. Si les dirigeants mettent en avant l'intérêt de la « fusion » pour des raisons de meilleure coordination dans le champ des maladies infectieuses, l'expérience de l'ANRS avec le milieu associatif au Nord, comme au Sud pourra être bien utile à l'INSERM. Espérons que l'action associative perdure et ne sois pas noyée dans les méandres de cet Institut gigantesque.

enfin une étude sur le cœur des femmes

Alors que les femmes sont les grandes oubliées de la surveillance cardiaque, des chercheurs commencent à s'intéresser à ce sujet. On sait pourtant que de plus en plus de femmes vivant avec le VIH souffrent de pathologies cardio-vasculaires, sans que cela ne mobilise la plupart des soignants.* En France, une femme sur trois meurt des suites d'une pathologie cardio-vasculaire, mais les messages de prévention, les études de dépistage, la recherche et les traitements concernent pourtant, pour l'essentiel, la population masculine. Forte de ce constat, une équipe de cardiologues s'est lancée dans un programme de recherche sur le cœur des femmes par le biais de la Fondation Recherche Cardio-vasculaire. Ce premier pas permettra à 500 femmes consultant en service de cardiologie de participer à la recherche pour mieux évaluer les spécificités cardiaques féminines.

* lire à ce sujet l'intervention de William Lowenstein lors du dernier colloque Femmes & VIH en page 12

VIH & tuberculose : étude Camélia

Référence au Roman d'Alexandre Dumas, cette étude qui vient de s'achever portait sur l'initiation du traitement antirétroviral pour les personnes co-infectées VIH – tuberculose. Réalisé au Cambodge pendant 5 ans, l'essai comparait l'efficacité clinique de deux stratégies thérapeutiques : introduction précoce des antirétroviraux (stavudine, lamivudine, éfavirenz) quinze jours après le début du traitement anti-tuberculeux, *versus* introduction tardive des antirétroviraux (même schéma) huit semaines après le début des anti-tuberculeux.

Les résultats montrent clairement que pour réduire la mortalité, il faut débiter le traitement antirétroviral de façon précoce, 2 semaines après le démarrage des antituberculeux, chez les personnes sévèrement immunodéprimés. L'étude, coordonnée par l'Institut Pasteur du Cambodge et par le Cambodian Health Committee, une association cambodgienne, a démontré que le risque de décès a pu être réduit de 34% lorsque le traitement contre le VIH débutait seulement deux semaines après le traitement contre la tuberculose. La tuberculose est la co-infection la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH. Chaque année, 456 000 personnes décèdent de cette double infection dans le monde. Les traitements de ces deux infections sont lourds et comportent de nombreuses interactions. Les résultats de l'étude apportent un nouvel éclairage sur la meilleure stratégie de traitement, et vont justifier une révision des Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2012.

lutte contre l'ostéoporose et VHC : interactions bénéfiques

Une étude japonaise a montré que le raloxifène, médicament utilisé pour lutter contre l'ostéoporose, améliore le traitement contre l'hépatite C des femmes ménopausées. Utilisé en préventif et pour traiter l'ostéoporose, le raloxifène agit sur l'activation des récepteurs aux oestrogènes. Or la sécrétion d'oestrogènes peut avoir un impact sur l'évolution naturelle d'une hépatite C et sur la réponse à son traitement. Pour preuve, la fibrose hépatique progresse plus rapidement chez les hommes et les femmes ménopausées que chez les femmes en âge de procréer. De même, une ménopause précoce est associée à une plus faible chance de guérison d'une hépatite C traitée. Dans l'étude japonaise, les 123 participantes, toutes ménopausées et souffrant d'une hépatite C chronique de génotype 1, ont reçu pendant 48 semaines une bithérapie (interféron pégylé alfa + ribavirine) et pour la moitié d'entre elles, du raloxifène en plus. Le taux de réponse virologique prolongée 24 semaines après l'arrêt des traitements était de 61,3% pour le groupe avec raloxifène contre 34,4%. Une belle découverte.

la SFLS en webcast

Les 3 et 4 novembre dernier se tenait le Congrès de la Société française de lutte contre le sida, sur le thème de la santé sexuelle et le VIH. Pour les personnes qui n'ont pu s'y rendre, il est possible d'en suivre les interventions, qui sont disponibles en webcast sur le site de la SFLS : www.sfls.aei.fr/journees-nationales/2011/webcast.asp

interactions entre anti-épileptiques et antirétroviraux

Les anti-épileptiques agissent sur l'épilepsie mais aussi sur les neuropathies périphériques, troubles de la santé fréquents chez les personnes vivant avec le VIH. Aujourd'hui, plus de 55 % de ces personnes pourraient avoir une indication pour la prise à la fois d'antirétroviraux et d'anti-épileptiques. Or les connaissances concernant la co-administration de ces médicaments étaient jusqu'alors floues. Il existe des interactions entre certains anti-épileptiques et certains antirétroviraux, qui conduisent à envisager des ajustements de doses pour en conserver l'efficacité. A partir de 42 études réalisées sur l'utilisation des antirétroviraux et des anti-épileptiques, des chercheurs ont apportés de nouvelles recommandations.

Les personnes prenant de la phénytoïne pourraient nécessiter un dosage deux fois plus élevé de lopinavir/ritonavir (Kaletra®) pour maintenir inchangées leurs concentrations sanguines. Les personnes prenant de l'acide valproïque devraient réduire le dosage de zidovudine (Retrovir®), pour maintenir inchangée sa concentration sanguine. En revanche, la co-administration d'acide valproïque et d'éfavirenz ne nécessiterait pas d'ajustement de dosage. Les patients prenant de l'atazanavir "boosté" par du ritonavir auraient besoin d'un dosage deux fois plus élevé de lamotrigine pour maintenir sa concentration sanguine. La co-administration de raltégravir (Isentress®), d'atazanavir (Reyataz®) et de lamotrigine ne nécessiterait pas d'ajustement de dosage, tout comme la co-administration de raltégravir et de midazolam. Il est important d'éviter les anti-épileptiques induisant certaines enzymes métabolisant les médicaments (phénytoïne, phénobarbital, carbamazépine) chez les personnes prenant des inhibiteurs de protéase ou des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse, car le risque est que des interactions pharmacocinétiques empêchent toute suppression virologique.

témoignages pour Actions Traitements

L'association Actions Traitements lance un appel à témoins :

« Vous avez appris votre séropositivité depuis ces cinq dernières années (soit à partir de 2007) et aujourd'hui vous suivez un traitement antirétroviral (ou celui-ci a été différé par votre médecin). Votre témoignage anonyme sur votre parcours de ces dernières années nous intéresse. Il sera utile pour tous et donnera lieu à l'écriture d'un article synthétisé dans *InfoTraitements*. Vous pourrez témoigner de votre savoir-faire et expérience de vie avec le VIH. Et notamment en revenant sur les moments qui vous ont le plus marqué. À titre indicatif, citons : l'annonce du diagnostic de l'infection à VIH et le partage de cet événement avec vos proches, la relation patient-médecin et le vécu des traitements, les fragilités ou inquiétudes ressenties mais aussi l'évolution de vos projets professionnel et personnel, etc.

Si vous êtes volontaire pour cette démarche anonyme : prenez contact dès à présent avec Emily Fleury à Actions Traitements au 01 43 67 20 60 ou par email à efleury@actions-traitements.org en indiquant les moments où l'on peut vous joindre le plus facilement pour un entretien téléphonique avec un numéro fixe et/ou portable. Cet entretien vous sera ensuite proposé en tenant compte de vos disponibilités et sur la ligne de votre choix. »

lundi 23 janvier 2012 - 17h-20h

Vivre et vieillir avec le VIH/sida en 2012

Mairie du 9e arrondissement, 9 rue Drouot, 75009 Paris

Rencontre-débat organisée par ELCS (Elus Locaux Contre le Sida) et les Petits Bonheurs. Cette rencontre est ouverte à tous, personnes touchées, professionnels du secteur médico-social, élus etc.

Un apéritif convivial clôturera le débat.

elcs.fr

associationlespetitsbonheurs.org

entrée libre

26-27 janvier 2012

12e réunion du réseau national hépatites

organisée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS).

UICP 16 rue Jean Rey 75015 Paris

Ces journées permettent de rassembler chercheurs et médecins pour discuter des dernières avancées françaises en matière de recherche fondamentale et translationnelle sur les hépatites virales B et C.

Lieu d'échanges scientifiques et de mise en place de collaborations, la Réunion du Réseau national Hépatites virales est ouverte non seulement aux chercheurs des EPST, mais aussi aux médecins cliniciens intéressés par une recherche d'interface entre clinique et fondamental.

Un cocktail dînatoire convivial, offert sur place le jeudi, permettra de prolonger les échanges.

polynome.fr/anrs-hepatites2012

Le Forum est gratuit et ouvert à tous sur inscription obligatoire avant le 20 janvier 2012.

Contact : Polynôme
01 70 15 44 73
anrs-hepatites2012@polynome.fr

jeudi 26 janvier 2012 - 19h

Réunion Qualité de Vie & VIH

Seul(e) à vivre avec ? ensemble pour en parler

organisée par Actions-Traitements

à Sida Info Service - 190 bd de Charonne 75020 Paris

(salle de réunion, 2ème étage)

En ce début d'année 2012, l'association Actions Traitements organise une soirée conviviale pour partager, discuter et échanger sur la vie avec le VIH. Seront évoquées les attentes des participants afin de définir ensemble les thématiques des futures réunions.

Attention : l'inscription est obligatoire pour assister à cette réunion.

actions-traitements.org

entrée libre

inscription obligatoire

contact Emily FLEURY :
01 43 67 20 60

efleury@actions-traitements.org

jeudi 16 février 2012 - 16h-20h30

Prises en charge sociale et « psy » dans le cadre du VIH, quelles complémentarités ?

Les Jeudis du Social (COREVIH IDF Centre)

Pitié-Salpêtrière (amphithéâtre Adicare) 47-83 bd de l'hôpital 75013 Paris

Le thème que le groupe de travail a retenu pour cette nouvelle rencontre correspond aux patients souffrant de troubles psychologiques et/ou psychiatriques, et à leur prise en charge à la fois par les intervenants sociaux exerçant à l'hôpital ou en ville et par les acteurs du suivi médico-psychologique.

inscriptions
anne.simon@psl.aphp.fr
philippe.louasse@psl.aphp.fr

5-8 mars 2012

CROI

Seattle (E.U)

retroconference.org

La 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) se tiendra à Seattle aux Etats-Unis. Cette année encore plus de 4.000 participants seront présents, et parmi eux un représentant d'Act Up-Paris, afin de vous faire partager les dernières informations concernant le VIH et les virus des hépatites

25-28 mars 2012

conférence francophone

organisée par l'AFRAVIH (Alliance francophone des acteurs de santé contre le VIH)

CICG - Genève (Suisse)

Cette 6ème édition a pour objectif d'échanger et d'ouvrir un large débat avec tous les acteurs de santé autour de cinq enjeux majeurs : le contexte de crise et les financements dédiés à la santé, les progrès scientifiques et les perspectives d'avenir, les nouvelles stratégies de prévention et de traitements, les populations négligées et stigmatisées et les besoins de ressources humaines en santé.

vihgeneve2012.com

mercredi 4 avril 2012 - 8h30-18h30

journée de réflexion sport et VIH

CNOSF, stade Charléty, 1, avenue Pierre de Coubertin, 75013 Paris.

inscription auprès de
philippe.sagot@hmn.aphp.fr
ou sur site d'ACTIF Santé
actif-sante.fr
ou du COREVIH Sud IDF
corevih-sud.org

Cette journée permettra la présentation des résultats de la recherche menée par l'Université de Montpellier et par Actif Santé qui concerne la pratique physique et sportive de 800 personnes vivant avec le VIH, suivi de débats...

Quelles expériences les personnes séropositives pour le VIH ou/et vivant avec le VHC ont-elles de l'activité physique et/ou du sport ? Quel effet a la découverte de la séropositivité sur la pratique sportive ? Quelles difficultés pour les personnes séropositives dans l'accès au sport et à l'exercice physique ?

22-27 juillet 2012

conférence internationale AIDS 2012

Washington D.C., USA

La 19e Conférence internationale sur le sida se déroulera du 22 au 27 juillet 2012 à Washington DC, aux USA. Elle est intitulée "Turning the tide together" (renverser la tendance ensemble). Les inscriptions sont à faire avant le 15 février pour pouvoir bénéficier d'une bourse, soumettre un abstract ou un atelier.

aids2012.org

Traitements	Classe	Effets indésirables les plus fréquents	Associations contre-indiquées	Recommandations & commentaires
APTIVUS® (TPV tipranavir) 2 gélules, 2 fois/jour Boehringer - AMM du 23/10/05 révision le 23/06/09	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées • Éruptions cutanées • Troubles digestifs • Hyperglycémie • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie. 		<ul style="list-style-type: none"> - À prendre au moment du repas. Prendre ce traitement au moment du coucher peut minimiser les effets indésirables. - Associé à 2 capsules de ritonavir, à chaque prise.
ATRIPLA® (efavirenz/emtricitabine/tenofovir) 1 comprimé, 1 fois/jour BMS/GILEAD - AMM du 13/12/07 révision le 10/05/10	NUCLÉOSIDE, NUCLÉOTIDE ET NON NUCLÉOSIDE	<ul style="list-style-type: none"> • Acidose lactique • problème au foie • Problèmes psychiatriques • dépression • vertiges • nausées • diarrhées • fatigue • maux de tête • érythème • sinusite • insomnie • rêves inhabituels. 	Astemizole, cisapride, midazolam, triazolam, dérivés de l'ergot, voriconazole, methysergide, ergotamine, dihydroergotamin mesylate, millepertuis officinal, efavirenz, emtricitabine, tenofovir, atazanavir, lamivudine.	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller les fonctions hépatiques et rénales. - À prendre à jeun. - En cas de troubles psychiques, en parler à son médecin. - Agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection. - Contre indiqué durant la grossesse.
CESENTRI® (MVC maraviroc) 1 comprimé, 2 fois/jour (sauf exception) Pfizer - AMM du 24/09/07 révision le 06/06/10	INHIBITEUR D'ENTRÉE	<ul style="list-style-type: none"> • Toux • fièvre • infections pulmonaires • éruptions cutanées • douleurs musculaires et abdominales • étourdissement • constipation • démangeaisons • difficulté à dormir. 		<ul style="list-style-type: none"> - Suivi hépatique attentif, pour cause de réaction allergique. - Suivi attentif pour risque d'infection herpétique.
COMBIVIR® (3TC/AZT) 1 comprimé, 2 fois/jour GSK - AMM du 18/03/98 révision le 10/05/10	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Acidose lactique : devant être traitée d'urgence ; symptômes : essoufflement, fatigue importante et inexplicquée, douleurs musculaires, crampes, nausées, vomissements • Lipoatrophie • Nausées importantes qui disparaissent progressivement. 	Stavudine, ribavirine, zalcitabine, emtricitabine.	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi hématologique régulier. - La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.
CRIVAN® (IDV indinavir) 2 gélules, 2 fois/jour MSD - AMM du 04/10/96 révision le 14/07/09	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Calculs rénaux • Troubles digestifs • Sensations anormales autour de la bouche • Sécheresse cutanée • Perte de cheveux • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie • Hyperglycémie • Lipodystrophie • Ongles incarnés. 	Rifampicine, astémizole, millepertuis, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terféndine, ethinyloestradiol.	<ul style="list-style-type: none"> - À prendre à jeun avec de l'eau, sauf si pris avec du ritonavir, et à 1h de distance du Videx®. - Boire au moins 1,5 litre d'eau par jour pour éviter des calculs rénaux. - Effets secondaires très importants. A éviter à l'initiation d'un traitement.
EMTRIVA® (FTC emtricitabine) 1 gélule/jour Gilead - AMM du 24/10/03 révision le 26/08/10	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'acidose lactique • Maux de tête, vertiges • Fatigue • Troubles digestifs • Eruption cutanée • coloration de la paume des mains. 	Lamivudine, zalcitabine.	<ul style="list-style-type: none"> - L'emtricitabine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.
EPIVIR® (3TC lamivudine) 1 comprimé/jour GSK - AMM du 08/08/96 révision le 29/04/10	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs • Maux de tête • Fatigue. 	Zalcitabine, emtricitabine.	<ul style="list-style-type: none"> - La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.
FUZEON® (T20 enfuvirtide) Injection sous-cutanée, 2 fois/jour Roche - AMM du 27/05/03 révision le 27/04/10	INHIBITEUR DE FUSION	<ul style="list-style-type: none"> • Au niveau du site d'injection : rougeurs, douleurs, petites boules. 		<ul style="list-style-type: none"> - Après reconstitution du produit avec de l'eau fournie, peut se conserver 24h maxi, au réfrigérateur. - Changer régulièrement de site d'injection et masser immédiatement après l'injection.
INTELENCE® (TMC 125 étravirine) 2 comprimés, 2 fois/jour Janssen Cilag - AMM du 26/06/08 révision le 02/07/10	INHIBITEUR NON NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête • Nausées • Diarrhées • Rash. 		À prendre au cours du repas.
INVIRASE® (SQV saquinavir) 2 comprimés, 2 fois/jour Roche - AMM du 04/10/96 révision le 28/07/10	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées • Lipodystrophie • Hyperglycémie • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie. 	Carbamazépine, efavirenz, névirapine, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rifabutine, rifampicine, astémizole, cisapride, terféndine, atazanavir.	<ul style="list-style-type: none"> - À prendre avec un repas copieux. - Associé au ritonavir en faible dose, indispensable pour garantir une efficacité suffisante. - La posologie d'Invirase® dépend du dosage plasmatique effectué après 2 semaines de traitement.
ISENTRESS® (MK 0518 raltegravir) 1 comprimé, 2 fois/jour MSD - AMM du 20/12/07 révision le 31/08/10	INHIBITEUR D'INTÉGRASE	<ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête • Fatigue • Vertiges. 		
KALETRA® (LPV.r/lopinavir + ritonavir) 2 comprimés, 2 fois/jour ou 4 comprimés, 1 fois/jour Abbott - AMM du 20/03/01 révision le 26/08/10	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées • Nausées • Vomissements • Éruptions cutanées • Fatigue • Lipodystrophie • Hyperglycémie • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie. 	Astémizole, terféndine, flécaïnide, midazolam, triazolam, cisapride, primozide, amiodarone, dérivés de l'ergot de seigle, millepertuis, rifampicine, disulfirame, propafénone, métronidazole.	<ul style="list-style-type: none"> - Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère. - Contient du ritonavir, comme booster. - À prendre à 1h de distance du Videx®.
KIVEXA® (abacavir/lamivudine) 1 comprimé/jour ViV Healthcare - AMM du 17/09/04 révision le 28/07/10	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue • Troubles digestifs • Risque d'allergie grave surtout les 1^{ers} mois; symptômes : rougeurs cutanées, fatigue, démangeaisons, fièvre, nausées, vomissements, diarrhées, courbatures, malaise général, maux de gorge, toux, sensation d'essoufflement • Risque d'acidose lactique devant être traitée d'urgence (voir Combivir®) • Troubles digestifs • Maux de tête. 	Zalcitabine, stavudine, emtricitabine, alcool (éthanol), ne pas débiter le traitement en même temps que névirapine.	<ul style="list-style-type: none"> - La lamivudine agissant contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection. - Non recommandé en cas de grossesse et d'insuffisance hépatique. - En cas d'hypersensibilité même sans éruption cutanée : contacter les urgences avec la notice de la boîte. - En cas d'arrêt du traitement, pour hypersensibilité, ne jamais reprendre l'abacavir : risque mortel.

Traitements	Classe	Effets indésirables les plus fréquents	Associations contre-indiquées	Recommandations & commentaires
NORVIR® (ritonavir) comprimés en association Abbott - AMM du 26/08/96 révision le 23/03/10	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs, diarrhées • Sensations anormales autour de la bouche • Neuropathies périphériques • Hypertriglycéridémie • Hyperglycémie • Hypercholestérolémie. 	Astémizole, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terféridine, pimozide, rifampicine, efavirenz, midazolam, rifabutine, triazolam.	<ul style="list-style-type: none"> - À prendre au cours du repas. - Le ritonavir est recommandé à faible dose en association à une autre antiprotéase, comme booster. - À conserver au frais.
PREZISTA® (TMC 114 darunavir) 1 comprimé, 2 fois/jour Janssen Cilag - AMM 21/02/07 révision le 31/03/11	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête • Nausées • Diarrhées. 	Terféridine, dérivés de l'ergot de seigle, millepertuis, rifampicine et certains anti-arythmiques (bépridil, quinidine).	<ul style="list-style-type: none"> - Doit être associé à de faibles doses de ritonavir. - À prendre au cours du repas.
RETROVIR® (AZT zidovudine) 1 comprimé, 2 fois/jour Viiv Healthcare - AMM du 13/03/87 révision le 03/04/09	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie (baisse des globules rouges) • Leucopénie et neutropénie (baisse des globules blancs dont neutrophiles) • Maux de tête • Fatigue • Chez les nouveaux-nés, risque de cytopathies mitochondriales si la mère a reçu AZT+3TC. 	Stavudine, ribavirine.	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi sanguin pour surveiller l'apparition éventuelle d'anémie ou de neutropénie.
REYATAZ® (atazanavir) 1 gélule, 1 fois/jour BMS - AMM du 02/03/04 révision le 07/07/10	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs • En début de traitement, peut entraîner une jaunisse (par l'augmentation de la bilirubine sanguine) • Troubles de la vision. 	Nombreuses interactions avec d'autres médicaments éliminés par le foie.	<ul style="list-style-type: none"> - À prendre au cours du repas. - Prévenir son médecin en cas de jaunisse. - Associé à une gélule de ritonavir.
SUSTIVA® (EFV efavirenz) 1 comprimé/jour BMS - AMM du 28/05/99 révision le 20/01/10	INHIBITEUR NON NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Sensations d'ébriété, vertiges, cauchemars, hallucinations • Hypercholestérolémie • Troubles du comportement et de l'humeur • Eruption cutanée parfois sévère (rash). 	Saquinavir, astémizole, cisapride, midazolam, terféridine, triazolam, éthynil-oestradiol, ritonavir, névirapine.	<ul style="list-style-type: none"> - À prendre au coucher. - En cas de troubles psychiques, en parler à son médecin. - Surveillance de la fonction hépatique. - Contre indiqué durant la grossesse.
TELZIR® (APV fosamprénavir) 1 comprimé, 2 fois/jour Viiv Healthcare - AMM du 12/07/04 révision le 15/05/09	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie • Hyperglycémie. 		<ul style="list-style-type: none"> - Permet de remplacer les 8 gélules quotidiennes d'amprénavir. - À prendre au cours du repas. - Doit être associé à une gélule de ritonavir, à chaque prise.
TRIZIVIR® (abacavir/lamivudine/zidovudine) 1 comprimé, 2 fois/jour Viiv Healthcare - AMM du 28/12/00 révision le 26/05/10	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie grave: hypersensibilité à l'abacavir (voir Ziagen®) pouvant entraîner l'arrêt du traitement • Effets indésirables de zidovudine (voir Rétrovir®), de lamivudine (voir Epivir®) et d'abacavir (voir Ziagen®). 	Stavudine, alcool, emtricitabine, ribavirine, zalcitabine, ne pas débuter le traitement en même temps que névirapine (voir Ziagen®).	<ul style="list-style-type: none"> - Voir Ziagen®. - La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.
TRUVADA® (emtricitabine/tenofovir) 1 comprimé/jour Gilead - AMM du 21/02/05 révision le 31/08/10	NUCLÉOSIDE ET NUCLÉOTIDE	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs (vomissements, nausées, diarrhées, flatulences) • Fatigue • Diminution du phosphate sanguin • Maux de tête, vertiges • Insuffisance rénale • Risque d'acidose lactique • Possibilité d'éruption cutanée • Coloration de la paume des mains. 	didanosine, antibiotiques de la famille des aminosides, foscarnet sodique, amphotéricine B, vancomycine, iséthionate de pentamidine, ganciclovir.	<ul style="list-style-type: none"> - À prendre au moment du repas. - Surveillance de la fonction rénale recommandée. - Le tenofovir et l'emtricitabine agissent aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.
VIDEX® (ddl didanosine) 1 gélule/jour BMS - AMM du 05/05/92 révision le 22/07/10	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs • Troubles hépatiques et risques de pancréatite aiguë en association avec Zérit® (arrêt immédiat) • Neuropathies périphériques (fourmillements et diminution de la sensibilité au niveau des pieds et des mains). 	Ganciclovir, stavudine, ténofovir, zalcitabine.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilance sur l'apparition de neuropathies périphériques. - Prendre à jeun strict, et à distance des autres médicaments, 2h avant ou après le repas. - Risque de pancréatite, surtout en cas de consommation d'alcool.
VIRACEPT® (NFV nelfinavir) 3 comprimés, 3 fois/jour Roche - AMM du 22/01/98 révision le 20/01/10	INHIBITEUR DE LA PROTÉASE	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées, parfois importantes • Lipodystrophie • Hyperglycémie • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie. 	Rifampicine, astémizole, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terféridine.	<ul style="list-style-type: none"> - À prendre absolument durant le repas. - En cas de diarrhées persistantes, demander l'avis de votre médecin.
VIRAMUNE® (NVP névirapine) 1 comprimé/jour sur 14 jours ; puis 2/jour Boehringer - AMM du 05/02/98 révision le 26/08/10	INHIBITEUR NON NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'allergie : fièvre, éruption cutanée sévère (rash) • Atteintes hépatiques graves. 	Saquinavir, ketoconazole, éthynil-oestradiol, rifampicine, efavirenz, ne pas débuter le traitement en même temps que l'abacavir.	<ul style="list-style-type: none"> - Contre indiqué si insuffisance hépatique sévère, d'où surveillance attentive. - Risques d'allergie à Viramune® pouvant atteindre la peau et le foie. - L'initiation doit être progressive et nécessite une surveillance accrue, surtout en cas de co-infection.
VIREAD® (TDF tenofovir) 1 comprimé/jour Gilead - AMM du 05/02/02 révision le 26/09/10	INHIBITEUR NUCLÉOTIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs (vomissements, nausées, diarrhées, flatulences) • Diminution du phosphate sanguin • Insuffisance rénale. 	zalcitabine, didanosine, antibiotiques de la famille des aminosides, foscarnet sodique, amphotéricine B, vancomycine, iséthionate de pentamidine, ganciclovir.	<ul style="list-style-type: none"> - À prendre au moment du repas. - Surveillance de la fonction rénale recommandée. - Le tenofovir agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection.
ZERIT® (d4T stavudine) 1 gélule, 2 fois/jour BMS - AMM du 08/05/96 révision le 06/09/10	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicité hépatique et pancréatique • Neuropathies périphériques • Troubles métaboliques : diabète, lipodystrophie, etc. 	Didanosine, zidovudine, zalcitabine, doxorubicine.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilance sur l'apparition de neuropathies périphériques. - Risque de pancréatite, surtout en cas de consommation d'alcool. - Risque majoré de lipodystrophie.
ZIAGEN® (ABC abacavir) 2 comprimés, 1 fois/jour Viiv Healthcare - AMM du 08/07/99 révision le 10/05/10	INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue • Troubles digestifs • Risque d'allergie grave surtout les 1^{ers} mois ; toux, symptômes: rougeurs cutanées, nausées, démangeaisons, fièvre, vomissements, diarrhées, fatigue, courbatures, malaise général, maux de gorge, essoufflement • Risque d'acidose lactique devant être traité d'urgence (lire Combivir®). 	Alcool (éthanol), ne pas débuter le traitement en même temps que névirapine.	<ul style="list-style-type: none"> - Non recommandé chez la femme enceinte, et si insuffisance hépatique. - En cas d'hypersensibilité : contacter le médecin ou les urgences avec l'avertissement fourni dans la boîte. - En cas d'arrêt du traitement, pour hypersensibilité, ne jamais reprendre l'abacavir : risque mortel.

ACT UP
PARIS

www.actupparis.org

GUIDES

RÉPI

sida, un glossaire

des bases
pour comprendre

ACTION

information = pouvoir

protocoles

droits sociaux
www.reactup.fr

Pour permettre à chacunE de lutter contre le sida, nous éditons des revues, des guides, organisons des réunions publiques. Ces publications & comptes-rendus sont disponibles par courrier (possibilité de gratuité) et sur nos sites internet.

GUIDES

glossaire, guide des droits sociaux, guide des bases pour comprendre

frais d'envoi : 3€ l'un, 5€ les 3

PROTOCOLES

l'information thérapeutique
4 numéros par an
abonnement : 8€ (soutien : 18€)

RÉPI

5 Réunions Publiques
d'Information par an
envoi des dossiers : 2,50€

SITES WEB

actupparis.org
reactup.fr

INFOS

diffusion@actupparis.org
01 49 29 44 87

LUTTER CONTRE LE SIDA
SOUTENIR ACT UP-PARIS

je fais un don à Act Up-Paris :

par chèque, à l'ordre d'Act Up-Paris,
envoyé à l'adresse ci-dessous

par prélèvement (tous les 18 du mois)
d'un montant de €

en remplissant l'autorisation de prélèvement
ci-contre et en l'accompagnant d'un RIB

je peux également faire un don en ligne :
actupparis.org/spip.php?page=soutenir

je recevrai par courrier un reçu fiscal (en janvier ou sur demande) me permettant de déduire de mes impôts 66% de ce don, à hauteur de 20% de mon revenu imposable. par exemple, pour un don de 50€, ma réduction d'impôt sera de 33€, soit un coût réel de 17€ seulement.

ACT UP-PARIS
BP 287
75255 PARIS CEDEX 11

N° national d'émetteur : 421 849
Autorisation de la poste : PA / B / 07 / 96

autorisation de prélèvement mensuel

merci de nous renvoyer cet imprimé complété et signé en y joignant un RIB

Titulaire du compte à débiter

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : [] Ville :
Courriel :

Établissement du compte à débiter

Nom :
Adresse :
Code postal : [] Ville :

Désignation du compte à débiter

Établissement [] Guichet []
N° de compte [] Clé RIB []

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier,
les prélèvements établis à mon nom qui seront présentés par Act Up-Paris.

Date []

Signature (obligatoire) :